



SLAUGA

mokslas ir praktika

2020 Nr. 4 (280)



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA



LIETUVOS SVEIKATOS
MOKSLŲ UNIVERSITETAS



KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ
FAKULTETAS



LIETUVOS RESPUBLIKOS
ODONTOLOGŲ RŪMAI



Vilniaus universiteto ligoninė
SANTAROS KLINIKOS



SLAUGA. Mokslas ir praktika

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro žurnalas, skirtas slaugos, akušerinės priežiūros, burnos priežiūros, reabilitacijos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams



Lietuvos mokslo periodikos asociacija
The Association of Lithuanian Serials

Lietuvos mokslo periodikos asociacija

ISSN 1648-0570

Leidžiamas nuo 1997 m. sausio 1 d. Eina kartą per mėnesį.

Redaktorė

Teresė Gužauskienė

tel. 8 686 41 525; el. paštas tereseguzauskiene@gmail.com; redakcija@sskc.lt

Redakcija

Stilistė Agnė Arlauskaitė

Redakcijos adresas: Rugių g. 1, LT-08418 Vilnius

Tel. (8 5) 232 8545, faks. (8 5) 271 2273. El. paštas redakcija@sskc.lt

MOKSLINĖ REDAKCINĖ KOLEGIJA

Mokslinė redaktorė – doc. dr. Viktorija Piščalkienė (Kauno kolegija)

Nariai

Doc. dr. Indrė Brasaitė (Klaipėdos universitetas)
Doc. dr. Vilma Brukienė (Lietuvos Respublikos odontologų rūmai)
Doc. dr. Raimundas Čepukas (Utenos kolegija)
Doc. dr. Nijolė Galdikienė (Klaipėdos valstybinė kolegija)
Dr. Vitalija Gerikienė (Šiaulių valstybinė kolegija)
Dr. Zita Gierasimovič (Vilniaus universitetas)
Prof. dr. Natalja Fatkulina (Vilniaus universitetas)
Doc. dr. Zyta Kuzborska (Vilniaus kolegija)
Doc. dr. Asta Mažionienė (Klaipėdos valstybinė kolegija)
Dr. Aldona Mikaliūškienė (Vilniaus universitetas)
Doc. dr. Simona Paulikienė (Vilniaus kolegija)
Prof. dr. Artūras Razbadauskas (Klaipėdos universitetas)
Prof. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)
Dr. Eglė Stasiūnaitienė (Vytauto Didžiojo universitetas)
Dr. Rasa Stundžienė (Vilniaus universitetas)
Dr. Renata Šturienė (Vilniaus universitetas)
Dr. Daiva Zagurskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

REDAKCINĖ KOLEGIJA

Redakcinės kolegijos pirmininkė – Loreta Gudelienė-Gudelevičienė
(Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras)

Nariai

Rasa Alšauskienė (Lietuvos operacinių slaugytojų draugija)
Vida Augustinienė (Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba)
Virginija Bulikaitė (Lietuvos slaugytojų diabetologų draugija)
Irena Dabulskienė (Lietuvos greitosios medicinos pagalbos įstaigų asociacija)
Virginija Gailienė (Gydytojo odontologo padėjėjų ir pagalbininkų draugija)
Vera Gerasimčik-Pulko (Lietuvos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija)
Ingrida Kupčiūnaitė (Panevėžio kolegijos Biomedicinos mokslų katedra)
Ilona Joneliūnienė (Lietuvos akušerių sąjunga)
Stasė Malakauskienė (Lietuvos operacinių slaugytojų draugija)
Rytis Malašauskas (Lietuvos paramedikų asociacija)
Danutė Margelienė (Lietuvos slaugos specialistų organizacija)
Rima Rozenbergaitė (Vaikų ligoninė, Vilniaus universiteto Santaros klinikų filialas)
Virginija Stankevičiūtė (Lietuvos akušerių sąjunga)
Odeta Vitkūnienė (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija)

MOKSLINIAI STRAIPSNIAI SPAUSDINAMI NEMOKAMAI

Mokslinių straipsnių pateikimo tvarkos aprašą, autorių teisių patvirtinimo deklaraciją ir reikalavimus autoriams rasite internetinėje svetainėje adresu www.sskc.lt

„SLAUGA. Mokslas ir praktika“ galite užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose ir „PayPost“ skyriuose bei internetu www.prenumeruok.lt. Leidinio prenumeratos indeksas - 5105.

Redakcija neatsako už autorių nuomonę

SL 1005. 3,5 sp. l.

Maketavo ir spausdino UAB „BMK LEIDYKLA“, A. Mickevičiaus g. 5, 08119 Vilnius, www.bmkleidykla.lt
Tiražas 500 egz. Kaina 1,45 Eur

Turinys

MOKSLINIS STRAIPSNIS

Zita Gierasimovič, Alina Karpovič

Personalo vaidmuo hospitalinių infekcijų prevencijoje 4

SKLAIDA

Lina Gedrimė, Daiva Didvalė, Vera Gerasimčik-Pulko

Kas gi tas COVID-19 ir kaip išvengti klaidų sveikatos priežiūros sistemoje? 8

Rekomendacijos, kaip palaikyti personalo gerą savijautą bei motyvaciją esant paskelbtai

COVID-19 viruso pandemijai 12

SAVIŠVIETA

Jūratė Gimžauskienė, Gintarė Vaitkienė

Pragulos. Profilaktika ir gydymas 13

Personalo vaidmuo hospitalinių infekcijų prevencijoje

^{1,2}Zita Gierasimovič, ²Alina Karpovič

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas,

²Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos

Raktažodžiai: slaugos priemonės, paciento, personalo aplinkos paviršiai.

Santrauka

Tyrimo tikslas – išnagrinėti aplinkos paviršių priežiūrą ir jos reikšmę, perduodant hospitalines infekcijas.

Tyrimo metodai. Atliktas 6 mėnesių trukmės tyrimas vienoje Vilniaus universiteto ligoninėje, siekiant įvertinti chirurgijos skyrių aplinkos paviršių higieną. Pateikti apibendrinti tyrimo rezultatai. Paviršių higienai vertinti naudojamas testavimo rinkinys (antspaudas, fluorescencinė priemonė, šviesos prietaisas). Paviršių testavimas vyko kas du mėnesius (iš viso 3 kartus).

Rezultatai, išvados. Nustatyta 23,0 proc. dažnai liečiamų paviršių priežiūros pažeidimų. Per tyrimą 7,2 proc. sumažėjo slaugos priemonių priežiūros klaidų. Dažni (23,6 proc.) muilo dozatorių paviršių priežiūros pažeidimai. Personalo aplinkoje nustatyta mažiausiai pažeidimų, naudojant įrangą, servetėlių dėtuves. Daugumos atvejų prioritetą teikiamas slaugos priemonių priežiūrai. Pacientų aplinkoje daugiau nei ketvirtadalis pažeidimų atvejų nustatyta dažnai liečiamų paviršių srityje. Ketvirtadalis pažeidimų nustatyta paciento aplinkoje, tvarkant širmų, lovų rėmų, muilo dozatorių paviršius. Stebėjimas ir pažeidimų analizė dvigubai sumažino slaugos priemonių paviršių taršą, tačiau mažiausiai įtakos turėjo dažnai liečiamų paviršių priežiūrai.

Įvadas

Infekcijų plitimo priežastis ligoninėje – *gramteigiamas Staphylococcus aureus*, kuris yra pūlinės infekcijos sukėlėjas, o vėliau kolonizuoti pacientai tampa šio sukėlėjo rezervuaru [1, 2]. Didelį jo patogeniškumą lemia daugiafaktoriniai ir sudėtingi procesai, kuriuos lemia bakterijos gebėjimas pasireikšti įvairiausiose hospitalinių infekcijų struktūrose [3]. Per pastaruosius dešimtmečius pastebėtas *Staphylococcus aureus* atsparumas, keliantis susirūpinimą dėl užtikrinto antimikrobinių preparatų veiksmingumo [3].

Stafilokokai plinta kontaktiniu būdu: nešiotojai ir sergantys pacientai juos perduoda per užterštas rankas, daiktus, aplinkos paviršius. Bakterijos tampa atsparios jas naikinančioms medžiagoms [4]. Vieni autoriai teigia, kad hospitalinių infekcijų plitimui reikšmės turi dažnas slaugos personalo ir paciento kontaktas, teikiant slaugos paslaugas, dėl kurio padidėja infekcijos perdavimo dažnis [4, 3]. Remiantis hospitalinių infekcijų prevencijos rekomendacijomis, parengtomis pagal mokslinių tyrimų rezultatus, didėjant bakterijų atsparumui, didesnis dėmesys skiriamas higienos standartams: rankų, paviršių, prietaisų higienai.

Paviršių higiena. Tai švari ligoninės, ypač paciento, aplinka, apsaugota nuo egzogeninės infekcijos. Personalo darbo aplinkoje yra probleminių vietų, kurioms ypač būtina paviršių higiena, kai mikrobinė tarša susidaro atliekant intervencijas, įvairias slaugos procedūras [4].

Ligoninėje hospitalinių infekcijų perdavimą lemia trys elementai: infekcijos šaltinis, užkratas, imlus šeimininkas. Kuo ilgiau pacientas gydomi ligoninėje, tuo labiau gali pasireikšti hospitalinių infekcijų rizikos veiksniai, kurie dažniau perduodami netiesioginio kontakto būdu. Paciento aplinkoje, kurioje yra daug atsparių mikrobus, netiesioginis kontaktas didina infekcijos riziką [4, 5], išsivysto infekcinės komplikacijos [5]. Užkrėstas pacientas, liedamas durų rankenas, užteršia dažnai liečiamus paviršius, vėliau, gabendamas kitą pacientą, jas paliečia sveikatos priežiūros personalas. Dažnos paviršių taršos priežastys yra užterštos pirštinės, personalo rankos, atliekamų procedūrų dažnis, paciento aplinka, medicinos, slaugos priemonės. Personalas nuvertina netiesioginio kontakto bakterijų perdavimą, kai horizontalių paviršių tarša yra mikroorganizmų rezervuaras ir gali sukelti infekcijos protrūkį net po paciento, iš kurio yra kilę patogeniniai mikroorganizmai, išvykimo.

Pirštinės. Mūvimos pirštinės apsaugo personalo rankas nuo mikrobinės taršos, sumažina kryžminės infekcijos riziką iš darbuotojų pacientams ir atvirkščiai [5]. Tačiau pirštinės nėra alternatyva rankų higienai. Braid (M. Bryde) atliktas tyrimas parodė, kad 17 proc. paviršių tarša galima per užterštas pirštines po kontakto su infekuotu pacientu, paciento drabužiais ar liečiant paciento lovą. Klinikinės studijos įrodė, kad po pirštinių mūvėjimo nuo rankų buvo atskirti vankomicinui atsparūs enterokokai (angl. *VRE – vancomycin – resistant enterococci*) mikroorganizmai [5, 4]. Personalui liečiant aplinkos paviršius (spinteles prie paciento lovos, lašelinių stovus, įrangos valdymo pultus), tarša perduodama per personalo rankas nuo vieno objekto kitam. Tyrimais nustatyta, kad patogeninis mikroorganizmas auksinis stafilokokas (lot. *Staphylococcus aureus*) dažnai būna ant tų paviršių, kurie buvo liesti personalo rankų. Vieno tiesioginio rankos ir negyvojo paviršiaus kontakto metu ši paviršių liečia nuo 4 iki 16 proc. rankos paviršiaus, o po 12 kontaktų – net 40 proc. plaštakos paviršiaus [6]. Daug tyrimų įrodo, kad prasta personalo rankų higiena didina paviršių taršą. Dažniausiai nuo sergančio paciento patogeniniai mikroorganizmai perduodami per personalo rankas, tačiau užkrėsti objektų paviršiai gali būti ir netiesiogiai susiję su infekcijos perdavimu, nes pacientų aplinkoje užteršti, nedideli paviršių plotai lieka taršos rezervuaru [7].

Medicinos, slaugos priemonės. Ligoninėje medicinos, slaugos priemonių tarša yra infekcijos rezervuaras ir infekcijos plitimo

šaltinis [7]. Mikroorganizmai gali būti perduodami pacientui per paviršius: medicinos įrangą, chirurginius instrumentus, endoskopinių procedūrų metu, slaugos priemonės [7]. Gilboi, Hovardas (Gilboy, Howard, 2008) tyrimais įrodė, kad dažnai liečiamus paviršius medicinos personalas turi būti skatinamas dažnai tvarkyti, pavyzdžiui, stetoskopus tarp pacientų apklausos, stetoskopams naudoti dėklus. Personalo tvarkomos ir naudojamos medicinos, slaugos priemonės turėtų būti valomos reguliariai, pagal sudarytą valymo planą, nors jų priežiūra yra problemiška, pavyzdžiui, kvėpavimo įranga, chirurginiai instrumentai. Slaugos priemonių paviršiai (šlapimo surinkimo indai) dezinfekuojami rankiniu būdu arba plautuvuose. Lieka neaišku, koks paviršių taršos laipsnis turi įtakos infekcijų plitimui sveikatos priežiūros įstaigose, nėra vienodo požiūrio į aplinkos paviršių kontrolę. Kadangi higienos praktikoje didžiausias dėmesys kreipiamas į hospitalinės infekcijos plitimą oru, per kvėpavimo įrangą, rankas, lieka atviras klausimas dėl tolesnio objektų paviršių taršos šaltinio plitimo [8].

Aplinkos paviršiai, ypač prie infekuoto paciento, gali būti kryžminės infekcijos perdavimo šaltiniu, jeigu kontaktuojama daugiau nei su vienu pacientu. Aplinkos paviršių dezinfekcija padeda efektyviai mažinti hospitalinės infekcijos plitimą gydymo įstaigoje, atliekant invazines, slaugos procedūras, naudojant slaugos priemones, kurios liečiasi su kūno audiniais ar erdmėmis gydymo ar slaugos tikslais [8]. Efektyvi priemonė mikroorganizmams mažinti yra standartinė paviršių dezinfekavimo procedūra – plano laikymasis. Tai ypač aktualu dažnai liečiamiems paviršiams – lovos bėgams, vežimams, durų rankenoms, muilo dozatoriams, maišytuvams [8, 7]. Jeigu pacientas jau yra kolonizuotas, tuomet didelis kiekis gramteigiamos taršos pasiskirsto aplinkoje, dažniausiai ji aptinkama ant lovos krašto, paciento odos, nosies, viršutinių galūnių, tarpvietės, paciento spintelės. Palietus šiuos paviršius, mikrobai gali patekti į nosį, akis, ant kito paciento odos, patekti į žaizdą. Tai sudaro sąlygas kryžminei infekcijai. Gyvybingų mikroorganizmų buvimas ant paviršių rodo, kad sunku pašalinti bakterijas nuo paviršių dėl jų atsparumo plovikliams ir dezinfekavimo priemonėms [9].

Tyrimo medžiaga ir metodai

Atliktas tyrimas 2018 m. vienoje Vilniaus universiteto ligoninėje, siekiant įvertinti šešių chirurgijos skyrių aplinkos paviršių higieną. Tyrimo trukmė – 6 mėnesiai. Pateikti apibendrinti tyrimo rezultatai. Paviršių higienai vertinti naudojamas testavimo rinkinys (antspaudas, fluorescencinė priemonė, šviesos prietaisas). Paviršių testavimas vyko kas du mėnesius (iš viso 3 kartus), po kiekvieno testavimo vyko klaidų aptarimas. Paviršiai suskirstyti į tokias grupes: paciento, personalo aplinkos paviršiai, dažnai liečiami paviršiai, slaugos priemonių paviršiai. Paviršių užterštumas buvo vertintas: „Taip“ – yra tarša, šviesos prietaisas aptiko fluorescencinės priemonės buvimą; „Ne“ – švarus paviršius, nėra fluorescencinės priemonės likučių. Paviršių testavimo vietos buvo atrinktos pagal galimai kritiškiausių kryžminės infekcijos perdavimo vietą.

Rezultatai

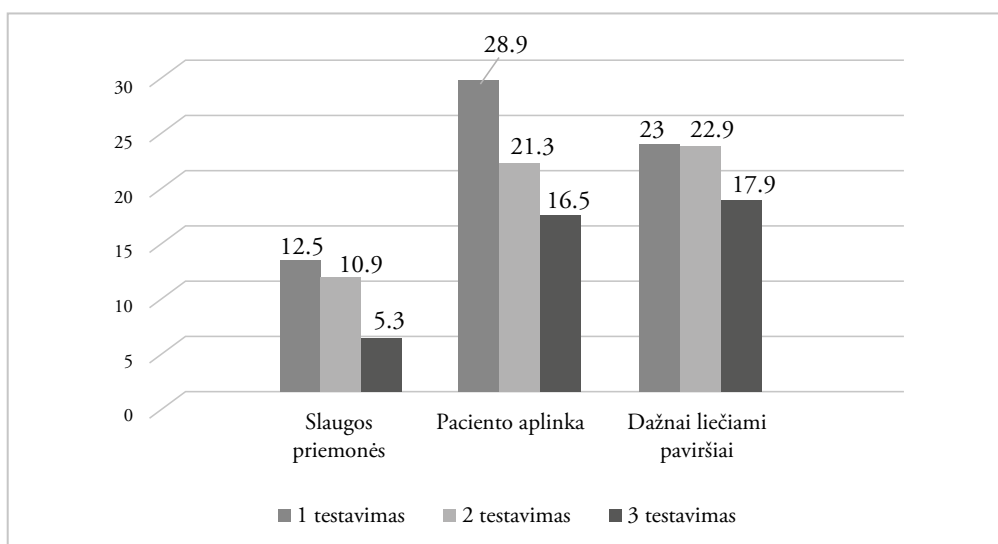
Norėdami nustatyti užterštus aplinkos paviršius, analizavome visos imties (n = 2481) duomenis.

Pirmo testavimo metu iš viso buvo pažymėti 836 aplinkos paviršiai, iš jų pacientų aplinkoje – 28,9 proc. (n = 242) pažeidimų atvejai, 23,0 proc. (n = 192) – dažnai liečiami paviršiai, personalo aplinkoje nustatyta 12,5 proc. (n = 104) tarša ant slaugos priemonių paviršių.

Antro testavimo metu pažymėti 820 aplinkos paviršių, iš jų paciento aplinkoje 21,3 proc. (n = 175) nustatyti taršos atvejai, 22,9 proc. (n = 188) nustatyta tarša, vertinant dažnai liečiamus paviršius, o personalo aplinkoje 10,9 proc. (n = 89) taršos aptikta ant slaugos priemonių.

Trečio testavimo metu pažymėti 825 aplinkos paviršiai, iš jų pacientų aplinkoje 16,5 proc. (n = 136) pažeidimų atvejų, 17,9 proc. (n = 148) – užteršti dažnai liečiami paviršiai, 5,3 proc. (n = 44) tarša aptikta ant slaugos priemonių.

Trijų testavimų metu nustatyti paviršių higienos pažeidimai: 28,7 proc. slaugos priemonių higienos klaidos, 66,7 proc. tarša paciento aplinkoje, 63,8 proc. dažnai liečiamų paviršių higienos klaidos (1 pav.).



1 pav. Aplinkos paviršių higienos klaidos

Personalo aplinkos paviršiai, slaugos priemonių higiena. Testuoti personalo aplinkos paviršiai (n = 110), iš jų 13,03 proc. (n = 86) – paviršių priežiūros higienos klaidos. Mažiausiai, 3,6 proc. (n = 4), užterštos vaistams skirtos talpos, personalo prižiūrimi lašelinių stovų paviršiai daugiau

nei pusė atvejų yra švarūs (85,5 proc., n = 94). Tinkamai (82,7 proc., n = 91) palaikoma procedūrinių stalų paviršių higiena. Slaugos priemonių paviršių priežiūros klaidų dažniau 30,6 proc. (n = 33) nustatyta ant širmų paviršių (tentas, rėmas) (1 lentelė).

1 lentelė. Trijų testavimų metu gauti personalo aplinkos paviršių higienos rezultatai

Personalo aplinkos paviršiai (n = 110)	Paviršių higiena		p, (χ ²)
	Taip, n (%)	Ne, n (%)	
Lašelinių stovai	16 (14,5)	94 (85,5)	0,0001 (30,240)
Procedūrinio stalo paviršius	19 (17,3)	91 (82,7)	
Vaistams skirtos talpos, tacelės	4 (3,6)	106 (96,4)	
Slaugos priemonės: širmos	33 (30,6)	77 (70,0)	
Slaugos priemonės: švarios laikymo, transportavimo talpos	14 (12,7)	96 (87,3)	

Pacientų aplinkoje testuoti (n = 110) paviršiai, nustatyti jų priežiūros rezultatai (n = 660), iš jų 18,2 proc. (n = 120) paviršių priežiūros higienos klaidos. Didžiausias, 27,3 proc. (n = 30), klaidų skaičius aptiktas testuojant lovą, 23,6 proc. (n = 26) – muilo dozatorių paviršius. Mažiau, 9,1 proc. (n = 10), klaidų nustatyta palangių higienos paviršių prie-

žiūros atveju.

Nustatyti personalo aplinkos paviršių rezultatai (n = 341), iš jų 3,2 proc. (n = 11) klaidingai atliekama paviršių higiena. Personalas 4,5 proc. (n = 5) mažiau klaidų daro prižiūrėdamas įrangos, deguonies drėkintuvų, – 1,8 proc. (n = 10) paviršius (2 lentelė).

2 lentelė. Trijų testavimų taršos paskirstymo ant įvairių paviršių gauti rezultatai

Paviršiai (n = 110)	Paviršių higiena		p, (χ ²)
	Taip, n (%)	Ne, n (%)	
<i>Paciento aplinkos paviršiai</i>	26 (23,6)	84 (76,4)	0,0001 (64,153)
Muilo dozatoriai: rankena, korpusas			
Durų rankenos	20 (18,2)	90 (81,8)	
Paviršius virš kriauklės	20 (18,2)	90 (81,8)	
Palangės	10 (9,1)	100 (90,9)	
Lova: rėmai, lovos kraštai	30 (27,3)	80 (72,7)	
Spintelė prie paciento lovos	14 (12,7)	96 (87,3)	
<i>Personalo aplinkos paviršiai</i>	5 (4,5)	105 (95,5)	
Įrangos rankenėlės, jungikliai			
Servetėlių dėtuvės: korpusas, anga			
Deguonies drėkintuvas			4 (3,6)
	2 (1,8)	108 (98,2)	

Rezultatų aptarimas

Dar XX a. pradžioje kiekybiniais tyrimais pagrįsti rezultatai rodo, kad ligoninėje bakterijų plitimas galimas netinkamai valant paviršius, naudojant drėgnas servetėles, grindų šluostes [10, 11]. Analizuojant trijų testavimų metu personalo aplinkoje gautus duomenis, galima teigti, kad įrangos paviršių higiena buvo tinkamai valoma viso tyrimo metu. Personalo aplinkoje paviršių higiena buvo geresnė ir tikimybė nustatyti galimai padidėjusių aplinkos objektų paviršių higienos klaidas buvo mažesnė nei paviršių, esančių pacientų aplinkoje. Tyrimo taikytas tiesioginis (fluorescencinis) paviršių stebėjimo metodas rodo, kad šalia paciento dėl endogeninių veiksnių ir kryžminės paviršių taršos higieninė paviršių priežiūra yra menkesnė. Akivaizdu, kad ligoninės paviršių aplinkos stebėjimas yra svarbus kontrolės elementas ir prevencinė hospitalinių infekcijų dalis. Tai leidžia geriau suprasti kryžminės taršos kelius, atliekant prevencinius ir korekcinus veiksmus. Daugelis aplinkos paviršių tyrimų rodo, kad mikrobai gyvybingi

ant sausų paviršių keletą mėnesių, ilgiau išsilaiko drėgnoje aplinkoje, o gebėjimas išgyventi ant paviršių yra dėl jų sukibimo molekulių ir bioplėvelių gamybos [11, 10]. Aplinkos užterštumo problema yra dar didesnis iššūkis intensyvosios terapijos, chirurgijos skyriuose, kuriuose sergantys pacientai turi keletą hospitalinių infekcijų rizikos veiksnių [12, 9]. Analizuojant atlikto tyrimo duomenis, nustatytos dažnai liečiamų paviršių, pacientų aplinkos paviršių valymo klaidos. Dažnai liečiamų paviršių nepakankamas valymo dažnis skatina bakterijų augimą ir tolesnį taršos perdavimą [13]. Tyrimu nustatyta, kad daugiausia valymo pažeidimų rasta ant pacientų lovų, spintelių paviršių. Manoma, kad pažeistas paviršių valymo eiliškumas. Trūksta duomenų apie paviršių higienos vertinimą ligoninėje. Dažniausiai yra mikrobiniai mėginiai. Dėl skirtingų paviršių taršos vertinimo metodų rezultatų lyginimas yra netikslus. Vertinant atlikto tyrimo rezultatus, galima daryti prielaidą, kad pirmo ir antro karto tyrimų rezultatų aptarimas su personalu ir higienos mokymai galėjo pagerinti paviršių priežiūros rezultatus.

Išvados

1. Personalo aplinkoje mažiausiai pažeidimų nustatyta naudojant įrangą, servetėlių dėtuves. Daugeliu atvejų prioritetas teikiamas slaugos priemonių priežiūrai. Pacientų aplinkoje daugiau nei ketvirtadalis pažeidimų nustatyta ant dažnai liečiamų paviršių. Ketvirtadalis pažeidimų nustatyta paciento aplinkoje tvarkant širmų, lovų rėmų, muilo dozatorių paviršius.
2. Stebėjimas ir pažeidimų analizė dvigubai sumažino slaugos priemonių paviršių taršą, bet mažiausiai įtakos turėjo dažnai liečiamų paviršių priežiūrai.

ROLE OF THE STAFF IN PREVENTION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS

Key words: care equipment, surfaces of the patient, staff environment.

Summary

The aim. To assess maintenance of environmental surfaces and its significance to transmitting hospital-acquired infections.

Materials and methods. A six-month investigation in one of Vilnius university hospitals was carried out seeking to assess hygiene of environmental surfaces in surgical units. The summarised investigation results are presented. A testing set (a seal, a fluorescent lamp, a source of light) was used to assess hygiene of the surfaces. Surface testing was carried out every two months (three times in all).

Results, conclusions: A total of 23.0% of violations of maintenance of frequently touchable surfaces has been established. In the course of testing, the number of mistakes in maintenance of care equipment decreased by as much as 7.2%. Violations of maintenance of surfaces of liquid soap dispensers were frequent; they accounted for 23.6 %. The least amount of violations in the staff environment were related to the use of equipment and tissue cases. In most cases priority was given to maintenance of care equipment. More than one fourth of violations in the patient environment were established in the sphere of frequently touchable surfaces. One fourth of violations found in the patient environment were related to the maintenance of surfaces of the screens, bed frames, and liquid soap dispensers. Observation and the analysis of violations reduced contamination of the surfaces of care equipment by as much as twice; however, they had the least effect on maintenance of frequently touchable surfaces.

Literatūra

1. Bush L. M., Perez M. T. "Staphylococcal Infections" [elektroninis išteklius]. Merck Manual Professional Version. 2016 m. Prieiga per internetą: <http://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/gram-positivecocci/staphylococcal-infections>.
2. Sarkar A., Raji A., Garaween G., Soge O. et al. Antimicrobial resistance and virulence markers in methicillin sensitive Staphylococcus aureus isolates associated with nasal colonization. *Microbial Pathogenesis*. 2016 (93):8–12.
3. Bonar E., Wójcik I., Władysław B. Proteomics in studies of Staphylococcus aureus virulence. *Acta ABP. Biochemica Polonica*. 2015, Vol. 62. (3) :367–381.
4. Amberpet R., Sista S. Prevalence and risk factors for intestinal colonization with vancomycin resistant enterococci among patients admitted to intensive care units of a large teaching hospital in Southern India. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;45:82. Available from Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216302041>.
5. Monteserin N., Larson E. Temporal trends and risk factors for healthcare-associated vancomycin resistant enterococci in adults. *Journal of Hospital Infection*. 2016;94(3):236–241. Available from Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670116303309>.
6. Pavilonytė Ž., Kaukėnienė R., Antuševas A., Pavilonis A. Staphylococcus aureus paplitimas hospitalizavimo laikotarpiu. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44(8):593–600.
7. Sendall M. C., McCosker L. K., Halton K. Cleaning Staff's Attitudes about Hand Hygiene in a Metropolitan Hospital in Australia: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(6): 1067.
8. Pirincci E., Altun B. An analysis of hospital cleaning staff's attitudes and conduct regarding hand hygiene and cleaning. *Int J Occup Saf Ergon*. 2016;22(2):241–245.
9. Russotto V., Cortegiani A., Fasciana T., Luzzo P., Raineri S. M et al. What Healthcare Workers Should Know about Environmental Bacterial Contamination in the Intensive Care Unit. *BioMed Research International*. 2017:7.
10. Entsar H. A., Hebat-Allah M. Hassan, Nahla M. El-Sherbiny, Asmaa M. A. Soliman. Bacteriological Monitoring of Inanimate Surfaces and Equipment in Some Referral Hospitals in Assiut City, Egypt.
11. Zazouli M., Yazdani-charati J., Ahanjan M., Homayon M. "Bacterial contamination of environmental surfaces in two educational hospitals under the auspices of Mazandaran University of Medical Sciences," *Journal of Health in the Field*. 2015 (3): 36–41.
12. Mehraban F., Rostami M. N., Douraghi M., et al., "Prevalence of environmental gram-negative bacilli in the intensive care units of hospitals of the city of Qom," *Infection, Epidemiology and Medicine*. 2016 (2): 5–7.
13. Różańska D., Romaniszyn A., Chmielarczyk N., Bulanda M. "Bacteria contamination of touch surfaces in polish hospital wards," *Medycyna Pracy*. 2017 (68), Nr. 4: 459–467.

Gerbiamieji!

Kviečiame užsiprenumeruoti recenzuojamą mokslo žurnalą „Slauga. Mokslas ir praktika“.

Tą galite padaryti Lietuvos pašto skyriuose bei www.prenumeruok.lt.

Žurnalo prenumeratos indeksas – 5105

Prenumeratos kaina:

1 mėn. – 1,45 Eur

Svarbu! Prenumeratą būtina atlikti iki kiekvieno mėnesio 26 d.

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro informacija

COVID-19 AKTUALIJOS

Kas gi tas COVID-19 ir kaip išvengti klaidų sveikatos priežiūros sistemoje?

¹Lina Gedrimė, ²Daiva Didvalė, ³Vera Gerasimčik-Pulko

¹Lietuvos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija

¹Klaipėdos valstybinė kolegija, ¹Klaipėdos universitetas, ¹Respublikinė Klaipėdos ligoninė,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikos, ³Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos

PASAULIO SVEIKATOS ORGANIZACIJA (PSO) OFICIALIAI PASKELBĖ KORONAVIRUSO LIGĄ 2019 (COVID-19) KAIP PANDEMIJĄ

Kas yra koronavirusai?

Koronavirusai – tai didelė grupė virusų, kurie gali sukelti įvairias ligas. Dažniausiai koronavirusai sukelia lengvas ar net besimptomės infekcijas, tačiau gali sukelti ir sunkias kvėpavimo takų infekcijas, tokias kaip Artimųjų Rytų respiracinio sindromo (ARRS) ar sunkaus ūminio respiracinio sindromo (SŪRS) koronavirusines infekcijas.

COVID-19 virusui pasiekus Lietuvą, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai susidūrė su nemažai iššūkių. Vienas iš iššūkių – pasirinkti reikalingą informaciją iš gausiai plūstančios informacijos. Dar vienas iššūkis – apsaugos priemonės: kaip, kada racionaliai jas naudoti; kada respiratorius, o kada kaukė, jei naudojamas respiratorius, kiek laiko jį naudoti.

Taigi, ką žinome apie COVID-19 atsiradimą ir kodėl virusas taip sparčiai išplito?

Pirmasis etapas: nežinoma liga, blogai apsaugoti sveikatos priežiūros darbuotojai

Pirmieji COVID-19 atvejai buvo nustatyti Kinijoje nuo 2019 m. gruodžio iki 2020 m. sausio Uhano mieste, jie buvo apibūdinti kaip „nežinomos etiologijos pneumonija“, kol liga dar nebuvo oficialiai įvardyta. Visuomenė, taip pat ir sveikatos priežiūros darbuotojai, neturėjo pakankamai informacijos apie naują virusą. Keletas Uhano miesto ligoninėse dirbančių gydytojų pastebėjo, kad plaučių uždegimas perduodamas neįprastai greitai, ir nurodė panašumus su sunkiu ūmiu kvėpavimo sindromu (SARS, kurį sukelia sunkus ūmus kvėpavimo nepakankamumas), deja, šie pastebėjimai nesulaukė deramo visuomenės dėmesio. Dėl nepakankamo dėmesio į susidariusią labai rimtą situaciją dėl koronaviruso žaibiško plitimo medicinos darbuotojai taip pat buvo nepasiruošę, nes nebuvo sukurti standartai, kaip apsaugoti save ir pacientą. Šiame pirmajame etape užsikrėtė nuo 3,5 iki 29 proc. sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų buvo ir mirčių. Tuo metu užkrato šaltinis buvo dar neaiškus.

Antrasis etapas: liga vis labiau pripažįstama kaip pavojinga. Nepakankama apsauga

Pripažinus ligą kaip labai pavojingą, Uhano miestą iš lėto uždaro. Sukuriami infekcijos kontrolės reglamentai. Nustatomi skirtingi apsaugos lygiai, vertinant paciento būklę. Tačiau medicinos personalas susiduria su apsaugos priemonių stygiu, nes viruso plitimas sutapo su Kinijoje švenčiama Naujųjų metų švente, kai darbas sustojo savaitei, o siekiant sumažinti viruso plitimą darbas buvo stabdomas 14 dienų. Pramonė nedirbo, apsaugos priemonių gamyba sustojo taip pat. Tuo metu virusas smarkiai išplito. Buvo nuspręsta griežtai kontroliuoti viruso plitimą ir kuo skubiau apsaugoti medicinos personalą.

Trečiasis etapas: liga pripažinta (PSO) kaip labai pavojinga. Visiškai apsaugoti sveikatos priežiūros darbuotojai

Šiuo laikotarpiu sparčiai statomos ligoninės infekuotiems COVID-19 asmenims, stengiamasi hospitalizuoti kiekvieną infekuotąjį, atvyksta medikai iš visos Kinijos, buvo sudarytos 346 medikų komandos (42 600 sveikatos priežiūros darbuotojų, įskaitant 790 gydytojų anesteziologų-reanimatologų). Buvo kuriami nauji standartai ir rekomendacijos sveikatos priežiūros specialistams. Pavyzdžiui, buvo sukurta sąvoka „aukščiausias atsargumo lygis“, reikalingos priemonės: skydeliai, akiniai, respiratoriai, kombinezonai, apsauginiai chalatai ir kt.

Šiuo etapu buvo pastebėtas padidėjęs darbo progresas, pacientai buvo tinkamai apsaugoti, užsikrėtimo atvejų gerokai sumažėjo. Nuo 2020 m. kovo 10 d. Uhano laikinosios ligoninės pradėtos uždarinėti. Atvykę medikai galėjo sugrįžti į savo namus. Gera naujiena – nė vienas medikas šiuo laikotarpiu neužsikrėtė koronavirusu, nes visi darbuotojai buvo aprūpinti visomis reikalingomis apsaugos priemonėmis.

Siekiant racionalaus vienkartinį priemonių naudojimo kasdienėje praktikoje COVID-19 epidemijos metu, Pekino sąjungos medicinos koledžo ligoninėje buvo sukurtos rekomendacijos (1 pav.).

1 pav. Apsaugos priemonių naudojimo rekomendacijos

	Lauke arba				Intubacija trachėjos	Viduje arba			
	Vieša erdvė	Ambulatorinė erdvė	priėmimas	Karščio klinika	Išimtis karščio klinikos	Ofisas, persirengimo kambarys, kavinė	Nekarščiuojantys pacientai	Karščiuojantys pacientai	Įtariamai infekuoti arba infekuoti COVID-19
Galva	VIENKARTINĖ KEPURĖ								
Kaukė	chirurginė kaukė	chirurginė kaukė	chirurginė kaukė	N95 kaukė	N95 kaukė	chirurginė kaukė	chirurginė kaukė	N95 kaukė	N95 kaukė
Pirštinės	-	-	+	+	+	-	-	+	+
Batų apdangalas	-	-	+	+	+	-	-	+	+
Apsauginis kostiumas	-	-	-	+	-	-	-	-	+
Izoliacinis chalatas	-	-	+	+	+	-	-	+	+
Asauginis skydas/ apsauginiai akiniai	-	-	+	+	+	-	+	+	+

Pagal Anesthesia & Analgesia Journal Publish Ahead of Print [1]

Pasaulio šalių svarbių pasirengimo darbų apžvalga ir jų patirties pamokos

Iki 2020 m. vasario 17 d. Singapūre užfiksuotas daugiausiai patvirtintų COVID-19 atvejų skaičius už kontinentinės Kinijos ribų, esant keletui vietinio perdavimo grupių. Visos sveikatos priežiūros įstaigos priėmė bendrą izoliavimo strategiją, išskirdamos visus įtariamus ar patvirtintus COVID-19 atvejus neigiamo slėgio patalpose.

Pandemijos suvaldymą lėmė tai, kad dauguma intensyviosios terapijos patalpų buvo vienvietės – ši infrastruktūra buvo sukurta po SARS protrūkio 2003 m. Įrengiant vietas intensyviosios terapijos pacientams, sergantiems COVID-19, reikėjo atsižvelgti ir į daugybę kitų reikalavimų:

- infekcija buvo kontroliuojama tik griežtai laikantis asmens apsaugos priemonių ir keičiant komandų dinamiką;
- intensyviosios terapijos darbo grupės buvo organizuojamos taip, kad būtų sušvelnintas užkrato plitimas tarp personalo;

- dėl nuolat kintančios informacijos reikėjo greito ir reguliaraus nuolatinio komunikavimo su didelėmis ir skirtingomis personalo grupėmis.

Prieš priimant į intensyviosios terapijos skyrius (ITS), buvo operatyviai apmokomas bendrosios slaugos personalas: slaugos procedūrų kritinių būklių metu, paciento gaivinimo. Iš naujo nagrinėjamos specifinės ITS paslaugos.

Tačiau ir dedant didžiules pastangas, buvo akivaizdu, kad darbuotojų psichosocialinė būsena nukentėjo dėl daugelio veiksnių, tarp jų: padidėjęs darbo krūvis dėl griežtų infekcijos kontrolės priemonių įgyvendinimo, netikrumas dėl asmeninių apsaugos priemonių veiksmingumo, nerimas dėl infekcijos sukeltamų mirties atvejų, susirūpinimas dėl šeimos narių gerovės ir visuomenės stigmatizavimo.

Norint išspręsti įvairius su pandemija susijusius iššūkius ir išlaikyti pažangias ITS paslaugas bei psichologinę personalo gerovę, buvo suformuluoti principai ir sprendimai, kurie gali padėti ITS pasiruošti COVID-19 (2 lentelė).

2 lentelė. COVID-19 kritinės priežiūros problemos ir jų sprendimai [2]

Problemos	Principai	Sprendimai
Infekcijos kontrolė	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kryžminio užteršimo vengimas personalo srityje. 2. Mokymas ir perkvalifikavimas, kaip naudoti asmenines apsaugos priemones, asmens higienos užtikrinimas. 3. Patobulinta personalo infekcijos priežiūra. 4. Griežtas lankytojų patikrinimas ir valdymas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialus sąrašas „švarių“ ir izoliavimo grupių atskyrimui ir budėjimui. • Dušų, higienos priemonių aprūpinimas ir prieinamumas personalui po kiekvieno „palatos periodo“. • Švietimas ir perkvalifikavimas, kaip teisingai dėvėti asmens apsaugos priemones ir jas laiku keisti. • Personalo rezervo suplanavimas ypatingiems atvejams. • Infekcijų kontrolės darbuotojams privalomas visų dirbančių medikų su COVID-19 stebėjimas du kartus per dieną. Didelis dėmesys rankų higienos užtikrinimui. • Dirbantis personalas iš anksto deklaruoja atostogas ir keliones į užsienį. • Atrankos klausimai reguliariai atnaujinami, nes laikui bėgant keičiasi atvejų apibrėžimai, ypač žinomų infekcijų grupių bendruomenėje. • Infraraudonųjų spindulių termometrai prie įstaigų durų, kad būtų galima nustatyti karščiavimą. • Ligoninės lankytojų žurnalo tvarkymas, kad būtų galima atsekti kontaktus ir patvirtintų atvejų aktyvumą.
Informacijos sklaidimas medicinos darbuotojams	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tvirta informacijos sklaidimo sistema (besikeičianti politika, darbo eiga ir t. t.). 2. Vien el. pašto ir susitikimų nepakanka skubiems pokyčiams vietoje įgyvendinti. 3. Klinikinės patvirtintų atvejų diskusijos ITS bendruomenėje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saugių ir patvirtintų platformų, tokių kaip instituciniai el. pašto ir pranešimų siuntimo programos, naudojimas, siekiant informuoti įvairias darbo grupes ir komandas apie sparčiai besikeičiančius darbo srautus ir strategijas. • Saugių vaizdo konferencijų programų naudojimas, rengiant tarpinstitucinius ir tarpžinybinius susitikimus bei edukacinius užsiėmimus. • Saugių ir patvirtintų programų, tokių kaip pranešimų ir vaizdo konferencijų programų, naudojimas klinikinėms diskusijoms apie atvejus ir dalijimuisi patirtimi.
Gaivinimas ir melynasis atsakymas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pateikite aiškias asmens apsaugos priemonių ir oro gaivinamųjų respiratorių naudojimo gaires gaivinant ITS palatose. 2. Pateikite įtariamų ar patvirtintų atvejų gaivinimo scenarijus tarp profesionalų ar mažiau patyrusiųjų. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modeliavimo praktika su asmens apsaugos priemonėmis ir oro gaivinamųjų respiratorių naudojimas padės nustatyti spragas ir paruošti komandas įvairiems scenarijams. • Modeliavimas su ribotais komandos nariais pagal scenarijų, pavyzdžiui, 4 nariai vienai komandai, kad būtų galima aklimatizuoti mediką, kad būtų galima gaivinti mažesnėse komandose. • Kontroliniai sąrašai priemonių paruošimui ir iš anksto paruošti įrangos vežimėliai, skirti intubacijai ir kitoms procedūroms, siekiant sumažinti personalo judėjimą ir padidinti efektyvumą. • Kūrybingi būdai, kaip pagerinti ryšius, gaivinant, pavyzdžiui, atspausdintos „Call Airway Team“ kortelės panaudojimas sudėtingai intubacijai, komunikacijos lentos panaudojimas paciento palatoje ir radijo imtuvų naudojimas, norint perduoti pranešimus darbuotojams už palatos ribų, kad būtų aprūpinta įranga ir pagalba.
Pažangios ITS paslaugos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pateikti aiškias ECMO blogėjančių atvejų perdavimo ribas. 2. Užtikrinti efektyvų ir saugų bronchoskopijos priemonių turėjimą. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekomenduojama anksti perduoti blogėjančius atvejus. Numatyti perkėlimo ir darbo eigos ribas ne ECMO centrams. • Vienkartinių bronchoskopų naudojimas bronchoskopijai ir poodinei tracheostomijai atlikti.
Psichologinis stresas ir sveikatos priežiūros darbuotojų perdegimas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suteikti emocinę paramą, paskatinimą ir vertinimą. 2. Sumažinti netinkamai informuotų visuomenės narių ir sveikatos priežiūros specialistų stigmatizaciją. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialus maitinimas ir gėrimai, siekiant sustiprinti. • Vyriausybės ir institucijos vadovybė reguliariai atnaujina vietos situaciją ir statusą, viešina gerai dirbusį personalą. • Skyrių vadovai ir vyresnieji vadovai dažnai skatina personalą naudodamiesi el. laiškais, žinučių siuntimo programomis ir socialinės žiniasklaidos platformomis. • Laiku pateikiami straipsniai ir drąsios darbuotojų istorijos. • Tinkamas sveikatos priežiūros darbuotojų informavimas žiniasklaidoje, siekiant padidinti empatiją ir sumažinti jų stigmatizaciją.

Ypatingas dėmesys slaugytojų apsaugai, esant COVID-19 epidemijai

Sparčiai daugėjant pacientų, kurie sukels ir didelį slaugytojų trūkumą, nepaprastai svarbu sudaryti apskaičiuotą, pagrįstą slaugos pamainą. Grupė bendraautorė [3] išbandė 3 pamainų grafikus:

1. 4 valandų rytinė ir 4 valandų popietinė pamainos su 8 valandų intervalu;
2. 6 val. nepertraukiamo darbo;
3. 6 val. nepertraukiamo darbo, kai kita slaugos pamaina pasibaigus pamainai dubliuojasi 1 val.

Po savaitės dirbant pagal skirtingus darbo grafikus buvo atlikta 78 slaugytojų anketinė apklausa išsiaiškinti, kuris darbo grafikas tinkamiausias ir kodėl. Atsakymai parodė, kad 74 proc. slaugytojų pirmenybę teikė trečiajam grafikui dėl šių priežasčių:

1. AAP uždėjimas ir nusiėmimas du kartus per dieną padidino medicinos išteklių sunaudojimą;
2. dažnas judėjimas tarp užterštų ir švarių zonų padidino infekcijos riziką;
3. dažnai atliekant sudėtingas AAP uždėjimo ir nuėmimo procedūras, padidėjo psichologinė įtampa;
4. dirbdami po 6 valandas, slaugytojai nuolat patirdavo savo fiziologinės ištvermės ribas, nes negalėdami nueiti į higienos kambarį, nešiodami AAP izoliacijos zonoje, darbo pabaigoje jie dažnai jautėsi tarsi apsvaigę ar pavargę;
5. pamainų dubliavimas 1 valandą suteikė lankstumo ir palengvino pamainos perdavimą, o tai sumažino slaugytojų psichologinę įtampą ir nepageidaujamų įvykių galimybę. Be to, 1 valandos sutapimas leidžia dviem slaugytojams bendradarbiauti atliekant užduotis, kurias sunku atlikti vienam asmeniui, pavyzdžiui, keičiant ligonio padėtį ir (arba) dezinfekuojant padalinyje esančias patalpas.

Pietų Korėjos ITS slaugytojai, nešiojantys sunkias autonomines kvėpavimo sistemas, dirba tik dviejų valandų pamainas [3].

Išnaudokite visas infekcijų kontrolės sistemos galimybes

Nepaisant intensyvaus ir nuolatinio mokymo, personalas, ypač kai jaučia stresą ar yra išsekęs, daro klaidų. Atlikti stebėjimai rodo, kad sveikatos priežiūros darbuotojai labiau linkę daryti klaidas, įeidami į izoliacijos zoną ar išeidami iš jos. Ligoninėje sukurta infekcijų kontrolės sistema, vadinama stebėjimo sistema, įgalintų stebėjimą realiuoju laiku ir padėtų nedelsiant ištaisyti klaidas. Stebėjimas gali vykti nuotoliniu būdu per monitorius arba tiesioginiu – apsirengimo ir nusiėmimo AAP zonoje.

Teikti psichologines konsultacijas

COVID-19 infekcijos rizika medicinos personalui gali sukelti didelį psichosocialinį stresą. Siekdami palengvinti slaugytojų psichologinę įtampą, vyresnieji slaugytojai turi

surengti nuotolinį 30 min. susitikimą su slaugytojais, kurie kitą dieną dirbs izoliacijos zonoje, ir suteikti jiems svarbiausią informaciją apie tinkamą įrangą, išteklius, pagalbą, jei jos prireiktų, ir t. t. Būtina nuolat stebėti mikroklimatą ir laiku reaguoti, jei reikalinga psichologo pagalba.

Venkite nereikalingo kontakto

Norint sumažinti kryžminį perdavimą, būtina vengti nereikalingo kontakto. Saugiausia, kai:

- visos palatos yra nuolat stebimos kameromis;
- visi medicinos dokumentai, įskaitant gydytojų užsakymų lapus, medicininius įrašus, sutikimo informaciją, apžiūros rezultatus ir slaugos medžiagą yra pateikiami ne popieriuje;
- slaugytojai ir gydytojai, galėdami stebėti situaciją kiekvienoje izoliacinėje patalpoje realiu laiku, gali suteikti nuotolinę pagalbą, taip išvengiant nereikalingo kontakto.

Išvados

- Apibendrinant galima pasakyti, kad COVID-19 yra užkrečiama liga, viruso plitimas ligoninėse kelia didelę grėsmę sveikatos priežiūros darbuotojams, o slaugytojai ir slaugytojo padėjėjai yra pagrindinės priežiūros linijoje ir todėl jautresni infekcijai.
- Šalių, kuriose suvaldyta COVID-19 pandemija, patirties protokolai yra gyvybiškai svarbūs, mažinant hospitalinę infekciją.
- Būtina išnaudoti visas infekcijų kontrolės sistemos galimybes mokymams (akcentuojant, kokias AAP ir kiek laiko dėvėti), stebėjimams.
- Apgalvotos slaugos personalo komandos pamainos trukmės, paliekant 1 val. sutapimą, gerina slaugos procesą ir psichologinę būklę.
- Užtikrinti psichologinės pagalbos teikimą, motyvavimą sveikatos sistemos darbuotojams.

Literatūra

1. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004834, To Protect Healthcare Workers Better, To Save More Lives, Weiyun Chen M. D. – Department of Anesthesiology, Peking Union Medical College, Hospital, Beijing, China; Yuguang Huang M. D. – Department of Anesthesiology, Peking Union Medical College, Hospital, Beijing, China.
2. Liew M. E., Siow W. T., MacLaren G. et al. Preparing for COVID-19: early experience from an intensive care unit in Singapore. *Crit Care* 24, 83 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2814-x>
3. Chen X., Tian J., Li G. Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak. *Lancet Infect Dis.* 2020. PMID: 32085850. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30110-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30110-9)

Rekomendacijos, kaip palaikyti personalo gerą savijautą bei motyvaciją esant paskelbtai COVID-19 viruso pandemijai

PANDEMIJOS FAZĖS	KYLANČIOS PROBLEMAS IR TIKĖTINAS POVEIKIS	REKOMENDUOJAMI VEIKSMAI
Ižanginė fazė: Įstaigoje susirgimų dar nėra	Nerimas laukiant, kas bus. Negebėjimas aiškiai mąstyti, planuoti, didelio sukrėtimo pojūtis. Komunikacijos klaidos. Įtampa darbo santykiuose. Perdegimas, nerimas dėl „parengties režimo“ arba, priešingai, – pavojaus požymių ar rekomendacijų ignoravimas.	Sustiprinkite pojūtį, kad situacija kontroliuojama, komanda yra patikimose rankose. Planuokite ir reguliariai pasidalinkite planais su komanda. Būtina dalintis naujausiais duomenimis (jūs galite galvoti į priekį, jie galvoja dabar). Planas situacijos pablogėjimo atvejui – numatykite žingsnį į priekį. Parama vadovams, kurie planuoja ir valdo stresines situacijas.
Pradinė fazė: Įstaigoje keli atvejai	Pradedama atlikinėti užduotis, daug bandymų ir klaidų, prarandamas brangus laikas. Nusivylimas esamu planu bei pasirengimu. Nerimas dėl ateities. Pyktis dėl esamos situacijos.	Vadovai yra matomi ir prieinami. Reguliarūs komunikacijos skelbimai ir atviri forumai – galimybė išsakyti sumažina nerimą. Atsakingų asmenų buvimas individualios saugos priemonių zonoje. Kolegų paramos skatinimas. Nieko blogo pasakyti „man blogai“ – vyresnieji kolegos rodo pavyzdį. Darbuotojų, atliekančių su dideliu stresu susijusias užduotis, rotacija ne tokių stresinių užduočių atlikimui. Kasdieniniai trumpi aptarimai bei apklausa apie jų įvykdymą. Organizuoti mažiau patyrusių darbuotojų darbą poroje su labiau patyrusiais kolegomis. Pirmoji psichologinė pagalba – trumpos sesijos personalui siekiant juos išklausti ir palaikyti. Pagrindinių poreikių užtikrinimas: pertraukos, paslaugos (maisto/gėrimų vežimėliai personalo kambariuose), miegas. Apmokėjimas.
Pagrindinė fazė: Infekcija plinta pilnu mastu – daugybiniai atvejai	Didžiausios rizikos periodas. Infekcijos baimė ir poveikis šeimoms. Staiga nepaprastai padidėjęs darbo bei biurokratijos krūvis. Veiksmas vyksta pilnu tempu – adrenalinas ir veikimas „autopilotu“. Išsekimo, klaidų rizika. Moralinis distresas dėl būtinybės skirstyti ribotus išteklius. Distresas pačiam arba šeimos nariams užsikrėtus COVID-19. Baimės ar stigmos pojūtis, būnant viešoje vietoje.	Apklausa. Individualūs ir grupiniai personalo susitikimai. Individualus kiekvieno dalyvio, ne tik vadovų, įvertinimas. Mokymasis ir pasiruošimas ateičiai. Padėkų ir apdovanojimų numatymas. Stebėti, ar darbuotojams nepasireiškia PTSS požymiai: <ul style="list-style-type: none"> • nervingumas ir padidėjęs susijaudinimas, sutrikęs miegas; • prisiminimai ar patirtų įvykių išgyvenimas iš naujo; • vengimas to, kas gali priminti apie išgyventus įvykius.
Galutinė fazė: Iškart krizei pasibaigus	Išsekimas ir atsigavimas po potrauminio streso. Kaltės jausmas neišgelbėjus pacientų. Sunkumai grįžtant į normalų režimą.	
Ilgalaikė fazė	Daliai personalo išliks PTSD. Dalis personalo ignoruos savo simptomus, nenorės pripažinti problemos, bijodami stigmatizacijos.	

Pragulos. Profilaktika ir gydymas

Jūratė Gimžauskienė

*VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos,
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra*

Gintarė Vaitkienė

*Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto Reabilitacijos katedra,
Empatija neuroklinika*

Pragulos – tai viena dažniausių sveikatos priežiūros aplinkoje atsirandančių komplikacijų. Jos greitai išsivysto, bet lėtai gyja. Pragulos siejamos su prasta slauga, blogai parinktomis slaugos ar gydymo priemonėmis.

Kam gresia pragulos?

Pragulos gali susidaryti kiekvienam. Pragulos susidaro sergantiems žmonėms, jauniems ir seniems. Laimė, dauguma mūsų turime mus išpėjantį mechanizmą, kuris puikiai veikia.

Visi esame buvę ilgai trunkančiame teatro spektaklyje ar kino filme ir esame pajutę „skausmą sėdmenyse“. Tai yra mūsų kūno būdas pasakyti mums, kad jeigu toliau sėdėtume nepakeisdami padėties, ilgainiui mums išsivystytų pragulos. Jeigu ignoruotume šį perspėjimą, skausmas taptų nepakeliamas ir atsirastų pragula. Tokiu pat būdu organizmas mus perspėja ir priverčia apsiversti, kai miegame.

Didelės pragulų atsiradimo rizikos grupei priklauso paralyžiuoti žmonės, kurie praradę odos jutimus. Jie neturi perspėjamojo mechanizmo. Dauguma žmonių, kurių judėjimo funkcija sutrikusi, gali pasirūpinti savimi ir gerai suvokia, kas vyksta, kai jie sėdi ar guli. Senstant tolerancija skausmui didėja. Taip vyksta dėl reiškinio, vadinamo neuropatija. Kad išpėjantis mechanizmas dėl to silpnėja, ne vienintelė priežastis, kodėl vyresni žmonės apskritai priklauso rizikos grupei, tačiau greta kitų su amžiumi organizme vykstančių pokyčių (normalių ir susijusių su liga) tai padidina riziką susidaryti praguloms.

Pragulos yra problema, visų pirma susijusi su blogesne paciento gyvenimo kokybe (diskomfortą sukelia kvapas, skausmas, tvarstymas), sunkesne pacientų slauga (slaugantiems asmenims sunku matyti paciento kančią, reikalinga nuolatinė fizinė pagalba keičiant ligonio kūno padėtį), be to, pragulos siejasi su didesniu pacientų mirtingumu dėl komplikacijų (vyrauja infekcijos sukeltos komplikacijos).

Užsienio tyrėjai nustatė ir ekonominio aspekto svarbą. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad pragulų gydymo kaina kelis kartus pranoksta profilaktikai skiriamas lėšas: pragulų gydymo kaina ligoninėje yra 10 kartų didesnė nei jų profilaktikos kaina.

Europos pragulų tyrėjų grupė „European Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP“ (EPUAP), bendradarbiaudama su „US National Pressure Ulcer Advisory Panel“ (NPUAP), 2014 m. gairėse nurodo veiksmingas pragulų profilaktikos priemonės. Gairės apima 575 rekomendacijas ir/ar tyrimų/mokslinių tiriamųjų darbų santraukas tokiomis temomis apie pragulas: etiologija; rizikos įvertinimas; odos ir audinių įvertinimas; prevencinė odos priežiūra; profilaktiniai tvarščiai; mikroklimato kontrolė; audeklai ir tekstilė; mityba; padėties keitimas ir ankstyva mobilizacija; paremiamieji paviršiai; pragulų klasifikacija; medicininių prietaisų/priemonių sukeltos

pragulos; žaizdų įvertinimas; gijimo stebėjimas/monitoringas; skausmo įvertinimas ir gydymas; pragulų valymas; pažeistų audinių pašalinimas chirurginiu būdu; žaizdų tvarščiai; infekcijos įvertinimas ir gydymas (elektros stimuliacija, neigiamo slėgio žaizdų terapija, gydymas elektromagnetiniu lauku) ir operacinis gydymas. Plačiau galima susipažinti minėtos grupės platformoje <http://www.epuap.org/>.

Pragula yra vietinis odos ir (arba) poodinio audinio pažeidimas, paprastai esantis virš kaulo iškilumos, atsiradęs dėl ilgalaikio spaudimo (įskaitant su šlytimi susijusį spaudimą). Su pragulomis taip pat siejama nemažai apsunkinančių veiksnių, iš kurių pagrindiniai yra sutrikusi judėjimo funkcija ir sutrikęs jutiminis suvokimas.

Pragulų simptomai

Išorinis pragulų vaizdas labai įvairus, tai gali klaidinti taikant gydymo ir profilaktikos priemones. Pragulos gali pasireikšti kaip:

- odos šlapiavimas;
- odos įtrūkimai;
- odos opos;
- ilgalaikis odos nuspaudimas;
- neblogstantis, šiltesnis paraudimas nuspaudimo vietoje – eritema;
- pažeidimas, atrodantis kaip nubrozdinimas, pūslė;
- odos kietumo pakitimai: suplonėjusi, sukietėjusi oda;
- odos pūslės atsivėrimas, gilesnių audinių pažeidimas;
- nekrozės židiniai aplink nuspaudimą.

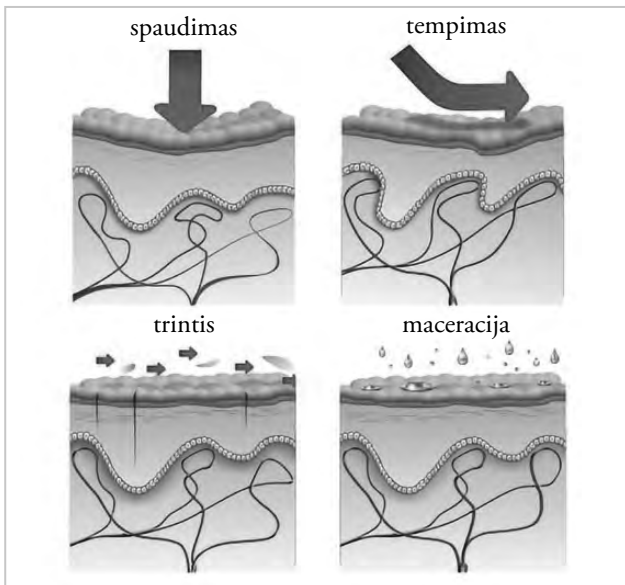
[prieiga per internetą: http://ligos.sveikas.lt/lt/ligos/odos_ligos/pragulos].

Pragulų atsiradimo rizikos veiksniai

Yra daugybė veiksnių, kurie gali paskatinti pragulų atsiradimą ar būti jų priežastis. Jie skirstomi į **patomechaninius** ir **patofiziologinius**.

Patomechaniniai (kitais vadinami pirminiais) veiksniai:

- spaudimas (kompresija);
- tempimas/slinkimas (plėšimo jėga/šliejimas);
- maceracija (drėgmė);
- trintis/trynimas (nubrozdinimas).



Šie rizikos veiksniai yra vadinami tiesioginiais, nes tiesiogiai mechaniškai pažeidžia minkštųjų audinių struktūrą. Spaudimas gali būti tiek odos paviršiuje, tiek giliuosiuose audiniuose prie kaulo, todėl susiformuoja paviršinis ir gilusis nekrozės židiny.

Ypač didelė rizika atsirasti praguloms, kai susiduria visi 4 patomechaniniai rizikos veiksniai: spaudimas, tempimas/slinkimas, drėgmė, trintis/trynimas.

Patofiziologiniai veiksniai (kitais vadinami antriniais) skirstomi į vidinius ir išorinius.

Išoriniai veiksniai, predisponuojantys pragulų vystymąsi:

- nepatogūs, spaudžiantys, drėgni, susiraukšlėję rūbai, patalynės nelygumai (raukšlės, trupiniai), čiužiniai, vėžimėliai;
- netaisyklingai naudojama kėlimo technika bei pagalbinės kilnojimo priemonės;
- medicininiai įtaisai: endotrachėjiniai vamzdeliai, inplantai, nazaliniai vamzdeliai, kateteriai, drenai ir centrinių venų kateteriai;
- žemas medicinos personalo žinių lygis, netinkama slauga, įgūdžių, motyvacijos stoka ir personalo stoka;

Kai kurie autoriai prie išorinių veiksnių priskiria blogą darbo organizavimą, ugdymo medžiagos, įrangos pragulų profilaktikai vykdyti trūkumą.

Pragulų išsivystymo rizikos įvertinimas

Slaugytojas turėtų atsižvelgti į visus pragulų išsivystymo rizikos veiksnius ir įvertinti pragulų išsivystymo rizikos laipsnį kiekvienam pacientui.

Pragulų rizika turi būti įvertinta pacientui atvykus.

Visų riziką patiriančių pacientų atžvilgiu turi būti imtasi profilaktinių priemonių ir parengtas **individualus priežiūros planas**. Priežiūros plane aprašomi tikslai, planuojamos priemonės ir jų taikymo būdas, taip pat aprašomi ir įvertinami rezultatai.

Pakartotinai pragulų rizika vertinama

- Rizika vertinama reguliariai (pagal nustatytą įstaigos tvarką arba rizikos laipsnį);
- Pakitus sveikatos būklei;
- Atlikus reikšmingą chirurginę intervenciją;
- Prieš išrašant pacientą.

Slaugytojai turėtų būti mokomi įvertinti riziką, imtis prevencijos ir dažnai apžiūrėti ligonius, kad pragulų būtų išvengiama arba jos būtų atpažintos ankstyvos stadijos.

Rizikos įvertinimas ir aiški pragulų profilaktikos strategija leidžia identifikuoti riziką patiriančius pacientus ir imtis atitinkamų profilaktinių priemonių.

Pragulų susidarymo rizikai įvertinti pateikiami įvairūs testai ir skalės. Bent vienas (-a) iš jų turi būti naudojamas (-a) kaip priedas prie klinikinio įvertinimo.

Pagal Waterlow skalę vertinamos 9 sritys: KMI, šlapimo/išmatų nelaikymas, odos tipas, vaistai, operacijos trukmė, neurologinės problemos, mobilumas, patikrinimas dėl prastos mitybos, lytis ir amžius. 10 ir aukštesnis balas rodo, kad asmuo priklauso pragulų atsiradimo rizikos grupei.

Pagal modifikuotą Nortono skalę vertinamos 8 sritys: psichinė būklė, fizinis aktyvumas, galėjimas judėti, maisto vartojimas, skysčių vartojimas, šlapimo/išmatų nelaikymas ir bendra sveikata. Maksimalus balas yra 28; asmenys, surinkę 20 ar mažiau balų, priskiriami prie pragulų atsiradimo rizikos grupės. Ši skalė rekomenduojama slaugant vyresnio amžiaus žmones. Ji taip pat plačiausiai naudojama kasdieniame darbe, nes nereikalauja daug laiko norint įvertinti pragulų atsiradimo riziką ir profilaktikos būtinumą.

Pagal Rizikos vertinimo programą/Rizika pagrįstus bandymus (angl. RAPS/RBT) vertinamas fizinis aktyvumas, galėjimas judėti, drėgmės poveikio odai laipsnis, maisto vartojimas, skysčių vartojimas, jutimas, trintis ir šlytis, kūno temperatūra ir serumo albuminas. Maksimalus balas yra 39; asmenys, surinkę 31 ar mažiau balų, priskiriami prie pragulų atsiradimo rizikos grupės.

Pagal Bradeno skalę vertinamos 5 sritys: sensorinis suvokimas, drėgmė, aktyvumas, mobilumas bei trintis ir šlytis. 18 ir mažesnis balas rodo, kad asmuo priklauso pragulų atsiradimo rizikos grupei.

Pragulų klasifikacija

Pragulų klasifikacija pagal Europos konsultacinės pragulų gydymo grupės rekomendacijas:

I laipsnis: nepažeistos odos nebykštanti eritema. Pakitusi odos spalva, padidėjusi temperatūra, tinimas, induracija arba sukietėjimas irgi gali būti pragulos požymiai, ypač asmenų, kurių odos spalva tamsi.

II laipsnis: dalinis odos suplonėjimas, apimantis epidermį, dermą arba ir epidermį, ir dermą. Opa yra paviršinė, kliniškai atrodo kaip nubrozdinimas arba pūslė.

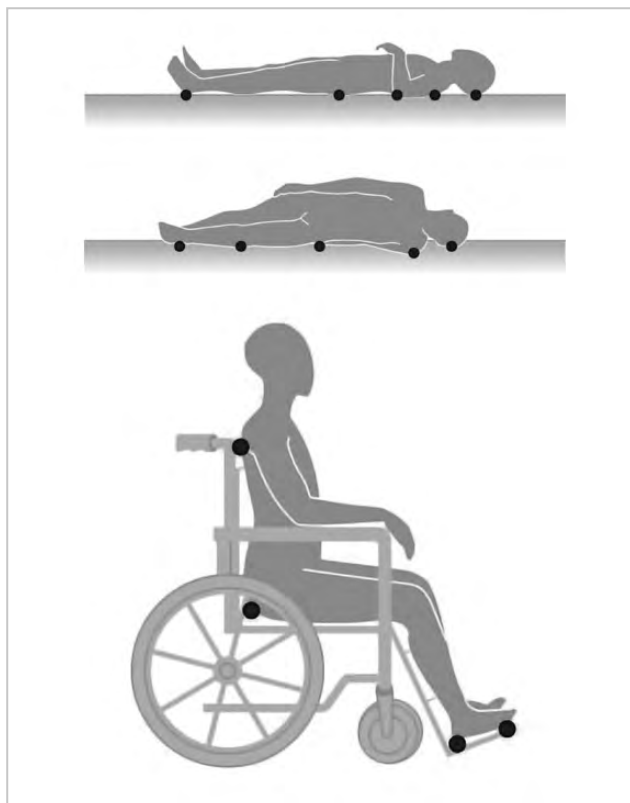
III laipsnis: odos nebelieka, pažeidžiamas poodis arba atsiranda poodžio nekrozė. Pažeidimas arba nekrozė gali plisti gilyn, tačiau neapima po poodžiu esančios fascijos.

IV laipsnis: žymus audinių irimas, nekrozė arba raumenų, kaulų, atraminių struktūrų pažeidimas, odos sluoksnis gali būti išlikęs arba suiręs. Sunki nekrozė vertinama kaip VI laipsnio pragula, net jei oda yra nepažeista, kaip gali būti, pavyzdžiui, kulnų srityje.

Atskirai išskiriama *pragula, neturinti apibrėžto laipsnio*. Tai tokia pragula, kai audinių pažeidimas nežinomas ir/ar įtariamas gilusis audinių pažeidimas, gylis nežinomas. Šis apibūdinimas taikomas toms praguloms, kurių dar neįmanoma klasifikuoti.

Pragulų lokalizacija

Pragulos gali atsirasti bet kurioje kūno vietoje, tačiau tam tikros sritys yra joms ypač jautrios. Plotai, kuriuose tarp kaulų ir odos yra mažai riebalinio audinio, priklauso didelės rizikos zonoms. Pacientui, kuris sėdi vežimėlyje, pragulos susidaro kitose vietose nei pacientui, kuris guli lovoje.



Pagal lokalizaciją pragulos skirstomos taip:

- Išorinės pragulos – atsiranda kūno paviršiuje, tipinėse vietose, tai yra išsikišimuose, kuriuos sėdint ar gulint labiausiai spaudžia kūnas: pakaušis, nugaros išsikišimai, mentės, pečiai, alkūnės, kryžkaulis, šlaunikaulio gūbrys, sėdynkaulio gumburas, kelis, kulnai, pėdos šonas.
- Vidinės pragulos – atsiranda dėl organizme esančių kateterių, zondu, stentų.

Pragulų vertinimas/ištyrimas Odos apžiūra

Tikrinant odą reikėtų vertinti, ar ji nedrėgna ir neįtrūkusi, ar nėra edemos, pakilusio karščio, sukietėjusių ar suminkštėjusių vietų, egzemos ar išbėrimo. Reguliarus odos tikrinimas būtinas siekiant nustatyti ankstyvus pragulų požymius.

Slaugytojo veiksmai vertinant paciento odą:

- Paciento odos ir bendrą sveikatos būklę slaugytojas turi įvertinti pirmojo susitikimo metu.
- Viso kūno odą reikia apžiūrėti kartą per dieną. Esant rizikos veiksnių, apžiūrėti odą reikia bent du kartus per dieną.
- Įvertinant ypatingą dėmesį reikia skirti šiems pacientams: gulintiems lovoje ar sėdintiems neįgaliojo vežimėlyje, negalintiems pakeisti kūno padėties be medicinos, namiškių ar kitų pagalbos, nelaikantiems šlapimo,

išmatų, pacientams, kurių mityba nėra visavertė; turintiems proto negalią pacientams.

- Keičiant kūno padėtį ar tolygiau paskirstant atskiroms kūno dalims tenkantį svorį, būtina atkreipti dėmesį į kiekvieną paraudusį odos plotą.

Nykščio testas

Jei pastebėjote odos paraudimą ir įtariate I laipsnio pragulą, svarbu įsitikinti, ar yra kraujotakos sutrikimas. Siekdami tai nustatyti, naudokite nykščio testą.

Apie 3 sekundes nestipriai spauskite nykščiu paraudusią sritį. Atitraukite nykštį ir apžiūrėkite odą: jei po paspaudimo oda pabalo ir pabalusi oda vėl paraudonuoja, tai reiškia, kad kraujo apytaka nesutrikusi. Šis reiškinys vadinamas reaktyviaja hiperemija. Pragulos nėra. Jei spalva nepakito, vadinasi, tai yra I laipsnio pragula.



Pragulų profilaktika

Svarbiausias ginklas prieš pragulas – **prevencija**. Pragulų profilaktika yra komandinis darbas, į kurį įtraukiami visi pacientą prižiūrintys medicinos specialistai, svarbus dalyvis pats pacientas ir paciento artimieji. Pragulų prevencijai ypač svarbus teisingas ir laiku atliekamas pragulų prevencinių priemonių parinkimas.

Pragulų profilaktikos būdai:

- žinių apie pragulas, jų požymius, komplikacijas ir rizikos veiksnius joms atsirasti suteikimas pacientui ir jo artimiesiems;
- spaudimo ir plėšimo jėgos sumažinimas – reguliarus kūno padėties keitimas;
- aktyvių, savarankiškų kūno judesių skatinimas;
- patogią lovą ir pacientui pritaikytas vežimėlius;
- spaudimą mažinančių pagalbinių priemonių naudojimas;
- tinkama odos priežiūra – švarios ir nepažeistos odos išsaugojimo būdai;
- švari patalynė ir baltiniai iš natūralaus, gerai orą praleidžiančio, audinio;

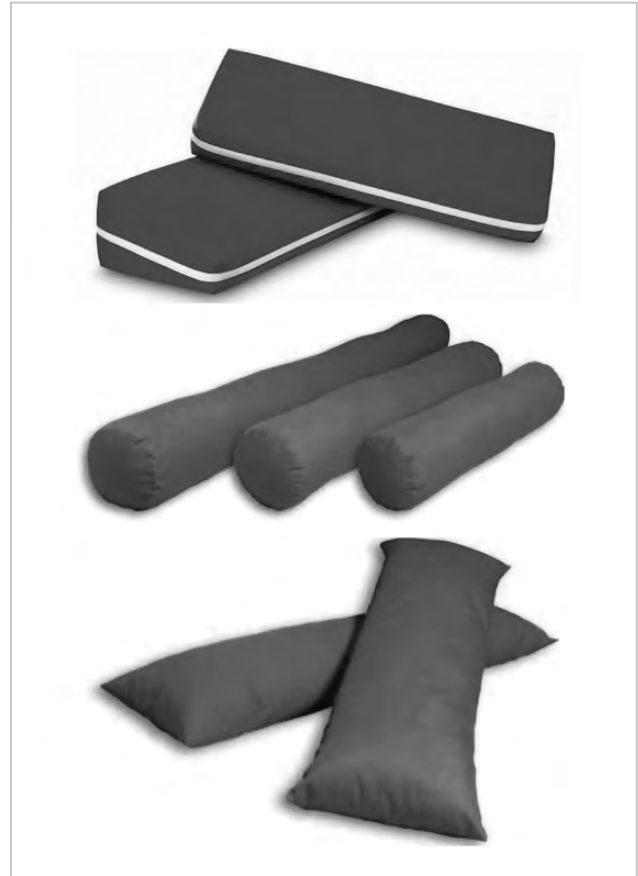
- teisinga kilnojimo technika;
- odos kraujotakos atsistatymo laiko stebėjimas;
- deguonies stygiaus korekcija;
- visavertės dietos parinkimas ir reikiamo skysčių kiekio paciento organizme palaikymas;
- paciento skatinimas aktyviai dalyvauti pragulų profilaktikoje.

Slaugytojo veiksmai prižiūrint paciento odą:

- atidžiai prižiūrėti odą: laikyti ją švarią, sausą, vengti nubrozdinimų, esant reikalui, pavilgyti, tepti drėkinamuoju kremu;
- tikrinant odą vertinti, ar oda nedrėgna ir neįtrūkusi, ar nėra edemos, pakilusio karščio, sukietėjusios ar suminkštėjusios odos, egzemos ar išbėrimo; reguliarius odos tikrinimas būtinas siekiant nustatyti anksčiau pragulų požymius;
- keičiant kūno padėtį ar tolygiau paskirstant atskiroms kūno dalims tenkanti svorį, atkreipti dėmesį į kiekvieną paraudusią odos plotą;
- odos nešvarumus nuvalyti, kai tik jų atsiranda, naudoti šiltą vandenį, švelnų muilą ar odos valymo priemones, kurios nedirgina odos;
- stipriai netrinti, geriausiai naudoti minkštą audeklą ar kempinę; oda ją valant neturi būti šveičiama, nes šveitimas gali pažeisti audinius, ypač gležniems pagyvenusiems pacientams;
- prausti paciento kūną muilu ir šiltu vandeniu, po to sausai nušluostyti ir švelniai pamasažuoti galimas pragulų vietas;
- stipriai nemasažuoti virškaulinių išsikišimų, kad nesukeltumėte poodinių audinių sužalojimo, kas skatina pragulų atsiradimą;
- svarbu nepažeisti paciento odos jį verčiant ar keliant;
- slaugytojo rankos turėtų būti sausas, švelnios, nagai trumpai kirpti, lygūs ir nudilinti, nereikėtų mėvėti žiedų, segėti laikrodį;
- pozicijos keitimas, ypač kėlimo judesys, turi būti atliekami labai tiksliai pagal reikalavimus;
- keičiant padėtį pacientą reikia pakelti, o ne tempti (traukti), kad nebūtų odos trynimų ir pažeidimų;
- jei šlapimo nelaikymo priežastys nepagydomos, reikia naudoti specialius surinktuvus, po sėdmenimis patiesti sugeriamąją medžiagą, naudoti sauskelnes, išmokyti ligonius specialių šlapimo pūslės ir žarnyno treniravimo metodų;
- po kiekvieno tuštinimosi ar šlapinimosi būtina apiplauti šiltu vandeniu ir nedirginančiu muilu, po apiplovimo vartoti drėkinamąsias priemones;
- patalas turi būti dažnai perklojamas, sausas, be raukšlių ir trupinių; tai ypač svarbu, kai pacientas gausiai prakaituoja, nelaiko išmatų ir šlapimo, nes dėl drėgnos patalynės, kai pacientas ilgai guli, oda sušlampa, šunta, sklinda blogas kvapas ir susidaro pragulų;
- svarbu atkreipti dėmesį ir į paciento drabužius, jie irgi turi būti švarūs, sausi;
- reikia keisti aplinkos veiksnius, sausinančius odą; drėgmė patalpose negali būti mažesnė kaip 40 proc., patalpoje negali būti šalta.

Kūno sąlytis su paviršiais: kūno padėtys

Gulimosios ir sėdimosios padėtys turi būti pritaikomos taip, kad spaudimas tarp odos, kaulų iškilumų ir pagrindo būtų kuo mažesnis. Keičiant kūno padėtį svarbu atlikti taisyklingą pozicionavimą, tam panaudojant įvairias pozicionavimo priemones.



Gulėjimas. Padėtis 30° kampu, keičiant gulėjimą ant kairės ir dešinės pusės, atlaisvina kryžkaulį, klubakaulio klubinę skiauterę, klubus ir kulnus. Įsitikinkite, kad nėra spaudimo kojų pirštų, kulkšnių ir pėdų išorei ir vidui; padėties keitimas visada sudaro didesnę spaudimą kuriai nors kūno daliai. Pusiau sėdima padėtis lovoje padidina spaudimą kryžkauliui; padidėja šlyties rizika, jei pacientas slysta žemyn. Siekiant sumažinti spaudimą ir paguldyti/pasodinti pacientą pagal poreikį ir diagnozę gali būti naudojamos įvairios pagalvėlės.



Padėtis gulint ant nugaros



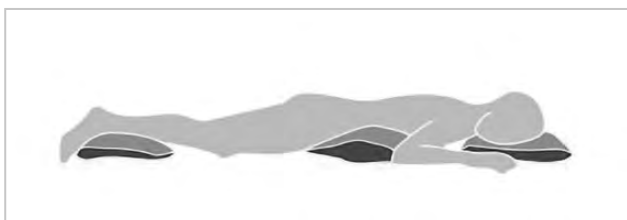
Gulinčio ant nugaros ligonio galva ir pečiai turėtų būti truputį pakelti ant mažos pagalvės. Ligonio rankos gali būti pakeltos ant pagalvių arba padėtos išilgai liemens.

Fowler (Faulerio) padėtis



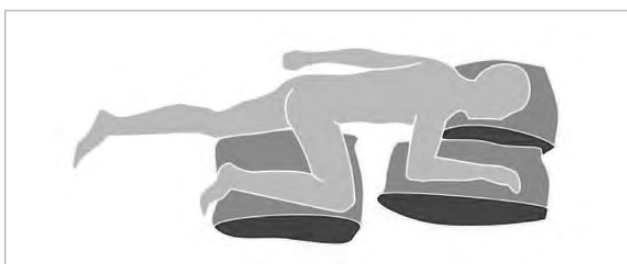
Faulerio, arba pusiau sėdima, padėtis, kai paciento galva ir liemuo yra pakelti 45–90° kampu. Ligonio keliai gali būti sulenkšti arba tiesūs.

Padėtis gulint ant pilvo



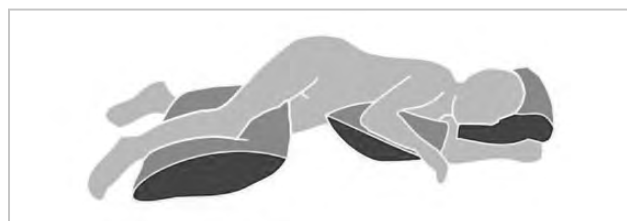
Gulint ant pilvo, kojos yra ištiestos, o galva pakreipta į šoną. Taip paguldyto ligonio kojos visiškai išsitiesia per klubų ir kelių sąnarius. Taigi ši padėtis apsaugo nuo klubų ir kelių lenkiančių kontraktūrų (sąnario judesių sumažėjimo). Ant pilvo ligonis paprastai guldomas tik trumpam. Ši padėtis tinka ligoniams po gerklės operacijų, kad lengviau ištekėtų skysčiai iš burnos, moterims po gimdymo ir t. t. Paguldyto ant pilvo ligonio galvą pasukite į šoną ir padėkite nedidelę pagalvėlę. Taip pat mažas pagalvėles pakiškite po pilvu ir blauzdomis.

Simso padėtis (gulima pusiau ant šono padėtis)



Ligonis guli užėmęs tarpinę padėtį tarp šoninės ir gulimos ant pilvo. Apačioje esanti ranka padedama ligoniui už nugaros, o esanti viršuje sulenkiami per peties ir alkūnės sąnarių. Abi kojos palenktos į priekį nuo kūno. Viršuje esanti koja labiau sulenkta per klubo ir kelio sąnarius negu esanti apačioje. Simso padėtis taikoma profilaktiškai nuo pragulų nesąmoningiems, vemiantiems ligoniams, kad neužspringtų.

Padėtis gulint ant šono



Ligonis guli sulenkęs koją per klubo ir kelio sąnarių ir ją perkėlęs kiek į priekį nuo kūno. Kuo daugiau sulenkta koja per abu sąnarius, tuo stabilesnė kūno padėtis ir kūnas geriau išlaiko pusiausvyrą. Šoninė padėtis tinka, kai ligonis ilsisi arba miega.

Kad pacientui būtų suteikta tinkama kūno padėtis, svarbu teisingai parinkti jam funkcinę lovą ir išnaudoti visas tokios lovos galimybes.

Sėdėjimas. Didžiausia kūno svorio dalis tenka sėdmenims ir šlaunims. Pragulos dažniausiai atsiranda ties sėdynkauliais. Taisyklingai sėdima tada, kai sunkio jėga eina prieš nugarą ir yra nukreipta žemyn per sėdynkaulius. Tinkamas sėdėjimo aukštis toks, kai keliai yra tokia pačia aukštyje kaip klubai. Pėdos visada turi remtis į grindis arba pėdų atramą, nes kitaip sėdint netenkama stabilumo ir asmuo rizikuoja nuslinkti į priekį. Netaisyklinga sėdėjimo padėtis padidina spaudimą į sėdynkaulius. Užkirskite kelią šlyčiai ir trinčiai pasirūpindami, kad pacientas kėdėje (vežimėlyje) neslinktų žemyn. Jei asmuo sėdi ilgą laiką, svarbiausia, kad jam būtų patogiu. Asmuo, geriausiai galintis nuspręsti, ar sėdėjimo padėtis gera, ar bloga, yra pats sėdintis. Sėdint vežimėlyje būtina naudoti pragulų profilaktikos priemones – pasėstus.

Vežimėlio pragulų profilaktikos priemonės: pasėstai

Nepamirškite, kad pacientams, sėdintiems vežimėlyje ar kėdėje, taip pat reikalinga apsauga nuo pragulų atsiradimo. Tam tikslui naudojami porolono, gelio, oro ar kombinuoti pasėstai.



Kulnai – tai didelės pragulų susidarymo rizikos sritis. Mikrocirkuliacija čia menka ir kaulas yra arti odos. Labai svarbu visiškai pašalinti spaudimą. Pavyzdžiui, galima padėti pagalvėlę išilgai blauzdos. Dėmesio: įsitikinkite, kad nepadidėja spaudimas Achilo sausgyslei ir kad kulnas yra neuždengtas. Jei reikia, galima pakelti lovos kojūgalį 10° kampu siekiant padidinti veninio kraujo grįžimą ir sumažinti trombozių blauzdoje riziką.



Kūno sąlytis su paviršiais: spaudimo palengvinimas



Gera slauga ir pacientų pragulų profilaktika labai svarbu, tačiau klaidinga manyti, kad tinkamai slaugydami ligonį pragulų išvengsime. Galima pasinaudoti naujausiomis pragulų profilaktikos priemonėmis, kurios naudojamos ne tik Europoje, bet ir JAV, Australijoje.

Pirmoji preventinė priemonė yra patikrinimas, kokios rūšies čiužinys ar pasėstas naudojamas asmeniui, kuriam yra pragulų atsiradimo rizika. Visiems rizikos grupės asmenims turėtų būti skirtas spaudimą išlyginantis ar spaudimą sumažinantis pagrindas.



Spaudimo išlyginimas sumažina odai daromą spaudimą; naudojamos medžiagos yra poroloniniai, pluoštiniai, geliniai ar statiniai gaminiai. Pagrindą reikėtų parinkti pagal individualius asmens poreikius spaudimui sumažinti ir siekiant palengvinti kūno padėties keitimą. Reikėtų atkreipti dėmesį į paciento kūno svorį, pragulų atsiradimą, jau esamų pragulų laipsnį, gulint/sėdint praleidžiamą laiką ir mobilumą. Parinkti lovą taip pat labai svarbu. Lova turi būti ne per aukšta, jei asmenys gali

patys įlipti į lovą ir iš jos išlipti. Laikui bėgant poreikiai gali kisti, todėl priemonių parinkimą reikia vertinti reguliariai.

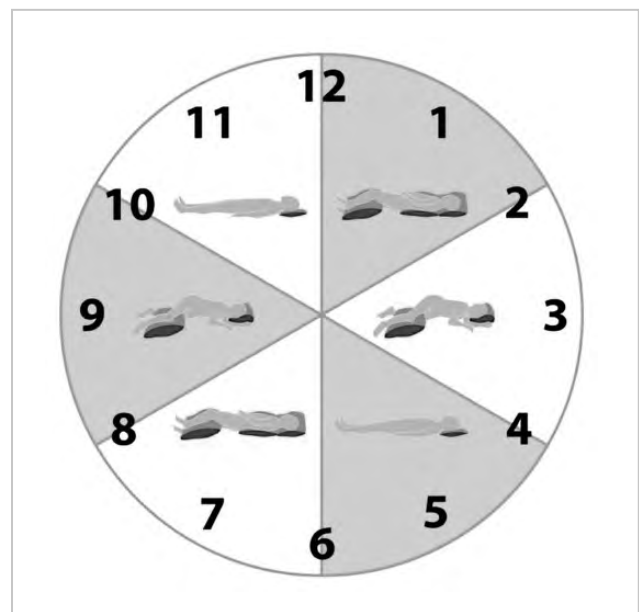
Aktivumas: kūno padėties keitimas

Kūno padėties keitimas turėtų būti grindžiamas individualiais asmens poreikiais ir paciento būkle. Paciento kūno padėties keitimo tikslas yra sumažinti spaudimą į audinius. Padėties keitimas – geriausias taikytinas pragulų prevencijos būdas.

- Padėties keitimo dažnumas individualus.
- Jis priklauso nuo pragulų išsivystymą skatinančių veiksnių, odos tolerancijos, paciento aktyvumo lygio, judėjimo funkcijos, ligos sunkumo.
- Paprastai kūno padėtis keičiama kas 2 val. – tai optimalu ir geriausiai padeda apsaugoti pacientą nuo pragulų.
- Bet kuriuo atveju tai turi būti daroma ne rečiau kaip 4 kartus per dieną.
- Jei paciento būklė nėra labai sunki, vartytis ar kitaip keisti padėtį gali ir jis pats.
- Pritaikius individualias pragulų profilaktikos priemones, kūno padėties keitimo dažnis lieka toks pat.
- Reikia sudaryti sąlygas pacientui laisvai, atsižvelgiant į galimybes, judinti galūnes (pvz., apklotas ties pėdomis turi būti gana laisvas, kad ligonis galėtų judinti pėdas), stengtis išlaikyti natūralius stuburo linkius, kad būtų išvengta jų deformacijų.
- Paciento galūnės per alkūnes, klubus ir kelius turi būti lengvai sulenktos.
- Pacientui reikia patarti vengti vieną kūno dalį, kurioje yra atsikišusių kaulų, užkelti ant kitos kūno dalies.

Kiekvienam pacientui, kuriam nustatyta pragulų atsiradimo rizika, turi būti sudarytas nuolatinis padėties keitimo planas. Apie jį turi būti informuoti visi slaugantys asmenys.

Pavyzdys. Paciento kūno padėties keitimo grafikas



Pozicijos keitimas, ypač kėlimo judesys, turi būti atliekami labai tiksliai pagal reikalavimus.