



SLAUGA

mokslas ir praktika

2020 Nr. 5 (281)



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 Mikaliūkštienė (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

<u>TARPTAUTINĖ SLAUGYTOJŲ DIENA</u>	4
---	---

MOKSLINIS STRAIPSNIS

<i>Jelena Pileckaja, Zyta Kuzborska</i> Artimųjų vaidmuo slaugant pacientus ūmaus insulto metu	5
---	---

<i>Gerda Trybaitė, Jurgita Stankūnienė</i> Pacientų, kuriems taikytas išorinis kaulų fiksacijos gydymo būdas, slaugos poreikiai	10
--	----

SKLAIDA

<i>Emilė Kaušlaitė, Dangyra Ruseckienė</i> Nėščiosios dvasinė gerovė – tvirtas pagrindas motinystei	14
--	----

<i>Eimantas Pocius, Romualdas Malinauskas</i> Inovatyvios technologijos medicinos švietime – prabangi privilegija ar realybė?	15
--	----

<i>Daiva Didvalė, Lina Gedrimė, Vera Gerasimčik-Pulko, Violeta Senavaitienė</i> Su kokiais iššūkiais susiduria slaugytojai, dirbantys pirmosiose COVID-19 gretose?	18
---	----

Tarptautiniai slaugytojų ir akušerių metai 2020

Tarptautinių slaugytojų metų 2020 šūkis: Puoselėti sveikatą visame pasaulyje (Nursing the World to Health).

Tarptautinės slaugytojų tarybos (International Council of Nurses) pirmininkė Annet Kennedy

Šiandien pasaulyje dirba daugiau kaip 20 milijonų slaugytojų. Jie žino, kas yra viltis ir drąsa, džiaugsmas ir nusivylimas, gyvybė ir mirtis. Slaugytojai yra visur esanti gėrio jėga, jie girdi pirmąjį naujagimio verkimą ir paskutinį mirštančiojo atodūšį. Jie yra svarbiausių mūsų gyvenimo įvykių dalyviai. Slaugytojai tarnauja humaniškumui ir savo veiksmis saugo individų, bendruomenių ir tautų sveikatą ir gerovę.

Šiais metais švėsime Florence Nightingale 200-ąsias gimimo metines. Tai dar viena proga priminti, koks svarbus yra slaugytojų vaidmuo visų mūsų gyvenime. Visame pasaulyje žmonės pasitiki slaugytojais ir gerbia juos bei jų darbą. Tačiau slaugos profesijos esmė ne visada suprantama teisingai. Dažnai slaugytojai vaizduojami tarsi angelai, tačiau dar gajus seksizmas slaugytojų atžvilgiu, dažnai įsivaizduojama, kad jie pavaldūs gydytojams. Todėl Tarptautinė slaugytojų taryba siekia – ypač šiais metais – sulaužyti senuosius stereotipus ir dar kartą visame pasaulyje paskleisti teisingą informaciją apie mūsų didžią profesiją ir jos indėlį į pasaulio gerovės kūrimą. Slaugydami, gydydami, mokydami pacientus, būdami pacientų atstovais ir gynėjais, slaugytojai yra saugios, pasiekiamos ir prieinamos sveikatos priežiūros sistemos pamatas.

Pagal Tarptautinės slaugytojų tarybos (International Council of Nurses) parengtą dokumentą „Slaugytojai: lyderių balsas puoselėjant sveikatą visame pasaulyje“ (šaltinis: Nurses: A Voice to Lead Nursing the World to Health, <https://2020.icnvoicetolead.com/resources/>).

Mieli slaugytojai,

Jūsų rankos pirmiausia paliečia žmonių skaudulius, Jūsų žodžiai ir darbai atneša pacientams palengvėjimą, viltį, išgyjimą. Neabejojame, kad kasdien girdite pacientų tariamą nuoširdų ačiū. Šiandien, sveikindami su Tarptautine slaugytojų diena, dėkojame Jums už rūpinimąsi žmonių sveikata, už pasišventimą. Linkime sėkmės, sveikatos, jėgų bei profesinės kantrybės, kad teikdami pagalbą pacientams nepamirštumėte pažvelgti į Jums besišypsantį pavasarį, pasidžiaugti savo artimaisiais.

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro darbuotojų vardu
Kompetencijų ugdymo organizavimo skyriaus vedėja,
laikinais vykdanti direktoriaus funkcijas,
Elena Ramelienė

Gerbiami slaugytojai ir slaugytojos,

Paimkite kenčiantį už rankos taip, kad jis pajustų – gyvybė grįžta.
Visa tai Jūs darote kasdien, nes tokia Jūsų misija...
Pranciškus Asyžietis

Kasmet pasaulis gegužės 12-ąją mini Tarptautinę slaugytojų dieną. Šiomet ši profesinė šventė kaip niekada prasminga. Pravartu prisiminti šios profesinės dienos atsiradimo istoriją ir slaugytoją, kurios garbei ji skirta. Tai yra jauna mergina, anglų medicinos sesuo Florencija Naitingeil (Florence Nightingale, 1820 05 12), tapusi gailestingumo ir pasiaukojimo kenčiančiam žmogui simboliu Krymo karo metu Turkijoje. Ji visas savo jėgas, laiką ir žinias skyrė organizuoti sužeistų karių gydymui ir priežiūrai, o vėliau tapo pirmąja slaugių kursų rengėja Anglijoje. Naktimis karo ligoninėje ji lankeydavo sužeistuosius, pasišviesdama žibaline lempa, todėl buvo vadinama „Ledi su lempa“. Tai tarsi visų slaugytojų pašaukimo simbolis – nešti šviesą, skleisti šilumą ir jautumą.

Šiandien Jūs tą ir darote, nes šiuo metu pasiaukojimo, išvermės, meilės sergančiajam ypač reikia. Neskaičiuojate darbo valandų, atliekate savo pareigą sunkiausiomis aplinkybėmis, priimate ryžtingus sprendimus čia ir dabar.

Dėkojame Jums už Jūsų pasiaukojimą, už kompetenciją, už sąžiningai atliekamą profesinę pareigą ir žmogišką atjautą. Linkime rasti atokvėpio valandėlę ir kartu su kolegomis pasidžiaugti atbundančia gamta.

Žurnalo „Sauga. Mokslas ir praktika“ mokslinė redakcinė ir redakcinė kolegijos

Artimųjų vaidmuo, slaugant pacientus ūmaus insulto metu

Jelena Pileckaja, Zyta Kuzborska
Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas

Raktažodžiai: šeimos nariai, priežiūra, liga.

Santrauka

Insultas (smegenų kraujotakos sutrikimas) – viena aktualesnių medicinos ir socialinių problemų dėl didelio mirtingumo ir sunkaus liekamojo neįgalumo XXI a. pasaulyje. Atlikti tyrimai patvirtina, kad šeimos palaikymas ir motyvacija ūmiu ligos periodu lemia geresnius gydymo bei sutrikusių funkcijų atkūrimo rezultatus.

Darbo tikslas – išnagrinėti artimųjų vaidmenį, slaugant pacientus ūmaus insulto metu.

Tyrimo medžiaga ir metodas. Tyrimas atliktas vienoje Vilniaus ligoninėje, X skyriuje, kuriame gydomi pacientai, patyrę smegenų kraujotakos sutrikimus. Tyrime dalyvavo 40 respondentų, kurių artimieji serga ūmiu insultu. Tyrimui atlikti buvo taikyta anketinė apklausa.

Rezultatai ir išvados. Dauguma respondentų žino, kad insultas yra ūmus galvos smegenų kraujotakos sutrikimas ir kad ši liga gali būti negalios priežastis. Tačiau žinios apie insulto rizikos veiksnius yra nepakankamos, respondentams geriausiai žinomi rizikos veiksniai yra amžius ir aukštas arterinis kraujo spaudimas, mažiausiai – cukrinis diabetas ir nutukimas. Daugelis nurodė, kad pacientu hospitalizacijos dėl ūmaus insulto metu turi rūpintis medicinos personalas kartu su šeimos nariais, o mažą artimųjų aktyvumą, slaugant pacientus, lėmė žinių ir įgūdžių stoka. Ūmiu insultu sergančių pacientų šeimos nariams reikėjo informacijos įvairiais su gydymu, slauga ir priežiūra susijusiais klausimais. Daugiau nei du trečdaliai respondentų nurodė, kad dalyvautų mokymuose apie asmens, patyrusio insultą, priežiūrą.

Įvadas

Insultas (smegenų kraujotakos sutrikimas) yra antra pagal dažnumą mirties priežastis ir pagrindinė suaugusiųjų negalios priežastis visame pasaulyje. Kasmėt jo paplitimas didėja, tai siejama su ilgėjančia gyvenimo trukme. Insultas paveikia vis daugiau jaunų, darbingo amžiaus žmonių [1]. Lietuvoje mirtingumas nuo smegenų kraujotakos sutrikimo du kartus viršija Europos Sąjungos vidurkį [2].

Pacientus, patyrusius smegenų kraujotakos sutrikimą, vargina įvairūs funkciniai organizmo veiklos sutrikimai, tokie kaip: motorikos ir jutimų sutrikimai, kalbos, regos ir rijimo sutrikimai, tuštėjimas ir šlapinėjimosi sutrikimai [3]. Taip pat gana dažnai pasireiškia aukštosios nervinės veiklos sutrikimai, kurie apima pažintinius ir emocinius aspektus [4].

Ūmi netikėta ligos pradžia ir sukeliama negalia turi įtakos ne tik pacientui, bet ir jo artimųjų gyvenimui [5]. Lietuvoje apie 80–87 proc. ligonių, išgyvenusių po insulto, tampa neįgalūs dėl motorinių ir pažintinių funkcijų sutrikimų [6]. Šiuolaikinės klinikinės praktikos gairės patvirtina pacientų,

patyrusių insultą, ir jų artimųjų aktyvaus dalyvavimo sveikatos priežiūros procese naudą. Nepaisant to, šeimos nepakankamai įsitraukia į gydymo ir slaugos procesą, todėl dažnai lieka daugybė nepatenkintų poreikių [7]. Pastebima, kad nepatenkinti pacientų poreikiai neigiamai veikia jų fizinės bei psichinės sveikatos būklę ir kelia nerimą artimiesiems [8].

Insultą patyrę asmenys dažnai turi sudėtingų poreikių, kurie gali apimti fizinius, pažintinius, psichologinius, emocinius ir socialinius bei ekonominius aspektus. Artimųjų įtraukimas į insultą patyrusių asmenų slaugos procesą gali padėti užtikrinti šių žmonių poreikius, greičiau pastebėti sveikatos būklės pokyčius ir tinkamai bei maksimaliai greitai į juos reaguoti [9]. Tyrimais nustatyta, kad sėkmingam sveikimui po insulto turi įtakos šeimos narių galimybė teikti emocinę paramą bei instrumentinę pagalbą. Šeimos palaikymas ir motyvacija lemia geresnius gydymo bei sutrikusių funkcijų atkūrimo rezultatus [10].

Tyrimo tikslas – išnagrinėti artimųjų vaidmenį, slaugant pacientus ūmaus insulto metu.

Uždaviniai: 1. Išsiaiškinti pacientų, sergančių ūmiu insultu, artimųjų žinias apie šią ligą. 2. Įvertinti artimųjų vaidmenį, slaugant pacientus ūmaus insulto metu. 3. Nustatyti pacientų, sergančių ūmiu insultu, artimųjų mokymosi poreikį.

Tyrimo medžiaga ir objektas

Tyrimas buvo atliktas vienoje Vilniaus ligoninėje, X skyriuje, 2019 m. rugsėjį–lapkritį. Tiriama imtis buvo suformuota, taikant netikimybinio parinkimo patogų tikslinį būdą. Tiriama imtis buvo atrinkta pagal kelis kriterijus: į tyrimą buvo įtrauktas iš šeimos tik vienas asmuo, kuris dažniausiai lankė ūmiu insultu sergantį pacientą; laisva valia sutiko dalyvauti tyrime; vyresnis negu 18 metų amžiaus; kalbėjo valstybine (lietuvių) kalba. Tyrimo imtį sudarė 40 respondentų, kurių artimieji buvo hospitalizuoti su diagnoze ūmus insultas. Dauguma tyrime dalyvavusių respondentų buvo moterys, jos sudarė šiek tiek daugiau nei tris ketvirtadalius (77 proc., $n = 31$) respondentų, o beveik ketvirtadalis (23 proc., $n = 9$) respondentų – vyrai. Tiriamųjų amžiaus vidurkis 48,95 metai ($SD = 10,966$; $min = 28$; $max = 78$; $Md = 49$). Du penktadaliai respondentų (40 proc., $n = 16$) yra įgiję vidurinį išsilavinimą, po ketvirtadalį respondentų įgiję aukštąjį kolegini (27 proc., $n = 11$) ir aukštąjį universitetinį (25 proc., $n = 10$) išsilavinimą, pagrindinį išsilavinimą įgijusių respondentų buvo mažiausiai (8 proc., $n = 3$). Dauguma respondentų – dirbantys asmenys (82 proc., $n = 33$), beveik penktadalis (18 proc., $n = 7$) – pensininkai ir bedarbiai.

Buvo pasirinktas kiekybinio tipo tyrimas, duomenų rinkimo metodas – anketavimas. Tyrimui atlikti buvo naudojamas originalus, tyrėjų sukurtas instrumentas – anketa, kurią sudaro 4 dalys, iš viso 31 klausimas. Anketos respondentams buvo dalijamos ūmiu insultu sergančių pacientų gydymo pabaigoje, prieš išrašant iš stacionaro. Respondentai buvo pakviesti

dalyvauti tyrime, vadovaujantis savanoriškumo principu, tyrimo dalyviai laisva valia sutiko atsakyti į anketos klausimus. Respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu bei anketos pildymo taisyklėmis. Vadovaujantis slaptumo principu, buvo užtikrintas tiriamųjų anonimiškumas ir konfidencialumas. Prieš pildydamas anketą, kiekvienas apklausos dalyvis pasirašė Asmens sutikimą dalyvauti tyrime. Tyrimo metu buvo išdalintos 47 anketos, 4 anketos nebuvo gražintos, 3 atmetos kaip netinkamai užpildytos (atsako dažnis 85 proc.).

Tyrimo metu gauti anketiniai duomenys buvo apdoroti ir analizuojami, naudojant statistinių duomenų analizės paketą „SPSS Statistic 22“ ir „Microsoft Office Excel 2010“ programą. Tyrimo rezultatai pateikti lentelėse ir diagramose, absoliučiais skaičiais ir procentine išraiška.

Tyrimų rezultatai ir jų aptarimas

Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją galvos smegenų insultas apibrėžiamas kaip staigus židininis neurologinis deficitas, trunkantis ilgiau nei 24 valandas, per kurias nenustatoma kitokių priežasčių, galėjusių sukelti šį deficitą, išskyrus kraujagyslines [8]. Tyrimo dalyvių buvo paklausta, kas yra insultas. Daugiau negu keturi penktadaliai (82 proc., n = 33) respondentų žino, kad insultas – ūmus galvos smegenų kraujotakos sutrikimas. Mokslinės literatūros šaltiniuose minima, kad insultas – pagrindinė suaugusiųjų negalios priežastis Lietuvoje ir pasaulyje [1, 11]. Insultas sutrikdo visavertį paciento gyvenimą, kasdieninę veiklą, socialinius ryšius, darbingumą [11]. Keturi penktadaliai (80 proc., n = 32) tiriamųjų žino, jog insultas gali būti negalios priežastis.

Insultą galima apibūdinti kaip šeimos ligą, nes pokyčiai, vykstantys po insulto, paliečia kiekvieną šeimos narį, o situotiniai ir suaugę vaikai dažniausiai prisiima atsakomybę ir tampa šių žmonių globėjais [12]. Beveik du trečdaliai (57 proc., n = 23) tyrime dalyvavusių respondentų atsakė, kad lanko insultu sergančius tėvus, mažiau negu penktadalis (15 proc., n = 6) nurodė, kad lanko dėl ūmaus insulto hospitalizuotą situotinį. Tyrimo rezultatai parodė, jog ūmaus insulto metu pacientu taip pat dažniausiai rūpinasi suaugę vaikai ir situotiniai.

Siekiant įvertinti respondentų žinias apie insultu sergantį artimąjį ir patirtį slaugyti žmogų po patirto smegenų kraujotakos sutrikimo, jų buvo paklausta, ar tai pirmas insultas šiam artimajam ir ar jiems anksčiau yra tekę slaugyti žmogų po insulto. Trys ketvirtadaliai (75 proc., n = 30) respondentų teigė, kad insultas šiam artimajam diagnozuotas pirmą kartą, kas ketvirtas (25 proc., n = 10) nurodė, jog tai pakartotinis insultas (1 lentelė). Apie ketvirtadalis kasmet JAV įvykstančių insultų – pakartotini [1], šio tyrimo duomenys sutampa su mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis.

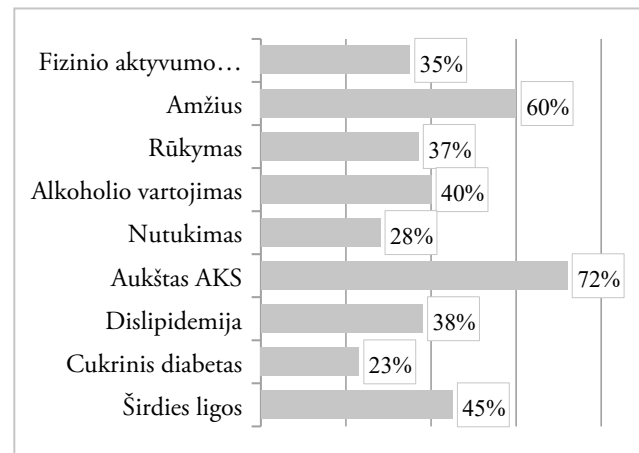
1 lentelė. Asmens po insulto respondentų slaugymo patirtys

Respondentų buvo paklausta	Taip		Ne		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Ar Jūsų artimajam insultas diagnozuotas pirmą kartą?	30	75	10	25	40	100
Ar anksčiau Jums teko slaugyti asmenį po insulto?	14	35	26	65	40	100

Du trečdaliai (65 proc., n = 26) tyrime dalyvavusių respondentų teigia, kad jiems anksčiau niekada neteko slaugyti žmogaus po insulto, tačiau daugiau negu trečdalis (35 proc., n = 14) tiriamųjų nurodė, jog jie yra slaugę žmogų po patirto galvos smegenų insulto (1 lentelė). P. Jablonska su bendraautorais (2015) atliko tyrimą, kurio metu nustatyta, kad Lenkijoje šiek tiek daugiau nei du penktadaliai tyrime dalyvavusios populiacijos turi patirties slaugant pacientus po galvos smegenų insulto. Šio tyrimo metu gauti duomenys panašūs su P. Jablonskos atlikto tyrimo duomenimis. Atlikus statistinę analizę nustatyta, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($\chi^2 = 3,838$; $p = 0,147$, kai $p < 0,05$) tarp respondentų, asmens po insulto slaugymo patirties ir jų amžiaus.

Ūmius smegenų kraujotakos sutrikimus gali skatinti įvairūs veiksniai, tokie kaip gyvenimo būdas, žalingi įpročiai, lėtinės ligos ir kt. Šiuo metu yra žinomi nemodifikuojami insulto rizikos veiksniai (IRV), kurių koreguoti neįmanoma, ir vis daugiau modifikuojamų IRV, kuriuos galima koreguoti arba pašalinti [13]. Pasak A. Vilionskio (2018), ypač svarbu žinoti ir koreguoti kraujagyslinius IRV. Pagrindiniai kraujagysliniai rizikos veiksniai yra arterinė hipertenzija, dislipidemija, cukrinis diabetas, mažas fizinis aktyvumas ir rūkymas [14].

Tyrimo dalyviams geriausiai žinomi IRV (1 pav.) – aukštas arterinis kraujo spaudimas (AKS) (72 proc., n = 29) ir paciento amžius (60 proc., n = 24). Mažiausiai tarp tyrime dalyvavusių respondentų žinomi IRV yra nutukimas (28 proc., n = 11) ir cukrinis diabetas (23 proc., n = 9). Išanalizavus respondentų žinias apie IRV, matyti, kad žinios yra nepakankamos, nes tik 2 IRV iš anketoje pateiktų 9 žinojo daugiau kaip pusė respondentų. Palyginus respondentų IRV žinias su turima slaugymo patirtimi ir amžiaus grupėmis, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ($p > 0,05$). Tyrimo dalyvių IRV žinios nepriklauso nuo jų turimos slaugymo patirties ir amžiaus.



1 pav. Respondentų žinios apie insulto rizikos veiksnius

Tiriamųjų buvo paklausta, ar žino, kokio tipo insultas diagnozuotas jų artimajam. Daugiau kaip pusė (57 proc., n = 23) tyrime dalyvavusių respondentų nurodė nežinantys tikslios savo artimojo diagnozės. Gauti rezultatai rodo bendravimo stoką tarp pacientų, sergančių ūmiu insultu, jų artimųjų ir medicinos personalo. Pasak D. Brogienės ir G. Gurevičiaus (2009), informacija ir komunikacija – pagrindiniai rodikliai, kurie lemia aktyvų pacientų ir jų artimųjų dalyvavimą slaugos ir gydymo procese [15].

Siekiant išsiaiškinti tyrimo dalyvių nuomonę apie ūmiu insultu sergančio paciento savarankiškumą ir pagalbos jam šaltinį, respondentų buvo paklausta, ar šiuo metu jų artimajam reikalinga pagalba kasdienėje veikloje ir kas turėtų rūpintis, slaugyti pacientą hospitalizacijos dėl ūmaus insulto metu. Du trečdaliai (67,5 proc., $n = 27$) respondentų teigia, kad jų artimasis yra visiškai priklausomas nuo aplinkinių, kas ketvirtas (25 proc., $n = 10$) tyrimo dalyvis mano, kad jų artimajam reikia tik šiek tiek padėti, mažiau negu dešimtadalis (7,5 proc., $n = 3$) teigia, kad insulto ištiktas giminaitis yra visiškai savarankiškas. Šio tyrimo rezultatai sutampa su L. Samuolienės ir V. Mockienės (2016) atlikto tyrimo rezultatais, kad Lietuvoje apie 80–87 proc. ligonių, išgyvenusių po insulto, tampa neįgalūs dėl motorinių ir pažintinių funkcijų sutrikimų [6].

Šiuolaikinės klinikinės praktikos gairės patvirtina insultą patyrusių pacientų ir jų artimųjų aktyvaus dalyvavimo sveikatos priežiūros procese naudą [7]. Daugiau negu keturi penktadaliai (85 proc., $n = 34$) tyrimo dalyvių mano, jog ūmiu insultu sergančiu pacientu turi rūpintis ligoninės personalas kartu su artimaisiais. Apklausos rezultatai parodė, kad pacientų artimieji tikisi partnerystės ir bendradarbiavimo iš medicinos personalo.

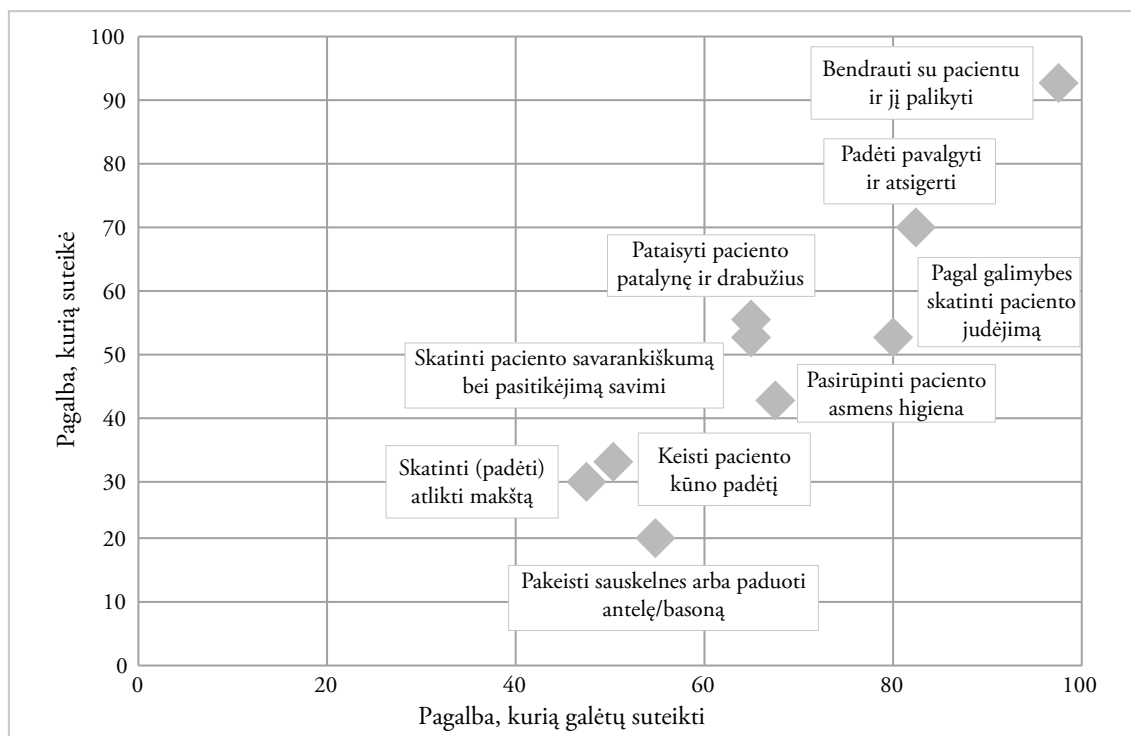
Tyrimo dalyvių buvo paklausta, kaip reikia elgtis lankymo metu, siekiant užtikrinti ūmiu insultu sergančio paciento poreikius. Dauguma (87 proc., $n = 35$) respondentų pasirinko atsakymo variantą – padėti pacientui dėl veiklos, kuri jam sekasi sunkiausiai. Galima teigti, kad tyrime dalyvavę respondentai žino, kaip reikia padėti pacientui, siekiant užtikrinti jo poreikius.

Šeimos nariai, kurie rūpinasi insultą patyrusiu asmeniu, susiduria su daugybe iššūkių. Jiems trūksta žinių ir patirties, reikia derinti darbinę veiklą ir slaugymą, o tai sukelia reikšmingų pokyčių jų kasdieniame gyvenime [16]. Tyrimai rodo, kad galvos smegenų insultą (GSI) patyrusių pacientų artimieji norėtų aktyviau prisidėti prie šių žmonių slaugymo, tačiau jiems trūksta informacijos apie asmens po insulto priežiūrą [8].

Tiriamųjų buvo paprašyta nurodyti priežastis, kurios labiausiai trukdo aktyviau prisidėti prie paciento po insulto slaugymo. Du trečdaliai (60 proc., $n = 24$) respondentų pagrindine priežastimi įvardijo žinių ir įgūdžių stoką. Kad pacientu hospitalizacijos metu privalo rūpintis tik ligoninės personalas, mano mažiau nei dešimtadalis (7 proc., $n = 3$) respondentų.

Insultas sukelia įvairius žmogaus organizmo sistemų ir organų veiklos sutrikimus, kurie riboja žmogaus savarankiškumą ir blogina gyvenimo kokybę [3]. Insulto metu sutrinka daugelis CNS funkcijų – motorinė, kalbos, pažintinė [10], todėl daugumai pacientų reikalinga pagalba kasdienėje veikloje, siekiant patenkinti jų poreikius ir užtikrinti komfortą. Rūpestinga medicinos personalo ir artimųjų priežiūra ūmiu insulto periodu yra reikšmingas veiksnys, nuo kurio priklauso slaugos efektyvumas. Aktyvus paciento šeimos narių dalyvavimas slaugos procese yra labai svarbus gerinant paciento funkcinę būklę ir užkertant kelią komplikacijų atsiradimui [8].

Keli anketoje pateikti klausimai skirti įvertinti artimųjų teikiamos pagalbos apimtį ūmiu insultu sergančiam pacientui lankymo ligoninėje metu. Respondentų buvo paklausta, kokią pagalbą, jų manymu, šeima galėtų suteikti ūmiu insultu sergančiam pacientui, o kitu klausimu buvo prašoma nurodyti, kokią pagalbą šeimos nariai realiai teikia lankydami pacientą, kad užtikrintų jo komfortą. Palyginę veiklas, kurias, respondentų nuomone, jie galėtų atlikti, siekdami užtikrinti ūmiu insultu sergančio artimojo komfortą ir ką realiai darė lankymo metu, matome, kad respondentai pervertino savo galimybes. Respondentų deklaruotos pagalbos pacientui galimybės nesutapo su realiai suteikta pagalba (2 pav.). Didžiausias skirtumas tarp pagalbos, kurią artimieji galėtų suteikti insultu sergantiems pacientams ir kurią suteikė, buvo šiose veiklose: keisti sauskelnes arba paduoti antelę ar basoną (35 proc.), skatinti paciento judėjimą pagal jo galimybes (27,5 proc.), pasirūpinti paciento asmens higiena (25 proc.). Tokie rezultatai gali būti dėl respondentų žinių ir įgūdžių, kaip rūpintis ūmiu insultu sergančiu pacientu, stokos.



2 pav. Pagalba, kurią respondentai galėtų suteikti ir kurią realiai suteikė ūmiu insultu sergančiam pacientui lankymo ligoninėje metu

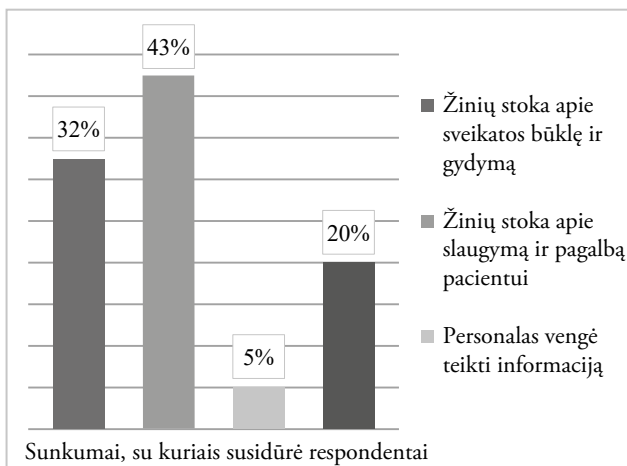
M. Villain su bendraautorais (2017) atliko tyrimą, kurio metu buvo vertinama socialinių kontaktų skaičiaus ir socialinės paramos, gautos iš šeimos, draugų ir medicinos personalo ūmaus insulto metu (per pirmas 24 valandas po hospitalizacijos), įtaka depresijai ir kasdieni veiklai praėjus 3 mėnesiams po insulto. Tyrimo autoriai nustatė, kad aktyvi šeimos ir draugų moralinė parama ūmiu insulto periodu buvo susijusi su gėrokai mažesniu depresijos lygiu ir geresnėmis kasdienės veiklos funkcijomis praėjus 3 mėnesiams po GSI. Tokio efekto nepastebėta, jei parama buvo gauta tik iš medicinos personalo [17].

Tyrimo dalyvių buvo paklausta, ar ūmioje insulto fazėje artimųjų teikiama fizinė ir emocinė parama turi teigiamos įtakos GSI patyrusių pacientų sveikimui. Daugiau negu keturi penktadaliai (85 proc., $n = 34$) respondentų pritaria, kad ūmiu insulto periodu artimųjų teikiama fizinė ir emocinė parama teigiamai veikia pacientų po insulto sveikatos būklę.

Mokslinės literatūros šaltiniai teigia, kad, slaugant šeimos narį po patirto GSI, artimiesiems tenka didžiulė atsakomybės našta, tačiau lieka nepatenkinti jų mokymosi poreikiai. Jei šie poreikiai nėra patenkinti, tai neigiamai veikia slaugos kokybę, kelia įvairių antrinių komplikacijų, susijusių su bloga priežiūra, atsiradimo riziką [7].

Norint įvertinti, kokie yra ūmiu insultu sergančių pacientų šeimos narių mokymosi poreikiai, buvo pasidomėta, su kokiais sunkumais jie susidūrė artimojo gydymo ligoninėje metu. Daugiau kaip du penktadaliai (43 proc., $n = 17$) respondentų įvardijo žinių stoką apie ūmiu insultu sergančio asmens slaugymą ir pagalbą jam. Trečdalis (32 proc., $n = 13$) skundėsi žinių apie sveikatos būklę ir gydymą stoka, keli (5 proc., $n = 2$) tyrimo dalyviai nurodė, kad personalas vengė teikti informaciją. Kas penktas (20 proc., $n = 8$) respondentas teigė, kad jam nekilo jokių sunkumų artimojo hospitalizacijos metu (3 pav.).

Pacientų ir jų artimųjų mokymas yra svarbus slaugos elementas. Mokslinės literatūros šaltiniai pabrėžia, kad mokymas jau seniai tapo slaugos dalimi [8]. Veiksminga komunikacija tarp slaugytojo, paciento ir šeimos lemia ne tik esamos diagnozės supratimą, bet ir aktyvesnį paciento ir šeimos dalyvavimą, planuojant slaugą bei siekiant užsibrėžtų tikslų [18]. Šio tyrimo metu gauti rezultatai rodo, kad artimiesiems, kurie rūpinasi ūmiu insultu sergančiu šeimos nariu, labai trūksta informacijos būtent iš slaugytojų [19].

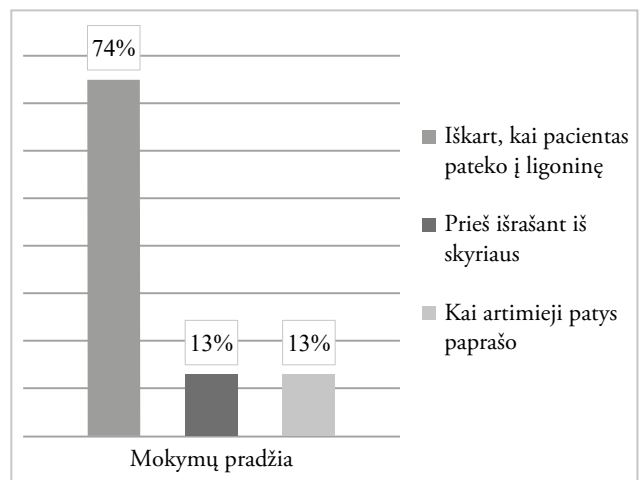


3 pav. Sunkumai, su kuriais susidūrė respondentai artimojo gydymo ligoninėje metu

Atlikus statistinę analizę, tarp sunkumų, su kuriais susidūrė respondentai artimojo gydymo ligoninėje metu, ir respondentų slaugymo patirties kintamųjų statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta ($\chi^2 = 3,950$, $p = 0,267$, kai $p < 0,05$). Galima teigti, kad sunkumai, su kuriais susidūrė respondentai artimojo gydymo ligoninėje metu, nepriklauso nuo jų turimos patirties, kaip slaugyti asmenį po insulto.

Vadovaujantis Kanados insulto gerosios praktikos rekomendacijomis (2016), informacija ir edukacija turėtų būti prieinama visiems pacientams, patyrusiems insultą, jų šeimoms ir globėjams visais ligos priežiūros etapais [18]. Pasak I. Slautaitės (2018), esant ūmiai insulto fazei, paciento ir artimųjų mokymas turi būti pradėtas kaip medicininės pagalbos dalis.

Tyrimo dalyvių buvo pasiteirauta, kada, jų nuomone, turi būti pradėti ūmiu insultu sergančių pacientų artimųjų mokymai. Trys ketvirtadaliai (74 proc., $n = 30$) respondentų, kurių artimieji serga ūmiu insultu, mano, kad mokymai turi būti pradėti, kai tik pacientas patenka į ligoninę. Kiek daugiau nei dešimtadalis (13 proc., $n = 5$) mano, kad tai turi būti daroma prieš išrašant pacientą iš skyriaus, ir tiek pat respondentų teigia, kad kai artimieji patys paprašo (4 pav.).



4 pav. Respondentų nuomonė, kada turėtų būti pradėti ūmiu insultu sergančių pacientų artimųjų mokymai

Palyginus respondentų turimą pacientų po insulto slaugymo patirtį ir nuomonę, kada turi būti pradėti artimųjų mokymai, nustatyta, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių kintamųjų ($\chi^2 = 1,586$, $p = 0,746$, kai $p < 0,05$). Galima teigti, kad respondentų nuomonė, kada reikia pradėti pacientų po insulto mokymus, nepriklauso nuo jų turimos slaugymo patirties.

Šeimos nariai, kurie rūpinasi insultą patyrusiu asmeniu, susiduria su daugybe iššūkių [16]. Tyrimais įrodyta, kad artimieji, besirūpinantys pacientu po insulto, patiria daug neigiamų emocijų, todėl reikia stengtis stiprinti artimųjų gebėjimą susidoroti su stresu ir tobulinti jų asmens po insulto priežiūros kompetencijas bei didinti paciento savarankiškumą [8]. Kanadoje buvo atlikti tyrimai, skirti įvairiais būdais teikiamos informacijos poveikiui pacientams po insulto ir jų artimiesiems nustatyti. Tiek pacientai, tiek jų artimieji, kuriems informacija buvo teikiama „aktyviųjų intervencijų“ būdu, pademonstravo geriausias žinias apie insultą ir jo valdymą.

Slaugytojas, planuodamas mokymus, turėtų teikti pirmenybę „aktyvioms intervencijoms“, kurios lavina specifinius praktinius pacientų ir jų globėjų įgūdžius bei jie yra aktyvūs mokymų dalyviai [18].

Siekiant įvertinti, ar reikalinga speciali artimųjų mokymo programa apie insultą patyrusių asmenų priežiūrą, buvo pasidomėta, ar artimieji dalyvautų mokymuose, skirtuose asmens po insulto slaugymui, jei tokius mokymus ligoninė surengtų. Daugiau nei du trečdaliai (70 proc., n = 28) respondentų pažymėjo, kad dalyvautų tokiuose mokymuose.

Išvados

1. Dauguma respondentų, kurių artimieji serga ūmiu insultu, žino, kad insultas yra ūmus galvos smegenų kraujotakos sutrikimas ir kad ši liga gali būti negalios priežastis. Tačiau žinios apie insulto rizikos veiksnius yra nepakankamos, respondentams geriausiai žinomi rizikos veiksniai yra amžius ir aukštas arterinis kraujospaudimas, mažiausiai žinomi – cukrinis diabetas ir nutukimas. Daugiau nei pusė respondentų nežino tikslios savo artimojo diagnozės.
2. Artimųjų vaidmuo slaugant ūmiu insultu sergančius pacientus nepakankamas. Nors daugelis tyrimo dalyvių žino, kad artimųjų teikiama fizinė ir emocinė parama turi teigiamos įtakos asmens po insulto sveikimui, tačiau lankymo ligoninėje metu suteikė gerokai mažiau pagalbos, siekdami užtikrinti artimojo komfortą, negu deklaravo, kad galėtų suteikti. Daugelis nurodė, kad pacientu hospitalizacijos dėl ūmaus insulto metu turi rūpintis medicinos personalas kartu su artimaisiais, o mažą artimųjų aktyvumą, slaugant pacientus, lėmė žinių ir įgūdžių stoka.
3. Ūmiu insultu sergančių pacientų artimiesiems reikėjo informacijos įvairiais su gydymu, slauga ir priežiūra susijusiais klausimais. Daugiau nei du trečdaliai respondentų nurodė, kad dalyvautų mokymuose apie asmens po insulto priežiūrą.

THE ROLE OF RELATIVES IN CARING FOR PATIENTS WITH ACUTE STROKE

Keywords: members of the family, care, illness.

Summary

Due to high mortality and severe residual disability, stroke is one of the most important medical and social problems in the world. According to research, family support and motivation in acute period of the disease result in better treatment outcomes and recovery of impaired functions.

Aim of the research: To identify the role of relatives in caring for patients with acute stroke.

The research was conducted in X unit of a Vilnius city hospital where patients with cerebral circulation disorders were treated. Research method: a questionnaire survey. The study involved 40 respondents who had relatives with acute stroke.

Research results and conclusions. Most of the relatives

know that stroke is an acute disorder of cerebral circulation and that it can cause disability. However, their knowledge on stroke risk factors is insufficient; the respondents were best informed about such risk factors as age and high blood pressure, and worst informed about diabetes mellitus and obesity. Most of them indicated that the care of a hospitalized patient with acute stroke should be provided by medical personnel as well as by relatives and that low activity of relatives in caring for patients was predetermined by the lack of their knowledge and skills. Relatives of patients with acute stroke were in need of information on different subjects related to treatment, nursing and care. More than 2/3 of the respondents specified they would attend training on post-stroke care.

Literatūra

1. Katan M., Luft A. Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 2018; 38(02):208–211.
2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017 [interaktyvus]. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [žiūrėta 2019-11-27]. Prieiga per: doi.org/10.1787/9789264285293-lt.
3. Park J., Lee N., Cho M., Kim D., Yang Y. Effects of mental practice on stroke patients' upper extremity function and daily activity performance. *Journal of Physical Therapy Science*, 2015; 27(4):1075–1077.
4. Thingstad P., Askim T., Beyer M. K., Bråthen G., Ellekjær H., Ihle-Hansen H. et al. The Norwegian Cognitive impairment after stroke study (Nor-COAST): study protocol of a multicentre, prospective cohort study. *BMC Neurology*, 2018; 18(1):193.
5. Antoniou T., Vryonides S. Educational preparation and training of the family caregivers of elderly patients with stroke in the pre-discharge period: A proposed innovation. *Cyprus Nursing Chronicles*, 2018; 18:17–31
6. Samuolienė L., Mockienė V. Ligoniu, sergančių ūminiu išeminiu insultu, savarankiškumo kaita gydymo metu. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*, 2016; 1(14):44–61.
7. Creasy K. R., Lutz B. J., Young M. E., Stacciarini J. M. R. Clinical Implications of Family-Centered Care in Stroke Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing Journal*, 2015; 40(6):349–359.
8. Jabłońska P., Zięba M., Ławska W. Udział rodziny w opiece nad pacjentem hospitalizowanym z powodu udaru mózgu. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*; 2015; 3:275–282.
9. Krishnan S., Pappadis M. R., Weller S. C., Stearnes M., Kumar A., Ottenbacher K. J., Reistetter, T. A. Needs of Stroke Survivors as Perceived by Their Caregivers: A Scoping Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2017; 96(7):487–505.
10. Gedmintaitė L., Simenas V., Petruševičienė D., Šmigelskas K. Savarankiškumo rašką lemiantys veiksniai, patyrus galvos smegenų insultą. *Neurologijos seminarai*, 2015; 19(65):173–178.
11. Rapolienė J., Pivorienė L. Pacientų, patyrusių galvos smegenų insultą, kasdienių veiklų atlikimo ir pažeistos rankos funkcijos vertinimas reabilitacijos eigoje bei taikant ergoterapiją namuose. *Sveikatos mokslai*, 2017; 27 (3):118–122.
12. Sundin K., Pusa S., Jonsson C., Saveman B. I., Östlund U. Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018; 32:707–714.
13. Armalienė G. Išeminio galvos smegenų insulto profilaktikos gairės: Lietuvos insulto asociacijos ir Amerikos širdies asociacijos / Amerikos insulto asociacijos rekomendacijos. *Internistas*, 2016; 8 (165):66–70.
14. Vilionskis A. Išeminio insulto antrinė profilaktika: praktiniai aspektai. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, 2018; 2(105):28–31.
15. Brogienė D., Gurevičius G. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina*, 2009; 45(3):226–237.
16. Van Dongen I., Josephsson S., Ekstam L. Changes in daily occupations and the meaning of work for three women caring for relatives post-stroke. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 2014; 21(5):348–58.
17. Villain M., Sibon I., Renou P., Poli M., Swendsen J. Very early social support following mild stroke is associated with emotional and behavioral outcomes three months later. *Clinical Rehabilitation*, 2017; 31(1):135–141.
18. Cameron J. I., O'Connell C., Foley N., Salter K., Booth R., Boyle R. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines. *International Journal of Stroke*, 2016; 11(7):807–822.
19. Slautaitė I. Ką reikia žinoti ligonio artimiesiems? Lietuvos insulto asociacijos mokslinė-praktinė konferencija „Insultas slaugytojų praktikoje“. 2018. Bačkonys.

Pacientų, kuriems taikytas išorinis kaulų fiksacijos gydymo būdas, slaugos poreikiai

Gerda Trybaitė, Jurgita Stankūnienė

Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto Slaugos katedra

Raktažodžiai: išorinė kaulų fiksacija; slauga; savarankiškumo lygio nustatymas pagal Barthel indeksą; išorinis fiksacijos aparatas (IFA).

Santrauka

Tyrimo tikslas – išanalizuoti pacientų, kuriems yra taikytas išorinis kaulų fiksacijos gydymo būdas, slaugos poreikius.

Tyrimo uždaviniai: 1) Išsiaiškinti pacientų savarankiškumo lygį pagal Barthel indekso lentelę; 2) Nustatyti pacientų slaugos poreikius, atsižvelgiant į jų savarankiškumo lygį.

Tyrimas buvo atliktas X ligoninėje, traumatologijos skyriuje. Tyrimo objektas buvo pacientų, kuriems taikytas išorinis kaulų fiksacijos gydymo būdas, slaugos poreikiai. Tyrime dalyvavo 23 pacientai, didžiąją dalį jų sudarė vyrai. Tyrimas vyko nuo 2019 m. spalio 21 d. iki 2019 m. lapkričio 22 d.

Daugiau nei pusė pacientų (73,9 proc.) pagal Barthel indekso lentelę yra vidutiniškai priklausomi nuo kitų asmenų, jiems reikia pagalbos atliekant kasdienes veiklas; 21,7 proc. pacientų yra beveik visiškai priklausomi – jiems reikalinga didelė pagalba kasdieninėje veikloje; taip pat iš visų apklaustųjų buvo vienas šiek tiek priklausomas pacientas, kuriam minimalios pagalbos reikėjo lipant laiptais. Nustatyta, kad pacientų slaugos poreikiai, atsižvelgiant į jų savarankiškumo lygį, šiek tiek skiriasi, tačiau didelio skirtumo nepastebėta.

Nustatyta, kad beveik visiškai priklausomi pacientai po taikyto išorinės kaulų fiksacijos operacinio gydymo turi daugiau fiziologinių poreikių dėl judėjimo, tuštinimosi ir šlapinimosi veiklų. Daugiau nei pusė jų teigia, kad juda tik neįgaliojo vežimėliu, nemoka naudotis pagalbinėmis judėjimo priemonėmis, stengiasi mažiau vaikščioti, sunku savarankiškai naudotis tualetu. Taip pat reikalinga pagalba prausiantis bei rengiantis. Jiems dažniau reikėjo psichologinės paramos, jautė diskomfortą atlikdami tualetu reikalus lovoje.

Vidutiniškai priklausomi pacientai bei šiek tiek priklausomas taip pat turėjo sunkumų, tenkindami slaugos poreikius, tačiau jų buvo mažiau nei beveik visiškai priklausomų grupėje. Taigi pacientai po taikyto išorinės kaulų fiksacijos operacinio gydymo būdo daugiausia sunkumų turi dėl judėjimo, miegojimo, šlapinimosi ir tuštinimosi veiklų. Visiems respondentams reikalingas skausmo malšinimas, daugiau nei pusei atsakiusiųjų – žaizdų perrišimo procedūros, psichologinis palaikymas, mokymas, kaip prisitaikyti aprangą ar patogiai įsitaisyti lovoje.

Išvadas

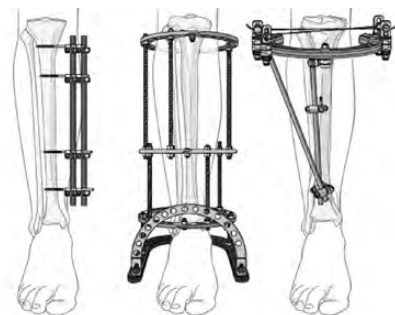
Traumos yra trečioje mirties priežasčių vietoje po širdies ir kraujagyslių sistemos bei onkologinių ligų, o jaunų iki 40 metų amžiaus gyventojų grupėje – neabejotinai pirmoje vietoje. Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje 2017 m.

traumą patyrė 405 453 asmenys, t. y. 2,8 proc. mažiau negu 2015 m. Šių pacientų mažėjimu reikia džiaugtis, tačiau vis tiek asmenų skaičius yra didelis ir traumą patyrusiems žmonėms neabejotinai reikia pagalbos. 2017 m. stacionaro ligonių, gydytų dėl traumų, skaičius buvo panašus daugelyje amžiaus grupių, mažiausias rodiklis buvo tarp kūdikių bei 25–29 metų amžiaus asmenų, didžiausias – vyresnėse nei 70 metų amžiaus grupėse.

Kaulų lūžių gydymo metodų yra skirtingų. Sudėtingesniems kaulų lūžiams ar kaulų deformacijoms gydyti reikalingas operacinis gydymas, o esant nesudėtingoms traumoms, pakanka ambulatorinio gydymo. Stacionare gydomi pacientai po patirtų traumų susiduria su įvairiais slaugos poreikiais ir problemomis. Išorinis fiksacijos aparatas (IFA) pacientams tampa nemenkas iššūkis ne tik dėl judėjimo veiklos, tačiau tai kelia papildomą susirūpinimą ir atliekant asmens higienos procedūras, miegant, valgant ir kt. Nuo slaugos kokybės sveikatos priežiūros įstaigoje priklauso paciento sveikimo periodo ir gyvenimo kokybė. Ne visada pooperacinis laikotarpis pacientams klostosi sklandžiai. Pooperaciniu laikotarpiu su pacientu daugiausiai kontaktuoti tenka slaugytojui, kurio pareiga tampa paciento slaugos poreikių nustatymas bei išylančių problemų sprendimas ir valdymas.

Išorinė kaulų fiksacija

Išorinė fiksacija yra kaulų lūžgalių fiksacijos būdas, kai apkrovą laikančioji konstrukcija yra už galūnės ribų, o apkrova nuo kaulo jai perduodama įtemptomis vielomis [1] (1 pav.). Išorinės fiksacijos sistemos gali būti pritaikytos ilgiesiems ir trumpiesiems galūnių kaulų lūžiams gydyti, taip pat dubens, kaklo, žandikaulio kaulų fiksacijai. Išorinės fiksacijos aparatai gali būti: strypiniai, žiediniai (Ilizarovo, Kalnberzo aparatai) ir mišrūs. Išorinės fiksacijos istorija prasidėjo dar senovėje, kai Hipokratas 400 m. pr. Kr. rašė apie paprastą, iš medžio padarytą išorinį fiksatorių, kuris buvo naudojamas patempti blauzdos kaulą po lūžio [2]. Vėliau buvo suprojektuotas prietaisas, kuris leido vielas pastatyti reikalinga kryptimi ir strypus sujungti reguliuojamais spaustukais.



1 pav. Išorinės fiksacijos aparatai

Fiksatoriaus dizainas gali būti įvairus, kad būtų užtikrinta gniuždymo ar destruktinė jėga ir neutralizuojami lenkimo bei sukimosi momentai [3]. Esant šiam gydymo būdai, sutrumpėja hospitalizacijos ir lūžių gijimo laikas, todėl jį gydytojai vertina ir laiko efektyviu [4].

Strypinis išorinis fiksacijos aparatas – tai už odos ribų esantis įtaisas, stabilizuojantis lūžusio kaulo fragmentus fiksuojančiomis vinimis, kurios yra sujungtos gnybtai su strypais.

Ilizarovo žiedinis išorinis fiksacijos aparatas – tai cirkuliarinė IFA konstrukcija, kurią 1951 m. sukūrė ortopedas-traumatologas Gavriilas A. Ilizarovas. Šis įrenginys tapo neatsiejama arsenalo dalimi, kuria naudojasi traumatologų-ortopedų bendruomenė visame pasaulyje [5]. Ilizarovo aparatas yra naudojamas ir ortopedijos srityje, kai reikia koreguoti kaulo formą, užtikrinti galūnės pailgėjimą arba suspaudimą, kad būtų ištaisyti įvairūs raumenų ir kaulų sistemos defektai [6]. Be to, šis įrenginys naudojamas ir sunkiems, fragmentiškiems lūžiams gydyti. Tai yra stabilesnė konstrukcija nei vienpusiai strypiniai aparatai.

Mišrūs išorinės fiksacijos aparatai – tai kartu taikomi Ilizarovo žiedinis ir strypinis išorinės fiksacijos aparatai.

Pacientų slauga, esant išoriniam kaulų fiksacijos aparatui

Sauga reglamentuojama kaip asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugytojas, kuris slaugo pacientą, pasineria į sudėtingą slaugos procesą. Šiame etape dalyvauja ne tik pacientas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda, bet ir jo šeimos nariai, artimieji, psichologai, socialiniai darbuotojai bei dvasininkai. R. Januškevičiūtė, B. Markevičienė, R. Balčiūnienė teigia, kad slaugant pacientą yra vertinamas vykstantis, pasikartojantis ir sistemingas veiksmas, renkami duomenys apie paciento gyvybines veiklas, jų stebėjimas ir palaikymas [7]. Slaugytojo vaidmuo apima pacientų susirūpinimo nustatymą, reagavimą į jų lūkesčius dėl priežiūros, slaugytojas turi paremti pacientus, esant permainingoms ir padėti prie jų prisitaikyti.

Po atlikto chirurginio gydymo metodo, kai pacientams yra uždedamas išorinis kaulų fiksacijos aparatas, yra stebima paciento pooperacinė būklė, atsižvelgiama į tam tikrus slaugos aspektus, gyvybines veiklas, kurios šiems pacientams yra svarbiausios. Laikotarpis ligoninėje pacientams būna pats sunkiausias, nes reikia prisitaikyti prie nemenkų kūno pokyčių, judesių, IFA konstrukcijų. Pacientų emocinė būklė ir bendra savijauta tuo metu būna sudėtinga.

Neuropsichinė būklė. Po atliktos operacijos pacientą gąsdina žaizdos išvaizda, dideli tvarsčiai, išsikišę drenai ir išorinės fiksacijos aparato strypai, vielos. Taip pat jaučiasi nusiminę dėl sutrikusios pažeistos galūnės funkcijos, todėl slaugytojai turi suteikti ir emocinę paramą, nes ji nėra mažiau svarbi nei fizinės paciento būklės palaikymas [8]. D. Kalibatiėnės knygoje apie chirurginę slaugą teigiama, kad baimė, jog fizinė būklė nepagerės, gali sukelti net lagonio negatyvumą ir nenorą įsitraukti į gydymo ir slaugos procesus.

Širdies ir kraujagyslių sistema. Pacientams po kaulų lūžių, imobilizavus galūnę ar uždėjus išorinį kaulų fiksacijos apa-

ratą, dažniau atsiranda veninės stazės rizika. Svarbiausia veninės stazės profilaktinė priemonė yra ankstyvas judėjimas, fizinių pratimų atlikimas, jeigu tai yra leidžiama pacientui.

Judėjimo veikla. Pacientai, esant IFA, pagal gydytojų rekomendacijas judėti dažniausiai pradeda 2–3 dieną po operacijos, tačiau verta atkreipti dėmesį į išskirtinius atvejus. Chirurgas ir kineziterapeutas turi patarti, koku svoriu ir ar apskritai galima apkrauti pažeistą koją. Taip pat judant reiktų atkreipti dėmesį į tai, jog labai dažnai pacientas gali užkliūti, nes IFA riboja judesius. Tyrimo rezultatai parodė, jog pacientams kyla sunkumų dėl aprangos ir avalynės pritaikymo, todėl reikia nepamiršti padėti parinkti aprangą ir avalynę, kuri netrukdytų judėti – platesnes kelnes, susegamas kelnaites, platesnę ir didesnę avalynę [9].

Šlapimo išskyrimo sistema. Po didelių operacijų ar esant širdies ar inkstų disfunkcijai, būtina kontroliuoti skysčių pusiausvyrą paciento organizme, užtikrinti tokį pat skysčių kiekio gavimą, kokį prarado prakaituojant, kraujuojant, vemiant, tuštinantis, šlapinantis, kvėpuojant, per zondus ar tvarsčius.

Oda. Esant dirbtinai sukeltam mobilumui ar jutimų sutrikimui, pacientai turi didelę pragulų atsiradimo riziką [10]. Siekiant išvengti pragulų, reikia taikyti kūno padėties keitimo procedūras – kas 2–3 valandas paversti ligonį, atramai dėti volelius, naudoti kitas pagalbines priemones, pavyzdžiui, kryžmens srityje padėti guminį ratą. Verta atkreipti dėmesį į paciento operacinės žaizdos priežiūrą, kuri reikalauja geros aseptinės technikos. Todėl pacientams su išorinės kaulų fiksacijos aparatu yra svarbu gera aseptinė žaizdos priežiūra, norint išvengti mikroorganizmų patekimo į žaizdą, kitaip sakant, – infekcijos. Būtina kruopščiai valyti prakaituojančias vietas, ypač linkius, neleisti žaizdai šlapti, neužkloti šiltai. Išorinio kaulų fiksacijos aparato strypai gali pažeisti sveikos galūnės odą, todėl reikia stebėti ne tik pažeistą galūnę, bet ir sveikąją, ar nėra nubrozdinimų, žaizdelių.

Raumenų sistema. Galūnių kraujotaka gulint sulėtėja, nes raumenys gauna kur kas mažiau kraujo ir kapiliarai būna užsidarę. Siekiant pagerinti kraujo tėkmę galūnėse, pacientai yra skatinami kuo anksčiau pradėti judinti galūnę.

Fiziologiškai blauzdos raumenys kartu su pado raumenimis palaiko pėdos skliautą: tiesia, lenkia pėdą, palaiko jos tinkamą padėtį, tačiau po operacijos šie raumenys yra sužalojami ir nebeatlieka šių funkcijų [10]. Todėl atliekant tyrimą buvo pastebėta, kad paprastai pirmąją dieną po operacijos, kai uždedamas išorinis fiksacijos aparatas, pacientui pradedama taikyti judesių terapija, atsižvelgiant į jo bendrą būklę ir patirtos traumos sunkumą – galūnės pirštų lenkimas, judinimas, plaštakos ar pėdos judesiai (ją pritraukinant prie blauzdos, pasitelkiant į pagalbą ortopedines priemones) [11].

Operacinė žaizda. Paprastai pirmas žaizdos perrišimas atliekamas po 48 valandų, nes taip išvengiama žaizdos infekavimosi, tačiau esant permirkusiems tvarsčiams, žaizdą perrišti reikia [9, 11]. Išorinės kaulų fiksacijos aparato strypai odoje palieka ne vieną žaizdą. Priežiūra aplink strypus yra specifinė. Nors kiekviena žaizda aplink strypą yra maža, tačiau ji vis tiek turi būti prižiūrima, nes odos vietos aplink vielą infekcija – dažna bendra išorinės kaulų fiksacijos komplikacija [9].

Tyrimo medžiaga ir metodika

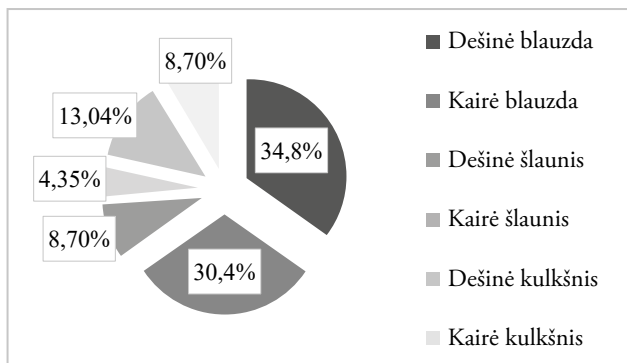
Tyrimas buvo atliktas X ligoninėje, traumatologijos skyriuje. Tyrimo objektas buvo pacientų, kuriems taikytas išorinis kaulų fiksacijos gydymo būdas, slaugos poreikiai. Tyrime dalyvavo 23 pacientai, didžiąją dalį jų sudarė vyrai. Tyrimas vyko nuo 2019 m. spalio 21 d. iki 2019 m. lapkričio 22 d. Tiriamiesiems buvo užtikrintas konfidencialumas. Tyrimo duomenys pateikti naudojant kompiuterinę programą „Microsoft Office Excel“ procentais diagramose, lentelėse.

Tyrimo rezultatai

Išsiaiškinta, kad pagal savarankiškumo lygį pacientai po išorinės kaulų fiksacijos aparato uždėjimo operacijos pasiskirstė į tris grupes: beveik visiškai priklausomi ($n = 5$), vidutiniškai priklausomi ($n = 17$), šiek tiek priklausomi ($n = 1$). Daugiausia atsakiusių sudarė vidutiniškai priklausomi pacientai.

Pagal Barthel indekso lentelę, daugiausia sunkumų pacientai patyrė ir daugiausiai pagalbos reikėjo naudojantis tualetu, judant, keliantis iš lovos, lipant laiptais. Beveik visiškai priklausomiems pacientams reikėjo pagalbos prausiantis, rengiantis.

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal amžių, buvo išsiaiškinta, kad didesnę dalį sudaro vyresnio amžiaus žmonės, t. y. 50 metų ar vyresni asmenys ($n = 15$). Vyriausias tirtas pacientas buvo 69 metų amžiaus, o jauniausias tiriamasis – 21 metų amžiaus. Išorinis kaulų fiksacijos aparatas tyrimo metu dažniausiai buvo taikytas blauzdos srityje (2 pav.).



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal operuojamos galūnės vietą

Daugiausia tiriamųjų ($n = 13$) teigė, jog vaistų nuo skausmo reikėjo 1–2 kartus per parą, tai sudarė net 56,5 proc. visų apklaustųjų. 34,8 proc. pacientams ($n = 8$) vaistų nuo skausmo reikėjo 3–4 kartus per parą. Stipriausią skausmą operuotos kojos vietoje dauguma respondentų ($n = 10$) jautė žaizdos srityje, kur buvo pjūvis, – net 43,5 proc. Skausmą visoje kojoje jautė 26,1 proc. ($n = 6$) tiriamųjų. 17,4 proc. ($n = 4$) stipriausią skausmą jautė aplink Kiršnerio vietas, tik trims pacientams ($n = 3$) labiausiai skaudėjo operuotos kojos pėdą. Didelių skirtumų tarp skirtingų savarankiškumo lygių nenustatyta. Didžioji dalis pacientų stipriausią skausmą jautė po žaizdos perrišimo procedūros. Jie teigė, jog labiausiai kojos skausmus malšina vaistai nuo skausmo bei suteikta tinkama kojos padėtis.

Po operacijos, kai uždedamas išorinis kaulų fiksacijos aparatas, tiriami pacientai susidūrė ir su įvairiais sveikatos

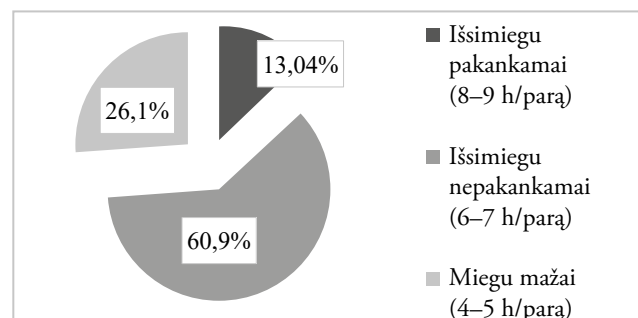
sutrikimais. Vidutiniškai priklausomi pacientai pastebėjo, kad pradėjo daugiau prakaituoti – 52,9 proc. ($n = 9$), jautė raumenų skausmą ($n = 10$), jautė silpnumą ir (arba) svaigulį ($n = 10$). Labiausiai priklausomi pacientai skundėsi padidėjusiu AKS ($n = 3$), silpnumu ir (arba) svaiguliu ($n = 4$), greitu nuovargiu ($n = 3$), kartais kraujuodavo operuota koja ($n = 4$). Šiek tiek priklausomas pacientas jautė šaltkrėtį, prakaitavimą bei kraujavo operuota koja.

Išorinis fiksacijos aparatas (IFA) labiausiai ap sunkino pacientų judėjimą. Pagalbinių judėjimo priemonių ligoninėse yra, tačiau tinkamiausią pasirenka patys pacientai. Tyrime dalyvavusių pacientų judėjimo priemonių pasirinkimas pasiskirstė įvairiai. Labiausiai priklausomi pacientai judėjo neįgaliojo vežimėliu ($n = 3$), su vaikštyne ($n = 2$). Vidutiniškai priklausomi pacientai daugiausiai rinkosi judėjimą su vaikštyne – 52,9 proc. ($n = 9$) bei judėjimą su ramentais – 29,4 proc. ($n = 5$), o vienas pacientas teigė, jog negali judėti. Šiek tiek priklausomas pacientas atsakė, jog juda su ramentais.

Beveik visiškai priklausomi pacientai dėl judėjimo veiklos turėjo daugiausiai sunkumų, nes 80 proc. ($n = 4$) tokių pacientų nemokėjo naudotis pagalbiniomis judėjimo priemonėmis, tiek pat nemokėjo mankštintis ($n = 4$), stengėsi mažiau vaikščioti ($n = 4$). Vidutiniškai priklausomiems pacientams daugiausiai judesius ribojo aparato svoris – 56,3 proc. ($n = 9$), 50 proc. vaikstant vargino riboti judesiai, tiek pat tiriamųjų nemokėjo mankštintis, 43,8 proc. ($n = 7$) jautė griuvimo baimę, 62,5 proc. ($n = 10$) kartais vaikstant skaudėjo operuotą koją. Šiek tiek priklausomam pacientui kilo daugiausiai sunkumų, nes vaikstant skaudėjo operuotą koją, norėjo mankštintis, bet nemokėjo atlikti pratimų, kiti sunkumai vargino tik kartais.

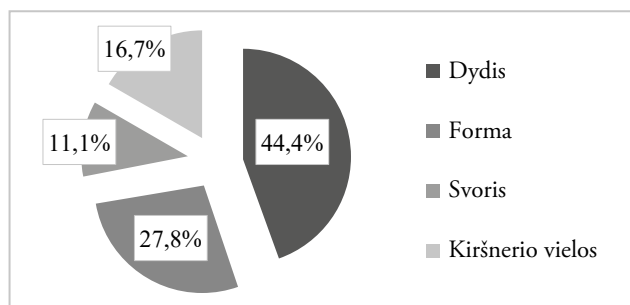
Po operacijos gali sutrikti tuštinimosi ir šlapinimosi veikla dėl sumažėjusio judėjimo, pakitusio maisto, streso ar kt. Buvo pastebėta, kad beveik visiškai priklausomiems pacientams visada sunku savarankiškai naudotis tualetu – 80,0 proc. ($n = 4$), 60,0 proc. ($n = 3$) jaučia diskomfortą atlikdami tualetu reikalus lovoje, tiek pat pacientų teigia, kad juos kartais vargina vidurių užkietėjimas. Vidutiniškai priklausomiems pacientams 41,2 proc. ($n = 7$) sunku savarankiškai naudotis tualetu, 29,4 proc. ($n = 5$) jaučia diskomfortą atlikdami tualetu reikalus lovos ribose, tiek pat pacientų kartais vargina vidurių užkietėjimas. Šiek tiek priklausomas pacientas kartais viduriuoja, jam sunku savarankiškai naudotis tualetu.

Iš visų tiriamųjų (3 pav.) po operacijos miega nepakankamai (6–7 h / parą) 60,9 proc., miega mažai (4–5 h / parą) 26,1 proc. Labiausiai priklausomi pacientai ($n = 2$) miega nepakankamai arba miega mažai. Iš visų vidutiniškai priklausomų pacientų 64,7 proc. išsimiega nepakankamai ($n = 11$). Šiek tiek priklausomas pacientas išsimiega nepakankamai.



3 pav. Visų tiriamųjų pacientų pasiskirstymas pagal miegą

Kadangi išorinis fiksacijos aparatas yra didelis ir jo forma iš pradžių atrodo grėsminga, pacientai dėl to jaučiasi nusiminę. Siekta išsiaiškinti pacientų emocinę būseną, taikant šį gydymo būdą. Daugiau nei pusė respondentų visose savarankiškumo grupėse teigia, kad jaučia įtampą ir baime; beveik visi teigia, jog jaučiasi nusiminę dėl dabartinių kūno pojūčių; kai kurie jaučiasi nejaukiai dėl kitų žmonių dėmesio. Tiriamieji, kurie nerimauja dėl išorinio fiksacijos aparato išvaizdos, teigia, kad labiausiai neramino jo dydis ($n = 8$) ir forma ($n = 5$) (4 pav.). Kiršnerio vielos dažnai išlenda iš aparato rėmo, todėl jos gali sužaloti ir kitą koją, suplėšyti paklodę, antklodę ar paciento aprangą. Būtent jos kelia nerimą 16,7 proc. pacientų.



4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, kas labiausiai neramino dėl išorinio fiksacijos aparato išvaizdos

Šie pacientai yra priversti galvoti, kaip būtų galima pritaikyti aprangą prie išorinės fiksacijos aparato. Buvo pasidomėta, ar kilo sunkumų prisitaikant tam tikrą aprangą. Daugumai apklaustųjų problemų kilo prisitaikant kelnes ($n = 13$) bei avalynę ($n = 10$), šiek tiek mažesnei pusei buvo sunkumų prisitaikant kojines, apatines kelnaites.

Taigi norėta išsiaiškinti, kokios pagalbos daugiausiai reikia iš medicininio personalo. Gauti rezultatai parodė, jog didžiausios pagalbos iš medicininio personalo beveik visiškai priklausomiems pacientams reikėjo vaikstant, prausiantis, rengiantis, šlapinantis bei tuštinantis, reikėjo psichologinės paramos 80,0 proc. ($n = 4$). Vidutiniškai priklausomiems pacientams kartais pagalbos reikėdavo vaikstant, keliantis iš lovos. Taip pat visų tiriamųjų grupių respondentai teigė, kad reikėdavo pakartotinių žaizdos perrišimų. Šiek tiek priklausomam pacientui reikėjo pagalbos vaikstant.

Išvados

1. Išsiaiškinta, kad pagal savarankiškumo lygį pacientai po išorinės kaulų fiksacijos aparato uždėjimo operacijos pasiskirstė į 3 grupes: beveik visiškai priklausomi ($n = 5$), vidutiniškai priklausomi ($n = 17$), šiek tiek priklausomi ($n = 1$). Daugiausiai atsakiusių sudarė vidutiniškai priklausomi pacientai.
2. Nustatyta, kad beveik visiškai priklausomi pacientai po taikyto išorinės kaulų fiksacijos operacinio gydymo turi daugiau fiziologinių poreikių dėl judėjimo, tuštinimosi ir šlapinimosi veiklų. Daugiau nei pusė jų teigia, kad juda tik neigaliojo vežimėliu, nemoka naudotis pagalbinėmis judėjimo priemonėmis, stengiasi mažiau vaikščioti, sunku savarankiškai naudotis tualetu. Taip pat reikalinga pagalba prausiantis bei rengiantis. Jiems dažniau reikėjo psichologinės paramos, jautė diskomfortą atlikdami tualetu reikalus lo-

voje. Vidutiniškai priklausomi pacientai bei šiek tiek priklausomas pacientas taip pat turėjo sunkumų tenkindami slaugos poreikius, tačiau jų buvo mažiau nei beveik visiškai priklausomų pacientų grupėje.

3. Taigi pacientai po taikyto išorinės kaulų fiksacijos operacinio gydymo būdo daugiausia sunkumų turi dėl judėjimo, miegojimo, šlapinimosi ir tuštinimosi veiklų. Visiems respondentams yra reikalingas skausmo malšinimas, daugiau nei pusei tiriamųjų reikalinga žaizdų perrišimo procedūros, psichologinis palaikymas, mokymas, kaip prisitaikyti aprangą ar patogiai įsitaisyti lovoje.

NURSING NEEDS OF PATIENTS WITH EXTERNAL BONE FIXATION

Keywords: colostomy, ileostoma, nursing needs.

Summary

This article analyzes the patient nursing needs after the bowel formation surgery. The study included 28 nurses from the surgical department and 4 patients (three of them had ileostomas, one colostomy). The questionnaire survey and interview methods were used for the research. Patients with post-traumatic formation surgery need more nursing and hygiene vital nursing needs than after colostomy formation. In addition, these patients need more knowledge about parastomy care. After the colostomy formation operation, the more urgent nutritional needs of eating and drinking are influenced by the influence of eating on the time of the release. Also, these patients have more psychological problems and more need for communication due to physical body changes.

Literatūra

1. Smailius A., Kubilius R. Atraminio – judamojo aparato ligos: Vadovėlis medicinos fakulteto studentams. Kaunas, 2017.
2. Seligson D., Mauffrey C., Craig S. Roberts. External Fixation in Orthopedic Traumatology. London, 2012.
3. Parvizi J. External fixation. High Yield Orthopaedics. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/external-fixation>.
4. Shenghua Q., Jian L., Chengliang L. Effects of external fixation technique on hospitalization time, fracture healing time and complication rate of pediatric fracture. Departments of Pediatric Surgery. Prieiga per internetą: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0058732.pdf>.
5. Gubin A., Borzunov D., Malkova T. The Ilizarov paradigm: thirty years with the Ilizarov method, current concerns and future research. Prieiga per PMC: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728395/>.
6. Injuries and violence: the facts. World Health Organization. Prieiga per internetą: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44288/9789241599375_eng.pdf;jsessionid=71BC2EB45763362D748AE6BD-71308CF6?sequence=1.
7. Januškevičiūtė R., Markevičienė B., Balčiūnienė R. Slaugos diagnozių formulavimo pagrindai. Kaunas, 2015.
8. Kalibatiene D., Gradauskas A., Šipylaitė J. Bendroji chirurginė slauga. Vilnius, 2018.
9. Jester R., Santy J., Rogers J. Oxford handbook of Orthopaedic and Trauma Nursing. United States: Oxford University Press, 2011.
10. Liseckienė I. Pragulų profilaktika: mokslo įrodymais pagrįstos rekomendacijos. SLAUGA. Mokslas ir praktika žurnalas. Vilnius: UAB Pozicija, 2017; Nr. 11 (251), 11–13.
11. Solomin N.L. The Basic Principles of External Skeletal Fixation using the Ilizarov and Other Devices. Second Edition. Italia: Springer-Verlag, 2012; 1449–1474.

Nėščiosios dvasinė gerovė – tvirtas pagrindas motinystei

Emilė Kaušlaitė, Dangyra Ruseckienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakultetas

Dvasingumo sąvokos daugialypiškumas

Rasti vieningą dvasingumo termino apibūdinimą, kuris tiktų sveikatos priežiūros srityje, vis dar sudėtinga. Dvasingumas gali būti prilyginamas pagrindui, į kurį remiasi žmogaus vertybės, gyvenimo įvykių ir kitų žmonių vertinimas, iš jo kylančios reakcijos bei veiksmai (1). Tyrėjai teigia, kad dvasingumas yra žmogaus patirties centras ar branduolys, iš kurio visos kitos gyvenimo sritys įgyja didžiausią prasmę (2) ir paliečia tai, kas yra kiekvieno žmogaus viduje, t. y. tai, kuo žmogus nuoširdžiai gyvena (3). Mokslininkų nesutarimas dėl vieningo koncepcinio apibrėžimo patvirtina, kad dvasingumas yra sudėtinga ir abstrakti sąvoka, jį apibrėžti sunku, nes šis atspindi „širdies“, o ne „proto“ pažinimą, kurį išreikšti žodžiais sudėtinga (4).

Dvasingumo sąvokos daugiaprasmiškumas nestabdo mokslinių tyrimų, analizuojančių dvasingumo reikšmę ir poveikį žmogaus sveikatai – nuo sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos iki kovojimo ir (arba) susitaikymo su liga, sėkmingo gijimo proceso arba gyvenimo pabaigos suvokimo (5, 6). Sukaupti įrodymai byloja, kad dvasingumas teigiamai veikia ir skatina fizinę, psichinę ir dvasinę žmogaus sveikatą, gerina gyvenimo kokybę, stimuliuoja sveikatą gerinančią ir nuo ligų apsaugančią elgseną (7). Dėl šių įrodymų vis daugiau dėmesio skiriama sveiko ir sergančio žmogaus dvasinei pusiausvyrai bei dvasiniams ištekliams.

Dvasinė gerovė – nėščiosios holistinės priežiūros dedamoji

Dvasinė gerovė arba *dvasinė sveikata* – viena iš holistinio požiūrio į žmogų dedamųjų, suvokiama kaip spektras nuo dvasinio skausmo ar kančios iki dvasinės gerovės ir jos augimo (8). Dvasinė gerovė įvardijama kaip žmogaus būseną, dėl kurios kasdienio gyvenimo plotmėje individas geba realizuoti savo vidinį potencialą, siekia gyvenimo tikslo, mato jo prasmę ir visa tai jam teikia laimę (9). Mokslo darbuose, kurie jau keletą pastarųjų metų vykdomi Lietuvos sveikatos mokslų universiteto tyrėjų grupės, dvasinė gerovė apima gyvenimo patyrimą per darnų, pilnatvę ir laimę teikiančią santykį su savimi, kitais žmonėmis (bendruomene), aplinka ir Dievu ir (arba) Dievybe arba kitokio pobūdžio transcendencija (10, 11).

Jeigu moksle dvasingumo ir dvasinės gerovės tematika vis labiau plėtojama, žvelgiant į sveikatos priežiūros praktiką, slaugytojai, akušeriai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai retai geba atpažinti savo pacientų (klientų) dvasinę būklę ir suvokti jų dvasinius poreikius. Kaip priežastis dažniausiai įvardijama skirtingų dvasingumo apibrėžčių gausa, sudėtingas žmogaus dvasinės gerovės vertinimas, sveikatos priežiūros specialistų laiko trūkumas ar neįtakumas, kurį su pacientais šia tema diskutuodami specialistai gali pajusti. Dėl to, teikiant

tinkamą dvasinę pagalbą, labai svarbu specialistų turimos žinios, asmeniniai įsitikinimai ir dvasingumo svarba jų pačių gyvenime (7). Atlikti tyrimai rodo, jog aukštesnį asmeninį dvasinės gerovės lygį patiriantys pagalbos teikėjai dažniau taiko dvasinės priežiūros intervencijas kitiems (12).

Tyrimų, nagrinėjančių dvasinės gerovės reikšmingumą ištikus įvairiems lėtiniais arba ūminiais sveikatos sutrikimams, – gausu. O moters dvasinės sveikatos svarba naujos gyvybės laukimo metu, pasak tyrėjų, per mažai tyrinėta ir interpretuota (13, 14). Dvasinė gerovė svarbi nėščioms moterims, kadangi nėštumas – fiziologinė moters būseną, sukelti įvairių fizinį ir psichologinių pokyčių bei iššūkių, kuriuos įveikti padėtų dvasingumo puoselėjimas. Dvasingumo raiška akušerijoje suprantama kaip akušerės nėščiajai teikiama priežiūra, gailėtis ir buvimas kartu su moterimi (15). Tuomet nėštumas moteriai suteikia galimybę praplėsti savo mąstymą arba atnaujinti dvasinius įsitikinimus, o šie galiausiai padėtų susidoroti su neigiamais sveikatos pokyčiais (13).

Nėščiųjų dvasinės sveikatos analizė

2020 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitete atliktas tyrimas – nėščiųjų apklausa, siekiant nustatyti jų dvasinės gerovės lygmenį. Tyrime dalyvavo 66 nėščios moterys. Respondenčių amžiaus vidurkis buvo $30,38 \pm 4,63$ metai, daugiau nei pusė jų gyveno mieste (63,6 proc.), trys ketvirtadaliai apklaustųjų gyveno susituokusios (77,3 proc.), o likusios buvo netekėjusios ir gyveno su partneriu (21,2 proc.) arba be jo (1,5 proc.). Pirmą kartą nėščios sudarė 45,5 proc., antrą kartą – 43,9 proc. Didžioji dalis respondenčių save laikė tikinčiomis (77,3 proc.), kita dalis nurodė, kad yra netikinčios (13,6 proc.) arba negalėjo atsakyti į šį klausimą (9,1 proc.). Dažniausia išpažįstama religija buvo krikščionybė.

Vertinant dvasinę gerovę išsiaiškinta, kad nėščiosioms svarbiausia buvo palaikyti gerus santykius su kitais (dvasinės gerovės bendruomeniškumo sritis) (teiginių vertinimo vidurkis $20,92 \pm 2,53$), o transcendencijos sritis ($13,85 \pm 5,54$), t. y. santykis su Dievu, Dievybe ir kitomis aukštesnėmis galiomis, buvo mažiausiai svarbus nėščiųjų dvasinei gerovei palaikyti.

Rezultatai atskleidė, kad nėščioms moterims svarbu jausti gyvenimo prasmę ir įsisąmoninti savo esamą situaciją, išlaikyti tarpusavio pasitikėjimą ir pagarbą santykiuose su kitais. Joms svarbus ryšys su gamta ir darba su aplinka, ypač nėščioms moterims, kurios gyvena mieste. Nors transcendentinė dvasinės gerovės sritis moterų mažiausiai akcentuota, visgi daliai jų rūpėjo asmeninis santykis bei santarvė su Dievu ir (arba) Dievybe. Taip pat nustatyta, kad apklaustųjų dvasinei gerovei dvasingumas reikšmingai svarbesnis nei religingumas, kuris moterims buvo mažiau būdingas nei dvasingumas. Šie rezultatai patvirtina, kad ir netikintys žmonės turi dvasinį pradą, kuris yra svarbus įvairiomis, ypač kritinėmis, gyvenimo aplinkybėmis.

Dvasinio intelekto puoselėjimas: reikšmė moterims ir akušeriams

Užsienio šalių mokslininkai pažymi, kad aukštas nėščių moterų dvasinio intelekto lygis tiesiogiai sietinas su jų patiriama gimdymo laime bei sumažėjusia baime ir su didesniu natūralaus gimdymo pasirinkimu, todėl svarbu ugdyti ir šviesti nėščiąsias apie dvasinius gyvenimo aspektus (16). Be to, teikiant dvasinę pagalbą nėščioms moterims, jų gimdymo patirtys yra geresnės ir suteikia tvirtą pagrindą motinystės pradžiai (15). Sėkminga motinystė stiprina moters psichikos sveikatą, didina ne tik jos, kūdikio, bet ir visos šeimos gerovę.

Kad akušerijoje atsirastų vis daugiau dvasinės pagalbos apraiškų, akušeriai turėtų puoselėti savo pačių dvasinę gerovę ir vertybes, būti kompetentingi, nuoširdūs, empatiški bei gebėti priimti moterį esant bet kuriai jos situacijai. Priėmimas suprantamas kaip moters paskatinimas reikšti savo mintis, pojūčius, jos išsakytos nuomonės gerbimas ir nuoširdaus rūpinimosi parodymas (17). Šios akušerio kompetencijos turėtų būti nuolat tobulinamos, didinant profesinį savarankiškumą bei lyderystės gebėjimus, darbo aplinkoje stiprinant tarp profesinį bendradarbiavimą.

Literatūra

1. Valiulienė Ž., Šeškevičius A. Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis ir lėtiniais širdies nepakankamumu, dvasinės sveikatos problemos. 2012; 22(3):159–164.
2. Seeber J., Park M. O., Kimble M. A. Pathogenic-Salugenic faith and integrative wellness. *Journal of Religious Gerontology*. 2001; 13(2):69–81.
3. Barnum B. S. *Spirituality in nursing: The challenges of complexity* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company. 2011; 192.
4. Carson V. B., Koenig H. G. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Rev. Ed. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation. 2008; 418. Available from: <https://epdf.pub/spiritual-dimensions-of-nursing-practice-templeton-scien-ce-amp-religion.html>.
5. Cohen M. Z., Holley L. M., Wengel S. P., Katzman R. M. A platform for nursing research on spirituality and religiosity: definitions and measures. *Western Journal of Nursing Research*. 2012; 34(6):795–817.
6. Eskandari N., Golaghaie F., Aghabarary M., Dinmohammadi M., Koohestani H., Didehdar M., et al. Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 8:1–6.
7. Potter P. A., Perry A. G., Stockert P., Hall A. *Fundamentals of Nursing*. New York: Elsevier Health Sciences; 2016; 1392.
8. Selman L., Harding R., Gysels M., Speck P., Higginson I. J. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated-cross-culturally: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 41(4):728–753.
9. Dhar N., Chaturvedi, Nandan D. Spiritual health scale 2011: defining and measuring 4th dimension of health. *Indian journal of community medicine*. 2011; 36(4):275–282.
10. Riklikienė O., Kaselienė S., Fulton J. Translation and validation of spiritual wellbeing questionnaire SHALOM in Lithuanian language, culture and health care practice. *Religions* 2018; 9:156. doi:10.3390/rel9050156.
11. Riklikienė O., Spirgienė L., Kaselienė S. Association of Religiosity and Spirituality with the Perception of Cancer Patients' Spiritual Wellbeing and Spiritual Needs. *NERP* 2019; 9(1):19–26.
12. Burkhardt M. A. Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*. 1989; 3(3):69–77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2670980>.
13. Musa A. S. Spiritual care intervention and spiritual well-being. *Journal of Holistic Nursing*. 2017; 35(1):53–61.
14. Saffari M., Amini H., Sheykh-oliya Z., Pakpour A. H., Koenig H. G. Validation of the persian version of the daily spiritual experiences scale (dses) in pregnant women: A proper tool to assess spirituality related to mental health. *J Relig Health*. 2017; 56:2222–2236.
15. Crowther S., Hall J. Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women and Birth*. 2015; 28:173–178.
16. Moloney S., Gair S. Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth*. 2015; 28:323–328.
17. Abdollahpour S., Khosravi A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in iranian pregnant women. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2018; 23(1):45–50.
18. Kaušylė M., Juškienė V. Dvasinio konsultavimo dimensija teikiant pagalbą krizinio nštumo situacijose. Mokslo ir tikėjimo dialogai. Tiltai. Priedas: Mokslo darbai. 2016; 47:107–125.

Inovatyvios technologijos medicinos švietime – prabangi privilegija ar realybė?

¹Eimantas Pocius, ²Romualdas Malinauskas

¹Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras

²Lietuvos sporto universitetas

Žmogaus evoliucija pasiekė tokį lygį, kad šiuo metu jam kasdienybę palengvina įvairios technologijos. Rytą mus pažadina skaitmeninis žadintuvas ir vos pramerkę akis technologijų dėka galime akimirksniu pasiekti visą mums reikalingą informaciją. Rytinę kavą mums pagamina automatiniai kavos aparatai, o išmaniajame laikrodyje matoma tiesioginė orų prognozė leidžia mums išsirinkti tinkamą dienos rūbą. Tai tik maža dalis šiuolaikinės kasdienybės, kurioje įvairios inovatyvios technologijos užima vis didesnę vietą mūsų gyvenime. Technologijos paveikia ne tik mūsų asmeninį gyvenimą. Jomis siekiama palengvinti ar net pakeisti žmogaus darbinę veiklą. Ne išimtis ir švietimo sistema. Dabar jau įprasta, kad kadaise inovatyviu laikytas pristatymų vizualizavimo metodas šiuo metu yra tapęs neišvengiama švietimo proceso dalimi. Galima drąsiai teigti, kad įvairių pristatymų atvaizdavimas technolo-

gijų pagalba naudojamas beveik visuose švietimo srities sektoriuose. Dėl technologinės pažangos pagreičio natūralu, kad šiomis dienomis egzistuoja naujos inovatyvios technologijos, kurių integracija gali tapti tokia pat natūrali, kaip ir praeities inovacijų. Šiais laikais technologinės inovacijos ypač svarbios medicinos srityje. Naujais medicinos laimėjimai itin susiję su technologinių priemonių taikymu. Taigi natūraliai kyla klausimas, kokios inovacijos siūlomos medicinos švietimo sričiai? Įdomu ir tai, ar šių inovacijų taikymas švietimo srityje gali prisidėti prie medicinos sričių studentų ar specialistų motyvacijos mokytis bei tobulinti savo kvalifikaciją didinimo? Atsakymai į šiuos klausimus padės atsakyti į pagrindinį klausimą – inovatyvios technologijos medicinos švietime yra prabangi ir naudos neduodanti privilegija ar prieinama ir itin naudinga realybė?

Kodėl to reikia?

Technologijos skatina pokyčius ir suteikia naujų galimybių švietimo įstaigoms. Nors technologijos ir suteikia galimybių, tačiau jų aktualumo suvokimas ir visišką jų galimybių realizavimą priklauso nuo to, ar švietimo srities specialistai gerai išmano technologijas ir yra pasirengę peržengti įprastus mokymo modelius [10]. Tačiau to reikalauja natūralūs, su technologijų atsiradimu susiję veiksniai. Vis dažniau į įvairias akademines mokymo įstaigas bei kvalifikacijos tobulinimosi centrus kreipiasi asmenys, kurie priklauso *skaitmeninei vietinei kartai* (angl. *Digital Natives*). JAV nuo 1977 m. gimę asmenys yra priskiriami būtent šiai kategorijai [12]. Kadangi technologijos mūsų šalį pasiekė kiek vėliau, *skaitmeninė vietinė karta* Lietuvoje prilyginama *milėniumų* kartai (1982–2004). Ši karta taip vadinama todėl, kad būtent nuo to laikotarpio pradžios gimę asmenys augo apsupti technologijų. Toks gausus ir ganėtinai keistas šios kartos klasifikavimas siejosi su naujo žmonių tipo atsiradimu. O švietimo organizacijų darbuotojai neretai yra vyresni ir priskiriami *skaitmeninių imigrantų* (angl. *Digital Immigrant*) grupei, kuriems teko ir vis dar tenka mokytis dirbti su įvairiomis technologijomis. Taigi studentai ir specialistai keičiasi patys, ir tai gali būti svarbiau nei bet kokie galimi akademinio darbo pokyčiai, atsirandantys dėl mokslininkų naudojamų skaitmeninių informacinių technologijų akademiniam kontekste [10]. *Skaitmeninė vietinė karta* mąsto ir informaciją apdoroja iš esmės skirtingai, taigi jų mokymas turėtų būti orientuotas į naujas technologijas, kurios remiasi gausia vaizdine informacija. Neuromokslų tyrimų rezultatai įrodo, kad smegenys yra daug plastiškesnis organas, nei manyta anksčiau, ir kad *skaitmeniniai vietiniai* mąsto kitaip ir mokosi internetinėje erdvėje ar įvairių žaidimų ir grafikų pagalba priešingai nei prieš tai gimusios kartos [12]. Įvairi grafinė ir žaidimų pagrindo informacija prisideda prie individo erdvinio gebėjimų formavimo. Erdviniai gebėjimai, kurie iki šiol buvo laikomi kaip fiksuoti individualūs įgūdžiai, gali turėti keletą svyruojančių požymių. Taigi erdvinio gebėjimų apibrėžimą sudaro: erdvinio ryšių supratimas, objektų suvokimo greitis ir gebėjimas psichologiškai vizualizuoti dviejų (2D) ar trijų dimensijų (3D) objektus [7]. Erdviniai gebėjimai yra neatsiejama medicinos studijų dalis. Tai ypač svarbu mokantis anatomijos disciplinos. Šimtus metų erdvinį kūno suvokimą medicinos bendruomenė tobulino lavonų disekcijų (kūno skrodimų) metu. Tačiau dėl pasaulio valstybėse egzistuojančių socialinių, etinių ir religinių išpaieigijimų vis mažiau žmogaus kūnų yra paaukojama mokslui. Medicinos ir biomedicinos studijų krypties studentai vis rečiau turi galimybę atlikti disekcijas ir tokiu būdu suvokti žmogaus kūną erdviškai. Taigi šiuo metu populiariausiu ir prieinamu mokymosi metodu išlieka anatomijos knygos ir atlasai, kuriuose grafinis vaizdas perteikiamas 2D formatu. Dėl šios priežasties formuojasi itin opi problema – daugelis aukštojo mokslo absolventų (bakaluro, magistro laipsniai) savo anatomijos žinias vertina kaip nepakankamas [17] ir šių žinių nepakankamumas chirurginėje praktikoje neretai nesiekia net saugios medicinos praktikos standarto ribos [15].

Taigi būtina ieškoti alternatyvų, kuriomis medicinos ir biomedicinos sričių studentai gautų pakankamai anatomijos žinių. Itin svarbu ir tai, kad šių sričių specialistai papildytų jau turimas žinias kvalifikacijos tobulinimo mokymuose ir jos siektų saugios medicinos standartus.

Ar egzistuoja alternatyva?

Šiuo metu medicinos ir biomedicinos srityse jau pradedamos taikyti įvairios 3D anatomijos atvaizdavimo priemonės. Trijų dimensijų (3D) atvaizdavimo metodas yra vienas iš virtualios mokymo aplinkos metodų, kuomet technologijomis sukurtas vaizdas atvaizduojamas trijų dimensijų grafikoje [9]. Daugėja ir mokslinių tyrimų, analizuojančių šių technologijų pritaikomumą švietimo procese bei jų naudą mokymo procesams. 3D vizualizavimas naudingas: norint palengvinti ir pagreitinti informacijos įsisavinimo procesą [16]; siekiant pagerinti faktines studentų ar specialistų žinias [2; 5; 20] bei siekiant geresnių studijų rezultatų [14]; erdvinio suvokimo lavinimui [1], įskaitant anatomijos discipliną [18]; realistiško vaizdo perteikimui [8]; siekiant geriau suprasti sudėtingus anatominius regionus [16] ir jų santykį su kitomis kūno struktūromis [4; 13]; norint pagerinti studentų ar specialistų suvokiamą efektyvumą ir pasitenkinimą [5]. Nors 3D vizualizavimo technologijos reikalauja investicijų, jos atsiperka. Inovatyvios vizualizavimo programos gali sumažinti su mokymusi susijusias įstaigos išlaidas, kurios paprastai skiriamos papildomos literatūros, plakatų, modelių, eksperimentinės medžiagos įsigijimui [9]. Tyrimai rodo, kad minimos technologijos turi didelį potencialą teigiamai paveikti anatomijos ugdymą [3] ir kad tai yra ne tik puiki priemonė mokytis anatomijos disciplinos, bet ir prisiminti ar papildyti šias žinias studijas baigusiems specialistams įvairiuose kvalifikacijos tobulinimosi mokymuose [11]. Taigi remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, inovatyvi 3D vizualizavimo metodika yra puiki alternatyva, dėl kurios medicinos ir (arba) biomedicinos studijų krypties studentams ar specialistams mokymosi procesas taps paprastesnis ir kokybiškesnis. Tačiau čia iškyla dar viena dilema – kokį 3D vizualizavimo įrankį rinkti? 2018 m. buvo atlikta 20-ies 3D virtualių anatomijos atvaizdavimo programų analizė, kuria siekta išsiaiškinti, ar komercinės paskirties 3D anatomijos vizualizavimo programos yra tinkamos naudoti studijų procese. Remiantis minėto tyrimo duomenimis, anatomijos disciplinos mokymo procese šiuo metu tinkamos ir komercinės paskirties, ir privačiai sukurtos 3D atvaizdavimo priemonės [19]. Šiuo metu populiariausios, internete prieinamos aplikacijos, kurios buvo tiriamos minėtame tyrime: „Anatronica“, „BioDigital“, „Netter 3D Anatomy“, „Primal Pictures“, „Visible Body“, „Zygote Body“. Taigi minėtų aplikacijų gausa bei atliktų tyrimų rezultatai patvirtina teiginį, kad alternatyva yra.

Kokios galimybės inovatyvias technologijas pritaikyti mūsų šalyje?

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro dėstytojas Eimantas Pocius ir Lietuvos sporto universiteto profesorius Romualdas Malinauskas 2019 m. Kompetencijų plėtotės centre atliko ugdomąjį eksperimentą. Minėto eksperimento tikslas – išsiaiškinti, koks yra inovatyvių technologijų poveikis medicinos specialistų motyvacijai didinti mokytis Kompetencijų plėtotės centre. Tyrimas vyko vienerius metus, per kuriuos buvo tiriami 126 Kompetencijų plėtotės centre studijuojantys specialistai. Inovatyviai intervencijai buvo pasitelkta Interaktyvios lentos technologija (*Sahara CleverTouch*) bei inovatyvi 3D vizualizavimo programa (*3D Netter Anatomy*). Prieš

eksperimentą ir po jo taikymo specialistai pildė Akademinę motyvacijos skalę (SAMS-21) bei Pasitenkinimo motyvacijos dėl mokymosi klausimyną (CEQ).



Eksperimentinio tyrimo akimirka

Tyrimo metu buvo atskleista, kad inovatyvi 3D vizualizavimo intervencija studijų procese teigiamai veikia medicinos specialistų vidinę motyvaciją patirti bei vidinę pasiekimų motyvaciją. Vidinė motyvacija patirti – tai motyvacija, kai asmenį motyvuoja stimuliuojantys potyriai, susiję su konkrečia veikla [6]. Vidinė pasiekimų motyvacija pasireiškia, siekiant patirti malonumą, įveikiant save, rezultatyviai baigiant veiklą [6]. Atskleista ir tai, kad inovatyvios technologijos teigiamai veikia medicinos specialistų pasitenkinimą aiškiais dėstymo tikslais ir pasitenkinimą savarankiškumu studijuojant. Tiriamųjų rezultatai parodė, kad dėl inovatyvių technologijų taikymo medicinos specialistai geriau supranta, ką turi pasiekti, ko iš jų tikimasi, jaučiasi turintys pakankamai laiko išmoktiems dalykams suprasti, taip pat turi daugiau galimybių pasirinkti, kaip studijuoti ir atlikti darbus. Tyrimas atskleidė ir tai, kad inovatyvios technologijos padeda išvengti per didelio darbo krūvio, kuris susijęs su dideliu informacijos kiekiu, bei padeda išvengti spaudimo, kuris jaučiamas studijų metu. Atlikto tyrimo rezultatų analizė leido suformuluoti rekomendacijas kompetencijų plėtotės centrų vadovams bei šių centrų dėstytojams. Kompetencijų plėtotės centrų vadovams rekomenduojama pasitelkti inovatyvias mokymo priemones, organizuojant medicinos specialistų kvalifikacijos tobulinimo mokymus. Inovatyvių įrankių naudojimas mokymo procese būtų naudingas siekiant informacinio raštingumo, aukštesnių mąstymo įgūdžių, bendravimo ir bendradarbiavimo, technologinių įgūdžių, autonomiško mokymosi, sustiprintos mokymosi patirties. Kompetencijų plėtotės centrų dėstytojams rekomenduojama pasitelkti interaktyvios lentos bei 3D vizualizacijos įrankius, vykdant medicinos specialistų kvalifikacijos tobulinimo mokymus. Išsamus tyrimo analizė bus publikuojama eLABa ETD sistemoje 2020 m. vasarą.

Itin naudinga realybė

Viena populiariausių inovacijų medicinos švietimo srityje – 3D anatomijos vizualizavimas. Įvairiose pasaulio šalyse atliekamų mokslinių tyrimų, kurie tiria šios inovacijos poveikį medicinos srityje, rekomendacijos prisideda prie didėjančio šios mokymo metodikos populiarumo. Mūsų šalyje atliktas eksperimentinis tyrimas prisideda prie užsienio autorių rekomendacijų šią metodiką naudoti studentų bei specialistų studijų procese. Svarbu, kad ši metodika ne tik palengvina mokymo procesą,

prisideda prie kokybiškesnių anatomijos žinių, bet ir teigiamai veikia studentų ir specialistų vidinę motyvaciją mokytis. Vidinis noras nuolat atnaujinti turimas žinias yra itin pageidaujama medicinos srities specialistų savybė. Labai svarbu, kad ši inovatyvi intervencija yra prieinama mūsų šalyje ir gali būti sėkmingai įgyvendinama.

Taigi atsakymas į pagrindinį šios publikacijos klausimą būtų toks: inovatyvios technologijos medicinos švietime – realybė.

Literatūra

1. Abdul-Hamid H. H., Sherjawi Z. A., Omar S., & Phon-Amnuaisuk S. (2017). Student acceptance and attitude towards using 3D virtual learning spaces. *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 532, 107–118.
2. Bergman E. M., Vleuten C. P., Scherpbier A. J. (2011). Why don't they know enough about anatomy? A narrative review. *Med Teach*, 33, 403–409.
3. Hackett M., Proctor M. (2016). Three-Dimensional Display Technologies for Anatomical Education: A Literature Review. *Journal of Science Education and Technology*, 25(4), 641–654. doi:10.1007/s10956-016-9619-3
4. Hoyek N., Collet C., Di Rienzo F., De Almeida M., & Guillot A. (2014). Effectiveness of three-dimensional digital animation in teaching human anatomy in an authentic classroom context. *Anatomical Sciences Education*, 7(6), 430–437. doi:10.1002/ase.1446.
5. Yammine K., Violato, C. (2015). A meta-analysis of the educational effectiveness of three-dimensional visualization technologies in teaching anatomy. *Anatomy Science Education*, 8, 525–538. doi:10.1002/ase.1510.
6. Kairys A., Liniauskaitė A., Brazdeikienė L., Bakševičius L., Čepienė R., Gylinė Ž. (2017). Studentų akademinės motyvacinės skalės (SAMS-21) struktūra. *Psichologija*, 55, 41–55. doi:10.15388/Psichol.2017.55.10735.
7. Keenan I. D., Awadh A. (2019). Integrating 3D Visualisation Technologies in Undergraduate Anatomy Education. *Biomedical Visualisation, Advances in Experimental Medicine and Biology*, (1120). doi: 10.1007/978-3-030-06070-1_4.
8. Khlaisang J., & Songkram N. (2013). E-learning system to enhance cognitive skills for learners in higher education: A review of possibly open education. *International Journal of the Computer, the Internet and Management*, 21(1), 17–23.
9. Khlaisang J., & Songkram N. (2017). Designing a Virtual Learning Environment System for Teaching Twenty-First Century Skills to Higher Education Students in ASEAN. *Technology, Knowledge and Learning*. doi:10.1007/s10758-017-9310-7.
10. Marshall S. J. (2018). *Shaping the University of the Future. Using Technology to Catalyse Change in University Learning and Teaching*. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd.
11. Mitrousias V., Varitimidis S. E., Hantes M. E., Malizos K. N., Arvanitis D. L., & Zibis A. H. (2018). Anatomy learning from prosected cadaveric specimens versus three-dimensional software: A comparative study of upper limb anatomy. *Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger*, 218, 156–164. doi:10.1016/j.aanat.2018.02.015.
12. Palfrey J., & Gasser U. (2008). *Born digital: Understanding the first generation of digital natives*. New York, NY: Basic Books.
13. Park S., Kim Y., Park S., & Shin J.-A. (2019). The impacts of three-dimensional anatomical atlas on learning anatomy. *Anatomy & Cell Biology*, 52(1), 76. doi:10.5115/acb.2019.52.1.76.
14. Pellas N., & Kazanidis I. (2015). On the value of Second Life for students' engagement in blended and online courses: A comparative study from the Higher Education in Greece. *Education and Information Technologies*, 20, 445–466.
15. Simonsen A. R., Duncavage J. A., Becker S. S. (2012). Malpractice in head and neck surgery: A review of cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*, (147) 69–73.
16. Taberner-Rico R. D., Juanes-Méndez J. A., & Prats Galino A. (2017). New Generation of Three-Dimensional Tools to Learn Anatomy. *Journal of Medical Systems*, 41(5). doi:10.1007/s10916-017-0725-4.
17. Triepels C. P. R., Koppes D. M., Kuijk S. M. J., Popeijus H. E., Lamers W. H., van Gorp T., Futterer J. J., Kruitwagen R., Notten K. J. B. (2018). Medical students' perspective on training in anatomy. *Ann Anat* (217), 60–65.
18. Vorstenbosch M. A. T. M., Klaassen T. P. F. M., Donders A. R. T. R., Kooloos J. G. M., Bolhuis S. M., & Laan R. F. J. M. (2013). Learning anatomy enhances spatial ability. *Anatomical Sciences Education*, 6(4), 257–262. doi:10.1002/ase.1346.
19. Zilversoon M., Kotte E. M. G., van Esch B., ten Cate O., Custers E. J., & Bleys R. L. A. W. (2018). Comparing the critical features of e-applications for three-dimensional anatomy education. *Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger*, 193, 1–41. doi:10.1016/j.aanat.2018.11.001.
20. Weldon M., Poyade M., Martin J. L., Sharp L., & Martin D. (2019). Using Interactive 3D Visualisations in Neuropsychiatric Education. *Biomedical Visualisation*, 17–27. doi:10.1007/978-3-030-14227-8_2.

Su kokiais iššūkiais susiduria slaugytojai, dirbantys pirmosiose COVID-19 gretose?

^{1, 2, 6}Daiva Didvalė, ^{1, 3, 4, 5, 7}Lina Gedrimė, ^{1, 8}Vera Gerasimčik-Pulko, ⁸Violeta Senavaitienė

¹Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija, ²Kauno klinikos, ³Respublikinė Klaipėdos ligoninė, ⁴Klaipėdos universitetas, ⁵Vilniaus universitetas, ⁶Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ⁷Valstybinė Klaipėdos kolegija, ⁸VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos



„Kartu mes stiprios!“ D. Vinogradovienės ir V. Gerasimčik-Pulko asmeninio albumo nuotraukos

Visą pasaulį, taip pat ir Lietuvą, iš pasaulų užklupo nežinoma liga – nematomas priešas, sukėlęs baimę ir nerimą, bet tuo pačiu privertęs susikaupti ir veikti. Nors slaugytojai dažnai susiduria su įvairiais iššūkiais ir kritinėmis situacijomis, kai reikia priimti operatyvius sprendimus ir mobilizuoti visas savo žinias, kompetencijas ir jėgas, tačiau COVID-19 pandemija ypatingas iššūkis.

Nuo pat pandemijos pradžios Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija aktyviai dalyvavo ir prisidėjo prie COVID-19 praktinių gydymo ir slaugos rekomendacijų Intensyviosios terapijos skyriuje rengimo. Gairės patvirtintos Sveikatos apsaugos ministerijos, bendradarbiaujant su Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikomis, Lietuvos sveikatos mokslų universitetu, Vilniaus universitetu, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikomis, Lietuvos anesteziologų ir reanimatologų draugija, nuolat atnaujinama aktuali versija. Rekomendacijose pateikiama ir atskira dalis slaugytojams, akcentuojant svarbiausius slaugos etapus, kai pacientas yra kritinės būklės: paciento pozicionavimo algoritmas, kvėpavimo funkcijos užtikrinimo priemonės, medicininės aparatūros paruošimas, paviršių valymas ir dezinfekcija, veninės prieigos užtikrinimas, paciento maitinimas, sekreto siurbimas, gaivinimas, mirusiojo kūno sutvarkymas. Svarbiausiu akcentu išlieka teisingas asmens apsaugos priemonių užsidėjimas, dėvėjimas ir nusiėmimas.

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose intensyviojoje terapijoje nuo kovo pabaigos iki balandžio vidurio pacientų, sergančių COVID-19, skaičius išaugo iki dešimties. Skaičius atrodo nedidelis, tačiau darbo specifika, aplinka, visa darbo organizavimo tvarka ir pacientų priežiūros sudėtingumas pasikeitė radikalčiai.

Dar iki pirmojo paciento Intensyviosios terapijos skyriuje tvyrojo nerimas ir nežinomybė, su kokia situacija realiai teks susidurti. Personalas jautė baimę ir nerimą, nes niekas nežinojo, ar neužsikrėtė, kol personalui nebuvo atlikti pirmieji PGR testai. Nerimauti teko ne tik dėl savęs, bet ir dėl savo artimųjų, nes dauguma neturėjo galimybių izoliuotis nuo šeimos. Tik palaikantys kolegos padėdavo sušvelninti nerimo ir nežinomybės akimirkas.

Atlikus darbo organizavimo reformas, šiandien dirbame nejausdami tokio didelio streso. Darbo organizavimo pasikeitimai vyksta nuolat. Tai priklauso nuo nuolat kintančios situacijos, kuri reikalauja lanksčių sprendimų. Derintis prie besikeičiančių darbo organizavimo taisyklių personalui taip pat yra nemenkas iššūkis.

Personalas yra aprūpintas asmens apsaugos priemonėmis, skyrius pertvarkytas taip, kad būtų griežtai atskirtos raudonoji ir žaliaji zonos. Raudonojoje zonoje gydomi COVID-19 pacientai. Į šią zoną draudžiama eiti be apsaugos priemonių. Atskiroje patalpoje apsirengiami specialūs drabužiai, tai užtrunka 10–15 minučių. Rengtis rekomenduojama prižiūrint kolegoms ir prieš veidrodį, kad galėtum save matyti ir viską atliktum tinkamai bei nieko nepamirštum. Nors iki pirmo paciento, paguldyto į Intensyviosios terapijos skyrių, mokėmės tinkamai apsirengti asmens apsaugos priemones, pirmą kartą einant dirbti su visa apsaugine apranga buvo neramu. Šiuo metu taip apsirengę slaugytojai poste su pacientais dirba pasikeisdami kas 4 valandas. Išbūti tas 4 valandas dėvint visas apsaugos priemones yra labai sudėtinga, nes greitai pasidaro karšta, sunku kvėpuoti, pila prakaitas, kartais rasoja akiniai, apsauginis skydelis, sunku susikaupti. Darbo tempas su tokia apsauga ir tokiomis sąlygomis sulėtėja, greičiau pavargstama. Labai svarbu – kokybiški respiratoriai, su kuriais lengviau kvėpuoti ir galima ilgiau išlikti darbiniams. Nusiimti respiratorių, kad galėtum įkvėpti gryno oro, išgerti vandens, per tas 4 darbo valandas negalima, nes tai pavojinga. Daugėjant ligonių, didėja krūvis personalui.

Dirbant tokiomis sąlygomis ir kaupiant patirtį, kai kurie įprasti dalykai tampa labiau svarbūs. Pavyzdžiui, dirbdamas su keliais sluoksniais apsaugos priemonių, užsidėjęs vienkartinę prijuostę, jos tiesiog nejauti ir gali pamiršti nusiimti prieš išeidamas iš palatos, todėl labai gerai, kai dirbi poromis, tuomet kolega gali padėti išvengti klaidų. Tokioje situacijoje praverstų didesnis veidrodis, pakabintas prie išėjimo iš palatos, nes jame galėtum matyti save ir klaidų sumažėtų. Po kurio laiko įpranti, atsiranda darbo įgūdžiai dirbant su pilna apsauga, ir darbas vyksta sklandžiai. Ne mažiau sudėtinga tampa mums