

LATVIJAS UNIVERSITĀTES  
MEDICĪNAS FAKULTĀTES

PROFESIONĀLĀ BAKALĀURA STUDIJU  
PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

EFEKTĪVA KOMUNIKĀCIJA PACIENTA  
PERIOPERATĪVAJĀ PERIODĀ

BAKALĀURA DARBS

Autors: **Kristina Janušiene**

Stud. apl. Nr.: Kj22012

Darba vadītājs: Mg. ves. Zin. Līga Skuja-Petruševiča

RĪGA 2023

## Anotācija

Bakalaura darba tēma – „Efektīva komunikācija pacienta perioperatīvajā periodā”.

Tēmas aktualitāti nosaka straujā medicīnas tehnoloģiju un aprūpes attīstība, kā arī noslogojums stacionāros, kas liek novirzīties no aprūpes, kura ir vērsta uz pacientu. Šādā aprūpē galvenā sastāvdaļa ir efektīva komunikācija, jo tā veicina pacientu uzticību un iesaisti savā ārstniecības procesā. Slikta komunikācija perioperatīvajā vidē veicina nedrošu operāciju bloka kultūru, ķirurģiskas iejaukšanās aizkavēšanos, nopietnas kļūdas u.c.

Pētījuma **mērķis** ir noskaidrot vispārējās aprūpes māsas (perioperatīvā aprūpē) praksē pielietotās komunikācijas metodes efektīvai komunikācijai ar pacientu. Pētījuma gaitā tika veikti šādi **uzdevumi**:

1. Apkopot un analizēt medicīnisko literatūru un citus informācijas avotus par komunikāciju, perioperatīvo periodu, un par māsu kompetenci saistībā ar komunikāciju ar pacientu;
2. Analizēt un pielāgot pētījumam H. E. Peplau māszinību teoriju;
3. Izstrādāt pētījuma instrumentu – aptaujas anketu;
4. Veikt aptauju interneta vidē un slimnīcā X;
5. Veikt iegūto datu apstrādi un analīzi;
6. Izdarīt secinājumus.

Pētījumā tika izvirzīta **hipotēze** – efektīva komunikācija ar pacientu perioperatīvajā periodā veicina uz pacientu orientētu kvalitatīvu aprūpi un priekšlaicīgu risku identificēšanu. Tika pielietota kvantitatīvā pētniecības metode.

Pētniecības rezultāti: pētījumā izvirzītā hipotēze ir apstiprinājusies, balstoties uz analizēto pieejamo literatūru un autores veikto pētījumu – efektīva komunikācija māsu praksē ir svarīga uz pacientu vērstā aprūpē, kurā ietilpst arī pacientu un viņu tuvinieku izglītošana, un iesaistīšanās ārstniecības procesā. 95% no māsām atzina, pēc komunikācijas ar pacientu ir sasniegušas vēlamu rezultātu pacientu drošības risku novēršanai, kā arī pielietojot efektīvu komunikāciju ir iespējams identificēt šos riskus (71%). Pēc kvantitatīvā pētījuma rezultātiem lielākā daļa māsu (75%) izmanto verbālo komunikācijas metodi.

**Atslēgas vārdi:** efektīva komunikācija, perioperatīvais periods, māsas kompetence

## Annotation

The topic of the bachelor thesis is "Effective communication during the patient's perioperative period".

The topicality is determined by the rapid development of medical technology and care, as well as the workload in inpatient facilities, which leads to a deviation from patient-centered care. Effective communication is central to nursing care, as it promotes patients' trust and involvement in their treatment process. Poor communication in the perioperative environment contributes to an unsafe operating room culture, surgical delays, serious errors etc.

The **goal** of the study is to find out the communication methods used in the practice of general care nurses (in perioperative care) for effective communication with the patient. During the research, the following **tasks** were performed:

1. Collect and analyze the medical literature and other sources of information on the communication, perioperative period, and the competence of nurses in connection with communication with the patient;
2. Analyze and adapt H. E. Peplau's nursing theory to the research;
3. Develop a research tool – a survey questionnaire;
4. Conduct a survey in the internet environment and in the hospital;
5. To process and analyze the obtained data;
6. Draw conclusions.

The research put forward a **hypothesis** – effective communication with the patient in the perioperative period promotes patient-oriented quality care and early risk identification, therefore a quantitative method was used.

Research results: the hypothesis put forward in the study has been confirmed, based on the analyzed available literature and the author's work - patient-centered care is an important part of effective communication practice, which also includes educating patients and their relatives also involving them in the process. 95% of the nurses admitted that after communicating with the patient they have achieved desired result in preventing patient safety risks, and using effective communication, it is possible to identify these risks (71%). According to the results of the quantitative study, the majority of nurses (75%) use the verbal communication method.

**Key words:** effective communication, perioperative period, nurse competence

## SATURS

APZĪMĒJUMU SARAKSTS .....	5
Ievads .....	6
1. SAVSTARPĒJĀS KOMUNIKĀCIJAS PAMATI UN ZINĀTNES PAMATPRINCIPI .....	9
2. EFEKTĪVA KOMUNIKĀCIJA VISPĀRĒJĀS APRŪPES MĀSAS PRAKSĒ .....	16
3. VISPĀRĒJĀS APRŪPES MĀSAS KOMPETENCE PERIOPERATĪVAJĀ PERIODĀ ..	19
3.1. Perioperatīvais periods.....	19
3.2. Vispārējās aprūpes māsas kompetence .....	24
3.3. H. E. Peplau māszinību teorijas analīze saistībā ar efektīvu komunikāciju ar pacientu	26
4. PĒTĪJUMA PRAKTISKĀ DAĻA.....	30
4.1. Pētījuma metodoloģija .....	30
4.2. Pētījuma rezultāti un analīze .....	31
SECINĀJUMI .....	41
Izmantotās literatūras un avotu saraksts.....	45
PIELIKUMS .....	49
1. pielikums. Pirmshabilitācijas vispārējā shēma. ....	50
2. pielikums. Orientēšanās fāzi ietekmējošie faktori. ....	51
3. pielikums. Aptauja. ....	52
4. pielikums. Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komitejas atzinums .....	56

## APZĪMĒJUMU SARAKSTS

ASV – Amerikas Savienotās Valstis

DNP – *Doctor of nursing practise* (doktora grāds māszinībās)

g. – gads

gs. – gadsimts

Joint Commission – Apvienotā komisija ir ASV bāzēta organizācija, kas akreditē vairāk nekā 22'000 ASV veselības aprūpes organizāciju un programmu. Starptautiskā filiāle akreditē medicīnas pakalpojumus visā pasaulē.

Kodekss – “organizācijas kultūras dokuments ar regulatīvu nozīmi, institucionāli apstiprināts organizācijā, tam nepiemīt juridisks raksturs.” (Skaidrīte Lasmane). (12)

min. – minūtes

MSN – *Master of science in nursing degree* (maģistra grāds māszinībās)

t.i. – tas ir

t.sk. – tai skaitā

u.c. – un citi

u.tml. – un tamlīdzīgi

## Ievads

Komunikācija ir neatņemama dzīves sastāvdaļa. Lai saprastu kā darbojas efektīva komunikācija vispārējās māsas aprūpē ir jāiepazīstas ar komunikāciju zinātni. Tās pamatprakses bija sastopamas senajā Grieķijā un Romā, Platona (*Πλάτων*) un Aristoteļa (*Αριστοτέλης*) atziņās. Komunikāciju zinātne ietver individuālo un dažādu grupu/kopienu komunikācijas modeļus, to procesus un problēmas, kas sastāv no dažādām komunikāciju teorijām, kuras tos analizē, t.i. pēta cilvēku savstarpējo saskarsmi dažādos tās līmeņos. (2)

Arzināt pacientu kā personu ir nozīmīgs sākumpunkts veselības aprūpes nodrošināšanā. Visām personām ir vitāli svarīga garīgā, fiziskā un mentālā veselība, kuras ir viena no otras atkarīgas, un veido cilvēka kopējo veselības stāvokli (*World Health organization, E. C. Arnold*). (20)

Efektīva komunikācija ir vairāk nekā tikai informācijas apmaiņa. Tā ir par emociju un nodomu izpratni, kas slēpjas aiz sniegtās informācijas. Ir nepieciešams ne tikai skaidri nodot vēstījumu, bet arī klausīties, tā, lai pilnībā saprastu teikto, un liktu otrai personai justies sadzirdētai un saprastai. Veselības aprūpē tā saistās ar augstāku pacientu apmierinātību un veiksmīgāku ārstniecības procesu. (*Robinson L., Segal J., Smith M.*) (12)

Lai komunikācija noritētu pēc iespējas efektīvāk, tai izsver dažādus riskus, kuri ir jāņem vērā, lai savlaicīgi brīdinātu, sniegtu informāciju par turpmāko procesu norisi, kā arī atbildīgajām personām un kontaktinformāciju, ja pacientam radīsies jautājumi. Tādā veidā pacients tiek sagatavots dažādām situācijām, kuras varētu notikt, un veicinātu lielāku drošības un uzticības sajūtu starp pacientu un māsu. (14, 15)

Māsu izglītības konsultantes perioperatīvajā periodā T. Gudmena un C. Spraja (*T. Goodman & C. Spray PhD, RN, CNOR*) nosaka, ka perioperatīvā aprūpe attiecas uz fizisko un psihosociālo aprūpi, kas sagatavo pacientu drošai operācijai. Šis periods sākas, kad pacients ir piekritis operācijai, un beidzas ar viņa pārvešanu uz operācijas zāli. (35) Kā norāda lektore Žaklīna Džonstone (*Jacqueline Johnstone*) visām māsām, kas iesaistītas pacientu aprūpē, perioperatīvajā periodā, vajadzētu:

1. Spēt identificēt būtiskos perioperatīvās aprūpes elementus, kas nepieciešami pacienta drošības nodrošināšanai;
2. Izprast jebkuru perioperatīvo zāļu indikācijas un ietekmi;
3. Sniegt informāciju par perioperatīvo periodu pacientam, ģimenes locekļiem un aprūpētājiem tādā līmenī, kas atbilst viņu kognitīvajām un valodas spējām;
4. Pārliecināties, ka pacients saprot visas nepieciešamās perioperatīvās pārbaudes un procedūras. (10)

Bakalaura darba tēma – “Efektīva komunikācija pacienta perioperatīvajā periodā”, pēc autores domām ir svarīga sastāvdaļa māsu kompetencē, kur ir nepieciešams attīstīt resursus efektīvai komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā. Pastāvīgi attīstoties komunikāciju tehnoloģijām, veselības aprūpes speciālistiem ir svarīgi pielietot jaunas un dažādas metodes komunikācijā ar pacientiem, kas nodrošinās labākus veselības aprūpes rezultātus un pacientu apmierinātību.

Slikta komunikācija perioperatīvajā vidē veicina nedrošu operāciju bloka kultūru un ietekmē pacientu drošību un darbinieku iesaistīšanos, lēmumu pieņemšanu, produktivitāti, morāli un saglabāšanu. Sakaru pārtraukumi var izraisīt ķirurģiskas iejaukšanās aizkavēšanos, pacienta neērtības un nopietnas kļūdas. (22) Komunikācijas procesu vienkāršošana un standartizācija un efektīvu komunikācijas prasmju izmantošana (piemēram, skaidra verbālā komunikācija, izpratne par neverbālās komunikācijas ietekmi, klausīšanās un konfliktu vadības prasmju izmantošana) ir veidi, kā uzlabot mijiedarbību operāciju blokā un samazināt vai novērst kļūdas. Apvienotās komisijas ziņojumā (*Joint Commission*) tika konstatēts, ka slikta saziņa veselības aprūpē pacientu pārvešanas laikā izraisīja 80% nopietnu medicīnisku kļūdu. (22, 23)

Kvalitatīvs pētījums (*A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics, 2020*) atklāja, ka pacienti labprāt vēlas iesaistīties savā aprūpē, un māsām ir jābūt uzmanīgām sniedzot informāciju pacientam – māsas ir pilnvarotas pieņemt stratēģiskus lēmumus efektīvā komunikācijā ar pacientiem, lai varētu nodrošināt pilnvērtīgu informācijas apmaiņu. (24)

2018.g. pētījumā (*Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention*) tika secināts, ka vidējais komunikācijas laiks ar pacientu bija 27 minūtes. No tām māsas komunikācijā ar pacientiem izmantoja divas trešdaļas laika, krurš bija krietni sasteigts. Komunikācijas laikā tika identificētas divas dažādas komunikācijas pieejas: vienkārši nodot informāciju sarunā ar pacientu, un saruna ar pacientu (izmantojot uz pacientu vērstu aprūpi). Tās definīcija ir: klausīties stāstījumu un savstarpēji apstiprināt doto informāciju, iztirzāt sarežģītus jautājumus, redzēt vienam otru kā personu, balstīties uz stiprajām pusēm un resursiem, sagatavošanos operācijai, kā arī interesējošo jautājumu apspriešana. (25)

Bakalaura darba pētījumā iegūtie rezultāti palīdzēs labāk saprast māsu efektīvu komunikāciju ar pacientu perioperatīvajā periodā, cik svarīga tā ir māsām un pacientam, un sekas, kuras izriet no neefektīvas komunikācijas.

**Pētījuma mērķis:** Noskaidrot vispārējās aprūpes māsas praksē pielietotās komunikācijas metodes efektīvai komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā.

**Pētījuma uzdevumi:**

1. Apkopot un analizēt medicīnisko literatūru un citus informācijas avotus par komunikāciju, perioperatīvo periodu, un par māsu kompetenci saistībā ar komunikāciju ar pacientu;
2. Analizēt un pielāgot pētījumam H. E. Peplau māszinību teoriju;
3. Izstrādāt pētījuma instrumentu – aptaujas anketu;
4. Veikt aptauju interneta vidē un stacionārā X;
5. Veikt iegūto datu apstrādi un analīzi;
6. Izdarīt secinājumus.

**Hipotēze:** Efektīva komunikācija ar pacientu perioperatīvajā periodā veicina uz pacientu orientētu kvalitatīvu aprūpi un priekšlaicīgu risku identificēšanu.

**Pētījuma metode:** Kvantitatīvā pētniecības metode

**Pētījuma instruments:** Aptaujas anketas (slēgtas)

**Respondenti:** 100 vispārējās aprūpes māsas, kuras ir iesaistītas pacientu perioperatīvajā aprūpē

**Pētījuma bāze:** Pētījums tiks veikts interneta vidē un stacionārā X

**Pētījuma koncepcija:** H. E. Peplau māszinību teorija

Bakalaura darbs ietver 57. lapaspuses, kuras sastāv no ievada, trīs teorētiskajām nodaļām, kur pirmajā nodaļā tiek analizēta literatūra par savstarpējās komunikāciju zinātnes pamatprincipiem, otrajā nodaļā tiek apskatīta efektīva komunikācija vispārējās aprūpes māsas praksē, un trešajā nodaļā tika pētīta vispārējās aprūpes māsas kompetence perioperatīvajā periodā. Ceturtā nodaļa sastāv no pētnieciskās daļas (metodoloģijas un rezultātu analīzes) un četriem pielikumiem.

# 1. SAVSTARPĒJĀS KOMUNIKĀCIJAS PAMATI UN ZINĀTNES

## PAMATPRINCIPI

Balstoties uz nacionālās enciklopēdijas autora Aināra Dimanta vārdiem komunikācija ir savstarpējās saziņas procesa īstenošana, kurā piedalās divas, vai vairāk personas. Tām var būt kopīga valoda, attēli un žesti, kas radušies no kopienu jeb kultūru pieredzes. (1)

Komunikāciju pamatprakses bija sastopamas senajā Grieķijā un Romā Platona (*Πλάτων*) un Aristoteļa (*Αριστοτέλης*) atziņās. (2) Komunikāciju zinātnes rašanās pirmie pamati ir atrodami 17. gs. 1644.g., kad Džons Miltons (*Jhon Milton*) sarakstīja Areopagitika (*Areopagitica*) – grāmatu, kura tika uzskatīta par "daiļrunīgu" lūgumu pēc vārda brīvības – ļaut iespiedējiem izdot darbus brīvā formātā, kas pēc publicēšanas nevarētu tikt pakļauti izvērtēšanai, pārbaudei un cenzūrai. (2, 3)

19. gs. lielu ieguldījumu arī mūsdienu zīmju, valodas, komunikācijas un loģikas pētījumos veica Čārlzs Sanders Pīrs (*Charles Sanders Peirce*), kurš bija amerikāņu pragmatisma pamatlicējs, loģikas, valodas, komunikācijas un vispārējās zīmju teorijas teorētiķis, ko pats nodēvēja par semiotiku (*semiotic*). Čārlzs Moriss (*Charles Morris*) izstrādāja semiotikas modeļus, kas turpmāk attīstīja valodas lietojuma konteksta pētniecību – semantika, sintakse un pragmatika. (3)

20. gs. sākumā Ferdināns de Sosīrs (*Ferdinand de Saussure*) izveidoja pirmo valodniecības grāmatu – "Vispārīgās valodniecības kursu" (*Cours de linguistique générale*), kurā tika pētītas attiecības starp runas un valodas evolūciju, un valodu kā strukturētu zīmju sistēmu – šo valodniecības kursu izmanto pētniecībā arī mūsdienās. (3)

Medicīnas pētniecības ietvaros H. E. Peplau starppersonu attiecību teorija (*Interpersonal relations theory*) un klīniskā metodoloģija pirmo reizi tika publicēta 1953.g, bet māsām to sāka mācīt jau kopš 1948. g. (15)

21. gs. sākumā internets kļuva par svarīgu saziņas veidu un veicināja virtuālo attiecību un komunikāciju izplešanos, kuras izmainīja komunikācijas lomu auditorijas, mediju sistēmu un sabiedrības struktūru. Tā veicināja komunikāciju zinātņu izaugsmi. (2, 3)

Komunikāciju zinātne pēta individuālo un dažādu grupu vai kopienu komunikācijas modeļus, to procesus un problēmas, kas sastāv no dažādām komunikāciju teorijām, kuras tos analizē, t.i. pēta cilvēku savstarpējo saskarsmi dažādos saskarsmes līmeņos. Tā ir svarīga sastāvdaļa cilvēka personīgajā izaugsmē, kā arī veidojot attiecības ar citiem, un nodrošina veselīgāku darba atmosfēru (*C. Kolmar*). (3, 4)

Komunikācijas pamatā tiek izdalīti trīs komunikāciju **veidi** (*M M Kiboruzzman*), kuri attiecas uz tās modeļiem vai teorijām, kas skaidro cilvēku komunikāciju. (7) Tie atspoguļo visu

saziņas procesu starp sūtītāju un saņēmēju, kā arī izskaidro komunikācijas procesa elementus, piemēram, kontekstu, sūtītāju, saņēmēju, kodējumu, dekodēšanu, kanālu, ziņojumu, atgriezenisko saiti un valodu:

1. Lineārais (*linear*) – ir primārais komunikācijas veids, kuram ir vienvirziena mijiedarbība – sūtītājs sazinās ar saņēmēju, atgriezeniskās saites var arī nebūt;
2. Interaktīvais (*interactive*) – attiecas uz divvirzienu saziņas veidu ar atgriezenisko saiti. Tā nav tūlītēja, bet lēna un netieša;
3. Transakciju (*transactional*) – divvirzienu komunikācijas process ar tūlītēju atgriezenisko saiti. Tūlītēja atgriezeniskā saite ir transakciju veida būtiska sastāvdaļa. Tās ir tiešas un ļoti ātras. (7)

Medicīnā starppersonu komunikācija sniedz iespēju apstiprināt informāciju, dalīties ar to un tikt uzklautam. Sniedzot ieguldījumu komunikācijā dod iespēju pacientiem un viņu tuviniekiem ieņemt noturīgāku pozīciju, tādējādi vairāk iesaistoties pacienta veselības aprūpē. Visbiežāk pielietotie komunikācijas veidi medicīnā ir lineārais un transakciju komunikāciju modelis (*Elizabeth C Arnold*). Lineārais komunikācijas veids ir noderīgs ārkārtas situācijās, lai iegūtu tūlītēju informāciju. (20)

Komunikācijai izšķir četrus galvenos komunikācijas **tipus** (*Chris Kolmar*):

1. Verbālā komunikācija – notiek izmantojot vārdus, piemēram, sarunā, lekcijā, tiešsaistes konferencē, vai tālruņa zvanā. Komunikācija notiek ātri, izņemot situācijas, kad tiek izmantoti balss ieraksti, jo tos var noklausīties vēlāk;
2. Neverbāla komunikācija – vissmalkākais komunikācijas veids. Tā ietver ķermeņa valodas un telpas izmantošanu, lai izteiktu domas un jūtas. Neverbālā komunikācija ir svarīga, jo tās ietekme var mainīt to, kā auditorija interpretē teikto. Pamatā balstoties uz acu kontaktu, sejas izteiksmēm, žestiem, pozām un attālumu;
3. Rakstiskā komunikācija – jebkura saziņa, kas ietver rakstiskus vārdus (elektroniskie pastī, vēstules, pavadzīmes, atskaites, rēķini u.tml.), piemēram, rakstot motivācijas vēstuli atsaucoties uz darba piedāvājumu ir nepieciešams pielietot rakstiskās komunikācijas prasmes. Viena no lielākajām priekšrocībām ir tāda, ka rakstiskās komunikācijas objektus ir iespējams saglabāt, dalīties ar citiem un pārskatīt vēlāk;
4. Vizuālā komunikācija – domu nodošanai tiek izmantoti attēli (informatīvie stendi, infografikas, datu saturs tabulās, u.c.). Tie ir noderīgi veidi, kā ātri uzrunāt auditoriju, un tiem, kuri uztver informāciju vizuāli, kā arī tām auditorijām, kuras runā citās valodās. (4)

“Komunikācijas zinātņi raksturo teoriju kopums, ko veido trīs daļas atkarībā no tā, vai teorija skaidro indivīda, organizācijas vai sabiedrības komunikācijas likumsakarības” (Anda Rožkalne): (3)

1. Mikrolīmenis – intrapersonālā komunikācija vērsta uz indivīdu un starp personām;
2. Mezolīmenis – analizē komunikāciju cilvēku grupās un organizācijās;
3. Makrolīmenis – analizē visas sabiedrības saskarsmi, galvenokārt attiecas uz masu medijiem. (3)

Komunikāciju teorijas ir sarežģīta tēma, tajā ir daudz iezīmju, kas var ietekmēt komunikācijas procesu: sūtītājs, saņēmējs, valoda, neverbālās zīmes, kultūras atšķirības utt. Tam ir jāpievērš liela uzmanība, tādēļ, lai atvieglotu sapratni par komunikāciju teorijām to izstrādātāji apvienoja tās komunikāciju **modeļos**: (5)

1. Šennonas-Vīvera komunikācijas modelis (*Shannon-Weaver communication model*) (1948.g.) – tās modelis ir matemātiska komunikācijas teorija. Tā sākotnēji bija paredzēta tehniskai saziņai – izmantojot telefona sakarus. Galvenie seši jēdzieni šim modelim:
  - 1.1. Sūtītājs – izveido un nosūta ziņojumu;
  - 1.2. Kodētājs – pārvērš ziņojumu signālos;
  - 1.3. Dekodētājs – saņem signālus un izveido ziņojumu;
  - 1.4. Kanāls – ziņojums nododas saņēmējam;
  - 1.5. Saņēmējs – ziņojuma galamērķis;
2. Troksnis ir nesaistīts traucējums kanālā, kas var ietekmēt ziņojuma saņemšanu un analīzi (pārpratumi, tehniski traucējumi, uzmanības novēršana u.c.); (5, 6)
3. Lasvela komunikācijas modelis (*Lasswell communication model*) – lineārās komunikācijas tips (1948.g.), kas pēta masu komunikāciju. Liels faktors šajā modelī ir ziņojuma ietekmes prognozēšana uz grupu. Lasvela modelis uzdod virkni jautājumu: kurš, ko teica? Kāds kanāls tika izmantots? Kas saņēma ziņu? Kādu efektu tā atstāja? Šī modeļa mērķis ir analizēt ziņojuma ietekmi uz lielu cilvēku skaitu, un noskaidrot, kā tā var radīt pārmaiņas; (5)
4. Berlo komunikācijas modelis (*Berlo communication model*) – (1960.g.) ziņojuma saņemšanas veids ir īpaši svarīgs, lai ziņojums tiktu saņemts pēc iespējas ātrāk. Ja sūtītājs izvēlas nepareizu saziņas kanālu, ziņas saņemšana būs neveiksmīga. Saņemot ziņojumu caur kanālu, indivīds aktivizē vienu, vai vairākas maņas: skaņu, redzi, tausti, smaržu un garšu, tādēļ kanāls, ko izmanto, lai nosūtītu ziņojumu, ir svarīgs. Šis modelis ņem vienkāršu modeļu sastāvdaļas un uzdod jautājumus – “kā būtu, ja

...”, ko darīt, ja saņēmējs nav izglītots par šo tēmu? Ko darīt, ja sūtītājs un saņēmējs runā dažādās valodās? Ko darīt, ja tiek izmantots nepareizais kanāls?; (5)

5. Barnlunda komunikācijas modelis (*Barnlund communication model*) – transakciju komunikācijas veids – tas koncentrējas uz divvirzienu saziņu (1970.g.). Barnlunda modelis tiek izmantots tikai tad, ja ir atgriezeniskā saite. Tas ir nebeidzams cikls starp sūtītāju un saņēmēju, kurā viņu lomas mainās. Sarunai ritot uz priekšu un atpakaļ, atbildes ir kā jaunas ziņas sākums. Ietver arī verbālo un neverbālo signālu izmantošanu, kas ir būtiski interpretējot ziņojumu; (5)
6. Šramma komunikācijas modelis (*Schramm communication model*) – (1954.g.) parāda pastāvīgas komunikācijas apļveida plūsmu. Šis modelis vairāk koncentrējas uz ziņojumu, nevis uz tā nosūtīšanu un saņemšanu. Lai nosūtītu un saņemtu ziņojumu, ir nepieciešama vismaz divu cilvēku iesaiste. Atgriezeniskā saite ir veids, kā izmērīt, vai auditorija ir sapratusi ziņojumu, un ļauj sūtītājam uzlabot ziņojumu sastādīšanas un nosūtīšanas veidu. Ja auditorija nesaprot ziņojumu, tās avots var to precizēt, pamatojoties uz atgriezenisko saiti. (5, 8)

Lai komunikācija noritētu ar, pēc iespējas labāku atgriezenisko saiti (īpaši darba vietā, sabiedriskajās iestādēs, kur tiek uzrunātas lielas auditorijas) ir nepieciešams komunicēt **efektīvāk**. Neatkarīgi no tā, vai komunikācija ir vērsta pret dzīvesbiedru, bērniem, priekšniekiem vai kolēģiem, šo prasmju apgūšana var padziļināt saikni ar citiem, veidot lielāku savstarpējo uzticību un cieņu, kā arī uzlabot komandas darbu, problēmu risināšanu un vispārējo, sociālo, un emocionālo veselību. Tā ietver noteiktu prasmju attīstīšanu, ar kuru palīdzību var apmainīties ar informāciju ar lielāku skaidrību, izpratni un empātiju. (11, 12)

Efektīvas komunikācijas definīcija ir ideju, informācijas, domu, zināšanu, datu, viedokļu vai ziņojumu apmaiņas vai pārsūtīšanas process, izmantojot izvēlēto metodi vai kanālu ar mērķi, ko var skaidri saprast saņēmējs (*Zeshan Naz*). Efektīvas komunikācijas process padara apmierinātu gan sūtītāju, gan saņēmēju. Tas ir ciklisks process, kas sākas ar sūtītāju un arī beidzas ar sūtītāju, jo sūtītājs saņem atgriezenisko saiti no saņēmēja. Septiņi efektīvas komunikācijas pamatprincipi (*Zeshan Naz*): (11)

1. Skaidrība – ziņas sūtītājam ir nepieciešams pārliecināties par tās skaidrību un kodolīgumu, lai saņēmējam nerastos lieki pārpratumi, tādējādi ietaupot vairāk laika;
2. Korektums – jāpārbauda ziņojums, lai pēc iespējas, efektīvāk izslēgtu gramatiskās kļūdas. Īpaši jāpārliecinās, vai saņēmēja personas dati ir norādīti pareizi, un, vai izmantotie tehniskie termini ir saprotami ziņojuma saņēmējam;

3. Ziņas ir pilnīgas/ pabeigtas – ietver visu informāciju un detaļas, kas saņēmējam būtu jāzina pirms atbildes sniegšanas. Nepilnīgas ziņas tērē daudz komandas locekļu laika un pūles, un var radīt pārpratumus;
4. Kodolīgums – vēstījums ir precīzs un pareizs. Pārāk liels informācijas daudzums var izraisīt organizācijas efektivitātes trūkumu, kas var negatīvi ietekmēt tās produktivitāti;
5. Konkrētība – konkrēta ideja radīs labāku ziņojumu, lai auditorija varētu saprast tās vēstījumu;
6. Ziņas ir sakarīgas – komunikācijai ir jābūt loģiskai plūsmai, lai tā būtu efektīva. Izteikumiem un ziņojumiem jābūt savstarpēji saistītiem ar iepriekšējo ziņojumu apmaiņu, lai varētu pieturēties pie galvenās idejas nenovirzot saņēmēja uzmanību;
7. Piekļājība – ir nepieciešama uzturot veselīgas darba attiecības. Kolēģi ne vienmēr ir draudzīgi noskaņoti, tāpēc pieklājība ir viena no svarīgākajām lietām, kura būtu jāisteno. Strīdi, apvainojumi un fiziska agresija kolēģu starpā novedīs pie sliktas morāles un pazeminās organizācijas produktivitāti. (11)

Ir nepieciešams ne tikai skaidri nodot vēstījumu, bet arī klausīties, tā, lai pilnībā saprastu teikto, un liktu otram personai justies sadzirdētai un saprastai. (12) Apzināt pacientu kā personu ir nozīmīgs sākumpunkts veselības aprūpes nodrošināšanā. (*World Health organization, E. C. Arnold*). (20)

Efektīva komunikācija perioperatīvajā periodā sākas starp veselības aprūpes personālu. Smits un Džonss (*Smith & Jones, 2018*) savos pētījumos atklāja, ka visā perioperatīvajā periodā notiek komunikācijas traucējumi, kuri izraisa sliktu komunikāciju starp pacientu un viņa tuviniekiem, vērsot uzmanību uz iepriekš minētajiem efektīvas komunikācijas priekšnosacījumiem. (25)

Lai komunikācija noritētu pēc iespējas efektīvāk, tai izsver arī dažādus riskus. (13) **Riska** komunikācija ir sarežģīts process, kas prasa dažādu kanālu un stratēģiju izmantošanu. Ir jāņem vērā dažādu auditoriju vajadzības un sūtītāja atbildību. Riska komunikācijas galvenie mērķi ir palīdzēt cilvēkiem izprast riskus un pieņemt apzinātus lēmumus par to, kā aizsargāt sevi, savus tuviniekus un ģimeni. Riska komunikācijas galvenie mērķi (*Shella Marie Ang*): (13)

1. Sniegt informāciju, ko var izmantot, lai pieņemtu apzinātus lēmumus kā pasargāt sevi no kaitējuma;
2. Samazināt bailes un trauksmes līmeni, ko varētu izjust iespējama apdraudējuma gadījumā;
3. Veidot uzticību organizācijās. (13)

Riska komunikācija ir informācijas apmaiņas process, lai palīdzētu pieņemt pēc iespējas labāko lēmumu. Tās galvenie principi (*Shella Marie Ang*): (13)

1. Identificēt risku – tas ir pirmais un galvenais uzdevums riska komunikācijas procesā. Dažādām personām un grupām būs atšķirīgs priekšstats par to, kas ir risks, tāpēc ir svarīgi izprast riska avotu un būtību;
2. Novērtēt riska ietekmi un iespējamību – pēc riska noteikšanas tas ir jānovērtē, lai noteiktu tā smagumu. Tas palīdzēs noteikt risku prioritāti un koncentrēties uz saziņu ar tiem, kas, visticamāk, varētu nodarīt kaitējumu;
3. Ziņot par risku – risku nevar efektīvi pārvaldīt, ja tas netiek atklāti un godīgi pateikts. Ir jāsniedz precīza informācija par risku, lai tā varētu pieņemt pārdomātus lēmumus;
4. Riska pārvaldīšana – kad ir paziņots par risku, tas ir efektīvi jāpārvalda, lai samazinātu tā ietekmi.
5. Riska komunikācijas kampaņas rezultātu pārraudzīšana – laika gaitā riska komunikācijas stratēģija ir jāuzrauga, lai nodrošinātu efektīvu pareizo ziņu nosūtīšanu. (13)

Var secināt, ka komunikāciju zinātne ir attīstījusies ilgi, līdz ar to šai zinātnei sāka izdalīt komunikāciju psiholoģiju un ētiku. **Psiholoģija** analizē cilvēku un to grupu komunikācijas aspektus no psiholoģiskā viedokļa, kur, galvenokārt, tiek analizēta verbālā un neverbālā komunikācija (*Sandra Mihailova*). (9) Komunikāciju psiholoģija attiecas uz to kā cilvēka uzvedība un reakcija mainās esot divatā, grupā, vai virtuālajā vidē, tātad, sākot no individuālām sarunām līdz masu informācijas izplatīšanai plašam sabiedrības lokam, vai kopienai, tādēļ psiholoģijas aspekti komunikācijā sadalās – starppersonu, starpgrupu un masu komunikācijas aspektos. (9)

Komunikācijas **ētika** tika aparakstīta jau Aristoteļa (*Ἀριστοτέλης*) un Platona (*Πλάτων*) laikmetā, lai mazinātu nesaskaņas starp cilvēkiem un veidotu kopienas sajūtu sabiedrībā. Ētika attiecas uz komunikāciju, kura ir skaidra, kodolīga, patiesa un nodota ar atbildību. Tāpat kā komunikāciju psiholoģija ētika pēta gan individuālo, gan grupu un sabiedrisko komunikāciju no ētikas skatu punkta. (10)

“Balstoties uz klasiskās ētikas zināšanām, kā arī uz mūsdienu komunikācijas teorijām un aktuālo praksi, komunikācijas ētika izstrādā atbilstošus jēdzienus, nosauc vērtības un meklē padziļinātu skaidrojumu jaunu komunikācijas tehnoloģiju, globālās komunikācijas, demokrātijas paplašinājuma izraisītām problēmām, situācijām, to ietekmēm un sekām” (*Skaidrīte Lasmane*) izstrādājot dažādu nozaru ētikas kodeksus. Kodeksi tiek veidoti, lai kontrolētu un uzraudzītu šos procesus sabiedrībā. Kā piemēru var minēt Latvijas māsu asociāciju – māsu ētikas kodeksu. (10)

Komunikācija ir ļoti svarīga sastāvdaļa māsas praksē. Māsām ir jāvērtē komunikācijas riskus, un piekopt efektīvas komunikācijas pamatprincipus sarunā ar pacientiem, viņu tuviniekiem un kolēģiem. (16)

## 2. EFEKTĪVA KOMUNIKĀCIJA VISPĀRĒJĀS APRŪPES MĀSAS PRAKSĒ

Efektīva komunikācija veselības aprūpē saistās ar lielāku pacientu apmierinātību un veiksmīgāku ārstniecības procesu. Izmantojot efektīvu komunikāciju pacienti spēj labāk izprast savu veselības stāvokli, un līdz ar to ziņot māsai, ja rodas kādas blakusparādības vai komplikācijas. Veidi kā starppersonu komunikācija veselības aprūpē uzlabo pakalpojumu kvalitāti (*E. C. Arnold*):

1. Funkcionējošas ārstniecības komandas izveide;
2. Efektīvāka veselības diagnostika un ātrāka diagnozes uzstādīšana;
3. Labāka izpratne par pacienta stāvokli;
4. Personalizēta atbilstība terapeitiskajiem režīmiem;
5. Efektīvāka veselības pakalpojumu izmantošana;
6. Atbilstošāki un ilgstošāki pozitīvi rezultāti. (20)

Labas komunikācijas prasmes ir būtiskas, lai sadarbotos komandā ar māsām un kolēģiem no citām medicīnas nozarēm, jo tas ir svarīgs faktors uz pacientu vērsta aprūpē. (22)

Augstākā riska vide nevēlamam notikumam ir operāciju zāle. Dažādu valstu pētījumi un ziņojumi pastāvīgi identificē neefektīvu komunikāciju kā visbiežāko šo notikumu veicinātāju. Vairākos pētījumos, izmantojot tiešu operāciju zāles komandu novērošanu, konstatēts, ka līdz pat 30% komunikācijas mēģinājumu operāciju zālē ir neveiksmīgi, un nepareiza komunikācija parādās vidēji deviņas reizes operācijas laikā (*Lane F. et al., 2019*). (26)

Viens no iespējamiem sliktas komunikācijas un nevēlamu notikumu veicinātājiem ir tas, ka komandas locekļi viens otru nepazīst. Šis jēdziens vēl joprojām ir slikti definēts un strukturēts. Komandas locekļu savstarpējo pazīšanu pagaidām skaidro ar atšķirību operāciju zāles komandas sastāvā atkarībā no grafika un izglītības vai apmācības līmeņa, rezultātā komandas ir nestabilas un neparedzamas. Tas var izraisīt samazinātu komandas saliedētību un kolektīvu zināšanu trūkumu par plānotajām operācijām. *ElBardissi et al.* pētījumā atklāja, ka komandā kurā kolēģi maz pazīst viens otru sirds operācijas laikā bija vairāk, ar komandas darbu, un komunikāciju saistītu neveiksmju. Šie atklājumi liecina, ka ir nepieciešama starpniecības ieviešana, lai uzlabotu personāla familiaritāti, tādējādi uzlabojot intraoperatīvo komunikāciju un pacientu drošību. Starpniecību, kas nepārprotami palielina verbālo saziņu starp komandas locekļiem operāciju zālē, varētu arī ieviest, lai novērstu nepazīstama personāla ietekmi uz pārējiem komandas locekļiem. (26)

*Lane F. et al.* 2018.g. pētījumā analizēja ietekmi, ko rada operācijas uzsākšana starp savstarpēji pazīstamām un nepazīstamām operāciju zāles komandām. Atklājās, ka komandā,

kura nebija savstarpēji pazīstama, bija komunikācijas trūkums, līdz ar to verbālā saziņa starp komandas locekļiem nepalielinājās. Komunikācija arī dažādu medicīnas nozaru starpā joprojām ir retāk sastopama, un vairāk neaizsargāta pret neveiksmēm nekā tajā pašā nozarē strādājošo. (*Lane F. et al., 2018.g.*) (26)

Arī Kims S. Amers (*Kim S. Amer*) uzsver, ka lielākais skaits kļūdu veselības aprūpē notiek sliktas komunikācijas dēļ (*Joint comission, 2008*). Slikta komunikācija var būt starp vispārējām aprūpes māsām, dažādiem medicīnas nozaru speciālistiem un farmācijas darbiniekiem. Pacientu drošība, vienmēr, būs pirmajā vietā māsu praksē, tādēļ, lai būtiski samazinātu kļūdu iespējamību, un veiktu pēc iespējas kvalitatīvāku darbu, ir jāizmanto efektīvas komunikācijas pamatprincipi. (20)

Komunikācijas pārrāvumi nav jauna problēma veselības aprūpes sistēmā. Apvienotā komisija (*Joint Commission*) no 1995.-2005. g. konstatēja, ka 66% drošības kļūdu notika komunikācijas trūkuma dēļ, kā arī laika posmā no 2010.-2013. g. trešdaļa no desmit biežākajiem kļūdu cēloņiem bija neefektīva komunikācija (*Garrett, 2016*). (*Quinn L.,2020*) (25)

Beta Ulriha un Tamāra Keira (*T. Kear & B. Ulrich, 2015*) atklāja, ka 70 % no piefiksētajām kļūdām varēja novērst. Tas nozīmē, ka kļūdas var rasties neskaidru (medikamentu, vai aparātūras) pasūtījumu dēļ, sliktas komunikācijas un pārpratumiem, vai nespējas paziņot par iespējamiem veselības riskiem. Nogurums atkārtoti tiek minēts kā faktors, kas arī būtiski veicina kļūdu rašanos. Visizplatītākais iemesls nepilnīgai komunikācijai notiek nododot atbildību par pacientu veselības aprūpi citam aprūpes sniedzējam – citai nodaļai vai stacionāram. Vienā dienā pacients var tikt pārvirzīts pat līdz astoņām reizēm pie dažādiem veselības aprūpes sniedzējiem (*K. S. Amer*). (20)

Dažādu faktoru ietekmē komunikācija var skart arī pacienta tuviniekus. Īpaši Covid-19 pandēmijas laikā, kad pacientu apmeklējumu skaits bija gluži neiespējams, pacienti un viņu tuvinieki izjuta lielāku satraukumu un bažas par gaidāmo operāciju (*Quinn L., 2020*). Efektīvas komunikācijas nodrošināšana samazina pacienta tuvinieku raizes un satraukumu. (25)

Lielākā daļa ķirurģisko pacientu uzskata, ka viņi netiek uztverti kā indivīdi, bet gan kā procedūra. Viņi baidās, ka māsas pārāk daudz uzmanības un laika pievērš ķirurģisko procedūru gatavībai (instrumentu u.c. inventāra sagatavošanai), nekā optimālai, uz pacientu vērstai, aprūpei (*Wieck et al., 2017*). (25) Augstas kvalitātes aprūpes un komunikācijas nodrošināšana atstāj paliekošu iespaidu uz pacientiem un viņu tuviniekiem (*Smith & Jones, 2018*). Māsas pienākums ir nodrošināt, lai saziņa ar pacientu un viņa tuviniekiem būtu atbilstoša standartiem un skaidra. Māsas, kuras velta laiku, lai uzklausītu un izprastu katra sava pacienta bažas, ir

gatavas efektīvāk risināt problēmas, tādējādi nodrošinot labākus rezultātus pacientu veselības aprūpē. (*Quinn L., 2020*) (25)

Lai komunikācija būtu vēl efektīvāka māsām ir nepieciešams dokumentēt efektīvu komunikāciju ar pacientu visā perioperatīvajā periodā, tādējādi palielinot pacientu apmierinātību un samazināt medicīnisko kļūdu iespējamību. Robins un Dai (*Robins & Dai*) veiktajā pētījumā secināja, ka katra aprūpes fāze perioperatīvajā periodā ir uzskatāma par sasteigtu, kas noved pie nepilnīgas informācijas nodošanas pacienta pārvešanas laikā (piemēram, no nodaļas uz operāciju bloku). Pētījumi atklāja, ka pareizi veikta pārvešana ar īsu pacienta anamnēzi (kontROLSarakstu) ļauj māsai nekavējoties aprūpēt pacientu, neiedziļinoties pacienta slimības vēstures dokumentā. Pārskata precizitāte šobrīd ir uzlabojusies, izmantojot “kontROLSarakstus”, līdz ar to informācijas apmaiņa kļuva efektīvāka, nodrošinot informācijas zuduma samazināšanos (*Robins & Dai, 2015*). (25) 2019. g. *Leonardsen et al.* veiktajos pētījumos atklājās, kad tiek izmantoti komunikācijas rīki (kontROLSaraksti) veselības aprūpes personālam ir vienots strukturēts veids, kā veikt pareizu pacienta pārvešanu no nodaļas līdz operāciju zālei. Šādas dokumentācijas gadījumā būtiski samazinās kļūdu skaits, nekā tad, ja informācija tiktu nodota mutiski. KontROLSarakstu ieviešana ne tikai uzlabo pārvešanu, bet arī pozitīvi ietekmē pacientu veselības aprūpi. Uzlabojas arī komunikācija un uzticība veselības aprūpes nodrošinātāju starpā (*Leonardsen et al., 2019*). (25)

Lai gan komunikācijas dokumentācija pierādījusies efektīva dienas stacionāros, kur tiek veiktas vairākas operācijas dienā, māsām ir ļoti maz laika izglītot un komunicēt ar pacientu. Pārsvārā komunikācija saistās tikai ar rakstisku piekrišanu, īsu un kodolīgu pacienta informēšanu, lai gan māsu vadlīnijas nosaka komunicēt ar pacientu – izglītot pacientu un atbildēt uz viņa jautājumiem. Vismaz divām māsām būtu jāiesaistās pacientu perioperatīvajā aprūpē, tomēr zema atalgojuma un vispārējo aprūpes māsu deficīta dēļ tas ir grūti sasniedzams mērķis. (14, 19)

Lai saprastu māsas pienākumus perioperatīvajā periodā ir jānoskaidro tā funkcijas un aktualitātes, kā arī māsas kompetences un pienākumus perioperatīvajā periodā.

### 3. VISPĀRĒJĀS APRŪPES MĀSAS KOMPETENCE PERIOPERATĪVAJĀ PERIODĀ

#### 3.1. Perioperatīvais periods

Spānijā, Barselonas slimnīcā tika izstrādāts pētījums vairāk kā desmit gadu garumā, lai pārbaudītu kā strādā pirms-habilitācijas programmas (*Fernando D. et al.*). Tā rezultātā tika izveidota pacientu pirms-habilitācijas shēma, kura ietvēra arī pēcoperācijas aprūpe (skat. 1. pielikumu). (32)

Pirms-habilitācija (*Prehabilitation*) ir sarežģīts process, kam nepieciešama dažādu medicīnas nozaru komanda, atbilstošas telpas un aprīkojums. Lai tā būtu efektīva un dažādi pacienti perioperatīvajā periodā spētu pielāgoties, izšķiroša nozīme ir adekvātam pacientu plūsmas plānojumam perioperatīvajā periodā, kurā ir iesaistīti vairāki speciālisti. Pirms-habilitācijas programmas ir pielāgotas pacientam, multimodālas, un attiecas uz vairākiem riska faktoru uzlabošanas aspektiem (*Fernando D. et al.*). Vingrošanas treniņu kombinācija ar citiem pasākumiem, piemēram, uztura optimizēšana un psiholoģiskais atbalsts tiek piedāvāts kā stratēģijas ar ievērojamu pozitīvu rezultātu pacientiem, kuriem ir nozīmēta operācija. (32) Šai programmai tika piesaistītas māsas, kuru pienākums ir nodrošināt, lai pacienti apmeklētu visas iepļānotās vizītes, atklātu pacientus, kuri ir atteikušies (to iemeslus), kā arī sazinās ar ķirurģijas un onkoloģijas nodaļām, lai nekavējoties uzzinātu par pacientu klīniskajiem rādītājiem un operācijas datumiem. Māsa arī aicina pacientus iesniegt vērtējumu par perioperatīvo periodu īsā anketēšanā, un vēl 30 dienas pēc operācijas iesaistās pacientu aprūpē. Sākotnējais projekts attīstījās no pētnieciskā darba līdz daudznozaru pirms-habilitācijas nodaļai augsta riska pacientiem, kuriem bija paredzētas dažāda veida smagas operācijas. Šobrīd nodaļa sniedz palīdzību lielam skaitam pacientu, no kuriem lielākā daļa ir ar augstiem blakusslimību rādītājiem. (32)

Perioperatīvais periods ietver dažādus pasākumus, lai sagatavotu pacientu operācijai. Tas ir brīdis no lēmuma pieņemšanas par operāciju līdz operāciju blokam (*T. Goodman & C. Spray*). (19) Pēc medicīniskās aprūpes rokasgrāmatas informācijas var secināt, ka ir pieci operāciju tipi:

1. Izvēles – plānots operācijas laiks, ievērojot pacienta intereses;
2. Plānotā – plānots operācijas laiks, ievēro pacienta intereses, bet nav vitāli svarīga (ar iespēju atlikt);
3. Vēlamā – operāciju nepieciešams veikt tuvākajā laikā;
4. Steidzamā – operācija jāveic 24-48 h laikā;
5. Neatliekamā – operācija jāveic uzreiz, jo ir vitāli svarīga. (19)

Pacientam pirms operācijas uzsākšanas ir jāparaksta pacienta informēta piekrišana, tādējādi atļaujot veikt operāciju (*medicīniskās aprūpes rokasgrāmata*). Šī juridiskā formalitāte ir svarīga, lai pārliecinātos, vai pacients saprot operācijas būtību un iespējamās sarežģītības, kuri varētu rasties – tas ir pierādījums pacienta lēmumam, kā arī pacienta un veselības aprūpes personāla aizsardzība pret darbībām, kuras nav atrunātas piekrišanā. (19)

Kad piekrišana ir parakstīta pirms operācijas uzsākšanas māsai pacients ir jā sagatavo – ievadīt ārsta nozīmēto premedikāciju, pārbaudīt vitālos rādītājus, piedāvāt aiziet uz tualeti u.c. Atkarībā no operācijas veida māsai jā sagatavo pacienta āda – ieteicams operācijas vai iepriekšējā dienā (atkarībā no noliktā operācijas laika) ir jā nomazgājas ar bakteriostatiskajām ziepēm; rūpīgi jā noskuj operācijas lauku. (19)

Gastrointestinālās operācijas gadījumā ir obligāti jā atbrīvo zarnas – jā veic klizma, pēc ārsta ordinācijām – medikamenti. Ļoti svarīgi ir neēst vismaz līdz astoņām vai desmit stundām, var uzņemt tīru ūdeni. Pirms ginekoloģiskajām un uroloģiskajām operācijām parasti veic skalošanu. (19)

Dažādi operāciju riska faktori perioperatīvajā periodā:

1. Aptaukošanās;
2. Anoreksija;
3. Šķidruma un elektrolītu līdzsvara traucējumi;
4. Vecums;
5. Kardiovaskulārās slimības;
6. Cukura diabēts;
7. Alkoholisms;
8. Augšējo un apakšējo elpceļu slimības;
9. Vienlaicīga vai iepriekšējā farmakoterapija. (19)

Māsa perioperatīvajā periodā izmanto zināšanas par pacientu ieteiktajām procedūrām, identificētajām vajadzībām, māsu aprūpes diagnozēm un vēlamajiem rezultātiem, lai plānotu katra pacienta individuālu aprūpi. Aprūpes plānošana tiek uzsākta pirms pacienta apskates, balstoties uz zināšanām par plānoto procedūru, nepieciešamajiem resursiem un ar ķirurģisku iejaukšanos saistītās kopīgās māsu aprūpes diagnozes. Novērtēšanas procesā iegūtās zināšanas par pacientu tiek apvienotas ar iepriekšējo plānošanu, lai sagatavotos pacienta vajadzību apmierināšanai un aprūpes nodrošināšanai. (35)

Pirms dokumentu parakstīšanas ir nepieciešams izstāstīt pacientam, kas konkrēti tiks darīts, iespējamās komplikācijas (amputācija, izmaiņas vizuālajā tēlā), pēcoperācijas aprūpi un rehabilitāciju, kā arī ļaut pacientam uzdot sev interesējošos jautājumus (*medicīniskās aprūpes rokasgrāmata*). Tādēļ lielākā daļa no komunikācijas perioperatīvajā periodā saistās ar pacienta

izglītošanu. Šajā periodā var uzzināt pacienta jūtas, uztraukuma līmeni un zināšanas par nepieciešamajām procedūrām visos operāciju posmos. (19)

Pacientu izglītošana ir svarīgākā sastāvdaļa perioperatīvajā periodā, jo šajā posmā pacients saņem informāciju par nepieciešamo sagatavošanos un operācijas gaitu, pēcoperācijas periodu, kā arī pacientam ir iespēja iegūt atbildes uz sev interesējošiem jautājumiem. Tas kopumā mazinās spriedzi un satraukumu pirms operācijas, un veicinās pozitīvāku atlabšanu pēcoperācijas periodā. (19)

Lai māsa spētu labāk saprast pacienta personību, pedagoģiskās psiholoģijas profesors Verners Korels (*Werner Corell*) ir izstrādājis trīs pacientu tipus:

1. Droširdīgais – pie speciālistiem dodas pēdējā brīdī, sākumā ārstējoties mājas apstākļos; izvairās no speciālistu apmeklējuma;
2. Bailīgais – pārāk lielu baiļu iespaidā pacients var melot par savu veselības stāvokli/ sūdzībām, un nevēlas par tām uzzināt vairāk, izvairīga attieksme no savas slimības;
3. Nedrošais – viegli ietekmējami cilvēki, kuri pārvērtē sīkus simptomus, un var izmantot netradicionālo medicīnu ārstējot savas kaites. (20)

Māsa izvērtē pacienta zināšanas, kas palīdz izstrādāt turpmāko pacienta izglītošanu. (19)  
Lai izdotos iepriekš analizētie efektīvas komunikācijas pamatnosacījumi (skat. 1. nodaļu) Valērija Koksona (*Valerie Coxon*) noteikusi optimālo māsas konsultācijas ilgumu perioperatīvajā periodā ar pacientu no vienas minūtes līdz stundai un nepieciešamā inventāra nepieciešamību:

1. Klusu telpu, kurā var nodrošināt pacienta intimitāti;
2. Komunikācijai nepieciešamo aprīkojumu – brilles, dzirdes aparāts, zīmulis un papīrs, dators, zīmju tāfeles vai tulki;
3. Ērts krēsls/ gulta pacientam, ērts krēsls mācai, lai būtu pacienta acu līmenī. (17)

Perioperatīvajā periodā, dažkārt ir jāsaskaras ar nepatīkamām blakusparādībām, jo pacienti bieži uztraucas par gaidāmo operāciju. Blakusparādības var būt dažādas – sākoties ar sliktu dūšu/ vemšanu līdz samazinātai nieru darbībai. Tas var ietekmēt ne tikai perioperatīvo periodu, bet arī intraoperatīvo un pēcoperācijas periodu. Perioperatīvā perioda psiholoģiskie aspekti:

1. “Nepazīstama vide, pirmsoperācijas procedūras, personāls, neierastas skaņas un nepatīkami skati un smakas;
2. Brīvības zaudēšana;
3. Bezpalīdzības sajūta un izolācija” (M. Šiliņa, I. Dupure). (14)

Lai mazinātu blakusparādības tika izstrādāta stratēģija pacienta izglītošanā (Medicīniskās aprūpes rokasgrāmata): (19)

1. Informācijas iegūšana – sniegt atbildes uz pacienta jautājumiem, noskaidrot pacienta sajūtas pirms operācijas, un par kultūras un reliģiskajiem ieradumiem, kuri varētu ietekmēt operāciju;
2. Plānot-īstenot pacienta izglītošanu – noskaidrot pacienta zināšanas par visiem operāciju periodiem, vienu/ vairākas konsultācijas ar pacientu, vai to grupu, iesaistīt tuviniekus, u.c. Ja nepieciešams, motivēt pacientu sadarboties un iesaistīties savā aprūpes procesā, parādīt vingrinājumus, ja nepieciešams, trenēties, piefiksēt iegūto informāciju, sniegt vispārēju informāciju:
  - a) izstāstīt kādas procedūras ir nepieciešamas perioperatīvajā periodā;
  - b) noprecizēt operācijas laiku, (kad, cik ilgi), kur pacients tiks aizvests pēc operācijas, kādas darbības sekos pēc tam;
  - c) informēt par tuvinieku apmeklēšanas iespējām;
  - d) informēt kādas var būt sajūtas perioperatīvo procedūru, operācijas un pēcoperācijas laikā;
  - e) motivēt iesaistīties atlabšanas procesā;
  - f) ja ir iespēja, izmantot vizuālus materiālus – video, brošūras, bukleti, filmas, stāstījumi u.c. (19)

Informācija, kura pacientam jāsniedz ir ļoti plaša, tāpēc tiek izdalītas arī biežāk sastopamās kļūdas pacienta izglītošanā (M. Šiliņa, I. Dupure): (14)

1. Kļūdaina pacienta novērtēšana;
2. Neņemt vērā pacienta ietekmējošos faktorus (vide, kurā pacients dzīvo);
3. Neļaut pacientam komunicēt ar citu māsu;
4. Nepieļaut pacienta viedokļa maiņu;
5. Medicīnisku terminu izmantošana komunikācijā;
6. Informācijas dublēšanās;
7. Nepiemērots laiks komunikācijai;
8. Nav atgriezeniskās saites;
9. Neatbilstošs mācību materiāls. (14)

2018. g. Dānijā tika ieviesta īpaša sistēma, kura palīdz noteikt māsu aprūpes jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi, un ļauj salīdzināt aprūpes kvalitāti nacionālā un starptautiskā mērogā. Pētījumā iegūtie dati parādīja, ka šī metode strādā, un ir pilnvērtīgi pievienojama māsu darbā (Hertel-Joergensen M., Abrahamsen Ch., Jensen C). (30)

Uzlabota atveseļošanās pēc operācijas (*Enhanced Recovery after Surgery*) ir uz pierādījumiem balstīta programma, kas ieviesta starptautiski, lai uzlabotu pacientu aprūpes kvalitāti un drošību smagas operācijas gadījumā (Jones A., Roche D.). Pastiprinātās

atvaseļošanās pēc operācijas izplatīts aspekts ir pacientu aktīva iesaistīšana aprūpes sniegšanā, piemēram, pacienta iesaistīšanās agrīnas un ilgstošas pēcoperācijas mobilizācijas laikā, kas var samazināt pēcoperācijas komplikāciju, tostarp plaušu un tromboembolisko komplikāciju, risku. Tas atšķiras no "tradicionālās" ķirurģiskās aprūpes, jo pēcoperācijas mobilizācija notiek daudz agrāk, un tās prioritāte ir tieša pacienta iesaistīšana rehabilitācijas procesā. Džonsa un Roša (*Jones A., Roche D.*) atklājumi liecina, ka pacientiem tika sniegta informācija par operācijas gaitu, pirms iestāšanās stacionārā tikšanās laikā, un šī informācija mudināja pacientus sagatavoties aktīvai iesaistei pēcoperācijas periodā un atvaseļošanās laikā. Vairumā gadījumu pacienti atzinīgi novērtēja šo informāciju un iespēju aktīvi iesaistīties savā aprūpē stacionārā. Tomēr, tika identificētas dažādas informācijas robežas, kuras veidojās vizītēs pirms stāšanās stacionārā. (28)

Māsām konsekventi jābūt uzmanīgām pret to, ka pacienti ir sensitīvas informācijas apstrādātāji. Kad pacientiem ir daudzi potenciāli vai faktiski traucējoši faktori, informācijas sniegšana, kas noved pie informācijas saglabāšanas un sekojošas aktivizēšanas, ir pārāk lineāra un cēloņsakarīga, lai pamatotu informatīvās iejaukšanās panākumus. Džonsa un Roša (*Jones A., Roche D.*) veiktajos secinājumos noskaidrojās, ka šī pieeja darbojas lielākajai daļai pacientu, tomēr māsām ir jājūtas pilnvarotām pielāgot stratēģijas, kas var nodrošināt dažādas informācijas vajadzības un komunikācijas izaicinājumus, nevis pielāgot vienu pieeju visiem. (28)

Pacienti, kuri ir nozīmēti uz operāciju var ciest no trauksmes un vientulības sajūtas operāciju zālē. Turklāt, ķirurģisko tehnoloģiju attīstības dēļ māsas vairāk tiek distancētas no tiešas pacientu aprūpes liekot pacientiem novērsties no veselības aprūpes vai konkrētās medicīnas iestādes. Tādā situācijā, uz pacientu balstīta aprūpe, kļūst problemātiskāka, līdz ar to aktuālāka. Tās uzlabošana var sekmēt pacienta apmierinātību, veselības stāvokli, ķirurģiskās infekcijas rašanās risku samazināšanos, saīsināt hospitalizācijas laiku un ārstniecības izdevumus. (27)

Uz pacientu vērstu aprūpi var realizēt, izmantojot uz pacientu vērstu komunikāciju, ņemot vērā cieņpilnu attieksmi un pacienta tiesības. Izmantojot atklātu komunikāciju un sadarbību, kurā informācijas un aprūpes plāni tiek iztirzāti starp aprūpes sniedzējiem, pacientiem un viņu tuviniekiem, aprūpes nodrošināšana kļūst par, uz pacientu vērstu, aprūpi (*MCLean*). (34)

Perioperatīvo māsu asociācija (*The Association of periOperative Registered Nurses*) ir izveidojusi māsu datu kopu un standartus, kas ir uz pacientu balstīts modelis. Saskaņā ar peroperatīvo māsu asociāciju prakses standartiem, māsai, izstrādājot un veicot savu praksi, jāievēro pacienta mērķi un vēlmes. Tāpēc, ir jāizstrādā individuāls aprūpes plāns, kas atbilst pacienta fizioloģiskajām, sociāli-kulturālajām un garīgajām vajadzībām. (27)

S. Šins un J. Kangs (*S. Shin, J. Kang*) izstrādāja mēroga skalu, lai novērtētu un analizētu māsu, uz pacientu vērstu aprūpi, perioperatīvajā periodā un tās psihometriskās īpašības. Sākotnējais rīks tika izstrādāts, izmantojot literatūras apskatu, padziļinātas intervijas un ekspertu analīzi, kam sekoja aptauja par 459. operāciju māsām un faktoru analīze. Veiktie pētījumi parādīja, ka, uz pacientu vērsta, perioperatīvā aprūpes skalas uzticamība bija laba un noderīga. Tādēļ to var izmantot, lai novērtētu uz pacientu vērstu, māsu aprūpi, un tās ietekmi uz perioperatīvās aprūpes praksi (*S. Shin, J. Kang*). (27)

Ir jāatceras, ka māsām ir jurdiskis pienākums aizsargāt katra pacienta integritāti un tiesības uz veselības aprūpi. Tā ir ētiska profesionāla atbildība neatkarīgi no tā vai pacients ir pilnvērtīgs sabiedrības loceklis, kritiski slims, komā, vai ar psihiskajiem traucējumiem (*Elizabeth C. Arnold*). (20)

### 3.2. Vispārējās aprūpes māsu kompetence

Veselības sistēma koriģē māsu kompetenci. Šīs sistēmiskās kompetences ir pamats drošākai un kvalitatīvākai veselības aprūpei. Sistēma nodrošina uz kompetenču balstītu māsu apmācību. Tas ir būtisks elements, lai izprastu komunikāciju funkcionalitāti, kas notiek lielākās profesionālās veselības organizācijās, kā arī, lai izprastu starpprofesionālu komandu sadarbību veselības aprūpē (*Clark, 2016; Dolansky & Moore, 2013*). Sistēmiskā domāšana palīdz veselības aprūpes speciālistiem saprast, kā savstarpējās attiecības starp dažādām veselības aprūpes sistēmas daļām veicina tās vispārējo darbību dažādos līmeņos. Sistēmiskā domāšana liek māsām redzēt, kā izmaiņas vienā aprūpes nodrošināšanas aspektā var radīt neparedzētas sekas citā, un ļauj izskatīt individuālus veselības aprūpes jautājumus, kā arī apsvērt, kā tie saistās ar lielākiem veselības aprūpes sistēmas un nacionālajiem kritērijiem. (*E. C. Arnold*) (20)

“Kompetence” nozīmē lietpratība, plašas zināšanas, izpratne par konkrētu jomu, atbilstība (Šiliņa M, Dupure I.). Ir svarīga gan vispārējā, gan profesionālā kompetence, tās savstarpēji mijiedarbojoties veido gala rezultātu. Kompetences prasības ārstniecības personām:

1. Obligāta kvalifikācija (ārstniecības personu reģistrs, diploms);
2. Adekvātas rīcības un liela kapacitāte (standartu ievērošana);
3. Tiesības un pilnvaras;
4. Radošums. (14)

Spēja sniegt drošu un efektīvu aprūpi ir noteikta ASV, Kvalitātes un Drošības izglītošanas (*Quality and Safety Education for Nurses*) vadlīnijās kā būtiska kompetence. Praktizējošām māsām un studentiem ir jāapzinās izglītības nepieciešamība, kurā tiek skaidrota kā potenciālo tā arī notikušo kļūdu novēršana. (20)

ASV māsas tiek iesaistītas dažādās darba grupās un komitejās, lai palīdzētu stiprināt veselības sistēmu un uzlabotu klīniskos rezultātus savā profesijā un citiem veselības aprūpes speciālistiem, kā arī plašākam sabiedrības lokam. Sabiedrībā māsas tiekas ar citiem veselības aprūpes speciālistiem un iedzīvotājiem, lai uzlabotu klīniskās pieejas gan specifiski, gan sabiedrībā kopumā (*E. C. Arnold*). Māsu izglītības programmās ir nodrošināts grupu komunikācijas kurss, kurā ietilpst izglītošana par saskarsmi ar citiem studentiem un veselības aprūpes speciālistiem darba vidē un ārpus tās. Komunikāciju prasmes un kritisko domāšanu ir iespējams praktizēt simulatoros. Caur simulāciju praksi ir iespēja labāk izprast vispārējās aprūpes māsas darbu stacionāros, dažādām medicīnas disciplīnām un uz pacientu vērstu aprūpi (*Michaelsen & Sweet*). (20)

Perioperatīvā aprūpe agrāk tika saukta par operāciju zāles aprūpi. Šis termins vēsturiski bija attiecināms uz pacientu aprūpi, kuru nodrošināja intraoperatīvajā periodā operāciju zālē. Māsu, kuras strādā operāciju zālē, pienākumi ir paplašinājušies, līdz ar to ASV tās sāka izdalīt perioperatīvajās, intraoperatīvajās un pēcoperāciju māsās (*Goodman T., Spry C.*). (35)

Māsas perioperatīvajā periodā pilda dažādus pienākumus tostarp pacienta novērtēšanu visos operāciju posmos un tuvinieku informēšanu, izglītošanu un atbalstīšanu; operāciju vides kontroli, resursu nodrošināšanu, pacientu pārvešanas monitorēšanu. Pienākumos ietilpst arī komunikācija un sadarbība ar kolēģiem (*Goodman T., Spry C.*). (35)

Kā norāda Ministru kabineta “noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” (*Ministru kabinets*) 6.5. pants par “māsas (vispārējās aprūpes māsas) specializāciju perioperatīvajā aprūpē” var secināt, ka māsu kompetence perioperatīvajā periodā ir pacienta sagatavošana operācijai, vai invazīvai procedūrai, riska faktoru identificēšana, izvērtēšana un vadīšana ievērojot pacienta drošības principus, kā arī pozicionēšana un tehnisko risinājumu izvēle attiecīgi pacientam un operācijas veidam. Māsu kompetencē arī iekļauj pacientu un viņa tuvinieku informēšanu par nepieciešamajām procedūrām pirms un pēc operācijas. Savukārt operācijas laikā māasai ir jānodrošina infekciju kontroles pasākumi, operācijas plānošana, dažādu riska faktoru izvērtēšanu un vadību operāciju zālē. Ir jāgatavo operācijas lauks un nepieciešamais ķirurģiskais aprīkojums. Ja tiek ņemti pacienta audi ir jānodrošina to uzglabāšana vai nogādāšana uz laboratoriju. Pēc operācijas ir jāizvēlas ķirurģisko instrumentu u.c. medicīnas ierīču priekšapstrādes, pamatapstrādes un sterilizācijas metožu izvēli un lietošanu. (*Ministru kabinets*) (36)

Ministru kabineta noteiktais likums arī nosaka, ka māsām ir nepieciešams iesaistīties pēcoperācijas aprūpē – brūces aprūpe, pacienta novērošanā, dzīvībai bīstamo veselības risku,

pēcooperācijas sarežģītumu un risku identificēšanā, izvērtēšanā un vadībā, kā arī tuvinieku informēšanā. “Māsai ar specializāciju perioperatīvajā aprūpē ārstniecisko darbību veikšanai ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas:

1. Konvencionālās, invazīvās un mazinvasīvās ķirurģijas tehnikas un operāciju veidi;
2. Digitālās ierīces operācijas gaitā;
3. Perioperatīvās plānošanas organizēšana, nodrošināšana un vadīšana;
4. Infekciju profilakses un kontroles pasākumu nodrošināšana operāciju zālē;
5. Komandas darbs operāciju zālē;
6. Pacientu un personāla drošības īstenošana atbilstoši perioperatīvās aprūpes prasībām.”

(Ministru kabinets, 6.5. panta 521. punkts) (36)

Lai apgūtu tikko minētās iemaņas un pienākumus ir nepieciešams apgūt profesionālo pilnveides programmu perioperatīvajā specialitātē (480 stundas), kas sastāda 30% profesionālo zināšanu apguvi un 70% prasmju apguvi klīniskajā vidē. (36)

Latvijā māsu kodekss paredz – māsai ir jāsniedz nepieciešamā, pareiza informācija pacientam, kā arī sniegt vienlīdzīgu attieksmi neatkarīgi no viņa rases, reliģiskās piederības, dzimuma, vecuma, invaliditātes, veselības stāvokļa, seksuālās orientācijas utt. Kā arī māsa nedrīkst sniegt nepatiesu informāciju pacientam. Pacients ir jāmotivē iesaistīties savā ārstniecības procesā, un ir jāaizsargā viņa veselība un dzīvība. “Māsa rīkojas atklāti, koleģiāli, iecietīgi, cienot sevi un citus darbiniekus, veido demokrātiskas un līdztiesīgas attiecības, konstruktīvi sadarbojas konfliktsituācijās, izvēloties tādu saskarsmes veidu un uzvedību, kas neaizskar citu cilvēku pašcieņu.” (*Latvijas māsu asociācija*) (31)

Māsai pielietojot efektīvu komunikāciju ir svarīga arī empātija veidojot kontaktu ar pacientu, jo tā ietekmē aprūpes kvalitāti un efektivitāti, un nosaka pacienta attieksmi pret māsu. Šī spēja ļauj iejusties pacienta lomā līdz ar to spēj efektīvāk viņam palīdzēt. (14) Var veikt secinājumus, ka dažādu procesu kopums, kas ir ietverts māsas kompetencē komunikācijā ar pacientu ir tendēts uz mērķi sadarboties, veicināt savstarpējo izpratni, līdzestību un tiekties uz veiksmīgāku rezultātu pacienta aprūpē. Saistībā ar komunikācijas ietekmi pacientu sadarbībai ar māsu, H. E. Peplau ir veikusi nozīmīgu ieguldījumu definējot un nosakot māsas un pacienta attiecības. Šie faktori lielā mērā ir saistīti ar efektīvu komunikāciju māsu praksē.

### 3.3. H. E. Peplau māszinību teorijas analīze saistībā ar efektīvu komunikāciju ar pacientu

Hildegarde Elizabete Peplau (*Hildegard Elizabeth Peplau*) (1909-1999) bija amerikāņu māsa, kura bija vienīgā izpilddirektore un vēlāk – prezidente Amerikas Māsu Asociācijā (*American Nurses Association*). Divus termiņus nostrādāja Starptautiskās Māsu padomes (*International Council of Nurses*) valdē, un bija arī Ņūdžersijas štata māsu asociācijas (*New*

*Jersey State Nurses Association*) locekle. Viņa kļuva par nākamo māsu teoriju publicisti kopš Florences Naitingeilas (*Florence Nightingale*), un bija labi pazīstama ar savu starppersonu attiecību teoriju, kas palīdzēja radikāli mainīt māsu zinātnisko darbu. Viņas sasniegumus novērtē māsu visā pasaulē, un daudzi viņu pazīst kā "psihiatriskās aprūpes māti" un "gadsimta māsu". H. E. Peplau tika apbalvota ar vairākām balvām un goda rakstiem par ieguldījumiem māsu praksē un izglītībā. (33)

H. E. Peplau izglītības, prakses un pedagogijas peredze lika vairāk pievērst uzmanību vispārējās aprūpes māsu un pacienta attiecībām. Viņa pārredzēja to, ka attiecībās iesaistoties abām pusēm pilnvērtīgi, tās var panākt terapeitisku efektu. (15) H. E. Peplau skaidro, ka māsu aprūpei ir terapeitisks efekts, jo tā ir dziedināšanas māksla, palīdzot pacientam, kurš ir slims vai kuram ir nepieciešama veselības aprūpe. Tas ir arī starppersonu process, jo mijiedarbojas divas vai vairākas personas, kurām ir kopīgs mērķis. Māsa un pacients strādā kopā, tāpēc abi attīstās un ir ziņoši par konkrēto aprūpes procesu. Tas, savukārt noved pie maksimāli pozitīvāka ārstniecības rezultāta. H. E. Peplau to nodēvēja par psihodinamisko aprūpi. (15, 29)

Par to, ka efektīva komunikācija māsu praksē izraisa terapeitisku efektu ir atklājies arī Petruckas un Kwames (*Petrucka & Kwame*) izstrādātajā pētniecības modelī. Modelis pētīja kā uz pacientu vērsta komunikācija krustojas ar uz pacientu vērstu aprūpi. (34)

H. E. Peplau teorijas četras sastāvdaļas ir cilvēks – *organisms*, kurš attīstās un cenšas mazināt vajadzību radīto trauksmi; *vide* – sastāv no ietekmes ārpus personas kultūras kontekstā; *veselība* – vārda simbols nozīmē personības un aprūpes kustību uz priekšu, *aprūpe* – nozīmīgs terapeitisks starppersonu process, kurš darbojas sadarbībā ar cita cilvēka procesu, kas padara veselību iespējamu indivīdiem kopienās. (33)

Teorija skaidro, ka māsu mērķis ir palīdzēt citiem identificēt viņu izjustās grūtības, un māsām ir jāpiemēro cilvēcisko attiecību principi problēmām, kas rodas visos pieredzes līmeņos. Starppersonu attiecību teorijas galvenie jēdzieni ir *cilvēks*, kuru H. E. Peplau identificē kā organismu, kas savā veidā cenšas mazināt vajadzību radīto spriedzi. Klients ir indivīds ar jūtamam vajadzību. *Veselība* tiek definēta kā vārda simbols, kas nozīmē attīstību personībā un citos notiekošajos cilvēka procesos radošas, konstruktīvas, produktīvas, personiskas un sabiedriskās dzīves virzienā jomā. *Sabiedrība vai vide* – lai gan H. E. Peplau tieši neuzrunā sabiedrību/vidi, viņa mudina māsu ņemt vērā pacienta kultūru un paradumus laikā, kad pacients pielāgojas slimnīcas rutīnai. *Māsu aprūpe* – H. E. Peplau uzskata, ka māsa ir nozīmīgs, terapeitisks, starppersonu process. Viņa to definē kā cilvēciskas attiecības starp slimu personu vai personu, kurai ir nepieciešami veselības pakalpojumi, un māsu, kas ir īpaši izglītota, lai atpazītu vajadzību pēc palīdzības un reaģētu uz to. (33)

Profesionālas un plānotas attiecības starp klientu un māsu koncentrējas uz klienta vajadzībām, jūtām, problēmām un idejām. Tas ietver mijiedarbību starp diviem vai vairākiem indivīdiem ar kopīgu mērķi. Šī vai jebkura mērķa sasniegšana notiek, veicot virkni darbību pēc secīgas shēmas. H. E. Peplau starppersonu teorija fokusējas uz starppersonu posmiem:

1. Orientēšanās fāze (*Orientation Phase*) – vispārējās aprūpes māsa iepazīstina ar sevi, iepazīst pacientu kā personu, iegūst noderīgu informāciju par pacienta veselības stāvokli un nosaka turpmāko pieeju pacientam. Šīs fāzes ietekmējošie faktori ir apskatāmi shēmā (skat. 2. pielikumu);
  2. Darba fāze (*Working Phase*):
    - a. Identifikācijas apakšfāze (*Identification subphase*) – pacients iemācas saprast vispārējās aprūpes māsas un pacienta attiecības;
    - b. Ekspluatācijas fāze (*Exploitation subphase*) – pacients saprot un izmanto savas tiesības un veic pienākumus veselības aprūpē, savā ārstniecības procesā;
  3. Beigu fāze (*Termination Phase*) – vispārējās aprūpes māsa palīdz pacientam veiksmīgi organizēt viņa mērķus iesaistoties savā aprūpē un publiskajās aktivitātēs;
- (15)

Balstoties uz māsas pienākumiem H. E. Peplau konceptualizēja skaidru māsas lomu kopumu, ko katra māsa var izmantot savā praksē. Tas nozīmē, ka māsas pienākums nav tikai rūpēties, bet pati profesija ietver jebkuru darbību, kas var ietekmēt pacienta aprūpi. (29) Māsa var pielāgoties dažādām lomām dažādās situācijās, kas garantēs, ka viņu pacienti saņems vislabāko iespējamo aprūpi, ātrāku un efektīvāku ārstēšanu un atveseļošanos. (30) Sešas no tām ir:

1. Svešiniece – māsa kā svešinieks uzņem pacientu tāpat, kā pacients satiekas ar svešinieku citās dzīves situācijās, tādēļ mācai ir jārada vide, kas veido uzticību;
2. Skolotāja – māsa sniedz zināšanas, atsaucoties uz pacienta vajadzībām vai interesēm;
3. Resursu persona – māsa sniedz konkrētu, pacientam nepieciešamo informāciju, kas palīdz viņam izprast problēmu vai situāciju;
4. Padomdevēja – māsa palīdz pacientam izprast un integrēt pašreizējās dzīves situācijas nozīmi, kā arī sniegt norādījumus un iedrošinājumu, lai veiktu tajā izmaiņas;
5. Aizstāvis – māsa palīdz pacientam noskaidrot dažādas atkarības un darbojas kā pacienta aizstāvis viņa interesēs;
6. Vadītājs – māsa palīdz pacientam uzņemties maksimālu atbildību par viņa ārstēšanas mērķu sasniegšanu. (28)

Māsas papildu lomās ietilpst tehniskais eksperts, konsultants, sociālais un drošības aģents, vides vadītājs, starpnieks, administrators, ierakstu novērotājs un pētnieks. (28)

Saskaņā ar H. E. Peplau teoriju māsa un pacienta attiecības sākas ar to, ka māsa un pacients definē problēmu. Šo orientācijas fāzes elementu veicina māsu navigatori (nurse navigators), jo viņi ir kā informācijas avots un pavadoni pacienta perioperatīvajā periodā. Kad beidzas orientēšanās fāze, attiecības pāriet identifikācijas fāzē. Šajā attiecību fāzē, kur māsa palīdz noteikt pacienta mērķus. Posmu var veicināt māsu navigatori, jo tie palīdz pacientam un viņa tuviniekiem noteikt, kas ir gaidāms no aprūpes un atveseļošanās perioda pirms ķirurģiskas iejaukšanās. (37)

E. Kristmenas (*E. Christman*) zinātniskā darba ietvaros integratīvā pārskata pabeigšana sniedza būtiskus pierādījumus tam, ka māsas – navigatora izmantošana var uzlabot pacientu pieredzi perioperatīvajā aprūpē. Integratīvais pārskats bija paredzēts, lai parādītu, ka māsas navigatora lomas izmantošana var palīdzēt mazināt stresu un trauksmi, un uzlabot informācijas izplatīšanu pacientiem. Māsu navigators projekts ir balstīts uz H. E. Peplau starppersonu attiecību teoriju, kas uzsver, cik svarīga ir māsa, kas kalpo pacientam kā resurss un pavadonis visā aprūpes pieredzē. Šis uzsvars uz pacientu pieredzi un individuālu aprūpi var palīdzēt organizācijām sasniegt uz pacientu vērstu aprūpi, kas uzlabos ārstniecības rezultātu kvalitāti. Šie pierādījumi sniedz atbalstu pastāvīgai navigators lomas izpētei unikālajā perioperatīvajā vidē. (37)

H. E. Peplau starppersonu attiecību teorijas pieņēmumi ir šādi:

1. Māsa un pacients var mijiedarboties;
2. Gan pacients, gan māsa attīstās terapeitiskās mijiedarbības rezultātā;
3. Komunikācijas un intervēšanas prasmes joprojām ir galvenie aprūpes instrumenti;
4. Māsām ir skaidri jāsaprot sevi, lai veicinātu sava pacienta izaugsmi un izvairītos no māsu vērtību ierobežošanas. (33)

Tika veikts pētījums par pacientu satraukumu perioperatīvajā periodā un tā ietekmi uz terapiju balstoties H. E. Peplau teoriju (*Erci B., Sezgin S., Kaçmaz Z.*) tika pārbaudīta iejaukšanās efektivitāte, pamatojoties uz starppersonu attiecību modeli pirmsoperācijas un pēcoperācijas pacienta satraukumu. Šī pētījuma rezultāti norādīja, ka iejaukšanās samazināja pacienta trauksmes līmeni, un teorija ir pietiekami skaidra, lai to varētu izmantot perioperatīvajā aprūpē. (38)

## 4. PĒTĪJUMA PRAKTISKĀ DAĻA

### 4.1. Pētījuma metodoloģija

Lai noskaidrotu vispārējās aprūpes māsas praksē pielietotās komunikācijas metodes efektīvai komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā tika izmantota kvantitatīvā neeksperimentālā pētījuma metode, kura palīdzēja izpētīt cik daudz māsu izmanto efektīvu komunikāciju, kā arī ar kādiem riskiem var saskarties sliktas komunikācijas gadījumā. Pētījuma instruments ir slēgtās anketas (skat. 3. pielikumu), kuru autore izstrādāja latviešu valodā balstoties uz analizētās literatūras un novērojumiem savā darba praksē.

Pētījuma veikšanai tika iegūta Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komitejas atļauja (skat. 4. pielikumu), kā arī atļauja pētījuma veikšanai operāciju blokā no X universitātes slimnīcas valdes priekšsēdētāja. Pētījums tika veikts X universitātes slimnīcas operāciju blokā, kā arī interneta vidē – māsu kopienu grupās, kuras iesaistās pacientu perioperatīvajā periodā, laika posmā no 08.03.2023. līdz 30.04.2023. Pētījumā iekļautie respondenti bija māsas, kuras sniedz pacienta aprūpi perioperatīvajā periodā – kopā tika aptaujātas 100 vispārējās aprūpes māsas, kas ar sapratni un bez grūtībām atbildēja uz anketas jautājumiem. Pētījuma laikā tika ievēroti datu drošības un pētniecības darba ētikas principi, kuri balstījās uz respondentu anonimitāti un brīvprātīgu iesaisti.

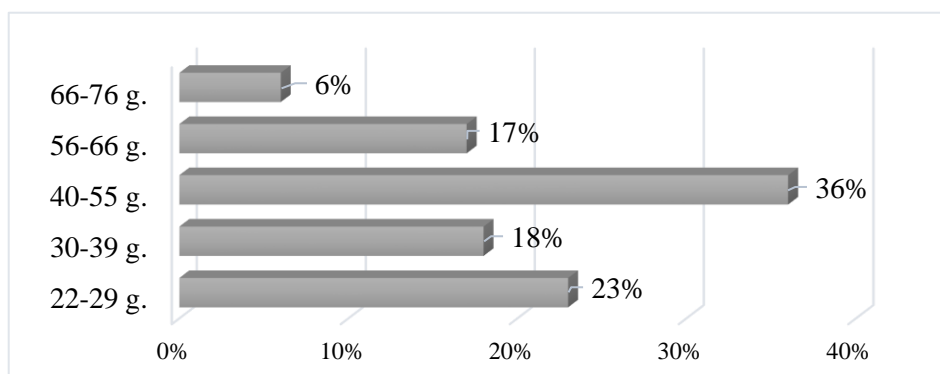
Anketu jautājumi palīdzēja noskaidrot pētījuma gaitā izvirzītās hipotēzes patiesumu vai aplamu – efektīva komunikācija ar pacientu perioperatīvajā periodā veicina uz pacientu orientētu kvalitatīvu aprūpi un priekšlaicīgu risku identificēšanu.

Anketa sastāv no 20 slēgtajiem jautājumiem, kur pirmajos četros jautājumos tiek noskaidrota vispārēja informācija (vecums, izglītības līmenis), kā arī kādus pienākumus pilda māsa un cik ilgi darbojas savā profesijā. No piektā līdz septītajam jautājumam darba autore vēlējās noskaidrot, vai komunikācija māsām ir svarīga savā praksē, kādas metodes un cik laiku (minūtēs) patērē komunikācija ar pacientiem perioperatīvajā periodā. Septītajā jautājumā bija iespējami vairāki atbilžu varianti. Astotais un devītais jautājums tika izvirzīts, lai noskaidrotu kādas, pēc māsu domām, ir efektīvākais verbālās un neverbālās komunikācijas veids. Desmitajā jautājumā tika prasīts novērtēt, cik svarīgi ir nomierināt pacientu pirms operācijas un 11. – kā efektīvas komunikācijas pielietošana var ietekmēt operācijas gaitu. Apkopotā un analizētā literatūrā par efektīvas komunikācijas nodrošināšanu ļoti svarīga ir pacienta intimitāte, tādēļ 12. jautājuma mērķis bija noskaidrot, vai pacientam ir iespēja to nodrošināt. 13. jautājuma ietvaros tika noskaidrots cik ilgu laiku aizņem atbildēšana uz pacientu jautājumiem (minūtēs). 14. un 15. jautājumā darba autore vēlējās saprast vai pielietojot efektīvu komunikāciju ir iespēja

uzzināt svarīgu informāciju par pacientu (identifikācija un alerģijas). No 16. – 18. jautājumiem tiek apkopota informācija ar mērķi noskaidrot cik daudz pacienti ir informēti par sekojošām procedūrām, un gadījumā, ja pacientam ir sniegta nepatiesa informācija, vai māsa to izlabo, un beigās ir sasniegusi vēlamu rezultātu komunikācijā ar pacientu. 19. jautājuma mērķis bija noskaidrot, vai, un kādas sekas ir bijušas māsu praksē sliktas komunikācijas dēļ. 20. jautājumā tika noskaidrots, ko vajadzētu mainīt māsu praksē, lai uzlabotu komunikāciju ar pacientu, t.i. arī tie faktori, kas traucē pielietot efektīvu komunikāciju ar pacientu. Pēdējos divos jautājumos bija iespēja atbildēt uz vairākiem atbilžu variantiem.

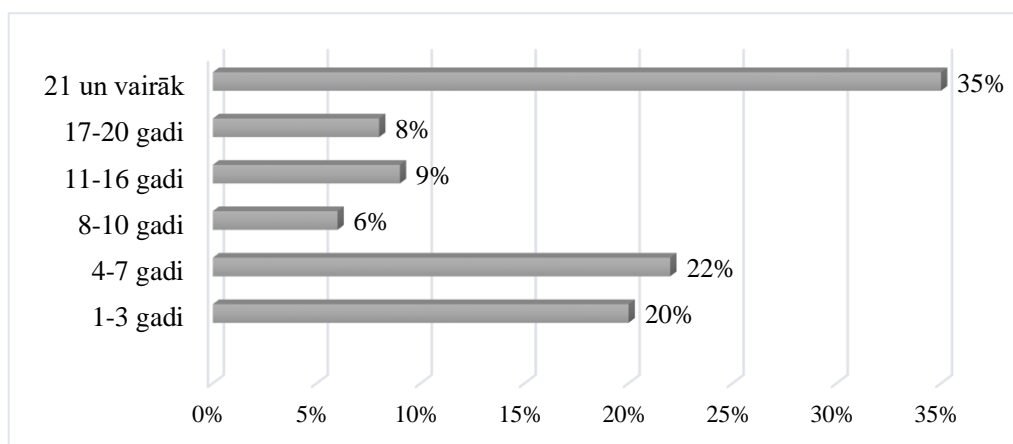
Aptauja tika veidota ar pārlūkprogrammas “*Google Forms*” starpniecību interneta vidē. Visi iegūtie dati tika apkopoti un analizēti datorprogrammās “*Microsoft word 2016*” un “*Microsoft excel 2016*” un iekļauti bakalaura darbā. Bakalaura darba prezentācija tika sagatavota ar “*Microsoft Power Point 2016*” datorprogrammu ar mērķi konspektīvi izklāstīt pētījuma gaitu un rezultātus.

#### 4.2. Pētījuma rezultāti un analīze



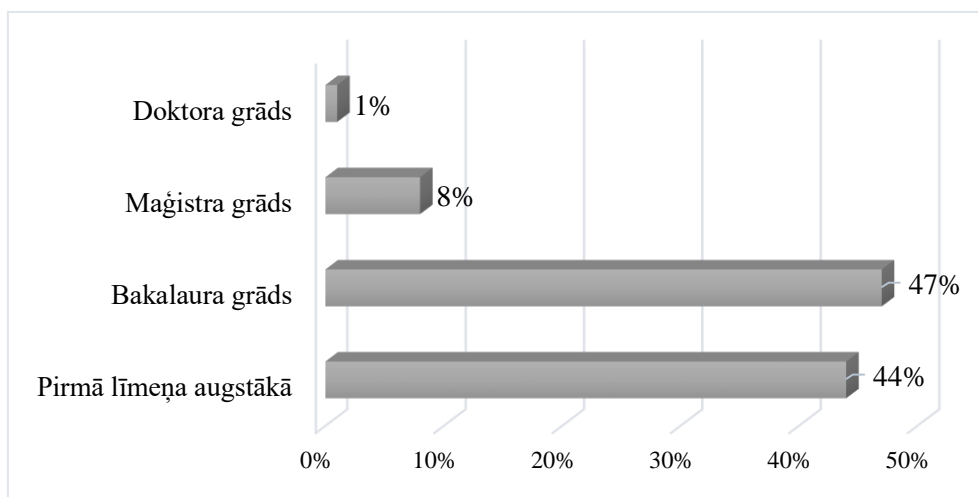
4.1. attēls. Respondentu vecums, % (n=100)

4.1. attēlā tika apkopoti dati par māsu vecumu. Lielākā daļa māsu, jeb 36% bija vecumā no 40-45 g., bet mazākā daļa (6%) bija no 66-76 g. Otra lielākā vecuma grupa bija no 22-29 g., kuras sastādīja 23% māsu. Vecumā no 30-39.g. sastādīja 18% māsu un 17% bija 56-66 g. vecumā.



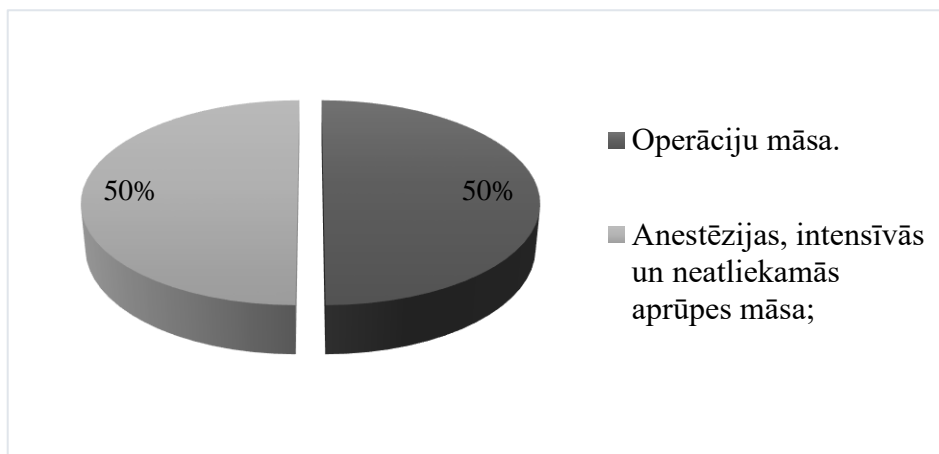
4.2. attēls. Respondentu darba stāžs, % (n=100)

Otrā jautājuma ietvaros bija noskaidrot māsu darba stāžu. No tām lielākā daļa, jeb 35% bija nostrādājušas vairāk kā 21. g. savā profesijā, turklāt mazākā daļa, jeb 6% bija nostrādājušas no astoņiem līdz desmit gadiem. Otra lielākā daļa sastādīja darba stāžu sākot no viena līdz septiņiem gadiem (42%), bet no 11-20 g. bija nostrādājušas 17% māsu.



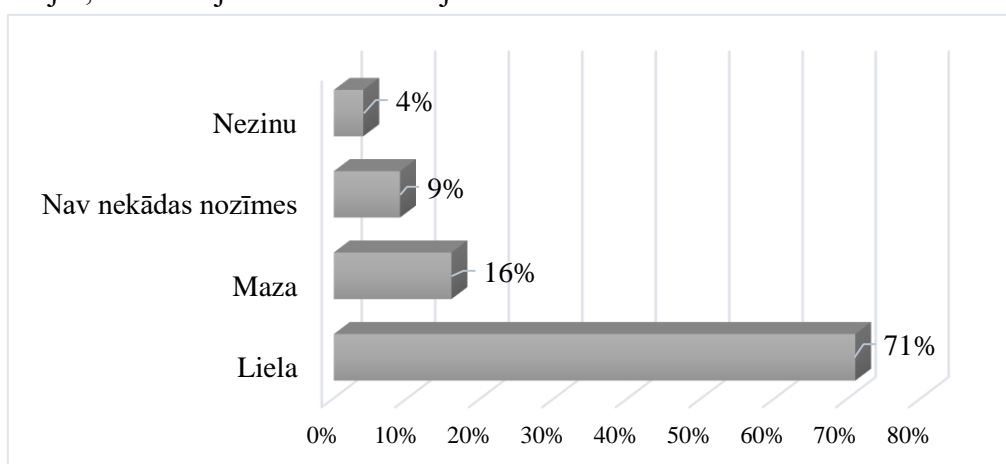
4.3. attēls Respondentu iegūtā izglītība, % (n=100)

4.3. attēlā tika apkopota māsu iegūtā izglītība. Dati rāda, ka 1% māsu tika iegūts doktora grāds. Tomēr lielākā daļa, jeb 47% bija ieguvušas bakalaura grādu un pirmā līmeņa augstāko izglītību (44%). 8% māsu ir ieguvušas maģistra grādu.



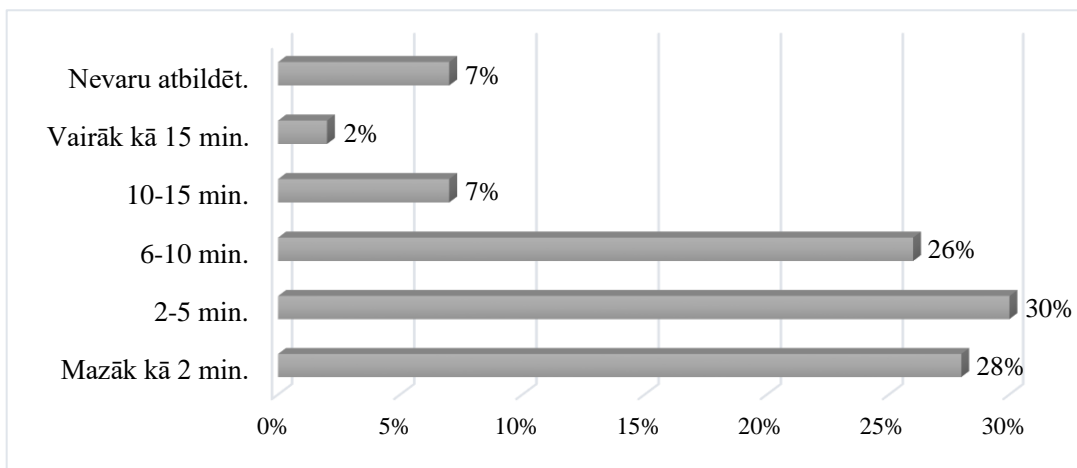
4.4. attēls Respondentu darbības sfēra, % (n=100)

Ceturtnā jautājuma būtība bija noskaidrot, kādā darbības sfērā strādā māsas. Atbildes sadalījās uz pusēm, attiecīgi, 50% māsas darba pienākumi bija operāciju zālē, un 50% anestēzijas, intensīvajā un neatliekamajā darbības sfērā.



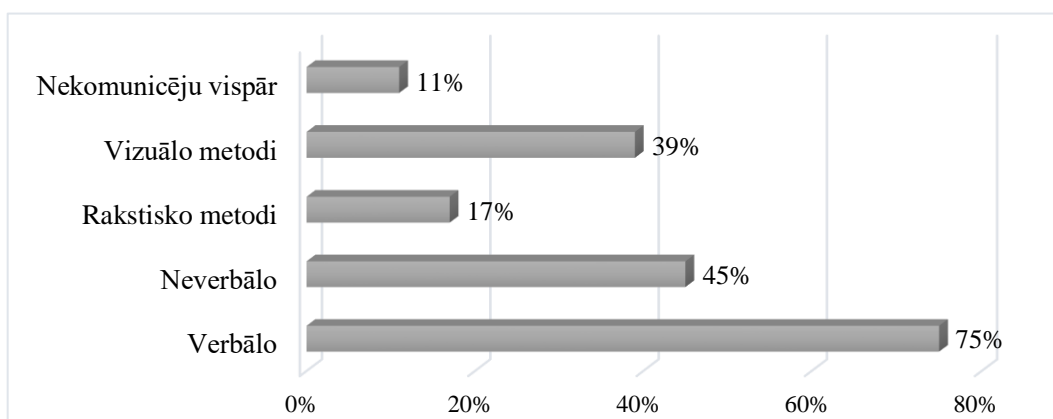
4.5. attēls Respondentu sniegtais vērtējums par nozīmi komunikācijā ar pacientu perioperatīvajā periodā, % (n=100)

Piektajā jautājumā (skat. 4.5. attēlu) lielākā daļa, jeb 71% māsas atzina, ka komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā ir liela nozīmē. 16% norādīja, ka komunikācijai ir maza nozīme, bet 9% māsas uzskata, ka tai nav nekādas nozīmes. Tikai mazākā daļa (4%) nezināja atbildi uz šo jautājumu.



**4.6. attēls Respondentu patērētais laiks komunikācijā ar pacientu pirms operācijas (minūtes), % (n=100)**

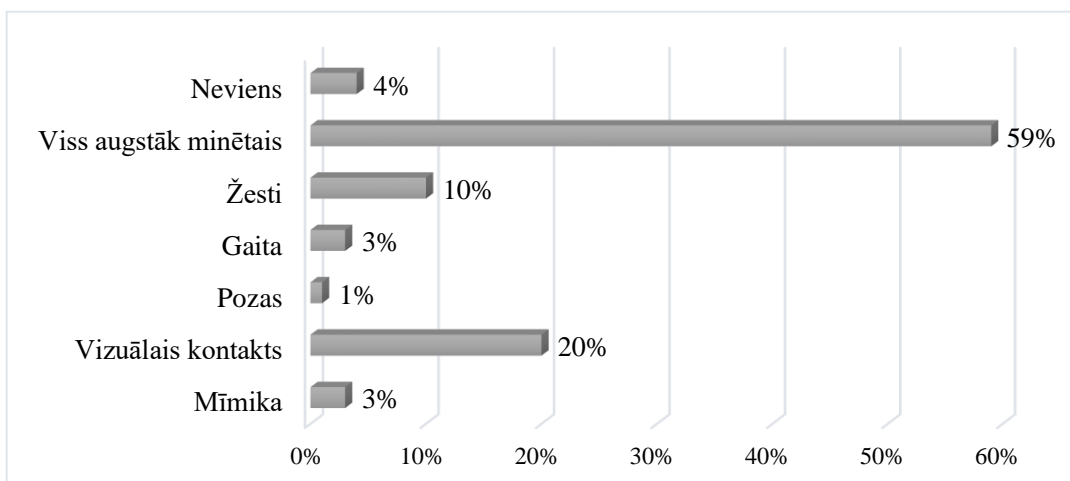
4.6. attēlā redzams, ka lielākā daļa māsu, jeb 30% uz sesto jautājumu atbildēja, ka komunikācijā ar pacientu pirms operācijas pavadīja divas līdz piecas min. Otrs lielākais skaits komunikācijas patērētajā laikā bija robežās līdz divām minūtēm (2%). Laika robežas no 6-10 min. sastādīja 26% māsu. Mazākā daļa (2%) norādīja, ka komunikācijā patērē vairā kā 15 min. 10-15 min. komunikācijas patērētā laika robežas bija 7%, un arī 7% māsu nevarēja atbildēt uz šo jautājumu.



**4.7. attēls Respondentu metodes komunikācijā ar pacientu pirms operācijām? (iespējami vairāki atbilžu varianti), % (n=100)**

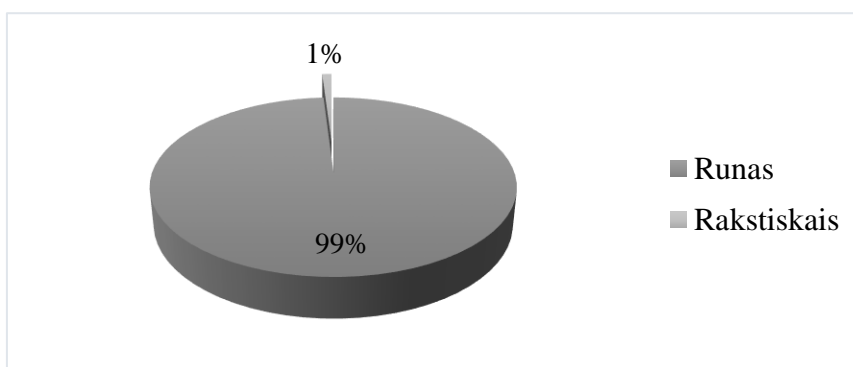
Septītā jautājuma mērķis bija noskaidrot māsu metodes komunikācijā ar pacientu pirms operācijām. Lielākā daļa, jeb 75% izmanto verbālo komunikācijas metodi, turpretī mazākā daļa, jeb 11% norādīja, ka vispār nekomunicē ar pacientu pirms operācijām. Liela daļa māsu izmanto

arī neverbālo metodi, tā uzsver 45%. Rakstisko metodi izmanto 17% un vizuālo metodi 39% mūsu.



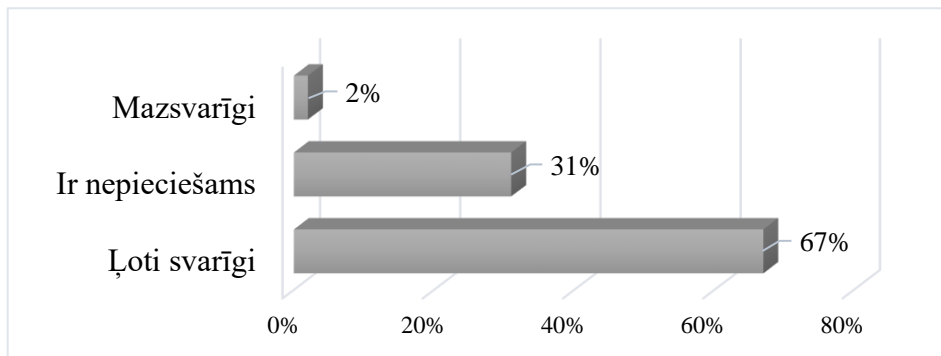
4.8. attēls Respondentu viedoklis par efektīvāko *neverbālās* komunikācijas veidu saziņā ar pacientu, % (n=100)

Astotajā jautājumā (skat. 4.8. attēlu) lielākā daļa no māsām, jeb 59% uzsver, ka visi autores minētie *neverbālās* komunikācijas veidi ir efektīvākie. Mazākā daļa, jeb 1% uzskata, ka pozas ir efektīvākais veids, un 4% mūsu norādīja, ka neviens no dotajiem atbilžu variantiem nav efektīvs. 6% norādīja, ka efektīvākais *neverbālās* komunikācijas veids ir mīmika un gaita. Vizuālais kontakts bija otrs lielākais rādītājs efektīvākajam *neverbālās* komunikācijas veidam, kurš sastādīja 20% mūsu. 10% mūsu norādīja, ka žesti ir efektīvākais *neverbālās* komunikācijas veids saziņā ar pacientu.



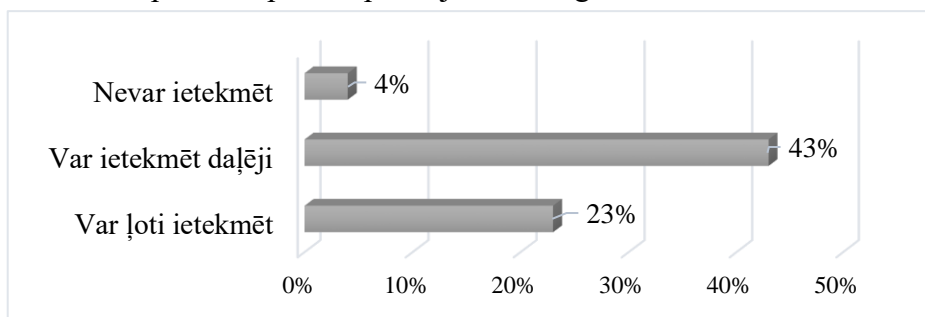
4.9. attēls Respondentu viedoklis par efektīvāko *verbālās* komunikācijas veidu saziņā ar pacientu, % (n=100)

4.9. attēlā redzams, ka absolūtais vairākums, jeb 99% mūsu uzskata, ka efektīvākais *verbālās* komunikācijas veids saziņā ar pacientu ir runas metode. Tikai 1%, norādīja, ka tas ir rakstiskais.



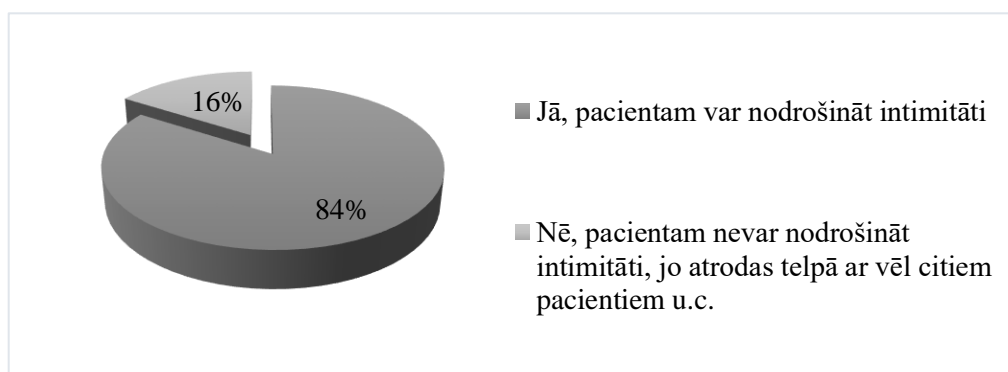
**4.10. attēls Respondentu sniegtais vērtējums par to cik svarīgi ir nomierināt pacientu pirms operācijas, % (n=100)**

4.10. attēlā apkopotā informācija liecina, ka lielākai daļai māsu, jeb 67% ir ļoti svarīgi nomierināt pacientu pirms operācijas, bet mazākai daļai (2%) tas likās mazsvarīgi. 31% māsu uzsver, ka nomierināt pacientu pirms operācijas ir svarīgi.



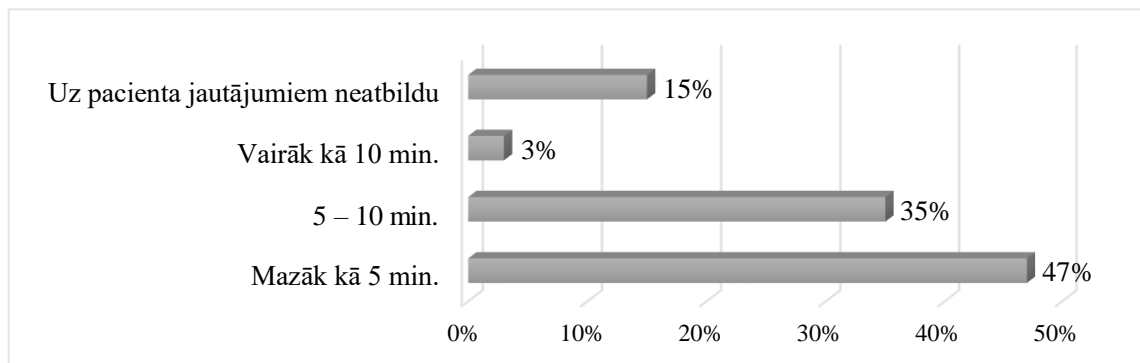
**4.11. attēls Respondentu viedoklis par pacientu efektīvas komunikācijas ietekmi uz operācijas gaitu, % (n=100)**

4.1. attēlā redzams, ka lielākā daļa māsu, jeb 43% norāda, ka efektīva komunikācija var ietekmēt daļēji operācijas gaitu, un to, ka tā var ļoti ietekmēt operācijas gaitu norāda 23% māsu. Mazākā daļa sastādīja 4% māsu, kuras atzīmēja, ka efektīva komunikācija nevar ietekmēt operācijas gaitu.



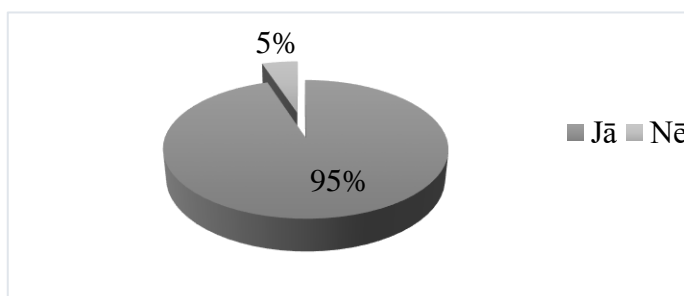
**4.12. attēls Respondentu iespējas nodrošināt pacienta intimitāti, lai izmantotu efektīvu komunikāciju ar pacientu nodrošinot viņa konfidencialitāti, % (n=100)**

Lielākā daļa māsu (89%) 12. jautājumā atzīst, ka pacientiem ir iespējams nodrošināt intimitāti. Tikai 16% māsu atzīmēja, ka pacientam nav iespēja nodrošināt intimitāti, jo atrodas telpā ar citiem pacientiem u.c.



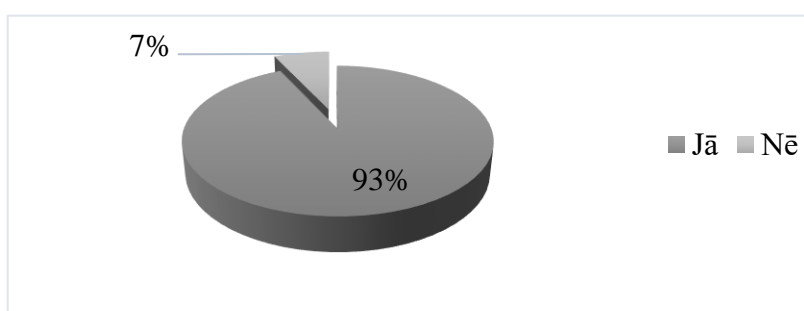
**4.13. attēls Respondentu patērētais laiks (minūtēs), lai atbildētu uz pacienta jautājumiem, % (n=100)**

13. jautājumā (skat. 4.13. attēlu) darba autore vēlējās noskaidrot, cik daudz laika patērē māsas, lai atbildētu uz pacienta jautājumiem, un lielākā daļa (47%) norādīja, ka atbilžu sniegšana pacientam aizņem mazāk kā piecas min. Otrs lielākais rādītājs (35%) bija 5-10 min. patērētais laiks atbilžu sniegšanai. Mazāko daļu veidoja 3% māsu, kuras norādīja, ka patērē vairāk kā 10. min. atbilžu sniegšanai, bet 15% uz pacienta jautājumiem neatbild.



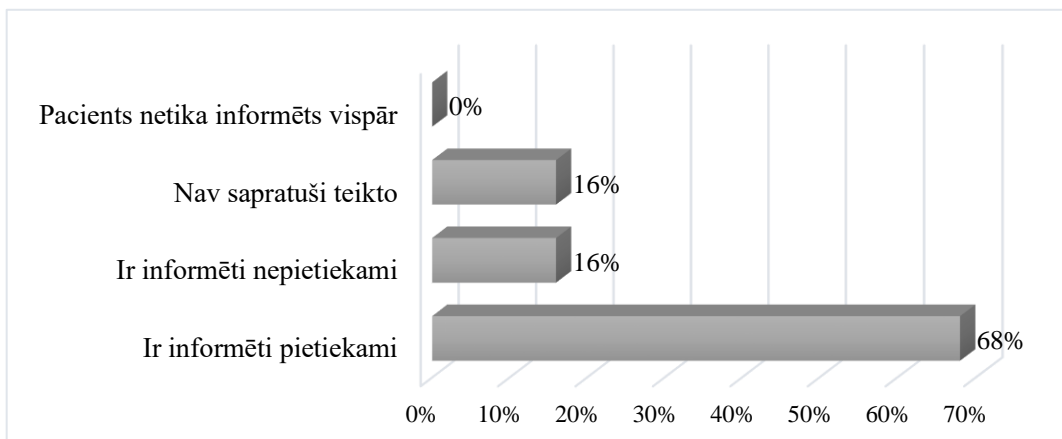
**4.14. attēls Respondentu iespēja identificēt pacientu un noskaidrot atbilstību nozīmētajai operācijai izmantojot efektīvu komunikāciju, % (n=100)**

4.14. attēlā apkopotās atbildes parāda, ka lielākā daļa māsu (95%) atzīst efektīvu komunikāciju, kā iespēju identificēt pacientu un noskaidrot viņa atbilstību nozīmētajai operācijai, bet 5%, kas ir mazākā daļa norādīja, ka efektīva komunikācija nesniedz šādu iespēju.



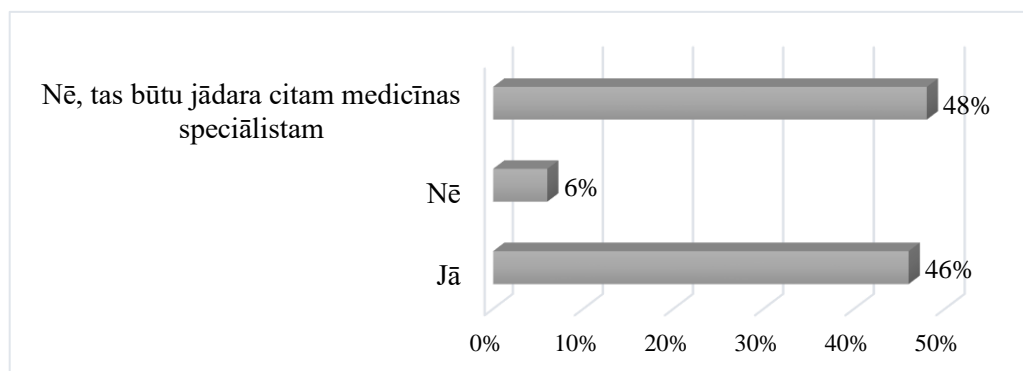
**4.15. attēls Respondentu iespēja noskaidrot pacientu alerģijas un nepanesamības izmantojot efektīvu komunikāciju, % (n=100)**

Izmantojot efektīvu komunikāciju ir arī iespēja noskaidrot pacienta alerģijas un nepanesamības, tā liecina 93% māsu atbildot 15. jautājumam (skat. 4.15. attēlu). Tikai 7% māsu to noliedz.



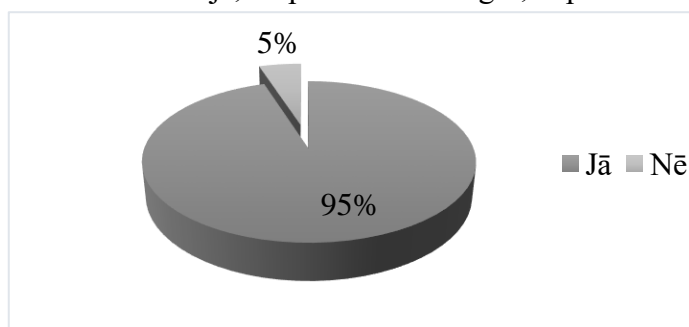
**4.16. attēls Respondentu vērtējums par to vai pirms operācijas pacienti ir pietiekami informēti par operācijas gaitu un sekojošām procedūrām, % (n=100)**

Atbildot uz 16. jautājumu (skat. 4.16. attēlu) lielākā daļa māsu, jeb 68% norādīja, ka pirms operācijām pacienti ir informēti pietiekami par operācijas gaitu un sekojošām procedūrām. Domas dalījās starp to, ka pacienti nebija sapratuši teikto (16%) un to, ka ir informēti nepietiekami (16%) pirms operācijām. Neviena māsa (0%) neatzīmēja, ka pacienti nebūtu vispār informēti.



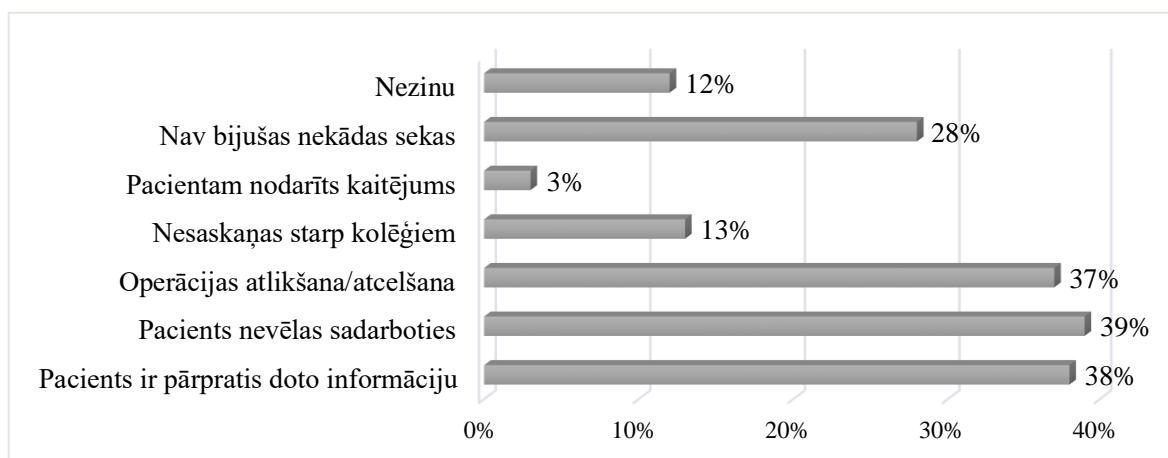
**4.17. attēls Vai respondenti izlabo nepatieso informāciju pacientiem gadījumos, kad tā ir sniegta/ pacienta nepatiesās informācijas korekcija gadījumos kad tā ir sniegta, % (n=100)**

Atšķirīgs viedoklis dalījās starp to, vai māsas izlabo pacientam sniegto, nepatieso informāciju – 48% norāda, ka tas būtu jā dara citam medicīnas speciālistam, bet 46% atzīmē, ka informāciju izlabo. 5% māsu norādīja, ka pacientam sniegto, nepatieso informāciju nelabo.



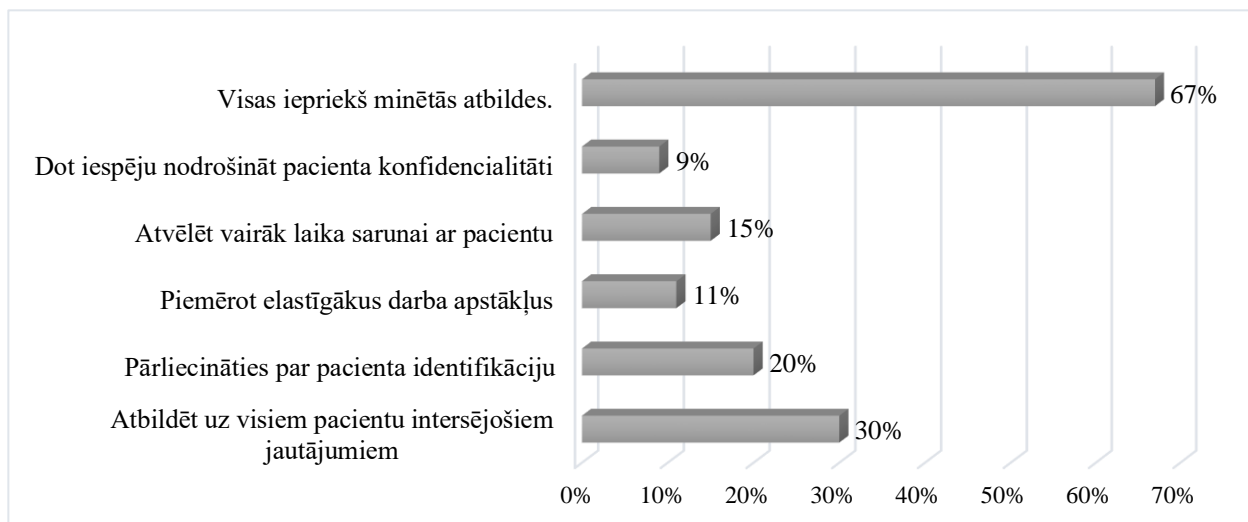
**4.18. attēls Respondentu mērķu sasniegšana pacientu drošības risku novēršanai pēc komunikācijas ar pacientu, % (n=100)**

Vairākums māsu (95%) 18. jautājumā (skat. 4.18. attēlu) norāda, ka ir novērsušas pacientu drošības risku pēc komunikācijas ar pacientu, bet 5% tas nav izdevies.



**4.19. attēls Iespējamās sekas respondentu praksē sliktas komunikācijas dēļ (iespējamai vairāki atbilžu varianti), % (n=100)**

4.19. attēlā redzamais grafiks parāda, kādas sekas ir bijušas māsu praksē sliktas komunikācijas dēļ. Vairākums, jeb 39% māsu norādīja, ka pacients nav vēlējis sadarboties un, ka pacients ir pārpratis sniegto informāciju (38%), kam tālāk sekoja operācijas atlikšana vai atcelšana (37%). 28% māsu norādīja, ka nav bijušas nekādas sekas. 13% māsu bija novērotas nesaskaņas starp kolēģiem. Mazākā daļa māsu atzīmēja, ka sliktas komunikācijas dēļ tika nodarīts kaitējums pacientam (3%).



**4.20. attēls Respondentu viedoklis par to, kādus pasākumus vajadzētu īstenot, lai uzlabotu komunikāciju ar pacientiem (iespējami vairāki atbilžu varianti), % (n=100)**

Uz pēdējo, 20. jautājumu (skat. 4.20. attēlu) lielākā daļa māsu, jeb 67% norādīja, ka visus autores minētos pasākumus ir nepieciešams īstenot, lai uzlabotu komunikāciju ar pacientu. No tām 15% norādīja, ka ir nepieciešams atvēlēt vairāk laika sarunai ar pacientu, 11% uzsvēra nepieciešamību piemērot elastīgākus darba apstākļus, 20% vēlējas pārliecināties par pacienta

identifikāciju, 30% norādīja, ka ir nepieciešams atbildēt uz visiem pacientu interesējošiem jautājumiem, kurš bija otrs lielākais rādītājs. Mazākā daļa, jeb 9% māsu atzīmēja, ka ir nepieciešams nodrošināt pacienta konfidencialitāti.

## SECINĀJUMI

Pētījuma *mērķis* noskaidrot vispārējās aprūpes māsu praksē pielietotās komunikācijas metodes efektīvai komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā tika sasniegts. Izvirzītā *hipotēze* – efektīva komunikācija ar pacientu perioperatīvajā periodā veicina uz pacientu orientētu kvalitatīvu aprūpi un priekšlaicīgu risku identificēšanu apstiprinājās balstoties uz vairākiem pētījumiem, kuri tika apskatīti un analizēti no pieejamiem literatūras avotiem, kā arī no pētījumā iegūtās datu analīzes – efektīva komunikācija māsu praksē ir svarīga uz pacientu vērsta aprūpē, kurā ietilpst arī pacientu un viņu tuvinieku izglītošana, un iesaistīšanās ārstniecības procesā. 95% no māsām atzina, pēc komunikācijas ar pacientu ir sasniegušas vēlamu rezultātu pacientu drošības risku novēršanai, kā arī pielietojot efektīvu komunikāciju ir iespējams identificēt šos riskus (71%). Pēc kvantitatīvā pētījuma rezultātiem lielākā daļa māsu (75%) izmanto verbālo komunikācijas metodi. Darba gaitā tika izstrādāti sekojoši secinājumi:

1. Demogrāfiskās analīzes ietvaros, atbildot uz pirmo jautājumu kāds ir respondentu vecums, lielākā daļa (36%) māsu bija no 40-55.g. vecumā. Otrajā jautājumā – kāds ir Jūsu darba stāžs lielākā daļa (35%) aptaujāto māsu bija ar 21. g. un lielāku darba stāžu. Trešajā jautājumā – kāda ir Jūsu iegūtā izglītība, atbildes dalījās, vairākums (47%) māsu ieguva bakalaura grādu, bet 44% pirmā līmeņa augstāko izglītību.
2. Veiktajā pētījumā atbildot uz ceturto jautājumu – Kurā no dotajiem profiliem Jūs strādājat, operāciju zāles un arī anestēzijas, intensīvās un neatliekamie pienākumi sadalījās uz pusēm, jeb 50% māsu.
3. Lai izveidotos veiksmīga komunikācija ir nepieciešama verbālās un neverbālās komunikācijas harmonija, tādējādi sniedzot labākus rezultātus pacienta ārstniecībā, to atzīmē māsas septītajā jautājumā (Kādu metodi Jūs izmantojiet komunikācijai ar pacientu pirms operācijām? (iespējami vairāki atbilžu varianti)) – visvairāk pielietotās metodes komunikācijā ar pacientu ir verbālā (75%) un neverbālā (45%);
4. Efektīvas komunikācijas piemērus var minēt kā aktīvu klausīšanos, atgriezeniskās saites sniegšanu un pieņemšanu, empātiju un cieņu, ievērojot ziņojuma apjomus un skaidrību tajos, draudzīgas attieksmes un pārlicības veidošanu, sava komunikācijas stila pielāgošanu auditorijai, utt. Aptaujas anketu rezultātos, balstoties uz māsu pieredzi, astotajā un devītajā jautājumā (Kāds ir efektīvākais neverbālās/verbālās komunikācijas veids?) māsas norādīja, ka efektīvākais neverbālās komunikācijas veids ir runas metode (99%), savukārt efektīvākais neverbālās komunikācijas veids ir cilvēka manieres (žesti, pozas, gaita, mīmika, vizuālais kontakts), jeb viss augstāk

minētais, kas sastādīja 59%. Šīs metodes liek pacientiem labāk uztvert un atcerēties māsu sniegto informāciju.

5. Slikta komunikācija ir jau sena problēma veselības aprūpē, un augstākā riska vide komunikācijas pārrāvumiem ir operāciju blokā, kur slikta komunikācija notiek vismaz deviņas reizes operācijas laikā. 19. jautājumā (Kādas no dotajām sekām ir bijušas Jūsu praksē, kad komunikācija nav bijusi efektīva? (iespējamai vairāki atbilžu varianti)) māsas norādīja, ka lielākās sekas, kādas ir bijušas sliktas komunikācijas dēļ ir operācijas atlikšana vai pārcelšana (39%), pacienta nevēlēšanās sadarboties (38%), kā arī tas, ka pacients ir pārpratis doto informāciju (37%).
6. Vispārējās aprūpes māsas komunikācija ir galvenais elements un pamatsastāvdaļa, tā ietekmē veidu kā tiek sniegta veselības aprūpe. Tai ir jābūt skaidrai, ar augstu saskarsmes kultūru gan starp kolēģiem, gan tuviniekiem, un tai ir jābūt pielāgotai pacienta emocionālajai reakcijai neatkarīgi no tā kāda informācija viņam tiek sniegta. Piektā jautājuma (cik liela nozīme ir perioperatīvajā periodā komunikācija ar pacientu?) ietvaros 71% māsu atzina, ka ir liela nozīme komunikācijai starp veselības aprūpes sniedzējiem un pacientiem.
7. Sestajā jautājumā (Cik laika Jūs patērējat komunicējot ar pacientu pirms operācijas?) 30% māsu norādīja, ka komunicē ar pacientu no divām līdz piecām minūtēm, bet 28% komunicē mazāk par divām minūtēm. 13. jautājumā (Cik daudz laika Jums ir nepieciešams, lai atbildētu uz pacienta jautājumiem?) 47% māsu atbild uz pacienta jautājumiem mazāk kā piecās minūtēs.
8. Ir pieci operāciju tipi, pirms kuriem pacientiem, vai viņu tuviniekiem ir jādod rakstiska piekrišana operācijai (jāslēdz līgums), kas aizsargā pacienta un ārstniecības personu tiesības. Šajā laikā ir ļoti svarīga pacienta izglītošana par turpmāko procedūru veikšanu un ārstēšanas plānu. Pētniecisko rezultātu 16. jautājuma (Vai pirms operācijas pacients ir pietiekami informēts par operācijas gaitu un sekojošām procedūrām?) ietvaros atklājās, ka 68% aptaujāto māsu norādīja, ka pacienti ir pietiekami informēti par operācijas gaitu un sekojošām procedūrām. Truklāt, 17. jautājumā – vai, gadījumā, ja pacientam ir sniegta nepatiesa informācija par operāciju Jūs to izlabojat, atbildes dalījās starp to, ka informācija tiek izlabota (46%) un 48% norādīja, ka informāciju nelabo, jo uzskata, ka tas ir jā dara citam medicīnas speciālistam.
9. Māsai savas kompetences ietvaros ir jāveic pacienta sagatavošana operācijai, kas ietver arī organisma un ķermeņa sagatavošanu (procedūras), pacientu un viņu atbalstošo personu izglītošanu, kā arī pēc iespējas vairāk iesaistīt pacientu savā aprūpē, kas ir svarīgi veiksmīgākam ārstniecības rezultātam. Pacientu un viņu tuvinieku

- izglītošanā svarīga ir efektīva komunikācijā, ar kuras palīdzību var noskaidrot svarīgu informāciju par pacienta veselības stāvokli. 14. jautājumā (Izmantojot efektīvu komunikāciju Jūs varat identificēt pacientu, un pārliecināties par tā atbilstību nozīmētajai operācijai) 93% aptaujāto māsu atzina, ka pielietojot efektīvu komunikāciju ir iespējams identificēt pacientu un pārliecināties par tā atbilstību nozīmētajai operācijai, kā arī noskaidrot alerģijas un nepanesamības (95%) – 15. jautājums – Izmantojot efektīvu komunikāciju Jūs varat noskaidrot pacienta alerģijas un nepanesamības?
10. Arvien lielāka uzmanība tiek pievērsta uz pacientu vērstā aprūpē, kurā svarīgākais elements ir efektīvas komunikācijas pamatprincipi, lai sasniegtu pēc iespējas labākus rezultātus pacienta ārstēšanā, kā arī izglītojot un iesaistot pacienta tuviniekus aprūpes procesā. 18. jautājumā – vai pēc komunikācijas ar pacientu pirms operācijas esat sasnieguši vēlamo rezultātu pacientu drošības risku novēršanai, komunicējot ar pacientu 95% māsu atzina, ka ir sasniegušas vēlamo rezultātu pacientu drošības risku novēršanai.
  11. Perioperatīvajā periodā pacienti var saskarties ar dažādām blakusparādībām, tādēļ ir nepieciešama kvalitatīva pacientu izglītošana – efektīva komunikācijas prakse, kuras nodrošināšana var atšķirties (verbāli, neverbāli, rakstiski, u.c.). 11. jautājumā (Kā efektīva komunikācija ar pacientu var ietekmēt operācijas gaitu?) 23% no aptaujātajām māsām atzīst, ka efektīva komunikācija var ļoti ietekmēt operācijas gaitu, tomēr 43%, jeb lielākā daļa no māsām uzskata, kā tā var ietekmēt tikai daļēji.
  12. Lai gan aprūpes procesā ir ļoti svarīgi nekavējoties veikt dažādas manipulācijas un procedūras, aktīvas klausīšanās spējas tiek uzsvērtas kā kritiskas, svarīgas un terapeitiskas, kas var ietekmēt pacienta psiholoģisko stāvokli, un vēlmi iesaistīties savā ārstniecības procesā. 10. jautājumā (Cik svarīgi ir nomierināt pacientu pirms operācijas?) lielākā daļa no aptaujātajām māsām (67%) norādīja, ka nomierināt pacientu pirms operācijas ir ļoti svarīgi. Svarīgs faktors ir labvēlīga pacienta psiholoģiskā stāvokļa uzturēšanā ir uzticība, kuras nodrošināšanai ir nepieciešama pacienta intimitātei. Vairākums, jeb 84% aptaujāto māsu uz 12. jautājumu (Izmantojot efektīvu komunikāciju ar pacientu, vai Jums ir iespēja nodrošināt intimitāti, lai ievērotu pacienta konfidencialitāti?) ir norādījušas, ka pacientam var nodrošināt intimitāti.
  13. Lielākā mūsu, jeb 67% 20. jautājumā (Kādus pasākumus vajadzētu īstenot, lai uzlabotu komunikāciju ar pacientiem?) uzsver, ka ir nepieciešams atbildēt uz visiem pacientu interesējošiem jautājumiem, pārliecināties par pacienta identifikāciju,

piemērot elastīgākus darba apstākļus māsām, atvēlēt vairāk laika sarunai ar pacientu, un dot iespēju nodrošināt pacienta konfidencialitāti.

## Izmantotās literatūras un avotu saraksts

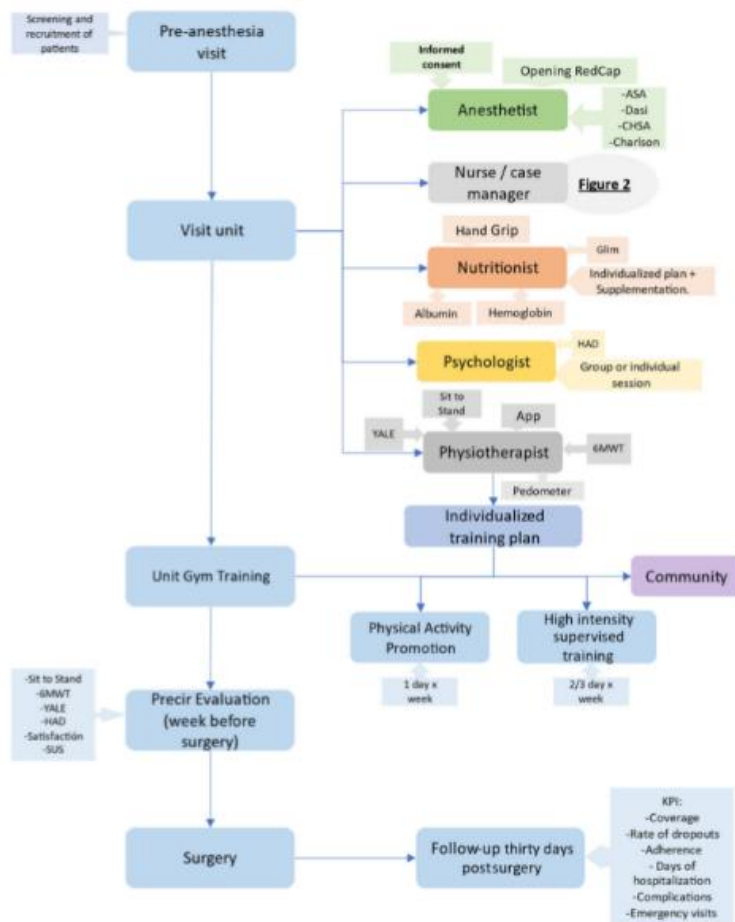
1. Dimants Ainārs. Komunikācija [Internets]. 06.01.2023. [Skatīts 06.01.2023].  
Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/6063>
2. Lambert Tim. A History of Communication [Internets]. 14.03.2021. [Skatīts 04.01.2023].  
Pieejams: <https://localhistories.org/a-history-of-communication/>
3. Rožukalne Anda. Komunikācijas Zinātne [Internets]. 10.02.2023. [Skatīts 10.02.2023].  
Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/1104>
4. Kolmar Chris. TYPES OF COMMUNICATION (WITH EXAMPLES) [Internets]. 21.09.2022. [Skatīts 06.01.2023].  
Pieejams: <https://www.zippia.com/advice/types-of-communication/>
5. Novak Mary Clare. Everything You Need to Know About Communication Theory [Internets]. 02.04.2019. [Skatīts 06.01.2023].  
Pieejams: <https://www.g2.com/articles/communication-theory>
6. Drew Chris. Shannon Weaver Model Of Communication – 7 Key Concepts [Internets]. 17.02.2023. [Skatīts 17.02.2023].  
Pieejams: <https://helpfulprofessor.com/shannon-weaver-model/>
7. Kiboruzzman M M. Communication Models – 3 Models of Communication Linear, Interactive & Transactional – 5 Key Features [Internets]. 16.03.2021. [Skatīts 06.01.2023].  
Pieejams: [https://newsmoor.com/3-types-of-communication-models-linear-interactive-transactional/?utm\\_content=cmp-true](https://newsmoor.com/3-types-of-communication-models-linear-interactive-transactional/?utm_content=cmp-true)
8. Janse, B. Schramm Communication Model [Internets]. 19.05.2022. [Skatīts 07.01.2023].  
Pieejams: <https://www.toolshero.com/communication-methods/schramm-communication-model/>
9. Mihailova Sandra. Komunikācijas psiholoģija [Internets]. 22.12.2022. [Skatīts 07.01.2023].  
Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/1107>
10. Lasmane Skaidrīte. Komunikācijas ētika [Internets]. 02.04.2022. [Skatīts 08.01.2023].  
Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/1340-komunik%C4%81cijas-%C4%93tika->
11. Naz Zeshan. Effective Communication: Definition, 7 Steps, Examples [Internets]. 22.02.2023. [Skatīts 23.02.2023].  
Pieejams: <https://www.knowledgehut.com/blog/project-management/effective-communication>
12. Robinson Lawrence, Segal Jeanne, Smith Melinda. Effective Communication [Internets]. 05.12.2022. [Skatīts 11.01.2023].  
Pieejams: <https://www.helpguide.org/articles/relationships-communication/effective-communication.htm>

13. Ang Marie Shella. Risk Communication: A Short Guide [Internets]. 22.11.2022. [Skatīts 11.01.2023]. Pieejams: <https://safetyculture.com/topics/risk-communication/>
14. Šiliņa M, Dupure I. Pacientu izglītošana – māsas kompetence. Rīga: Nacionālais apgāds; 2009; 107 lpp.
15. Derkevica-Pilskunga J. Risks izraisa krīzi [Internets]. 23.04.2020. [Skatīts 11.01.2023]. Pieejams: <https://www.jdpintegratedcomm.com/jdp-raksta/risku-komunik%C4%81cijas-pl%C4%81no%C5%A1ana>
16. Fawcett J. DaCunha P. J., Kern L. K., Martin H. J., Wendt J., editors. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: Davis Company; 2005; 528-548 p.
17. Coxon V., Buchsel P., Altman B. G. Delmar`s Fundamental & Advanced: Nursing Skills. Canada: Thomson Learning; 2000; 236-245 p.
18. Korels V. Kā izprast cilvēkus un pareizi izturēties pret tiem, psiholoģija darbā un ģimenē. Rīga: “Madris”; 2007; 124-126 lpp.
19. Roche. Medicīniskās aprūpes rokasgrāmata. Rīga: Jumava; 2001; 80-87 lpp.
20. Arnold C. E., Boggs Underman K. Interpersonal relationships: Profesional communication skills for nurses 8th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2020; 547 p.
21. Johnstone Jacqueline. How to provide preoperative care to patients [Internets]. 30.11.2020. [Skatīts 12.01.2023]. Pieejams: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/how-to-series/how-to-provide-preoperative-care-to-patients-ns.2020.e11657/abs>
22. Nursing MSN & DNP. Why Is Communication Important in Nursing? [Internets]. 26.02.2020. [Skatīts 12.01.2023]. Pieejams: <https://www.usa.edu/blog/communication-in-nursing/>
23. Kartika IR, Hariyati TS, Nelwati. Nurses–patients interaction model and outpatients’ satisfaction on nursing care. Nurse Care Open Acces Journal. 2018;5(2):70–76
24. Pettersson Monica E., Öhlén Joakim, Friberg Febe, Hydén Lars-Christer, Wallengren Catarina, Kenne Sarenmalm Elisabeth, Carlsson Eva. Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention [Internets]. 15.02.2018. [Skatīts 12.01.2023]. Pieejams: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14312>

25. Quinn Leah. Communication within the Perioperative Department Communication within the Perioperative Department. Hunt School of Nursing at Digital Commons: Gardner-Webb University; 2020; 44 p
26. Lane L., Frasier , Sudha R., Pavuluri Quamme, Ma Y., Wiegmann D., Levenson G., DuGoff E. H., Greenberg C. C. Familiarity and Communication in the Operating Room. *Journal of Surgical Research*. 2019;0022-4804(235):395-403
27. Shin S., Kang J. Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale. *Asian Nursing Research*. 2019;13:221-227
28. Jones A., Roche D. A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics. *Health Expectations*. 2021; 24:1357–1366
29. Nursing Theory. Peplau's theory of interpersonal relations [Internets]. [Skatīts: 05.02.2023.] Pieejams: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/peplau-theory-of-interpersonal-relations.php>
30. Hertel-Joergensen M., Abrahamsen Ch., Jensen C. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2018;29:41-48
31. Latvijas māsu asociācija. Māsu ētikas kodekss [Internets.]. [Skatīts 15.02.2023] Pieejams: <https://www.masuasociacija.lv/masu-etikas-kodekss/>
32. Fernando D., Sebio-García R., Tena B., et al. Perioperative Nursing as the Guiding Thread of a Prehabilitation Program. *Cancers*. 2022;5376(14):1-11
33. Gonzalo Angelo. Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory [Internets]. 12.01.2023. [Skatīts 13.02.2023]. Pieejams: [https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/#subconcepts\\_of\\_the\\_interpersonal\\_relations\\_theory](https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/#subconcepts_of_the_interpersonal_relations_theory)
34. Kwame, A., Petrucka, P. M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*. 2021;20:158
35. Goodman T., Spry C. *Essentials of Perioperative Nursing*. Sixth Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2017; 1-12 p
36. Ministru kabinets. Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu [Internets]. 16.04.2009. [Skatīts 25.02.2023]. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/190610/redakcijas-datums/2022/01/01>

37. Christman E. I., Improving perioperative communication through the use of a nurse navigator: an integrative review [Zinātnisks raksts doktorantūras studijās]. Lynchburg: Liberty University; 2020
38. Erci B., Sezgin S., Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. Australian journal of advanced nursing. 2004; 1(6): 59-66 p

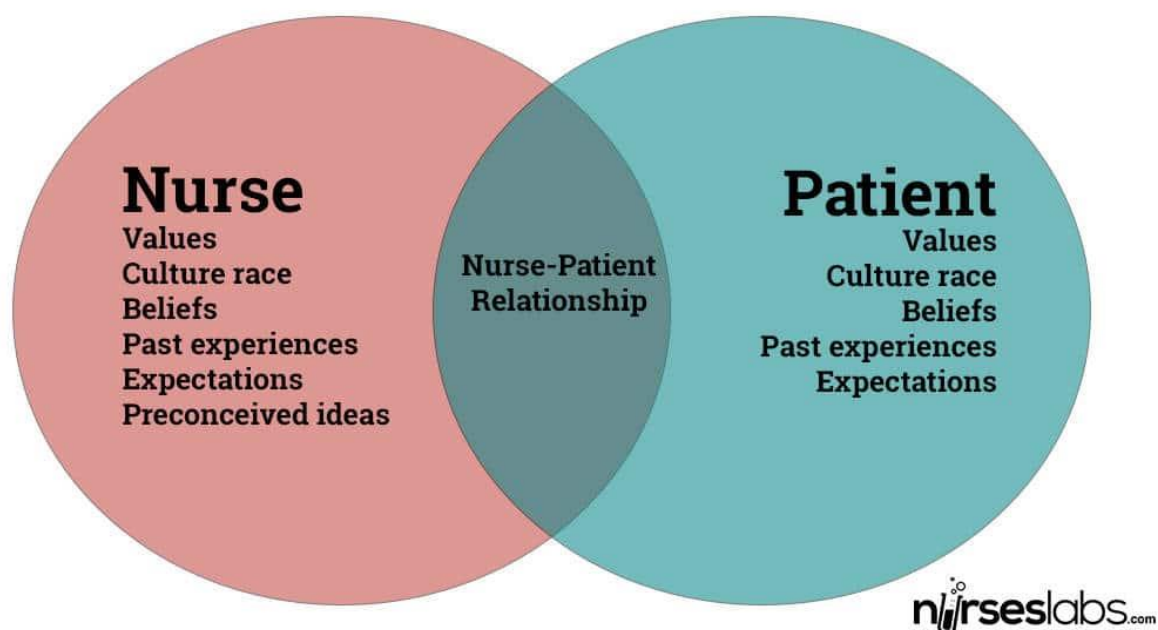
## PIELIKUMS



3.1. attēls. Pirmshabilitācijas vispārējā shēma (Fernando D. Et al.)

## Peplau's Theory of Interpersonal Relationships

### Factors influencing orientation phase



3.3. attēls. Orientēšanās fāzi ietekmējošie faktori. (Gonzalo Angelo)

## Aptauja

Labdien cien. respondent! Aicinu Jūs piedalīties Latvijas Universitātes Profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programma „Māszinības” 4. kursa studentes Kristinas Janušienes veiktajā pētījumā. Lūdzu Jūs aizpildīt šo aptauju, kas ir veidota zinātniski pētnieciskā darba tēmas (“Efektīva komunikācija pacienta perioperatīvajā periodā”) ietvaros, kurā tiks apkopots Jūsu viedoklis par komunikāciju ar pacientu perioperatīvajā periodā.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot vispārējās aprūpes māsas praksē pielietotās komunikācijas metodes efektīvai komunikācijai ar pacientu perioperatīvajā periodā.

Anketas aizpildīšana Jums aizņems aptuveni 10-15 minūtes. Aptauja ir anonīma, Jūs nebūs iespējams identificēt pēc anketā sniegtās informācijas, un dati tiks izmantoti tikai apkopotā veidā pētījuma mērķa sasniegšanai ievērojot profesionālās ētikas principus.

Piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties aizpildīt anketu, un Jūsu atteikšanās neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz Jums sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Pētījums ir apstiprināts LU Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komitejā. Ja Jums rodas jautājumi par šo pētījumu, varat vērsties pie kristinajanusie@gmail.com.

- 1) Kāds ir Jūsu vecums?
  - a) 22-29;
  - b) 30-39;
  - c) 40-55;
  - d) 56-66;
  - e) 66-76;
  - f) 77 un vairāk.
- 2) Kāds ir Jūsu darba stāžs?
  - a) 1-3 gadi;
  - b) 4-7 gadi;
  - c) 8-10;
  - d) 11-16;
  - e) 17-20;
  - f) 21 un vairāk.
- 3) Kāds ir Jūsu izglītības līmenis?
  - a) Pirmā līmeņa augstākā izglītība;
  - b) Bakalaura grāds;
  - c) Maģistra grāds;

- d) Doktora grāds.
- 4) Kurā no dotajiem profiliem Jūs strādājat?
- a) Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa;
  - b) Operāciju māsa.
- 5) Cik liela nozīme ir perioperatīvajā periodā komunikācija ar pacientu?
- a) Liela;
  - b) Maza;
  - c) Nav nekādas nozīmes;
  - d) Nezinu.
- 6) Cik laika Jūs patērējat komunicējot ar pacientu pirms operācijas? (minūtes)
- a) Mazāk kā 2 min.;
  - b) 2-5 min.;
  - c) 6-10 min.;
  - d) 10-15 min.;
  - e) Vairāk kā 15 min.;
  - f) Nevaru atbildēt.
- 7) Kādu metodi Jūs izmantojiet komunikācijai ar pacientu pirms operācijām? (iespējami vairāki atbilžu varianti)
- a) Verbālo;
  - b) Neverbālo;
  - c) Rakstisko metodi;
  - d) Vizuālo metodi;
  - e) Nekomunicēju vispār.
- 8) Kāds ir efektīvākais *neverbālās* komunikācijas veids?
- a) Mīmika;
  - b) Vizuālais kontakts;
  - c) Pozas;
  - d) Gaita;
  - e) Žesti;
  - f) Viss augstāk minētais;
  - g) Neviens.
- 9) Kāds ir efektīvākais *verbālās* komunikācijas veids?
- a) Runas;
  - b) Rakstiskais.
- 10) Cik svarīgi ir nomierināt pacientu pirms operācijas?

- a) Ļoti svarīgi;
  - b) Ir nepieciešams;
  - c) Mazsvarīgi;
  - d) Cits:\_\_\_\_\_
- 11) Kā efektīva komunikācija ar pacientu var ietekmēt operācijas gaitu?
- a) Var ļoti ietekmēt;
  - b) Var ietekmēt daļēji;
  - c) Nevar ietekmēt;
- 12) Izmantojot efektīvu komunikāciju ar pacientu, vai Jums ir iespēja nodrošināt intimitāti, lai ievērotu pacienta konfidencialitāti?
- a) Jā, pacientam var nodrošināt intimitāti;
  - b) Nē, pacientam nevar nodrošināt intimitāti, jo atrodas telpā ar vēl citiem pacientiem u.c.
- 13) Cik daudz laika Jums ir nepieciešams, lai atbildētu uz pacienta jautājumiem?
- a) Mazāk kā 5 min.;
  - b) 5 – 10 min.;
  - c) Vairāk kā 10 min.;
  - d) Uz pacienta jautājumiem neatbildu.
- 14) Izmantojot efektīvu komunikāciju Jūs varat identificēt pacientu, un pārliecināties par tā atbilstību nozīmētajai operācijai?
- a) Jā;
  - b) Nē;
- 15) Izmantojot efektīvu komunikāciju Jūs varat noskaidrot pacienta alerģijas un nepanesamības?
- a) Jā;
  - b) Nē
- 16) Vai pirms operācijas pacients ir pietiekami informēts par operācijas gaitu un sekojošām procedūrām?
- a) Ir informēti pietiekami;
  - b) Ir informēti nepietiekami;
  - c) Nav sapratuši teikto;
  - d) Pacients netika informēts vispār.
- 17) Vai, gadījumā, ja pacientam ir sniegta nepatiesa informācija par operāciju Jūs to izlabojat?
- a) Jā;
  - b) Nē;

- c) Nē, tas būtu jādara citam medicīnas speciālistam.
- 18) Vai pēc komunikācijas ar pacientu pirms operācijas esat sasnieguši vēlamo rezultātu pacientu drošības risku novēršanai?
- a) Jā;
  - b) Nē.
- 19) Kādas no dotajām sekām ir bijušas Jūsu praksē, kad komunikācija nav bijusi efektīva? (iespējamai vairāki atbilžu varianti)
- a) Pacients ir pārpratis doto informāciju;
  - b) Pacients nevēlas sadarboties;
  - c) Operācijas atlikšana/atcelšana;
  - d) Nesaskaņas starp kolēģiem;
  - e) Pacientam nodarīts kaitējums;
  - f) Nav bijušas nekādas sekas;
  - g) Nezinu.
- 20) Kādus pasākumus vajadzētu īstenot, lai uzlabotu komunikāciju ar pacientiem? (iespējami vairāki atbilžu varianti)
- a) Atbildēt uz visiem pacientu intersējošiem jautājumiem;
  - b) Pārlicināties par pacienta identifikāciju;
  - c) Piemērot elastīgākus darba apstākļus;
  - d) Atvēlēt vairāk laika sarunai ar pacientu;
  - e) Dot iespēju nodrošināt pacienta konfidencialitāti;
  - f) Visas iepriekš minētās atbildes.

Paldies par Jūsu līdzdalību aptaujā!



Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komitejas

ATZINUMS Nr. 19-25/101

Pētījuma nosaukums	Efektīva komunikācija pacienta perioperatīvajā periodā
Pētījuma vadītājs	Līga Skuja-Petruševiča
Pētījuma izpildītājs	Kristina Janušiene
Pētījuma norises vieta	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes pētījumu ētikas komiteja (turpmāk – Ētikas komiteja) 08.03.2023. sēdē izvērtēja pētījuma *Efektīva komunikācija pacienta perioperatīvajā periodā* (turpmāk – pētījums) pieteikumu, pētījuma dalībnieku informētās piekrišanas projektu, šajos dokumentos norādītos ētikas principu ievērošanas nosacījumus, risku un ieguvumu samēru analīzi, kā arī pētījuma dalībnieku tiesību aizsardzības nosacījumus un nolēma, ka:

**plānotais pētījums atbilst pētījumu ētikas principiem un pētījuma dalībnieku tiesību aizsardzības prasībām.**

Atzinums ir spēkā pētījuma pieteikumā plānotajai datu ieguvei līdz 30.04.2023.

Pētījuma vadītāja un izpildītāju pienākumi:

- veicot pētījumu, ievērot pētījumu ētikas principus un personas datu aizsardzības prasības;
- atbilstoši Ētikas komitejas nolikuma 28. punktam, rakstiski informēt Ētikas komiteju par izmaiņām plānotajā pētījuma norisē un iesniegtajos dokumentos pirms šādu izmaiņu veikšanas.

Ētikas komitejas priekšsēdētāja

(paraksts\*)

Signe Mežinska

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

Bakalaura darbs „Efektīva komunikācija pacienta oeriperatīvajā periodā” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds)

(paraksts)

**Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai**

Vadītājs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds)

(paraksts)

(datums)

Recenzents: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds)

(paraksts)

(datums)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē \_\_\_\_\_

(datums)

Metodiķe Dana Sarkane \_\_\_\_\_

(paraksts)

Bakalaura darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījumu komisijas sēdē \_\_\_\_\_ 2023.,

prot. Nr. \_\_\_\_\_.

Komisijas

sekretāre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(amats, vārds, uzvārds, grāds)

(paraksts)