



## **Redaktorių kolegija (Editorial Board)**

### **Vyriausioji redaktorė (Editor-in-Chief)**

#### **Dr. Ženija Truskovska**

Rēzeknēs tehnologiju akadēmija  
Asmenybės socializācijas tyrimu institūts  
Latvijas sociāliņu pedagogu federācija  
Rezekne Academy of Technologies, Latvia  
Personality Socialization Research Institute  
Federation of Social Pedagogues Latvia

### **Vyriausiosios redaktorės pavaduotoja (Deputy Editor-in-Chief)**

#### **Danguolė Šakalytė**

Utenos kolegija  
Interaktyvi slaugos simuliacinio mokymo bendruomenė  
Įrodymais pagrįstos slaugos praktikos ARCC tinklas  
Utena College, Lithuania  
NLN SIRC. An interactive Global Simulation Community (USA)  
Network of Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (USA)

### **Nariai (Editors):**

#### **Dr. Jurgita Andruškienė**

Klaipėdos valstybinė kolegija  
Klaipėda State University of Applied Science, Lithuania

#### **Dr. Aurelija Blaževičienė**

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas  
Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

#### **Loreta Blaževičienė**

M. Romerio universitetas  
Psichosocialinės onkologijos asociacija  
Mykolas Romeris University, Lithuania  
Association of Psychosocial Oncology

#### **Dr. Remigijus Bubnys**

Šiaulių universitetas  
Socialinio tyrėjo mokyklos asociacija  
Šiauliai University, Lithuania  
Association of Social Researcher School

#### **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 akademija  
Baltic International Academy, Latvia

**Dr. Ewa Krzyżak-Szymańska**

Katowice aukštoji ekonomikos mokykla  
Katowice School of Economics, Poland

**Edmundas Vaitiekus**

Baltijos tarptautinė akademija  
Baltic International Academy, Latvia

**Dr. Milda Žukauskienė**

Vilniaus kolegija  
Europos aukštųjų kineziterapijos mokyklų tinklas (ENPHE)  
Vilniaus kolegija/University of Applied Sciences, Lithuania  
ENPHE Coordinator for Lithuania



**Redakcijos adresas (Address):**

S.Daukanto g. 16  
LT-28242 Utena, Lithuania

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

Tel., faksas (Phone, fax): +370-699-12544; +370-45-500511

Leidinio tinklalapis (Home page)

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

## *Ižanginis žodis*

### *Gerbiami skaitytojai,*

Po ilgesnės pertraukos mes su Jumis sveikinamės fiziko *Albert Einstein* fraze: „*Mokslas nebuvo ir niekuomet nebus užbaigta knyga. Kiekvienas svarbus laimėjimas iškelia naujų klausimų, o visokia raida ilgainiui susiduria su naujais, kaskart didesniais sunkumais*“.

Prieš Jūsų akis žurnalo numeris, kuriame analizuojamos įvairaus spektro temos: pradedant sveikata ir baigiant socializacijos procesais. Straipsnių autoriai supažindina su taip dažnai sutinkamos ligos – arterinės hipertenzijos valdymu, nes labai dažnai nuo žinių priklauso gebėjimas pasirūpinti savo sveikata. Rūpinantis mūsų jaunosios kartos burnos sveikata, pravartu paskaityti straipsnius, kurie atskleidžia maitinimo būdų ir burnos priežiūros sąsajas su ankstyvosios vaikystės dantų ėduonies atsiradimu bei studentų sveikatos raštingumo lygį. Latvijos tyrėjai pasidalina patirtimi apie Teenager socializacijos procesus dienos centre. Šiame žurnalo numeryje pateikiamas straipsnis, kuris nagrinėja dažnai vengiamą temą apie mirtį. Straipsnio autorės atskleidžia slaugytojų darbo principus, sprendžiant psichologines mirštančio paciento problemas.

Septintas žurnalo numeris turi specialų priedą, kuriame pateikiamos burnos priežiūros jaunujų tyrėjų išvalgos.

Gero skaitymo!

*Redkolegija*

# Turinys

SERGANČIŲJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA ŽINIŲ IR SAVIRŪPOS VERTINIMAS. J.Zavedskaitė, D.Kriukelytė .....	6
SLAUGYTOJŲ DARBO PRINCIPAI, SPRENDŽIANT PSICHOLOGINES MIRŠTANČIO PACIENTO PROBLEMAS. S.Trapnauskaitė, D.Šakalytė .....	18
MAITINIMO BŪDŲ IR BURNOS PRIEŽIŪROS SAŠAJOS SU ANKSTYVOSIOS VAIKYSTĖS DANTŲ ĖDUONIES ATSIKADIMU. R.Ravinskienė, A.Rudžianskienė .....	31
PUSAUDŽŲ SOCIALIZACIJOS PROCESA NEFORMALĀS IZGLĪTĪBAS VIDĒ IZPĒTE.....	41
STUDENTŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMAS. E.Barkane, Ž.Truskovska .....	48
ŽURNALO SPECIALUSIS PRIEDAS. BURNOS PRIEŽIŪROS JAUNŲJŲ TYRĖJŲ IŽVALGOS PACIENTŲ, SERGANČIŲ PERIODONTO LIGOMIS, BURNOS HIGIENOS VERTINIMAS. K.Karpovaitė, V.Čepukienė .....	55
PREDISPONUOJANČIŲ VEIKSNIŲ BURNOS ERTMĖJE ĮTAKA APNAŠO KONTROLEI. A.Korvel, K.Gečiauskienė .....	57
GYDYTOJO ODONTOLOGO PADĖJĖJO ASISTAVIMAS ENDODONTINIO GYDYMO METU. R.Martinkutė, V.Rudėnienė .....	59
KERAMIKINIŲ DANTŲ PROTEZŲ GAMYBA NAUDOJANT CAD/CAM SISTEMĄ. A.Belkevičius, A.Stoškienė .....	61
3D SPAUSDINTUVŲ GALIMYBĖS DANTŲ TECHNOLOGIJOJE. J.Gibas, P.Šakalis .....	63
DANTŲ PROTEZŲ GAMYBA NAUDOJANT <i>IPS E.MAX PRESS</i> PRESUOTĄ KERAMIKĄ. I.Madelytė, A.Stoškienė .....	65
METALOKERAMINIŲ DANTŲ PROTEZŲ SU VITA VM13 KERAMINE APDAILA GAMYBOS TECHNOLOGIJOS ANALIZĖ. S.Šmagorytė, Z.Kaulinienė .....	67
KERAMINIŲ DANTŲ PROTEZŲ CIRKONIO OKSIDO IR METALO PAGRINDAIS GAMYBOS TECHNOLOGIJŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ. E.Volochovičiūtė, Z.Kaulinienė .....	69
REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALE „SOCIALINĖ SVEIKATA“ .....	71
SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“ .....	72
ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ „SOCIALINĖ SVEIKATA“ („СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ“).....	73

# SERGANČIŪJŲ ARTERINE HIPERTENZIJA ŽINIŲ IR SAVIRŪPOS VERTINIMAS

## ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND SELF-CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS

Justina Zavedskaitė, Daiva Kriukelytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos fakultetas, Slaugos ir rūpybos katedra

### Santrauka

6

Arterinė hipertenzija (AH) arba padidėjęs arterinis kraujo spaudimas (AKS) – tai viena aktualiausių visuomenės sveikatos problemų. Arterinės hipertenzijos problemškumą lemia ne tik didelis jos paplitimas bei komplikacijų grėsmė, bet ir atsainus dalies pacientų požiūris į padidėjusio arterinio kraujo spaudimo gydymą, kurį neretai lemia žinių trūkumas apie šią ligą. Straipsnio tikslas – įvertinti sergančiųjų arterine hipertenzija žinias ir savirūpą.

VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centre apklaustas 101 pacientas, sergantis AH. Atlikus tyrimą nustatyta, kad pacientai savo žinias apie arterinę hipertenziją vertina „vidutiniškai“ ( $7,0 \pm 1,5$ ), o įvertinus jų atsakymus į pateiktus teiginius, pacientų žinių lygis įvertintas taip pat vidutiniškai ( $7,5 \pm 1,2$  balo). Geriausiai sergantieji arterine hipertenzija (93,1 proc.,  $n = 94$ ) žinojo apie specialią dietą, kurios metu vidutinis arterinis kraujo spaudimas sumažėja 8-14 mmHg bei rūkymą, kuris padidina arterinį kraujo spaudimą. Daugiau nei pusė pacientų (59,4 proc.,  $n = 60$ ) nežinojo kaip mažinti kūno svorį, taip pat apie kalio vartojimo ir fizinio aktyvumo naudą kraujo spaudimo mažinimui (po 62,4 proc.,  $n = 63$ ). Dauguma pacientų stengiasi pasirūpinti savimi, nors arterinio kraujo spaudimo dieną pildo tik 19,8 proc. ( $n = 20$ ). Beveik visi tyrime dalyvavę pacientai vartoja medikamentus arterinio kraujo spaudimo kontrolei, tačiau trečdalis (36,6 proc.,  $n = 37$ ) „kartais“ pamiršta išgerti jiems paskirtus medikamentus. Palyginus savirūpą pagal lytį, nustatyta, kad patikimai daugiau moterų nei vyrų ( $n = 26$  ir  $n = 9$ ,  $p = 0,019$ ) kiekvieną dieną matuoja AKS, kaip nurodė gydytojas. Taip pat patikimai daugiau moterų nei vyrų riboja alkoholinių gėrimų vartojimą ( $n = 51$  ir  $n = 26$ ,  $p = 0,016$ ).

**Raktažodžiai:** arterinė hipertenzija, arterinis kraujo spaudimas, savirūpa, žinios.

### Įvadas

Sergamumas ir mirtingumas nuo neužkrečiamųjų ligų sparčiai augo per pastaruosius dvejus dešimtmečius ir yra pagrindinė visuomenės problema [1]. Jau XX am. antroje pusėje širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) tapo vyraujančia mirties bei negalios priežastimi [2].

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis visame pasaulyje ŠKL sudaro maždaug 17 mln. mirčių per metus (trečdalis visų mirčių), iš kurių 9,4 mln. mirčių įvyksta dėl arterinės hipertenzijos (AH) komplikacijų. Prognozuojama, kad iki 2030 m. pasaulyje nuo ŠKL kasmet mirs daugiau nei 23 mln. žmonių [3].

Arterinė hipertenzija arba padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – tai viena aktualiausių visuomenės sveikatos problemų. AH problemškumą lemia ne tik didelis jos paplitimas bei komplikacijų grėsmė, bet ir dažnai slapta, besimptomė eiga pradiniais raidos etapais. Daugelis sergančiųjų AH nieko apie savo ligą nežino ir net nežino, kad jų AKS yra padidėjęs [4]. PSO ekspertai šią ligą jau 1991 m. įvardijo „tyliuoju žudiku“ [5].

Paciento žinios ir supratimas apie AH yra svarbūs veiksniai, siekiant AKS kontrolės. Norint pagerinti tokių pacientų gydymo rezultatus, svarbu, kad pacientas stebėtų ir kontroliuotų ligą [6], todėl žinios apie ligą pacientams turi itin didelės reikšmės savirūpai [7]. Savirūpa – tai rūpinimasis savo pačių gyvenimu, o svarbiausia sveikata. Ji susijusi su tikslingais veiksmais, nukreipiamais į patį save, taip pat į objektus bei aplinkos sąlygas, siekiant išsaugoti gyvybę, sveikatą ir gerą

savijautą [8]. Savirūpa ypač svarbi sergantiems širdies ligomis, siekiant pagerinti tokių pacientų gydymo rezultatus [9]. Dėl šios priežasties informacija apie ligos valdymą yra svarbi, nes sergantieji turi žinoti gydymo režimo vykdymo svarbą [10]. Vokietijoje atliktas tyrimas parodė, kad AH gydymas vis dar yra gydytojų uždavinys, tačiau slaugytojai gali aktyviai įsitraukti į pacientų, su padidėjusiu AKS, sveikatos priežiūrą, informuojant apie ligą, gyvenamos būdo keitimą [11]. Sveikatos priežiūros specialistai supranta, kad pacientams pateikiama informacija gana dažnai neatitinka jų poreikių [12].

Nekontroliuojama AH yra aktuali pirminės sveikatos priežiūros problema [11] ir išlieka svarbia visuomenės sveikatos problema [13]. Apskaičiuota, kad AH tinkama kontrolė potencialiai sutrukdo 21400 nuo insulto ir 41400 išeminės širdies ligos mirties atvejų kasmet vien tik Jungtinėje Karalystėje [14]. Veiksniai, trukdantys optimalaus AKS kontrolei, sergantiejiems AH, yra dažniausiai neaiškūs [15].

AKS matavimas – pagrindinis aspektas AH diagnozavimui ir valdymui [16]. Naujose 2013 metų Europos kardiologų ir Europos hipertenzijos draugijų AH diagnostikos ir gydymo gairėse pabrėžiama taisyklingo AKS matavimo svarba [17]. AKS gali matuoti gydytojas arba slaugytojas gydymo įstaigoje, pats pacientas ar jo giminaičiai namuose ar vaistinėje. AKS stebėjimas namuose yra labai svarbus, kontroliuojant AH, kadangi namuose AKS galima matuoti įvairiu metu kelis kartus per dieną [18]. AKS stebėseną namuose leidžia geriau įvertinti AKS rodmenų pokyčius nei ligoninėje ar poliklinikoje [19]. Dėl šios priežasties ne tik gydytojai, bet ir slaugytojai yra atsakingi už sergančiuosius AH ir jų AKS kontrolę [11], todėl svarbu suprantamai pateikti informaciją pacientams ir tinkamai juos mokyti apie AKS matavimą [19]. Atliktas tyrimas JAV ir penkiose Europos šalyse parodė, kad geriausiai AKS kontroliuoja JAV (62 proc. pacientų). Tuo tarpu Europoje AKS kontroliuoja mažiau nei pusė pacientų (31-46 proc.) [11].

Sprendžiant širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją, ekspertai pabrėžia, kaip svarbu sergantiems pakeisti gyvenimo būdą [20]. Tad gydant AH ir kontroliuojant AKS yra svarbus nemedikamentinis gydymas: dieta, svorio reguliavimas, mažesnis druskos ir didesnis kalio kiekio vartojimas, saikingas alkoholio vartojimas, rūkymo atsisakymas, fizinio aktyvumo skatinimas, cholesterolio kontrolė [21, 21]. Sveikos gyvenamos ypatumai labai svarbūs, teikiant kokybišką priežiūrą pacientams, sergantiems AH [21]. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII)* pranešime pabrėžiama, kad gyvenimo būdo keitimai būtų paskirti pacientams, kuriems jau yra prehipertenzija ir pacientams, kuriems jau nustatyta AH [23].

Dažnai sergantiems AH neužtenka laikytis tik nemedikamentinio gydymo režimo, todėl skiriamas medikamentinis gydymas. Medikamentų vartojimas, sergant lėtinėmis ligomis, yra opi problema, kadangi jų režimo laikymasis turi įtakos ir AH gydymui [5, 25]. Medikamentų režimo nesilaikymas gali būti dėl regėjimo sutrikimo, rankų sąnarių negalavimų senyviems pacientams, o kai kuriose šalyse dėl finansinių problemų [15]. Medikamentinio gydymo režimo laikymasis gali būti vertinamas pagal Morisky vaistų vartojimo režimo laikymosi skalę [26]. Atsižvelgiant į ribotą laiką, kurį gydytojas praleidžia su pacientu, svarbu žinoti, kad reikia daugiau laiko skirti informacijai apie medikamentų vartojimą [25]. Taip pat svarbu ugdyti paciento savirūpą. Gydant AH, svarbus veiksnys yra kantriai laikytis paskirto gydymo plano. Veiksniai, skatinantys laikytis gydymo režimo, yra pacientų mokymas ar informavimas, savirūpos skatinimas, reguliarius stebėjimas, socialinė parama, individualus gydymo planas. Dauguma šių veiksnių nėra lengva įgyvendinti kasdieninėje praktikoje [6]. Vienas iš didžiausių iššūkių medicinos sistemoje yra rasti veiksmingą strategiją, kuri padėtų pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, taip pat ir AH, pakeisti savo gyvenimo būdą ir aktyviai dalyvauti gydyme [21], nes savirūpa – tai gyvenimo būdas, kurio tikslas – gera savijauta ir valdoma liga [27].

## **Tyrimo metodika ir kontingentas**

### **Tiriamųjų kontingentas**

Tyrimas buvo atliekamas Kauno rajono savivaldybės VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centre. Tyrime dalyvavo pacientai, sergantys AH. Tyrimui atlikti buvo gautas Lietuvos

sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro komisijos leidimas Nr. BEC – SLF (B) – 537. Sergantieji AH į tyrimą buvo įtraukti tikslinės atrankos būdu, apsilankę eilinės konsultacijos pas šeimos gydytoją metu.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Sergantieji AH (nustatyta ir medicininėje kortelėje įrašyta AH diagnozė).
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 110 anketų. Tolimesnei duomenų analizei panaudota 101 paciento duomenys (6 anketos buvo sugadintos ir 3 anketos negrįžo).

**Tyrimo metodas**

Tyrimo metodas – anketinė pacientų apklausa raštu.

Anketa buvo sudaryta iš 5 dalių:

1. *Žinios apie AKS ir AH.* Teiginiai apie specialią dietą, rūkymą, svorio mažinimą kalio vartojimo ir fizinio aktyvumo naudą bei kt.
2. *Savikontrolės klausimai.* Šioje dalyje buvo pateikiami klausimai, siekiant išsiaiškinti, kokie yra sergančiųjų AH savirūpos įgūdžiai. Savikontrolės klausimų vidinis nuoseklumas Cronbach  $\alpha = 0,862$ .
3. *Medikamentų vartojimas.* Siekėme išsiaiškinti ar pacientas vartoja ir kaip vartoja medikamentus. Medikamentų vartojimo klausimų vidinis nuoseklumas Cronbach  $\alpha = 0,683$ .
4. *Informacijos poreikis.* Klausimai pateikti, siekiant išsiaiškinti, kokios informacijos pacientai norėtų sužinoti apie AKS ir AH. Informacijos poreikio klausimų vidinis nuoseklumas Cronbach  $\alpha = 0,935$ .
5. *Bendrieji duomenys,* kurie atspindi pacientų lytį, amžių, svorį ir ūgį, socialinę ir šeimines padėtį bei gyvenamąją vietą.

Pacientai, sutikę dalyvauti tyrime, buvo informuoti apie tyrimo tikslą, metodą ir tyrimo naudą, pasirašė sutikimo formą. Anketą pacientai pildė šeimos gydytojo kabinete arba prie jo. Vienos anketos užpildymas truko 15-20 min. Anketos buvo laikomos teisingomis ir naudotos tolimesnei rezultatų analizei, jei buvo atsakyta į visus anketoje pateiktus klausimus.

**Statistinė duomenų analizė**

Duomenų analizė atlikta naudojant MS Excel ir SPSS 22 (Statistical Pachage for the Social Sciences) programas. Taikyta aprašomoji statistika. Dviejų nepriklausomų grupių duomenų vidurkiams lyginti taikytas *t* testas. Kokybinių požymių tarpusavio priklausomybė vertinta *chi* kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijumi. Kiekybinių kintamųjų ryšio stiprumui įvertinti naudotas Spirmeno (*Spearman*) koreliacijos koeficientas. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai  $p$  reikšmė  $< 0,05$ .

**Rezultatai**

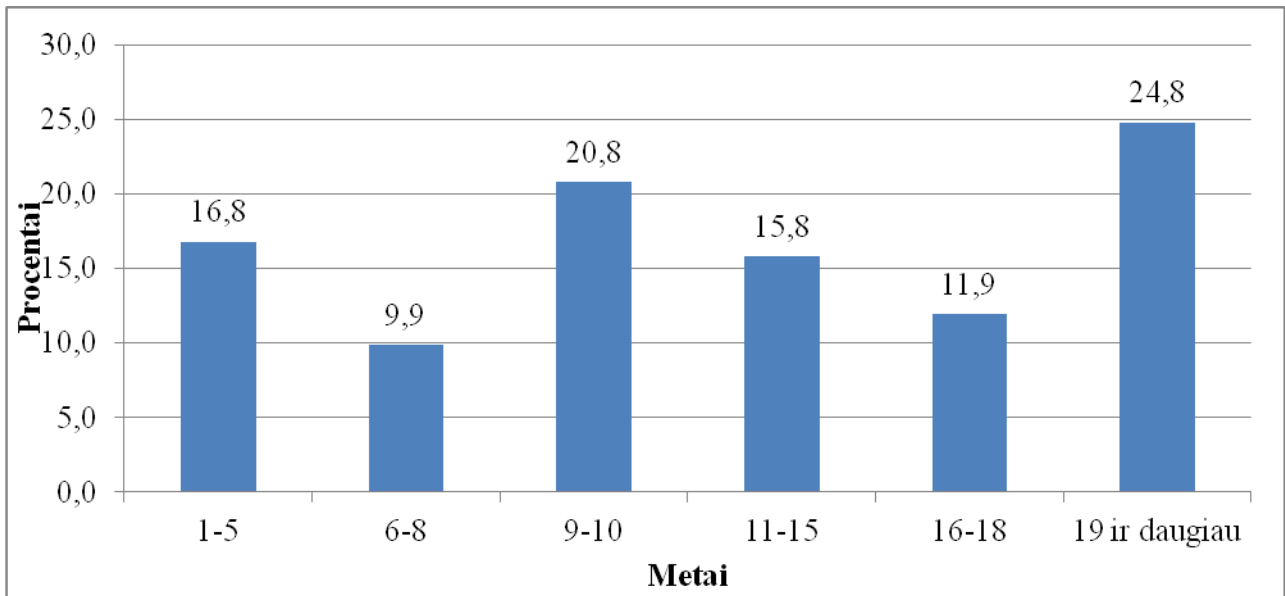
Tyrime dalyvavo 59,4 proc. ( $n = 60$ ) moterų ir 40,6 proc. vyrų ( $n = 41$ ). Moterų amžiaus vidurkis buvo  $62,27 \pm 12,5$  metai, o vyrų –  $54,93 \pm 11,6$  metai. Tyrime trečdalis apklaustų pacientų buvo pensininkai (35,6 proc.,  $n = 36$ ) (1 lentelė).

**1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį ir lytį**

Socialinė padėtis	Lytis				Viso	
	Vyrai		Moterys			
	proc.	n	proc.	n	proc.	n
Darbininkas	16,9	17	12,9	13	29,8	30
Tarnautojas	5,9	6	5,9	6	11,8	12
Pensininkas	9,9	10	25,7	26	35,6	36
Neįgalus	7,9	8	14,9	15	22,8	23

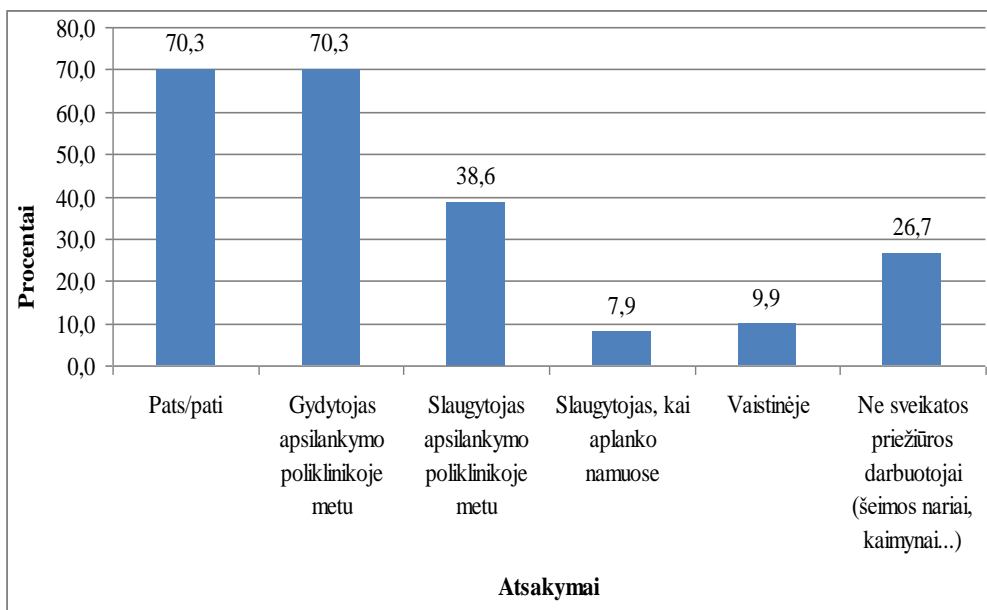


Tyrimo metu nustatyta, kad ketvirtadalis pacientų (24,8 proc., n = 25) AH jau serga 19 ir daugiau metų (1 pav.). Dviejų trečdalių (66,3 proc., n = 67) apklaustų pacientų AKS būna tarp 120/80 mmHg ir 140/90 mmHg.



**1 pav. Pacientų sergamumo arterine hipertenzija trukmė**

Tyrimo metu išsiaiškinta, kad 70,3 proc. (n = 71) pacientų AKS matuojasi patys arba jiems matuoja gydytojas apsilankymo poliklinikoje metu (2 pav.).



**2 pav. Pacientų AKS matavimasis**

Tyrimo metu išsiaiškinome pacientų žinių apie AKS ir AH įsivertinimą. Trečdalis (27,7 proc., n = 28) pacientų savo žinias apie AKS ir AH vertina „gerai“. Tik mažuma (4,0 proc., n = 4) pacientų žinias įvertino „puikiai“ ir „nepatenkinamai“ (5,9 proc., n = 6). Bendras visų apklaustų pacientų savo žinių įsivertinimo vidurkis yra „vidutiniškas“ ( $7,0 \pm 1,5$ ). Vyrų ir moterų žinių vidurkiai apie AKS ir AH statistiškai nesiskyrė ( $7,0 \pm 1,4$  ir  $7,1 \pm 1,6$ ;  $p = 0,218$ ). Pacientų amžius neturėjo sąsajų su žinių vertinimo balu ( $p = 0,321$ ). Palyginus žinių vertinimo balo vidurkį su

pacientų pažymėtu AKS nustatyta, kad mažesni AKS pažymėję pacientai geriau vertino savo žinias apie AKS ir AH (2 lentelė).

**2 lentelė. Pacientų nurodyto AKS ir savo žinių apie AH bei AKS balo vidurkio palyginimas**

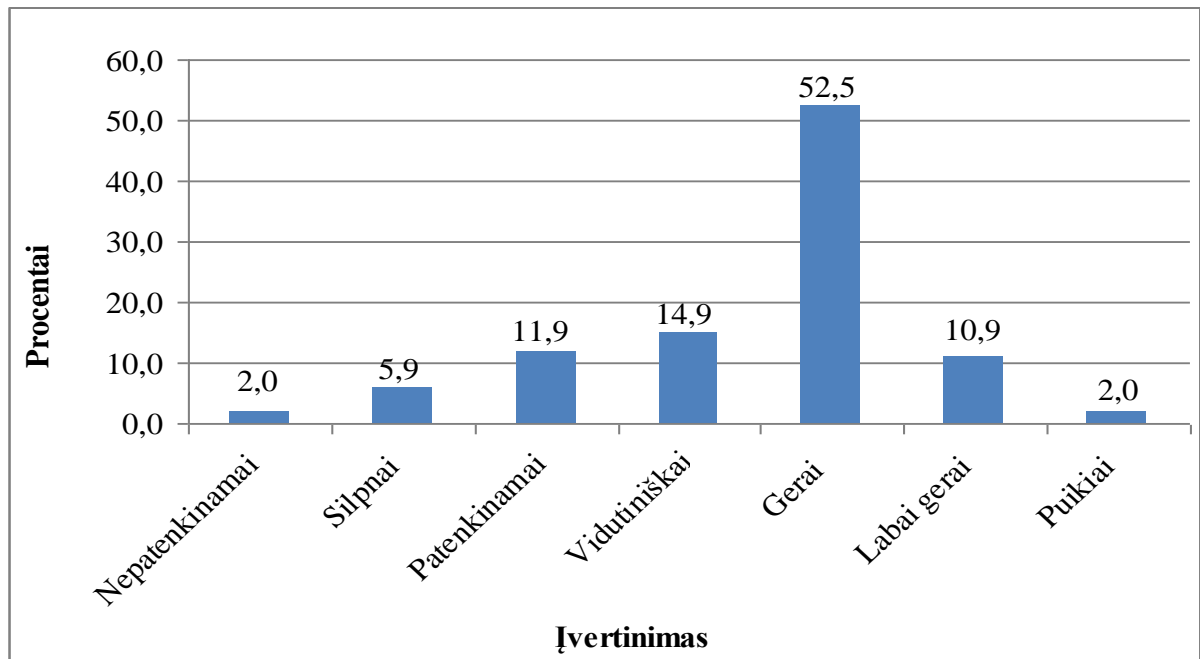
Arterinis kraujo spaudimas	Savo žinių apie AH ir AKS balo vidurkis	SD	p
<120/80 mmHg	8,6	1,7	0,014
120/80 mmHg -140/90 mmHg	7,1	1,4	
>140/90 mmHg	6,6	1,4	
Vidurkis	7,0	1,4	

Tyrimo metu siekėme įvertinti ir sergančiųjų AH žinias apie ligą. Pacientai turėjo atsakyti į 12 teiginių. Geriausiai sergantieji AH žino apie specialią dietą, kurios metu vidutinis AKS sumažėja 8-14 mmHg, bei rūkymą, kuris padidina AKS (po 93,1 proc., n = 94). Taip pat pacientai gerai žinojo kas turi įtakos AH išsivystymui (91,1 proc., n = 92) ir kada nustatoma AH (90,1 proc., n = 91). Daugiau nei pusė pacientų (59,4 proc., n = 60) neteisingai atsakė į teiginius apie svorio mažinimą, kalio vartojimo ir fizinio aktyvumo naudą (po 62,4 proc., n = 63) (3 lentelė).

**3 lentelė. Žinių apie AKS ir AH vertinimas**

Nr.	Teiginiai	Tiesa proc. (n)	Netiesa proc. (n)
1.	Asmeniui nustatoma AH, jeigu jo sistolinis (viršutinis) kraujo spaudimas yra $\geq 140$ mmHg, o diastolinis (apatinis) $\geq 90$ mmHg.	<b>90,1 (91)</b>	9,9 (10)
2.	AKS reikia matuoti tik apsilankius pas gydytoją.	13,9 (14)	<b>86,1 (87)</b>
3.	AH išsivystymui įtakos gali turėti amžius, genetinis polinkis, žalingi įpročiai.	<b>91,1 (92)</b>	8,9 (9)
4.	Normalus cholesterolio kiekis kraujyje yra apie 8,1 mmol/l.	25,7 (26)	<b>74,3 (75)</b>
5.	Svorio mažinimas (t.y. stengiantis išlaikyti normalų kūno svorį, kai KMI- 18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> ) nėra vienas iš gyvensenos keitimo būdų, gydant AH.	59,4 (60)	<b>40,6 (41)</b>
6.	Sergant AH maksimalus druskos suvartojimo kiekis per parą yra iki 6 g natrio chlorido.	<b>70,3 (71)</b>	29,7 (30)
7.	Vartojant daugiau daržovių ir vaisių, mažai riebalų turinčių produktų, sumažinus sočiųjų riebalų kiekį maiste, vidutinis AKS sumažėja 8-14 mmHg.	<b>93,1 (94)</b>	6,9 (7)
8.	Padidinus su maistu gaunamo kalio kiekį iki 4,7 g/d., AKS nesumažės 2-4 mmHg.	62,4 (63)	<b>37,6 (38)</b>
9.	Reguliarus fizinis aktyvumas (pvz. spartus vaikščiojimas bent 30 min. per dieną) nesumažina vidutinio AKS 4-9 mmHg.	62,4 (63)	<b>37,6 (38)</b>
10.	Diagnozavus AH rekomenduojama visiškai nevartoti alkoholio arba jį sumažinti mažiau nei 2vnt./d. vyrams (30 ml gryno alkoholio; 720 ml alaus) ir mažiau nei 1 vnt./d. moterims.	<b>86,1 (87)</b>	13,9 (14)
11.	Rūkymas padidina AKS 5-10 mmHg.	<b>93,1 (94)</b>	6,9 (7)
12.	Žmonėms, sergantiems AH, nereikia gerti vaistų nuo padidėjusio AKS, jeigu jie reguliariai AKS.	19,8 (20)	<b>80,2 (81)</b>

Atlikus tyrimą ir įvertinus visus pacientų teisingus ir neteisingus atsakymus į pateiktus teiginius, pusės (52,5 proc., n = 53) pacientų žinios yra „geros“. Vidutinis pacientų žinių lygis taip pat vertintas „vidutiniškai“ ( $7,5 \pm 1,2$ ) (3 pav.).



3 pav. Pacientų žinių įvertinimas

Tyrimo metu pacientai patys įsivertino savirūpą 10 balų skalėje. Nustatyta, kad ketvirtadalis (26,7 proc., n = 27) pacientų mano, kad gali „vidutiniškai“ pasirūpinti savimi. Mažuma (5,9 proc., n = 6) pacientų mano, kad gali „puikiai“ pasirūpinti savimi. Visų pacientų savirūpos įsivertinimo vidurkis yra  $7,0 \pm 1,8$  balo. Sergančiųjų AH savirūpa įvertinta „vidutiniškai“.

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, kaip sergantieji AH pasirūpina savimi. Nustatyta, kad dauguma pacientų (86,1 proc., n = 87) pirmiausia stengiasi išsiaiškinti, kas jiems yra neaišku su gydytoju ar slaugytoju. Trys ketvirtadaliai pacientų riboja alkoholinių gėrimų vartojimą (76,2 proc., n = 77), neberūko arba sumažino surūkomų cigarečių kiekį (71,3 proc., n = 72) ir kiekvieno vizito metu aptaria savo gydymo planą su gydytoju arba slaugytoju (75,2 proc., n = 76). Mažiausiai pacientų (19,8 proc., n = 20), sergančių AH, pildo AKS dienyną, trečdalis - kiekvieną dieną matuojasi AKS (34,7 proc., n = 35). Po AH nustatymo trečdalis apklaustų pacientų pakeitė savo kasdieninę veiklą: pradėjo sportuoti, bėgioti ar važinėti dviračiu (36,6 proc., n = 37) ir prieš valgydami galvoja apie maisto porcijas ir maisto produktus (37,6 proc., n = 38) (4 lentelė).

4 lentelė. Sergančiųjų arterine hipertenzija savirūpos vertinimas

Nr.	Teiginiai	Taip proc. (n)	Ne proc. (n)	Kartais proc. (n)
1.	Kiekvieną dieną matuoju AKS pagal gydytojo rekomendacijas.	34,7 (35)	31,7 (32)	33,7 (34)
2.	Kiekvieną dieną pildau AKS dienyną.	19,8 (20)	65,3 (66)	14,9 (15)
3.	Reguliariai tikrinu cholesterolio kiekį kraujyje, pagal gydytojo paskyrimą.	49,5 (50)	25,7 (26)	24,8 (25)
4.	Aš galvoju apie maisto porcijas ir renkuosi, ką valgyti.	37,6 (38)	31,7 (32)	30,7 (31)

5.	Aš ribuju maisto kiekį, kuriame daug sočiųjų riebalų (pvz. riebios mėsos, sūrų, gyvulinės kilmės riebalų), nuo tada, kai buvo diagnozuota AH.	46,5 (7)	28,7 (29)	24,8 (25)
6.	Aš nenaudoju papildomai druskos nuo tada, kada man diagnozavo AH, todėl renkuosi mažiau sūrų maistą.	51,5 (52)	20,8 (21)	27,7 (28)
7.	Diagnozavus AH pradėjau daugiau valgyti daržovių ir vaisių.	66,3 (67)	12,9 (13)	20,8 (21)
8.	Gerti dažniausiai renkuosi arbatą, sulčių ir vandenį, o ne kavą.	58,4 (59)	17,8 (18)	23,8 (24)
9.	Sužinojus apie AH, pakeičiau savo kasdieninę veiklą: daugiau judu, pradėjau sportuoti, važinėti dviračiu, bėgioti.	36,6 (37)	31,7 (32)	31,7 (32)
10.	Ribuju alkoholinių gėrimų vartojimą.	76,2 (77)	8,9 (9)	14,9 (15)
11.	Diagnozavus AH neberūkau ar sumažinau surūkomų cigarečių skaičių.	71,3 (72)	19,8 (20)	8,9 (9)
12.	Reguliariai lankausi pas gydytoją.	68,3 (69)	15,8 (16)	15,8 (16)
13.	Kiekvieno vizito metu pas gydytoją, aptariu savo gydymo planą su gydytoju arba slaugytoju.	75,2 (76)	11,9 (12)	12,9 (13)
14.	Visuomet su gydytoju arba slaugytoju išsiaiškinu, kas man yra neaišku.	86,1 (87)	3,0 (3)	10,9 (11)
15.	Aš klausinėju gydytojų, slaugytojų, artimųjų, kur aš galiu daugiau sužinoti apie AH.	51,5 (52)	18,8 (19)	29,7 (30)
16.	Aš pasiteirauju artimųjų, draugų, kitų pacientų, kaip jie sugeba ir kokius metodus naudoja kontroliuojant padidėjusį AKS.	54,5 (55)	14,9 (15)	30,7 (31)
17.	Domiuosi ir ieškau informacijos apie nemedikamentines ir profilaktikos priemones, AKS kontroliuoti.	54,5 (55)	16,8 (17)	28,7 (29)

Palyginus savirūpos sąsajas su lytimi, nustatyta, kad patikimai daugiau moterų nei vyrų ( $n = 26$  ir  $n = 9$ ,  $p = 0,019$ ) kiekvieną dieną matuoja AKS, kaip nurodė gydytojas bei patikimai daugiau moterų nei vyrų riboja alkoholinių gėrimų vartojimą ( $n = 51$  ir  $n = 26$ ,  $p = 0,016$ ). Tarp kitų savirūpos aspektų ir lyties patikimų skirtumų nerasta.

Visi (100 proc.,  $n = 101$ ) apklausti pacientai vartoja medikamentus, skirtus AKS kontrolei, tačiau tyrimo metu nustatyta, kad trečdalis pacientų (36,6 proc.,  $n = 37$ ) kartais pamiršta išgerti jiems paskirtus medikamentus (5 lentelė).

**5 lentelė. Sergančiųjų AH medikamentų, skirtų AKS kontroliuoti, režimo laikymasis**

Nr.	Teiginiai	Taip Proc. ( n )	Ne Proc. ( n )	Kartais Proc. ( n )
1.	Ar būna taip, jog kartais pamirštate išgerti tabletę nuo padidėjusio AKS?	36,6 (37)	40,6 (41)	22,8 (23)
2.	Ar būna taip, jog kartais nepasirūpinate galimybe laiku išgerti vaistus nuo padidėjusio AKS (pvz. nepasiimate vaistų išvykdamas kelioms dienoms ir pan.).	25,7 (26)	53,5 (54)	20,8 (21)

3.	Ar būna taip, kad kai jaučiatės geriau, negeriate tablečių nuo padidėjusio AKS?	26,7 (27)	60,4 (61)	12,9 (13)
4.	Ar būna taip, kad išgėrę tabletes nuo padidėjusio AKS pasijuntate blogai ir nutraukiate jų vartojimą?	29,7 (30)	54,5 (55)	15,8 (16)

## Diskusija

Pacientams svarbu žinoti apie savo ligą. Nuo žinių priklauso gebėjimas pasirūpinti savo sveikata. Pakistane atlikto tyrimo metu nustatyta, kad sergančiųjų AH žinios apie ligą ir jos valdymą yra „nepakankamos“; tyrime nustatyta, kad žinių lygis turi sąsajų su vyriška lytimi, nekontroliuojama AH ir etniškumu [28]. Priešingus duomenis pristato Jamaikos lignoninėje atliktas tyrimas. Nustatyta, kad pacientų žinių apie AH vidurkis buvo „labai geras“ ir padaryta išvada, kad turimos žinios apie AH mažai įtakoja pacientų savirūpą [29]. Kanados specialistai nustatė, kad nors dauguma pacientų gerai žinojo apie AH, tačiau jiems trūko žinių apie medikamentų vartojimą ir sveikos gyvensenos suderinamumą, gydymo režimą [19].

Pacientų sveikatos raštingumas turi sąsajų su mokymu ir AH žiniomis bei žinių įsisavinimu [30]. Atlikus tyrimą Pietų Irane, nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistai turėtų sustiprinti savo veiklą, siekiant pagerinti pacientų žinių lygį. Didžiausią dėmesį specialistai turėtų skirti AH rizikos veiksnių koregavimui, medikamentų vartojimui, sveikai mitybai bei fiziniam aktyvumui [31]. Lietuvoje vykdyto projekto „Visuomenės žinios apie arterinę hipertenziją“ pacientų apklausos duomenimis, žinios apie AH yra „vidutinės“ ir tiesiogiai priklauso nuo išsilavinimo, lyties ir ligos trukmės [32]. Mūsų tyrimo metu pacientai žinias apie AH ir AKS įsivertino „vidutiniškai“, o įvertinus testo atsakymus, žinios įvertintos  $7,5 \pm 1,2$  balo, t.y. „vidutiniškai“. Moterys ir vyrai savo žinias vertina panašiai ir jų vertinimo vidurkiai statistiškai nesiskiria. Pacientų amžius taip pat neturėjo sąsajų su jų žinių vertinimo balu. Tuo tarpu Gorbačevskaja N. nustatė, kad sergančiųjų AH žinios apie ligą ir gyvenseną yra nepakankamos, o daugiausiai apklaustieji žinių gauna skaitydami mokomąją literatūrą, mažiausiai - iš slaugytojų [33].

AH yra sudėtinga liga. Sveika gyvensena, rizikos veiksnių mažinimas yra labai svarbios sąlygos, gydant šią ligą ir siekiant geresnės pacientų savirūpos. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad patys pacientai savo savirūpą įvertina „vidutiniškai“. Dauguma pacientų pirmiausia, rūpindamiesi savo sveikata, stengiasi išsiaiškinti, kas jiems yra neaišku apie ligą, paskirtą gydymą su gydytoju ar slaugytoju. Jarl J. ir kt. nustatė, kad dauguma pacientų jau būna informuoti ir žino apie AH bei sveiką gyvenseną [34]. Pacientai tiki, kad liga gali būti valdoma, bet daugelis pacientų vis dar nesilaiko sveikos gyvensenos ypatumų. Tai rodo, kad pacientai yra nepakankamai konsultuojami, todėl reikia gerinti medicinos personalo konsultavimo įgūdžius ir pasitikėjimą savimi, kad veiksmingai teiktų konsultavimo paslaugas pacientams. Toks modelis, pagrįstas medicinos personalo ir paciento auklėjimu, gali prisidėti prie pacientų, sergančių AH, sveikatos priežiūros gerinimo [34]. Šio tyrimo duomenis patvirtina Sarmugam R. ir Worsley A. atlikta literatūros analizė apie druskos vartojimą. Nustatyta, kad pacientų žinios apie druskos vartojimą yra blogos [35].

Huanhuan H. ir kt. nustatė, kad vyresnio amžiaus moterys, kurios ilgiau serga AH, geriau rūpinasi savimi. Socialiniai ir kultūriniai veiksniai turi įtakos pacientų rūkymui ir alkoholio vartojimui. Taip pat nustatyta, kad sergančiųjų trumpesnę laiką ir jaunesnio amžiaus pacientų savirūpa yra blogesnė [36]. Mūsų tyrimo duomenimis nustatyta, kad sergančiųjų lytis turėjo sąsajų su šiomis savirūpos veiklomis: daugiau moterų nei vyrų kiekvieną dieną matuoja AKS ir riboja alkoholinių gėrimų vartojimą.

Dažniausiai sergantys AH vartoja medikamentus ligai kontroliuoti. Literatūroje akcentuojama, kad medikamentų režimo laikymasis tampa vis didesnė problema tarp sergančiųjų lėtinėmis ligomis, tarp kurių yra ir AH. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad visi apklaustieji vartoja medikamentus, skirtus AKS kontrolei, tačiau trečdalis (36,6 proc.,  $n = 37$ ) „kartais“ pamiršta išgerti jiems paskirtus medikamentus. Atėnuose atlikto tyrimo metu nustatyta, kad medikamentinio režimo nesilaiko tie pacientai, kurie turi gerti medikamentus daugiau nei vieną kartą per dieną [25].

Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros centruose atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis du trečdaliai apklaustų pacientų nesilaikė skirto medikamentinio AH gydymo. Dažniausia medikamentinio režimo nesilaikymo priežastis buvo užmaršumas [26]. Taigi, svarbus veiksnys laikantis medikamentinio režimo yra ne tik užmaršumas, bet ir medikamentų kiekis bei dozės.

Siekiant geresnio sergančiųjų AH žinių lygio ir savirūpos, svarbios yra mokymo programos, kurios pacientams suteikia galimybes gauti daugiau jiems reikalingos informacijos apie jų ligą, gerina žinias, prevenciją, kaip kontroliuoti savo ligą ir stebėti jos pokyčius. Tai patvirtina tyrėjai, vykdę mokymo programą Kalifornijoje, kurioje dalyvavo sergantieji AH ir turėjo antsvorio arba buvo nutukę. Tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojai gali puikiai motyvuoti, ugdyti, suteikti žinių šiems pacientams, taikant programą, kurios metu vyksta grupiniai užsiėmimai apie dietinę mitybą esant dideliame kraujospūdžiui (DASH), fizinį aktyvumą. Po mokymo programos pastebėta, kad pacientų vidutinis mitybos ir fizinio aktyvumo lygis yra gerokai didesnis, nei prieš pradedant programą. Taip pat nustatyta geresni sergančiųjų AH gebėjimai valdyti savo ligą, o per du mėnesius, kol vyko programa, net 77 proc. dalyvavusių programoje neteko papildomo kūno svorio [28]. Atlikus mokymo programą Irane, nustatyta, kad mokymo programa turi teigiamą poveikį sveikos gyvensenos įpročių keitimui ir AH kontrolei. Mokymo programa yra svarbi AH valdymui. Dalyvavusių pacientų žinių lygis apie AH pagerėja nuo 2,77 iki 7,99 balų bei pasikeitė sveikos gyvensenos rodikliai, kurių vidurkis padidėjo nuo 3,15 iki 4,53 [37]. Interaktyvūs užsiėmimai, kurių metu patys dalyviai aktyviai išitraukia į įvairias vizualines sveikatos mokymo priemones (karikatūras, animacijas, mitybos modelius ir kt.) yra efektyviausia mokymo programa sergantiesiems AH, gerinant pacientų žinias apie ligą ir mažinant komplikacijų grėsmę [38]. Taip pat informacijos teikimas pacientams, laukiantiems prie gydytojų kabinetų, ne tik padidina žinių lygį, bet ir pagerina ligos kontrolę [39].

### Išvados

1. Sergančiųjų arterine hipertenzija žinios apie ligą ir jos valdymą yra vidutiniškos. Kuo mažesnę arterinę kraujo spaudimą turėjo sergantieji, tuo geriau vertino savo žinias apie ligą ir jos valdymą.
2. Sergantieji arterine hipertenzija savirūpą vertino vidutiniškai. Daugiau moterų nei vyrų kiekvieną dieną matuoja arterinę kraujo spaudimą ir riboja alkoholinių gėrimų vartojimą.

### Literatūra

1. Alison, J.J., Nguyen, H.L., Ha, D.A., et al. (2016). Culturally adaptive storytelling method to improve hypertension control in Vietnam - „We talk about our hypertension“: study protocol for a feasibility cluster – randomized controlled trial. *Trials*, 17 (26): 1-9. Retrieved from <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-1147-6>.
2. Metelska, J., Nowakowska E., Kus, K., et al. (2011). Evaluation of the knowledge of primary healthcare patients in Poland on the prevention of hypertension: A community study. *Public Health*, 125(9), 616-625.
3. World Health Organization. Cardiovascular disease. Retrieved from [http://www.who.int/ctelskaardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/ctelskaardiovascular_diseases/en/).
4. Kastys, J. (2010). Gyvenimo kokybė – iššūkis gydant arterinę hipertenziją. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, (2), 36-38.
5. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2013. Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys. Vilnius; 2013.
6. Steurer-Stey, C., Zoller, M., Moshinsky, C.C., et al. (2010). Does a colour - coded blood pressure diary improve blood pressure control for patients in general practice: The CoCo trial. *Trials*, 11:38 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873272/>.
7. Skirpstūnaitė, R. (2007). Sergančiųjų širdies nepakankamumu žinių ir savirūpos įvertinimas. (Magistro darbas). Gauta iš [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2007~D\\_20070803.100103-14939/DS.005.0.02.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2007~D_20070803.100103-14939/DS.005.0.02.ETD).

8. Vesterdal, A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius: Charibdė; 1996.
9. Brožaitienė, J., Žiliukas, G., Staniūtė, M. (2011). Sergančiųjų širdies ligomis slaugos diagnozės. Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
10. Blaževičienė, A. ir kt.(2013). Klinikinė slauga. Vadovėlis. Vilnius: BMK leidykla.
11. Ulm K, et al. (2010). Effect of an intensive nurse – managed medical care programme on ambulatory blood pressure in hypertensive patients. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 103(3),142-9. Retrieved from <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213610000446>>.
12. Zagurskienė, D, Misevičienė, I. (2008). Pacientų sveikatos raštingumo ir slaugytojų jiems teikiamos informacijos vertinimas. *Sveikatos mokslai*, 3:1594-1598.
13. Breaux-Shropshire, T.L, Brown, K.C, Pryor, E.R., et al. (2012). Relationship of Blood Pressure Self-Monitoring, Medication Adherence, Self-Efficacy, Stage of Change, and Blood Pressure Control Among Municipal Workers With Hypertension. *Workplace Health & Safety*, 60(7):303-311 Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810423/>>.
14. Jessani, S., et al. (2005). Prevention of cardiovascular disease in clinical practise: The Joint British Societies‘(JBS 2) guidelines. *Journal of Human Hypertension*. 91(5);v1-v52. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1876394/>.
15. Wang, Y.,Kong, De-Gui, Ma Long-Le, et al. (2013). Patient related factors for optimal blood pressure control in patients with hypertension. *African Health Sciences*,13(3):579-583 Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3824450/>>.
16. Baral-Grant S., Hague M.S., Nouwen A, et al. (2012). Self-Monitoring of Blood Pressure in Hypertension: A UK Primary Care Survey. *International Journal of Hypertension*, doi:10.1155/2012/582068; Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195273/>>.
17. Baronaitė-Dūdonienė, K., Šakalytė, G. (2013). Arterinio kraujo spaudimo matavimo rekomendacijos. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, 6:17-20.
18. Parati, G., Omboni, S., Albini, F., et al. (2009). Home blood pressure telemonitoring improves hypertension control in general practice. The TeleBPCare study. *Journal of hypertension*,27:198-203 Retrieved from <[http://www.gnmhealthcare.com/pdf/12-2008/29/1694880\\_Homebloodpressuretelemoni.pdf](http://www.gnmhealthcare.com/pdf/12-2008/29/1694880_Homebloodpressuretelemoni.pdf)>.
19. Drawz, P.E. Blood Pressure Measurement: Clinic, Home, Ambulatory, and Beyond (2012). *Am J Kidney Dis*. 60(3):449-462 Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128481/>>.
20. Lauziere, Therese A., et al. (2013). Effects of an Interdisciplinary Education Program on Hypertension: A Pilot Study. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(1):12-18.
21. Heymann, A.D., Gross, R., Tabenkin, H, et al. (2011). Factors Associated with Hypertensive Patients‘ Compliance with Recommended Lifestyle Behaviors. *Israel Medical Association Journal*,13:553-557 Retrieved from <<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/40/20027.pdf>>.
22. Marozienė, D. (2007). Kineziterapijos ir dietos poveikis sergantiems hipertonine liga, (Magistro darbas). Kaunas.
23. Rigsby, B.D. (2011). Hypertension Improvement through Health Lifestyle Modifications. *The ABNF Journal*, 22(2):41-43.
24. Jones, D.E., Carlson, K.A., Bleich, S.N, et al. (2012). Patient Trust in Physicians and Adoption of Lifestyle Behaviors to Control High Blood Pressure. *Patient Education & Counseling*, 89(1):57-62 Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462260/>>.
25. Stavropoulou, C. (2015). Perceived information needs and non-adherence evidence from Greek patients with hypertension. *Health Expectations*, 15(2):187-196. Retrieved from <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2011.00679.x/abstract>>.
26. Sveikata, A., Marozienė, L., Borkienė, K. (2011). Sergančiųjų pirmine arterine hipertenzija laikymosi gydymo režimo įtaka kraujospūdžio kontrolei. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 15(7):514-520.

27. Čeikauskienė, D. (2010). Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių kontrolė pacientų požiūriu pirminės sveikatos priežiūros centre. Magistro diplominis darbas. Kaunas.
28. Almas, A., Godil, S.S., Lalani, S., et al. (2012). Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Research Notes*, 5: Retrieved from <<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/579>>.
29. Eugene, V., Bourne, P.A. (2013). Hypertensive patients: knowledge, self-care management practices and challenges. *Journal of Behavioral Health*, 2(3):259-268. Retrieved from: <<http://www.scopemed.org/?mno=26945>>.
30. Pandit, A.U., et al. (2009). Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Education and Counseling*, 75:381-385.
31. Motlagh, S.F.Z., et al. (2015). Knowledge, Treatment, Control, and Risk factors for hypertension among Adults in Southern Iran. *International Journal of Hypertension*, 1-8.
32. Šakalytė, G., Babarskienė, R.M., Baronaitė-Dūdonienė, K., Karaliūtė, R. (2013). Lietuvos gydytojų ir pacientų žinios apie arterinę hipertenziją. *Visuomenės sveikata*, 4(63):47-51.
33. Gorbačevskaja, N. (2007). Sergančiųjų arterine hipertenzija gyvenimo būdo vertinimas. (Slaugos magistro baigiamasis darbas). Vilnius.
34. Jarl, J., et al. (2014). Supporting cardiovascular risk reduction in overweight and obese hypertensive patients through DASH diet and lifestyle education by primary care nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 26: 498–503.
35. Sarmugam, R., Worsley, A. (2014). Current Levels of Salt Knowledge: A Review of the Literature. *Nutrients*, 6:5534-5559 Retrieved from <http://www.mdpi.com/2072-6643/6/12/5534>.
36. Huanhuan, Hu, Li G., Arao, T. (2013). Prevalence Rates of Self-Care Behaviors and Related Factors in a Rural Hypertension Population: A Questionnaire Survey. *International Journal of Hypertension*, Article ID 526949: 1-8. Retrieved from <<http://www.hindawi.com/journals/ijhy/2013/526949/>>.
37. Babae, Beigi M.A., et al. (2014). The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. *International Cardiovascular Research Journal*, 8 (3) : 94-98 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4109043/>.
38. Lu C.H., Tang S.T., Lei Y.X., et al. (2015). Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*, 15:33. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25631224>.
39. Tang, Y.H., Hung C.H., Chen H.M., et al. (2015). The Effect of Health Education on Taiwanese Hypertensive Patients' Knowledge and Cognition of Stroke. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(2):116-125. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817269>.

### Summary

Arterial hypertension or elevated arterial blood pressure is one of the topical issues in public health. Hypertension is problematic not only because of its prevalence and danger of complications, but also because of the negligent attitude that part of patients have of hypertension treatment, which often is due to knowledge shortage about this disease. The aim of this article is to assess knowledge and self-care of hypertensive patients. Patients assess their knowledge of hypertension as „average“ ( $7,0 \pm 1,5$ ); after assessment of patient response to provided statements, patient knowledge level is also assessed as average ( $7,5 \pm 1,2$  points). Hypertensive patients demonstrated best knowledge about special diet, which reduces blood pressure by 8-14 mmHg, and smoking, which increases blood pressure (93.1%, n = 94). More than half of patients (59.4%, n = 60) marked incorrect answers related to the benefits of weight loss, potassium intake and physical exercise for lowering of blood pressure (62.4%, n = 63).

Most patients try to get involved in self-care. Only 19.8% (n=20) fill arterial blood pressure diary. All surveyed patients take medications for arterial blood pressure control but one third of them sometimes forget to take in. The main reason for medication use regimen noncompliance is



forgetfulness (36.6%, n = 37). Comparing self-care in terms of gender, reliably more females than males (n = 26 and n = 9, p = 0.019) measure their blood pressure daily, as instructed by their doctor. Also, reliably more females than males limit their alcohol consumption (n = 51 and n = 26, p = 0.016).

**Key words:** arterial hypertension, arterial blood pressure, self-care, knowledge.

Kontaktai:

**Justina Zaveckaitė**

LSMU MA Slaugos ir rūpybos katedra

justinazavedskaite@gmail.com

**dr. Daiva Kriukelytė**

LSMU MA Slaugos ir rūpybos katedra

kr.daiva@gmail.com

# SLAUGYTOJŲ DARBO PRINCIPAI, SPRENDŽIANT PSICHOLOGINES MIRŠTANČIO PACIENTO PROBLEMAS THE PRINCIPLES OF NURSES' WORK IN SOLVING PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF THE DYING PATIENT

**Silvija Trapnauskaitė**  
VšĮ Utenos ligoninė (Lietuva)  
**Danguolė Šakalytė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

## Santrauka

18

Priešmirtinė pacientų priežiūra yra neatsiejamą nuo psichologinės sveikatos poreikių užtikrinimo, tačiau vis dažniau tyrimais yra nustatoma, kad slaugytojai linkę koncentruotis į fizinę paciento gerovę, techninį darbą, o į psichoemocinius ir dvasinius mirštančiojo poreikius dėmesys yra mažiau kreipiamas. Straipsnyje pateikto tyrimo tikslas – atskleisti slaugytojų darbo principus, sprendžiant psichologines mirštančio paciento problemas.

Atliktas kokybinis fenomenologinis tyrimas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje, taikant šių metodų trianguliaciją: giluminį, pusiau struktūruotą, 15 klausimų interviu su 5 slaugytojais, stebėjimą, literatūros analizę. Pagal interviu metu gautus atsakymus rašytas analitinis memos.

Tyrimo rezultatai leido padaryti šias pagrindines išvagas: sąmoningi pacientai prieš mirtį patiria daugybę psichoemocinių problemų, todėl visų slaugytojų pareiga – suteikti mirštančiajam visapusišką, ankstyvą pagalbą iki pat paskutinės jo gyvenimo akimirkos. Parama neturėtų būti siūloma priverstinai, nes kiekvieno asmens poreikiai yra skirtingi, todėl labai svarbus slaugytojų požiūris į netektį ir žmogaus egzistenciją, sugebėjimas slaugos procese būti empatišku ir atskirti fizinį kūną nuo sielos, bendraujant žodžiais ir kūno kalba įsiklausyti į paciento ir jo šeimos dvasinius poreikius bei juos patenkinti, skatinti nebijoti savo jausmų, taip, kad pacientas jaustųsi drąsus ir visavertis asmuo savo mirties akivaizdoje. Atliktas tyrimas suteikia galimybę tobulinti asmeninę psichologinę ir dvasinę kompetenciją, susimąstyti apie tikrąsias gyvenimo vertybes, atkreipti dėmesį į tai, kokia trapi yra žmogaus gyvybė ir kokią vertę ji įgauna paskutinėmis žemiškojo gyvenimo akimirkomis. Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės slaugytojų išsakyti jausmai, išgyvenimai, pastabos ir lūkesčiai leidžia lengviau identifikuoti bei ieškoti psichoemocinių problemų sprendimo būdų.

**Raktažodžiai:** egzistencinė žmogaus gerovė, mirštančiojo slaugos poreikiai, paliatyvioji slauga, psichologinė pagalba.

## Įvadas

Mirimo, mirties ir netekties supratimas yra labai svarbus sveikatos profesionalams, ypač slaugytojams, jeigu norima mirštantiesiems ir netektį patiriantiems žmonėms suteikti tinkamą ir kvalifikuotą pagalbą. Paciento gyvenimo pabaigoje yra svarbūs ne tik biologiniai poreikiai, bet ir psichologinės, dvasinės problemos. Darbas su mirštančiais pacientais, jų šeimos nariais ir artimaisiais reikalauja gerų profesinių žinių, noro ir gebėjimo atiduoti dalelę savęs. Pasaulyje yra pasikeitęs požiūris į mirštantį žmogų, medicinos pagalba mirštančiajam fokusuota ir orientuojama į asmenybę. Pradėta kalbėti ne tik apie mirštančiojo gyvenimo kokybę šiuo išskirtiniu laikotarpiu, bet ir apie paciento dvasinę būklę bei egzistencinius dalykus, orientuojamasi į pagarbą žmogaus orumui iki pat jo paskutinės gyvenimo akimirkos. Todėl paliatyviosios pagalbos sistema mūsų šalyje privalo egzistuoti ne tik kaip nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos bei kultūros dalis, bet ir kaip bendražmogiškoji vertybė, nes kiekvienas žmogus anksčiau ar vėliau susidurs su mūsų visų neišvengiama tikrove – mirtimi [6, 13].

Slaugytojai užima itin svarbią vietą prižiūrint pacientus visuose sveikatos priežiūros lygiuose, ir jų vaidmuo ypač išryškėja žmogaus gyvenimo pabaigoje. Slaugytojas su mirštančiuoju susijęs dėka savo profesinių ir asmeninių žinių bei patirties. Slaugydami pacientą paskutinėmis jo gyvenimo akimirkomis, jie patiria didžiulę psichologinę įtampą, o darbo praktikoje su mirtimi ir kitais sunkiais įvykiais (paciento kančios, skausmas ir pan.) susiduriama labai dažnai. Slaugytojai dalyvauja tiek žmogui gimstant, tiek jo gyvenimo pabaigoje ir atlieka pagrindinį vaidmenį slaugydami mirštantį pacientą. Šis saitas įgalina slaugytojus suprasti mirštančio paciento poreikius ir juos patenkinti. Artėjant mirčiai, pacientui reikalinga visapusiška parama, nes mirties akivaizdoje jaučiama baimė, nerimas, vienišumo bei nežinomybės jausmas. Slaugant mirštančiuosius svarbiausia padėti žmogui visavertiškai gyventi iki pat paskutinės akimirkos. Net jei žmogus negali pasveikti, slaugytojai gali daryti poveikį dvasinei sveikatai, pasirengimui ir susitaikymui su mirtimi tiek pacientui, tiek šeimai [7].

Terminalinės būklės pacientų slauga ir pagalba gyvenimo pabaigoje yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų. Ji tampa vis aktualesnė, nes Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sparčiai didėja vyresnio amžiaus asmenų ir sergančiųjų onkologinėmis ligomis žmonių skaičius, taip pat didėja paliatyviosios pagalbos poreikis. Paliatyviosios medicinos esminiu uždaviniu tampa ne tik fiziologinė, bet ir psichosocialinė, egzistencinė žmogaus gerovė, siekiant kuo labiau pagerinti likusio gyvenimo kokybę. 2015 m. atlikto tyrimo vienoje Vilniaus miesto ligoninių rezultatais nustatyta, kad slaugytojai, teikdami priešmirtinę pagalbą, dažniausiai koncentruojasi ties techniniu darbo atlikimu, vengia artimo bendravimo su pacientais ar šeimos nariais, ypač kai artimieji pradeda klausinėti apie paciento prognozę ir mirimo procesą. Slaugant mirštančius pacientus stengiamasi mažiau koncentruotis į psichologinę ir dvasinę pagalbą, o dėmesį koncentruoti į fizinę paciento gerovę, skausmo kontrolę, o mirties temos vis dar siekiama išvengti.

Straipsnio autorių nuomone, sukaustyti savo profesionalaus požiūrio į gyvenimą ir mirtį, sveikatos priežiūros specialistai gydo, slaugo bei prižiūri iki paskutinės minutės paciento fizinį kūną, rūpinasi pagrindinių paciento gyvybinių veiklų užtikrinimu, bet dažniausiai bėga nuo žmogiškojo dėmesio, stengiasi pamiršti, kad galbūt jau rytoj paciento gyvųjų pasaulyje nebebus, o žodis „mirtis“ yra tiesiog ignoruojamas. Juk slaugytojo sąvoka apima ne tik žmogų, kuris atlieka tam tikras medicinines intervencijas. Tai unikali galimybė pabūti tuo, kuris sunkiausiu momentu gali palaikyti už rankos, išklausti tada, kai nebus kam to padaryti. Taip pat labai svarbus slaugytojų supratimas, kad dvasinių poreikių tenkinimas ir holistinis požiūris į žmogų yra dalis slaugymo meno, kuris nėra matuojamas tuo, ar pacientas miršta ar ne, bet kuriam svarbiausia, kaip pacientas miršta. **Tyrimo problema** apima šiuos klausimus: 1) Kokias psichoemocines būsenas patiria mirštantys pacientai?; 2) Kokie pagrindiniai slaugytojų veiklos principai, sprendžiant psichologines mirštančiųjų problemas?

Straipsnyje pateikto tyrimo tikslas – atskleisti slaugytojų darbo principus, sprendžiant psichologines mirštančio paciento problemas.

### Gyvybės ir mirties reikšmės slaugoje specifika

Mirimas verčia pajusti gyvenimo baigtumo jausmą. Mes gimstame pasaulyje, kuriame visi kada nors miršta [9], tačiau technologinis medicinos progresas sukūrė prielaidas pratęsti žmogaus egzistavimą. Šiuolaikinės reanimatologijos laimėjimai leidžia žmogų grąžinti į gyvenimą po kvėpavimo ir širdies darbo sustojimo, t.y. tęsti jo gyvybę gana ilgai naudojant dirbtinio kvėpavimo aparatą, dirbtinį inkstą, kardiostimuliatorių, širdies vožtuvų protezus ir kita [3]. Be to, civilizacija pakeitė ir santykius su mirštančiaisiais. XIX – XX a. viduryje vyravo nuostata, kad mirštančiajam yra geriausia namų aplinka, kur kartu su savo artimaisiais jis galėdavo ramiai ir oriai sutikti mirtį. Tokią mirtį pavadino prijaukinta mirtimi. Dabar mirties vieta pasikeitė. Išstumus žmogų iš jo įprastos natūralios aplinkos ir paskubomis paguldžius į palatą tarp svetimų žmonių, mirtis pasidarė daug niūresnė, nuasmeninta, todėl, norint apsaugoti tik nuo fizinių kančių, žmogus yra pasmerkiamas daug didesnėms emocinėms kančioms. Labai svarbus slaugytojų sugebėjimas suvokti tą plonytę giją tarp gyvenimo ir mirties, kuri turi būti palaikoma sugebėjimu įsijausti į

konkrečią situaciją, mokėjimu būti empatišku ir pažvelgti į pasaulį paciento, kurio laikas vis senka akimis.

Žmogus skiriasi nuo gyvūnų, nes suvokia savo mirtingumą. Tačiau nei vienas žmogus nėra visiškai įsisąmoninęs savosios mirties neišvengiamybės, nes kitaip jo emocijos nesiskirtų nuo mirčiai pasmerktojo nuotaikų. Gyvenimas yra vertybė ir ši tiesa ryškiausiai suvokimo laipsnį pasiekia mirties akivaizdoje. Sunkiai sergantys ir slaugomi pacientai bei jų artimieji, išgyvendami ligos sukeltus gyvenimo pokyčius bei neišvengiamą mirties artėjimą, nori matyti gyvenimo prasmę turbūt daug labiau nei kuriuo kitu jų gyvenimo laikotarpiu. Radikaliai pasikeitusi namų situacija, nežinomybė ir laukimas, gyvenimo normų pokyčiai, beviltiškumas prieš žmogiškąją baigtį tampa nauju gyvenimo etapu, turinčiu savo turinį bei prasmę, savo išgyvenimus, mąstymą ir siekimus [2].

Šis procesas pakeičia asmenų gyvenimus visomis prasmėmis. Tiek mirštantis pacientas, tiek jo artimieji, prisitaikydami prie artėjančios mirties, išgyvena mirimo (gedėjimo) ir emocines stadijas. Pirmiausia išgirdę apie nepagydomą ligą ar artėjančią mirtį, pacientas ir jo šeimos nariai patiria didelį šoką. Pradedama neigti, kad gal gydytojas apsiriko ar, kad jų tyrimus supainiojo su kito paciento tyrimais. Pacientai ir jų artimieji nebesitiki gydytoju ir kreipiasi į kitus specialistus, pradeda lankytis pas ekstrasensus ar „šamanus“, ieškodami kito, palankaus jiems atsakymo. Kai visgi diagnozė ir prognozės pasitvirtina, atsiranda pyktis. Pacientas su savo šeima ar artimaisiais nemotyvuotai pyksta ant visų ir visko. Pradedama kilti įvairūs klausimai: „kodėl man, o ne jam ar kitam?“, „ką aš blogo padariau?“. Pyktis – stipri emocija, kuri pasireiškia psichologiniu, dvasiniu skausmu. Pacientui esant tokioje būsenoje, svarbu priimti jo pyktį, leisti jam jį išsakyti ir išreikšti. Tai natūrali reakcija nenatūralioje žmogui situacijoje. Tokiu metu reikia išklausti pacientą, nes šiuo atveju jis labiausiai pyksta, reikia skatinti žvelgti į priekį – ateitį, o ne į praeitį. Esant tokiai situacijai, svarbu nepalikti žmogaus vieno [5]. Taigi, mirtinai sergančiam žmogui labai reikia žmogiškos globos, kuri nieko nekainuoja: gydytojai ir slaugytojai yra pašaukti šiomis aplinkybėmis įnešti savo kvalifikuotą indėlį, galintį būti veiksmingesniu už bet kuriuos vaistus.

Nepagydomai sergančių pacientų savijautai blogėjant ypač svarbus slaugytojų vaidmuo, nes jie turi suteikti ne tik dvasinę pagalbą, bet ir profesionaliai rūpintis pagrindiniais pacientų gyvybiniais procesais. Silpnėjant šiems procesams, didėja slaugomų pacientų priežiūros poreikis, kuris privalo būti patenkintas medicininio, psichologinio, socialinio ir dvasinio aspektais [5].

*Teigtina, kad mirimas ir mirtis – tai patirtis, kurios neišvengti slaugytojo darbe. Šis procesas visuomet palieka tam tikrus jausmus, išgyvenimus ir patirtį. Egzistencijos trapumo, laikinumo bei nežinomybės pojūtis suteikia unikalią galimybę pažvelgti į viską kitu kampu, susimąstyti apie tai, ko verta žmogaus gyvybė, ar visi medicinos darbuotojai yra pakankamai kompetetingi, susidūrę su kritiniu paciento periodu, o gal to mokomasi visą gyvenimą? Kaip gyvenimas, taip ir mirtis yra individuali: vieni šį jausmą priima kaip natūralų ir neišvengiamą procesą, kitiems jis sutrikdo gyvenimą daugeliui metų. Taigi galima prieiti prie išvados, kad visą gyvenimą dirbti medicinos srityje yra talentas, kurio nesuvaidinsi ir, kaip pavyks susigyventi su netektimi, priklauso nuo individualių savybių, supančios psichosocialinės aplinkos bei asmeninio sugebėjimo susitaikyti su aplinka. Mirtis – neišvengiamas įvykis, nepaliekantis nė vieno abejingo ir su kuriuo yra tiesiogiai susijęs vienas svarbiausių medicinos darbuotojų – slaugytojas. Kad ir kokia pažangi medicina bebūtų, deja, ji visada pralaimi kovą su mirtimi. Humaniškos priežiūros teikimas, likusio gyvenimo kokybė ir psichologiniai aspektai tampa pagrindine paliatyvios medicinos dalimi. Noras kuo labiau padėti mirštančiajam, nutraukti skausmą, neturi virsti noru žudyti ar padėti išeiti iš gyvenimo savo noru. Mirtis – nėra išeitis. Kiekviena gyvybė yra vertybė. Žmogus atėjo į gyvenimą ne savo noru, negavo kažkokio specialaus pakvietimo ar bilieta gyventi, todėl niekas neturi teisės pasiduoti ir pasirinkti savo mirties datą, o ypač leisti ją parinkti kitiems. Slaugytojų veikla slaugant mirštančius pacientus turi būti sukoncentruota ne į ankstyvą mirtį, o į tinkamą dvasinių poreikių tenkinimą, svarbiausių individo gyvybinių veiklų užtikrinimą, kad pacientas patirtų kuo mažiau kančių ir garbingai išeitų iš gyvenimo. Pacientų, kurie pralaimi kovą su liga bloga savijauta neturi būti nenatūralaus gyvenimo nutraukimo pasekmė, todėl slaugytojai ir kiti medicinos darbuotojai turi dėti visas pastangas, kad tas kančias sumažintų, ypač kai šiuolaikinė medicina pakankamai pažengusi, jog nepagydomas pacientas net paskutinėmis gyvenimo valandomis nejustų maksimalaus*

*skausmo. Dėl to paliatyvios slaugos metu yra organizuojamas komandinis darbas, užtikrinantis ne tik paciento, bet ir jo artimųjų socialinius, fizinius, psichologinius poreikius, bei padedantis kuo efektyviau išnaudoti likusį paciento laiką.*

### **Psichologiniai mirštančių pacientų slaugos aspektai**

Elisabeth Kubler – Ross išskiria penkis sielvarto etapus, kuriuos patiria žmonės, sergantys nepagydomomis ligomis bei susidurdami su mirtimi. Autorė tyrė ir analizavo mirties procesą bei psichinę – dvasinę mirštančiųjų elgseną, išvardijo priešmirtines būsenas, kurias paprastai patiria mirštantis žmogus. Atsižvelgiant į mirštančiojo nusiteikimą ir dvasinį išsivystymą, šie etapai kartais ilgesni, kartais trumpesni, ir net gali vėl pasikartoti. Šis procesas prasideda, kai žmogus pirmą kartą susiduria su artėjančia mirtimi, tikėtinu mirties faktu [8].

Pirmas etapas – **neigimas ir izoliacija**. Neigimas būdingas ir tiems, kuriems apie ligą buvo pasakyta tiesiogiai, ir tiems, kurie po kurio laiko patys priėjo šią išvadą. Pacientas šiame etape gali teigti, kad buvo supainiotos rentgeno nuotraukos, prašyti dar ir dar kartą iširti, nors iš dalies supranta, kad pirmoji diagnozė teisinga. Pacientas stengiasi pasirodyti laimingas, apgaudinėja save. Neigimas tarsi sušvelnina netikėtą, sukrečiančią žinią, leidžia pacientui susikaupti ir su laiku imtis ne tokios radikalių gynybos. Tačiau tai nereiškia, kad tas pats pacientas vėliau nenorės su kuo nors pasikalbėti apie savo artėjančią mirtį, nejaus pasitenkinimo ir palengvėjimo [8]. *Daroma prielaida, kad kalbėtis su pacientu apie mirtį reikia gerokai prieš jai ateinant, jei tik pats sergantis leidžia suprasti to norįs. Psichologiškai pasiruošęs, daugiau jėgų ir žinių turintis žmogus mažiau bijo artėjančios mirties, gali ramiau jos laukti, kai ji dar „už daugelio mylių“.*

Antras etapas – **pyktis**. Pyktis, įniršis, agresija ir pagieža jaučiami nustačius lemtingąją diagnozę, kai neigti ilgiau nebegalima. Ir šeimos nariams, ir sveikatos priežiūros institucijų darbuotojams įveikti pykčio protrūkius daug sunkiau nei neigimo etapą, nes pyktis liejamas į visas puses, kartais nukreipiamas į tuos, kurie pasitaiko po ranka. Atėjusi aplankyti šeima sutinkama be jokio džiaugsmo – pasimatymas visiems virsta skausmingu įvykiu. Pacientas po pykčio priepuolių taip pat jaučiasi kaltas, dėl to smerkia save [8]. *Ir vis dėl to manymu reiktų leisti pacientui išreikšti pyktį ir išsiliesti, nediskutuoti, nekoreguoti pykčio, garsiai neanalizuoti pasakytų minčių. Kai pacientas sulaukia pagarbos ir supratimo, dėmesio ir turi truputį laiko – jis greitai nustoja šaukęs ir sumažina savo pykčio sukeltus reikalavimus. Jis supras, kad vis dar yra vertingas žmogus, kuriuo rūpinasi ir kuriam leidžiama, kol jis pajęs, išlikti maksimaliai aktyviam.*

Trečias etapas – **derybos**. Tai lyg savotiškas susitarimas, bandymas atitolinti mirtį, kol bus pasiektas tikslas, pavyzdžiui, kol gims anūkas, kol sūnus užbaigs studijas, iki Kalėdų ar kitokių svarbių įvykių. Pacientas šioje stadijoje pasiryžęs ką nors daryti, kad galėtų pakeisti ar bent atitolinti savo likimą. Jis duoda įžadus, kad tą ar kitą darbą padarys, paaukos labdarai, nustos rūkyti, kad pasveiktų, ilgiau gyventų, išvengtų skausmo ar fizinių kančių. Iš tikrųjų derybos – bandymas laimėti laiko [8]. Kubler – Ross savo knygoje yra pateikusi puikų pavyzdį, kaip moteris, norėjusi išgyventi tik iki sūnaus vestuvių, grįžusi po jų labai pavargusi ir išsekusi tarė: „Bet nepamirškite, aš turiu dar vieną sūnų!“.

Ketvirtas etapas – **depresija**. Kai nepagydomas pacientas nebegali neigti savo ligos, kai jam tenka susitaikyti su dar viena operacija ar hospitalizavimu, kai simptomų gausėja, o jis pats silpsta ir netenka svorio, tampa nebeįmanoma į tai numoti ranka. Netrukus paciento abejingumą, pyktį ar įtūžį pakeičia didelio praradimo jausmas, nes liga progresuoja ir paciento būklė blogėja – tampa sunku pabėgti nuo realybės. Depresija prasideda tada, kai pacientas suvokia, jog jam tikrai teks daug ko atsisakyti – šeimyninio gyvenimo, mėgstamo darbo, vadovaujančio vaidmens visuomenėje ir pagaliau paties gyvenimo. Tai sukelia gilų liūdesį, kuris yra tikras ir realus, žmogus pradeda išgyventi atsiskyrimą, suprasti būtinybę sutvarkyti savo reikalus su šeima ir artimaisiais. Jei pacientui bus leista išreikšti savo sielvartą, jis daug lengviau susitaikys su likimu ir bus dėkingas tiems, kas sugebės būti šalia jo per visą depresijos laikotarpį ir nereikalaus, kad jis neliūdėtų [8].

Penktas etapas – **susitaikymas**. Jei pacientas turėjo pakankamai laiko (jeigu jo neištiko staigi, netikėta mirtis), jei aprašytų situacijų metu sulaukė pagalbos, jis pasiekia būseną, kai „lemtis“ nebekelia nei pykčio, nei depresijos. Šiuo metu beveik nėra jausmų. Atrodo, kad skausmas

tarsi būtų išnykęs, kova pasibaigusi ir kaip Kubler – Ross teigia, tarsi: „būtų atėjęs laikas paskutiniam poilsiui prieš ilgą kelionę“ [8]. Mirštantysis atranda ramybę ir susitaikymą, todėl jo interesų ratas susiaurėja. Jis trokšta būti vienas ar bent jau nori, kad jo netrukdytų išorinio pasaulio naujienos ir problemos. Dažnai tokie pacientai nelaukia lankytojų, o jiems atėjus būna nekalbūs. *Daroma prielaida, jog buvimas šalia mirštančiojo įrodo, kad yra pasiruošusių likti su juo iki galo, kad jis neliks vienišas savo mirties akivaizdoje. Galima leisti pacientui suprasti, kad tylėti gerai, kai jau pasirūpinta svarbiausiais dalykais ir lieka tik laukti akimirkos, kai akys užsimerks. Tai įtikins mirštantįjį, kad jis nebus paliktas vienas, nors ir nieko nekalbės, o rankos paspaudimas, pagalvės pataisymas, nuoširdus žvilgsnis gali pasakyti daugiau už žodžius.*

*Teigtina, kad maža dalis pacientų, išgyvenusių visus psichologinio priėmimo apie mirtį etapus turi jėgų ir noro kovoti iki galo, puoselėti viltį, kuri neleidžia pasiekti susitaikymo su realia padėtimi. Tokie pacientai vieną dieną pajaučia, kad kovoti yra beprasmiška, ir kai tik mustoja tai daryti, viskas baigiasi. Kuo aršiau žmogus priešinasi neišvengiamai mirčiai, juo labiau stengiasi ją paneigti, tuo sunkiau darosi oriai ir ramiai pasiekti susitaikymo etapą, pacientas bergždžiai iššvaisto ne tik savo fizines jėgas, bet ir sutrikdo psichologinę pusiausvyrą. Kartais paties paciento artimieji dar labiau pablogina situaciją, kai mirštantysis jau yra pasiruošęs atsiskirti, o šeima nepajėgia susitaikyti su tikrove, gyvena netikrų vilčių pasaulyje ir taip tik labiau paaštrina psichologinį mirštančiojo konfliktą su pačiu savimi, būseną tarp gyvenimo ir mirties.*

*Rūpinantis mirštančiuoju labai svarbus slaugytojo suvokimas, jog koncentracija ties fiziniiais ir dvasiniais poreikiais yra vienodai svarbi, o abiejomis sritimis turi būti kiek įmanoma maksimaliai pasirūpinta slaugos proceso metu. Tokia pagalba yra gyvybiškai svarbi ir neatsiejama kasdieninės medicinos dalis ir remiasi šiais principais: kiek įmanoma geresnės GK užtikrinimas, įskaitant adekvatų simptomų kontroliavimą; visapusiškas paciento gyvenimo įvertinimas, atsižvelgiant į paciento ankstesnę gyvenimo patirtį ir dabartinę situaciją; bendroji paliatyvioji pagalba, apimanti tiek sergančio paciento gyvybei pavojingos ligos kontrolę, tiek pagalbą asmenims, kurie yra svarbūs pacientui; pagarba paciento pasirinkimui ir autonomijai; atviras ir jautrus bendravimas tiek su mirštančiuoju, tiek su kitais sveikatos priežiūros specialistais. Šis požiūris padeda susidaryti tikslų visuminį ligos vaizdą, numatyti ligos eigą, galimas komplikacijas, jų pasekmes. Slaugytojai turėtų užtikrinti, kad pacientas ir šeima žinotų apie esamas ir gresiančias problemas bei jų sprendimo būdus, būtų informuojami apie simptomų priežastis ir gydymą [7, 1].*

*Kai žmogus dėl ligos tampa priklausomas nuo kitų, jis patiria ne tik fizinį, bet ir moralinį diskomfortą. Sunkiai sergantis ir slaugomas asmuo gali jausti baimę bei susirūpinimą dėl įvairių priežasčių (pvz., mirties ar skausmo baimė, baimė prarasti kontrolę ir orumą, likti vienišam ir atstumtam). Dažniausiai yra kaltas bendravimo trūkumas ir psichologinės pagalbos stygius, kuris padėtų ne tik išsklaidyti nuogąstavimus, bet ir įgauti vilties, padėtų asmenybei vystytis net gyvenimo pabaigoje. Taigi, slaugytojo rodoma empatija pacientui kuria tvirtus, pasitikėjimu paremtus santykius, drąsina pacientą daryti tai, ką jis norėtų daryti paskutinėmis savo gyvenimo dienomis, moko pacientus ir jų šeimas atpažinti savo neigiamus jausmus, juos tinkamai reikšti ir spręsti su tuo susijusias problemas, padeda atrasti prasmę net mirties akivaizdoje. Empatiškumas padeda suprasti paciento nuotaikų kaitas, jų priežastis – visa tai leidžia greičiau susitarti priimant sprendimus ir kuo naudingiau išnaudoti likusį mirštančiojo laiką. Sergančiam žmogui reikalinga nuoširdi užuojauta, meilė, kuri pasireiškia buvimu šalia, dėmesiu, supratimu, dosnumu, geranoriškumu, kantrybe, dialogu. Tai veda prie išvados, kad ne kiekvienas slaugos mokslus studijuojantis žmogus, ar jau įgijęs slaugytojo kvalifikaciją gali suteikti tinkamą pagalbą dvasinės pacientų priežiūros metu, nes asmenines savybes, kurių reikalauja mirštančiojo slauga įgyti labai sunku, jei būsimasis slaugytojas jų tiesiog neturi ir nenori išsiugdyti. Remiantis benemortazijos principu, mirtinai sergančiam žmogui turi būti taikomos gydomosios priemonės, palengvinančios mirties kančią, slopinančios ligos simptomus. Visų svarbiausia pagalba – su meile budėti prie mirštančiojo. Tai buvimas šalia tikrąja prasme, kuris nežadindamas iliuzijų, leidžia mirštančiam žmogui jaustis gyvam tarp gyvųjų, nes jis patiria kitų dėmesį bei rūpestį kaip ir kiekvienas, kam to reikia. Sugebėti atjausti, būti kantriems ir geranoriškiems, pasiaukojamai dirbti įmanoma tik turint*

gilų suvokimą ir motyvaciją, todėl slaugytojų ir kitų paliatyviosios priežiūros specialistų veikla turi būti pagrįsta sąžine ir abipusiu pasitikėjimu [11].

*Apibendrinant galima teigti, kad psichologinis mirties fakto priėmimas yra labai sudėtingas procesas. Kiekvienas žmogus, susidūręs su artėjančia mirtimi, išgyvena penkis sielvarto etapus, savų tempu ir nebūtinai eilės tvarka. Šių etapų atpažinimas yra ypač naudingas slaugančiajam, nes žinodamas, kurioje gedėjimo stadijoje yra pacientas, jis gali formuoti dvasinės priežiūros tikslus, juos įgyvendinti, numatyti paciento psichologinės būsenos pokyčius, problemų sprendimo būdus. Slaugytojo darbo principai, rūpinantis mirštančiuoju apima ne tik fizinę, bet ir emocinę, psichologinę, dvasinę priežiūrą, nes paskutinėmis gyvenimo akimirkomis žmogus jaučia ne tik kūno, bet ir sielos diskomfortą. Patiriama mirties baimė, vienatvė, naštos jausmas, lyg kino juostoje šmėkščiojantys prisiminimai tampa tikra dvasine kančia. Tokiais momentais slaugytojo vaidmuo tampa ypatingai svarbus, pagrįstas meile, kantrybe, empatija, religinių poreikių užtikrinimu, nuoširdžiu budėjimu prie mirštančiojo, neskaičiuojant praleisto laiko ir nesitikint už tai papildomo atlygio, nes mirties akivaizdoje esančiam žmogui paskutinės akimirkos yra pačios svarbiausios ir nuo slaugančiojo priklausys, kaip jos bus išnaudotos.*

### Tyrimo metodai ir medžiaga

Atliktas kokybinis fenomenologinis tyrimas, taikant šių metodų trianguliaciją: giluminį, pusiau struktūruotą 15 klausimų interviu su slaugytojais, stebėjimą, literatūros analizę. Informantai apklausti palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje, paaiškinus jiems apklausos tikslą ir gavus sutikimą naudoti gautą informaciją interviu metu. Įstaigos vadovui buvo pateiktas prašymas dėl planuojamo tyrimo leidimo, kuriame buvo pridėta tyrimo santrauka: darbo tema, tyrimo tikslas, uždaviniai, objektas ir interviu klausimynas. Informantų konfidencialumas buvo užtikrintas. Duomenų analizės metu slaugytojų tapatybė, amžius nebuvo atskleidžiami, nes interviu yra anoniminis, tiriamųjų vardų, pavardžių, adresų nebuvo klausama. Tyrimo rezultatai skelbiami tik apibendrinti, informantams suteikus kodus. Atliekant apklausą buvo laikomasi tyrimo etikos principų: nuoširdumas, pagarba, anonimiškumas, empatija, supratingumas, abipusis pasitikėjimas.

Tyrimo dalyvavo 5 slaugytojos, atrinktos pagal iš anksto sudarytus atrankos kriterijus ir sutikusios dalyvauti tyrimo. Informantai galėjo pasirinkti jiems patogų laiką ir vietą pokalbiui vykti. Atsakymų tikslingumui užtikrinti, interviu buvo įrašinėjamas, gavus informanto sutikimą. Siekiant sukurti jaukią pasitikėjimo atmosferą, tyrimo dalyvavo tik interviu dalyviai – tyrėjas ir informantas.

Pagal interviu metu gautus atsakymus rašytas analitinis memos.

### Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

***Mirštančių pacientų psichoemocinės problemos ir pagalbos poreikis.*** Holistinis požiūris į žmogų skatina suvokti ne tik biologinius jo poreikius, kurie ypač aktualūs gyvenimo saulėlydyje, bet ir psichologines problemas. M. Matzo (2010) moksliniai tyrimai rodo, kad dauguma žmonių, priartėję prie savo gyvenimo pabaigos, nori likusį gyvenimą maksimaliai išnaudoti. Jie siekia, jog slaugytojai gerbtų jų norus ir tikslus, padėtų išsaugoti orumą ir nepriklausomumą, lengvindami psichologinių problemų pasireiškimą ir suteikdami kuo didesnę psichoemocinę komfortą [4, 11].

Siekiant išsiaiškinti slaugos ligoninės slaugytojų požiūrį į psichologinės paramos poreikį, aiškinomės, ar psichologinė pagalba yra reikalinga, su neišvengiama mirtimi susidūrusiems pacientams. Pastebėjome, kad daug kas priklauso nuo to, ar tą pagalbą žmogus priima. Ne kiekvienas sergantis išdrįs prisipažinti ir kalbėti apie savo patiriamus jausmus, ypač mirties akivaizdoje, kai įžvelgti ką nors teigiamo tampa labai sunku. Informantai teigė, kad:

*„Aš manau, kad psichologinė pagalba yra reikalinga tik tada, kai pats pacientas jos pageidauja. Juk jeigu mirštantis nori būti užsidaręs savo pasaulyje, nenori kalbėtis apie savo patiriamus jausmus, tokiu atveju pagalba gali tik pakenkti ir pabloginti mirštančiojo psichologinę būseną“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„<...> galbūt kai kuriems būtų tik dar sunkiau bendrauti, kalbėti apie mirtį, kai pacientas žino, kad jam tai paskutinės savaitės... dienos“ (Slaugytoja Nr. 5).*

Galima įžvelgti tokias prielaidas, kad jeigu pacientas yra nepasiruošęs gauti psichologinę pagalbą, jam ji nereikalinga ir gali jį tik dar labiau sutrikdyti, nereikėtų priverstinai siūlyti kalbėtis. Svarbiausia daryti taip, kaip pats pacientas nori, o ne kaip atrodo aplinkiniams.

Vadovaujantis informantų nuomone, galima patvirtinti literatūroje aprašytą psichologinės pagalbos poreikį ir naudą mirštantiesiems:

*„Visą gyvenimą dirbu medicinos srityje, ir mano nuomone, psichologinė pagalba mirštantiesiems yra būtina. Dažnai baimę kelia tai, ko nežinai, nesi patyręs. Psichologiškai pasiruošęs žmogus mažiau bijo artėjančios mirties, jaučiasi ramesnis, susitaikęs su savo mirtimi“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Ji yra tiesiog būtina ir pacientams, kurie prieš mirtį suvokia, kas vyksta, ir pacientų artimiesiems. Negalima ignoruoti visų tų patiriamų jausmų, reikia imtis priemonių ir nedelsiant juos kontroliuoti“ (Slaugytoja Nr. 3).*

*„Manau, kad psichologinė pagalba yra reikalinga, netgi būtina. Svarbu, kad paciento artimieji tai suprastų ir neatsiribotų nuo savo žmogaus, būtų kartu“ (Slaugytoja Nr. 4).*

Psichologinė pagalba mirštančiajam yra būtina, tik, deja, ne visi pacientai ją priima, nes nesiryžta kalbėti apie mirtį, bijo likti nesuprasti ar net išjuokti. Kartais sergančiojo tyła gali būti pagalbos šauksmas – juk negali žinoti, kas iš tikrųjų vyksta žmogaus mintyse. Tokiu momentu išryškėja slaugytojo empatiškumo svarba, sugebėjimas pamažu, be jokios prievartos prakalbinti pacientą, leisti jam suprasti, kad jis turi kuo pasitikėti.

Literatūroje pateikiama informacija, kad dažniausios psichologinės problemos, kurias patiria mirštantys pacientai yra: baimė, nerimas, bendravimo problemos, vienišumo jausmas, stresas. Prie šių faktorių taip pat prisideda patiriami fiziniai negalavimai. Liūdesys yra išraiška to, ką žmogus praranda – mirštantysis praranda savo gyvenimą, o jį lydintys žmonės dar kartą įsisąmonina savo pačių gyvenimo laikinumą [3, 4]. Analizuojant interviu metu gautus informantų atsakymus apie tai, kokias psichoemocines problemas patiria pacientas savo gyvenimo pabaigoje pastebėjome, kad psichoemocinių problemų pasireiškimas priklauso nuo mirštančiojo sąmonės būklės. Galima daryti prielaidą, kad jeigu pacientas yra nebesąmoningas, jis nesupras, kas aplink jį vyksta ir psichoemocinių jausmų nepatirs:

*„<...> Aišku, kai kurie pacientai tokiu gyvenimo momentu yra nesąmoningi arba jau nebesugeba blaiviai mąstyti...“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„<...> Tačiau dažnai žmogus būna nebesąmoningas ir nebesupranta, kas aplink jį vyksta“ (Slaugytoja Nr. 4).*

Stebint sunkiai sergančius ar mirštančius pacientus pastebėjome, kad pacientai savo paskutinėmis gyvenimo akimirkomis patiria daugybę ir labai įvairių psichoemocinių problemų, į kurias būtina reaguoti. Tokiais atvejais dažnai kildavo minčių, ar ligoninės aplinka tikrai yra pati tinkamiausia paskutiniu gyvenimo periodu. Galbūt viskas, ko reikia pacientui – jo šilta namų lova ir artimiausi žmonės aplinkui. Mirštančiųjų patiriamas psichoemocines problemas patvirtina visi tyrime dalyvavę informantai:

*„<...> mirties baimė, kuri sukelia nuolatinį nerimą, nežinomybės jausmą... <...> Dar galiu paminėti vienišumo ir naštos jausmą, liūdesį, apatiją, bejėgiškumą, vienatvę, menkavertiškumą, susirūpinimą dėl to, ką palieka, prisimena neužbaigtus darbus, jaučiasi našta artimiesiems, kad sukelia jiems problemas dėl laidotuvių išlaidų. Kai kurie pacientai pyksta, ir netiki, kad mirs...“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„Pirmiausia, mirštantįjį aplanko mirties baimė, o po to atsiranda nesugebėjimas susitaikyti su esama situacija. Pacientas negali patikėti, kad tikrai mirs, pyksta. Atsiranda skausmo baimė, nerimas, dirglumas. Jis pradeda kaltinti aplinkinius...“ (Slaugytoja Nr. 3).*

*„Jeigu žmogus yra sąmoningas, tai priklausomai nuo ligos eigos gali justti baimę dėl šeimos ateities, nerimą, vienišumo jausmą, artėjančios mirties baimę, liūdesį, net būna panikuoja...“ (Slaugytoja Nr. 4).*

Stebėjimo metu, aiškiai matėsi, kad dalis pacientų nori savo mirties, laukia jos, nes tai juos išlaisvins nuo žemiškųjų kančių. Dažniausiai tai buvo vyresnio amžiaus žmonės. Šiuos pastebėjimus patvirtino ir informantai



„Yra netgi tokių pacientų, kurie klausia, kada numirs, tai reiškia, kad jie laukia tos mirties, savaip ruošiasi jai“ (Slaugytoja Nr. 1).

„Dar kiti mirties laukia kaip išsigelbėjimo iš skausmo ir kančių“ (Slaugytoja Nr. 2).

Pastebėta, kad kai kurių pacientų psichologines kančias sumažina tikėjimas pomirtiniu gyvenimu. Galima daryti prielaidą, kad tai savaip paguodžia mirštantįjį, sumažina mirties baimę ir suteikia vilčių gyventi toliau, nors ir ne gyvųjų tarpe. Apie tai kalba ir tyrime dalyvavę informantai: „būna tokių, kurie planuoja savo pomirtinį gyvenimą, ką jame veiks“; „dažnas religingas žmogus yra ramesnis, nes tiki pomirtiniu gyvenimu“.

Apibendrinant interviu metu gautus duomenis, galima išskirti šias psichoemocines problemas, kurias, vadovaujantis informantų ir mano pačios patirtimi, patiria sąmoningi pacientai, savo gyvenimo pabaigoje: *mirties baimė, nerimas, nežinomybės ir naštos artimiesiems jausmas, vienišumas, liūdesys, apatija, bejėgiškumas, menkavertiškumas, susirūpinimas ir sielvartas dėl neužbaigtų darbų, pyktis, nesugebėjimas susitaikyti su esama situacija, skausmo baimė, dirglumas, aplinkinių kaltinimas, baimė dėl šeimos ateities, panika*. Šie išgyvenimai neturėtų būti ignoruojami, ypač jeigu pacientas yra sąmoningas ir tą pagalbą priima. Psichologiškai pasiruošęs žmogus mažiau bijo artėjančios mirties, nevengia kalbėti šia tema, todėl labai svarbu, kad slaugytojas sugebėtų įsijauti į savo paciento būseną ir parodyti, kad tarpusavyje bendradarbiaujant net paskutinis gyvenimo momentas gali būti šviesus.

***Psichosocialinių priešmirtinės pagalbos priemonių taikymas mirštančiam pacientui.***

Vadovaujantis literatūroje pateikiama informacija, paliatyviosios medicinos esminiu uždaviniu tampa ne tik fiziologinė, bet ir psichosocialinė žmogaus gerovė, siekiant pagerinti mirštančiojo gyvenimo kokybę [7]. Visų slaugos darbuotojų pareiga – suteikti sergančiajam visapusišką pagalbą iki pat paskutinės gyvenimo akimirkos. Juk kiekvienas būdamas mirštančiu pacientu norėtų, kad juo būtų pasirūpinta, atsakyta į nerimą ir kitas neigiamas emocijas keliančius klausimus. Siekiant iširti, kokios priešmirtinės pagalbos priemonės yra taikomos slaugos ligoninėje, informantams buvo užduotas klausimas, kokius pagalbos būdus jie taiko, norint išspręsti psichologines mirštančio paciento problemas. Paaiškėjo, kad pirmasis žingsnis yra problemų išsiaiškinimas:

„Aš manau, kad norint suteikti kokybišką psichologinę pagalbą, pirmiausia, reikia išklausti pacientą, skatinti atvirai reikšti baimes, jausmus, įsijauti į jį, išsiaiškinti, kokios mintys ir problemos jį vargina ar neduoda ramybės ir tik tada imtis problemų sprendimo“ (Slaugytoja Nr. 1).

Galima daryti prielaidą, kad išsiaiškinus, kas būtent kankina pacientą, kokios mintys jį vargina, galima imtis psichologinės sveikatos užtikrinimo. Informantai ypač pabrėžia pokalbio naudą, kuris gali padėti ir pačiam slaugytojui, suteikia patirties, leidžia susimąstyti apie svarbiausias gyvenimo vertybes ir prasmę mirties akivaizdoje:

„<...> svarbu kontroliuoti fizines problemas, kurios turi tiesioginės įtakos ir psichologinei būsenai... Reikia leisti pacientui išsiliesti, jį išklausti, palaikyti už rankos sunkiu momentu, paglostyti... <...> Galima išpildyti paskutinį jo norą...“ (Slaugytoja Nr. 1).

„Stengiuosi nepalikti paciento vieno, ramiai prie jo pasėdėti, išklausti, galiu sukalbėti maldą, jeigu pacientas to nori. Kartais palaikau už rankos“ (Slaugytoja Nr. 2).

„Daugiausia taikau pokalbį su pacientu. Stengiuosi, kad jam būtų užtikrintas maksimalus psichologinis komfortas. Ilgai kalbamės apie tai, kas jam neduoda ramybės, tikrai negailiu tam savo laiko, nes ir man pačiai kažkuo tas pokalbis padeda, įgaunu patirties“ (Slaugytoja Nr. 3).

„Bendravimą, aišku jei pacientas nori kalbėti ir gali tai daryti“ (Slaugytoja Nr. 5).

Įdomu pastebėti, kad kai kurie informantai mano, jog psichologinės problemos turi būti pradedamos spręsti anksčiau, nes tada tampa daug lengviau su jomis kovoti:

„<...> manau, kad psichologines problemas reikia spręsti anksčiau. Tada ir vėliau bus lengviau, kai pacientas bus susitaikęs su savo padėtimi ir esama situacija“ (Slaugytoja Nr. 4).

Apibendrinant interviu metu gautus duomenis, galima išskirti šias priemones, padedančias išspręsti psichologines mirštančio paciento problemas: *ankstyvas psichologinių problemų atpažinimas ir sprendimas, fizinių problemų kontroliavimas, išklausymas ir problemų identifikavimas pokalbio metu, prisilietimai, paskutinių norų išpildymas, malda, buvimas šalia, empatiškumas, skatinimas atvirai reikšti baimes ir jausmus*. Galima daryti prielaidą, kad šių aspektų

užtikrinimas yra būtinas, norint užtikrinti maksimalų psichologinį komfortą. Visa tai leidžia mirštančiajam suprasti, kad jo norai nėra beprasmiški, jis vis dar yra visavertis žmogus netgi mirties akivaizdoje, turintis jausmus, praeitį, pageidavimus, planus.

Neišspręstos socialinės sveikatos problemos gali sukelti ar padidinti psichologinius, dvasinius ir fizinius sveikatos sutrikimus. Analizuojant literatūrą pastebėjome, kad dažniausios socialinės mirštančiųjų problemos yra dėl artimųjų nelankymo patiriamas vienišumo jausmas, bendravimo problemos, materialinės ir teisinės problemos, susijusios su laidojimo klausimais. Tyrimais nustatyta, kad teikiant priešmirtinę pagalbą slaugos poreikiai nėra pakankamai įvertinami, ypač psichosocialiniai, o specialistai, galintys labiausiai padėti socialiniais klausimais nurodomi socialiniai darbuotojai [3, 7, 12]. Įdomu pastebėti, kad visi interviu dalyvavę informantai pabrėžė, kad socialinių problemų sprendimas yra socialinio darbuotojo ir artimųjų kompetencija:

*„Dažniausiai tokias problemas sprendžia socialinis darbuotojas ir artimieji, tad apie socialines problemas su jais ir diskutuoju“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„Socialines problemas dažniausiai sprendžia artimieji ir socialiniai darbuotojai“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Tai socialinių darbuotojų kompetencija. Slaugos specialistas gali tik nukreipti artimuosius, patarti ir išaiškinti, kad toks specialistas yra ir jis gali padėti“ (Slaugytoja Nr. 3).*

Galima daryti išvagas, kad slaugytojai nesijaučia atsakingi už mirštančiojo socialines problemas. Gali būti, kad manoma, jog socialiniai darbuotojai yra savo srities specialistai ir gali geriausiai atlikti savo darbą, todėl slaugytojai lieka nuošalyje ir bendraudami su pacientų artimaisiais gali teikti tik patarimus, padaršimus:

*„Dažniausiai socialines problemas sprendžia ir už jas atsakingas yra socialinis darbuotojas. Tačiau ir aš nevengiu prisidėti: teikiu patarimus artimiesiems, padaršinu iš savo patirties“ (Slaugytoja Nr. 4).*

Apibendrinant galima teigti, kad slaugos ligoninės slaugytojai jaučiasi atsakingi už mirštančiųjų patiriamų psichologinių problemų sprendimą ir skiria tam pakankamai laiko, kad kiekvienas mirštantis pacientas jaustųsi pagerbtas ir psichologiškai pasiruošęs pasitikti artėjančią mirtį. Teigtina, kad žinojimas, jog slaugomas pacientas mirė išsivadavęs iš psichologinių kančių, ramiai pasitiko mirtį – gali tapti tikruoju atlygiu, tikrąsias gyvenimo vertybes vertinančiam slaugytojui.

**Dvasinės priešmirtinės pagalbos priemonių taikymas pacientui ir šeimai.** Remiantis literatūros šaltinių apžvalga, dvasingumui paliatyviojoje slaugoje pradedama skirti vis daugiau dėmesio. Artėjančios mirties akivaizdoje, ypatingas vaidmuo atitenka slaugytojams. Jie rūpinasi mirštančiuoju ir jo šeima, suteikia ne tik psichologinę, bet ir dvasinę paramą. Dvasiniai poreikiai yra gerokai subtilesni ir sunkiau nustatomi nei kiti poreikiai, o jų nustatymo sėkmė ar nesėkmė gali priklausyti ir nuo slaugytojo jautrumo [10]. Slaugytojai, kurie nori teikti aukšto lygio dvasinę slaugą turi suvokti, kad rūpinimasis ir sergančiojo, ir jo artimųjų dvasiniais poreikiais yra jų darbo dalis. Šis rūpestis turėtų tęstis ne tik tol, kol pacientas dar gyvas, bet ir visu gedėjimo bei netekties laikotarpiu. Literatūroje rašoma, kad fizinio skausmo palengvinimas yra vienas iš svarbiausių aspektų slaugant nepagydomus ir mirštančius pacientus. Tačiau paliatyvi slauga neapsiriboja vien tik skausmo malšinimu medikamentais. Tyrimais nustatyta, kad fizinis skausmas gali suintensyvėti ir dėl dvasinių faktorių bei atvirkščiai – dvasinės kančios gali atsirasti dėl kūno kančių. Todėl medikamentai negali pakeisti asmeninio bendravimo, dvasinės pagalbos. Informantų buvo klausiama, ar slaugytojo koncentracija ties paciento fizinių ir dvasinių poreikių užtikrinimu yra vienodai svarbi. Pastebėta, kad informantai buvo vieningi šiuo klausimu:

*„Abi šios sritys yra vienodai svarbios. Juk sakoma: sveikame kūne – sveika siela. <...> Juk numalšinus fizinį skausmą sumažėja ir sielos kančios, ar bent jau kęsti jas tampa lengviau“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„Ir fizinis, ir dvasinis skausmas yra vienodai reikalaujantys pagalbos. Numalšinus fizinį skausmą, atsigauinama ir dvasiškai“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Visi paciento poreikiai turėtų būti patenkinti vienodai, siekiant palengvinti tą kančios, išėjimo akimirką. Manau, neteisinga vienus išskirti, o kitus pamiršti“ (Slaugytoja Nr. 5).*

Norint išanalizuoti, kokia dvasinė parama ir kaip dažnai ji yra suteikiama paliatyviesiems pacientams, informantams buvo užduotas klausimas: kokiomis priemonėmis jie padeda įveikti mirštančių pacientų dvasines kančias. Informantai pirmiausia atsižvelgia į tai, ar tokia pagalba pacientui yra reikalinga ir, ar mirštantysis yra religingas. Nuo to priklauso tolimesni veiksmai dvasinėje slaugoje:

*„Pirmiausia, aišku, kaip jau minėjau, išsiaiškinu, kokios būtent kančios jį vargina, ar tokia pagalba pacientui yra reikalinga...“ (Slaugytoja Nr. 1).*

Literatūroje akcentuojama, kad susidūrus su sunkia liga, žmonės dažnai paguodos bando ieškoti religijoje, taip tikėdamiesi rasti dvasinę ramybę [13]. Vadovaujantis informantų nuomone, galima teigti, kad dvasines problemas įveikti labiausiai padeda religinių aspektų patenkinimas, buvimas šalia, išklausymas, palaikymas už rankos:

*„<...> tikrai nevengiu maldos drauge, jeigu pacientas yra religingas, padedu nueiti į ligoninės koplytėlę, kai kuriuos labai ramina „Marijos radijo“ klausymas. Jeigu mirštantysis pageidauja – pasirūpinu kunigo ar vienuolių apsilankymu“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„Labiausiai mirštantiesiems padeda malda. Kartu su jais meldžiuosi, prašau ramybės savo pacientui, palaikau už rankos. Paprasčiausiai būnu šalia, nepaliekant mirštančiojo vieno...“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Jeigu pacientas yra sąmoningas, kai kuriems labai palengvėja, kai juos aplanko kunigas. Svarbu buvimas kartu, ypač artimųjų, išklausymas, išsakytų minčių toleravimas, ramus, malonus bendravimas, kai kurių norų išpildymas, rankos padavimas ar paspaudimas...“ (Slaugytoja Nr. 4).*

*„Pokalbiais, stengiuosi išklausti juos, atsakyti į visus kylančius klausimus“ (Slaugytoja Nr. 5).*

Analizuojant literatūrą galima pastebėti, kad dvasinė pagalba pacientams yra suteikiama retai. 2008 – 2009 m. Bostone atlikto tyrimo duomenimis, kurio tikslas išsiaiškinti priežastis, kodėl priešmirtinę pagalbą teikiantys slaugytojai retai suteikia pacientams dvasinę pagalbą nustatyta, jog pagrindinė kliūtis yra ta, kad didžioji dalis slaugytojų niekada nebuvo išklausę kursų apie dvasinę pagalbą [7]. Straipsnio autorių tyrimo atveju, slaugos ligoninės slaugytojos neįvardijo žinių ar mokymo kursų trūkumo. Rūpintis dvasinėmis problemomis labiausiai joms trukdo laiko stoka. Tokiu atveju į pagalbą yra įtraukiami paciento artimieji, kurie gali patys pasikalbėti su savo sergančiuoju ir imtis dvasinių kančių sprendimo:

*„<...> Kalbėtis slaugytoja taip pat nori apie tai, tačiau neturi tam pakankamai laiko, nes laukia ir kiti pacientai. Dvasinių poreikių išsiaiškinimas ir jų išpildymas užima daugiau laiko nei psichologinės problemos. Tuomet prašome artimųjų pasikalbėti su savo sergančiuoju“ (Slaugytoja Nr. 3).*

Taikant dvasinės priešmirtinės pagalbos priemones, labai svarbu nepalikti nuošalyje ir mirštančio paciento šeimos narių. N. Slapšinskaitės ir kt. (2015) atlikto tyrimo, kurio tikslas - įvertinti teikiamos priešmirtinės pagalbos kokybę ligoninėje slaugytojų požiūriu, rezultatais nustatyta, kad priešmirtinė dvasinė pagalba yra prieinamesnė pacientams nei jų šeimos nariams. Suprantama, kad sergantis žmogus dažniausiai vertinamas kaip pagrindinis paslaugų gavėjas, tačiau reikia nepamiršti, jog šeimos nariams, susidūrusiems su neišvengiama netektimi, dvasinė pagalba reikalinga ne mažiau nei mirštančiajam [7]. Šeimos nariams, suvokusiems, kad pamažu netenka artimojo, kyla nemažiau neigiamų jausmų, baimių, klausimų todėl jiems reikalinga tokia pati dvasinė pagalba kaip ir jų sergančiajam. Šeima ne visada nori prisipažinti apie pagalbos poreikį, tačiau esu pastebėjusi, kad jį galima atpažinti ir pagal neverbalinę kūno kalbą. Apie tai kalba ir tyrime dalyvavusios slaugytojos, paklaustos apie dvasinio palaikymo poreikį paliatyviųjų pacientų šeimos nariams:

*„Reikalingas labai dažnai, nes artimieji mirties akivaizdoje dažnai pasimeta, negali susikaupti, priimti teisingų sprendimų, praranda savitvardą, kaltina aplinkinius dėl paciento mirties...“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Taip, galbūt ne visiems, bet reikalingas. Esant būtinybei turi būti suteikta ir psichologo konsultacija“ (Slaugytoja Nr. 5).*

Slaugytojų nuoširdus darbas ir parama pacientui gali turėti teigiamos įtakos mirštančiojo ir jo artimųjų santykiams:

*„Dvasiškai palaikyti namiškius būtina. <...> kai jie mato prie ligonio lovos slaugytoją, viską atliekančią nuoširdžiai, su meile tam ligoniui, tuomet ir paciento artimieji juos net dažniau lanko ir labiau myli, žino, kad atvykus aplankyti ligonio į slaugos ligoninę, ten gaus paramos ir sau“ (Slaugytoja Nr. 3).*

Slaugytojas tampa vienintele atrama vienišiams giminaičiams, kuriuo galima pasitikėti ir pasidalinti savo skausmu:

*„<...> Ypač jei artimųjų yra nedaug, jie yra vieniši žmonės, arba žmogus, kuris neturi artimų giminių ir yra vienas atsakingas už mirštantįjį, neturi su kuo pasidalinti skausmu ir gali remtis bei pasitikėti tik slaugytoja“ (Slaugytoja Nr. 4).*

Tyrimo metu nustačiau, kad mirštančio paciento artimieji gali labai įvairiai reaguoti į siūlomą dvasinę pagalbą:

*„<...> Kai kurie gali norėti tos pagalbos, o kitiems ji gali būti visiškai nereikalinga, kiti dar netgi supyks ir apšauks už tokios pagalbos siūlymą, lyg aš būčiau pasakiusi ką nors blogo, kad jie patys turi psichinių problemų ar kažką tokio...“ (Slaugytoja Nr. 1).*

Tokie pacientų šeimos nariai sukelia nemažai rūpesčių ne tik slaugytojams, bet ir visam personalui. Slaugos darbuotojai dažnai susiduria su tokiais pacientų šeimos nariais, kurie išlieja savo neigiamus jausmus ir kaltinimus ligoninės personalui. Todėl, galima daryti prielaidą, kad su artimaisiais yra daugiau kalbama apie techninius slaugos aspektus nei apie dvasinius gyvenimo aspektus dėl jų pačių neigiamo požiūrio į dvasinę paramą.

Analizuojant informantų atsakymus apie tai, kokios gi vis dėlto pagalbos priemonės yra taikomos mirštančio paciento šeimos nariams, pastebėta, kad jiems labai svarbu, ar ta pagalba yra priimama:

*„Kaip jau minėjau, svarbu išsiaiškinti aplinkybes ir ar tą pagalbą šeima priima“ (Slaugytoja Nr. 1).*

D. Drungilienės ir kt. (2014) atliktame tyrime, skirtame išanalizuoti psichologinius mirštančių pacientų slaugos aspektus nustatyta, kad slaugytojai teiktų emocinį ir dvasinį palaikymą mirštantiesiems ir jų šeimos nariams, bet jie nelinkę kalbėtis su jais, o artimus ryšius su paciento artimaisiais sukurti yra labai sunku, nes jie teigia jaučiantys netikrumo jausmą, sklindantį iš slaugančiųjų. Respondentų nuomone, jie nėra atsakingi už mirštančiojo šeimos narių mokymą mirties klausimu ar dvasinį palaikymą [4]. Straipsnio autorių atliktame tyrime išryškėjo visai kitos tendencijos:

*„<...> ... skatinu šeimos narius išsakyti savo jausmus, nuogąstavimus, nuoširdžiai atsakau į įvairius jų klausimus, paruošiu neišvengiamai paciento mirčiai, skatinu ją priimti, susitaikyti su tuo, kas neišvengiama, padedu atlikti slaugos veiksmus, leidžiu jiems pajusti savo nuoširdumą, rūpestį, atsidavimą“ (Slaugytoja Nr. 1).*

*„Bandau nuraminti, paguosti, prisiminti gerus mirusiojo žodžius ir veiksmus, palinkiu stiprybės. Dažnai patariu, kur kreiptis dėl mirusiojo dokumentų apiforminimo ir kitais klausimais...“ (Slaugytoja Nr. 2).*

*„Aš pasiūlau artimiesiems apsilankyti bažnyčioje, socialinio darbuotojo ir psichologo pagalbą. Žmogus pats pasirenka, kuo jis labiausiai tiki, žino, kas jam padės geriausiai nusiraminti...“ (Slaugytoja Nr. 3).*

Kaip matome, slaugos ligoninės slaugytojos nevengia dvasinės paramos mirštančiųjų šeimos nariams. Artimieji yra išklausomi, skatinami išsakyti savo baimes, nevengti mirties temos. Svarbiausia, kad pati šeima priimtų siūlomą pagalbą ir nebijotų pasikalbėti ne tik su slaugytoju, bet ir kunigu ar psichologu, užduoti jiems aktualius klausimus, nes mirties akivaizdoje „kvailų“ klausimų būti tiesiog negali.

Atlikto tyrimo duomenys atitinka literatūroje aprašytas fizinio skausmo ir dvasinės kančios sąsajas, nes visi tyrime dalyvavę informantai pripažino, kad numalšinus fizinius negalavimus sumažėja ir sielos kančios. Dvasinės priešmirtinės pagalbos priemonių taikymas priklauso nuo to, ar pacientas yra religingas ir ar tokia pagalba jam bei jo artimiesiems yra reikalinga. Nuo to priklauso

tolimesni slaugytojų veiksmai. Nors literatūroje yra rašoma, kad dvasinė parama yra teikiama retai dėl žinių, apie dvasinę priešmirtinę pagalbą trūkumo, mano atlikto tyrimo metu nustatyta, kad slaugos ligoninės slaugytojos nevengia dvasinės pagalbos. Didžiausia kliūtimi ją teikti įvardijama laiko stoka, tačiau tokiu atveju į pagalbą yra pasitelkiami sergančiojo artimieji. Vyksta nuolatinis bendradarbiavimas tarp slaugytojos ir šeimos narių. Tai padeda pacientų artimiesiems, leidžia jaustis saugiau ir užtikrinčiau dėl ateities, paciento mirties atveju.

### Ižvalgos

1. Tyrimo duomenys atskleidė, kad sąmoningi pacientai, savo gyvenimo pabaigoje dažniausiai patiria šias psichoemocines problemas: mirties baimę, nerimą, nežinomybės ir naštos artimiesiems jausmus, baimę dėl šeimos ateities, susirūpinimą ir sielvartą dėl neužbaigtų darbų, nesugebėjimą susitaikyti su esama situacija. Kartais pacientai jaučiasi vieniši, bejėgiški, menkavertiški ir išgyvena pyktį: kaltina aplinkinius, būna dirglūs. Šie jausmai negali būti ignoruojami, todėl psichologinė pagalba mirštančiajam yra būtina, nors ne visi pacientai nori ją priimti. Tokiu atveju išryškėja slaugytojo empatiškumo svarba, sugebėjimas pamažu, be jokios prievartos, tarpusavyje bendradarbiaujant prakalbinti pacientą ir leisti jam suprasti, kad jis turi kuo pasitikėti ir gali drąsiai išsakyti savo patiriamas psichologines problemas.

2. Siekiant suteikti maksimalų psichologinį komfortą mirštantiems pacientams, pirmiausia, svarbu išsiklausyti į pacientą, nes kiekvieno patiriamos problemos yra skirtingos ir turi būti pradėtos spręsti kuo anksčiau, nes tada su jomis kovoti tampa daug lengviau. Slaugytojai išskiria šias pagalbos priemones, užtikrinančias psichosocialinę paciento gerovę: skatinimas atvirai reikšti baimes ir jausmus, išklausymas ir problemų identifikavimas pokalbio metu, ankstyvas psichologinių problemų atpažinimas ir sprendimas, fizinių problemų kontroliavimas, prisilietimai, paskutinių norų išpildymas, malda, buvimas šalia, empatiškumas. Slaugytojų nuomone, socialinių problemų sprendimas yra socialinio darbuotojo ir šeimos narių kompetencija, todėl slaugytojai nesijaučia už jas atsakingi.

3. Dvasinės priešmirtinės pagalbos priemonių taikymas priklauso nuo to, ar mirštantysis yra religingas, ir ar tokia pagalba pacientui bei jo šeimai yra reikalinga. Visi tyrime dalyvavę informantai patvirtino, kad dvasines mirštančiojo problemas labiausiai padeda įveikti religija – kunigo ar vienuolių apsilankymas, malda, buvimas šalia, ypač artimųjų, malonus slaugytojų bendravimas ir išklausymas, rankos padavimas. Didžiausia kliūtimi teikti dvasinę paramą įvardijama laiko stoka ir artimieji, nes kartais mirštančio paciento šeimos nariai neigiamai reaguoja į jiems siūlomą dvasinę pagalbą. Jei pagalba yra priimama, slaugytojai aktyviai bendradarbiauja su artimaisiais: siūlo apsilankyti bažnyčioje, socialinio darbuotojo ar psichologo pagalbą, skatina išsakyti savo jausmus, padeda susitaikyti su tuo, kas neišvengiama, įtraukia į slaugos procesą, leidžia pajusti nuoširdumą, rūpestį, atsidavimą.

### Literatūra

1. Čivinskienė V., Riklikienė O., Blaževičienė A. (2014). Slaugytojų vaidmenys, slaugant pacientus jų gyvenimo pabaigoje. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 7 – 8; 8 – 10.
2. Darginavičienė R., Drungilienė D., Istomina N. (2009). Slaugytojų, studijuojančių neakivaizdiniai universitete, požiūris į mirtį. *Sveikatos mokslai* 2, 2235 – 2241.
3. Drungilienė D., Mockienė V. (2014). Mirties akivaizdoje: priežiūra gyvenimo pabaigoje. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*, 1(10), 5 – 10.
4. Drungilienė D., Mockienė V. (2014). Psichologiniai mirštančių pacientų slaugos aspektai. *Visuomenės sveikata*, 1, 52 – 57.
5. Lugton J., Kindlen M. *Paliatyvioji slauga*. Kaunas: KMU leidykla, 2005.
6. Rudalevičienė P., Narbekovas A. (2006). Psichoterapinė bei dvasinė intervencija mirties akivaizdoje. *Sveikatos mokslai*, 1 – 2, 141 – 148.

7. Slapšinskaitė N., Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D. (2015). Slaugytojų požiūrio į priešmirtinės pagalbos teikimą ligoninėje įvertinimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 4(3), 752 – 759.
8. Stankevičienė J. (2003). Slaugytojos patarimai šeimai mirties akivaizdoje. *Sveikata*, 9, 29 – 32.
9. Šeškevičius A. (2014). Gedėjimas. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 9(213), 16 – 18.
10. Šeškevičius A., Valiulienė Ž. (2011). Dvasingumo raiška paliatyviojoje priežiūroje. *Sveikatos mokslai*, 2, 109 – 114.
11. Šeškevičius A., Valiulienė Ž., Gudelevičienė L. (2014). Paliatyviosios pagalbos samprata ir principai. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 1(205), 4 – 5.
12. Valiulienė Ž., Šeškevičius A. (2015). Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis, socialinės sveikatos sutrikimai. *Sveikatos mokslai*, 1(98), 24 – 28.
13. Vasiliauskaitė K., Demskytė J. (2010). Paliatyviųjų pacientų artimųjų poreikių vertinimas. *Sveikatos mokslai*, 1(67), 2884 – 2889.

### Summary

End-of-life care is an integral part of provision of needs of psychological health but more and more often the studies show that care tend to focus on physical well-being of a patient, technical work, but they often do not address the psychoemotional and spiritual needs of the dying patient. The aim of research is to disclose the principles of nurses' work in solving psychological problems of the dying patient.

Seeking to disclose the main principles of nurses' activity in solving psychological problems of the dying patient, qualitative phenomenological study was carried out at Hospital of Palliative Therapy and Care by applying the triangulation of the following methods: in-depth, semi-structured, 15-questions interview with 5 nurses, observation, and literature analysis. Analytical memos were written according to the responses received during the interviews.

The results of the study allowed developing the following basic insights: conscious patients experience numerous psychoemotional problems when they are near death therefore the duty of all care are to lend their full and early support to the dying patient until the last moment of his life. The support should not be offered by force because the needs of each individual are different therefore a very important issue is the nurses' attitudes towards the loss and human existence, ability to be emphatic in the process of caring and to see difference between the physical body and soul, to look at the spiritual needs of the patient and his family and to satisfy them, to encourage not to be afraid of his feelings so that the patient would feel brave and adequate person in the face of his death. This study affords a unique opportunity to improve the personal psychological and spiritual competence, makes think about the true values of life, to note what fragile human life is and how valuable it becomes at the last moments of the terrestrial life. The feelings, experiences, remarks and expectations expresses by the care of Hospital of Palliative Therapy and Care will also be applied in improving the team work during the palliative care in other hospices and will allow identifying easier the psychoemotional problems and to look for the ways how to solve them.

**Key words:** existential human well-being, needs of death patient, palliative care, psychological support.

#### **Silvija Trapnauskaitė**

VšĮ Utenos ligoninė, Lietuva.

rozytess@gmail.com

#### **Danguolė Šakalytė**

Utenos kolegija, Lietuva.

sevcove@gmail.com

# MAITINIMO BŪDŲ IR BURNOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS SU ANKSTYVOSIOS VAIKYSTĖS DANTŲ ĖDUONIES ATsirADIMU RELATIONS AMONG WAYS OF FEEDING, ORAL CARE AND EARLY CHILDHOOD CARIES DEVELOPMENT

Rasa Ravinskienė, Aušra Rudžianskienė

Klaipėdos valstybinė kolegija Sveikatos mokslų fakultetas Burnos priežiūros ir mitybos katedra

## Santrauka

31

Ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis - viena iš labiausiai paplitusių lėtinių ligų tarp vaikų, kuri pažeidžia vaikų pieninius dantis ir siejama su kūdikių maitinimo praktika bei nepakankama burnos priežiūra.

Tyrimo tikslas - atskleisti maitinimo būdų ir burnos priežiūros sąsajas su ankstyvosios vaikystės dantų ėduonies atsiradimu.

Tyrimo metodika. Tyrime dalyvavo moterys, auginančios 1 – 3 metų amžiaus vaikus, kurie lankė darželius.

Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikus dantis turėjo vaikai, kurie buvo maitinti iki 12 mėnesių natūraliai (33proc.) ir dirbtinai iki 6 mėn.(39 proc.). Remiantis motinų nuomone, 51 proc. dirbtinai ir 17 proc. natūraliai maitintų vaikų, turi ankstyvosios vaikystės ėduonies pažeistus dantis.

**Raktažodžiai.** Ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis, buteliuko ėduonis, natūralus maitinimas, dirbtinis maitinimas.

## Įvadas

Naujagimis motinos pienu pradėdamas maitinti iškart po gimimo. Šio maisto kūdikiui paprastai visiškai pakanka iki 6 mėnesių amžiaus (WHO, 2016). Be natūralaus maitinimo krūtimi iki kol kūdikiui sueina 6 mėnesiai, išskiriamas mišrus maitinimas, kai yra maitinama motinos pienu ir papildomai maitinama adaptuotais pieno mišiniais bei maitinama tik pieno mišiniais (Cai ir kt., 2016).

Per pirmuosius 6 mėnesius pats optimaliausias ir geriausias kūdikio maistas yra motinos pienas, kuris patenkina visus vaiko mitybos poreikius dėl jame esančių visų kūdikiui reikalingų ir virškinimo traktui tinkamų medžiagų, kurios yra labai gerai pasisavinamos. Motinos pienas skatina normalų vaiko fizinį vystymąsi ir augimą. Mokslininkų atlikti tyrimai įrodė motinos pieno naudą vaiko sveikatai, o maitinimą krūtimi išskyrė kaip pagrindinę priemonę maitinant kūdikius (Denne, 2015; Verger, 2014).

Pagal PSO ir UNICEF rekomendacijas, kūdikius rekomenduojama maitinti krūtimi iki 6 mėnesių, po to papildomai maitinti. Motinos pienas turėtų išlikti kaip pagrindinis maistas iki vienerių metų amžiaus, o žindymą rekomenduoja tęsti ir antraisiais vaiko gyvenimo metais, o jei vaikas norės ir ilgiau. Tačiau tik apie 36 proc. kūdikių iki 6 mėnesių yra maitinami krūtimi (WHO, 2016). Pasaulinės Sveikatos Asamblėjos tikslas - iki 2025 metų padidinti kūdikių iki 6 mėnesių amžiaus maitinimą krūtimi 50 proc. (WHO, 2014).

Nors mišrus maitinimas per pirmuosius šešerius gyvenimo mėnesius nerekomenduojamas, tačiau kartais mamos pasirenka šį maitinimo būdą dėl sumažėjusio motinos pieno kiekio (WHO, 2008; Radzyminski ir Callister, 2016). Pagrindinės priežastys, dėl kurių motinos liaujasi žindyti kūdikius, yra nepatogumai ar nuovargis, susiję su maitinimu krūtimi (22,6 proc.) ir pieno trūkumas (21,6 proc.) (Brown ir kt., 2014).

Mamos, maitinančios vaikus nenatūraliu būdu, renkasi maitinimui skirtus adaptuotus ir neadaptuotus pieno mišinius (Radzyminski ir Callister, 2016). Neadaptuoti pieno mišiniai nepatenkina kūdikio organizmo poreikių. Jie suteikia sotumo jausmą, dėl juose esančio didelio

kiekio angliavandenių, tačiau juose stinga vitaminų, mineralinių medžiagų ir kitų mikroelementų. Šiuose mišiniuose nesuderintas riebalų, angliavandenių ir baltymų kiekis. Mineralinės medžiagos ir vitaminai, esantys motinos piene, turi aukštesnę biologinę vertę, nei medžiagos, prisotintos adaptuotuose mišiniuose (Labanauskas ir Rokaitė, 2009).

Ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis – yra viena iš labiausiai paplitusių infekcinių ligų, kuriomis serga dauguma vaikų visame pasaulyje. Ši agresyvi ir negydoma dantų ėduonies forma gali sukelti dideles ėduonies ertmes dantyse ir greitai išplisti (Hajishengallis ir kt., 2015). Ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis dažniausiai vystosi ir pažeidžia viršutinio žandikaulio pirmuosius kandžius bei pirmuosius krūminius dantis.

Ėduonies rizikos veiksniai, tokie kaip vaikų maitinimas iš buteliuko nakties metu, dažnas saldžių gėrimų ir pieno mišinių vartojimas, bei vaiko migdymas su buteliuku, yra svarbūs ankstyvosios vaikystės ėduonies atsiradimui (Detsomboonrat ir Pisarnturakit, 2015).

Eigbobo ir Onyeaso (2015) atliktas tyrimas parodė, kad moterys žinojo apie ankstyvąją vaikystės dantų ėduonį, o 39,3 proc. moterų nurodė, kad buteliuko/krūties palikimas vaiko burnoje užmigus, gali būti pavojingas dantims ir sukelti ankstyvosios vaikystės dantų ėduonį.

Daugelis tyrime dalyvavusių moterų nežinojo, kad vaikui bakterijas, kurios sukelia dantų ėduonį, gali perduoti pati mama iš savo burnos. Su šiuo teiginiu sutiko 45 proc. mamų (Eigbobo ir Onyeaso, 2015).

Apnašo ant dantų buvimas, jo nepašalinimas, bei vaiko maitinimas naktimis iš buteliuko, yra svarbiausi ėduonies atsiradimo veiksniai.

Atlikti tyrimai pagrindžia teoriją, kad pagrindinė priežastis atsirasti ankstyvosios vaikystės dantų ėduoniui yra netinkama mityba ir dantų priežiūra (Nobile CG, Fortunato L ir kt., 2014).

### Tyrimo metodika

Tyrimui atlikti duomenys buvo renkami 2017 metais kovo - balandžio mėnesiais, gavus darželių direktorių raštiškus sutikimus atlikti tyrimą.

**Imties dydis.** Tiriamųjų imtį sudarė 184 mamos, auginančios vaikus nuo 1 iki 3 metų amžiaus.

**Tiriamųjų atrankos būdas.** Abėcėlės tvarka buvo surašyti visi Klaipėdos miesto darželiai, kuriuose yra lopšelinukų grupės. Atsitiktiniu būdu pasirinkta atlikti apklausą kas trečiame darželyje. Iš 15 atrinktų darželių, apklausoje sutiko dalyvauti 10 darželių.

Buvo išdalintos 215 anketos, iš kurių grįžo 184. Atsako dažnis - 85,58 proc. Duomenų analizei panaudotos 184 anketos.

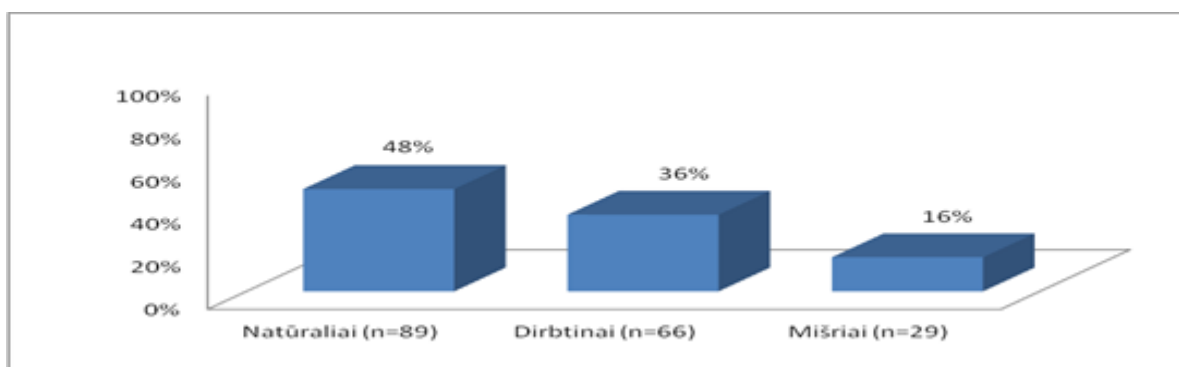
**Duomenų rinkimo metodai.** Temai atskleisti buvo pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas. Tyrimui įvykdyti buvo atlikta anketinė apklausa. Klausimynas sudarytas autorių, remiantis teorinėmis koncepcijomis, kurios parengtos analizuojant mokslinius šaltinius.

**Duomenų analizės metodas.** Tyrimo duomenų analizė atlikta Microsoft Office Excel 2007 programa. Duomenys pateikiami paveiksluose, skaičiais ir procentine išraiška, atliekamas jų apibendrinimas ir palyginimas su kitų mokslininkų duomenimis bei pateikiamos išvados.



## Rezultatai

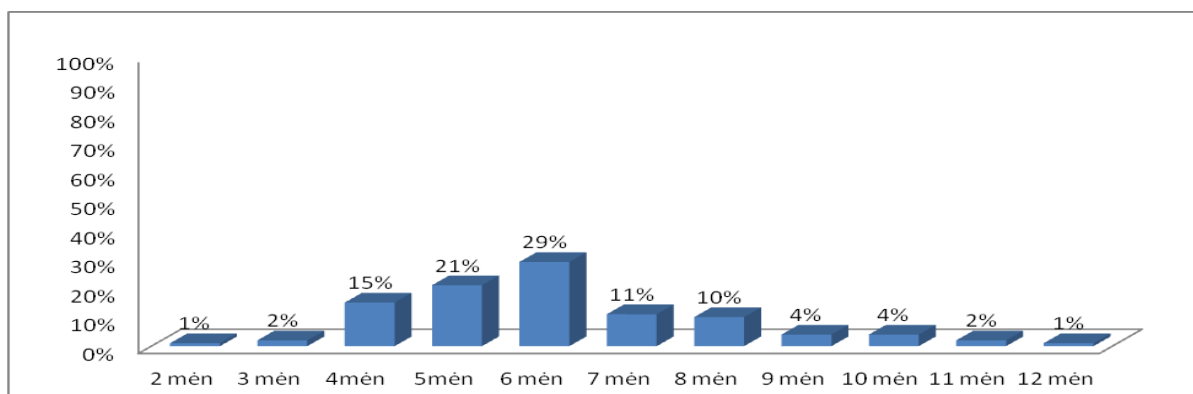
Atliekant tyrimą buvo svarbu įvertinti respondečių pasiskirstymą pagal maitinimo būdus.



**1 paveikslas. Respondenčių pasiskirstymas (n=184) pagal maitinimo būdus**

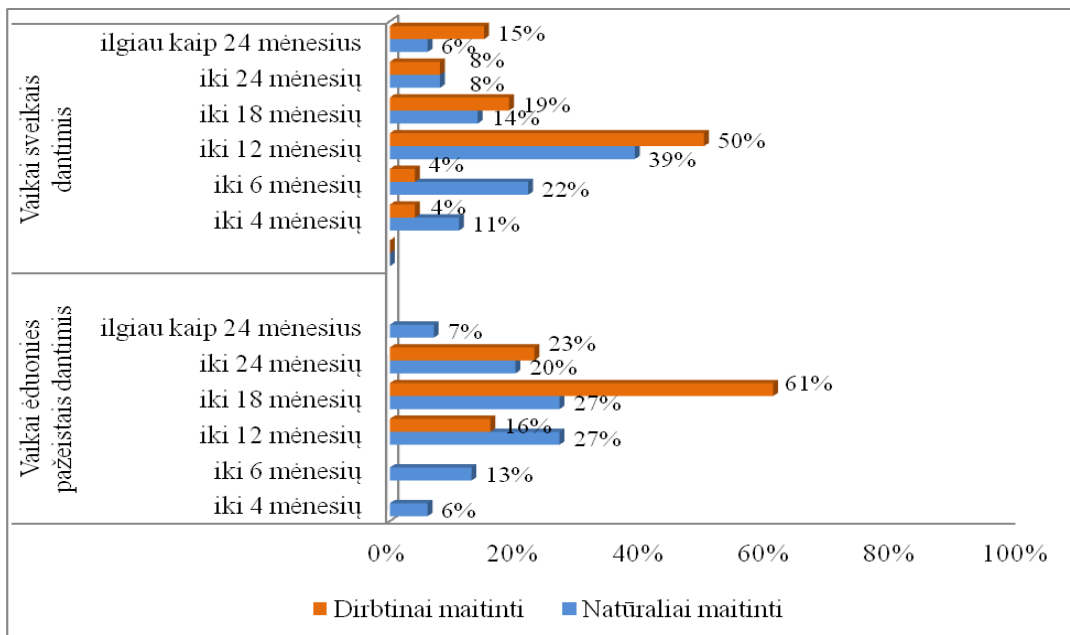
48 proc. respondenčių nurodė, kad vaikus maitino natūraliai iš krūties, 36 proc. maitino dirbtinai ir 16 proc. respondenčių maitino mišriai, tačiau natūraliai maitino moterys iki tol, kol vaikams sukako 4 arba 6 mėnesiai.

Vertinant amžių, iki kada vaikai buvo maitinami natūraliai ir dirbtinai, ir kaip tai lėmė ankstyvosios vaikystės dantų ėduonies atsiradimą, buvo svarbu įvertinti tai, kada vaikams išdygo pirmasis dantis.



**2 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas (n=184) pagal tai, kelintą gyvenimo mėnesį jų vaikui išdygo pirmasis pieninis dantis**

Remiantis respondenčių atsakymais, galima teigti, kad vaikams pirmieji pieniniai dantys pradeda dygti 5-6 vaiko gyvenimo mėnesį.

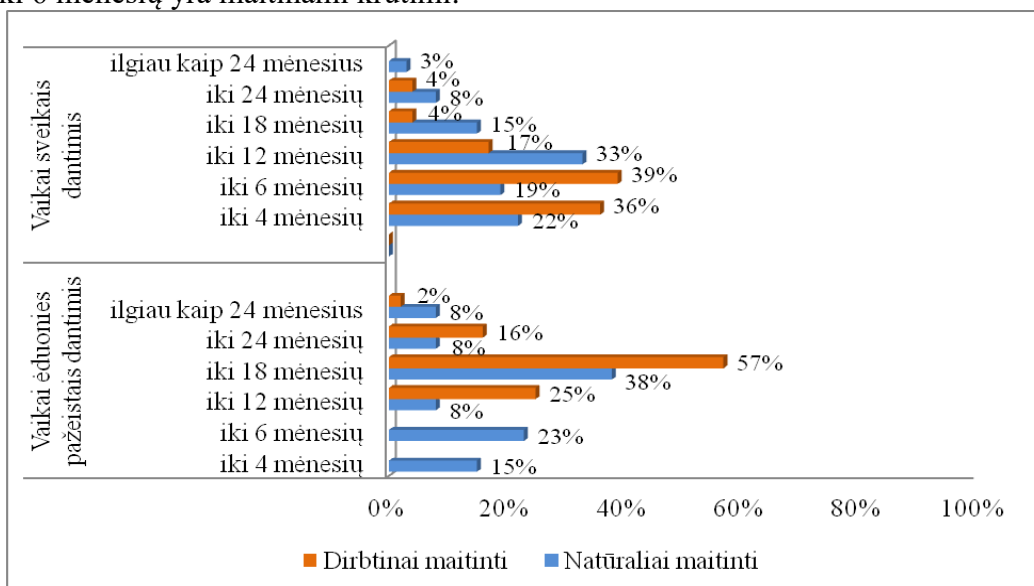


**3 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas (n=184) pagal tai, iki kurio laiko vaikus maitino natūraliu būdu (n=89) ir dirbtiniu būdu (n=95)**

Atlikus tyrimą, gauti rezultatai parodė, kad mamos (n=184) vaikus maitino iki 12-18 mėnesių. Trumpiausias maitinimo laikas buvo 4 mėnesiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė mamų, maitino vaikus dirbtiniu, ir mažiau nei pusė – maitino vaikus natūraliu būdu.

Mamų (n=89), kurios vaikus maitino iki 12 mėnesių natūraliai, vaikai turėjo sveikus dantis, tai sudarė 39 proc. apklaustųjų nuomonės. Sveikus dantis turėjo ir vaikai (22 proc.), kuriuos mamos maitino iki 6 mėnesių. Vaikai, kurie buvo maitinami dirbtinai iki 18 mėnesių, turėjo anktyvosios vaikystės ėduonies pažeistų dantų (61 proc.). Tokią nuomonę išsakė mamos, pasirinkusios dirbtinį maitinimo būdą (n=95).

Pagal pateiktas PSO bei UNICEF rekomendacijas, vaikus rekomenduojama maitinti natūraliai iš krūties iki 24 mėnesių. Šioms rekomendacijoms pritaria ir Vitkauskas (2014). Motinos, nusprendusios maitinti vaikus ilgiau nei metus laiko, turėtų žinoti, kad vėliau pienas tampa panašus į priešpienį ir jame dominuoja tik apsauginiai imuniniai faktoriai, todėl vaikas turi būti maitinamas papildomu maistu. Pagal WHO (2016) atliktą tyrimą, buvo išsiaiškinta, kad tik apie 36 proc. kūdikių iki 6 mėnesių yra maitinami krūtimi.

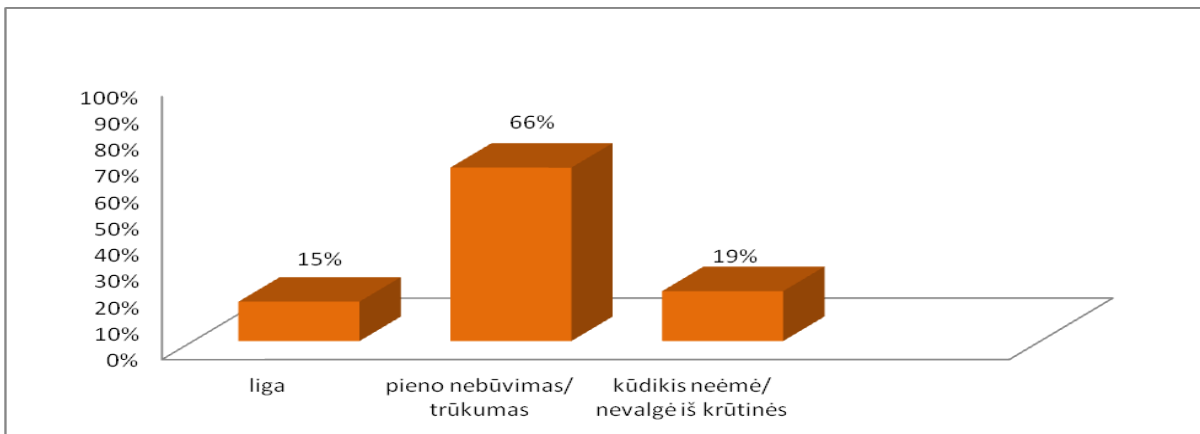


**4 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas (n=184) pagal tai, kiek laiko vaikus maitino naktimis, natūraliu (n=89) ir dirbtiniu (n=95) būdu**

Išanalizavus atlikto tyrimo rezultatus, išsiaiškinta, kad 57 proc. vaikų, kurie buvo maitinami dirbtinai naktimis iki 18 mėnesių, remiantis motinų nuomone (n=95), turėjo ėduonies pažeistus dantis, o natūraliai maitinti iki tokio paties amžiaus, ėduonies pažeistus dantis turėjo 38 proc. vaikų. Tokią nuomonę pareiškė 89 tiriamosios.

33 proc. natūraliai ir 17 proc. dirbtinai maitintų vaikų, kurie motinų nuomone, turi sveikus dantis, nakties metu buvo maitinami iki 12 mėnesių. Atlikto tyrimo rezultatai yra panašūs su užsienyje atliktais tyrimų rezultatais. Detsomboonrat ir Pisarnturakit (2015) atlikę tyrimą nustatė, kad ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis buvo didesnis tarp 9 – 18 mėnesių amžiaus kūdikių, kurie naktį buvo maitinami iš buteliuko pieno mišiniais arba jiems buvo leidžiama užmigti su buteliuku burnoje.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad maitinant vaikus dirbtiniu būdu ilgiau nei 12 mėnesių, vaikų dantys labiau pažeidžiami dantų ėduonies, nei tų vaikų, kurie buvo maitinti iki 12 mėnesių.

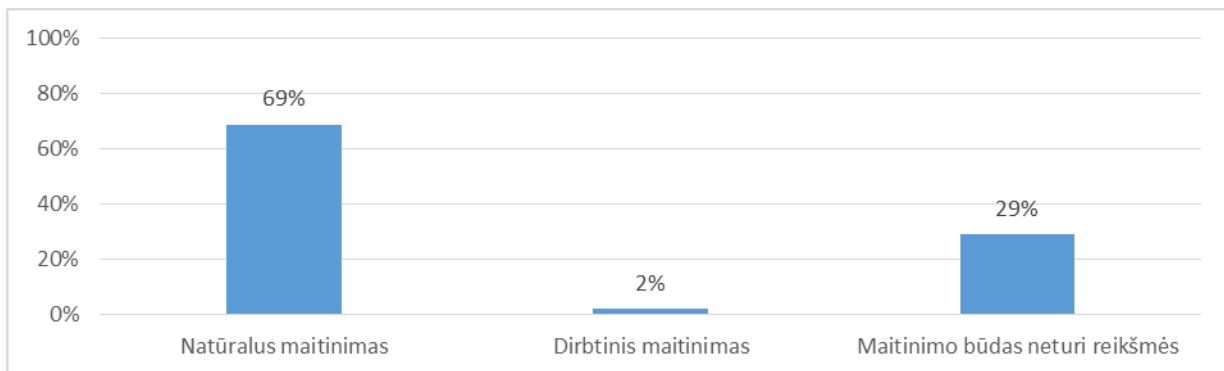


**5 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas (n=184), pagal tai, kas lėmė pasirinkimą vaiką maitinti dirbtiniu būdu**

Pateiktame paveiksle (5 pav.) pavaizduota respondenčių, kurios maitino dirbtinai, atsakymai, pagal tai, kas lėmė jų pasirinkimą vaiką maitinti tokiu būdu. 66 proc. respondenčių, nurodė, kad tokį maitinimo būdą pasirinkti lėmė pieno nebuvimas arba jo trūkumas. Kad kūdikis neėmė krūties, nurodė 19 proc. mamų, o dėl ligos - kūdikių nemaitino 15 proc. apklaustųjų.

Remiantis Brown (2014) atlikto tyrimo duomenimis, nustatyta, kad pagrindinė priežastis dėl kurios motinos nustoja maitinti kūdikius, yra pieno trūkumas (21,6 proc.).

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad pagrindinis veiksnys, dėl kurio motinos maitina dirbtinai, yra pieno nebuvimas arba jo trūkumas.

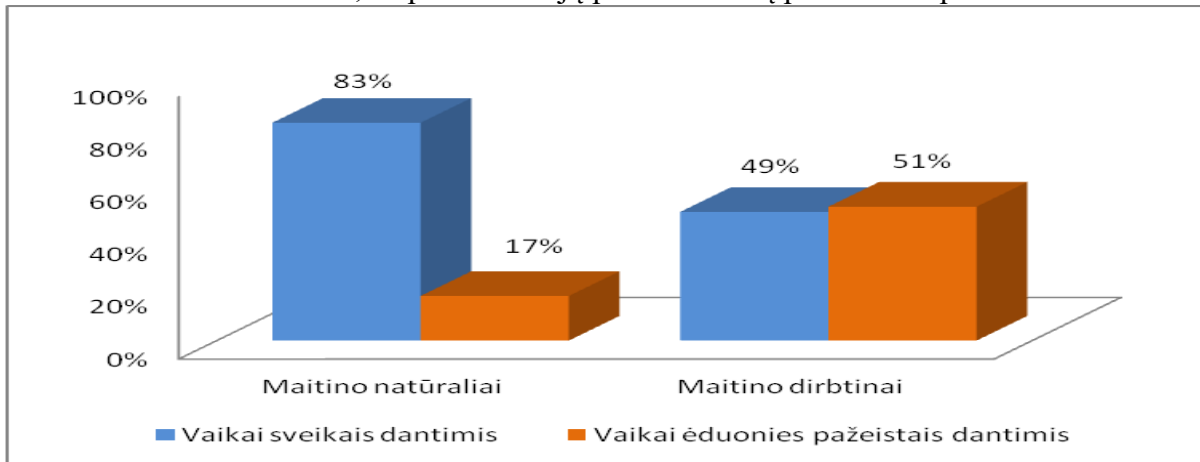


**6 paveikslas. Respondenčių nuomonių pasiskirstymas (n=184) pagal tai, koks maitinimo būdas naudingesnis/sveikesnis vaiko dantims**

Išanalizavus atlikto tyrimo rezultatus, išsiaiškinta, kad 69 proc. respondenčių mano, jog natūralus kūdikių maitinimas yra naudingesnis ir sveikesnis vaikų dantims. 29 proc. respondenčių

mano, kad maitinimas neturi reikšmės dantis ir 2 likę proc. respondentų mano, kad dirbtinis maitinimas naudingas pieniniams dantis.

Wang ir Ge (2015) teigia, kad maistinės ir mineralinės medžiagos, esančios motinos piene, padeda mineralizuotis dantis, slopina bakterijų prisitvirtinimą prie dantis paviršiaus.

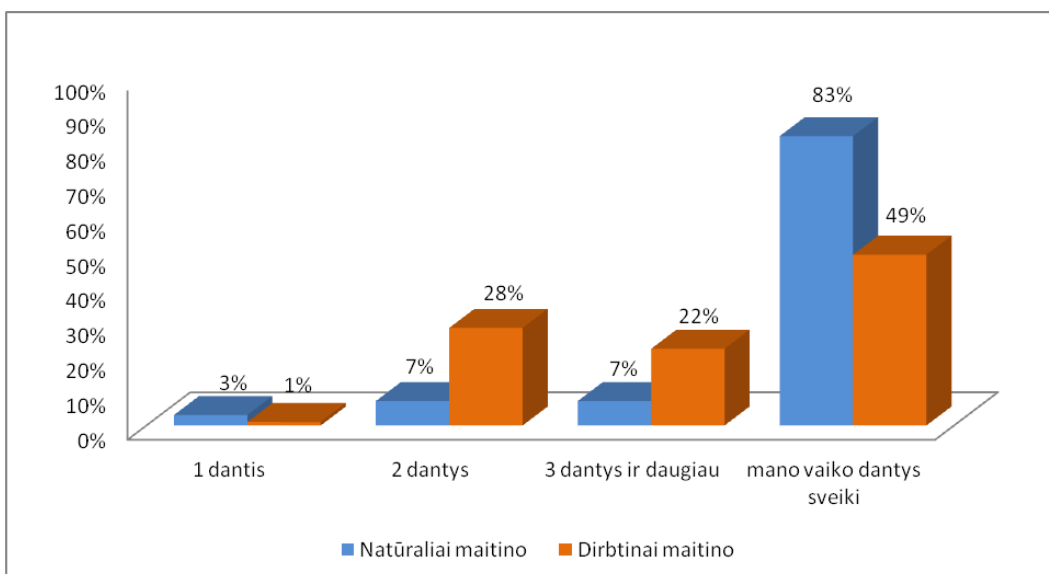


**7 paveikslas. Respondenčių nuomonė apie jų vaikų ėduonies pažeistus dantis, maitinant natūraliai (n=89) ir dirbtinai (n=95)**

Pateiktame paveiksle (7 pav.), pavaizduota respondenčių nuomonė apie vaikų ėduonies pažeistus dantis, maitinant skirtingais maitinimo būdais. Respondentės, kurios maitino vaikus natūraliai (n=89), nurodė, kad 83 proc. vaikų yra sveikais dantis ir 17 proc. - ėduonies pažeistais dantis. Respondentės, kurios vaikus maitino dirbtinai (n=95), nurodė, kad 49 proc. vaikų dantis yra sveiki ir 51 proc. vaikų, turi ėduonies pažeistus dantis.

Dabawala ir kt. (2016) teigia, kad maitinimas krūtimi asocijuojasi su rizika atsirasti ankstyvajam vaikystės dantų ėduoniui, jei vaikai yra maitinami ilgiau nei iki 24 mėnesių, ir tėvai nesirūpina vaiko burnos higiena.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad 51 proc. vaikų, kurie buvo maitinami dirbtinai ir 17 proc. vaikų, kurie buvo maitinami natūraliai, turėjo ėduonies pažeistų dantų.

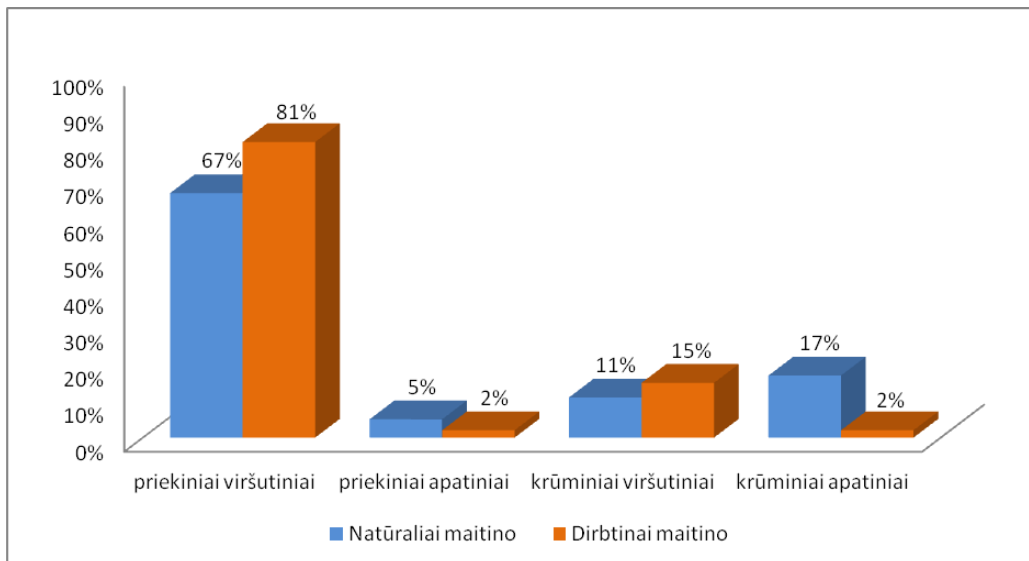


**8 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas pagal ėduonies pažeistų dantų kiekį, maitinant vaikus natūraliai (n=89) ir dirbtinai (n=95)**

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė (8 pav.), kad dirbtiniu būdu maitintiems vaikams buvo pažeisti 2 ir daugiau dantų. Tai atitinkamai sudaro 28 proc. ir 22 proc. respondentų atsakymų.

Mamos, kurios kūdikius maitino natūraliai, nurodė, kad jų vaikams dantų ėduonis buvo pažeidęs 2 dantis, arba 3 ir daugiau dantų, o tai sudarė po 7 proc. atsakymų. 83 proc. mamų, kurios maitino natūraliai ir 49 proc. mamų, kurios vaikus maitino dirbtiniu būdu, nurodė, kad jų vaikų dantys yra sveiki.

American Academy of Pediatric Dentistry (2008) apibūdinimu, paprastasis ankstyvasis dantų ėduonis yra tada, kai vaikams iki 6 metų amžiaus yra pažeisti vienas ar keli dantys, kai dantų trūksta, kai yra užplombuoti dantys ar jų paviršiai. Daugybinis ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis apibūdinamas, kai atsiranda bet koks ėduonies pažeidimas ant lygiųjų danties paviršių vaikams iki vienerių metų amžiaus, kai vienas ar daugiau dantų turi ėduonies ertmes, kai dantis yra užplombuotas arba jo trūksta, kai pažeidimai apima viršutinio žandikaulio priekinių dantų sritį.



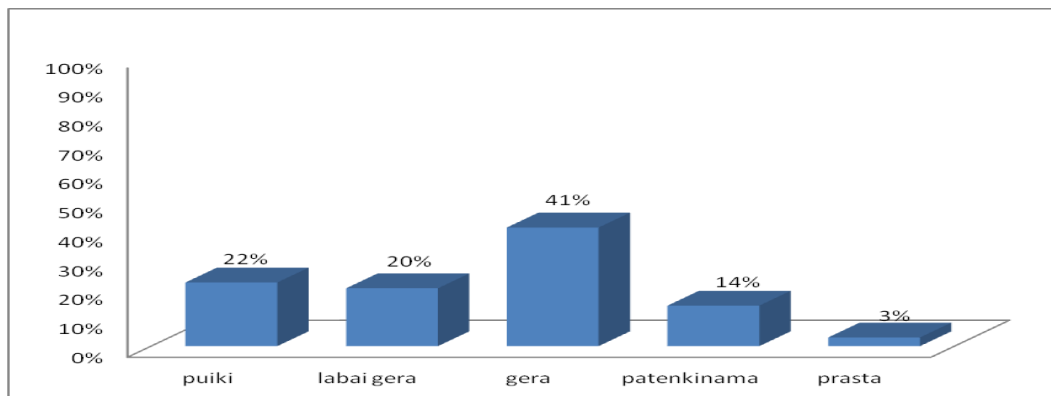
**9 paveikslas. Respondenčių atsakymų pasiskirstymas pagal tai, kokie dantys buvo pažeisti ėduonies, maitinant natūraliai (n=89) ir dirbtinai (n=95)**

Atlikto tyrimo rezultatai (9 pav.) parodė, kad ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis labiausiai pažeidžia priekinius viršutinius, priekinius viršutinius ir apatinius krūminius dantis ir priekinius apatinius dantis, nepriklausomai nuo to, koku maitinimo būdu buvo maitinti vaikai.

Respondentės, kurios maitino savo kūdikius natūraliai ir dirbtinai nurodė, kad jų vaikams pirmiausia ėduonis pažeidė priekinius viršutinius dantis. Tai sudarė 67 proc. ir 81 proc. apklaustųjų nuomonės. Dirbtinai maitinusios vaikus respondentės nurodė, kad jų vaikams buvo pažeisti viršutiniai krūminiai, kiek mažiau apatiniai priekiniai ir krūminiai dantys, atitinkamai tai sudarė 15 proc. ir 2 proc. Natūraliai maitinusios respondentės nurodė, kad jų vaikams buvo pažeisti krūminiai viršutiniai ir apatiniai, ir kiek mažiau priekiniai apatiniai dantys. Tai sudarė 11 proc. 17 proc. ir 5 proc. atsakymų.

Tyagi (2008) ir Feldens (2010) teigimu, ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis dažniausiai vystosi ir pažeidžia viršutinio žandikaulio pirmuosius kandžius, bei pirmuosius krūminius dantis. Viršutinio žandikaulio dantys yra labiau pažeidžiami ėduonies, nes apatinio žandikaulio dantys yra apsaugoti liežuvio bei pažandinių ir poliežuvinių seilių liaukų, kurios išskiria seiles, taip apsaugodamos dantis.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, kad pirmiausia ankstyvosios vaikystės dantų ėduonis pažeidžia viršutinius priekinius ir krūminius dantis, o progresuojant šiam ėduoniui, pažeidimai apima apatinius priekinius ir krūminius dantis.



### 10 paveikslas. Respondenčių (n=184) nuomonė apie jų vaikų burnos ir dantų būklę

Išanalizavus atlikto tyrimo rezultatus buvo išsiaiškinta respondenčių nuomonė apie vaikų burnos ir dantų būklę. 41 proc. respondenčių savo vaikų burnos ir dantų būklę apibūdino kaip gerą, 22 proc. - kaip puikią ir 3 proc. respondenčių nurodė, kad jų vaikų burnos ir dantų būklė yra prasta. Apibendrinant galima teigti, kad respondenčių nuomonė apie jų vaikų burnos ir dantų būklę yra gera.

### Išvados

Remiantis motinų nuomone, 61 proc. dirbtinai ir 27 proc. natūraliai maitintų vaikų iki 18 mėnesių, turėjo ėduonies pažeistus dantis. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad vaikai, kurių dantys buvo sveiki, tiek dirbtiniu maitinimo būdu (50 proc.) tiek natūraliai (39 proc.), buvo maitinami iki 12 mėnesių amžiaus.

Remiantis tyrimo duomenimis, vaikai, kurie buvo maitinti iki 12 mėnesių natūraliai (33proc.) ir dirbtinai iki 6 mėn.(39 proc.), turėjo sveikus dantis. Vaikai maitinti iki 18 mėnesių tiek dirbtiniu, tiek natūraliu būdu, turėjo ėduonies pažeistus dantis.

48 proc. respondenčių nurodė, kad vaikus maitino natūraliai, o dirbtinai maitinti pradėjo dėl pieno trūkumo ar jo nebuvimo (66 proc.), dėl to, kad kūdikis neėmė krūties - (19 proc.), dėl motinos ligos (15 proc.). Mišriai maitinusios respondentės, dėl pieno trūkumo pradėjusios priimaitinti dirbtinai, natūraliu būdu vaikus maitino iki 4 arba 6 mėnesių. Remiantis motinų nuomone, 51 proc. dirbtinai ir 17 proc. natūraliai maitintų vaikų, turi ankstyvosios vaikystės dantų ėduonies pažeistų dantų. Vaikai, kurie buvo maitinti dirbtinai, turėjo 2 arba 3 ir daugiau ėduonies pažeistų dantų. Tai atitinkamai sudarė 28 proc. ir 22 proc. apklaustųjų. Tiek natūraliai (67 proc.) tiek dirbtinai (81 proc.) maitintiems vaikams ankstyvosios vaikystės ėduonis buvo pažeidęs viršutinius priekinius dantis.

### Literatūra

1. American Academy of Pediatric Dentistry ir American Academy of Pediatric (2008). Policy of Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Oral Health Policies, Reference Manual; V 32/ No 6, 41-44.
2. Brown CR, Dodds L. ir kt. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health. May 9;105(3):e179-85.
3. Cai L., Yu P., Zhang Y., Yang X., Li W., Wang P. (2016). Effect of feeding pattern on infant illness in Chinese cities. Public Health Nutr. 19(7):1252-9.
4. Dabawala S., Suprabha B.S., Shenoy R., Rao A., Shah N. (2016). Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study.
5. Denne S.C. (2015). Neonatal nutrition. Pediatr Clin North Am. 62(2):427-38.
6. Detsomboonrat P., Pisarturakit P.P. (2015). Dental caries and related oral health factors among 9 to 18 month old Thai children.

7. Eigbobo J.O., Onyeaso C.O. (2013). Maternal knowledge and awareness of factors affecting oral health in the paediatric population. *Odontostomatol Trop.* 36(142):15-24.
8. Feldens C.A., Giugliani E.R., Vigo Á., Vítolo M.R. (2010). Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res*; 44:445–452.
9. Hajishengalli E., Parsaei Y., Klein M.I., Koo H. (2015). Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries. doi: 10.1111/omi.12152.
10. Labanauskas L., Rokaitė R. (2009). *Vaikų dietologija : universiteto vadovėlis*. Kaunas. p.170
11. Nobile CG, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C, Pavia M.(2014). Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study.
12. Radzimirski S., Callister L.C. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices.
13. Tyagi R. (2008). The prevalence of nursing caries in Davangere preschool children and its relationship with feeding practices and socioeconomic status of the family. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*; 26:153–157.
14. Verger J. (2014). Nutrition in the pediatric population in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 26(2):199-215.
15. Vitkauskas K., (2014). *Kūdikio žindymas nepakeičiamas kaip motinos meilė*. ISBN 978-6094-085-58-1; p., 31
16. Wang X.T., Ge L.H. (2015). Influence of feeding patterns on the development of teeth, dentition and jaw in children. *Beijing Da Xue Xue Bao.* 47(1):191-5.
17. WHO. Abbreviations and explanation of terms. Prieiga per internetą: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/hivif\\_qa/abbrev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/hivif_qa/abbrev/en/) žiūrėta [2016-04-14].
18. WHO. Infant and young child feeding. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/> [2016-04-14].
19. WHO. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. Promotion of breastfeeding in Europe, EU project contract N. SPC 2002359, 2008, p., 65. Prieiga per internetą: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf> žiūrėta [2016-04-14].
20. WHO. The International Code of Marketing of Breast – Milk substitutes - 2017 Update Prieiga per internetą: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/> žiūrėta [2017-04-20].
21. WHO. WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. 2014. Prieiga per internetą: [http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets\\_breastfeeding\\_policybrief.pdf?ua=1&ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_breastfeeding_policybrief.pdf?ua=1&ua=1) žiūrėta [2016-04-15].

### Summary

**Aim of the final theses.** To reveal connections between feeding methods and oral care with appearance of tooth decay in early childhood.

**Research methods and contingent** – analysis of scientific literature and written survey. During the carried out research 184 respondents were questioned, who are raising 1 – 3 year old children.

**Results.** Children, who were fed naturally (50 percent) and artificially (39 percent) for 12 months had healthy teeth. 61 percent of children, who were fed artificially up to 18 months, has damaged teeth by caries. Naturally fed children, who had teeth damaged by caries, were fed until 12 or 18 months, this, respectively, accounted for 27 percent each. 69 percent of respondents stated, that natural feeding is healthier and has more benefits to baby-teeth, however, 66 percent of respondents, because of absence or deficiency of milk, started feeding their children with infant

formula. According to opinions of mothers, 51 percent of artificially and 17 percent of naturally fed children, has early childhood caries damaged teeth.

**Conclusions.** 61 percent of artificially and 27 percent of naturally fed children for 18 months has teeth damaged by decay. Results of this research showed that children, who have healthy teeth, were fed both naturally (50 percent) and artificially (39 percent) for 12 months. 48 percent of the respondents stated that they fed their children naturally and started feeding them artificially because of several factors: deficiency or absence milk (66 percent), baby did not take the breast (19 percent), because of mother's illness (15 percent). Respondents, who chose the mixed feeding, because of milk deficiency started feeding their children artificially, and were able to feed them naturally up to 4 or 6 months. According to opinions of mothers, 51 percent of artificially and 17 percent of naturally fed children, have early childhood caries damaged teeth. Children, who were fed artificially have 2 or 3 and more decayed tooth, this, respectively, accounted 28 percent and 22 percent. Children, who were fed naturally (67 percent) and artificially (81 percent) early childhood tooth decay has affect the upper front teeth.

**Key words.** Early childhood tooth decay, bottle caries, natural feeding, artificial feeding.

**Aušra Rudžianskienė**

Klaipėdos valstybinė kolegija, Burnos priežiūros ir mitybos katedra,  
El.paštas: ausrarud@gmail.com



# PUSAUDŽU SOCIALIZĀCIJAS PROCESA NEFORMĀLĀS IZGLĪTĪBAS VIDĒ IZPĒTE

## RESEARCH OF THE TEENAGER SOCIALIZATION PROCESS IN AN INFORMAL EDUCATION ENVIRONMENT

Evita Barkane, Ženija Truskovska  
Rēzeknes Tehnoloģu akadēmija, Latvija

### Abstract

This research is dedicated to the issues of the teenager socialization process in an informal education environment - Public day centre (further - PDC) Teenager socialization process influences their further life and their integration in the society. Revised significance of the socialization skills in a successful socialization process. Issues and their possible solutions have been determined in an empirical research on how to encourage teenager social skill development and improvement, thus facilitating a successful socialization process.

**Keywords:** informal education, public day centre, socialization skills, teenagers.

### Ievads

#### *Introduction*

Latvijā salīdzinoši nesen ir ienākusi neformālā izglītība. Neformālajā izglītībā strādājot ar pusaudžiem nepieciešams radošums un liela darba atdeve. Pieaugušo galvenais uzdevums ir: būt kopā ar pusaudzi, palīdzēt pusaudzim saprast savas vēlmes, apzināties savus resursus, pilnveidot, attīstīt prasmes, intereses un dot iespēju īstenot pusaudžu sapņus (Obrumāne E., 2011). Savādāk pusaudžiem var rasties antisociāla uzvedība. Piemēram, Latvijā 2011.g. tika veikti pētījumi par pusaudžu kriminālpārkāpumiem: notiesāti 664 nepilngadīgās personas, tie ir 7% no kopējā valstī notiesāto personu skaita; vairāk nekā divas trešdaļas nepilngadīgo pastrādājuši noziegumu grupā, 402 gadījumos tā bija zādzība un laupīšana (Anučins D., 2011). Bieži vien pusaudži savu brīvo laiku pavada nelietderīgi un tas veicina antisociālas uzvedības rašanos. Tāpēc ir svarīgi ADC neformālās izglītības vidē, lai pusaudzim tiktu radīti apstākļi pilnveidei, saskarsmes prasmju attīstīšanai, kas sekmētu veiksmīgu socializēšanos sabiedrībā.

### Ieskats teorētiskās izpētes rezultātos

#### *Insight into the results of the theoretical research*

Ar neformālās izglītības palīdzību tiek veicināta pusaudžu personības attīstība, tiek organizētas un strukturētas brīvā laika aktivitātes (Sniķere S., Koroļeva I., Aleksandrovs A., Kārkliņa I, 2010). Lai pusaudži no mācībām brīvo laiku pavadītu lietderīgi, tiek piedāvātas dažādas neformālās izglītības iespējas. Protams, liela nozīme aktivitātēs ir - pozitīvas sociālās normas, iespējas prasmju attīstībai un pilnveidošanai, piederības sajūta grupai, lai fiziski un psiholoģiski justos drošs, piemērota struktūra, saprotošas kā arī atbalstošas attiecības gan ar citiem pusaudžiem, gan ar pieaugušajiem cilvēkiem, kopienas integrācija (Mahoney, J., Larson, R., Eccles, J., Lord, H., 2005).

Socializācija ir personas tapšanas process, kurā pusaudzis iemācās sabiedrībā pieņemtos uzskatus, izkoptās vērtības un normas, gūst sociālo pieredzi un zināšanas, veiksmīga socializācijas procesa dēļ, pusaudzis var būt par pilntiesīgu un aktīvu sabiedrības locekli. Socializācijas process notiek pakāpeniski saskarsmē un mijiedarbībā ar citiem cilvēkiem (Šiļņeva L., 2000).

Engere I., Gleške L., u.c. (2014) uzskata, ka jebkuram cilvēkam, lai tas spētu iekļauties sabiedrībā, ir nepieciešamas saskarsmes prasmes, jo ikdienā, skolā, ārpus skolas, grupā, mājās ir nepieciešamība kontaktēties ar citiem cilvēkiem. Ja pusaudzim veidosies pozitīva pieredze

saskarsmē attiecībās ar līdzcilvēkiem, tad viņš spēs veiksmīgāk socializēties. Vienaudžu grupas darbība spēj ļoti stipri iespaidot pusaudžu sociālo pieredzi, saskarsmes procesu.

Saskarsme tiek definēta, kā kontaktēšanās process ar citiem cilvēkiem, kontakts var būt tiešs un netiešs, ar saskarsmes palīdzību tiek ietekmēta cilvēka vai cilvēku darbība, uzvedība, attieksme, uzskati, emocijas (Šiļņeva L. 2000). Saskarsmes prasmes nepastāv katra par sevi atsevišķi, tas ir viens kopums, kas papildina viens otru, tās ir cieši saistītas vienotā sistēmā, ko pusaudzis spēj apgūt socializācijas procesa laikā. Balstoties uz teorētiskajām atziņām (Lieģeniece D., 1998) saskarsmi var skatīt pēc piecām prasmju grupām: 1) prasmes, kas veicina augstāka domāšanas līmeņa attīstību; 2) prasmes, kas veicina komandas biedru savstarpējo uzticēšanos; 3) prasmes, kas veicina komunikāciju; 4) prasmes, kas veicina efektīvu mijiedarbību starp grupas biedriem; 5) prasmes, kas palīdz atrisināt konfliktus.

Ir svarīgi, lai pusaudzis spētu apgūt šīs prasmes, jo jebkura saskarsme sākas ar savstarpējo uztveri no tā ir arī atkarīgs, kā cilvēkam turpināsies tālākā saskarsme, kā viņš pilnveidos un apgūs citas prasmes. (Pļaviniece M., Škuškovkika D., 2002).

Svarīgi ir zināšanas un prasmes izmantot reālajā dzīvē, konkrētās situācijās. Pētījuma autores uzskata, ka ADC ir ļoti piemērota socializācijas vide pusaudžiem, kur sekmējot dažādu prasmju, tostarp saskarsmes prasmju attīstīšanu, tiek veicināts kopumā pusaudžu socializācijas process. Tātad varam spriest, ja pusaudzis veiksmīgāk apgūst saskarsmes prasmes, tad arī socializācijas process notiek veiksmīgs, kā arī pusaudzim ir vieglāk atrast un izprast savu sociālo lomu sabiedrībā.

Var izdalīt vairākas būtiskas teorētiskās atziņas:

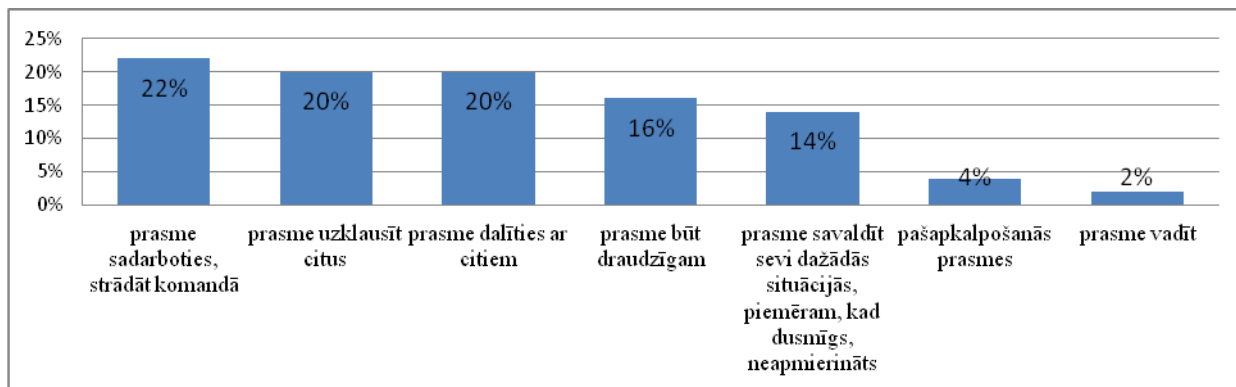
1. Saskarsme notiek kontaktēšanās procesā ar citiem cilvēkiem, saskarsmes prasmes ietekmē starppersonu attiecības, tās var attīstīt un pilnveidot. Ja pusaudzis veiksmīgi apgūst saskarsmes prasmes, tad arī socializācijas process notiek veiksmīgāk.
3. Pusaudzis apgūst sociālās normas, attīsta sociālās prasmes un iegūst jaunu pieredzi. Neveiksmīgas socializācijas rezultātā pusaudzis var kļūt sociāli nekompetents, var rasties arī antisociāla uzvedība.
4. Neformālajā izglītībā ADC socializējošā vidē pusaudzis var apgūt un pilnveidot tās prasmes, kuras nav apgūtas ģimenē un skolā. Neformālā izglītība ietver plaša spektra izglītojošas, audzinošas un socializējošas darbības, kas vērstas uz mērķgrupas tiešajām vajadzībām, ir saistošas un interesantas pusaudžiem.

### **Pusaudžu socializācijas procesa ADC vidē empīriskā izpēte**

Empirical research of the teenager socialization process in the environment of the PDC

Ieskatam tiek piedāvāts būtiskākais no veiktā empīriskā pētījuma 2016.-2017.gadā. Aptaujā piedalījās 26 respondenti: 22 pusaudži anketēšanā un 4 jaunatnes lietu speciālisti fokusgrupas diskusijā. Atbilstoši teorētiskajām atziņām, ka neformālā vide ADC ir pusaudžu socializāciju pozitīvi sekmējoša vide, tika noskaidrots, vai pusaudži ir apmierināti ar ADC piedāvātajām brīvā laika aktivitātēm. Respondenti varēja izvēlēties atbilžu variantus. Rezultāti uzrādīja, ka lielāko daļu respondentu apmierina ADC piedāvātās aktivitātes un pasākumi, kā arī saskarsmes iespējas tajās ar vienaudžiem un jauniešu lietu speciālistiem.

Situācijas izvērtēšanai svarīgi bija noskaidrot, kādas prasmes respondenti apgūst brīvā laika aktivitātēs ADC. Respondentiem bija iespēja izvēlēties vairākas atbildes (*skat 1. att.*).

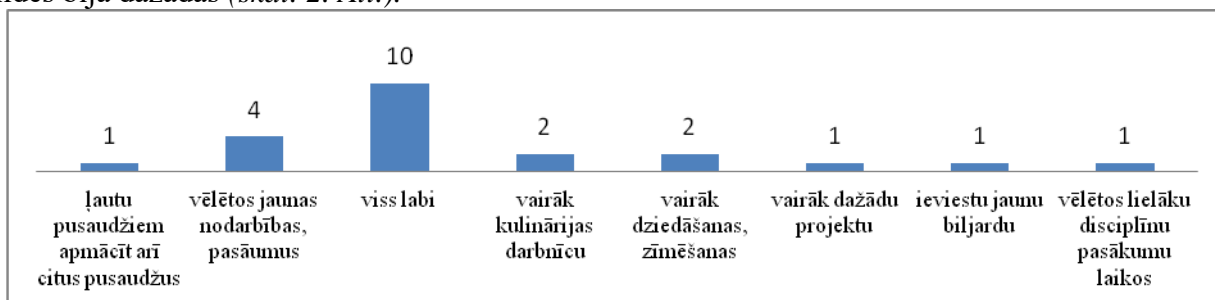


1 att. Pusaudžu viedoklis par prasmēm, kuras viņi apgūst brīvā laika aktivitātēs ADC  
*Opinion of the teenagers on skills which they obtain while participating in the activities in the PDC*

Pēc apkopotajiem datiem var redzēt, ka visvairāk pusaudži ir atzīmējuši prasmi sadarboties, strādāt komandā tie ir 22%, prasmi uzklausi citus un prasmi dalīties ar citiem apguvuši – 20%, prasmi būt draudzīgam 16%, prasme savaldīt sevi dažādās situācijās, piemēram, kad dusmīgs, neapmierināts 14%, pašapkalpošanās prasmes 4% un prasmi vadīt 2%. Pēc zinātnieku atziņām prasmes nevar iemācīties tikai runājot par tām, ir nepieciešams darboties praktiski. Ir svarīgi piedāvāt piemērotu mācīšanās saturu un mācīšanās metodes, kā arī tā organizēt mācīšanās procesu, lai pusaudži spētu apgūt prasmes, praktiski darbojoties. Gan pusaudži, gan bērni mācās no tā, ko viņi paši ir piedzīvojuši un izjutuši.

Kā redzams attēlā ir uzskaitītas tādas prasmes, kas pēc teorētiķu (Lieģeniece D., 1998) atziņām pieder saskarsmes prasmju grupai – prasmes, kas veicina savstarpējo uzticēšanos grupā, prasmes, kas veicina komunikāciju ar citiem un prasmes, kas veicina efektīvu mijiedarbību darbā ar citiem. Jāatzīst, ka respondenti minēja tikai dažas prasmes no plašā teorētiķu definētā saskarsmes prasmju klāsta. Līdz ar to pētījuma autore secina, ka visdrīzāk brīvā laika aktivitātēs ADC speciālisti nefokusējas uz konkrētu saskarsmes prasmju sekmēšanu pusaudžiem, tas ir kā netiešs papildieģuvums, ko pusaudži gūst no kopā būšanas un atpūtas procesa. Reflektējot par savu pieredzi ADC, pētījuma autores uzskata, ka jauniešu lietu speciālistiem, kuriem turpretī ir sociālā pedagoga izglītība, ir nepieciešams vairāk tiekties uz apzinātu pusaudžu saskarsmes prasmju attīstīšanu ADC.

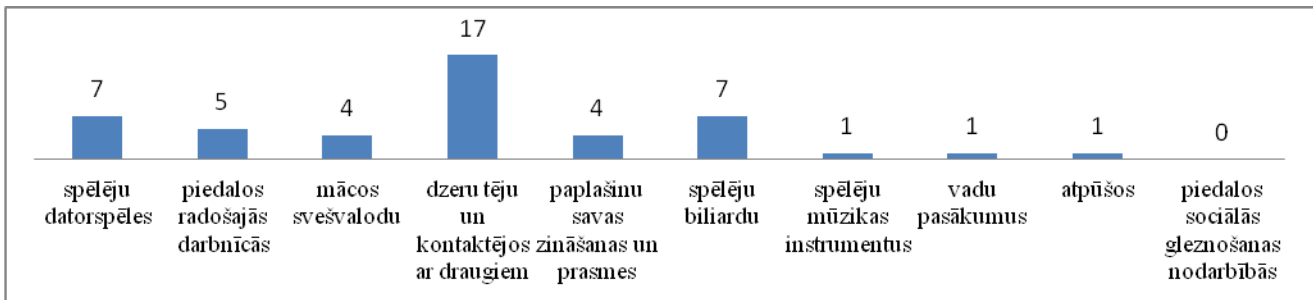
Pētījumā tika noskaidrots, ko pusaudži labprāt vēlētos mainīt ADC. Pusaudžu sniegtās atbildes bija dažādas (skat. 2. Att.).



2 att. Pusaudžu viedoklis par to, ko viņi labprāt mainītu ADC vidē  
*Opinion of the teenagers on what they would like to change in the PDC and its environment*

Pusaudžiem bija radīta iespēja piedalīties pasākumu un satura pilnveidē, ko viņi izmantoja samērā kūtri. 10 respondentus viss apmierina, viņi nevēlas neko mainīt, 4 respondenti vēlas jaunas nodarbības, pasākumus, bet nepasaka, ko tieši. Pētījuma autores, balstoties novērojumos un sarunās ar pusaudžiem, tomēr uzskata, ka pusaudžiem vajag aktivitātes gan dažādot, gan uzlabot. Vēlams precīzāk noskaidrot viņu pašu vēlmes un vajadzības, jo atbilstoši zinātniskajām atziņām, pusaudži ir tie, kuriem patīk izmēģināt jaunas, vēl nezināmas lietas. Viņi ir arī lieli eksperimentētāji, pēc savas būtības ir ļoti aktīvi un ar radošām, interesantām idejām, ko labprāt darītu un izmēģinātu.

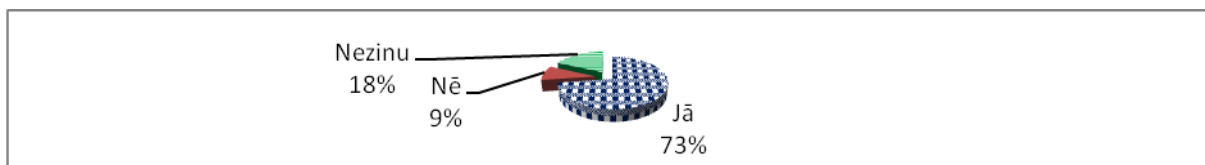
Tika noskaidrots, ko pusaudži visbiežāk izvēlas darīt ADC. Respondentiem tika doti dažādi atbilžu varianti, varēja apvilkt vairākas atbildes (skat. 3. Att.).



3 att. **Aktivitātes un nodarbes, ko pusaudži izvēlas darīt ADC**  
*Activities and workshops in the PDC that the teenagers choose participate in*

Kā redzams attēlā, pusaudži izvēlas dažādas nodarbes: lielākā daļa, kā noskaidrojām iepriekš, nāk, lai vienkārši būtu ADC kopā ar vienaudžiem patīkamā, draudzīgā, interesantā vidē – 17 respondenti atzīmēja dzer tēju un kontaktējas ar draugiem, 7 respondenti dot priekšroku spēlēm – biljardam, datorspēlēm. 4 respondenti izvēlas iespēju paplašināt savas zināšanas un prasmes, mācās svešvalodu 4 respondenti, kā arī piedalās dažādās darbnīcās. Tātad atbilstoši teorētiskajām atziņām noskaidrojam, ka liela daļa pusaudžu izmanto ADC drošo, draudzīgo un interesanto vidi saskarsmei ar vienaudžiem. Pusaudžiem patīk ADC: dzerot tēju un kontaktējoties ar draugiem, tiek sekmētas saskarsmes prasmes. Pusaudžiem ir pieejamas dažādas, arī radošās nodarbes. Viņi var izmēģināt sevi un izteikt sevi, darīt kaut ko jaunu, interesantu, „darīt pa savam prātam”.

Plašākā pētījuma ietvaros, autorēm bija svarīgi noskaidrot, vai vispār kāds no respondentiem ir piedalījies sociālās gleznošanas nodarbībās. Kā redzams 3.att., neviens pusaudzis nav piedalījies sociālajā gleznošanā. No brīvprātīgā darba pieredzes šajā ADC pētījuma autore zina, ka šāda veida sociālā spēle kā praktiska un radoša nodarbe netiek piedāvāta. Iespējams, ka trūkst speciālistu, kuri var uzņemties vadīt šādu grupu darba nodarbības. Tāpat tika noskaidrots, vai respondenti apmeklētu šādu darbnīcu.



4 att. **Pusaudžu vēlme piedalīties sociālās gleznošanas nodarbībās**

Lielākā daļa 73%, izteica vēlmi piedalīties šādās radošās praktiskās nodarbībās, daļa 18% respondentu nezināja ko atbildēt un 9% tajā brīdī atbildēja nē. Iespējams, pusaudžus jāmotivē un jāiedrošina tam. Galvenais, lai pusaudžim patiktu radošās darbības un saskarsmes process. Pētījuma autore izsaka pieņēmumu, ka ADC jārod iespēja un jāpiedāvā sociālās gleznošanas nodarbības gan kā radošās izpausmes darbnīcas, gan kā socializējoša vide pusaudžiem, organizējot mijiedarbības procesus starp vienaudžiem, fokusējoties uz saskarsmes prasmju pilnveidošanu.

Ieskats fokusgrupas diskusijas rezultātos. Svarīgs bija pieaugušo, jaunatnes lietu speciālistu viedoklis par to, kādas prasmes pusaudži apgūst novadītajās dienas atvērtā centra aktivitātēs. Diskutējot par šo jautājumu 4 respondenti uzskata, ka pusaudži apgūst: attīsta loģisko domāšanu, apgūst pamat prasmes ikdienas dzīvei, prasmi sadarboties ar citiem cilvēkiem, dzīves prasmes, prasmes būt patstāvīgam un daudzas citas prasmes. Respondenti uzskata, ka pusaudžiem ir nepieciešams apmeklēt ADC, jo viņi var attīstīt dažādas prasmes un spēj sevi pilnveidot kā personību. Teorētiskajā izpētē noskaidrojām, ka katram pusaudžim saskarsmes prasmju apguve ietekmē socializācijas procesu kopumā. Cilvēks saskarsmes prasmes spēj apgūt dabiskā pieredzes procesā, citas – vingrinot pats vai speciālista vadībā. Prasmes cilvēks spēj pilnveidot un attīstīt visas dzīves garumā, un tas veiksmīgāk notiek, ja apkārt ir citi cilvēki (Andersons R., 2001; Lieģeniece D., 1998). No respondentu atbildēm var secināt, ka nosauktās prasmes, ko pusaudži apgūst ADC,

viņiem ir nepieciešamas, bet ir nepietiekami attīstītas. Respondenti ir vienprāt, ka jāpievērš uzmanība tādām nodarbībām, kur pusaudži spēs pilnveidot un uzlabot saskarsmes prasmes, kas nozīmīgas pusaudžu socializācijas procesa sekmēšanai.

Apzinot situāciju, svarīgi bija noskaidrot *kādām prasmēm tiek vismazāk pievērsta uzmanība atvērtajos dienas centros, organizējot pusaudžu brīvo laiku un kāpēc*. Visi respondenti pauda viedokli, ka katru prasmi mēģina izkopt pusaudžiem, bet tas cik lielā mērā tas notiek, ir arī atkarīgs no pusaudžu pašu vēlmēm, iniciatīvas, motivācijas, cik ļoti viņi ļaujas piedalīties organizētās aktivitātēs un pasākumos, kā arī cik apzināti prasmes tiek apgūtas. Divi respondenti diskutēja par saskarsmes prasmju attīstīšanu. Tika noskaidrots, ka ADC nepieciešams vairāk strādāt tieši ar saskarsmes prasmēm, - ar dažādu metožu palīdzību, ar dažādām nodarbībām jāieinteresē un jāmotivē pusaudžiem tās, jo tas uzlabos arī vidi ADC. Teorētiskajā izpētē tika noskaidrots, ka ar sociālās gleznošanas nodarbībām var attīstīt, pilnveidot dažādas saskarsmes prasmes: komunikācijas prasmes, spēju uzticēties viens otram, palīdzēt sadarboties un savstarpēji saprasties, kā arī spēju iepazīt vairāk sevi, u.c. (Vilciņa A., 2003, Truskovska, 2013, 2017).

Diskusijā tika noskaidrots, *kādus pasākumus vairāk vajadzētu organizēt dienas atvērtajos centrā un vai tiek organizētas sociālās gleznošanas nodarbības*. Respondenti minēja dažādus pasākumus, kurus būtu lietderīgi organizēt pusaudžiem: tikšanās ar profesionāļu pārstāvjiem, sadraudzības pasākumus, relaksējošas terapijas ar psihologu, terapeitu, orientēšanās aktivitātes. Šie pasākumi pusaudžiem palīdzētu pilnveidot dažādas prasmes, kas nepieciešamas veiksmīgai socializēšanai. Visi 4 respondenti atzina, ka sociālās gleznošanas nodarbības netiek pielietotas ADC, kā arī to, ka pusaudžiem vajadzētu organizēt tādus pasākumus, kur apzināti tiktu attīstītas un pilnveidotas saskarsmes prasmes. K.G. Jungs uzskata, ka cilvēks ir tā persona, kurai patstāvīgi ir jāapgūst jaunas prasmes, jārealizē savi mērķi un jāpilnveidojas (Olūtnika A., 1999). Pusaudžiem brīvā laika aktivitātes palīdz veidoties par vispusīgi attīstītiem cilvēkiem sabiedrībā, palīdz socializēties dzīvei. Piedaloties atvērtajos dienas centros, pusaudži spēj iepazīt sevi, atklāj savas iespējamās prasmes un iemaņas, kas palīdz atrast un izvēlēties ceļu nākotnē (Vulfovš B., Potašņiks M., 1989). Pētījuma autore secina, ka ir ļoti svarīgi veiksmīgi izplānot pusaudžu aktivitātes, pasākumus, nodarbes ADC, lai pusaudzis maksimāli spētu gūt gan zināšanas, gan pieredzi, pilnveidojot, attīstot dažādas prasmes no pavadītā laika ADC, tostarp saskarsmes prasmi, kas ir daudzu citu socializēšanas procesā svarīgu prasmju pamatā.

### Secinājumi

#### Conclusions

- 1) Svarīga ir vide, kādā atrodas pusaudži ADC, ja vide ir droša, draudzīga, radoša, tad tiek veicināta pusaudžu attīstība.
- 2) Lai arī respondenti – gan pusaudži, gan jauniešu lietu speciālisti izsakās atzinīgi par ADC piedāvājumu, to nepieciešams pilnveidot, uzlabot pasākumu un aktivitāšu daudzumu, dažādību, pievēršot uzmanību ADC socializējošās vides uzlabošanai.
- 3) Plānojot, organizējot un piedāvājot pusaudžiem pasākumus, aktivitātes, apzināti jāfokusējas uz to, lai ADC sociālajā vidē pusaudži spētu attīstīt, nostiprināt saskarsmes prasmes, kas sekmē arī citu socializācijas procesā svarīgu prasmju pilnveidi.
- 4) *Dažādojot radošo darbnīcu klāstu ADC, pusaudžiem jāpiedāvā sociālā gleznošana kā efektīvs saskarsmes prasmju attīstīšanas instruments. No speciālista profesionalitātes un meistarības atkarīgs, cik radošs un interesants būs process, kurā piedalīsies pusaudzis un cik apzināti viņš iekļausies saskarsmes prasmju pilnveidošanā.*

### Summary

In theoretical research it has been discovered that specifically organised free time activities in an informal environment not only encourage teenager personality development but also improve

their socialization process. Socialization is a process of personal growth, teenagers learn the accepted beliefs, values and norms of the society, they gain social experience and skills. In the result of a successful socialization process, teenagers become fully-fledged and active members of the society. The socialization process happens gradually while communicating and interacting with other people. If the experience of socialization with peers and adults is positive for the teenager, then he/she integrates into the society more successfully.

During an empirical research it has been discovered that an informal education environment (PDC) provides conditions for teenagers' personality growth. Teens are willing to visit the PDC, they make use of the opportunities provided to spend their free time productively and creatively together with their peers, socialize with specialists on youth affairs etc. There is a conscious need to improve and develop amount and variety of events and activities in the PDC, paying special attention to the improvement of the socializing environment. Social painting as an effective communication skill development tool, should be offered to the teenagers, while diversifying the range of the workshops in PDC, because communication skills facilitate other important skill development important to the socialization process.

### Literatūras saraksts

#### Bibliography

1. Andersone R., (2001) *Pusaudžu sociālo prasmju veidošanās*. R: Raka.
2. Anučins D., (2011) *Pirmajā pusgadā noziegumā cietuši 184 bērni*. <http://www.lsm.lv/lv/-resurss> apskatīts 05.02.2016.
3. Barkane E., (2017) *Sociālā pedagoga darbība atvērtajā dienas centrā pusaudžu saskarsmes prasmju sekmēšanā*. Diplomdarbs. RTA (Nepublicēts materiāls)
4. Engere I., Gleške L., u.c., (2014) *Lomu spēles sociālpedagoģiskajā darbā*. Aisma.
5. Lepere, D., (2011) *Inovātīvās darba formas un metodes interešu izglītības programmu īstenošanā Talsu novada Bērnu un jauniešu centrā*. Talsi.
6. Lieģeniece D., (1998) *Sociālās prasmes*. Grigule., Silova., *Mācīsimies sadarboties*. Sorosa fonds.
7. Mahoney, J.L., Larson, R.W., Eccles, J.S., (2005) *Organized Activities as Contexts of Development. Extra curricular Activities, After-School and Community Programs*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
8. Obrumāne E., (2011) *Ieteikumi darbam ar jauniešiem*. <http://www.ludzasbjc.lv/uploads/news/26/ieteikumi-darbam-ar-jauniesiem.pdf> – resurss apskatīts 16.01.2016.
9. Olūtnika A., (1999) *Psiholoģijas teorētiku atziņas par bērna psihisko attīstību un ģimenes lomu tajā*. Rēzekne.
10. Pļaviniece M., Škuškovnika D., (2002) *Sociālā psiholoģija pedagogiem*. Raka.
11. Sņikere S., Koroļeva I., Aleksandrovs A., Kārklīņa I., (2010) *Pētījums par jauniešu apmācību vajadzībām un interesēm attālos vai mazattīstītos reģionos*. <http://www.izm.gov.lv/images/statistika/petijumi/27.pdf> – resurss apskatīts 20.01.2016.
12. Svareniece B., Katane I., (2015) *Bērnu un jauniešu Interesu izglītības iestāde kā neformālās izglītības vide Latvijā*. <http://journals.ru.lv/index.php/SIE/article/viewFile/467/458> – resurss apskatīts 16.01.2016.
13. Šļņeva L. (2000) *Sociālā darba terminoloģijas vārdnīca*. Latvija.
14. Vilciņa A., (2003) Kas ir un kas nav sociālā gleznošana. *Sociālais darbinieks* 6, Nr.1. 31-37 lpp.
15. Vulfovs B., Potašņiks M., (1989) *Ārpusklases un ārpuskolas audzināšanas darba organizators*. R: ZVAIGZNE.
16. Truskovska Ž. (2013) Sociālā gleznošana. Studiju kursa konспекти, 2013./2014 studiju gads. (Nepublicētā literatūra)

17. Truskovska Ž. (2017) Sociālās gleznošanas meistardarbnīca Latgales reģiona sociālā darba speciālistiem, pedagogiem u.c. interesentiem Rēzeknes internātpamatskolā – attīstības centrā, 2017.g. 12.aprīlī., Rēzekne. [www.rli.lv](http://www.rli.lv) – resurss apskatīts 12.06.2017

# STUDENTŲ SVEIKATOS RAŠTINGUMAS

## STUDENTS' HEALTH LITERACY

Rasa Malakauskienė  
Utenos kolegija (Lietuva)

### Santrauka

Sveikatos raštingumas nėra visiškai nauja sritis. Tiek užsienio, tiek Lietuvos autorių darbuose jau beveik dešimtmetį yra analizuojama sveikatos raštingumo problematika. Šiame straipsnyje siekiama išnagrinėti studentų sveikatos raštingumo lygį, analizuojant jų gebėjimų sritis ir nustatant raštingumo ugdymo galimybes. Tyrimo imtis sudaryta remiantis netikimybinio tiriamųjų grupės parinkimo būdu. Tyrime dalyvavo 330 Utenos kolegijos studentų – 165 Medicinos fakulteto ir 165 Verslo ir technologijų studentai.

**Rezultatai:** didžioji dauguma apklaustų studentų mano, kad socialinių įgūdžių stoka, alkoholio ir narkotikų vartojimas įtakoja sveikatos raštingumo lygio menką vystymąsi. Išvardintas socialines problemas lemia išsilavinimo lygis ir gyvenamosios įpročiai. Studentų sveikatos raštingumo lygis yra interaktyvus su kartais pasireiškiančiais bazinio sveikatos raštingumo lygiui būdingais bruožais. Pastebėtas nepakankamas asmeninio studentų indėlis tobulinant asmenines charakterio savybes, gebėjimus, reikalingus sėkmingam sveikatos raštingumo puoselėjimui, tačiau sugebėjimas rasti tinkamą informaciją, suprantama įvairių komunikavimo formų reikšmė ir informaciją yra pakankamas. Labai svarbu ugdyti mokėjimą sveikai gyventi. Šios srities tobulinimas skatina ugdyti kritinį sveikatos raštingumo lygį, kuriame svarbu sugebėti save motyvuoti sveikai gyventi, formuoti sveikos gyvenamosios įgūdžius, būti atsakingu už savo sveikatą. Būtina tobulinti turimą sveikatos raštingumo lygį, nes apklaustieji pakankamai vieningai pritartę sveikatos raštingumo ugdymo programos įtraukimui į mokomuosius dalykus aukštojoje mokykloje.

**Raktažodžiai:** raštingumas, sveikatos raštingumas, studentų sveikatos raštingumas.

### Įvadas

B. Strukčinskienė ir kt. (2013) teigia, kad jaunų žmonių gyvenamosios, mitybos ir fizinio aktyvumo ypatumų analizavimas, fizinio aktyvumo skatinimas, mitybos koregavimo propagavimas, sveikatos stiprinimas ir sveikos gyvenamosios įgūdžių formavimas yra aktualūs klausimai šiuolaikinės visuomenės sveikatos moksle [9]. Todėl sveikatos raštingumui įgaunant vis didesnę svarbą, trūksta išsamių sveikatos raštingumo tyrimų, kuriuose siekiama išsiaiškinti bendrąjį studentų sveikatos raštingumo lygį, suvokimo, ugdymo trukdžius, pasekmes, perspektyvas ir tobulinimo galimybes. Nėra vieningo ir konkretaus sveikatos raštingumo, kaip reiškinio, apibūdinimo, apimančio sritis, turinčias įtakos studentų sveikatos raštingumo lygio augimui.

Sveikatos raštingumas nėra visiškai nauja sritis. Tiek užsienio, tiek Lietuvos autorių darbuose jau beveik dešimtmetį yra analizuojama sveikatos raštingumo problematika. Užsienio autoriai tokie kaip I. Kickbusch (2004), H. Ishikawa, J. Kiuchi (2010), A. R. Shah ir kt. (2010), K. Sorensen ir kt. (2012), F. Heide ir kt. (2013) nagrinėjo ir bandė apibrėžti sveikatos raštingumo sampratą, jos koncepciją ir ugdymo modelius. Lietuvos pacientų sveikatos raštingumą bei veiksnius, įtakančius gyventojų sveikatos raštingumo lygį, plačiai nagrinėjo G. Šurkienė ir kt. (2004); V. Šveikauskas (2005); D. Zagurskienė, I. Misevičienė (2010); R. Čepauskienė (2006). Dauguma autorių domėjosi sveikatos priežiūra, raštingumu ir elgsena. Lietuvoje R. Proškuvienė, V. Zlatkuvienė, M. Černiauskienė (2006) įvertino Vilniaus pedagoginio universiteto pirmo kurso studentų – būsimų pedagogų gyvenamą ir požiūrį į sveikatą. E. Grinienė (2006) aiškinosi, kaip studentai vertina savo sveikatą. A. Norkus (2011) domėjosi studentų nuostatų fizinio aktyvumo atžvilgiu sąsajomis su kūno kultūros ugdymo(si) patirtimi mokykloje [5]. Kauno medicinos universiteto Medicinos fakulteto studentų rūkyto ir požiūrį į rūkyto kontrolę analizavo



A. Veryga ir T. Stanikas (2005) ir kt. [10]. Tėvų ir pedagogų nuomonę apie sveikatos priežiūros specialisto veiklą analizavo D. Senikas ir kt. (2008) [7].

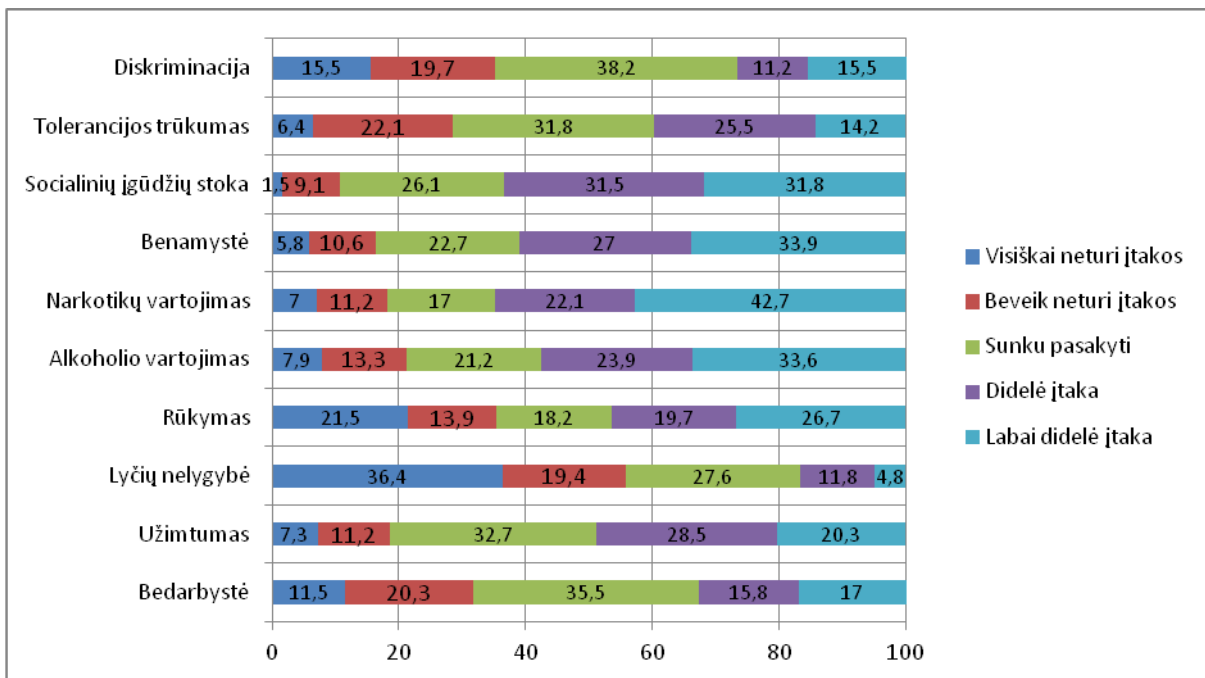
Šiame straipsnyje siekiama išnagrinėti studentų sveikatos raštingumo lygį, analizuojant jų gebėjimų sritis ir nustatant raštingumo ugdymo galimybes.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Studentų sveikatos raštingumo reiškiniai atskleisti atliktas kiekybinis tyrimas. Tyrimo imtis sudaryta remiantis netikimybinio tiriamųjų grupės parinkimo būdu. Respondentai buvo pasirinkti pagal specifinius kriterijus – konkreti aukštoji mokykla (Utenos kolegija), dabartinis asmens statusas (studentas) ir aukštosios mokyklos fakultetai (Medicinos, Verslo ir technologijų). Respondentai atrinkti pagal proporcingai stratifikuotą imtį. Tyrime dalyvavo 330 studentų. Siekiant kokybiško atlikimo, respondentai apklausti pažįstamoje aplinkoje – Utenos kolegijoje. Tyrimas atliktas taikant anketavimo metodą pagal 20 klausimų anoniminę anketą. Analizuojant kiekybinių tyrimų duomenis taikyta aprašomoji statistika. Išsamus tyrimo duomenų analizavimas atliktas SPSS programiniu paketu ir Microsoft Excel programine įranga.

### Tyrimo rezultatų analizė ir aptarimas

Analizuojant rezultatus pastebėta, kad studentų sveikatos raštingumui didžiausią neigiamą įtaką turi socialinių įgūdžių stoka – 31,5 proc. apklaustųjų mano, kad šis veiksnys turi didelę neigiamą įtaką, o 31,8 proc. - labai didelę įtaką sveikatos raštingumui (1 pav.).



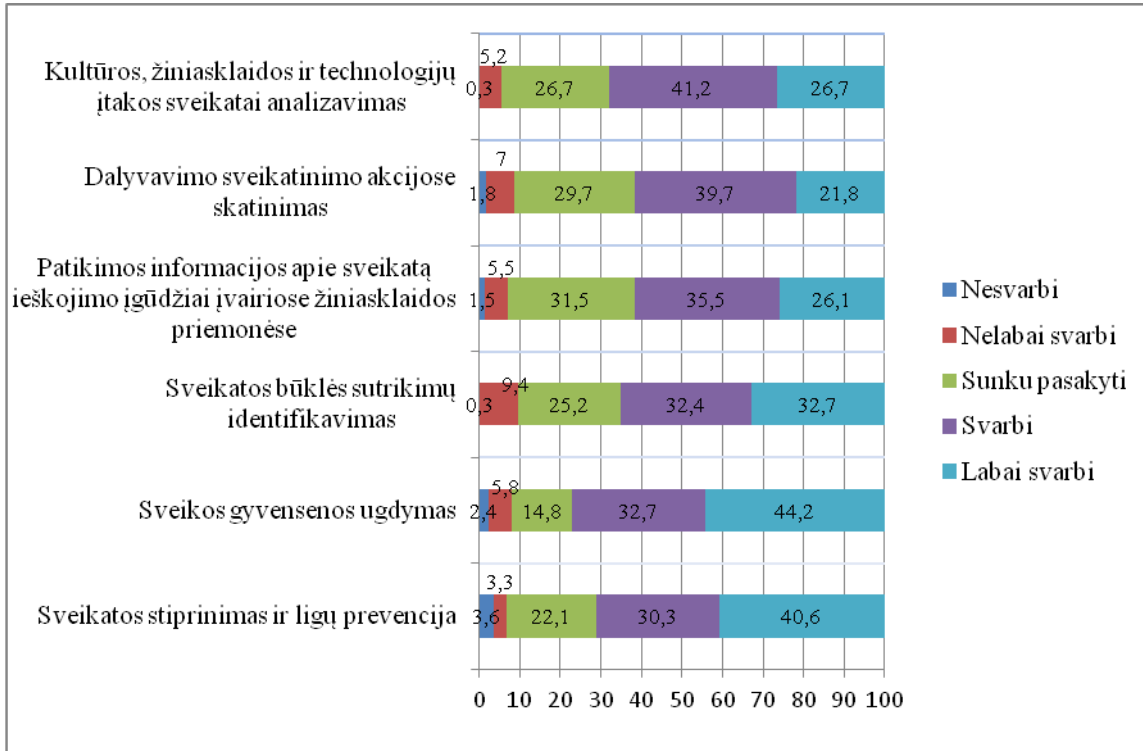
1 pav. Socialinių aspektų įtaka studentų sveikatos raštingumui, proc.

Kaip atskleidė tyrimas, narkotikų (42,7 proc. – labai didelė įtaka) ir alkoholio vartojimas (33,6 proc. – labai didelė įtaka) statistiškai ženkliai lemia blogėjančią fizinės sveikatos būklę. Paminėti veiksniai įtakoja ribotų tikslų, susijusių su sveikatos gerinimu, turėjimą.

Visuma studentų sveikatos raštingumo ugdymo trukdžių sudaro nenutrūkstamą individo savivertės menkėjimą, socialinio statuso visuomenėje praradimą. Tokie patys pagrindiniai aspektai, trukdantys ugdyti studentų sveikatos raštingumą, pateikiami ir Jaunimo statistiniame portrete [2]. Ižvelgus veiksnius, trukdančius puoselėti sveikatos raštingumą, galima sakyti, kad, norint keisti situaciją, būtina atkreipti dėmesį į pozityvų sveikatos elgesį, kaip vieną iš pagrindinių sveikatos

raštingumo sudedamųjų dalių [6]. Tyrimo rezultatai patvirtino ir G. Dahlgren (1997) prielaidą, kad studentų tarpe svarbu sumažinti tabako, narkotikų ir alkoholio vartojimą, didinti fizinį aktyvumą [1].

Tyrimu siekta išsiaiškinti studentų nuomonę apie sveikatos raštingumo ugdymo sritis, kurias puoselėjant būtų galima pasiekti kritinį sveikatos raštingumo lygį. Analizuojant rezultatus pastebėta, kad būtina ugdyti sveiką gyvenseną (svarbi sritis – 30,3 proc., labai svarbi sritis – 40,6 proc.) ir stiprinti sveikatą, išvengiant ligų (svarbi sritis – 30,3 proc., labai svarbi sritis – 40,6 proc.) (žr. 2 pav.).



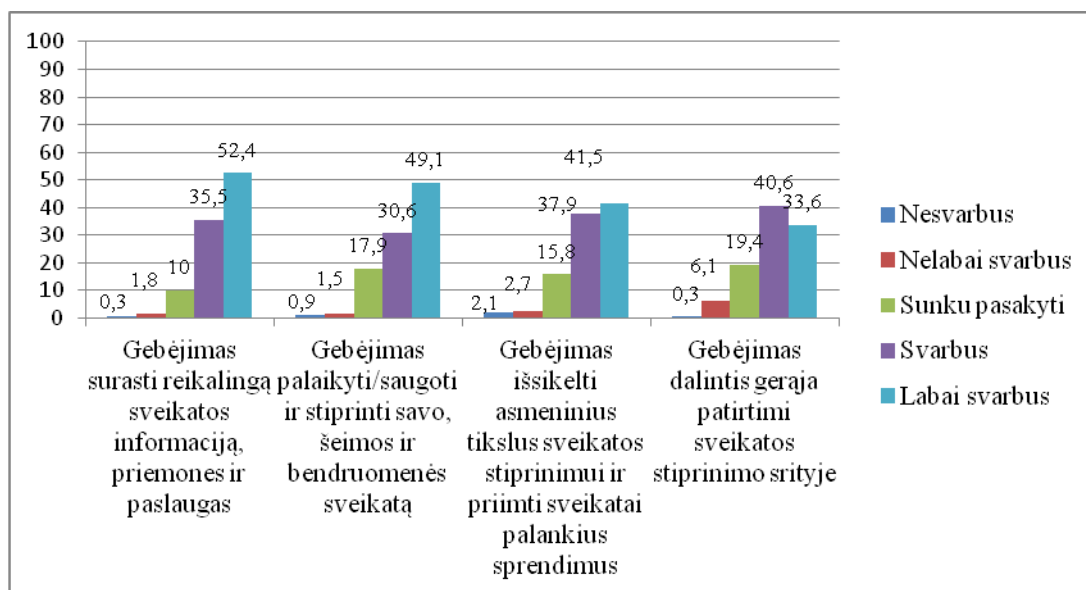
2 pav. Studentų sveikatos raštingumo ugdymo sritis, proc.

Sveikos gyvensenos ugdymas turi didelę reikšmę studentų sveikatos raštingumui, nes ši sritis skatina motyvaciją sveikai gyvensenai, formuoja sveikos gyvensenos įgūdžius. Svarbus ne vien asmens sugebėjimas sveikai gyventi, bet ir siekiant daryti įtaką sveikatos elgsenai, reikia individualių, grupinių ir visos bendruomenės švietimo iniciatyvų. Žmonės turi dalyvauti sprendimų priėmimo procese, kartu nustatyti atitinkamas savo bendruomenės veiklos kryptis, patenkinant savo sveikos gyvensenos poreikius.

Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija taip pat prisideda prie studentų sveikatos raštingumo, nes minėta sritis padeda imtis ir generuoti pokyčius sveikatos raštingumo srityje, sumažinti ligų atsiradimo rizikos faktorius, efektyviai ieškoti ir taikyti sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos priemones. Šios ugdymo srities svarba matoma Sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenyse (2011). Juose siekiama mažinti sergamumą ir mirtingumą; vykdant aktyvią priklausomybės ligų prevenciją; žalingų įpročių prevencijos programas ir kt. [4]. Galima sakyti, kad ryškėja kritinio sveikatos raštingumo pagrindinio požymio – asmens įgalinimo – poreikis.

Tyrimo dalyvavusieji išskyrė pagrindinius studentų sveikatos raštingumo gebėjimus. Respondentų nuomone, svarbiausias gebėjimas – „Gebėjimas surasti reikalingą sveikatos informaciją, priemones ir paslaugas“ (svarbus – 35,5 proc., labai svarbus – 52,40 proc.). Taip pat svarbu mokėti palaikyti/saugoti ir stiprinti savo, šeimos ir bendruomenės sveikatą (svarbus – 30,6 proc., labai svarbus – 49,1 proc.). Svarbu paminėti, kad, studentų nuomone, gebėjimas išsikelti asmeninius tikslus sveikatos stiprinimui ir priimti sveikatai palankius sprendimus (nelabai svarbus – 2,7 proc., nesvarbus – 2,1 proc.) ir gebėjimas dalintis gerąja patirtimi sveikatos stiprinimo srityje

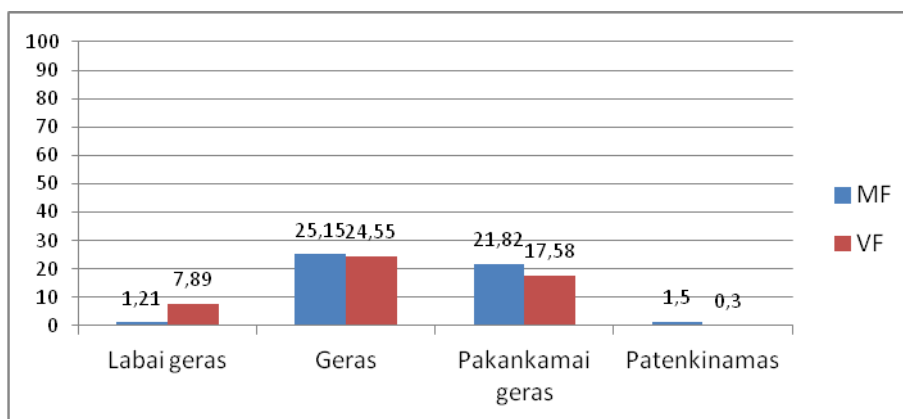
(nelabai svarbus – 6,1 proc., nesvarbus – 0,3 proc.) nėra svarbus ugdant sveikatos raštingumą (žr. 3 pav.).



3 pav. Studentų sveikatos raštingumo ugdymo gebėjimai, proc.

Pastebėta sąsaja su klausimu, kuriame siekta išsiaiškinti trukdžius, turinčius įtakos studentų sveikatos raštingumo ugdymui. Respondentai paminėjo, kad motyvacijos trūkumas – viena svarbiausių trukdžių, stabdančių sveikatos raštingumo ugdymą. Išvelgiama asmeninės motyvacijos stoka paminėtiems gebėjimams puoselėti.

Utenos kolegijos MF, VTF studentai įvertino savo sveikatos raštingumo lygį. Dauguma vieningai (49,7 proc.): MF (25,15 proc.), VTF studentų (24,55 proc.) mano, kad jų sveikatos raštingumas yra geras, o 39,4 proc. studentų: MF (21,82 proc.), VTF (17,58 proc.) galvoja, kad jų sveikatos raštingumas - pakankamai geras (žr. 4 pav.)

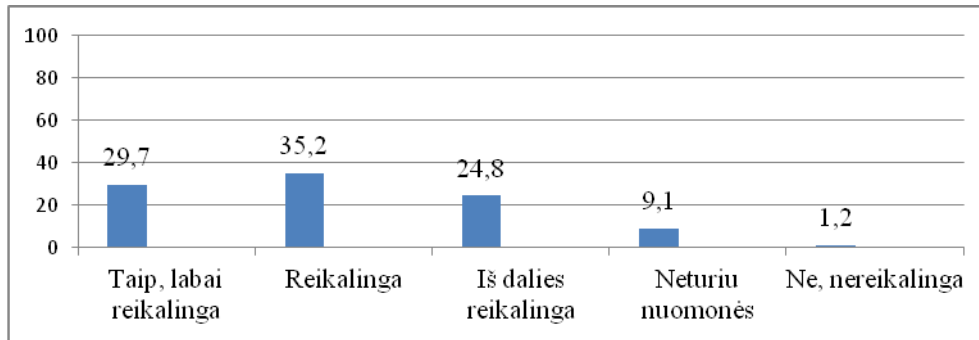


4 pav. Savo sveikatos raštingumo vertinimas, proc.

Džiugu pastebėti, kad studentai patenkinti savo sveikatos raštingumo lygiu. Matoma, kad studentų sveikatos raštingumo ugdymui parinkti metodai ir priemonės valstybėje yra pakankamai efektyvios, nors trūksta nuoseklaus, inovatyvaus įgyvendinimo. Asmeninis studentų indėlis taip pat matomas, tobulinant asmeninės charakterio savybes, gebėjimus, reikalingus sėkmingam kritiniam sveikatos raštingumo lygio puoselėjimui.

Norint įvertinti studentų sveikatos raštingumo lygį reikia atkreipti dėmesį į veiksnius, trukdančius ugdyti sveikatos raštingumą, sritis ir gebėjimus, kurių tobulinimas gerintų jau turimą raštingumo lygį.

Žvelgiant į sveikatos raštingumo tobulinimo perspektyvas, tyrimas atskleidė, kad aukštosiose mokyklose reikalinga sveikatos raštingumo ugdymo programa. 35,2 proc. apklaustųjų teigia, kad sveikatos raštingumo ugdymo programa yra reikalinga, o 29,7 proc. respondentų mano, kad net labai reikalinga (žr. 5 pav.).



### 5 pav. Sveikatos raštingumo ugdymo programos reikalingumas aukštosiose mokyklose, proc.

Mąstant apie minėtos programos įtraukimą į mokomuosius dalykus aukštojoje mokykloje, reikėtų atlikti išsamią studentų poreikių analizę, siekiant paruošti įvairiapusišką programą, orientuotą į kritinio sveikatos raštingumo ugdymą.

### Išvados

1. Apklaustieji teigė, kad socialinių įgūdžių stoka, alkoholio ir narkotikų vartojimas įtakoja sveikatos raštingumo lygio menką vystymąsi. Išvardintas socialines problemas dažnai lemia išsilavinimo lygis ir gyvenamosios aplinkos sąlygos. Didžioji dauguma apklaustųjų mano, kad svarbu ugdyti mokėjimą sveikai gyventi. Šios srities tobulinimas skatina ugdyti kritinį sveikatos raštingumo lygį, kuriame svarbu sugebėti save motyvuoti sveikai gyventi, formuoti sveikos gyvenamosios aplinkos įgūdžius, būti atsakingu už savo sveikatą.

2. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad studentų sveikatos raštingumo lygis yra interaktyvus su kartais pasireiškiančiais bazinio sveikatos raštingumo lygiui būdingais bruožais. Studentų sveikatos raštingumo negalima priskirti kritiniam lygiui, kadangi trūksta sugebėjimo kritiškai įvertinti informaciją, tikslingai ją pritaikyti kasdieninėje veikloje. Taip pat trūksta gebėjimo efektyviai palaikyti/saugoti ir stiprinti savo ir kitų sveikatą.

4. Tyrimu nustatytas nepakankamas studentų indėlis tobulinant asmenines charakterio savybes, gebėjimus, reikalingus sėkmingam sveikatos raštingumo puoselėjimui. Tačiau stebimi rodikliai, būdingi interaktyviam sveikatos raštingumui – sugebėjimas rasti tinkamą informaciją, suprantama įvairių komunikavimo formų reikšmė ir informacija.

3. Atliktas tyrimas pagrindžia turimo sveikatos raštingumo lygio tobulinimo svarbumą, nes dauguma apklaustųjų teigia, kad sveikatos raštingumo ugdymo programa yra reikalinga ir pritarė sveikatos raštingumo ugdymo programos įtraukimui į mokomuosius dalykus aukštojoje mokykloje.

### Literatūros sąrašas

1. Dahlgrenas ir Whiteheadas, WHO Europe (2007) „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2“.
2. Jaunimo reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. (2013). Jaunimo statistinis portretas. Vilnius.
3. Kickbusch I, Payne L. (2003). Twenty first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International*.

4. Lietuvos Respublikos Seimo (2011). 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. Nr. 73-3498.
5. Norkus A. (2012). Sveika gyvensena Lietuvos studentų populiacijoje: edukacinis diagnostinis aspektas. Šiauliai.
6. Proškuvienė R. (2004). Sveikatos ugdymo įvadas, Vilnius
7. Senikas D. ir kt. (2008). Visuomenės nuomonė apie šeimos pedagogo įtaką sveikatos raštingumui. *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas: Socialiniai mokslai*. Nr. 2(69),. P. 81-86.
8. Sorensen K. ir kt. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12/80,. P. 1-13.
9. Strukčinskienė B., Griškonis S., Strukčinskaitė V. (2013). Vakarų Lietuvos jaunimo gyvensenos ypatumai. *Sveikatos mokslai*, 23 tomas, Nr.1, p. 21-25.
10. Veryga A. Stanikas T. (2005). Kauno medicinos universiteto Medicinos fakulteto studentų rūkymo įpročiai ir požiūris į rūkymo kontrolę. *Medicina*. Nr. 41 (7). P. 607-613.

### Summary

Health literacy is not a completely new field. In the work of both foreign and Lithuanian authors, the problem of health literacy has been analyzed for almost a decade. The purpose of this article is to examine the level of students' health literacy by analyzing their competences and identifying literacy opportunities. The study was compiled on the basis of the treatment group by chance selection method. The study involved 330 students of Utena college – 165 students of the Faculty of Medicine and 165 students of Business and Technology Faculty.

**Results:** the vast majority of surveyed students believe that a lack of social skills, alcohol and drug use are influenced by the level of health literacy, lack of development. The following social problems due to the level of education and lifestyle habits. Student health literacy levels are interactive with the side of the basic health literacy levels sometimes inherent features. The lack of observed personal student contribution in the development of personal qualities of character, the skills required for a successful health-promoting literacy, but the ability to find the right information, to understand the significance of the various forms of communication and information is sufficient. It is very important to develop a payment for a healthy living. Improvement in this area promotes health literacy among the critical level at which it is important to be able to motivate myself to live healthily, to shape a healthy lifestyle skills to be responsible for their own health. It is necessary to improve the level of health literacy, since the respondents unanimously in favour of a health literacy education enough programs in subjects at school.

**Key concepts:** literacy, health literacy, student health literacy.

**Rasa Malakauskienė**

Utenos kolegija (Lietuva)

rasa.malakauskienė@gmail.com

## ŽURNALO SPECIALUSIS PRIEDAS BURNOS PRIEŽIŪROS JAUNŪJŲ TYRĖJŲ IŽVALGOS

Vienas iš žurnalo tikslų skatinti jaunuosius tyrėjus publikuoti savo atliktų tyrimų rezultatus, todėl 2017 m. baigiantis studijų metams Utenos kolegijos Burnos ir dantų priežiūros katedros studentams buvo pasiūlyta idėja publikuoti savo atliktų tyrimų pagrindu tezes. Ši idėja buvo džiugiai sutikta studentų. Buvo įvertintas apgintų profesinio bakalauro darbų praktinis reikšmingumas ir aštuoni darbai atrinkti kaip geriausi ir pasiūlyta studentams parengti tezes ir publikuoti žurnale „Socialinė sveikata“.

Aktyviausi buvo Dantų technologijų studijų programos jaunieji tyrėjai. Skaitytojams pateikti trumpi tyrimų aprašymai, kuriuose jie galės surasti informaciją apie geriausius sprendimus gaminant keramikinius dantų protezus, naudojant CAD/CAM sistemą ir IPS e.max Press presuotą keramiką. Kituose tyrimuose lyginamos keraminių dantų protezų cirkonio oksido ir metalo pagrindais gamybos technologijos ir analizuojama metalokeraminių dantų protezų su VITA VM13 keramine apdaila gamybos technologija. Įdomų ir inovatyvų sprendimą aprašo Justinas Gibas. Atlikdamas savo tyrimą jis siekė atskleisti 3D spausdintuvų galimybes dantų technologijoje.

Burnos higienos studijų programos studentai aprašo tyrimus, kuriais siekė įvertinti pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higieną ir predisponuojančių veiksnių įtaką apnašo kontrolei.

Taip pat visus kviečiame susipažinti su tyrimo santrauka, kurioje analizuojama gydytojo odontologo padėjėjo asistavimas endodontinio gydymo metu.

Danguolė Šakalytė

# PACIENTŲ, SERGANČIŲ PERIODONTO LIGOMIS, BURNOS HIGIENOS VERTINIMAS EVALUATION OF DENTAL HYGIENE IN PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE

**Kristina Karpovaitė**  
Utenos kolegija (Lietuva)  
**Viktorija Čepukienė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

55

**Įžanga.** Periodonto ligos yra vienos labiausiai paplitusių ligų pasaulyje [3]. Pasaulyje lėtiniu periodontitu serga nuo 55 iki 75 proc. vyresnių kaip 45-55 suaugusiųjų [2]. Siekiant nustatyti tikslią periodonto ligos diagnozę, klinikinėje praktikoje svarbu įvertinti rizikos veiksnius, prisidedančius prie ligos išsivystimo. Pagrindiniu kraštinio periodonto ligas inicijuojančiu rizikos veiksniu yra laikomos minkštosios apnašos, kuriose gyvena ir dauginasi patogeniniai mikroorganizmai [1; 4]. Reguliariai lankantis pas burnos higienistą, periodonto ligos yra laiku pastebimos ir gydomos [5].

**Tikslas:** įvertinti pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higieną.

## **Uždaviniai:**

1. Įvertinti pacientų, sergančių periodonto ligomis, individualias burnos higienos žinias.
2. Nustatyti pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higieną naudojant (OHI-s) ir (SBI) indeksus.
3. Palyginti pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higieną prieš ir po individualios burnos higienos mokymo bei atliktos profesionalios burnos higienos procedūros naudojant (OHI-s) ir (SBI) indeksus.

**Metodika.** Atvejo analizė.

**Rezultatai.** Tyrimo eigą apima du etapai. Pirmu etapu pacientui pateikiama burnos higienos žinių vertinimo anketa, tuomet atliekamas burnos higienos vertinimas remiantis supaprastintu burnos higienos indeksu (OHI-s) ir vagelės kraujavimo indeksu (SBI). Atliekama profesionali burnos higiena bei individualios burnos higienos mokymas pagal mokymo programos aprašą. Po pirmo apsilankymo, praėjus 6 savaitėms, pacientas atvyksta antram etapui – kontroliniam vizitui. Jo metu, pakartotinai atliekamas ir fiksuojamas burnos higienos vertinimas remiantis (OHI-s) ir (SBI) indeksais. Gautų indeksų rezultatai po pirmo ir antro apsilankymo lyginami tarpusavyje bei nustatoma, ar pacientas įgyjo/neįgijo asmens burnos higienos įgūdžių. Gauti burnos higienos žinių vertinimo anketos rezultatai rodo, jog tiriamiesiems trūksta žinių – nepakankamos žinios lemia asmens burnos nepriežiūros priežastis. Nustatyta pagrindinė priežastis – įgūdžių trūkumas. Tiriamųjų burnos higiena pagal (OHI-s) ir (SBI) indeksus įvertinta blogai. Tačiau po atliktos profesionalios burnos higienos ir individualios burnos higienos mokymo visų tiriamųjų burnos higiena tapo gera. Tai patvirtina gauti mažesni indeksų rezultatai.

## **Įžvalgos:**

1. Įvertintų pacientų, sergančių periodonto ligomis, individualios burnos higienos žinių rezultatai rodo, jog yra žinių stygius – į anketos klausimus teisingai atsakyta mažiau nei pusė (42,9 proc.).
2. Nustačius pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higienos vertinimo indeksus pastebėta, jog tiriamųjų burnos higiena yra bloga – I paciento (OHI-s) indekso reikšmė yra 3.2, (SBI) = 1.2; II paciento (OHI-s) = 3.17, (SBI) = 1.71; III paciento (OHI-s) = 3.5, (SBI) = 1.68.

3. Lyginant pacientų, sergančių periodonto ligomis, burnos higieną prieš ir po individualios burnos higienos mokymo bei atliktos profesionalios burnos higienos procedūros pastebėta, jog tiriamųjų burnos higiena tapo gera – I paciento (OHI-s) indekso reikšmė sumažėjo nuo 3.2 iki 0.2 (93,75 proc.), o (SBI) nuo 1.2 iki 0.17 (85,83 proc.); II paciento (OHI-s) indekso reikšmė sumažėjo nuo 3.17 iki 0.17 (94,64 proc.), o (SBI) nuo 1.71 iki 0 (100 proc.); III paciento (OHI-s) indekso reikšmė sumažėjo nuo 3.5 iki 0.33 (90,57 proc.) ir (SBI) nuo 1.68 iki 0.5 (70,24 proc.). (OHI-s) ir (SBI) indeksų rezultatų sumažėjimas patvirtina, kad individualus burnos higienos mokymas pacientams lemia, jog pacientų įgytos žinios ir suformuoti įgūdžiai, gali keisti asmens burnos priežiūros efektyvumą.

### **Literatūra**

1. Razmienė A., Žekonienė J. (2013). Nechirurginis periodonto ligų gydymas. *Odontologų rūmų žinios*, 3(33), 22.
2. Vainermanas G. Ką žmonės žino apie lėtinį periodontitą? *Stominfo*, 2015; 5: 39 – 41.
3. Viršilas J. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų bei uždegiminių periodonto ligų sąsaja. *Stominfo*, 2014; 3: 12 – 21.
4. Žekonienė J. (2013). Periodonto ligų klasifikacija (classificatio morborum periodontii). *Odontologų rūmų žinios*, 3(33), 17 – 19.
5. Žekonienė J., Ivanauskaitė D., Pūrienė A. *Kraštinis periodontas ir jo patologija*. Vilnius, 2008.

### **Kristina Karpovaitė**

Utenos kolegija (Lietuva)

karpovaitekristina@gmail.com



# PREDISPONUOJANČIŲ VEIKSNIŲ BURNOS ERTMĖJE ĮTAKA APNAŠO KONTROLEI

## THE IMPACT OF PREDISPOSING FACTORS IN THE ORAL CAVITY FOR TARTAR CONTROL

**Agnieška Korvel**

Utenos kolegija (Lietuva)

**Kristina Gečiauskienė**

Utenos kolegija (Lietuva)

57

**Įžanga.** Predisponuojantis faktorius yra veiksnys, kuris lemia apnašų kaupimąsi ir suteikia puikias sąlygas daugintis burnoje esantiems mikroorganizmams, sirgti periodonto ligomis [4]. Esant predisponuojančiam faktoriui, net ir gerai prižiūrint burnos ertmę, tinkamai naudojant asmenines burnos priežiūros priemones, nepavyksta pasiekti puikios burnos higienos [3]. Pacientams išskyla klausimas, kodėl išlieka nemalonūs kvapas iš burnos, kraujuoja dantenos bei atsiranda dantų ėduonis, nors jie laikosi visų burnos higienisto nurodymų. Jatrogeninius veiksnius, kaip nekokybiškos plombos ar dantų protezai, galima pašalinti, taip kontroliuojant dantų apnašą, tačiau ne visus anatominius predisponuojančius veiksnius galima koreguoti, todėl apnašo kontrolė tampa apsunkinta [2].

**Tikslas:** išanalizuoti predisponuojančių veiksnių įtaką apnašo kontrolei.

### **Uždaviniai:**

1. Išanalizuoti pacientų, turinčių sąkandžio anomalijas, burnos higienos būklę, taikant burnos higienos indeksą (OHI).
2. Išnagrinti pacientų, turinčių anatominių predisponuojančių faktorių, dantenu būklę, taikant vagelės kraujavimo indeksą (SBI).
3. Atskleisti pacientų, turinčių jatrogeninius predisponuojančius veiksnius, burnos ertmės būklę, taikant dantenu kraujavimo indeksą (GBI).
4. Įvertinti pacientų, turinčių predisponuojančių faktorių burnos ertmėje, burnos higienos būklę po profesionalios burnos higienos procedūrų, taikant OHI, GBI ir SBI indeksus.

**Metodika.** Atliktas kokybinis tyrimas, taikant atvejo analizę. Dantų valymo kokybei įvertinti buvo taikomas „Greene–Vermillion and Waggener“ burnos higienos indeksas (OHI). Dantenu uždegimui nustatyti buvo naudojamas „Mühlemann ir Son“ indeksas, vertinantis dantenu vagelės kraujavimą (SBI) bei „Carter ir Barner“ indeksas (GBI), kurio tikslas konstatuoti kraujavimo faktą, o ne nustatyti kraujavimo stiprumą. Individualiosios burnos higienos mokymui buvo sudarytas mokymo planas.

**Rezultatai.** Pirmam pacientui, turinčiam predisponuojančių anatominių faktorių, netaisyklingą dantenu padėtį, pirmo vizito metu buvo pastebėtas dantenu uždegimas ir minkštos apnašos, nustatyta patenkinama burnos higiena, taikant apnašų indeksą (OHI). Po profesionalios burnos higienos procedūrų, antro vizito metu, gauta geresnis burnos higienos vertinimas, tačiau dantenu vagelės kraujavimo (SBI) ir dantenu kraujavimo (GBI) indeksai parodė silpną dantenu uždegimą ties netaisyklingą padėtį dantenu lanke turinčiais dantimis. Pacientei, turinčiai predisponuojančių anatominių faktorių–dantenu recesiją, taikant dantenu vagelės kraujavimo indeksą gauta dantenu kraujavimas 0,66 balo, tačiau po profesionalios burnos higienos procedūrų, antro vizito metu, gautas pagerėjimas 0,31 balo vis tiek rodo silpną dantenu uždegimą, kurio išvengti nepavyks, kol bus šis predisponuojantis faktorius. Trečia pacientė turi jatrogeninį predisponuojančių faktorių–nekokybišką plombą, lemiančią apnašų kaupimąsi. Pagal dantenu kraujavimo indeksą, nustatyta tarpdančių kraujavimas, po profesionalios burnos higienos procedūrų kraujavimas sumažėjo perpus, bet

išliko prie kabančių plombų. Šiuo atveju dantenų uždegimo galima išvengti, atlikus plombos korekciją.

### **Ižvalgos**

1. Įvertinus paciento, turinčio sąkandžio anomaliją, individualiosios burnos higienos būklę, buvo nustatyta patenkinama burnos higiena. Šio paciento apnašo kontrolė yra sudėtinga dėl priekinių dantų lanko patologijos. Jam reikalingas ortodontinis gydymas.

2. Išanalizavus pacientės, turinčios anatominį predisponuojantį faktorių – dėl dantenų recesijos apsinuoginusias šaknis, pagal dantenų vagelės kraujavimo indeksą (SBI) buvo nustatytas dantenų uždegimas. Šios pacientės apnašo kontrolė yra taip pat sudėtinga, nes dantenų recesija yra negrįžtamas procesas, kurį galima tik sustabdyti arba pašalinti dantį.

3. Išanalizavus pacientės, turinčios jatrogeninį predisponuojantį faktorių – nekokybišką plombą, buvo nustatyta gera burnos higiena, silpnas dantenų uždegimas. Tokį rezultatą lėmė kabančios plombos priekinių dantų srityje. Pacientei buvo pasiūlyta kreiptis į odontologą dėl plombų pakeitimo, nes tai paprasčiausiai išsprendžiama apnašo kaupimosi problema.

4. Įvertinus visų trijų pacientų apydančio būklę, individualiosios burnos higienos kokybę, jų žinias, parinkus tinkamas individualiąsias burnos priežiūros priemones, atlikus profesionaliąją burnos higieną, buvo nustatytas sumažėjęs dantenų uždegimas ir pagerėjusi burnos higiena. Tai didžiaja dalimi lėmė atliktos profesionaliosios burnos higienos procedūros, tačiau pilnai kontroliuoti apnašo kaupimosi bei išvengti dantenų uždegimo nepavyko dėl predisponuojančių faktorių.

### **Literatūra**

1. Carranza, FA., Nevman, MG. & Takei, HH. (2006). *Clinical periodontology*. USA:WB.Sounders Co.
2. LeSage, B. (2011). Finishing and polishing criteria for minimally invasive composite restorations. *Gen Dent*. 59(6).Gauta iš: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22313913>.
3. Plagmann, HC. & Holtorf, SA. (2000). Study on the imaging of complex furcation forms in upper and lower molars. *J Clin Periodontol*, 926-931.
4. Žekonienė, J., Ivanauskaitė, D. ir Pūrienė, A. (2008). *Kraštinis periodontas ir jo patologija*. Vilnius: UAB Progetus.

### **Agnieška Korvel**

Utenos kolegija (Lietuva)

agnieska.korvel@gmail.com

# GYDYTOJO ODONTOLOGO PADĖJĖJO ASISTAVIMAS ENDODONTINIO GYDYMO METU ASSISTING OF DENTAL ASSISTANT DURING ENDODONTIC TREATMENT

**Renata Martinkutė**  
Utenos kolegija (Lietuva)  
**Virgina Rudėnienė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

59

**Įžanga.** Endodontinis gydymas reikalingas tuomet, kai į danties pulpą patenka infekcija ar uždegimas. Pagrindinis dantų šaknų kanalų gydymo tikslas - sunaikinti mikroorganizmus šaknies kanalų sistemoje ir hermetiškai užplombuoti [1,2]. Dantų šaknų kanalų gydymas, o ypač pergydymas yra sudėtinga procedūra reikalaujanti kantrybės ir kruopštumo, todėl endodontinio gydymo metu labai svarbus komandinis darbas „keturiomis rankomis“, kuris atliekamas su gydytojo odontologo padėjėju. Tačiau publikuotų tyrimų susijusių su gydytojo odontologo padėjėjo veikla endodontinio gydymo metu rasti nepavyko. Todėl nuspręsta atlikti kokybinį tyrimą ir išanalizuoti kuo panaši ir kuo skiriasi gydytojo odontologo padėjėjo veikla, endodontinio gydymo bei pergydymo metu.

**Tikslas.** Išnagrinėti gydytojo odontologo padėjėjo asistavimą endodontinio gydymo metu.

## **Uždaviniai;**

1. Išnagrinėti gydytojo odontologo padėjėjo asistavimą chemomechaninio šaknies kanalo paruošimo metu.
2. Išanalizuoti gydytojo odontologo padėjėjo asistavimą šaknies kanalo pildymo šalta gutaperčia metu.
3. Išnagrinėti gydytojo odontologo padėjėjo asistavimą šaknies kanalų pergydymo metu.

**Metodika.** Tyrimo metu buvo atliktas kokybinis tyrimas, taikant atvejo analizę. Tyrimui buvo pasirinkti du klinikiniai atvejai – du pacientai, kurie kreipėsi į odontologijos kliniką ir davė raštišką sutikimą dalyvauti tyrime.

**Rezultatai.** Analizuojant gydytojo odontologo padėjėjo (GOP) asistavimą chemomechaninio šaknies kanalo paruošimo ir šaknies kanalo užpildymo laterališios kondensacijos metu, pacientui buvo gydomas 36 danties besimptomis viršūninis periodontitas. Pirmojo paciento apsilankymo metu, GOP pacientui padarė rentgeno nuotrauką ir pulpos kamerai atverti paruošė gražtelius. Danties preparavimo metu, naudojant vakuuminį ir seilių atsiurbėjus, siurbė seiles ir vandenį iš paciento burnos ertmės bei su odontologiniu veidrodėliu prilaikė žando gleivinę, kad užtikrintų geresnį darbinio lauko matomumą. Kai GO baigė formuoti danties ertmę, GOP padėjo uždėti koferdamą. Šaknies kanalo darbiniam ilgiui nustatyti paruošė apeksolokatorių, failus ir endodontinę liniuotę, o šaknies kanalo chemomechaniniam apdorojimui 1 proc. natrio hipochlorido tirpalą bei „RC-Prep“ medikamentą. GO plaunant kanalus medikamentais, GOP naudojant vakuuminį siurbli - siurbė ir palaikė švarų darbinį lauką. Išvalytų kanalų sausinimui paruošė sauskaiščius bei kanalų gydymui kalcio hidroksido pastą ir laikiną plombą „Caryosan“. Antro paciento apsilankymo metu buvo atliekamas šaknies kanalo intrakanalinio medikamento pakeitimas. GOP paruošė gražtelius laikinam užpildui pašalinti iš kanalų, kaip ir pirmo apsilankymo metu, intrakanalinius medikamentus, apeksolokatorių, failus, sauskaiščius ir padėjo GO uždėti koferdamą. Trečio apsilankymo metu buvo plombuojami šaknies kanalai laterališios kondensacijos šalta gutaperčia. GOP paruošė gražtelius laikino užpildo pašalinimui, kanalų valymui failus, sauskaiščius bei GO padėjo

uždėti koferdamą. Kanalų plombavimui paruošė gutaperčą, plėtiklius ir sumaišytą silerį, gutaperčos pertekliui pašalinti - instrumentą.

Analizuojant GOP asistavimą endodontinio pergydymo metu, pacientui buvo pergydomas 22 dantis prieš protezavimą. GOP padarė rentgeno nuotrauką, paruošė priemones nuskausminimui, gražtelius danties preparavimui, seno užpildo pašalinimui iš kanalų ultragarsinį endodontinį skalerių bei eukaliptolio tirpalą, failų rinkinį, ir 1 proc. natrio hipochlorido intrakanalinį tirpalą. Kanalų sausinimui paruošė sauskaiščius ir kalcio hidroksido pastą – laikiną kanalų užpildą bei laikiną užpildą „Caryosan“, kuriuo buvo uždaryta danties ertmė. GO preparuojant dantį, plaunant kanalus medikamentais, GOP naudojant vakuuminį siurbli - siurbė ir palaikė švarų darbinį lauką.

### **Ižvalgos**

1. Gydytojo odontologo padėjėjas, asistuojamas gydytojui odontologui chemomechaninio šaknies kanalo paruošimo metu, laikantis infekcijos kontrolės reikalavimų, paruošia darbo vietą. Prieš atliekant gydymą - atlieka radiologinį tyrimą, paruošia priemones nuskausminimui, padeda uždėti koferdamo sistemą. Chemomechaninio šaknies kanalo paruošimo metu, dirbant su atsiurbimo sistema, palaiko švarų darbinį lauką, paruošia endodontinius instrumentus, intrakanalinius medikamentus ir priemones.
2. Asistuojant šaknų kanalų laterališios kondensacijos plombavimo metu, gydytojo odontologo padėjėjas parenka atitinkamus gutaperčios pagrindinius ir pagalbinius kaiščius, maišo šaknies kanalui plombuoti skirtus minkštuosius užpildus. Paruošia plėtiklius, gutaperčos pertekliui pašalinti skirtą instrumentą.
3. Endodontinio pergydymo metu, panašiai kaip ir pirminio endodontinio gydymo metu, gydytojo odontologo padėjėjas paruošia endodontinius instrumentus ir medžiagas, maišo laikinus užpildus. Tačiau endodontinio pergydymo metu papildomai paruošia endodontinį ultragarsinį aparatą bei tirpiklį – eukaliptolį, kuris palengvina seno užpildo pašalinimą iš dantų kanalų.

### **Literatūra**

1. Basrani, B., Haapasalo, M. (2012). Update on endodontic irrigation solutions. Endodontic topics. Available from internet <<http://onlinelibrary.wiley.com>>.
2. Rhodes, S.J. (2011). Disassembly techniques to gain access to pulp chambers and root canals during non-surgical root canal re-treatment. Endodontic topic. Available from internet <<https://www.researchgate.net>>.

### **Renata Martinkutė**

Utenos kolegija (Lietuva)

renata.martinkutee@gmail.com

# KERAMIKINIŲ DANTŲ PROTEZŲ GAMYBA NAUDOJANT CAD/CAM SISTEMA PRODUCTION OF CERAMIC DENTURES USING CAD / CAM SYSTEM

**Algirdas Belkevičius**  
Utenos kolegija (Lietuva)  
**Aušra Stoškienė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

61

**Įžanga.** CAD/CAM įrenginiai įvairių restauracijų gamybai protezavimo srityje dirbantiems specialistams suteikia platų medžiagų ir įvairių restauracijų konstrukcijų pasirinkimą, pildomas darbo galimybes eilėje gamybos etapų. Lyginant su kitais gamybos būdais, daugelio autorių atliktų tyrimų duomenys [3; 4; 6] įrodo šio protezavimo būdo pranašumą dėl mažesnės restauracijų sienelių lūžių tikimybės. Naudojant CAD/CAM technologiją, gaunamos stipresnės ir tikslesnės konstrukcijos, turinčios ilgesnį tarnavimo laiką, nei pagamintos be kompiuterizuoto projektavimo, įprastiniu būdu [4; 5; 6]. CEREC – tai inovatyvi sistema, leidžianti tausojančiai atkuriant dantų funkciją, formą ir estetiką per labai trumpą laiką [1; 2; 5; 6]. Atliktų tyrimų duomenimis dažniausiai pasitaikanti CEREC restauracijų galima komplikacija, tai keramikos skilimas, o šių restauracijų ilgaamžiškumas net ir po 10 metų yra apie 90 procentų [4].

**Tikslas:** išnagrinėti keramikinių dantų protezų gamybą naudojant CAD/CAM sistemą.

## **Uždaviniai:**

1. Išanalizuoti restauracijų gamybą CEREC CAD/CAM sistema.
2. Palyginti restauracijas iš Vita Mark II ir IPS e.max CAD keraminių blokelių vertinant jų estetinius skirtumus.
3. Įvertinti restauracijų iš Vita Mark II ir IPS e.max CAD keraminių blokelių privalumus ir trūkumus.

**Metodika.** Taikyta literatūros ir atvejo analizė. Pasitelkus teorinius ir praktinius aspektus tyrimas taikomas konkrečiam atvejui, gaminant bemetales restauracijas 14 ir 15 dantims CEREC CAD/CAM sistema iš IPS e.max CAD keramikos ličio disilikato pagrindu ir Vita Mark II keraminio blokelių, lauko špato pagrindu.

**Rezultatai.** Gaminant restauracijas CEREC sistema sutrumpėja gydymo/gamybos laikas, protezavimas yra atliekamas per vieną vizitą, kadangi nereikalingi atspaudai ir laikinos dantų restauracijos, kai restauracijų gamyba atliekama įprastiniu laboratoriniu būdu. Šios technologijos naudojimas palengvina visus restauracijų gamybos etapus, pradedant nuo projektavimo darbų iki gaunamo galutinio ruošinio rezultato. Restauracijos pagaminamos estetiškos ir labai tikslios. Restauracijų pritaikymo procesas paciento burnoje nėra sudėtingas. Vita Mark II keramika labiau tinka gaminant monolitines restauracijas, esant pakankamai nuosavo danties audinio. Kuriant dirbtinio danties struktūrą galimas atspalvių pritaikymas natūralių dantų spalvai, paviršių individualizavimas apdailinėmis masėmis. IPS e.max CAD blokai nepasiduoda dideliame susitraukimui, bet dėl kietesnės medžiagos struktūros greičiau dėvisi frezavimo įrangos frezos. Restauracijos lengvai šlifuojasi, paviršių galima poliruoti naudojant silikoninius polyrus.

## **Įžvalgos**

1. Restauracijų gamyba užtrunka apie 1,5 val. Skaitmenine kamera restauracijos srityje registruojami/nuskenuojami dantų paviršiai, ant skaitmeninio modelio pažymimos tikslios

restauracijos ribos, tikslinama uždėjimo ant kulties kryptis, atliekamas vainikėlio modeliavimas, papildomi koregavimai. Restauracijos frezavimas trunka nuo 7 iki 15 minučių. Kad įgautų atsparumą lenkimui, reikiama spalvą, būtų užfiksuota glazūra ir dažai, individualizuoti gaminiai iš IPS e.max CAD blokelių kristalizuojami/kaitinami krosnyje. Be kristalizacijos, dažų ir glazūros užfiksavimui kaitinamos /užkeamos tik restauracijos iš Vita Mark II blokelių, jei individualizavimas nebūtinai, vainikėlius galima cementuoti po vainikėlių paviršiaus poliravimo.

2. Restauracijos iš Vita Mark II ir IPS e.max CAD keraminių blokelių turi neženklus, bet pastebimus estetinius skirtumus. Norint blokuoti vienos restauracijų metalinę kultį gamybai parinkti blokeliai iš IPS e.max CAD, mažo skaidrumo LT A2 spalvos. Vita Mark II restauracijos yra skaidresnės, jų estetika kiek nusileidžia iš IPS e.max CAD blokelių pagamintoms restauracijoms, kurios turi gilumo efektą, atrodo natūraliau, estetiškiau.

3. Pagrindinis privalumas – trumpas gamybos laikas. Restauracijos lengvai šlifuoja ir poliruoja. Vita Mark II blokeliai lyginant su kitais frezavimo blokeliais pigesni. Poliravimas ir glazūravimas sukuria lygų, atsparų dėvėjimuisi paviršių, bet lyginant su IPS e.max CAD, šios restauracijos mažiau estetiškos, neužmaskuoja metalinių kulčių. IPS e.max CAD restauracijos pasižymi tvirtumu, turi gilumo, skaidrumo ir gyvumo efektą, puikias estetines savybes, bet yra aukštesnė restauracijos savikaina, didesnės įrangos eksploatacinės išlaidos.

### Literatūra

1. Baroudi, K. & Ibraheem, SN. (2014). Assessment of chair-side computer-aided design and computer-aided manufacturing restorations: a review of the literature. *Journal of International Oral Health* 7(4). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/283f/abbab7e84e4ab3310cf3995d4b88b9f0ffbd.pdf>.
2. Batson, ER., (2013). *Clinical Outcomes of Three Different Crown Systems using CAD/CAM Technology* (Master thesis). University of North Carolina at Chapel Hill. Retrieved from <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid:d490e4db-cc0c-48e0-b303-bfadcc82b971>.
3. Brenes, C., Duqum, I. & Mendonza, G. (2016). Materials and systems for all ceramic CAD/CAM restorations. *Literature review CAD/CAM material and systems CAD/CAM* 3.
4. Cheng, KL. & Kooistra, S. (2014). Current Chairside CAD/CAM Systems and Materials for Dental Restorations. *Clinical Update* 36(4).
5. Franklin, G. & Shull, Jr. The essential guide to CAD CAM dentistry. Retrieved from <http://triosebook.3shape.com/resources/The%20essential%20guide%20to%20CAD%20CAM%20dentistry.pdf>
6. Miyazaki, T. & Hotta, Y. (2011). CAD/CAM systems available for the fabrication of crown and bridge restorations. *Australian Dental Journal* 56. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2010.01300.x/full/>.

### Algirdas Belkevičius

Utenos kolegija (Lietuva)

a.belkevicius@gmail.com

# 3D SPAUSDINTUVŲ GALIMYBĖS DANTŲ TECHNOLOGIJOJE

## 3D PRINTERS FACILITIES IN DENTAL TECHNOLOGY

**Justinas Gibas**

Utenos kolegija (Lietuva)

**Paulius Šakalis**

Utenos kolegija (Lietuva)

**Ižanga.** Skeneriai, skaitmeninės programos ir 3D printeriai keičia dantų technologijas iš esmės [1]. Netolimoje ateityje nebereikės gipsinių modelių, nes juos bus galima spausdinti skenuojant iš atspausdinio šaukšto ar inraoralio skenavimo. Kompiuterinės technologijos padeda sukurti tikslius chirurginius gidus, diagnostines, laikinas, lietas, metalines konstrukcijas, individualius šaukštus, plokštelinius protezus ir kapas, o 3D spausdintuvai paverčia jų gamybą paprasta ir kiekvienam prieinama [2]. Atlikto tyrimo metu buvo gaminama bruksizmo kapa ir chirurginis gidas.

**Tikslas:** atskleisti 3D spausdintuvų galimybes dantų technologijoje.

### **Probleminiai klausimai:**

1. Kokie 3D spausdintuvų veikimo principai, taikant skirtingas medžiagas?
2. Kokios 3D pritaikymo galimybės gaminant bruksizmo kapą ir chirurginį gidą?

**Metodika.** Taikyta literatūros ir atvejo analizė. Norint atskleisti kaip 3D spausdintuvai yra pritaikomi dantų technologijoje buvo nagrinėjamos dvi klinikinės situacijos.

**Rezultatai.** Sumodeliavus aparatus CAD sistema, pastebėta kad tai užima daug mažiau laiko nei gaminant įprastiniu būdu. Būtent tokia ir yra CAD programos funkcija, be to modeliuojant kompiuteriu net nedaug patyręs dantų technikas gali sumodeliuoti gerai veikiančią gydymo aparatą. Pastebėta kad 3D spausdintuvai vis dar negali dirbti be specialisto pagalbos, net jei spausdintuvai patys pasiruoštų ir išplautų gaminį. Vis tiek reiktų jį nupoliruoti ir įsitikinti jo kokybe, todėl naudojantis šiomis technologijomis vis dar yra reikalinga dantų techniko rankų pagalba. Bruksizmo kapa viršutiniam žandikaului iš “NextDent Ortho Clear” dervos buvo gaminama 5 valandas. Chirurginis gidas iš “Formlabs Dental SG“ dervos buvo gaminamas 6 valandas.

### **Ižvalgos**

1. Spausdintuvų technologija naudoja sluoksnius. Iš daugybės sluoksnių sukuriamas norimas objektas. Yra 3 būdai tai atlikti: išlydyti plastmasę ir ją pozicijuoti reikiamoje vietoje, naudoti šviesai jautrias chemines medžiagas ir jas sukietinti, ar naudoti stiprius lazerius ir išlydyti norimos medžiagos miltelius. Išstūmimo technologiją naudojančių spausdintuvų pliusas yra tas, kad jie geba spausdinti iš PEEK plastmasės, o terminį lazerį naudojantys spausdintuvai, geba spausdinti iš metalo ir keramikos stubinamu tikslumu. Ultravioletinius spindulius naudojantys spausdintuvai kol kas pritaikomi plačiausiai, jie spausdina iš biologiškai suderintų polimerų ir liejimui sukurtų platsmasių.
2. Naudojant 3D spausdintuvus kapos bei chirurginio gido gamybos procesas labai supaprastėja. Sumodeluotas chirurginis gidas iškart gaminamas 3D spausdintuvu, naudojant minimalų kiekį pagalbinių medžiagų, kas sumažina jo kainą bei gamybos laiką. Gaminant kapą įprastiniu būdu procesas ilgesnis ir priklausantis grynai nuo žmogiškojo faktoriaus, kas ne visada leidžia išvengti klaidų gamyboje, o gaminant kapą 3D spausdintuvu yra maksimaliai sumažinama žmogiškojo faktoriaus įtaka gamybos paklaidoms.

## **Literatūra**

1. 3D Printing for Digital Dentistry (2017). Retrieved from: <https://formlabs.com/media/upload/Form-2-Dental-Overview.pdf> .
2. 3D Printing for Digital Dentistry (2017). Retrieved from: <https://sourcegraphics.com/files/9714/9081/9149/Dental-Brochure-2017-SG.pdf> .

## **Justinas Gibas**

Utenos kolegija (Lietuva)  
justas.gibas@gmail.com



# DANTŲ PROTEZŲ GAMYBA NAUDOJANT *IPS E.MAX PRESS* PRESUOTĄ KERAMIKĄ MANUFACTURING OF THE DENTAL PROSTHESIS USING *IPS* *E.MAX PRESS* CERAMIC

Ieva Madelytė  
Utenos kolegija (Lietuva)  
Aušra Stoškienė  
Utenos kolegija (Lietuva)

65

**Įžanga.** Bemetalių restauracijų naudojimas labai paklausus dėl šių medžiagų estetinių savybių, biologinio suderinamumo, atsparumo dilimui, mažo šilumos laidumo, ilgaamžiškumo [1; 4]. Savo fizinėmis savybėmis bemetalė keramika artima natūralaus danties savybėms, yra puikiai toleruojama žmogaus organizmo [3; 8]. Atlikti įvairūs klinikiniai tyrimai įrodo ilgalaikį šių medžiagų naudojimą [1; 3; 7]. *IPS e.max Press* atsparumas lenkimui yra iki 400 MPa [7]. Protezavimas galimas priekinėje ir galinėje dantų srityje. Presuota bemetalė keramika gaminama skirtingo skaidrumo ir atspalvio tabletėmis, todėl galima pasirinkimo laisvė įvairių restauracijų gamybos metu. Restauracijos pagrindą sudaro lengva, laidži šviesai bemetalė konstrukcija [4]. Bemetalė keramika galima išgauti erdvinį vaizdą, paslėpti pakitusio danties spalvą, atstatyti danties kietųjų audinių tvirtumą.

**Tikslas:** išanalizuoti dantų protezų gamybą naudojant *IPS e.max Press* presuotą keramiką.

## Uždaviniai:

1. Išnagrinėti *IPS e.max Press* keramikos gamybos technologiją.
2. Išnagrinėti pagamintų dantų protezų iš *IPS e.max Press* keramikos individualizavimą naudojant dažymo ir „Cut– back“ technikas.
3. Įvertinti pagamintų dantų protezų estetines savybes, privalumus ir trūkumus.

**Metodika.** Taikyta literatūros ir atvejo analizės metodai. Pagal sudarytą gamybos planą analizuoti dantų technologijos ypatumai, gaminant fiksuotus dantų protezus iš *IPS e.max Press* presuotos keramikos: pilno kontūro 17 ir 46 dantų vainikėlius bei 47 danties užklotą. Tyrimo atlikimui pasirinktas konkretus klinikinis atvejis, kuriam ir taikyti gauti tyrimo rezultatai.

**Rezultatai.** Dažymo technikos metu buvo siekta atkartoti A3,5–A3 spalvas bei individualizuoti restauracijos paviršių. Taikant „Cut – back“ techniką buvo svarbu neprarasti restauracijos tvirtumo, kadangi keramikos sluoksniavimas okliuzijos srityje gali didinti keramikos atskilimo galimybę, todėl buvo sluoksniuojama ant skruostinės danties pusės, dėlto protezas nepraranda savo atsparumo spaudimo jėgoms bei estetiškumo, nes yra sukuriamas natūraliai skaidrus kandamasis kraštas. Bemetalės keramikos gamybos būdai naudojant „Cut– back“ ir dažymo technikas yra estetiškiausi ir ilgaamžiškiausi prieškrūminių ir krūminių dantų srityse, o darant sluoksniavimo metodą mažėja restauracijos atsparumas kompresijos jėgoms.

## Įžvalgos

1. *IPS e.max Press* keramikos presavimo technologija reikalauja kruopštumo visuose gamybos etapuose. Pradžioje atliekamas tikslus konstrukcijų anatominių formų modeliavimas vašku, nuo to priklauso galutinis restauracijų rezultatas. Vėliau atliekamas liečių sistemos formavimas ir konstrukcijų pakavimas, vaško iškaitinimas, restauracijų presavimas iš bemetalės keramikos, jų taikymas ant gipsinio modelio bei paviršiaus individualizavimas. Gamybos technologiją tiesiogiai įtakoja instrukcijose nustatyti laikai, visuose gamybos etapuose būtina laikytis gamintojų

rekomendacijų, naudoti tikslų medžiagų santykį, gerai žinoti restauracijų indikacijas ir kontraindikacijas.

2. Atliekant restauracijos gamybą „Cut– back“ technika vaškinė konstrukcija modeliuojama ne pilnos anatominės formos, nėra formuojami kandamieji kraštai, kurie po presavimo užbaigiami keramikos masėmis, taip išgaunamas natūraliai skaidrus kandamasis kraštas „Cut– back“ technika reikalauja daugiau laiko, nes papildomai sluoksniuojama ir degama keramika. Siekiant padaryti kuo tikslesnes ir artimesnes parinktai spalvinei gamai restauracijas, būtina atlikti dažymo metodą, kuris taikomas ant sluoksniuotų arba pilnai presuotų/frezuotų protezų, jo metu reikalingas spalvos suvokimas. Šiuo metodu išgaunami estetiški, savo spalva artimi natūraliems dantims protezai.

3. Restauracijų spalva natūraliai susiliejo su paciento burnoje greta esančiais nuosavais dantimis. Šiam rezultatui pasiekti įtakos turėjo skaidrios presavimo tabletės pasirinkimas, o gamybos metu naudotas dažymo metodas dar labiau priartino rezultatą prie natūralios paciento dantų spalvos A3,5 – A3 spalvos panašumo, galutiniam individualizavimui buvo atliktas vagelių padažymas. Restauracijos dėl bemetalės konstrukcijos tinka pacientams netoleruojantiems ir/ar esantiems alergiškiems metalų lydiniams, tačiau joms negalima atlikti pataisų skilusiai bemetalei keramikai atstatyti, o lyginant su metalo keramikos restauracijomis yra didesnė ir šių medžiagų kaina.

### Literatūra

1. All-ceramic dental crowns. Retrieved from <http://www.dental-picture-show.com/dentists-crowns/a-dental-crowns-types.html>
2. Brix, O. (2014). *Fascinating all – ceramics*. Italy.
3. Praškevičius, E. (2016). Bemetalės keramikos ir cirkonio keramikos restauracijų palyginimas. *Stominfo* 10(5), 19 – 23.
4. Skaudickienė, D., Klevinskas, M. ir Bagdonas, R. (2012). Keraminių restauracijų, naudojant sluoksniavimo techniką, gamybos ypatumai. *Biomedicina* 5, 133 – 136.
5. Sakalauskiene, J., Gleiznys, A. ir kt. (2008). Keraminės ir kompozicinės danties vainiko restauracijos. Kaunas.
6. Sakalauskiene, J., Gleiznys, A. ir kt. (2011). Nemetalinės danties vainiko restauracijos. Kaunas.
7. Thompson, VP. & Rekow, DE. (2004). Dental ceramics and the molar crown testing ground. *Journal of Applied Oral Science* 12. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959944>.
8. Tysowsky, G. (2009). The science behind lithium disilicate: A metal-free alternative. *Dent Today* 28(3). Retrieved from <http://www.dentistrytoday.com/dental-materials/971>.
9. Wolfart, S., Eschbach, S., Scherrer, S. & Kem, M. (2013). Clinical results of lithium-disilicate crowns after up to 9 years of service. *Clinical Oral Investigations* 17(1). Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s00784-012-0700-x>

### Ieva Madelytė

Utenos kolegija (Lietuva)  
iievva1@gmail.com

# METALOKERAMINIŲ DANTŲ PROTEZŲ SU VITA VM13 KERAMINE APDAILA GAMYBOS TECHNOLOGIJOS ANALIZĖ ANALYSIS OF MANUFACTURING TECHNOLOGY OF METAL CERAMIC DENTAL PROSTHESIS WITH VITA VM13 CERAMIC DECORATION

**Sandra Šmagorytė**  
Utenos kolegija (Lietuva)  
**Zigrida Kaulinienė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

67

**Ižanga.** Dėl savo įvairiapusiškumo metalokeraminiai dantų protezai užima garbingą vietą protezavimo srityje [3,6]. Šie protezai su dideliu pasisekimu naudojami daugiau nei 50 metų ir dėl savo fizinių bei mechaninių savybių, pagal atliktus tyrimus iš rinkos neturėtų trauktis. Apie metalokeraminius dantų protezus daugiausia rašoma užsienio literatūroje. McLaren [3] plačiai nagrinėjo metalokeraminių dantų protezų atsiradimą. Jis gilinasi į smulkius gamybos aspektus. Dauguma autorių nagrinėjo įvairių metalo lydinių susijungimą su keramine apdailos mase: Atluri K. ir kt. [1] tyrė tinkamiausius metalo lydinis, kurių šiluminiai plėtimosi koeficientai būtų panašūs, Lakatos S. bei Zhang Z. [2,5] ir jo kolegoms buvo svarbu sužinoti viską apie titano lydinio susijungimą su keramine mase. Pornasrollah A. [4] kartu su kolegomis atliko tyrimus naudojant kelių rūšių keramines apdailos mases ir tyrė kiekvienos jų sluoksniavimo technikas, tarp kurių buvo VITA VM13.

Šiame darbe atliktas kokybinis tyrimas, naudojant atvejo analizės metodą, kai pacientei su dviem netektų dantų defektu buvo gaminamas tiltinis metalokeraminis dantų protezas CoCr metalo lydinio karkasu su VITA VM13 keramine apdaila.

**Tikslas.** Išanalizuoti metalokeraminių dantų protezų su VITA VM13 keramine apdaila gamybos technologiją

## **Uždaviniai:**

1. Išanalizuoti dantų spalvos nustatymo ir spalvos atkūrimo galimybes protezuojant metalokeraminiu dantų protezu.
2. Išnagrinėti gaminamo metalokeraminio dantų protezo metalinio karkaso jungimąsi su keramine apdailos medžiaga.
3. Išanalizuoti keraminės apdailos VITA VM13 sluoksniavimo techniką.

## **Metodika:**

1. Literatūros analizė.
2. Atvejo analizė.

## **Rezultatai**

Dantų spalvos nustatymas tiksliausiai atliekamas naudojant spektrometrus, tačiau klinikoje šio aparato nebuvo, todėl spalva buvo nustatyta naudojant Vita 3D-Master spalvų raktą. Tiriamuoju atveju buvo nustatyta 3M2 spalva. Laboratorijoje atstatant šią spalvą, keraminių masių sluoksniavimo būdu buvo naudojamos „Chroma Plus“, „Effect Liner“, „Base dentine“, „Transpa dentine“, „Enamel“, „Window“ masės bei VITA VM13 keraminės masės dažai.

VITA VM 13 keraminės masės ir CoCr šiluminiai plėtimosi koeficientai yra vienodi (25 -500°C). Todėl ši jungtis buvo tinkama. Metalinio karkaso paviršiaus sukibimo plotui padidinti buvo naudojamos frezos, smėliavimas aliuminio oksidu. Metalo paviršiaus sulyginimui buvo atlikta degazacija bei

paviršius padengtas grunto sluoksniu, kuris sugeria organinius junginius, savo oksidais susijungia su metalo paviršiuje esančiais oksidais sudarydamas cheminę metalo lydinio ir keramikos jungtį. Atkuriant dirbtinių dantų formą, atsižvelgiant į nustatytą sąkandį ir parinktą 3M2 spalvą, pirmiausia gruntu padengtą metalinį karkasą dengėme „Chroma Plus“ ir „Effect Liner“ keraminiame mase, taip išgaunant šviesos sulaikymo efektas. „Base dentine“ – visiškai neperšviečiama dentino masė, kuria suformavome anatomines sumažintų dantų vainikų formas, ant šios masės toliau buvo sluoksniuojama „Transpa dentine“ – šiek tiek peršviečiama masė, taip sukuriant pereinamąjį sluoksnį tarp „Base dentine“ ir „Enamel“. Galiausiai buvo degamas „Enamel“ sluoksnis, kuris yra skaidrus ir atitinka natūralaus emalio vaizdą. Su šiomis medžiagomis buvo atkurta danties anatomicinė forma pagal esamą sąkandį bei spalva pagal likusių burnoje dantų spalvą.

### **Ižvalgos**

1. Nustatant tikslią likusių burnoje dantų spalvą, pasitelkiami spalvų raktai, spektrokolorometrai ar spektrofotometrai.
2. Pasirenkant keraminę masę dantų protezui atsižvelgiama į jos ir metalo lydinio šiluminio koeficiento suderinamumą bei keraminės apdailos masės susitraukimo koeficientą, o tvirtai jungčiai sudaryti dar svarbus metalinio karkaso specialus paruošimas prieš modeliuojant keraminę apdailos medžiagą ant jo.
3. Sluoksniuojant VITA VM13 keramiką, norint išgauti kuo natūralesnę dantų protezų spalvą, svarbu, kad būtų palikta atitinkamai vietos dentino ir emalio sluoksniams.

### **Literatūra**

1. Atluri K., Vallabhaneni T., Tadi D., Averneni P. (2014). Comparative Evaluation o Metal-ceramic Bond Strenghts o Nickel Chromium and Cobalt Chromium Alloys on Repeated Castins: An In vitro Study. *J Int Oral Health*. Sep-Oct; 6(5): 99-103.
2. Lakatos S., Lakatos C., Rominu M., Florita Z. B. (2007) Chromatic behavior of porcelain fired on titanium. *Quintessence Int*. 2007; 38(7); e368-73.
3. McLaren E. A. (2007). *Modern Metal-Ceramic Restorations. Inside dentistry*.
4. Pornasrollah A., Mosavi S. A., Khandero H., Zarand I. A. (2016). Comparison of Color Match to Noritake and Vitapan Classical Shade Guide of Three Porcelain Systems. *Original Article*. 2016; A204-A206.
5. Zhang Z. T., Zhang B. J. Y. (2013). Effects of different bond agents on commercially pure Ti-porcelain bond strength [cited 2017-02-10]. Availabe from Internet: [https://www.researchgate.net/publication/278324885\\_Effects\\_of\\_different\\_bond\\_agents\\_on\\_commercially\\_pure\\_Ti-porcelain-bond\\_strenght](https://www.researchgate.net/publication/278324885_Effects_of_different_bond_agents_on_commercially_pure_Ti-porcelain-bond_strenght).
6. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods – 5th edition. France. 2013.

### **Sandra Šmagorytė**

Utenos kolegija (Lietuva)

smagoryte.sandra@gmail.com

# KERAMINIŲ DANTŲ PROTEZŲ CIRKONIO OKSIDO IR METALO PAGRINDAIS GAMYBOS TECHNOLOGIJŲ LYGINAMOJI ANALIZĖ

## COMPARATIVE ANALYSIS OF MANUFACTURING TECHNOLOGY OF CERAMIC DENTURES MADE OF ZIRCONIUM OXIDE AND METAL BASE

**Erika Volochovičiūtė**  
Utenos kolegija (Lietuva)  
**Zigrida Kaulinienė**  
Utenos kolegija (Lietuva)

69

**Įžanga.** Pačios panašiausios pagal gamybos būdą ir tvirtumą yra metalo keramikos (MK) ir cirkonio oksido keramikos (CK) dantų restauracijos [2]. Metalokeraminiai protezai pasaulyje plačiai naudojami jau daugiau kaip 50 metų [1], o cirkonio oksido keraminiai dantų protezai odontologijoje naudojami nuo 1990 metų [4]. Dėl nepralaidumo šviesai ribojamas estetiškas metalo keraminių vainikėlių aspektas. Dėl pralaidumo šviesai CK medžiagų estetinės savybės yra labai artimos natūraliems dantų audiniams. Todėl priekinių dantų zonoje dažniausiai gaminamos bemetalės konstrukcijos, o krūminių dantų srityje – metalokeraminiai protezai [3]. Darbe atliktas kokybinis tyrimas, naudojant atvejo analizės metodą, kai pasirinkta būtent tokia klinikinė situacija, kad galima būtų palyginti šias dvi technologijas (pagaminti protezai iš MK ir CK).

**Tikslas.** Palyginti keraminių dantų protezų cirkonio oksido ir metalo pagrindais gamybos technologijas.

### Uždaviniai:

1. Įvertinti metalo ir cirkonio oksido karkasų gamybos panašumus ir skirtumus.
2. Išanalizuoti keraminių masių sluoksniavimo technikas ant metalo ir cirkonio oksido karkasų.
3. Palyginti metalo keramikos ir cirkonio keramikos degimo optimalias temperatūras bei keramikos pokytį po degimo.

### Metodika:

1. Literatūros analizė.
2. Atvejo analizė.

**Rezultatai.** Modeliuojant vaškinį dantų karkasą buvo sugaišta daug laiko, kad jis tiktų prie nušlifotų dantų ribų, išlaikant tinkamą storį ir jungčių tvirtumą, o modeliuojant kompiuterizuotu būdu programa visus šiuos parametrus nustatė automatiškai. Taip pat liejimo procesas buvo daug sudėtingesnis nei frezavimo: liejimui reikėjo tinkamai paruošti liejimo formą, sumaišyti pakavimo masę, parinkti tinkamą kaitinimo programą, iškaitinti metalą ir sulieti jį į liejimo formą, o frezuojant karkasą, viską padaro frezavimo aparatas.

Nulieto metalinio karkaso taikymas ant modelio užtruko ilgiau nei cirkonio oksido, liejimo metu metalas pasitraukia, jo viduje buvo oro porų, kurias reikėjo naudojant mikroskopą išimti. Cirkonio oksido karkasas gavosi be pasitraukimų ir netikslumų, taikant ant modelio reikėjo tik pašalinti neigiamus kampus ir sumažinti storį prie ribų.

Keraminės apdailos sluoksniavimo technikos ant abiejų karkasų panašios, tačiau ant metalinio karkaso teko daugiau sugaišti laiko išgaunant estetiką, nes jis, skirtingai nuo cirkonio oksido karkaso, yra nepralaidus šviesai, pilkesnis ir ne toks natūralus kaip gretimi savi dantys.

## Ižvalgos

1. Modeliuojant metalinį karkasą svarbu užtepti kompensacinį sluoksnį, o cirkonio oksido karkaso gamybos metu šis sluoksnis gali būti nustatomas per kompiuterinę programą. Svarbiausias metalinio karkaso gamybos aspektas yra tikslių ribų modeliavimas naudojant mikroskopą, o cirkonio oksido karkaso gamybos metu ribas gali nustatyti kompiuterinė CAD sistema. Pastebėta, kad gaminant metalinį dantų karkasą labai svarbu atitaikyti pakavimo masės skysčio ir miltelių santykį, tai lemia karkaso tikslumą ir balansą. Gaminant cirkonio oksido karkasą svarbiausias etapas darbinio modelio skenavimas, kurio metu gipsinė kultis tiksliai ir tvirtai turi prisiglausti prie plastmasinio darbinio modelio padelio siekiant išvengti karkaso balanso.

2. Keraminių masių sluoksniavimo technika yra panaši. Pagrindinis skirtumas, kad metalinis karkasas dengiamas trimis sluoksniais gruntinės medžiagos, kuri priduoda būsimai dantų restauracijai pagrindinę spalvą. Cirkonio oksido karkasas dažomas prieš sinterizaciją, o prieš pradėdant keraminės medžiagos degimą sutepamas vienu sluoksniu surišėjo su pagrindinės spalvos pigmentu. Tiek metalokeraminė, tiek ir cirkonio oksido keraminė konstrukcija iš pradžių dengiama maskuojančiu dentinu, sekantis sluoksnis – dentinas ir paskutinis emalio sluoksnis. Norint individualizuoti dantų restauraciją yra pagalbinių keraminių masių.

3. Metalokeramikos ir cirkonio keramikos degimo temperatūros yra skirtingos, kadangi skirtinga šių medžiagų lydymosi temperatūra. Metalokeraminės dantų restauracijos degimo metu temperatūra kyla iki 900°C, o cirkonio oksido - iki 750°C. Pastebėta, kad pirmo degimo metu keramika skirta degimui ant metalinio karkaso ir keramika skirta degimui ant cirkonio oksido karkaso suslūgo vienodai, apie 20-25 proc., lyginant vaizdą prieš degimą ir po. Antro ir trečio degimo metu keramika, skirta degimui ant metalinio karkaso, po degimo suslūgo mažiau, negu keramika, skirta degimui ant cirkonio oksido karkaso.

Metalokeraminių dantų protezų gamyba susideda iš daugiau ir ilgiau trunkančių darbo etapų nei cirkonio oksido pagrindo keraminių dantų protezų, todėl jų gamybos trukmė yra ilgesnė ir reikalaujanti daugiau dantų techniko rankų darbo.

## Literatūra

1. Vladimirovas E., Linkevičius T., Puišys A., Grybauskas S. Šiuolaikinių fiksuotų protezų ant implantų apdailos skilimo tikimybės įvertinimas 2009m. Prieiga per internetą: <[http://www.vmgrupe.lt/wpcontent/uploads/2009/06/e\\_vladimirovas\\_ir\\_t\\_linkevicius\\_ir\\_a\\_puisys\\_ir\\_s\\_grybauskas.pdf](http://www.vmgrupe.lt/wpcontent/uploads/2009/06/e_vladimirovas_ir_t_linkevicius_ir_a_puisys_ir_s_grybauskas.pdf)> [žiūr. 2016-01-01]

2. Иванова Е, Трифонов А. (2015) *Инженерный вестник Дона № 2-1 / том 35* Методики применения cad-технологий в стоматологической диагностике. Присоединение к интернету: <<http://cyberleninka.ru/article/n/metodiki-primeneniya-cad-tehnologiy-v-stomatologicheskoy-diagnostike>> [Просмотрено: 2017-03-20]

3. Хабиев К. Н., 2015 Создание иллюзии как один из факторов успешной реставрации, *Dental Magazin, № 9 (141)*, Присоединение к интернету: <<http://tdentalgu.ru/training/article/dental-magazine.html>> [Просмотрено: 2016-09-15]

4. Цирконий. Присоединение к интернету: <<http://doctorplotnikov.ru/cirkoniy>> [Просмотрено: 2016-01-03]

## Erika Volochovičiūtė

Utenos kolegija (Lietuva)

erika.volochoviciute@gmail.com

# REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALE „SOCIALINĖ SVEIKATA“

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](mailto: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.



# 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](mailto:info@socialinisdarbas.lt). Статья должна быть представлена в виде файла в формате MS Word.

ISSN 2351-6062

SOCIALINĖ SVEIKATA

SOCIAL HEALTH

2018 Nr.1 (7)

Viršelio autorius Matas Paškevičius

Išleido VšĮ Reabilitacijos technika

S.Daukanto g. 16, LT-28242 Utena

[www.socialinisdarbas.lt](http://www.socialinisdarbas.lt)

El. p. [info@socialinisdarbas.lt](mailto:info@socialinisdarbas.lt)