



Socialinė sveikata

Social health

Redaktorių kolegija (Editorial Board)

Vyriausioji redaktorė (Editor-in-Chief)

Danguolė Šakalytė

Utenos kolegija

Interaktyvi slaugos simuliacinio mokymo bendruomenė

Utena College, Lithuania

NLN SIRC. An interactive Global Simulation Community (USA)

Nariai (Editors):

Dr. Ženija Truskovska

Rēzeknės technologiju akadēmija

Latvijas sociāliņu pedagogu federācija

Rezekne Academy of Technologies, Latvia

Federation of Social Pedagogues Latvia

Dr. Jurgita Andruškienė

Klaipėdos universitetas

Klaipėda University

Dr. Aurelija Blaževičienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Dr. Remigijus Bubnys

Vilniaus universiteto Šiaulių akadēmija

Vilnius University Šiauliai academy, Lithuania

Prof. dr. Inta Čamane

Baltijos tarptautinė akadēmija

Baltic International Academy, Latvia

Dr. Daiva Kriukelytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Utenos kolegija

Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Utena College

Prof. dr. Irina Plotka

Baltijos tarptautinė akadēmija

Baltic International Academy, Latvia

Dr. Ewa Krzyżak-Szymańska

Katowice aukštoji ekonomikos mokykla

Katowice School of Economics, Poland

Edmundas Vaitiekus

Utenos kolegija

Utena College, Lithuania

Dr. Milda Žukauskienė

Vilniaus kolegija

Europos aukštųjų kineziterapijos mokyklų tinklas (ENPHE)

Vilniaus kolegija/University of Applied Sciences, Lithuania

ENPHE Coordinator for Lithuania

3

Žurnale publikuojami straipsniai, susiję su visuomenės sveikata, socialiniu darbu, slauga ir burnos priežiūra. Tai originalūs, kituose leidiniuose neskelbti Lietuvos ir užsienio autorių straipsniai, kurie reprezentuoja autorių atliktų tyrimų rezultatus, analizuojamas teorines ir praktines problemas ir jų sprendimo būdus. Siekiant užtikrinti publikuojamų straipsnių kokybę, leidinyje publikuojami redakcinės kolegijos atrinkti ir recenzuoti tos srities mokslininkų ar specialistų straipsniai.

Redakcijos adresas (Address):

S.Daukanto g. 16

LT-28242 Utena, Lithuania

El. paštas (e-mail): info@socialinisdarbas.lt

Tel. (Phone): +370-699-12544

Leidinio tinklalapis (Home page)

<http://www.socialinisdarbas.lt/socialhealth>



Turinys

PACIENTŲ, KURIEMS TAIKOMA HEMODIALIZĖ, SLAUGOS IR SVEIKATOS PROBLEMŲ VERTINIMAS PACIENTŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIU. R.Brazaitytė, L.Spirgienė.....	5
VYRESNIŲJŲ SLAUGYTOJŲ – SLAUGOS ADMINISTRATORIŲ LYDERYSTĖS RAIŠKOS VERTINIMAS. A.Jasinskaitė, D.Kriukelytė.....	13
GRUPINIO GYVENIMO NAMŲ GYVENTOJŲ (VAIKŲ) SOCIALINĖ GEROVĖ DEINSTITUCIONALIZACIJOS KONTEKSTE. D.Slabadienė, V.Ragauskas, Ž.Kuprėnaitė	25
DRĖGNŲ TVARSČIŲ PROCEDŪROS TAIKYMAS SLAUGOJE. S.Čerkauskaitė	36
PRIEKINIŲ DANTŲ PROTEZAVIMAS BEMETALE KERAMIKA NAUDOJANT „CUT- BACK” TECHNIKĄ. A.Žėkaitė, A.Stoškienė	44
SKUBIOSIOS MEDICINOS PAGALBOS TEIKIMO VEIKSMAI PACIENTAMS PATYRUSIEMS POLITRAUMĄ, TAIKANT ABCDE VERTINIMO SISTEMĄ. N.Urbanavičė, K.Vazgelevičienė, D.Šakalytė	56
REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALE „SOCIALINĖ SVEIKATA“	69
SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“	70

PACIENTŲ, KURIEMS TAIKOMA HEMODIALIZĖ, SLAUGOS IR SVEIKATOS PROBLEMŲ VERTINIMAS PACIENTŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIU

ATTITUDE OF NURSING AND HEALTH PROBLEMS IN HAEMODIALYSIS PATIENTS BY PATIENTS AND NURSES

Reda Brazaitytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos fakultetas, Slaugos klinika
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Nefrologijos klinika

Lina Spirgienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos fakultetas, Slaugos klinika

Santrauka

Tikslas – įvertinti pacientų, kuriems taikoma hemodializė, slaugos ir sveikatos problemas pacientų ir slaugytojų požiūriu.

Tyrimo metodika. Tyrimas vyko 2021 rugsėjo – lapkričio mėn. LSMU KK Nefrologijos klinikos, Nefrologijos bei Detoksikacijos skyriuose. Anketa sudaryta tyrimo autorių, remiantis išanalizuota mokslinė literatūra ir N. Roper slaugos modeliu. Tyrime dalyvavo 41 bendrosios praktikos slaugytoja ir 55 hemodializuojami pacientai. Atsako dažnis – 82,8 proc.

Rezultatai. Tiek slaugytojai, tiek pacientai saugios aplinkos problemą silpnumą vertino kaip aktualiausią, tačiau slaugytojai vertino kaip daugiau aktualesnę (atitinkamai vidurkis (SN) 7,8 (2,05) ir 5,1 (2,82), $p < 0,001$). Kvėpavimo gyvybinėje veikloje tiek slaugytojai, tiek pacientai arterinio kraujo spaudimo (AKS) padidėjimą išskyrė kaip aktualiausią problemą, tačiau slaugytojai šią problemą vertino kaip aktualesnę nei pacientai (atitinkamai vidurkis (SN) 8,0 (1,92) ir 5,3 (3,08), $p < 0,001$).

Išvados. Bendrosios praktikos slaugytojos vertino visas slaugos ir sveikatos problemas kaip aktualesnes nei patys pacientai. Slaugytojams svarbu žinoti kaip patys pacientai vertina savo slaugos ir sveikatos problemas.

Raktažodžiai: hemodializė, hemodializuojami pacientai, slaugos ir sveikatos problemos

Įvadas

Inkstai yra gyvybiškai svarbus organas, kurie kasdien dirbdami išvalo kraują apie 40 kartų, pašalindami nuodingas medžiagas, skysčių ir druskų perteklių [1]. Sutrikus inkstų funkcijai gali išsivystyti inkstų nepakankamumas, ko pasakoje pacientams reikalinga pakaitinė inkstų terapija [2]. Nuo XX amžiaus antrosios pusės hemodializė atlikimas išgelbėjo daugelio lėtinėmis inkstų ligomis sergančių pacientų gyvybes bei pagerino jų gyvenimo kokybę. Nepaisant hemodializės technologijų pažangos, šis metodas sukelia daug nepageidaujamų simptomų [3], slaugos ir sveikatos problemų.

Nerimas yra dažnas, tačiau dažnai nepastebimas simptomas pacientams, kuriems taikoma hemodializė. Daugelis iš pažiūros neracionalaus pacientų elgesio atvejų, kai prieštaraujama sveikatos priežiūros specialistams (pavyzdžiui elgesio, režimo nesilaikymas), yra pagrindinės nerimo sutrikimo išraiškos [4]. Dažniausiai galvos skausmui daro įtaką kraujospūdis, natrio ir magnio koncentracijos serume pokyčiai, stresas dializės metu [5]. Galvos svaigimą patiria apie 63 proc. pacientų [6], nuovargį – 60 – 97 proc. [7]. Hemodializuojamų pacientų skysčių valdymas yra gana sudėtingas. Sutrikus inkstų funkcijai, pacientams dažnai ribojamas skysčių ir druskų suvartojimas, nes nesilaikant rekomendacijų organizme gali pradėti kauptis skysčiai. Pasitaiko atvejų, kada skysčiai pradeda kauptis plaučiuose, išsivysto plaučių edema, žmogus pradeda dusti [8]. Pykinimas ir vėmimas yra vienos iš dažnų komplikacijų hemodializės metu. Šie nepageidaujami simptomai atsiranda dėl įvairių priežasčių, pavyzdžiui, dėl greito kraujo spaudimo kritimo, nerimo, netinkamos mitybos, vaistų režimo nesilaikymo ir kt. [3]. Pagrindinės vidurių užkietėjimo priežastys yra ribotas vandens suvartojimas, kai kurių vaistų pašalinis efektas, netinkamas maistinių skaidulų suvartojimas dėl kalio apribojimo ir su tuo susijusių žarnyno mikrofloros pokyčių, fizinio aktyvumo stokos bei dėl senėjimo sumažėjusio žarnyno judrumo [9, 10]. Galutinės inkstų ligos stadijos metu dažnai pacientams būdingas silpnumas. Pacientams, kuriems atliekama dializė, yra ypač didelė sumažėjusio fizinio aktyvumo rizika. Nurodoma, kad 40 – 85 proc. hemodializuojamų žmonių pastebi miego sutrikimus, pacientams sunku užmigti, būdingi dažni prabudimai naktį arba anksti ryte, o tai pablogina gyvenimo kokybę [11]. Apie 33 – 78 proc. pacientų patiria raumenų mėšlungį [11]. Pacientams yra būdingi arterinio kraujo spaudimo pokyčiai, tiek padidėjimas, tiek sumažėjimas. Dializuojamų pacientų pasikeičia gyvenimo būdas reikalingas socialinis ir psichologinis pasirengimas pacientams ir jų šeimos nariams [7]. Įprastai hemodializė atliekama 3 kartus per savaitę, viena procedūra trunka apie 3 – 4 valandas.

Pacientai, sergantys galutinės stadijos inkstų nepakankamumu ir kuriems taikoma hemodializė susiduria su įvairiomis slaugos ir sveikatos problemomis. Tam, kad būtų užtikrintas sklandus slaugos procesas, reikia įvertinti paciento slaugos poreikius bei kylančias problemas.

Tyrimo tikslas – įvertinti pacientų, kuriems taikoma hemodializė, slaugos ir sveikatos problemas pacientų ir slaugytojų požiūriu.

Tyrimo metodika

Respondentai. Tyrime dalyvavo LSMU KK Nefrologijos bei Detoksikacijos skyriuose dirbusios bendrosios praktikos slaugytojos bei šiuose skyriuose hemodializuojami pacientai. Tyrimas vyko 2021 rugsėjo-lapkričio mėn.

LSMU KK Nefrologijos skyriuje dirbo 20 bendrosios praktikos slaugytojų, Detoksikacijos skyriuje – 38 bendrosios praktikos slaugytojos. Iš išdalintų 58 anketų, pilnai užpildytų bei tinkamų tolimesnei analizei gauta – 41. Atsako dažnis – 70,7 proc.

Hemodializuojamų pacientų įtraukimo kriterijai: amžius >18 m., sutikę dalyvauti tyrime. Tiriamųjų išbraukimo kriterijai: pacientai, kuriems dėl sudėtingos sveikatos būklės sunku kritiškai įvertinti savo būklę ir jos pokyčius. Išdalinta pacientams 58 anketų, pilnai užpildytų bei tinkamų tolimesnei analizei gauta – 55. Atsako dažnis – 94,8 proc.

Tyrimo etika Tyrimui atlikti buvo gautas LSMU KK Bioetikos centro pritarimas Nr. BEC-SL(N)-248

Tyrimo anketa. Anketa sukūrė tyrimo autorės, remiantis N. Roper 12 slaugos modeliu ir išanalizuota mokslinė literatūra [3-7]. Anketa sudarė dvi dalys: 1) Bendra charakteristika (dalyvių buvo prašoma nurodyti lytį, išsilavinimą, slaugytojų - skyrių, kuriame dirba, bei darbo stažą; pacientams – kiek laiko ir kiek kartų per savaitę jiems atliekama hemodializė) 2) Dializuojamų pacientų patiriamos problemos

pačių pacientų ir slaugytojų požiūriu. Klausimai parengti remiantis N. Roper gyvybinėmis veiklomis. Kiekvienai gyvybinei veiklai, t.y. saugiai aplinkai, bendravimui, kvėpavimui, valgymui ir gėrimui, tuštinimuisi ir šlapinimuisi, asmens švarinimuisi ir rengimuisi, kūno temperatūros reguliavimui, judėjimui, darbui ir žaidimams, lyties raiškai, miegui, mirimui, remiantis mokslinė literatūra, buvo išrinktos aktualiausios slaugos ir sveikatos problemos, kurias patiria hemodializuojami pacientai.

Hemodializuojamų pacientų patiriamos slaugos ir sveikatos problemos buvo vertinamos dešimties balų skalėje, kai 1 – visai neaktuali, 10 – labai aktuali.

Duomenų analizės metodai. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant IBM SPSS 25.0. Duomenys pateikti apskaičiuavus rodiklių vidurkius, medianą, standartinį nuokrypį. Lyginant pacientų ir slaugytojų rezultatus taikytas nepriklausomų imčių t–kriterijaus testas (angl. Independent Sample T–test), naudotas Pearsono Chi kvadrato (χ^2) kriterijus, naudojant p, kai $p \leq 0,05$ yra statistiškai reikšminga.

Rezultatai

Tiriamųjų bendra charakteristika. Tyrime dalyvavo 41 bendrosios praktikos slaugytoja, visos jos buvo moterys (100 proc.), darbo stažo vidurkis – $14,5 \pm 10$ m. Daugiausia pacientų dalyvavusių tyrime buvo vyrai (72,7 proc.), daugumai (98,2 proc.) hemodializė taikoma 3 – 4 kartus per savaitę. Bendra slaugytojų ir pacientų charakteristika pateiktia 1 lentelėje.

1 lentelė. Slaugytojų ir pacientų bendra charakteristika

Charakteristikos			n	proc.
Slaugytojai n=41	Lytis	Moterys	41	100
		Vyrai	0	0
	Išsimokslinimas	Aukštasis neuniversitetinis	34	82,9
		Aukštasis universitetinis	5	12,2
		Magistras	2	4,9
	Skyrius, kuriame dirba	Nefrologijos	20	48,8
		Detoksikacijos	21	51,2
	Darbo stažas	Vidurkis metais $14,5 \pm 10,3$		
Pacientai n=55	Lytis	Vyrai	40	72,7
		Moterys	15	27,3
	Amžius	Vidurkis metais $52,8 \pm 14,06$		
	Hemodializės atlikimas	1–2 k/sav.	1	1,8
		3–4 k/sav.	54	98,2

Slaugytojų ir pacientų nuomonių palyginimas apie pacientų, kuriems taikoma hemodializė, patiriamas slaugos ir sveikatos problemas. Pacientų slaugos ir sveikatos problemos buvo analizuojamos pagal N. Roper 12 gyvybinių veiklų. 2 lentelėje pateikta pacientų ir slaugytojų saugios aplinkos, bendravimo, kvėpavimo, valgymo ir gėrimo gyvybinių veiklų problemų pasiskirstymas pagal svarbą pacientų ir slaugytojų požiūriu. Slaugytojai visas gyvybinių veiklų problemas statistiškai reikšmingai dažniau vertino kaip daugiau svarbias pacientams, nei patys pacientai, išskyrus pacientų apetito stoką.

Tiek slaugytojai, tiek pacientai saugios aplinkos problemą silpnumą vertino kaip aktualiausią, tačiau slaugytojai vertino kaip daugiau aktualesnę (atitinkamai vidurkis (SN) 7,8 (2,05) ir 5,1 (2,82), $p < 0,001$). Baimę ir nerimą dėl būsimos procedūros slaugytojai vertino kaip vieną iš aktualiausių, skirtingai nei pacientai (atitinkamai vidurkis (SN) 7,5 (2,25) ir 3,3 (3,08), $p < 0,001$).

Bendravimo gyvybinėje veikloje slaugytojų nuomone aktualiausios pacientams problemos buvo pablogėjusi emocinė būklė (vidurkis (SN) 7,1 (2,26)), liūdna nuotaika (vidurkis (SN) 7,0 (2,07)) bei galvos skausmas (vidurkis (SN) 7,0 (2,25)). Pacientų nuomone, aktualiausios problemos jiems buvo galvos skausmas (vidurkis (SN) 3,9 (2,286)), raumenų skausmas (vidurkis (SN) 3,9 (3,13)) bei pablogėjusi emocinė būklė (vidurkis (SN) 3,5 (3,15)).

2 lentelė. Pacientų ir slaugytojų nuomonės pasiskirstymas apie hemodializuojamų pacientų slaugos ir sveikatos problemas saugios aplinkos, bendravimo, kvėpavimo, valgymo ir gėrimo gyvybinėse veiklose (pagal N. Roper modelį)

Slaugos ir kitos sveikatos problemos pagal N. Roper modelį		Slaugytojai (n=41)		Pacientai (n=55)		p
		Vidurkiai (SN)	Mediana	Vidurkiai (SN)	Mediana	
1. SAUGI APLINKA						
1.	Silpnumas	7,8 (2,05)	8,0	5,1 (2,82)	5,0	<0,001
2.	Baimė/nerimas dėl būsimos procedūros	7,5 (2,25)	8,0	3,3 (3,08)	2,0	<0,001
3.	Galvos svaigimas	7,2 (2,17)	8,0	4,3 (2,83)	4,0	<0,001
4.	AV fistulių ir centrinių nuolatinių veninių kateterių priežiūros stoka	7,1 (2,99)	8,0	3,0 (2,65)	2,0	<0,001
5.	Griuvimo rizika	7,0 (2,42)	8,0	2,9 (2,66)	2,0	<0,001
6.	Gydymo režimo nesilaikymas	7,0 (2,52)	7,0	2,8 (2,72)	1,0	<0,001
7.	Griuvimai	4,7 (2,28)	5,0	1,8 (2,20)	1,0	<0,001
2.BENDRAVIMAS						
1.	Pablogėjusi emocinė būklė	7,1 (2,26)	8,0	3,5 (3,15)	2,0	<0,001
2.	Galvos skausmas	7,0 (2,25)	7,0	3,9 (2,86)	3,0	<0,001
3.	Liūdna nuotaika	7,0 (2,09)	7,0	3,3 (2,87)	2,0	<0,001
4.	Motyvacijos savirūpai stoka	6,7 (2,18)	7,0	3,2 (2,83)	2,0	<0,001
5.	Krūtinės skausmas	5,8 (2,94)	6,0	2,7 (2,63)	1,0	<0,001
6.	Nenori bendrauti su personalu	5,7 (2,48)	6,0	2,8 (2,87)	1,0	<0,001
7.	Raumenų skausmas	5,4 (2,34)	5,5	3,9 (3,13)	3,0	0,009
3. KVĖPAVIMAS						
1.	AKS padidėjimas	8,0 (1,92)	8,0	5,3 (3,08)	5,0	<0,001
2.	AKS sumažėjimas	6,8 (2,48)	7,0	4,5 (3,12)	5,0	<0,001
3.	Dusulys	5,9 (2,76)	5,0	3,4 (3,00)	2,0	<0,001
4.VALGYMAS IR GĖRIMAS						
1.	Per didelis skysčių vartojimas	6,7 (2,79)	7,0	3,5 (2,66)	3,0	<0,001
2.	Antsvoris/Nutukimas	6,1 (2,24)	6,0	2,4 (2,39)	1,0	<0,001
3.	Apetito stoka	6,0 (2,71)	6,0	5,0 (3,20)	5,0	0,114
4.	Pykinimas	5,6 (2,60)	6,0	3,2 (3,30)	1,0	<0,001
5.	Išsekimas	5,4 (3,36)	5,0	3,4 (3,10)	2,0	0,003
6.	Padidėjęs apetitas	5,2 (2,39)	5,0	2,7 (2,44)	1,0	<0,001
7.	Nepakankamas skysčių vartojimas	4,7 (3,12)	5,0	2,8 (2,71)	1,0	0,003
8.	Vėmimas	4,5 (2,93)	5,0	1,9 (2,33)	1,0	<0,001

*AV fistulė – atrioventrikulinė fistulė, AKS -arterinis kraujo spaudimas
taikytas nepriklausomų imčių t-kriterijaus testas*

Kvėpavimo gyvybinėje veikloje tiek slaugytojai, tiek pacientai arterinio kraujo spaudimo (AKS) padidėjimą išskyrė kaip aktualiausią problemą, tačiau slaugytojai šią problemą vertino kaip aktualesnę nei pacientai (atitinkamai vidurkis (SN) 8,0 (1,92) ir 5,3 (3,08), $p<0,001$).

Valgymo ir gėrimo gyvybinėje veikloje slaugytojų nuomone aktualiausios problemos pacientams buvo per didelis skysčių vartojimas (vidurkis (SN) 6,7 (2,79)) bei antsvoris/nutukimas (vidurkis (SN) 6,1 (2,24)). Pacientų nuomone, aktualiausia problemos jiems buvo apetito stoka (vidurkis (SN) 5,0 (3,20)).

3 lentelėje pateikta pacientų ir slaugytojų tuštinimosi ir šlapinimosi, asmens švarinimo ir rengimosi, kūno temperatūros reguliavimo, judėjimo, darbo ir žaidimo, lyties raiškos, miego, mirimo

gyvybinių veiklų problemų pasiskirstymas pagal svarbą pacientų ir slaugytojų požiūriu. Slaugytojai visas gyvybinių veiklų problemas statistiškai reikšmingai dažniau vertino kaip daugiau svarbias pacientams, nei patys pacientai.

3 lentelė. Pacientų ir slaugytojų nuomonės pasiskirstymas apie hemodializuojamų pacientų slaugos ir sveikatos problemas tuštinimosi ir šlapinimosi, asmens švarinimo ir rengimosi, kūno temperatūros reguliavimo, judėjimo, darbo ir žaidimo, lyties raiškos, miego, mirimo gyvybinėse veiklose (pagal N. Roper modelį)

Slaugos ir kitos sveikatos problemos pagal N. Roper modelį		Slaugytojai (n=41)		Pacientai (n=55)		p
		Vidurkiai (SN)	Mediana	Vidurkiai (SN)	Mediana	
5. TUŠTINIMASIS IR ŠLAPINIMASIS						
1.	Vidurių užkietėjimas	6,8 (2,42)	7,0	3,8 (2,65)	3,0	<0,001
2.	Šlapimo susilaikymas	6,4 (2,98)	8,0	4,1 (3,47)	2,0	<0,001
6.ASMENS ŠVARINIMASIS IR RENGIMASIS						
1.	Neturi jėgų nusirengti/apsirengti	7,3 (2,29)	8,0	3,7 (3,14)	2,0	<0,001
2.	Higienos stoka	7,1 (1,95)	7,0	3,0 (2,83)	3,0	<0,001
7.KŪNO TEMPERATŪROS REGULIAVIMAS						
1.	Šalčio pojūtis	6,5 (2,31)	7,0	4,4 (3,17)	4,0	<0,001
2.	Karščiavimas	4,5 (3,15)	3,0	1,6 (2,05)	1,0	<0,001
8. JUDEJIMAS						
1.	Nuovargis	7,9 (1,75)	8,0	5,5 (2,62)	5,0	<0,001
2.	Aktyvumo stoka	7,7 (1,74)	8,0	4,2 (3,05)	4,0	<0,001
3.	Ribotas judėjimas	7,3 (1,96)	8,0	4,2 (3,25)	5,0	<0,001
9.DARBAS IR ŽAIDIMAI						
1.	Sutrikęs laiko planavimas dėl atvykimų į dializės procedūras	7,5 (2,48)	5,0	4,5 (3,33)	5,0	<0,001
2.	Nenoras užsiimti veikla	7,1 (2,25)	4,0	4,1 (2,99)	4,0	<0,001
3.	Laisvalaikio aktyvumo stoka	7,0 (2,28)	5,0	4,3 (3,21)	5,0	<0,001
4.	Socialinė izoliacija	6,3 (2,46)	1,0	3,5 (3,37)	1,0	<0,001
10. LYTIES RAIŠKA						
1.	Kūno įvaizdžio suvokimo sutrikimas	5,8 (2,60)	5,0	3,4 (3,01)	2,0	<0,001
11.MIEGAS						
1.	Nemiga	7,8 (2,22)	8,0	5,0 (3,25)	5,0	<0,001
2.	Sunkumas užmigti	7,7 (2,45)	8,0	5,3 (3,23)	5,0	<0,001
3.	Mieguistumas	7,2 (2,10)	8,0	4,3 (3,02)	4,0	<0,001
4.	Dažni prabudimai	7,2 (2,29)	8,0	4,3 (3,12)	4,0	<0,001
5.	Trumpa miego trukmė	7,1 (2,25)	7,0	4,0 (3,28)	3,0	<0,001
12. MIRIMAS						
1.	Mirties baimė	7,2 (2,49)	8,0	3,4 (3,14)	2,0	<0,001

taikytas nepriklausomų imčių t-kriterijaus testas

Tuštinimosi ir šlapinimosi gyvybinėje veikloje pacientai šlapimo susilaikymą įvardino kaip aktualesnę problemą (vidurkis (SN) 4,1 (3,47)) nei vidurių užkietėjimą (vidurkis (SN) 3,8 (2,65)).

Asmens švarinimosi ir rengimosi gyvybinėje veikloje tiek slaugytojai, tiek pacientai neturėję jėgų nusirengti/apsirengti išskyrė kaip aktualiausią problemą, tačiau slaugytojai šią problemą vertino kaip aktualesnę nei pacientai (atitinkamai vidurkis (SN) 7,3 (2,29) ir 3,7 (3,14), $p<0,001$).

Judėjimo gyvybinėje veikloje slaugytojai visas problemas išskyrė kaip pakankamai aktualias, tai nuovargis (vidurkis (SN) 7,9 (1,75)), ribotas judėjimas (vidurkis (SN) 7,3 (1,96)), aktyvumo stoka (vidurkis (SN) 7,7 (1,74)).

Darbo ir žaidimo gyvybinėje veikloje tiek slaugytojai, tiek pacientai sutrikusi laiko planavimą dėl atvykimų į dializės procedūras išskyrė kaip aktualiausią problemą, tačiau slaugytojai šią problemą vertino kaip aktualesnę nei pacientai (atitinkamai vidurkis (SN) 7,5 (2,48) ir 4,5 (3,33), $p < 0,001$).

Miego gyvybinėje veikloje slaugytojų visų slaugos problemų vertinimo vidurkiai buvo didesni nei 7 balai, visos problemos įvertintos kaip pakankamai aktualios. Pacientai kaip aktualiausią problemą įvertino nemigą (vidurkis (SN) 5,0 (3,25)).

Rezultatų aptarimas

Šiame tyrime buvo vertinta pacientų, kuriems taikoma hemodializė, slaugos ir sveikatos problemos pacientų ir slaugytojų požiūriu. Tyrimas svarbus slaugytojams, dirbantiems su hemodializuojamais pacientais, padeda suprasti, kaip slaugytojai vertina pacientų problemas, bei kaip patys pacientai vertina problemas, kokios problemos jų požiūriu yra aktualios.

Tyrimo metu nustatyta, kad hemodializuojami pacientai dažnai susiduria su daugeliu slaugos ir sveikatos problemų. Slaugytojų nuomone, hemodializuojamiems pacientams pati aktualiausia problema yra arterinio kraujo spaudimo padidėjimas. Spirgienės L., Minkovskienės A. ir Vitkaus L. (2016) atlikto tyrimo metu nustatyta, kad pati dažniausia hemodializuojamų pacientų slaugos problema, kurią patyrė pacientai buvo AKS padidėjimas (73,3 proc.), pacientams buvo būdingas silpnumas (66,7 proc.), rankų ir kojų mėšlungis (65,9 proc.), miego problemos (62,4 proc.) ir sausa oda (57,4 proc.) [12].

Judėjimas viena iš svarbių veiklų, kuri sutrinka hemodializuojamiems pacientams. Pacientai, kaip aktualiausią problemą nurodė jaučiamą nuovargį. Nuovargis turi įtakos fizinei ir psichinei sveikatai. Horigan (2012) tyrimo duomenimis fizinį nuovargį pacientai apibūdino kaip nuolatinį energijos trūkumą, kuris dializės dienomis atrodo dar didesnis, nustatyta, kad pacientams po hemodializės procedūros reikalinga apie 5 valandų miego, kad pacientai atsigauntų jėgas. Gauti rezultatai atskleidė, kad pacientams, kurie jautė nuovargį, daugiau pasireiškė depresija, nemiga ir skausmai nei tiems, kurie po dializės nejautė nuovargio [7]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, tiek slaugytojos, tiek pacientai aukštais balais vertino silpnumą bei miego problemas.

Atlikto tyrimo duomenimis tokios problemos, kaip silpnumas, baimė ir nerimas dėl būsimos procedūros, galvos svaigimas, AV fistulių ir centrinių nuolatinų veninių kateterių priežiūros stoka yra aktualios hemodializuojamiems pacientams. Minkovskienė (2015) ištyrė, kad pacientai, kuriems taikoma pakaitinė inkstų terapija daugiau nei 10 metų, dažniau susiduria su odos aplink hemodializės kateterį patinimu ir karščiavimu. Literatūroje rašoma, kad lyginant hemodializės kateterius ir AV fistules, bakteriemijos santykinė rizika net 7 kartus didesnė [13]. Mūsų tyrime tiek slaugytojos, tiek pacientai šią slaugos ir sveikatos problemą įvertino mažiausiais balais ir nurodė, kad su karščiavimo problema hemodializuojami pacientai susiduria retai.

V. Masiulionytė (2007) atliktame tyrime nustatė, kad slaugytojai pacientų prisitaikymą prie naujo gyvenimo režimo, pacientų žinias apie jų ligą bei savo bendravimą su jais vertino blogiau nei patys pacientai ($p < 0,05$) [14]. Mūsų atlikto tyrimo metu buvo nagrinėjamos tik hemodializuojamų pacientų patiriamos slaugos ir sveikatos problemos. Bet priešingai nei Masiulionytės darbe pacientai mažesniais balais įvertino patiriamas problemas. Galima daryti prielaidą, kad pacientams reikėtų daugiau informacijos apie hemodializuojamų pacientų slaugos ir sveikatos problemas ir jų sprendimo būdus.

Hemodializė yra sudėtinga procedūra, pasireiškianti pacientams įvairiais požymiais bei simptomais. Reikalingas problemų identifikavimas, tikslų iškėlimas, veiksmų plano, koregavimas, rezultatų įvertinimas. Tai pagrindinė slaugos proceso dalis, kuri reikalinga, kad būtų užtikrinta kokybiška pacientų priežiūra. Atliekant stebėjimus ir tyrimus galima geriau suprasti, kas hemodializuojamiems pacientams aktualiausia.

Kaip tyrimo ribotumą galėtume įvardinti, kad buvo galima įtraukti ne tik daugiau slaugos ir sveikatos problemų, įtraukti ne tik fizinius, psichologinius aspektus, bet daugiau socialinių aspektų bei atkreipti dėmesį į dvasines problemas bei poreikius.

Išvados

Pacientai, kuriems taikoma hemodializė, dažniausiai susiduria su šiomis slaugos ir sveikatos problemomis: nuovargiu, sunkumu užmigti, arterinio kraujo spaudimo padidėjimu, silpnumu, apetito stoka bei nemiga. Rečiau pacientams pasireiškė vėmimas, griuvimai, karščiavimas.

Slaugytojų nuomone, pacientams, kuriems taikoma hemodializė, aktualiausios arterinio kraujo spaudimo padidėjimo, jaučiamo nuovargio, silpnumo, nemigos, sunkumo užmigti, aktyvumo stokos slaugos ir sveikatos problemos. Mažiausiai, slaugytojų nuomone, hemodializuojamiems pacientams būdingas vėmimas ir karščiavimas.

Bendrosios praktikos slaugytojos vertino visas slaugos ir sveikatos problemas kaip aktualesnes nei patys pacientai. Slaugytojams, dirbantiems su hemodializuojamais pacientais svarbu žinoti kaip patys pacientai vertina savo slaugos ir sveikatos problemas.

11

Summary

The aim of the research is to assess attitude of nursing and health problems in haemodialysis patients by patients and nurses.

Research methodology. The research was carried out September – November, 2021 at the Departments of Nephrology and Detoxication of the Clinic of Nephrology, Hospital of the Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos. Questionnaire was made by authors, based on the analysed scientific literature and N.Roper Model of Nursing. 41 nurses and 55 haemodialysis patients participated in the study. The response rate was 82.8%.

Results. Both nurses and patients rated weakness as the most pressing problem, but nurses rated it as more actual (mean (SD) 7.8 (2.05) and 5.1 (2.82, respectively), $p < 0.001$). In respiratory vital activities, both nurses and patients identified increased arterial blood pressure (BP) as the most reveal problem, but nurses rated this problem as more actual than patients (mean (SD) 8.0 (1.92) and 5.3 (3, 08), $p < 0.001$).

Conclusions. General practice nurses tend to rate higher nursing and health problems experienced by haemodialysis patients than the patients themselves. It is important for nurses to know how the patients themselves evaluate their nursing and health problems.

Keywords: hemodialysis, hemodialysis patients, nursing and health problems.

Literatūra

1. Lietuvos asociacija „Gyvastis“. Peritoninė dializė. Lietuvoje jau 20 metų taikomas inkstų ligų gydymo būdas.
2. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. Bulletin of the World Health Organization; 2018. 96 (6): 414–422D. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5996218/>
3. Asgari MR, Asghari F, Ghods AA, Ghorbani R, Hoshmand Motlagh N, Rahaei F. Incidence and severity of nausea and vomiting in a group of maintenance hemodialysis patients. Journal of Renal Injury Prevention. 2016; 6 (1); 49–55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5414519/>
4. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in Patients Treated with Hemodialysis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2016; 11 (12); 2250–2255. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5142059/>
5. Sav MY, Sav T, Senocak E, Sav NM. Hemodialysis-related headache. Hemodialysis International. 2014; 18 (4); 725–729. DOI:10.1111/hdi.12171

6. Morfin JA, Fluck RJ, Weinhandl ED, Kansal S, McCullough PA, Komenda P. Intensive Hemodialysis and Treatment Complications and Tolerability. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016; 68 (5); S43–S50 Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.05.021>
7. Horigan AE. Fatigue in Hemodialysis Patients: A Review of Current Knowledge. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 44 (5); 715–724. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.015>
8. Chou JA, Kalantar – Zadeh K. Volume Balance and Intradialytic Ultrafiltration Rate in the Hemodialysis Patient. *Current Heart Failure Reports*. 2018; 14 (5); 421–427. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693775/>
9. Morimoto K, Yoshida T, Oya M. Pyometra in a hemodialysis patient with severe constipation. *Clinical and Experimental Nephrology*; 2020. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10157-020-01900-0>
10. Kamei D, Kamei Y, Nagano M, Mineshima M, Nitta K, Tsuchiya K. Elobixibat alleviates chronic constipation in hemodialysis patients: a questionnaire – based study. *BMC Gastroenterology*. 2020; 20 (1). Available from: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-020-1179-6>
11. Flythe JE, Hilliard T, Lumby E, Castillo G, Orazi J, Emaad M ir kt. Fostering Innovation in Symptom Management among Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2019; 14 (1); 150–160. Available from: <https://cjasn.asnjournals.org/content/14/1/150>
12. Spirgienė L, Minkovskienė A, Vitkus L. Pacientų, kuriems taikoma hemodializė ir peritoninė dializė, slaugos problemų vertinimas. *NERP*. 2016; 6 (2); 33–38.
13. Minkovskienė A. Pacientų, gydomų pakaitine inkstų terapija, gyvenimo kokybės ir sąsajų su nuovargiu vertinimas [klinikinės slaugos magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2015. 1–132.
14. Masiulionytė V. Hemodializuojamų pacientų slaugos ypatumai pacientų ir slaugytojo požiūriu Kauno medicinos universiteto klinikų Detoksikacijos skyriaus duomenimis [magistro darbas]. [Kaunas]: Kauno medicinos universitetas; 2007. 1–80.
15. Roper N. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio iki slaugos modelio. Kaunas: Egalda; 1996.
16. Murdeshwar H. N, Anjum F. Hemodialysis. National Library of Medicine. StatPearls Publishing LLC. 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
17. Kuzminskas V, Bumblytė IA, Skarupskienė I, Žiginskienė E, Stankuvienė A, Sribikienė B ir kt. Klinikinė nefrologija. Kaunas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto, Medicinos akademijos, Medicinos fakulteto, Nefrologijos klinika; 2015.
18. Cox KJ, Parshall MB, Hernandez SHA, Parvez SZ, Unruh ML. Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: A qualitative study. *Hemodialysis International*. 2016; 21 (4); 524–533. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476514/>

Kontaktinis asmuo:

Reda Brazaitytė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Nefrologijos klinika

El. p. brazaityte.reda@gmail.com

VYRESNIŲJŲ SLAUGYTOJŲ – SLAUGOS ADMINISTRATORIŲ LYDERYSTĖS RAIŠKOS VERTINIMAS

ASSESSMENT OF LEADERSHIP EXPRESSION OF HEAD NURSES – NURSING ADMINISTRATORS

Agnė Jasinskaitė*, Daiva Kriukelytė*,**

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Slaugos klinika*, Utenos kolegija Slaugos ir burnos
prižiūros katedra**

13

Santrauka

Slaugos administratoriai turi didelę įtaką pacientų priežiūros rezultatams ir personalo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, taip pat tolesnei sveikatos priežiūros organizacijos sėkmei [1]. Slaugos praktikos kokybės gerinimui, didelę įtaką turi kompetentingi, kokybiškai parengti slaugos administratoriai, žinantys bei gebantys tenkinti besikeičiančius pacientų sveikatos priežiūros poreikius [2]. Veiksmingas lyderiavimas yra nepaprastai svarbus norint kuo efektyviau valdyti sveikatos priežiūros organizaciją, jos padalinį ar skyrį. Klinikinėje aplinkoje veiksminga lyderystė yra įvardijama kaip esminis komponentas, užtikrinantis kokybišką sveikatos priežiūrą. Užsienio literatūroje randama nemažai vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos tyrimų [3,4,5]. Tačiau, Lietuvoje slaugos administratorių lyderystės raiška vis dar yra nepakankamai ištirta. Slaugos administratorių lyderiavimo elgsenos vertinimo procese būtini moksliniai tyrimai, kurie padėtų įvertinti jų gebėjimą lyderiauti bei padėtų gerinti slaugos administratorių profesinės veiklos rezultatus.

Straipsnio tikslas – įvertinti vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raišką. Atliktas vienmomentinis kiekybinis tyrimas.

Metodika. Tyrimas atliktas 2022 metų sausio – 2022 metų kovo mėnesiais. Tyrime naudota anoniminė anketinė apklausa raštu. Tyrimas buvo atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikose (LSMUL KK) ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės (LSMU KL) Šančių ir Šilainių padaliniuose. Tyrime dalyvavo 117 vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių. Respondentai į tyrimą buvo įtraukti tikslinės atrankos būdu.

Rezultatai. Tyrimo metu, „labai gerai“ įvertinta vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiška. Atlikus tyrimo rezultatų analizę, nustatyta, kad silpniausia vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiška yra susijusi su „bendros vizijos įteigimo“ elgsena. Tai reiškia, jog respondentai, kaip lyderiai silpniausiai geba sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį. Stipriausia vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiška yra susijusi su „galimybių kitiems veikti sudarymo“ elgsena. Tai reiškia, jog respondentai, kaip lyderiai efektyviausiai geba dirbti su žmonėmis, skatinti bendradarbiavimą ir komandinį darbą. Didėjant vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių įgytam moksliniam laipsniui, statistiškai reikšmingai padidėjo visų jų lyderystės raiškos subskalių vertinimo balai. Didėjant respondentų amžiui bei sukaupiamam darbo stažui, jų elgsena susijusi su patrauklių vizijų kūrimu, iššūkių metimu procesui, galimybių kitiems veikti sudarymu bei drąsinimu reikšmingai sumažėjo.

Raktažodžiai: lyderystės raiška, vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai.

Ivadas

Šiuolaikiniame pasaulyje pagrindiniais, svarbiausiais organizacijos ištekliais tampa ne gamtos ištekliai ar organizacijos kapitalas, bet ir darbuotojai, jų žinios bei profesiniai gebėjimai. Daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių šiuolaikinė sveikatos priežiūra susiduria su darbo jėgos iššūkiais, besikeičiančiais vartotojų lūkesčiais ir reikalavimais, finansiniais apribojimais, didėjančiais poreikiais gauti prieigą prie sveikatos priežiūros bei įpareigojimais pagerinti į pacientą orientuotą priežiūrą, pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos lygius [6]. Vis svarbesniais veiksniais, užtikrinančiais efektyvų organizacijos darbą, tampa individas, jo vertybinės nuostatos, darbuotojų motyvavimas, efektyvi komunikacija, lyderystės raiška [7]. Gebėjimo lyderiauti svarba tampa vis akivaizdesnė sveikatos priežiūros srityje. Klinikinėje aplinkoje veiksminga lyderystė yra įvardijama kaip esminis komponentas, užtikrinantis kokybišką sveikatos priežiūrą.

Vis plačiau ir giliau analizuojant lyderystės fenomeną, evoliucionuoja ir pati lyderystės sąvoka, kaskart vis įtraukdama ir pabrėždama naujus paties fenomeno arba lyderio veiklos aspektus. Žodžio lyderystė (angl. *leadership*) etimologinė kilmė yra anglosaksų šaknis „lead“, kuri reiškia „kelias“, o veiksmažodžio „lead“ reikšmė – „keliauti“ [8]. Pirmoji rašytinė lyderystės koncepcija daugiau kaip prieš penkis tūkstančius metų buvo išpausta Egipto papiruse [9]. Lyderystė, kaip savybė, atlieka svarbią valdymo funkciją ir padeda maksimaliai padidinti efektyvumą ir pasiekti organizacijos tikslus. Šiandieniniame pasaulyje, daugeliui žinoma „lyderystės“ sąvoka yra gyvybiškai svarbi sudedamoji organizacinė dalis, leidžianti organizacijoms pasiekti savo tikslus ir turėti produktyvią, į darbinę veiklą įsitraukusią komandą. Nors lyderystės apibrėžimų yra įvairių, daugumoje apibrėžimų daugiausia dėmesio yra skiriama dviem komponentams: procesui, paveikiančiam asmenų grupę siekiant bendrų tikslų, ir vizijos kūrimui [10]. Lyderystė yra vienas svarbiausių veiksmų, lemiančių sėkmingą kiekvienos šiuolaikinės organizacijos veiklą. Lyderystės raiška tampa ypač svarbi didinant veiklos efektyvumą bei siekiant įgyvendinti strateginius planus. Lyderystės svarba yra pripažįstama tiek kiekvienos organizacijos, tiek ir visos valstybės mastu. Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ teigiama, kad „lyderystė – ateities augimo varomoji jėga“, kuri lemia geresnius rezultatus visose valstybės srityse [11]. Ne išimtis yra ir sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos priežiūros įstaigos, vykdančios sveikatos priežiūros reformas ir išgyvenančios pokyčių laikus, stengiasi ieškoti būdų, kaip sėkmingai valdyti pokyčius bei teikti saugesnes ir kokybiškesnes paslaugas, naudojant mažiau išteklių. Dabartiniai sveikatos priežiūros specialistai turi pasižymėti ne tik aukštomis profesinėmis kompetencijomis, bet ir mokėti formuoti ir įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką, įtraukiant į sveikatinimo veiklą visus sektorius. Kadangi sveikatos priežiūros įstaigose, didžiausią darbuotojų dalį sudaro slaugos personalas, daugelis organizacijų daug laiko ir energijos praleidžia siekdamas maksimaliai padidinti slaugytojų produktyvumą. Slaugytojai, gebantys tinkamai ugdyti savo kompetencijas administravimo srityje yra laikomi sveikatos priežiūros pagrindu, padėsiančiu gerinti sveikatos priežiūros rezultatus bei didinti organizacijos tvarumą [12].

Neišvengiamai organizacijose aktualiausiu tampa slaugos administratorių vaidmuo, kuriuo grįstas darbuotojų produktyvumo, įsitraukimo į darbą didinimas, gerėjantys sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rezultatai ir teigiama darbuotojų patirtis. Slaugos administratoriai yra atsakingi už ryšį tarp įstaigos administracinės misijos ir slaugytojų, teikiančių slaugos paslaugas, taip pat atsakingi už veiksmingą pacientų priežiūrą, užtikrindami, kad pavaldūs slaugytojai kvalifikuotai atliktų jiems skirtas užduotis [13]. Tai yra viena iš priežasčių, kodėl slaugos administratorių vaidmenys sveikatos priežiūros įstaigose laikomi sudėtingiausiais [14].

Straipsnyje pateikto tyrimo tikslas – įvertinti vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raišką.

Tyrimo etika. Tyrimui atlikti buvo gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro komisijos leidimas Nr. BEC – SL (M) – 61, išduotas 2021 metų gruodžio 21 dieną. Tyrimas buvo atliekamas vadovaujantis mokslinių tyrimų etikos principais ir Helsinkio deklaracija bei Lietuvos socialinių tyrimų centro (LSTC) Etikos kodeksu. Prieš dalyvaujant tyrime kiekvienas asmuo turėjo pasirašyti raštišką sutikimą dalyvauti tyrime. Respondentai, sutikę dalyvauti tyrime, buvo informuoti apie tyrimo tikslą, metodą ir tyrimo naudą, pasirašė sutikimo formą. Respondentai davę sutikimą dalyvauti tyrime, buvo apklausiami asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) padaliniuose, jų skyriuose, vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių darbo metu. Vienos anketos užpildymas truko 10–15 minučių. Anketos buvo laikomos teisingomis ir naudotos tolimesnei rezultatų analizei tuo atveju, jei buvo atsakyta į visus anketoje pateiktus klausimus.

Tiriamųjų atranka (populiacija, imtis). Tyrime dalyvavo vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai, dirbantys LSMUL KK ir LSMU KL Šilainių ir Šančių padaliniuose, 2022 metų sausio – 2022 metų kovo mėnesiais.

Tiriamųjų charakteristikos

Tyrimui atlikti respondentai į tyrimą buvo įtraukti tikslinės atrankos būdu. Respondentų įtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Užima vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigas vienerius metus ar daugiau.
2. Supranta ir kalba lietuvių kalba.
3. Sutinka dalyvauti tyrime ir savarankiškai raštu atsakyti į anketoje pateiktus klausimus.

Pagal nustatytus įtraukimo į tyrimą kriterijus buvo išdalinta 117 anketų, grąžinta – 115 anketų (atsako dažnis – 98,3 proc.). Tolimesnei duomenų analizei panaudota 115 anketų duomenys (2 anketos negrąžintos).

Tyrimo metodai ir priemonės. Tyrimo metodas – vienmomentinis kiekybinis tyrimas. Tyrimui atlikti buvo naudota anoniminė anketinė apklausa raštu, sudaryta iš standartizuoto klausimyno bei tyrimo autorės sukurtų sociodemografinius duomenis vertinančių klausimų.

Anketą sudaro dvi dalys:

IDALIS. Vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos vertinimas. Tam buvo naudota „Lyderystės praktikos klausimynas“ (*angl. Leadership Practices Inventory*). Klausimyną sudaro 30 klausimų. Šiuo klausimynu vertinamas respondentų elgesys ir veiksmai, susiję su jų lyderystės praktika. Klausimyno autorių J. Kouzes ir B. Posner sukurtas ir adaptuotas „Lyderystės praktikos klausimynas“ (*angl. „Leadership Practices Inventory“*) tapo dažniausiai naudojamu instrumentu „lyderystės“ lygiui vertinti. Prieš atliekant tyrimą, buvo atliktas „Lyderystės praktikos klausimyno“ (*angl. „Leadership Practices Inventory“*) vertimas, kuris užtikrina teiginių suprantamumą. Klausimyno originalios kalbos vertime į lietuvių kalbą bei integravime dalyvavo du nepriklausomi vertėjai, anglų kalbos filologijos srities ekspertė bei medicinos srities mokslų daktarė.

Klausimyno vertimo eiga:

1. Klausimynas iš originalios, anglų kalbos išverstas į lietuvių kalbą pirmojo vertėjo.
2. Anglų kalbos filologijos srities ekspertė, sulygino pirminį instrumento vertimą į lietuvių kalbą su originaliu tekstu ir pateikė pastabas, dėl vertimo tikslumo, siekiant nustatyti neatitikimus.
3. Antroji vertėja atliko atgalinį anketos vertimą (*vice versa*) iš lietuvių kalbos į anglų kalbą. Šis vertimo variantas buvo nusiųstas Vokietijoje gyvenančiai ir daugiametę darbo patirtį turinčiai medicinos srities mokslų daktarei.
4. Vokietijoje gyvenanti ir daugiametę darbo patirtį turinti medicinos srities mokslų daktarė surado vertimo netikslumus ir pasiūlė klaidų taisymo būdus. Atlikus detalią klausimynų analizę, vertimų skirtumai buvo koreguojami (atrinkti netikslūs žodžių junginiai) ir pritaikomi tolimesnei veiklai – integruoti mokslinio tyrimo vykdymui.

Standartizuotas klausimynas sudarytas iš 30 teiginių, kurie apibūdina 5 lyderystės subskales:

1. Rodyti pavyzdį (*angl. „Model the way“*) – lyderiai turi savo elgesiu rodyti pavyzdį kitiems.
2. Įteigti bendrąją viziją (*angl. „Inspire a shared vision“*) – lyderiai sukuria patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį.

3. Mesti iššūkį procesui (angl. „*Challenge the process*“) – lyderiai yra pasirengę keisti esamą padėtį, žengti į nežinią, ieškoti naujovių.
4. Sudaryti galimybę kitiems veikti (angl. „*Enable others to act*“) – lyderiai efektyviai dirba su žmonėmis. Skatina bendradarbiavimą ir komandinį darbą.
5. Drąsinti (angl. „*Encourage the heart*“) – lyderiai įvairiais būdais skatina/apdovanoja pasekėjus už jų rezultatus.

Kiekvienoje iš 5 subskalių yra po 6 teiginius. Respondentų buvo prašoma kiekvieną anketos teiginį pažymėti balais nuo 1 iki 10 pagal Likerto skalę (1 – „beveik niekada“ iki 10 – „beveik visada“). Maksimalus galimas kiekvienos iš 5 subskalių, kurias sudaro po 6 teiginius, kiekvienos subskalės suminis balas – 60. Minimalus galimas kiekvienos iš 5 subskalių, kurias sudaro po 6 teiginius, kiekvienos subskalės suminis balas – 6.

Siekiant atlikti vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos vertinimą, respondentų, kiekvienos subskalės tyrimo metu surinkti balai buvo konvertuojami pagal tyrimo autorės sukurtus vertinimo kriterijus, skalėje nuo 1 iki 10 balų. Balų reikšmės: nuo 9,5 iki 10 imtinai – „puiki lyderystės raiška“; nuo 8,5 iki 9,4 imtinai – „labai gera lyderystės raiška“; nuo 7,5 iki 8,4 imtinai – „gera lyderystės raiška“; nuo 6,5 iki 7,4 imtinai – „vidutiniška lyderystės raiška“; nuo 5,5 iki 6,4 imtinai – „patenkinama lyderystės raiška“; nuo 5,0 iki 5,4 imtinai – „silpna lyderystės raiška“; nuo 4,0 iki 4,9 imtinai – „nepatenkinama lyderystės raiška“; nuo 3,0 iki 3,9 imtinai – „bloga lyderystės raiška“; nuo 1,0 iki 2,9 imtinai – „labai bloga lyderystės raiška“.

„Lyderystės praktikos klausimyno“ (angl. „*Leadership Practices Inventory*“) vidinis nuoseklumas kronbacho alfa yra **0,823**. Kronbacho alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7, kai kurių autorių teigimu – už 0,6 [15].

II DALIS. Vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių sociodemografiniai duomenys: lytis, amžius, išsilavinimas, darbo stažas ir darbuotojų, sudarančių vadovaujamą kolektyvą (slaugytojų), skaičius.

Statistinė duomenų analizė. Anketinės apklausos duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant Microsoft Excel programą bei statistinių duomenų analizės paketą SPSS for Windows 26.0 (angl. – *Statistical Package for the Social Sciences*).

Atliekant duomenų analizę buvo taikyta:

1. *Aprašomoji statistika.* Kokybiniai kintamieji buvo skaičiuojami naudojant atsakymų į anketos klausimus dažnį procentais (proc.). Kiekybiniais kintamiesiems skaičiuoti – vidurkis $\pm$ standartinis nuokrypis (SD).
2. *Statistinių ryšių nustatymo testai* (Spearman koreliacija). Ryšiams nustatyti buvo naudojamas Spirmeno koreliacijos koeficientas (r). Statistiškai patikima laikoma, kai $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai

Sociodemografiniai duomenys

Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal lytį, nustatyta, kad tyrime iš 115 dalyvusių respondentų, 114 buvo moterys (99,1 proc., $n = 114$) ir vienas (0,9 proc.) vyras. 1 lentelėje pateikti respondentų pasiskirstymo pagal amžiaus grupes duomenys atskleidžia, kad daugiau nei trečdalį (36,5 proc., $n = 42$) tyrime dalyvavusių respondentų sudarė asmenys, priklausantys 31 - 40 metų amžiaus grupei. Mažiau nei trečdalis (27,0 proc., $n = 31$) respondentų sudarė asmenys, priklausantys 41 - 50 metų amžiaus grupei. Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, nustatyta, kad beveik pusė (47,0 proc., $n = 54$) tyrime dalyvavusių asmenų yra baigę magistro ir bakalauro studijas universitete. Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal darbo vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigose trukmę, nustatyta, kad beveik trečdalį respondentų (28,7 proc., $n = 33$) sudarė asmenys, vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigas užimantys nuo 1 iki 5 metų. Panaši respondentų dalis (26,9 proc., $n = 31$) vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigose dirba 21-erius ar daugiau metų. Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal sveikatos priežiūros specialistų, sudarančių vadovaujamo kolektyvo asmenų skaičių, nustatyta, kad šiek tiek

daugiau nei trečdalis respondentų (36,5 proc., n = 42) vadovauja kolektyvui, kurį sudaro nuo 11 iki 20 sveikatos priežiūros specialistų (1 lentelė).

1 lentelė. Respondentų sociodemografiniai duomenys

Rodikliai	Tiriamieji	
	Tiriamųjų skaičius (n)	Procentai (proc.)
Amžius		
iki 30 metų	11	9,6
31 - 40 metų	42	36,5
41 - 50 metų	31	27,0
51 - 60 metų	26	22,6
virš 60 metų	5	4,3
<i>Viso:</i>	<i>115</i>	<i>100</i>
Išsilavinimas		
Magistro kvalifikacinis laipsnis	54	47,0
Aukštasis universitetinis	37	32,2
Aukštasis neuniversitetinis	15	13,0
Aukštesnysis	9	7,8
<i>Viso:</i>	<i>115</i>	<i>100</i>
Darbo vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigose trukmė		
1 - 5 metus	33	28,7
6 - 10 metų	21	18,3
11-15 metų	13	11,3
16 - 20 metų	17	14,8
≥ 21 metus	31	26,9
<i>Viso:</i>	<i>115</i>	<i>100</i>
Sveikatos priežiūros specialistų, sudarančių vadovaujamą kolektyvą skaičius		
iki 10	10	8,7
11 – 20	42	36,5
21 – 30	31	27,0
31 – 40	24	20,9
41 – 50	5	4,3
>51	3	2,6
<i>Viso:</i>	<i>115</i>	<i>100</i>

Apibendrinant galime teigti, kad daugumą respondentų sudarė 31-50 metų asmenys (63,5 proc., n = 73), asmenys turintys universitetinį išsilavinimą (79,2 proc., n = 91), bei asmenys, kurių vadovaujamą kolektyvą sudaro 11-30 asmenų (63,5 proc., n = 73).

Vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos vertinimas

Bendras vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos, lyderystės subskalės, vertinančios respondentų gebėjimą sudaryti „galimybes kitiems veikti“, suminis balas $54,77 \pm 5,908$ (2 lentelė), o dešimtbalėje skalėje vidurkis yra $9,12 \pm 0,984$ – „labai geras“ (nuo 8,5 iki 9,4 – „labai gera lyderystės raiška“). Analizuojant šios subskalės teiginius, nustatyta, didžiausią balų vidurkį sudarė teiginys: „aš elgiuosi su kitais oriai ir pagarbiai“ (balų vidurkis – $9,93 \pm 0,288$). Tai reiškia, kad tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai turi labai gerus gebėjimus efektyviai dirbti su žmonėmis, skatinti bendradarbiavimą ir komandinį darbą.

Lyderystės subskalės, vertinančios respondentų gebėjimą rodyti pavyzdį suminis balas $54,39 \pm 5,982$, o dešimtbalėje skalėje yra $9,03 \pm 0,866$ – „labai geras“ (nuo 8,5 iki 9,4 – „labai gera lyderystės raiška“). Analizuojant šios subskalės teiginius, nustatyta, kad didžiausią balų vidurkį sudarė toks teiginys, kaip: „aš žingsnis po žingsnio siekiu savo tikslo“ (balų vidurkis – $9,66 \pm$

0,475). Tai reiškia, kad tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai labai gerai geba savo elgesiu rodyti pavyzdį kitiems.

Lyderystės subskalės vertinančios respondentų gebėjimą drąsinti, suminis balas $53,31 \pm 6,405$, o dešimtbalėje skalėje yra $8,88 \pm 1,067$ – „labai geras“ (nuo 8,5 iki 9,4 – „labai gera lyderystės raiška“). Analizuojant šios subskalės teiginius, nustatyta, kad didžiausią balų vidurkį sudarė toks teiginys, kaip: „aš įvertinu bei palaikau žmones už jų įnašą į bendrą darbą“ (balų vidurkis – $9,71 \pm 0,473$). Tai parodo, kad tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai turi labai gerus gebėjimus įvairiais būdais skatinti ar apdovanoti pasekėjus už jų rezultatus.

Lyderystės subskalės vertinančios respondentų gebėjimą mesti iššūkį procesui suminis balas $49,26 \pm 9,248$, o dešimtbalėje skalėje yra $8,21 \pm 1,541$ – „geras“ (nuo 7,5 iki 8,4 – „gera lyderystės raiška“). Analizuojant šios subskalės teiginius, nustatyta, kad didžiausią balų vidurkį sudarė toks teiginys, kaip: „kažkam vykstant ne taip kaip tikėtasi, aš užduodu klausimą „Ko mes galime iš to pasimokyti?“ (balų vidurkis – $9,17 \pm 0,967$). Tai parodo, kad tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai yra gerai pasirengę keisti esamą padėtį, žengti į nežinią, ieškoti naujovių.

Lyderystės subskalės, vertinančios respondentų gebėjimą įteigti bendrąsias vizijas suminis balas $47,92 \pm 9,269$, o dešimtbalėje skalėje yra $7,99 \pm 1,545$ – „geras“ (nuo 7,5 iki 8,4 – „gera lyderystės raiška“). Analizuojant šios subskalės teiginius, nustatyta, kad didžiausią balų vidurkį sudarė teiginys: „kalbėdamas apie mūsų darbo reikšmę, aš tai darau su tvirtu įsitikimu“ (balų vidurkis – $9,45 \pm 0,728$). Todėl galime teigti, kad tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai gerai geba sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį.

Atlikus vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos vertinimo rezultatų analizę, bendras 30 teiginių vertinimo balų vidurkis, dešimtbalėje skalėje yra $8,6 \pm 1,1$ – „labai geras“ (nuo 8,5 iki 9,4 – „labai gera lyderystės raiška“) reiškiantis, jog respondentų elgesys ir veiksmai, susiję su jų lyderystės praktika yra labai geri.

2 lentelė. Vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiškos vertinimas

TEIGINIAI	Balų vidurkis	SD
LYDERYSTĖS SUBSKALĖ: PAVYZDŽIO RODYMAS		
Aš asmeniniu pavyzdžiu demonstruoju žmonėms, ko tikiuosi iš jų pačių.	7,90	1,471
Aš skiriu daug laiko bei jėgų siekdama (-as) užtikrinti, kad žmonės su kuriais aš dirbu laikytųsi mūsų bendrai sutartų principų bei standartų.	8,90	1,034
Aš laikausi savo pažadų ir įsipareigojimų.	8,90	0,946
Aš neslepiu savo vadovavimo filosofijos.	9,61	0,490
Dirbdama (-as) prie projekto aš užtikrinu, kad būtų pasirinkti pasiekiami tikslai, parengti konkretūs planai bei aiškiai nustatyti projekto etapai.	9,24	0,779
Aš žingsnis po žingsnio siekiu savo tikslo.	9,66	0,475
Suminis balas:	54,39	5,982
LYDERYSTĖS SUBSKALĖ: BENDROS VIZIJOS ĮTEIGIMAS		
Aš kalbu apie ateities tendencijas, kurios įtakos mūsų darbo atlikimą.	7,12	1,628
Aš pateikiu įtikinamą ateities vaizdą.	6,71	1,599
Aš dalinuosi su kitais savo ateities vizijomis.	8,45	1,733
Aš parodau kitiems koku būdu jų ilgalaikiai tikslai gali būti realizuoti prisidedant prie bendros vizijos.	8,22	1,690
Aš teigiamai ir su entuziazmu žvelgiu į ateities galimybes.	7,97	1,891

Kalbėdama (-as) apie mūsų darbo reikšmę, aš tai darau su tvirtu įsitikimu.	9,45	0,728
<i>Suminis balas:</i>	47,92	9,269
LYDERYSTĖS SUBSKALĖ: IŠŠŪKIO PROCESUI METIMAS		
Aš siekiu pasirinkti sudėtingas užduotis, kurios leidžia išbandyti mano įgūdžius bei gebėjimus.	6,83	2,172
Aš skatinu žmones išbandyti naujus bei inovatyvius būdus darbui atlikti.	7,16	1,657
Aš neapsiribojau formaliomis organizacijos ribomis ieškodama (-as) inovatyvių sprendimų mūsų veiklai patobulinti.	8,75	1,538
Kažkam vykstant ne taip kaip tikėtasi, aš užduodu klausimą „Ko mes galime iš to pasimokyti?“	9,17	0,967
Aš eksperimentuoju bei prisiimu riziką net jeigu yra tikimybė patirti nesėkmę.	8,57	1,470
Atsiradus kliūtims aš imuosi iniciatyvos jas įveikti, net jei pasekmės nėra visiškai aiškios.	8,78	1,444
<i>Suminis balas:</i>	49,26	9,248
LYDERYSTĖS SUBSKALĖ: GALIMYBIŲ KITIEMS VEIKTI SUDARYMAS		
Aš vystau bei palaikau vieningus santykius su savo bendradarbiais.	8,62	1,167
Aš įdėmiai įsiklausau į skirtingas nuomones.	8,70	1,376
Aš elgiuosi su kitais oriai ir pagarbiai.	9,93	0,288
Aš palaikau kitų žmonių savarankiškai priimtus sprendimus.	9,35	0,849
Aš suteikiu žmonėms laisvę ir sprendimo teisę sprendžiant kaip atlikti jų darbus.	8,54	1,661
Aš užtikrinu, kad žmonės atlikdami savo darbą tobulėtų, tam pasitelkdami naujus įgūdžius bei saviugdą.	9,63	0,567
<i>Suminis balas:</i>	54,77	5,908
LYDERYSTĖS SUBSKALĖ: DRĄSINIMAS		
Aš pagiriu žmones už gerai atliktą darbą.	7,39	1,412
Aš demonstruoju savo pasitikėjimą jų sugebėjimais.	8,69	1,489
Aš užtikrinu, kad žmonėms už jų indėlį į mūsų projekto sėkmę būtų atlyginta kūrybiškai.	9,21	1,196
Aš viešai parodau savo palankumą žmonėms, kurie yra pavyzdinčiai atsidavę bendroms vertybėms.	9,43	0,750
Aš randu būdą pasiekimams atšvęsti.	8,88	1,085
Aš įvertinu bei palaikau žmones už jų įnašą į bendrą darbą.	9,71	0,473
<i>Suminis balas:</i>	53,31	6,405

SD – standartinis nuokrypis.

Tyrimo metu siekėme nustatyti ar lyderystės raiška yra susijusi su vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių amžiumi, išsilavinimu ir darbo stažu. Atlikus koreliacinę analizę, nustatytas statistiškai reikšmingas, tiesioginis ryšys tarp vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių įgyto išsilavinimo ir visų jų lyderystės raiškos subskalių vertinimo balų (3 lentelė). Nustatyti tiesioginiai, stiprūs ryšiai tarp respondentų išsilavinimo ir „iššūkio procesui metimo“ ($r = 0,76$; $p < 0,001$) ir „bendros vizijos įteigimo“ ($r = 0,70$; $p < 0,001$). Gautas vidutinio stiprumo ryšys tarp išsilavinimo ir „galimybių kitiems veikti sudarymo“ ($r = 0,67$; $p < 0,001$) ir silpni ryšiai tarp respondentų išsilavinimo ir jų elgsenos susijusios su „drąsinimu“ ($r = 0,41$; $p < 0,001$) bei „pavyzdžio rodymu“ ($r = 0,33$; $p < 0,001$). Todėl galime teigti, kad didėjant respondentų išsilavinimui gerėja jų elgsena susijusi su gebėjimais „mesti iššūkį procesui“, „įteigti bendrąją viziją“, „sudaryti galimybes kitiems veikti“, bei gebėjimais „rodyti pavyzdį“ ir „drąsinti“.

Atlikus koreliacinę analizę, nustatyti statistiškai reikšmingi, atvirkštiniai ryšiai tarp vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių amžiaus grupės, darbo stažo ir lyderystės raiškos subskalių vertinimo balų (3 lentelė). Nustatyti statistiškai reikšmingi, atvirkštiniai, stiprūs ryšiai tarp respondentų amžiaus grupės, darbo stažo ir „galimybių kitiems veikti sudarymo“ ($r = -0,78$; $p < 0,001$)

ir $r = -0,75$; $p < 0,001$) bei atvirkštiniai vidutinio stiprumo ryšiai tarp respondentų amžiaus grupės, darbo stažo ir „bendros vizijos įteigimo“ (atitinkamai $r = -0,63$; $p < 0,001$ ir $r = -0,59$; $p < 0,001$). Taigi, didėjant respondentų amžiui bei sukauptam darbo stažui, jų elgsena susijusi su gebėjimu sudaryti galimybes veikti kitiems ir jų elgsena, susijusi su bendros vizijos įteigimu reikšmingai sumažėjo. Taip pat, nustatyti statistiškai reikšmingi atvirkštiniai, vidutinio stiprumo ir silpni ryšiai tarp respondentų amžiaus grupės bei darbo stažo, ir gebėjimo mesti iššūkį procesui (atitinkamai $r = -0,56$; $p < 0,001$ ir $r = -0,49$; $p < 0,001$) bei gebėjimo drąsinti, ($r = -0,47$; $p < 0,001$ ir $r = -0,41$; $p < 0,001$). Taigi, didėjant respondentų amžiui bei sukauptam darbo stažui jų elgsenos susijusios su gebėjimu mesti iššūkį procesui ir gebėjimas drąsinti reikšmingai sumažėjo.

3 lentelė. Tyrimo dalyvių lyderystės raiškos subskalių vertinimo balų sąsajos su sociodemografiniais rodikliais

Lyderystės raiškos subskalės		Pavyzdžio rodymas	Bendros vizijos įteigimas	Iššūkio procesui metimas	Galimybių kitiems veikti sudarymas	Drąsinimas
Sociodemografiniai veiksniai						
Amžiaus grupė	r	-0,07	-0,63	-0,56	-0,78	-0,47
	p	0,49	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Išsilavinimas	r	0,33	0,70	0,76	0,67	0,47
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Darbo stažas	r	0,08	-0,59	-0,49	-0,75	-0,41
	p	0,38	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

r – Spearman koreliacijos koeficientas, p – statistinis reikšmingumas.

Apibendrinant galime teigti, kad amžiaus grupė, išsilavinimas ir darbo stažas yra statistiškai reikšmingai susiję su respondentų bendrosios vizijos įteigimo, iššūkio procesui metimo, galimybių kitiems veikti sudarymo bei drąsinimo elgsena. Pavyzdžio rodymo lyderystės raiškos subskalės rezultatai yra statistiškai reikšmingai susiję tik su respondentų išsilavinimu.

Rezultatų aptarimas

Vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai atlieka lemiamą vaidmenį priimant ir įgyvendinant veiksmingas strategijas, siekiant organizacijos tikslų, kuriant personalui palankią atmosferą, rūpinantis personalo gerove bei skatinant personalo įsitraukimą į jų profesinę veiklą. Personalo valdymas ir pagarbi darbo atmosfera, perteikianti dėkingumą slaugytojams, yra populiarios strategijos, kurios didina vyresniųjų slaugytojų vadovavimo efektyvumą ir skatina teigiamą požiūrį į darbą slaugytojų tarpe [16]. Efektyvus lyderiavimas sveikatos priežiūros sistemoje yra labai svarbus siekiant tinkamai valdyti ir kontroliuoti organizacijos veiklą, kurios tikslas – kokybiškos ir saugios sveikatos priežiūros paslaugos. Mokslinėje literatūroje lyderystė vis dažniau apibūdinama kaip pagrindinis veiksnys sprendžiant sveikatos priežiūros iššūkius [17].

Mūsų atliktame tyrime iš tyrime dalyvavusių 115 respondentų, tyrime dalyvavo 114 moterų (99,1 proc., $n = 114$) ir 1 (0,9 proc.) vyras. 2019 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. *World Health Organization, WHO*) pateiktais duomenimis, pasaulyje vyrauja ryški sveikatos priežiūros darbuotojų nelygybė lyties atžvilgiu, nes moterys sudaro 70 proc. visos sveikatos ir socialinės priežiūros darbo jėgos, ir tik 25 proc. sveikatos sistemoje užima lyderių vaidmenis [18]. Dėl šios priežasties moterims yra sudėtingiau gauti vadovaujamas pareigas, prisiimti ir atlikti lyderio vaidmenį. 2017 metais, Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) ir Afrikos mokslininkų pateiktoje literatūros apžvalgoje, lyčių nelygybė nagrinėjama per kitą prizmę, teigiama, kad lyčių esencializmas paaiškina tai, kad vyrai ir moterys turi pagrindinę nekintančią „esmę“ – tikimasi, kad moterys bus emocionalios ir natūraliai kompetentingos teikti asmenines paslaugas, rūpestį ir socialinę sąveiką, kuriai būdingas „gerumas“ [19]. Tai grindžia vyraujančią lyčių nelygybę slaugos srityje ir dominuojančią moteriškos lyties gausą vyriškos lyties atžvilgiu. Daugiau nei trečdalis (36,5 proc., n

= 42) tyrime dalyvavusių respondentų sudarė asmenys, kurių amžius buvo nuo 31 iki 40 metų, o daugiau nei ketvirtadalis (27,0 proc., $n = 31$) respondentų sudarė asmenys, kurių amžius buvo nuo 41 iki 50 metų. 2020 metais tyrėjų J. Zhou ir K.F. Zhang atlikto tyrimo Kinijoje metu, nustatyta, kad 45-ių, Kinijoje įsikūrusių sveikatos departamentų lyderių vidutinis amžius buvo 36,2 metai [20]. Mūsų atlikto mokslinio tyrimo metu, taip pat nustatyta, kad beveik pusė (47,0 proc., $n = 54$) tyrime dalyvavusių asmenų yra baigę magistro ir bakalauro studijas universitete. 2018 – 2019 metais, 117-oje šalių vykdyto tyrimo metu buvo nustatyta, kad iš 2537 esamų arba buvusių vyresniųjų slaugytojų, beveik trečdalis (31,0 proc.) turi slaugos bakalauro laipsnį ir šiek tiek daugiau nei trečdalis (35,0 proc.) turi magistro laipsnį [21]. Mūsų atlikto tyrimo metu, nustatyta, kad beveik trečdalis respondentų (28,7 proc., $n = 33$) sudarė asmenys, vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigas užimantys nuo 1 iki 5 metų, panaši respondentų dalis (26,9 proc., $n = 31$) vyresniojo slaugytojo – slaugos administratoriaus pareigose dirba 21-erius ar daugiau metų. Taip pat, mūsų atlikto tyrimo metu, nustatyta, kad šiek tiek daugiau nei trečdalis respondentų (36,5 proc., $n = 42$) vadovaujamą kolektyvą sudaro nuo 11 iki 20 sveikatos priežiūros specialistų.

Šiame tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai turi labai gerus gebėjimus efektyviai dirbti su žmonėmis, skatinti bendradarbiavimą ir komandinį darbą, savo elgesiu rodyti pavyzdį kitiems ir labai gerai geba įvairiais būdais skatinti bei apdovanoti pasekėjus už rezultatus. Tyrime dalyvavę vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai turi gerą pasirėngimą keisti esamą padėtį, žengti į nežinią, ieškoti naujovių ir sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį. 2006 m. JAV atliktame moksliniame tyrime, kuriame dalyvavo Kalifornijos valstijoje dirbantys slaugos administratoriai, buvo naudojamas „Lyderystės praktikos klausimynas“ (angl. „Leadership Practices Inventory“). Gautais tyrimo rezultatų duomenimis buvo nustatyta, kad respondentai geriausiai geba savo elgesiu rodyti pavyzdį kitiems [22]. Tuo tarpu 2017 m. Brazilijoje atliktame moksliniame tyrime, kuriame dalyvavo slaugos administratoriai, dirbantys keturiose San Paulo valstijos miesto ligoninėse. Tyrime buvo naudojamas „Lyderystės praktikos klausimynas“ (angl. „Leadership Practices Inventory“), o gautais tyrimo rezultatų duomenimis buvo nustatyta, kad respondentai geriausiai geba efektyviai dirbti su žmonėmis, skatinti bendradarbiavimą ir komandinį darbą [5].

Analizuojant gautus tyrimo rezultatus, žemesni tyrimo rezultatų balai buvo susiję su tyrime dalyvavusių vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių gebėjimu sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį. Panašūs rezultatai nustatyti ir 2006 m. JAV atliktame moksliniame tyrime, kuriame dalyvavo Kalifornijos valstijoje dirbantys slaugos administratoriai, nes prasčiausia respondentų elgsena buvo susijusi su gebėjimu sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį [22]. Mūsų tyrimo duomenys yra panašūs ir į 2016 metais, JAV atlikto tyrimo duomenis, kur nustatyta, kad tyrime dalyvavusieji vyresnieji slaugytojai taip pat prasčiau geba įteigti bendrąją viziją, mesti iššūkį procesui [23]. 2017 m. Brazilijoje atliktame moksliniame tyrime, kuriame dalyvavo keturiose San Paulo valstijos miesto ligoninėse dirbantys slaugos administratoriai, taip pat, nustatyta, kad prasčiausiai respondentai geba sukurti patrauklias vizijas, galinčias nukreipti kitų žmonių elgesį [5]. Apibendrinant, galime teigti, jog lyderystės elgsena gali skirtis ir priklausyti nuo daugelio išorinių (mokymo (-si), išsilavinimo lygio ir t.t.) bei asmens vidinių (požiūrio, gebėjimų ir t.t.) veiksnių. Siekiant pagerinti slaugos administratorių lyderystės raiškos lygį, būtina diegti efektyviausias lyderystės praktikas, naudoti lyderystės teorijas ir tobulinti lyderystės mokymo programas.

Didėjant respondentų išsilavinimo lygiui gerėjo jų elgsena, susijusi su gebėjimu rodyti pavyzdį, įteigti bendrąją viziją, mesti iššūkį procesui, sudaryti galimybę kitiems veikti bei juos drąsinti. Didėjant respondentų amžiui bei sukauptam darbo stažui, jų elgsenos susijusios su gebėjimu įteigti bendrąją viziją, mesti iššūkį procesui, sudaryti galimybę kitiems veikti bei juos drąsinti įverčiai reikšmingai sumažėjo.

Mūsų tyrimo duomenys atskleidė, jog LSMU ligoninės Kauno klinikose, LSMU Kauno ligoninės Šančių ir Šilainių padaliniuose, dirbantys vyresnieji slaugytojai – slaugos administratoriai turi „labai gerą“ lyderystės raiškos lygį, reiškiantį, jog respondentų elgesys ir veiksmai, susiję su jų lyderystės praktika yra labai geri. Remiantis tyrimo rezultatų duomenimis išlieka tikslinga skatinti

vyresniusius slaugytojus – slaugos administratorius ugdyti lyderiui būdingą elgseną, ugdant bei praktiškai lavinant profesinę elgseną.

Išvados

1. Vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių lyderystės raiška, susijusi su lyderystės subskale, vertinančia respondentų „galimybių kitiems veikti sudarymo“ elgsena yra labai gera. Taip pat nustatytas geras lyderystės raiškos vertinimo balų vidurkis, susijęs su „bendros vizijos įteigimo“ elgsena.
2. Didėjant vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių įgytam moksliniam laipsniui, statistiškai reikšmingai padidėjo visų jų lyderystės raiškos subskalių vertinimo balai. Didėjant vyresniųjų slaugytojų – slaugos administratorių amžiui bei sukaupiamam darbo stažui, statistiškai reikšmingai sumažėjo jų gebėjimas įteigti bendrąją viziją, mesti iššūkį procesui, sudaryti galimybes veikti kitiems bei juos drąsinti.

Literatūra

1. Merav B. N, Ronit H. N. Required competencies for nurse managers in geriatric care: the viewpoint of staff nurses. *Int J Caring Sci.* 2016; 9 (3): 985-990 p.
2. Bernard N. Who 's Next ? Developing High Potential Nurse Leaders for Nurse Executive Roles. *Nurse Leader.* 2014; 12 (5): 56–61 p.
3. Alharbi, A., Rasmussen, P., & Magarey, J. Clinical nurse managers' leadership practices in Saudi Arabian hospitals: a descriptive cross-sectional study. *Journal of Nursing Management.* 2021; 29 (6), 1454-1464 p.
4. Tourangeau, A. E., & McGilton, K. Measuring leadership practices of nurses using the leadership practices inventory. *Nursing Research.* 2004. 53 (3), 182-189.
5. Silva, V. L. D. S., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Chaves, L. D. P., Santos, F. C. D., & Leal, L. A. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2017. 207 (51).
6. Daly J., Jackson D., Mannix J., Davidson P. M., Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting *J Healthc Leader.* 2014; 6: 75-83 p.
7. Stundžė L. Organizacinės kultūros ir komunikacijos sąsajos lyties aspektu. *Informacijos mokslai.* 2010; 53: 63-85 p.
8. Tartėnaitė M. Transformacinės lyderystės raiška n asmens sveikatos priežiūros įstaigoje [magistro baigiamasis darbas] [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2016. 72 p.
9. Paul J, Sostley DL, Howell JP, Dorfman PW. The Mutability of Charisma in Leadership Research. *Journal of Management History.* Management Decision 2002; 40 (1):192-200 p.
10. Wajdi M. B. N. *The Differences Between Management And Leadership. Sinergi.* 2017; 7; 75 p.
11. Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“. [Internet] [cited 2020 Nov 03] Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517>
12. Garsia A. G., Pinto-Carral A., Villorejo J. S., Marques-Sanchez P. Nurse Manager Core Competencies: A Proposal in the Spanish Health System. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May; 17 (9): 3173 p.
13. Ma H., Chihava T. N., Fu J., Zhang S., Lei L., Tan J. et al. Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. *J Nurs Manag.* 2020 Sep; 28 (6): 1166–1176 p.
14. Chase L. K. Nurse manager competencies [PhD dissertation]. [Iowa City]: University of Iowa. 2010. 1-168 p.
15. Pukėnas K. Kokybių duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga. Kaunas. 2009.
16. Abd-EL Aliem, S. M. F., & Abou Hashish, E. A. (2021). The relationship between transformational leadership practices of first-line nurse managers and nurses' organizational

- resilience and job involvement: a structural equation model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18 (5), 273-282.
17. Poels J., Verschueren M., Milisen K. Vlaeyen E. Leadership styles and leadership outcomes in nursing homes: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20: 1009 p.
 18. World Health Organization, Global Health Workforce Network and Women in Global Health. (2019). *Global health: Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health workforce* (pp. 76).
 19. Newman, C, Chama, PK, Mugisha, M, Matsiko, CW, & Oketch, V. Reasons behind current gender imbalances in senior global health roles and the practice and policy changes that can catalyze organizational change. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2017, 2 p.
 20. Zhou J, Zhang KF. Effect of ethical nurse leaders on subordinates during pandemics. *Nurs Ethics.* 2022 Mar; 29 (2): 304-316 p.
 21. World Health Organization. Investing in the Power of Nurse Leadership: What Will It Take? 2019 Jun. 17 p.
 22. Lummus, S. (2010). Perceptions of required leadership behaviors for nurse leaders as measured by the leadership practices inventory.
 23. Shaughnessy, M. K., Griffin, M. T. Q., Bhattacharya, A., & Fitzpatrick, J. J. (2018). Transformational leadership practices and work engagement among nurse leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48 (11), 574-579.

Summary

Nursing administrators have a significant impact on the outcomes of patient care and the quality of healthcare services provided by staff, as well as the continued success of the healthcare organization [1]. In order to improve the quality of nursing practice, competent, well-trained nursing administrators with knowledge and skills to meet the health care needs of both current and changing patients have a great influence [2]. Effective leadership is critical to running a health care organization, division, or department as effectively as possible. In the clinical setting, effective leadership is identified as a critical component in ensuring quality health care. In foreign literature, there are a number of studies on the expression of leadership of senior nurses - nursing administrators [3,4,5]. However, the expression of leadership of nursing administrators in Lithuania is still insufficiently researched. In the process of assessing the leadership behavior of nursing administrators, scientific research is necessary to help assess their ability to lead and to help improve the results of nursing administrators' professional activities.

The purpose of the article is to evaluate the expression of leadership of senior nurses - nursing administrators. A one-moment quantitative study was performed.

Methodology. The research was conducted in January 2022 - March 2022. The research used an anonymous written questionnaire. The study was conducted in the Kaunas Clinics of the Lithuanian University of Health Sciences Hospital (LSMUL KK) and the Šantių and Šilainiai Departments of the Kaunas Hospital of the Lithuanian University of Health Sciences (LSMU KL). 117 senior nurses - nursing administrators - participated in the study. Respondents were included in the study through purposive sampling.

Results. During the research, the expression of leadership of senior nurses - nursing administrators was evaluated as "good". After analyzing the results of the study, it was found that the weakest expression of leadership of senior nurses - nursing administrators is related to the behavior of "instilling a common vision". This means that the respondents, as leaders, are least able to create attractive visions that can direct the behavior of other people. The strongest expression of leadership of senior nurses - nursing administrators is related to the behavior of "creating opportunities for others to act". This means that the respondents, as leaders, are able to work with people most effectively, to promote cooperation and teamwork. As senior nurses-administrators' scientific degree gained

increased, the evaluation scores of all their leadership expressiveness subscales increased statistically significantly. As the respondents' age and accumulated work experience increased, their behavior related to creating attractive visions, challenging the process, creating opportunities for others to act and encouraging them decreased significantly.

Keywords: leadership expression, head nurses – nursing administrators.

Kontaktai:

Agnė Jasinskaitė

LSMU MA Slaugos klinika

agne.jasinskaite712@gmail.com

dr. Daiva Kriukelytė

LSMU MA Slaugos klinika

kr.daiva@gmail.com

GRUPINIO GYVENIMO NAMŲ GYVENTOJŲ (VAIKŲ) SOCIALINĖ GEROVĖ DEINSTITUCIONALIZACIJOS KONTEKSTE

THE SOCIAL WELL-BEING OF THE POPULATION (CHILDREN) OF GROUP LIVING IN THE CONTEXT OF DEINSTITUTIONALISATION

Daiva Slabadienė, Vladislavas Ragauskas, Žydra Kuprėnaitė
Utenos kolegija

Santrauka

Straipsnio autorių dėmesys koncentruojamas į vis dar besitęsiantį reiškinių Lietuvoje – globos įstaigų mažinimą ar netgi jų visišką panaikinimą, t.y. - deinstitutionalizaciją. Neretai vaikai, augdami socialinės globos namuose, susiduria su rizika negauti visaverčio ugdymo bei auklėjimo, tai gali neigiamai paveikti tolimesnį jų gyvenimą. Įžvelgiami tam tikri institucinės globos trūkumai - kalbant apie institucinę globą, pirmas vaizdas, kuris formuojasi, - uždara teritorija, kurioje gyvena didelis skaičius žmonių. Šie gyventojai savotiškai atskirti nuo visuomeninio gyvenimo ir turi ribotas galimybes naudotis bendruomenei skirtomis paslaugomis, globos įstaigų pertvarka siekiama kokybiškesnio asmens poreikių tenkinimo ir gyventojų socialinės gerovės užtikrinimo. Stebint ES šalių geruosius pavyzdžius, siekiama pertvarkyti vaikų globos sistemą, panaikinant institucinę sistemą ir vaikams, kuriems reikia globos, užtikrinti sąlygas augti šeimynose, globėjų šeimose bei gauti visapusišką pagalbą bendruomenėje. Tyrimo problema kyla iš to, kad Lietuvoje baigiantis pirmajam deinstitutionalizacijos etapui, vis dar paplitusi institucinė globa, kuri kritiškai vertinama daugeliu aspektų. Deinstitutionalizacija taikoma, siekiant vaiko gerovės ir saugumo užtikrinimo.

Straipsnyje siekiama apžvelgti grupinio gyvenimo namų gyventojų (vaikų) socialinę gerovę deinstitutionalizacijos kontekste.

Tyrimas atskleidė, kad darbuotojai, dirbantys grupinio gyvenimo namuose, vykstančius socialinių paslaugų pokyčius sieja su bendruomeninių paslaugų plėtra. Jų nuomone, socialinės paslaugos turi užtikrinti ir užtikrina asmenims gyventi kiek įmanoma savarankiškiau ir dalyvauti bendruomenės gyvenime; grupinio gyvenimo namuose sukurama saugi ir palanki aplinka, asmenys turi visas galimybes augti ir tobulėti. Didžiausią įtaką šiuo atveju daro tinkamai atliekamos personalo funkcijos.

Raktiniai žodžiai: globa, vaikas, socialinis darbuotojas, deinstitutionalizacija, socialinė gerovė.

Įvadas

2021 m. Lietuvoje 3495 globėjų (rūpintojų) šeimose augo 4645 tėvų globos netekę vaikai. Šiuo metu globos institucijose vis dar gyvena apie 1600 vaikų, netekusių tėvų globos, kuriems reikia šeimų. Laikiniai globojami - apie 1000 vaikų, kuriems, nesant galimybių sugrįžti į šeimą, reikės suaugusiųjų, kurie nuolat galėtų globoti šiuos vaikus [11]. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 38 straipsnio 2 dalis teigia, jog valstybė saugo ir globoja šeimą, motinystę, tėvystę ir vaikystę, o 39 straipsnio 3-ioje dalyje teigiama, kad nepilnamečiai vaikai yra ginami įstatymo [7]. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos (toliau - JT Konvencija) 20 straipsnyje akcentuojama, kad vaikas, kuris

laikinais arba visam laikui yra netekęs savo šeimos aplinkos arba kuris dėl savo interesų negali toje aplinkoje būti, turi teisę į ypatingą valstybės teikiamą apsaugą ir paramą [5]. Įgyvendinant Lietuvos tarptautinius įsipareigojimus vaiko teisių užtikrinimo srityje, 2003 m. patvirtinta Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcija (toliau – Koncepcija), kurioje valstybė įsipareigojo siekti visapusiškos vaiko apsaugos ir jo gerovės [8]. Šios strategijos tikslas – atsižvelgiant į vaiko interesus ir poreikius, sudaryti prielaidas vaikui augti biologinėje šeimoje, o netekusiame tėvų globos vaikui – tinkamas globos (rūpybos) ar įvaikinimo sąlygas, kurios atitiktų vaiko interesus bei poreikį augti šeimos aplinkoje ir tinkamai pasirengti savarankiškam gyvenimui šeimoje ir visuomenėje.

Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos tikslas – pasiekti politinį susitarimą dėl vaiko gerovę lemiančių veiksnių ir numatyti vaiko gerovės įgyvendinimo gaires. Koncepcija – tai vaiko politikos ateities įžvalgos. Vadovaujantis Koncepcija, nuosekliai įgyvendinant Jungtinių Tautų vaiko teisių konvenciją, vykdomos nuoseklios reformos, kuriamos strategijos, įgyvendinimo planai, įstatymų bei lydimųjų teisės aktų pakeitimai [8].

Vaikų globos namai - institucija, teikianti būtinąsias socialines paslaugas, tokias kaip: globos, maitinimo, priežiūros, tačiau - šios paslaugos nėra orientuotos į žmogų, kaip asmenybę, jos neatstoja to, ko institucinėje globoje esantiems vaikams trūksta labiausiai - šeimos, meilės, nuoširdumo ir individualizuoto dėmesio.

Vaikai, augantys globos įstaigose, - svarbi mūsų visuomenės dalis, kuria turėtų rūpintis ne tik atsakingos institucijos, bet - ir visa visuomenė. Visuomenė turėtų sudaryti tinkamą terpę vaikui augti ir tobulėti, tai nurodyta ir Lietuvos Respublikos (toliau – LR) Civiliniame kodekse: „Vaiko globos tikslas – užtikrinti vaiko auklėjimą ir priežiūrą aplinkoje, kurioje jis galėtų saugiai ir tinkamai augti, vystytis ir tobulėti“ [6].

Šiuo metu deinstitutionalizacijos procesas yra viena iš prioritetinių Lietuvos socialinės politikos sričių. Tačiau, jei įsigilintume į šį procesą, tai pastebėsime, kad jis buvo žinomas ir pradėtas jau anksčiau nei prieš dešimt metų, bet jo eiga buvo sustojusi ir tik 2014 m., suformulavus pertvarkos veiksmų planą, jis pajudėjo į priekį [3].

Institucinės globos pertvarkos strateginis tikslas – kurti kompleksškai teikiamų paslaugų sistemą, kuri sudarytų galimybes kiekvienam vaikui, neįgaliajam ar jo šeimai (globėjams, rūpintojams) gauti individualias pagal poreikius paslaugas ir reikiamą pagalbą bendruomenėje, o kiekvienam likusiam be tėvų globos vaikui - augti saugioje ir jo raidai palankioje aplinkoje biologinėje, o jos nesant – įtėvių, globėjų šeimoje [10].

Vaikų paėmimas iš šeimos taikomas tik kaip krašutinė priemonė. Deinstitutionalizacijos proceso metu siekiama, kad vaikai augtų savo biologinėse šeimose bei gautų visą būtiną pagalbą vaiko raidos poreikių tenkinimui [1].

Dabartiniu metu nepilnamečių asmenų globos situacija keičiasi, nes dauguma valstybinių nepilnamečių asmenų globos ir ugdymo institucijų savo iniciatyva dalyvauja įvairiose programose, po truputį keičia nusistovėjusias auklėjimo bei vidaus tvarkos nuostatas. Šiuo metu vaikų globos namuose nepilnamečiai asmenys apgyvendinami šeimynomis (broliai ir seserys neišskiriami). Šeimynose gyvena 10 – 12 įvairaus amžiaus nepilnamečių asmenų. Tokioms šeimynoms yra skiriamos patalpos (poilsio kambarys, miegamieji, vonia, tualetas ir virtuvė), kuriomis naudojasi tik šeimynos nariai. Taigi Lietuvoje įvyko nepilnamečių asmenų globos institucinės struktūros esminis pokytis – pradėjo dominuoti nepilnamečių asmenų globa šeimynoje ir šeimoje. Tačiau, nežiūrint į tai, vaikų globos namai vis dar išlieka pagrindine institucija, kurioje gyvena likę be tėvų globos nepilnamečiai asmenys. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad būtina ir toliau reformuoti nepilnamečių asmenų globą, norint pakeisti nepilnamečių asmenų globos sistemą bei tuo pačiu galima pagerinti globos paslaugų kokybę. Strateginis pertvarkos tikslas nukreiptas į kompleksškai teikiamų paslaugų sistemos kūrimą, kuri sudarytų galimybes kiekvienam vaikui, neįgaliajam ar jo šeimai (globėjams, rūpintojams) gauti individualias pagal poreikius paslaugas ir reikiamą pagalbą bendruomenėje, o kiekvienam likusiam be tėvų globos vaikui - augti saugioje ir jo raidai palankioje biologinėje aplinkoje, jos nesant – įtėvių, globėjų šeimoje [2].

Straipsnio tikslas - apžvelgti grupinio gyvenimo namų gyventojų (vaikų) socialinę gerovę deinstitutionalizacijos kontekste.

Teorinės įžvalgos

Ypatingą vietą tarp socialinės globos namų gyventojų užima vaikai, kurie globos namuose apgyvendinami dėl šeimoje pasireiškiančių neigiamų veiksnių: šeimos narių nedarbo, kainų rinkoje augimo, mažų šeimos pajamų, skurdo, - šie veiksniai daro neigiamos įtakos vaikų tėvų gyvenimo būdui. Ypatingai tai paveikia vaikus, gyvenančius šeimose, kurių gyvenimo sąlygos pasikeičia, nes jų tėvai pradeda vartoti alkoholį ir psichoaktyvias medžiagas, gyvena asocialiai, ko rezultatas – nepriežiūra ir smurtas prieš vaikus ar kitokios pasekmės vaiko saugumui ir gerovei. Esant situacijai, kai tėvai negali tinkamai patys auginti vaikų, rūpintis jų gerove, vaikams nustatoma globa (rūpyba), kuri patikima fiziniams arba juridiniams asmenims, t. y. - globėjams (rūpintojams) [9].

M. J. Holosko (2018) teigimu, likusiems be tėvų globos vaikams teikiamos atitinkamos socialinės paslaugos bei jų šeimoms organizuojami atvejo vadybos procesai, kurių metu vaikams sudaromos sąlygos gyventi saugioje aplinkoje, gauti visas būtinas bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas, taip pat, tam tikrais atvejais, jiems suteikiama galimybė būti įvaikintiems ar gyventi socialiai aprūpintoje šeimoje, o su jų tėvais dirba atvejo vadybos komanda, padedanti jiems resocializuotis, ko pasėkoje sudaroma galimybės vaikus grąžinti į resocializuotą šeimą. Siekiant vaikams užtikrinti laikiną saugią aplinką, padedančią užtikrinti vaikų gerovę, Lietuvoje sukurta vaikų socialinės globos sistema, kuri pastaruoju metu yra reformuojama ir taikomi globos paslaugų modeliai, apimantys vaikų globą institucijose, šeimynose ir šeimoje. Dirbdami vaikų globos namuose, socialiniai darbuotojai bei atvejo vadybininkai vaikams, kurių tėvams buvo atimtos arba apribotos tėvystės teisės, teikia socialinę pagalbą. Šios socialinės pagalbos teikimas apima vaikų socialinių poreikių nustatymą bei sprendimų priėmimą dėl socialinės pagalbos ir paramos teikimo [4].

Vaikų globos namuose socialinė pagalba teikiama, remiantis Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų katalogu, parenkant vaikų poreikius atitinkančius socialinio darbo metodus, kurie skirstomi į individualų ir socialinį darbą grupėse, ir jų metu vaikams konsultavimo bei informavimo metodų pagalba taikomi resocializacijos procesai, padedama išspręsti iškilusius sunkumus. Tačiau, atsižvelgiant į didėjančią vaikų socialinės globos namuose skaičių, ypač susirūpinta socialine vaikų gerove. Neretai vaikai, augdami socialinės globos namuose, susiduria su rizika gauti nevisavertį ugdymą bei auklėjimą, augti nepalankioje aplinkoje, kuri gali turėti neigiamos įtakos tolimesniam gyvenimui.

Tyrimo kontingentas, metodai ir medžiaga

Tyrimas atliktas 2020 m. balandžio – gegužės mėn. X socialinės globos namų padalinyje, kuriame vyksta deinstitutionalizacijos procesas. Respondentais pasirinkti grupinio gyvenimo namų darbuotojai (taikyta tikslinė respondentų atranka). Generalinė imtis – 6, imties tūris – 6. Pasirinktas kokybinis tyrimo metodas – pusiau struktūruotas 18 klausimų interviu. Užtikrinant tyrimo etiką, gautas raštiškas socialinės globos namų direktoriaus leidimas. Tyrimo dalyviai buvo supažindinami su tyrimo tikslu. Tyrimo duomenys analizuojami, naudojant Content analizės būdą.

Tyrimo rezultatai ir jų interpretacija

Interviu metu buvo nustatyta, kad didžioji dalis informantų socialinės globos namuose dirba 8–15 metų ($N=3$), 3–4 metus ($N=2$), - 33 metus ($N=1$).

Buvo svarbu palyginti informantų nuomonę apie jų darbo pobūdį įstaigoje ir grupinio gyvenimo namuose, taip pat įvertinti vaikams teikiamų socialinių paslaugų įvairovę bei jų ir jas teikiančių specialistų pakankamumą tiek grupinio gyvenimo namuose, tiek bendruomenėje (1 lentelė).

1 lentelė. Darbo pobūdžio, teikiamų socialinių paslaugų įvairovės bei jų ir jas teikiančių specialistų pakankamumo grupinio gyvenimo namuose ir bendruomenėje vertinimas ($N=6$)

Kategorija	Subkategorijos	Empiriniai požymiai
------------	----------------	---------------------

Darbo pobūdžio skirtumai, dirbant socialinės globos namuose ir grupinio gyvenimo namuose	Didesnio darbo krūvio, atsakomybės pajautimas, darbo organizavimo proceso sudėtingumas	Nr.1 <Aišku, kad skiriasi. Padidėjo darbo krūvis, atsakomybių daugiau prisidėjo, pasikeitė darbo organizavimo procesai, prisidėjo daugiau popierizmo, finansinės ataskaitos ir atsakomybės už vaikų fizinę ir psichologinę sveikatą. Atsirado daugiau funkcijų pareigybėje ir prisidėjo bendradarbiavimas su bendruomene ir kitomis įstaigomis, nes institucijoje, tai viskas vyko įstaigoje. Todėl dėl padidėjusio darbo krūvio tenka mažiau laiko skirti pačiam gyventojui.> (N=1) Nr.2 <Skiriasi, ir labai skiriasi. Daugiau atsakomybės, darbo daugiau, nes reikia ir gaminti, ir skalbti, ir užimti vaikus, įstaigoje buvo valgykla, skalbykla, užimtumo specialistai ir nereikėjo to daryti.> (N=1) Nr.3 <Skiriasi, čia žymiai sudėtingiau, nes mes už šituos vaikus atsakom kaip už savus.> (N=1) Nr.4 <Dar ir kaip. Mažiau laiko galima skirti vaikams, nes padidėjo darbo krūvis.> (N=1) Nr.6 <Labai skiriasi. Įstaigoje nereikėjo tiek su vaikais užsiiminėti, kaip dabar. Mažiau atsakingos buvom už vaikus. Dabar vien butis kiek laiko užima.> (N=1)
	Į klausimą neatsakyta	Nr.5 <Į šį klausimą negaliu atsakyti, nes įstaigoje nedirbau.> (N=1)
Socialinių paslaugų, teikiamų grupinio gyvenimo namuose, įvairovė	Bendravimas, konsultavimas, interesų atstovavimas, teisių gynimas, įgūdžių ugdymas, aprūpinimas būtinomis asmeniui priemonėmis	Nr.1<Bendravimas, konsultavimas, atstovavimas interesus, bendradarbiavimo, integravimo, įgalinimo, gyventojų teisių gynimas ir atstovavimas, socialinių įgūdžių ugdymas, aprūpinimas būtinomis priemonėmis t. y. asmens higienos, maisto, kanceliarinėmis prekėmis, apranga ir t. t.> (N=1)
	Maitinimo, buities priežiūros, įgūdžių ugdymo, užimtumo	Nr.2<Maitinimo, buities priežiūros, įvairių įgūdžių ugdymas, būtinąsias, užimtumo, kai nėra socialinio darbuotojo.> (N=1)
	Bendrosios, socialinės, savarankiškumo ugdymo, asmeninės pagalbos, maisto ruošimo, aplinkos pažinimo	Nr.3<Bendrąsias socialines paslaugas, savarankiškumo ugdymas, asmeninė pagalba, maisto ruošimas, aplinkos pažinimas.> (N=1) Nr.4<Būtinąsias, bendrąsias, socialinių įgūdžių ugdymo, savarankiškumo ugdymo, maisto gaminimo, namų ruošos.> (N=1) Nr.5<Būtinąsias, maisto gaminimas, pagalba atliekant namų ruošos darbus, lavinant higienos įgūdžius ir pan..> (N=1) Nr.6<Namų ruošos, maisto gaminimo, įvairių įgūdžių ugdymo, užimtumo, slaugymo medicinos įstaigose.> (N=1)
Grupinio gyvenimo namų gyventojų (vaikų)	Švietimo, užimtumo, kultūrinės, medicininės	Nr.1<Švietimo, užimtumo, neformalaus ugdymo, edukacines, kultūrines. Manau, kad pilnai užtenka, o kartais, net per daug, nes būna taip, kad jau net patys nebenori niekur eiti ir nieko daryti, nes pavargsta nuo

bendruomenėje gaunamų socialinių paslaugų pakankamumas		<i>intensyvaus režimo.> (N=1)</i> <i>Nr.2<Jie gauna užimtumo paslaugas, sociokultūrines, ugdymo, medicininės, sveikatos priežiūros. Jie tikrai gauna viską, ką tik įmanoma. Manau, kad tikrai pakanka, nebent atsirastų kažkokių naujovių. Kartais jie jau net patys niekur nenori eiti ir dalyvauti. Ne kiekvienas vaikas šeimoje gauna tą, ką gauna mūsų vaikai.> (N=1)</i> <i>Nr.3<Ugdymo, priežiūros, dienos užimtumo, būreliai įvairūs, medicininės paslaugas, sveikatos priežiūros.> (N=1)</i> <i>Nr.4<Sveikatos priežiūros, mokslo, užimtumo, dienos centrų, bet apie kokybę, geriau nekalbėti... Gyventojai įtraukiami į bendruomenės veiklas. Kai kurių pakanka, kai kurių - per daug net, ir kai kurios teikiamos paslaugos neatitinka vaikų poreikių ir galimybių. Tie, kas jas teikia, dažnai yra nesusidūrę su tokiais vaikais ir neturi praktikos.> (N=1)</i> <i>Nr.5<Dienos užimtumo, ugdymo, medicinos paslaugas, ekskursijos, apsipirkimas parduotuvėje. Aš, manau, kad pakanka.>(N=1)</i> <i>Nr.6<Tai irgi ir užimtumo, ir sveikatos priežiūros, sociokultūrines, edukacines, švietimo, daug jie iš tikrųjų gauna. Daugiau negu reikia.> (N=1)</i>
Specialistų, teikiančių socialines paslaugas, įvairovė, jų pakankamumo vertinimas	Socialiniai darbuotojai, socialinio darbuotojo padėjėjai, mokytojai, mokytojų padėjėjai, psichologai, logopedai, psichiatrai, slaugytojai; tačiau - kartais trūksta užimtumo specialistų grupinio gyvenimo namuose - slaugytojų, psichologų, kineziterapeuto, reabilitacijos specialistų	<i>Nr.1<Socialinio darbuotojo padėjėjai, socialiniai darbuotojai, spec. pedagogai, mokytojos, mokytojų padėjėjai, psichologai, logopedai, psichiatras, slaugytojos (tik sveikatos priežiūros centre), mokyklos vairuotojas, užimtumo specialistai (dienos centruose). Bendruomenėje, sakyčiau, pakanka, grupinio gyvenimo namuose, trūksta užimtumo specialisto, slaugytojo, logopedo individualiam darbui su vaiku, psichologo grupiniams ir individualiems užsiėmimams.> (N=1)</i> <i>Nr.2 <Mokytojai, socialinės darbuotojos, spec. pedagogai. Trūksta užimtumo specialisto namuose, nes socialinės darbuotojos yra perkrautos dokumentais, darbo organizavimo, integravimo reikalais, jos fiziškai nespėja su gyventojais užsiimti tiek, kiek jiems reikia.> (N=1)</i> <i>Nr.3<Socialinis darbuotojas, mokytojai. Trūksta slaugytojos grupinio gyvenimo namuose, užimtumo specialistų, nes vaikai yra sunkūs ir su daugybę ligų.> (N=1)</i> <i>Nr.4<Socialinis darbuotojas, pedagogai. Trūksta slaugytojo, psichologo, kuris būtų orientuotas ir vaikus ir į darbuotojus, užimtumo specialistų, jei norėtume integruoti ir sunkius vaikus, tai ir asmeninio asistento kiekvienam vaikui reikėtų.> (N=1)</i> <i>Nr.5<Socialinės darbuotojos, spec. pedagogai, užimtumo specialistai. Trūksta psichologo, slaugytojos, kineziterapeuto, reabilitacijos paslaugų.> (N=1)</i>

Nr.6 <Socialiniai darbuotojai, pedagogai, užimtumo specialistai, šeimos gydytoja. Tikrai netrūksta.> (N=1)

Nustatyta, kad skiriasi darbuotojams tenkantys darbo krūviai: grupinio gyvenimo namuose tenka didesnė atsakomybė, kitaip vykdomi darbo organizavimo procesai, kartais pasireiškia atliekamo socialinio darbo sudėtingumas. Vertinant socialines paslaugas, teikiamas grupinio gyvenimo namuose, didžioji dalis informantų nurodė, kad teikiamos labai įvairios paslaugos: bendrosios socialinės, savarankiškumo ugdymo, asmeninės pagalbos, maisto ruošimo, aplinkos pažinimo paslaugos, vienas informantas nurodė, kad teikiamos bendravimo, konsultavimo, atstovavimo gyventojų interesus, gyventojų teisių gynimo, įgūdžių ugdymo, aprūpinimo būtinosiomis asmeniui priemonėmis paslaugos, teikiamos maitinimo, buities priežiūros, įgūdžių ugdymo, užimtumo paslaugos. Vertinant bendruomenėje gaunamų socialinių paslaugų pakankamumą, pastebėtina, kad visi informantai nurodė, kad gyventojai gauna visas būtinas švietimo, užimtumo, kultūrines, medicininės paslaugas. Taip pat visi informantai nurodė, kad bendruomenėje, teikiant socialines paslaugas, specialistų yra pakankamai.

Interviu metu išsiaiškinta informantų nuomonė apie pertvarkos proceso organizavimo įtaką gyventojų socialinės gerovės užtikrinimui, bendruomenės požiūrį į vaikų, gyvenančių grupinio gyvenimo namuose, integraciją į bendruomenę bei įvertinta visuomenės poziciją jų priėmimo ir integravimosi bendruomenėje požiūriu (2 lentelė).

2 lentelė. Pertvarkos proceso organizavimo gyventojų socialinei gerovei užtikrinti, vaikų, gyvenančių grupinio gyvenimo namuose, integravimui į bendruomenę, jų priėmimo ir integravimosi vertinimas (N=6)

Kategorija	Subkategorija	Empiriniai požymiai
Pertvarkos proceso reikšmė gyventojų socialinei gerovei	Naudingas	<i>Nr.2<Aš manau, kad jiems tikrai geriau čia, nes jiems ugdomas atsakomybės jausmas už savo namus, už save. Įstaigoje jie neturėjo atsakomybių, augo kaip "šiltnamyje", už juos viskas buvo padaryta, jiems nereikėjo stengtis būti savarankiškais.> (N=1)</i> <i>Nr.3<Naudinga, jie gauna daugiau paslaugų įvairių bendruomenėje, daugiau dėmesio, jie tapo savarankiškesni.> (N=1)</i> <i>Nr.5<Aš manau, kad naudingas, galima daugiau dėmesio skirti gyventojų poreikiams.> (N=1)</i> <i>Nr.6<Man atrodo, kad naudingas, jie gyvena, kaip šeimoje, o jau tai yra gerai ir jaučiasi jie čia geriau.> (N=1)</i>
	Iš dalies naudingas	<i>Nr.1<Dalinai, kai kuriems naudingas, kai kuriems - ne. Kai kurių gyventojų socialinė gerovė tikrai pagerėjo, o kai kurių - tik minimaliai, nes dėl negalios pobūdžio kai kurie negali dalyvauti bendruomenės gyvenime.> (N=1)</i> <i>Nr.4<Manau, kad ne visiems, tiems, kurių protinė negalia yra lengvesnė, jiems, manau, būtų naudingesnis, nes galima būtų juos tikrai įgalinti.> (N=1)</i>
Dalies vaikų, gyvenančių grupinio gyvenimo namuose, integravimas į bendruomenę	Integruojami, bet ne visi	<i>Nr.1<Kaip sugebam, taip ir integruojam. Ne visus įmanoma integruoti, dėl suvokimo lygio, dėl jų silpnų gebėjimų, kai kurie bijo nepažįstamos aplinkos, žmonių susibūrimų.> (N=1)</i> <i>Nr.2<Jie integruojami beveik visi, nes kai kurių integruoti neleidžia jų sveikatos būklė (proto, psichinė negalia). Ne visus tikrai galima įgalinti, nes kai kurių tikrai labai sunkios negalios, tiek proto, tiek fizinė.> (N=1)</i>

		Nr.3<Vaikai yra tikrai integruojami, yra daroma, kad viskas taip ir būtų, tačiau - ne visi gali būti integruojami dėl sunkios negalios, įskaitant ir protinės.> (N=1) Nr.4<Ne visi integruojami, bet - ne visus ir galima integruoti, nes nėra žmogiškų išteklių tam, švietimo sistema tam nepasiruošusi.> (N=1) Nr.5<Tikrai, kiek įmanoma, jie yra integruojami. Bet ne visus galima integruoti, dėl jų sunkios negalios ir visiško nesavarankiškumo.> (N=1) Nr.6<Stengiamasi, tai tikrai visus kiek įmanoma ir kur įmanoma integruoti, bet deja, ne visus mūsiškius vaikus galima integruoti, nes jų psichinė būklė sunki, ir kartais kelia pavojų aplinkiniams.> (N=1)
Grupinio gyvenimo namų gyventojų (vaikų) priėmimo bendruomenėje vertinimas	Iš dalies priima	Nr.1<Skirtingai. Mokykloje jie nėra integruoti, nes jiems skirta atskira klasė, kurioje jie mokosi atskirti nuo visų. Mokykloje patiria patyčias, kreivus žvilgsnius, dėl kurių, namuose skundžiasi. Kai kurie netgi patiria diskriminaciją, nes juos ne visada ir ne visur įtraukia į bendras veiklas dėl jų negalios.> (N=1) Nr.2<Viskas priklauso nuo bendruomenės švietimo. Mūsų atveju, didžioji dalis bendruomenės juos priima gan gerai, kaimynai kartais duoda pastabų, bet jie neprieštarauja tokių vaikų kaimynystei. Jei visuomenė žinos, kad yra ir kitokių, nei jie, jei žinos, kaip elgtis su jais, kaip kalbėti, tai ir reaguos adekvačiai, bet iki to mes dar nepriejome, manau. Mokyklose kai kurie vaikai patiria pašaipas.> (N=1) Nr.3<Manau, kad sunkiai juos priima ir tikrai ne visi nori juos priimti tokius, kokie jie yra. Kartais girdim aplinkinių pašaipas ir matom, kaip kreivai jie žiūri į mūsų vaikus. Manau, kad visuomenė dar nėra pasirengus priimti mūsų vaikų, tokių, kokie jie yra.> (N=1) Nr.4<Bendruomenė, aplinkiniai bijo jų dėl nežinojimo, dėl visuomeninio požiūrio ir nuostatų. Pats pertvarkos procesas dar visai naujas reiškinys, todėl, manau, praeis dar nemažai laiko, kol visuomenės požiūris į proto negalią turinčius žmones pasikeis.> (N=1) Nr.5<Aš galvoju, kad „50 ant 50“, nes tie, kurie susidūrę su tokiomis problemomis, juos priima normaliai, o kiti juos engia ir kreivai žiūri į juos, mokyklose jie irgi patiria pašaipas, pravardžiavimus.> (N=1) Nr.6<Tai, kad jau nuo senų laikų į tokius žmones žiūrima kaip į kažką baisaus ir nesuprantamo, žmonės bijo kitokių, nei jie, tai ir mūsiškius, man regis, priima tik tie, kuriems yra būtina su jais susidurti ir bendrauti, nors kaimynai tai draugiški, tik gal mokykloje būna iš jų pasišaiपो.> (N=1)
Gyventojų integravimosi bendruomenėje vertinimas	Jaučia baimę, stresą ir įtampą	Nr.1<Visi skirtingai jaučiasi. Įstaigoje jie buvo tarp savų, tarp tokių pačių, kaip jie, ir jautėsi drąsiai, pasitikinčiai savimi, o čia jiems viskas nauja, nepažįstama, todėl jie, manau, tikrai patiria stresą ir baimes. Dėl tų pačių pašaipų jie patiria nemažai streso, nes įstaigoje iš jų niekas nesišaiपोdavo. Manau, kad jie tikrai jaučiasi kitokie bendruomenėje, visuomenėje.> (N=1)

		Nr.2<Kurie labiau supratingi ir daugiau suvokia, manau, kad tikrai patyrė nemažai streso, vien jau dėl gyvenamosios vietos, mokyklos, draugų, aplinkos, gyvenimo ritmo pakeitimo. Baimės, manau, patiria mūsų nekalbantys vaikai, nes jie pasakyti negali, ką jaučia, o viskas atsispindi jų priešišrame elgesyje. Ugdymo įstaigose taip pat patiria streso, nes dažnai iš jų yra šaipomasi, kad jie kitokie.>(N=1) Nr.3<Manau, kad kažkokias baimes jie tikrai patiria. Stresą, manau, kad patiria dėl gyvenamosios vietos pakeitimo, darbuotojų kaitos, draugų praradimo, pergyvena, dėl naujų draugų, ar pavyks jų susirasti, nes jie tikrai nori bendrauti, tačiau bijo būti atstumti.> (N=1) Nr.4<Tie, kurie labiau sąmoningi, jie jaučia, kaip juos priima bendruomenė, visuomenė ir jie arba nori būti jos dalimi, arba - ne. Streso, manau, daugiau patiria tie, kurie niekur nedalyvauja dėl emocijų, elgesio sutrikimų.>(N=1) Nr.5<Tie, kurie labiau supratingi, jie, manau, patiria stresą dėl pašaipų mokyklose, o autistai mūsų, patiria daug baimių, nes juos supa nežinomybė.>(N=1) Nr.6<Sunku pasakyti, kartais kai kurie grįžta iš mokyklos apsiverkę, reiškia, kažkas buvo blogai ir tai jiems kelia įtampą, nes kitą dieną ir vėl gali būti tas pats. Bet šiaip jiems patinka eiti į parduotuves, į koncertus.>(N=1)
--	--	--

Didžioji dalis informantų mano, jog įvykdyta pertvarka yra naudinga ir tik keletas, kad - nenaudinga. Vertindami vaikų, gyvenančių grupinio gyvenimo namuose, integravimą į bendruomenę, visi tiriamieji nurodė, kad stengiamasi integruoti visus, tačiau - dėl kai kurių vaikų sveikatos būklės integruoti visų neįmanoma. Tyrimo dalyviams vertinant, kaip vaikus priima bendruomenė, nustatyta, kad jie visuomenėje priimami tik iš dalies (N=6). Įvertinus gyventojų integravimosi į bendruomenę situaciją, nustatyta, kad dažnai gyventojai jaučia baimę, stresą ir įtampą (N=6).

3 lentelė. Socialinio darbo metodų, taikomų, dirbant su gyventojais ir sprendžiant jų problemas deinstitutionalizacijos procese, reikšmingumo vertinimas (N=6)

Kategorija	Subkategorija	Empiriniai požymiai
Socialinio darbo metodai, taikomi, dirbant su gyventojais ir sprendžiant jų problemas, su kuriomis susiduria dalyvaudami deinstitutionalizacijos procese	Individualus ir grupinis socialinio darbo metodai	Nr.1<Individualus, grupinis, bendruomeninis, darbas su šeima. Bet dažniausiai - grupinis darbo metodas, nes individualiam darbui neužtenka laiko ir fizinių išteklių, per didelis darbo krūvis.>(N=1) Nr.2<Aš galvoju ir pati tai praktikuoju, kad su kiekvienu vaiku reikėtų dirbti kuo daugiau individualiai, nes būna taip, kad ką gali vienas – kitas negali, todėl, manau, kad individualus darbo metodas būtų efektyviausias. Bet šiuo metu dažniausiai tenka pasitelkti grupinį darbo metodą, nes neturim tiek laiko, kiek reikėtų dirbant individualiai. Kai liekam viena padėjėja su vaikais, o dar tokiais sunkiais, ir reikia ir valgyti padaryti ir padėti jiems susitvarkyti ir išsiprausti, tai individualiai neįmanoma dirbti.> (N=1) Nr.3 <Tai ir individualus, ir grupinis, ir bendruomeninis, bet dažniausiai tai grupinis metodas.> (N=1)

		Nr.4<Dažniausiai tai grupinis metodas, bet tenka ir individualiai dirbti.> (N=1) Nr.5<Taikomi visi įmanomi darbo metodai, individualus, grupinis, bendruomeninis, bet aš dažniausiai dirbu grupėje, su visais vaikais bendrai, nes kitaip neišeina, tiesiog darbo sąlygos neleidžia.> (N=1) Nr.6<Daugiausia tai aišku, kad grupinį darbo metodą, čia gal socialinės daugiau individualiai dirba, nors ir joms nėra kada, užkrautos dokumentais.>(N=1)
Taikomų socialinio darbo metodų poveikio gyventojų socialinei gerovei vertinimas	Efektyvus, padeda išspręsti kylančias problemas ir patenkinti gyventojų socialinius poreikius	Nr.1<Yra. Jei nebūtų naudos, tai ir darbo metodų tokių nebūtų. Naudojant bet kurį darbo metodą, vaikų poreikiai vis tiek yra užtikrinami.> (N=1) Nr.2<Individualus darbas su vaiku, kaip jau ir minėjau, būtų žymiai efektyvesnis, tačiau ir dirbant su jais grupiniu darbo metodu, vis tiek, manau, pasiekėme gerų rezultatų, jie visai kitokie nei buvo įstaigoje, jie geresni, savarankiškesni, jaučiasi skirtumas, kokie jie buvo įstaigoje ir kokie jie dabar.> (N=1) Nr.3<Taip, tik bendradarbiaujant galima išspręsti visas kilusias problemas.>(N=1) Nr.4<Taip, jiems geriau čia, nei institucijoje, o dabartiniai darbo metodai, manau jiems tikrai yra naudingi ir gerina vaikų gyvenimo kokybę, nes dabartinių darbo metodų tikslas yra įgalinti vaikus, išmokyti juos savarankiškumo, kas leistų jiems užtikrinti jų socialinę gerovę.> (N=1) Nr.5<Taip, jie tampa savarankiškesni, labiau pasitikintys savo jėgomis, sugebantys išreikšti savo emocijas ir pageidavimus. Nors ir nesenai dirbu su jais, tačiau skirtumas akivaizdus.> (N=1) Nr.6<Na jei matosi skirtumas, kad vaikai tapo geresni, paklusnesni, mažiau konfliktuoja tarpusavyje, tai reiškia, kad teigiamai veikia.> (N=1)

Atlikus taikomų socialinio darbo metodų, dirbant su gyventojais ir sprendžiant problemas, su kuriomis jie susiduria, dalyvaudami deinstitutionalizacijos procese vertinimą, nustatyta, kad taikomi individualaus ir grupinio socialinio darbo metodai (N=6), o atliekant taikomų socialinio darbo metodų poveikio gyventojų socialinei gerovei vertinimą, nustatyta, kad jie yra efektyvūs, padeda išspręsti kylančias problemas ir patenkinti socialinius gyventojų poreikius (N=6).

Išvalgos

Deinstitutionalizacijos samprata apima siekį kurti kompleksiskai teikiamų paslaugų sistemą, kuri sudarytų galimybes kiekvienam neįgaliajam ar jo šeimai (globėjams, rūpintojams) gauti individualias pagal poreikius paslaugas ir reikiamą pagalbą bendruomenėje; šis procesas keičia tradicinę institucinę globą pereinant nuo paternalistinės, suteikiant asmeniui savarankiškumo bei sukuriant veiksmingą socialinių paslaugų tinklą bendruomenėje. Gyvenant grupinio gyvenimo namuose, savirealizacijos, tobulėjimo, savarankiškumo galimybės platesnės. Didžiausios įtakos šiuo atveju padaro tinkamai atliekamos personalo funkcijos. Turi būti skatinamas gyventojų

savarankiškumas jų galimybių ribose. Gyventojams suteikiamos visos reikiamos paslaugos, kasdieninės veiklos pasirinkimo laisvė ir jiems įprastos kasdienio gyvenimo sąlygos.

Ištyrus socialinės globos namų padalinio - grupinio gyvenimo namų darbuotojų nuomones apie jų klientų socialinę gerovę deinstitutionalizacijos kontekste, galima teigti, kad: žmonių, kurie turi proto arba psichikos negalią, neretai vis dar vengiama ar net bijoma, visuomenė vis dar nėra galutinai pasiruošusi jų priimti, kaip lygiaverčių savo bendruomenės narių; darbuotojai, dirbantys grupinio gyvenimo namuose, vykstančius socialinių paslaugų pokyčius sieja su bendruomeninių paslaugų plėtra. Jų nuomone, socialinės paslaugos turi užtikrinti ir užtikrina galimybes proto ir psichikos negalią turintiems asmenims gyventi kiek įmanoma savarankiškiau ir dalyvauti bendruomenės gyvenime; grupinio gyvenimo namuose sukuriamą gyventojams saugią ir palankią aplinką, jie turi visas galimybes augti, tobulėti ir save realizuoti. Didžiausią įtaką šiuo atveju daro tinkamai atliekamos personalo funkcijos. Personalas yra vienas pagrindinių veiksmų, lemiančių paslaugų kokybės užtikrinimą. Remiantis tyrimo duomenimis, personalas turi reikšmingos įtakos gyventojo gyvenimo kokybei bendruomenėje.

Literatūra

1. Čižikienė, J., Urmanavičienė, A. (2018). Changes of the organizations, providing social services, in the context of deinstitutionalization. US, p. 6.
2. Dunajevs, E. (2015). Kas yra socialinis darbas? Vilnius: VU, p. 28.
3. Gvaldaitė, L., Šimkonytė, S. (2016). Vaikų globos namų deinstitutionalizacija Lietuvoje ar „vežimas“ judės į priekį? Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika, ISSN 2345 – 0266, Nr. 12, p. 55.
4. Holosko, M. J. (2018). Social Work Case Management. Case Studies From the Frontlines. US: University of Georgia, p. 34.
5. Jungtinių tautų vaiko teisių konvencija (Priimta Generalinės Asamblėjos 44/25 rezoliucija pagal Trečiojo komiteto pranešimą (A/44/736 ir Corr. 1). Valstybės žinios, 1995-07-21, Nr. 60-1501, prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.19848>
6. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas, Patvirtintas 2002 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. VII – 1864.
7. Lietuvos Respublikos Konstitucija, Žin., 1992., Nr. 33 – 1014, prieiga internetu: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.47BB952431DA?msclid=246078eec48911ec8134bce2f731cdba>.
8. LR Seimo nutarimas „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2003-05-30, Nr. 52-2316.
9. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Socialinių paslaugų skyrius. Atvejo vadyba. (2017). Vilnius, p. 56.
10. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Lietuvos institucinės globos pertvarka. 2022, prieiga internetu: <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/seima-ir-vaikai/institucines-globos-pertvarka>.
11. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, prieiga internetu: <https://vaikoteises.lt/ivaikinas-ir-globa/globa/kas-yra-globa-rupyba.html>.

Summary

The authors of the article focus on the still ongoing phenomenon in Lithuania - the reduction of care institutions or even their complete abolition, that is deinstitutionalisation. Often, when growing up in a social care home, children are at risk of not receiving a full education and upbringing, which can have a negative impact on their later lives. There are some shortcomings in institutional care - in terms of institutional care, the first picture that is emerging is an enclosed area with a large number of people. These residents are peculiarly separated from public life and have limited access to

community-based services, and the transformation of care institutions is aimed at better meeting the needs of the individual and ensuring the social well-being of the population. Following the best practices of the EU countries, the aim is to reform the childcare system by abolishing the institutional system and ensuring the conditions for children in need to grow up in families, foster families and receive full support in the community. The problem of the research arises from the fact that at the end of the first stage of deinstitutionalization, institutional care is still widespread in Lithuania, which is critically assessed in many aspects. Deinstitutionalization is used to ensure the welfare and safety of the child.

The article aims to review the social well-being of the population (children) of group living in the context of deinstitutionalisation.

The study revealed that workers working in group homes associate the ongoing changes in social services with the development of community services. In their view, social services must provide and enable people with intellectual and mental disabilities to live as independently as possible and participate in community life; group living at home creates a safe and supportive environment for residents, they have every opportunity to grow, improve and realize themselves. Properly performed personnel functions have the greatest impact in this case.

Keywords: care, child, social worker, deinstitutionalization, social welfare.

Kontaktai:

Vladislavas Ragauskas

Utenos kolegijos

Medicinos fakulteto Socialinės gerovės katedra

vladasrag@gmail.com

DRĖGNŲ TVARSČIŲ PROCEDŪROS TAIKYMAS SLAUGOJE

APPLICATION OF WET DRESSING PROCEDURE IN NURSING

Sonata Čerkauskaitė

Vytauto Didžiojo universitetas, Kauno miesto poliklinika

36

Santrauka

Drėgnų tvarščių procedūra senas gydymo ir slaugos metodas, kuris vis dar taikomas ir šiomis dienomis. Šie tvarščiai gali būti naudojami odos vėsinimui, niežuliui mažinti, vietinių vaistų absorbcijai palengvinti bei gydant ūmines uždegimines ligas, opas, pragulas ir nudegimus. Nors drėgnų tvarščių veiksmingumas ir efektyvumas žinomas senai, tačiau mokslinių tyrimų šia tema nėra daug.

Tikslas – apžvelgti mokslinius straipsnius, analizuojančius drėgnų tvarščių procedūros taikymą.

Metodika – naudojantis kompiuterine bibliografinių duomenų baze MEDLINE (PubMed) apžvalgai atrinkti ir išanalizuoti 7 visateksčiai moksliniai straipsniai nesenėsi nei dešimties metų (publikuoti 2012–2022 metais). Paieška atlikta naudojant reikšminių žodžių junginius anglų kalba: drėgni tvarščiai (angl. *wet bandages*, *wet dressing*), slauga (angl. *nursing*).

Išvados. Drėgni tvarščiai yra efektyvus, ekonomiškąs, gerinantis gijimą, trumpinantis hospitalizacijos laiką, mažinantis tvarščio keitimo dažnį bei lengvinantis slaugytojų darbo krūvį slaugos ir gydymo metodas. Jais galima gydyti II ir III stadijų pragulas bei vaikų atopinį dermatitą. Jų gydymo efektyvumą gali pagerina sidabro ar boro rūgšties junginiai. Tačiau opoms bei gilioms žaizdoms gydyti veiksmingesnis ultragarsinis valymas ar okliuzinė drenažo sistema nei drėgni tvarščiai.

Raktažodžiai: drėgni tvarščiai, slauga.

Įvadas

Sudrėkinti tvarščiai (angl. *wet bandages*, *wet dressing*), dar kitaip vadinami vandens tvarščiai yra senovės babiloniečių ir egiptiečių aprašyta slaugos priemonė. Jų naudojimas aprašytas istorinėje chirurgijoje ir slaugoje. Drėgni tvarščiai vis dar plačiai naudojami visame pasaulyje ir šis gydymo būdas dažnai dar vadinamas šlapiais tvarščiais. Šie tvarščiai naudojami esant įvairioms ūminėms uždegiminėms būsenoms, opoms ir kitiems odos sutrikimams gydyti. Taip pat paprastas drėgnas tvarstis naudojamas vėsinimui, priešuždegiminėms ir niežulį mažinančioms savybėms gydyti. Vieno ar kelių sluoksnių drėgni tvarščiai taip pat istoriškai buvo naudojami siekiant palengvinti įvairių vietinių preparatų absorbciją. Jie taip pat veikia kaip apsauginis barjeras nuo traumų, susijusių su įbrėžimais, esant niežtintiems odos sutrikimams. Drėgni tvarščiai apibrėžiami, kaip gydymo būdas, kai naudojami tvarščių, medvilninių drabužių arba marlės sluoksniai ant vietinių vaistų arba kartu su jais (Nicol N.H. ir kt., 2017).

Dabartinių okliuzinių terapijų, įskaitant drėgnų tvarščių procedūrą, veiksmingumo ir saugumo apžvalgose teigiama, kad šis gydymas yra gana saugus ir veiksmingas vidutinio sunkumo ar sunkaus atopinio dermatito (AD) gydymui, kai jis naudojamas tinkamai (Andersen R.M., 2015; Braham S.J. ir kt., 2010). Vaikų AD gydymui drėgno įvyniojimo terapija (angl. *wet wrap therapy* – WWT) pirmą kartą buvo aprašyta AD literatūroje 1987 metais (Nicol N.H., 1987).

Yra daug produktų ir metodų, skirtų opoms gydyti, tačiau labiausiai žinomas ir dažniausiai taikomas metodas yra drėgnas ar sausas tvarstis. Be to, mokslininkai išbandė ir sukūrė keletą naujų opų gydymo metodų, įskaitant neigiamo slėgio žaizdų terapiją (angl. *Negative Pressure Wound Therapy* – NPWT), hiperbarinę deguonies terapiją, hidroterapiją, magnetinio lauko terapiją, elektros stimuliaciją, fototerapiją ir augimo hormono taikymą. Kartu su šiais neinvaziniais gydymo metodais chirurginė intervencija taip pat gali būti gydymo galimybė, ypač gydant negyjančias žaizdas (Westby M.J., 2017). Pirmą kartą drėgną pragulų gydymo metodą 1962 metais pasiūlė Winter G., kuris buvo gerai įvertintas ir netrukus pritaikytas tiek Europoje, tiek ir JAV (Winter G.D., 1962). Pastaraisiais metais šis metodas buvo išbandytas suaugusiųjų žaizdų gydymui ir priežiūrai bei buvo gauti daug žadantys rezultatai (Sebba Tosta de Souza D.M. ir kt., 2015).

2021 metais Lietuvoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad daugiau kaip trečdalis (34,3 %) slaugytojų drėgnų tvarčių procedūrą savo darbe taiko bent kartą per mėnesį. Dažniausiai šiai procedūrai naudojama *Sol. Chlorhexidini gluconati* 0,02 % tirpalas arba *Sol. Natrii chloridi* 0,9 % ir *Sol. Chlorhexidini* tirpalai kartu. Teigiama, kad drėgnųjų tvarščių procedūros efektyvumas labiausiai priklauso nuo paciento odos būklės sunkumo (Čerkauskaitė S. ir kt., 2021).

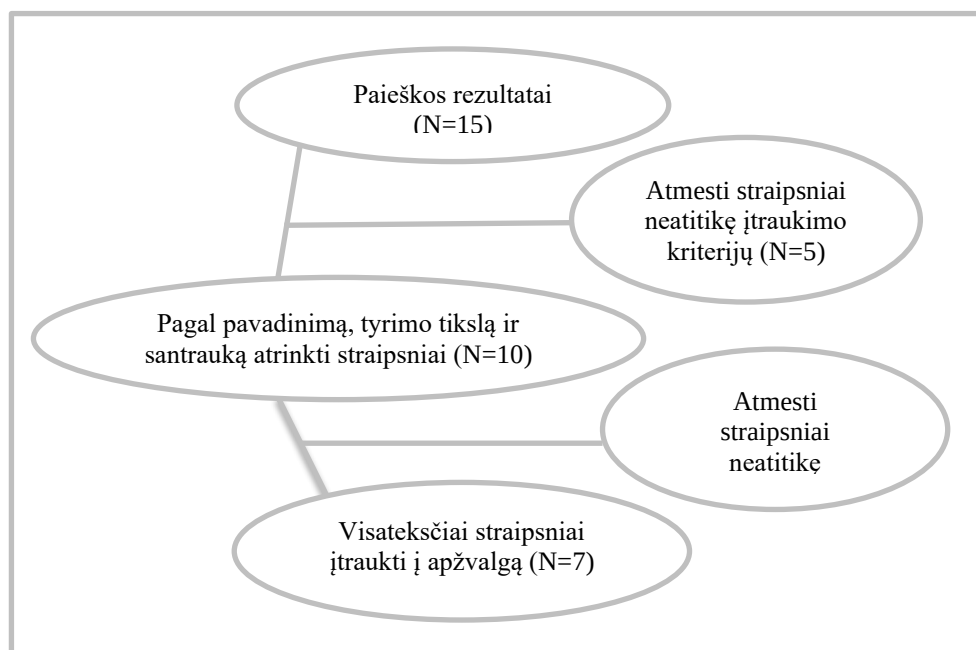
Šio straipsnio **tikslas** – apžvelgti mokslinius straipsnius, analizuojančius drėgnų tvarščių procedūros taikymą.

Metodika

Mokslinės literatūros apžvalga atlikta 2022 rugsėjo mėn. Duomenys rinkti iš kompiuterinės bibliografinės duomenų bazės – MEDLINE (PubMed). Apžvalgai naudoti 2012–2022 metais publikuoti moksliniai straipsniai, kuriuose atlikti tyrimai susiję su drėgnų tvarščių procedūros taikymu. Paieška vykdyta naudojant reikšminių žodžių junginius anglų kalba: drėgni tvarščiai (angl. *wet bandages*, *wet dressing*), slauga (angl. *nursing*). Literatūros šaltinių įtraukimo ir atmetimo kriterijai pateikti 1 lentelėje. Pagal raktinius žodžius ir publikavimo laikotarpį rasti 15 straipsnių, kuriuos peržiūrėjus, 5 iš jų neatitiko įtraukimo kriterijų pagal pavadinimą, tyrimo tikslą ir santrauką. Išanalizavus likusius 10, iš jų atmesti dar 3 straipsniai (apžvalgos ir nevisateksčiai straipsniai). Į galutinę mokslinės literatūros apžvalgą buvo įtraukti 7 visateksčiai straipsniai. Literatūros šaltinių paieškos ir atrankos schema pateikta 1 paveiksle.

1 lentelė. Literatūros šaltinių įtraukimo ir atmetimo kriterijai

Kriterijai	Įtraukimo kriterijus	Atmetimo kriterijus
Laikotarpis	2012–2022 metai	Ankstesni metai
Kalba	Anglų kalba	Kitos kalbos
Tyrimo metodika	Kiekybinis, kokybinis, mišrus	Apžvalgos
Analizuojami veiksniai	Drėgnų tvarščių procedūros taikymas	Nėra drėgnų tvarščių procedūros taikymo



1 pav. Literatūros šaltinių paieškos ir atrankos schema

Rezultatai

2 lentelėje aprašytos drėgnų tvarščių procedūros tyrimų apžvalgos charakteristikos.

2016 metais Luan X.R. ir kiti mokslininkai publikavo straipsnį, kurio tikslas buvo išanalizuoti ir įvertinti humanizuotos slaugos, derinamos su drėgnų tvarščių gydymo terapija, poveikį II ir III stadijos praguloms gydyti. Tyrimas buvo atliktas taikant atvejo kontrolės metodiką. Kontrolinėje tyrimo grupėje II stadijos žaizdos be pūslių buvo prižiūrimos jas dezinfekuojant ir naudojant 0,5 % jodoforą, o tvarstį su streilia marle keičiant 3 k/d. Žaizdoms su pūliais pirma buvo taikomas jų ištraukimas, o vėliau tvarščio uždėjimas. III stadijos žaizdoms naudota etakridino laktato marlė, kad užpildyti opos vietą, tvarstį keičiant kas 1–2 dienas. Eksperimentinėje grupėje II stadijos žaizdos be pūslių buvo valomos fiziologiniu tirpalu ir klijuojama Comfeel hidrokoloidinė plėvelė ant žaizdos ir plius 2 cm aplink ją. Nustatyta, kad Comfeel serijos tvarstis pagal žaizdos stadiją efektyviai pagerina vaistų įsisavinimą bei užkerta kelią išorinių mikroorganizmų patekimui. Šioje tyrimo grupėje užkrėstai žaizdai buvo tepama sidabro jonų alginato pasta. Abiejose grupėse nekroziniai audiniai šalinami chirurginiais metodais. Taip pat eksperimentinėje grupėje buvo taikyta humanizuota slauga, tai yra psichologinis vertinimas ir sveikatos švietimas. Tyrimo metu nustatyta, kad eksperimentinėje grupėje taikytas metodas sumažina tvarščio keitimo dažnį, slaugos personalo darbo krūvį, pacientų apsirengimo laiką ir vidutinę hospitalizavimo kainą. Remiantis poveikio vertinimu pagal slėgio opų gijimo balų lentelę nustatytas statistškai reikšmingai žymiai didesnis pagerėjimo rodiklis eksperimentinėje grupėje nei kontrolinėje grupėje. Daroma išvada, kad drėgno tvarščio gydymo terapijos (angl. *wet healing therapy*) ir humanizuotos slaugos poveikis pragulų prevencijai ir gydymui yra daug žadantis ir vertas klinikinio skatinimo.

Chen J. ir kt. (2021) atliktame tyrime nustatyta, kad drėgni sidabro turintys tvarščiai saugūs ir veiksmingi gydant *pemphigus vulgaris* (PV) pacientų žaizdas. Silver sulfadiazinas (SSD) yra gerai žinomas antimikrobinis junginys, turintis baktericidinį poveikį daugeliui mikroorganizmų. Tvarščio užtepimo metu padengto sidabro kiekis (Ag^0) lėtai oksiduojamas iki joninio sidabro (Ag^+), kuris gali prasiskverbti į žaizdą, todėl *S. aureus* ir *P. aeruginosa* kolonijas formuojančių vienetų skaičius sumažėja 99,99 %. Šio tyrimo metu nustatyta, kad buvimo ligoninėje trukmė ir žaizdų gijimo laikas žymiai sutrumpėja vartojant drėgnus sidabro turinčius tvarščius. Pacientai, gydomi drėgnais sidabriniais tvarščiais, turėjo žymiai mažesnius skausmo balus (vertintus pagal NRS, angl. *Numerical Rating Scale*) ir pranešė apie geresnį subjektyvų pasitenkinimą, palyginti su kontrole grupė. Taip

pat reminitis atliktu tyrimu, galima teigti, kad sidabro turintys drėgni tvarsčiai yra patogesni nei marlės tvarsčiai dėl sumažėjusio tvarsčio keitimo dažnio.

Liang M. su kolegomis (2021) atliko eksperimentinį tyrimą. Kurio metu tyrėjai išbandė savo sukurtą gydymo metodiką. Tyrime dalyvavo 100 pacientų po saulės nudegimo, jie atsitiktinai buvo susikirstyti į naujo tvarsčio (ND) išbandymo grupę ir įprasto tvarsčio (CD). ND grupės pacientai buvo gydomi žemos temperatūros boro rūgšties drėgnu tvarsčiu, o CD grupės pacientai buvo gydomi normalios temperatūros boro rūgšties tirpalo drėgnu tvarsčiu 3 kartus per dieną. Praėjus 14 dienų po gydymo buvo vertintas gydymo efektyvumas. Nustatyta, skausmas (vertinamas pagal VAS, angl. *visual analog scale*) balas ND grupėje buvo reikšmingai mažesnis nei CD grupėje; ND grupėje saulės nudegimų išgydymo laikas buvo žymiai trumpesnis nei CD grupėje; ND grupės gydymo poveikis buvo geresnis nei CD grupės. Taip pat dugumos prižiūrinčių slaugytojų skirtas darbo laikas ND pacientams buvo žymiai trumpesnis nei CD; slaugytojai manė, kad ND procedūra yra patogesnė nei CD. Daroma išvada, kad ši nauja medžiaga yra verta klinikinės praktikos, skirtos paviršiniams nudegimams gydyti.

2019 metais atliktas tyrimas (Xiaolan X. ir kt.), kurio metu buvo siekiama ištirti ultragarsinio valymo ir drėgno Shenghong tvarsčio (SH) poveikį lėtinių apatinių galūnių opų gijimui diabetu sergantiems pacientams. Kontrolinės grupės pacientai buvo gydomi ultragarsu ir rekombinantiniu žmogaus fibroblastų augimo faktoriaus (FGF) geliu, o eksperimentinės grupės – ultragarsu ir SH drėgnu tvarsčiu. Tyrimo metu drėgnas tvartis buvo dedamas ant atsidenusios švarios opos paviršiaus, o po to ši buvo apvyniojama sausu tvarsčiu. Nustatyta, kad vidutinis klinikinis veiksmingumas eksperimentinėje grupėje buvo žymiai didesnis nei kontrolinės grupės; vidutinis opos plotas buvo žymiai mažesnis; vidutinis opos gijimo greitis buvo žymiai trumpesnis per pirmuosius 3 mėnesius bei vidutinis bendras skausmo intensyvumo balas buvo žymiai mažesnis eksperimentinėje grupėje nei kontrolinėje grupėje. Be to teigiami bakterijų kultūros rodikliai 7 ir 15 dienų eksperimentinėje grupėje buvo žymiai mažesni nei kontrolinėje grupėje. Šie atradimai rodo, kad žemo dažnio ultragarso valymas ir SH taikymas gydant pacientus, sergančius cukriniu diabetu ir lėtinės apatinių galūnių opos gali žymiai pagerinti klinikinį veiksmingumą.

Şahin E. ir kt. (2022) siekė išsiaiškinti NPWT ir drėgno–sausos tvarsčio gydymų skirtumus. Tyrime dalyvavo 30 pacientų, kurie buvo suskirstyti į dvi grupes, vieniems buvo taikomas pirmasis (eksperimentinis), o kitiems antrasis (kontrolinis) gydymai. Duomenys buvo renkami naudojant paciento identifikavimo formą, spaudimo opų skalę gydymui (angl. *Pressure Ulcer Scale for Healing* – PUSH) ir trimačio žaizdos matavimo (3DWM) prietaiso išvadas. Nustatyta, kad granuliacinio audinio formavimasis buvo reikšmingesnis eksperimentinėje grupėje, o žaizdos susitraukimas buvo reikšmingesnis taikant PUSH įrankį. Daroma išvada, kad žaizdų terapija neigiamu slėgiu yra veiksmingas gydymo metodas, o 3DWM prietaisas yra tinkamas žaizdų įvertinimo įrankis. Remiantis trimačio žaizdų matavimo prietaiso išvadomis, tiek NPWT, tiek drėgnas–sausas tvarstis yra veiksmingi opų gydymo metodai, tačiau NPTW užtikrina žymiai geresnius granuliacinio audinio susidarymo ir žaizdos susitraukimo rezultatus.

2017 metais (Hsiao S.F. ir kt.) publikuotame straipsnyje aprašytas perspektyvus, atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas, kurio metu buvo ištirti pacientai su daliniu arba viso odos storio defektu. Tiriamieji buvo atsitiktinai suskirstyti į 2 grupes, vieni gydyti okliuzine drenažo sistema, kiti netiesioginiu drėgnu tvarsčiu ir imobilizavimo įtvaru. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad okliuzinė drenažo sistema yra geras būdas padengti odos transplantatus. Palyginti su netiesioginiu drėgno tvarsčio metodu, jis sukėlė mažiau skausmo ir buvo labiau prieinamas, todėl pacientams buvo suteikta geresnė patirtis, palyginti su įprastiniu gydymu. Taigi okliuzinė drenažo sistema yra geras būdas sandarinti žaizdas, ypač tose vietose, kuriose yra didelių defektų. Be to, permatoma plėvelė leidžia stebėti žaizdą, uždara sistema efektyviai nusašina žaizdos išskyras, nesukeliant didelio diskomforto pacientui.

Nicol N.H. ir kitų mokslininių (2014) atliktas tyrimas, kuriame buvo tirtas vaikų su AD gydymas taikant WWT. Pacientams buvo paskirtos 2–3 prižiūrimos vonios per dieną, po kiekvieno maudymosi vietiniai vaistai arba drėkinamieji preparatai ir WWT. Vietiniam gydymui dažniausiai vartojamas kortikosteroidas, skirtas vidutinio sunkumo ir sunkiam kūno ir galūnių AD gydyti –

triamcinolono acetonidas 0,1 %, o veidui – dezonido 0,05 % tepalas. WWT buvo atlikta naudojant įprastus vaikiškus medvilninius drabužius, o veidas buvo dengiamas marle. Drėgni įvyniojimai buvo paliekami mažiausiai 2 valandoms. Šis tyrimas parodė, kad pacientai su sunkiu AD gali būti gydomi be sisteminio imunosupresinio gydymo ir galima pasiekti gerų gydymo rezultatų taikant WWT. Taip pat įvertinta, kad AD pagerėjimą galima išlaikyti praėjus ir 1 mėnesiui po taikyto gydymo.

2 lentelė. Drėgnų tvarsčių procedūros tyrimų apžvalgos charakteristikos

Nr.	Autorius	Metai	Metodika	Nustatyta
1.	Luan X.R. ir kt	2016	Atvejo kontrolės tyrimas, atliktas 2013 m. kovo mėn. – 2014 m. liepos mėn. Tyrimo imtis – 50 pacientų, sergančių II ir III stadijos pragulomis. Tiriamieji atsitiktinai suskirstyti į kontrolinę grupę, kuriai taikytas tradicinis kompresinis opų gydymo metodas, ir eksperimentinę – drėgnojo gydymo terapija. Po 28 dienų įvertinti abiejų grupių gydymo rezultatai.	Eksperimentinės grupės pacientų pagerėjimo rodiklis buvo žymiai didesnis nei kontrolinės grupės. Tvarsčių keitimo dažnis, apsirengimo laikas ir vidutinė hospitalizavimo kaina eksperimentinėje grupėje buvo žymiai mažesnė.
2.	Chen J. ir kt.	2021	Atvejo kontrolės tyrimas. Tyrimo imtis – 58 pacientai, sergantys PV. Dalyviai atsitiktinai suskirstyti į gydymo (N=28) ir kontrolinę (N=30) grupes. Gydymo grupės pacientams buvo taikomi drėgni sidabro turintys tvarsčiai, o kontrolinei – drėgni ir sausi povidono bei jodo tvarsčiai.	Gydymo grupės pacientams reikšmingai sumažėjo tvarsčių keitimų skaičius, žaizdų gijimo laikas ir buvimo ligoninėje trukmė, palyginti su kontroline grupe.
3.	Liang M. ir kt.	2021	2016 m. spalio – 2018 m. birželio mėn. atliktas perspektyvus atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas, kurio metu vertinta 100 pacientų po saulės nudegimo būklė. Atsitiktinai pacientai susikirstyti į ND grupę (30 vyrų ir 20 moterų) ir CD grupę (28 vyrai ir 22 moterys). ND grupės pacientai buvo gydomi pačių tyrėjų sukurtu nauju žemos temperatūros boro rūgšties drėgnu tvarsčiu, o CD grupės pacientai buvo gydomi normalios temperatūros boro rūgšties tirpalo drėgnu tvarsčiu 3 kartus per dieną.	Nustatyta, kad ND taikymas gali sutrumpinti sveikimo laiką ir pagerinti gydymo efektyvumą lygiant su CD gydymo taktika. ND taikymas gali žymiai sutrumpinti slaugos procedūrų laiką, nes šią medžiagą lengva naudoti.
4.	Xiaolan X. ir kt.	2019	Eksperimentinis tyrimas, kuriame dalyvavo 60 cukriniu diabetu sergančių pacientų kartu su lėtinėmis apatinių galūnių opomis. Tiriamieji atsitiktinai buvo suskirstyti į kontrolinę (N=30) ir eksperimentinę (N=30) grupes. Kontrolinė grupė buvo gydoma ultragarsu ir rekombinantiniu žmogaus FGF geliu. Eksperimentinė grupė buvo gydyta ultragarsu ir SH drėgnu tvarsčiu.	Eksperimentinėje grupėje nustatytas vidutinis opos ploto sumažėjimas, gijimo greičio ir laiko padidėjimas bei skausmo sušvelnėjimas lyginant su kontroline grupe.

5.	Şahin E. ir kt.	2022	Atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas. Iš viso į tyrimą buvo įtraukta 30 pacientų. Visi pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes: NPWT ir drėgno–sauso tvarsčio grupę. Visi jie gavo 3 gydymo ciklus.	Abu gydymo metodai yra veiksmingi gydant opas, tačiau NPTW užtikrina žymiai geresnius granuliacinio audinio susidarymo ir žaizdos susitraukimo rezultatus.
6.	Hsiao S.F. ir kt.	2017	Perspektyvus, atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas, kuriame buvo tirti pacientai su daliniu arba viso odos storio defektu. Dalyviai buvo atsitiktinai suskirstyti į 2 grupes, vieni gydyti okliuzine drenažo sistema, kiti netiesioginiu drėgnu tvarsčiu ir imobilizavimo įtvaru.	Nustatyta, kad okliuzinė drenažo sistema yra geras būdas padengti odos transplantatus. Palyginti su netiesioginiu drėgno tvarsčio metodu sukelia mažiau skausmo ir yra labiau prieinamas gydymo metodas.
7.	Nicol N.H. ir kt.	2014	Atliktas stebėjimo kohortos tyrimas. Tyrimo populiaciją sudarė 72 tiriamieji vaikai nuo 6 mėnesių iki 12,8 metų. Pacientams buvo paskirtos 2–3 prižiūrimos vonios per dieną, po kiekvienos maudymosi vietiniai vaistai arba drėkinamieji preparatai ir WWT.	Šis tyrimas parodė WWT efektyvumą, gydant sunkų AD. Gydymo nauda išlieka praėjus ir 1 mėnesiui po šios procedūros nutraukimo.

Apibendrinant, nors nauda drėgnų tvarsčių taikymo akivaizdi, tyrimų šia tema nėra daug. Analizuojant mokslinius šaltinius pastebėta, kad visi tyrimai, kuriais siekiama įvertinti drėgnų tvarsčių taikymą buvo atlikti taikant atvejo kontrolės metodiką. Tyrimuose buvo lyginama drėgno tvarsčio efektyvumas su kitu gydymo metodu. Remiantis analizuotais tyrimais galima teigti, kad drėgni tvarsčiai yra efektyvūs, ekonomiškai, gerinantys gijimą, trumpinantys hospitalizacijos laiką, mažinantys tvarsčio keitimo dažnį bei lengvinantys slaugytojų darbo krūvį. Drėgnais tvarsčiais efektyviausia gydyti pragulas bei AD. Jų veiksmingumą gali pagerinti papildomi junginiai, tokie kaip sidabras ar boro rūgštis. Tačiau už šį gydymo metodą ir pranašesnių metodų, tokių kaip ultragarsinis valymas, okliuzinė drenažo sistema, skirtų opoms bei gilioms žaizdoms gydyti.

Išvados

1. Nustatyta, kad drėgno tvarsčio gydymas II ir III stadijos praguloms, vaikų atopiniam dermatitui yra efektyvus bei veiksmingas metodas, gerinantis gijimą, mažinantis slaugos personalo krūvį, tvarsčio keitimo trukmę ir hospitalizavimo kaštus. Drėgni sidabo turintys tvarsčiai dėl antimikrobinių, bakteriocidinių savybių taip pat gerina žaizdų gijimą, mažina skausmą, tvarsčio keitimo dažnį, trumpina buvimo ligoninėje laiką, gydant *pemphigus vulgaris*. Saulės nudegimus veiksminga gydyti žemos temperatūros boro rūgšties drėgnu tvarsčiu, kuris irgi mažina skausmą, gydymo trukmę, slaugytojų darbo laiką bei yra patogus naudoti.
2. Lyginant drėgno tvarsčio gydymo veiksmingumą su ultragarsiniu valymu pastarasis metodas opoms gydyti yra žymiai veiksmingesnis. Taip pat opoms gydyti labiau veiksminga neigiamo slėgio žaizdų terapiją, kuri geriau užtikrina granuliacinio audinio susidarymą ir pasiekiami geresni žaizdos susitraukimo rezultatai. Taikant okliuzinę drenažo sistemą galima efektyviau sandarinti žaizdas, sumažnanti skausmo lygį lyginant su drėgno tvarsčio taikymu.

Literatūros sąrašas

1. Andersen RM, Thyssen JP, Maibach HI. The role of wet wrap therapy in skin disorders – a literature review. *Acta Derm Venereol.* 2015 Nov;95(8):933-9. doi: 10.2340/00015555-2134. PMID: 25940919.
2. Braham SJ, Pugasjetti R, Koo J, et al. Occlusive therapy in atopic dermatitis: overview. *J Dermatolog Treat* 2010;21:62–72.
3. Chen J, Zou Q, Hamblin MR, Wen X. A preliminary clinical trial comparing wet silver dressings versus wet-to-dry povidone-iodine dressings for wound healing in pemphigus vulgaris patients. *Dermatol Ther.* 2021 May;34(3):e14906. doi: 10.1111/dth.14906. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33611826.
4. Čerkauskaitė S, Kazlaitė V. Žvyneline sergančių pacientų slaugos ypatumai ligoninės stacionare. *Sveikatos mokslai.* 2021; 31(3): 101-105. DOI: 10.35988/sm-hs.2021.089.
5. Hsiao SF, Ma H, Wang YH, Wang TH. Occlusive drainage system for split-thickness skin graft: A prospective randomized controlled trial. *Burns.* 2017 Mar;43(2):379-387. doi: 10.1016/j.burns.2016.08.025. Epub 2016 Oct 27. PMID: 28341261.
6. Liang M, Luo HX, Zhou P, Deng J. [A prospective randomized controlled study of the therapeutic effects of a self-developed novel low-temperature boric acid wet dressing on the face and neck wounds of patients with superficial burns]. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* 2021 Jun 20;37(6):582-585. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn501120-20200820-00383. PMID: 34167284.
7. Luan XR, Li WH, Lou FL. Applied analysis of humanized nursing combined with wet healing therapy to prevent bed sore. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016 Oct;20(19):4162-4166. PMID: 27775810.
8. Nicol NH, Boguniewicz M, Strand M, Klennert MD. Wet wrap therapy in children with moderate to severe atopic dermatitis in a multidisciplinary treatment program. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014 Jul-Aug;2(4):400-6. doi: 10.1016/j.jaip.2014.04.009. PMID: 25017527.
9. Nicol NH, Boguniewicz M. Wet Wrap Therapy in Moderate to Severe Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2017 Feb;37(1):123-139. doi: 10.1016/j.iac.2016.08.003. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27886902.
10. Nicol NH. Atopic dermatitis: the (wet) wrap-up. *Am J Nurs* 1987;87:1560-3.
11. Şahin E, Rizalar S, Özker E. Effectiveness of negative-pressure wound therapy compared to wet-dry dressing in pressure injuries. *J Tissue Viability.* 2022 Feb;31(1):164-172. doi: 10.1016/j.jtv.2021.12.007. Epub 2022 Jan 3. PMID: 35022147.
12. Sebba Tosta de Souza DM, Veiga DF, Santos ID, Abila LE, Juliano Y, Ferreira LM. Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Pressure Ulcers in Different Care Settings. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015 Jul-Aug;42(4):352-9. doi: 10.1097/WON.0000000000000142. PMID: 26135820.
13. Westby MJ, Dumville JC, Soares MO, Stubbs N, Norman G. Dressings and topical agents for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 22;6(6):CD011947. doi: 10.1002/14651858.CD011947.pub2. PMID: 28639707; PMCID: PMC6481609.
14. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature.* 1962 Jan 20;193:293-4. doi: 10.1038/193293a0. PMID: 14007593.
15. Xiaolan X, Wujie G, Xiaoyan T, Wenlai C. A combination of ultrasonic debridement and Shenghong wet dressing in patients with chronic ulcers of the lower limbs. *J Int Med Res.* 2019 Oct;47(10):4656-4663. doi: 10.1177/0300060519858033. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31469017; PMCID: PMC6833434.

Summary

The wet dressing procedure is an old method of treatment and nursing that is still used today. These dressings can be used to cool the skin, reduce itching, facilitate the absorption of topical medications, and treat acute inflammatory diseases, ulcers, bedsores, and burns. Although the effectiveness and efficiency of wet bandages have been known for a long time, there is not much scientific research on the subject.

The aim is to review scientific articles analyzing the application of the wet dressing procedure.

Methodology - using the computer bibliographic database MEDLINE (PubMed) for the review, 7 full-text scientific articles not older than ten years (published between 2012 and 2022) were selected and analyzed. The search was performed using combinations of significant words in English: wet bandages, wet dressing, nursing.

Conclusions. Wet bandages are an effective, economical, healing method that improves healing, shortens hospitalization, reduces the frequency of dressing changes, and eases the workload of nurses. They can be used to treat stage II and III bedsores and children's atopic dermatitis. Their treatment efficiency can be improved by silver or boric acid compounds. However, for ulcers and deep wounds, ultrasonic cleaning or an occlusive drainage system is more effective than wet dressings.

Key words: wet dressings, nursing.

Atsakingas autorius (kontaktinis asmuo):

Sonata Čerkauskaitė

Vytauto Didžiojo universitetas, Kauno miesto poliklinika

El. paštas: cerkauskaite.sonata@gmail.com

PRIEKINIŲ DANTŲ PROTEZAVIMAS BEMETALE KERAMIKA NAUDOJANT „CUT-BACK” TECHNIKĄ

PROSTHETICS OF ANTERIOR TEETH WITH METAL-FREE CERAMICS USING "CUT-BACK" TECHNIQUE

Agnė Žėkaitė

Utenos kolegija (Lietuva)

Aušra Stoškienė

Utenos kolegija (Lietuva)

Santrauka

Šiuolaikinė odontologija gali pasiūlyti daugybę protezavimo būdų, nes pastaraisiais metais labai išaugo poreikis surasti ir panaudoti medžiagas, galinčias suteikti ne tik stiprumo, bet ir estetinio patrauklumo derinį. Straipsnyje aprašoma veido ir dantų estetika, nagrinėjamos bemetalės keramikos gamybos technologijos ir dantų restauracijų gamybos technikos.

Straipsnio tikslas: išanalizuoti priekinių dantų protezavimą bemetale keramika naudojant „cut-back” techniką.

Tyrimo probleminiai klausimai. Kaip gaminamos restauracijos iš IPS e.max Press keramikos? Kodėl restauracijoms iš IPS e.max Press keramikos atliekamas individualizavimas, naudojant „Cut-back” techniką?

Pagrindinės išvalgos. IPS e.max Press keramikos gamybos principai nėra sudėtingi, tačiau restauracijų gamybai reikalingi nepriekaištingi atspaudai, kad aiškiai matytųsi ribos. Buvo atliktas skaitmeninis diagnostinis pavašdavimas, kuris vėliau naudojant Exocad modeliavimo programą buvo perkeltas ant paruošto modelio ir išfrezuotas naudojant vaško bloką. Dantų restauracijų individualizavimas atliekamas naudojant „IPS e.max Ceram“ ir „Selecion“ keramikos mases. Po keramikos degimo restauracijos dažomos ir glazūruojamos „IPS Ivocolor“ dažais. Restauracijų individualizavimas „Cut-back“ technika suteikia restauracijoms ypatingos estetikos, leidžia dirbtinius dantis sukurti kuo natūralesniais ir tikroviškesniais. „IPS e.max Ceram“ lauko špato keramikos sluoksniavimas leidžia atkartoti natūralaus danties skaidres emalio zonas, o ant sluoksniuotų restauracijų atlikus dažymą, galima individualizuoti emalio įtrūkimus, balkšvas dėmes, patamsėjimą dantų kaklelių zonose ir fisūras. Naudojant šią techniką atkartojamas ypač natūraliai atrodantis danties paviršius.

Raktiniai žodžiai: dantų restauracijos; IPS e.max Press; presuota keramika.

Išvadas

Odontologijoje pagrindinis dėmesys skiriamas ne tik ligų prevencijai ir gydymui, bet ir dantų restauracijų estetikai. Yra labai didelis susidomėjimas bemetalės keramikos dantų restauracijoms, nes visuomenė nori pakeisti metalus į bemetales konstrukcijas, kaip pagrindinę dantų atstatymo medžiagą ir taip pagerinti ne tik estetinę išvaizdą, bet ir atsirandančias psichologines problemas: nepasitikėjimą savimi, nenorą šypsotis, bendrauti [13]. Bemetalės keramikos restauracijos pagrindą sudaro bemetalė, laidanti šviesai konstrukcija, šios restauracijos turi puikią estetiką, yra ilgaamžės ir suteikia natūralumo dantenai, esančiai prie vainikėlio krašto, yra geros fizinės, cheminės

ir biologinės savybės, geras biosuderinamumas su burnos audiniais, restauracijos spalva bėgant metams išlieka nepakitusi [7; 16].

Priekinių dantų estetikai atkurti tinkamos laminatės, kitaip vadinamos „venyrais“, tai - plona bemetalės keramikos plokštelė, ja padengiamas dantų priekis ir kandamasis danties paviršius. Taip koreguojama danties forma, spalva, galima sumažinti tarpelius tarp dantų. Laminačių restauracijos atrodo labai natūraliai, nereikia šlifuoti daug danties audinio, tai tampa viena populiariausių kosmetinės odontologijos procedūrų [18].

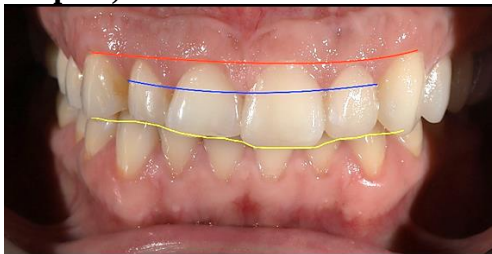
Straipsnio tikslas: išanalizuoti priekinių dantų protezavimą bemetale keramika naudojant „cut-back“ techniką.

Tyrimo probleminiai klausimai. Kaip gaminamos restauracijos iš IPS e.max Press keramikos? Kodėl restauracijoms iš IPS e.max Press keramikos atliekamas individualizavimas naudojant „Cut-back“ techniką?

Veido ir dantų estetika

Estetinių dantų restauracijų kūrimo tikslas yra imituoti ar tobulinti natūralios odontologijos išvaizdą [18]. Tačiau svarbu pažymėti, kad šypsena yra tik vienas veido elementas, kuris tarnauja kaip pagrindinė emocinės raiškos priemonė. Todėl estetiškos restauracijos turi harmoningai integruotis į visą veidą, o ne tik su aplinkiniais dantimis. Tam reikia visiškai suprasti kiekvieno paciento unikalią asmenybę - dantų estetikos psichologiją [14]. Pažiūrėjus į žmogų, visų pirma, pastebime jo veidą, kurį vertiname kaip visumą, o tik tada atskirai nagrinėjame veido formą, aukštį, simetriją. Įvertinti veidą padeda tam tikros linijos, išskiriamos horizontalios ir vertikalios linijos. Analizuojant jas, randamas ryšys tarp veido ir dantų anatomijos. Veide vyrauja įvairios proporcijos, simetrijos. Viena svarbiausių veido dalių yra šypsena. Ją kuria veido raumenys, lūpos, dantys [9]. Sėkmingas kelias į dantų protezavimą susideda iš trijų aspektų: tinkamos veido ir šypsenos analizės, dantų arkos ir dantenų analizės, anatominių formų ir dydžių analizės [6].

Horizontalios veido linijos Tinkamai išanalizavus paciento horizontalias veido linijas, tiksliai žinosime kandamojo krašto liniją, papilų liniją ir dantenų liniją. Šie veiksniai yra labai svarbūs estetinių restauracijų gamyboje (žr. **1 pav.**).



1 pav. Kandamojo krašto linija, papilų linija ir dantenų linija

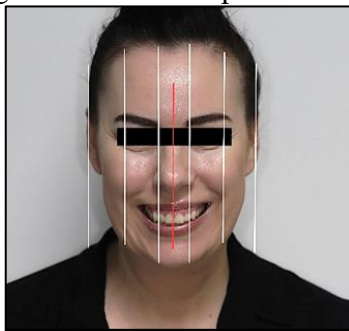
Veidas yra padalintas į horizontalius trečdalius (žr. 2 pav.). Viršutinis trečdalis tęsiasi nuo plaukų sruogos iki tarpo tarp antakio, vidurinis trečdalis - nuo tarpo tarp antakio iki pakaušio, o apatinis trečdalis - nuo pakaušio iki smakro. Šie veido trečdaliai retai būna lygūs [17]. Apatinis trečdalis dar padalijamas į savo trečdalius, apibrėžiančius viršutinę lūpą, apatinę lūpą ir smakrą. Baltaodžių rasės žmonėms dažnai vidurinis veido trečdalis yra mažesnis už viršutinį veido trečdalį [14]. Kaukaziečių vidurinis trečdalis dažnai būna mažesnis už viršutinį trečdalį, o vidurinis ir viršutinis trečdaliai yra mažesni nei apatinis trečdalis. Rytų Azijoje vidurinis veido trečdalis dažnai didesnis už viršutinį trečdalį ir lygus apatiniam trečdaliui, o viršutinis trečdalis yra mažesnis nei apatinis trečdalis [3].



2 pav. Veidas padalintas į horizontalius trečdalius

Tarpuakio linija yra geriausias horizontalios plokštumos atskaitos apytikslis vaizdas. Nepaisant to, ne visi žmonės būtinai turi abi akis vienodame aukštyje arba tame pačiame akių gylyje. Tokiais atvejais reikia vadovautis natūralia galvos laikysena, priekinės plokštumos įvertinimui ir horizontalios linijos nustatymui [9]. Tikslus horizontalios atskaitos plokštumos perkėlimas yra pirmasis esminis žingsnis planuojant gaminti dantų restauracijas, tiksliai perkelti horizontalios atskaitos plokštumą į artikuliatorių yra naudojama Headlines sistema.

Vertikalios veido linijos. Centro linijos, tarp viršutinių centrinių priekinių dantų, padėtis ir polinkis yra vienas iš svarbiausių harmoningos priekinės estetikos kriterijų. Vertinant vertikalias veido linijas galima nustatyti restauracijų centro liniją tarp priekinių kandžių ir nustatyti ilčių buvimo vietą. Centro linijos nukrypimas nuo centro iki 2 mm, žmogaus akiai yra nepastebimas, tačiau centro linijai nukrypus daugiau nei 2 mm nukrypimas matosi akivaizdžiai. Vertikalios veido linijos yra neatsiejama dalis gaminant priekinių dantų restauracijas [9]. Veidas yra padalintas į viršutinį trečdalį, vidurinį trečdalį ir apatinį trečdalį, taip pat per šiuos trečdalius eina veido vidurio linija. Ji turi būti veido centre, eina tiesiai per nosikaulio ir kaktikaulio vidurį, per nosies kuprelę, nosies lūpų raukšlės vidurį, dantų vidurio liniją iki smakro. Apatinį trečdalį dalina į viršutinę lūpą, apatinę lūpą ir smakrą. Veido simetrija padalina veidą į dvi lygias dalis, kurių centras tampa akys. Kartais dėl genetikos, traumų, ligų, veidas gali būti nesimetriškas. Veido vidurio linija turi sudaryti 90° kampą su linija nubrėžta tarp abiejų akių vyzdžių, antakių. Idealu, kai veido linija sutampa su linija einančia tarp centrinių kandžių. Taip pat turėtų sutapti centrinė linija tarp viršutinio ir apatinio žandikaulių centrinių kandžių [2]. Vertikaliai veidą galime suskirstyti į penkias lygias dalis (žr. 3 pav.), tai vadinama penktadalių taisykle. Šoninės linijos eina ties iškiliausiomis ausies dalimis, kitos per akies kampus. Kiekvienas penktadalis yra lygus vienam akies pločiui.

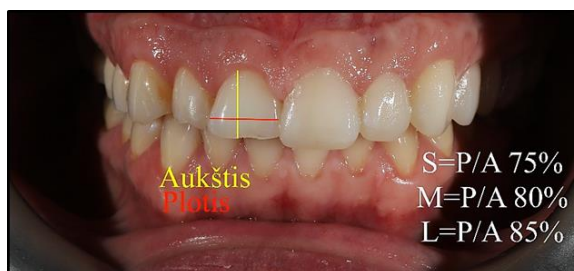


3 pav. Veidas suskirstytas į penkias lygias dalis

Veido formos. Išnagrinėjus horizontalias ir vertikalias veido linijas būtina atsižvelgti į veido formą, tai padės parinkti tinkamos formos ir dydžio dantis, ypatingai gaminant dantų restauracijas estetinėje zonoje. Dauguma žmonių veidų yra skirstomi į keturias figūrų kategorijas: širdį, ovalą, apvalią formą ir kvadratinę. Kiekvienas veido tipas turi optimalų danties dydį ir formą, kurie yra parenkami pagal veido tipą [1]. Širdies formos veidams geriau tinka dantys užapvalintais ir trumpesniais, dantų kandamaisiais kraštais, ovalios formos geriau atrodo su kvadratiniais dantimis, kurie padeda išsiplėsti ir suteikia veido pilnatvę. Apvalios formos, suapvalinti veidai atrodo geriau su ilgesniais ir aštrių kandamųjų kampų turinčiais dantimis. Kvadrato formos veidai su apibrėžtomis žandikaulio linijomis atrodo geriau su užapvalintais dantimis, nes jie suminkština veido formos kampuotumą [8].

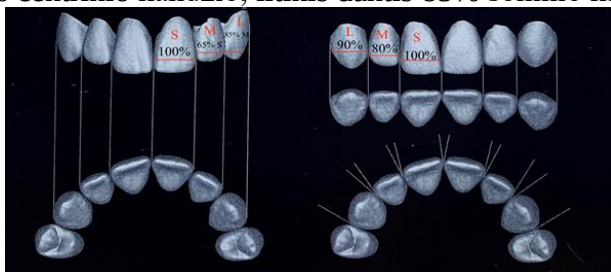
Dantų formos, dydis. Nustačius paciento veido formą ir norint suteikti veidui tinkamą šypseną, yra labai svarbu parinkti tinkamos formos dantis, busimoms dantų restauracijoms. Kadangi kiekvienas dantis yra skirtingas, todėl yra be galo didelis jų pasirinkimas. Tam kad, lengviau būtų galima pasirinkti dantų formas, buvo sukurtos specialios bibliotekos su daugybe skirtingų formų, ilgių, ir skirtingomis jų charakteristikomis [15].

Dantų dydį padeda įvertinti tam tikros dvi taisyklės: aukščio ir pločio santykio taisyklė, ir pločio tarpusavio santykio taisyklė, dar kitaip vadinama auksinės proporcijos taisykle [11]. Teisingi dantų pločio ir aukščio santykiai leidžia atkurti anatomiškai taisyklingą restauraciją. Yra išvestos proporcijos, kuriomis vadovaujantis nustačius danties aukštį galima sužinoti plotį ir atvirkščiai, o žinant plotį galima išsiskaičiuoti aukštį. Santykis nustatomas dalinant plotį iš aukščio: centrinio kandžio 85% , šoninis kandy 80%, iltinio danties 75% (žr. 4 pav.) [5].



4 pav. Dantų santykis dalinant plotį iš aukščio

Pagal pločio tarpusavio santykio taisyklę, danties pločio matavimą galima išskirti į dvi dalis. Tai anatinis danties plotis ir optinis danties plotis. Anatiniam danties pločiui nustatyti ir apskaičiuoti yra išvestas pločio santykis tarp priekinių dantų. Centrinio kandžio plotis lygus 100%, šoninis kandy 80%, iltinis dantis 90%. Jeigu centrinio kandžio plotis yra 8,5mm, tai atitinkamai šoninis kandy būtų 6,5 mm, iltinis dantis 7,5 mm [10]. Tačiau anatinis danties plotis nesutampa su optiniu danties pločiu (žr. 5 pav.) [4]. Optinis danties plotis priklauso nuo kelių faktorių: anatominio danties pločio, danties pasvirimo, dantų lanko formos, danties rotacijos [9]. Optiniam danties pločiui nustatyti taip pat išvestas santykis procentais tarp priekinių dantų. Centrinis kandy 100%, šoninis kandy 65% centrinio kandžio, iltinis dantis 85% šoninio kandžio [12].



5 pav. Optinių ir anatomių dantų pločių santykis [9]

Apibendrinant galima teigti, kad pradedant protezavimo darbus, neatlikus veido ir šypsenos analizės, dažniausiai pagamintos dantų restauracijos neatitinka pacientų lūkesčių. Tik žinant ir išmanant veido, šypsenos kriterijus ir dantų proporcijas galima pagaminti estetiškas ir funkciją atliekančias dantų restauracijas. Visos paminėtos taisyklės padeda nustatyti priekinių dantų horizontalią liniją, centro liniją, dantų formą ir dydžius, tai tiesus kelias į sėkmingą darbą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimo charakteristika. Atlikta atvejo analizė. Gamintas priekinių bementalės keramikos dantų protezas, naudojant „Cut-back“ techniką. Gamybos metu buvo siekta pagaminti estetiškas, pacientę tenkinančias dantų restauracijas. Tyrimui atlikti pasirinktas konkretus klinikinis atvejis, todėl atlikto tyrimo rezultatai taikomi konkrečiai tik šiam atvejui.

Tam, kad būtų užtikrinti visi etikos principai, tyrimo koncepcija suderinta su Utenos kolegijos Bioetikos komisija ir dantų technikos laboratorija. Iš pacientės gautas sutikimas dėl nuotraukų viešinimo.

Atvejo charakteristika. Į kliniką kreipėsi pacientė, kuri jautė nuolatinį diskomfortą šypsodamasi, dėl rotavusių, patamsėjusių dantų ir danteninės šypsenos. Norint atstatyti dantų funkciją, bei atkurti estetinį vaizdą, pirmiausia gydytojas odontologas įvertino pacientės burnos ertmės būklę. Buvo atliktas skaitmeninis diagnostinis pavašdavimas, siekiant parodyti pacientei galimų restauracijų vaizdą, bei dantenų plastiko gidą. Pacientės dantų spalva naudojant spalvų raktą nustatyta A1. Atlikus pacientei dantenų plastikos operaciją ir audiniams pilnai sugijus, buvo nuspręsta gaminti 15-24 dantų laminates iš ličio disilikato keramikos. Restauracijos apdailai pasirinkta estetiška „IPS e. max Ceram“ keramika. Atlikus užsakymą laminačių gamybai laboratorijoje buvo pradėtas gamybos procesas, kuris keičiant klinikinius ir laboratorinius gamybos etapus užtruko 5 dienas.

Tyrimo rezultatai

Priekinių dantų laminačių gamybos eiga. *Skaitmeninis diagnostinis dantų vašdavimas ir 3D dantų modeliai.* Norint parodyti pacientams, kaip galėtų atrodyti būsimos dantų restauracijos yra atliekamas diagnostinis dantų pavašdavimas. Šiam darbui atlikti buvo pasirinktas skaitmeninis atspaudas. Tai – intraoralinio skenerio būdu nuskanuojami minkštieji ir kietieji paciento burnos audiniai. Sukurtas paciento skaitmeninis aplankas siunčiamas į laboratoriją.

Išanalizavus pacientės veido nuotrauką, nustatyta: kandamojo krašto, papilų, dantenų linija, veido horizontalios ir vertikalios linijos. Analizė rodo, kad pacientės apatinė lūpa ir centro linija pakrypusi dešinėn daugiau nei 2 mm, todėl toks nukrypimas yra akivaizdžiai pastebimas. Danteninė šypseną kliūvanti pacientei, dantų pločio ir ilgio santykis neatitinka proporcijų, todėl buvo atliekama dantenų plastinė operacija sumažinti gleivinės matomumą ir pailginti dantų kaklelių aukštį. Pacientės veido forma yra kvadratinė su aštriomis žandikaulio linijomis, todėl restauracijos buvo gaminamos užapvalintais kampais. Ši analizė yra būtina gaminant restauracijas priekinėje dantų zonoje (žr. 6 pav.).



6 pav. Veido analizė

Skaitmeninis diagnostinis dantų pavašdavimas buvo atliktas Exocad modeliavimo programoje. Pasirinkus anatomicinės formos dantis iš specialios dantų formų bibliotekos, jie sustatomi į dantų lanką, kad uždengtų esamų dantų prieanginius paviršius. Po dantų sustatymo pažymimos naujos dantų kaklelių ribos, taip pailginami dantys ir sumažinama danteninė šypseną (žr. 7 pav.).

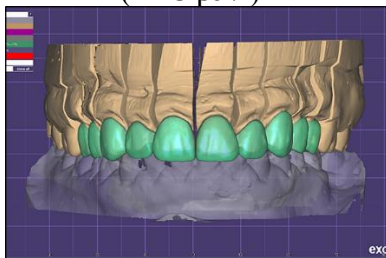


7 pav. Skaitmeninis diagnostinis dantų pavašdavimas

Restauracija apjungiamą į vientisą objektą. Toliau modelis ruošiamas spausdinimui Exocad „Model Creator“ įrankiu, nustatomas bendras modelio aukštis, pastatymas ir pavertimas atliekamas 3D erdvėje, nukerpamos nereikalingos modelio dalys, jei reikia – modelis padaromas tuščiaviduriu. Ant atspausdinto viršutinio žandikaulio modelio buvo padaryta dantenų plastikos gidas, naudojant skaidrę silikoningą 2 mm kapų plokštelę. Darbas išsiunčiamas į kliniką pavašdavimo pamatavimui, kuris bus atliekamas pacientės burnoje ir taip pasiruošiama dantenų plastikos operacijos atlikimui.

Išardomo modelio gamyba. Pilnai sugijus pacientės dantenoms, buvo nuspręsta gaminti ličio disilikato presuotas dantų laminates, naudojant „cut-back“ techniką. Gydytojas odontologas-ortopedas atliko pacientės dantų preparaciją nuo 15 iki 25 danties ir nuėmė silikoninį atspaudą. Gautas atspaudas pirmiausia yra dezinfekuojamas naudojant „Dr. deppe Alpha Guard“ dezinfekcinį skystį, o vėliau atidžiai patikrinamas. Išardomo modelio gamybai naudota „Giroform“ modelių gaminimo sistema. Pagaminus gipsinį modelį, naudojant deimantinį gipso diską, darbinis modelis yra supjaustomas tose vietose, kur bus suformuota išardoma dalis, atvirkščio konuso freza atidengiamos būsimų restauracijų ribos. Preparuotas dantų paviršius nulakuojamas „die: master duo“ gipso suketintoju. Kaip antagonistinis modelis buvo naudotas 3D būdu pagamintas dantų modelis, kuris buvo atspausdintas dar darbo pradžioje. Išardomas modelis ir antagonistai suključuojami okliuzijoje naudojant karštą vašką. Įartikuliuojami „Artex CN“ artikuliatoriuje naudojant „Artikulation Nature“ artikuliacinį gipsą.

Modelio skenavimas ir konstrukcijų iš vaško frezavimas. Modeliai skenuojami trimačiu skeneriu „DOF Swing“. Exocad programoje sužymimos ribos ir modelis sulygiuojamas su turimu skaitmeniniu diagnostiniu dantų vaškavimu (žr. 8 pav.). Sužiūrimas sąkandis, bei tarpdančiai.



8 pav. Restauracijų modeliavimas Exocad modeliavimo programoje

Sugeneruoti failai dedami į frezavimo programą, pasirenkamas medžiagos tipas, sudedami liečiai, jei reikia – prieš frezavimą paleidžiama frezavimo simuliacija. Į frezavimo stakles įdedamas Dental direkt „DDCAM wax“ baltos spalvos vaško bloko forma. Frezuojama 2 mm, 1mm, ir 0.6 mm įrankiais. Po frezavimo vaško bloko forma išimama, naudojant ploną frezą nupjaunami liečiai, apdailinamos konstrukcijos.

Liečių štiftavimas, pakavimas ir presavimas. Į vaškinių konstrukcijų kandamojo krašto storiausias vietas buvo įstatyta 45-60° pasvirę 3 mm storio liečiai. Liečių storis ir štiftavimo technika buvo pasirinkta pagal Ivoclar Vivadent „IPS e.max Press“ instrukcijos rekomendacijas. Pagal vaškinės konstrukcijos esamą svorį, buvo nuspręsta, kad presavimui reikės dviejų standartinių 5 g. presavimo tablečių. Šiam klinikiniam atvejui buvo pasirinkta LT A1 (mažo skaidrumo) spalvos IPS e.max Press tabletė.

Konstrukcijos su liečiais šiftuojamos ant kraterio, nuo vaškinės konstrukcijos iki silikoninio žiedo ir į viršų turėtų išlikti 10 mm atstumas, o maksimalus konstrukcijos aukštis gali būti iki 16 mm (žr. 9 pav.).



9 pav. Konstrukcijų šiftavimas ant kraterio

Sekantis etapas - pakavimas 200 g silikoninėje formoje - pakavimo žiede. Formavimo pagrindas ir ribotuvas suteptami vazelinu, kad vėliau palengvintų formos išėmimą iš pakavimo žiedo. Vaškinės konstrukcijos buvo supurškiamos HarvestDental „Surfactant“ įtampas nuėmėju. Pakavimui naudota Bredent firmos „BrevestCeram Speed“ 200 g pakavimo masė ir tos pačios firmos 32 ml skysčio, bei 22 ml distiliuoto vandens. Viskas buvo maišoma 2,5 minutės vakuuminiame maišytuve. Žiedas buvo užpildomas pakavimo mase naudojant vibrostaliuką, siekiant kad nesusidarytu oro poros viduje pakavimo žiedo, galiausiai uždedama viršutinė dalis, kuri riboja aukštį (ribotuvas). Pakavimo

masė paliekama kietėti 25 minutes. Masei sustingus ji buvo išimama iš pakavimo žiedo ir sulyginami kontaktiniai paviršiai. Tada presavimo forma dedama į iškaitinimo krosnį „UGIN dentaire“, kurioje vaškas išdegamas. Krosnies temperatūra turi būti 900°C laipsnių, o forma laikoma, ne mažiau kaip 60 minučių.

Į iškaitintos formos ertmę, po 60 minučių vaško iškaitinimo, nedelsiant buvo įdėta presavimo tabletė bei stūmoklis, kuris prieš tai buvo izoliuotas Ivoclar Vivadent „Alox Plunger Separator“ separaciniais milteliais, tam, kad viskas lengviau atsiskirtų po presavimo. Presavimo forma buvo patalpinama į Dakema „apress-i-dent“ krosnį presavimo programai. Pradinė programos temperatūra buvo 700°C, o galutinė 920°C, viso programa truko 33 minutes.

Restauracijų išpakavimas ir taikymas. Po presavimo forma išimama iš krosnies ir paliekama atvėsti kambario temperatūroje. Presavimo forma išpakuojama su „Renfert“ smėliasraute ir aliuminio oksido 150 mikronų smėliu naudojant 3-4 baro slėgį, o pasimačius konstrukcijoms, smėliuojama su 50 mikronų aliuminio oksido smėliu 2 baro slėgiu, kad nenusmėliuotume restauracijos ribų. Išpakuota presuota konstrukcija (žr. 10 pav.) dedama į Ivoclar Vivadent „Invex Liquid“ rūgštį 10 minučių, tam, kad smėliuojant pilnai pasišalintų pakavimo masės likučiai. Po nurūgštavimo konstrukcija nuplaunama po tekančiu vandeniu.



10 pav. Išpresuotos ličio disilikato restauracijos

Naudojant deimantinį diskelį iš lėto nupjaunami liečiai, likę liečiai nuo restauracijų pašalinami su specialiu akmenuku. Restauracijos apdailinamos deimantinėmis frezomis. Vidinės restauracijos dalys taikomos po vieną ant gipsinių šampukų naudojant „OkklucCheck“ žalios spalvos puršiamą kalkę. Restauracijų ribos su poliru yra suvedamos su riba, esančia ant gipsinio šampuko taip, kad tolygiai sueitų viena su kita. Pritaikius visas restauracijas po vieną, yra suvedami tarpdančiai bei okliuzija, naudojant 8 mikronų juostinę (arba okliuzinę) kalkę (žr. 11 pav.).



11 pav. Pritaikytos restauracijos ant gipsinio modelio

Po tarpdančių ir okliuzijos patikrinimo, restauracijas reikia paruošti „cut-back“ technikai. Naudojant šią techniką yra išsaugomos visos teigiamos ličio disilikato mechaninės savybės, o padengimas lauko špato keramika iš prieanginio paviršiaus restauracijai suteikia daugiau estetinių savybių. „Cut-back“ technika buvo sukurta siekiant išsaugoti priekinių, iltinių dantų ir premoliarų stiprumą lingualinėse vietose, išlaikant visą okliuzinę anatominę struktūrą. Šioje technikoje danties restauracija yra išmodeliuojama rankiniu arba skaitmeniniu būdu iš vaško. Okliuziniai arba lingualiniai paviršiai modeliuojami pilnos anatominės formos, tik prieanginiame danties paviršiuje paliekama vietos lauko špato keramikos sluoksniui. Šiam darbui „Cut-back“ technika buvo atlikta jau ant išpresuotų ličio disilikato laminačių (žr. 12 pav.).



12 pav. „Cut-back“ technika

Keramikos sluoksniavimas naudojant „Cut-back“ techniką. Restauracijų apdailai pasirinkta estetiška „IPS e. max Ceram“ ir „IPS e.max Ceram Selecion“ keramika.

Pirmas sluoksniavimo etapas yra surišamojo sluoksnio (angl. wash firing) degimas 750°C programoje. Šiuo etapu naudojamas „IPS e.max Ceram ZirLiner Build-Up Liquid“ keramikos modeliavimo skystis ir „IPS e.max Ceram“ D A2/TI1 spalvos dentinas, restauracijos padengiamos plonu sluoksniu. Antru sluoksniavimo etapu imituojami mamelonai, naudota „IPS e.max Ceram Selecion“ citrininė spalva sumaišyta su trupučiu „IPS e.max Ceram“ A2 spalvos dentinu, kad nebūtų per daug skaidru. Keramikos masė sluoksniuojama siaurai, kuo plonesnėmis juostelėmis, nuo kandamojo krašto link ekvatoriaus (žr. 13 pav.).



13 pav. Mamelonų imitavimas

Tarp mamelonų sluoksniuojama „IPS e.max Ceram“ OE2 spalvos opalinis emalis (žr. 14 pav.), tokiu būdu susiformuoja gylis efektas tarp mamelonų.



14 pav. „IPS e.max Ceram“ OE2 spalvos sluoksniavimas

Į kraštinius volelius, centrinius volelius ir kandamuosius restauracijų kraštus sluoksniuojama „IPS e.max Ceram Selecion“ aqua spalvos transparentinė masė (žr. 15 pav.). Ši masė restauracijoms suteiks skaidrumo efektą kandamuosiuose kraštuose ir voleliuose.



15 pav. „IPS e.max Ceram Selecion“ aqua spalvos sluoksniavimas

Naudojant „IPS e.max Ceram“ I2 spalvos emalį atkartojame natūralius danties audinius, atstatoma restauracijų forma, kraštiniai voleliai, ekvatoriai, kandamieji kraštai, taip pat ant kraštinių volelių ir ekvatorių buvo naudota „IPS e.max Ceram Selecion“ diamond spalvos keramika (žr. 16 pav.). Šių masių degimas vyksta 750°C programoje. Po keramikos degimo danties restauracija pritaikoma ir apšlifuojama.



16 pav. „IPS e.max Ceram“ I2 keramikos masės sluoksniavimas

Trečias etapas korekcinis emalio degimas, vykdomas kompensuoti keramikos susitraukimą 750°C programoje. Kandamieji kraštai ir ekvatoriai koreguojami naudojant „IPS e.max Ceram“ I2 spalvos emalės keramikos masę ar „IPS e.max Ceram Seleccion“ diamond spalvos skaidrę keramikos masę. Po korekcinio keramikos degimo restauracijos galutinai apdailinamos, suvedami tarpdančiai, okliuzija, imituojamas mikro bei makro reljefas, restauracijos paruošiamos dažymui ir glazūravimui (žr. 17 pav.).



17 pav. Restauracijos paruoštos dažymui ir glazūravimui

Restauracijų individualizavimas dažais ir glazūravimas. Restauracijų individualizavimui naudota „IPS Ivocolor“ dažai ir glazūra. Restauracijos padengiamos plonu „IPS Ivocolor Glaze paste“ glazūros sluoksniu sumaišytu su „IPS Ivocolor Mixing Liquid“ skysčiu. Ant glazūros, „IPS Ivocolor“ SD1 spalvos dentino dažai sumaišomi su „IPS Ivocolor Mixing Liquid“ skysčiu ir paryškinama zona prie kaklelio, suteikiama tarpdančiams gilumo. Į kandumuosius kraštus įvedama „IPS Ivocolor“ E 02 kreminė spalva sumaišyta su „IPS Ivocolor Essence Fluid“ skysčiu. „IPS Ivocolor“ E 01 balta spalva sumaišyta su „IPS Ivocolor Essence Fluid“ skysčiu imituojami emalio zonoje mikro įtrūkimai, paryškinami kraštiniai voleliai. Dažų ir glazūros degimas vyksta 700°C programoje (žr. 18 pav.).



18 pav. Dažų ir glazūros degimas

Po degimo galutinai sutikrinami restauracijų tarpdančiai ir okliuzija. Vėliau poliruojama „Zirkapol“ poliravimo pasta ir poliravimo šepetėliu, restauracijų vidus išsmėliuojamas su 50 mikronų aluminio oksido smėliu 2 baro slėgiu. Dantų restauracijos išpučiama po karštais garais, uždedamos ant gipsinio kontrolinio modelio ir išsiunčiamas į kliniką (žr. 19 pav.). Atlikus restauracijų pamatavimą ir jas pricementavus pacientės burnoje iš klinikos buvo gauta nuotrauka su galutiniu darbo rezultatu, nuotraukoje (žr. 20 pav.) galima matyti, kaip laminatės atrodo pacientės burnoje.



20 pav. Pagamintos dantų restauracijos



21 pav. Ličio disilikato laminatės pacientės burnoje

Tyrimo rezultatų aptarimas

Gaminant dantų restauracijas yra svarbus kiekvienas gamybos etapas. Svarbiausias priekinių dantų protezavimo aspektas yra veido analizės atlikimas. Siekiant išanalizuoti priekinių dantų protezavimą bemetale keramika naudojant „cut-back“ techniką buvo nagrinėjami įvairių autorių literatūra. Naudojant „Cut-back“ techniką yra išsaugomos visos teigiamos bemetalės ličio disilikato keramikos mechaninės savybės, padengimas lauko špato keramika iš prieanginio paviršiaus restauracijai suteikė daugiau estetinių savybių.

Gaminant ličio disilikato presuotas laminates buvo naudotos skirtingos medžiagos – 4 klasės baltos spalvos gipsas, artikuliacinis gipsas, „Dental direkt“ vaško blokas, „Bredent“ pakavimo masė, „IPS e.max Press“ ličio disilikato presavimo tabletės, „IPS e.max Ceram“ ir „IPS e.max Ceram Selecion“ keramika, „IPS Ivocolor“ dažai. Danties restauracija yra išmodeliuojama rankiniu arba skaitmeniniu būdu iš vaško. Okliuziniai arba prieanginiai paviršiai modeliuojami pilnos anatominės formos, paliekant prieanginiame paviršiuje vietos lauko špato keramikos apdailai. Šiam darbui „Cut-back“ technika buvo atlikta jau ant išpresuotų ličio disilikato laminačių. Palengvinant ir taupant gamybos darbo laiką, nuspręsta dantų restauracijas modeliuoti skaitmeniniu būdu, naudojant Exocad kompiuterine programine įranga pagal skaitmeninį diagnostinį pavaškimą. Naudojant „Dental direkt“ vaško bloką konstrukcijos išfrezuotos CAM frezavimo įrenginiu. Danties vaškinė restauracija išpresuojama ir paruošiama tolimesniems etapams.

„IPS e.max Press“ ličio disilikato medžiaga ir „Cut-back“ technika yra priimtinausia gaminant estetines dantų restauracijas. Kadangi lingvalinio-okliuzinio paviršiaus anatomija yra paliekama iš ličio disilikato, mes turime puikias mechanines savybes antagonistų atžvilgiu. Prieanginiame restauracijos paviršiuje atliekamas sluoksniavimas „IPS e.max Ceram“ lauko špato keramika leidžia atkartoti individualizuotą emalio zoną ir sukurti restauracijas, kurios prilygsta natūralių dantų išvaizdai. Dažų pagalba galima imituoti emalio įtrūkimus, balkšvas dėmės, patamsėjimą kaklelių zonose ir fisūras. Todėl naudojant šią techniką išgauname mechaninius ir estetinius bemetalės keramikos privalumus. Gaminant dantų restauracijas iš bemetalės keramikos naudojant „Cut-back“ techniką, gamybos laikas šiek tiek pailgėja, nei gaminant pilno kontūro restauracijas, tačiau „Cut-back“ technikoje sluoksniuojama lauko špato keramika dantų restauracijoms suteikia geresnę estetinę bei natūralaus danties vaizdą, išsaugo priekinių bei iltinių dantų ir premoliarų stiprumą lingvalinėse vietose, išlaikant visą okliuzinę anatominę struktūrą.

Ižvalgos

IPS e.max Press keramikos gamybos principai nėra sudėtingi, tačiau reikia labai kruopščiai atlikti visus gamybos etapus. Restauracijų gamybai reikalingi nepriekaištingi atspaudai, kad aiškiai matytųsi ribos. Išardomo modelio gamybai naudota „Giroform“ modelių liejimo sistema. Buvo atliktas skaitmeninis diagnostinis pavaškimas, kuris vėliau naudojant Exocad modeliavimo programą buvo perkeltas ant paruošto modelio ir išfrezuotas naudojant vaško bloką. Po frezavimo atliekamas vaškinių konstrukcijų štiftavimas ir pakavimas, vaško iškaitinimas ir presavimas iš ličio disilikato, dantų restauracijų taikymas ant modelio ir paruošimas „Cut-back“ technikai. Dantų restauracijų individualizavimas atliekamas naudojant „IPS e.max Ceram“ ir „Selecion“ keramikos mases. Po keramikos degimo restauracijos dažomos ir glazūruojamos „IPS Ivocolor“ dažais.

Restauracijų individualizavimas „Cut-back“ technika suteikia restauracijoms ypatingos estetikos, leidžia dirbtinius dantis sukurti kuo natūralesniais ir tikroviškesniais. Gamybos metu, vaškinės konstrukcijos modeliuojamos tik prieanginio paviršiaus atstatymui. Dirbant „Cut-back“ technika, po presavimo pritaikytoms konstrukcijoms, pašalinami kandamieji kraštai, padailinat visą formą suformuojami mamelonai. „IPS e.max Ceram“ lauko špato keramikos sluoksniavimas leidžia atkartoti natūralaus danties skaidres emalio zonas, o ant sluoksniuotų restauracijų atlikus dažymą, galima individualizuoti emalio įtrūkimus, balkšvas dėmės, patamsėjimą dantų kaklelių zonose ir fisūras. Naudojant šią techniką atkartojamas ypač natūraliai atrodantis danties paviršius.

Literatūros sąrašas

1. Aaron K., Rose, D.M.D. Esthetic impact of width/length ratios of the maxillary central incisor in patients with different facial types. Graduate Faculty of Saint Louis University in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master of Science in Dentistry, 2013 [cited 2020-01-03]. Available from Internet: <<https://www.slu.edu/Documents/cade/thesis/Rose%20Thesis.pdf>>.

2. Abdulrahman A., Mohammed Y. H., Albounni R. Smile design: assessment and concept. *International Journal of Current Research* [cited 2020-03-21]. Available from Internet: <<http://www.journalcra.com/sites/default/files/12166.pdf>>.
3. Anand S., Tripathi S., Chopra A., Khaneja K. Vertical and horizontal proportions of the face and their correlation to phi among Indians in Moradabad population: A survey [cited 2020-02-25]. Available from Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762318/pdf/JIPS-15-125.pdf>>.
4. Battistelli A. *Anatomic Functional Geometry*. Italy, 2012.
5. Battistelli A. *Dental modelling technique AFG*. Italy, 2017.
6. Bichacho N., Feraru M. *Dental Visualization: A Practical Approach to Digital Photography and Workflow*. USA, 2018.
7. Chu S. J., Paravina R. D. *Color in Dentistry: A Clinical Guide to Predictable Esthetics*. USA, 2017.
8. Face Shape, Facial Aging, & FOY ® Dentures [cited 2020-02-20]. Available from Internet: <<https://www.thedurhamsmile.com/blog/face-shape-facial-aging-foy-dentures/>>.
9. Hajto J. *ANTERIORES Naturally beautiful Anterior Teeth*. Germany, 2015.
10. Hajto. J. *Anteriores Natural & Beautiful Teeth*. Germany, 2015.
11. Heather J.H.E. *Dental Morphology for Anthropology*. USA, 2017.
12. Ivoclar Vivadent AG. *IPS e.max Press instruction for use*. Schaan/Liechtenstein, 2009.
13. Lazarescu F. *Comprehensive Esthetic Dentistry*. Romania, 2015.
14. Prendergast M. P. *Facial proportions. Advanced surgical facial rejuvenation*. 2012.
15. Raanan R., Beverly Hills Cosmetic Dentistry [cited 2020-04-10]. Available from Internet: <<https://www.rifkinraanan.com>>.
16. Sooraj H. N., Jose D. S. *Current Trends on Glass and Ceramic Materials*. Portugal, 2013.
17. Urban I. *Vertical and Horizontal Ridge Augmentation: New Perspectives*. Germany, 2017.
18. Verma K., Patri G. *Veneers : A Boon In Aesthetic Dentistry*. England, 2018.

Summary

Modern dentistry can offer many prosthetic methods, as in recent years there has been a great increase in the need to find and use materials that can provide a combination of not only strength but also aesthetic appeal. This article describes the aesthetics of the face and teeth. Techniques for the production of non-metallic ceramics and techniques for the production of dental restorations are considered.

The aim of the article is to analyze prosthetics of anterior teeth with metal-free ceramics using the "cut-back" technique.

Research problem questions are How are produced restorations from the IPS e.max Press ceramic? Why are IPS e.max Press ceramic restorations individualization using the Cut-back technique?

The main finding. The principles of IPS e.max Press ceramic production are not complicated. The production of restorations requires impeccable prints so that the boundaries are clearly visible. Digital diagnostic waxing was performed, which was later transferred to the prepared model using the Exocad modeling program and milled using a wax block. Individualization of dental restorations using IPS e.max Ceram and Selecion ceramic masses. After ceramic firing restorations, they are painted and glazed with IPS Ivocolor paint. In the production of anterior tooth restorations using the Cut-back technique, wax structures are modeled only for the restoration of the anterior surface. Layering IPS e.max Ceram allows us to replicate the transparent enamel areas of the natural tooth, and to individualize the enamel cracks, whitish stains, darkening of the necks and fissures after painting on the layered restorations. Such individualization of restorations is the most aesthetic, allowing artificial teeth to be made as natural and realistic as possible.

Key words: dental restorations; IPS e.max Press; Press ceramic.

Agnė Žekaitė

Utenos kolegija, Lietuva
agnezekaite120@gmail.com

Aušra Stoškienė

Utenos Kolegija, Lietuva
ausra.stoskiene@ukolegija.lt

SKUBIOSIOS MEDICINOS PAGALBOS TEIKIMO VEIKSMAI PACIENTAMS PATYRUSIEMS POLITRAUMĄ, TAIKANT ABCDE VERTINIMO SISTEMĄ

EMERGENCY CARE ACTIVITIES FOR PATIENTS WITH POLYTRAUMA USING THE ABCDE ASSESSMENT SYSTEM

56

Neringa Urbanavičė

VšĮ Vilniaus miesto greitosios pagalbos stotis, Utenos kolegija (Lietuva)

Kristina Vazgelevičienė

VšĮ Utenos ligoninė, Utenos kolegija (Lietuva)

Danguolė Šakalytė

Utenos kolegija (Lietuva)

Santrauka

Siekiant palengvinti skubiosios medicinos pagalbos teikimą, politrauminio paciento atveju buvo sukurta ABCDE vertinimo sistema. ABCDE vertinimo sistema susistemina veiksmų seką, politraumą patyrusiam pacientui. Tyrimo problema, grindžiama tuo, kiek efektyvi praktinėje slaugytojo veikloje ABCDE vertinimo sistema ir kokia jos reali nauda slaugytojams, teikiant pagalbą pacientams, patyrusiems politraumą.

Straipsnio tikslas. Išanalizuoti skubiosios medicinos pagalbos teikimo veiksmus pacientams patyrusiems politraumą, taikant ABCDE vertinimo sistemą.

Tyrimo probleminiai klausimai. Kaip slaugytojai vertina ABCDE vertinimo sistemos taikymą klinikinėje praktikoje, teikiant pagalbą pacientui, patyrusiam politrauminius sužalojimus? Kodėl naudinga taikyti ABCDE vertinimo sistemą, teikiant pagalbą pacientui, patyrusiam politrauminius sužalojimus?

Buvo atliktas mišrus tyrimas, taikant trianguliacijos metodus: stebėjimą, atvejo analizę ir pusiau struktūruotą interviu. Tyrimas atliktas 2021 m. lapkričio - gruodžio mėn. Greitosios pagalbos stotyje, intensyviosios greitosios medicinos pagalbos brigadoje. Tyrimui pasirinkti keturi klinikiniai atvejai ir apklausti penki slaugytojai.

Išvalgos. Skubiosios medicinos pagalbos slaugytojų nuomone, ABCDE vertinimo sistemos taikymas yra naudingas ir efektyvus tiek pačiam slaugytojui, tiek politraumą patyrusiam pacientui. Atlikus politrauminių pacientų stebėjimą ir analizuojant gautus objektyvių gyvybinių rodiklių parametrus, pastebėta, kad prieš teikiant pagalbą, visų pacientų kvėpavimo dažnis buvo padažnėjęs, vyravo tachikardija, daugumai nustatyta hipotenzija, hipoksemija, hipotermija. Po pagalbos suteikimo, vadovaujantis ABCD vertinimo sistema, pacientų būklė pagerėjo, tik vienam pacientui nustatyta hipotenzija, o dar vieno paciento gyvybiniai rodikliai pablogėjo prieš pat atvykstant į politraumos centrą.

Raktiniai žodžiai. ABCDE vertinimo sistema; politrauma; skubiosios medicinos pagalbos slaugytojas.

Politraumos terminas apibūdina traumą patyrusius pacientus, kurių sužalojimai apima ne mažiau kaip dvi kūno sritis ir/ar ertmes, paveikia paciento fiziologiją bei gresia nesužalotų organų funkcijos sutrikimu ir net paciento mirtimi [7]. Siekiant kuo geresnės išeities pacientui, skubiosios medicinos pagalbos (toliau – SMP) slaugyto svarbiausias tikslas, teikiant pirmąją medicinos pagalbą, išsaugoti nukentėjusio žmogaus gyvybę [8].

Nukentėjusio žmogaus skundų išsiaiškinimas, tikslingas bendravimas, viso kūno apžiūra, nustatant ar yra kraujavimas, žaizdos, lūžiai, padeda įvertinti būklę ir tinkamai suteikti pirmąją medicinos pagalbą [8]. Siekiant, kad slaugytojams būtų lengviau nuosekliai įvertinti paciento būklę, patariama vertinant naudoti ABCDE vertinimo sistemą. G. Smith (2003) teigia, kad vertinant nukentėjusio būklę dažniausiai naudojama „ABCDE“ mnemonika, padedanti atsiminti svarbiausių sąmonės netekusio nukentėjusio žmogaus gyvybinių funkcijų įvertinimo ir užtikrinimo seką. Ši laipsniška sistema, skirta užtikrinti, kad gyvybei pavojingos būklės būtų nustatytos ir gydomos kuo anksčiau, prioritetine tvarka, nesiekiant nustatyti medicininės diagnozės [13].

PSO apibrėžia uždavinius, skirtus SMP slaugytojui, vertinant paciento, patyrusio politraumą, būklę. SMP slaugytojas turi žinoti pavojus į kuriuos reikia atsižvelgti artėjant prie sužeistojo, ABCDE vertinimo sistemos žingsnius, apibūdinti kritinius ABCDE etapus. Taip pat turi įvertinti kvėpavimo takus, kvėpavimą, žinoti kada ir kaip naudoti kvėpavimo takų praeinamumui gerinti skirtas priemones, įvertinti skysčių kiekį (cirkuliaciją) paciento organizme bei užtikrinti jų gavimą, susirinkti visą informaciją vadovaujantis SAMPLE vertinimo sistema [11].

ABCDE vertinimo sistema plačiai naudojama Lietuvos SMP slaugytojų praktikoje. Dėl šios priežasties ir buvo nuspręsta paanalizuoti, kaip slaugytojai vertina ABCDE vertinimo sistemą, kuo ji naudinga, kokie trūkumai pastebėti bei kaip kinta politrauminių pacientų būklė dirbant pagal ABCDE vertinimo sistemą.

Atliekant tyrimą, pagrinde remtasi šių autorių nuomone ir jų atliktų tyrimų duomenimis ABCDE vertinimo: Broga R. (2012), Dobožinskas P. ir kt. (2011), Mallet J. ir kt. (2013), Jakuitis A. (2000), Smith G. (2003), Mangione S. (2008).

Straipsnio tikslas. Išanalizuoti skubiosios medicinos pagalbos teikimo veiksmus pacientams patyrusiems politraumą, taikant ABCDE vertinimo sistemą.

Tyrimo probleminiai klausimai. Kaip slaugytojai vertina ABCDE vertinimo sistemos taikymą klinikinėje praktikoje, teikiant pagalbą pacientui, patyrusiam politrauminius sužalojimus? Kodėl naudinga taikyti ABCDE vertinimo sistemą klinikinėje praktikoje, teikiant pagalbą pacientui, patyrusiam politrauminius sužalojimus?

SMP slaugytojo veiksmų seka teikiant skubiąją medicinos pagalbą politraumos atveju

Terminas politrauma dažnai vartojamas traumų praktikoje. Jis apibūdina traumą patyrusius pacientus, kurių sužalojimai apima ne mažiau kaip dvi kūno sritis ir/ar ertmes, paveikia paciento fiziologiją bei gresia nesužalotų organų funkcijos sutrikimu ir net paciento mirtimi. Politrauma prieš-hospitaliniu laikotarpiu visada turėtų būti įtarta esant specifiniam traumos mechanizmui, tam tikroms aplinkybėms bei esant su trauma susijusioms ar ją bloginančioms specifinėms situacijoms [7, 8].

SMP slaugytojas turi susieti kinetinę energiją su sužalojimo tikimybe. Visų pirma, reikia išsiaiškinti, koks traumos mechanizmas, ar tai buka, ar prasiskverbianti, ar mišri trauma. Tiksliai išsiaiškinus traumos mechanizmą, galima numatyti sužalojimus, suteikus pagalbą ir greitai nugabenus į tinkamą gydymo įstaigą, galima sumažinti sužeidimų sukeltų komplikacijų bei mirties tikimybę [3].

Pacientai turi būti tiriami ir gaivinami pagal traumos ir smegenų pažeidimo gydymo rekomendacijas. Tai atliekama pagal ligonio ištyrimo ir diagnozės nustatymo algoritmą – iškvietimo kortelė forma Nr. 110/a. [5]. Siekiant palengvinti ir užtikrinti kokybišką SMP slaugytojo pagalbą pacientui, rekomenduojama vadovautis ABCDE vertinimo sistema. Tokiu būdu lengviau suteikti visą tinkamą pagalbą, bei nepasimesti siekiant užtikrinti visas svarbiausias organizmo funkcijas. Vertinant paciento problemas, visos problemos turi būti išspręstos, prieš pereinant prie kito ABCDE vertinimo

sistemos žingsnio [11]. SMP slaugytojas įvykio vietoje atlieka pirminį paciento būklės įvertinimą ir suteikia pirmąją medicinos pagalbą ikistacionarinėje aplinkoje. Pirmąją medicinos pagalbą įvykio vietoje apima šie žingsniai: paciento būklės įvertinimas, jo išlaisvinimas (užspaudimo, užgriuvimo atvejais), pradinis ir specialusis gaivinimas bei pervežimas į tinkamą trauminio profilio gydymo įstaigą, vadovaujantis ABCDE vertinimo sistema. ABCDE vertinimo sistemos žingsniai:

1. **„A“ (angl. Airway).** Remiantis Jungtinės Karalystės gaivinimo taryba, kvėpavimo takų vertinimo tikslas yra nustatyti kvėpavimo takų praeinamumą ir įvertinti paciento gebėjimo apsaugoti savo kvėpavimo takus pablogėjimo riziką [12]. Remiantis R. Broga (2012), įvykus traumai pirmiausia reikia užtikrinti kvėpavimo takų praeinamumą, normalizuoti kvėpavimą. Jei nukentėjęs kvėpuoja, jį reikia atsargiai versti ant nugaros taip, kad kartu judėtų galva, kūnas ir kojos. Jei nukentėjęs nekvėpuoja, sustojusi širdis (esant klinikinės mirties požymiams), daromas dirbtinis kvėpavimas ir išorinis širdies masažas. Gaivinimas atliekamas ir jeigu kvėpavimas nepakankamas, širdies veikla abejotina (pagal gaivinimo standartus). Esant traumai, jau prieš kalbindamas nukentėjusį žmogų, SMP slaugytojas rankomis imobilizuoja jo galvą ir kaklą iki kol bus uždėtas kaklo įtvaras [1].

2. **„B“ (angl. Breathing).** Kvėpavimo įvertinimas yra skirtas nustatyti kvėpavimo distreso ar nepakankamos ventiliacijos požymiams. SMP slaugytojui svarbu, klausyti ir pajusti kvėpavimo takų obstrukciją. Jei kvėpavimo garsai yra tylūs, oro patekimą geriausia pajusti ir išgirsti priglaidus savo veidą ar ranką priešais paciento burną ir nosį. Siekiant nustatyti oro srautą, tuo pat metu stebint, krūtinės ląstą ir pilvą, klausomi kvėpavimo garsai fonendoskopu [13]. Ieškoma bendrų kvėpavimo sutrikimo požymių, tokių kaip: prakaitavimas, pagalbinių kvėpavimo raumenų įtraukimas, pilvinis kvėpavimas ir centrinė cianozė. Skaičiuojamas ir vertinamas paciento kvėpavimo dažnis [10]. Kvėpavimo svarbu nesupainioti su agoniniu kvėpavimu (pavieniais savaiminiais įkvėpimais), kuris atsiranda per pirmąsias staigios mirties minutes ir gali būti supainiojamas su normaliu kvėpavimu. Agoninis kvėpavimas nelaikomas veiksmingu kvėpavimu [15]. Šiame etape matuojamas paciento periferinis įsotinimas deguonimi, naudojant pulsoksimetrą, uždėtą ant paciento piršto. McCoy CE ir kt. (2013) rekomenduoja, kad būtų palaikomas deguonies prisotinimas nuo 94% iki 98%, o jo minimalus lygis turėtų būti ne žemesnis nei 88% politraumos metu [9]. Atkreiptinas dėmesys, kad pulsoksimetru nenustatoma hiperkapnijos (anglies dvideginio kiekio) galimybė [12].

3. **„C“ (angl. Circulation).** Kraujotakos sistemos vertinimo tikslas yra nustatyti širdies veiklos efektyvumą [6]. Svarbu įvertinti ir užtikrinti kraujotaką atliekant krūtinės paspaudimus, stabdyti kraujavimą. Iš pradžių įvertinamas pulsas [8]. Čiuopiant pulsą (ne ilgiau nei 10 s), turėtų būti jaučiamas greitis, prisipildymas ir reguliarumas [13]. Jeigu jo nėra arba neaišku, ar yra, pradedami krūtinės paspaudimai. Pasak J. Mallet (2013) prie kraujotakos vertinimo taip pat priskiriama matuoti AKS, punktuoti veną, matuoti paciento periferinę odos temperatūrą. Periferinė odos temperatūra vertinama liečiant ranka kūną, kad nustatyti, ar ji šilta, ar vėsi. Pacientą patyrusį trauminius sužalojimus visada reikia šildyti [6, 7]. Taip pat greitai apžiūrinama, ar nėra išorinio kraujavimo, kuris nedelsiant stabdomas tiesioginiu užspaudimu. Svarbu nepamiršti nuolat vertinti paciento širdies susitraukimo dažnio ir kraujospūdžio, siekiant atkurti normalų paciento fiziologinį būvį, siekiant sistolinio kraujo spaudimo didesnio nei 100 mmHg [12]. Prieš pradedant gaivinimą, labai svarbu, kad gaivintojas labai greitai įvertintų paciento būklę. Be to, galimą pavojų sau, nukentėjusiam žmogui ir aplinkiniams bei imtis visų įmanomų atsargumo priemonių [8]. Taip pat prie „C“ etapo vertinama kapiliarų prisipildymo laikas (KPL), kuris parodo periferinės kraujotakos būklę. Vertinant KPL, paciento ranka turi būti širdies lygyje ir 5 sekundes spaudžiamas paciento piršto nago guolio paviršius, tada atleidžiama. KPL negalima įvertinti kurčnebylių pacientų, intubuotų pacientų, pacientų vartojusių slopinamuosius vaistus, alkoholį ar šoko ištiktų pacientų atvejais. Taip pat šiame etape vertinama sąmonės būklė pagal GKS skalę. Sąmonės būklė intubuotų pacientų atveju vertinama pagal atsimerkimą ir judesius. Šiuo atveju prie GSK vertinimo balų reikia pridėti raidę T. Tokiu būdu didžiausias GKS balas būna 10T, o mažiausias – 2T. Taip pat neurologinio vertinimo metu vertinami paciento vyzdžiai: dydis, forma ir reakcija į šviesą. Šiame etape atliekamas gliukozės kiekio kraujyje matavimas. Gliukozės kiekio kraujyje matavimas yra svarbus, siekiant išvengti hipoglikemijos [13].

4. „E“ – (*angl. Exposure*). Kol vertinimas pasiekia šį ekspozicijos etapą, turėtų būti aiškios jau visos paciento problemos. Atliekamas išsamus paciento kūno tyrimas, ar nėra anomalijų, patikrinama, ar paciento odoje nėra bėrimų, patinimų, kraujavimų. Visada gerbiamas paciento privatumas ir orumas, neleidžiama pacientui sušalti. Svarbu dokumentuoti objektyvius duomenis, įvertinti taikomų pagalbos priemonių efektyvumą ir atsaką į gydymą paciento klinikinėse pastabose [6]. Įsitikinus, kad pagrindinės gyvybinės funkcijos (sąmonė, kvėpavimas, kraujotaka) neišnykusios ir nukentėjęs žmogus nekraujuoja, apklausiamas jis ir liudininkai. Sužinoma, kuo nukentėjęsysis skundžiasi, ar alergiškas, kokius vartoja vaistus, kokiomis ligomis serga arba yra sirgęs. Jei pacientė moteris, įvertinama ar yra nėščia, ar ne. Kada pacientas paskutinį kartą valgė, kokios yra įvykio aplinkybės. Nukentėjęs žmogus apžiūrimas ir apčiupinėjamas nuo galvos iki kojų. Sutvarstomos žaizdos, imobilizuojamos lūžusios kūno vietos. Toliau stebimos gyvybinės funkcijos: sąmonė, kvėpavimas, kraujotaka. Pacientas apklojamas, kad nesusaltų [8]. Visada kreipiamasi pagalbos į kolegas, jei paciento būklė ir toliau blogėja [6].

Taigi, esminiai SMP slaugytojo veiksmai yra šie: ABCDE vertinimas, kaklo, stuburo imobilizacija, visiškas stuburo imobilizavimas, galvos pozicija ir žandikaulio išstūmimas, kvėpavimo takų atsiurbimas, užspringimo valdymas, stabili padėtis, nazofaringinio ir orofaringinio vamzdelių vieta, ventiliacija Ambu maišu, odos suspaudimo testas, AVPU (budrumas, balsas, skausmas, nereaguoja) vertinimas, gliukozės kiekio kraujyje matavimas ir skyrimas, adatinė dekompresija įtampos pneumotoroksui, trijų pusių tvarstis krūtinės žaizdai, intraveninio kateterio įvedimas, intraveninių skysčių gavimas, tiesioginis spaudimas masyviam kraujavimui kontroliuoti, turniketo naudojimas hemoragijos kontrolei, dubens imobilizacija, žaizdų sutvarstymas, lūžių imobilizavimas [4]. Be visų šių SMP slaugytojo veiksmų, labai svarbu įvertinti ir numalšinti skausmą, kurį patiria politraumą patyręs pacientas. Skausmas vertinamas pagal išsiplėtusius vyzdžius; padažnęjusį KD; padažnęjusį ŠSD; padidėjusį AKS; sumažėjusią diurezę; sumažėjusią žarnyno peristaltiką; padidėjusį prakaitavimą [14]. SMP slaugytojas yra atsakingas ir už infuzoterapijos valdymą. Infuzoterapija pradedama pakeliui į ligoninę. Jei pacientas yra prispaustas ir išlaisvinimas užtrunka, intraveninė infuzoterapija pradedama vietoje. Pirmaeilė priemonė skysčiams ir vaistams švirkšti dauginę traumą patyrusiems pacientams yra periferinės venos kateterizacija, deja, itin sunkios būklės pacientams dėl nudegimų, trauminių sužalojimų, edemos ar galimo dažno intraveninių narkotikų vartojimo ne visada pavyksta įstatyti PVK. Kai nėra sąlygų įstatyti PVK, kitas būdas leisti vaistus gali būti intraosalinė adata (IOA). Atkreiptinas dėmesys, kad infuzoterapijos atlikimas neturi užlaikyti paciento transportavimo iš įvykio vietos [2].

Apibendrinant galima teigti, kad sunkią traumą patyrusio paciento atveju, SMP slaugytojas fiksuoja sąmonės lygį, palaiko kvėpavimo ir kraujotakos funkciją ir užtikrina efektyvią slaugą ir priežiūrą iki stacionarinėje aplinkoje ir tinkamą pervežimą į tinkamą trauminio profilio gydymo įstaigą.

Tyrimo metodai ir medžiaga

Atliktas mišrus tyrimas, pasirenkant tyrimo metodų trianguliacija: atvejo analizę, stebėjimą ir pusiau struktūruotą interviu.

Tyrimas buvo vykdomas 2021 m. lapkričio - gruodžio mėn. Greitosios pagalbos stotyje, intensyviosios skubiosios medicinos pagalbos brigadoje. Tyrimui pasirinkti keturi klinikiniai atvejai ir apklausti penki SMP slaugytojai.

Prieš atliekant tyrimą, buvo kreiptasi į gydymo įstaigos administraciją ir Utenos kolegijos Bioetikos komisiją su prašymu atlikti tyrimą. Įstaigai susipažinus su tyrimo esminiais principais: tikslu, uždaviniais, gautas raštiškas sutikimas ir Utenos kolegijos Bioetikos komisijos pritarimas Nr. BK2-116. Siekiant apsaugoti pacientų duomenis, pacientai ir slaugytojai neidentifikuojami, jų duomenys koduojami.

Atsitiktiniu būdu buvo atrinkti 4 pacientai, kurie patyrė didelės kinetinės energijos traumą; įvykio laikotarpis nuo 2021-11-02 iki 2021-12-10. Pacientų amžius nuo 18 iki 54 metų.

Taip pat tyrimo metu apklausti 5 SMP slaugytojai, dirbantys pažangaus gyvybės palaikymo brigadoje.

Tyrimo instrumentų charakteristika. Pasirinktas atvejo analizės metodas patogus tuo, kad yra analizuojami realūs, klinikiniai atvejai, iš kurių galima sukurti realų klinikinį vaizdą. Šis metodas naudingas tuo, kad leidžia dirbti su realiomis slaugos problemomis, pažiūrėti į jas objektyviai, suvokti įvairias jų atsiradimo aplinkybes ir priežastis.

Siekiant įvertinti politrauminių pacientų būklės pokyčius, buvo sudarytas stebėjimo protokolas. Pagrindiniai stebėjimo protokolo vertinimo rodikliai: kvėpavimo dažnis (KD) širdies susitraukimų dažnis (ŠSD); periferinių kapiliarinio kraujo įsotinimas deguonimi (SpO₂); arterinis kraujo spaudimas (AKS); Glasgow komos skalė; skausmo vertinimas dešimtbalėje vertinimo skalėje, gliukozės kiekis kraujyje.

Siekiant įvertinti SMP slaugytojų požiūrį į ABCDE vertinimo sistemos naudą, buvo sudarytas pusiau struktūruotas interviu klausimynas iš 6 pagrindinių klausimų.

Duomenų analizės metodai. Atvejo analizės metu gauti duomenys buvo grupuojami: išskirti pasikartojantys charakteringi bruožai, kurie aiškinami siekiant atsakyti į tyrimo probleminius klausimus. Aprašomas kiekvienas klinikinis atvejis, lyginant duomenų skaitines reikšmes.

Interviu metu gautų duomenų analizė susidėjo iš šių etapų: tyrėjai kelis kartus skaito tekstą, siekiant suvokti jo prasmę ir nesivadovauti savo išankstinėmis nuostatomis; tekstas „išardomas“ į atskiras dalis ir ieškoma prasmingų vienetų; išvedamos pagrindinės temos.

Taikyta interpretacinė-refleksyvi duomenų analizė.

SMP slaugytojų nuomonė apie ABCDE vertinimo sistemą

Pirminiai SMP slaugytojo veiksmai, teikiant pagalbą politraumą patyrusiam pacientui.

Apklausiant informantus, kokių pirmiausia jie imasi veiksmų, atvykę į įvykio vietą, kai mato, kad yra didelės kinetinės energijos trauma. Visi apklaustieji informantai, kaip svarbiausią aspektą, pabrėžė **savo ir savo komandos saugumą**, o vienas informantas dar paminėjo, kad svarbu apsaugoti ir aplinkinius:

„...**Pirmi veiksmai yra saugumas...Kolegų saugumas, mūsų pačių saugumas** ar visi esame su saugos priemonėmis...“ (1 slaugytojas) „...**mano veiksmas yra įvertinti ar man yra saugu ar saugu mano komandai.**“ (2 slaugytojas). „...**mes apžiūrim ar tikrai mums saugu toje aplinkoje...**“ (3 slaugytojas). „...**pirmiausia įvertiname įvykio vietos saugumą ar saugu lišti į automobilį įvertinam ir apžiūrim automobilio stabilumą.**“ (4 slaugytojas). „...**visada užtikrinam savo bei aplinkinių saugumą.**“ (5 slaugytojas).

Trys iš penkių slaugytojų, paminėjo, kad labai svarbu yra susidarytas **pirmasis išpūdis**, atvykus į įvykio vietą ir pamačius pacientą: „**Stebim ar nėra daugiau pacientų...**“ (5 slaugytojas), „...**ar yra kraujavimas... pirmas išpūdis visada būna pusė darbo.**“ (1 slaugytojas). „...**dar prieinant prie paciento vertinam jo išorinius sužalojimus...**“ (3 slaugytojas).

Keli slaugytojai atkreipė dėmesį, kad svarbu **darbų paskirstymas komandai**. „...**nuo mano žodžių ir veiksmų priklausys tolimesni veiksmai ir jų seka.**“ (2 slaugytojas), „...**svarbu, kad visos priemonės pagalbos teikimui būtų paruoštos...**“ (1 slaugytojas).

Taigi, SMP slaugytojų nuomone, atvykus į įvykio vietą, kai yra didelės kinetinės energijos paveiktas pacientas, visų svarbiausia, įsitikinti, kad aplinka yra saugi, tiek SMP slaugytojams, tiek aplinkiniams. Kaip vieną iš svarbiausių veiksmų įvardino susidariusį pirmąjį išpūdį, taip pat vadovavimą ir darbų paskirstymą visai atvykusiai medikų komandai.

ABCDE vertinimo sistemos pasiteisinimas SMP slaugytojo praktikoje. Apklausti SMP slaugytojai, buvo paprašyti įvertinti ABCDE vertinimo sistemos naudingumą jų praktikoje. „...**vertinimas pasiteisina visuomet praktikoje yra buvę, kad žmonės teigė, kad nukentėjusysis negyvas, bet pradėjus naudoti ABCDE, išgelbėti gyvybę ateina, padėjo**“ (1 slaugytojas); „...**daugumoje atvejų ABCDE yra tinkamas ir būtinas**“ (2 slaugytojas); „**ABCDE realiai pasiteisina** slaugytojas padarys viską kaip reikia ir aprašys pagal ABCDE“ (3 slaugytojas); „**Pasiteisina ir**

sakyčiau, visais atvejais man labai patinka, kad sugalvotas toks vertinimas ABCDE principu **galim greitai, išsamiai vertinti paciento pagrindinius gyvybinius rodiklius...**“ (4 slaugytojas).

Keturi iš penkių informantų paminėjo, kad ABCDE vertinimo sistema, naudinga **vertinimo nuoseklumui**: „...ABCDE – **kaip griaučiai, pagrindas, skubiosios pagalbos teikimo, politrauminių pacientų atveju**. „...taikant ABCDE net **nereikia galvoti, iškart vertinti kvėpavimą, kraujotaką, neurologinę patologiją, informaciją, sužalojimus, gyvybinius rodiklius...**“ (1 slaugytojas), „...**labai tinka ypatingai trauminiam pacientui** vertiname kas labai svarbu: kvėpavimą, kraujotaką...teikiame pagalbą...(4 slaugytojas), taip pat padeda nepraleisti svarbių punktų: „...**labai, labai dažnai pamirštama išklausyti kvėpavimą, dėl to tas nuoseklumas labai svarbus** nors visa tai galima daryti nenuosekliai. Jei išmanai savo sritį, tu vis tiek praeisi per visus punktus, bet nepaeiliui...“ (3 slaugytojas).

Du SMP slaugytojai teigė, kad ABCDE vertinimo sistema **padeda nepasimesti ir išvengti klaidų**, ypatingai mažiau patirties turintiems kolegoms, apžiūrint politraumą patyrusį pacientą: „...**padeda nepasimesti, ypatingai, kai kolegos būna ką tik pradėję dirbti...**“ (2 slaugytojas), „...jei žmogus, **turi mažai patirties šioje srityje, tai jis dirbs pagal ABCDE** ir nieko nepridarys, ko nereikia pridaryti...“ (3 slaugytojas). „**ABCDE vertinimo principas pagelbėjo, kai buvo nepastebėti gan sunkūs, bet neakivaizdūs sužalojimai...**“ (2 slaugytojas). Taip pat labai svarbi yra **antrinė apžiūra**, kai pakartotinai apžiūrimas ir vertinamas pacientas: „...jei kažko negali, nematai, nežinai, **pradėk vertinti iš naujo būtinai kažką surasi...**...tikrai antrinio vertinimo metu buvo pastabėtas kraujavimas į audinius“ (2 slaugytojas).

SMP slaugytojų patiriami sunkumai taikant ABCDE metodą. Informantai, paklausti apie patiriamus sunkumus, taikant ABCDE vertinimo sistemą, pacientams, kurie patyrė politrauminius sužalojimus, įvardino tokias pagrindines problemas: **sudėtingos sąlygos apžiūrai, pacientų priešinimasis, nepilnamečių asmenų apsunkinta apžiūra.**

„**Ne visada pavyksta atlikti tam tikrų formalizuotų veiksmų.** Pavyzdžiui, kaip paciento ekspozicija, pilna apžiūra, SAMPLE. Ne visada yra iš ko susirinkti **ne visada aplinkos sąlygos leidžia pacientą nors ir dalimis nurengti ir pilnai apžiūrėti.** Ir dar viena problema yra nepilnamečiai taikant apžiūrą tokiems pacientams, **dažnai susiduri su nenoru, arba suaugusių, lydinčių tą asmenį, kad tu galėtum apžiūrėti arba su paties vaiko priešinimusi** kadangi, remiantis algoritmu, aš privalau atlikti nuo galvos iki kojų ir atgal, tai gali būti tam tikrų keblumų.“ (2 slaugytojas). „...sunkumai gali būti, kad **pacientai ne visada yra tokios būklės, kad prisileidžia atlikti ABCDE vertinimą bet esant poreikiui seduojam pacientą, kad išgelbėti jo gyvybę.**“ (5 slaugytojas)

Keletas informantų teigia, kad jokių **sunkumų nepatyrė**: „...nei psichologinių, nei kažkokių fizinių sunkumų aš nepatirdavau, taikant ABCDE jei yra kažkokie sunkumai – sprendi juos ir viskas.“ (3 slaugytoja), „**Jokių sunkumų nepatiriu, viskas gaunasi automatiškai.**“ (1 slaugytojas).

Informantai, taip pat pabrėžia, kad ABCDE protokolo taikymas **ne visada gali būti naudingas**, dažniausiai paminėdami per ilgą užsibuvimą prie vienos vertinimo dalies, „**aklas“ vadovavimasis algoritmu**: „...žmogus „**iškala**“ **algoritmu, bet tuo pačiu jis neturi variatyvumo** „kaip avinas į tuos vartus atsiremia“ ir nieko daugiau nei pagaltoti, nei padaryti negali. Streso atveju, tai aišku pagelbsti, bet tai yra pradžia pagalbos, ne jos esmė.“ (2 slaugytojas), „...**nenaudinga, dėl „užsiciklinimo“ dėl algoritmo žmonės sugaišta labai daug laiko ties A arba B punktu, nesuprasdami ir užtrukę per daug laiko, kad jie „pavogė“ laiko nuo C punkto, o jis irgi yra labai svarbus.**“ (3 slaugytojas), „...**nenaudinga, kad per ilgai sugaištama prie vieno punkto...**“ (5 slaugytojas). „...**nenaudinga, nebent tada, jei nesi pratęs taikyt ABCDE vertinimą. Pradedi šokinėti nuo vienos raidelės prie kitos...**“ (1 slaugytojas), „...žmogus iš mūsų **tikisi empatiškumo, o jeigu kolegos, arba aš pats, laikomės labai formalios apžiūros pagal ABCDE principus, žmogus lieka nepatenkintas. Bet jeigu pacientas patyrė politraumą, jo nuomonė man visiškai nėra įdomi. Tas pacientas yra nestabilios psichikos. Dažnu atveju, jie būna pavartoję alkoholio, o jeigu dar bus ir pakraujavęs, tai čia beveik ligų psichozė. Tokiu atveju, verčiausia būtų pacientą nuskausminti, nuslopinti ir tada jau pradėti savo ABCDE praktiką.**“ (2 slaugytojas).

Apibendrinant, galima teigti, kad kalbinti informantai kaip pagrindines problemas, savo praktikoje taikant ABCDE vertinimo sistemą, išsakė sudėtingas sąlygas apžiūrai, paciento nenorą būti

apžiūrėtam, priešinimasis pagalbos teikimui, nepilnamečių asmenų apsunkintą apžiūrą ir empatijos praradimą.

Pacientų gyvybinių parametrų pokyčių vertinimas

Siekiant pagrįsti teigiamą ABCDE sistemos naudojimo reikšmę, buvo stebėti ir vertinti keturi pacientai. Stebint šių pacientų slaugą, nustatyta, kad teikiant pagalbą politraumą patyrusiam pacientui, dalyvavo trys greitosios medicinos pagalbos nariai: vairuotojas-paramedikas, paramedikas ir brigados vadovas - SMP slaugytojas.

Pirmojo paciento atveju, atvykus į įvykio vietą, pacientas buvo rastas gulintis važiuojamojoje kelio dalyje. Aplinkinių žodžiais, patrenktas automobilio, šalia gulėjo sulaužytas dviratis. Pacientas buvo nesąmoningas, kvėpavo. Įsitikinus, kad medicinos personalui aplinka yra saugi, pacientui uždėtas kaklo įtvaras ir jis buvo imobilizuotas ant stuburo lentos, apklotas foliniu užklotu ir perkeltas saugiai apžiūrai į GMP automobilį.

Apžiūros metu įvestas orofaringinis vamzdelis, siekiant išvengti liežuvio šaknies užkrito, pradėtas teikti deguonis per kaukę (10 l/min). Pacientas prijungtas prie monitoriaus, punktuota vena, prijungta lašelinė sistema, stengiantis palaikyti optimalų kraujo spaudimą ir siekiant išvengti kraujospūdžio kilimo. Įtarta galvos trauma, nes pacientas nesąmoningas, stebimos galvos žaizdos. Nustatyti kairės šlaunies ir blauzdų uždari lūžiai, kurie imobilizuoti. Pacientui atliktas nuskausminimas. Visą apžiūros, pagalbos bei transportavimo laiką pacientas išliko nesąmoningas.

Antrojo paciento atveju, atvykus į kvietime nurodytą įvykio vietą, paciento nebuvo. Susisiekus su pacientu, išsiaiškinta, kad draugai jį atveda iki GMP automobilio. Pacientas buvo sąmoningas, orientuotas, išblyškęs, išpiltas šalto prakaito. Pastebėta, kad šlubuoja, veidas apibrodintas, kraujavo iš lūpos, antakio. Iš aplinkinių žodžių, nustatyta, kad nukentėjęsysis važiavo dviračiu ir šokdamas nuo tramplyno, visu kūnu trenkėsi į žemę.

Apklausiant pacientą, pacientas skundėsi veido, kojos ir dešinio šono skausmu. Esant ypač įtemptai pilvo sienai, skausmui ir stebint hipotenziją, bei besivystantį šoką, įtartas vidinis kraujavimas. Skubiai įvestas periferinės venos kateteris, bolusu lašinti intraveniniai tirpalai, nuskausmintas, suteikta patogi padėtis. Tuo tarpu kiti brigados nariai sutvarkė veido žaizdas, imobilizavo skaudančią koją. Pacientui pradėjus blaškytis ir sakant, kad jam trūksta oro, jis buvo nuramintas, paskirta deguonies terapija. Pacientas skubiai transportuotas, informuojant politraumos centrą apie atvežamą pacientą. Teikiant pagalbą pacientas buvo prijungtas prie monitoriaus, taikyta oksigenoterapija (10 l/min) per kaukę, infuzoterapija bolusu kristaloidiniais tirpalais per intraveninę periferinę kateterį (Nr. 18). Nuskausmintas morfino injekcija ir suleisti vaistai nuo pykinimo.

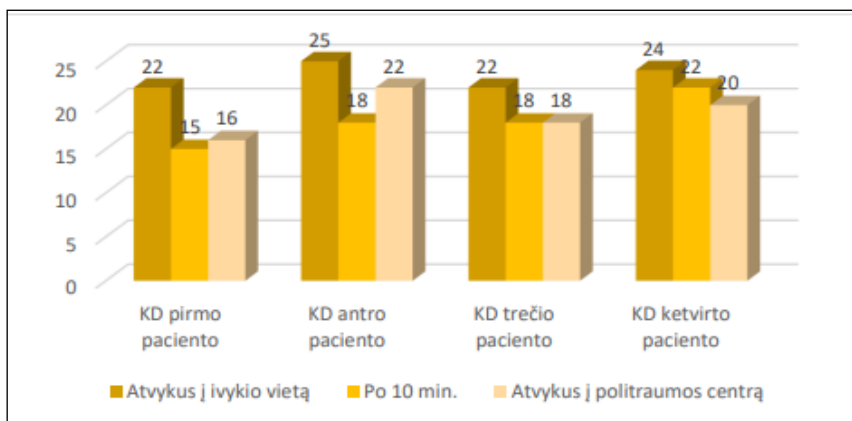
Trečiojo paciento atveju, naktį atvykus į kvietime nurodytą įvykio vietą, rastas gulintis žmogus, aimanuojantis, nesiorientuojantis aplinkoje. Kas įvyko papasakoti negalėjo. Stebėtas veido nubrodinimas. Už kelių metrų pastebėtas paciento batų, aplūžusių medžio šakos. Įtartas kritimas iš aukščio. Kadangi toje pusėje langų nėra, įtarta, kad krito nuo penkiaaukščio stogo ir kliudė medį. Liudininkų nebuvo. Pacientui uždėtas kaklo įtvaras, imobilizuotas ant stuburo lentos, įtartas šlaunikaulio ir blauzdikaulio dešinės kojos lūžis. Lūžiai imobilizuoti Kramerio įtvarais, apklotas foliniu užklotu ir perkeltas išsamesnei apžiūrai į GMP automobilį. Sąmonė sutrikusi (12 balų), skausmas 6 balai, gliukozės kiekis kraujyje normalus. Pradėjus tiekti deguonį, kvėpavimo dažnis ir saturacija normalizavosi, širdies susitraukimų dažnis sumažėjo. Po kristaloidinių tirpalų infuzijos AKS padidėjo. Nuskausminas opioidiniais medikamentais, skausmas sumažėjo nuo 6 iki 4 balų. Pacientui sušilus, pakilo kūno temperatūra.

Ketvirtojo paciento atveju, atvykus į kvietimą, pacientas buvo rastas gulintis ant žolės po daugiabučio balkonais. Pacientas buvo sąmoningas ir teigė, kad sėdėdamas ant trečio aukšto balkono turėklų rūkė ir nukrito. Skundėsi kojų tirpimu ir nugaros skausmu. Pacientui buvo uždėtas kaklo įtvaras ir imobilizuotas ant stuburo lentos, apklojant foliniu užklotu. Vėliau perkeltas išsamesnei apžiūrai į GMP automobilį. Palpuojant pilvas buvo minkštas, o auskultuojant pašalinių garsų plaučiuose nebuvo girdima. Teikiant pagalbą, pacientas buvo sušildytas foliniu užklotu ir padidinus

GMP automobilio vidinę temperatūrą. Infuzoterapijos pagalba, koreguotas arterinis kraujo spaudimas, o skausmas sumažintas narkotiniais analgetikais. Deguonies terapija padėjo susinormalizuoti kvėpavimo dažniui deguonies kiekio kapiliariniame kraujyje rodikliams.

Aptarsime gyvybinius parametrus, jų kintamumą priklausomai nuo pagalbos pradžios, transportuojant pacientus ir jau atvykus į politraumos centrą: kvėpavimo dažnio, saturacijos, širdies susitraukimų dažnio, arterinio kraujo spaudimo bei skausmo pojūčio pokyčius.

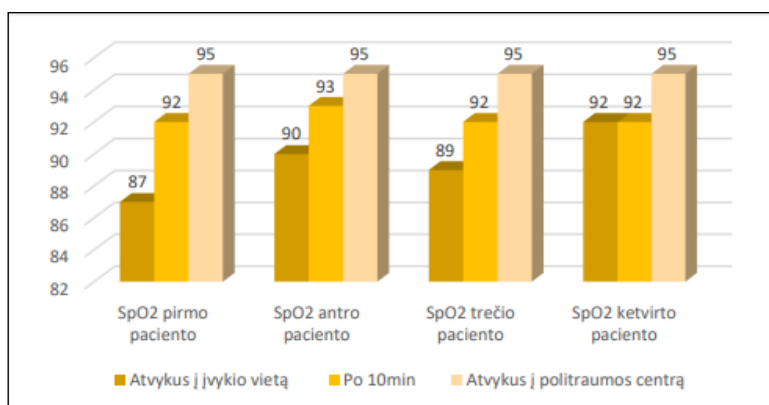
Vertinant kvėpavimo dažnio pokyčius, pastebėta, kad atvykus į įvykio vietą, visų keturių pacientų kvėpavimas buvo padažnėjęs (1 pav.).



1 pav. Kvėpavimo dažnio pokyčių vertinimas (kartai per minutę)

Tiekiant deguonį per kaukę 10l/min greičiu, pirmo ir antro paciento kvėpavimo dažnis tapo normalus jau po dešimties minučių ir toks išliko viso transportavimo metu, ketvirtojo paciento kvėpavimo dažnis retėjo visos kelionės metu, trečiojo paciento – po dešimties minučių susinormalizavo, tačiau po 15 minučių vėl padažnėjo. Galima manyti, kad pacientas, kuris vis blaškėsi ieškodamas patogios pozicijos, kad būtų lengviau kvėpuoti, kaukę galėjo vis nuimti nuo veido. Komanda taip pat galėjo vėl auskultuoti plaučius, perkutuoti krūtinę dėl galimo pneumotorokso ar hemotorokso, tačiau komanda buvo netoli priėmimo ir antrinė apžiūra nebuvo atlikta dar kartą.

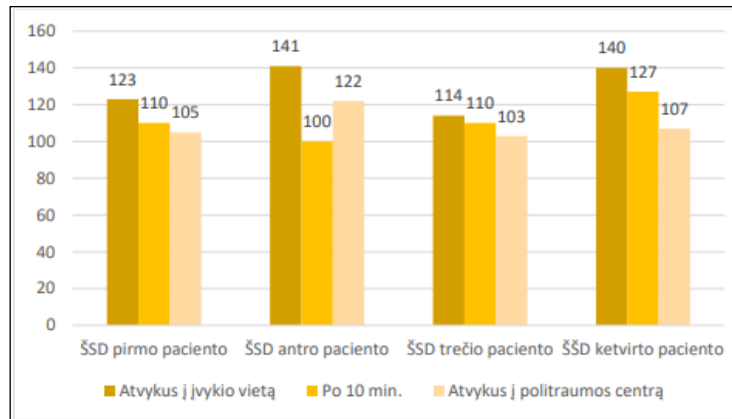
Vertinant parametą SpO_2 , matome, kad visų keturių politrauminių pacientų kraujo išotinis deguonimi buvo ženkliai sumažėjęs, stebima hipooksigenacija (2 pav.). Reikia nepamiršti, kad pirmas, trečias ir ketvirtas pacientai buvo rasti lauke, neaišku kiek laiko pragulėję ant žemės, todėl pirmasis SpO_2 vertinimas gali būti ne visiškai tikslus, dėl atvėsusių galūnių ir kraujotakos joso.



2 pav. SpO_2 pokyčių vertinimas (procentais)

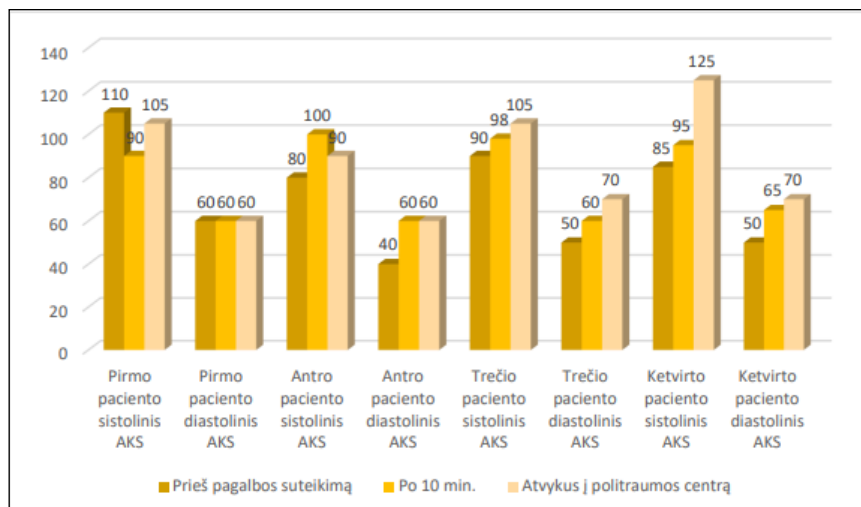
Taikant oksigenoterapiją, bei sušildžius pacientus apgobiant foline termoplėvele bei padidinus vidaus temperatūrą greitiosios automobilyje, visų keturių pacientų kapiliarinis kraujo prisipildymas deguonimi nuosekliai didėjo, pasiekė apatinę normos ribą. Saturacijos didesnės nei 95% nepavyko pasiekti. Galima manyti, kad tam galėjo turėti įtakos ir trumpas transportavimo laikas iki politraumos centro.

Analizuojant pacientų širdies susitraukimų dažnį, pirmo ir antro paciento atveju stebima tachikardija, antro ir ketvirto - absoliuti tachikardija (3 pav.). Visų pacientų susitraukimų dažnis po truputį mažėjo juos nuskausminus, tačiau tachikardija išliko. Antro paciento atveju, po 10 minučių širdies susitraukimų dažnis buvo sumažėjęs iki minimalios tachikardijos ribos, tačiau pakeliui į gydymo įstaigą, vėl padažnėjo. Šiuo atveju, tokius gyvybinių rodiklių pokyčius galima būtų koreliuoti, su vėl kritusiu AKS, bei padidėjusiu skausmu.



3 pav. Širdies susitraukimo dažnio pokyčių vertinimas (kartai per minutę)

Vertinant politrauminių pacientų arterinio kraujo spaudimo rodiklius, matome, kad tik atvykus į įvykio vietą ir pamatavus AKS, pirmo paciento tiek sistolinis tiek diastolinis kraujospūdis buvo normalus. Antram, trečiam ir ketvirtam pacientams nustatyta hipotenzija (4 pav.).

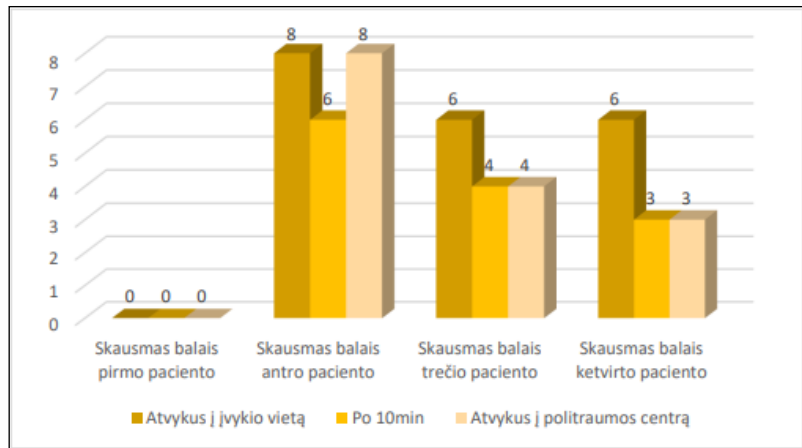


4 pav. AKS pokyčių vertinimas (mm/Hg)

Teikiant pagalbą pagal ABCDE principus, taikant infuzoterapiją visų trijų pacientų AKS pradėjo didėti, tuo tarpu pirmo paciento AKS po dešimties minučių sumažėjo, tačiau jam dar nebuvo spėta pradėti lašinti kristaloidinių tirpalų. Po pagalbos teikimo pirmo ir trečio paciento sistolinis ir diastolinis kraujospūdis pradėjo didėti, tačiau sistolinis AKS normos ribų nepasiekė, trečio paciento AKS tapo normalus, o antro paciento sistolinis kraujo spaudimas pradėjo mažėti jau būnant netoli ligoninės, diastolinis išliko toks pats.

Vertinant pacientų, patyrusių politrauminius sužalojimus, skausmą, matome, kad tik atvykus, antras pacientas skausmą įvertino 8 balais dešimtbalėje sistemoje, ketvirtas pacientas 6 balais. Trečias pacientas skausmo žodžiais išsakyti nesugebėjo, kadangi pacientas dejavo ir aimanavo, buvo nekontaktuojantis, tai SMP slaugytojas paciento skausmą įvertino 6 balais. Pirmasis pacientas buvo komoje, 9 balai pagal GKS komos skalę, šio paciento skausmas buvo įvertintas 0 balu dešimtbalėje sistemoje (5 pav.).

Visi keturi pacientai buvo nuskausminti opiatiniais analgetikais. Nuskausminus buvo atidžiai stebimas pacientų kraujospūdis ir kvėpavimas. Suleisti vaistai nuo pykinimo. Vertinant po 10 minučių antro, trečio, ketvirto pacientų skausmas sumažėjo. Antro paciento atveju, skausmas buvo sumažėjęs, bet pakeliui, pacientas vėl pradėjo skustis ypač stipriu skausmu. Komanda įtarė, kad vykstantis vidinis kraujavimas, spaudžia organus, o tai sukelia didelį skausmą, KD bei ŠSD padažnėjimą, AKS sumažėjimą. Pacientas pakartotinai nuskausmintas nebuvo.



5 pav. Skausmo vertinimas (dešimtbalėje vertinimo skalėje)

Apibendrinus, galima teigti, kad visų atvejų metu, teikiant bei suteikus pagalbą pagal ABCDE vertinimo sistemą, pacientų gyvybinių parametrų duomenys, įvertinus po dešimties minučių ir atvykus į politraumos centrą buvo susinormalizavę arba bent jau pagerėję. Dviejų pacientų, kurie buvo rasti nesąmoningi pagal GKS (9 balai ir 12 balų), šis sąmonės vertinimo rodiklis nepakito. Taip pat pastebėti objektyvių rodiklių svyravimai transportavimo metu, todėl labai svarbu pastoviai vertinti paciento būklę.

Tyrimo rezultatų aptarimas

Siekiant kuo geresnės išeities pacientui, SMP slaugytojo svarbiausias tikslas, teikiant pirmąją medicinos pagalbą, išsaugoti nukentėjusio žmogaus gyvybę [8]. SMP slaugytojų nuomone, atvykus į įvykio vietą ir radus didelės kinetinės energijos traumą patyrusį pacientą, labai svarbus savo paties ir komandos narių saugumas. Taip pat svarbus yra pirmasis susidaręs išpūdis tik pamačius pacientą, ar nėra akivaizdaus kraujavimo, ar nėra kitų nukentėjusių asmenų. Jau pradėdant teikti pagalbą, informantai įvardino SMP slaugytojo, kaip brigados vadovo, svarbumą darbo koordinavimui.

Siekiant, kad SMP slaugytojams būtų lengviau nuosekliai įvertinti paciento būklę, patariama vertinant naudoti ABCDE vertinimo sistemą. G. Smith (2003) teigia, kad vertinant nukentėjusio būklę naudojama ABCDE vertinimo sistema padeda atsiminti svarbiausius paciento įvertinimo ir gyvybinių parametrų užtikrinimo seką [13]. Interviu metu SMP slaugytojai paminėjo, kad ABCDE vertinimo sistemos taikymas politrauminiams pacientams pasiteisina visada arba beveik visada ir yra naudingas bei efektyvus. Vertinimo sistema padeda SMP slaugytojams eiliškumo principu teikti skubią medicinos pagalbą, nepasimesti įvykio vietoje, nedaryti klaidų, nepamiršti atlikti antrinės apžiūros nuo galvos iki kojų ir atvirkščiai. Informantai teigė, kad ABCDE vertinimo sistema ypatingai naudinga kolegoms, kurie turi mažesnę patirtį dirbdami su politraumą patyrusiais pacientais. Tačiau, visi apklausti SMP slaugytojai išvelgia ir keletą neigiamų ABCDE vertinimo sistemos aspektų: per ilgas laiko gaišimas prie vieno iš vertinimo etapų, tik konkretaus eiliškumo taikymas ir variatyvumo trūkumas. Vienas iš informantų mano, kad dėl per didelio formalumo taikant ABCDE vertinimo sistemą, pacientai gali likti nepatenkinti nejausdami empatiškumo iš pagalbą teikiančio SMP slaugytojo.

Pasidomėjus apie patiriamus sunkumus, taikant ABCDE vertinimo sistemą, pacientams, kurie patyrė politrauminius sužalojimus, SMP slaugytojai įvardino tokias pagrindines problemas kaip: sudėtingos sąlygos apžiūrai, pacientų priešinimasis, nepilnamečių asmenų apsunkinta apžiūra. SMP slaugytojai dažnai susiduria su sunkumais apžiūrint pacientą antrą kartą, kadangi jis jau būna imobilizuotas ant kietos stuburo lentos ir jam būna uždėtas kaklo įtvaras. Keli informantai teigė, kad kartais būna sunku taikyti ABCDE metodą, nes pacientai būna neblaivūs, agresyvūs, dėl patirtų sužalojimų neadekvatūs. Tokiu atveju, jie slopina paciento sąmonę, kad galėtų suteikti tinkamą pagalbą pacientui.

Analizuojant bei vertinant stebėtų pacientų objektyvių duomenų parametrus, jų kintamumą, pastebėta, kad atvykus į įvykio vietą ir apžiūrint politraumą patyrusius pacientus, visiems keturiems pacientams buvo padažnėjęs kvėpavimas ir širdies susitraukimų dažnis, sumažėjęs periferinio kraujo įsisotinimas deguonimi. Trims iš jų buvo sumažėjęs kraujospūdis. Trijų iš keturių pacientų temperatūra buvo sumažėjusi, jie visi buvo rasti gulintys ant žemės, neaišku kiek laiko. Po taikomos pagalbos pagal ABCDE vertinimo sistemą, trečio ir ketvirto paciento rodikliai stabiliai gerėjo, tuo tarpu pirmo paciento kraujospūdis, po opiatų suleidimo, vertinant po dešimties minučių, sumažėjo, tačiau intensyviai taikant infuzoterapiją bolusiu, vėl padidėjo. Antro paciento rodikliai, jau esant netoli politraumos centro pradėjo blogėti. Padidėjo KD, ŠSD, sumažėjo AKS, sustiprėjo skausmas. Kadangi ligoninė buvo jau visai šalia, tai SMP slaugytojas, GMP brigados vadovas, nusprendė kuo greičiau pristatyti pacientą į ligoninę, nestojant šalikėlėje, pakartotiniam nuskausminimui.

Galima teigti, kad ABCDE vertinimo sistemos nuoseklus taikymas tik atvykus į įvykio vietą, padėjo pagerinti pacientų objektyvius parametrus, o atlikdami pakartotiną antrinę apžiūrą, SMP slaugytojai, galėjo vertinti politrauminių pacientų būklės pokyčius, bei prireikus koreguoti pagalbos teikimą.

Išvalgos

Tyrime dalyvavę skubosios medicinos pagalbos slaugytojai ABCDE vertinimo sistemos taikymą klinikinėje praktikoje vertina palankiai. Jų nuomone, šios praktikos taikymas yra naudingas ir efektyvus tiek pačiam slaugytojui, tiek politraumą patyrusiam pacientui. Informantai pabrėžia, kad ypatingai svarbu prieš pradedant teikti skubiąją medicinos pagalbą politraumą patyrusiam pacientui, visų pirma įsitikinti ar aplinka yra saugi, ar saugu pačiam slaugytojui bei jo komandai. Visi informantai atsakė, kad ABCDE vertinimo metodas padeda nuosekliai įvertinti paciento būklę, nepasimesti apžiūrint pacientą, neprisidaryti klaidų, nepamiršti taip pat labai svarbios antrinės apžiūros. Apklausti slaugytojai pabrėžė, kad svarbu neužsibūti prie vieno iš ABCDE vertinimo punkto, taip pat įvardino ir keletą patiriamų sunkumų tokių kaip: sudėtingos sąlygos apžiūrai, pacientų priešinimasis, nepilnamečių asmenų apsunkinta apžiūra.

Atlikus politrauminių pacientų stebėjimą ir analizuojant gautus objektyvių gyvybinių rodiklių parametrus, pastebėta, kad prieš teikiant pagalbą, visų pacientų kvėpavimo dažnis buvo padažnėjęs, vyravo tachikardija, daugumai nustatyta hipotenzija, hipoksemija, hipotermija. Pacientai skundėsi stipriais skausmais. Po pagalbos suteikimo, pacientų būklė pagerėjo, tik vienam pacientui nustatyta hipotenzija, kuri, galimai, buvo įtakota opioidinių medikamentų. Kito paciento gyvybiniai rodikliai vėl pablogėjo, jau būnant arti prie politraumos centro. ABCDE vertinimo sistemos nuoseklus taikymas tik atvykus į įvykio vietą, padėjo pagerinti pacientų objektyvius parametrus, o atlikdami pakartotiną antrinę apžiūrą, skubosios medicinos pagalbos slaugytojai, galėjo vertinti politrauminių pacientų būklės pokyčius ir prireikus koreguoti pagalbos teikimą.

Literatūra

1. Broga R. Politrauminių ligonių diagnostikos ir gydymo algoritmai. Metodinės rekomendacijos. Vilnius. 2012
2. Darginavičius L, Neimanas L. Intraosalinės adatos naudojimas. Skubioji medicina. Tomas 1. Nr. 2. 2019;1:78–80

3. Dobožinskas P, Hofmanas A, Jasinskas N, Juozapavičienė L, Krikščionaitienė A, Kumpaitienė B, Mankutė A, Milašius S, Pranskūnas A, Stašaitis K, Suchadoslkienė O, Vaitkaitis D. Traumą patyrusio paciento apžiūros ir pagalbos teikimo principai. Kaunas: Krizių tyrimų centras, 2011, p.16-21
4. Fredo, HL., Rizvi, SA., Lied, B., Ronning, P., Helseth, E. The epidemiology of traumatic cervical spine fractures: a prospective population study from Norway. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2012;20(50). doi: 10.1186/1757-7241-20-85
5. Yildirim B., Ozkahraman, S. Critical thinking in nursing process and education. *International Journal of Humanities and Social Science* 2011;1(13).
6. Jakutis, A. Nugaros smegenų trauma ikihospitaliniame etape. *Gydymo menas* 2000;7
7. Mallet J, Albarran, Richardson A. Critical care Manual of Clinical Procedures and competencies. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013
8. Mangione S. Physical Diagnosis Secret. 2nd edn., Mosby/Elsevier, US, 2008
9. Marsden, NJ, Tuma, F. Polytraumatized Patient. Indexed for PubMed [cited 22-11-2021]. Available from the Internet.
10. McCoy, CE., Chakravarthy, B., Lotfipour, S. Guidelines for field triage of injured patients: In conjunction with the morbidity and mortality. The Center for Disease Control and Prevention. *Western Journal of Emergency Medicine* 2013;14(1):69-76
11. O'Driscoll, BR., Howard, LS., Earis, J., Mak, V. British Thoracic Society: BTS Guideline for Oxygen Use in Adults in Healthcare and emergence Settings. *Thorax* 2017;72(1).
12. Prytherch, DR., Smith, GB., Schmidt, P. Towards a national early warning score for detecting adult inpatient deterioration. *Resuscitation* 2010;81(8):932-7.
13. PSO The ABCDE and SAMPLE History Approach Basic Emergency Care Course 2018 [cited 20- 04-2021]. Available from Internet
14. Resuscitation Council (UK). The ABCDE Approach 2020 [cited 15-04-2021]. Available from Internet.
15. Thomas BW, Mejia VA, Maxwell RA, et al. Scheduled repeat CT scanning for traumatic brain injury remains important in assessing head injury progression. *J Am Coll Surg.* 2010 [cited 28-05- 2021]. Available from Internet < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421059> >.

Summary

To facilitate emergency care, an ABCDE assessment system has been developed for the polytrauma patient. The ABCDE assessment system systematises the sequence of actions for the polytrauma patient. The research problem is based on how effective the ABCDE assessment system is in nurses' practice and what are its real benefits for nurses in the care of patients with polytrauma.

The aim of the article is to analyze the emergency care management of patients with polytrauma using the ABCDE assessment system.

Problem issues of the study are What do nurses think of the application of the ABCDE assessment system in clinical practice in aiding a patient with polytraumatic injuries? Why is it beneficial to apply the ABCDE assessment system in clinical practice in aiding a patient with polytraumatic injuries?

Mixed research was conducted by applying the triangulation methods: observation, case study, and semi-structured interview. The research was conducted from November to December 2021 at Ambulance Station while working with the Intensive Care Ambulance Team. Four clinical cases were selected for the research and five nurses were interviewed.

Insights. Emergency nurses find the use of the ABCDE assessment system useful and effective for both the nurse and the polytrauma patient. After monitoring polytrauma patients and analysing the obtained objective vital signs parameters, it was observed that all patients had increased respiratory rate, tachycardia, hypotension, hypoxaemia and hypothermia before the intervention. After the assistance, according to the ABCD assessment system, the patients' condition improved, only one

patient was found to be hypotensive, and another patient's vital signs worsened just before arrival at the polytrauma centre.

Keywords. ABCDE assessment system; emergency nurse; polytrauma.

Neringa Urbanavičė

VšĮ Vilniaus miesto greitosios pagalbos stotis, Utenos kolegija, Lietuva,
neringakinezi@gmail.com

Kristina Vazgelevičienė

VšĮ Utenos ligoninė, Utenos kolegija, Lietuva,
kristinavazg@gmail.com

Danguolė Šakalytė

Utenos kolegija, Lietuva,
d.sakalyte@ukolegija.lt

REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALĖ „SOCIALINĖ SVEIKATA“

69

1. Straipsniai rengiami lietuvių, anglų, rusų, latvių, lenkų kalbomis. Autorius atsako už teksto kalbą ir straipsnio redagavimą.
2. Rekomenduotina straipsnio struktūra:
 - straipsnio pavadinimas
 - duomenys apie autorių (autorius): vardas pavardė, institucija
 - santrauka (problema, tikslas, pagrindiniai rezultatai) ir raktažodžiai originalo kalba
 - straipsnio tekstas
 - literatūros sąrašas
 - santrauka ir raktažodžiai anglų kalba
 - autoriaus (autorių) kontaktiniai duomenys (adresas susirašinėti)
3. Techniniai straipsnio rengimo reikalavimai:
 - 3.1. Straipsnio formatas ir stilius:
 - Teksto redaktorius – Microsoft Word.
 - Šriftas – Times New Roman, 12 pt.
 - Puslapio formatas – A4.
 - Puslapio paraštės - 20 mm.
 - Tekstas rašomas 1 intervalo eilėtarpiu.
 - Lentelės, paveikslai, nuotraukos maketuojami puslapio viduryje, ne didesni nei nustatytos paraštės.
 - Literatūros nuorodos turi būti nuoseklios, t. y. sudarytos pagal tą pačią sistemą visame straipsnyje.
 - Literatūros sąrašas turi būti parengtas taip, kaip yra įprasta šiuo metu daugelyje mokslo sričių.
 - 3.2. Straipsnio medžiaga pateikiama šia tvarka:
 - Straipsnio pavadinimas originalo ir anglų kalba (didžiosiomis, Bold, centrinė lygiuotė)
 - Autoriaus vardas, pavardė (Bold, centrinė lygiuotė)
 - Institucija (centrinė lygiuotė)
 - Straipsnio santrauka originalo kalba (apie 500 spaudos ženklų, abipusė lygiuotė)
 - Raktažodžiai (kairioji lygiuotė)
 - Straipsnio turinys: įvadas, teorinės išvalgos, tyrimo rezultatai ir interpretacija, išvados (abipusė lygiuotė)
 - Literatūros sąrašas (abipusė lygiuotė)
 - Santrauka anglų kalba (apie 500 spaudos ženklų, abipusė lygiuotė)
4. Straipsnius recenzuoja redakcinės kolegijos paskirtas recenzentas.
5. Leidinyje publikuojami redakcinės kolegijos atrinkti straipsniai.
6. Straipsnių rekomenduojama apimtis – iki 6-8 psl., maksimali apimtis – 1 sp.l. Straipsniai neturi būti kur nors kitur anksčiau skelbti.
7. Pirmumą publikuoti leidinyje turi leidinio rėmėjai.

Autoriai savo straipsnius redakcijai gali siųsti el. paštu: info@socialinisdarbas.lt

SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“

1. The scientific articles are published in the Lithuanian, English, Russian, Latvian, Polish. The author takes the responsibility for editing a manuscript and correct language.
2. The recommended structural components of the article:
 - The title of the article;
 - The author (s) information: the name(s) and the surname(s) of the author(s), name of institution;
 - Summary (problem, aim, main results) and key words in original language;
 - The text of the article ;
 - The list of references ;
 - Summary and key words in English;
 - Contact information of the author (s) (address correspondence).
3. Technical requirements for the Articles.
 - 3.1. The article format and style:
 - Text editor - Microsoft Word;
 - Font - Times New Roman, 12 pt;
 - Page format - A4;
 - Page subtitles – 2x2x2x2;
 - Line spacing: one single;
 - Tables, pictures and photos, set in the center of the page, not bigger than the set page subtitles;
 - Literature references should be consistent, based on that same system around article;
 - The list of literature must be prepared according to the order nowadays used in Lithuania by representatives of various branches of science.
 - 3.2. The material of the article must be represented in this order:
 - The title of the article in original and English languages (in capital letters, bold, center alignment);
 - The name(s) and the surname(s) of the author(s) (bold, center alignment);
 - Name of institution (center alignment);
 - Summary of the article in original language (not more than 500 characters, justify alignment);
 - Key words (left alignment);
 - The article content: introduction, theoretical insight, analysis and interpretation of the research results, conclusions (justify alignment);
 - The list of literature (justify alignment);
 - Summary in English (not more than 500 characters, justify alignment).
4. The articles are read by reviewer that is appointed by the Editorial Board.
5. Only by the editorial board selected articles are published in the scientific articles volume.
6. The recommended length of the article is til 6-8 pages, max length – one printer's sheet. We impose a ban on articles that have been published already.
7. The proceeds of publishing are distributed according to priority given to our sponsors.

Authors should sent articles by email to: info@socialinisdarbas.lt

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ „SOCIALINĖ SVEIKATA“ („СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ“)

1. Принимаются статьи на английском, латышском, литовском, польском и русском языках. Автор несет ответственность за язык и редактирование текста.

2. Рекомендуемая структура статьи:

- Название статьи
- Данные об авторе (авторах): имя, фамилия, институция
- Резюме (проблема, цель, главные результаты) и ключевые слова на языке оригинала
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме и ключевые слова на английском языке
- Контактные данные автора (авторов) (адрес для переписки)

3. Технические требования к статье:

3.1. Формат и стиль статьи:

- Редактор текста – Microsoft Word
- Шрифт текста Times New Roman, размер шрифта 12 пт.
- Формат страницы – А4
- Ориентация – книжная
- Поля – все по 20 мм
- Межстрочный интервал – одинарный
- Таблицы, рисунки, фото – в середине страницы, не больше, чем установленные поля
- Ссылки на источники Литературы должны быть последовательны, то есть, составлены по той же системе ВО всей статье
- Список литературы оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями.

3.2. Материал статьи предоставляется в таком порядке:

- Название статьи на языке оригинала и на английском (прописными, Bold, в центре)
- Имя, фамилия автора (Bold, в центре)
- Институция автора (в центре)
- Резюме статьи на языке оригинала (выравнивание по ширине)
- Ключевые слова (выравнивание по ширине)
- Содержание статьи: введение, основная часть, заключение (выравнивание по ширине)
- Список литературы (выравнивание по ширине)
- Резюме на английском языке

4. Статьи рецензируются рецензентом, назначенным редколлегией.

5. В журнале публикуются статьи, отобранные редколлегией.

6. Рекомендуемый объем статьи – 6-8 стр., максимальный объем – 1 печатный лист.

Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не публиковавшимся ранее в других научных изданиях.

7. Публиковать статьи приоритет имеют спонсоры журнала.

Статьи присылаются на адрес электронной почты редакции info@socialinisdarbas.lt. Статья должна быть представлена в виде файла в формате MS Word.

ISSN 2351-6062

SOCIALINĖ SVEIKATA

SOCIAL HEALTH

2022 Nr.1 (13)

Viršelio autorius Matas Paškevičius

Išleido VšĮ Reabilitacijos technika

S.Daukanto g. 16, LT-28242 Utena

www.socialinisdarbas.lt

El. p. info@socialinisdarbas.lt