

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS
SLAUGOS KATEDRA

**MOKOMOSIOS PROGRAMOS POVEIKIS SLAUGYTOJŲ ŽINIOMS APIE
SERGANČIŲJŲ ŪMINIU PANKREATITU DIRBTINĮ MAITINIMĄ**

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbą atliko
Rita Mažeikaitė

Darbo vadovas
doc. dr. Vida Mockienė

Darbo recenzentai
doc. dr. Danguolė Marytė Drungilienė

Klaipėda, 2012

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Rita Mažeikaitė

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

Mokomosios programos poveikis slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankretitu
dirbtinį maitinimą

(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento(u) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

SANTRAUKA

R. Mažeikaitė. Mokomosios programos poveikis slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas: doc. dr. V. Mockienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2012. – 64 p.

Temos aktualumas: Ankstyvas enterinės ir parenterinės mitybos taikymas vaidina svarbų vaidmenį sergantiesiems ūminiu pankreatitu siekiant užkirsti kelią komplikacijoms ir atkurti normalias organizmo funkcijas. Svarbu, kad slaugytojai pripažintų ir reaguotų į naujus poreikius, kylančius iš nuolat besikeičiančios ir vis sudėtingesnės sveikatos priežiūros sistemos. Mokymas turėtų būti nukreiptas naujomis kryptimis, gerinant tęstinį slaugytojų mokymą Lietuvoje ir tobulinant sergančiųjų ūminiu pankreatitu slaugą. **Tikslas** – įvertinti mokomosios programos poveikį slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą. **Metodai.** Atliktas eksperimentinis tyrimas (priešinterveninis ir pointerveninis) su dviem grupėmis respondentų (n=87): eksperimentine grupe (EG, n=43) ir kontroline grupe (KG, n=44). Duomenys buvo renkami naudojant E. Siow 2008 m. klausimyną. **Rezultatai.** Tyrimo rezultatai parodė, jog po intervencijos EG reikšmingai padidėjo slaugytojų žinios apie: neigiamo azoto balanso susidarymo priežastis sunkesnėse ūminio pankreatito formose (27,9 proc.), C reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite (41,8 proc.), buvo reikšmingai daugiau (72,1 proc.) slaugytojų, žinančių apie skirtumą tarp parenterinio ir enterinio maitinimo; taip pat žinančių, kad sergantiems ūminiu pankreatitu enterinis maitinimas yra pradinis maitinimo kelias (reikšmingai daugiau (27,9 proc.) slaugytojų)). Po intervencijos nustatytas reikšmingas skirtumas tarp abiejų grupių respondentų – EG respondentų žinios ženkliai pagerėjo. Nustatyta, kad prieš intervenciją slaugytojų darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje, tame tarpe skyriuje, turėjo reikšmingos ($p<0,05$) įtakos jų žinioms apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu, o išsilavinimas turėjo reikšmingos ($p<0,05$) įtakos jų žinioms apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu, ($R=0,22$) – šį skirtumą geriau žinojo slaugytojos, turinčios aukštesnį išsilavinimą nei slaugytojos su žemesniu išsilavinimu. Prieš intervenciją abiejų grupių respondentų išsilavinimas bei darbinė patirtis neturėjo reikšmingos ($p<0,05$) įtakos jų žinioms apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu, bet darbinė patirtis turėjo įtakos teisingiems pasirinktiems atsakymams apie kliniką. **Išvados.** Specialiai paruošta ir įgyvendinta mokomoji programa apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą pagerino slaugytojų žinias. Hipotezė pasitvirtino.

Raktiniai žodžiai: dirbtinis maitinimas, mokomoji programa, slaugytojų žinios, ūminis pankreatitas.

SUMMARY

R. Mazeikaite. The impact of educational programs to the knowledge of nurses about the nutrition support in patients with acute pancreatitis. Nursing Master Studies Program's Paper. Supervisor: Assoc. Prof. Vida Mockiene, Klaipeda University: Klaipeda, 2012. – 64 p.

Relevance of theme: The early application of enteral and parenteral nutrition plays an important role in patients with acute pancreatitis in order to prevent complications and restore normal body functions. It is important that nurses admit and respond to the new needs, arising from the health care system that is constantly changing and becoming more complex. Training should be targeted in new directions, improving continuing studies of nursing education in Lithuania and improving the care of patients with acute pancreatitis. **Goal.** To assess the impact of an educational program to the knowledge of nurses about artificial nutrition of patients with acute pancreatitis. **Methods.** An experimental study (pre-interventional and post-interventional) with two groups of respondents (n = 87): the experimental group (EG, n = 43) and the control group (CG, n = 44). Data were collected using the questionnaire of E. Siow, 2008. **Results.** The results showed that after the intervention the knowledge of nurses significantly increased in the EG. Particularly, the knowledge about: the causes of formation of negative nitrogen balance in more difficult forms of acute pancreatitis (27,9 percent.), the level of C-reactive protein in acute pancreatitis (41,8 percent.), there were significantly more (72,1 percent) nurses who knew the difference between enteral and parenteral feeding; also, who knew that enteral nutrition is the primary path of nutrition (significantly more nurses (27,9 percent)) for patients with acute pancreatitis. After the intervention a significant difference between the respondents of two groups were identified – the knowledge of respondents of EG significantly improved. It was determined that the nurses' work experience in health care system, including the section, before the intervention had a significant ($p < 0,05$) effect on their knowledge about the impact of complications of the artificial nutrition occurring in patients with acute pancreatitis, and the education had a significant ($p < 0,05$) effect on nurses' knowledge about the application of artificial nutrition of patients with acute pancreatitis, ($R = 0,22$) – nurses with higher education knew the difference better than nurses with lower education. Education and work experience before the intervention had no significant ($p < 0,05$) effect on the knowledge of the nursing activities for patients with acute pancreatitis in neither of the group but the work experience had an impact on choosing the right answers about the clinic. **Conclusions.** Specially prepared and implemented training program about the artificial nutrition of patients with acute pancreatitis has improved the knowledge of nurses. The hypothesis was confirmed.

Keywords: artificial nutrition, training program, the knowledge of nurses, acute pancreatitis.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė	Slaugytojų darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje ir skyriuje	22
2 lentelė	Kontrolinės ir eksperimentinės grupių slaugytojų amžius, išsilavinimas, darbo stažas ir dalyvavimas kursuose	23
3 lentelė	Straipsniai, sudarantys padalomąją medžiagą	25
4 lentelė	Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką bendroje grupėje iki mokymo	33
5 lentelė	Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo	39
6 lentelė	Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo	45
7 lentelė	Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo	49

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių	22
2 pav.	Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	22
3 pav.	Slaugytojų nuomonė apie aktualiausias informacijos apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą suteikimo šaltinius	23
4 pav.	Kiti informacijos šaltiniai	24
5 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kokio simptomo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?“	28
6 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kokio simptomo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?“	29
7 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių apie simptomą, kurio netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, pokytis mokymo eigoje	29
8 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“	30
9 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“	31
10 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“	31
11 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių, kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite, yra teisingas?“	32
12 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą	32

„Kuris iš pateiktų teiginių, kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiam pankreatite, yra teisingas?“

- | | | |
|---------|--|----|
| 13 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš šių teiginių kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiam pankreatite yra teisingas?“ | 33 |
| 14 pav. | Kontrolinės ir eksperimentinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“ | 34 |
| 15 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“ | 35 |
| 16 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“ | 35 |
| 17 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“ | 36 |
| 18 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“ | 36 |
| 19 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“ | 37 |
| 20 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?“ | 37 |
| 21 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris, Jūsų manymu, ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo?“ | 38 |
| 22 pav. | Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje | 38 |

atsakant į klausimą „Kuris ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?“

- 23 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą ”Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“ 40
- 24 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą ”Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“ 40
- 25 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“ 41
- 26 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbini ūminio pankreatito gydymo būdą?“ 41
- 27 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbini ūminio pankreatito gydymo būdą? 42
- 28 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbini ūminio pankreatito gydymo būdą?“ 42
- 29 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“ 43
- 30 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp 44

	pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“	
31 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“	44
32 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“	46
33 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“	46
34 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“	47
35 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“	47
36 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“	48
37 pav.	Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“	48

TURINYS

ĮVADAS	3
1. TEORINĖ DALIS	6
1.1. Sergantieji ūminiu pankreatitu ir ūminio pankreatito liga.....	6
1.1.1. Pacientų gyvenimo ypatumai	6
1.1.2. Sergančiųjų ūminiu pankreatitu mirtingumo rodiklių analizė.....	7
1.1.3. Ūminis pankreatitas ir šių ligonių slauga	9
1.1.4. Dirbinio maitinimo rūšys ir jų palyginimas.....	14
1.2. Slaugos veiklos, taikomos ūminiu pankreatitu sergantiems pacientams.....	17
1.2.1. Mokomųjų programų poveikis slaugytojų profesinei veiklai.....	19
2. TIRIAMOJI DALIS	21
2.1. Tyrimo metodika	21
2.1.1. Tyrimo metodai	21
2.1.2. Tyrimo imties charakteristikos	21
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	24
2.1.4. Tyrimo eiga	24
2.1.5. Tyrimo etika	26
2.1.6. Statistinė duomenų analizė	27
2.2. Rezultatai	28
2.2.1. Slaugytojų žinios apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką.....	28
2.2.2. Slaugytojų žinios apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu	34
2.2.3. Slaugytojų žinios apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį	
sergantiesiems ūminiu pankreatitu	39
2.2.4. Slaugytojų žinios apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu	45
2.3. Rezultatų aptarimas	50
IŠVADOS	55
REKOMENDACIJOS	56
LITERATŪRA	57
PRIEDAI	64

ĮVADAS

Ūminis pankreatitas Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikos valstybėse tampa vis svarbesne patologija, lemiančia blogesnę sergančiųjų gyvenimo kokybę bei didėjantį mirtingumą ir invalidumą (Carroll et al., 2007). Nepaisant moderniausių diagnostikos ir gydymo technologijų, intensyviosios slaugos tobulėjimo bei naujausių farmacijos produktų, sergamumo pankreatitu sustabdyti ne visada pavyksta ir mirštamumas išlieka didelis (McKay et al., 2004; Gloor et al., 2001).

Epidemiologinių tyrimų duomenimis, ūminis pankreatitas po ūminio apendicito, choleliscito ir gastroduodeninių opų užima ketvirtą vietą tarp ūminių chirurginių pilvo organų ligų. Sergamumas ūminiu pankreatitu įvairiose pasaulio šalyse skirtingas ir svyruoja nuo 10 (Anglijoje) iki 113 (Lietuvoje) ligonių 100 000 gyventojų (Šileikis, 2008). Iš jų sunkus ūminis pankreatitas pasireiškia 15-20 proc. ligonių, iš kurių 9-15 proc. miršta (Šileikis, 2006).

Remiantis Y. Bai et al. (2007) atliktų tyrimų duomenimis, metinis sergamumas ūminiu pankreatitu svyruoja nuo 5 iki 80 atvejų milijonui gyventojų, iš kurių didžiausias vyrauja Suomijoje ir JAV. Tai patvirtina D. C. Whitcomb (2006), B. S. Anderson et al. (2008), teigdami, kad kasmet JAV dėl ūminio pankreatito į ligonines paguldoma daugiau nei 220 000 pacientų. Nors dažnis tarp įvairių amžiaus grupių panašus, tačiau priežastis ir mirties tikimybė priklauso nuo amžiaus, lyties, rasės, kūno masės indekso bei kitų veiksnių (Spanier et al., 2008).

O. Ioannidis et al. (2008) nustatė, jog apie 75 proc. pacientų pasireiškia lengva ūminio pankreatito forma, o mirtingumas mažesnis nei 1 proc. Tačiau jei liga pereina į sunkią nekrozinę formą, pacientų mirtingumas siekia 20 proc., o sunkiais atvejais - net 30-40 proc.

Nors ūminis pankreatitas yra daugialypė liga, turinti įvairią etiologiją, tačiau G. J. Wang et al. (2009) bei A. F. Tonsi et al. (2009) atliktų tyrimų duomenimis paaiškėjo, jog išsivysčiusiose šalyse šios ligos atsiradimą sąlygoja tulžies latakų akmenligė, sudarydama net 38 proc., o piktnaudžiavimas alkoholiu - 36 proc. visų ligos atvejų. D. C. Whitcomb (2006) teigimu, yra pastebimos dvi tendencijos: sergamumas ūminiu pankreatitu didėja moterų tarpe ir ši liga jaunėja, nes ja suserga vis jaunesni asmenys. Tyrinėtojai šias tendencijas aiškina tuo, kad sergamumas tulžies latakų akmenlige sparčiai auga.

M. Sekimoto et al. (2006) atlikę tyrimus nustatė, jog alkoholio sukeltas ūminis pankreatitas žymiai ryškesnis vyrų tarpe. Tačiau reikia nepamiršti, jog rizika juo susirgti didėja priklausomai nuo išgeriamo alkoholio kiekio. A. B. Lowenfels et al. (2009) išskiria kitą šiuo metu taip pat aktualią problemą, kuri skatina ligos išsivystymą - tai nutukimas. Šiuo atveju pacientai nesugeba suderinti mitybos ir atsisakyti gausaus riebaus maisto vartojimo.

Sisteminės apžvalgos metu E. Siow (2008) nustatė, jog ankstyvas enterinės ir parenterinės mitybos taikymas vaidina svarbų vaidmenį sergantiesiems ūminiu pankreatitu siekiant užkirsti kelią komplikacijoms ir atkurti normalias organizmo funkcijas. Kaip teigia E. Amerine (2007) ūminio pankreatito metu, siekiant išvengti kasos stimuliavimo, taikomas enterinis maitinimas - pacientui įvedamas skrandžio zondas ir maistas yra švirkščiamas tiesiai į skrandį arba plonąjį žarnyną. Į žarną patenkantis maistas stiprina žarnos gleivinės barjerinį pajėgumą, todėl mažėja infekcinių ir sepsinių komplikacijų pavojus. Taikant parenterinį maitinimą maistas patenka tiesiai į veną (Siow, 2008).

B. E. Louie et al. (2005) teigimu, dirbtinio maitinimo parinkimas sergantiesiems ūminiu pankreatitu yra prieštaringas. Taikant parenterinę mitybą susiduriama su kateterinio sepsio rizika. Be to parenterinės infuzijos metu amino rūgštys gali netiesiogiai skatinti skrandžio rūgščių sekreciją, kurios savo ruožtu – kasos sekreciją į aplinkinius audinius. Todėl dirbtinio maitinimo pasirinkimas yra nustatomas pagal ligos sunkumą, numatomos intervencijos trukmę ir toleranciją. E. Siow (2008) teigimu, šių dienų ligoniams, sergantiems ūminiu pankreatitu, turi būti skiriamas enterinis maitinimo būdas, nes tai ekonomiškai efektyvesnis ir sukeliantis mažiau komplikacijų.

Svarbu, kad slaugytojai pripažintų ir reaguotų į naujus poreikius, kylančius iš nuolat besikeičiančios ir vis sudėtingesnės sveikatos priežiūros sistemos. Literatūroje gausu kvietimų taikyti slaugos mokymo programų reformas, kurios reaguotų į pokyčius, atsirandančius sveikatos priežiūros sistemoje, ir pagrįstus moksliniais tyrimais (Giddens et al., 2007). Mokymas turėtų būti nukreiptas naujomis kryptimis: asmenine patirtimi bei grupine parama. Grupinė patirtis yra naudinga, nes ji suteikia galimybę dalyviams padėti vienas kitam suprasti medžiagą (Mockienė, 2010). Šis darbas, pagrįstas moksliniu tyrimu, bus svarbus gerinant tęstinį slaugytojų mokymą Lietuvoje ir tobulinant sergančiųjų ūminiu pankreatitu slaugą.

Hipotezė: mokomoji intervencija pagerina slaugytojų žinias slaugant ligonius, sergančius ūminiu pankreatitu.

Darbo tikslas: įvertinti mokomosios programos poveikį slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti slaugytojų žinias apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką.
2. Išnagrinėti slaugytojų žinias apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu.
3. Įvertinti slaugytojų žinias apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu.
4. Įvertinti slaugytojų žinias apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu.

Darbo objektas: mokomosios programos poveikis slaugytojų, slaugančių sergančius ūminiu pankreatitu, žinioms.

Darbo subjektas: slaugytojai, dirbantys su pacientais, sergančiais ūminiu pankreatitu.

Darbo metodai: mokslinės/medicininės literatūros analizė; intervencinė mokomoji programa, kiekybinis tyrimas, naudojant anketinę apklausą.

Darbo struktūra. Darbas sudarytas iš dviejų dalių – teorinės ir tiriamosios dalies. Teorinėje dalyje nagrinėjama literatūra apie slaugytojų informuotumą slaugant sergančius ūminiu pankreatitu ir jiems taikant dirbtinį maitinimą. Empirinėje dalyje pateikiama kiekybinio tyrimo metodika (priešintervencinis ir pointervencinis tyrimas) ir rezultatai, kurie yra gauti apklausus slaugytojas, slaugančias ūminiu pankreatitu sergančius pacientus. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir literatūros sąrašas. Darbą sudaro 15 lapų teorinės dalies ir 29 lapai tiriamosios dalies. Literatūros sąraše pateikta 100 mokslinės literatūros šaltinių, kurie panaudoti magistriniame darbe. Darbo prieduose pateikiama kiekybiniam tyrimui naudota anketa ir slaugytojams pateikta sutikimo forma.

1. TEORINĖ DALIS

1.1. Sergantieji ūminiu pankreatitu ir ūminio pankreatito liga

1.1.1. Pacientų gyvenimo ypatumai

Liga ne visada pakeičia tik kūno funkcionavimą, bet gali sutrikdyti ir žmogaus psichinę gerovę. Sunki, ilgai trunkanti ar nepagydoma liga kelia stresą, nerimą, gali smarkiai pakeisti paciento būseną, kurio pasėkoje žmogus tampa pernelyg sujaudintas. Kartais susitaikymas su liga trunka labai ilgai. Žmogui gali būti labai sunku susitaikyti su ligonio role, kas gali būti konfliktų su artimaisiais ar medicinos personalu priežastimi.

Kaip teigia G. Tirvienė ir kt., (2006), kiekvienam asmeniui yra labai svarbus ir reikalingas saugumo pojūtis, kuris suteikia pasitikėjimą savimi ir jį supančia aplinka. Tačiau kai žmogus suseraga ir patenka į ligoninę, jam atsiranda nerimas dėl savo sveikatos, dėl patiriamų nemalonių pojūčių, taip pat gali bauginti svetimi žmonės ir medicininė aparatūra.

M. S. Cappell (2008) teigimu, pasireiškus ūminiam pankreatitui, pacientams atsiranda fizinis ir psichinis nerimas. Dažniausiai yra jaučiamas stresas dėl skausmo, kurį patiria beveik kiekvienas ūminiu pankreatitu sergantis pacientas. Skausmas juos išvargina, ir ligoniai jaučia nerimą, negalėdami to skausmo valdyti. K. Linkevičiūtė ir kt. (2006) nurodo, jog be skausmo baimės stresą sukelia priklausomybė nuo kitų ir privatumo stoka. Todėl būtina, kad slaugytojai nedelsdami nustatytų, kokių su saugios aplinkos palaikymo gyvybine veikla susijusių problemų turi kiekvienas pacientas, sergantis ūminiu pankreatitu. Įvertinęs padėtį, slaugytojas gali nustatyti akivaizdžias bei potencialias problemas. Slaugytojai turi sudaryti kuo palankesnę aplinką pacientams, privalo gerbti jų privatumą bei norus, netriukšmauti, nes triukšmas trukdo miegoti, sukelia įtampą bei nuovargį, taip pat nerodyti išgąščio bei panikos.

Žmonės yra skirtingi, ir kiekvienas iš mūsų ligos metu gali pradėti reikšti tokias savybes, kurių, sveikam esant, net nežinojo, kad turi. Nesibaigiantis stresas, infekcijos, cheminis disbalansas gali pažeisti galias smegenų struktūras ir pakeisti asmenybę. Todėl, kaip teigia B. K. Timby (2008), slaugytojų pagrindinis tikslas - slaugyti pacientą ir gerinti jo sveikatą esant bet kokiam sutrikimui. Svarbiausia, kad slaugytojas sugebėtų padrašinti pacientą ankstyvojoje stadijoje, kai yra sužinoma, jog pacientas serga.

Daugelį pacientų kankina įvairios mintys ir rūpesčiai, kurie veikia jų būklę, padidina jaučiamą skausmą. Todėl dažnai prireikia ne tik nuskausminamųjų vaistų, bet ir patarimo, nuraminimo, rekomendacijų, paaiškinimų ar draugiško ir nuoširdaus bendravimo. Slaugytojai turi imtis iniciatyvos ir pradėti šnekėtis apie jų padėtį, nes patiems pacientams yra sunku prabilti apie jausmus ir išgyvenimus. Kaip slaugytoja sugebės tai atlikti, priklauso nuo jos bendravimo įgūdžių,

žinių ir patirties. Sugebėti bendrauti nėra lengva. Slaugytoja turėtų mokėti įsijausti į paciento būseną, pažvelgti paciento akimis į esamą situaciją (Rimantienė, 2005).

V. Bartašiūnienė su bendraautoriais (2007) nurodo, jog pacientams atsiranda depresija, baimė, nerimas, kuris skatina skausmo jutimą, todėl jiems kyla poreikis bėgti nuo realybės. Svarbu, kad slaugytojas žodžiais ir veiksmais nuolat rodytų, kad yra vilties, jog ateitis bus prasminga. Svarbiausia leisti jam išlaikyti viltį ir sąžiningai atsakyti į išskylančius klausimus.

Pacientui, sergančiam ūminiu pankreatitu, gali atsirasti žodinis ar fizinis pyktis. Jam atrodo, kad nei sveikatos personalas, nei šeima nieko nedaro teisingai. Todėl N. Roper et al. (1999) teigimu, labai svarbu, kad slaugytojas leistų pacientui išgyventi jo patiriamas emocijas. Tačiau turi būti nustatytos ribos, kiek jis savo pykčio gali išreikšti ant kitų. A. Munoz et al. (2000) pabrėžia, jog labai svarbu, kad tarp slaugytojo ir paciento būtų nustatytos įprastos bendravimo bei socialinės sąveikos formos. Slaugytojo užduotis yra padėti pacientui, kad šis įgytų viltį ir galėtų žvelgti į ateitį. Tai padės jam lengviau suvaldyti stresą ir kančias, susijusiais su liga.

Taigi apibendrinant galima teigti, kad ūminis pankreatitas pakeičia žmogaus ne tik fizinę, bet ir dvasinę būseną. Jiems atsiranda didelis poreikis būti išskirtiems iš kitų, reikia daugiau dėmesio ir rūpestingumo. Pacientams turi būti pakankamai išsamiai paaiškinta situacija, kad jis galėtų jaustis saugus, taikant slaugos veiksmus. Kaip teigia E. Hughes (2004) informacijos suteikimas pacientams padeda skatinti jų nepriklausomumo siekimą visoje ligos eigoje, o jos trūkumas sukelia nerimą ir neigiamų emocijų pasireiškimą tarp šeimos narių. Slaugytojas kiekvienam pacientui turi padėti prisitaikyti prie naujos situacijos ir kompetentingai spręsti sveikatos problemas bei siekti gyvenimo kokybės.

1.1.2. Sergančiųjų ūminiu pankreatitu mirtingumo rodiklių analizė

A. Juozulynas ir kt. (2005) teigia, jog Pasaulinė sveikatos organizacija, rūpindamasi žmonių sveikata, siekia užtikrinti galimybę visiems žmonėms siekti geresnės gyvenimo kokybės, nes žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jo sveikata. Pagal autorius, tik sveikas žmogus gali fiziškai, protiškaite ir socialiai veikti bei pajusti teigiamą emocinę būseną: pasitenkinimą ir laimę, o tai subjektyvūs gyvenimo kokybės svarbiausi komponentai.

R. VanWoerkom et al. (2009) atlikta sisteminė apžvalga parodo, jog ūminis pankreatitas išlieka reikšminga pacientų sergamumo ir mirtingumo priežastimi. Padažnėjęs ūminis pankreatitas gali pasireikšti dėl daugėjančių nutukimo atvejų, tulžies pūslės akmenligės vystymosi ir cholecistito. Autorių grupė – J. Bober et al. (2010) išskiria du sunkaus ūminio pankreatito etapus, kurie susiję su pacientų mirtingumu. Kaip teigia autoriai, pirmame etape pacientų mirštamumą išprovokuoja daugybinis organų nepakankamumas, kai sutrinka plaučių, kepenų ir širdies bei

kraujagyslių sistemos veikla. Antrame etape būdingos kasos nekrozės sukeltos komplikacijos, kurios sąlygoja net 40-70 proc. pacientų mirštamumą. A. Buter (2002) su bendraautoriais atlikę tyrimą nustatė, jog pacientams, kuriems pasireiškia daugybinis organų nepakankamumas ir jis trunka ilgiau nei 48 val., mirtingumas siekia iki 50 proc. Priešingai, kai organų nepakankamumo priežastys sprendžiamos per pirmas 48 val., mirtingumo tikimybė sumažėja iki 0 proc. T. De Campos et al. (2008) lygindami tyrimus taip pat nustatė, jog mirtingumas, kuris pasireiškė trečdaliui tyrime dalyvavusių pacientų, buvo susijęs su sisteminėmis komplikacijomis, tokiomis, kaip inkstų ir plaučių nepakankamumas. Padidėjusi mirtingumą taip pat sąlygojo vyresnis pacientų amžius (69 m.) ir kasos nekrozė (55,2 proc.).

H. E. Lilja et al. (2008) atlikę tyrimą nustatė, jog pastangos, taikomos siekiant sumažinti sunkaus ūminio pankreatito pasireiškimą, tobulinant geresnes diagnostines priemones ir ligos valdymą, gali ne tik pagerinti pacientų sveikatą, tačiau kartu sutaupyti dideles sumas, reikalingas sveikatos priežiūrai.

H. E. Lilja et al. (2008); J. Bober et al. (2010); bei J. Bober et al. (2012) atliktų tyrimų duomenimis šiandien pacientų, sergančių sunkiu ūminiu pankreatitu, mirtingumas ligoninėse sumažėjo apie 20 proc. Mirtingumo sumažėjimą patvirtina ir T. De Campos et al. (2008) atlikti tyrimai, kuriuose jis su bendraautoriais nustatė, jog per pastarąjį dešimtmetį ligos valdymo pokyčiai, tokie kaip enterinė mityba, ankstyvas antibiotikų vartojimas, gydymo tobulinimas intensyvios terapijos skyriuje, padėjo sumažinti mirties atvejų skaičių. Nepaisant to, daug klausimų apie šios ligos valdymą lieka atviri.

J. Bober et al. (2012) teigimu, per pastaruosius dešimtmečius ūminio pankreatito valdymas perėjo nuo ankstyvo operacinio gydymo prie konservatyvių metodų. Chirurginė intervencija taikoma tik infekuotos kasos nekrozės atveju. Kaip teigia R. VanWoerkom et al. (2009), dauguma pacientų, sergančių lengvos formos ūminiu pankreatitu, sustiprėja po konservatyvaus gydymo ir juos galima išleisti namo. Tačiau pacientams, kuriems būdingas sunkus ūminis pankreatitas, lydymas kasos nekrozės, reikalingas sudėtingas ligos valdymas ir visgi gali pasireikšti prastais klinikiniais rezultatais. Pastarieji sąlygoja pablogėjusią pacientų gyvenimo kokybę.

D. Hochman et al. (2006) atlikti lyginamieji tyrimai parodo, jog pasireiškus sunkiam ūminio pankreatito epizodui, pacientams ryškiai sumažėja fizinės ir socialinės veiklos sritys, fizinis ir emocinis vaidmuo bei bendra jų būklė, lyginant su sveika kontroline grupe. Vien amžius gali turėti didelės įtakos pacientų gyvenimo kokybei. Autorių atliktų tyrimų duomenimis paaiškėjo, jog daugumai pacientų (40 proc.) po ūminio pankreatito epizodo išliko kasos endokrininės ir egzokrininės funkcijos sutrikimai, 54 proc. pacientų naujai pasireiškė pirmo tipo cukrinis diabetas. Autorių teigimu, pacientų gyvenimo kokybė pagerėtų, jeigu jie išmoktų prisitaikyti prie šios ligos simptomų.

B. U. Wu et al. (2010) teigimu, pacientai, kurie po ūminio pankreatito epizodo išleidžiami namo, gali patirti įvairaus laipsnio ūminio pankreatito simptomus. Išliekantys virškinamojo trakto simptomai, tokie kaip ankstyvas sotumo jausmas, pilvo skausmai, papildomi tulžies simptomai, gali komplikuoti sveikimo procesą.

Tie patys autoriai teigia, jog ligos pasikartojimas priklauso nuo ūminio pankreatito etiologijos. Pagrindiniai rizikos veiksniai yra tolimesnis alkoholio vartojimas, rūkymas, pasikartojančios tulžies komplikacijos. Kaip teigia autoriai, būtina sutekti dėmesį į ligos atsinaujinimo prevenciją. Pacientai, sergantys alkoholizmu, turėtų būti skatinami dalyvauti detoksikacijos ir reabilitacijos programose (Wu et al., 2010). N. J. Talley (2007) nurodo, jog būtina atsisakyti bet kokio alkoholio vartojimo, nes alkoholinė abstinencija perpus sumažina skausmą.

1.1.3. Ūminis pankreatitas ir šių ligonių slauga

Ūminis pankreatitas – tai liga, galinti įvairiai paliesti gretimus audinius ir atokiau esančias organų sistemas. Klinikinė jo išraiška labai įvairi: nuo lengvų, savaime praeinančių formų, iki katastrofiškų, gresiančių mirtimi, kai vyksta kasos nekrozė ir sunkios sisteminės komplikacijos (Šileikis, 2008).

Kaip teigia E. L. Bradley (1993), remiantis 1992 metų Atlantos klinicine klasifikacija, pagal poveikį visam organizmui ūminis pankreatitas skirstomas į sunkų, kuriam pasireiškus sutrinka kitų organų funkcijos ir atsiranda lokalsios pačios kasos komplikacijos: kasos nekrozė, pūlinys ar pseudocista, ir lengvą, kai įvyksta minimali, grįžtama kitų organų disfunkcija, o pačioje kasoje vystosi intersticinė edema.

P. Plevokas ir kt. (2002) nurodo, kad ūminis pankreatitas skiriasi nuo kitų pilvo ertmės organų uždegimų tuo, kad, susidarius nepalankioms sąlygoms (sutrikus laisvam kasos sulčių nutekėjimui į dvylikapirštę žarną), kasos fermentai gali pradėti virškinti pačią liauką ir gretimus audinius. Aktyvūs kasos fermentai plinta į gilesnius audinius, sukelia jų pažeidimą, didina kraujagyslių pralaidumą, dėl to mažėja kraujo spaudimas ir vystosi šokas. R. Lunevičiaus (2002) teigimu, jeigu ūminis pankreatitas visiškai regresuoja, klinikiniai, biocheminiai ir histologiniai jo požymiai išnyksta.

Ligą sukeliančios priežastys. Ūminis pankreatitas yra daugialypė liga, turinti įvairią etiologiją (Bai et al., 2007). Yra išskiriama keletas ūminių pankreatitą sukeliančių priežasčių. Iš jų pagrindinės yra dvi: alkoholis ir tulžies takų akmenligė, sudarančios daugiau nei 80 proc. išsivysčiusių ūminių pankreatitų (Roberts et al., 2008; Bai et al., 2007; Spanier et al., 2008; Carroll et al., 2007). A. Šileikis (2008), analizuodamas tyrimus, nustatė, jog alkoholis, kaip dažniausia ūminio pankreatito priežastis, vyrauja Vengrijoje – alkoholio sukeltu pankreatitu sergama du su

puse karto dažniau nei biliarinės kilmės pankreatitu. Švedijoje ir Meksikoje pasireiškiančio ūminio pankreatito dažniausia priežastis - tulžies akmenligė. Tačiau, kas lemia tokį nevienodą santykį, galutinai neaišku.

A. Šileikis (2006); M. S. Cappell (2008) nurodo, kad ūminį pankreatitą išprovokuoja besaikis alkoholio vartojimas, kai juo piktnaudžiaujama ir maždaug 5-10 metų per parą išgeriama nemažiau nei 50 g gryno alkoholio. Todėl, kaip teigia A. Šileikis (2006), dėl ilgalaikio alkoholio vartojimo padidėja acinusinių ląstelių jautrumas toksiniam alkoholio poveikiui, išveša kasos latakų epitelis, pasunkėja kasos sulčių nuotėkis. Tokiomis aplinkybėmis išgėrus didesnę nei įprasta alkoholio kiekį, dėl alkoholio tiesioginio toksinio poveikio acinusinių ląstelių membranai sutrinka šių ląstelių veiklos produktų išsiskyrimas į kasos latakėlius ir pasireiškia ląstelės autolizė.

Nemažiau svarbi ūminio pankreatito priežastis yra tulžies takų akmenligė. Tulžies akmenys sukelia maždaug 38 proc. ūminio pankreatito atvejų (Wang et al., 2009; Tonsi et al. 2009). A. Šileikis (2006); G. J. Wang et al. (2009) nurodo, kad tulžies latakų akmenligės sukeliama ūminį pankreatitą aiškina „mechaninė“ teorija. Manoma, kad dėl bendrojo tulžies latako distalinėje dalyje įstrigusių akmenų sutrinka tulžies ir kasos sulčių nuotėkis, padidėja kasos latakų spaudimas, sutrinka acinusinių ląstelių veiklos produktų išsiskyrimas į kasos latakėlius, pasireiškia ląstelės autolizė ir ji sukelia ūminį pankreatitą.

A. F. Tonsi (2009) nustatė, jog kiek retesni yra ideopatiniai (neaiškios kilmės) ūminiai pankreatitai, kurie sudaro apie 10 proc. ūminio pankreatito atvejų. W. D. Jackson (2001) teigimu, jie dažniausiai vargina moteris. Šiuo atveju liga gali būti net paveldima, ypač, jei ūminis pankreatitas pasireiškia jau vaikystėje. S. S. Holcomb (2007) pabrėžia, kad ūminiam pankreatitui išsivystyti turi įtakos hiperkalcemija, hiperlipidemija, prieskydinių liaukų pažeidimai, imuninės ligos bei pilvo traumos. Kartais šią ligą gali sukelti virusinės, bakterinės ir parazitinės infekcijos. J. V. Tsirambidis et. al. (2003) nurodo, kad ūminis ūminis pankreatitas išsivysto dėl netinkamos mitybos (baltymų trūkumo maiste ar per didelio jų kiekio, gausaus riebaus maisto vartojimo) ir medikamentų, kurie veikia toksiškai (imunosupresantai, antibakteriniai, diuretikai ir kt.). R. Lunevičius (2002) teigimu, ūminį pankreatitą taip pat sukelia cistinė fibrozė, dvylikapirštės žarnos opos penetracija, šokas, aterosklerozė bei embolija.

Pacientams pasireiškiantys klinikiniai požymiai. Skausmas ir jo malšinimo būdai. R. Lunevičius (2002) nustatė, jog vienas iš pirmųjų ūminio pankreatito simptomų yra skausmas. Ligoniai skausmą apibūdina įvairiais, kartais skirtingą reikšmę turinčiais žodžiais: švelnus, maudžiantis, duriantis, rėžiantis, nuolatinis, priepuolinis, stiprėjantis, vienodo stiprumo ir kt. E. Amerine (2007); M. S. Cappell (2008); Banks et al. (2006) teigimu, skausmas atsiranda ligos pradžioje ir per keliasdešimt minučių jis pasiekia didžiausią intensyvumą. Tai gali trukti nuo keleto valandų iki keleto dienų. Skausmas pasižymi ypač dideliu intensyvumu ir pastovumu, nepraeina

nuo įprastų nuskausminamųjų vaistų dozių. M. S. Cappell (2008); J. K. Carroll (2007) akcentuoja, jog skausmas yra jaučiamas viršutinėje pilvo dalyje, kiek rečiau jis lokalizuojasi dešiniajame viršutiniame pilvo kvadrante, šonuose, kairiosios mentės srityje. Tačiau gali skaudėti ir visą pilvą ar apatinę pilvo dalį.

N. Buruss et al. (2005) pažymi, jog skausmo malšinimas yra labai svarbi ūminio pankreatito slaugos dalis. Todėl D. R. Thompson (2001) teigimu, siekiant jį sumažinti, reikia naudoti opiatų didelėmis dozėmis, taip pat skirti spazmolitikus, nenarkotinius analgetikus. Pasireiškus labai stipriam skausmui, rekomenduojama suteikti regioninę blokadą ar epidurinę nejautrą. Šios priemonės gerai nuskausmina ir gali pagerinti kasos kraujotaką. Pacientas tampa ramus, išnyksta prakaitavimas, jis nejaučia skausmų ir atsipalaiduoja. Taip pat tai sąlygoja geresnį paciento kvėpavimą. Pagal B. S. Aronson (1999), dėl ilgalaikio analgetikų vartojimo pacientui reikia vis didesnių ir stipresnių medikamentų, o tai padidina priklausomybės pavojų. Todėl labai svarbu taikyti ir alternatyvius metodus, galinčius sumažinti skausmą: pirmiausia pats pacientas turi sumažinti krūvį kasai, vengdamas alkoholio bei maisto, provokuojančio skausmus. Labai svarbu sumažinti stresą ir metabolinę organizmo veiklą, didinančią kasos veiklos stimuliaciją.

Cirkuliuojančių skysčių kiekio ir elektrolitų pusiausvyros sutrikimo atstatymas. M. S. Cappell (2008) teigimu, apie 90 proc. pacientų vargina pykinimas ir vėmimas, kuris kartu su skausmu trunka valandas, tačiau išsivėmus nepalengvėja. Pagal W. Steinberg et al. (1994), ligos pradžioje gali sumažėti kūno masė dėl apetito stokos (lėtinis alkoholizmas, narkotinių analgetikų vartojimas) ar priverstinio badavimo paūmėjimų metu, vengiant skausmo sustiprėjimo. Tai sąlygoja skysčių disbalansą organizme. Todėl D. R. Thompson (2001) teigimu, remiantis šiais klinikiniais požymiais turi būti nustatomas ir stebimas skysčių kiekis organizme. Kadangi būdinga tachikardija, hipotenzija, kardiovaskulinės sistemos nepakankamumas, slaugytojas turi reguliariai stebėti arterinį kraujo spaudimą, širdies susitraukimų dažnį, hematokrito ir šlapimo išsiskyrimą. Jei pacientas serga sunkesne forma, svarbu kartu stebėti centrinį veninį spaudimą, kraujo dujų pokyčius. J. K. Carroll et al. (2007) nurodo, jog slaugytojas turi pradėti paskirtą skysčių tiekimą ir registruoti poveikį. Plazma ir kiti stambiamolekuliniai skysčiai yra labai reikalingi, kad būtų įmanoma palaikyti priimtą kraujo spaudimą ir pakankamą šlapimo gamybą (>50 ml/t).

Reikia nepamiršti, kad pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, taip pat pasireiškia padidėjęs širdies išmetamasis tūris ir mažas kraujagyslių pasipriešinimas. Tad dėl kraujotakos nepakankamumo lengvas ūminis pankreatitas gali virsti sunkiu (Tonsi, 2009). Siekiant atkurti kraujo tūrį ir hemodinamikos stabilumą, pacientui gali tekti skirti kristaloidų, koloidų ir kraujo produktų. Širdies ir kraujagyslių funkcijos korekcija vaistais užtikrina audinių perfuziją ir apsaugo nuo ženklesnės vazokonstrikcijos (Cole, 2002).

B. S. Aronson (1999) teigimu, elektrolitų pusiausvyros sutrikimai gali pacientų gyvybei sukelti pavojų, todėl slaugytojai turi kontroliuoti ir administruoti pakitimus. D. R. Thompson (2001) teigimu, dažniausiai pasireiškiantis sutrikimas yra hipokalemija. Dėl šios priežasties dažniausiai yra rekomenduojama skirti kalio ir magnio į veną. Taip pat gali tekti švirkšti kalcį, nes organizmas praranda kalcį vietoje, kur vyksta riebalų nekrozė. Tačiau hipokalcemijos simptomų ir komplikacijų pasitaiko retai. Dėl šios priežasties kalcio reikėtų skirti tuo atveju, kai klinikiniais ir laboratoriniais tyrimais nustatoma hipokalcemijos požymių.

L. Cole (2002) pacientams dėl ūminio pankreatito dažnai sutrinka endokrininė funkcija. Maža insulino produkcija pasireiškia kaip padidėjusi cukraus koncentracija kraujyje. Todėl ūmios fazės metu reikia keletą kartų per dieną tikrinti gliukozės kiekį kraujyje, kad būtų galima reguliuoti insulino švirkštimą.

Kvėpavimo funkcijos užtikrinimas. M. S. Cappell (2008) teigimu, sergantieji sunkiu ūminiu pankreatitu ligos pradžioje dažnai būna išpilti šalto prakaito, pablyškę, nerimastingi, kai kuriems net pritemusi sąmonė, dažnai pasireiškia kliniškai nepastebimas kvėpavimo funkcijos nepakankamumas. M. G. Raghu et al. (2007) pažymi, jog kvėpavimo sutrikimas atsiranda anksčiau negu širdies, kepenų ir inkstų funkcijos nepakankamumas ir tai sukelia ankstyvas ūminio kasos uždegimo mirtis. Todėl J. M. Krumberger (1993) teigimu, labai svarbu laiku imtis tam tikrų priemonių. Nustačius diagnozę, būtina iširti kraujo dujų sudėtį ir pirmąsias 2-3 dienas stebėti, kaip jis kinta.

E. Amerine (2007) pabrėžia, jog slaugytojai turi stebėti bet kuriuos kvėpavimo sutrikimo simptomus ir atlikti pulsoksimetriją kas 4 valandas. Mažėjantis deguonies įsotavimo lygis gali nurodyti, jog pacientui kvėpavimo būklė pablogėjo ir jam reikalinga deguonies terapija. Kaip teigia B. S. Aronson (1999), kvėpavimo funkcijos sutrikimų, infiltracinių plaučių pakitimų ir skysčių pleuros ertmėje atsiranda maždaug 30 proc. pacientų. Jų pasireiškimo dažnis priklauso nuo paciento amžiaus, pradinio amilazės kiekio serume, hipokalcemijos. Šios komplikacijos pasireiškia dažniausiai pradinio ligos laikotarpiu operuotiems pacientams. Jei pacientui stiprėja kvėpavimo funkcijos nepakankamumas, tokį pacientą reikia laiku intubuoti ir palaikyti dirbtinę plaučių ventiliaciją (DPV).

M. G. Raghu et al. (2007) pažymi, jog stiprūs skausmai bei didelis išsipūtes pilvas sumažina plaučių ventiliacijos galimybes. Todėl medikamentų dozė ir poveikis kvėpavimui geriausiai kontroliuojami, jei medikamentai pacientui švirkščiami intraveniniu būdu. Padėtis lovoje taip pat turi lengvinti kvėpavimą. Kaip teigia R. Kasiulaitytė (2002), slaugytoja turi padėti atlikti gilias kvėpavimo, atsikosėjimo pratimus, dažnai keisti kūno padėtį. Būtina paaiškinti pacientui apie rūkymo žalą, kad jis padidina bronchų sekreciją ir didina infekcijos tikimybę. Taip pat būtina pabrėžti, kad alkoholis, migdomieji slopina kvėpavimo centrą galvos smegenyse, skatina kvėpavimo sustojimo priepuolius (apnea), ypač nakties miego metu.

Karščiavimo slopinimas. M. S. Cappell (2008) nurodo, jog pacientams būdingas karščiavimas, kuris didina metabolizmą ir suteikia organizmui didesnę krūvį. Todėl, kaip teigia N. Burrus et al. (2005), ūminiu pankreatitu sergantiems pacientams reikia atidžiai kontroliuoti kūno temperatūrą, slopinti karščiavimą, nes tai padidina tikimybę kasos infekcijai. Siekiant sumažinti temperatūrą, slaugytojas turi stengtis kiek įmanoma padidinti šilumos praradimą taip, kad tai nesukeltų šilumos gamybos. M. S. Cappell (2008) nurodo, jog priklausomai nuo karščiavimo laipsnio, būtina imtis specialių veiksmų, malšinančių nemalonius jautumus bei mažinančių temperatūrą. Taip pat reikia papildomai tiekti deguonį, kad padidėtų jo kiekis kraujyje. N. Burrus et al. (2005) siūlo kitokią temperatūros sumažinimo būdą: palaikyti kambarįje vėsią temperatūrą ir gerą oro cirkuliaciją. Tai didina kūno galimybes išskirti šilumą prakaituojant. Svarbu, kad pacientas žinotų, jog jis neturi šalti, kai norima jį atvėsinti.

Tuštėjimas ir šlapinėjimas veiklų sunormalizavimas. R. Lunevičiaus (2002) teigimu, sergantiesiems pasireiškiantis pilvo pūtimas, dujų susilaikymas ir viduriavimas išsekina pacientą. Todėl gydymo metu būtina iš esmės pakeisti paciento fizinio aktyvumo galimybes, mitybos pobūdį bei maistą, dažnai turi būti taikomas medikamentinis slopinimas. N. Roper et al. (1999) pažymi, jog būtina padėti pacientui sudarant sąlygas, kad jis jaustųsi jaukiai. Autorių teigimu, norint apsaugoti pacientą nuo steatorėjos, slaugytojos turi žinoti jo tuštėjimo ypatumus. Slaugytoja turi pastebėti pacientą ištikusią problemą ir apie tai pranešti gydytojui.

Kasos funkcijos grąžinimas. Ūminio pankreatito metu, siekiant išvengti kasos stimuliavimo, pacientui yra įvedamas skrandžio zondas. Per jį yra tiekiamos nedidelės antacidų dozės, stabdančios kasos funkcijos stimuliavimą. Šie medikamentai naudojami siekiant išvengti streso opos, nes sunkios ligos atveju jos išsivystymo pavojus padidėja. Taip pat gali būti paskirti ir medikamentai, mažinantys rūgšties produkciją (Amerine, 2007). M. S. Cappell (2008) nurodo, jog ūmios fazės metu pacientams gulėti lovoje yra būtina slaugos dalis. Alkoholio sukulto ūminio pankreatito metu pacientui gali išsivystyti baltoji karštligė. Dažniausiai po 2-3 parų pasireiškia abstinencijos simptomai, pacientai jaučia fizinį ir psichinį nerimą. Tai stimuliuoja druskos rūgšties gamybą. E. Siow (2008) teigimu, stiprus motorinis ir psichinis nerimas turi būti slopinami medikamentais. Taip pat būtina kiek įmanoma sumažinti pacientams baimę, įtampą ir skausmą. Kai skausmas aprimsta, reiškia, kad uždegiminė reakcija sumažėjo. Tada jau galima pacientą maitinti. N. J. Talley (2007) teigimu, maisto tiekimas gali būti didinamas iki normos, jei atsistato žarnų peristaltika. Po ūminio pankreatito kasa vėl gali funkcionuoti normaliai, tačiau kuo daugiau priepuolių pacientas patiria, tuo didesnė nuolatinio pažeidimo grėsmė. Pacientas, persirgęs ūminiu pankreatitu, likusią savo gyvenimo dalį turi vengti didelių, sunkiai virškinamo maisto porcijų.

1.1.4. Dirbinio maitinimo rūšys ir jų palyginimas

Kaip teigia A. Šileikis (2008), sergant ūminiu pankreatitu, daug problemų kelia padidėjęs mitybos poreikio užtikrinimas ir energinių medžiagų pasisavinimo būdas. Energetinių medžiagų pasisavinimas sutrinka todėl, nes dauguma pacientų nebegauna šių medžiagų organizmui įprastu būdu – per burną. Be to, sergant ūminiu pankreatitu pablogėja žarnyno veikla.

Lengvos formos ūminis pankreatitas mažai sutrikdo organų veiklą – trumpam sulėtėja žarnyno peristaltika, tačiau tai nesukelia didesnių mitybos sutrikimų. Pacientai paprastai maitinti pradedami po 3 parų ir nereikia skirti papildomos mitybos (Louie et al., 2005).

E. Siow (2008); B. E. Louie et al. (2005) atliktų studijų duomenimis nustatyta, jog ilgas nevalgymo laikotarpis sergantiems ūminiu pankreatitu gali pasunkinti metabolinius pokyčius, kurie gali komplikuoti gijimo procesą. E. Siow (2008) pabrėžia, jog pasireiškus sunkiai ligos formai, labai svarbu kuo anksčiau pradėti alternatyvų maitinimą, tokiu būdu siekiant užkirsti kelia sunkioms ligos komplikacijoms ir užtikrinti optimalų pagijimą. Autorės tegimu, šiuo būdu klinikinė mityba gali sumažinti organizmo naštą, kilusią dėl ūminio pankreatito.

B. W. M. Spanier (2010), analizuodama tyrimus, nustatė, jog ligoniams, kurie netoleruoja išorinio maitinimo, yra naudojamas enterinis arba parenterinis maitinimas. Kaip teigia E. Siow (2008) enterinis maitinimas – kai maistas pilamas per zondą tiesiai į skrandį (nazogastrinis maitinimas) ar į plonąją žarną (nazojejuninis maitinimas). Parenterinis maitinimas – kai maistinės medžiagos kateteriu leidžiamos į veną ir patenka tiesiai į kraują. Pagrindinis skirtumas tarp šių dviejų maitinimo būdų yra invazijos laipsnis, kuris yra didesnis parenteriniame maitinime.

Daug metų buvo manoma, kad tinkamą ligonio mitybą galima užtikrinti tik parenteriniu būdu (Šileikis, 2008). G. Kėkšto ir kt. (2002) teigimu, parenterinio maitinimo poveikis kasos sekrecijai yra labai mažas. Tai patvirtina ir S. Abou-Assi et al. (2002) atlikę lyginamąsias studijas, teigdami, kad šiuo maitinimo būdu yra neliečiamas žarnynas, nes maistinės medžiagos tiesiogiai suleidžiamos į kraują. Tačiau A. Šileikio (2008) teigimu, neseniai atliktos studijos įrodė, jog enterinė mityba yra tokia pat veiksminga kaip ir parenterinė, be to, dar ir pigesnė.

O. Ioannidis et al. (2008) pažymi, jog sergantiems ūminiu pankreatitu kaip pirmas žingsnis rekomenduojama enterinė mityba per nazojejuninę zondą. O. Olah et al. (2008) atlikti tyrimai parodo, jog nazogastrinis maitinimas yra saugus, gerai toleruojamas ir sergantiems sunkiu ūminiu pankreatitu nesukelia klinikinių ar biocheminių pokyčių. Autoriai, lygindami nazogastrinį maitinimą su nazojejuniniu, klinikinių skirtumų tarp šių maitinimų nerado. Jų teigimu, nazogastrinis maitinimas yra paprastesnis, pigesnis ir lengviau naudojamas.

Pateikta daug mokslininkų įrodymų, jog enterinis maitinimas yra pranašesnis už parenterinį maitinimą. Kaip teigia B. W. M. Spanier et al. (2010); M. S. Petrov et al. (2009); O. Ioannidis

(2008), enterinė mityba, lyginant su parenterine mityba, padeda sumažinti sunkaus ūminio pankreatito infekcinių komplikacijų ir chirurginių intervencijų riziką, padeda sutrumpinti gulėjimo ligoninėje trukmę, ligonis anksčiau pradeda valgyti. J. R. A. Skipworth et al. (2008), remdamiesi metaanalizėmis ir sisteminėmis apžvalgomis, nustatė, jog enterinis maitinimas per nazogastrinę zondą ir nazojejuninę zondą ekonominiu atžvilgiu buvo pranašesnis ir ženkliai sumažino infekcinių komplikacijų bei sutrumpino gulėjimo ligoninėje laiką. Teigiamas poveikis gali būti aiškinamas keliomis teorijomis. Atlikta daug studijų (Louie et al., 2005; Spanier et al., 2010), įrodančių, jog žarnyno gleivinė, gaudama maisto medžiagų, išsaugo savo barjerinę funkciją, to pasekoje sumažėja bakterijų translokacija iš žarnyno. E. Siow (2008) atlikti tyrimai taip pat rodo, jog stabilizuojantis paciento būklei, atsigauna žarnyno peristaltika, todėl patenkantis maistas stiprina žarnos gleivinės barjerinį pajėgumą, o tai savo ruožtu sumažina infekcinių ir sepsinių komplikacijų pavojų.

M. S. Petrov et al. (2008-1), atlikdami sisteminę apžvalgą, lygino enterinį maitinimą su tradicine infuzine terapija, neskiriant jokio maitinimo būdo. Autoriai nustatė, jog taikant enterinę mitybą, 78 proc. sumažėja mirties rizika. Naudojant tą pačią metodiką, infekcinių komplikacijų rizika buvo sumažinta 44 proc.

A. Šileikio (2008) teigimu, enterinis maitinimas laikomas kliniškai naudingesnis, nes skatina greitesnį normalaus žarnyno funkcionavimą, teigiamai veikia imunitetą ir tai slopina sisteminių uždegiminių atsaką, ko pasekoje pacientai greičiau pradeda valgyti. Pagal autorių, vienintelis enterinio maitinimo trūkumas – jo užtikrinimo sudėtingumas. Tik nuo 5 proc. iki 15 proc. maitinimo zondu, įkištų į skrandį, patys savaime migruoja į tuščiąją žarną. Tai patvirtina ir R. Gupta et al (2005), nurodydami, jog enterinis maitinimas siejamas su maitinimo zondo migravimo rizika, galinčia sukelti kasos fermentų sekreciją.

Metaanalizių ir sisteminės apžvalgos metu M. S. Petrov su bendraautorais (2008-2) padarė išvadą, jog sergantiesiems sunkiu ūminiu pankreatitu taikant enterinį maitinimą, mirtingumas gerokai sumažėja. Atlikę daugiau tyrimų M. S. Petrov et al. (2009) nustatė, kad tai gali būti susiję su enterinės mitybos taikymu per pirmas 48 valandas nuo patekimo į ligoninę.

A. Šileikis (2008); O. Olah et al. (2008) nurodo, jog enterinė mityba yra optimalus sergančiųjų ūminiu pankreatitu mitybos būdas, tačiau ne visada ji galima. Šiuo atveju ją pakeičia parenterinė mityba. Parenterinės mitybos vaidmuo galimas tik tais atvejais, kai pasireiškia dėl pseudocistų sukeltas žarnų nepraeinamumas, pilvo skausmai, pilvo pūtimas – kai enterinė mityba netoleruojama. A. Šileikio (2008) teigimu, pacientams, sergantiems lengvu ūminiu pankreatitu, rekomenduojama skirti tik skysčių papildomąją terapiją, o parenterinė mityba nereikalinga, nes ji neduoda naudos. Tačiau pasireiškus sunkiam ūminiam pankreatitui, po adekvačios infuzinės terapijos, elektrolitų disbalanso korekcijos ir skausmo malšinimo, tikslinga pereiti prie parenterinės mitybos.

Dirbtinio maitinimo komplikacijos. Pagal G. Barausko ir kt. (2004); K. Takeda et al. (2006) 70 – 80 proc. pacientų pasireiškia lengvos formos ūminis pankreatitas, kuris daugumai ligonių praeina lengvai ir nesukelia sunkesnių komplikacijų. Tačiau 20–25 proc. ligonių serga sunkia ūminio pankreatito forma, kuri pasireiškia sunkiomis vietinėmis ir bendrosiomis komplikacijomis bei dideliu mirštamumu. G. Kėkšto (2002) teigimu, dėl mitybos nepakankamumo vystosi funkciniai ir struktūriniai gyvybines funkcijas užtikrinančių organų pakitimai, jų nepakankamumas, didėja mirštamumas. Todėl mitybos priežiūra yra gyvybiškai svarbi, norint pagerinti gijimo rezultatus ir sumažinti komplikacijų, tokių kaip sepsis ir infekcijos, riziką.

L. Garmlich et al. (2004) atlikta sisteminė apžvalga parodė, jog alternatyvus maitinimas pagerina klinikinius rezultatus, sumažina komplikacijų skaičių ir sutrumpina gulėjimo ligoninėje laiką. Tačiau klinikinė mityba turi ir negatyvų poveikį bei riziką. M. S. Petrov et al. (2009) teigimu, įvairūs veiksniai turi įtakos pasirenkant enterinį ar parenterinį maitinimą, iš kurių vienas turi gydymo naudos, o kitas – sukelia riziką. Autorių atlikti tyrimai parodė, jog per anksti pradėtas taikyti enterinis maitinimas gali būti susijęs su kasos infekcinių komplikacijų rizika. E. Siow (2008) akcentuoja, jog ši komplikacija yra labai pavojinga, nuo kurios per pirmas dvi hospitalizacijos savaites miršta 4,8 proc. pacientų.

L. Gianotti (2009) et al. nurodo, jog pasireiškus komplikacijoms, tokioms kaip nuolatinis žarnų nepraeinamumas, didelės pseudocistos, žarnų edema, kasos ascitas, kasos nekrozė, ūminiu pankreatitu sergantys pacientai netoleruoja enterinio maitinimo. Šiuo atveju tikslinga pereiti prie parenteinės mitybos, ir, kaip teigia A. Šileikis (2008), ją tęsti, kol bus galima pradėti enterinę mitybą.

O. Ioannidis et al. (2008), sisteminės apžvalgos metu nustatė, jog esant lengvos formos ūminiam pankreatitui, nepatarina skirti alternatyvaus maitinimo. Pagal autorius, parenterinis maitinimas sąlygoja su kateterio naudojimu susijusio sepsio riziką. G. Barausko ir kt. (2004) teigimu, apie 60 proc. nuo ūminio pankreatito mirusių ligonių mirties priežastis yra sepsinės komplikacijos.

L. Garmlich et al. (2004) atliktų tyrimų duomenimis parenterinio maitinimo metu pasireiškia rizika, susijusi su žarnų gleivinės atrofija, hiperglikemija, infekcinėmis komplikacijomis. O. Ioannidis et al. (2008) sisteminės apžvalgos metu nustatė, jog sergantiesiems sunkiu ūminiu pankreatitu ir taikant parenterinį maitinimą, sutrinka žarnyno funkcijos vientisumas, kuris skatina bendrą komplikacijų pasireiškimą. G. Kėkštas (2002) su bendraautorais ištyrė, jog parenterinis maitinimas sergantiesiems ūminiu pankreatitu gali sukelti bakterijų translokaciją iš žarnyno ir suaktyvinti uždegiminius procesus. R. Gupta et al. (2003) nustatė, jog parenterinis maitinimas netiesiogiai gali stimuliuoti skrandžio rūgščių išsiskyrimą, kurios savo ruožtu gali sukelti kasos

sekreciją į aplinkinius audinius. Dėl kasos sulčių nutekėjimo apie 10-15 proc. pacientų pasireiškia pseudocistos.

A. B. Nathens et al. (2004) atlikę sisteminę apžvalgą nustatė, jog parenterinis maitinimas dažnai lydimas tam tikro laipsnio hiperglikemijos. A. Šileikio (2008) teigimu, ją sąlygoja pablogėjusi endokrininė funkcija. E. Siow (2008) nurodo, jog enterinio maitinimo, kuriame naudojama kompleksinių angliavandenių infuzija, pasekmė taip pat gali būti hiperglikemijos pasireiškimas. Šiuo atveju tai sąlygoja dėl sutrikusios egzokrininės funkcijos padidėjusi virškinimo fermentų sekrecija. Atlikus sisteminę apžvalgą E. Siow (2008) nustatė, jog hiperglikemija labiau paplitusi tarp pacientų, kuriems taikomas parenterinis maitinimas, negu tarp pacientų, kuriems skirtas enterinis maitinimas. Šie skirtumai kelia susirūpinimą specialistams, kurie savo pacientams taiko parenterinį maitinimą, nes nekontroliuojama hiperglikemija padidina infekcinių komplikacijų riziką bei skysčių ir elektrolitų išbalansavimą. A. B. Nathens et al. (2004) teigimu, siekiant stabilizuoti gliukozės kiekį kraujyje, svarbu taikyti griežtą glikemijos reguliaciją.

E. Siow (2008) atliktų studijų duomenimis buvo nustatyta, jog daugiau komplikacijų pasireiškė pacientams, kuriems buvo taikomas parenterinis maitinimas, nei tiems, kuriems skirta enterinė mityba. Komplikacijos, tokios kaip sepsis, hospitalinės infekcijos, su katereriu susijusios komplikacijos, yra aptinkamos daugelyje tyrimų, ypač tarp pacientų, kuriems taikomas parenterinis maitinimas.

1.2. Slaugos veiklos, taikomos ūminiu pankreatitu sergantiems pacientams

Slaugytojų vaidmuo yra susijęs su slaugos praktika per klinikinio slaugos specialisto ir sveikatos priežiūros specialisto vaidmenis. Pagrindiniai elementai, kurie susiję su slaugytojo vaidmens atlikimu, yra pagrįsti tarpdisciplininėmis kompetencijomis (Žydžiūnaitė ir kt., 2007).

Slaugytojų kompetencija apima tris aspektus, kurių vystymas sąlygoja slaugos esmės plėtojimą bei atsiskyrimą nuo kitų veiklų: gebėjimas veikti autonomiškai, teikiant individualią slaugą; klinikiniai gebėjimai, apimantys specifines profesines žinias, specializuoti įgūdžiai, klinikinio mąstymo gebėjimai; bei slaugytojo asmeninės savybės (Žydžiūnaitė, 2002).

Šiuolaikinis slaugytojas remiasi žiniomis, kurios yra pagrįstos moksliniais tyrimais ir apima teorijos bei praktikos integravimą (Petkuvienė ir kt., 2006). Žinios slaugytojui yra svarbus pagrindas, kuris padeda kompetentingai atlikti savo pareigas. Žinių pagrindas sukuriamas iš slaugytojų tyrimų, teorijų plėtojimo ir sistemiško svarbių fenomenų stebėjimo bei iš tiesioginių ir netiesioginių kitų slaugytojų patirties. Jas taip pat sudaro iš pacientų ir kitų profesionalų gauta informacija (Jankauskienės, 2007).

Visi sveikatos priežiūros specialistai, tame tarpe ir slaugytojai, turi turėti pakankamai žinių apie ūminio pankreatito prevenciją, ištyrimą, gydymą bei slaugos veiklas, siekiant teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūrą (Hugdes, 2004). Kaip teigia N. Roper et al. (1999), slaugytoja turi žinoti, kokia kasos funkcija yra normali, kad galėtų nuspręsti, kas yra nukrypimas nuo normos. A. Šileikio su bendraautorais (2006) pabrėžia, kad ūminis pankreatitas paveikia ne tik kasą, bet ir kitas viso organizmo sistemas, to pasėkoje galintis sukelti ligonių mirtį. Todėl E. Hughes (2004) teigimu, ypač tikslios diagnozės nustatymas bei šios ligos valdymas vaidina svarbią rolę tolimesniam pacientų gyvenimui ir jo kokybei. Šiuo atveju slaugytojų žinios, gebėjimai, įgūdžiai bei asmeninės savybės tampa vertybe, slaugant ūminiu pankreatitu segančius pacientus.

Slaugytojų žinių, išsilavinimo ir darbo stažo įtaka sergančiųjų ūminiu pankreatitu slaugai.

Kaip teigia L. Jankauskienė (2007), plėsti, tikrinti ir perduoti žinias apie slaugos patirtį yra pagrindinė kiekvieno slaugos darbuotojo pareiga. N. Bielinienė (2007) pabrėžia, jog palaipsniui didėja prieštaravimas tarp išsilavinimo, kurio slaugytojams reikėtų, kad jie galėtų prisitaikyti prie vis sudėtingėjančio veiklos pasaulio, ir išsilavinimo, kurį jie gauna profesinio parengimo įstaigose. Kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje dirba slaugytojai, kurie skiriasi ne tik amžiumi ar požiūriu į gyvenimą, darbą, savo profesiją, bet ir išsilavinimu. Vieni iš jų, neseniai baigę kolegijas ar universitetus, yra įgiję naujausių slaugos mokslo ir praktikos žinių, o kiti – prieš daug metų baigę medicinos mokyklas, savo praktikoje vis dar taiko laiko išbandytas, bet pasenusias žinias ir nediegia naujovių.

V. Piliponienė (2005) išskiria tai, kad Europos Sąjungoje laikomasi nuomonės, jog slaugos specialistai privalo turėti universitetinį išsilavinimą, leidžiančiu būti lygiaverčiu gydytojo kolega, gebančiu kompetentingai patarti slaugos klausimais. Visgi L. Petkuvienė ir kt. (2006) nurodo, jog įvykus sveikatos reformai, ne visi slaugytojai pakeitė požiūrį į slaugą, daugelis liko nesavarankiški, vadovaujasi senais darbo metodais. Ypač vyresnio amžiaus slaugytojos sunkiau prisitaiko prie naujovių. Autorių atlikto tyrimo duomenimis, aukštąjį išsilavinimą turinčios slaugytojos yra kompetentesnės ir profesionalesnės lyginant su spec. išsilavinimą turinčiom slaugytojomis. Jos labiau domisi naujovėmis bei tobulina žinias, įgūdžius ir vertybes.

Nėra atlikta tyrimų, kuriuose būtų analizuojama slaugytojų žinių ir išsilavinimo įtaka, susijusi su ūminio pankreatito slauga. Tačiau labai plačiai ištirta sritis, susijusi su pacientais, sergančiais ŽIV ir AIDS. Nemaža dalis tyrimų rezultatų parodė, jog besivystančių šalių slaugytojos neturi pakankamai žinių, įgūdžių ir požiūrio, kurio reikia, norint teikti kokybiškas paslaugas, susijusias su ŽIV ir AIDS (PSO, 2002; Brahat et al., 2007; Gurung et al., 2008).

P. Delobelle et al. (2009) teigimu, pačios slaugytojos išreiškia susirūpinimą, kad joms trūksta žinių, susijusių su šių pacientų priežiūra ir gydymu ir pasisako už mokymą. C. B. U. Uwakwe (2000) tyrimas parodė, jog tęstinis mokymas, susietas su ŽIV, yra būtinas.

Kaip teigia L. Petkuvienė ir kt. (2006), spartėjantis naujų technologijų diegimas, didėjantis informacijos srautas kelia vis naujus reikalavimus dirbančiųjų slaugytojų kvalifikacijai, kuri apima tam tikrų žinių, įgūdžių, patyrimo visumą. Todėl ir slaugytojoms, slaugančioms ūminiu pankreatitu sergančius pacientus, reguliarus tęstinis mokymas yra būtinas, siekiant atnaujinti žinias ir tobulinti slaugos praktika.

1.2.1. Mokomųjų programų poveikis slaugytojų profesinei veiklai

R. Steikūnienės (2005) teigimu, mokymasis ir žinios tampa pagrindu Europos ateities kūrime. Akivaizdu, kad šiandien asmeniui reikia nuolatos įgyti naujų žinių bei įgūdžių bei atnaujinti turimus. Ne išimtis ir slaugos mokslas. Slaugytojų žinios, įgūdžiai, vertybės bei patirtis turi didelės įtakos pacientų, sergančių ūminiu pankreatitu gyvenimo kokybei. Pagal Y. Jitlakoat (2005) slaugytojų kompetencija – tai esminė saugios ir aukštos kokybės slaugos praktika. Ji yra viena iš pagrindinių aspektų vertinant sveikatos priežiūros kokybę. Todėl slaugytojai turi nuolat tobulinti savo kompetencijas per nuolatinį mokymąsi ir, kaip teigia R. Steikūnienė (2005), labai svarbu sudaryti sąlygas specialistų nuolatiniam tobulėjimui užtikrinti.

LSSO sukūrė profesinės kvalifikacijos tobulinimo projektą, išskirdama formas, kuriomis slaugytojai gali kelti savo kvalifikaciją: kursai, stažuotės, paskaitos, pranešimai, publikacijos mokslo ir populiariuose leidiniuose, mokslinės – praktinės slaugos konferencijos, slaugos konferencijos, seminarai, neakivaizdinis mokymas ir t.t.

Nors pasaulyje yra taikomos tęstinio švietimo programos, siekiant atnaujinti slaugytojų gebėjimą rūpintis pankreatitu sergančiais pacientais (<http://ce.nurse.com/FreeCE.aspx>), tačiau slaugytojų mokymo poveikis, susijęs su sergančiais ūminiu pankreatitu, nebuvo iširtas. Visgi, yra atlikta daug mokslinių tyrimų, kuriuose pateikiama, kaip slaugytojos gali atnaujinti turimas žinias bei sustiprinti norą rūpintis pacientais. A. P. Farmer et al. (2008) atliktoje intervencinėje apžvalgoje, kurią sudarė 23 tyrimai, buvo pastebėta, jog siekiant pagerinti slaugytojų žinias, įgūdžius ir profesinę veiklą, mokomoji intervencija buvo plačiai naudojama kaip pasyvus sklaidos metodas. Ji buvo pateikta spausdinta forma, pavyzdžiui, monografijose, recenzuojamuose žurnaluose ir klinikinėse gairėse. Paaiškėjo, kad tai dažniausiai priimtas metodas skleidžiant informaciją kontroliuojamų tyrimų metu, kai tyrėjas kontroliuoja situaciją prieš ir po intervencijos ir siekia įvertinti mokomosios intervencijos poveikį sveikatos priežiūros specialistų veiklai. Ši apžvalga parodė, jog mokomoji intervencija turėjo teigiamą poveikį slaugytojų profesinei veiklai. Svarbu, kad jos turinys būtų sudarytas atsižvelgiant į asmeninius poreikius, remiantis diagnostikos, elgsenos ir motyvacinėmis charakteristikomis.

H. G. He et al (2010) atliko švietimo intervencijos tyrimą apie pooperacinio skausmo valdymą mokyklinio amžiaus vaikams, taikant nefarmakologines priemones. Jie panaudojo kvazi-eksperimentinį metodą. Ugdymo programa buvo sudaryta iš dviejų dalių: tyrėjų specialiai sukurta ir atspausdinta knygelė apie skausmą, ir paskaita, kurioje buvo galima diskutuoti. Atlikę tyrimą, autoriai nustatė, jog švietimo intervencija turėjo teigiamą poveikį slaugytojų praktikai. Nepaisant to, vien švietimo nepakanka, siekiant slaugytojoms optimizuoti šių priemonių naudojimą.

2. TIRIAMOJI DALIS

2.1. Tyrimo metodika

2.1.1. Tyrimo metodai

Siekiant iširti mokomosios intervencijos poveikį bendrosios praktikos slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą, atliktas eksperimentinis (mokomoji intervencija) tyrimas (priešintervencinis ir pointervencinis). Duomenys buvo renkami naudojant klausimyną.

Prieš atliekant mokomąjį intervencinį tyrimą buvo vykdomas bandomasis tyrimas, siekiant nustatyti anketos tinkamumą.

Duomenų rinkimui pasirinktas kiekybinis tyrimas, nes jį lengviau struktūrizuoti ir suplanuoti. Kadangi tyrėjo nebuvo šalia, respondentai galėjo jaustis laisvai ir klausimynus pildyti jiems tinkamu metu. Tyrėjas galėjo kontroliuoti visą įvykių eigą, siekdamas laikytis tyrimo grafiko bei parengti objektyvesnę tyrimo ataskaitą, duomenis išreiškdamas skaičiais.

2.1.2. Tyrimo imties charakteristikos

Prieš atliekant anketinę apklausą buvo vykdomas bandomasis tyrimas vienoje Vakarų Lietuvos ligoninėje apklausiant 30 slaugytojų, kurios slaugė ūminiu pankreatitu sergančius pacientus. Jos nebuvo įtrauktos į pagrindinį tyrimą.

Eksperimentinis intervencinis tyrimas buvo atliktas keturiose Vakarų Lietuvos ligoninėse (A, B, C, D), gavus raštiškus tų įstaigų atsakingų asmenų (vyriausiojo gydytojo, vyriausiojo gydytojo pavaduotojo slaugai) sutikimus. Į tyrimą tikslinės atrankos būdu buvo įtraukti skyriai, kuriuose gydomi pacientai, sergantys ūminiu pankreatitu: reanimacijos ir intensyvios terapijos, chirurgijos, diagnostikos ir vidaus ligų skyriai. Kitas atrankos kriterijus – slaugytojai, sutikę dalyvauti intervenciniame tyrime laisva valia.

Intervencinio tyrimo realizavimui pasirinktos dvi imtys: pirmąją imtį sudarė slaugytojai, dirbantys A ir B ligoninių pasirinktuose skyriuose (n=50), jie buvo priskirti eksperimentinei grupei (EG). Antrąją imtį sudarė slaugytojai, dirbantys C ir D ligoninių pasirinktuose skyriuose (n=50), jie buvo priskirti kontrolinei grupei (KG).

Prieš intervenciją EG ir KG buvo išdalinta viso 100 anketų (EG, n=50; KG, n=50). Iš jų sugrįžo 93 (EG, n=47; KG, n=46). Anketų grįžtamumas 93 procentai.

Po intervencijos abiem grupėms buvo išdalinta 93 anketos (EG, n=47; KG, n=46), iš jų sugrįžo 87 (EG, n=43; KG, n=44). Anketų grįžtamumas 94 procentai.

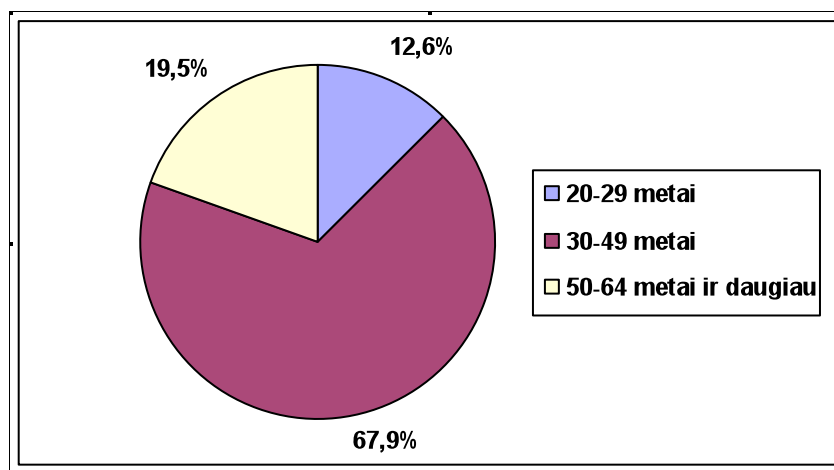
Imtis homogeniška lytiškumo požiūriu abiejose grupėse, nes visi apklausoje dalyvavę respondentai yra moteriškos lyties. Iš jų didžiąją dalį (67,9 proc.) sudarė 30-49 metų slaugytojos. Dauguma slaugytojų (61 proc.) turėjo spec. vidurinį išsilavinimą ir tik 17 (19,5 proc.) slaugytojų turėjo universitetinį išsilavinimą. 51 tyrime dalyvavusi slaugytoja (58,6 proc.) sveikatos priežiūros sistemoje dirba daugiau kaip 16 metų ir 43 slaugytojos (49,4 proc.) su sergančiais ūminiu pankreatitu taip pat dirba daugiau kaip 16 metų.

1 lentelė. Slaugytojų darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje ir skyriuje

Darbo stažas	Vidurkis±SN
Sveikatos priežiūros sistemoje, m.	18,3±8,6
Skyriuje, m.	14,0±8,3

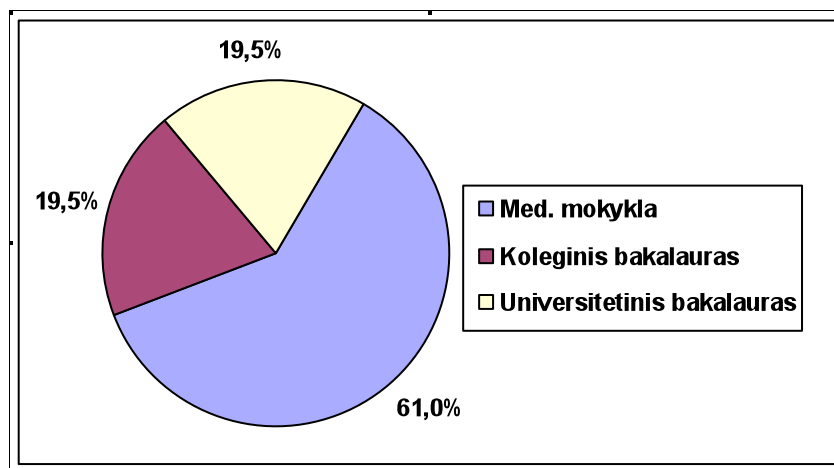
SN – standartinis nuokrypis

Slaugytojų darbo stažo sveikatos priežiūros sistemoje vidurkis buvo 18,3±8,6 metų, o gastroenterologiniame skyriuje 14,0±8,3 metų (1 lentelė).



1 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių

Pagal amžių slaugytojos pasiskirstė sekančiai: 11 (12,6 proc.) slaugytojų 20-29 metų, 59 (67,9 proc.) - 30-49 metų ir 17 (19,5 proc.) – vyresnės nei 49 metų (1 pav.).



2 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

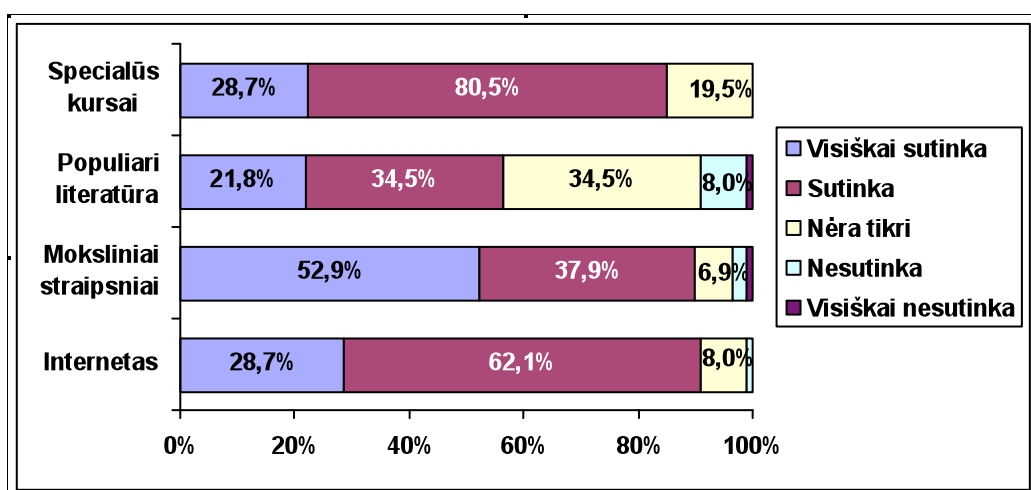
Dauguma (61 proc.) tyrime dalyvavusių slaugytojų buvo baigusios medicininę mokyklą, o 39 proc. – aukštąjį išsilavinimą (19,5 proc. – koleginiį bakalaurą ir 19,5 proc. – universitetinį bakalaurą) (2 pav.).

Tyrimu nustatyta, kad beveik visos slaugytojos (94,3 proc.) neturėjo išklaustyto kursų susijusių su gastroenterologiniais susirgimais.

2 lentelė. Kontrolinės ir eksperimentinės grupių slaugytojų amžius, išsilavinimas, darbo stažas ir dalyvavimas kursuose

Rodikliai	Kontrolinė grupė	Eksperimentinė grupė	p
Amžius			
20-29 metai	6(13,6%)	5(11,6%)	0,925
30-49 metai	30(68,2%)	29(67,4%)	
50-64 metai ir daugiau	8(18,2%)	9(20,9%)	
Išsilavinimas			
Med. mokykla	24(54,5%)	29(67,4%)	0,468
Koleginis bakalauras	10(22,7%)	7(16,3%)	
Universitetinis bakalauras	10(22,7%)	7(16,3%)	
Darbo stažas			
Sveikatos priežiūros sistemoje	16,9±7,7	19,6±9,3	0,150
Skyriuje	12,8±8,0	15,3±8,4	0,158
Kursai			
Neturėjo	40(90,9%)	42(97,7%)	0,187
1 dienos kursai	4(9,1%)	1(2,3%)	

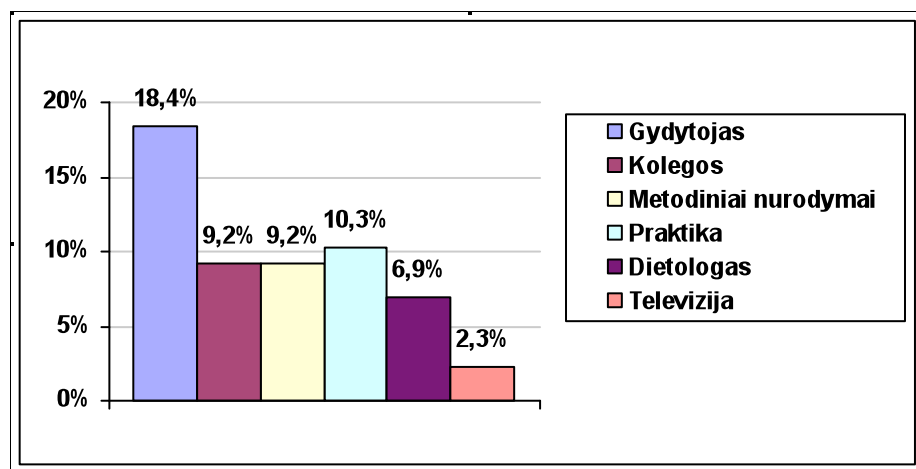
KG ir EG pagal amžių, išsilavinimą, darbo stažą ir dalyvavimą kursuose reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė (2 lentelė).



3 pav. Slaugytojų nuomonė apie aktualiausias informacijos apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą suteikimo šaltinius

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visų slaugytojų nuomone aktualiausias informacijos apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą pagrindiniai šaltiniai yra specialūs kursai

(100 proc.), moksliniai straipsniai (90,8 proc.) bei internetas (90,8 proc.). Populiarią literatūrą kaip informacijos šaltinį nurodė 56,3 proc. slaugytojų (3 pav.).



4 pav. Kiti informacijos šaltiniai

Iš kitų informacijos apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą šaltinių 18,4 proc. slaugytojų nurodė gydytoją, 10,3 proc. – praktiką, 9,2 proc. – kolegas bei metodinius nurodymus, 6,9 proc. – dietologą ir 2,3 proc. – televiziją (4 pav.).

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Slaugytojų žinių apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą analizei buvo naudotas modifikuotas, įtraukiant demografinius duomenis (1 – 6 klausimai), Elaine Siow sukurtas klausimynas (Enteral Versus Parenteral Nutrition for Acute Pancreatitis) (priedas 1), kuris nuo 2008 metų taikomas Amerikos slaugytojų tobulinimosi kursuose. Klausimyno vertimas buvo gautas naudojant atgalinio vertimo techniką (Burns et al., 2005). Įvertinus bandomojo tyrimo rezultatus, klausimynas buvo adaptuojamas su trimis specialistais – ekspertais (gydytojais ir slaugos mokslininkais) – 2011 gegužės mėn. Klausimai, kurie, pasak specialistų – ekspertų, nesuteikia tinkamos informacijos, iš anketos buvo išimti.

2.1.4. Tyrimo eiga

1 tyrimo proceso etapas.

Mokslinės literatūros, susijusios su magistrinio darbo tema, rinkimas ir studijavimas. Šaltinių buvo ieškoma Medline, NATIONAL Library of Medicine, EBSCOhost, ScienceDirect, Medscape duomenų bazėse, moksliniuose žurnaluose. Straipsniai buvo atrenkami pagal raktinius žodžius: pankreatitas, slauga, mokomoji programa, dirbtinis maitinimas – 2010 - 2012 m.

2 tyrimo proceso etapas.

Teorinės dalies rašymas, apimantis mokslinės literatūros analizę (mokslinė literatūra dar kartą buvo peržiūreta ir papildyta naujais šaltiniais) – 2010 - 2012 m.

3 tyrimo proceso etapas.

Klausimyno radimas ir prašymas autorių leisti naudoti klausimyną tyrimui Lietuvoje – 2011 m. kovo mėn. Gavus autorių leidimą – bandomojo tyrimo su 30 respondentų atlikimas, siekiant įvertinti anketos tinkamumą – 2011 m. balandžio mėn. Įvertinus bandomojo tyrimo rezultatus, klausimynas buvo adaptuojamas su trimis specialistais-ekspertais (gydytojais ir slaugos mokslininkais) – 2011 m. gegužės mėn.

4 tyrimo proceso etapas.

Padalomosios medžiagos paruošimas eksperimentinės grupės dalyvių (EG) mokymui.

Padalomoji medžiaga buvo sudaryta remiantis dviem straipsniais (3 lentelė):

3 lentelė. Straipsniai, sudarantys padalomąją medžiagą

Nr.	Autorius	Metai	Straipsnio pavadinimas	Puslapiai
1.	E. Siow	2008 m.	“Enteral Versus Parenteral Nutrition for Acute Pancreatitis” (išversta į Lietuvių kalbą)	p. 19-30
2.	G. Kėkštas ir kt.	2002 m.	“Ūminio nekrozinio pankreatito gydymas intensyvioje terapijoje”	p. 31-34

5 tyrimo proceso etapas.

Intervencinė mokomoji programa buvo vykdoma dviem etapais (priešintervencinis tyrimas ir pointervencinis tyrimas) su dviem grupėmis – EG ir KG. EG slaugytojos, po klausimyno užpildymo, gavo padalomąją medžiagą (sudarytą iš dviejų straipsnių, 12 psl.), KG dalyvės buvo reikalingos, siekiant palyginti EG rezultatus su KG gautais rezultatais ir mokomosios programos poveikį slaugytojų žinioms. Visoms tyrime dalyvavusioms slaugytojoms buvo suteiktas ID kodas (personalinis identifikavimo kodas), kad tyrėjas galėtų kontroliuoti tyrimą.

Tyrimas prasidėjo po to, kai 2011 m. buvo gauti leidimai iš Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto slaugos katedros Etikos komisijos ir keturių Vakarų Lietuvos ligoninių, kuriems buvo pateikta visa informacija apie tyrimą: tyrimo tikslą, tyrimo atlikimo planą, respondentų sutikimo formą (priedas 2), klausimyną.

Priešintervencinis tyrimas. Pirma anketinė apklausa buvo vykdoma 2011 m. liepos mėnesį. Abiejų grupių, t.y. EG ir KG, dalyviai gavo užklijuotus vokus, kuriuose buvo pateikta informacija apie vykdomą tyrimą, sutikimo forma (priedas 2), klausimynas ir kitas vokas gražinimui, jeigu slaugytojos apsisprendė dalyvauti tyrime. Respondentai, sutikę dalyvauti tyrime, turėjo pasirašyti

sutikimo formą, užpildyti klausimyną ir įdėti juos į pateiktą voką, ir užklijuoti. Pirminės apklausos metu laiško su sutikimo forma ir užpildytu klausimynu grįžimo terminas buvo 2 savaitės.

Gavęs užpildytus klausimynus iš EG dalyvių, tyrėjas A ir B ligoninių skyrių vyresniosioms slaugytojoms-slaugos administratorėms užklijuotose vokuose pateikė padalomąją medžiagą, skirtą tyrimo dalyvaujančioms slaugytojoms.

Pointervencinis tyrimas. Po trijų mėnesių nuo pirmo tyrimo (t.y. 2011 m. spalio mėnesį) vyko tolimesnių duomenų rinkimas. Skyrių vyresniosioms slaugytojoms-slaugos administratorėms vėl buvo pateikti užklijuoti vokai su klausimynais ir jame įdėtu kitu voku, skirtu klausimynus gražinti tyrėjui po to, kas jas užpildys. Ant vokų buvo parašyti slaugytojų vardai ir pavardės, o klausimynai pagal slaugytojų duomenis buvo pažymėtos ID kodais. Terminas, per kurį slaugytojos atsakė ir gražino klausimynus, buvo 2 savaitės.

6 tyrimo proceso etapas.

Anketinės apklausos duomenų suvedimas į kompiuterinę duomenų bazę, tyrimo rezultatų apdorojimas naudojant Microsoft Office Exel 2007 kompiuterinę programą, duomenų analizei naudotas statistinis paketas „SPSS 17 for Windows“ ir analizės rezultatai sistemingai pateikti diagramose ir lentelėse – 2012 m.

7 tyrimo proceso etapas.

Atlikta tyrimo rezultatų analizė ir palyginimas su kitų tyrėjų duomenimis – 2012 m.

8 tyrimo proceso etapas.

Magistro darbo paruošimas gynimui – 2012 m.

2.1.5. Tyrimo etika

Prieš atliekant tyrimą buvo gautas anketos autorės Elaine Siow leidimas klausimyną naudoti moksliniams tyrimams. Leidimai atlikti tyrimą buvo gauti iš dviejų institucijų: Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos ir penkių ligoninių administracijų, kurios buvo supažindintos su planuojamo tyrimo tikslu, tyrimo planu, klausimynu, dalyviams pateikiama sutikimo forma. Gavus raštiškus administracijų sutikimus ir apklausos vykdymą suderinus su skyriaus vyresniosiomis slaugytojomis, buvo apklausiamos slaugytojos, slaugančios ūminiu pankreatitu sergančius pacientus. Etikos principai yra grindžiami pagarba visiems potencialiems tyrimo dalyviams, todėl tyrėjas turi gauti jų sutikimą, siekiant apsaugoti dalyvius ir išlaikyti jų konfidencialumą (Hulley et al., 2001).

Etikos klausimai, susiję su duomenų rinkimu, buvo orientuoti į informuotą sutikimą ir apsaugą nuo bet kokios žalos (Pasaulio medikų asociacijos Helsinkio deklaracija, 2004) ir medicininių tyrimų etikos principus: konfidencialumą, privatumą, informuotą sutikimą ir

savanoriškumą. Informuotas sutikimas buvo gautas raštu.

Respondentams, sutikusiems dalyvauti tyrime, užklijuotame voke buvo pateikta „Sutikimo forma“ (žr. 2 priedą) dėl planuojamo tyrimo, kuriame respondentai raštiškai patvirtino, kad sąmoningai ir laisva valia jame dalyvauja, bei klausimynas ir tuščias vokas gražinimui. Visi slaugytojai, sutikę dalyvauti tyrime, gavo ID kodo numerius, kurie buvo naudojami duomenų analizėje. Analizėje slaugytojų vardai ir pavardės nebuvo naudojami, o duomenys analizuojami tik tyrėjo ir statistiko. Studijų ataskaitoje garantuojamas slaugytojų anonimiškumas, todėl jos negalėjo būti nustatytos (Burns et al., 2005).

Siekiant nepažeisti etikos principų atliekant intervencinį tyrimą pasirinktose ligoninėse, slaugytojai turėjo teisę apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime. Slaugytojai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, metodais, rezultatų naudojimu, taip pat jiems buvo išsamiai paaiškinta, kaip bus išsaugojamas respondentų anonimiškumas. Respondentams buvo pateikta informacija, kokių tikslų atliekamas tyrimas ir kaip bus panaudoti tyrimo atsakymai. Slaugytojoms buvo pabrėžiama, kad dalyvavimas yra savanoriškas, kad visa informacija išliks anonimiška. Joms buvo suteikiama galimybė atsisakyti toliau dalyvauti tyrime ir pasitraukti bet kuriuo atveju, nepaaiškinus jokios priežasties.

2.1.6. Statistinė duomenų analizė

Tyrimo rezultatų analizei buvo naudojamas statistinis paketas „SPSS 17 for Windows“.

Skirtumai tarp dviejų nepriklausomų intervalinių požymių (darbo stažas) vertinti naudojant Stjudent'o t kriterijų. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams tarp grupių vertinti naudojant Chi-kvadrato (χ^2) kriterijų. Ryšiams tarp požymių nustatyti naudotas Spearman'o ranginės koreliacijos metodas.

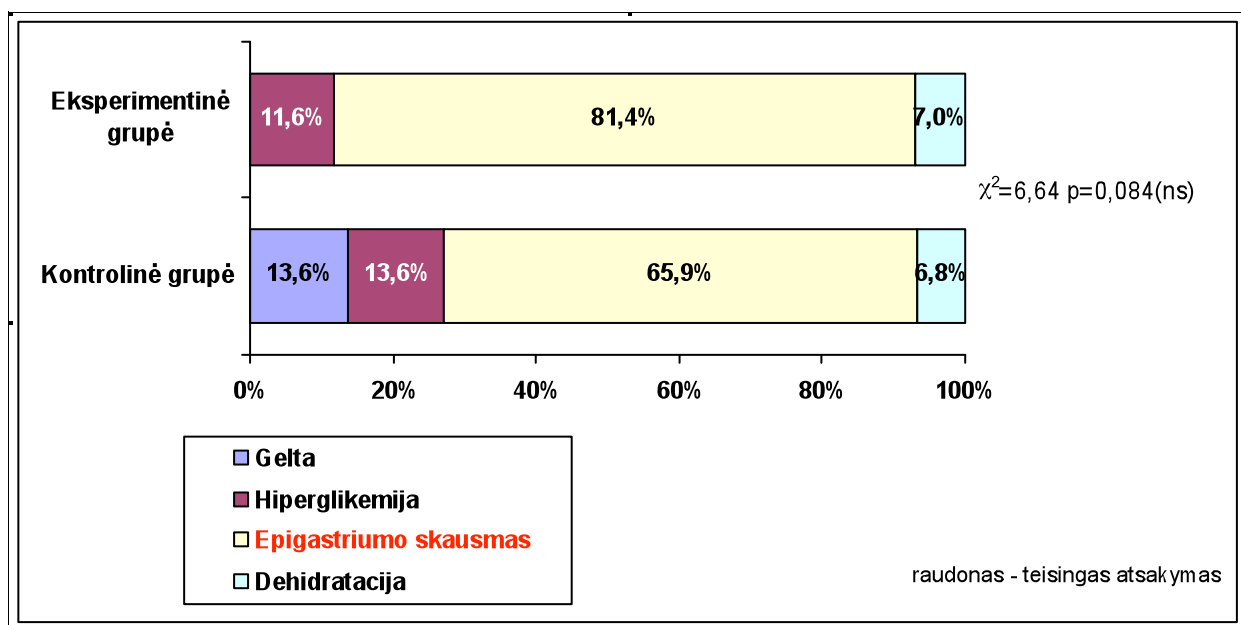
Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) - labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) - itin reikšmingas ir $p > 0,05$ (ns) - statistiškai nereikšmingas.

2.2. Rezultatai

Intervencinio tyrimo vykdymo metu buvo pasiektas pagrindinis tyrimo tikslas – įvertintas mokomosios programos poveikis slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą, kas ir patvirtino hipotezę.

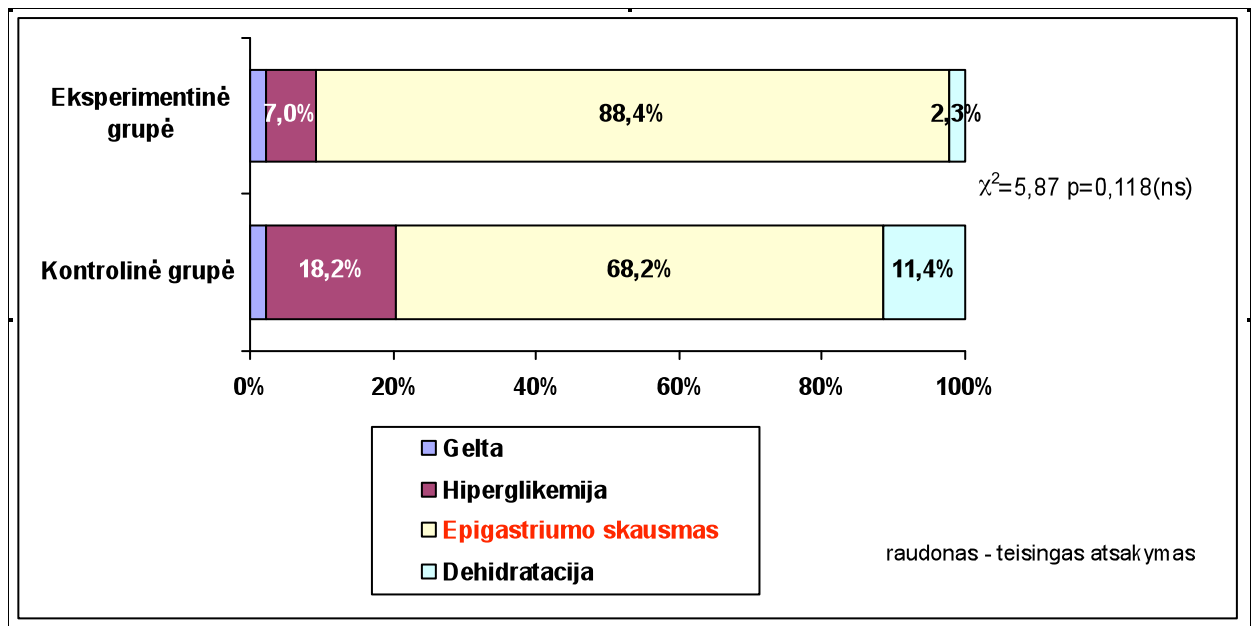
2.2.1. Slaugytojų žinios apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką

Analizuojant slaugytojų žinias apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką, abiejų grupių slaugytojoms intervencijos eigoje buvo pateikti trys klausimai susijęs su: 1) *simptomu, kuris dažniausiai netikėtai atsiranda pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu*; 2) *neigiamo azoto balansu*; 3) *C-reaktyvaus baltymo lygiu*.



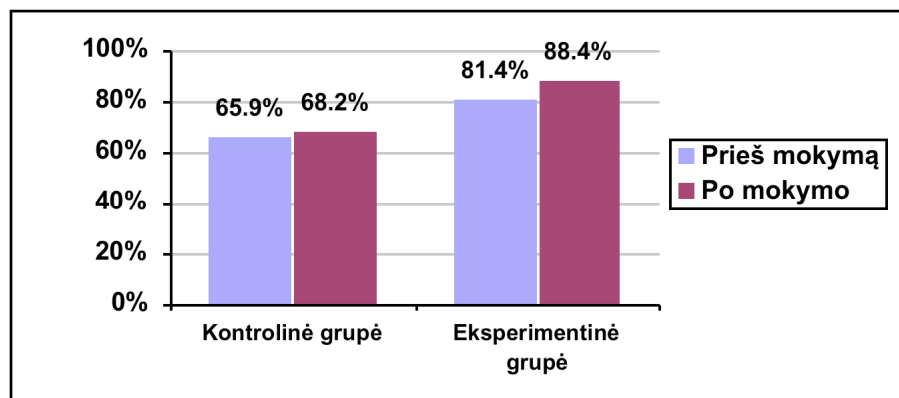
5 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kokio simptomo netikėtai atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?“

Vertinant slaugytojų atsakymus į klausimą „Kokio simptomo netikėtai atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?“ prieš intervenciją, reikšmingo skirtumo tarp EG ir KG atsakymų nenustatyta. Abiejose grupėse dauguma slaugytojų žinojo, kad pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu netikėtai epigastriumo skausmo atsiradimas pasitaiko dažniausiai – tai nurodė 81,4 proc. slaugytojų iš EG ir 65,9 proc. slaugytojų iš KG (5 pav.).



6 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kokio simptomo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?“

Kadangi dauguma EG ir KG slaugytojų jau prieš intervenciją žinojo, kokio simptomo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, tai vertinant jų atsakymus į šį klausimą po intervencijos taip pat reikšmingo skirtumo nustačius (6 pav.).

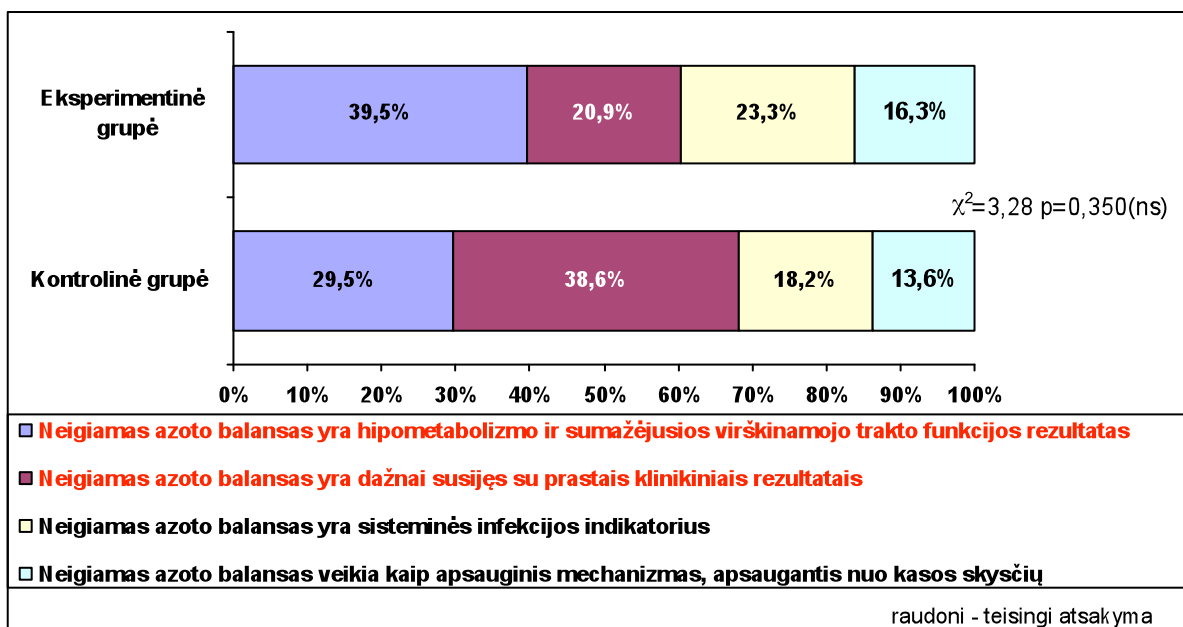


7 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių apie simptomą, kurio netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, pokytis mokymo eigoje

Mokymo eigoje stebėtas teisingai atsakusių į šį klausimą slaugytojų skaičiaus padidėjimas ir KG (2,3 proc.) ir EG (7,0 proc.) grupėse, tačiau abiejose grupėse šis žinių pokytis intervencijos eigoje buvo statistiškai nereikšmingas ($p>0,05$) (7 pav.).

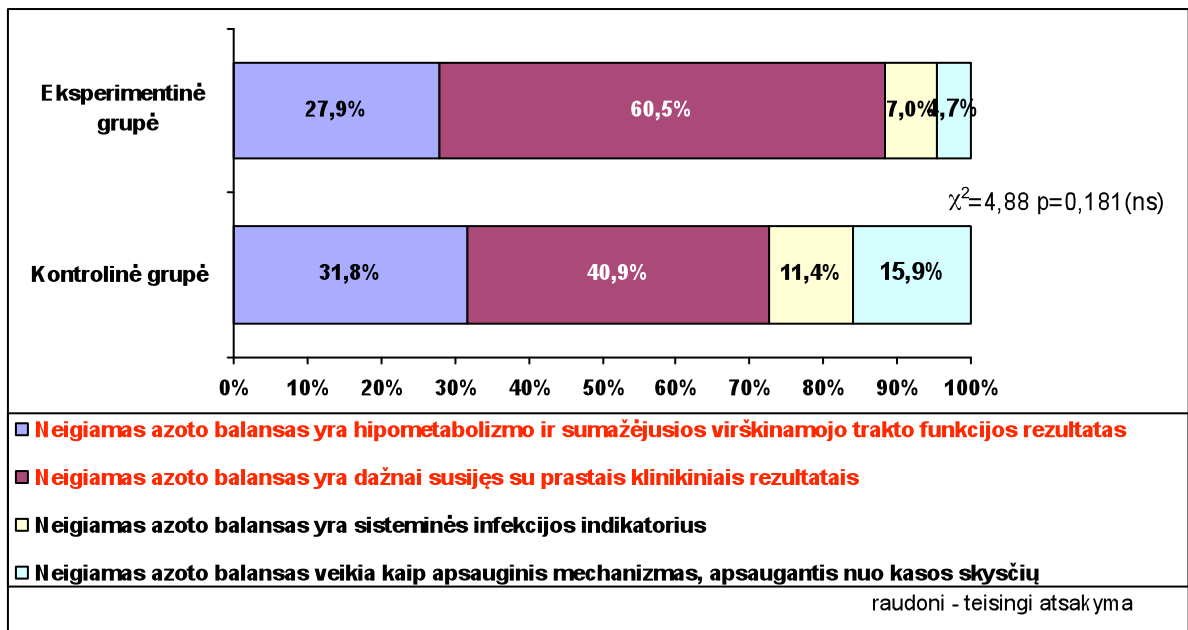
Tyrimas parodė, kad slaugytojų žinios apie galimą neigiamo azoto balanso susidarymą sunkesnėse ūminio pankreatito formose prieš intervenciją reikšmingai nesiskyrė tarp EG ir KG –

daugiau nei 60 proc. abiejų grupių slaugytojų (68,1 proc. KG ir 60,4 proc. EG) pasirinko teisingus atsakymų variantus: *neigiamas azoto balansas yra hipometabolizmo ir sumažėjusios virškinamojo trakto funkcijos rezultatas* (tai nurodė 39,5 proc. EG slaugytojų ir 29,5 proc. KG slaugytojų) ir *neigiamas azoto balansas yra dažnai susijęs su prastais klinikiniais rezultatais* (tai nurodė 20,9 proc. EG slaugytojų ir 38,6 proc. – KG slaugytojų). Tačiau apie trečdalį (39,6 proc. EG ir 31,8 proc. KG) abiejų grupių slaugytojų neturėjo žinių šiuo klausimu (8 pav.).



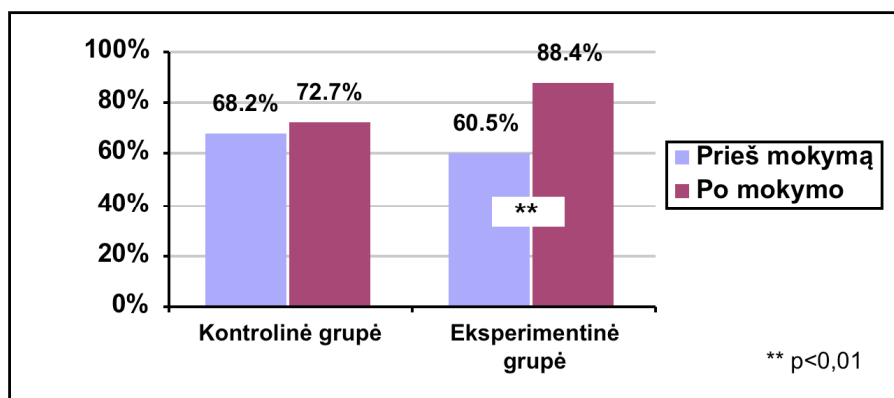
8 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“

Vertinant slaugytojų žinias apie galimą neigiamo azoto balanso susidarymą sunkesnėse ūminio pankreatito formose po intervencijos, reikšmingo skirtumo tarp KG ir EG taip pat nenustatyta – dauguma abiejų grupių slaugytojų nurodė teisingus atsakymų variantus: *neigiamas azoto balansas yra hipometabolizmo ir sumažėjusios virškinamojo trakto funkcijos rezultatas* (tai nurodė 27,9 proc. EG slaugytojų ir 31,8 proc. KG slaugytojų) ir *neigiamas azoto balansas yra dažnai susijęs su prastais klinikiniais rezultatais* (tai nurodė 60,5 proc. EG slaugytojų ir 40,9 proc. KG slaugytojų) (9 pav.).



9 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“

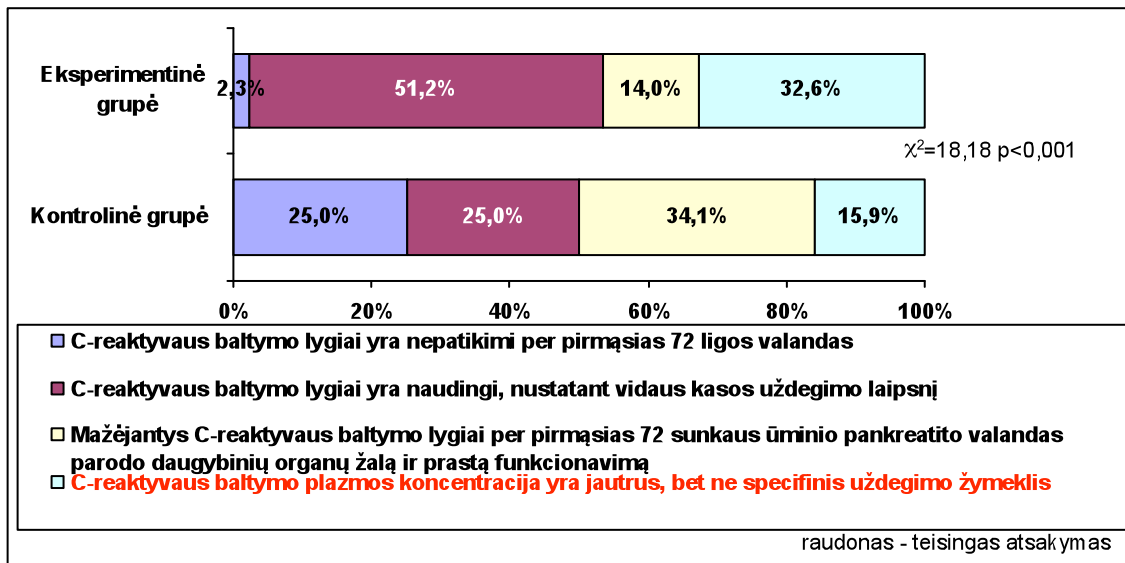
Tačiau po intervencijos reikšmingai ($p < 0,01$) padaugėjo (27,9 proc.) slaugytojų iš EG, žinančių apie galimą neigiamo azoto balanso susidarymą sunkesnėse ūminio pankreatito formose, lyginant su situaciją prieš intervenciją. KG taip pat stebėtas atsakiusiųjų teisingai į šį klausimą skaičiaus padidėjimas (4,5 proc.), tačiau šis padidėjimas nebuvo statistiškai reikšmingas (10 pav.).



10 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?“

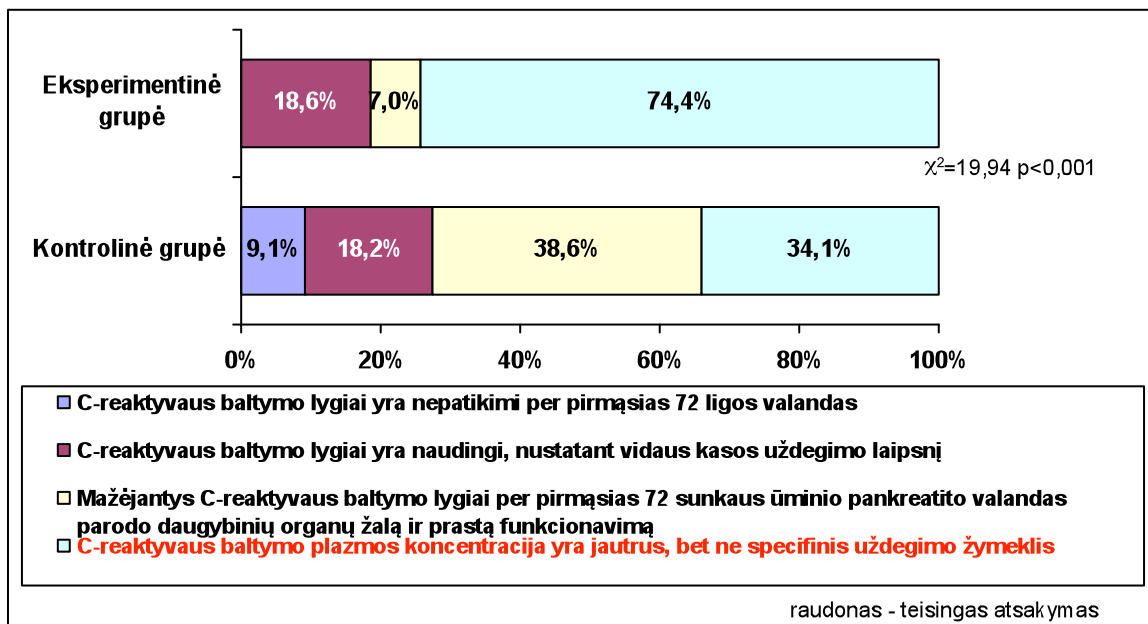
Vertinant slaugytojų pasirinktus atsakymo variantus apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite prieš intervenciją, nustatyta, kad EG ir KG atsakymai itin reikšmingai ($p < 0,001$) skyrėsi – KG buvo reikšmingai daugiau slaugytojų, kurios neturėjo žinių šituo klausimu

nei EG (KG – 84,1 proc. ir EG – 67,4 proc.). Teisingą atsakymą, jog *C-reaktyvaus baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymeklis* žinojo 32,6 proc. iš EG ir 15,9 proc. iš KG (11 pav.).



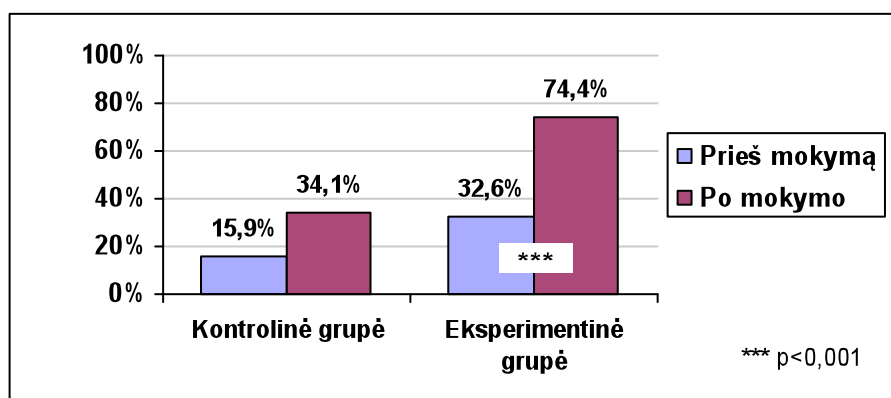
11 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių, kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite, yra teisingas?“

Kadangi jau prieš intervenciją EG žinios apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite buvo reikšmingai geresnės nei KG, visai natūralu, kad po intervencijos EG žinios dar labiau pagerėjo – teisingą variantą, t.y. „*C-reaktyvaus baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymeklis*“, nurodė 74,4 proc. EG slaugytojų, o KG teisingą atsakymą pasirinko tik 34,1 proc. slaugytojų ($p<0,001$) (12 pav.).



12 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris iš pateiktų teiginių, kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite, yra teisingas?“

Po intervencijos reikšmingai ($p < 0,001$) padaugėjo (41,8 proc.) slaugytojų iš EG, žinančių teisingą atsakymą. KG taip pat stebėtas atsakiusių teisingai į šį klausimą skaičiaus padidėjimas (18,2 proc.), tačiau šis padidėjimas nebuvo statistiškai reikšmingas (13 pav.).



13 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš šių teiginių kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiam pankreatite yra teisingas?“

Siekiant išsiaiškinti, ar išsilavinimas bei darbo stažas turėjo įtakos slaugytojų žinioms apie sergančiųjų pankreatitu kliniką, buvo atlikta Spearman'o koreliacinė analizė tarp šių rodiklių ir pateiktų klausimų indikatorių, žyminčių slaugytojų žinojimą atitinkamu klausimu („0“ – nežino ir „1“ – žino).

4 lentelė. Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką bendroje grupėje iki mokymo

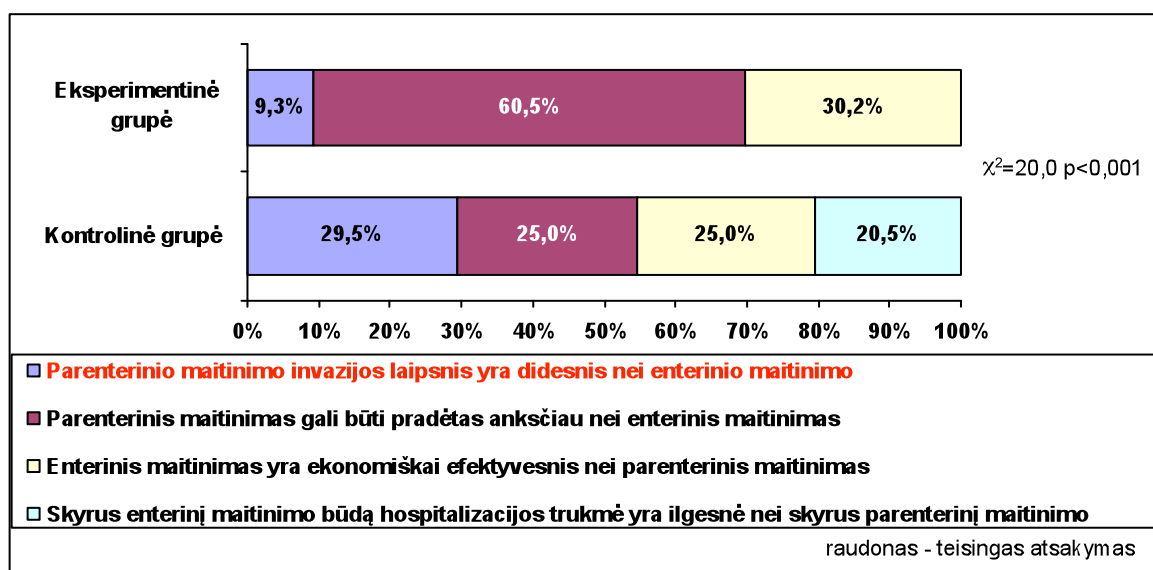
Teiginiai	Išsilavinimas R	Darbo stažas	
		Sveikatos prieš. sist. R	Skyriuje R
Epigastriumo skausmo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu	0,03	0,13	0,05
Sunkesnėse ūminio pankreatito formose neigiamas azoto balansas yra hipometabolizmo ir sumažėjusios virškinamojo trakto funkcijos rezultatas ir yra dažnai susijęs su prastais klinikiniais rezultatais	-0,01	-0,03	0,15
Ūminiam pankreatite C-reaktyvaus baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymeklis	-0,10	0,23*	0,21*

* $p < 0,05$

Nustatyta, kad slaugytojų darbinė patirtis sveikatos priežiūros sistemoje bei skyriuje turėjo reikšmingos ($p < 0,05$) įtakos jų prieš intervenciją turimoms žinioms apie sergančiųjų pankreatitu kliniką, ypač atsakant į klausimą apie C-reaktyvųjų baltymą: „Ūminiam pankreatite C-reaktyvaus baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymeklis“ ($R = 0,23$ ir $R = 0,21$). Slaugytojos su didesne darbine patirtimi dažniau pasirinko teisingą atsakymo variantą, nei slaugytojos su mažesniu darbo stažu (4 lentelė).

2.2.2. Slaugytojų žinios apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu

Analizuojant slaugytojų žinias apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu, abiejų grupių slaugytojoms intervencijos eigoje buvo pateikti trys klausimai: 1) „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“; 2) „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“; 3) „Kuris, Jūsų manymu, ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?“.



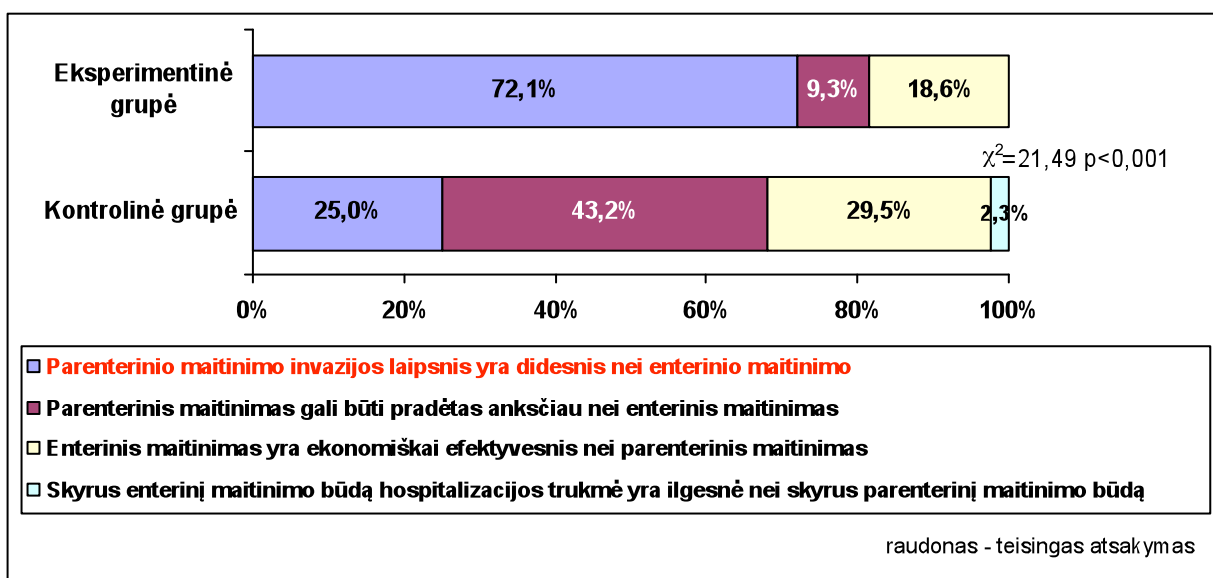
14 pav. Kontrolinės ir eksperimentinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“

Vertinant slaugytojų žinias apie pagrindinį skirtumą tarp parenterinio ir enterinio maitinimo iki intervencijos, nustatytas itin reikšmingas ($p<0,001$) skirtumas tarp KG ir EG slaugytojų atsakymų – EG buvo mažiau (9,3 proc.) slaugytojų, žinančių, kad pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo yra *invazijos laipsnis, kuris yra didesnis parenterinio maitinimo metu*. KG teisingą atsakymo variantą pasirinko 29,5 proc. slaugytojų (14 pav.).

Apibendrinus gautus rezultatus galima teigti, kad abiejų grupių slaugytojų žinios apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu prieš intervenciją buvo nepakankamos, nes dauguma šių grupių slaugytojų (90,7 proc. EG ir 70,5 proc. KG) nežinojo pagrindinio skirtumo tarp parenterinio ir enterinio maitinimo.

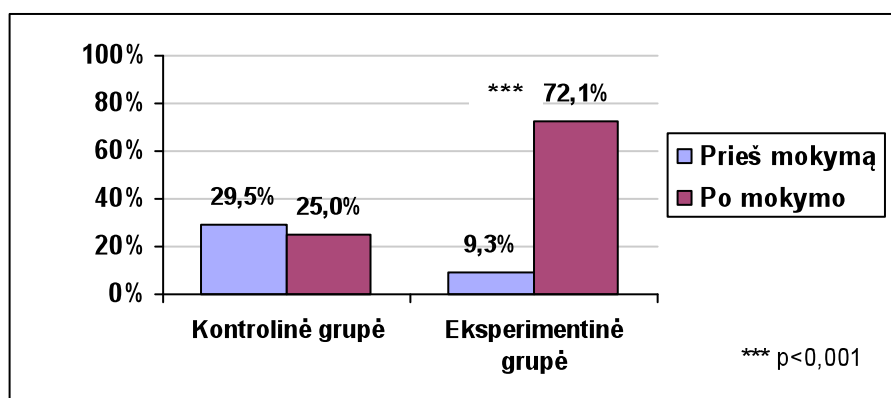
Po mokymo situacija radikaliai pasikeičia. Nustatytas itin reikšmingas ($p<0,001$) skirtumas tarp EG ir KG slaugytojų atsakymų - EG buvo reikšmingai daugiau (72,1 proc.) slaugytojų, žinančių, kad pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo yra *invazijos laipsnis, kuris yra didesnis parenterinio maitinimo metu*. KG teisingą atsakymą pasirinko 25,0 proc.

slaugytojų (15 pav.).



15 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“

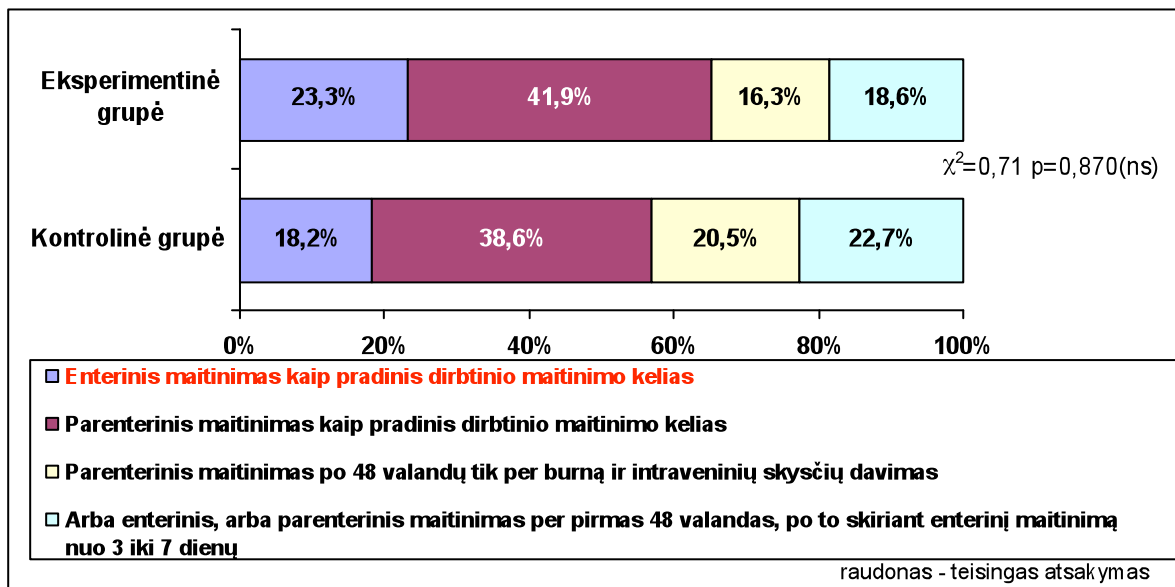
Po intervencijos reikšmingai ($p<0,001$) padaugėjo (62,8 proc.) slaugytojų iš EG, žinančių, kad pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo yra invazijos laipsnis, kuris yra didesnis parenterinio maitinimo metu. KG stebėtas teisingai atsakiusių į šį klausimą nežymus sumažėjimas (-4,5 proc.), kuris leidžia manyti, kad prieš intervenciją 4,5 proc. KG slaugytojų tiesiog spėjo (16 pav.).



16 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?“

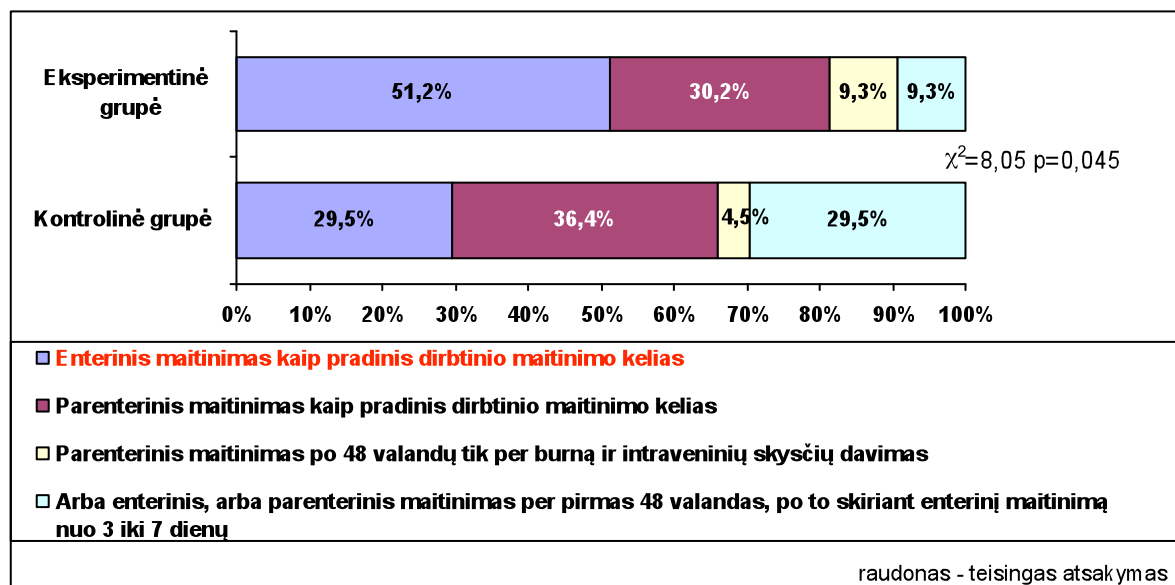
Nustatyta, kad prieš intervenciją EG ir KG slaugytojų nuomonė apie terapiją, kurią patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kai reikalinga mitybos pagalba, reikšmingai nesiskyrė – teisingą atsakymą „enterinis maitinimas yra pradinis maitinimo kelias“ pasirinko 23,3 proc. EG ir 18,2 proc. KG slaugytojų. Dauguma abiejų grupių slaugytojų (76,7 proc. EG ir 81,8

proc. KG) nurodė neteisingus atsakymų variantus (17 pav.).



17 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“

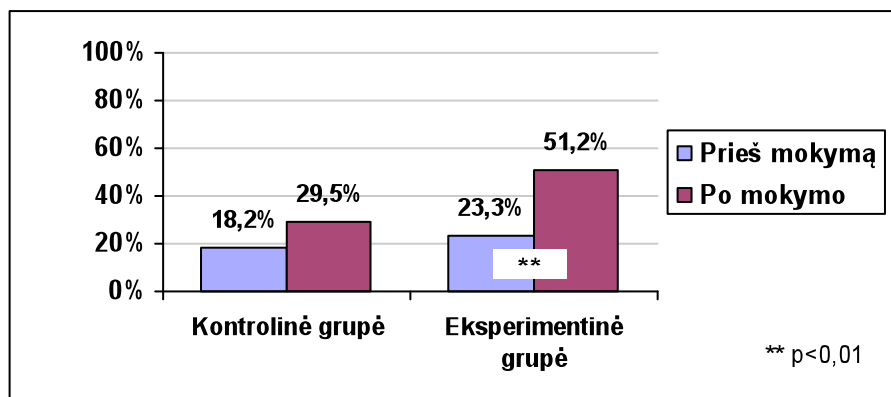
Po intervencijos EG buvo reikšmingai ($p<0,05$) daugiau slaugytojų, teisingai atsakiusių į šį klausimą lyginant su KG (51,2 proc. EG ir 29,5 proc. KG) (18 pav.).



18 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“

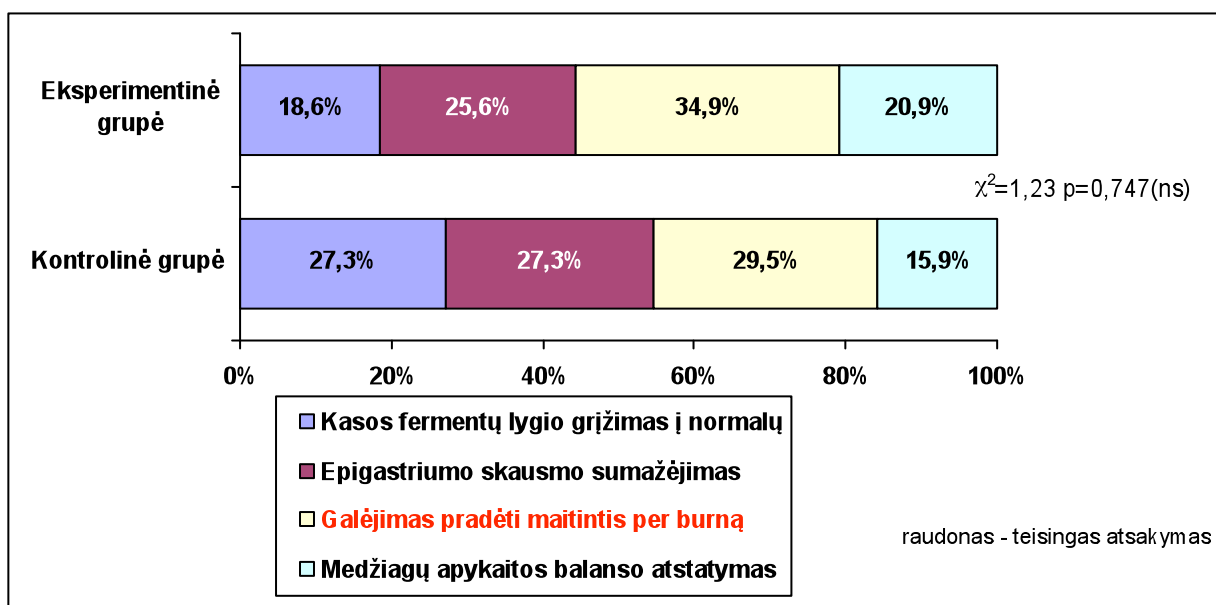
Intervencijos eigoje reikšmingai ($p<0,01$) padaugėjo (27,9 proc.) slaugytojų iš EG, žinančių, kad *enterinis maitinimas yra pradinis maitinimo kelias*, kurį patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kai reikalinga mitybos pagalba. KG stebėtas teisingai atsakiusių į šį klausimą

taip pat nežymus padidėjimas (11,3 proc.) (19 pav.).



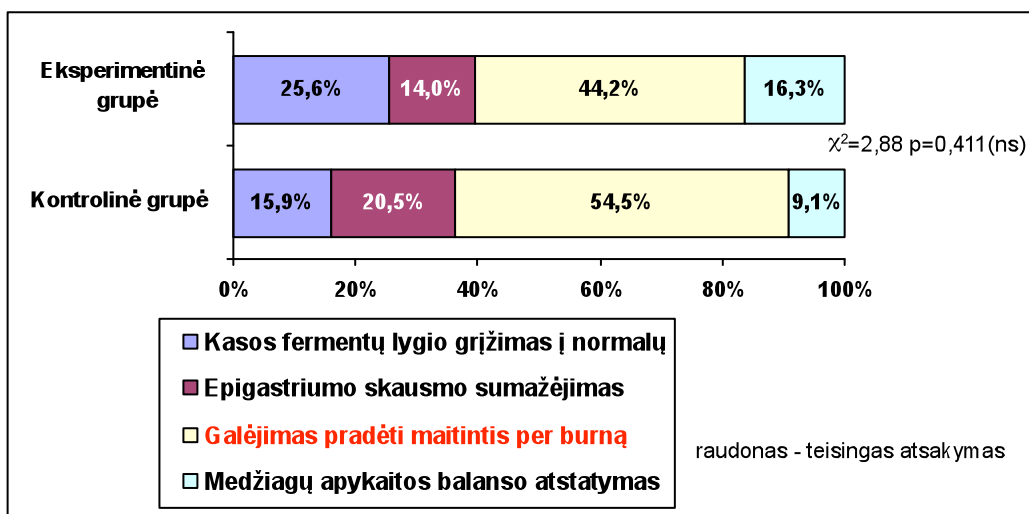
19 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?“

Prieš intervenciją vertinant slaugytojų atsakymus į klausimą „*Kuris ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?*“, reikšmingo ($p<0,05$) skirtumo tarp KG ir EG slaugytojų atsakymų nenustatyta. Šio klausimo teisingas atsakymas yra „Galėjimas pradėti maitintis per burną“ ir jį pasirinko 34,9 proc. EG ir 29,5 proc. KG slaugytojų. Didžioji dalis abiejų grupių (65,1 proc. EG ir 70,5 proc. KG) slaugytojų nenurodė teisingo atsakymo (20 pav.).



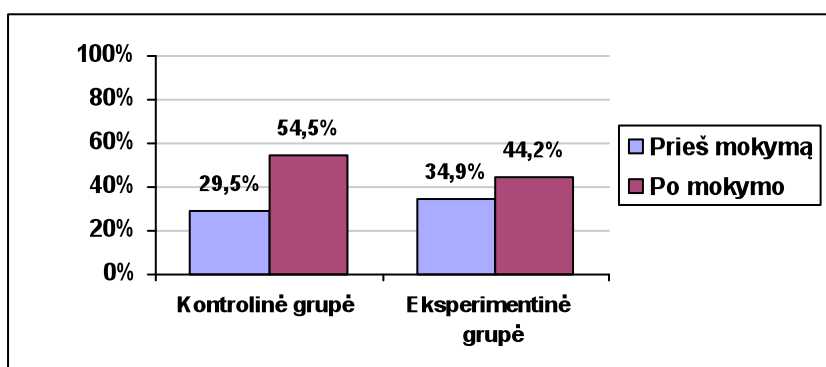
20 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?“

Vertinant slaugytojų atsakymus į šį klausimą po intervencijos, reikšmingo skirtumo tarp KG ir EG nenustatyta – teisingai atsakė 44,2 proc. EG ir 54,5 proc. KG slaugytojų. Maždaug pusė abiejų grupių slaugytojų (55,8 proc. EG ir 45,5 proc. KG) nenurodė teisingo atsakymo varianto, kuris yra: „galėjimas pradėti maitintis per burną“ (21 pav.).



21 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris, Jūsų manymu, ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo?“

Intervencijos eigoje teisingai nurodžiusių, kad, būtent, „galėjimas pradėti maitintis per burną“ yra tas ūminio pankreatito išnykimo indikatorius, kuris turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinio maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas, slaugytojų skaičius padidėjo ir KG (25,0 proc.) ir EG (9,3 proc.) grupėse, tačiau abiejose grupėse šis žinių pokytis intervencijos eigoje buvo statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$) (22 pav.).



22 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?“

Nustatyta, kad slaugytojų išsilavinimas turėjo reikšmingos ($p < 0,05$) įtakos jų žinioms apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu, būtent tai, kad *pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo yra invazijos laipsnis, kuris yra didesnis parenterinio maitinimo metu* ($R=0,22$) – šį skirtumą geriau žinojo slaugytojos, turinčios aukštesnį išsilavinimą nei slaugytojos su žemesniu išsilavinimu (5 lentelė).

5 lentelė. Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo

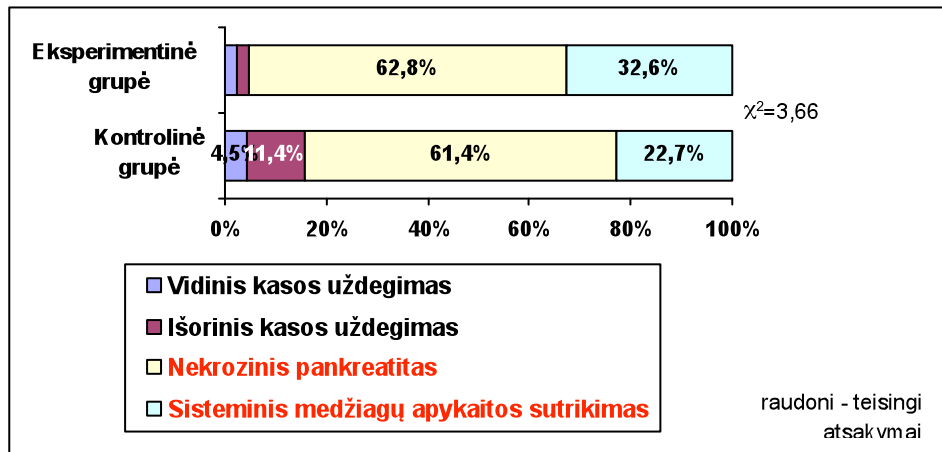
Teiginiai	Išsilavinimas	Darbo stažas	
		Sveikatos prieš. sist.	Skyriuje
	R	R	R
Pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo yra parenterinio maitinimo didesnis invazijos laipsnis nei enterinio maitinimo	0,22*	0,02	-0,14
Enterinį maitinimą kaip pradinį dirbtinio maitinimo kelią patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos	-0,15	0,09	0,13
Galėjimas pradėti maitintis per burną yra ūminio pankreatito išnykimo indikatorius, kuris turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas	0,01	0,02	0,12

* $p < 0,05$

2.2.3. Slaugytojų žinios apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu

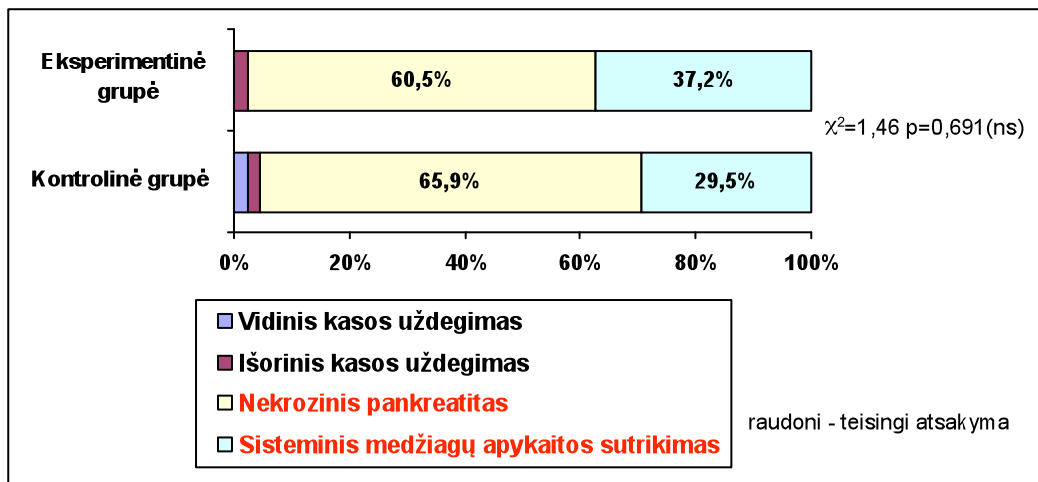
Analizuojant slaugytojų žinias apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu, abiejų grupių slaugytojoms intervencijos eigoje buvo pateikti trys klausimai; 1) „*Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?*“; 2) „*Kuris iš pateiktų teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?*“; 3) „*Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?*“.

Tyrimas parodė, kad prieš intervenciją slaugytojų žinios apie komplikacijas, dėl kurių dažniausiai sunkaus ūminio pankreatito atvejais pasireiškia mirtis, tarp KG ir EG grupių reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė. Beveik visos (95,4 proc.) EG grupės slaugytojos ir dauguma (84,1 proc.) KG slaugytojų nurodė teisingus atsakymų variantus: *nekrozinis pankreatitas* (62,8 proc. EG slaugytojų ir 61,4 proc. KG slaugytojų) ir *sisteminis medžiagų apykaitos sutrikimas* (32,6 proc. EG slaugytojų ir 22,7 proc. KG slaugytojų) (23 pav.).



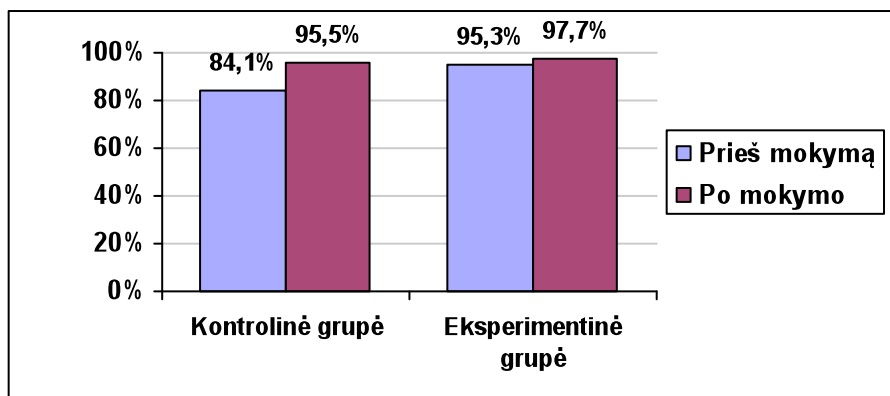
23 pav. Ekspirimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą ”Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“

Kadangi dauguma abiejų grupių slaugytojų jau prieš intervenciją turėjo žinių apie komplikacijas, dėl kurių dažniausiai sunkaus ūminio pankreatito atvejais pasireiškia mirtis, tai vertinant jų atsakymus į šį klausimą po intervencijos, taip pat reikšmingo skirtumo nenustatyta (24 pav.).



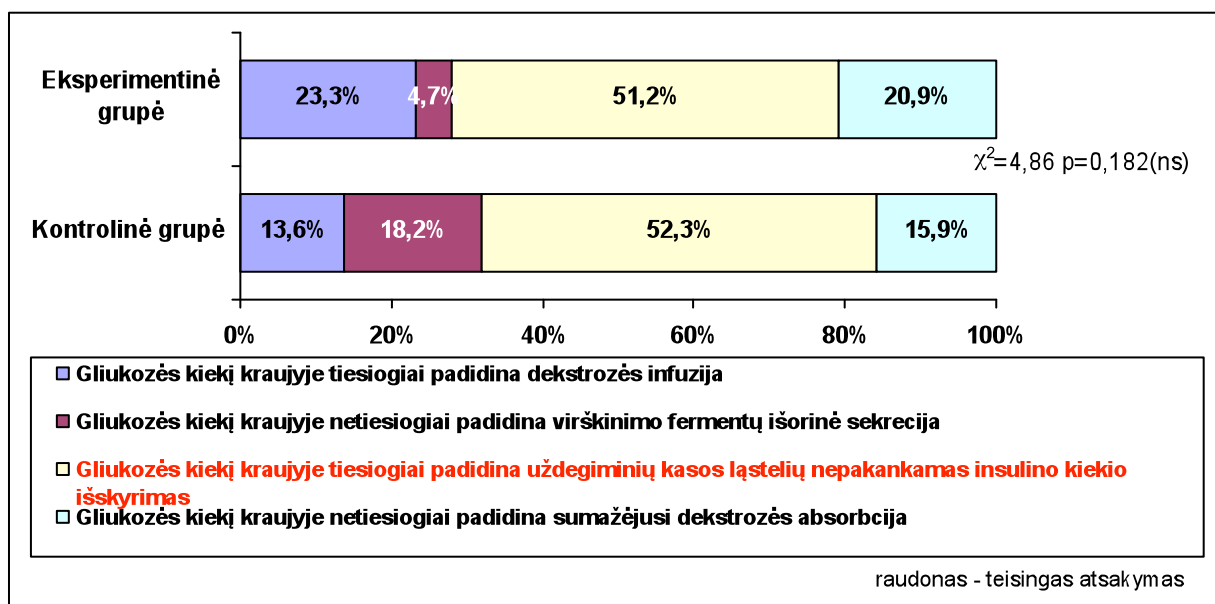
24 pav. Ekspirimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą ”Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“

Intervencijos eigoje teisingai atsakusių, kad sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl *nekrozinio pankreatito* arba dėl *sisteminio medžiagų apykaitos sutrikimo*, slaugytojų skaičius padidėjo ir KG (11,4 proc.) ir EG (2,4 proc.), tačiau intervencijos eigoje abiejose grupėse šis žinių pokytis buvo statistiškai nereikšmingas ($p>0,05$) (25 pav.).



25 pav. Ekspertimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?“

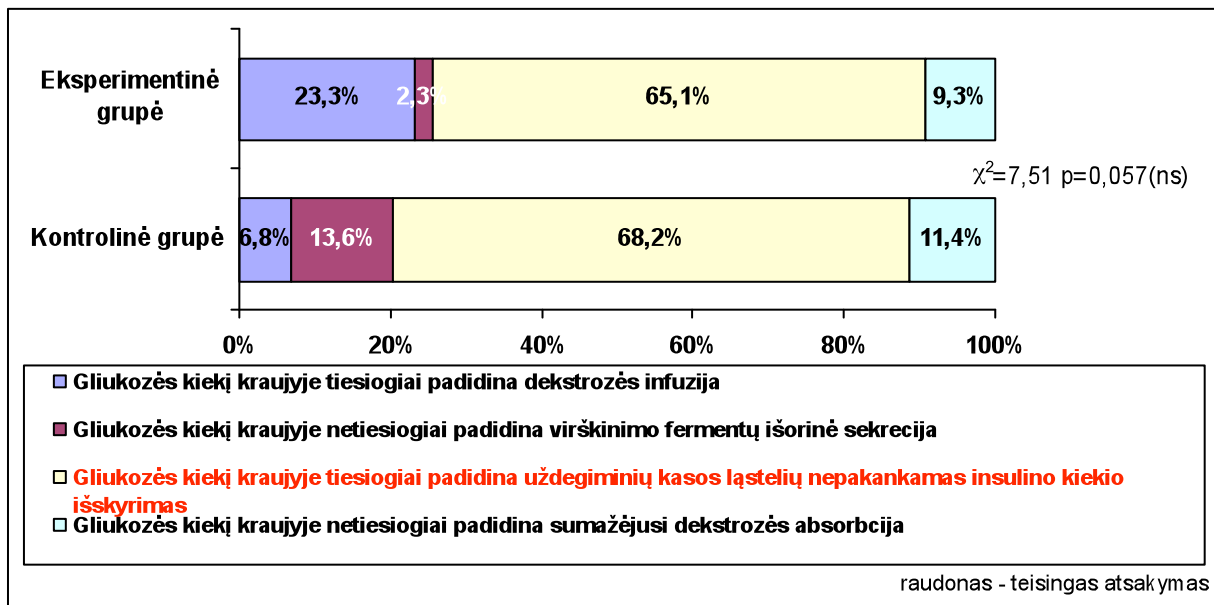
Tyrimas parodė, kad slaugytojų atsakymai į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?“ prieš intervenciją reikšmingai nesiskyrė tarp KG ir EG – daugiau nei 50 proc. abiejų grupių slaugytojų (52,3 proc. KG ir 51,2 proc. EG) nurodė teisingą teiginį „Gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina uždegiminių kasos ląstelių nepakankamas insulino kiekio išskyrimas“, kuris geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą. Tačiau maždaug apie pusę abiejų grupių slaugytojų (48,8 proc. EG ir 47,7 proc. KG) neturėjo žinių šiuo klausimu (26 pav.).



26 pav. Ekspertimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?“

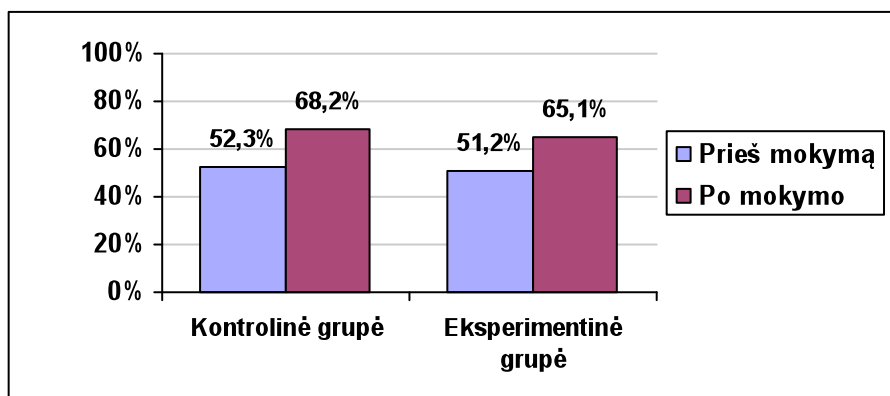
Išanalizavus abiejų grupių slaugytojų žinias šiuo klausimu ir po intervencijos, reikšmingo

($p < 0,05$) skirtumo taip pat nenustatyta. Daugiau nei 60 proc. abiejų grupių slaugytojų (68,2 proc. KG ir 65,1 proc. EG) nurodė teisingą atsakymą. Apie trečdalį abiejų grupių slaugytojų (34,9 proc. EG ir 31,8 proc. KG) ir po intervencijos nepasirinko teisingo atsakymo (27 pav.).



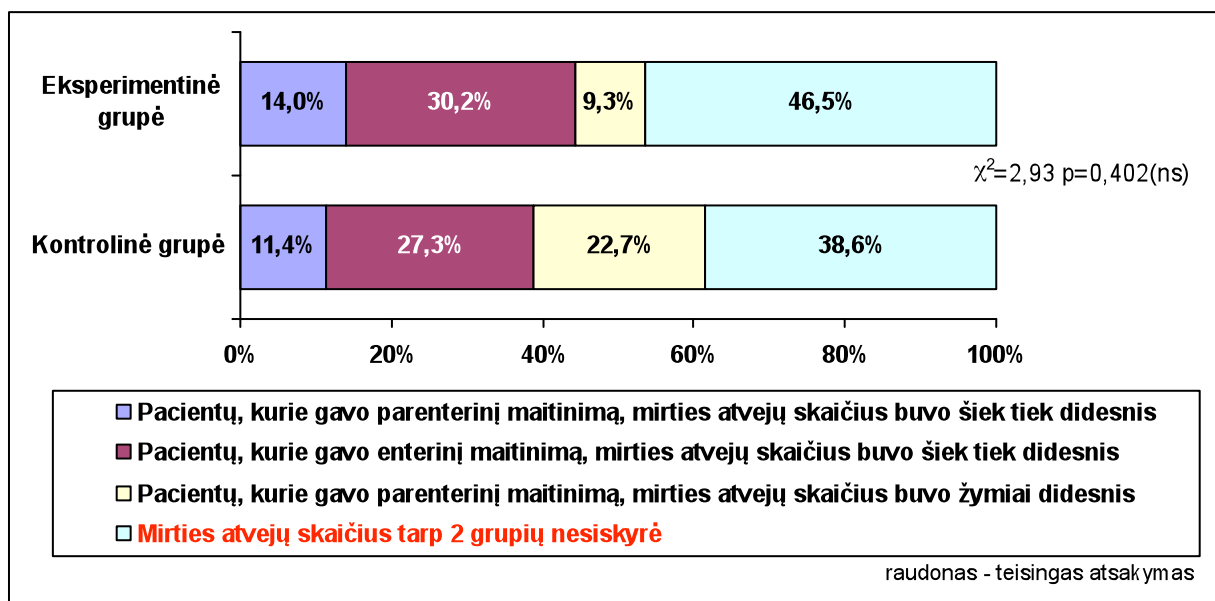
27 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?“

Intervencijos eigoje teisingai nurodžiusių, kad, būtent, teiginys „Gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina uždegiminių kasos ląstelių nepakankamas insulino kiekio išskyrimas“ geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą, slaugytojų skaičius padidėjo abiejose slaugytojų grupėse (15,9 proc. KG; 13,9 proc. EG), tačiau šis žinių pokytis intervencijos eigoje buvo statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$) (28 pav.).



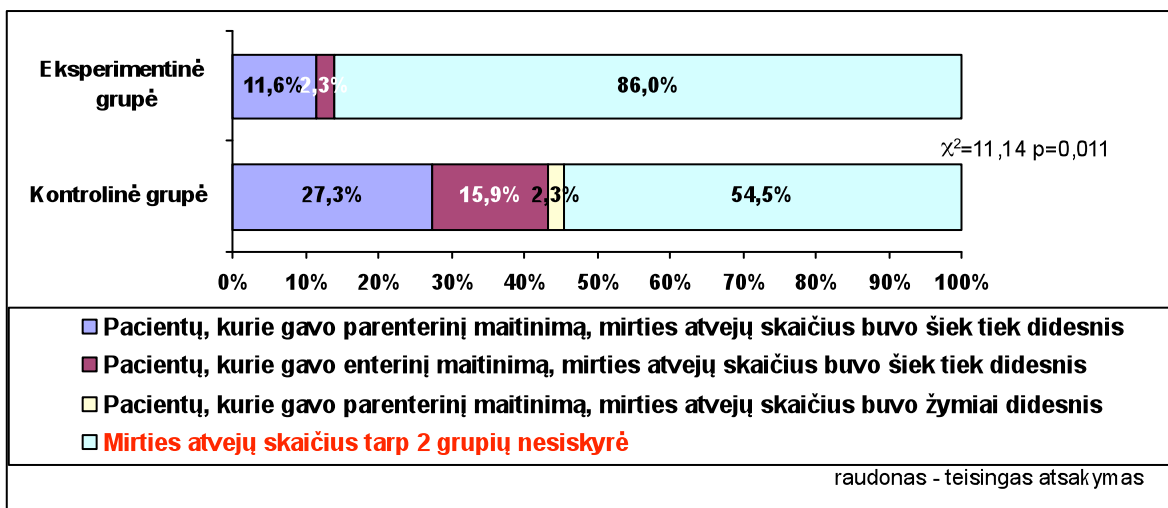
28 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?“

Slaugytojų žinios apie dažniausiai būdingą mirties atvejų skaičiaus skirtumą tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą, prieš intervenciją tarp grupių reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė – teisingą atsakymą „Mirties atvejų skaičius tarp dviejų grupių nesiskyrė“ pasirinko 46,5 proc. EG ir 38,6 proc. KG slaugytojų. Daugiau nei pusė abiejų grupių slaugytojų (53,5 proc. EG ir 61,4 proc. KG) prieš intervenciją nežinojo, kad mirties atvejų skaičius tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą, nesiskyrė (29 pav.).



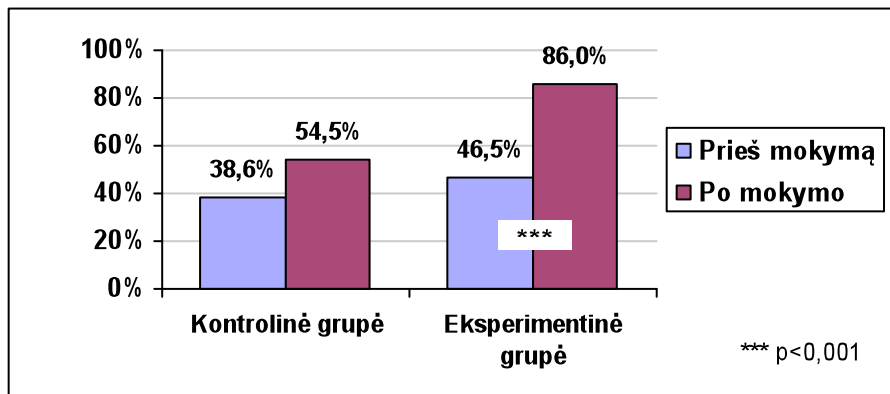
29 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“

Po intervencijos nustatytas reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas tarp EG ir KG slaugytojų atsakymų į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“ - EG buvo reikšmingai daugiau (86,0 proc.) slaugytojų, žinančių, kad mirties atvejų skaičius tarp dviejų pacientų grupių nesiskyrė. Priešingai, KG teisingą atsakymą pasirinko 54,5 proc. slaugytojų (30 pav.).



30 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“

Po intervencijos itin reikšmingai ($p < 0,001$) padaugėjo (39,5 proc.) slaugytojų iš EG, žinančių, koks dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą. KG stebėtas teisingai atsakiusių į šį klausimą taip pat nežymus padidėjimas (15,9 proc.) (31 pav.).



31 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą. „Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?“

Nustatyta, kad prieš intervenciją slaugytojų darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje, tame tarpe skyriuje, turėjo reikšmingos ($p < 0,05$) įtakos jų žinioms apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu šiais aspektais: „*Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl nekrozinio pankreatito bei sisteminio medžiagų apykaitos sutrikimo*“ ($R=0,23$) ir *mirtingumo atvejų skirtumą* tarp pacientų kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą ($R=0,29$ su bendru darbo stažu $p < 0,01$ ir

R=0,22 su darbo stažu skyriuje p<0,05) – slaugytojos su didesne darbine patirtimi dažniau akcentavo, kad *sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl nekrozinio pankreatito bei sisteminio medžiagų apykaitos sutrikimo, o mirties atvejų skaičius tarp pacientų priklausomai nuo gaunamo maitinimo būdo nesiskyrė*, lyginant su slaugytojomis, turinčiomis mažesnę darbo stažą (6 lentelė).

6 lentelė. Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančių komplikacijų poveikį sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo

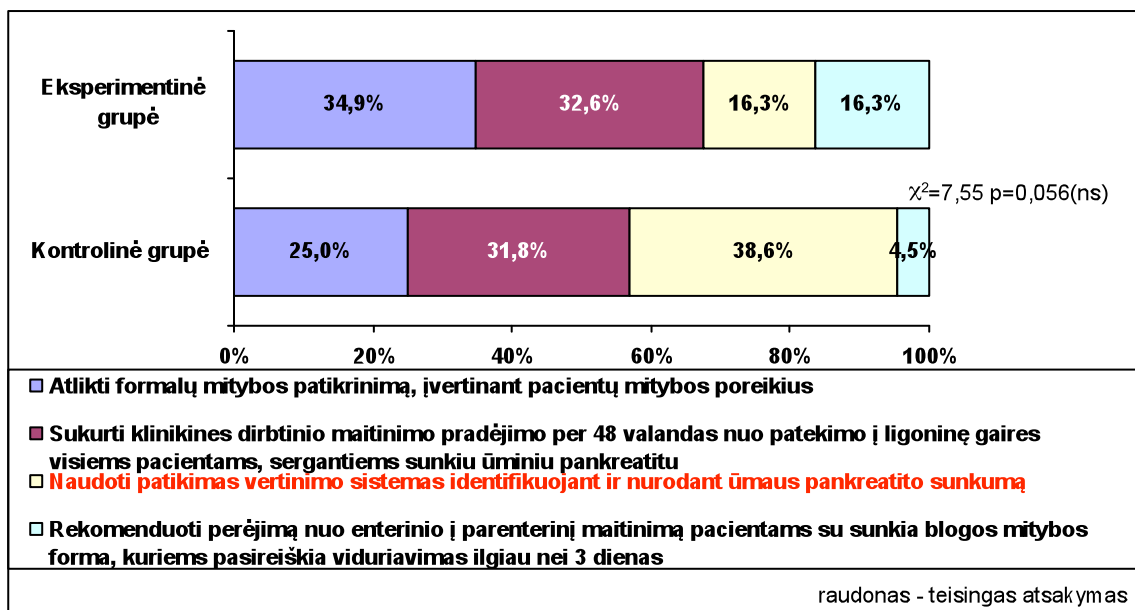
Teiginiai	Išsilavinimas R	Darbo stažas	
		Sveikatos prieš. sist. R	Skyriuje R
Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl nekrozinio pankreatito bei sisteminio medžiagų apykaitos sutrikimo	-0,01	0,23*	0,10
Hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą todėl, kad gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina uždegiminių kasos ląstelių nepakankamas insulino kiekio išskyrimas	0,15	-0,03	-0,13
Tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą mirties atvejų skaičius nesiskyrė	-0,13	0,29**	0,22*

*p<0,05; ** p<0,01

2.2.4. Slaugytojų žinios apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu

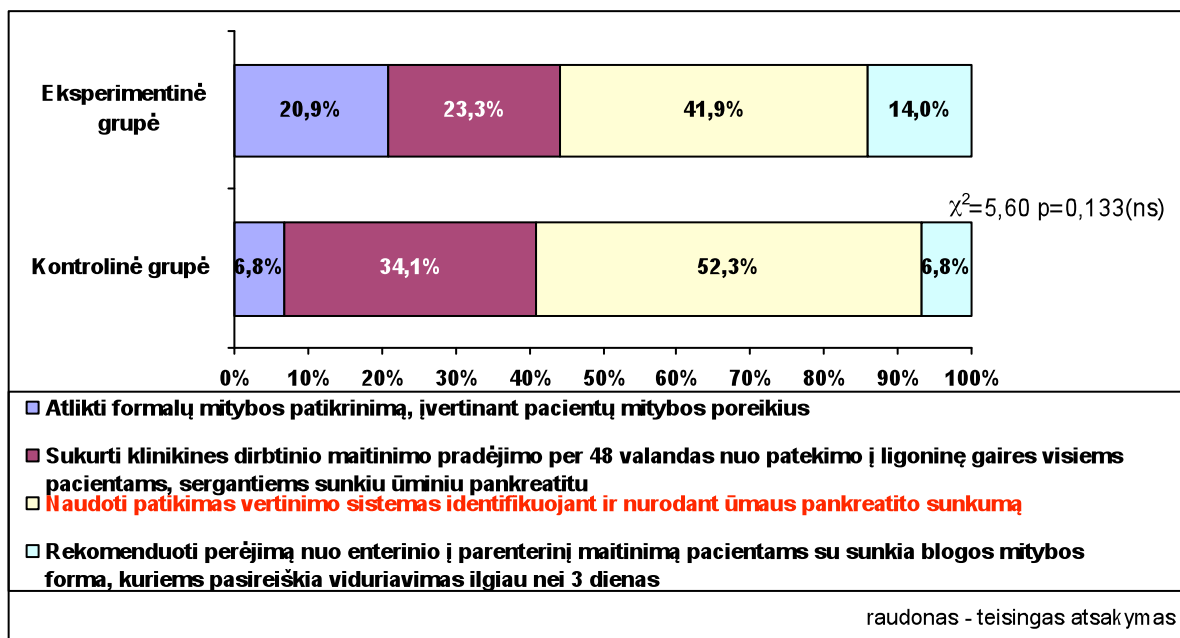
Analizuojant slaugytojų žinias apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu, abiejų grupių slaugytojoms intervencijos eigoje buvo pateikti du klausimai: 1) „*Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?*“; 2) „*Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?*“.

Prieš intervenciją vertinant slaugytojų žinias apie veiksmus, kuriuos turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais, reikšmingas (p<0,05) skirtumas tarp EG ir KG slaugytojų atsakymų nenustatytas – teisingą atsakymą „*Naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūmaus pankreatito sunkumą*“ nurodė 16,3 proc. EG slaugytojų ir 31,8 proc. KG slaugytojų. Dauguma abiejų grupių slaugytojų (67,4 proc. EG ir 68,2 proc. KG) prieš intervenciją nurodė kitus neteisingus šio klausimo atsakymų variantus (32 pav.).



32 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“

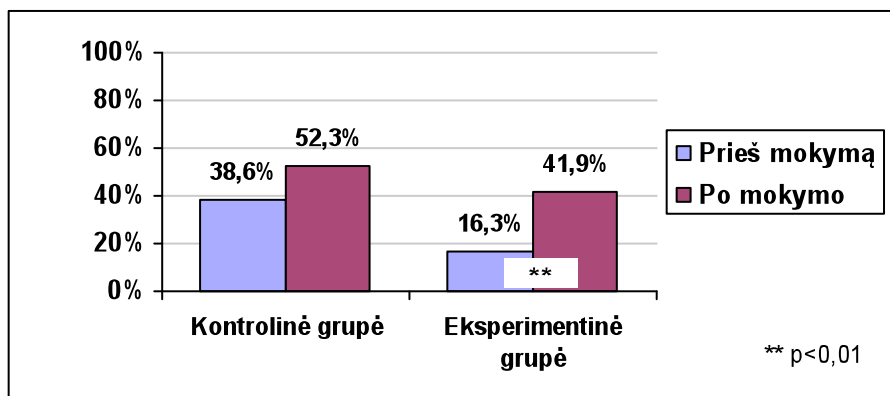
Po intervencijos skirtingų grupių slaugytojų nuomonė apie veiksmus, kuriuos turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais taip pat kaip ir prieš intervenciją reikšmingai ($p<0,05$) nesiskyrė – teisingą atsakymą „Naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūmaus pankreatito sunkumą“ nurodė 41,9 proc. EG slaugytojų ir 52,3 proc. KG slaugytojų (33 pav.).



33 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“

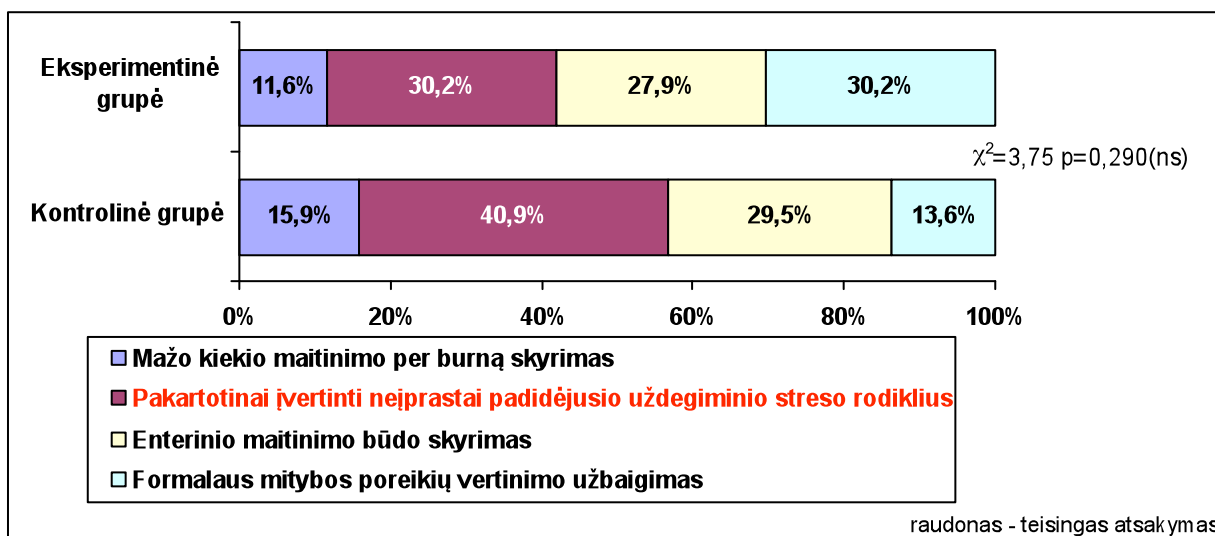
Tačiau po intervencijos, lyginant su situaciją prieš intervenciją, reikšmingai ($p<0,01$)

padaugėjo slaugytojų iš EG (25,6 proc.), manančių, jog intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais turėtų įtraukti patikimų vertinimo sistemų, identifikuojančių ir nurodančių ūmaus pankreatito sunkumą, naudojimą. KG taip pat stebėtas taip manančių slaugytojų skaičiaus padidėjimas (13,7 proc.), tačiau šis padidėjimas nebuvo statistiškai reikšmingas (34 pav.).



34 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?“

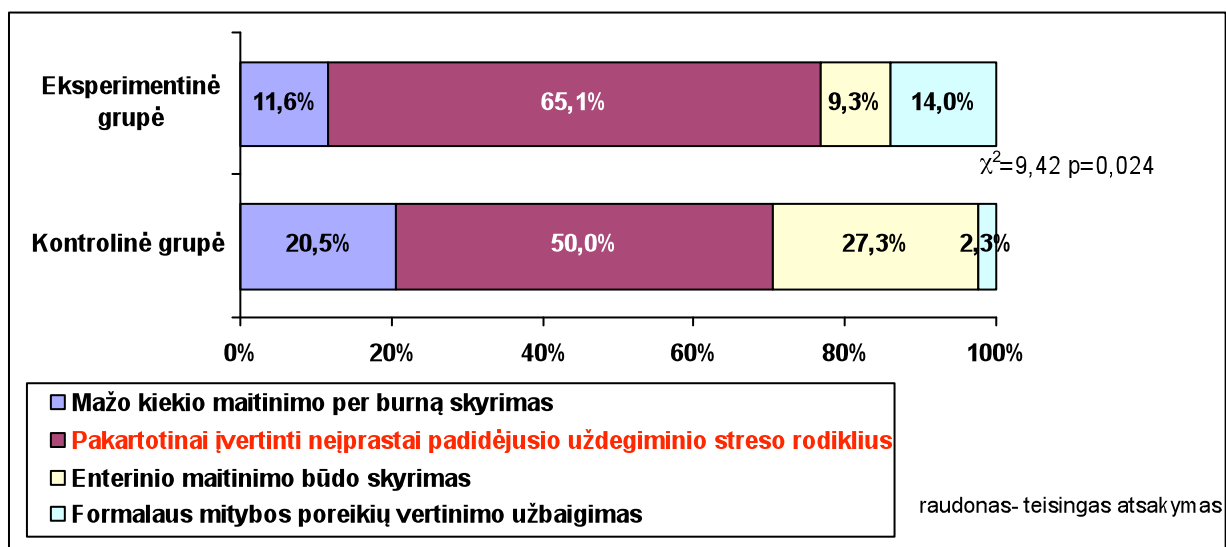
Prieš intervenciją analizuojant EG ir KG grupių slaugytojų atsakymus į šį klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“, reikšmingo ($p<0,05$), skirtumo nenustatyta – teisingą atsakymą „Pakartotinai įvertinti neįprastai padidėjusio uždegiminio streso rodiklius“ nurodė 30,2 proc. EG slaugytojų ir 40,9 proc. KG slaugytojų. Dauguma abiejų grupių slaugytojų (69,8 proc. EG ir 59,1 proc. KG) prieš intervenciją nurodė kitus neteisingus šio klausimo atsakymų variantus (35 pav.).



35 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai iki mokymo į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48

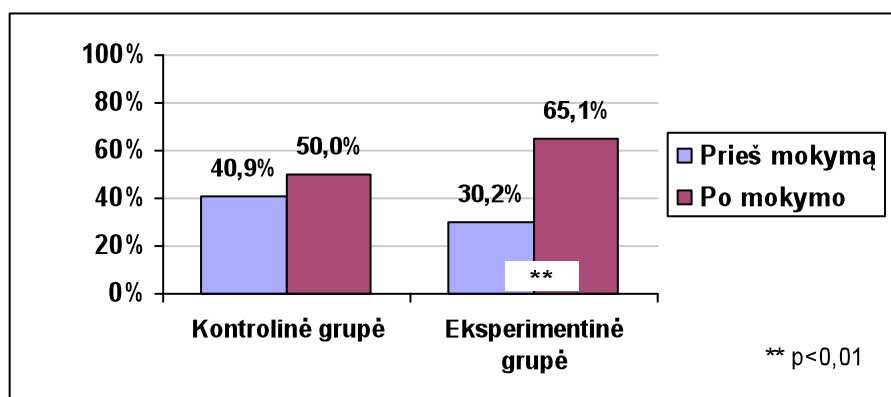
valandas po patekimo į ligoninę?“

Po intervencijos nustatytas reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas tarp EG ir KG slaugytojų atsakymų į šį klausimą. Teisingą atsakymą „Pakartotinai įvertinti neįprastai padidėjusio uždegiminio streso rodiklius“ pasirinko maždaug panašus EG ir KG slaugytojų skaičius (65,1 proc. EG ir 50 proc. KG), todėl šį reikšmingą skirtumą nulėmė ir kitų atsakymų variantų pasirinkimas (36 pav.).



36 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų atsakymai po mokymo į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“

Vertinant abiejų grupių slaugytojų žinių, susijusių su klausimų „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“ pokytį, nustatyta, kad EG po intervencijos reikšmingai ($p < 0,01$) padaugėjo (34,9 proc.) slaugytojų, teisingai atsakiusių į šį klausimą. KG taip pat stebėtas teisingai atsakiusių skaičiaus padidėjimas (9,1 proc.), tačiau jis buvo nereikšmingas ($p > 0,05$) (37 pav.).



37 pav. Eksperimentinės ir kontrolinės grupių slaugytojų žinių pokytis mokymo eigoje atsakant į klausimą „Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?“

7 lentelė. Slaugytojų išsilavinimo ir darbo stažo įtaka jų žinioms apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu bendroje grupėje iki mokymo

Teiginiai	Išsilavinimas	Darbo stažas	
		Sveikatos prieš. sist.	Skyriuje
	R	R	R
Intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais yra naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūmaus pankreatito sunkumą	0,11	-0,05	-0,05
Pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę reikia pakartotinai įvertinti neįprastai padidėjusio uždegiminio streso rodiklius	0,05	0,06	0,01

Tyrimo rezultatai parodė, kad prieš intervenciją slaugytojų išsilavinimas bei darbo stažas neturėjo reikšmingos ($p < 0,05$) įtakos jų žinioms apie slaugos veiklas, taikomas sergantiesiems ūminiu pankreatitu (7 lentelė).

2.3. Rezultatų aptarimas

Siekiant atnaujinti slaugytojų gebėjimą rūpintis pankreatitu sergančiais pacientais, visame pasaulyje yra taikomos tęstinio švietimo programos (<http://ce.nurse.com/FreeCE.aspx>), tačiau slaugytojų mokomųjų programų poveikis, susijęs su sergančiais ūminiu pankreatitu, nebuvo tirtas.

Todėl atliekant eksperimentinį tyrimą buvo siekiama įvertinti mokomosios programos poveikį slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą, t. y. išanalizuoti slaugytojų žinias apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu kliniką; dirbtinio maitinimo taikymą; dirbtinio maitinimo metu pasireiškiančias komplikacijų poveikį pacientams; bei įvertinti slaugytojų žinias apie slaugos veiklas, kurios yra taikomos sergantiesiems ūminiu pankreatitu.

Ūminis pankreatitas iki šiol išlieka liga, kelianti daug diagnostikos ir gydymo klausimų tiek chirurgams, tiek reanimatologams, tiek terapeutams. Nepaisant naujausių intensyviosios terapijos laimėjimų, mirštamumas išlieka didelis, ir kartais medikai mažai kuo gali padėti (Šileikis ir kt., 2006).

Mūsų atliktas tyrimas parodė, jog tik apie pusę tyrime dalyvavusių respondentų jau daugelį metų dirba su sergančiais ūminiu pankreatitu, tačiau prieš intervenciją dauguma jų (81,4 proc. slaugytojų iš EG ir 65,9 proc. slaugytojų iš KG) žinojo, jog pagrindinis simptomas, kuris vargina pacientus, yra epigastriumo skausmas. Jis stipriai paveikia paciento savijautą, sukeldamas daug nemalonių pojūčių ir psichologinių problemų. Kaip teigia N. Buruss et al. (2005), skausmas yra labai subjektyvus išgyvenimas. Tik tas, kuris pats jaučia skausmą, gali žinoti, kaip jis pasireiškia, koks jis intensyvus yra ir kiek ilgai jis trunka. Ir paties slaugytojo skausmo patirtis gali padėti lengviau suprasti kito žmogaus išgyvenamą skausmą. Todėl labai sunku objektyviai nustatyti paciento skausmą, ir įvertinti bei lyginti įvairius jo malšinimo metodus.

Jau prieš intervenciją 68,1 proc. KG ir 60,4 proc. EG respondenčių turimos žinios sutapo su nagrinėta mokslinė literatūra, jog neigiamas azoto balansas yra hipometabolizmo ir sumažėjusios virškinimo funkcijos rezultatas ir jis siejamas su prastais klinikiniais rezultatais. Po intervencijos EG respondentų žinios šiuo klausimu pagerėjo 27,9 proc. Šis rezultatas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,01$). E. Siow (2008) atlikti tyrimai parodė, jog ilgas nevalgymo laikotarpis ligoniams, sergantiems sunkiu ūminiu pankreatitu, pasunkina metabolinius procesus, kurie gali komplikuoti gyjimo procesą. Kaip teigia G. Kėkštas (2002), neigiamas azoto balansas gali siekti iki 40 g. per parą, o energijos deficitas gali būti didesnis nei 10 000 kcal. R. Meier su bendraautoriais (2002), atlikę sisteminę pažvalgą, pastebėjo, jog tinkamos mitybos sėkmė dažnai nustatoma pagal teigiamo azoto kiekio išlaikymą, nesukeliant kasos skysčių išsiskyrimo.

Eksperimentinio tyrimo, atlikto keturiuose Vakarų Lietuvos ligoninėse, rezultatai parodė, jog prieš intervenciją slaugytojoms iš abiejų grupių (EG ir KG) trūko žinių apie C-reaktyvųjį baltymą, būdingą ūminiu pankreatitu sergantiems pacientams. Tačiau po intervencijos EG respondentų žinios reikšmingai pagerėjo ($p < 0,001$). 74,4 proc. slaugytojų žinojo, jog pacientams diagnozuojant šią ligą C-reaktyviojo baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymuo. Tai patvirtina ir nagrinėta mokslinė literatūra, kurioje G. Barausko ir kt. (2004) atliktų tyrimų duomenimis C-reaktyvusis baltymas yra gana vėlyvas nekrozės žymuo, kurio maksimali koncentracija serume nustatoma trečiąją ligos parą. E. Siow (2008) atlikus lyginamąsias studijas nustatė, jog C-reaktyviojo baltymo lygis gali būti siejamas su tokiomis ligomis, kaip širdies vainikinės arterijos liga. Priklausomai nuo prieinamumo prie laboratorinių tyrimų, slaugytojos taip pat galėtų naudoti kitus tyrimus, tokius kaip tripsino, elastazės ir fosfolipazės A₂ kiekio nustatymus, kurie yra jautrūs ir specifiški kasos fermentų koncentracijos lygio nustatymui.

Mūsų atlikto tyrimo duomenys parodė, jog prieš intervenciją respondentams iš EG ir KG trūko žinių apie pagrindinį skirtumą tarp enterinio ir parenterinio maitinimo (žinojo 9,3 proc. iš EG ir 29,5 proc. iš KG), tačiau po intervencijos daugiau kaip 70 proc. EG respondentų žinojo, jog parenterinio maitinimo invazijos laipsnis yra didesnis už enterinio maitinimo. Šis rezultatas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$). B. W. M. Spanier (2010), analizuodama tyrimus, nustatė, jog ligoniams, kurie netoleruoja išorinio maitinimo, yra naudojamas enterinis arba parenterinis maitinimas. Daug metų buvo manoma, jog tik parenteriniu maitinimu galima užtikrinti tinkamą ligonio mitybą. G. Kėkšto ir kt. (2002) teigimu, parenterinio maitinimo poveikis kasos sekrecijai yra labai mažas. Tai patvirtina ir S. Abou-Assi et al. (2002) atlikę lyginamąsias studijas, teigdami, kad šiuo maitinimo būdu yra neliečiamas žarnynas, nes maistinės medžiagos tiesiogiai suleidžiamos į kraują.

Atlikus eksperimentinį tyrimą nustatyta, jog prieš intervenciją respondentai iš EG ir KG neturėjo pakankamai žinių (23,3 proc. iš EG ir 18,2 proc. iš KG), kurią terapiją skirti kaip pradinį dirbtinio maitinimo būdą. Tačiau po intervencijos EG respondentų atsakymai ženkliai pagerėjo (teisingai atsakė 51,2 proc. EG slaugytojų) ir sutapo su nagrinėta moksline literatūra. Šis rezultatas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,01$). Atlikta daug studijų, įrodančių enterinės mitybos privalumus, lyginant su parenteriniu maitinimu. E. Siow (2008) atlikta tyrimų analizė parodė, jog enterinis maitinimas laikomas kliniškai naudingesnis, nes skatina greitesnį normalaus žarnyno funkcionavimą ir mažina citokino generuojamą streso atsaką, kuris atsiranda per ūminio pankreatito epizodą. O. Ioannidis et al. (2008); Y. Cao (2008) atliktų klinikinių tyrimų rezultatai parodė, jog enterinis maitinimas buvo saugesnis ir labiau veiksmingesnis, nes pacientams pagerėjo išgyvenamumas, sumažėjo infekcijos ir bendrų komplikacijų rizika, retesnė organų nepakankamumo rizika bei trumpesnė ligoninėje gulėjimo trukmė. O. Olah et al. (2010) atliktų

atsitiktinių imčių kontroliuojamojo tyrimo duomenimis enterinės mitybos kaina ženkliai mažesnė lyginant su parenterine mityba (enterinė mityba sudaro tik 15 proc. parenterinės mitybos kainos).

Prieš intervenciją tik 34,9 proc. EG ir 29,5 proc. KG respondentų žinojo, jog pacientams taikant enterinį maitinimą kaip pradinį maitinimo būdą, juos galima greičiau pradėti maitinti per burną. Visgi ir po intervencijos respondentų pritrūko žinių šiuo klausimu (teisingai atsakė 44,2 proc. EG slaugytojų). A. Šileikis (2008), atlikęs lyginamąsias studijas, pabrėžė, jog enterinis maitinimas laikomas kliniškai naudingesnis, nes skatina greitesnį normalaus žarnyno funkcionavimą, teigiamai veikia imunitetą ir tai slopina sisteminių uždegiminių atsaką, ko pasėkoje pacientai greičiau pradeda valgyti. G. E. Escerwall (2006) ir B. C. Jacobson (2007), atlikdami randomizuotas studijas, nustatė kriterijus, kuriais vadovaujantis galima pradėti maitinimą per burną: pilvo skausmo išnykimas; pykinimo ir vėmimo išnykimas bei apetito grąžinimas; bei komplikacijų nebuvimas.

G Barausko ir kt. (2004) teigimu, ūminis pankreatitas daugumai ligonių praeina lengvai ir nesukelia sunkesnių komplikacijų. Tačiau 20–25 proc. ligonių serga sunkia ūminio pankreatito forma, kuris pasireiškia sunkiomis vietinėmis ir bendrosiomis komplikacijomis bei dideliu mirštamumu. Atliktus tyrimą nustatyta, jog jau prieš intervenciją beveik visi respondentai (95,4 proc. EG ir 84,1 proc. KG) žinojo priežastis, dėl kokių komplikacijų sergantiesiems ūminiu pankreatitu pasireiškia mirtis: sisteminis medžiagų apykaitos sutrikimas ir nekrozinis pankreatitas. O po intervencijos jų atsakymai ženkliai nesikeitė. Slaugytojų žinios sutapo su nagrinėta mokslinė literatūra, kurioje gausu tyrimų, atskleidžiančių ūminio pakreatito mirties priežastis. M. Sekimoto (2006) teigimu, ūminis pankreatitas yra mirtina liga, kurios prognozė nustatoma remiantis dviem šios ligos komplikacijomis: organų nepakankamumu ir kasos nekroze. A. Carnovale et al. (2005); A. Šileikio (2006); V. Eismonto ir kt. (2011) atliktų tyrimų duomenimis pusė ligonių miršta pirmosios klinikinės fazės metu, taip ir nepavykus kompensuoti sisteminio uždegiminio atsako sindromo sutrikdytų organizmo gyvybinių funkcijų. Kita dalis ligonių dažniausiai miršta nuo sepsinių komplikacijų sukulto daugybinio organų disfunkcijos sindromo arba laiku nekoreguotų kitų ūminio pankreatito komplikacijų.

Sergantiesiems ūminiu pankreatitu būdingas endokrininės ir egzokrininės funkcijos sutrikimas, dėl kurio tampa sunku kontroliuoti gliukozės kiekį kraujyje. Prieš intervenciją 52,3 proc. iš KG ir 51,2 proc. iš EG žinojo, jog pacientams taikant parenterinį maitinimą gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina uždegiminių kasos ląstelių nepakankamas insulino kiekio išskyrimas. O po intervencijos EG žinios tik nežymiai padidėjo (teisingai atsakė 65,1 proc. EG slaugytojų). E. Siow (2008), atlikus lyginamąsias studijas, nustatė, jog enterinio maitinimo, kuriame naudojama kompleksinių angliavandenių infuzija, pasėkmė gali būti hiperglikemijos pasireiškimas, nes sutrikusių egzokrininių funkcijų pasėkmė yra padidėjusi virškinimo fermentų sekrecija – padėtis, kuri priveda prie kompleksinių angliavandenių virškinimo. Hiperglikemija gali pasireikšti maitinant

parenteriniu būdu (kai vyksta tiesioginė dekstrozės infuzija), nes sutrikusi endokrininė funkcija mažina insulino sekreciją, kas yra reikalinga dekstrozės absorbcijai. Pastaraisiais metais tapo aišku, jog hiperglikemijos kontrolė insulinu gali sumažinti sunkiai sergančių pacientų mirtingumą. M. S. Petrov et al. (2007) paskelbta metaanalizė, kuri buvo paremta šešiais atsitiktinių imčių kontroliuojamais tyrimais ir palyginta enterinė mityba su parenterine, parodė, jog enterinė mityba sumažina hiperglikemijos pavojų ir insulino poreikį. Enterinė mityba susieta su geresne gliukozės kiekio kraujyje kontrole sergant ūminiu pankreatitu.

Atlikus eksperimentinį tyrimą nustatyta, jog jau prieš intervenciją 46,5 proc. iš EG pusė iš EG ir KG respondentų (ir 38,6 proc. iš KG) sutiko su teiginiu, kad mirtingumo rodikliai nesiskiria lyginant pacientus, kuriems taikomas enterinis maitinimas su pacientais, kuriems taikomas parenterinis maitinimas. Po intervencijos EG beveik visi respondentai (86,0 proc.) pasirinko šį teiginį. E. Siow (2008), atlikus lyginamąsias studijas, nustatė, jog nei vienas tyrimas nedavė įrodymų apie tai, kokią reikšmę turi enterinis ir parenterinis maitinimas mirtingumui. Louie et al. (2005) atlikto tyrimo metu taip pat nustatyta, jog visos mirtys buvo priskiriamos prie ūminio pankreatito metu pasireiškiančių komplikacijų, tačiau tai nepriklausė nuo dirtinio maitinimo būdo parinkimo. Visgi M. S Petrov et al. (2008-2) metaanalizės ir sisteminės apžvalgos metu nustatė, jog taikant enterinį maitinimą, mirtingumas gerokai sumažėja. M. S. Petrov et al. (2009) atlikę daugiau tyrimų pastebėjo, kad tai gali būti susiję su enterinės mitybos taikymu per pirmas 48 valandas nuo patekimo į ligoninę.

Daugumai respondentų prieš intervenciją trūko žinių apie tai, kokius veiksmus turėtų itraukti intensyvios slaugos slaugytojos, kai joms tenka slaugyti sergančiuosius ūminiu pankreatitu (teisingai atsakė 16,3 proc. EG slaugytojų ir 31,8 proc. KG slaugytojų). Tačiau po intervencijos 41,9 proc. EG slaugytojų sutiko su darbe nagrinėta moksline literatūra, kad jos galėtų naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūminio pankreatito sunkumą. E Siow (2008) lyginamųjų studijų metu nustatė, jog naudojamos Ranson kriterijus ir APACHE II vertinimo sistemą slaugytojos taip pat turėtų mokėti iš pirmųjų simptomų atpažinti ūminį pankreatitą ir nustatyti ligos sunkumo laipsnį per 48 val nuo ligonio priėmimo. A. V. Kyriakidis et al. (2006) literatūrinėje analizėje nurodo, jog svarbu, kad slaugytojai nuolat stebėtų ir reguliuotų kūno temperatūrą, širdies ir kraujagyslių sistemų būklės sunkumą, šalintų kvėpavimo funkcijos sutrikimus, užtikrintų saugios aplinkos palaikymą ir stengtųsi apsaugoti nuo komplikacijų. Kiekvienam pacientui turi būti taikoma slauga pagal jo poreikius.

Atlikus eksperimentinį tyrimą nustatyta, jog prieš intervenciją EG ir KG respondentams trūko žinių apie tai, kokius veiksmus turėtų atlikti slaugytojos per 48 val. nuo pacientų patekimo į ligoninę (teisingai atsakė 30,2 proc. EG ir 40,9 proc. KG slaugytojų). Po intervencijos EG žinios reikšmingai pagerėjo, rezultatas buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,01$). 65,1 proc. slaugytojų sutiko

su teiginiu, kad svarbu įvertinti neįprastai padidėjusio uždegiminio streso rodiklius. E Siow (2008); E. Amerine (2007) teigimu, lengvos ir vidutinės ūminio pankreatito formos ligoniams turi būti taikomas palaikomasis gydymas: skausmo kontrolė, skysčių terapija. Svarbu vengti skausmo pasikartojimo dėl kasos fermentų aktyvinimo. E. Amerine (2007) literatūrinėje analizėje akcentavo, jog laboratoriniu įvertinimu yra stebima paciento būklė, siekiant užtikrinti kasos fermentų grįžimą į normalų lygį. E. Siow (2008) teigimu, jei paciento būklė nepasitaiso, reikėtų pradėti enterinį maitinimą. Tačiau paciento būklei pagerėjus po 48 valandų žarnyno poilsio ir palaikomųjų skysčių terapijos, pamažu pradedamas maitinimasis per burną. Maitinimasi per burną reikėtų pradėti mažais skaidraus skysčio kiekiais ir po truputį laipsniškai jį didinti, nes pacientui skysčio toleravimo lygis pamažu irgi auga.

Mūsų atlikto tyrimo duomenys parodė, kad, nors dauguma respondentų daugelį metų dirba su sergančiais ūminiu pankreatitu bei žino jų problemas ir poreikius, visgi kai kuriais atvejais joms trūksta žinių, kad galėtų efektingai bei savarankiškai dirbti ir stengtis šias problemas pašalinti. Tyrimo rezultatai parodė, kad mokomoji intervencija, taikyta slaugytojų žinių tobulinimui, turėjo teigiamos įtakos jų pasirinktiems atsakymams po intervencijos.

Todėl galime teigti, jog hipotezė pasitvirtino - mokomoji intervencija pagerino slaugytojų žinias slaugant ligonius, sergančius ūminiu pankreatitu.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, jog prieš intervenciją abi grupės (EG ir KG) turėjo pakankamai žinių apie sergančiuosius ūminiu pankreatitu dažniausiai varginantį simptomą bei neigiamo azoto balanso susidarymą sunkesnėse ligos formose, todėl reikšmingos skirtumo po intervencijos nenustatyta. Tačiau prieš intervenciją KG buvo reikšmingai daugiau slaugytojų, kurios neturėjo žinių apie C reaktyvaus baltymo lygį, pasireiškiantį sergantiesiems ūminiu pankreatitu. Po intervencijos reikšmingai padidėjo žinios šiuo klausimu slaugytojoms iš EG. Nustatyta, jog abiejų grupių respondentų darbinė patirtis turėjo įtakos atsakymams prieš intervenciją.

2. Tyrimo metu nustatyta, jog prieš intervenciją abi grupės respondentų neturėjo pakankamai žinių apie dirbtinį maitinimą, taikomą sergantiesiems ūminiu pankreatitu: pagrindinį skirtumą tarp enterinio ir parenterinio maitinimo, pradinį dirbtinio maitinimo parinkimą bei ūminio pankreatito išnykimo indikatorių, kuris pastebimas taikant enterinį maitinimą. Po intervencijos nustatytas itin reikšmingas skirtumas tarp šių grupių – EG respondentų žinios ženkliai pagerėjo pirmais dviem klausimais. Tačiau ir po intervencijos nenustatyta reikšmingo skirtumo tarp grupių apie ūminio pankreatito išnykimo indikatorių. Nustatyta, jog slaugytojų išsilavinimas turėjo įtakos atsakymams prieš intervenciją.

3. Tyrimo metu paaiškėjo, jog prieš intervenciją ir po jos abi grupės respondentų turėjo pakankamai žinių apie komplikacijas, dėl kurių dažniausia pasireiškia pacientų mirtis, apie hiperglikemijos priežastis taikant parenterinį maitinimą. Tačiau prieš intervenciją EG ir KG daugiau kaip pusę respondentų nežinojo apie mirtingumą, pasireiškiantį parenterinio maitinimo metu ir mirtingumą, kuris pasireiškia enterinio maitinimo metu. Po intervencijos nustatytas reikšmingas skirtumas tarp šių grupių respondentų – EG respondentų žinios ženkliai pagerėjo.

4. Tyrimo rezultatai parodė, jog prieš intervenciją apie trečdalį KG ir mažiau negu trečdalis EG respondentų žinojo, kokius slaugos veiksmus turi įtraukti slaugytojos, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais, t. y. naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūminio pankreatito sunkumą. Po intervencijos, lyginant situaciją prieš intervenciją, slaugytojų žinios ženkliai pagerėjo – daugiau kaip trečdalis slaugytojų atsakė teisingai. Dauguma respondentų prieš intervenciją neturėjo žinių apie veiksmus, kuriuos reikia taikyti per pirmas 48 val. po patekimo į ligoninę. Tačiau po intervencijos nustatytas reikšmingas skirtumas EG, nes teisingai atsakiusių respondentų padaugėjo daugiau kaip trečdaliu.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros įstaigų administracijai ir skyrių vyr. slaugytojoms-slaugos administratorėms:

1. Reanimacijos ir intensyvios terapijos, chirurgijos, diagnostikos ir vidaus ligų skyrių slaugytojams organizuoti seminarus, paskaitas, diskusijas, susijusias su ūminio pankreatito prevencija, priežasčių ir požymių ištyrimu, slaugos veiklomis.

2. Remiantis naujausia mokslinė literatūra paruošti atmintines apie dirbtinio maitinimo taikymą sergantiesiems ūminiu pankreatitu priklausomai nuo ligos sunkumo, numatomo gulėjimo ligoninėje trukmės ir dirbtinio maitinimo tolerancijos.

3. Kartu su ateities slaugos tyrėjais ieškoti būdų tobulinti slaugą, susijusią su sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtiniu maitinimu, rengiant seminarus ir metodines rekomendacijas.

Ateities tyrėjams:

1. Analizuojant naujausius mokslinius tyrimus, paruošti metodines rekomendacijas apie ūminiu pankreatitu sergančių pacientų dirbtinio maitinimo taikymą gydymo įstaigose.

2. Paruošti ir adaptuoti klausimynus, padėsiančius analizuoti švietimo programų poveikį slaugytojų žinioms apie sergantiesiems ūminiu pankreatitu teikiamą dirbtinį maitinimą gydymo įstaigoje.

3. Remiantis naujausiais tyrimų rezultatais tobulinti sukurtos slaugytojų mokomosios programos kriterijus ir įvertinti programos poveikį ilgalaikėje perspektyvoje.

LITERATŪRA

1. Abou-Assi S., Craig K., O'Keefe S. J. D et al. 2002. Hypocaloric jejunal feeding is better than total parenteral nutrition in acute pancreatitis: results of a randomized comparative study. *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 97, no. 9, 2255-2262 p.
2. Amerine E. 2007. Get optimum outcomes for acute pancreatitis patients. *The Nurse Practitioner*, vol. 32, no. 6, 44-48 p.
3. Anderson F., Thomson L., Clarke L. et al. 2008. Acute pancreatitis: Demographics, aetiological factors and outcomes in a regional hospital in South Afrika. *South African Journal of Surgery*, vol. 46, no. 3, 83-86 p.
4. Aronson B. S. 1999. Update on acute pancreatitis. *Medsurg Nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, vol. 8, no. 1, 9-16 p.
5. Bai Y., Jia L., Wang B. et al. 2007. Acute pancreatitis in the Guangdong province. *Digestion*, vol. 75, no 2-3, 74-79 p.
6. Banks P. A., Freeman M. L. and the Practice Parameters Committee of the American College of gastroenterology. 2006. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *American Journal of Gastroenterology*, vol. 101, no. 10, 2379-2400 p.
7. Barauskas G., Švagždys S., Maleckas A. 2004. C reaktyviojo baltymo reikšmė ankstyvajai kasos nekrozės diagnostikai. *Medicina*, t. 40, Nr. 2, 135-140 p.
8. Bartašiūnienė V., Petravičienė Z. 2007. Slaugytojo vaidmuo komunikacijos procese: gydytojas-slaugytojas-pacientas. *Slauga. Mokslas ir praktika*, Nr. 4, 9-12 p.
9. Bielinienė N. 2007. Slaugytojų kompetencijos kaitos tendencijos visuomenės poreikių raidos kontekste. Magistro diplominis darbas. Vilnius.
10. Bober J., Harbul'ak P., Uram V. et al. 2010. Priniesla zmena manažmentu u chorých s ťažkou akútnou pankreatitídou očakávaný výsledok? *Časopis lékařů českých*, vol. 149, no. 8, 372-377 p.
11. Bober J., Kat'uchová J., Radoňak J. (2012). Changes in the Management of Treatment in Acute Pancreatitis Patients. Slovakia.
12. Bradley E. L. III. 1993. A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Archives of Surgery*, vol. 128, no. 5, 586-590 p.
13. Brahat S., Mahendra V. S. 2007. Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIC: Challenges for health care providers. *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 29, 93-112 p.
14. Burrus N., Holz, S. 2005. Understanding acute pancreatitis. *Nursing*, vol. 35, no. 3, p. 32hn1 32hn4.

15. Burns N., Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. 5th ed. WB. Philadelphia: Saunders Company.
16. Buter A, Imrie C. W., Carter C. R et al. 2002. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis. The British journal of surgery, vol. 89, no. 3, 298–302 p.
17. Cappell M. S. 2008. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. The Medical Clinics of North America, vol. 92, no 4, 889-923 p.
18. Carnovale A., Rabitti P. G., Manes G. et al. 2005. Mortality in acute pancreatitis: is it an early or a late event? Journal of Pancreas, vol. 10, no. 6, 438–444 p.
19. Cao Y., Xu Y., Lu T. et al. 2008. Meta-Analysis of Enteral Nutrition versus Total Parenteral Nutrition in Patients with Severe Acute Pancreatitis. Annals of Nutrition and Metabolism, vol. 53, no. 3-4, 268-275 p.
20. Carroll J. K., Herrick B., Gipson T. et al. 2007. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment. American Family Physician, vol. 75, no. 10, 1513-1520 p.
21. Cole L. 2002. Untraveling the mystery of acute pancreatitis. Dimensions of Critical Care Nursing, vol. 21, no. 3, 86-89 p.
22. Cornock M. A. 1998. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing, vol. 27, no. 3, 518-527 p.
23. De Campos T., Braga C. F. Kuryura L. et al. 2008. Changes in the management of patients with Severe acute pancreatitis. Arquivos de gastroenterologia, vol. 45, no. 3, 181-185 p.
24. Delobelle P., Rawlinson J. L., Ntuli S. et al. 2009. HIV/AIDS knowledge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa, Journal of Advanced Nursing, vol. 65, no. 5, 1061-1073 p.
25. Eckerwall G. E., Axelsson J. B., Andersson R.G. 2006. Early nasogastric feeding in predicted severe acute pancreatitis: a clinical, randomized study. Annals of Surgery, vol. 244, no. 6, 959–965 p.
26. Eismontas V., Šlepavičius A. 2011. Sunkaus ūminio pankreatito gydymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Sveikatos mokslai, vol. 21, no. 4, 94-96 p.
27. Farmer A. P., Légaré F., Turcot L. et al. 2008. Printed educational materials: effects on Professional practice and health care outcomes. Interventional review. Cochrane Database of Systematic Review, no. 3, 1-32 p.
28. Garmlich L., Kichian K., Pinilla J. et al. 2004. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? A systematic review of the literature. Nutrition, vol. 20, no. 10, 843-848 p.
29. Gianotti L., Meier R., Lobo D. N. et al. 2009. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. Clinical Nutrition, vol. 28, no. 4, 428-435 p.

30. Giddens J., Brady D. 2007. Rescuing nursing education from content saturation: The case for a concept-based curriculum. *The Journal of Nursing Education*, vol. 46, no. 2, 65-69 p.
31. Gloor B., Müller C.A., Worni M. et al. 2001. Late mortality in patients with severe acute pancreatitis. *British Journal of Surgery*, vol. 88, no. 7, 975-979 p.
32. Gupta R., Patel K., Calder P. C. et al. 2003. A randomized clinical trial to assess the effect of total enteral and total parenteral nutritional support on metabolic, inflammatory and oxidative markers in patients with predicted severe acute pancreatitis (APACHE II \geq 6). *Pancreatology*, vol. 3 no. 5, 406-413 p.
33. Gurung A. B., Sangchart B. 2008. Nurses knowledge, attitude and willingness to take care for HIV/AIDS patients in Bhutan. *Khon Kaen University Research Journal*, vol. 8, no. 3, 53-64 p.
34. He H. G., Jahja R., Lee T. L. et al. 2010. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, no. 11, 2389-2409 p.
35. Hochman D., Louie B., Bailey R. 2006. Determination of patient quality of life following Severe acute pancreatitis. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, vol. 49, no. 2, 101-106 p.
36. Holcomb, S. S. 2007. Stopping the destruction of acute pancreatitis. *Nursing*, vol. 37, no. 6, 42-47 p.
37. Hughes E. 2004. Understanding the care of patients with acute pancreatitis. *Nursing Standart*, vol. 18, no. 18, 45-52 p.
38. Hulley S. B., Cimmings S. R. Browner, W. S. 2001. *Designing clinical research. An epidemiologic approach* (2nd edn). London: Lippincott Williams and Wilkins.
39. Ioannidis, O., Lavrentieva, A., Botosios, D. 2008. Nutrition Support in acute pancreatitis. *Journal of Pancreas*, vol. 9, no. 4, 375-390 p.
40. Jackson, W. D. 2001. Pancreatitis: etiology, diagnosis and management. *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 13, no. 5, 447-451 p.
41. Jacobson B. C., Vander Vliet M. B., Hughes M. D. et al. 2007. A prospective, randomized trial of clear liquids versus low-fat solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 5, no. 8, 946-951 p.
42. Jankauskienė L. 2007. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencija, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose. *Slaugos magistro baigiamasis darbas*. Klaipėda.
43. Jitlakoat Y. 2005. The Effectiveness of Using Concept Mapping to Improve Primary Medical Care Nursing Competencies among Fourth Year Assumption University Nursing Students. *Assumption University Journal of Technology*, vol. 9, no. 2, 111-120 p.

44. Juozulynas A., Čeremnych E., Kurtinaitis J. ir kt. 2005. Gyvenimo kokybė ir sveikata. Sveikatos mokslai, Nr. 1 (15), 71 – 74 p.
45. Kasiulaitytė, R. (2002). Judrumas ir nejudrumo profilaktika. Slauga. Mokslas ir praktika, Nr. 1 (61), 11-12 p.
46. Kėkštas G., Klimašauskas A., Šerpytis M. 2002. Ūminio nekrozinio pankreatito gydymas intensyvioje terapijoje. Sveikatos mokslai, Nr. 5 (21), 31-34 p.
47. Kyriakidis A. V., Raitsiou B., Sakagianni A. et al. 2006. Management of acute severe hyperlipidemic pancreatitis. Digestion, vol. 73, no. 4, p. 259-264.
48. Krumberger, J. M. 1993. Acute pancreatitis. Critical Care Nursing Clinics of North America, vol. 5, no. 1, 185-203 p.
49. Lilja H. E., Leppäniemi A., Kemppainen E. 2008. Utilization of Intensive Care Unit Resources in Severe Acute Pancreatitis. Journal of the pancreas, vol. 9, no. 2, 179-184 p.
50. Linkevičiūtė K., Kriukelytė D. 2006. Aplinkos veiksniai, sukeltys stresą intensyvios terapijos skyriuje gydomiems pacientams. Sveikatos mokslai, t. 16, Nr. 4, 287-292 p.
51. Louie B. E., Noseworthy T., Hailey D. et al. 2005. 2004 MacLean–Mueller Prize Enteral or parenteral nutrition for severe pancreatitis: a randomized controlled trial and health technology assessment. Canadian Journal of Surgery, vol. 48, no. 4, 298-306 p.
52. Lowenfels A. B., Maisonneuve P., Sullivan T. 2009. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis. Current Gastroenterology Reports, vol. 11, no. 2, 97-103 p.
53. Lunevičius R. 2002. Kinikinė gastroenterologija. Vilnius: Vaistų žinios.
54. Malakauskienė R., Istomina N., Razbadauskas A. 2008. Referatų ir baigiamųjų darbų (kursinių, bakalauro, magistro) įforminimo metodiniai patarimai. Klaipėda: Klaipėdos universitetinė leidykla.
55. McClave, S.A., Chang, W. K., Dhaliwal, R., Heyland, D. K. (2006). Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. Parenteral and Enteral Nutrition, vol. 30 no. 2, 143-156 p.
56. McKay C. J., Imrie C. W. 2004. The continuing challenge of early mortality in acute pancreatitis. British Journal of Surgery, vol. 91, no. 10, 1243-1244 p.
57. Meier R., Beglinger C., Layer P. et al. 2002. ESPEN guidelines on nutrition in acute pancreatitis. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Clinical Nutrition, vol. 21, no. 2. 173-183 p.
58. Mockienė V. 2010. The Impact of an Education Intervention on Nurses' Knowledge of and Attitudes towards HIV and Willingness to Take Care of HIV-positive People in Lithuania. Academic Dissertation. University of Tampere.

59. Munoz A., Katerndahl D. A. 2000. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *American Family Physician*, vol. 62, no. 1, 164-174 p.
60. Nathens A. B., Curtis J. R., Beale R. J. et al. 2004. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis. *Critical care medicine*, vol. 32, no. 12, 2524-2536 p.
61. Oláh A., Romics L.. 2010. Evidence-based use of enteral nutrition in acute pancreatitis. In: *Langenbeck's Archives of Surgery*, vol. 395, no. 4, 309-316 p.
62. Olah A., Romics L. Jr. 2008. Early enteral nutrition in acute pancreatitis – benefits and limitations. *Langenbeck's archives of surgery*, vol. 393, no. 3, 261-269 p.
63. Petkuvienė L., Istomina N. 2006. Slaugytojų požiūrio į slaugytojo ir socialinio darbuotojo kompetencijas analizė. *Sauga. Mokslas ir praktika*, Nr. 6 (114), 6-11 p.
64. Petrov M. S., Pylypchuk R. D., Uchugina A. F. 2009. A systematic review on the timing of artificial nutrition in acute pancreatitis. *British Journal of Nutrition*, vol. 101, no. 6, 787-793 p.
65. Petrov M. S., Pylypchuk R. D., Emmelyanov N. V. 2008-1. Systematic review: nutritional support in acute pancreatitis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, vol. 28, no. 6, 704-712 p.
66. Petrov M. S. van Dantvoort H. C., Besselink M. G. et al. 2008-2. Enteral nutrition and risk of mortality and infectious complications in patients with severe acute pancreatitis: a meta-analysis of randomized trials. *Archives of Surgery*, vol. 143, no. 11, 1111-1117 p.
67. Petrov M. S., Zagainov V. E. 2007. Influence of enteral versus parenteral nutrition on blood glucose control in acute pancreatitis: a systemic review. *Clinical Nutrition*, vol. 26, no. 5, 514–523 p.
68. Piliponienė V. 2005. Slaugytojų mokymosi motyvacija. Magistro diplominis darbas. Vilnius.
69. Plevokas P., Kalibatienė D., Gradauskas A. 2002. Slaugytojo chirurgija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
70. Raghu M. G., Wig J. D., Kochhar R. et al. 2007. Lung complications in acute pancreatitis. *Journal of the Pancreas*, vol. 8, no. 2, 177-185 p.
71. Rimantienė A. 2005. Slaugytojų ir pacientų bendravimo problemos. *Sauga. Mokslas ir praktika*, Nr. 11, 11-15 p.
72. Roberts S. E., Williams J. G., Meddings D. et al. 2008. Incidence and case fatality for acute pancreatitis in England: geographical variation, social deprivation, alcohol consumption and aetiology – a record linkage study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 28, no 7, 931-941 p.
73. Roper N., Logan W. W., Tierney A. I. 1999. Slaugos pagrindai: nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio, Vilnius.

74. Sekimoto M., Takada T., Kawarada Y. et al. 2006. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery*, vol. 13, no. 1, 10-24 p.
75. Siow E. 2008. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Critical Care Nurse*, vol. 28, no. 4, 19-29 p.
76. Skipworth J. R. A., Pereila S. P. 2008. Acute pancreatitis. *Current Option in Critical Care*, vol. 14, no. 2, 172-178 p.
77. Spanier B. W. M., Bruno M. J., Mathus-Vliegen E. M. H. 2010. Enteral Nutrition and Acute Pancreatitis: A Review. *Gastroenterology research and practice*, vol. 2011, 1-9 p.
78. Spanier B. W. M., Dijkgraaf M. G. W., Bruno M. J. 2008. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, vol. 22, no. 1, 45-63 p.
79. Steikūnienė R. 2005. Slaugos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ypatumai mokymosi visą gyvenimą kontekste. Magistro diplominis darbas. Vilnius.
80. Steinberg W, Tenner S. 1994. Acute pancreatitis. *New England Journal of Medicine*, vol. 330, no. 17, 1198-1210 p.
81. Šileikis A., 2008. Ūminis pankreatitas. Mokslinė monografija. Vilniaus universitetas: Vilniaus universiteto leidykla.
82. Šileikis A. 2006. Ūminio pankreatito etiopatogenezė. *Lietuvos chirurgija*, Nr. 4 (2), 97-103 p.
83. Šileikis A., Beiša V., Jucevičius B. ir kt. 2006. Ūminio nekrozinio pankreatito gydymo patirtis. *Lietuvos chirurgija*, Nr. 4 (2), 154-160 p.
84. Takeda K., Takada T., Kawarada Y. et al. 2006. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis. *Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery*, vol. 13, no. 1, 42-47 p.
85. Talley N. J. 2007. Functional gastrointestinal disorders in 2007 and Rome III: something new, something borrowed, something objective. *Reviews in gastroenterological disorders*, vol. 7, no. 2, 97-105 p.
86. Thompson D. R. 2001. Narcotic analgesic effects on the sphincter of Oddi: a review of the data and therapeutic implications in treating pancreatitis. *American Journal Gastroenterology*, vol. 96, no. 4, 1266-1272 p.
87. Timby B. K. 2008. *Fundamental nursing skills and concepts*, Lippincott Williams and Wikins, USA.
88. Tirvienė G., Macas A., Demskytė J., Adukauskienė D. 2006. Intubuočių ir tracheostomuočių pacientų slaugymo ypatumų ir skirtumų analizė. *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 300-310 p.

89. Tonsi A. F. 2009. Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art. *World Journal of Gastroenterology*, vol. 15, no. 24, 2945-2959 p.
90. Tsirambidis J. V., Conwell D. L., Zuccaro G. 2003. Chronic pancreatitis: etiology. *Medscape General Medicine*, vol. 5, no 1. 17 p.
91. Uwakwe C. B. U. 2000. Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 2, 416-424 p.
92. VanWoercom R., Adler D. G. 2009. Acute pancreatitis: Review and Clinical Update. *Hospital Physician*, vol. 45, no. 1, 9-19 p.
93. Wang G. J., Gao Ch. F., Wei D. et al. 2009. Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*, vol. 15, no. 12, 1427-1430 p.
94. Whitcomb D. C. 2006. Acute pancreatitis. *Clinical Practice*, vol. 354, no. 20, 2142-2150 p.
95. World Health Organization. 2002. *Nursing Role in HIV/AIDS Care and Prevention in South-East Asia Region*. Geneva.
96. World medical association declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Version 2004. [Žiūrėta: 2012. vasario 15 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>>.
97. Wu B. U., Conwell D. L. 2010. Acute Pancreatitis Part II: Approach to Follow-up. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 8, no. 5, 417-422 p.
98. Žydžiūnaitė V., Ebbeskog B. 2007. The meaning of nurse's role in nursing care practice: the lived experience of influence, dependence and limitations. *Sveikatos mokslai*, Nr. 5, 1139-1144 p.
99. Žydžiūnaitė V. 2002. Slaugytojų kompetencijų charakteristika: edukologijos ir slaugos požiūriai. *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 53-59 p.
100. Free CE Courses | Gannett Education Free CE. [Žiūrėta: 2012. vasario 15 d.]. Prieiga per internetą: <<http://ce.nurse.com/FreeCE.aspx>>.

PRIEDAI

GERBIAMA SLAUGYTOJA,

Aš esu Rita Mažeikaitė ir rašau magistrinį darbą tema “Mokomosios programos poveikis slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą”.

Aš prašau Jūsų užpildyti šį klausimą, nes yra svarbu analizuoti sveikatos priežiūros profesionalų požiūrį į mokymo, susieto su sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą, poreikį ir tobulinti slaugą.

Šis klausimynas yra patvirtintas ligoninės ir Klaipėdos universiteto Etikos komitete. Klausimynas yra anoniminis (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės).

Pažymėkite Jums tinkamą variantą arba įrašykite reikiamą informaciją.

DEMOGRAFINIAI DUOMENYS**1. Jūsų amžius?**

1. 20-29 metai;
2. 30-49 metai;
3. 50-64 metai ir daugiau.

2. Jūsų išsilavinimas?

4. Med. mokykla;
5. Koleginis bakalauras;
6. Universitetinis bakalauras;
7. Universitetinis magistras.

3. Jūsų darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje? _____ metai _____ mėnesiai.

4. Jūsų darbo stažas šiame skyriuje? _____ metai _____ mėnesiai.

5. ____ dienos _____ valandos išklaustyto kursų, susijusių su gastroenterologiniais susirgimais.

6. Jūsų nuomone, aktualiausia informaciją apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą gali suteikti:

Nr.	Teiginys	Visiškai sutinku	Sutinku	Nesu tikras (-a)	Nesutinku	Visiškai nesutinku
6.1.	Internetas					
6.2.	Moksliniai straipsniai					
6.3.	Populiari literatūra					
6.4.	Specialūs kursai					
6.5.	Kita (įrašykite)					

1. Koks pagrindinis skirtumas tarp parenterinio ir enterinio maitinimo?

- a) Parenterinio maitinimo invazijos laipsnis yra didesnis nei enterinio maitinimo;
- b) Parenterinis maitinimas gali būti pradėtas anksčiau nei enterinis maitinimas;
- c) Enterinis maitinimas yra ekonomiškai efektyvesnis nei parenterinis maitinimas;
- d) Skyrus enterinį maitinimo būdą hospitalizacijos trukmė yra ilgesnė nei skyrus parenterinį maitinimo būdą.

2. Kokio simptomo netikėtas atsiradimas dažniausiai pasitaiko pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu?

- a) Gelta;
- b) Hiperglikemija;
- c) Epigastriumo skausmas;
- d) Dehidratacija.

3. Sunkaus ūminio pankreatito atvejais mirtis pasireiškia dažniausiai dėl šių komplikacijų?

- a) Vidinis kasos uždegimas;
- b) Išorinis kasos uždegimas;
- c) Nekrozinis pankreatitas;
- d) Sisteminis medžiagų apykaitos sutrikimas.

4. Kuris iš pateiktų teiginių apie neigiamo azoto balansą, galintį susidaryti sunkesnėse ūminio pankreatito formose, yra teisingas?

- a) Neigiamas azoto balansas yra hipometabolizmo ir sumažėjusios virškinamojo trakto funkcijos rezultatas;
- b) Neigiamas azoto balansas yra dažnai susijęs su prastais klinikiniais rezultatais;
- c) Neigiamas azoto balansas yra sisteminės infekcijos indikatorius;
- d) Neigiamas azoto balansas veikia kaip apsauginis mechanizmas, apsaugantis nuo kasos skysčių išsiskyrimo skatinimo.

5. Jūsų manymu, kokią terapiją patartina skirti pacientams, sergantiems ūminiu pankreatitu, kuriems reikia mitybos pagalbos?

- a) Enterinis maitinimas kaip pradinis dirbtinio maitinimo kelias;
- b) Parenterinis maitinimas kaip pradinis dirbtinio maitinimo kelias;
- c) Parenterinis maitinimas po 48 valandų tik per burną ir intraveninių skysčių davimas;
- d) Arba enterinis, arba parenterinis maitinimas per pirmas 48 valandas, po to skiriant enterinį maitinimą nuo 3 iki 7 dienų.

6. Kuris iš teiginių geriausiai paaiškina, kodėl hiperglikemija atsiranda pacientams, gaunantiems parenterinį maitinimą kaip pagalbinį ūminio pankreatito gydymo būdą?

- a) Gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina dekstrozės infuzija;
- b) Gliukozės kiekį kraujyje netiesiogiai padidina virškinimo fermentų išorinė sekrecija;
- c) Gliukozės kiekį kraujyje tiesiogiai padidina uždegiminių kasos ląstelių nepakankamas insulino kiekio išskyrimas;
- d) Gliukozės kiekį kraujyje netiesiogiai padidina sumažėjusi dekstrozės absorbcija.

7. Koks, Jūsų manymu, dažniausiai būdingas mirties atvejų skaičiaus skirtumas tarp pacientų, kurie gauna enterinį maitinimą ir tų, kurie gauna parenterinį maitinimą?

- a) Pacientų, kurie gavo parenterinį maitinimą, mirties atvejų skaičius buvo šiek tiek didesnis;
- b) Pacientų, kurie gavo enterinį maitinimą, mirties atvejų skaičius buvo šiek tiek didesnis;
- c) Pacientų, kurie gavo parenterinį maitinimą, mirties atvejų skaičius buvo žymiai didesnis;
- d) Mirties atvejų skaičius tarp 2 grupių nesiskyrė.

8. Kuriuos veiksmus turėtų įtraukti intensyvios slaugos slaugytojų vaidmuo, dirbant su virškinamojo trakto ligomis sergančiais pacientais?

- a) Atlikti formalų mitybos patikrinimą, įvertinant pacientų mitybos poreikius;
- b) Sukurti klinikinės dirbtinio maitinimo pradėjimo per 48 valandas nuo patekimo į ligoninę gaires visiems pacientams, sergantiems sunkiu ūminiu pankreatitu;
- c) Naudoti patikimas vertinimo sistemas identifikuojant ir nurodant ūmaus pankreatito sunkumą;
- d) Rekomenduoti perėjimą nuo enterinio į parenterinį maitinimą pacientams su sunkia blogos mitybos forma, kuriems pasireiškia viduriavimas ilgiau nei 3 dienas.

9. Ką reikėtų padaryti pacientams, sergantiems nuo lengvos iki vidutinės ūminio pankreatito formos, per 48 valandas po patekimo į ligoninę?

- a) Mažo kiekio maitinimo per burną skyrimas;
- b) Pakartotinai įvertinti neįprastai padidėjusio uždegiminio streso rodiklius;
- c) Enterinio maitinimo būdo skyrimas;
- d) Formalaus mitybos poreikių vertinimo užbaigimas.

10. Kuris iš šių teiginių kalbant apie C-reaktyvaus baltymo lygį ūminiame pankreatite yra teisingas?

- a) C-reaktyvaus baltymo lygiai yra nepatikimi per pirmąsias 72 ligos valandas;
- b) C-reaktyvaus baltymo lygiai yra naudingi, nustatant vidaus kasos uždegimo laipsnį;
- c) Mažėjantys C-reaktyvaus baltymo lygiai per pirmąsias 72 sunkaus ūminio pankreatito valandas parodo daugybinių organų žalą ir prastą funkcionavimą;
- d) C-reaktyvaus baltymo plazmos koncentracija yra jautrus, bet ne specifinis uždegimo žymeklis.

11. Kuris, Jūsų manymu, ūminio pankreatito išnykimo indikatorius turėtų būti greičiau pastebimas pacientams, kuriems skirtas enterinis maitinimo būdas, negu pacientams, kuriems skirtas parenterinis maitinimo būdas?

- a) Kasos fermentų lygio grįžimas į normalų;
- b) Epigastriumo skausmo sumažėjimas;
- c) Galėjimas pradėti maitintis per burną;
- d) Medžiagų apykaitos balanso atstatymas.

12. Jūsų pasiūlymai, į ką atkreipti dėmesį slaugant sergančiuosius ūminiu pankreatitu, kai jiems taikomas dirbtinis maitinimas.

Dėkoju už bendradarbiavimą!

Atsiradus neaiškumams, kreipkitės į darbo autorę R. Mažeikaitę: tel. 868604866 arba e-meilu ritukas1987@gmail.com

**MOKOMOSIOS PROGRAMOS POVEIKIS SLAUGYTOJŲ ŽINIOMS APIE
SERGANČIŲJŲ ŪMINIU PANKREATITU DIRBTINĮ MAITINIMĄ**

Klaipėdos Universitetas
Sveikatos mokslų fakultetas
Slaugos katedra

**SUTIKIMO FORMA
(SLAUGYTOJAMS)**

Aš _____ sutinku dalyvauti
(Vardas, Pavardė)

moksliniame tyrime *Mokomosios programos poveikis slaugytojų žinioms apie sergančiųjų ūminiu pankreatitu dirbtinį maitinimą* (pagrindinis tyrėjas Rita Mažeikaitė).

Aš patvirtinu, kad turiu visą informaciją apie tyrimą ir mano teises. Aš nusprendžiau dalyvauti tyrime savanoriškai.

(Data)

(vardas, pavardė)

(Parašas)