

**UTENOS KOLEGIJOS
MEDICINOS FAKULTETO
SLAUGOS IR BURNOS PRIEŽIŪROS KATEDROS
BENDROSIOS PRAKTIKOS SLAUGOS STUDIJŲ PROGRAMA**

TVIRTINU

Dekanas

Doc. dr. Raimundas Čepukas

2018-01-22

**BENDROSIOS PRAKTIKOS SLAUGYTOJŲ ŽINIŲ APIE PRAGULAS IR JŲ
PROFILAKTIKĄ VERTINIMAS
BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo autorė

BPS –14 gr. studentė

Milda Žulienė

2018-01-05

Recenzentė

Docentė

Danguolė Šakalytė

2018-01-15

Darbo vadovė

Lektorė

Zita Petravičienė

2018-01-05

UTENA 2018

TURINYS

SANTRAUKA	5
SUMMARY	7
SANTRUMPOS	9
SAVOKŲ ŽODYNĖLIS	10
ĮVADAS	11
1. Literatūros apžvalga	13
1.1. Pragulų samprata	13
1.2. Pragulų atsiradimo priežastys ir klasifikacija	15
1.3. Pragulų susidarymo rizikos vertinimas	21
1.4. Bendrosios praktikos slaugytojo vaidmuo	24
1.4.1. Pragulų priežiūra	24
1.4.2. Pragulų profilaktika	26
2. Tyrimo metodika	29
2.1. Tyrimo organizavimas ir metodai	29
2.2. Tyrimo imtis ir respondentų atranka	29
3. Tyrimo rezultatai	30
3.1. Bendrosios praktikos slaugytojų žinios apie pragulų atsiradimo įtakojančias priežastis	30
3.2. Bendrosios praktikos slaugytojų žinios apie pragulų atsiradimo rizikos veiksnius	31
3.3. Bendrosios praktikos slaugytojo edukacinė veikla apie pragulas ir jų profilaktiką	36
4. Tyrimo rezultatų aptarimas	43
IŠVADOS	45
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	46
LITERATŪROS SĄRAŠAS	47
PRIEDAI	51
1 Priedas. Anketa	52
2 Priedas. Tiriamojo asmens sutikimo forma	57
3 Priedas. Siekiamų baigiamajame darbe atspindėti studijų rezultatų sąrašas	59
4 Priedas. Prašymas. Dėl planuojamo tyrimo leidimo	60
LENTELIŲ SĄRAŠAS	
1 lent. Waterlow pragulų atsiradimo rizikos skalė	19
2 lent. Nortono skalės praguloms numatyti	20

3 lent. Tyrimė dalyvavusių slaugytojų pasiskirstymas pagal demografinius ir socialinius duomenis.....	30
PAVEIKSLĖLIŲ SĄRAŠAS	52
1 pav. Vietos, kuriose dažniausiai susidaro pragulos	13
2pav. Odos sluoksniai.....	
3 pav. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai ar nuo šių veiksnių gali atsirasti pragulos.....	32
4 pav. Slaugytojų nuomonė apie įtakojantčius veiksnius paciento sveikatos būklei, išsivysčius praguloms.....	32
5 pav. Slaugytojų nuomonė ar pragulos gali išsivystyti pacientui sutikus medžiagų apykaitai..	33
6 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į pragulų atsiradimo vietas.....	33
7 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal, tai kokie dažniausi pirminiai pragulų atsiradimo rizikos veiksniai.....	34
8 pav. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas į antrinius pragulų atsiradimo rizikos veiksnius..	35
9 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal pragulų įvertinimui naudojamos skalės.....	35
10 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas atsižvelgiant į tai, kaip dažnai teikia žinias pacientams apie pragulas ir jų profilaktiką.....	36
11 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, pagal tai, kaip dažnai teikia žinias paciento artimiesiems apie pragula ir jų profilaktiką.....	37
12 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į slaugytojų nuomonę apie savo žinias apie pragulas ir jų profilaktiką.....	37
13 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas atsižvelgiant į tai, ar yra dalyvavę mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.....	38
14 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai, ar norėtų dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.....	38
15 pav. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai kada paskutinį kartą dalyvavote mokymuose, apie pragulas ir jų profilaktiką.....	39
16 pav. Slaugytojų pasiskirstymas, atsižvelgiant į žinių šaltinius apie pragulas ir jų profilaktiką.....	39
17 pav. Slaugytojų nuomonėw pasiskirstymas pagal tai kas yra pacientui reikalinga nustačius pragulų išsivystymo riziką.....	40

18 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į pagrindinį akcentą pragulų profilaktikoje.....	41
19 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai, ar nuolatinis personalo mokymas, siekiant išvengti pragulų, yra svarbus.....	41
20 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, pagal pragulų profilaktikoje svarbiausius veiksnius.....	42
21 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal tai, kokios pagrindinės priežastys trukdančios efektyviai pragulų profilaktikoje.....	42

M. Žulienė. Darbo tema: „Bendrosios praktikos slaugytojų žinių apie pragulas ir jų profilaktiką vertinimas“. Bakalauro baigiamasis darbas. Darbo vadovė lekt. Z. Petravičienė; Utenos kolegija, medicinos fakultetas, slaugos ir burnos priežiūros katedra. Utena, 2018.

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas: įvertinti slaugytojų žinias apie pragulas ir jų profilaktiką.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti tiriamosios grupės žinias apie pragulų atsiradimą įtakojančias priežastis.
2. Išnagrinėti tiriamųjų slaugytojų žinias apie pragulų atsiradimo rizikos veiksnus.
3. Išanalizuoti slaugytojo edukacinę veiklą pragulų profilaktikoje.

Tyrimo metodika. Tyrimas atliktas 2017 m. spalio – lapkričio mėn. X ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje. Taikytas apklausos metodas, anoniminio anketavimo būdas. Slaugytojams išdalinta 30 anketų (atsako dažnis 91%). Taikyta aprašomoji statistika.

Tyrimo rezultatai ir išvados. Tyrime dalyvavo 30 bendrosios praktikos slaugytojų - 30 moterų. Apklausta trijų amžiaus grupių slaugytojos, iš kurių (73 proc.) buvo daugiau kaip 50m. Vertinant pagal darbo stažą X ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje, daugiau kaip (93,3 proc.). respondentų turėjo didesnę nei 20 metų darbo stažą. Analizuojant respondentų išsidėstymą pagal išsilavinimą (77 proc.) slaugytojų išsilavinimas yra aukštesnysis (medicinos mokykla).

Išnagrinėjus tiriamos grupės žinias apie pragulų atsiradimą įtakojančias priežastis, bendrosios praktikos slaugytojų nuomonė pasiskirstė, kad pusė respondentų mano, kad įtakos pragulų atsiradimui turi ilgalaikių prietaisų (zondų, kateterių ir pan.) poveikis odai ir gleivinei, daugiau nei trečdalis mano, kad išsivysčius praguloms, ilgėja stacionarinio gydymo trukmė. Galima teigti, kad respondentai žino, kokios yra įtakojančios priežastys pragulų atsiradimui.

Išnagrinėjus tiriamųjų slaugytojų žinių apie pragulų atsiradimo įtakojančius veiksnus, bendrosios praktikos slaugytojų daugiau nei pusė nuomone, reikia sudaryti pacientui individualų pragulų profilaktikos planą. Visi respondentai mano, jog pirminių pragulų atsiradimo rizikos veiksnys yra *spaudimas*. Slaugytojų nuomone, vienas iš pagrindinių antrinių atsiradimo rizikos veiksnių — odos drėgnumas. Bendrosios praktikos slaugytojams pragulų atsiradimo rizikos veiksniai yra žinomi, net daugiau nei pusė apklaustųjų paminėjo svarbiausius pragulų atsiradimo rizikos veiksnus.

Bendrosios praktikos slaugytojai žinias apie pragulas ir jų profilaktiką vertina pakankamai, tai atsake visi respondentai. Paaiškėjo, jog daugiau nei trečdalis slaugytojų – visada teikia

žinias pacientams ir jų artimiesiems apie pragulas ir jų profilaktiką. Mažiau nei pusė respondentų žinių šaltinį apie pragulas ir jų profilaktiką nurodo kaip asmeninę patirtį. Mažiau nei ketvirtadalis nurodo žinių šaltinį – tobulinimosi kursus, tačiau slaugytojų poreikis dalyvauti mokymuose yra didelis. Daugiau nei trys/ketvirtadaliai respondentų norėtų dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.

Raktažodžiai. Bendrosios praktikos slauga; pragulos; profilaktika.

M. Žulienė. Thesis: "General practice nursing knowledge about the prevention of bedsores and Measurement". Bachelor's thesis. Project leader Lect. Z. Petravičienė; Utena College, Faculty of Medicine, Nursing and Oral Care Department. Utena 2018.

SUMMARY

The purpose —To evaluate nurses' knowledge of bedsores and their prevention.

Objectives of the study:

1. Examine the experimental group knowledge about the causes affecting the appearance of bedsores.
2. Examine the expertise of nurses knowledge about the occurrence of pressure ulcers risk factors.
3. Analyze the nurse educational activities bed sore prevention.

Methods. The study was conducted in 2017. October - November. X hospital, palliative care and care section. The applied survey method, anonymous questionnaire method. Caregivers 30 distributed questionnaires (response rate 91 percent). The descriptive statistics.

Results and conclusions. The study of nurses took part in the 30-30 women. Interviewed in the three age groups of nurses, of which (73 percent) was more than 50 m. In terms of length of X in the hospital, supportive treatment and care section, more than (93.3 percent). the respondents had more than 20 years of seniority. Analysis of respondents ' lineup according to the law (77 percent) of nurses in education is high (School of Medicine).

Consideration of tested knowledge about the causes affecting the appearance of bedsores, nurses were split that half of respondents believe that the impact on the occurrence of pressure ulcers has long-term instruments (probes, catheters and the like.) Effect on skin and mucous membranes, more than a third believe that evolved pressure ulcers, longer hospital stays. It can be said that the respondents know what are the causes affecting bedsores from occurring.

Examination of expertise nurses knowledge about the factors influencing the occurrence of bedsores, nurses more than half of the view, you need to create a customized patient bed sore prevention plan. All of the respondents believe that the primary risk factor for the occurrence of bedsores is pressure. Nurses, one of the major risk factors of secondary occurrence - the moisture content of the skin. Nurses bedsores occurrence of risk factors are known, even more than half of the respondents mentioned the most important risk factors for the occurrence of bedsores.

Of nurses knowledge about the prevention of bedsores and appreciate enough, it is the responsibility of all respondents. It turned out that more than a third of nurses - always brings knowledge to patients and their relatives about bedsores and their prevention. Less than half of the respondents, the source of knowledge about the prevention of bedsores and refer to it as a personal experience. Less than a quarter of the link source of knowledge - training courses, but the need for nurses to participate in training is great. More than three / fourths of the respondents would like to participate in the training of bedsores and their prevention.

Keywords. General practice nursing; bed sores; prevention.

SANTRUMPOS

Panašiai — pan.

Pavyzdys (-iai) — pvz.

Procentai — proc.

Paveikslas — pav.

Lentelė — lent.

Tai yra — t.y.

Taip toliau — t.t.

Kita — kt.

Žiūrėti — žr.

SAVOKŲ ŽODYNĖLIS

Bendrosios praktikos slaugytojas – asmuo, teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją (Medic. norma; Slaugytojo prof. et. Kodeksas).

Slauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą (Medic. norma; Slaugytojo prof. et. Kodeksas).

Slaugos procesas – sisteminga asmens sveikatos priežiūra, apimanti sveikatos būklės įvertinimą, slaugos planavimą, įgyvendinimą ir slaugos rezultatų vertinimą (Medic. norma; Slaugytojo prof. et. Kodeksas).

Slaugos rezultatai – paciento sveikatos būklė, įvertinta pagal pasirinktus kriterijus, nustatytus slaugos plane (Medic. norma; Slaugytojo prof. et. Kodeksas).

Tiriamieji (respondentai) – šiame darbe tai – bendrosios praktikos slaugytojai, pakviesti dalyvauti tyrime.

IVADAS

Tiriamoji problema ir jos aktualumas. Pragulos — viena opiausių vyresnio amžiaus, kraujotakos, jutimo, judėjimo sutrikimų ar paralyžių, mitybos ir hidratacijos nepakankamumą, šlapimo nelaikymą, įvairias gretutines ligas turinčių pacientų problemų, lemiančių didesnę mirtingumą nuo infekcinių arba kitų komplikacijų (kai kuriais atvejais netgi mirčių), prastesnę paciento gyvenimo kokybę, nuolatinį gydymo, slaugos ir reabilitacijos poreikį bei gydymo išlaidų didėjimą (Gill EC. 2015; Guihan M ir kt. 2008; Kievišas M ir kt. 2017; Wang H ir kt. 2014). Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, pragulos yra viena dažniausių slaugos problemų po skausmo ir kvėpavimo sunkumų (Drungilienė D, Mockienė V. 2014). Beveik 1,7 milijono pacientų per parą vystosi pragulos ne tik besivystančiose, bet ir išsivysčiusiose šalyse (Kaddourah B ir kt. 2016). Nepriklausomai nuo sukurtų prevencinių strategijų, naujų technologijų bei pasiekimų medicinoje, pragulų atsiradimo tendencijos ir toliau išlieka dažnos tarp hospitalizuotų pacientų, asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Tai rodo sveikatos priežiūros specialistų žinių trūkumą apie tinkamą pragulų riziką turinčių pacientų priežiūrą (Gill EC 2015; Kievišas M. ir kt. 2017).

Literatūros duomenimis, įvairaus laipsnio pragulos atsiranda nepritaikius atitinkamos strategijos pragulų profilaktikoje, tinkamai neįvertinus rizikos veiksnių, prastai juos kontroliuojant ar dėl netinkamos pacientų priežiūros, už ką dažniausiai atsakingi yra slaugytojai (Gunningberg L ir kt. 2001.; Latimer S. ir kt. 2016). Būtent slaugytojai turi unikalią galimybę identifikuoti pragulas pacientų priežiūroje ir imtis atitinkamų intervencijų, skirtų užkirsti kelią tolesniam jų vystymuisi (Cooper KL. 2013). Slauga turi didelę įtaką pragulų gydymui ir prevencijai (Cano A ir kt. 2015).

Manoma, kad, daugelių atvejų, ligoninėje įgytų pragulų galima išvengti (Berlowitz D. 2017). Tam reikalingi įgūdžiai, požiūris ir žinios, kurių trūkumas labai prisideda prie pragulų atsiradimo ar pablogėjimo. Literatūra apie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų žinias yra prieštaringa. Kai kurie tyrimai rodo, kad bendros žinios yra tinkamos, o kiti atskleidžia žinių apie pragulas trūkumą (Kaddourah B ir kt. 2016). Slaugytojai privalo žinoti ne tik apie ligas, bendruosius rizikos veiksnius, bet taip pat svarbu tobulinti savo profesinę kvalifikaciją, tai padaryti gali mokydami pacientus bei jų artimuosius apie pragulų profilaktiką (Medic.norma; Slaugytojo prof. et. Kodeksas). Pragulos ir jų profilaktika turėtų būti laikomi prioritetiniais asmens sveikatos priežiūroje.

Lietuvoje nėra pakankamai mokslo įrodymais grįstų darbų, skirtų praguloms ir jų profilaktikai. Todėl buvo nuspręsta atlikti šį tyrimą.

Darbo objektas — slaugytojų žinios apie pragulas ir jų profilaktiką.

Darbo tikslas — įvertinti bendrosios praktikos slaugytojų žinias apie pragulas ir jų profilaktiką.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti tiriamosios grupės žinias apie pragulų atsiradimą įtakojančias priežastis.
2. Išnagrinėti tiriamųjų slaugytojų žinias apie pragulų atsiradimo rizikos veiksnius.
3. Išanalizuoti slaugytojo edukacinę veiklą pragulų profilaktikoje.

Baigiamajame darbe pademonstruoti studijų programos rezultatai pateikti (Priedas Nr. 3).

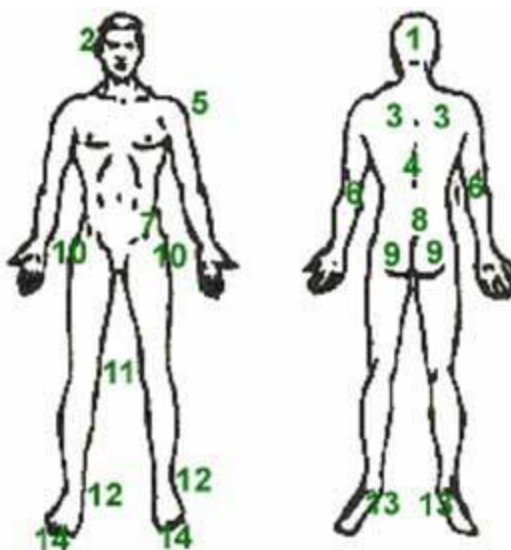
Darbo struktūra ir apimtis: Baigiamasis darbas susideda iš: titulinio, turinio, santraukos, summary, įvado, literatūros apžvalgos (16 psl.), tyrimo metodikos (2 psl.) rezultatų (13psl.), tyrimo rezultatų aptarimo (2 psl.), išvadų, literatūros sąrašo (kurį sudaro 48 elementai). Darbo apimtis (be priedų) – 50 puslapių. Priedų - 8, lentelių - 3, paveikslų - 21.

1. Literatūros apžvalga

1. 1. Pragulų samprata

Pragula — vietinis išeminis odos, poodinių ir gilesnių audinių pažeidimas, atsiradęs sutrikus kraujotakai ir audinių mitybai, kai jie nepakankamai aprūpinami deguonimi spaudžiamose kūno paviršiaus vietose. Pragulų gali atsirasti išsekusiems, bei ilgai be sąmonės gulintiems arba paralyžiuotiems pacientams (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011). Pragulos yra dėl kūno spaudimo atsiradusios — opos. Jos atsiranda kai ligonis ilgai guli ir negali vartytis pats ar jo niekas nevarto.

Autoriai iškiria pragulų dažniausias vietas — kryžkaulio ir uodegikaulio srityje, ties šlaunikaulio didžiuoju gūburio, klubikaulio dygliais, kulnikauliais, menčių kraštais, alkūnėmis, pakaušiu, šonkauliais. Vietose, kuriose dažniausiai susidaro pragulos, pavaizduota 1 pav. (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).



1 pav. Vietos, kuriose dažniausiai susidaro pragulos (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

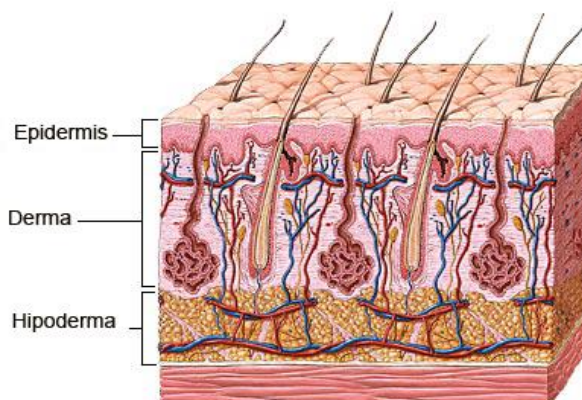
Analogiškai 67% pragulų susidaro klubų ir sėdmenų srityje, 25% pragulų – kulnų, ginkelės srityse; jei ilgai gulima ant šono, pragula atsiranda virš šlaunikaulio didžiojo gūbrio ir kulkšnies, 8% pragula – ant nosies, skruosto, kaktos, pakaušio, krūtinės, alkūnės (Cheryl Bansal, ir kt. 2005). Pragulų gydymas yra brangus, Vokietijoje pragulos gydymas kainuoja apie 15 000–30 000 eurų, o štai JAV ligonio pragulai gydyti ligoninėje skiriama apie 78 000 dolerių . Drėgmė, prakaitas,

šlapimas ar išmatos manevruoja odą ir padaro ją labiau pažeidžiamą spaudimo. Dėl šios priežasties ligoniams, kuriems yra šlapimo ir išmatų nelaikymas, padidėja pragulų rizika. Pagrindiniai etiopatogenezės veiksniai sumažėjęs judrumas ir jutimas, kraujo apytakos sutrikimas, bloga mityba, vyresnis ligonio amžius, vietinis spaudimas į audinius, edema, trintis bei odos traumavimas. Pragulos taip pat didina invalidumą ir mirštamumą. Jos gali komplikuotis sepsiu, raumenų nekroze. Pragulos klasifikuojamos pagal audinių pažeidimo laipsnį. Praktiškai naudojama keturių stadijų klasifikacija. Kadangi pragulos didina neįgalumą ir mirštamumą, žinoma, ir finansines gydymo išlaidas, jų profilaktika turi būti vienas esminių slaugos tikslų (Tetterton M, ir kt. 2004m.). Pirmas veiksmingos profilaktikos žingsnis yra įvertinti ligonius, kuriems kyla pragulų susidarymo pavojus. Klinikinėje praktikoje naudojama modifikuota Nortono klinikinių rodiklių lentelė, pagal kurią galima nuspėti pragulų susidarymą (2 lentelė) (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Žaizdos (opos) visada, daugiau ar mažiau pakenkia odai, todėl būtina, nors ir glaustai, išnagrinėti šio vieno didžiausių mūsų organų sandarą. Tai ypač svarbu norint deramai suprasti patologinės anatomijos ir fiziologijos principus (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Odos sandara sudaro: oda, epidermis, derma ir poodis.

Oda - tai pats didžiausias kūno organas (jos paviršius yra 1,5-2m²). Oda atsinaujina iš vidaus ir nuolat keičiasi. Odą sudaro 3 skirtingi sluoksniai: išorinis- epidermis, po juo esanti tikroji oda (derma) ir dar giliau poodis. Odoje išsidėsto įvairūs receptoriai, kurie priima informaciją iš aplinkos. Čia taip pat yra įvairūs odos dariniai: prakaito liaukos, riebalų liaukos, plaukai ir nagai žr. pav. 2 (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).



1 pav. Odos sluoksniai (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Epidermis — danga, suauganti į tikrąją odą nuo kenksmingo aplinkos poveikio. Epidermyje dalijasi ląstelės. Jis sudarytas iš tokių sluoksnių kaip: raginio, skaidriojo, grūdėtojo, dygliuotojo ir pamatinio. Epidermyje nėra kraujagyslių, todėl jį maitina limfa, tekanti pro pamatinę membraną (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Derma (tikroji oda). Ją sudaro tankiai persipynusios kolia geninės ir elastingos skaidulos, kurios ir yra odos pagrindas. Šiame sluoksnyje yra daug nervinių galūnių ir didelis kapiliarų tinklas. Viršutinis dermos sluoksnis suformuoja reljefą (pirštų antspaudai). Kolia geninės skaidulos suteikia tvirtumą, o elastingos – stangrumą. Iš šio sluoksnio auga plaukai, čia prasideda prakaito ir riebalų liaukos (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Poodis. Poodinis ląstelines- riebalinio audinio sluoksnis. Įvairiose vietose jis yra nevienodo storio. Vokų, lūpų, kelių, kulnų, pakaušio, blauzdų priekinių paviršių srityje. Riebalinis sluoksnis atlieka šilumos reguliavimo funkcijas ir yra maisto medžiagų šaltinis. Poodinis ląstelines turi mechaninę reikšmę- saugo vidaus organus nuo mechaninio sužalojimo (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Odos funkcijos- apsauginė (saugo nuo nepalankių veiksnių: mechaninių, cheminių, šilumos, šviesos), kvėpavimo funkcija, oda veikia kaip kondicionierius (per parą oda išgarina iki 800g vandens garų) ir šalinimo funkcija (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Apibendrinant galime teigti, kad dažniausios vietos praguloms susidaryti yra kryžkaulio ir uodegikaulio srityje, ties šlaunikaulio didžiuoju gūburio, klubikaulio dygliais, kulnikauliais, menčių kraštais, alkūnėmis, pakaušiu, šonkauliais. Pragulos (opos) visada, daugiau ar mažiau pakenkia odai, yra trys odos sluoksniai: išorinis- epidermis, po juo esanti tikroji oda (derma) ir dar giliau poodis. Pirmas žingsnis, veiksmingos profilaktikos yra įvertinti ligonius, kuriems kyla pragulų susidarymo pavojus. Klinikinėje praktikoje dažniausiai naudojama modifikuota Nortono klinikinių rodiklių lentelė, pagal kurią galima nuspėti pragulų susidarymą.

1.2. Pragulų atsiradimo priežastys ir klasifikacija

Literatūroje yra aptarta daugiau nei 100 rizikos veiksnių, kurie sudaro sąlygas praguloms susidaryti. Su pacientu susiję veiksniai yra amžius, sumažėjęs aktyvumas ir mobilumas, gretutinės ligos, tokios kaip cukrinis diabetas, Alzheimerio liga, širdies ir kraujagyslių ligos (Cano A. ir kt. 2015);

vartojami vaistai, pavyzdžiui, raminamieji, analgetikai ir anestetikai, prasta mityba, odos drėgnumo palaikymas. Pragulos susidarymo tikimybė padvigubėja, kai pacientams atsiranda šalinimo funkcijos sutrikimų (Grey JE. Ir kt. 2006). Pacientams, turintiems sutrikusią judėjimo ar sensorinę funkciją, taip pat paralyžiuotiems, tikimybė atsirasti praguloms padidėja net 34 kartus (Walker (Sewill), D. ir kt.. 2010). Geriatriiniai pacientai turi didžiausią tikimybę pragulų atsiradimui ir tokie pacientai sudaro 70 proc. visų sergančių pragulomis. Jaunesniame amžiuje pragulos dažniau atsiranda vyrams. Tai yra susiję su nugaros smegenų pažeidimais. Priešingai, vyresniame amžiuje, pragulos dominuoja moterų populiacijoje, o tai susiję su ilgesniu išgyvenamumu (Maslauskas K. ir kt. 2009). Veiksniams nesusijusiems su pacientu priklauso slaugos kokybė, pavyzdžiui, paciento padėties keitimo intervalai, maitinimo kokybė (Posthauer ME 2006). Svarbų vaidmenį pragulomis sergančių pacientų išėjimui taip pat turi darbuotojų kvalifikacija, įrodomais pagrįstos medicinos bei pragulų priežiūros ir gydymo gairių taikymas (Meesterberends E. ir kt. 2011).

Pragulų atsiradimą ypač skatina bloga mityba ir anemija. Jei hemoglobino yra mažiau negu 10g / l, pragulos sunkiai gyja. Hipotonija- taip pat vienas iš pagrindinių veiksnių. Slaugytojas, rašydamas slaugos dienyną, turėtų atsižvelgti į visus šiuos veiksnius ir numatyti pragulų išsivystymo rizikos laipsnį kiekvienam pacientui. Tam tikslui yra naudojamos Nortono ir Waterlow skalės (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pragulų vystymąsi skatina daugybė veiksnių. Jie skirstomi į patomorfologinius ir patofizologinius.

Patomorfologiniai veiksniai — tai audinių:

- Kompresija;
- Maceracija;
- Imobilizacija;
- Trynimasis;
- Tempimas (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Šie veiksniai dar vadinami ir pirminiais veiksniais, tai:

Kompresija. Vienas iš svarbiausių yra monotoniškas nuolatinis spaudimas. Jis sukelia audinių išemiją, sutrinka deguonies ir medžiagų apykaita. Dauguma autorių nurodo, kad spaudimas audiniams pavojingas, jei jis didesnis už 32 mm Hg. Tai – toks spaudimas, kai užspaudžiami kapiliarai (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Vyresnių ir išsekusių žmonių kraujagyslės gali būti užspaustos esant ir mažesniau spaudimui. Pragulos atsiradimą, spaudžiant audiniams, lemia trys veiksniai:

- Intensyvumas;
- Trukmė;
- Audinių atsparumas (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Yra atvirkštinė priklausomybė tarp audinių spaudimo ir trukmės. Didesnis spaudimas trumpą laiką gali skatinti atsirasti pragulą, kaip ir mažesnis spaudimas - ilgesnį laiką. Raumens spaudimas labiau pažeidžia negu odą. Veikdamas kūno paviršių, labiau spaudžia audinius ties kaulais. Spaudimas pasiskirsto kūgio pavidalu. Jo pagrindas yra kūno paviršiuje. Todėl dažnai pirmiausia pažeidžiami giliau esantys audiniai. Neretai odoje atsiranda nedidelis defektas, o gilesniuose sluoksniuose- plati pragula. Kartais iš pradžių paviršiuje pragulos nematyti, ji išskyla (parausta oda) vėliau (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Labai pavojinga, kai susidaro poodinių audinių raukšlės. Šlytis ir audinių spaudimo jėgos sutrikdo kraujotaką, yra odos įplyšimų, epidermio ambrozijos priežastis (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Odos plyšimai gali atsirasti netinkamai pacientą pervešiant, vartant, maudant, rengiant, ypač vyresnio amžiaus pacientus (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Ne mažiau vengti audinių pertempimo. Taip dažniausiai atsitinka, kai pacientas guli nepatogiai pusiau sėdėdamas ir kūno svoris tempia paviršinius audinius (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Pragulų susidarymą, labai skatina keli veiksniai (pvz., trynimas, maceracija, tempimas) (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Trintis yra jėga atsirandanti dviejų paviršių susilietimo vietoje, besipriešianti jų judėjimui tarpusavio atžvilgiu. Tai yra šlyties pirmtakas. Trintis vystosi tarp paciento odos ir bet kokio kontaktinio paviršiaus, įskaitant paciento patalynę, perkėlimo ir judėjimo įrenginius. Didelės jėgos ir dažnas trinties buvimas gali net sukelti odos paviršiaus pažeidimus, įbrėžimus, pūslių susidarymą ar odos įplyšimus pacientams turintiems trapią odą (Hanson D. ir kt. 2010).

Maceracija. Prakaitas, šlapimas ar išmatos suminkština odą ir padaro ją pažeidžiamesnę spaudimui. Dėl šios priežasties ligoniams, kurie nelaiko šlapimo ir išmatų, labai padidėja pragulų rizika (Maslauskas K., Samsanavičius D. 2008). Per didelė odos drėgmė yra ne tik rizikos veiksnys pragulų atsiradimui, bet taip pat gali sukelti ir kitas patologijas, pavyzdžiui, tarpvietės dermatitą (Defloor T., Grypdonck MF. 2004). Drėgna oda turi didesnę trinties koeficientą ir yra labiau linkusi maceruoti. Nors drėgmės perteklius gali turėti daug priežasčių, tačiau šlapimo ir išmatų nelaikymas kelia ypatingą susirūpinimą. Be to, kad sukelia drėgmės perteklių, šlapimas taip pat keičia odos pH ją rūgštindamas, o

išmatos užteršia dideliu kiekiu bakterijų. Buvo pastebėta, kad pragulos penkis kartus dažniau atsiranda žmonėms turintiems problemų su šlapimo ar išmatų nelaikymu (Cakmak SK. ir kt. 2009). Nors drėgmės perteklius yra akivaizdžiai žalingas, tačiau per sausa oda taip pat gali būti kenksminga. Pernelyg sausa oda yra linkusi trūkinėti, sumažėja atsparumas tempimui, susilpnėja jos barjerinė funkcija. Tai gali būti nepriklausomas rizikos veiksnys pragulų atsiradimui (Reddy M. ir kt. 2006).

Imobilizacija. Vienas svarbiausių veiksnių, skatinančių pragulų atsiradimą, yra imobilizacija. Imobilizacija lovoje yra dažniausia pakaušio, kryžkaulio, bei kulnų srities pragulų priežastis, o vežimėlyje- sėdmenų (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Imobilizavimą dažniausiai lemia stuburo smegenų, galvos smegenų pažeidimai, insultas, dauginė (išsėtine) sklerozė, artritai, depresija ir silpnumas. Šių ligų atvejais labai svarbus yra paciento padėties keitimas, ankstyvoji vertikalizacija (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Antriniai (patofiziologiniai) pragulų veiksniai:

- Karščiavimas;
- Anemija;
- Infekcija;
- Išemija;
- Hipoksija;
- Išsekimas (netinkama mityba; vitaminų A, E, C, cinko stoka);
- Stuburo smegenų pažeidimas (spazmai, heterogeninė osifikacija);
- Nervų ligos;
- Medžiagų apykaitos sutrikimai;
- Psichikos sutrikimai;
- Rūkymas (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Karščiavimas. Nustatytas ryšys tarp padidėjusios kūno temperatūros ir opų atsiradimo. Padidėjusi kūno temperatūra pagreitina medžiagų apykaitą ir metabolinius deguonies poreikius. Nustatyta, kad temperatūra, padidėjusi apie 1 °C, padidina medžiagų apykaitą ir deguonies poreikį 10 proc. Todėl svarbu slaugant pacientą skirti dėmesį jo drabužiams ir antklodėms, kad jis neperkaistų ir nepadidėtų pragulų atsiradimo rizika (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Praguloms atsirasti turi didelę įtaką psichiniai ir socialiniai veiksniai.

Nustatyta teigiama sąsaja tarp rūkymo ir pragulų atsiradimo: juo daugiau pacientas rūko, juo didesnė rizika atsirasti praguloms (Lim S. ir kt. 2015).

Pragulų atsiradimą labai skatina netinkama **mityba** ir **anemija** (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011.).

Mažas albuminų kiekis glaudžiai susijęs su pragulų atsiradimu (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011). Bloga mityba pasireiškia svorio netekimu, pablogėjusiu žaizdų gijimu ir imunosupresija. Nusilpę pacientai yra imlesni infekcijai, padidėja sepsio rizika, ilgėja gulėjimo ligoninėje trukmė, taip pat išauga ir mirtingumas. Paprastai suprantama, kad pacientams su hipoalbuminemija padidėja chirurginių komplikacijų pavojus. Tačiau pacientams sergantiems pragulomis ši rizika yra ne vien dėl hipoalbuminemijos, bet kartu dėl gana ilgo sąrašo gretutinių ligų (Lim S. ir kt. 2015).

Jei hemoglobino yra mažiau negu 100g/l, pragulos gyja sunkiai. Hipotonija- vienas iš pragulų atsiradimą skatinančių veiksnių (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Pragulos lengvai įgyjamos, tačiau sunkiai gydomos. Tai – viena dažniausių ir brangiausių komplikacijų po *nugaros smegenų pažeidimų*. Sutinka odos funkcijos: apsauginė, jutiminė, išskiriamoji ir termoreguliacinė. Mažėja kraujagyslių tonusas ir kraujospūdis kapiliaruose, blogėja odos mityba. Pragulas sukelia ilgesnis spaudimas, didesnis negu kapiliarų spaudimas. Paralyžiuotų kūno dalių raumenys atrofuojasi, kaulų gumburai labiau spaudžia odą. Odos pažeidimo galimybę didina šlapimo ir išmatų nelaikymas. Odą galima pažeisti net maudantis vonioje ar duše, persikeliant iš lovos į vežimėlį, bei iš vežimėlio ant tualetu. Pragulos dažniau atsiranda, esant paraplėgijai nei tetraplegijai (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Visais atvejais būtina įvertinti pragulos dydį, gylį, apimtį, spalvą, supančių audinių būklę, jos dinamiką. Pragulas suklasifikavo L.Guttman 1956 metais. Jo klasifikacijos pagrindą sudarė išsivysčiusios nekrozės gylis. Pragulas jis suskirstė į tris stadijas. Pasak L.Guttman, pirmosios stadijos praguloms būdingi grįžtamieji cirkuliacijos sutrikimai odoje. Antrosios stadijos praguloms jis paskyrė nuolatinius odos pokyčius, o trečioji stadija prasideda tuomet, kai nekrozė apima gilesnius audinių sluoksnius. 1975 metais J.Shea pirmasis atkreipė dėmesį į tai, kad pragulos gali pažeisti ne vien tik minkštuosius audinius, bet ir kaulą bei sąnarius (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

1979 metais W. Seiler pragulas suskirstė į keturias stadijas ir tris poskyrius. W. Seiler pasiūlytų A, B, C poskyrių pagrindinis skiriamasis požymis uždegimo išplitimo laipsnis praguloje:

- A poskyrio - pragulos yra praktiškai mikrobais neužterštos odos pažeidimas;
- B poskyrio - praguloms priskirtinos mikrobais užkrėstos žaizdos, o aplinkiniuose audiniuose yra uždegimo požymių (paraudimas, patinimas). Pačioje praguloje esama nekrozės audinio salelių;

- C pogrupiui, būdingas kazeozinės ir nekrozės masės visoje praguloje, aplinkiniuose audiniuose yra flegmoninio uždegimo simptomų (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Ši W. Seiler klasifikacija yra naudinga praaktiname darbe, nes padeda tiksliai įvertinti pragulą, taip pat leidžia apsispręsti dėl gydymo taktikos. Tais pačiais metais R. Daniel pasiūlė 5 stadijų pragulų klasifikacijos sistemą. Pagal šią sistemą pragulos gylis turi lemiamą reikšmę. Atsižvelgiant į audinių ir struktūrų pažeidimą (oda, poodis, fascija, raumenys, periostas arba kaulai), nustatoma ir stadija. Į savo klasifikacijos sistemą R. Daniel įtraukė ir W. Seiler poskyrių (A, B, C) principą (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

I stadija — odos eritema ar induracija virš kaulinių išsiskyrimų, nepraeinanti per 24 valandas (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007);

Neišnykstantis paraudimas: Šioje vietoje odos vientisumas nėra pažeistas, tačiau yra neišnykstanti eritema kaulinio išsikišimo vietoje. Paraudimą gali būti sunku nustatyti tamsesnės odos spalvos žmonėms. Palapuoiant gali būti skausminga, šiltesnė ar šaltesnė oda lyginant su aplinkui esančia. Tai nėra tikros opos ir gali būti painiojamos su įvairios kilmės dermatitais, todėl svarbu išsiaiškinti pažeidimo atsiradimo priežastį (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009).

II stadija — paviršinis išopėjimas, apimantis odą (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007);

Dalies odos storio pažeidimas: Stebima negili žaizda su rožiniu/raudonu dugnu. Tai pat gali pasireikšti kaip nepažeista ar plyšusi serumu užpildyta pūslė. Šios stadijos nereikia painioti su odos įplyšimais, dermatitu ar maceracija (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009).

III stadija — išopėjimas apima poodinius audinius, bet ne raumenis (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007);

Pilno odos storio pažeidimas: Šioje stadijoje žaizdos dugne gali būti stebimas poodinis riebalų sluoksnis, tačiau kaulas, sausgyslės ar raumenys matomi ir pakenkti nebus. Taip pat gali būti ir nekrotinių masių, bet jos netrukdo įvertinti pažeidimo gylį (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009).

IV stadija — išopėjimas paima raumenis (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007);

Pilno storio minkštųjų audinių pažeidimas: Esant tokiam pažeidimui vizualizuojasi kaulas, sausgyslės ar raumenys. IV stadijos pragula gali tęstis į raumenis, fasciją ar sąnario kapsulę, taip kyla rizika osteomielito atsiradimui (National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009).

V stadija — išopėjimas išplinta iki kaulų, sąnarių, kūno ertmių (rèktume, vaginos, šlapimo pūslių) (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pragulų atsiradimas ne visada turi eiliškumą. Gilios pragulos atsiveria iš vidaus į išorę veikiamos šlyties ir spaudimo jėgų ir paprastai nesivysto iš I ar II stadijos pragulų (Sibbald R ir kt. 2011). Pati dažniausia pragulų atsiradimo vieta yra kryžkaulio sritis (Walker (Sewill) D. 2010). Antroji pagal dažnumą vieta yra kulno sritis (Salcido R, Lee A, Ahn C. 2011). Neretai tenka operuoti ir sėdmenų gumburo ir didžiojo šlaunikaulio gūbrio srityse susidariusias pragulas. Vaikų amžiuje, ypač naujagimiams, dėl santykinai didelės galvos kūno atžvilgiu, dažniausia pragulų atsiradimo vieta yra pakaušis (Wu SS. ir kt. 2009).

Apibendrinant galime teigti, kad drėgmė, prakaitas, šlapimas ar išmatos manevruoją odą ir padaro ją labiau pažeidžiamą spaudimo. Dėl šių priežasčių ligoniams, kuriems yra šlapimo ir išmatų nelaikymas, padidėja pragulų rizika. Pragulų atsiradimą ypač skatina bloga mityba ir anemija. Pagrindiniai veiksniai, dėl kurių atsiranda pragulos yra judrumas ir jutimas, kraujo apytakos sutrikimas, bloga mityba, vyresnis ligonio amžius, vietinis spaudimas į audinius, edema, trintis bei odos traumavimas. Opos taip pat didina invalidumą ir mirštamumą. Jos gali komplikotis sepsiu, raumenų nekroze. Pragulos klasifikuojamos pagal audinių pažeidimo laipsnį. Dažniausia naudojama yra keturių stadijų klasifikacija.

1.3. Pragulų susidarymo rizikos vertinimas

Jei norime išvengti atsirandančių pragulų, turime įvertinti pragulų atsiradimo riziką. Visus rizikos veiksnius, kurie skatina pragulų atsiradimą, turime nustatyti ir koreguoti. Jei pritaikysime visas sveikatą palaikančias priemones, kuriomis sumažinsime ir pagreitinsime žaizdų gijimą (Jagučianskaitė G. 2017).

Siekiant įvertinti žaizdos būklę yra svarbi simptomų visuma, įskaitant skausmą, funkcijos sutrikimus, karščiavimą ir vietinį patinimą. Pragulos dydis, lokalizacija, nekrotinių masių buvimas, vietinės infekcijos požymiai — tai svarbūs aspektai, kurie gali padėti pragulos stadijos nustatymui ir gydymo taktikos pasirinkimui. Dabartinis supratimas, jog pragula gali atsiverti iš vidaus, padeda nenuvertinti situacijos rimtumo vien tik iš odos būklės įvertinimo (Bernabe K. 2012).

Vertinant pragulų riziką Waterlow skalės parametrais, rizika atsirasti praguloms kyla esant 10 balų sumai ir kuo daugiau balų, tuo ji yra didesnė. Literatūros duomenimis ši skalė leidžia tiksliau prognozuoti pragulų atsiradimo galimybę (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007). (1 lentelė).

3 lent. Waterlow pragulų atsiradimo rizikos skalė (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Waterlow skalė



Sudėjimas / Svoris / Ūgis	Odos tipas / Matomos rizikos grupės	Lytis / Amžius	Ypatingas pavojus	Pagrindinės operacijos Traumos
Didesnis/ stambesnis 1 Apkūnus 2 Žemesnis / smulkesnis 3	Plona/ataugusi 1 Sausa 1 Pabrinkusi 1 Šalta ir drėgna 1 Blyški 2 Pažeista/demėta 3	Vyras 1 Moteris 2 14-49 1 50-64 2 65-74 3 75-80 4 81+ 5	Nepakank. audinio maitinimas 8 Širdies sutrikimai 5 Perif. kraujagyslių sutrikimai 5 Anemija 2 Rūkymas 1	Žemiau juosmens; stuburo 5 Ant stalo > 2 val. 5
Šalinimas	Judrumas	Apetitas	Neurologiniai nusiskd.	Medikamentai
Kartais nevaldomas 1 Kateterizuojamas / Nevaldomas tuštinimasis 2 Visiškai nevaldomas 3	Budrus/neramus 1 Apatiškas 2 Ribotas 3 Inertiškas/ nusišalinamas 4 Pusiau judrus (kėdėje) 5	Blogas 1 Maitinamas per nosį / tik skysčiai 2 Niekas per burną / anoreksiškas 3	Pvz. diabetas, dauginė sklerozė, motorinė/sensorinė paraplegija 4-6	Citotoksiniai, didelės steroidų dozės, priešuždegiminiai 4

Nortono skalė tinkamesnė slaugant vyresnio amžiaus žmones ji rekomenduojama kasdieniam darbui. 14 ir daugiau taškų suma rodo mažą pragulų atsiradimo tikimybę, o juo mažesne suma, tuo didesnė pragulų rizika. Didžiausias skaičius yra 20, mažiausias -5. Ligonis vertinamas stacionarizuojant, vėliau – vieną kartą per savaitę (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007). (2 lentelė).

4 lent. Nortono skalės praguloms numatyti (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).



Nortono skalė

(14 ir daugiau taškų - maža pragulų tikimybė,
12 ir mažiau taškų - didelė tikimybė)

Objektyvi būklė	Psichinė būklė	Bendras aktyvumas	Judrumas	Šlapimo/ Išmatų nelaikymas
gera 4	žvalus 4	vaikšto	neribotas 4	nėra 4
patenkinama 3	apatiškas 3	laisvai 4	nežymiai ribotas 3	atsitiktinis 3
bloga 2	pritemusi	vaikšto padedamas 3	labai ribotas 2	dažnas 2
labai bloga 1	sąmonė 2	sėdi krėse 2	visai nejudrus 1	pastovus 1
	stuporas 1	guli lovoje 1		

Taigi, apibendrinus galime teigt, kad pirmas veiksmingų profilaktinių priemonių žingsnis yra įvertinti ligonius, kuriems yra pragulų susidarymo pavojus. Norint įvertinti žaizdos būklę yra svarbi ir simptomų visuma, įskaitant skausmą, funkcijos sutrikimus, karščiavimą ir vietinį patinimą. Pragulos dydis, lokalizacija, nekrotinių masių buvimas, vietinės infekcijos požymiai — tai svarbūs aspektai, kurie gali padėti pragulos stadijos nustatymui ir gydymo taktikos pasirinkimui. Pasitelkiant modifikuota Waterlow ar Nortono klinikinių rodiklių lentelę, pagal kurias galima nuspėti pragulų susidarymo tikimybę. Po pragulų įvertinimo turi būti pradėta aktyvi pragulų profilaktika.

1.4. Bendrosios praktikos slaugytojo vaidmuo

1.4.1. Pragulų priežiūra

Prieš pradėdant gydyti pragulas turintį pacientą, svarbu gerai jį ištirti. Visapusiškas tyrimas leidžia įvertinti paciento sveikatos būklę ir koreguoti sutrikusias organizmo funkcijas. Tokie pacientai dažnai būna anemiški, atoksiduoti, su sutrikusia homeostaze, ar apimti sepsio. Tyrimas pradedamas nuo bendra klinikinių laboratorinių analizių atlikimo (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pirmą kartą atsiradusią pragulą vadiname ūmia, o negyjančia ilgiau nei mėnesį- lėtine pragula (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Konservatyvus gydymas susideda iš šių momentų:

- 1) Spaudimo į pragulą mažinimo;
- 2) Skalaujančių ir dezinfekuojančių medikamentų (geriausia nedažančių) panaudojimo;
- 3) Gydymo antibiotikais (esant pūlingoms pragulos komplikacijoms ar bendrai pūlingos infekcijos apraiškai);
- 4) Hiperbarinės oksigenacijos;
- 5) Kai kada- antikoagulantų ir antiagregiantų naudojimo;
- 6) Nekrektomijų (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Tiek ūmių, tiek lėtinių pragulų (opų) gydymo principai išlieka tie patys. Iš pradžių gydymas būna konservatyvus, nors ateityje gali prireikti ir operuoti (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pirmosios stadijos pragulai gydyti dažnai pakanka pašalinti spaudimą, nuspaustą vietą sudrėkinti ir lengvai pamasažuoti drėkinamaisiais losjonais ir įtrinti heparino tepalu. Dedami nedažančių dezinfekuojančių tirpalų tvarsčiai. Dažantys tirpalai apsunkina proceso kitimo odoje įvertinimą. Gydant gilesnes pragulas, tai reikšmės neturi (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Gydant *antrosios stadijos* pragulas, atsisakoma odos įtrynimų, naudojami tie patys skalaujantys tirpalai ir dezinfekuojantys tirpalai (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Kai pragulos gilesnės ir jose nekrozės masės, pastarąsias būtina pašalinti. Nekrozės mases galima šalinti trimis būdais:

- Proteolitinių enzymų naudojimas,
- Mechaninis neselektyvus šalinimas,
- Chirurginis šalinimas (nekrektomija) (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pašalinus nekrozines mases kasdien atliekami perrišimai - siekiant visiškos epitelizacijos. Būtina gera odos ir aplink pragulą priežiūra: ji dezinfekuojama, dedami specialūs pusiau pralaidūs (orui ir drėgmei) hidrokoloidiniai, gėlio tvarsčiai. Autoriai teigia, kad negerai yra naudoti įvairius kljus, įprastinį leukopleistrą, nes jie dažnai sukelia alergines reakcijas. Naudojami „Curafix“, „Mefix“ lipnūs tvarsčiai, tvirtinamosios (fiksuojančios) juostos (Kriščiūnas A., Savickas R. 2011).

Pragulų priežiūra susideda iš:

- 1) Opos išvalymo. Opos apžiūros metu pašalinti negyvus audinius (Maslauskas K. 2011).
- 2) Žaizdos plovimo. Opa plaunama kiekvieną pragulos opos perrišimą (Maslauskas K. 2011).
- 3) Tvarsčio parinkimo pagal opos būklę;

Žaizdos tvarsčių pasirinkimas priklauso nuo žaizdos būklės. Tikslas yra pasiekti švarią, gyjančią žaizdą, padengtą granuliaciniu audiniu. I stadijos pragula gali nereikalausti jokio tvarsčio, o pažengusių pragulų gydymui galima rinktis iš plataus tvarsčių asortimento (Wu SS. Ir kt. 2009).

- 4) Teisingo tvarsčio naudojimo;
- 5) Galimų pagalbinių priemonių (Maslauskas K. 2011).

Taigi, išdėstę pačias svarbiausias žinias apie pragulas ir jų priežiūros momentus, dar kartą pabrėžiame:

- Ten, kur nespaudžiami minkštieji audiniai — nėra pragulos;
- Pragulų lengviau išvengti, nei jas gydyti;
- Pragulos yra gana dažna ir gerai žinoma pagyvenusių ir su traumotu stuburu bei nugaros smegenimis žmonių komplikacija;
- Pragulos byloja apie prastą pacientų slaugą;
- Pragulos apsunkina pagrindinės ligos ar traumos gydymą ir reabilitacijos priemonių taikymą, kyla įvairių pūlinių komplikacijų, sepsio grėsmė. Pragula yra papildomas infekcijos „židinys“;
- Pragulų vystymuisi įtakos turi išoriniai ir vidiniai veiksniai;
- Išoriniai veiksniai, perdisponuojantys pragulos vystymąsi, tai: nepatogūs, spaudžiantys, drėgni rūbai, patalynė, nepatogūs ir spaudžiantys čiužiniai, vežimėliai, amortizuojančių padėklų nenaudojimas. Labai svarbus veiksnys yra spaudimo į minkštąsias audinius jėgos ir laiko santykis;
- Vidiniams veiksniams priskiriamas sumažėjęs organizmo atsparumas bei padidėjęs raumenų tonusas, skeleto deformacijos, nugaros smegenų pažeidimas, gretutinės ligos, sutrikusi kraujotaka, padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje, anemija bei šlapimo ir išmatų nelaikymas;
- Išorės spaudimui ir sutrikusiai kraujotakai ypač jautrūs yra raumenys;

- Mikrocirkuliacijos sutrikimas iš pradžių sukelia mikroskopinius pokyčius odoje, poodyje, raumenyse. Mikroskopiniai išryškėja vėliau, po 3-9 dienų;
- Kuo didesnė spaudimo jėga, tuo mažiau reikia laiko audiniuose atsirasti negrįžtamiems pokyčiams;
- Konservatyviai pavyksta išgydyti tik I-II stadijų pragulas, tuo tarpu giliose III-V stadijos pragulos turi būti gydomos chirurgiškai;
- Tenka apgailestauti, tačiau Lietuvoje dar dominuoja konservatyvus pragulų gydymo būdas;
- Labai svarbu žinoti pragulų profilaktikos priemones ir jas taikyti visuose pacientų slaugos ir reabilitacijos etapuose;
- Ne mažiau svarbus ir paties paciento požiūris į šią jam pavojingą komplikaciją - pragulas (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Apibendrinant galime teigti, kad pragulų priežiūra susideda iš daugelio dalykų, svarbiausia išvengti spaudimo mažinimo; opos išvalymo; opos apžiūros metu pašalinti negyvus audinius, žaizdos plovimo; opa plaunama kiekvieną pragulos opos perrišimą, tvarsčio parinkimo pagal opos būklę; tikslas yra pasiekti švarią pragulą, gyjančią žaizdą, padengtą granuliaciniu audiniu. I stadijos pragula gali nereikalaus jokio tvarsčio, o pažengusių pragulų gydymui galima rinktis iš plataus tvarsčių asortimento, teisingo tvarsčio naudojimo, galimų pagalbinių priemonių. Pragulų atsiradimui turi tiek vidiniai tiek išoriniai veiksniai, turime stengtis išvengti kiek įmanoma šių veiksmų, taip apsaugosime ligonį nuo pragulų atsiradimo.

1.4.2. Pragulų profilaktika

Kaip teigia K. Maslauskas pragulų profilaktika turi būti vienas svarbiausių slaugos tikslų. Pirmas veiksmingiausias ir labiausiai profilaktikoje naudojamas dalykas yra įvertinti ligonius, jų būklės kitimas ir pragulų susidarymo pavojus. Klinikinėje praktikoje medicinos darbuotojai naudoja modifikuota Nortono klinikinių rodiklių lentelę, pagal kurią galima nuspėti įvertinti pragulų susidarymą. (lentelė 2) (Maslauskas K. 2011).

Pragulų profilaktika susideda iš pagrindinių 3 dalių – spaudimo mažinimo, odos priežiūros ir efektyvaus esančių pragulų gydymo. Organizmo atsparumo ir imuniteto stiprinimas, išorinių sąlygų, palankių audiniams gyti, gerinimas taip pat yra neatsiejamos profilaktikos dalys, kurios pagerina specialiųjų priemonių efektyvumą. Įprastai didžiausias dėmesys pragulų profilaktikoje skiriamas spaudimui mažinti. Kad spaudimas tinkamai pasiskirstytų, dažnai reikia keisti ligonio padėtį

arba, jei tik įmanoma ir galima išmokykite ligonius, kad jie keistų padėtį patys. Klinikinėje praktikoje dažnai naudojami specialūs čiužiniai, pagalvės, tačiau kartais per mažai skiriama dėmesio paciento padėties keitimui, tinkamai odos priežiūrai (Jagučianskaitė G. 2017). Būtina kasdienė odos priežiūra: plovimas su muilu ir vandeniu, pernelyg sausa oda turi būti ištepama specialiu kremu. Patalynė taip pat turi būti sausa ir švari, dažnai keičiama. Todėl ypatingas dėmesys turėtų būti ligoniams, kuriems pasireiškia šlapimo ir išmatų nelaikymas (Maslauskas K, Samsanavičius D. 2007).

Dažnas paciento padėties keitimas: pasivertimas lovoje, pasikėlimas ant rankų kas 20min. sėdint vežimėlyje, elektrinio vežimėlio, padedančio atsistoti, naudojimas ir kt. yra geriausios pragulų profilaktikos priemonės (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Pragulų profilaktiką apima galimos pragulos etimologinių veiksnių. Bei rizikos veiksnių įvertinimą. Svarbu:

- 1) Identifikuoti asmenis, kuriems gresia pragulos, ir šalinti rizikos veiksnius;
- 2) Išlaikyti ir didinti audinių atsparumą pažeidimams;
- 3) Apsaugoti paciento audinius nuo spaudimo ir šlyties;
- 4) Vykdėti pragulų profilaktikos mokymo programas.
- 5) Dauguma autorių pripažįsta, kad pragulų lengviau išvengti, negu jas gydyti. Pragulų profilaktikai rekomenduoja:
- 6) Pasirinkti iš natūralaus pluošto paciento aprangą, kad nesukeltų alerginės odos reakcijos, sugertų prakaitą ir praleistų orą. Ji turi būti patogė, minkšta, neveržti kūno;
- 7) Esant rizikos veiksniams, apžiūrėti odą bent du kartus per dieną;
- 8) Mažinti aplinkos veiksnių poveikį odai;
- 9) Prižiūrėti odą: laikyti ją švarią, sausą, vengti nubrozdinimo, prireikus pavilgyti;
- 10) Mažinti audinių spaudimą: keisti paciento padėtį ne rečiau kaip kas dvi valandos, naudoti specialias lovas, čiužinius, guldyti pacientą ant pilvo, naudoti įvairaus dydžio ratelius, įvilkus į drobinę medžiagą, po kryžkauliu, ant kulno;
- 11) Lovos galvūgalį išlaikyti kuo mažiau pakeltą;
- 12) Šalinti audinių tempimą (paciento galvos padėtis gulint turi būti pakelta mažesniu nei 45⁰ kampu);
- 13) Sėdint vežimėlyje, dažnai keisti atramos taškus;
- 14) Naudoti pakėlimo, pervežimo priemonės;
- 15) Naudoti specialias pagalvėles (oro, gelio ir kt.), orines skysčio lovas;
- 16) Sureguliuoti mitybą (vitaminai, mikroelementai);

- 17) Šalinti raumenų spazmus;
- 18) Būtina kontraktus susidarymo profilaktika;
- 19) Šlapinimo ir tuštinimo programos;
- 20) Jeigu galima, naudoti vežimėlius su elegancija;
- 21) Hipoksijos profilaktikai taikyti gydymą deguonimi (Razbadauskas A., Metrikas P. 2007).

Pragulos yra dažna stacionaro pacientų problema, ypač tarp vyresnio amžiaus, jutimo ar judėjimo funkcijos sutrikimus turinčių. Priežasčių, dėl ko atsinaujina pragulos, yra daug. Labai svarbi slaugos ir rizikos vertinimo kokybė. Socialinės, finansinės problemos, pacientų ir artimųjų švietimo stoka vis dar išlieka lemiantys faktoriai (Wu SS. ir kt. 2009). Tinkamas pragulų gydymas reikalauja multidisciplinės komandos (Moore Z. Ir kt. 2015). Norint gauti gerus gydymo rezultatus, rekonstrukcinėms operacijoms pacientus reikia atrinkti tikslingai. Geras pragulų pato fiziologijos išmanymas, vadovavimais įrodomais pagrįsta medicina ir tinkamas prevencijos priemonių taikymas gali ženkliai sumažinti opų paplitimą, recidyvų dažnį, sumažinti stacionarų trukmę, taip pat gerokai sumažinti ligoninės išlaidas (Cushing C, Phillips L.2013).

Palankios darbo sąlygos ir gera slaugytojų fizinė bei psichologinė savijauta, darbe leis išlaikyti darbo našumą ir kokybišką atlikimą ir priežiūrą, teigiamą darbuotojų moralę ir gerą elgesį darbe.

Apibendrinant galime teigti, kad pragulų profilaktika susideda iš šių dalių – spaudimo mažinimo, odos priežiūros organizmo atsparumo ir imuniteto stiprinimas, išorinių sąlygų, palankių audiniams gyti, gerinimas taip pat yra neatsiejamos profilaktikos dalys, kurios pagerina specialiųjų priemonių efektyvumą. Įprastai didžiausias dėmesys pragulų profilaktikoje skiriamas spaudimui mažinti. Kad spaudimas tinkamai pasiskirstytų, dažnai reikia keisti ligonio padėtį arba, jei tik įmanoma ir galima išmokykite ligonius, kad jie keistų padėtį patys. Pragulos yra viena dažniausių stacionaro problemų, ypač vyresnio amžiaus žmonių rate.

2. Tyrimo metodika

2.1. Tyrimo organizavimas ir metodai

Tyrimo objektas- bendrosios praktikos slaugytojų žinios apie pragulas ir jų profilaktiką.

Tyrimo subjektas- X ligoninės bendrosios praktikos slaugytojai.

Tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Tyrimui naudota tyrėjo parengta anketa, sudaryta remiantis išanalizuota literatūra. Atliekant literatūros analizę išsiaiškinta pragulų samprata, pragulų atsiradimo priežastys ir klasifikacija, rizikos veiksniai, pragulų priežiūra ir profilaktika, veiksmingos prevencinės priemonės.

Sudarius anketą, atliktas pilotinis tyrimas. Po jo pakeista klausimų sudarymo struktūra atsisakant kelių atvirų klausimų pakeista į uždaro tipo klausimus, kai pasirenkami teisingas (-gi) atsakymų variantai arba naudojama ringinė skalė, paryškinta klausimo dalis, į kurią reikia atkreipti dėmesį prieš atsakinėjant. Anketą sudaro bendroji dalis – demografiniai klausimai (amžius, išsilavinimas, darbo stažas,) ir specialioji dalis – klausimai apie pragulas, jų priežastis, rizikos veiksnius, slaugytojų veiksmus, vykdant pragulų prevenciją, slaugytojų nuomonė apie jų turimas žinias apie pragulas ir geriausius žinių gavimo būdus bei pragulų prevencijai trukdančias priežastis (1 priedas).

Tyrimas atliktas 2017 m. spalio – lapkričio mėnesiais. Buvo susitikta su skyriaus vyr. slaugytoja – slaugos administratorėmis, joms paaiškinta apie tyrimą, kaip reikia pildyti anketą ir anketos paliktos dviem – trimis savaitėmis, kad dirbantys slaugytojai turėtų pakankamai laiko užpildyti. Užpildytos anketos buvo grąžintos – tyrėjui.

2.2. Tyrimo imtis ir respondentų atranka

Tyrimo imtis- tikslinė atranka. Tyrimas atliktas X ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai: bendrosios praktikos slaugytojai, dirbę tyrimo atlikimo metu ir sutikę dalyvauti tyrime slaugytojai.

Buvo išdalintos 33 anketos, grąžintos 30 anketų, atsako dažnis 90,9 proc.

3. Tyrimo rezultatai

3.1. Bendrosios praktikos slaugytojų žinios apie pragulų atsiradimo įtakojančias priežastis.

Tyrimė dalyvavo 30 bendrosios praktikos slaugytojų — 30 moterų. Apklausta trijų amžiaus grupių slaugytojos, iš kurių 73 proc. buvo daugiau kaip 50m., 20proc.- 40-49m., 7 proc. -30-39m.

Vertinant pagal darbo stažą X ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje, daugiau kaip 93,3 proc. respondentų turėjo didesnę nei 20 metų darbo stažą.

Analizuojant respondentų išsilavinimą, matome, kad 77 proc. slaugytojų išsilavinimas yra aukštesnysis (medicinos mokykla), 20 proc. – aukštasis neuniversitetinis (kolegija) ir 3 proc. respondentų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą (3 lentelė).

5 lent. Tyrimė dalyvavusių slaugytojų pasiskirstymas pagal demografinius ir socialinius duomenis

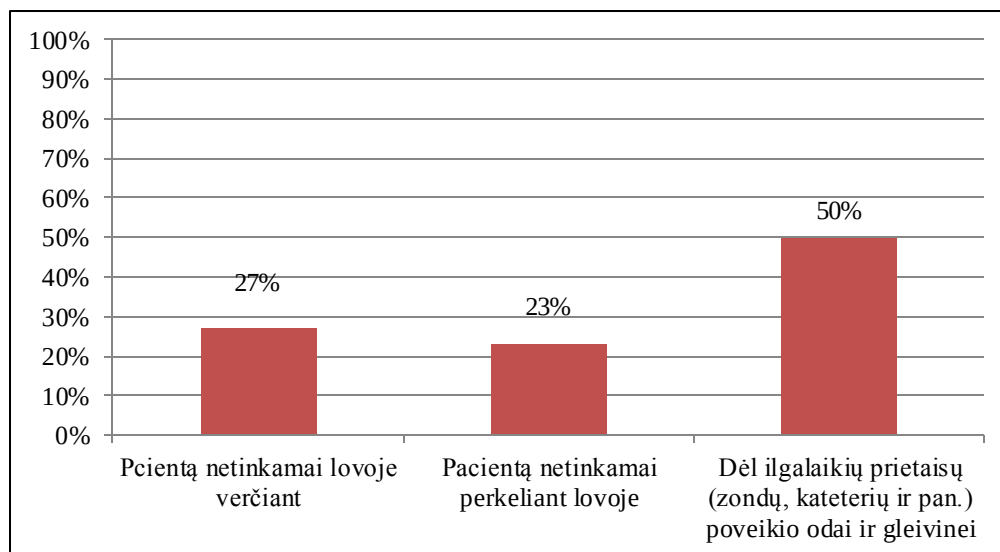
Demografiniai ir socialiniai duomenys	N (procentai)
<i>Respondentų lytis</i>	
moterys	30 (100)
vyrų	0
Iš viso	30 (100)
<i>Slaugytojų amžius</i>	
20-29	0
30-39	2 (7)
40-49	6 (20)
d daugiau kaip 50	22 (73)
Iš viso	30 (100)
<i>Slaugytojo darbo stažas</i>	
iki 5 metų	0
6-10m.	0

11-20m.	2(6,7)
daugiau kaip 20m.	28 (93,3)
Iš viso	30 (100)
<i>Slaugytojo išsilavinimas</i>	
aukštesnysis (medicinos mokykla)	23 (77)
aukštasis neuniversitetinis (kolegija)	6 (20)
aukštasis universitetinis	1 (3)
Iš viso	30 (100)

Rezultatai, rodo, kad X ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje dirbančios bendrosios praktikos slaugytojų amžius yra dauguma daugiau kaip 50m., taip pat matome, jog darbo stažas siekia daugiau kaip 20m. Bendrosios praktikos slaugytojos, turi aukštesnį išsilavinimą t.y. mokėsi medicinos mokykloje.

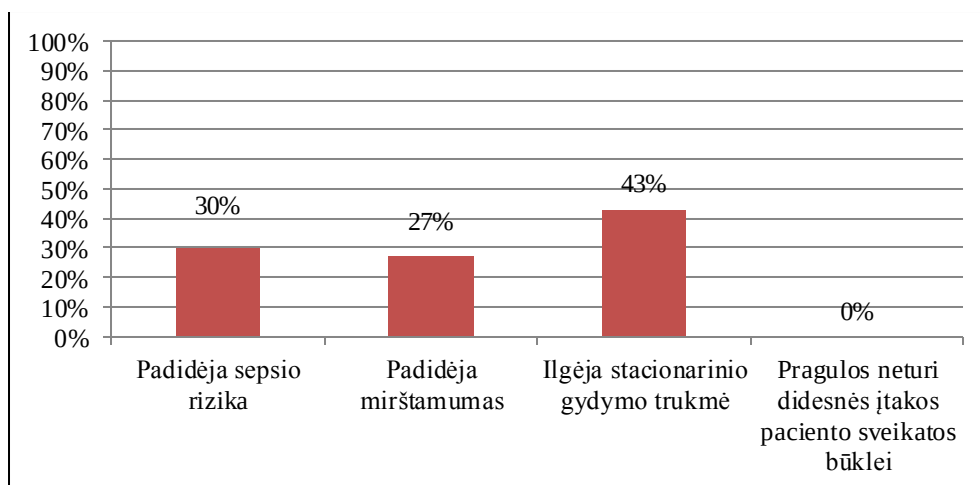
3.2. Bendrosios praktikos slaugytojų žinios apie pragulų atsiradimo rizikos veiksnius.

Anketoje klausta slaugytojų nuomonės, ar pragulos gali išsivystyti: pacientą netinkamai lovoje verčiant, pacientą netinkamai perkliant lovoje, dėl ilgalaikių prietaisų (zondų, kateterių ir pan.) poveikio odai ir gleivinei. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas yra toks: 50 proc. slaugytojų pažymėjo dėl ilgalaikių prietaisų (zondų, kateterių ir pan.) poveikio odai ir gleivinei, 27 proc. respondentų mano, pacientą netinkamai lovoje verčiant ir 23 proc. – pacientą netinkamai perkliant lovoje (3 paveiksle).



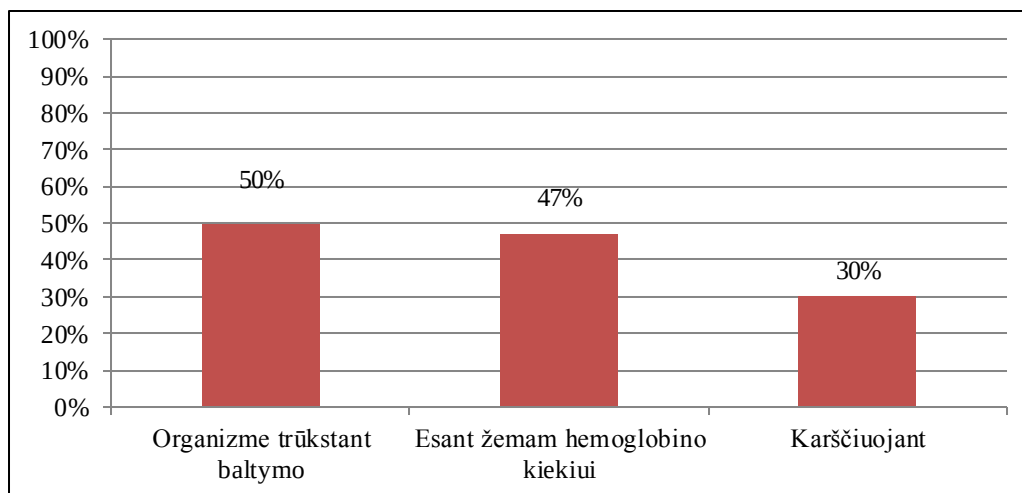
3 pav. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai ar nuo šių veiksnių gali atsirasti pragulos.

Anketoje pateiktas klausimas: „Jūsų nuomone, išsivysčiusios pragulos pacientui:“ pateikti keturi atsakymo variantai: padidėja sepsio rizika, padidėja mirštamumas, ilgėja stacionarinio gydymo trukmė, pragulos neturi didesnės įtakos paciento sveikatos būklei. Respondentų pasiskirstymas buvo toks: 43 proc. mano, kad išsivysčius praguloms pacientui, ilgėja stacionarinio gydymo trukmė, 30 proc. mano, kad ir padidėja sepsio rizika ir net 27 proc. mano, kad pacientui padidėja mirštamumo tikimybė. Kad pragulos neturi didesnės įtakos paciento sveikatos būklei nebuvo slaugytojų, kurie taip manytų (4 paveikslė).



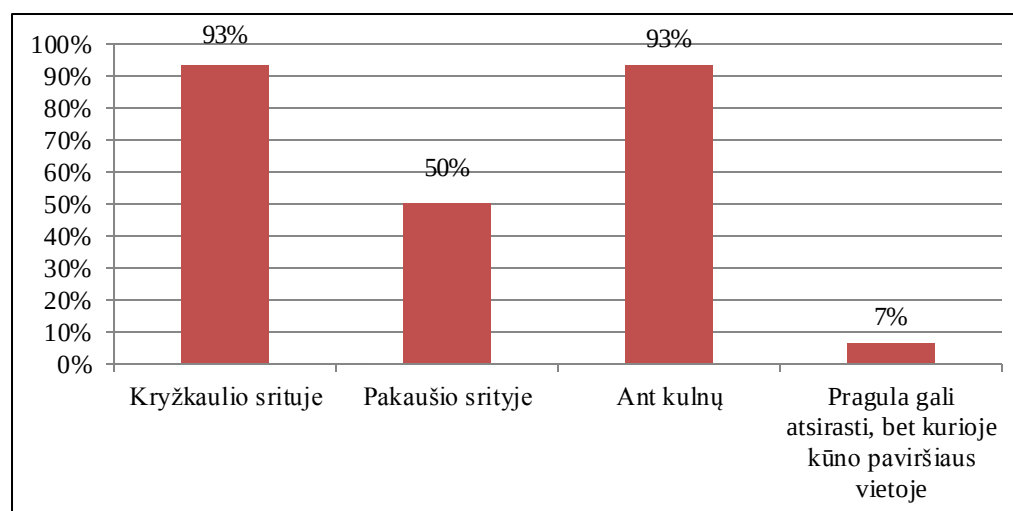
4 pav. Slaugytojų nuomonė apie įtakojantčius veiksnius paciento sveikatos būklei, išsivysčius praguloms.

Respondentų nuomone, kad pragulos gali išsivystyti pacientams sutrikus medžiagų apykaitai, atsakymai pasiskirstė taip: 50 proc. apklaustųjų išskiria, kad esant žemam hemoglobino kiekiui, 47 proc. slaugytojų mano, organizme trūkstant baltymo ir 30 proc. pacientui karščiuojant (5 paveiksle).



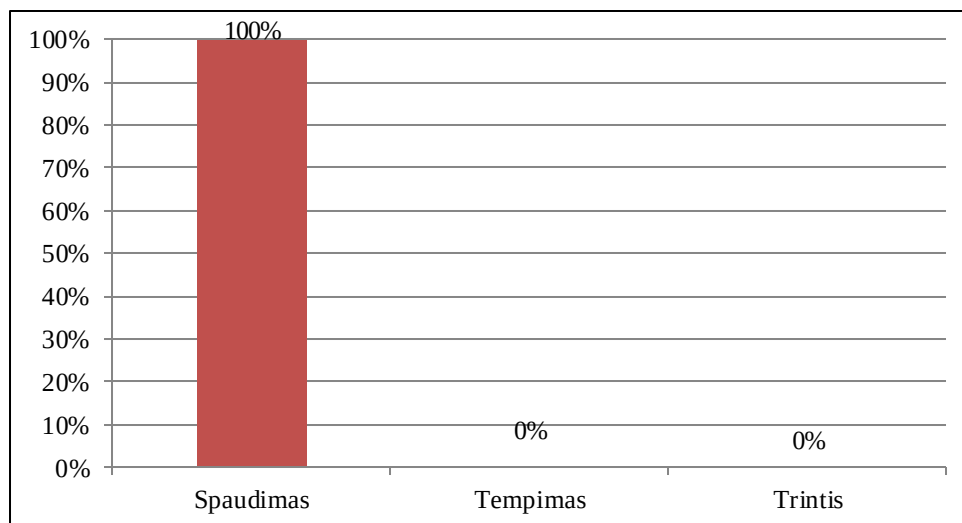
5 pav. Slaugytojų nuomonė ar pragulos gali išsivystyti pacientui sutikus medžiagų apykaitai

Slaugytojai nurodė kuriose vietose dažniausiai pragulos gali atsirasti. Duomenys pasiskirstė taip, kad dauguma 93 % mano, jog kryžkaulio srityje ir ant kulnų, 50% mano, kad yra galimybė ir pakaušio srityje, o 7% mano, kad pragula gali atsirasti bet kurioje kūno paviršiaus srityje (6 paveiksle).



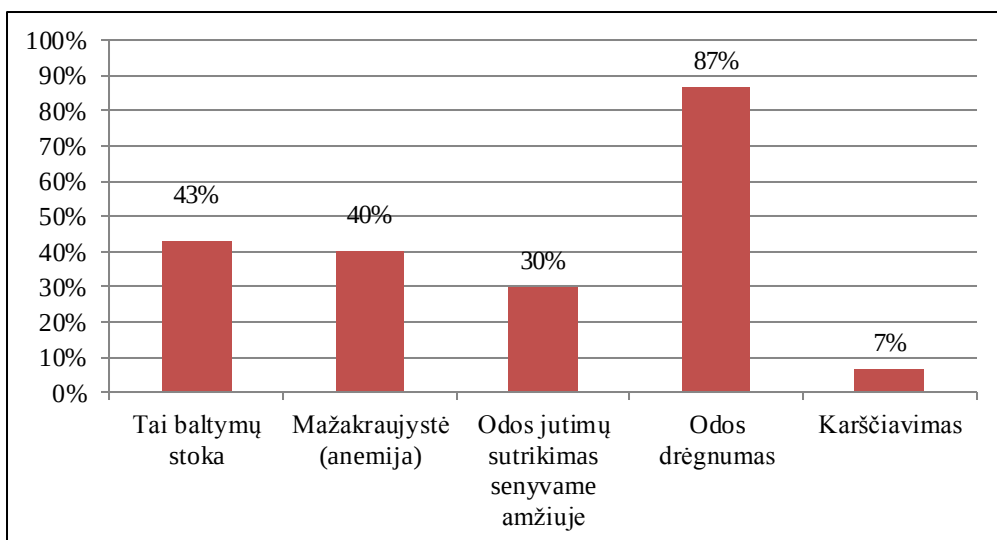
6 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į pragulų atsiradimo vietas.

Tyrimo metu norėta išsiaiškinti bendrosios praktikos slaugytojų, nuomonė apie pirminius pragulų veiksnius. Anketoje pateiktas klausimas „Jūsų nuomone, kokie dažniausiai pasitaikantys pirminiai pragulų atsiradimo rizikos veiksniai“. Visi respondentai mano, jog pirminių pragulų atsiradimo rizikos veiksnys yra spaudimas (7 paveiksle).



7 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal, tai kokie dažniausi pirminiai pragulų atsiradimo rizikos veiksniai.

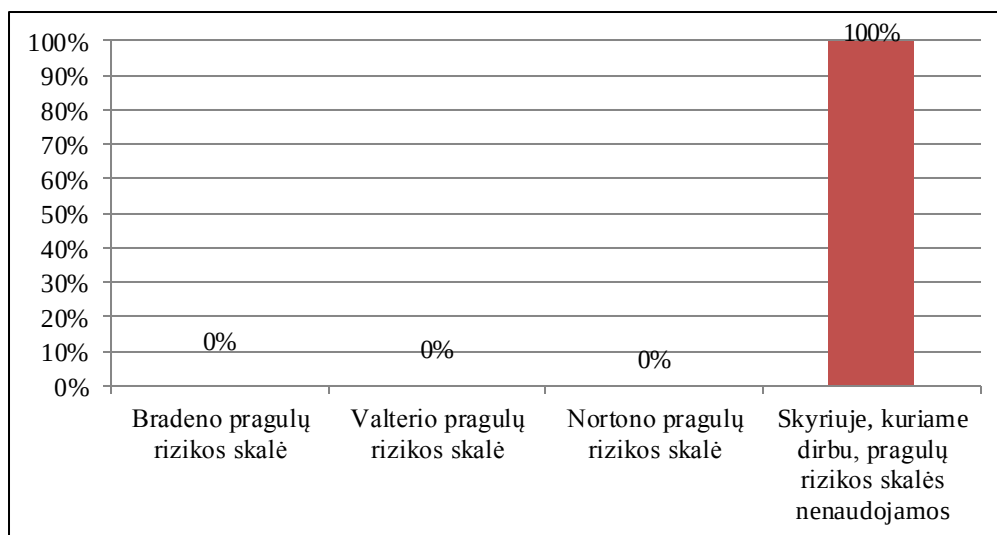
Tyrimo metu norėta išsiaiškinti bendrosios praktikos slaugytojų, nuomonė apie ir apie antrinius pragulų veiksnius. Anketoje pateiktas klausimas „Jūsų nuomone, kokie dažniausiai pasitaikantys pirminiai pragulų atsiradimo rizikos veiksniai:“. Slaugytojai priskyrė dažniausiems antriniam atsiradimo veiksniams visus pateiktus variantus, rezultatai pasiskirstė taip: 87 proc. – odos drėgnumą. Baltymų stoką, išskyrė 43 proc. respondentų, net 40 proc. slaugytojų prie dažniausių veiksnių priskyrė mažakraujystę, 30 proc. mano, jog įtakoja odos jutimų sutrikimas senyvame amžiuje, ir 7 proc. priskiria, ir karščiavimą (8 paveiksle).



8 pav. Slaugytojų nuomonių pasiskirstymas į antrinius pragulų atsiradimo rizikos veiksnius.

Tyrimo metu norėta sužinoti, kokia pragulų rizikos įvertinimo skalę naudoja X rajono ligoninėje, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuje. Anketoje buvo pateikta trys pasiūlytos skalės: Bradeno, Valterio, Nortono pragulų rizikai nustatyti, taip pat pateiktas variantas, kad skyrius nenaudoja įvertinimo skalės. Visi respondentai atsakė, kad skyriuje kuriame dirba, pragulų rizikos įvertinimo skalės yra nenaudojamos (9 paveiksle).

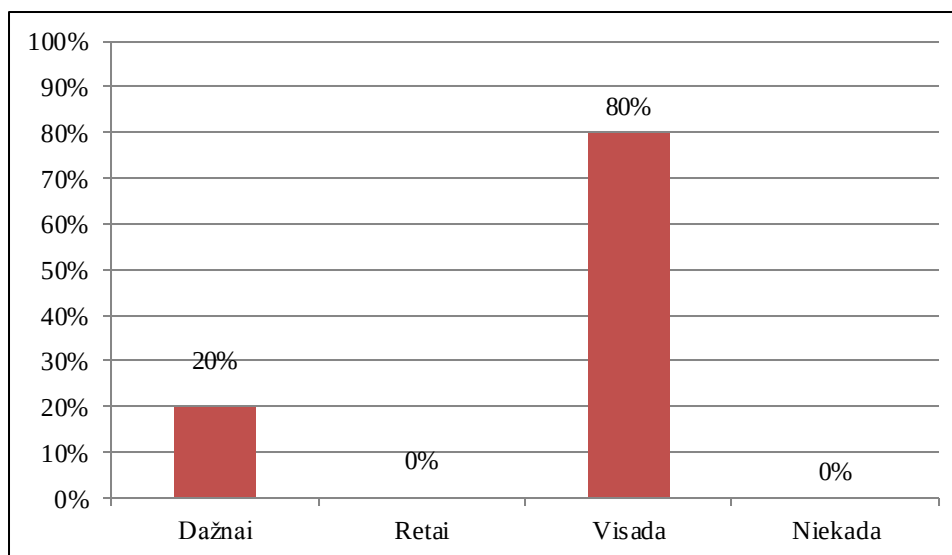
Atliktas tyrimas parodė, kad apklausti bendrosios praktikos slaugytojai nenaudoja pragulų įvertinimo rizikos skalių.



9 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal pragulų įvertinimui naudojamos skalės.

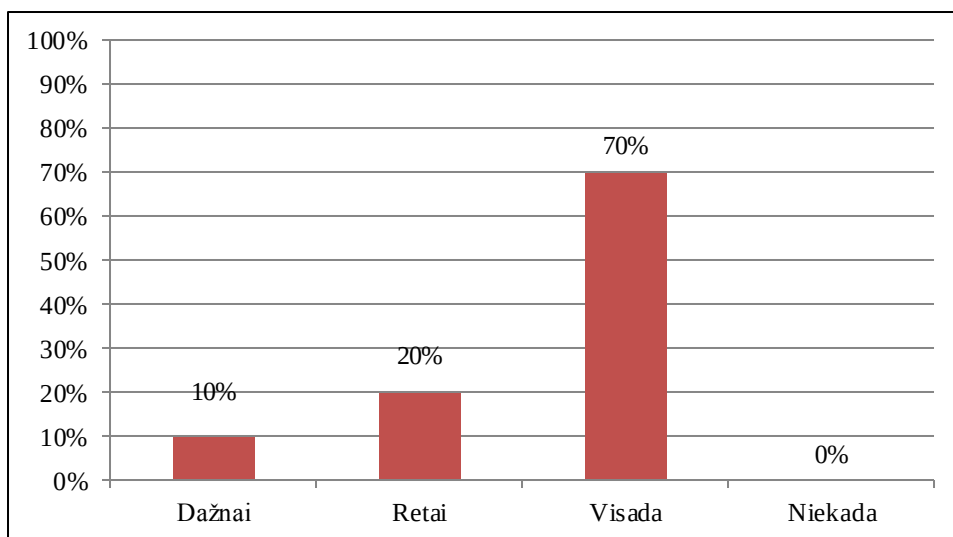
1.3. Bendrosios praktikos slaugytojo edukacinė veikla apie pragulas ir jų profilaktiką.

Atliekant apklausą, norėta išsiaiškinti, kaip dažnai slaugytojai teikia žinias pacientams apie pragulas ir jų profilaktiką. Paaiškėjo, jog 80 proc. slaugytojų –visada teikia žinias pacientams apie pragulas ir jų profilaktiką, o 20 proc. slaugytojų, žinias apie pragulas ir jų profilaktiką pacientams teikia dažnai (10 paveiksle).



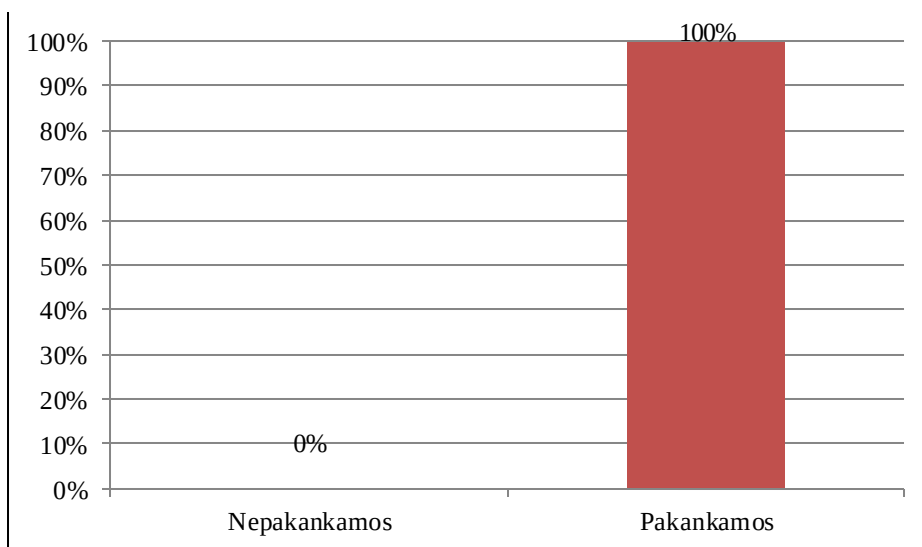
10 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas atsižvelgiant į tai, kaip dažnai teikia žinias pacientams apie pragulas ir jų profilaktiką.

Į pateiktą klausimą anketoje „Kaip dažnai teikiate žinias paciento artimiesiems apie pragulas ir jų profilaktiką?“ 70 proc. slaugytojų atsakė- visada, 20 proc. – retai, 10 proc. dažnai (11paveiksle).



11 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, pagal tai, kaip dažnai teikia žinias paciento artimiesiems apie pragula ir jų profilaktiką.

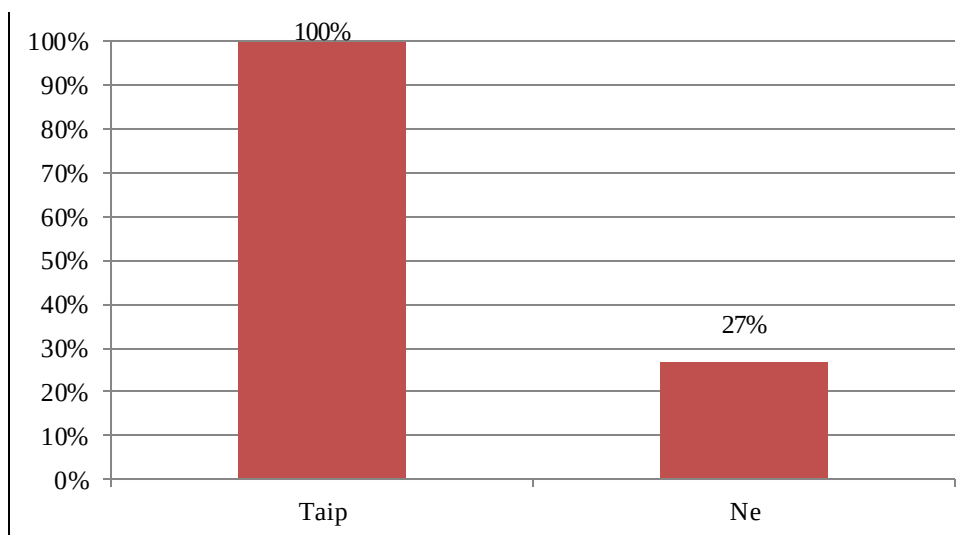
Visi slaugytojai 30 (100 proc.), paklausus kaip vertina savo žinias apie pragulas ir jų profilaktiką, atsakė- pakankamai (12 paveiksle).



22 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į slaugytojų nuomonę apie savo žinias apie pragulas ir jų profilaktiką.

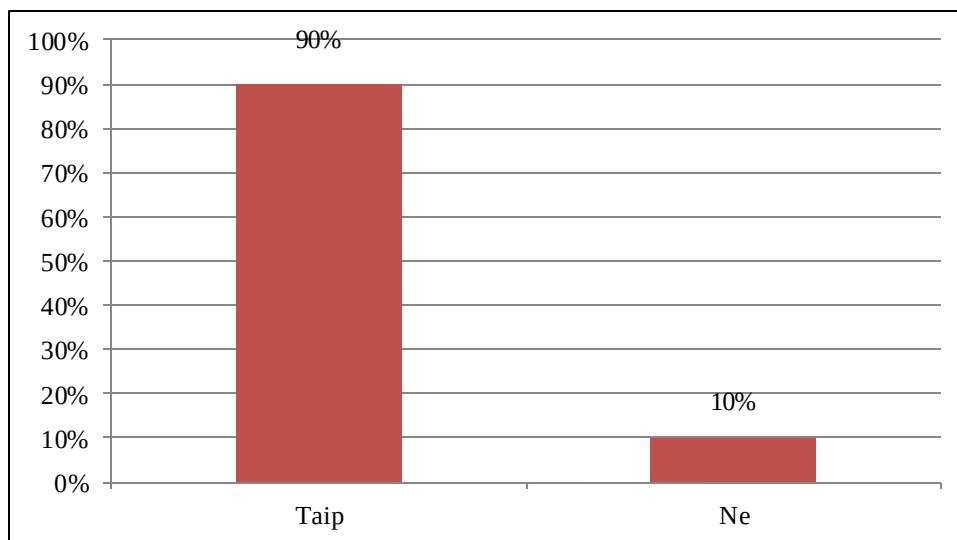
Tyrimo metu, slaugytojų buvo klausama „Ar teko dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką“. Tyrimo metu išanalizavus anketų duomenis sužinota, kad net 73 proc. slaugytojai yra

dalyvavę tokiuose mokymuose, o 27 proc. slaugytojų neteko dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką (13 paveiksle).



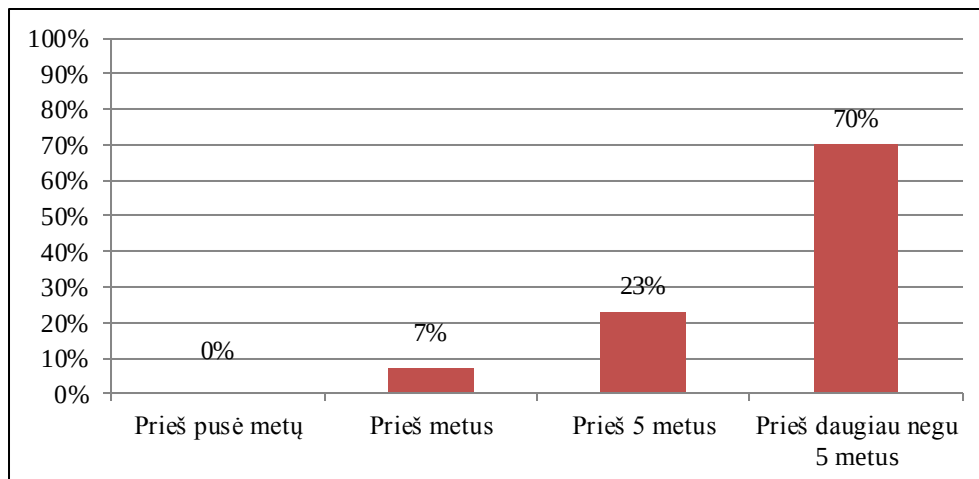
13 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas atsižvelgiant į tai, ar yra dalyvavę mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.

Tyrimo metu buvo paklausta bendrosios praktikos slaugytojų ar norėtų dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką. Respondentų atsakymai pasiskirstė taip, kad dauguma net 90 proc. apklaustųjų norėtų dalyvauti ir tik 10 proc. nenorėtų dalyvauti mokymuose (14 paveiksle).



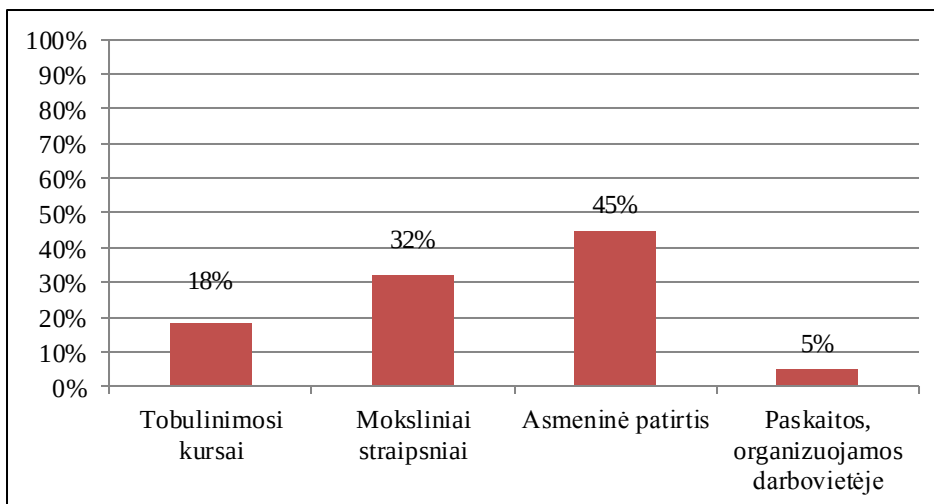
14 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai, ar norėtų dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.

I klausimą „Kada paskutinį kartą dalyvavote tokiuose mokymuose“ dauguma, t.y. 70 proc. atsakė prieš daugiau kaip 5 metus, o 23 proc. teigia, kad dalyvavo prieš 5 metus, 7 proc. apklaustųjų atsakė, jog prieš metus (15 paveiksle).



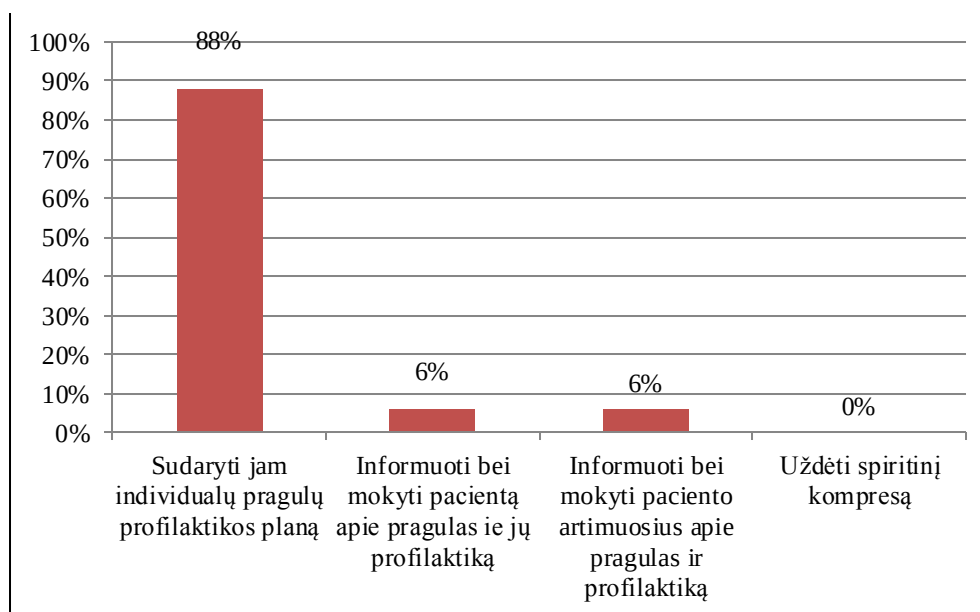
15 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai kada paskutinį kartą dalyvavote mokymuose, apie pragulas ir jų profilaktiką.

Anketoje klausta, kokie žinių šaltiniai apie pragulas ir jų profilaktiką. Slaugytojai įvertino, kad slaugytojų žinių šaltinis yra asmeninė patirtis, net 45 proc. taip teigė. Trečdalis t.y. 32 proc. įvardijo mokslinius straipsnius, 18 proc. mano, jog svarbus šaltinis yra ir tobulinimo kursai, o 5 proc. apklaustųjų mano, kad žinių šaltinis yra ir paskaitos organizuojamos darbovietėje (16 paveiksle.)



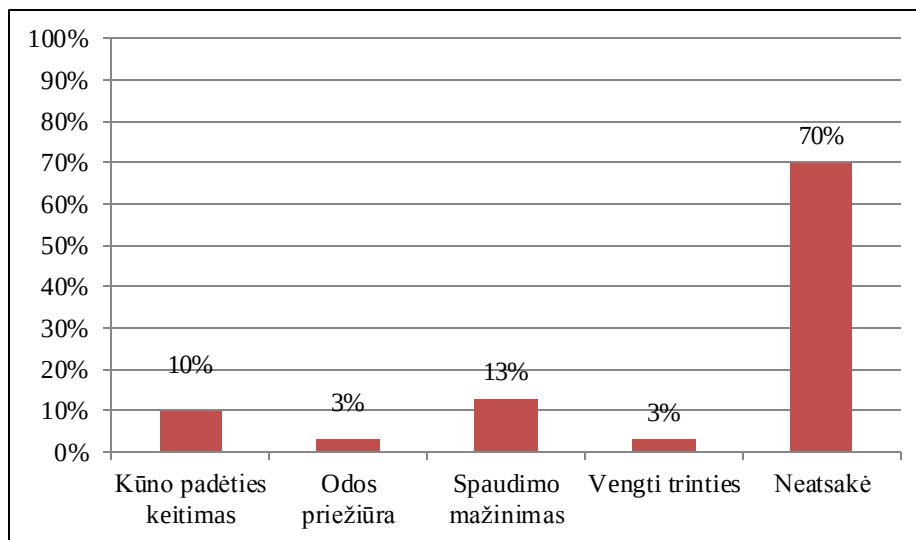
16 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į žinių šaltinius apie pragulas ir jų profilaktiką.

Į klausimą „Jūsų nuomone, pacientui nustačius pragulų išsivystymo riziką reikalinga:“. Slaugytojų atsakymai pasiskirstė taip, kad net 88 proc. mano, kad reikia sudaryti jam individualų pragulų profilaktikos planą, po 6 proc., respondentų mano, kad reikia informuoti bei mokyti pacientą apie pragulas ir jų profilaktiką ir informuoti bei mokyti paciento artimuosius apie pragulas ir jų profilaktiką (17 paveiksle).



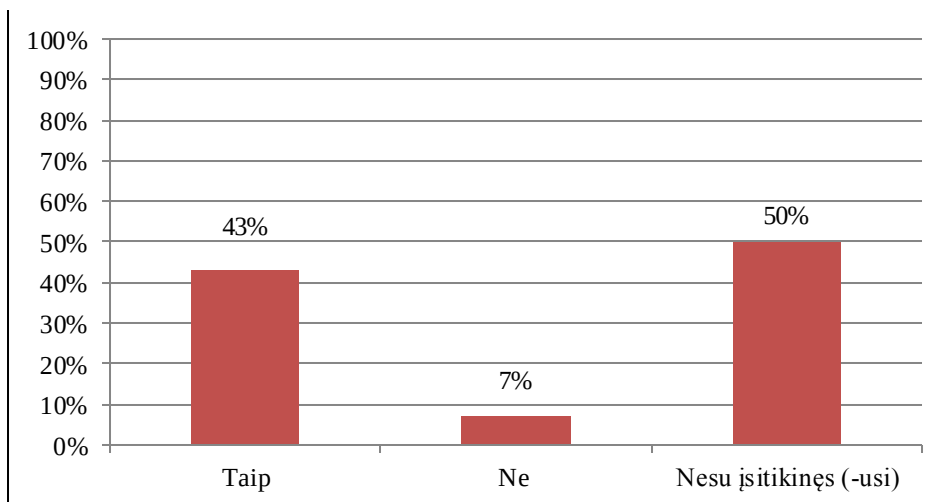
17 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal tai kas yra pacientui reikalinga nustačius pragulų išsivystymo riziką.

Pateikus anketoje klausimą „Jūsų nuomone, pagrindinis akcentas pragulų profilaktikoje“, net 70 proc. į šį klausimą neatsakė, 13 proc. teigia, kad spaudimo mažinimas, 10 proc. atsakė, kūno padėties keitimas, 3 proc. išskiria kaip pagrindinį akcentą, odos priežiūrą ir vengimą trinties (18 paveiksle).



18 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į pagrindinį akcentą pragulų profilaktikoje.

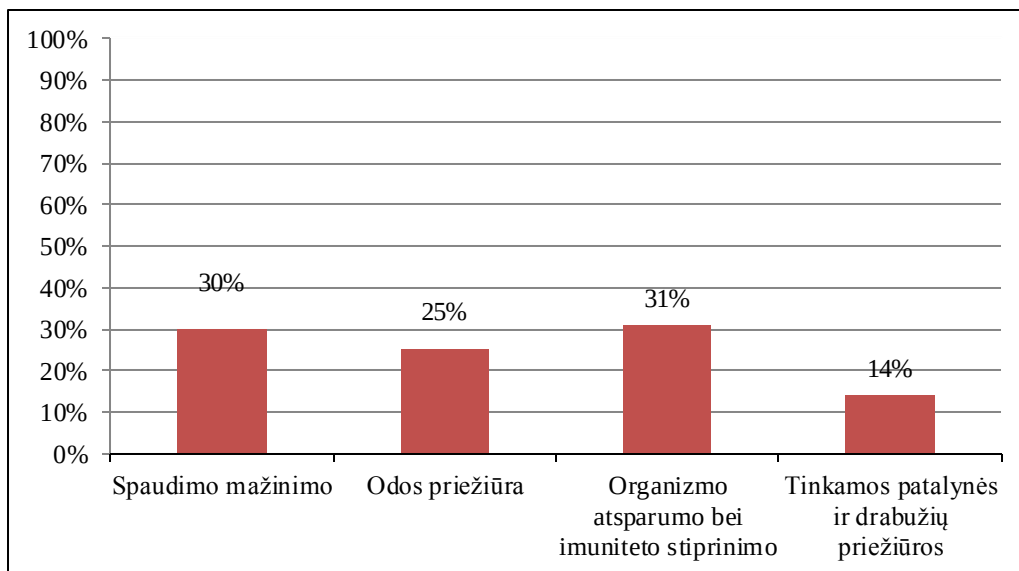
Atliekant apklausą norėta išsiaiškinti, slaugytojų nuomonę ar nuolatinis personalo mokymas, siekiant išvengti pragulų, yra svarbus. Rezultatai parodė, jog pusė respondentų nėra įsitikinę, 43 proc. mano, kad yra svarbu, o 7 proc. slaugytojų teigia, kad nėra svarbu (19 paveiksle).



19 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai, ar nuolatinis personalo mokymas, siekiant išvengti pragulų, yra svarbus.

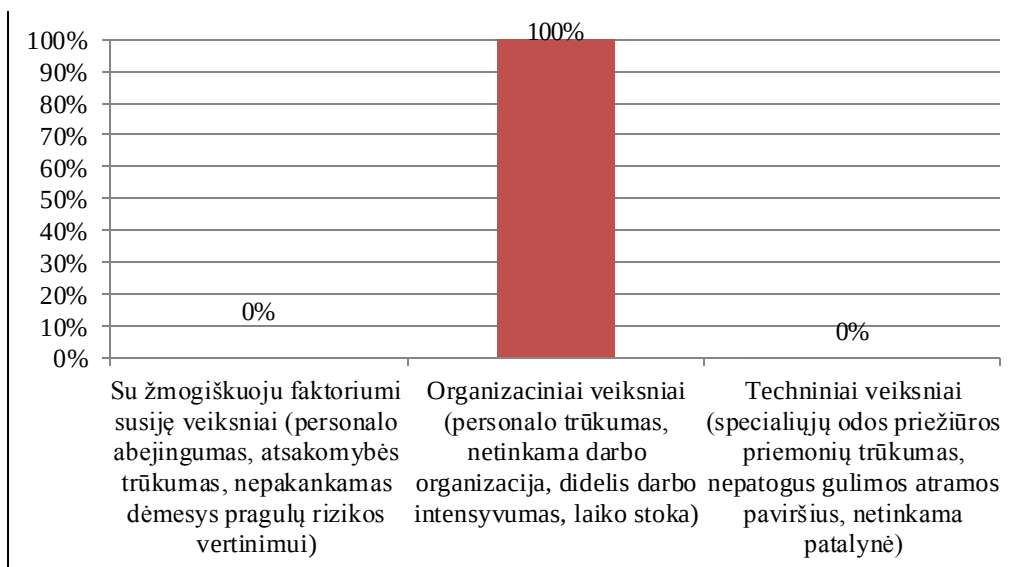
Tyrimo metu norėta išsiaiškinti pragulų profilaktikos svarbiausius veiksnius. Respondentai atsakė, kad jų nuomone pragulų profilaktikos svarbiausias veiksnys yra organizmo atsparumo bei imuniteto stiprinimo, tai pažymėjo trečdalis respondentų 31 proc., spaudimo mažinimo

30 proc., 25 proc. — odos priežiūros ir 14 proc., tinkamos patalynės ir drabužių priežiūros (20 paveiksle).



20 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas, pagal pragulų profilaktikoje svarbiausius veiksnius.

Atliekant apklausą norėta sužinoti kokios pagrindinės efektyviai pragulų profilaktikai trukdančios priežastys. Respondentų nuomone, tai yra organizaciniai veiksniai (personalo trūkumas, netinkama darbo organizacija, didelis darbo intensyvumas, laiko stoka), tai atsakė visi klausti respondentai (21 paveiksle).



21 pav. Slaugytojų nuomonės pasiskirstymas pagal tai, kokios pagrindinės priežastys trukdančios efektyviai pragulų profilaktikoje.

2. Tyrimo rezultatų aptarimas

Šiuolaikinės, modernios medicinos priemonės nesumažina pragulų atsiradimo, kurių atsiradimą jaučia pacientai ir gydymo įstaigos. Personalas išlieka pagrindine grandimi pragulų prevencijoje tinkamai atlikdamas savo darbą, laikantis nustatytų reikalavimų, gilindami savo žinias apie pragulas ir jų profilaktiką, siekdami turimomis priemonėmis užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.

Šis tyrimas buvo atliktas, kad įvertintume bendrosios praktikos slaugytojų žinias apie pragulas ir jų profilaktiką. Bendrosios praktikos slaugytojų žinios, jų veiksmai turi lemiamą reikšmę tiek pragulų profilaktikos sėkmingai priežiūrai, tiek ir jų gijimui. Gauti rezultatai atskleidė, kad visi bendrosios praktikos slaugytojai dalyvavę tyrime vertina savo žinias – pakankamai.

Trintis yra jėga atsirandanti dviejų paviršių susilietimo vietoje, besipriešianti jų judėjimui tarpusavio atžvilgiu. Trintis vystosi tarp paciento odos ir bet kokio kontaktinio paviršiaus, įskaitant paciento patalynę, perkėlimo ir judėjimo įrenginius. Didelės jėgos ir dažnas trinties buvimas gali net sukelti odos paviršiaus pažeidimus, įbrėžimus, pūslių susidarymą ar odos įplyšimus pacientams turintiems trapią odą (Hanson D. ir kt. 2010). Respondentai taip pat mano, kad pragulų išsivystymo vienas iš svarbiausių veiksnių yra pacientą netinkamai verčiant, taip mano 27% respondentų, o pacientą perkeliant į lovą, teigia 23% proc., dėl poveikio odai net 50% išskyrė kaip svarbiausių veiksnių pragulų atsiradime.

Dažniausios pragulų atsiradimo vietos- kryžkaulio ir uodegikaulio srityje, ties šlaunikaulio didžiuoju gūburio, klubikaulio dygliais, kulnikauliais, menčių kraštais, alkūnėmis, pakaušiu, šonkauliais (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011). Bendrosios praktikos slaugytojų buvo paklausta, kokia jų nuomone, kur dažniausiai gali atsirasti pragulos. Galime manyti, kad slaugytojų žinios apie pragulų atsiradimo vietas yra tinkamos. Dauguma slaugytojų paminėjo, kryžkaulio sritį ir ant kulnų, taip pat nemažai mano, kad gali atsirasti pakaušio srityje.

X ligoninės, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus bendrosios praktikos slaugytojos žino, kad pirminių rizikos veiksniu yra iškariamas spaudimas. Kaip ir literatūroje teigiamą, kad vienas iš svarbiausių yra monotoniškas, nuolatinis spaudimas. Jis sukelia audinių išemiją, sutrinka deguonies ir medžiagų apykaita. Dauguma autorių nurodo, kad spaudimas audiniams pavojingas, jei jis didesnis už 32 mm Hg. Tai – toks spaudimas, kai užspaudžiami kapiliarai (Kriščiūnas, A., Savickas, R. 2011).

Drėgna oda turi didesnę trinties koeficientą ir yra labiau linkusi maceruotis. Nors drėgmės perteklius gali turėti daug priežasčių, tačiau šlapimo ir išmatų nelaikymas kelia ypatingą susirūpinimą. Be to, kad sukelia drėgmės perteklių, šlapimas taip pat keičia odos pH ją rūgštinamas, o išmatos

užteršia dideliu kiekiu bakterijų (Cakmak SK. ir kt. 2009). Slaugytojai, antrinių pragulų rizikos veiksnių išskyrė jų manymų svarbiausią iš rizikos veiksnių - drėgmę. Kaip teigiama ir literatūroje, drėgna oda turi didesnę trinties koeficientą, todėl yra tikimybė atsirasti praguloms.

Pragulų profilaktika susideda iš pagrindinių 3 dalių – spaudimo mažinimo, odos priežiūros ir efektyvaus esančių pragulų gydymo. Įprastai didžiausias dėmesys pragulų profilaktikoje skiriamas spaudimui mažinti. Kad spaudimas tinkamai pasiskirstytų, dažnai reikia keisti ligonio padėtį arba, jei tik įmanoma ir galima išmokykite ligonius, kad jie keistų padėtį patys (Jagučianskaitė G.2017). Bendrosios praktikos slaugytojai dalyvavę tyrime, anketoje savo nuomonę išsakę pagrindinius svarbiausius pragulų profilaktikos veiksnius; 31 proc. — organizmo atsparumo bei imuniteto stiprinimo, 30 proc. — spaudimo mažinimą, 25 proc. — odos priežiūros ir 14 proc. respondentų priskirias ir tinkamą patalynės ir drabužių priežiūrą.

Siekiant išsiaiškinti respondentų nuomonę, kokios pagrindinės efektyviai pragulų profilaktikai trukdančios priežastys, visi respondentai mano, kad yra viena pagrindinė: organizaciniai veiksniai t.y. personalo trūkumas, netinkama darbo organizacija, didelis darbo intensyvumas, laiko stoka. Palankios darbo sąlygos ir gera slaugytojų fizinė bei psichologinė savijauta darbe leis išlaikyti darbo našumą ir atlikimą, kokybišką priežiūrą, darbuotojų moralę ir elgesį darbe.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus tiriamos grupės žinias apie pragulų atsiradimą įtakojančias priežastis, bendrosios praktikos slaugytojų nuomonė pasiskirstė, kad pusė respondentų mano, kad įtakos pragulų atsiradimui turi ilgalaikių prietaisų (zondų, kateterių ir pan.) poveikis odai ir gleivinei, daugiau nei trečdalis mano, kad išsivysčius praguloms, ilgėja stacionarinio gydymo trukmė. Galima teigti, kad respondentai žino, kokios yra įtakojančios priežastys pragulų atsiradimui.

2. Išnagrinėjus tiriamųjų slaugytojų žinių apie pragulų atsiradimo įtakojančius veiksnus, bendrosios praktikos slaugytojų daugiau nei pusė nuomone, reikia sudaryti pacientui individualų pragulų profilaktikos planą. Visi respondentai mano, jog pirminių pragulų atsiradimo rizikos veiksnys yra *spaudimas*. Slaugytojų nuomone, vienas iš pagrindinių antrinių atsiradimo rizikos veiksnių — odos drėgnumas. Bendrosios praktikos slaugytojams pragulų atsiradimo rizikos veiksniai yra žinomi, net daugiau nei pusė apklaustųjų paminėjo svarbiausius pragulų atsiradimo rizikos veiksnus.

3. Bendrosios praktikos slaugytojai žinias apie pragulas ir jų profilaktiką vertina pakankamai, tai atsake visi respondentai. Paašškėjo, jog daugiau nei trečdalis slaugytojų – visada teikia žinias pacientams ir jų artimiesiems apie pragulas ir jų profilaktiką. Mažiau nei pusė respondentų, žinių šaltinį apie pragulas ir jų profilaktiką nurodo kaip asmeninę patirtį. Mažiau nei ketvirtadalis nurodo žinių šaltinį – tobulinimosi kursus, tačiau slaugytojų poreikis dalyvauti mokymuose yra didelis. Daugiau nei trys/ketvirtadaliai respondentų, norėtų dalyvauti mokymuose apie pragulas ir jų profilaktiką.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Institucijos X administracijai

1. Gydyimo įstaigoje turėtų būti organizuojami personalo mokymai:
 - Teoriniai, apie pragulas ir jų profilaktiką, pagrindines išsivystymo priežastis, pirminius ir antrinius rizikos veiksnius, dažniausius pragulų ir jų profilaktikos atsiradimą, pragulų ir jų profilaktikos prevenciją.
 - praaktiniai, pasitelkiant specialistus, turinčius teigiamą patirtį, slaugant pacientus su pragulomis.
2. Pragulų ir jų profilaktikos prevencijai trukdančių organizacinių, techninių ir (ar) susijusių su žmogiškuoju faktoriumi priežasčių tyrimų inicijavimą, užtikrinant atgalinį ryšį, t.y. skelbiant tyrimų rezultatus ir diegiant tyrimų rekomendacijas.
3. Siekiant efektyvaus darbo komandoje bei geros kokybės paslaugų užtikrinimo, įstaigos vadovams ir administratoriams reikalinga užtikrinti organizacinius veiksnius (personalo trūkumas, netinkama darbo organizacija, didelis darbo intensyvumas, laiko stoka).

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Berlowitz D. Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality 2017 [žiūrėta 2017-09-28]. Prieiga per internetą:<
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf>>.
2. Bernabe K. Pressure ulcers in the pediatric patient. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24(3):352-356.
3. Bond S, Thomas LH. Issues in measuring outcomes of nursing. *JAN* 1991;16:1492-1502
4. Cakmak SK., Gul U, Ozer S., Yigit Z., Gonu M. Risk factors for pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care.* 2009;22:412–415.
5. Cano A, Anglade D, Stamp H, Joaquin F, Lopez JA, Lupe L, Schmidt SP, Young DL. Improving Outcomes by Implementing a Pressure Ulcer Prevention Program (PUPP): Going beyond the Basics. *Healthcare (Basel)* 2015;3(3): 574–585.
6. Capon A., Pavoni N., Mastromattei A., Di Lallo D.: Pressure ulcer risk in longterm units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs.* 2007;58:263-272.
7. Cheryl Bansal, BA, Ron Scott, MD, David Stewart, MD, and Clay J. Cockerell, MD Decubitus ulcers: A review of the literature. *International Journal of Dermatology* 2005; 44: 805.
8. Cooper KL. Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Crit Care Nurse* 2013;33(6):57-66.
9. Cushing C, Phillips L. Evidence-Based Medicine: Pressure Sores. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(6):1720-1732.
10. Daniel RK, Wheatley DC, Priest DL. Pressure sores and paraplegia: an experimental model. *Ann Plast Surg.* 1985;15:41.
11. Defloor T., Grypdonck MF. Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. *J Adv Nurs.* 2004;48:613–621.
12. Dinsdale SM. Decubitus ulcers: role of pressure and friction in causation. *Arch Phys Med Rehabil.* 1974;55:147.
13. Drungilienė D, Mockienė V. Psichologiniai mirštančių pacientų slaugos aspektai. *Visuomenės sveikata* 2014;1:52-58.
14. Gerhardt LC., Strassle V., Lenz A., Spencer ND., Derler S.: Influence of epidermal hydration on the friction of human skin against textiles. *J R Soc Interface.* 2008;5:1317–1328.
15. Gill EC. Reducing hospital acquired pressure ulcers in intensive care. *BMJ Qual Improv Reports* 2015;205599 (3015):3015.

16. Grey JE., Harding KG., Enoch S.: Pressure ulcers. *BMJ*. 2006;332:472-475.
17. Guigoz Y., Lauque S., Vellas BJ.: Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:737–757.
18. Guihan M, Garber SL, Bombardier CH, Goldstein B, Holmes SA, Cao L. Predictors of pressure ulcer recurrence in veterans with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2008;31(5):551–559.
19. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjoden PO. Risk, prevention and treatment of pressure ulcers-nursing staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001;15:257-63.
20. Hanson D., Langemo DK., Anderson J., Thompson P., Hunter S. Friction and shear considerations in pressure ulcer development. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23:21–24.
21. Jagučianskaitė, G. (2017). Internistas. Pragulos – sunki slaugomų ligonių odos pažeida. Kaip jų išvengti ir tinkamai gydyti?. Nr.6 (173), 24-28. Oficialus Lietuvos internistų draugijos leidinys. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos.
22. Kaddourah B, Abu-Shaheen AK, Al-Tannir M. Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study. *BMC Nurs* 2016;15:17.
23. Kievišas M, Kolaitytė V, Baranauskas G, Kievišienė L, Zacharevskij E , Rimdeika R. Pragulų chirurginis gydymas ir pooperacinį atsinaujinimą lemiantys veiksniai. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2017;21(6):411-417.
24. Kriščiūnas, A., Savickas, R. (2011). *Pragulos ir jų profilaktika*. Kaunas: LSMU Leidybos namai.
25. Latimer S, Chaboyer W, Gillespie B. Pressure injury prevention strategies in acute medical inpatients: an observational study. *Contemporary Nurse* 2016; 52(2-3): 326-340.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [žiūrėta 2017-11-16]. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/porta/lt/legalAct/TAR.7DB50471C9A5>
27. Lim S., Kim B., Kim J., Ver Halen J.: Preoperative Albumin Alone is Not a Predictor of 30 - Day Outcomes in Pressure Ulcer Patients. *Ann Plast Surg*. 2015;75(4):439-447
28. Lindan O., Greenway RM., Piazza JM. Pressure distribution on the surface of the human body. I. Evaluation in lying and sitting positions using a „bed of springs and nails“. *Arch Phys Med Rehabil*. 1965;46:378-85.

29. Lo SF., Hayter M., Chang CJ., Hu WY, Lee LL. A systematic review of silver-releasing dressings in the management of infected chronic wounds. *J Clin Nurs*. 2008;17:1973-85.
30. Maslauskas K., Samsanavičius D, Rimdeika R, Kaikaris V. Surgical treatment of pressure ulcers: an 11-year experience at the Department of Plastic and Reconstructive Surgery of Hospital of Kaunas University of Medicine. *Medicina*. 2009;45(4):269-275.
31. Maslauskas, K. (2011). *Slauga mokslas ir praktika*. Nr.3(171)
32. Maslauskas, K., Samsanavičius, D. (2007). *Klinikinė praktika, slauga. Sunki nejudrių ligonių komplikacija- pragulos*. Nr.04 (139), 77-80. Kauno medicinos universitetas.
33. Maslauskas, K., Samsanavičius, D. (2008). *Klinikinė praktika, slauga. Kaip gydyti pragulas ir nudegimus? Patarimai kasdieniai praktikai*. Nr.03(150), 90-92. Kauno medicinos universitetas.
34. Meesterberends E., Halfens R., Heinze C., Lohrmann C., Schols J.: Pressure ulcer incidence in Dutch and German nursing homes: design of a prospective multicenter cohort study. *BMC Nurs*. 2011;10:8.
35. Moore Z, Webster J, Samuriwo R. Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD011011.
36. P. C. Chhotani, D. P. Vakharia, Effect of Elliptical Shaft Geometry on Non-dimensional Pressure and Load in Hydrodynamic Journal Bearings, 2013, conference
37. Posthauer ME. The role of nutrition in wound care. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19:43-52.
38. Razbadauskas, A., Metrikas, P. (2007). *Žaizdų ir pragulų priežiūra*. Klaipėda: Klaipėdos Universitetas.
39. Reddy M., Gill SS., Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA*. 2006;296:974–984.
40. Riccio PA. Quality evaluation of home nursing care: perceptions of patients, physicians, and nurses. *J Nurs Care Qual* 2001;15(2):58-67.
41. Rimkuvienė S. (2013). *Žaizdų gydymas ir klinikinė mityba. Konferencija. Kėdainių pirminės sveikatos priežiūros centras*.
42. Salcido R, Lee A, Ahn C. Heel Pressure Ulcers: Purple Heel and Deep Tissue Injury. *Adv Skin Wound Care*. 2011;24(8):374-380.
43. Sibbald R, Krasner D, Woo K. Pressure Ulcer Staging Revisited: Superficial Skin Changes & Deep Pressure Ulcer Framework. *Adv Skin Wound Care*. 2011;24(12):571-580.
44. Slaugytojo profesinės etikos kodeksas [žiūrėta 2017-09-28]. Prieiga per internetą: <<http://bioetika.sam.lt/index.php?2764725243>>.

45. Tetterton M, Parham IA, Coogle CL, Cash K, Lawson K, Benghauser K, Owens MG. The development of an educational collaborative to address comprehensive pressure ulcer prevention and treatment. *Gerontol Geriatr Educ* 2004; 24: 53–65.
46. Walker (Sewill) D., Van Sell S., Kindred C.: Pressure Ulcer Prevention. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33(4):348-355.
47. Wang H, Niewczyk P, Divita M, Camicia M, Appelman J, Mix J, Sandel ME. Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2014;93(3):207–216.
48. Wu SS., Ahn C., Emmons KR., Salcido RS. Pressure Ulcers in Pediatric Patients With Spinal Cord Injury. *Adv Skin Wound Care*. 2009;22(6):273-284.