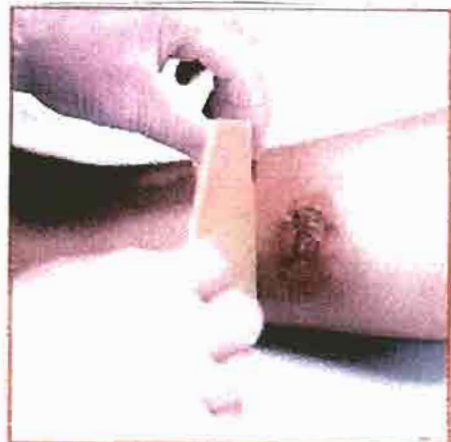


ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ : Σ Ε Υ Π  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΕΞΑΜΗΝΟ : Ζ'

---

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### **ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ, ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ**



#### **ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

- ◆ ΓΑΛΑΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
- ◆ ΓΙΑΛΑΜΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
- ◆ ΤΡΥΦΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
- ◆ ΤΣΙΑΚΟΥ ΛΟΥΚΙΑ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2000**

AFRICA  
DEATH  
3005

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	3
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	5
<b>ΔΕΡΜΑ - ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ</b>	5
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.2 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	5
1.3 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	6
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ	7
1.5 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	7
1.5.1 Φάση της άμυνας	8
1.5.2 Αναπαραγωγική φάση	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	9
<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ</b>	9
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	12
<b>ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ</b>	12
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	12
3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	13
3.2.1 Εξωτερικοί παράγοντες	13
3.2.2 Εσωτερικοί παράγοντες	16
3.3 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	24
3.4 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΣΥΧΝΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	31
3.5 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	32
3.6 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	36
<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ</b>	36
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
4.2 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	36
4.3 ΠΡΟΛΗΨΗ	36
4.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	50
4.4.1 Συντηρητική αγωγή	50
Α. Γενικά μέτρα	50
Β. Τοπικά μέτρα	58
4.4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση	69
4.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	70

<b>Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5</b>	71
<b>ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ</b>	71
5.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	71
5.2 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΗΠΑ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	73
5.3 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	74
5.4 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	75

<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	77
---------------------	----

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	78
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)	80
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	107
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	113
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	117
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	119

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	121
-----------------	-----

<b>SUMMARY</b>	123
----------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	124
---------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	128
------------------	-----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάπτυξη των ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων καθώς και την πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας, οι κατακλίσεις εξακολουθούν να αποτελούν ένα βασικό πρόβλημα με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο. Με αφορμή αυτά τα δεδομένα, πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα **«ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ : ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ, ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ»**, με σκοπό να ανιχνευθεί το μέγεθος της ευθύνης που βαρύνει τόσο τους νοσηλευτές όσο και την Πολιτεία, μιας και είναι γνωστό πως οι κατακλίσεις συνθέτουν τον πιο ευαίσθητο δείκτη καθορισμού της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν και ασκούν τη νοσηλευτική Επιστήμη και Τέχνη, με την ελπίδα ότι θα συμβάλλει στην άνοδο του επιπέδου της Νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. Πιστεύουμε ότι θα τους είναι πολύτιμο βοήθημα διότι περιγράφει αναλυτικά τις μεθόδους και τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που χρησιμοποιούνται τόσο στη χώρα μας όσο και στις προηγμένες χώρες του εξωτερικού. Οι επισημάνσεις και οι διαφορές που εντοπίζονται, ελπίζουμε να αποτελέσουν κίνητρο και ώθηση για παρόμοιες νοσηλευτικές προσπάθειες προς συμπλήρωση, επέκταση και πρόοδο της Κλινικής Νοσηλευτικής στη χώρα μας.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1°**

## **ΔΕΡΜΑ - ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ**

### **1.1 Εισαγωγή**

Το δέρμα δρα σαν μια βιολογική ασπίδα προφυλάσσοντας τον ανθρώπινο οργανισμό από περιβαλλοντικούς κινδύνους. Όταν οι φυσιολογικές λειτουργίες του δέρματος δεν επιτελούνται λόγω κάποιας βλάβης, μπορεί να μειωθεί η ικανότητα αυτοφροντίδας του ατόμου και μερικές φορές αυτό έχει σοβαρές συνέπειες για την ίδια τη ζωή. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν πολύ καλά τη σημασία του δέρματος για την υγεία των ασθενών τους και για το λόγο αυτό δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πρόληψη των βλαβών του δέρματος. *(Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998)*

### **1.2 Συνοπτική Ανατομία και φυσιολογία του Δέρματος**

Το δέρμα αποτελείται από την επιδερμίδα και το χόριο. Η επιδερμίδα συνίσταται από τέσσερις ιστολογικά και λειτουργικά διαφοροποιημένες στοιβάδες. Τη *βασική*, την *ακανθωτή*, την *κοκκώδη* και την *κεράτινη* στοιβάδα. Η *βασική* θεωρείται η μητρική στοιβάδα της επιδερμίδας. Ο χρόνος διέλευσης ενός κυττάρου (βασική στοιβάδα - κεράτινη στοιβάδα) είναι 30 ημέρες. Η ωρίμανση συνεπάγεται τη μετατροπή των κατά στήλες βασικοκυττάρων, σε πλήρη κερατινοποιημένα κύτταρα της κεράτινης στοιβάδας.

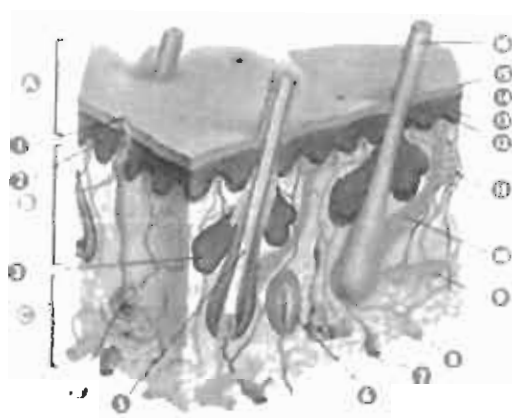
Το χόριο είναι η στοιβάδα που στηρίζει την επιδερμίδα. Αποτελείται από κολλαγόνο, ελαστίνη και βασική ουσία. Στο χόριο απαντώνται αιμοφόρα αγγεία, σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, τρίχες και νεύρα **(Εικόνα 1)**.

Οι κυριότερες λειτουργίες του δέρματος είναι :

α) Η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος

- β) Η προστασία των υποκείμενων ιστών από τυχόν τραυματισμούς
- γ) Εμποδίζει τη διόδο μικροβίων και χημικών ουσιών
- δ) Είναι αισθητήριο όργανο αφού μ' αυτό συλλαμβάνεται η αίσθηση της αφής.
- ε) Συντελεί στη διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας του οργανισμού *(Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998)*

**Εικόνα 1 - Στοιβάδες δέρματος**



- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| A. Επιδερμίδα               | 7. Φλέβα                     |
| B. Δέρμα                    | 8. Αρτηρία                   |
| C. Υποδόριος ιστός          | 9. Σωματίδιο του Ruffini     |
| 1. Πόρος ιδρωτοποιού αδένος | 10. Ορθωτήρας μυς της τρίχας |
| 2. Τριχοειδική αγκύλη       | 11. Σωματίδιο του Meissner   |
| 3. Σμηγματογόνος αδένος     | 12. Βασική στοιβάδα          |
| 4. Ιδρωτοποιός αδένος       | 13. Βλαστική στοιβάδα        |
| 5. Τριχοειδικός θύλακας     | 14. Κοκκιώδης στοιβάδα       |
| 6. Σωματίδιο του Pacini     | 15. Κεράτινη στοιβάδα        |
|                             | 16. Στέλεχος τρίχας          |

### **1.3 Δυσλειτουργίες του Δέρματος**

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παραγόντων, που με την επίδρασή τους διαφοροποιούν τη φυσιολογική λειτουργία του δέρματος. Οι παράγοντες αυτοί είναι:



- α) Η ηλικία
- β) Η έκθεση στον ήλιο
- γ) Η αφυδάτωση
- δ) Σαπούνια και καλλυντικά
- ε) Φάρμακα
- στ) Η διατροφή του ατόμου *(Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998)*

#### **1.4 Παράγοντες που προκαλούν βλάβες στο Δέρμα**

Το δέρμα παρουσιάζει ένα βαθμό ανθεκτικότητας σε τραυματισμούς. Παρόλη την ανθεκτικότητά του όμως η δομή του καταστρέφεται από :

- α) **Μηχανικούς τραυματισμούς**, όπως συνεχής πίεση, τριβή, απολέπιση, σχίσιμο, κόψιμο
- β) **Επίδραση χημικών ουσιών**, όπως ούρα, οινόπνευμα, ασετόν, άλλες χημικές ουσίες που πέφτουν κατά λάθος ή από εγκληματική ενέργεια, από καλλυντικά
- γ) **Επίδραση θερμότητας**. Η έκθεση σε υπερβολική θερμότητα, προκαλεί εγκαύματα στο δέρμα.
- δ) **Ακτινοβολία** όπως ηλιακή, ραδιενέργεια, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο δέρμα.
- ε) **Κακή αγγειακή λειτουργία** λόγω διάφορων ασθενειών όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, αρτηριοσκλήρυνση *(Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998)*

#### **1.5 Επούλωση Τραυμάτων**

Η επούλωση τραυμάτων είναι μία πολυσύνθετη διαδικασία. Για την επούλωση τραυμάτων αρχίζει η διαδικασία της αναγέννησης που εξαρτάται από τον τύπο του τραύματος, το βάθος και την έκτασή του. Την ικανότητα αναγέννησης την έχουν μόνο συγκεκριμένοι ιστοί του ανθρώπινου σώματος όπως το επιθήλιο, το ενδοθήλιο και ο συνδετικός ιστός . Η διαδικασία επούλωσης επηρεάζεται από την αιμάτωση της περιοχής του τραύματος, τη νεύρωση της περιοχής και τις τοπικές

λοιμώξεις. Η γενική κατάσταση του οργανισμού, η ηλικία, η θρέψη, τα λοιμώδη νοσήματα, τα νοσήματα φθοράς, η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη διαδικασία επούλωσης. Η διαδικασία επούλωσης περιλαμβάνει 2 φάσεις:

### **1.5.1 Φάση της άμυνας**

Στη φάση αυτή το σώμα αντιδρά στον τραυματισμό με αιμόσταση κατ' αρχή και υπεραιμία αργότερα, προκαλώντας τοπική φλεγμονή. Με την επίδραση του κολλαγόνου και τη συγκέντρωση αιμοπεταλίων στην τραυματική περιοχή δημιουργούνται θρόμβοι με στόχο να κλείσουν τα αιμορραγικά σημεία. Απελευθερώνεται ισταμίνη και ορώδης ιστός. Τα λευκά αιμοσφαίρια προσπαθούν να προστατεύσουν την περιοχή από λοιμώξεις ενώ σε μερικές ημέρες εμφανίζονται τα μακροφάγα που βοηθούν στη διαδικασία επούλωσης. Η φάση της άμυνας διαρκεί τρεις έως τέσσερις ημέρες (*Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998*)

### **1.5.2 Αναπαραγωγική φάση**

Η φάση αυτή περιλαμβάνει την κοκκίωση και την επιθηλιοποίηση. Στόχος αυτής της φάσης είναι να γεμίσει το έλλειμμα δέρματος και ιστών που υπάρχει στην τραυματική περιοχή με συνδετικό ιστό και να το καλύψει με επιθήλια. (*Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998*)

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2°**

### **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Οι κατακλίσεις ως διαχρονικό φαινόμενο εμφανίζονται στις αιγυπτιακές μούμιες και περιγράφονται σε πολλά κλασσικά συγγράμματα. Ο όρος «κατάκλιση» χρησιμοποιήθηκε ευρέως κατά τον 16° αιώνα, ενώ αυξημένη προσοχή για τη θεραπεία τους παρατηρείται κατά τον 19° αιώνα. *(Πριάμη Μ., Λενινίδου Χ. 1998).*

Στις μέρες μας, παρά την ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και την πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας, οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα, με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο.

Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους, σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Συνεπώς η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων αποτελεί νοσηλευτικό μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας *(Πλατή Χρ. 1997).*

Είναι όμως πολύ σημαντικό να εξετασθεί η αντίληψη που επικρατούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα, ότι οι κατακλίσεις αποτελούσαν αποτυχία, αποκλειστικά, της νοσηλευτικής φροντίδας.

Έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τις κατακλίσεις, απέδειξαν ότι η πιο πάνω αντίληψη δεν είναι απόλυτα ορθή και ότι στην ανάπτυξή τους συμβάλλουν σημαντικά η έλλειψη γνώσεων, ο ανεπαρκής εξοπλισμός και οι ανεπίτρεπτες καθυστερήσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Από άλλη όμως πλευρά οι Νοσηλεύτριες - Νοσηλευτές με τις επεμβάσεις τους αποτελούν τα πλέον σημαντικά άτομα για την εφαρμογή ενός προγράμματος για την πρόληψη των κατακλίσεων *(Σίδα Β. 1998).*

Ιδιαίτερα δε για τους αρρώστους που έχουν υψηλό κίνδυνο να κάνουν κατακλίσεις, το μέτρο αυτό πρέπει να μπαίνει στις προτεραιότητες του θεραπευτικού τους προγράμματος. Η παρουσία των κατακλίσεων στους αρρώστους εκτός από τον πόνο και την ανησυχία που τους προκαλεί, δημιουργεί και προβλήματα μεγάλης ιατρονοσηλευτικής και κοινωνικοοικονομικής σπουδαιότητας για τους εξής λόγους

- 1) Οι κατακλίσεις απαιτούν αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα, με συνέπεια να απαιτείται η εντατικοποίηση της νοσηλείας.
- 2) Καθυστερούν την ανάρρωση και την έξοδο των αρρώστων από το νοσοκομείο με τα ακόλουθα :
  - α) ανεβαίνει ο μέσος όρος των αρρώστων στο νοσοκομείο,
  - β) αυξάνεται η ζήτηση για νοσοκομειακά κρεβάτια και
  - γ) μεγαλώνει το κόστος της νοσηλείας τους
- 3) Μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών, όταν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες (*Πλατή Χρ. 1997*)

## **2.2 Συχνότητα εμφάνισης και επιπτώσεις των κατακλίσεων**

Τα τεράστια ποσά που ξοδεύονται κάθε χρόνο για τις κατακλίσεις επιβαρύνουν τον τομέα υγείας και προβληματίζουν την εθνική οικονομία πολλών χωρών. Το κόστος των κατακλίσεων στην Αγγλία το 1974 υπολογίστηκε σε 60.000.000 λίρες και το 1977 σε 100.000.000 λίρες. Στην Αμερική, μόνο για το 1984 ξοδεύτηκαν 9 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ από το 1960 έως το 1986 30.000.000 ασθενείς υπέφεραν από κατακλίσεις και δαπανήθηκαν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια δολάρια (*Πλατή Χρ. 1989*).

Επιπλέον, αναφέρεται ενδεικτικά περιστατικό ασθενούς με κατακλίσεις σε νοσοκομείο της Αγγλίας που για 180 ημέρες νοσηλείας κόστισε 20.000 λίρες, περίπου 5.300.000 δρχ. (*Σίδα Β. 1988*).

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που

δοκιμάζουν οι άρρωστοι, καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής (Πλατή Χρ. 1997).

Η συχνότητα των κατακλίσεων στις διάφορες μελέτες ποικίλλει, εξαιτίας του αριθμού και του τύπου του δείγματος που επιλέγεται και τη μέθοδο που εφαρμόζεται. Σε ασθενείς οξέων νοσημάτων ο δείκτης συχνότητας κυμαίνεται από 3-8%, σε χρόνιους ασθενείς από 10-23%, ενώ σε γηριατρικό πληθυσμό το ποσοστό υπερβαίνει το 35% και καθώς ο ηλικιωμένος πληθυσμός αυξάνει το πρόβλημα αναμένεται οξύτερο. (Πριάμη Μ., Λεμονίδου Χ. 1998).

Οι κατακλίσεις στους ηλικιωμένους σχετίζονται με μια τεράστια αύξηση της πιθανότητας να οδηγήσουν σε θάνατο. Σε ασθενείς με τραυματισμούς στη σπονδυλική στήλη η πιθανότητα εμφάνισης ελκών αυξάνει από 25-85%. Γενικότερα, η θνησιμότητα λόγω κατακλίσεων κυμαίνεται από 23-37% στους νοσοκομειακούς ασθενείς (Sams J. R., Mitchell W. 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

### ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

#### 3.1 Ορισμός

Οι κατακλίσεις ορίζονται ως «εντοπισμένες περιοχές ιστικής νέκρωσης που αναπτύσσονται όταν ο μαλακός ιστός συμπιέζεται ανάμεσα σε μια οστέϊνη προεξοχή και μια εξωτερική επιφάνεια για παρατεταμένη χρονική περίοδο». (*National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 1989*)

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο είδη κατακλίσεων, τις εν τω βάθει που ξεκινούν από μέσα προς τα έξω και τις επιφανειακές που αρχίζουν από την εξωτερική επιφάνεια και επεκτείνονται προς το εσωτερικό (*Τζημουράκας Αρ. 1988*). Οι επιφανειακές κατακλίσεις είναι βλάβες μερικού πάχους που αφορούν μόνο το δέρμα. Οι υποκείμενοι ιστοί δεν επηρεάζονται. Οι εξελκώσεις εμφανίζονται ως επιφανειακή περιοχή με ερύθημα και μπορεί να μην αναπτυχθούν περισσότερο. Αν όμως η κατάσταση δεν ανακουφιστεί, το ερύθημα ακολουθείται σε διάστημα μιας ή δύο ημερών από πομφόλυγες που μπορεί να σπάσουν και να αφήσουν ένα επώδυνο ρηχό έλκος. Η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επηρεάζεται. Οι εν τω βάθει κατακλίσεις είναι πολύ πιο σοβαρές. Αυτού του είδους οι εξελκώσεις αφορούν όλο το πάχος του δέρματος καθώς και τους υποκείμενους ιστούς. Η βλάβη αρχίζει βαθιά και επεκτείνεται προς την επιφάνεια. Επομένως, η βλάβη αυτή εμπλέκει την επιδερμίδα, το δέρμα, το χόριο, τον υποδόριο ιστό, τους μύς ακόμα και τα οστά. Ο ασθενής με μια εν τω βάθει κατάκλιση βρίσκεται πάντα σε πλημμελή γενική κατάσταση και η πρόγνωσή του είναι άσχημη, αλλά ευτυχώς ο πόνος είναι περιορισμένος (*Irvine R.E., Smith B.J., κ.ά., 1978*).

### 3.2 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατακλίσεων

Ως παράγοντες κινδύνου χαρακτηρίζονται αυτοί που αυξάνουν τις πιθανότητες ενός ατόμου να εμφανίσει κατακλίσεις σε συνδυασμό με την τοπική άσκηση πίεσης. Οι παραπάνω παράγοντες διακρίνονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς.

#### 3.2.1 Εξωτερικοί παράγοντες

- *Πίεση* : Η πίεση παραμένει η κυριότερη αιτία στη δημιουργία των κατακλίσεων. Οι κάθετες δυνάμεις που ασκούνται πάνω σε οποιαδήποτε επιφάνεια του δέρματος εξαιτίας της βαρύτητας πρέπει να υπερβαίνουν τη μέση τριχοειδική πίεση, προκειμένου να δημιουργείται ιστική ισχαιμία και νέκρωση. Οι φυσιολογικές τιμές της πίεσης στα αρτηριακά τριχοειδή έχει αναφερθεί ότι είναι 32 mmHg και στα φλεβικά τριχοειδή 12 mmHg. Οι πιέσεις που υπερβαίνουν αυτά τα επίπεδα στα αρτηριακά τριχοειδή θα οδηγήσουν σε λεμφική έξοδο, αύξηση της πίεσης του εξωαγγειακού υγρού και διίδρωση του υγρού των τριχοειδών, με αποτέλεσμα να εμφανιστεί οίδημα και ιστική ισχαιμία (*Reuler J. Band Cooney 1981*).

Η δημιουργία των κατακλίσεων εξαρτάται από τη σχέση χρόνου - πίεσης. Όσο μεγαλύτερη είναι η πίεση τόσο λιγότερος χρόνος χρειάζεται για να συμβεί η νέκρωση. Έχει αναφερθεί ότι συνεχής πίεση 70 mmHg που ασκείται περισσότερο από δύο ώρες δημιουργεί μη αναστρέψιμη ιστική βλάβη. Αφού η επιφάνεια του δέρματος έχει συμπιεστεί, το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα που οφείλεται σε μειωμένη τοπική αιματική ροή. Συνέπεια αυτού φυσιολογικά είναι η αντιδραστική υπεραϊμία που λειτουργεί σαν επανορθωτικό μέτρο που αυξάνει την αιματική ροή στην περιοχή που συμπιέζεται και μειώνει τον κίνδυνο της μικροαγγειακής; θρόμβωσης. Αν το δέρμα παρα-

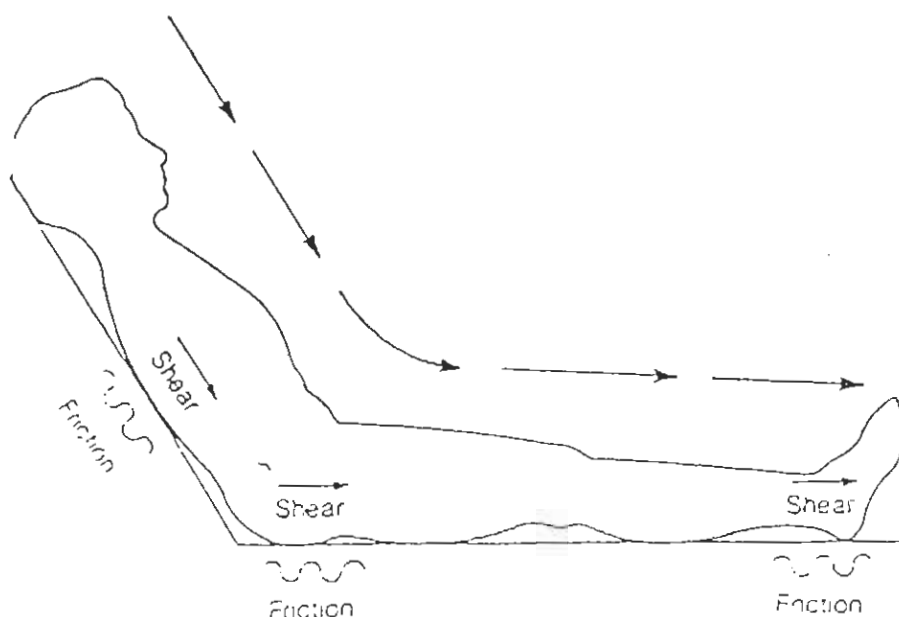
μείνει ερυθρό μετά την άρση της πίεσης, η ιστική βλάβη είναι βέβαιη  
(*Clochesy J. and Christine B. 1993*)

- *Τριβή* : Η τριβή είναι δύναμη που δημιουργείται όταν δύο επιφάνειες βρίσκονται σε επαφή και μετακινούνται σε αντίθετες κατευθύνσεις. Η τριβή στο δέρμα δημιουργείται με τη μετακίνηση της προστατευτικής κεράτινης στοιβάδας γεγονός που οδηγεί σε πιθανή λύση της συνέχειας του δέρματος. Το τράβηγμα αντί για το σήκωμα των ασθενών επάνω στο κρεβάτι παραμένει η κύρια πηγή τριβής που συχνά υφίστανται οι βαρειά ασθενείς. Η συνεχής αυθόρμητη κίνηση των σκελετικών μυών λόγω σπασμών είναι ένας παράγοντας που επίσης συνεισφέρει στη δημιουργία τριβής με την επιφάνεια του κρεβατιού καθώς επίσης και τα διάφορα περιοριστικά μέτρα στους σοβαρά ασθενείς ενήλικες (*Clochesy J. and Christine B. 1993*)
- *Συνδυασμός τριβής - πίεσης* (shearing forces) : Ο συνδυασμός τριβής - πίεσης δημιουργείται με την αλληλεπίδραση των δυνάμεων βαρύτητας (δηλαδή των δυνάμεων που σπρώχνουν το σώμα προς τα κάτω) και τριβής. Αυτό επιτελείται όταν ο ασθενής είναι τοποθετημένος σε ημικαθιστή θέση (fowler). Όταν αναπτύσσεται αυτή η δύναμη, τα στρώματα των ιστών γλιστρούν το ένα πάνω στο άλλο, τα αιμοφόρα αγγεία τεντώνονται και στρίβουν και η μικροκυκλοφορία στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό διαταράσσεται. Στοιχεία βαθιάς ιστικής βλάβης ίσως αργήσουν να αναπτυχθούν και είναι πιθανό να γίνουν εμφανή αφού δημιουργηθούν συρίγγια. Το ιερό οστόν και οι πτέρνες είναι τα πιο ευπαθή σημεία στην επίδραση αυτής της δύναμης. Οι κατακλίσεις από συνδυασμό τριβής και πίεσης συμβαίνουν όταν ο ασθενής ολισθαίνει κατά μήκος του κρεβατιού ή όταν ο ασθενής είτε μετακινείται, είτε τοποθετείται με ακατάλληλο τρόπο (για



παράδειγμα σύρσιμο του ασθενούς στο κρεβάτι). Οι σπασμωδικές κινήσεις και η παράλυση αυξάνουν την ευπάθεια του ασθενούς στις εξελκώσεις που σχετίζονται με το συνδυασμό των δυνάμεων πίεσης και τριβής (*Smelter S. 1992*).

**Εικόνα 2 (Shearing forces)**  
**Συνδυασμός δυνάμεων τριβής - ολίσθησης**



- **Υγρασία** : Η υγρασία από εκκρίματα και απεκκρίματα, όπως ούρα, κόπρανα, πλημμελή καθαριότητα και φροντίδα μετά χρήση δοχείου, επιδρωση ή άλλα υγρά του σώματος, μαλακώνουν το δέρμα, αποτελούν εστίες ανάπτυξης μικροβίων και προδιαθέτουν στη δημιουργία κατακλίσεων και μολύνσεων (*Αθανάτου E., 1995*). Ειδικότερα για τους ηλικιωμένους, η υγρασία αποτελεί έναν από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες καθώς η απώλεια ούρων και κοπράνων είναι αυξημένη. Σύμφωνα με έρευνες περίπου το 10% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα και το 20% στα διάφορα ιδρύματα παρουσιάζουν απώλεια ούρων. Επίσης, το 10-23% των ηλικιωμένων που ζουν στα ιδρύματα υποφέρουν από απώλεια κοπράνων. Η υγρασία

που προκαλείται από την απώλεια ούρων πιστεύεται ότι διαποτίζει το δέρμα και το καθιστά ευάλωτο σε τραυματισμούς. Κατά την απώλεια κοπράνων μπορεί να προκληθεί αποφλοιοίωση του δέρματος λόγω των πεπτικών ενζύμων που αυτά περιέχουν (*Πλατή Χρ., 1997*). Από τη στιγμή που υπάρχει λύση της συνεχείας του δέρματος, η περιοχή προσβάλλεται από μικροοργανισμούς (π.χ. σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκκος, ψευδομονάδα, E. Coli, κ.λ.π.) και μολύνεται. Στη συνέχεια παρατηρείται δύσοσμη έκκριση απ' την περιοχή. Η βλάβη ίσως μεγαλώσει και επιτρέψει τη συνεχή απώλεια ορού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αποστέρωση του σώματος από ουσιώδεις πρωτεΐνες που είναι απαραίτητες για την αποκατάσταση και διατήρηση των ιστών. Η βλάβη μπορεί να συνεχίσει να μεγαλώνει και να επεκτείνεται βαθύτερα στο χόριο, τους μυς και τα οστά με πολλαπλά συρίγγια που εκτείνονται από την κατάκλιση (*Smelter Susan, 1992*).

### 3.2.2 Εσωτερικοί παράγοντες

- *Διατροφή - υποσιτισμός* : Τα παχύσαρκα ή τα πολύ ισχνά σε σχέση με το ύψος τους άτομα κατατάσσονται στην ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου για κατακλίσεις . Από τα 838 άτομα που μελετήθηκαν, μόνο τα 25 (3%) βρέθηκαν παχύσαρκα, ενώ τα υπόλοιπα ήταν ισχνά και καταβεβλημένα (Πλατή Χρ. 1989).

Ο υποσιτισμός σχετίζεται θετικά με το σχηματισμό των κατακλίσεων. Η κακή διατροφή, ειδικά η ανεπάρκεια της βιταμίνης C και η υπολευκωματιναιμία σχετίζονται με το σχηματισμό των κατακλίσεων. Η βιταμίνη C βοηθάει στην απορρόφηση και τη χρησιμοποίηση του σιδήρου, ενώ η συμβολή της στο σχηματισμό της πρωτεΐνης του κολλαγόνου είναι ουσιώδης. Η επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης είναι απαραίτητη για τη διατήρηση θετικού ισοζυγίου αζώτου για τη φυσιολογική αύξηση και την αντικατάσταση των

ιστών. Επίσης η αναιμία θεωρείται υψηλός κίνδυνος για το σχηματισμό της κατακλίσεως, εξαιτίας του οιδήματος, το οποίο μειώνει την ελαστικότητα του δέρματος καθώς και την επαρκή μεταφορά αίματος.

Άλλα θετικά συστατικά του δέρματος είναι το θείο, η ριβοφλασίνη, η νιασιδίνη και η βιταμίνη Α. Η επαρκής πρόσληψη των υδατανθράκων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα και τη συγκράτηση των πρωτεϊνικών ιστών. Αν και η ακινησία μειώνει τη μεταβολική δραστηριότητα, εντούτοις η ανάγκη να διατηρούνται όλα τα θρεπτικά στοιχεία σε καλά επίπεδα είναι απαραίτητη. Το ίδιο ισχύει και για τα υγρά του οργανισμού. *(Πλατή Χρ., 1997).*

- *Αδυναμία κίνησης ή σημαντικός περιορισμός της κινητικότητας.* Η έλλειψη της ικανότητας ενός ατόμου να αλλάξει θέση στο σώμα του είτε από γενική εξάντληση, είτε από κάποια άλλη βλάβη οποιασδήποτε αιτιολογίας, συγκαταλέγοντας ακόμη και θεραπευτικούς περιορισμούς κάθε δραστηριότητας (γύψος, έλξεις κ.ά) αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα το άτομο αυτό να εμφανίσει κατακλίσεις *(Σαπουντζή - Κρέπια Δ. 1998).*

Ο γύψος και οι έλξεις μειώνουν την κινητικότητα του ασθενούς ή ενός μέλους του σώματός του. Ένας ασθενής σε γύψο έχει αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας κατακλίσεων εξαιτίας της εξωτερικής μηχανικής τριβής που ασκείται από την επιφάνεια του γύψου καθώς τριβεται πάνω στο δέρμα. Μια επιπλέον μηχανική δύναμη είναι η πίεση που ασκείται από το γύψο πάνω στο δέρμα αν αυτός στεγνώσει πολύ σφιχτά ή το μέλος στο οποίο έχει τοποθετηθεί ο γύψος πάθει κάποιο οίδημα. *(Potter Patricia, Perry Anne 1993).*

- Η ακινησία και η έλλειψη δραστηριότητας είναι σοβαροί παράγοντες κινδύνου, επειδή η πρώτη σχετίζεται με τη μεταβολή του ποσού και

του ελέγχου των κινήσεων, ενώ η δεύτερη με τη μεταβολή της ανεξάρτητης βαδίσσεως. *(Πλατή Χρ. 1997)*

Στους υγιείς οργανισμούς, οι πιέσεις που εφαρμόζονται στα πέλματα όταν στέκονται στους γλουτούς, όταν κάθονται ή στην ανάλογη περιοχή του σώματος όταν πλαγιάζουν, είναι πολύ μεγάλες. Όμως το υγιές άτομο όταν δεν νιώθει άνετα αλλάζει θέση, αλλάζει πόδι στήριξης, μετακινείται στο κρεβάτι ή το κάθισμα (έστω και ένα πόντο), έτσι ώστε να ανακουφίζεται από την πίεση. Στα ηλικιωμένα άτομα, αυτό το αντανακλαστικό παρουσιάζεται μειωμένο, γι'αυτό και συχνά τους βλέπουμε να κάθονται (π.χ. στο καφενείο) ακίνητοι στην καρέκλα τους για ώρες.

Στη διάρκεια κάποιας ασθένειας στους υπερήλικες και κυρίως ασθένειας που τους δημιουργεί σοβαρή αδυναμία κίνησης, το παραπάνω αντανακλαστικό σχεδόν εξαφανίζεται ή δεν υπάρχει.

Έτσι τις πιο πολλές φορές, οι κατακλίσεις που θα αναπτυχθούν, μπορεί να είναι πολύ σοβαρότερη επιπλοκή από την κύρια ασθένεια για την οποία μπήκε στο Νοσοκομείο.

Υπάρχουν συσκευές που μετρούν τις κινήσεις που κάποιος ασθενής κάνει στο κρεβάτι του ενώ κοιμάται. Έτσι βρέθηκε ότι, όταν οι κινήσεις στη διάρκεια της νύχτας είναι από 1-20, οι πιθανότητες εμφάνισης κατακλίσεως είναι 90%. Όταν οι κινήσεις είναι πάνω από 21-50, κατακλίσεις εμφανίζονται κατά 10% και πάνω από 50 κινήσεις μέχρις 255 τότε καμία κατάκλιση δεν εμφανίζεται όσο βαρειά και αν είναι η γενική κατάσταση του γέροντα.

Τούτο ίσως είναι μια μικρή υπόδειξη στους ψυχιάτρους για τη χρήση των ηρεμιστικών ψυχοφαρμάκων και υπνωτικών στους γέροντες *(Τζημουράκας Α. 1988)*

- *Μείωση της αισθητικότητας :* Η έλλειψη της αισθητικότητας ενός ατόμου μειώνει ή απαλείφει την ικανότητά του να αισθάνεται τοπική πίεση ή πόνο και να αλλάζει θέσεις στο σώμα,

αυξάνοντας έτσι σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεως για το άτομο αυτό. Αυτή η παρατεταμένη πίεση λοιπόν εμποδίζει την αιματική ροή και μειώνει τη θρέψη του δέρματος. Ως εκ τούτου μία κατάκλιση μπορεί να δημιουργηθεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (*Σαπουντζή - Κρέπια Δ., 1998*)

Η πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων σε ασθενείς με τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη έχει υπολογιστεί ότι φτάνει μέχρι και 85% και οι επιπλοκές, οι σχετιζόμενες με τις κατακλίσεις είναι αιτία θανάτου στο 8% αυτού του πληθυσμού. (*Reuler J.B., Cooney T.J., 1981*)

- *Περιφερικές αγγειοπάθειες-σακχαρώδης διαβήτη :* Οποιαδήποτε κατάσταση, η οποία μειώνει την κυκλοφορία και τη θρέψη στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό (διαταραγμένη περιφερική ιστική κυκλοφορία) αυξάνει τον κίνδυνο της δημιουργίας κατακλίσεων. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν διαταραχή στη μικροκυκλοφορία. Παρομοίως ασθενείς με οίδημα έχουν διαταραγμένη κυκλοφορία και πλημμελή θρέψη του δέρματος. Οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν μεγάλα ποσά λιπώδους ιστού που αγγειώνονται ανεπαρκώς και ως εκ τούτου είναι επιρρεπείς στη λύση της συνεχείας του δέρματος (*Smelter Susan, 1992*).
- *Κωματώσεις & συγχυτικές καταστάσεις:* Ασθενείς που είναι συγχυτικοί ή αποπροσανατολισμένοι ή έχουν διαταραγμένα επίπεδα συνείδησης είναι ανίκανοι να προστατέψουν τον εαυτό τους από τις κατακλίσεις. Οι ασθενείς αυτοί ενώ νιώθουν τον πόνο δεν είναι ικανοί να καταλάβουν πώς να τον ανακουφίσουν. Οι ασθενείς που είναι σε κώμα δεν αντιλαμβάνονται την πίεση και είναι ανίκανοι να μετακινηθούν εκουσίως σε μια περισσότερο άνετη θέση. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς των οποίων τα επίπεδα συνείδησης

αλλάζουν, μπορούν εύκολα να γίνουν συγχυτικοί. Έτσι αυτοί είναι ανίκανοι να βρουν πιο άνετες θέσεις. (*Reuler J.B., Cooney T.J., 1981*)

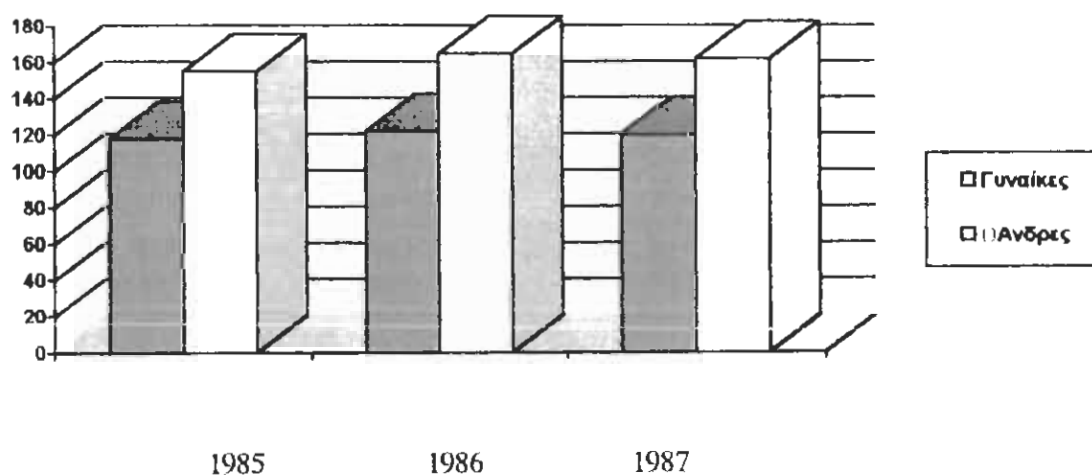
- *Μολύνσεις:* Η μόλυνση προκαλείται από την παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών στο σώμα. Ο ασθενής με μόλυνση συνήθως έχει πυρετό. Η λοίμωξη και ο πυρετός αυξάνουν τις μεταβολικές ανάγκες του σώματος, κάνοντας τον ήδη υποοξικό ιστό ακόμη πιο επιρρεπή σε ισχαιμικό τραυματισμό. Επιπλέον ο πυρετός οδηγεί σε αυξημένη εφίδρωση και άρα σε αύξηση της υγρασίας του δέρματος, τα οποία προδιαθέτουν τον ασθενή ακόμη περισσότερο σε λύση της συνέχειας του δέρματος (*Shekleton M.E., Litwack K., 1991*).
- *Αναιμία :* Οι ασθενείς με αναιμία έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων. Τα μειωμένα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης μειώνουν την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει  $O_2$  καθώς και το ποσό του  $O_2$  που διατίθεται στους ιστούς. Η αναιμία επίσης μεταβάλλει τον κυτταρικό μεταβολισμό και επηρεάζει την επούλωση του τραύματος. (*Potter Patricia, Perry Anne, 1993*).
- *Ψυχολογικοί παράγοντες :* Έχει παρατηρηθεί ότι το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης απ' τη ζωή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο βαθμός αποδοχής της ασθένειας ή της αναπηρίας και το υψηλό στρες είναι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα για εμφάνιση κατακλίσεων (*Σαπουντζή - Κρέπια Δ., 1998*)
- *Καταβολικά φάρμακα - κορτικοειδή :* Η υπερβολή χρήση ηρεμιστικών μειώνει τις αυθόρμητες κινήσεις του σώματος και προδιαθέτει σε κατακλίσεις. Το ίδιο συμβαίνει και με την παρατεταμένη χειρουργική αναισθησία.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου, οι οποία προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατακλίσεων σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι είναι η ηλικία, το φύλο και κάποιες συγκεκριμένες χρονικοί περίοδο.

Σε σχέση με το φύλο (πίνακας 1) υπερτερούν οι γυναίκες και αναφορικά με την ηλικίας (πίνακας 2) υπερισχύει η ομάδα ηλικίας 80-89 ετών με επικράτηση και πάλι των γυναικών.

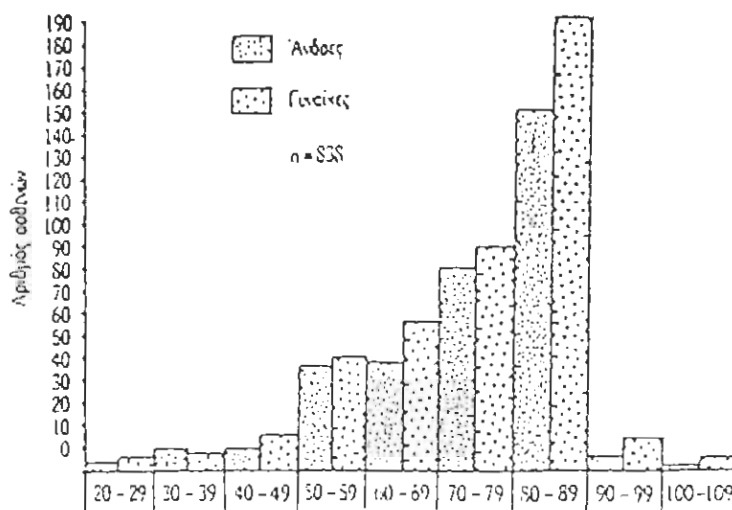
Από τη μηνιαία κατανομή των κατακλίσεων προκύπτει ότι ο μήνας Ιανουάριος συγκεντρώνει τις περισσότερες κατακλίσεις (Πίνακας 3) (Πλατή Χρ. 1989).

**Πίνακας 1**  
**Κατανομή κατακλίσεων κατά φύλο**



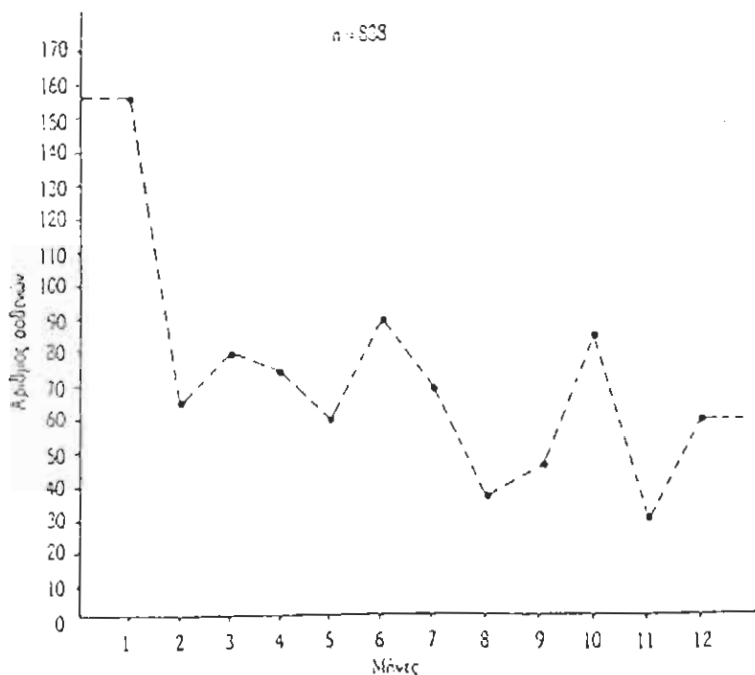
**Πίνακας 2**

**Κατανομή κατακλίσεων κατά ομάδα ηλικιών και κατά φύλο  
(περίοδος 1985-1987) (Πλατή Χρ. 1989)**



**Πίνακας 3**

**Κατανομή κατακλίσεων κατά μήνα  
(περίοδος 1985-1987) (Πλατή Χρ. 1989)**





Αναφορικά με την ειδικότητα της κλινικής που ανήκει ο άρρωστος η υψηλότερη τιμή παρατηρείται σε παθολογικούς αρρώστους (πίνακας 4), ενώ σε σχέση με τη φύση της νόσου των ασθενών τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό ανάπτυξης κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων (πίνακας 5) (Πλατή Χρ. 1989)

**Πίνακας 4**

**Κατανομή κατακλίσεων ασθενών  
κατά ειδικότητα (Πλατή Χρ. 1989)**

Περιστατικά κατά ειδικότητα	Έτος			Σύνολο κατακλίσεων κατά ειδικότητα	Ποσοστό (%)
	1985	1986	1987		
Παθολογικά	160	183	180	523	62,5
Ορθοπαιδικά	34	40	50	124	14,7
Νευρολογικά	43	30	20	93	11,1
Χειρουργικά	17	15	10	42	5,1
Νευροχειρουργικά	9	10	13	32	3,8
Καρδιολογικά	8	9	7	24	2,9
Σύνολο	271	287	230	838	100,0

**Πίνακας 5**

**Κατανομή κατακλίσεων ασθενών σε σχέση με τη  
φύση της νόσου των (περίοδος 1985-1987)**

Διάφορες νοσολογικές καταστάσεις	Σύνολο κατακλίσεων	Αντιλογία (%) στις διάφορες νοσολογικές καταστάσεις
ΑΕΕ (αμιγλήεις - παραληγείς - ιεραμληγείς)	460	54,8
Διάφορα κατάγματα	124	14,3
Επιποτία, σφειδαίωση, κοχχία	62	7,5
Καρκίνος σε διάφορες ιστοίς	60	7,2
Εσκαρωδής διαβήτης	50	5,9
Νευρολογικά νοσήματα	42	5,0
Διάφορα άλλα νοσήματα	40	4,8
Σύνολο	838	100,0

### **3.3 Κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων**

Προκειμένου να καθορίσουμε τους ασθενείς εκείνους που έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατακλίσεις με την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο, πρέπει να τους κατατάξουμε σύμφωνα με τις ενδείξεις ορισμένων ειδικών κλιμάκων αξιολόγησης που έχουν χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι κλίμακες των : *Norton (1962), Braden (1987), Lowthian (1987), Waterlow (1988) και Cubbin & Jackson (1991).* (Διαμάντη Σ., Γραμματικοπούλου Ε. 1998)

Με την κλίμακα Norton αξιολογούνται έξι παράγοντες :

**α) Φυσική κατάσταση, β) διανοητική κατάσταση, γ) Δραστηριότητα, δ) Υγρασία, ε) κινητικότητα, στ) ακράτεια.**

Κάθε παράγοντας βαθμολογείται από 1-4. Χαμηλότερη βαθμολόγηση σημαίνει αυξημένο κίνδυνο. (*Norton 1989, Bryant κ.ά. 1992*)

Κάθε ασθενής με βαθμολογία με βαθμολογία λιγότερο ή ίσο με 14 απαιτεί άμεση εφαρμογή ενός ιδιαίτερου προγράμματος πρόληψης. (*Σίδα Β., 1988*)

Μια άλλη αξιολογη κλίμακα είναι η Braden scale. Η κλίμακα αυτή συνίσταται από έξι παράγοντες : **α) κινητικότητα, β) δραστηριότητα, γ) υγρασία, δ) αισθητικότητα, ε) διατροφή και στ) τριβή και ξηρότητα δέρματος.** Κάθε παράγοντας βαθμολογείται από 1-4 εκτός από τον παράγοντα τριβή και ξηρότητα δέρματος που βαθμολογείται από 1-3. Με τελική βαθμολόγηση από 16 και κάτω θεωρείται ότι ο ασθενής έχει σημαντικό κίνδυνο να εμφανίσει κατακλίσεις (*Bryant κ.α. 1992*).

**Πίνακας 6**  
**Τροποποιημένη κλίμακα Norton**

**Κλίμακες αξιολόγησης ασθενών για ανάπτυξη κατακλίσεων**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Norton	Waterlow	Braden	Cubbin & Jackson
Γενική φυσική κατάσταση	♦			
Νοητική κατάσταση	♦		♦	♦
Κινητικότητα	♦	♦	♦	♦
Δραστηριότητα	♦		♦	
Ακράτεια	♦	♦		♦
Θρέψη		♦	♦	♦
Βάρος σώματος		♦		♦
Ηλικία		♦		♦
Κατάσταση δέρματος		♦		♦
Υγρασία			♦	
Τριβή			♦	
Φάρμακα		♦		
Αναπνοή				♦
Ειδικοί παράγοντες		♦		
Υγιεινή				♦
Αιμοδυναμική κατάσταση				♦

**ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON (συμπληρωμένη)**

Ασθενείς με score  $\leq 14$  σημαίνει ότι είναι υψηλού κινδύνου  
για ανάπτυξη κατακλίσεων

<b>ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Καλή	4
Μέτρια	3
Κακή	2
Πολύ κακή	1

<b>ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Διαύγεια	4
Απάθεια	3
Σύγχυση	2
Κώμα	1

<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Περπατητικός	4
Περπατάει με βοήθεια	3
Κάθεται στην καρέκλα	2
Κατακεκλιμένος	1

<b>ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Πλήρης	4
Ελαφρά περιορισμένη	3
Πολύ περιορισμένη	2
Ακίνησια	1

<b>ΑΚΡΑΤΕΙΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Απούσα/καθετήρας	4
Ακράτεια ούρων	3
Ακράτεια κοπράνων	2
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1

<b>ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Φυσιολογική	4
Μικρή	3
Ρινογαστρικός καθετήρας/υγρά	2
Τίποτα από το στόμα/Ανορεξία	1

**ΚΛΙΜΑΚΑ CUBBIN & JACKSON**

Ασθενείς με score  $\leq 25$  σημαίνει ότι είναι υψηλού κινδύνου  
για ανάπτυξη κατακλίσεων

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
< 40	4
40 - 55	3
55 - 70	2
> 70	1
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Φυσιολογικό	4
Παχυσαρκία	3
Καχεξία	2
Οίδημα	1
<b>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Φυσιολογικό	4
Ερυθρότητα	3
Εκλεπτυσμένο-αποφλοιωμένο	2
Νεκρώσεις	1
<b>ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Διαύγεια	4
Σύγχυση	3
Καταστολή	2
Κώμα	1
<b>ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Πλήρης	4
Περπατάει με βοήθεια	3
Πολύ περιορισμένη/Κάθεται στην καρέκλα	2
Ακίνησια / κεκλιμένος	1
<b>ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Πλήρης διαίτα και υγρά από το στόμα	4
Ελαφρά διαίτα / Εντερική	3
Παρεντερική	2
Μόνο ενδοφλέβια χορήγηση υγρών	1
<b>ΑΝΑΠΝΟΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Δική του αναπνοή	4
Υποβοηθούμενη	3
Πλήρης μηχανικός αερισμός	2
Εργώδης αναπνοή	1
<b>ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Σταθερή χωρίς ινότροπα	4
Σταθερή με ινότροπα	3
Ασταθής χωρίς ινότροπα	2
Κρίσιμη με ινότροπα	1
<b>ΑΚΡΑΤΕΙΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Απούσα / καθετήρας	4
Ακράτεια ούρων	3
Ακράτεια κοπράνων	2
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1
<b>ΥΓΙΕΙΝΗ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΙ</b>
Ικανός να κάνει μόνος τους την υγιεινή του	4
Κάνει την υγιεινή μόνος του με μικρή βοήθεια	3
Χρειάζεται πολύ βοήθεια	2
Πλήρη εξάρτηση	1

## ΚΛΙΜΑΚΑ BRADEN

### Αισθητηριακή Αντίληψη

Η ικανότητα να ανταποκρίνεται εκουσίως σε δυσφορία η οποία οφείλεται σε άσκηση πίεσης

#### 1. Εντελώς περιορισμένη

- Δεν ανταποκρίνεται σε επώδυνα ερεθίσματα εξαιτίας μειωμένου επιπέδου συνειδησης ή πρεμιστικών
- Μειωμένη ικανότητα να αισθάνεται πόνο στο μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας του σώματος

#### 2. Πολύ περιορισμένη

- Ανταποκρίνεται μόνο σε επώδυνα ερεθίσματα
- Ελαττωμένη αισθητηριακή αντίληψη η οποία περιορίζει την ικανότητα να αισθάνεται πόνο ή δυσχέρεια σε περισσότερο από το μισό της επιφάνειας του σώματος

#### 3. Ελαφρώς περιορισμένη

- Ανταποκρίνεται σε προφορικές εντολές αλλά δεν μπορεί πάντα να εκφράσει τη δυσχέρεια ή την ανάγκη για αλλαγή θέσης
- Έχει σχετικά ελαττωμένη αισθητηριακή αντίληψη η οποία περιορίζει την ικανότητα να αισθάνεται πόνο ή δυσχέρεια σε ένα ή δύο άτομα

#### 4. Φυσιολογική

- Ανταποκρίνεται στα λεκτικά ερεθίσματα
- Δεν έχει κανένα αισθητηριακό έλλειμμα, το οποίο θα του περιορίζε την ικανότητα να αισθάνεται και να εκφράζει πόνο ή δυσφορία

### Υγρασία

Ο βαθμός στον οποίο το δέρμα εκτίθεται στην υγρασία

#### 1. Συνεχώς βρεγμένο

Το δέρμα διατηρείται σχεδόν πάντα βρεγμένο από ιδρώτα, ύρα κ.λ.π. Η υγρασία επισκοπείται κάθε φορά που ο ασθενής μετακινείται ή αλλάζει θέση

#### 2. Πολύ βρεγμένο

Το δέρμα είναι βρεγμένο συχνά αλλά όχι πάντα. Τα σκεπάσματα πρέπει να αλλάσσονται τουλάχιστον μία φορά σε κάθε βάρδια

#### 3. Περιστασιακά βρεγμένο

Το δέρμα είναι περιστασιακά βρεγμένο, έτσι ώστε απαιτεί μια επιπλέον αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων περι που μία φορά την ημέρα

#### 4. Σπανίως βρεγμένο

Το δέρμα είναι συνήθως στεγνό και τα κλινοσκεπάσματα αλλάσσονται σε διαδικασία ρουτίνας

<b>Δραστηριότητα</b>	<b>1. Κατάκοιτος</b>	<b>2. Ανάπηρος</b>	<b>3. Περπατά περιστασιακά</b>	<b>4. Περπατά συχνά</b>
Ο βαθμός της φυσικής δραστηριότητας		<p>Η ικανότητα να περπατάει είναι αυστηρά περιορισμένη ή ανύπαρκτη. Δεν μπορεί να μεταφέρει ούτε καν το δικό του βάρος και χρειάζεται βοήθεια για τη μετακίνησή του</p>	<p>Περπατά περιστασιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά για πολύ μικρές αποστάσεις με ή χωρίς βοήθεια. Περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο κρεβάτι ή την καρέκλα</p>	<p>Περπατά έξω από το δωμάτιο τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και μέσα στο δωμάτιο τουλάχιστον μία φορά κάθε δύο ώρες</p>

<b>Κινητικότητα</b>	<b>1. Εγτελώς ακίνητος</b>	<b>2. Πολύ περιορισμένη κινητικότητα</b>	<b>3. Ελαφρώς περιορισμένη κινητικότητα</b>	<b>4. Κανένας περιορισμός στην κινητικότητα</b>
<p>Η ικανότητα να αλλάζει και να ελέγχει τη θέση του σώματος</p>	<p>Δεν εκτελεί ούτε τις παραμικρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων αλλά είναι αίκανος να κάνει συχνές ή σημαντικές αλλαγές χωρίς βοήθεια</p>	<p>Εκτελεί περιστασιακές μικρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων, αλλά είναι αίκανος να κάνει συχνές ή σημαντικές αλλαγές χωρίς βοήθεια</p>	<p>Κάνει συχνές, αλλά μικρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων</p>	<p>Κάνει σημαντικές και συχνές αλλαγές στη θέση του σώματος χωρίς καμία βοήθεια</p>

## Συνδυασμός δυνάμεων Τριβής - Ολίσθησης

1. Πρόβλημα	2. Δυνητικό πρόβλημα	3. Όχι προφανές πρόβλημα
Χρειάζεται μέτρια έως πολύ βοήθεια στη μετακίνηση. Αυτή είναι ανέφικτη χωρίς την ανάπτυξη δυνάμεων τριβής. Συχνά ολισθαίνει στο κρεβάτι ή την καρέκλα, απαιτώντας συχνά αλλαγή της θέσεώς του με τη βοήθεια άλλου. Οι σπασμωδικές κινήσεις οδηγούν σε συνεχή τριβή.	Μετακινείται με δυσκολία ή χρειάζεται βοήθεια. Κατά τη διάρκεια της μετακίνησης το σώμα ολισθαίνει σε κάποιο βαθμό πάνω στα σεντόνια στις καρέκλες ή άλλα περιοριστικά μέτρα. Τον περισσότερο καιρό διατηρεί σχετικά καλή θέση στην καρέκλα ή στο κρεβάτι, όμως περιστασιακά ολισθαίνει.	Μετακινείται στο κρεβάτι και την καρέκλα αυτόνομα. Έχει ικανοποιητική μυϊκή δύναμη ώστε να αναστηκώνεται εντελώς κατά τη μετακίνηση. Διατηρεί πάντα καλή θέση στο κρεβάτι ή την καρέκλα.

(Potter Patricia, Peggy Anne, 1993)



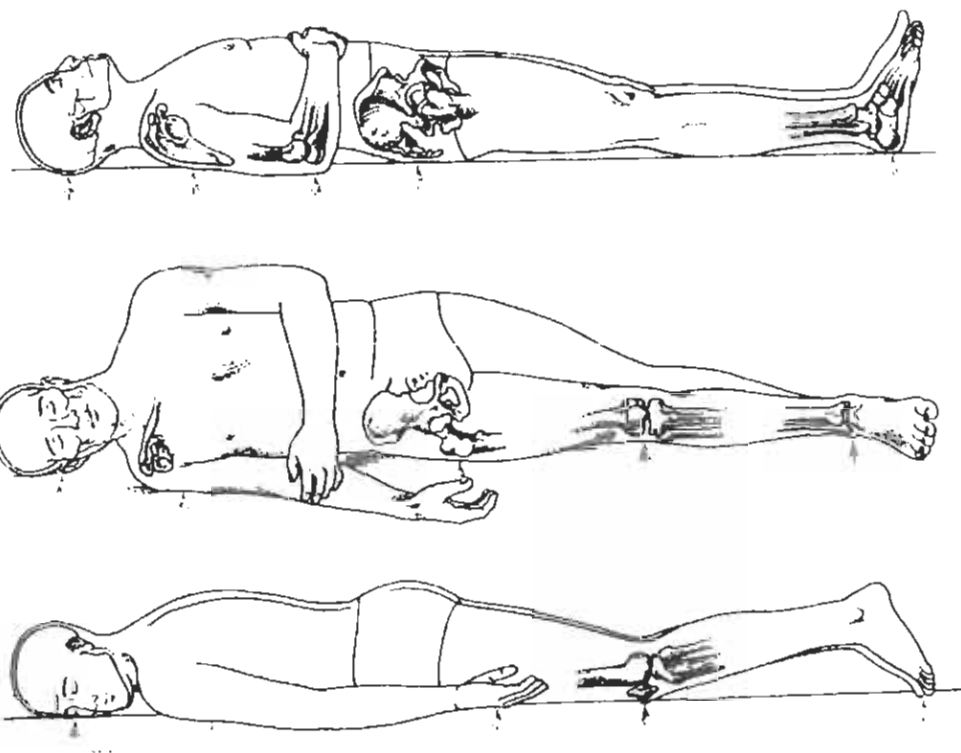
### 3.4 Περιοχές συχνής εμφάνισης κατακλίσεων

Το 95% περίπου των κατακλίσεων δημιουργούνται σε σημεία του κάτω μέρους του σώματος. Συνηθέστερα είναι :

- Πτέρνες, σφυρά, μείζονας τροχαντήρου, κόκκυγας
- Γόνατα, αγκώνες, ωμοπλάτη
- Ακανθώδεις αποφύσεις σπονδυλικής στήλης, ινιακόν οστούν
- Πτερύγια αυτιών (Αθανάτου Ε, 1995) (εικ. 1 & 2)

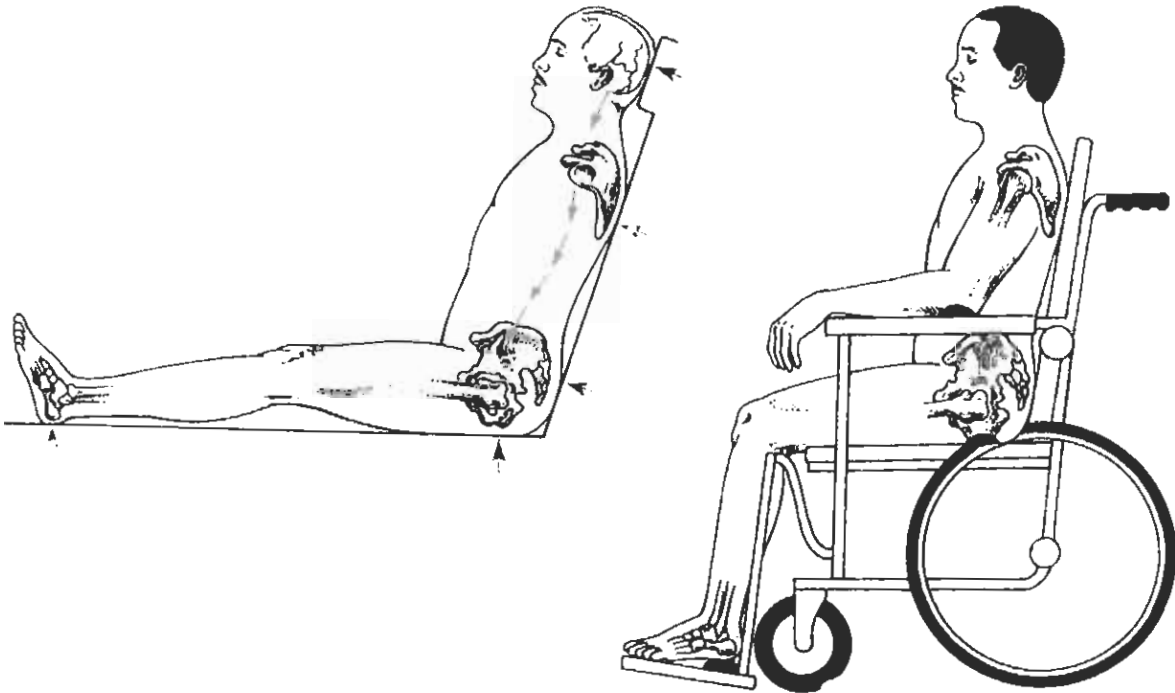
#### Εικόνα 1

Θέσεις εμφάνισης κατακλίσεων  
σε υπτία, πλάγια και πρηνή θέση.



## Εικόνα 2

Θέσεις εμφάνισης κατακλίσεων σε καθιστή και ημικαθιστή θέση  
(*Elkin M.K., Perry Anne, 1996*)



### 3.5 Παθογένεση Κατακλίσεων

Ο ασθενής με διαταραγμένη φυσική κινητικότητα βρίσκεται σε κίνδυνο δημιουργίας Κατακλίσεων. Η κατάκλιση συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της σχέσης χρόνου - πίεσης. Όσο μεγαλύτερη είναι η πίεση και η διάρκειά της τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα δημιουργίας Κατακλίσεων. Το δέρμα και ο υποδόριος ιστός μπορούν να ανεχθούν κάποια πίεση, ωστόσο πίεση που ασκείται εξωτερικά και είναι μεγαλύτερη απ'αυτή του τριχοειδικού πλέγματος μειώνει ή επιβαρύνει την αιματική ροή στους παρακείμενους ιστούς. Αυτοί οι ιστοί γίνονται υποξικοί και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα βλάβες από ισχαιμία. Αν αυτή η πίεση είναι μεγαλύτερη από 32 mmHg και δεν αρθεί στο σημείο της υποξίας, τα αγγεία «κολλαψώνονται» και δημιουργούν θρόμβους. (*Maklebust J. 1987*).

Αν η πίεση αρθεί πριν το κρίσιμο σημείο, η κυκλοφορία στους προσβεβλημένους ιστούς επαναφέρεται μέσω του φυσιολογικού μηχανισμού της αντιδραστικής υπεραιμίας. Οι κατακλίσεις επίσης είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού τριβής πίεσης (shearing force), όταν ο ασθενής μετακινείται στο κρεβάτι. Η περιοχή του ιερού οστού και των πτερνών, είναι η πιο ευπαθής. Το αποτέλεσμα της πίεσης μπορεί να αυξηθεί από το ομοιογενώς κατανεμημένο βάρος του σώματος. Εξαιτίας της βαρύτητας το άτομο υπόκειται σε συνεχείς πιέσεις του σώματός του, έναντι οποιαδήποτε επιφάνεια με την οποία έρχεται σε επαφή (*Berecek KH, 1975*).

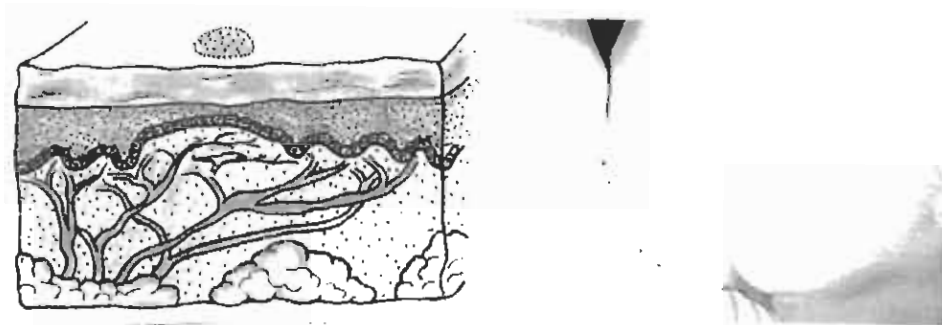
Αν η πίεση κατανέμεται ανομοιογενώς πάνω στο σώμα το ποσό της πίεσης αυξάνεται στους συγκεκριμένους ιστούς που δέχονται την πίεση. Ο κυτταρικός μεταβολισμός στο δέρμα μεταβάλλεται στο σημείο που ασκείται πίεση. Η απόκριση των ιστών στην ισχαιμία είναι ο μηχανισμός της αντιδραστικής υπεραιμίας που επιτρέπει την επαναφορά της αιματικής ροής στον ισχαιμικό ιστό όταν η πίεση απομακρύνεται. Η αυξημένη αιματική ροή αυξάνει τη μεταφορά του  $O_2$  και των θρεπτικών συστατικών στους ιστούς. Το μεταβολικό ανισοζύγιο που είναι αποτέλεσμα της πίεσης, μπορεί τότε να αποκατασταθεί. Αφού το φυσιολογικό ισοζύγιο αποκαθίσταται, η νέκρωση του συμπιεζόμενου ιστού αποφεύγεται (*Pires M. Multer A. 1991*).

Η αντιδραστική υπεραιμία είναι αποτελεσματική μόνο όταν η πίεση απομακρύνεται πριν συμβεί η βλάβη. Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι το χρονικό περιθώριο πριν συμβεί η βλάβη είναι περίπου 1 έως 2 ώρες.

Ωστόσο αυτό είναι ένα υποκειμενικό χρονικό περιθώριο και δεν βασίζεται σε αποδεδειγμένους χρονικούς υπολογισμούς (*Potter P., Perry A. 1993*).

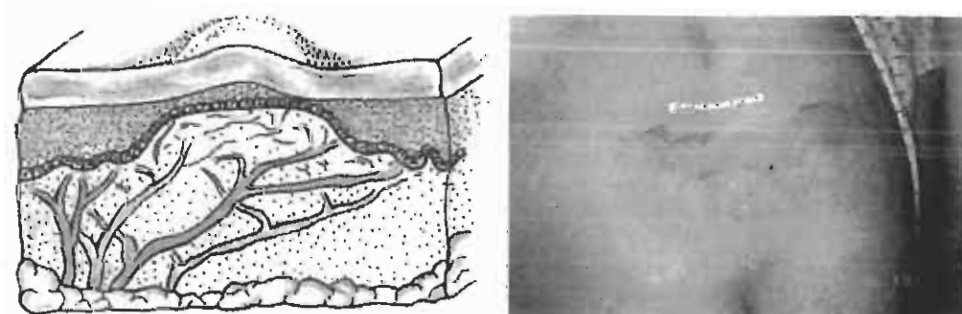
## 3.6 Στάδια κατακλίσεων

### 1° Στάδιο εξέλιξης



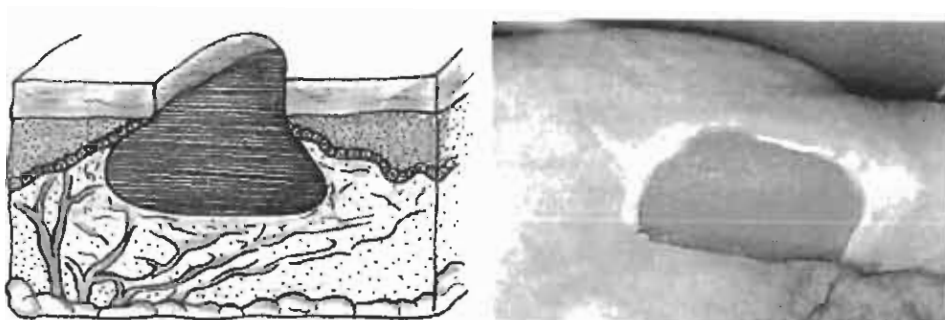
- Ιστικές Βλάβες :**
- Ερυθρότητα που δεν υποχωρεί μετά 15- 20' από την αλλαγή θέσεως
  - Θερμότητα
  - Πόνος - νευρώση ανέπαφη
  - Δέρμα ανέπαφο

### 2° Στάδιο εξέλιξης



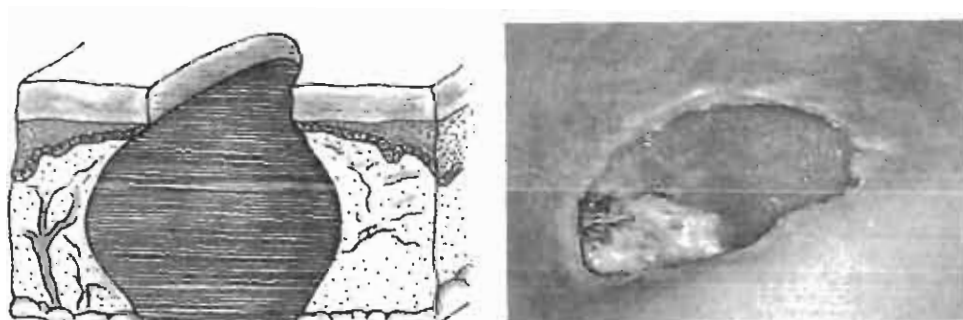
- Ιστικές Βλάβες :**
- Λέπτυνση δέρματος με χρώμα υποκόανο ή σκοτεινόχρωμο
  - Εμφάνιση επιπολής φουσαλίδα με ερυθρότητα στη γύρω περιοχή
  - Λύση συνεχείας δέρματος που αφορά την επιδερμίδα. Ιστική βλάβη χωρίς βάθος

### 3° Στάδιο εξέλιξης



- Ιστικές Βλάβες :**
- Βαθύτερη βλάβη. Περιλαμβάνει τον υποδόριο ιστό με τάση για επέκταση στους μυς και τα οστά
  - Πιθανή εμφάνιση εσχάρας, πυορροούσα, λευκάζουσα ή κιτρινωπή

### 4° Στάδιο εξέλιξης



- Ιστικές Βλάβες :**
- Επέκτασης της βλάβης στους μυς και στα οστά
  - Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση, εκροή, συχνά δυσσομία, στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού.

*(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)*

*(Αθανάτου Ε., 1995)*

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4°

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

#### 4.1 Νοσηλευτική διάγνωση των κατακλίσεων

Η Νοσηλευτική διάγνωση είναι βασισμένη σε υπολογισμένα στοιχεία που σχετίζονται με τη μειωμένη δερματική ακεραιότητα του ασθενούς, η οποία οφείλεται σε οποιονδήποτε από τους ακόλουθους παράγοντες: Μειωμένη κινητικότητα, μειωμένη αισθητηριακή αντίληψη, ελαττωμένη ιστική κυκλοφορία, πλημμελή θρέψη, τριβή και δυνάμεις ολίσθησης, αυξημένη υγρασία και προχωρημένη ηλικία (*Smelter S. 1992*).

#### 4.2 Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Οι κυριότεροι στόχοι για τον ασθενή περιλαμβάνουν την άρση της πίεσης, τη βελτίωση της κινητικότητας, τη βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης, τη βελτίωση της ιστικής διίδρωσης και της θρεπτικής κατάστασης, την ελαχιστοποίηση της δράσεως των δυνάμεων τριβής και ολίσθησης καθώς επίσης επούλωση των κατακλίσεων εάν υπάρχουν (*Smelter S. 1992*)

#### 4.3 Κυριότερες μέθοδοι πρόληψης

Το πρώτο βήμα στην πρόληψη των κατακλίσεων είναι η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου. Ο νοσηλευτής τότε μειώνει τους εξωτερικούς παράγοντες που επιταχύνουν τη δημιουργία τους, όπως είναι η υψηλή θερμοκρασία δωματίου (η οποία προκαλεί εφίδρωση), η υγρασία και οι πτυχές στο σεντόνι του κρεβατιού. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και των παραπάνω παραγόντων, βοηθά το νοσηλευτή στην πρόληψη των κατακλίσεων. Τα κυριότερα σημεία της νοσηλευτικής παρέμβασης σε αυτό το στάδιο είναι τρία: η υγιεινή και τοπική φροντίδα του δέρματος, η συχνή αλλαγή της θέσεως του σώματος και η χρήση θεραπευτικών κρεβατιών και στρωμάτων.

- **Υγιεινή και φροντίδα του δέρματος**

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί το δέρμα του ασθενούς καθαρό και στεγνό. Στο πρωταρχικό στάδιο για την πρόληψη της λύσης της συνεχείας του δέρματος ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά συνεχώς το δέρμα του ασθενούς, το οποίο δεν πρέπει να παραμελείται ούτε και από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας. Επιπρόσθετα, τα είδη των προϊόντων που είναι διαθέσιμα για τη φροντίδα του δέρματος είναι αναρίθμητα. Γι' αυτό η χρήση τους πρέπει να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς (*Maklebust J. 1991*)

Η φροντίδα υγιεινής είναι ουσιώδης, αλλά η υπερβολική χρήση σαπουνιού πρέπει να αποθαρρύνεται, εξαιτίας του αλκαλικού του περιεχομένου, το οποίο συμβάλλει στη λύση της συνεχείας του δέρματος (*Beyers M., 1977*). Το αλκαλικό υπόλειμμα εμποδίζει την ανάπτυξη της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος κι έτσι προάγει τον πολλαπλασιασμό των παθογόνων μικροοργανισμών, τα οποία τότε είναι σε θέση να εισέλθουν στην ανοιχτή πληγή (*Barns SH., 1987*). Ειδικότερα ενδείκνυται η χρήση ενός μη λιπαρού σαπουνιού του «*Cetaphil Lotion*», το οποίο θεωρείται κατάλληλο για ασθενείς που είναι επιρρεπείς στο να παρουσιάσουν εξελκώσεις. Αυτό το υλικό χρησιμοποιείται σε άφθονες ποσότητες καθώς το αλείφουμε δυνατά για 30 δευτερόλεπτα και το αφαιρούμε με μια στεγνή πετσέτα. Αυτή η διαδικασία καθαρίζει το δέρμα, προσφέρει διεγερτικό μασάζ, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η κυκλοφορία και να αφήνει ένα καταπραϊντικό στρώμα πάνω στο δέρμα, προλαμβάνοντας την ξηρότητα (*Rossen Th., 1983*)

Αφού το δέρμα καθαριστεί και στεγνώσει εντελώς, κρίνεται αναγκαίο να απλωθεί μια ενυδατική κρέμα για να διατηρήσει την επιδερμίδα καλά ενυδατωμένη, αλλά όχι υπερενυδατωμένη. Μια ενδεικτική ενυδατική κρέμα είναι το «*Cornstarch*», το οποίο βοηθά στη μείωση της τριβής. Κάποια ακόμα σκευάσματα είναι τα «*A & D Unicare and Pericare*», τα οποία είναι υδροφόρα και συνεπώς προστατεύουν το δέρμα από την

υγρασία. Επιπλέον τα παραπάνω μπορούν να καθαριστούν εύκολα από το δέρμα, κάτι που είναι πάρα πολύ σημαντικό, καθώς η χρήση αυτών των σκευασμάτων απαιτεί συστηματική και πλήρη απομάκρυνση από το δέρμα. Κι αυτό γιατί μια αλοιφή που είναι τοποθετημένη για μεγάλο χρονικό διάστημα στο ίδιο σημείο, μπορεί να γίνει μέσο για την ανάπτυξη βακτηριδίων και έτσι να προκληθούν μεγαλύτερα προβλήματα στο δέρμα, όπως «μούλιασμα» και μόλυνση.

Όταν οι ασθενείς είναι ακρατείς, η περιοχή πρέπει να καθαρίζεται κι ένας δερματικός φραγμός που να περιέχει οξείδιο του ψευδαργύρου πρέπει να δημιουργείται. Αυτοί οι φραγμοί προστατεύουν το δέρμα από την υγρασία, τις τοξίνες, τα ούρα και τα κόπρανα. Όταν οι ασθενείς είναι ακρατείς, απορροφητικά επιθέματα όπως πάνες για ενήλικες μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Τα απορροφητικά αυτά επιθέματα εξωτερικά καλύπτονται από αδιάβροχο πλαστικό υλικό κι εσωτερικά από βαμβάκι. Αυτά τα μιας χρήσεως αδιάβροχα εσώρουχα δεν πρέπει να έρχονται σε άμεση επαφή με το δέρμα του ασθενούς, γιατί δεν απομακρύνουν την υγρασία απ' το δέρμα του. Αυτά τα προϊόντα προστατεύουν το κρεβάτι κι όχι τον ασθενή. Το πλαστικό επίσης προκαλεί εφίδρωση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε «μούλιασμα» του δέρματος. Το υγρό και μουλιασμένο δέρμα είναι εξαιρετικά ευπαθές στην πίεση, την τριβή και τον συνδυασμό τριβής - πίεσης. Έτσι, η λύση της συνεχείας του δέρματος συμβαίνει πολύ πιο γρήγορα. Αν αυτά τα αδιάβροχα επιθέματα είναι απαραίτητα για να απορροφούν τα υγρά του σώματος, πρέπει να τοποθετούνται σε μαξιλαροθήκες ή κάτω από ένα σεντόνι (Potter P. Perry A., 1993)

- **Αλλαγή των θέσεων του σώματος**

Οι παρεμβάσεις που αφορούν την αλλαγή θέσεων έχουν σχεδιαστεί για να μειώνουν την πίεση και το συνδυασμό τριβής - πίεσης πάνω στο δέρμα. Η θέση των κατακεκλημένων ασθενών πρέπει να αλλάζεται

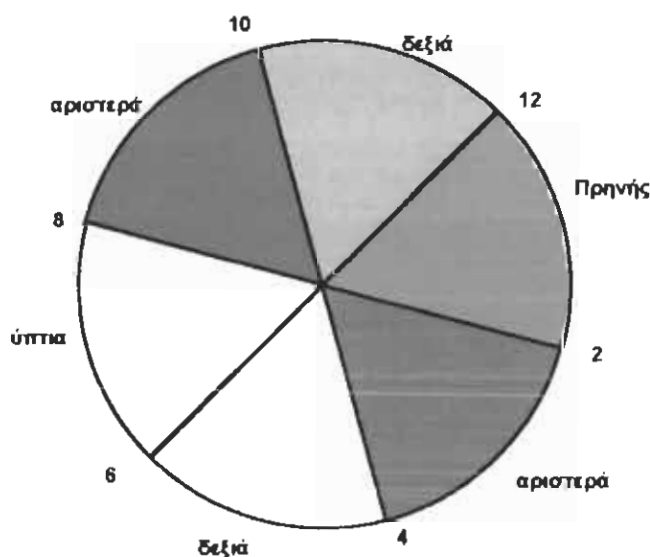


σύμφωνα με το επίπεδο δραστηριότητας και αισθητηριακής ικανότητας. Έτσι ένα σταθερό πρόγραμμα αλλαγής θέσης κάθε 1½ - 2 ώρες ίσως να μην είναι αρκετό για την πρόληψη κατακλίσεων σε κάποιους ασθενείς.

Για τον καλύτερο προγραμματισμό των αλλαγών θέσεων του ασθενούς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το σχήμα «ρολόι» το οποίο καθορίζει την ώρα που θα γίνει αλλαγή της θέσεώς του καθώς και του είδους της θέσεως που θα δοθεί.

Αν ο ασθενής έχει ήδη κατάκλιση:

- Η διάρκεια παραμονής του προς την πλευρά της κατάκλισης, δεν θα πρέπει να είναι περισσότερο από μία ώρα
- Δεν θα πρέπει να «γυρίζει» προς την πλευρά της κατάκλισης περισσότερο από τρεις φορές την ημέρα.

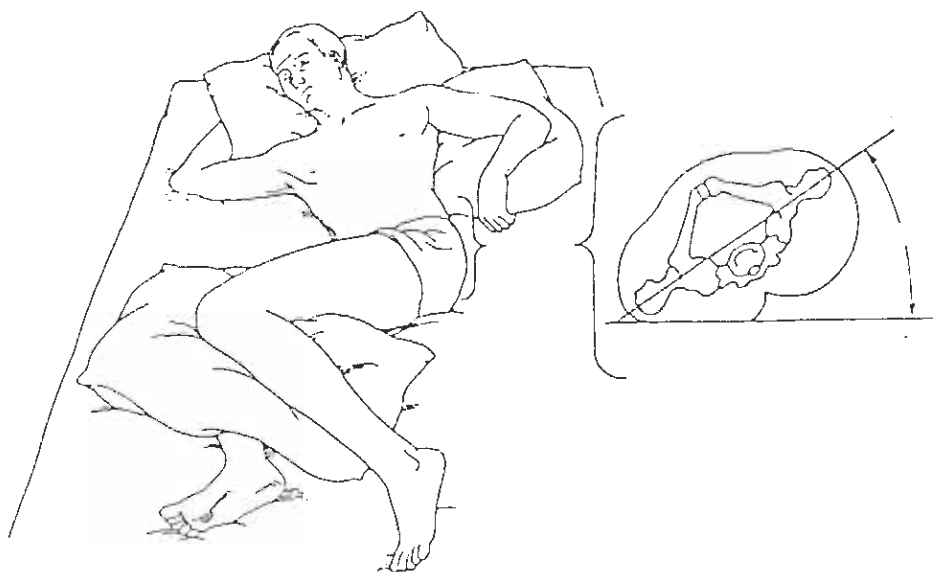


Όταν ο ασθενής μπορεί να καθίσει σε μια καρέκλα, η χρονική διάρκεια πρέπει να περιορίζεται σε 2 ώρες ή λιγότερο. Βέβαια, η ακριβής χρονική διάρκεια πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Ωστόσο, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να κάθεται για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη από το προτεινόμενο διάστημα, το οποίο υπολογίστηκε κατά τη διάρκεια της εκτίμησης. Ως εκ τούτου, αν το προτεινόμενο χρονικό περιθώριο είναι κάθε 1½ ώρα, ο ασθενής θα πρέπει να κάθεται στην ίδια

θέση λιγότερο από αυτό το χρονικό διάστημα. Στην καθιστή ή ημικαθιστή θέση, η πίεση στο ισχίο είναι μεγαλύτερη απ' ότι σε πρηνή θέση. Επιπλέον, ένας ασθενής υψηλού κινδύνου που κάθεται σε καρέκλα, θα πρέπει να διδάσκεται ή να βοηθείται να εναλλάσσει το βάρος του κάθε 15'. Η εναλλαγή του βάρους προσφέρει βραχυπρόθεσμα ανακούφιση της ισχιακής περιοχής. Ένας ασθενής θα πρέπει επίσης να κάθεται πάνω σε μαξιλάρια με αέρα, αφρό ή ζελέ, για να κατανέμεται το βάρος έτσι, ώστε να μην πιέζεται μόνο το ισχίο.

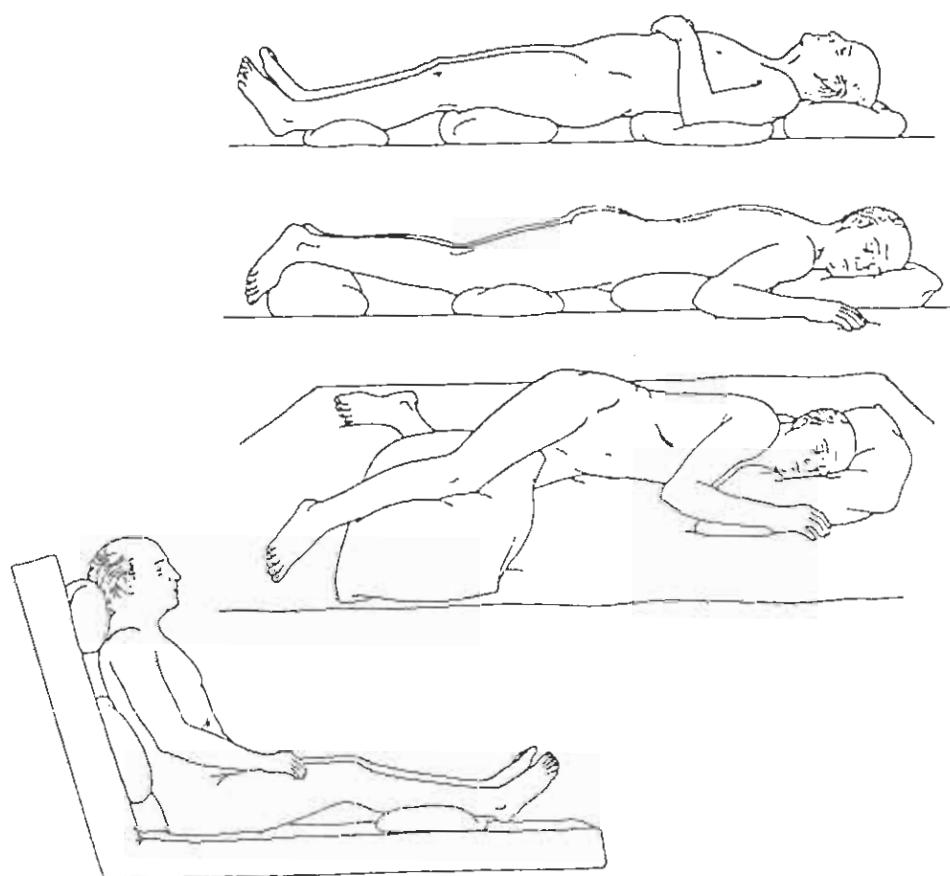
Αφού ο ασθενής αλλάξει θέση ο νοσηλευτής επανεκτιμά το δέρμα και παρατηρεί για τη φυσιολογική αντιδραστική υπεραίμια και το ερύθημα. Οι περιοχές με ερυθρότητα σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να μαλάσσονται. Αυτή η αλλαγή στην πρακτική είναι αποτέλεσμα νοσηλευτικής έρευνας. Η μάλαξη των περιοχών με ερυθρότητα αυξάνει την πιθανότητα ρήξης των τριχοειδών στους υποκείμενους ιστούς και έτσι αυξάνει την πιθανότητα δημιουργίας κατακλίσεων (*Potter P., Perry A., 1993*).

Μια θέση που ενδείκνυται είναι η εξής : η λεκάνη να έχει κλίση 30° έναντι της απλής πλάγιας θέσης όπου πιέζονται άμεσα οι τροχαντήρες. (βλ. εικ.)



Εικόνα 1  
Κλίση 30° της λεκάνης

Συνίσταται επίσης η χρήση μαξιλαριών που δημιουργούν το μηχανισμό της γέφυρας όπου χρειάζεται. Η χρήση των μαξιλαριών εμποδίζει την άμεση επαφή μεταξύ των οστέινων προεξοχών. Το πάνω μέρος του κρεβατιού να έχει κλίση λιγότερη από 30° εκτός από συγκεκριμένες νοσηλείες (π.χ. κατά τη λήψη τροφής) όπου χαμηλότερη κλίση του κρεβατιού αντενδείκνυται (*Elkin Martha Keene, Perry Anne, Potter Patricia, 1996*)



Εικόνα 2  
Τοποθέτηση μαξιλαριών

(*Elkin Martha Keene, Perry Anne, Potter Patricia, 1996*)

- Τεχνική της αλλαγής θέσεως του σώματος

Η αλλαγή θέσεως απαιτεί δύο νοσηλευτές, οι οποίοι στέκονται στις δύο πλευρές του κρεβατιού. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση και πρέπει

να γυριστεί πλάγια, πρώτον το χέρι που βρίσκεται προς τη πλευρά, που θα γυρίσει ο ασθενής, απομακρύνεται ελαφρώς από το σώμα. Στη συνέχεια το άλλο χέρι φέρεται κατά μήκος της μέσης και το ένα πόδι επάνω στο άλλο. Με αυτόν τον τρόπο το βάρος των άκρων χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τους νοσηλευτές. Τότε αυτοί τοποθετούν τα χέρια τους στους γλωτούς και στους ώμους του ασθενούς. Ο ένας φέρει το επάνω μέρος του σώματος προς την επιθυμητή κατεύθυνση και ο άλλος σπρώχνει το κατώτερο προς την ίδια φορά. Έτσι ο ασθενής στρέφεται στο ένα πλάι. Τότε το υποκείμενο κάτω άκρο εκτείνεται, ενώ το υπερκείμενο τοποθετείται λυγισμένο. Ένα μαξιλάρι μπορεί να τοποθετηθεί ανάμεσα στα δύο πόδια και ένα άλλο στην πλάτη, υποστηρίζοντάς την.

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές να ελέγξουν αν το κεφάλι του ασθενούς είναι τοποθετημένο κατάλληλα. (*Irvine R.E., Bangall M.K., 1978*)

- **Συστήματα υποστηρίξεως**

Μια ποικιλία ειδικών κρεβατιών και στρωμάτων έχει σχεδιαστεί για να μειώνει τους κινδύνους στο δέρμα και το μυοσκελετικό σύστημα από την έλλειψη κινητικότητας. Ωστόσο κανένα δεν ελαχιστοποιεί την ανάγκη για προσεκτική νοσηλευτική φροντίδα. Καμία συσκευή μόνη της δεν περιορίζει τα αποτελέσματα της πίεσης επάνω στο δέρμα. Κατά την επιλογή του συγκεκριμένου κρεβατιού, ο νοσηλευτής πρέπει να εξετάζει διεξοδικά τις ανάγκες των ασθενών. Οι ασθενείς και η οικογένειά του πρέπει να διδαχθούν το λόγο για την κατάλληλη χρήση των κρεβατιών και στρωμάτων. Όταν αυτά χρησιμοποιούνται σωστά βοηθούν στη μείωση των κατακλίσεων σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (*Potter Patricia, Perry Anne 1993*).

Αρκετά από αυτά τα συστήματα υποστηρίξεως για να δώσουν καλύτερα αποτελέσματα χρειάζεται πολλές φορές να τοποθετούνται και δύο - δύο μαζί, καθώς επίσης κρίνεται απαραίτητη σε πολλά από αυτά και η αντικατάστασή τους κάθε 2-4 χρόνια.

1) Το **DHSS STANDARD ISSUE Στρώμα** δεν είναι επαρκές εάν ο ασθενής είναι αρκετά ευάλωτος, γι' αυτό και το χρησιμοποιούμε μαζί με το στρώμα VAPERN, το οποίο προσφέρει στους ασθενείς περισσότερη προστασία και διαρκεί περισσότερο αν και το αρχικό του κόστος είναι μεγαλύτερο.

2) Το **POLYFLOAT Σύστημα** είναι επίσης χρήσιμο σαν ένα εναλλακτικό στρώμα. Είναι παχύτερο και αποτελείται από 2 στρώματα αφρώδους υλικού που είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους. Το πάνω στρώμα είναι κατασκευασμένο έτσι ώστε να αποτελείται από σχεδόν ξεχωριστά κομμάτια αφρώδους ύλης.

Είναι πολύ χρήσιμο για ασθενείς που έχουν ανάγκη από ένα στέρεο στρώμα όπως αυτοί με ορθοπεδικά προβλήματα.

3) Το **LARGE CELL RIPPLE MATTRESS Στρώμα** εναλλασσόμενης πίεσεως. Το στρώμα αυτό αποτελείται από 2 κυλινδρικούς σωλήνες αέρος οι οποίοι φουσκώνουν και ξεφουσκώνουν ο κάθε ένας ξεχωριστά. Ο κύκλος ποικίλει από 2-6 λεπτά, επαναλαμβάνεται δε αυτόματα έτσι ώστε κανένα μέρος του σώματος να μην είναι συνεχώς υπό πίεση.

Το στρώμα αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε κρεβάτι ακόμη και σ' αυτό του ασθενούς, στο σπίτι του.

Θα πρέπει να φουσκώσουμε το στρώμα τελικώς πριν τοποθετήσουμε τον ασθενή επάνω, ούτως ώστε να μπορέσουμε να δούμε τυχόν προβλήματα.

Εάν το κόκκινο προειδοποιητικό φως δεν σβήσει εντός 10'- 15' η πίεση είναι χαμηλή και το στρώμα πρέπει να ελεγχθεί.

Αυτού του είδους τα στρώματα αποτελούν ένα εξαιρετικό σύστημα υποστηρίξεως αν βέβαια συντηρούνται κανονικά.

Είναι δε κατάλληλα για :

α) ευάλωτους ασθενείς και

β) για ηλικιωμένους

μπορούν δε άνετα να χρησιμοποιηθούν και στο σπίτι.

4) **Στρώμα SPENCO.** Τα στρώματα SPENCO μπορεί να τοποθετηθούν επάνω σε άλλα στρώματα για επί πλέον άνεση και προστασία. Είναι κατασκευασμένα από προϊόντα SILIKONE και πρέπει να αντικαθίστανται κάθε 2 χρόνια. Μπορούν δε να σταθούν και στο καθαριστήριο. Ιδιαίτερα δε κατάλληλα για ασθενείς που διατρέχουν μέτριο κίνδυνο, όπως επίσης και για ασθενή βρέφη.

5) **Κρεβάτι PEGASUS AIRWAVE.** Το κρεβάτι αυτό που δεν έχει έρθει ακόμη στην Ελλάδα, αμερικάνικης κατασκευής, διαδεδομένο στο εξωτερικό, είναι δυνατόν να ενοικιασθεί ή να αγορασθεί. Έχει 2 εναλλασσόμενα στρώματα τοποθετημένα το ένα πάνω στο άλλο, έτσι ώστε να παρέχεται επαρκής χώρος μεταξύ του σώματος του ασθενούς και του κρεβατιού. Ένα αισθητήριο μαξιλαράκι χρησιμεύει για να ανιχνεύει και να επανορθώνει την επί πλέον πίεση που δέχεται ο ασθενής όταν κάθεται πάνω στο κρεβάτι αυτό.

Πλέον χρήσιμο για :

α) *Ασθενείς που έχουν κατακλίσεις .* Η δράση του κρεβατιού και η εξαιρετική ανακούφιση που προσφέρει βοηθά στη θεραπεία των κατακλίσεων.

β) *Για ασθενείς που έχουν περιορισμένη κινητικότητα,* όπως αυτοί που δεν έχουν χάσει τελείως - τελείως τις αισθήσεις τους και ακόμη για ασθενείς που υποφέρουν από νευρολογικά προβλήματα.

γ) *Σε ασθενείς που αντενδείκνυται η διαρκής ανασήκωσή τους με τα χέρια.*

Και τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σοβαρά πάσχοντες που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν κάτακλίσεις. Το κρεβάτι αυτό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί τόσο στο σπίτι όσο και στο Νοσοκομείο προσφέροντας στον πάσχοντα εξαιρετική προστασία.

6) **WATER BEDS - ΥΔΡΟΚΡΕΒΑΤΑ.** Τα WATER BEDS δεν χρησιμοποιούνται πολύ σήμερα, γιατί είναι δύσκολο να σηκώνουμε τον ασθενή από

μία κινούμενη επιφάνεια. Ένας βαρύς ασθενής μπορεί να κάνει κατακλίσεις στις φτέρνες αν χρησιμοποιήσει αυτό το κρεβάτι.

7) **BEANFORT WINCHESTER FLOTATION BED.** Παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να επιπλέει στην επιφάνειά του αφού η δεξαμενή του έχει αρκετό όγκο ούτως ώστε να μετακινείται ο ασθενής χωρίς να αναπτύσσεται επιφανειακή τάση στη μεμβράνη που την επικαλύπτει.

Τα κρεβάτια αυτά είναι πολύ βαριά και δεν μεταφέρονται εύκολα. Μερικοί ασθενείς όμως τα βρίσκουν άνετα.

Η θερμοκρασία του νερού μπορεί να μεταβάλλεται σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενούς.

Είναι πιο κατάλληλα για αδύναμους ηλικιωμένους ή μικρόσωμους ασθενείς.

Δεν είναι καθόλου κατάλληλα για ασθενείς με πνευματική σύγχυση.

8) **ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ CLINITRON.** Αποτελείται από μία μονάδα αντλήσεως που εμφυσά θερμό αέρα σε ένα σύστημα που αποτελείται από γυάλινες μικρόσφαιρες.

Το σύστημα αυτό απορροφά εκκρίματα που είναι δυνατόν να απομακρυνθούν με τη χρήση ενός φίλτρου.

Η μονάδα αυτή παρέχει υδροστατική υποστήριξη στον ασθενή καθώς και ένα υγιεινό περιβάλλον στην επιδερμίδα του.

Η υγραποίηση του αέρα είναι συνεχής και μπορεί να σταματήσει όταν ο ασθενής μετακινηθεί.

Το κρεβάτι αυτό είναι πολύ ακριβό και θέλει τακτική συντήρηση. Αποτελεί όμως το ιδανικό σύστημα υποστηρίξεως για ιδιαίτερη ομάδα ασθενών και για σύντομο χρονικό διάστημα.

Περισσότερο κατάλληλο για :

- α) ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και που δεν επιδέχονται σήκωμα με τα χέρια

β) ασθενείς με σοβαρά εγκαύματα ή για ασθενείς με μεγάλες εκκρίσεις  
(Σίδα Β., 1988).

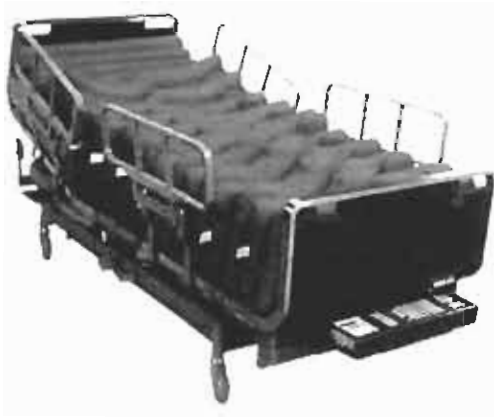
9) **ROTTΟ ΚΙΝΕΤΙC.** Το Rotto Kinetic χρησιμοποιείται για να διατηρεί το σκελετό σταθερό ενώ παράλληλα παρέχει κίνηση. Χρησιμοποιείται κυρίως για τη φροντίδα ασθενών με τραυματισμούς στη σπονδυλική στήλη και πολυτραυματίες. Η υποστηρικτική δομή του κρεβατιού περιγράφει κάθε μέλος του σώματος και το διατηρεί σταθερό με την προϋπόθεση ότι έχει γίνει η κατάλληλη τοποθέτηση. Το κρεβάτι περιστρέφεται από την μια πλευρά στην άλλη σε γωνία 60<sup>0</sup> με 90<sup>0</sup> κάθε 7 λεπτά. Η γωνία αυτή προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Η συνεχής περιστροφή εμποδίζει τη δημιουργία κατακλίσεων και ενεργοποιεί τα συστήματα του σώματος. Συνιστάται το κρεβάτι να βρίσκεται σε περιστροφική κίνηση για τουλάχιστον 20 ώρες την ημέρα. Επιπλέον υπάρχει μηχανισμός ασφαλείας, που μπορεί να διακόψει την περιστροφή όταν κρίνεται αναγκαίο. Η συνεχής όμως περιστροφή μπορεί να οδηγήσει σε δυσφορία, η οποία σχετίζεται με το περιορισμένο οπτικό πεδίο και διαταραχή της ισορροπίας στο έσω ους. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι γνώσης των συγκεκριμένων επιπλοκών και να προσφέρει στον ασθενή την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

10) **ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟ.** Το βαριατρικό κρεβάτι χρησιμοποιείται για τη φροντίδα των παθολογικά υπέρβαρων ασθενών. Αυτά τα κρεβάτια είναι πιο σταθερά και πιο πλατιά από τα συνηθισμένα. Μπορούν να αντέξουν βάρος έως και 350 κιλά.

Τα βαριατρικά κρεβάτια παρέχουν ένα ασφαλέστερο περιβάλλον για τον ασθενή και μειώνουν τον κίνδυνο τραυματισμού του προσωπικού στη διάρκεια μετακίνησης των υπέρβαρων ασθενών. Το μειονέκτημα όμως αυτού του κρεβατιού είναι ότι δεν εμποδίζει την άσκηση της πίεσης. Το γεγονός αυτό προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία για τους



υπέρβαρους ασθενείς, οι οποίοι έχουν μεγάλο κίνδυνο δημιουργίας κατακλίσεων εξαιτίας της φυσικής τους δυσκινησίας. Γι' αυτό το λόγο όταν χρησιμοποιούνται αυτά τα κρεβάτια είναι απαραίτητο να συνδυάζονται με επιπλέον στρώματα αέρα ή αφρού ώστε να ανακουφίζεται η πίεση (Elkin M.K., Perry Anne, 1996).



Εικόνα 3  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 4  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 5  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 6  
κρεβάτι Rotokinetic  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 7  
Κρεβάτι Pegasus - Airwave  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 8  
Στρώμα Πολυουρεθυλενίου  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)



Εικόνα 9  
Στρώμα Αέρα  
(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)

Εκτός από τα στρώματα και τα κρεβάτια που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ακόμα και ειδικά μαξιλάρια διαφόρων τύπων και άλλα εξαρτήματα απαραίτητα για τις ανάγκες των ασθενών, ιδιαίτερα αυτών που περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους σε αναπηρικές πολυθρόνες.

Αναφέρουμε τα μαξιλάρια SORBO, ROHO ή το κυματιστό (RIPPLE) μαξιλάρι με δικό του κινητήρα (*Σίδα Β. 1988*)

Κατά την τοποθέτηση των μαξιλαριών πρέπει να προσέχουμε να μην τοποθετούνται αυτά ποτέ κάτω από τα γόνατα διότι μπορεί να επηρεασθεί η κυκλοφορία του αίματος των κάτω άκρων λόγω πίεσεως των αγγείων της ιγνυακής χώρας κατά τη μακρά παραμονή στην ίδια θέση (*Rossen Th., 1983*)

Τα συμπαγή μαξιλάρια που έχουν σχήμα «ντόνατ» δεν συνίστανται, επειδή μειώνουν την παροχή αίματος στην περιοχή που τοποθετούνται κι έχουν ως αποτέλεσμα εκτεταμένες περιοχές ισχαιμίας (*Potter P., Perry A., 1993*).

Επιπλέον, αναφέρεται η ύπαρξη ειδικών καθισμάτων που περιέχουν νερό για ειδικές περιπτώσεις ασθενών (*Rossen Th., 1983*)

Η χρήση των συστημάτων υποστήριξης που αναφέρθηκαν, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και μπορεί να αποδειχθεί πραγματικά αποτελεσματική. Αυτό όμως που έχει πολύ μεγάλη σημασία είναι η σωστή εφαρμογή τους, που εξαρτάται τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ως εκ τούτου, οι τελευταίοι πρέπει να διδάσκονται το σκοπό και την κατάλληλη χρήση των ειδικών στρωμάτων και κρεβατιών (Πίνακας 1).

**ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΩΜΑΤΩΝ**

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ**

- ⇒ Ο ασθενής να κατανοήσει του σκοπούς και τις βασικές λειτουργίες του θεραπευτικού κρεβατιού

**ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ**

- ⇒ Εξηγείστε στον ασθενή τους λόγους για τη χρήση θεραπευτικού κρεβατιού
- ⇒ Εξηγήστε τα αποτελέσματα που έχει στο σώμα το συγκεκριμένο θεραπευτικό κρεβάτι κατά τη διάρκεια της χρήσης του
- ⇒ Διδάσκετε την οικογένεια σχετικά με τη χρήση και τη φροντίδα του θεραπευτικού κρεβατιού.
- ⇒ Εξηγείστε στον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με επιπρόσθετα μέτρα για την άρση της πίεσης

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

- ⇒ Ο ασθενής και η οικογένειά του γνωρίζουν τους βασικούς σκοπούς των θεραπευτικών στρωμάτων.
- ⇒ Ο ασθενής και η οικογένειά του είναι ικανοί να περιγράψουν τη λειτουργία του θεραπευτικού κρεβατιού.

**4.4 Αντιμετώπιση κατακλίσεων**

**4.4.1 Συντηρητική Αγωγή**

**A. Γενικά μέτρα**

*Άρση της πίεσης* : Ο ασθενής έχει ανάγκη από συχνή αλλαγή της θέσεώς του ώστε να ανακουφίζεται και να επαναδιανέμεται η πίεση επάνω στο δέρμα του καθώς και να εμποδίζεται η παρατεταμένη μείωση της αιματικής ροής σε αυτό και τους υποδόριους ιστούς. Η αλλαγή θέσης πραγματοποιείται κάθε 1 με 2 ώρες. Καλό είναι να τοποθετείται και στις τέσσερις πλευρές (πλάγια, ύπτια, πρηνής) σε αλληλουχία εκτός κι αν αντενδείκνυται. Πέρα από το τακτικό γύρισμα, θα πρέπει να υπάρχουν επίσης μικρές εναλλαγές στο βάρος του σώματος όπως επανατοποθέτηση

του αγκώνα, των σφυρών, των ώμων. Το δέρμα επισκοπείται σε κάθε αλλαγή της θέσης και εκτιμάται για ανύψωση της θερμοκρασίας. Αν ερυθρότητα ή θερμότητα σημειώνεται, η πίεση πρέπει να διατηρείται μακριά από την συγκεκριμένη περιοχή.

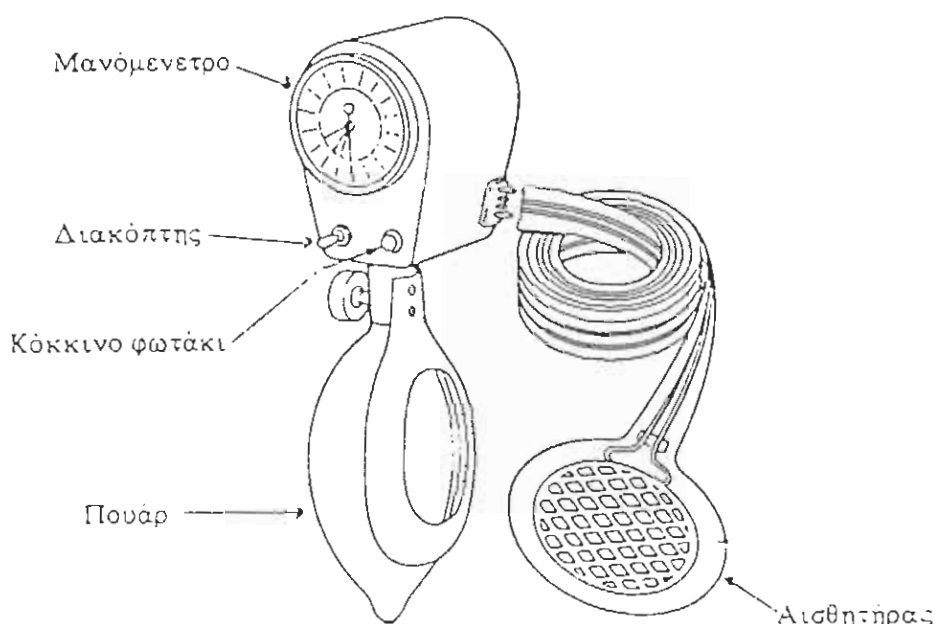
Σε έναν ηλικιωμένο ασθενή, μικρές εναλλαγές στο βάρος του σώματος μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Η τοποθέτηση μιας μικρής πετσέτας σε ρολό ή δέρμα προβάτου κάτω από τον ώμο ή το γλουτό θα επιτρέψει την αιματική επιστροφή στο δέρμα πάνω στο οποίο ο ασθενής κάθεται ή είναι ξαπλωμένος. Είναι ειδικά επεξεργασμένο Αυστραλιανό δέρμα προβάτου (πολύ μακρύ τρίχωμα) μαλακό, πολύ εύκαμπτο και με το τρίχωμα, σε απ' ευθείας επαφή με το σώμα του ασθενούς. Είναι μέσο φθινό, πολύ αποτελεσματικό, πλένεται και καθαρίζεται εύκολα και φέρεται στο εμπόριο σε διάφορα μεγέθη ακόμη και για περιορισμένη χρήση. Η πετσέτα ή το δέρμα προβάτου μετακινείται γύρω από τα σημεία πίεσης του ασθενούς με ένα δεξιόστροφο τρόπο (*Smelter Sussan 1992*). Τα μαλακά αυτά επιθέματα από δέρμα προβάτου δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται πολύ σφιχτά.

Επίσης θα πρέπει να αφαιρούνται σε συχνά διαλείμματα για να επιτρέπεται η επισκόπηση και ο καθαρισμός του δέρματος (*Patterson Jennifer A.K. 1989*).

Άλλα προληπτικά μέτρα για την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνονται επίσης στο σχέδιο φροντίδας. Ένα από αυτά είναι και η τεχνική «γέφυρας» που πραγματοποιείται με τη σωστή τοποθέτηση των μαξιλαριών, με σκοπό την άρση της πίεσης πάνω από οστεϊνες προεξοχές. Όπως ακριβώς μια γέφυρα στηρίζεται σε κολώνες για να επιτρέψει την κυκλοφορία κάτω από αυτή, έτσι μπορεί και το σώμα να υποστηρίζεται από «κολώνες» για να αφήσει χώρο ανάμεσα στις οστεϊνες προεξοχές και το στρώμα. Για τα πόδια και τα πέλματα υπάρχουν ειδικές βάσεις οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν τα λευχίματα κι ως εκ τούτου θα μειώσουν την πίεση σε αυτά. Τέλος, για την προστασία των πτερνών ένα κομμάτι αφορέξ 2,5 cm μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Οι ασθενείς που κάθονται σε αναπηρικές καρέκλες για παρατεταμένες περιόδους θα πρέπει να έχουν ειδικά μαξιλάρια τοποθετημένα στην καρέκλα και προσαρμοσμένα σε εξατομικευμένη βάση, χρησιμοποιώντας τεχνικές μέτρησης της πίεσης σαν οδηγό για την επιλογή και τοποθέτηση (βλ. εικόνα 10). Ο στόχος είναι να επανακατανεμηθεί η πίεση μακριά από τις περιοχές κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων, Ωστόσο κανένα μαξιλάρι δεν είναι ικανό να μειώσει την υπερβολική πίεση. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να υπενθυμίζεται στον ασθενή να εναλλάσσει το βάρος του συχνά και να σηκώνεται για μερικά δευτερόλεπτα κάθε μισή ώρα ενώ κάθεται στην καρέκλα.

Τα στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνθήκες στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να στραφεί. Η εναλλασσόμενη παροχή αέρα μέσα στο στρώμα παράγει συμπίεση ακολουθούμενη από διαστολή των επιφανειακών αγγείων του δέρματος. Με τέτοια δράση η πίεση σε κάθε μέρος του σώματος μειώνεται και η παροχή αίματος αυξάνεται.

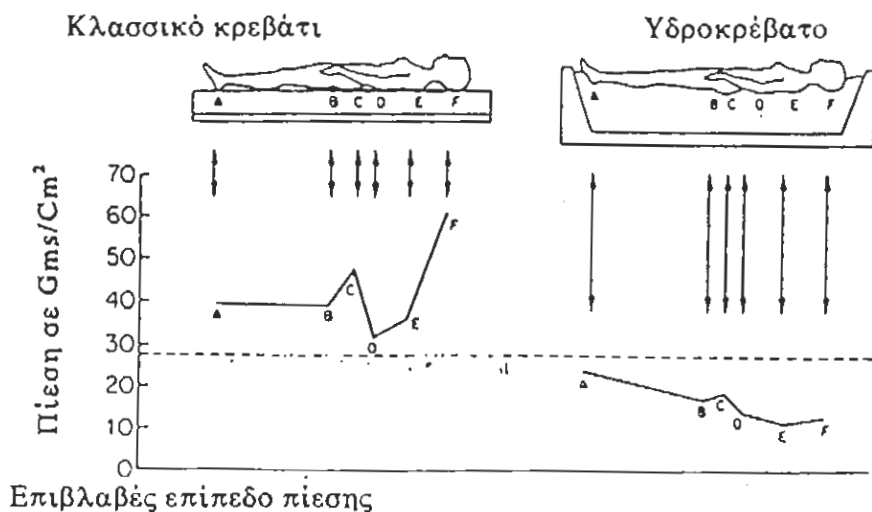


Εικόνα 10  
Ειδικό όργανο για τη μέτρηση της πίεσης  
(Irvine R.E., 1978)

Τα στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνθήκες στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να στραφεί. Η εναλλασσόμενη παροχή αέρα μέσα στο στρώμα παράγει συμπίεση ακολουθούμενη από διαστολή των επιφανειακών αγγείων του δέρματος. Με τέτοια δράση η πίεση σε κάθε μέρος του σώματος μειώνεται και η παροχή αίματος αυξάνεται.

Το στρώμα από αφρό πολυουρεθανίου διανέμει την πίεση ομοιογενώς διότι φέρνει το μεγαλύτερο μέρος από το σώμα του αρρώστου σε επαφή με την υποστηρικτική επιφάνεια. Για ασθενείς επιρρεπείς στην πίεση, μια ποικιλία στρωμάτων και υποστηρικτικών συσκευών είναι διαθέσιμες και μπορούν να τοποθετηθούν πάνω από τα παραδοσιακά στρώματα. Το στρώμα (gel type flotation) μειώνει την πίεση επειδή το υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένο, είναι παρόμοιο σε συνοχή με τον ανθρώπινο λιπώδη ιστό και εξομοιώνεται με το βάρος του ασθενούς. Τα μαλακά στρώματα που απορροφούν την υγρασία είναι επίσης ωφέλιμα επειδή η μαλακότητα των στρωμάτων παρέχει ακόμα περισσότερη κατανομή της πίεσης και απομάκρυνση και απορρόφηση της υγρασίας, μαζί με απουσία πτυχών και τριβής.

Η χρήση των στρωμάτων νερού έχει ακόμα εισαχθεί στην πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων. Σύμφωνα με τους νόμους του Pascal, το βάρος του σώματος που επιπλέει σε υγρό είναι ομοιογενώς κατανομημένο πάνω από ολόκληρη την υποστηρικτική επιφάνεια. Με αυτόν τον τρόπο ασκείται λιγότερη πίεση στα μέλη του σώματος (*Smelter S. 1992*).



Εικ. 11

Το υδροκρέβατο κατανέμει την πίεση ομοιογενώς

A. Πτέρνα, B. Ισχίο, C. Ιερό οστού, D. αγκώνας,

E. Ώμος, F. κεφάλι (ινιακό οστού)

(Irvine R.E., 1978)

Σε μερικές περιπτώσεις όμως τα στρώματα με νερό αποδεικνύονται μη πρακτικά για τους εξής λόγους : Το βάρος τους, η δυσκολία στην αλλαγή θέσεως του ασθενούς με τη διατήρηση της επίπλευσης, ο αποπροσανατολισμός στο χώρο, η ναυτία και οι δυσκολίες στη γενικότερη νοσηλευτική φροντίδα (Beyers M., Duddas S 1977)

**Βελτίωση της κινητικότητας :** Ο ασθενής ενθαρρύνεται να παραμένει ενεργός και να κινητοποιείται όσο το δυνατό περισσότερο. Όταν βρίσκεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση, του υπενθυμίζεται να αλλάζει θέσεις συχνά για να επανακατανέμεται το βάρος του. Επιπλέον η εκτέλεση ενεργητικών και παθητικών ασκήσεων αυξάνει το μυϊκό, δερματικό και αγγειακό τόνο. Με τη δραστηριότητα δηλαδή διεγείρεται η κυκλοφορία, γεγονός που ανακουφίζει την ιστική σφαιμμία, η οποία ως γνωστό προηγείται των κατακλίσεων.



Για τον ασθενή με κίνδυνο να εμφανίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα εφαρμόζονται καθημερινά κάποια ειδικά προγράμματα ασκήσεων . Ο νοσηλευτής όμως δεν πρέπει να επαναπαύεται στην εφαρμογή των προσχεδιασμένων αυτών προγραμμάτων, αλλά να τα προσαρμόζει και να τα εναλλάσσει ανάλογα με την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς (*Smelter Sussan, 1992*).

*Βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης :* Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει και να αντισταθμίζει αλλαγές στην αισθητηριακή αντίληψη. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις θα επιλεγούν ανάλογα με την προέλευση των αλλαγών (π.χ. μειωμένο επίπεδο συνείδησης, βλάβη στη σπονδυλική στήλη). Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης ίσως περιλαμβάνουν τη διέγερση του ασθενούς, την ενθάρρυνσή του να συμμετέχει στην αυτοφροντίδα του καθώς επίσης και την υποστήριξη των προσπαθειών του στο να αντισταθμίζει ενεργά την απώλεια της αισθητικότητας (π.χ. παραπληγικός ασθενής). Τέλος, διδάσκεται να επισκοπεί δυνητικές περιοχές πίεσης, χρησιμοποιώντας έναν καθρέφτη (εάν χρειάζεται) ώστε να αναγνωρίζει έγκαιρα στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη κατακλίσεων (*Smelter Sussan, 1992*).

*Βελτίωση της κυκλοφορίας στους ιστούς :* Η άσκηση και η αλλαγή θέσης βελτιώνει την ιστική κυκλοφορία. Κατά την αλλαγή της θέσεως του ασθενούς, ο νοσηλευτής μπορεί να βελτιώσει την ιστική κυκλοφορία με απαλό μασάζ στο υγιές δέρμα σε δυνητικά σημεία κατακλίσεων με μια ενυδατική λοσιόν. Το μασάζ γύρω από μία οστεϊνή προεξοχή διεγείρει την αιματική ροή στο δέρμα, βελτιώνει τη φλεβική επιστροφή, μειώνει το οίδημα και αυξάνει τον αγγειακό τόνο. Στις περιοχές όμως με ερυθρότητα δεν πρέπει να γίνεται μασάζ καθώς αυτό είναι σε θέση να αυξήσει τη βλάβη σε ένα ήδη τραυματισμένο δέρμα.

Αν ο ασθενής δείχνει σημεία περιορισμένης περιφερειακής κυκλοφορίας όπως είναι το οίδημα, τότε η αλλαγή θέσης και η ανύψωση του οιδηματώδους μέλους του σώματος, ώστε να βελτιωθεί η φλεβική επιστροφή και να εξαφανιστεί η συσσώρευση, θα βελτιώσει την ιστική κυκλοφορία. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι προσεκτικός στην έκθεση του ασθενούς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που ίσως συμβάλλουν στην πίεση του δέρματος και την παρεμπόδιση της κυκλοφορίας (*Smolter Sussan 1992*).

*Βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης :* Η θρεπτική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να είναι ικανοποιητική κι ένα θετικό ισοζύγιο αζώτου πρέπει να διατηρείται. Οι κατακλίσεις αναπτύσσονται πιο γρήγορα και είναι πιο δύσκολο να επουλωθούν όταν οι ασθενείς υποφέρουν από θρεπτικές διαταραχές. Μία διαίτα πλούσια σε πρωτεΐνες ή με συμπλήρωμα πρωτεϊνών είναι ωφέλιμη. Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών, 2 με 4 φορές πάνω από την καθημερινά συνιστώμενη ποσότητα, βοηθά στην αναγέννηση των ιστών της επιδερμίδας. Αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, τουλάχιστον 1½ φορές πάνω από τη συνιστώμενη ποσότητα βοηθά στην αποκατάσταση των υποκείμενων ιστών. Επιπλέον απαραίτητα θεωρούνται κάποια συμπληρώματα σιδήρου, τα οποία μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης στο αίμα και έτσι διατηρούνται μέσα στα επιτρεπόμενα όρια τα επίπεδα του οξυγόνου στους ιστούς. Το ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C) είναι απαραίτητο για την ιστική βιωσιμότητα και επούλωση. Η βιταμίνη C πρέπει να χορηγείται σε μεγάλες δόσεις, π.χ. 1 gr την ημέρα, διότι προάγει τη σύνθεση των πρωτεϊνών και την ιστική αναγέννηση. Άλλα θρεπτικά στοιχεία που συνδέονται με το υγιές δέρμα περιλαμβάνουν τη βιταμίνη A και B, τον ψευδάργυρο και το θείο. Με μια ισορροπημένη διατροφή και ενυδάτωση, το δέρμα είναι ικανό να διατηρεί μια υγιή κατάσταση και να επουλώνει τους κατεστραμμένους ιστούς (*Smetler S., 1992*)

*Μείωση της τριβής και του συνδυασμού των δυνάμεων τριβής και ολίσθησης :* Οι δυνάμεις τριβής αναπτύσσονται όταν ο ασθενής σύρεται, κινείται ή αφήνεται να πέσει απότομα επάνω στο στρώμα. Συγκεκριμένα όταν το επάνω μέρος του σώματος του ασθενούς βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο από το υπόλοιπο σώμα, τότε αυξάνονται οι ελκτικές δυνάμεις που ασκούνται στην περιοχή του ιερού οστού. Για το λόγο αυτό η θέση ημι-fowler αποφεύγεται σε ευπαθείς ασθενείς. Οι τελευταίοι μπορούν να προστατευθούν από το να ολισθαίνουν επάνω στο κρεβάτι με το να χρησιμοποιούν ειδικά επιθέματα στα πόδια κι επιπλέον προστασία στις πτέρνες. Η σωστή θέση με επαρκή υποστήριξη είναι σημαντική όταν κάθονται σε καρέκλα. Ένα συνθετικό υπόστρωμα από δέρμα προβάτου πιστεύεται ότι μειώνει το σύριμο και την τριβή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ευπαθή στο να εμφανίζουν εξελκώσεις. (*Smetler Sussan, 1992*).

*Ελαχιστοποίηση της υγρασίας :* Η παρατεταμένη έκθεση του δέρματος στην υγρασία πρέπει να αποφεύγεται με επιμελή μέτρα υγιεινής. Δέρμα το οποίο ήδη έχει εκτεθεί σε υγρασία πρέπει να πλένεται εγκαίρως με μαλακό σαπούνι και νερό και να στεγνώνεται με μαλακή πετσέτα. Μπορεί να ενυδατώνεται με μία ήπια λοσιόν για να διατηρείται μαλακό κι ελαστικό. Ξηρά στοιχεία και σκόνες πρέπει να αποφεύγονται. Σε ασθενείς με ακράτεια πρέπει να χρησιμοποιείται μια κρέμα που να δημιουργεί προστατευτικό κάλυμμα. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να ελέγχονται και να αλλάζονται εγκαίρως τα υγρά τους λευχίματα. Ο ιδρώτας, τα ούρα, τα κόπρανα και τα εκκρίματα θα πρέπει να απομακρύνονται από το δέρμα εγκαίρως. Τα λευχίματα επιβάλλεται να διατηρούνται στεγνά και καθαρά. Τα αδιάβροχα καλύμματα για την ακράτεια πρέπει να αποφεύγονται. Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες θα πρέπει να γίνονται έτσι, ώστε το δέρμα να διατηρείται καθαρό και στεγνό (*Smelter S. 1992*)

Επίσης, οι ασθενείς που είναι ακρατείς θα πρέπει να ακολουθούν ένα πρόγραμμα κύστεως κι εντέρου, το οποίο συνίσταται σε συχνή χρήση υπακτικών υποθέτων γλυκερινης καθώς και σε μια ειδική διαίτα. Οι μόνιμοι καθετήρες μπορεί να είναι αρκετά εξυπηρετικοί για μικρές περιόδους αλλά συμβάλλουν στη δημιουργία ουρολοίμωξης και στη φλεγμονή της ουροφόρου οδού, όταν χρησιμοποιούνται για μεγάλα διαστήματα.

Τα μαλακτικά των κοπράνων μπορεί να είναι ενδεικτικά (κυρίως σε ασθενείς με τραύμα στη σπονδυλική στήλη), ώστε να αποφασισθεί η ενσφήνωση των κοπράνων και η επακόλουθη διάρροια. Η παρατεταμένη διάρροια μπορεί να αποδειχθεί μολυσματική φυσιολογικά, πολύ περισσότερο δε σε αυτή την περίπτωση, οπότε απαιτείται προσεκτική ιατρική εκτίμηση. (*Rossen Th., 1983*).

*Μεταγγίσεις* : Συχνά παρατηρείται ότι ασθενείς με αναιμία έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο οι ασθενείς αυτοί να μεταγγίζονται προκειμένου να διορθωθεί το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης στο αίμα τους. Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς το χαμηλό επίπεδο αιμοσφαιρίνης μειώνει την μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς και οδηγεί σε περαιτέρω ισχαιμία. Είναι καλό η αιμοσφαιρίνη να διατηρείται σε 12 gr/100 ml (*Potter Patricia, Perry Anne, 1993*).

## **Β. Τοπικά μέτρα**

Η θεραπεία των κατακλίσεων είναι βασισμένη στην εκτίμηση του τύπου της εξέλκωσης. Δηλαδή οι κατακλίσεις διακρίνονται σε καθαρές, σε αυτές που παρουσιάζουν εκκρίσεις και σε νεκρωτικές.

Τα *καθαρά έλκη* συνήθως είναι υγιή και καλύπτονται από ένα στρώμα ερυθρού κοκκιώδους ιστού, ενώ ταυτόχρονα τα χείλη τους εμφανίζουν νέο επιθηλιακό ιστό. Οι καθαρές εξελκώσεις που έχουν ώριμο κοκκιώδη ιστό ανθίστανται στις μολύνσεις κι έχουν καλή πρόγνωση.

Οι *εξελκώσεις με εκκρίσεις* έχουν κοκκιώδη ιστό μόνο σε ορισμένα σημεία. Το μεγαλύτερο όμως μέρος τους καλύπτεται από εκκρίματα και νεκρωμένους ιστούς. Τα χαρακτηριστικά των εκκρίσεων, δηλαδή το χρώμα, η οσμή και η γλοιότητα, ποικίλουν ανάλογα με το είδος του μικροοργανισμού που υπάρχει στην εξέλκωση. Τα εκκρίματα βοηθούν επίσης στην ανάπτυξη των βακτηριδίων και εμποδίζουν την ιστική αναγέννηση.

Οι *νεκρωτικές εξελκώσεις* καλύπτονται μερικώς ή ολικώς από σκληρή μαύρη εσχάρα η οποία κρίνεται αναγκαίο να αφαιρεθεί πριν αρχίσει η διαδικασία της επούλωσης.

Η τοπική θεραπεία των κατακλίσεων περιλαμβάνει τη χρήση επιδέσμων, την τοπική εφαρμογή αντισηπτικών διαλυμάτων και φαρμάκων καθώς επίσης τον *μηχανικό* και *χημικό* καθαρισμό.

- **Επίδεσμοι :** Παραδοσιακά οι επίδεσμοι χρησιμοποιούντο για να προστατεύσουν και να σταθεροποιήσουν μια πληγή. Τελευταία όμως έχει αναγνωριστεί ότι βοηθούν στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προάγει την επούλωση. Επιπλέον γνωρίζουμε πως οι πληγές επιθηλιοποιούνται δύο φορές πιο γρήγορα σε ένα υγρό περιβάλλον. Οι τελευταίες παρατηρήσεις είναι πολύ σημαντικές κι έχουν οδηγήσει στη δημιουργία πολλών τύπων επιδέσμων, τα οποία ποικίλουν ανάλογα με τη διαπερατότητά τους σε υγρά στον αέρα και γενικά καλούνται βιοσυνθετικοί επίδεσμοι.

Οι βιοσυνθετικοί επίδεσμοι διακρίνονται σε :

- α) απορροφητικές ταινίες με τη μορφή σκόνης ή σφαιριδίων
- β) λεπτές ημιδιαπερατές ταινίες σε στέρεα μορφή ή μορφή σπρέι (π.χ. Opsite, Tegaderm)
- γ) διαπερατές (π.χ. Duoderm, Vigilon)
- δ) υδροκολλοειδή σκευάσματα και
- ε) σε φύλλα από αφρώδη πολυουρεθάνη

Αυτοί λοιπόν οι επίδεσμοι προάγουν την επούλωση των ανοιχτών πληγών με διάφορους μηχανισμούς, όπως :

- ⇒ Προστατεύουν το νεαρό επιθηλιακό ιστό από τραυματισμούς, μιας και δεν του επιτρέπουν να έρθει σε επαφή με τις δυνάμεις τριβής
- ⇒ Εμποδίζουν την επαφή με υγρασία και επιτρέπουν τη μετανάστευση των επιδερμικών κυττάρων
- ⇒ Προάγουν τους αυτολυτικούς μηχανισμούς του νεκρωμένου ιστού, το οποίο επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των πολυμορφοπύρηνων λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων
- ⇒ Ενεργοποιούν τη σύνθεση του κολλαγόνου
- ⇒ Ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο μιας και αναστέλλουν τη δράση των προσταγλαδινών
- ⇒ Αποτελούν ένα φυσικό φραγμό βακτηριδίων. Εάν όμως αυτά έχουν ήδη εισαχθεί, τότε το περιβάλλον που υπάρχει στην περιοχή συντελεί στον πολλαπλασιασμό τους. Έτσι λοιπόν στις περιπτώσεις όπου η καλλιέργεια δείχνει την ύπαρξη Gram αρνητικών μικροοργανισμών στην πληγή, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται απλοί επίδεσμοι.

Το πρόγραμμα αλλαγής των επιδέσμων ποικίλλει. Η συχνή αλλαγή ενδείκνυται σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση κι ως εκ τούτου είναι πιο ευπαθείς στο να προσβληθούν από παθογόνους μικροοργανισμούς ή ακόμα στις περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία πως στην περιοχή βρίσκονται Gram αρνητικοί μικροοργανισμοί. Πολύ συχνή αλλαγή χρειάζεται ακόμα και σε ασθενείς που έχουν κατακλίσεις με άφθονες εκκρίσεις. Βέβαια οι βιοσυνθετικοί επίδεσμοι είναι πολύ πιο ακριβοί από τους απλούς και αυτό αποτελεί πρόβλημα στη συχνή χρήση τους. Όμως, εάν λάβουμε υπόψη πως το κόστος της θεραπείας των πληγών δεν περιλαμβάνει μόνο το κόστος του προϊόντος δεν περιλαμβάνει μόνο το κόστος του προϊόντος που χρησιμοποιείται, αλλά και τη συχνότητα των αλλαγών, τότε οι βιοσυνθετικοί επίδεσμοι δεν πρέπει να θεωρούνται τόσο ακριβοί μιας και παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επάνω στην πληγή.

Συμπερασματικά λοιπόν επειδή οι βιοσυνθετικοί επίδεσμοι σχετίζονται με την ταχύτερη επιθηλιοποίηση και την ενεργοποίηση των επανορθωτικών κυττάρων, η επούλωση επιτυγχάνεται πολύ πιο γρήγορα. Εάν ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες τότε η χρήση των βιοσυνθετικών επιδέσμων προσφέρει μια αποδοτική εναλλακτική λύση για τη θεραπεία των κατακλίσεων (*Closhesy J., 1993*).

**Πίνακας 2**  
Χρήση επιδέσμων ανά στάδιο

Στάδια - Επίδεσμοι	Σχόλια
<b>A. ΣΤΑΔΙΟ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Βιοσυνθετικές ταινίες (<i>Tegaderm, Opsite κ.λ.π.</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Προστατεύουν από την επίδραση των δυνάμεων τριβής ολίσθησης</li> <li>◆ Παραμένουν μέχρι και 7 ημέρες</li> <li>◆ Μειώνουν την απώλεια του ορρού από τις πληγές</li> <li>◆ Παρέχουν υγρό περιβάλλον</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Υδροκολλοειδή (<i>Duoderm Intrasite</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Είναι απορροφητικά</li> <li>◆ Προάγουν την κοκκίωση και την επιθηλιοποίηση, αντιδρώντας με τα υγρά της πληγής</li> </ul>
<b>B. ΣΤΑΔΙΟ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Υδροκολλοειδή (<i>Duoderm, κ.λ.π.</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ (λειτουργούν όπως και στο α' στάδιο)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Συνθετικοί επίδεσμοι (<i>Viasorb</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Δημιουργούν απορροφητικό κάλυμμα πάνω στην πληγή</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Υροϊνώδη Επιθέματα (<i>Vigilon, Geliperm</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Είναι απορροφητικά</li> <li>◆ Συνήθως χρειάζονται κάλυμμα με απλές γάζες</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Απορροφητικοί επίδεσμοι (<i>Exudry, Sorbsan</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Προστατεύουν από την επίδραση των δυνάμεων τριβής - ολίσθησης</li> <li>◆ Είναι απορροφητικοί</li> <li>◆ Μπορούν να συνδυαστούν με άλλα τοπικά σκευάσματα</li> <li>◆ Διατηρούν το περιβάλλον υγρό και απορροφούν τα εκκρίματα και τα νεκρωτικά στοιχεία</li> </ul>

Στάδια - Επίδεσμοι	Σχόλια
<b>Γ. ΣΤΑΔΙΟ</b>	
♦ Φύλλα αφρώδους πολυουρεθανίου ( <i>Allevyn, Lyofoam</i> )	♦ Είναι απορροφητικά ♦ Διατηρούν το περιβάλλον υγρό
♦ Υδροκολλοσιδή ( <i>Duoderm, κ.λ.π.</i> )	♦ Αυξάνεται η απορροφητικότητά τους όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με σταγόνες ή υδρόφιλη αλοιφή.
♦ Υροϊνώδη Επιθέματα ( <i>Vigilon, Geliperm</i> )	♦ (λειτουργούν όπως και στο β' στάδιο)
♦ Απορροφητικοί επίδεσμοι ( <i>Sorbspan</i> )	♦ (λειτουργούν όπως και το β' στάδιο)
<b>Δ. ΣΤΑΔΙΟ</b>	
♦ Υδροκολλοσιδή ( <i>Duoderm, κ.λ.π.</i> )	♦ Δεν συνιστανται πάντα σ' αυτό το στάδιο
♦ Υροϊνώδη Επιθέματα ( <i>Vigilon, Geliperm</i> )	♦ (λειτουργούν όπως και στα β' και γ' στάδια)
♦ Παραδοσιακές γάζες • Τύπος <i>Kerlix</i>	♦ Είναι απορροφητικές αλλά δεν καλύπτουν την εξέλκωση ♦ Χρειάζονται αλλαγή κάθε 8-12 ώρες
• Στεγνές γάζες	♦ Απομακρύνουν τις εκκρίσεις από την επιφάνεια της εξέλκωσης
• Υγρές γάζες	♦ Διατηρούν το περιβάλλον υγρό και απομακρύνουν τις εκκρίσεις
• Υγρές προς στεγνές γάζες	♦ Αφαιρούν ευδιακρίτως τόσο το νεκρωμένο όσο και τον υγιή ιστό

(Potter Patricia, Perry Ann, 1993)

- **Διαλύματα - Αντισηπτικά :** Η τοπική θεραπεία των πληγών συχνά περιλαμβάνει τη χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων και αντιμικροβιακών αλοιφών που περιορίζουν την ανάπτυξη των μικροοργανισμών. Ωστόσο οι απόψεις για τη χρήση τους διίστανται. Κι αυτό γιατί η παρατεταμένη χρήση αυτών των διαλυμάτων επιδρά αρνητικά στη φυσιολογική διαδικασία της επούλωσης. (*Clochesy J. and Christine B, 1993*). Παλιότερα το πιο αποτελεσματικό διάλυμα θεωρείτο το



POVIDONE - IODINE (κοινώς το BETADINE) (*Σίδα Β. 1988*). Σήμερα όμως η χρήση του πρέπει να γίνεται πολύ προσεκτικά. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου μεγάλες ιστικές περιοχές εκτίθενται στο διάλυμα. Το POVIDONE - IODINE μπορεί να απορροφηθεί μέσω των επιθεμάτων στη συστηματική κυκλοφορία. Αυτή η απορρόφηση συνδέεται με τη μεταβολική οξέωση, τη νεφρική ανεπάρκεια καθώς και τη θυρεοτοξικώση εξαιτίας του ιωδίου. Συμπεραίνουμε λοιπόν πως τόσο εξαιτίας των δυνητικών καταστρεπτικών τους αποτελεσμάτων πάνω στα επανορθωτικά κύτταρα και την αμφισβητήσιμη αποτελεσματικότητα έναντι των βακτηριδίων, όσο και για τις συστηματικές επιπλοκές που αναφέρθηκαν, η χρήση του θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη **επιφύλαξη** (*Aronoff G.R., Friedman S. κ.α. 1980*).

- **Φυσιολογικός ορός :** Ο νοσηλευτής καθαρίζει την προσβεβλημένη περιοχή με ένα αντισηπτικό διάλυμα κάθε 2 ώρες ή όσο κρίνεται απαραίτητο. Πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στη χρήση των αντισηπτικών διαλυμάτων, τα οποία μπορεί να καταστρέψουν τους ιστούς που δεν καλύπτονται από την επιδερμίδα και μπορεί να ανενεργοποιήσουν κάποια φάρμακα. Γι'αυτό η κατάκλιση θα πρέπει να εγχύεται με φυσιολογικό ορό, ο οποίος έχει αντισηπτικές ιδιότητες, αλλά δεν προκαλεί τα τοξικά αποτελέσματα των αντισηπτικών διαλυμάτων.

Συμπερασματικά για το ρόλο των αντισηπτικών στη θεραπεία των κατακλίσεων, θα μπορούσαμε να πούμε ότι :

- η χρήση τους σε κατακλίσεις με κλινικά σημεία τοπικής φλεγμονής είναι απαραίτητη
- η γενική χρήση τους πρέπει να γίνεται με προσοχή και «οικονομία»
- στις περιπτώσεις λευκοπενίας η χρήση τους για προφύλαξη είναι αναγκαία.

## ΚΟΙΝΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ

Διάλυμα	Δράση	Επισημάνσεις
<i>Acetic acid</i>	Είναι αποτελεσματικό εναντίον της ψευδομονάδας και των Gram <sup>-</sup> και Gram <sup>+</sup> μικροοργανισμών	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Είναι τοξικό στους ινοβλάστες στις συνηθισμένες αραιώσεις</li> <li>- Μεταβάλλει το χρώμα των υγρών της πληγής και έτσι μπορεί να δώσει λανθασμένη εντύπωση ότι η μόλυνση έχει περιοριστεί</li> </ul>
<i>Sodium Hypochlorite Dakin's solution Chloramine - T</i>	Είναι αποτελεσματικό εναντίον σταφυλόκοκκου και στρεπτόκοκκου Διαλύει τους νεκρωμένους ιστούς Ελέγχει τη δυσοσμία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Είναι τοξικό στους ινοβλάστες στις συνηθισμένες αραιώσεις</li> <li>- Μπορεί να προκαλέσει ερύθημα στο δέρμα που περιβάλλει την πληγή, το οποίο πρέπει να προστατεύεται ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα περαιτέρω εξέλκωσης</li> </ul>
<i>Υπεροξειδίο του υδρογόνου (Hydrogen peroxide)</i>	Έχει μικρή βακτηριοκτόνο δράση στα έλκη. Παρέχει μη εκλεκτικό μηχανικό καθαρισμό. Παρέχει μη εκλεκτική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Είναι τοξικό στους ινοβλάστες και μπορεί να προκαλέσει καταστροφή του νεοσχηματισμένου επιθηλιακού ιστού στις εξελκώσεις.</li> <li>- Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με έγχυση με μεγάλη πίεση καθώς έχει αναφερθεί υποδόριο εμφύσημα.</li> </ul>
<i>Povidone - iodine (Betadine)</i>	Η δράση του είναι ευρέως φάσματος όταν χρησιμοποιείται σε άθικτο δέρμα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Είναι τοξικό στους ινοβλάστες στις συνηθισμένες αραιώσεις</li> <li>- Δεν είναι πάντα αποτελεσματικό στα μολυσμένα έλκη</li> <li>- Είναι αμφισβητήσιμη η αξία του στη θεραπεία χρόνιων ελκών</li> <li>- Η τοξικότητα του ιωδίου μπορεί να προκαλέσει θυρεοτοξίκωση, όταν το διάλυμα χρησιμοποιείται σε μεγάλα έλκη για παρατεταμένη χρονική περίοδο</li> </ul>

(Elkin M.K., Perry Anne, 1996)

- **Αντιβιοτικά** : Έχει αποδειχθεί ότι τα αντιβιοτικά είναι λιγότερο καταστρεπτικά από ότι τα αντισηπτικά διαλύματα. Συστηματικά χορηγούνται αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση των επικρατούντων μικροοργανισμών που αναπτύσσονται πάνω στην εξέλκωση. Η εντατική τοπική θεραπεία με αντιβιοτικά είναι πολύ σημαντική εάν σκεφθούμε πως η περιοχή είναι ισχαιμική και άρα ελάχιστα ευαίσθητη στην αντιμικροβιακή θεραπεία.

Η χρήση αντιβιοτικών τοπικά ενέχει ένα σοβαρό κίνδυνο : τη δημιουργία ανθεκτικών στα αντιβιοτικά βακτηριακών στελεχών. Γι' αυτό η χρήση τους μπορεί να εφαρμοσθεί κάτω από προϋποθέσεις, με μεγάλη προσοχή και «οικονομία» ως συμπληρωματική αγωγή.

Φυσικά, κάθε καλλιέργεια από τη εξέλκωση θα παρουσιάζει πολυάριθμες αποικίες διαφορετικών μικροοργανισμών. Γι' αυτό η αντιβιοτική θεραπεία θα πρέπει να προορίζεται έναντι αυτών των παθογόνων μικροοργανισμών που βρίσκονται σε μεγαλύτερους αριθμούς.

Επιπρόσθετα θα πρέπει να επισημάνουμε πως οι μολυσμένες κατακλίσεις είναι σε θέση να οδηγήσουν σε κυτταρίτιδα και σηψαιμία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς ακρατείς όταν εμφανίζουν κατακλίσεις στην περιοχή των γλουτών, μιας και ο γαστρεντερικός σωλήνας και η ουροφόρος οδός περιέχουν Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με το δέρμα και τις εξελκώσεις. Οι χειρουργικές διαδικασίες δεν θα είναι επιτυχείς αν η καλλιέργεια από την κατάκλιση εμφανίζει πάνω από  $10^5$  μικροοργανισμούς ανά γραμμάριο ιστού (*Patterson Jennifer, 1989*).

Η βακτηραιμία και η σηψαιμία μπορούν να συμβούν εύκολα αν η κατάκλιση είναι μολυσμένη. Επειδή υπάρχει κίνδυνος για οστεομυελίτιδα πρέπει εκτός από την καλλιέργεια και το τεστ ευαισθησίας, να διενεργείται ακτινογραφία ή scanning στο οστό που βρίσκεται κάτω από κατάκλιση. Γι'αυτό το λόγο η μόλυνση πρέπει να

αντιμετωπίζεται άμεσα, διότι διαφορετικά μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη νοσηρότητα ή ακόμα και θνησιμότητα (*Franklin Flowers, 1984*)

---

**Η πιθανή εξέλιξη που ακολουθεί  
ένα επιλεγμένο έλκος**

---

- Τοπικός πόνος
  - Τοπικό οίδημα
  - Τοπική ερυθρότης
  - Κυτταρίτης
  - Λεμφαγγειίτης
  - Λεμφαδενίτης
  - Βακτηριαίμια
  - Σηψαιμία
  - Θάνατος
- 

- **Αλοιφές - Τοπικά σκευάσματα :** Μία επιπλέον τοπική θεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση διαφόρων αλοιφών και τοπικών σκευασμάτων. Μια αλοιφή που χρησιμοποιείται συχνά είναι η κρέμα του οξειδίου του ψευδαργύρου, η οποία έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει από τη δημιουργία κατακλίσεων. Επίσης χρησιμοποιούνται σκευάσματα βιταμινών Α και D των οποίων όμως η χρήση είναι αμφισβητήσιμη διότι οι βιταμίνες για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να μεταβολιστούν. Συχνή είναι ακόμη και η χρήση της αλοιφής Karaya, η οποία εμφανίζει επουλωτικές ιδιότητες όταν συνδυάζεται με καθαρισμό με υπεροξείδιο του υδρογόνου. Παλιότερα, ένα τοπικό μέτρο που έβρισκε εφαρμογή στην τοπική θεραπεία των κατακλίσεων, ήταν η τοποθέτηση ζάχαρης σε κόκκους στις κοιλότητες των κατακλίσεων. Η τεχνική αυτή είχε αποδειχθεί ότι ενεργοποιούσε την αναγέννηση των ιστών καθώς η ζάχαρη λειτουργούσε σαν μέσον για να τραφούν τα βακτηρίδια αντί να χρησιμοποιούν γι'αυτό το σκοπό τους ζωντανούς ιστούς. Επιπρόσθετα είχαν παρατηρήσει πως η ζάχαρη μετέβαλε το pH των ιστών και επηρέαζε την τοξικότητα των εισβαλλόντων μικροοργανισμών. (*Beyers Marjorie, Dudas Susan, 1977*)
- **Μηχανικός καθαρισμός :** Σ' αυτόν τον καθαρισμό χρησιμοποιούνται κατάλληλα καθαριστικά διαλύματα όπως είναι το χλωριούχο νάτριο

(φυσιολογικό ορό) ή άλλα διαθέσιμα καθαριστικά. Δεν πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται διαλύματα που βλάπτουν το νεοσχηματισμένο επιθηλιακό ιστό και καταστρέφουν τους ινοβλάστες, γεγονός που επηρεάζει τη διαδικασία της επούλωσης. Στις εξελκώσεις που καθαρίζονται πρέπει να χρησιμοποιείται πίεση 8-15 psi \*rounds per square inch). Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια μιας σύριγγας 35 ml και βελόνας 19 G.. Αν η πίεση υπερβαίνει τα 15 psi, μπορεί να προκαλέσει τραύμα στον ιστό (εικόνα 12). Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε όμως πως με τον μηχανικό καθαρισμό πρέπει να τηρείται άσηπτη τεχνική τόσο κατά τη διάρκειά του όσο και στη μέτρηση της κατάκλισης και στην εφαρμογή των επιδέσμων (*Elkin M.K., Perry Anne, Potter Patricia, 1996*)



**Εικόνα 12**  
**Καθαρισμός κατάκλισης με έγχυση**  
**(*Elkin M.K., Perry Anne, 1996*)**

- **Χημικός καθαρισμός :** Προϊόντα με πρωτεολυτικά ένζυμα (π.χ. το κολλαγόνο, η στρεπτοκινάση, η ινωδολυσίνη) διατίθενται για τον χημικό καθαρισμό των ελκών. Αυτό το είδος των προϊόντων επιλέγεται συχνά για τη θεραπεία νεκρωτικών κατακλίσεων και αγγειακών ελκών των κάτω άκρων. Δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αυτών των προϊόντων στην αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών. Αυτά τα ένζυμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο σε συνδυασμό με χειρουργικό καθαρισμό όσο και μόνα τους για τη θεραπεία των ελκών. Η λειτουργία των ενζύμων συνίσταται στη

διάσπαση διαφόρων συστατικών των νεκρωμένων ιστών χωρίς να καταστρέφουν τον υγιή ιστό. Τα ένζυμα όμως αποτυγχάνουν να διεισδύσουν στην παχιά εσχάρα και να την αφαιρέσουν. Γι' αυτό το λόγο, για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους συνίσταται πριν την εφαρμογή των ενζύμων να χαράσσεται η εσχάρα. Τα αποτελέσματα συνήθως φαίνονται μέσα σε 14 ημέρες. Μερικά ένζυμα αδρανοποιούνται σε όξινο περιβάλλον και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται (*Closhesy J., 1993*).

Εκτός από τα ένζυμα χρησιμοποιούνται επίσης κάποια χημικά στοιχεία, όπως ο ψευδάργυρος, τα φύλλα χρυσού και το υπερβαρικό οξυγόνο. Συγκεκριμένα τα φύλλα χρυσού τοποθετούνται σε δύο με τέσσερα στρώματα στη βάση των κατακλίσεων, αφού αυτές καθαριστούν με υπεροξειδίο του υδρογόνου κι αφαιρεθούν οι νεκρωμένοι ιστοί. Τα φύλλα χρυσού είναι απορροφήσιμα και έχουν ηλεκτροχημική επίδραση.

Το υπερβαρικό οξυγόνο τοποθετείται κατ' ευθείαν επάνω στις εξελκώσεις τρεις έως τέσσερις φορές καθημερινά για 15 λεπτά. (*Beyers Marjorie, Dudas Susan, 1977*)

Τα παραπάνω χημικά στοιχεία όμως είναι περιορισμένης αξίας στη θεραπεία των κατακλίσεων και ενδείκνυνται περισσότερο σε εξελκώσεις που οφείλονται σε αγγειακή ανεπάρκεια.

Επιπλέον, στη θεραπεία των κατακλίσεων χρησιμοποιούνται πολυμερή δεξτράνης με πολύ καλά αποτελέσματα. Αυτό που χρησιμοποιείται συνήθως είναι το DEBRISAN, το οποίο βρίσκεται σε δύο μορφές : σε σταγόνες και σε σκόνη. Το DEBRISAN μπορεί να τοποθετηθεί στο έλκος αρκετές φορές καθημερινά. Η λειτουργία του συνίσταται συνήθως στο ότι απορροφά μεγάλα ποσά ορού και επίσης μπορεί να αφαιρέσει βακτηρίδια, νεκρωμένους ιστούς κι άλλες μολυσματικές εκκρίσεις από το έλκος (*Orkin M., 1991*)

#### 4.42 Χειρουργική αντιμετώπιση

- **Χειρουργικός καθαρισμός :** Ο χειρουργικός καθαρισμός είναι συχνά η θεραπεία επιλογής κι αυτή που γρηγορότερα από κάθε άλλη απομακρύνει από την κατάκλιση τους νεκρωμένους ιστούς. Ωστόσο μερικές φορές η κατάσταση του ασθενούς ή η εμπλοκή συγκεκριμένων ιστών, όπως οι τένοντες ή τα νεύρα στην περιοχή της κατάκλισης, περιορίζει την έκταση στην οποία ο χειρουργικός καθαρισμός μπορεί να διεξαχθεί. Χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι : **α)** τα *δερματικά μοσχεύματα*, που εφαρμόζονται είτε σαν βιολογική κάλυψη είτε για μόνιμη αποκατάσταση και **β)** οι *τοπικοί κρημνοί* (μεταθετοί ή περιστροφικοί) και οι απομακρυσμένοι.

Η χειρουργική θεραπεία αρχίζει από τον χειρουργικό καθαρισμό της κατάκλισης όπου γίνεται εκτομή του έλκους μαζί με την κάψα. Ο κοκκιώδης ιστός που δημιουργείται είναι η απάντηση του οργανισμού στη φλεγμονή και τα βακτήρια. Επόμενο βήμα είναι η μερική ή ολική αφαίρεση του οστού από την περιοχή της κατάκλισης, γιατί είναι οστεομυελιτικό και οστεοπορωτικό. Τέλος, η περιοχή της κατακλίσεως πρέπει να καλυφθεί με κάποιο κρημνό. Δύο πράγματα είναι αυτά που πρέπει να έχουμε υπόψη : **α)** τη χρήση κάποιου κρημνού μεγαλύτερους από το έλλειμμα, έτσι ώστε να τον επανακινητοποιήσουμε αν υπάρξει υποτροπή και **β)** η χρήση ενός τοπικού κρημνού να μην αποκλείει τη χρήση άλλων.

Η χειρουργική αντιμετώπιση δεν ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών. Οι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούνται και να λαμβάνονται υπόψη είναι οι εξής :

- η κατάσταση του ασθενούς
- η ηλικία
- οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως σακχαρώδης διαβήτης ή αγγειοπάθεια.

(Αντωνόπουλος Δ., 1999)

#### **4.5 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων**

Επειδή κάθε ασθενής έχει διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου όσον αφορά τη δερματική του ακεραιότητα, οι νοσηλευτικές ενέργειες πρέπει να είναι εξατομικευμένες. Οι ασθενείς με ελάχιστα κινητικά προβλήματα ή σχετικά σταθερή κατάσταση υγείας, ίσως χρειάζονται μερικά μόνο από τα προληπτικά μέτρα. Οι νοσηλευτικές ενέργειες για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων εκτιμώνται τόσο από την ανταπόκριση των ασθενών σ'αυτές, όσο και από το αν επιτεύχθηκε κάθε καθορισμένος σκοπός.

Για να εκτιμήσει τα αποτελέσματα και την ανταπόκριση στη φροντίδα, ο νοσηλευτής υπολογίζει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Τα επιθυμητά αποτελέσματα αφορούν την αποφυγή ή τη μείωση τραυματισμού του δέρματος και των υποκείμενων ιστών, καθώς και την αποκατάσταση της δερματικής ακεραιότητας. Επιπρόσθετα ο νοσηλευτής εκτιμά συγκεκριμένες παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να προάγουν τη δερματική ακεραιότητα και διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του πώς να μειώσει έναν ενδεχόμενο μελλοντικό κίνδυνο δημιουργίας κατακλίσεων. Χρησιμοποιώντας τη νοσηλευτική διεργασία, ο νοσηλευτής συγκεντρώνει στοιχεία που σχετίζονται με την έκθεσή του σε παράγοντες κινδύνου και τη φυσική του κατάσταση. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχεδιάζονται για να προάγουν τη δερματική ακεραιότητα τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Τέλος εκτιμά την ανάγκη του ασθενούς και της οικογένειάς του για επιπρόσθετες υποστηρικτικές υπηρεσίες (όπως φροντίδα στο σπίτι κ.λ.π.) και εισάγει την προαναφερόμενη διαδικασία. (*Potter Patricia, Perry Anne, 1993*)



**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   5°**  
**ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**  
**ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ**

**5.1   Αποκατάσταση κατακλίσεων - Νοσηλεία στο σπίτι**

Στη χώρα μας δεν έχει ακόμα χαραχθεί συγκεκριμένη πολιτική από πλευράς Υπουργείου Υγείας, σχετικά με το θέμα τα κατακλίσεων. Το μόνο που έχει θεσπισθεί μέχρι στιγμής είναι μία ειδική υπηρεσία με τίτλο «Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας» βάση του νόμου 2071/92. Ο σκοπός της ενέργειας αυτής είναι ο συντονισμός και η προαγωγή του προγράμματος «νοσηλεία στο σπίτι». Το πρόγραμμα αυτό κρίθηκε απαραίτητο, μιας και έχει γίνει τελευταία αντιληπτό, πως η Νοσηλευτική δεν περιορίζεται μόνο στο νοσοκομείο αλλά έχει ευρύτερες εφαρμογές μέσα στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.

Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού μπορεί να δοθεί πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα και σε ασθενή με κατάκλιση στο σπίτι και όχι κατ' αποκλειστικότητα σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Βασικός στόχος της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή με κατάκλιση είναι :

- α) η εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς μέσα στο χώρο που ζει
- β) η ενημέρωση και εκπαίδευση του ίδιου και της οικογένειάς του για την προαγωγή, τη βελτίωση και την αποκατάσταση της υγείας του.
- γ) η οργανωμένη υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι με το απαραίτητο προσωπικό (γιατροί, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λ.π.)

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με κατάκλιση, περιλαμβάνει :

- α) τη συχνή παρακολούθηση και περιποίηση του δέρματος στις περιοχές όπου υπάρχουν ή μπορεί να προκληθούν κατακλίσεις
- β) Άσηπτες αλλαγές των τραυμάτων και εφαρμογή κατάλληλων επιθεμάτων

- γ) τη διατροφή του
  - δ) την κίνηση του ασθενούς
  - ε) τα συστήματα υποστηρίξεως (κρεβάτια, ειδικά μαξιλάρια, στρώματα κ.λ.π.)
- στ) την εφαρμογή μέτρων για την παρεμπόδιση δημιουργίας μόλυνσης, για την ασφάλεια του ίδιου του αρρώστου αλλά και της οικογένειάς του

Παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν για τη νοσηλεία στο σπίτι είναι η οικονομική δυνατότητα του αρρώστου και της οικογένειάς που σε σχέση με το κοινωνικό - ασφαλιστικό σύστημα.

Τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν αναλώσιμο υλικό σε ασθενείς. Κάποια από τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν μέρος των δαπανών, ενώ κάποια άλλα ταμεία καλύπτουν εξ ολοκλήρου τις δαπάνες.

Οι νοσηλευτές κατόικον πρέπει να γνωρίζει τι ακριβώς χορηγεί το κάθε ταμείο και τη διαδικασία που ακολουθείται για να φτάσει το προϊόν στον άρρωστο.

Δικαιολογητικά για την απόδοση της δαπάνης είναι η απόδειξη αγοράς, η γνωμάτευση νοσοκομειακού ιατρού στην οποία αναγράφονται τα είδη που χρειάζεται ο ασφαλισμένος.

Το ΙΚΑ προμηθεύεται κάποια από τα αναλώσιμα είδη και τα διαθέτει απευθείας από τις μονάδες του. Στην περίπτωση αυτή δεν καταβάλλεται συμμετοχή. Για τα υπόλοιπα προϊόντα ακολουθείται η παραπάνω διαδικασία.

Σήμερα δεν είμαστε ακόμη νομικά κατοχυρωμένοι σαν νοσηλευτές να συνταγογραφήσουμε το ασφαλιστικό υλικό για την θεραπεία στην κατόικον νοσηλεία, ούτε και υπάρχει κοστολόγιο της νοσηλευτικής αυτής πράξης.

Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που μπορούν να συνεχίσουν να παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση της επιτυχίας των προγραμμάτων. Οι νοσηλευτές έχουν αποδείξει ότι είναι σε θέση να διαδραματίσουν ρόλο

κλειδί στη δημόσια υγεία και το κράτος οφείλει να χρησιμοποιήσει κατάλληλα την πολύτιμη αυτή πηγή. (Σίμογλου Φ. - Μιχαηλίδου Θ., 1999)

## **5.2 Πολιτικές για την πρόληψη και αντιμετώπιση από τις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία**

Οι κατακλίσεις συνεχίζουν να είναι ένα δαπανηρό για το Ε.Σ.Υ. κάθε χώρας. Στη Μεγάλη Βρετανία ο διευθυντής του Ε.Σ.Υ. έχοντας συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος, όρισε κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία του, ενώ ταυτόχρονα το Υπουργείο υγείας έχει εκδώσει ένα φυλλάδιο που παροτρύνει τους ασθενείς να αναζητούν επιστημονικές συμβουλές άμεσα εάν αντιληφθούν μια εξέλιξη.

Η οργάνωση της κατάλληλης πολιτικής στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων είναι ένας τρόπος να διασφαλιστεί ότι οι διαδικασίες του σχεδίου φροντίδας θα είναι αποτελεσματικές. Συγκεκριμένα στον οργανισμό Croydon Community Health NHS Trust τέσσερις κοινοτικές νοσηλευτικές ομάδες δέχθηκαν την παρουσίαση πέντε αντικειμενικών σκοπών - κλειδιών συμπεριλαμβανομένων της καλλιέργειας τεχνικών γνώσεων, ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην αντιμετώπιση των περιοχών όπου ασκείται πίεση και πρόληψη των κατακλίσεων, έλεγχος της συχνότητας εμφάνισής τους κι οργάνωση στρατηγικής εξοπλισμού βασισμένη σε έρευνα.

Η Joan Eves, η ειδικός για την ιστική βιωσιμότητα στον οργανισμό, ανέλυσε τις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν μετά την ανάπτυξη της πολιτικής και ήταν ενθουσιασμένη με την επιτυχία της. Η πολιτική του Croydon Community Health NHS Trust κατάφερε να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων περισσότερο από 1/3 ανάμεσα στο διάστημα 1994 - 1997. Επιπροσθέτως η διεξαγωγή κατάλληλου υπολογισμού της πιθανότητας δημιουργίας εξέλιξης και η χρησιμοποίηση του σωστού είδους εξοπλισμού οδήγησε σε μια σημαντική μείωση στον αριθμό των ασθενών με κατακλίσεις που δεν επουλώνονται για περισσότερο από ένα χρόνο.

Φαίνεται, ως εκ τούτου, ότι δεδομένης της έγκαιρης νοσηλευτικής εκτίμησης του κινδύνου δημιουργίας κατακλίσης και της παροχής μέτρων για την ανακούφιση της πίεσης στο αρχικό στάδιο, οι νοσηλευτές μπορούν να αφήσουν απλά τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό να αναλάβει δράση αντί γ'αυτούς. Τέλος σύμφωνα με την κυρία Eves : *«Με το να έχουμε μια πολιτική έχουμε κάνει την υπηρεσία πιο αποδοτική οικονομικά, ελευθερώσαμε το χρόνο νοσηλείας και προλάβουμε τις κατακλίσεις»*. Επομένως κάθε οργανισμός θα έπρεπε να έχει μια συγκεκριμένη πολιτική για την αντιμετώπιση των ελκών καθώς και για τη χρήση ειδικού εξοπλισμού (*Carlou Jo, 1998*)

Στις ΗΠΑ το θέμα των κατακλίσεων αντιμετωπίζεται το ίδιο σοβαρά. Συγκεκριμένα έχει συσταθεί μια οργάνωση που ονομάζεται National Pressure Ulcer Advisory Panel (N.P.U.A.P.) κι ασχολείται αποκλειστικά με το θέμα αυτό. Στόχος της είναι να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης των κατακλίσεων κατά 50% έως το έτος 2.000. Πέρα από αυτή την οργάνωση στη χάραξη αυτής της πολιτικής συνέβαλαν και άλλοι φορείς όπως : το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (U.S. Department of Health and Human Services), η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας (Public Health Service) καθώς και μία ερευνητική επιτροπή για την πολιτική της φροντίδας υγείας (Agency for Health Care Policy Research).

Οι παραπάνω φορείς δημοσίευσαν στις 18 Μαΐου του 1992 τις κατευθυντήριες γραμμές της πολιτικής τους με τίτλο «Κατακλίσεις στους ενήλικες : *Διάγνωση και Πρόληψη: (Pressure Ulcers in Adults : Prediction and Prevention)*

### **5.3 Διδασκαλία Υγειονομικού Προσωπικού**

Η ευθύνη για την πρόληψη των κατακλίσεων βαρύνει τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους διαιτολόγους, τους φαρμακοποιούς, τους φυσιοθεραπευτές, το διοικητικό προσωπικό, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η διδασκαλία όλων αυτών των ομάδων είναι μία πολύ σημαντική πτυχή της πρόληψης των κατακλίσεων. Από αυτή την άποψη κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα που παρέχουν έγκυρες και πρόσφατες πληροφορίες βασισμένες σε έρευνες πρέπει να παρέχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής :

1. Χαρακτηριστικά του φυσιολογικού υγιούς δέρματος
2. Στοιχεία για την εκτίμηση του δέρματος
3. Χαρακτηριστικά της ιστικής αλλοίωσης (συμπεριφορά των ιστών όταν υφίστανται μηχανικό φορτίο)
4. Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη των κατακλίσεων
5. Οι παράγοντες κινδύνου για τη δημιουργία κατακλίσεων
6. Εργαλεία για την εκτίμηση του κινδύνου δημιουργίας κατακλίσεων και η επιλογή τους για συγκεκριμένους πληθυσμούς.
7. Αιτιολογία και σταδιοποίηση των κατακλίσεων
8. Κατάλληλες τεχνικές για αλλαγή θέσης, τοποθέτηση κι επανατοποθέτηση.
9. Ενδείξεις και περιορισμοί των συσκευών που μειώνουν την πίεση και των συστημάτων υποστήριξης
10. Ενδείξεις και περιορισμοί των προϊόντων που μειώνουν την τριβή
11. Στοιχεία για την εκτίμηση του δέρματος και προγράμματα φροντίδας του δέρματος, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων.

#### **5.4 Διδασκαλία ασθενούς και οικογένειας**

Τα προγράμματα εκπαίδευσης που παρουσιάζονται στον ασθενή και την οικογένειά του πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής :

1. Αιτιολογία των κατακλίσεων
2. Επισκόπηση του δέρματος
3. Προστασία του δέρματος

4. Κατάλληλες και ασφαλείς τεχνικές και προϊόντα καθαρισμού
5. Μείωση του κινδύνου της δημιουργίας κατακλίσεων
6. Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη των κατακλίσεων
7. Η ανάγκη για συχνή αλλαγή θέσης
8. Κατάλληλες και σωστές τεχνικές αλλαγής θέσης
9. Κατάλληλη χρήση των μαξιλαριών και των υπολοίπων συσκευών που μειώνουν την άσκηση πίεσης
10. Οι αλλαγές στο δέρμα και στη γενικότερη κατάσταση της υγείας, να αναφέρονται εγκαίρως στους επαγγελματίες υγείας.

### **Συμπέρασμα :**

Η προσκόλληση στις αρχές αυτού του πρωτοκόλλου θα βοηθήσει στην πρόληψη των κατακλίσεων, όσον αφορά την πλειοψηφία των ασθενών υψηλού κινδύνου.

Το N.P.U.A.P. (National Pressure Ulcer Advisory Panel) δηλ. η Ειδική Συμβουλευτική Επιτροπή για τις κατακλίσεις, πιστεύει ότι οι κατακλίσεις είναι ένα μείζον πρόβλημα υγείας και συστήνει στους επαγγελματίες υγείας να υιοθετήσουν τα ακόλουθα :

1. Η πρόληψη είναι η καλύτερη λύση στα προβλήματα των κατακλίσεων
2. Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτρέπει μία μη αναγκαία επώδυνη κατάσταση για τον ασθενή καθώς και ένα μη αναγκαίο αξιόλογο κόστος για τη φροντίδα Υγείας.
3. Η ευθύνη για την πρόληψη των κατακλίσεων βαρύνει τους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 200 άτομα - νοσηλευτές. Η έρευνα μας διήρκεσε περίπου ένα έτος (1999).

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων ανέρχεται τελικά στους 200 και προέρχονταν από νοσηλευτικό προσωπικό (Νοσηλευτές ΠΕ, Νοσηλευτές ΤΕ και Βοηθοί Νοσοκόμοι ΔΕ), που εργαζόταν σε διάφορες κλινικές και τμήματα Νοσηλευτικών Μονάδων της όπως, οι ορθοπεδικές οι παθολογικές κλινικές και οι Μονάδες εντατικής θεραπείας των Νοσοκομείων:

- ΠΠΓΝΠ
- «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ και
- Το ΑΣΥΛΟ ΑΝΙΑΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κλειστού τύπου, (εκτός μιας ερώτησης, που είναι ανοικτού τύπου) με διχοτομικές αλλά και εναλλακτικές απαντήσεις, παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα



εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. R (συντελεστής συσχέτισης)
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζομένων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές ήταν το  $X^2$  (Chi - square test)

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων.

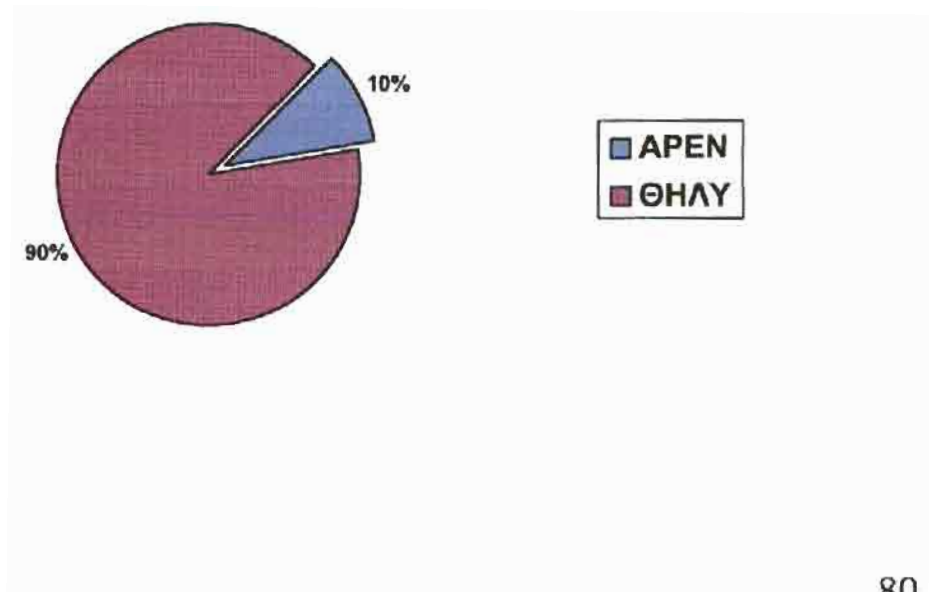
Παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΗΛΥ	180	90
ΑΡΡΕΝ	20	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

**ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο**

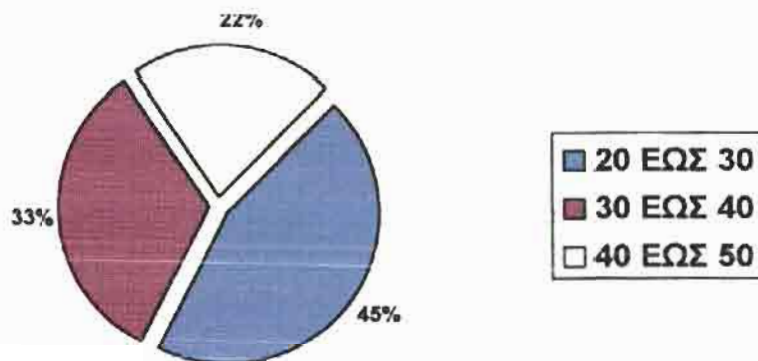


**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
20 έως 30	90	45
30 έως 40	66	33
40 έως 50	44	22

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας από 30 έως 40 ετών.

**Σχήμα 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία**

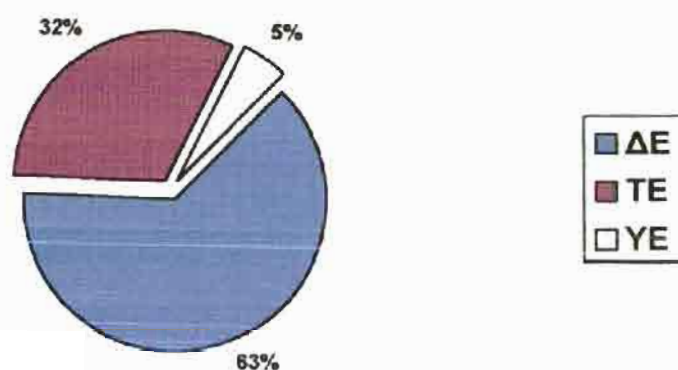


**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΔΕ	125	63
ΤΕ	65	32
ΠΕ	10	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Διετούς Σχολής (βοηθοί νοσοκόμοι (ΔΕ)).

**ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0 έως 5 έτη	40	20
5 έως 10	35	18
10 έως 15	60	30
15 έως 25	55	27
25 και άνω	10	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στο τμήμα τους από 10 έως 15 έτη.

**ΣΧΗΜΑ 4:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την εμπειρία.

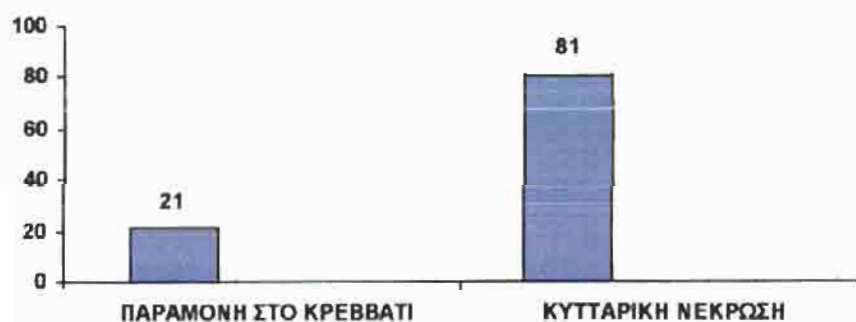


**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους πάνω στον ορισμό της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	38	19
ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ	162	81

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα απαντούν ότι κατάκλιση είναι η κυτταρική νέκρωση μίας περιοχής του ανθρωπίνου σώματος

**ΣΧΗΜΑ 5:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους πάνω στον ορισμό της κατάκλισης.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή των γνώσεών τους πάνω στις αιτίες κατακλίσεων.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΣΧΟΛΗ	148	74
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ-ΣΥΝΕΔΡΙΑ	52	26
ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ	23	11.5
ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ	57	28.5
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	8	4
ΕΜΠΕΙΡΙΑ	87	43.5

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει αποκτήσει τις γνώσεις της πάνω στις κατακλίσεις από την σχολή τους και από την εμπειρία τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρώτη τους εμπειρία με κάποια κατάκλιση.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΩΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ	86	43
ΩΣ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ	52	26
ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	62	31

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συνάντησε το πρώτο περιστατικό κατάκλισης κατά την διάρκεια των σπουδών τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν το πρόβλημα των κατακλίσεων σημαντικό.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	160	80
ΟΧΙ	140	70

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το πρόβλημα των κατακλίσεων είναι σημαντικό.

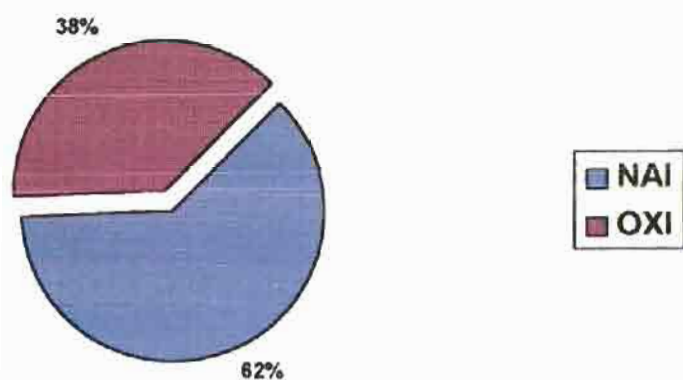


**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνή ή μη εμφάνιση περιστατικών κατακλίσεων στο χώρο εργασίας τους.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	124	62
ΟΧΙ	76	38

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντούν ότι η εμφάνιση κατάκλισης είναι συχνό φαινόμενο στο χώρο της εργασίας τους.

**ΣΧΗΜΑ 6:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνή ή μη εμφάνιση περιστατικών κατακλίσεων στο χώρο εργασίας τους.

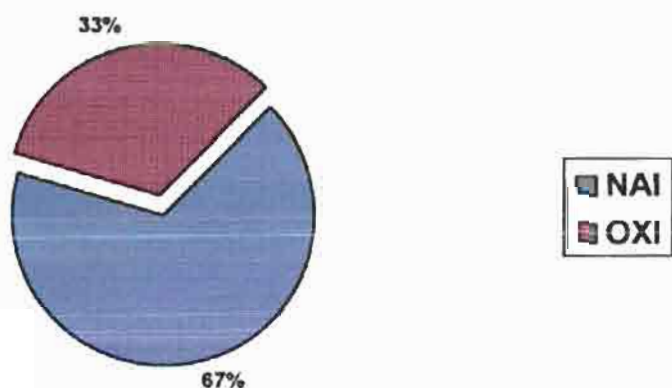


**ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν σχετίζεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με την εμφάνιση της κατάκλισης.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	134	67
ΟΧΙ	66	33

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ομολογούν ότι σχετίζεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με την εμφάνιση της κατάκλισης.

**ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση σχετίζεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με την εμφάνιση της κατάκλισης.**

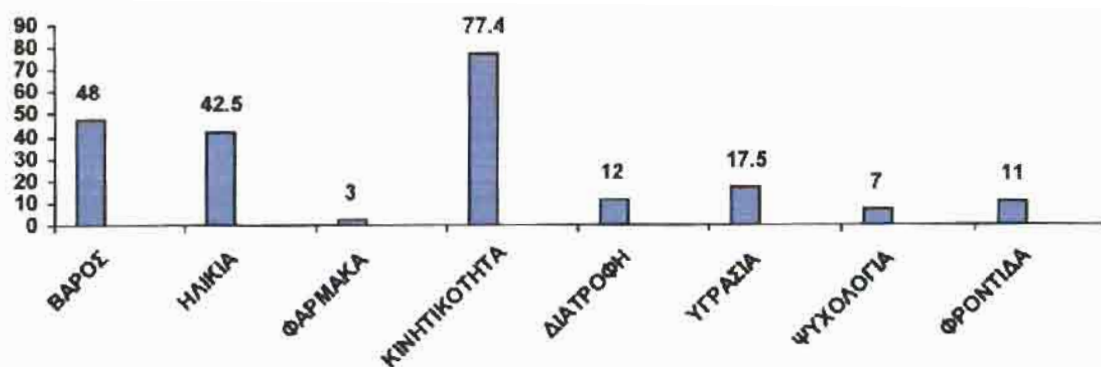


**ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες για τις κατακλίσεις.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΒΑΡΟΣ	96	48
ΗΛΙΚΙΑ	83	42.5
ΦΑΡΜΑΚΑ	6	3
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	155	77.4
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	24	12
ΥΓΡΑΣΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	35	17.5
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	14	7
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	22	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν την μειωμένη κινητικότητα τον πιο σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για τις κατακλίσεις.

**ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες για τις κατακλίσεις.**

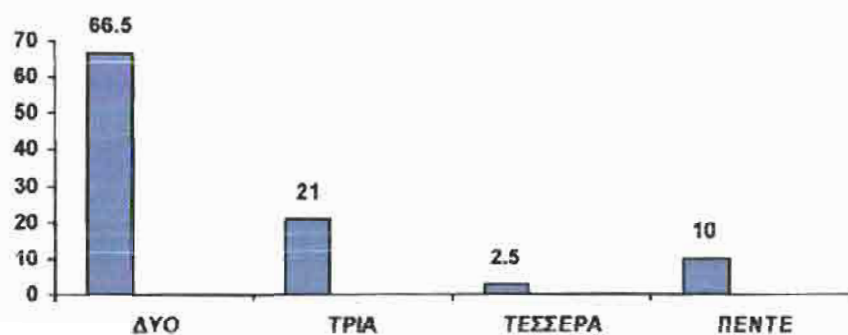


**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα στάδια της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Τρία	133	66.5
Τέσσερα	42	21
Δύο	5	2.5
Πέντε	20	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η κατάκλιση διακρίνεται σε τρία στάδια.

**ΣΧΗΜΑ 8:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα στάδια της κατάκλισης.

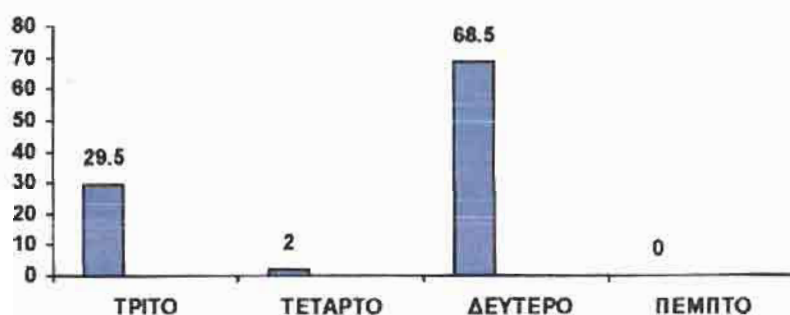


**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το στάδιο της κατάκλισης στο οποίο εμφανίζεται ερύθημα και λύση της «συνέχειας του δέρματος».

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΤΡΙΤΟ	59	29.5
ΤΕΤΑΡΤΟ	4	2
ΔΕΥΤΕΡΟ	137	68.5
ΠΕΜΠΤΟ	0	0

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στο δεύτερο στάδιο της κατάκλισης εμφανίζεται ερύθημα και λύση της «συνέχειας του δέρματος»

**ΣΧΗΜΑ 9:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το στάδιο της κατάκλισης στο οποίο εμφανίζεται ερύθημα και λύσης της «συνέχειας του δέρματος».

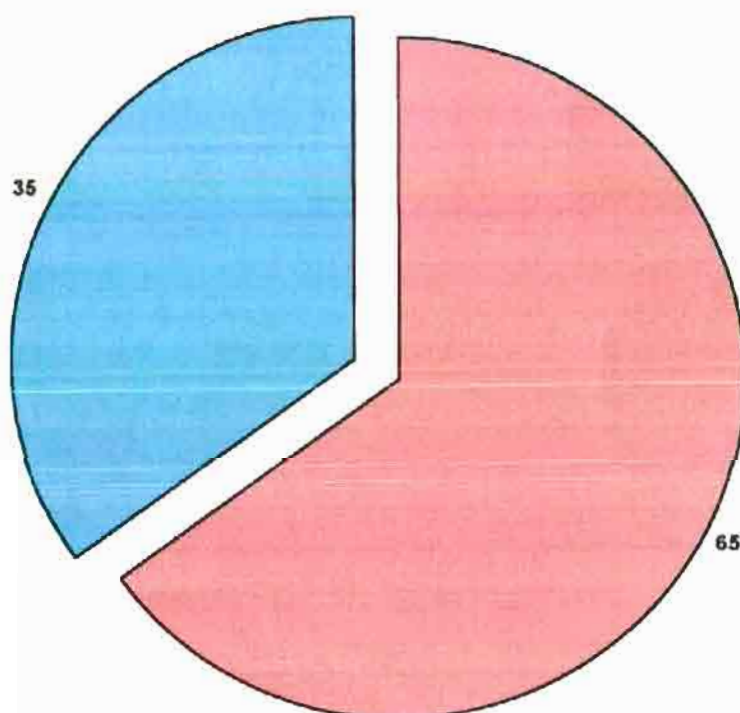


**ΠΙΝΑΚΑΣ 14 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στην κλινική που εργάζονται λαμβάνονται μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	130	65
ΟΧΙ	70	35

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα στην κλινική που εργάζονται λαμβάνονται μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων.

**ΣΧΗΜΑ 9:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στην κλινική που εργάζονται λαμβάνονται μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων.

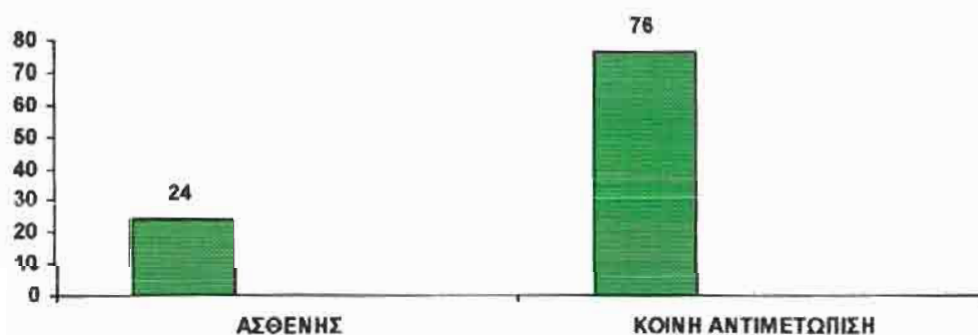


**ΠΙΝΑΚΑΣ 15 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τρόπο εφαρμογής προληπτικών μέτρων για τις κατακλίσεις.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	48	24
ΚΟΙΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	152	76

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ακολουθούν κοινό τρόπο αντιμετώπισης σε όλους τους ασθενείς.

**ΣΧΗΜΑ 10:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων για τις κατακλίσεις.

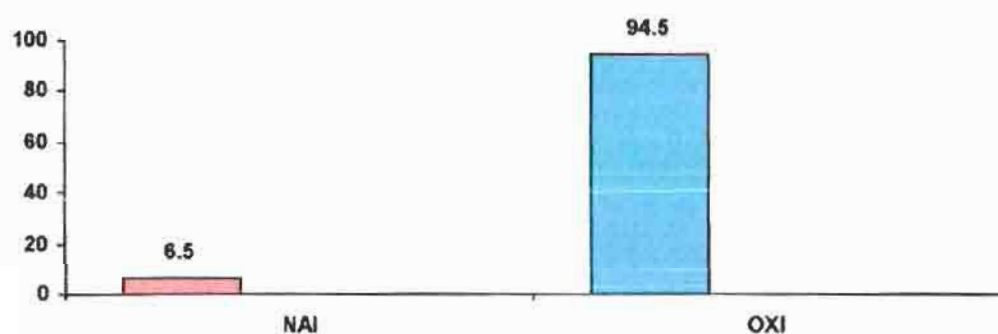


**ΠΙΝΑΚΑΣ 16 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εφαρμόζεται η χρήση κλιμάκων εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών στη χώρα μας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	6.5
ΟΧΙ	187	94.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν εφαρμόζεται η χρήση κλιμάκων εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών στη χώρα μας.

**ΣΧΗΜΑ 11:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το αν εφαρμόζεται η χρήση κλιμάκων εκτίμησης της κατάστασης των κατακλίσεων στη χώρα μας.



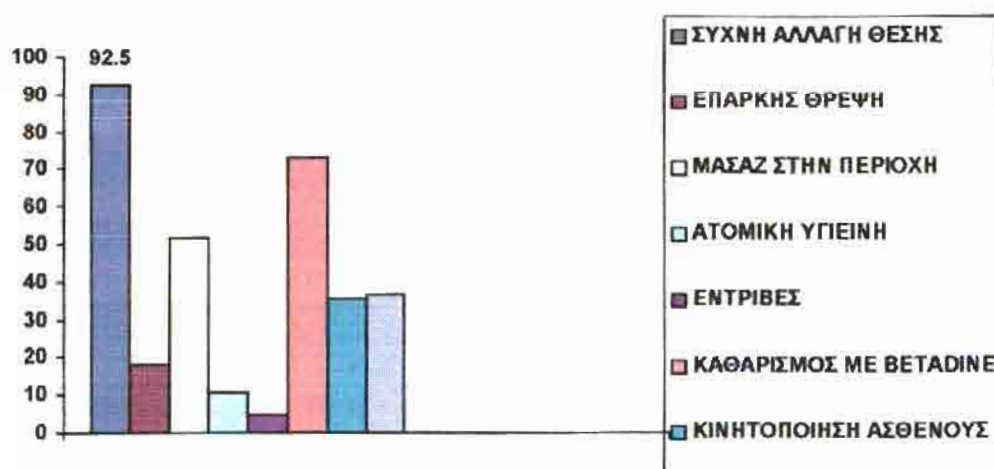


**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα που εφαρμόζονται για την πρόληψη των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΥΧΝΗ ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΗΣ	185	92.5
ΕΠΑΡΚΗΣ ΘΡΕΨΗ	36	18
ΜΑΣΑΖ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ	102	51.5
ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	21	10.5
ΕΝΤΡΙΒΕΣ	10	5
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΒΕΤΑΔΙΝΕ	146	73
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	71	35.5
ΧΡΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ, ΜΑΞΙΛΑΡΙΩΝ, ΚΛΠ	77	36.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες εφαρμόζουν κυρίως την συχνή αλλαγή θέσης, το τοπικό καθαρισμό με ΒΕΤΑΔΙΝΕ, σαν μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων.

**ΣΧΗΜΑ 12:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα που εφαρμόζονται για την πρόληψη των κατακλίσεων.

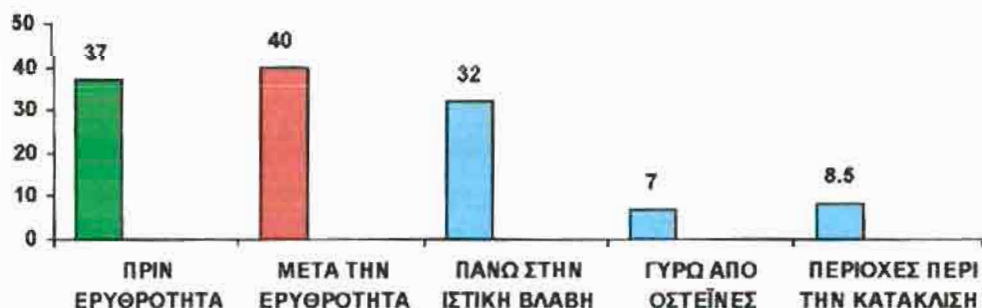


**ΠΙΝΑΚΑΣ 18:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε ενδείκνυται το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΥΘΡΟΤΗΤΑΣ	74	37
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΥΘΡΟΤΗΤΑΣ	80	40
ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΙΣΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	64	32
ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΟΣΤΕΪΝΕΣ ΠΡΟΕΞΟΧΕΣ	14	7
ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΕΡΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ	17	8.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι ενδείκνυται το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης μετά την εμφάνιση της ερυθρότητας.

**ΣΧΗΜΑ 13:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε ενδείκνυται το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 19 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν το betadine σαν το πιο ενδεικτικό αντισηπτικό διάλυμα.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	173	86.5
ΟΧΙ	27	13.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν το betadine σαν το πιο ενδεικτικό αντισηπτικό διάλυμα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα αλλαγής θέσης.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
Μια φορά την ημέρα	3	1.5
Δύο φορές την ημέρα	12	6
Ανά 30 λεπτά	3	1.5
Ανά 2 ώρες	144	72
Ανά 5 ώρες	38	19

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συμβουλεύουν τους ασθενείς για αλλαγή θέσης ανά δύο ώρες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21:** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για την ισορροπημένη διατροφή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΑΖΩΤΟΥ	42	21
ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ	100	50
ΣΙΔΗΡΟΣ	85	42.5
ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ Α,Β,Σ	145	72.5
ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ	2	1
ΘΕΙΟ	2	1
ΚΥΤΤΑΡΙΝΗ, ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	2	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι για την ισορροπημένη διατροφή με στόχο την πρόληψη κατακλίσεων, κύριο ρόλο παίζουν οι βιταμίνες Α,Β,Σ και οι πρωτεΐνες.

**ΣΧΗΜΑ 14:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για την ισορροπημένη διατροφή



**ΠΙΝΑΚΑΣ 22 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους για τη δράση των βιοσυνθετικών επιδέσμων σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΟΧΙ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΤΡΙΒΗΣ	97	48.5
ΑΠΛΗ ΚΑΛΥΨΗ	52	26
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΥΓΡΑΣΙΑ	44	22
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ	125	62.5
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ	17	8.5
ΜΕΩΣΗ ΔΥΣΟΣΜΙΑΣ	13	6.5
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗΣ	68	34

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τη δράση των βιοσυνθετικών επιδέσμων σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες καλύτερη σε θέματα προαγωγής επούλωσης και προστασίας από δυνάμεις τριβής.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την διαδικασία που προηγείται της τοποθέτησης επιθεμάτων.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΒΕΤΑΔΙΝΕ	186	93
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΡΟ	12	6
ΕΓΧΥΣΗ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΡΟ	3	1.5
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΝΕΚΡΩΜΕΝΩΝ ΙΣΤΩΝ	16	8
ΑΣΗΠΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ	24	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα στην διαδικασία που προηγείται της τοποθέτησης επιθεμάτων περιλαμβάνουν κυρίως τον καθαρισμό με Betadine.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η πρόληψη των κατακλίσεων είναι μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	176	88
ΟΧΙ	24	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πως η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι συνθήκες της εργασίας τους ευνοούν την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης για τις κατακλίσεις.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	52	26
ΟΧΙ	148	74

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι συνθήκες της εργασίας τους δεν ευνοούν την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης για τις κατακλίσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επαρκεί το προσωπικό για τις ανάγκες της κλινικής τους.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	91	14
ΟΧΙ	172	86

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν επαρκεί το προσωπικό για τις ανάγκες της κλινικής τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος στο καθημερινό τους ωράριο για την κάλυψη των ασθενών με κατακλίσεις.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	44	22
ΟΧΙ	166	83

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος στο καθημερινό τους ωράριο για την κάλυψη των ασθενών με κατακλίσεις

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν διαθέτει το νοσοκομείο την υλικοτεχνική υποδομή για την σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	70	35
ΟΧΙ	130	65

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν διαθέτει το νοσοκομείο την υλικοτεχνική υποδομή για την σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων των ασθενών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η ύπαρξη των κατάλληλων μέσων μειώνει το χρόνο νοσηλείας.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	154	77
ΟΧΙ	46	23

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η ύπαρξη των κατάλληλων μέσων μειώνει το χρόνο νοσηλείας.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γίνεται η κατάλληλη ενημέρωση των συγγενών των ασθενών για την κατάλληλη αντιμετώπιση των κατακλίσεων.**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	184	92
ΟΧΙ	16	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πραγματοποιούν την απαραίτητη ενημέρωση των συγγενών των ασθενών για την κατάλληλη αντιμετώπιση των κατακλίσεων

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η συμμετοχή των συγγενών και των ασθενών στην θεραπεία συμβάλλει στο θετικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	168	84
ΟΧΙ	32	16

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η συμμετοχή των συγγενών και των ασθενών στην θεραπεία συμβάλλει στο θετικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με αξιολόγηση των καταλληλότερων για την φροντίδα των κατακλίσεων

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΔΕ	60	30
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΕ	30	15
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΕ	20	10
ΟΙΚΙΑΚΟΙ ΒΟΗΘΟΙ	30	15
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ	24	12
ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	30	15

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τους Νοσηλευτές ΔΕ ως τους καταλληλότερους για την φροντίδα των κατακλίσεων

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 :** Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων για τους άλλους ειδικούς που είναι απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	94	47
ΔΙΑΤΟΛΟΓΟΙ	26	13
ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΕΣ ΣΤΡΩΜΑΤΩΝ Κ.Λ.Π.	42	21
ΧΕΙΡΟΠΟΔΙΑΤΡΟΙ	0	0
ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	127	63.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι πλαστικοί χειρουργοί και οι φυσιοθεραπευτές είναι εξίσου απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων εκτός από τους νοσηλευτές.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Απαντήσεις 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το με ποιους ειδικούς συνεργάζονται στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	184	92
ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΕΣ ΣΤΡΩΜΑΤΩΝ Κ.Λ.Π.	50	25
ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	118	59

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συνεργάζονται κυρίως με τους φυσιοθεραπευτές για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εφαρμόζεται κάποια συγκεκριμένη πολιτική για τις κατακλίσεις από το Υπουργείο Υγείας.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	0	0
ΟΧΙ	200	100

Όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν εφαρμόζεται κάποια συγκεκριμένη πολιτική για τις κατακλίσεις από το Υπουργείο Υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται κάποια συγκεκριμένη πολιτική για τις κατακλίσεις στο εξωτερικό (π.χ. ΗΠΑ, Αγγλία).**

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	8	4
ΟΧΙ	192	96

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν γνωρίζουν ότι εφαρμόζεται κάποια συγκεκριμένη πολιτική για τις κατακλίσεις στο εξωτερικό.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

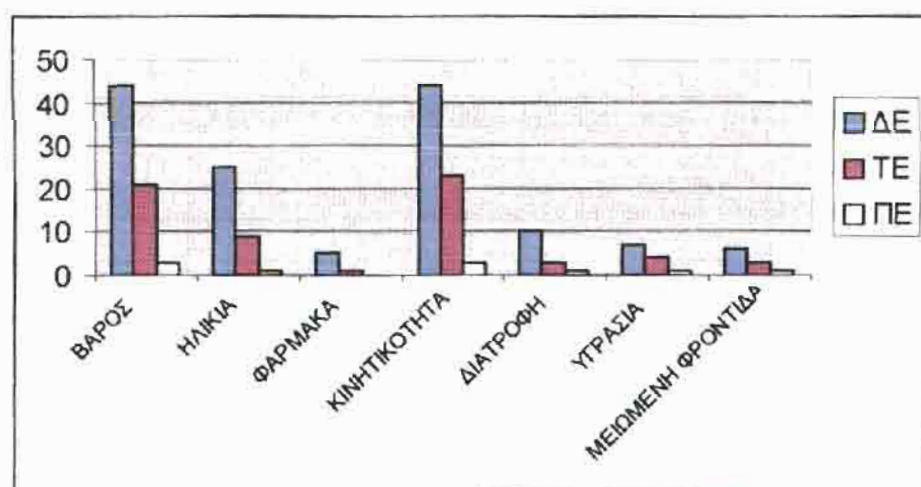
**ΠΙΝΑΚΑΣ 37:** Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της κατάκλισης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Ερωτήσεις 11 και 3)

Αριθμός	ΒΑΡΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΑ	ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΥΓΡΑΣΙΑ	ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	44	25	5	44	10	7	6	125
ΤΕ	21	9	1	23	3	4	3	65
ΠΕ	3	1	0	3	1	1	1	10
ΣΥΝΟΛΟ	68	35	6	70	14	12	10	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	29,8	0,02

Οι γνώσεις πάνω στους παράγοντες που προκαλούν κατακλίσεις διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ( $p = 0.02$ ).

**ΣΧΗΜΑ 14:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της κατάκλισης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους



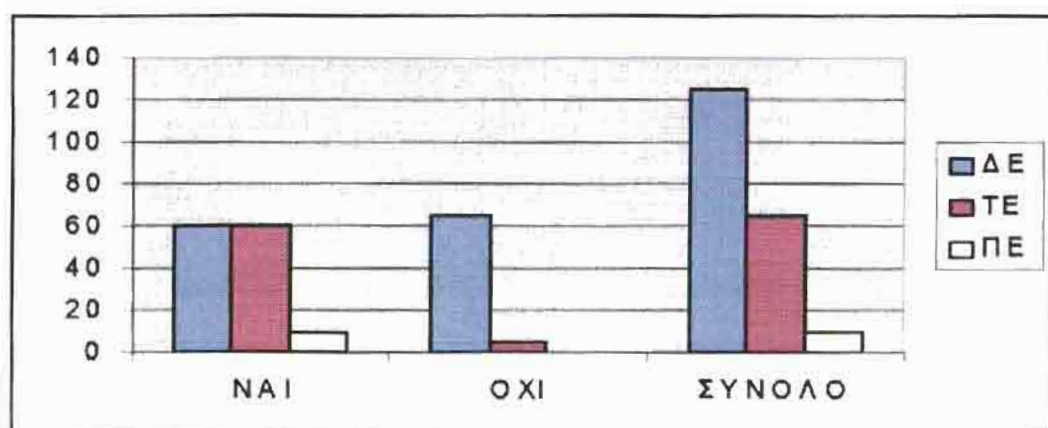
**ΠΙΝΑΚΑΣ 38:** Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Ερωτήσεις 14 και 3)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	60	65	125
ΤΕ	60	5	65
ΠΕ	10	0	10
ΣΥΝΟΛΟ	130	70	200

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	42.6	0.0001

Οι Νοσηλευτές υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης ΕΦΑΡΜΟΖΟΥΝ πιο συχνά τα προληπτικά μέτρα για τις κατακλίσεις σε σχέση με αυτούς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ( $p < 0.05$ )

**ΣΧΗΜΑ 15:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση τους πιο κατάλληλους για την φροντίδα των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Ερωτήσεις 32 και 3)**

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕ	ΤΕ	ΠΕ	ΒΟΗΘΟΥΣ	ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	30	8	12	24	20	25	125
ΤΕ	22	22	7	5	4	5	65
ΠΕ	8	0	1	1	0	0	10
ΣΥΝΟΛΟ	60	30	20	30	24	30	200

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	45.0	0.001

Η άποψη για τον καταλληλότερο για την φροντίδα των κατακλίσεων είναι σημαντικά διαφορετική μεταξύ νοσηλευτών ΤΕ και ΠΕ σε σχέση με τους βοηθούς νοσοκόμους ΔΕ. Στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ( $p < 0.05$ )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωση για την κατάσταση που επικρατεί στο εξωτερικό ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Ερωτήσεις 36 και 3)**

Αριθμός Ποσοστό	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	1	124	125
ΤΕ	1	64	65
ΠΕ	6	4	10
ΣΥΝΟΛΟ	8	192	200

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	86	0.0001

Η ενημέρωση πάνω σε θέματα διεθνή εξαρτάται έντονα από το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτή, με αποτέλεσμα οι Νοσηλευτές ΤΕ και ΠΕ να παρουσιάζουν εντελώς διαφορετική εικόνα. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ( $p < 0.05$ ).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 41: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή των γνώσεών τους ανάλογα με την εμπειρία τους (Ερωτήσεις 6 & 4)**

Αριθμός	ΣΧΟΛΗ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ	ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ	ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	ΕΜΠΕΙΡΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
0 έως 5 έτη	21	19	8	7	2	9	40
5 έως 10	9	8	10	11	3	7	35
10 έως 15	10	10	3	15	2	20	60
15 έως 25	35	7	0	2	1	15	55
25 και άνω	2	4	2	1	0	1	10
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>77</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>53</b>	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	62.3	0.001

Το παρελθόν στο χώρο εργασίας που έχει άμεση σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι καθοριστικός παράγοντας για την πηγή των γνώσεών τους, η οποία αντλείται από την εκπαίδευσή τους στη Σχολή και την εμπειρία τους. Αντίθετα οι νεότεροι νοσηλευτές εμφανίζουν καλύτερη ανταπόκριση σε συγγράμματα, συνέδρια και εκπαιδευτικά προγράμματα.. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές απαντήσεων ( $p < 0.05$ )



**ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων ανάλογα με την εμπειρία τους (Ερωτήσεις 14 και 4)**

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
0 έως 5 έτη	35	5	40
5 έως 10	30	5	35
10 έως 15	42	18	60
15 έως 25	12	33	55
25 και άνω	1	9	10
ΣΥΝΟΛΟ	130	70	200

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	44.6	0.0001

Το παρελθόν στο χώρο εργασίας που έχει άμεση σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι καθοριστικός παράγοντας στην σωστή εφαρμογή μέτρων κατά των κατακλίσεων με υπευθυνότερη την ανταπόκριση των νεώτερων νοσηλευτών. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές απαντήσεων ( $p < 0.05$ )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 43: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πρώτο τους περιστατικό με κατάκλιση ανάλογα με την εμπειρία τους (Ερωτήσεις 7 και 4)**

<b>Αριθμός</b>	<b>ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ</b>	<b>ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ</b>	<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
0 έως 5 έτη	7	10	23	40
5 έως 10	5	6	24	35
10 έως 15	20	15	25	60
15 έως 25	21	20	14	55
25 και άνω	9	1	0	10
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	62	52	86	200

<b><math>\chi^2</math></b>	<b>ΤΙΜΗ</b>	<b>P</b>
Συντελεστής συσχέτισης (r)	19.9	0.001

Οι Νοσηλευτές μεγάλης εργασιακής εμπειρίας είχαν πολύ διαφορετικές τις πρώτες εμπειρίες πάνω σε θέματα κατακλίσεων σε σχέση με αυτούς με μικρή πείρα. Στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ( $p < 0.05$ ).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε ένα σύνολο διακοσίων ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε παθολογικές, ορθοπεδικές, χειρουργικές κλινικές και μονάδες εντατικής θεραπείας των Νοσοκομείων Πατρών, Καλαμάτας, Κορίνθου. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (90%) ήταν γυναίκες ηλικίες 30-40 ετών, (42,5%), απόφοιτοι διετούς σχολής (63%), με έτη επαγγελματικής υπηρεσίας που κυμαίνονται από 10-15 (30%).

Ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (81%) γνωρίζει τον ακριβή ορισμό της κατάκλισης και ταυτόχρονα οι γνώσεις των περισσότερων (74%) στο θέμα αυτό προέρχονται από την σχολή - εκπαίδευσή τους καθώς και από την εμπειρία (43,5%). Ο μεγαλύτερος αριθμός των νοσηλευτών (80%) θεωρεί πως το πρόβλημα των κατακλίσεων είναι πολύ σημαντικό, ομολογεί σε ποσοστό (62%) πως είναι φαινόμενο αρκετά συχνό στο χώρο εργασίας και ταυτόχρονα, το (67%) των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως υπάρχει άμεση συσχέτιση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με την εμφάνιση κατακλίσεων.

Σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες ένα μεγάλο ποσοστό (77,5%) θεωρεί πως η μειωμένη κινητικότητα και το βάρος είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία εξελκώσεων ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό γνωρίζει πως η διατροφή (12%) και η υγρασία (17,5) είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες. Όσον αφορά τα στάδια στα οποία διακρίνεται η κατάκλιση, ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών (66,5%) πιστεύει πως αυτά είναι τρία, γεγονός που είναι λανθασμένο, ενώ μόνο ένα (21%) γνωρίζει πως είναι τέσσερα.

Στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές (65%) απάντησαν πως λαμβάνονται μέτρα για την καταπολέμηση του παραπάνω φαινομένου, τα οποία όμως παραδέχτηκαν σε ποσοστό (76%) πως είναι κοινά για όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Το παραπάνω αποτέλεσμα ενισχύεται από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (93,5%) δεν γνωρίζει, αλλά ούτε και εφαρμόζει κάποια από τις γνωστές κλίμακες αξιολόγησης των παραγόντων κινδύνου που επιβαρύνουν κάθε ασθενή. Όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται η συχνή αλλαγή της θέσεως του ασθενούς (92,5%) κάθε δύο ώρες (72%), εξίσου συχνά εφαρμόζεται και καθαρισμός των πληγών με Betatine που έχει αποδεχθεί ενέργεια περισσότερο επιβλαβής απ' ότι ωφέλιμη. Επιπλέον μέτρα όπως η επαρκής θρέψη, η κινητοποίηση του ασθενούς και η διατήρηση της ατομικής υγιεινής δυστυχώς εμφανίζονται σε πολύ μικρά ποσοστά (18%), (35,5%) και (10,5%) αντίστοιχα. Στα πλαίσια της προηγούμενης ερώτησης ένα μεγάλο ποσοστό (51%) απάντησε πως εφαρμόζει το μασάζ ως μέτρο πρόληψης, αν και όπως αποδεικνύεται στην έρευνα οι απόψεις είναι πολύ συγκεχυμένες όσον αφορά το πότε και σε ποιες περιοχές του σώματος πρέπει να γίνεται.

Παρ'όλο που η πλειοψηφία (88%) ισχυρίζεται ότι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής τους φροντίδας, η έρευνα απέδειξε ότι οι συνθήκες εργασίας είναι ακατάλληλες για την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων, διότι απαντήθηκε ότι :

- α) το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί (86%)
- β) δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος στο καθημερινό ωράριο (83%)
- γ) παρουσιάζεται ανεπαρκώς η υλικοτεχνική υποδομή (65%)

Αξίζει να σημειωθεί, πώς, ενώ η φροντίδα των κατακλίσεων απαιτεί ειδικές γνώσεις και θα έπρεπε να αποτελεί μέρος των καθηκόντων νοσηλευτών τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, παρ'όλα

αυτά η έρευνα έδειξε ότι οι ίδιοι οι νοσηλευτές θεωρούν καταλληλότερους σε ποσοστό 30% τους βοηθούς νοσοκόμους - ες (ΔΕ).

Φάνηκε ακόμα πως οι πλαστικοί χειρουργοί σε ποσοστό 63,5% και οι φυσιοθεραπευτές σε ποσοστό 47% θεωρούνται ως ειδικότεροι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων, ενώ οι διαιτολόγοι, οι κατασκευαστές ειδικών στρωμάτων και μαξιλαριών καθώς και οι χειροποδίατροι, οι οποίοι είναι εξίσου σημαντικοί για μια ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος, εμφανίζονται με μικρότερα ποσοστά (13%), (21%) και (9%) αντίστοιχα.

Τέλος παρουσιάζεται έντονη έλλειψη μιας νομοθετικής ρύθμισης, που θα βοηθούσε τους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων να απαιτήσουν ενιαία πολιτική ως προς την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων, ενώ ταυτόχρονα είναι εμφανής η παντελής έλλειψη ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού για την πολιτική που ακολουθείται στο εξωτερικό (π.χ. ΗΠΑ, Αγγλία) όσον αφορά το θέμα αυτό.

Έπειτα από συσχέτιση ορισμένων ερωτήσεων αποδεικνύεται, ότι οι γνώσεις πάνω στους παράγοντες που προκαλούν κατακλίσεις διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης ( $p = 0,02$ ).

Εμφανίζεται ακόμα ότι οι νοσηλευτές υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης εφαρμόζουν πιο συχνά τα προληπτικά μέτρα για τις κατακλίσεις σε σχέση με αυτούς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ( $p = 0,0001$ ).

Όσον αφορά την άποψη για τον καταλληλότερο στην φροντίδα των κατακλίσεων αυτή παρουσιάζεται σημαντικά διαφορετική μεταξύ νοσηλευτών ΤΕ, ΠΕ και βοηθών - νοσοκόμων ΔΕ ( $p = 0.001$ ).

Συγκεκριμένα αποδεικνύεται ότι κάθε νοσηλευτική βαθμίδα αποποιείται την ευθύνη της φροντίδας των κατακλίσεων, μεταθέτοντάς την η μια στην άλλη.

Επιπρόσθετα το παρελθόν στο χώρο εργασίας που έχει άμεση σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι καθοριστικός παράγοντας για την

πηγή των γνώσεών τους, η οποία αντλείται από την εκπαίδευσή τους στη σχολή και την εμπειρία τους. Αντίθετα οι νεότεροι νοσηλευτές εμφανίζουν καλύτερη ανταπόκριση σε συγγράμματα, συνέδρια και εκπαιδευτικά προγράμματα ( $p = 0,001$ ).

Τέλος, το παρελθόν στο χώρο εργασίας που έχει άμεση σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι καθοριστικός παράγοντας στη σωστή εφαρμογή μέτρων κατά των κατακλίσεων με υπευθυνότερη την ανταπόκριση των νεώτερων νοσηλευτών ( $p=0,0001$ ).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της μελέτης μας αποκαλύπτουν πως οι κατακλίσεις συνθέτουν τον πιο ευαίσθητο δείκτη καθορισμού της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αποτελούν σε μεγάλο βαθμό νοσηλευτική ευθύνη. Παρ' όλο που η πλειονότητα των νοσηλευτών, (80%), θεωρεί τις κατακλίσεις ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, οι γνώσεις τους πάνω στο θέμα κρίνονται ανεπαρκείς και παρωχημένες. Αυτό αποδεικνύεται από τις απαντήσεις τους σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους θέσαμε όσον αφορά :

- α) Τα στάδια των κατακλίσεων (απαντήθηκε σε ποσοστό 66,5% πως τα στάδια είναι τρία, ενώ μόνο ένα 21% γνώριζε πως τα στάδια είναι τέσσερα)
- β) Τους προδιαθεσικούς παράγοντες (μόνο ένα ποσοστό 12% θεωρεί τη διατροφή σημαντικό παράγοντα, ένα 17,5% την υγρασία του σώματος καθώς και ένα πολύ μικρό ποσοστό 3% έχει επίγνωση της ενοχοποιητικής δράσης των φαρμάκων).
- γ) Τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης που εφαρμόζονται (μόνο ένα ποσοστό 6,5% γνωρίζει την ύπαρξη κλιμάκων εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών στις οποίες βασίζεται η πρόληψη, το 83% εφαρμόζει τοπικό καθαρισμό με Betatine πριν την τοποθέτηση επιθεμάτων, γεγονός που αναστέλλει την επουλωτική τους δράση και ένα ελάχιστο ποσοστό 12% ακολουθεί άσηπτη τεχνική κατά την περιποίηση των εξελκώσεων).

Ένα εξίσου σημαντικό συμπέρασμα που έχει εξαχθεί από την παρούσα έρευνα, είναι πως ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης σχετικά με το πρόβλημα των κατακλίσεων βαρύνει και το κράτος, καθώς η εμφάνισή τους οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, αφού από τις απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού προκύπτει ότι υπάρχει :

- α) έλλειψη προσωπικού (86%)
- β) ανεπαρκής υλικοτεχνικός εξοπλισμός (65%)
- γ) περιορισμένος χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών (83%)

Τέλος, διαπιστώνεται πως δεν υπάρχει ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την πολιτική που εφαρμόζεται στο θέμα αυτό στις προηγμένες χώρες του εξωτερικού, καθώς επίσης αποδεικνύεται ανύπαρκτη κάποια αντίστοιχη πολιτική στη χώρα μας.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας λοιπόν τα συμπεράσματα , θα θέλαμε να παραθέσουμε τις παρακάτω προτάσεις .

Κατ' αρχήν, πρέπει να τονίσουμε ότι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση κάθε προβλήματος είναι η ίδια η αποτροπή της γέννησής του. Θεωρούμε λοιπόν ότι η πρόληψη των κατακλίσεων είναι μείζονος σημασίας. Επομένως έχοντας ως στόχο την πρόληψη θα πρέπει να ληφθούν μέτρα τόσο από πλευράς πολιτείας όσο και κυρίως από τους ίδιους του νοσηλευτές. Συγκεκριμένα προτείνουμε τα εξής :

- 1) Χάραξη μιας ενιαίας πολιτικής που θα βοηθούσε τους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη κατεύθυνση στον τρόπο αντιμετώπισης των κατακλίσεων.
- 2) Αύξηση στις προσλήψεις (θέσεις) νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και διατήρησή τους στη μαχόμενη νοσηλευτική, η οποία θα οδηγήσει στην παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, μιας και μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού θα παρέχει αποτελεσματικότερες υπηρεσίες στους ασθενείς.
- 3) Να δίδεται έμφαση στην επιλογή κατάλληλου προσωπικού κατά τη διάρκεια των προσλήψεων ώστε να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- 4) Εξοπλισμός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα (π.χ. ειδικά κρεβάτια, στρώματα, επιθέματα, σκευάσματα, κ.λ.π.).
- 5) Η εκπαίδευση των νοσηλευτών να είναι συνεχιζόμενη καθώς η νοσηλευτική επιστήμη όπως και οι άλλες επιστήμες υγείας δεν είναι στατική αλλά εξελίσσεται και αναπτύσσεται συνεχώς. Επομένως, το

νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να επαναπαύεται στις γνώσεις που πήρε κατά τη βασική του εκπαίδευση αλλά να επιδιώκει τη συμμετοχή του σε εκπαιδευτικά προγράμματα τύπου ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, σεμιναρίων και συνεδρίων.

- 6) Ανανέωση και βελτίωση της υπάρχουσας βασικής εκπαίδευσης με εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας με συγγράμματα που ανταποκρίνονται στα νέα δεδομένα.
- 7) Στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να φροντίζουν από μόνοι τους για την επιμόρφωσή τους διαβάζοντας περιοδικά και βιβλία καθώς επίσης και εκπονώντας ερευνητικές εργασίες.
- 8) Να γίνει τέλος συνείδηση ότι η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων απαιτεί εκτός από τη νοσηλευτική φροντίδα, συλλογική προσπάθεια και στενή συνεργασία ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων όπως πλαστικοί χειρουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, κατασκευαστές ειδικών κρεβατιών - στρωμάτων κ.ά.

Όλες οι παραπάνω προτάσεις είναι γεγονός πως προϋποθέτουν ένα μεγαλύτερο μερίδιο του κρατικού προϋπολογισμού, που φαινομενικά αυξάνει το κόστος στον τομέα της υγείας. Η πραγματικότητα όμως αποδεικνύει ακριβώς το αντίθετο εάν αναλογιστούμε πως :

#### **Πρόληψη σημαίνει :**

**✓ Μείωση του Χρόνου Νοσηλείας και**

**Μείωση του Χρόνου Νοσηλείας σημαίνει :**

**✓ Ανακούφιση του Πάσχοντος**

**και Οικονομία Χρήματος**

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η δημιουργία κατακλίσεων στους νοσηλευόμενους αρρώστους αποτελεί σε μεγάλο βαθμό νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολογήσεως της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς η πρόληψη και η θεραπεία του αποτελεί μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας. Ιδιαίτερα για τους αρρώστους υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων, το μέτρο αυτό αποτελεί προτεραιότητα του θεραπευτικού τους προγράμματος.

Οι κατακλίσεις, εκτός από τον πόνο και την ανησυχία που προκαλούν στους αρρώστους, συμβάλλουν στη δημιουργία ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων. Επιπλέον, εάν είναι εκτεταμένες, οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών μπορεί να οδηγήσουν τους αρρώστους ακόμη και στο θάνατο. Δυστυχώς, παρά την αφθονία των τεχνικών μέσων, και την ποικιλία των φαρμακευτικών σκευασμάτων που υπάρχουν, οι κατακλίσεις εξακολουθούν να αποτελούν πρόβλημα το ίδιο σημαντικό όπως και κατά το παρελθόν.

Με αφορμή τα παραπάνω διεξήχθη η παρούσα έρευνα διάρκειας ενός έτους περίπου (1999) με σκοπό να διερευνηθεί η νοσηλευτική ευθύνη και η ευθύνη της πολιτείας στο θέμα αυτό. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου 32 ερωτήσεων κλειστού τύπου. Συγκεντρώθηκαν διακόσια ερωτηματολόγια από τα Νοσοκομεία Πατρών, Κορίνθου και Καλαμάτας. Από τη μελέτη αυτή προέκυψε πως οι γνώσεις των νοσηλευτών κρίνονται ανεπαρκείς και παρωχημένες ( $p=0.001$ ). Επιπλέον οι συνθήκες εργασίας δυσχεραίνουν το έργο τους καθώς ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός είναι ανεπαρκής (65%), το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των Νοσοκομείων (86%) και τέλος ο χρόνος που απαιτείται για τη σωστή προσέγγιση κι αντιμετώπιση του προβλήματος παρουσιάζεται αρκετά περιορισμένος (83%).

Εν κατακλείδι, παρουσιάζεται έντονη η έλλειψη μιας συγκεκριμένης νομοθετικής ρύθμισης από πλευράς υπουργείου υγείας και κράτους ώστε να χαραχθεί μια ενιαία πολιτική για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

## **SUMMARY**

The appearance of bedsores to hospitalised patients is to a great extent a matter of nursing responsibility and at the same time it consists an assessment criterion of the nursing care provided. Therefore, the prevention and treatment of bedsores are a measure of major significance. In particular, as far as it concerns high-risk patients with regard to the appearance of bedsores this is a priority measure of their treatment program.

Bedsore, apart from the pain and the anxiety that invoke to patients contribute to the generation of medical-nursing and socio-economical problems. In addition, if the bedsores are extensive the absorption of toxic substances may even result in the patients' death. Unfortunately today, despite the affluence of the technical equipment and the variety of the existing pharmaceuticals bedsores are still a problem as they were in the past.

On the grounds of the above the present research was conducted during the year 1999 aiming to the identification of the nursing responsibility as well as the responsibility of the state with respect to this issue. The collection of data was accomplished through a questionnaire consisting of 32 close-ended questions. Two hundred questionnaires were completed from the hospitals of Patras, Corinth and Kalamata. Upon the data collected it was evident that the knowledge of the nursing staff was poor and outdated ( $p=0.001$ ). Furthermore, the existing working conditions make their task difficult due to the insufficiency of the technical equipment (65%), the inefficiency of the existing nursing staff as this regards the covering of the hospitals' needs (86%) and, finally, the rather limited time demanded for the proper approach to and dealing with the problem (83%). In conclusion, the lack of a specific legal framework on behalf of the ministry of health and the state is manifest in order that a uniform policy is mapped out for treating the phenomenon of bedsores.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές Νοσηλίες, εκδόσεις Ελευθερία κ. Αθανάτου, Ε' έκδοση, Αθήνα 1995, σελ. 89 - 98.

Αντωνόπουλος Δ., Χειρουργική θεραπεία των κατακλίσεων, 1ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, Θεσσαλονίκη 1-2 Απριλίου 1999, σελ. 119.

Aronoff G.R., Friedman S.L., Diedens D. and La Velle K.J., Increased serum iodide concentration from iodine absorption. Horough wound treated topically with povidone - iodine, American Journal of Medical Science, 1980, 5:173-176.

Bames S.H. : Patient / Family education for the patient with a pressure necrosis, «Nursing Clinics of North America», 1987, 22:463.

Bereck K.H. : Etiology of Decubitus ulcers, «Nursing clinics of North America, 1975, 10:157.

Beyers Marjorie, Dudas Susan, The Clinical Practice of Medical Surgical Nursing, cop. by Little, Brown and Company, first ed., 1977, p.p. 1129, 1130, 1131, 1132, 1133.

Bryant R., Shamon M.L., Pieper B., Braden B., Morris D.J., Acute and chronic wounds: Nursing Management, cop. by Mosby - year book inc, St. Louis, 1992, p. 249.

Carlow Jo Pressure - sore prevention policies, «Nursing Times», March 25, 1998, 94 : 60 - 61.

Clochesy J., Bren Ch., Carbin S., Critical care Nursing, cop. by W.B. Saunders Company, ed. first, U.S.A., 1993, p.p. 1180, 1181, 1182.

Διαμάντη Σ., Γραμματικοπούλου Ε., κ.α., Επιδημιολογική Ανάλυση Κατακλίσεων στη Μ.Ε.Θ., 25ο ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο - Νοσηλευτική και Υγιεινός Τρόπος Ζωής, Ηράκλειο Κρήτης, 19-21 Μαΐου 1998, σελ. 388 - 391.

Davis P., Nursing the orthopaedic patient, cop. by Churchill Livingstone, ed. first, 1994, p. 80.

Elkin M.K., Perry Anne, Potter Patricia, Nursing Interventions and Clinical Skills, cop. by Mosby - Year book Inc, ed. first, 1996, p.p. 428, 431, 445-452.

Irvine R.E., Bangall M.K., smith B.J., The older patient, A Textbook of Geriatrics, cop. by Hodder and stoughton, London, 1978, p.p. 95, 98, 99.

Maklebust J., Sieggreen M., Pressure ulcers : guidelines for prevention and Nursing Management, cop. by S-N Publications, ed. third, 1991, p.p. 325, 326, 328.

Maklebust J., Pressure ulcers : etiology and intervention, «Nursing Clinics of North America», 1987, 22(2):359.

Norton D., Calculating the risk : Reflections on the Norton scale, «Decubitus» 1989, 2: 24 - 31.

N.P.U.A.P., Pressure ulcer prevalence cost and risk assessment : consensus development conference statement, «Decubitus», 1989, 2(2): 24.

Orkin M., Moubach H., Dahl M., Dermatology - Lange Medical Book, cop. by Appleton and Lange, ed. first, 1991, p.p. 546, 547.

Παπουτσάκης Σ., Καλπακίδου Μ., Δεμιρτζόγλου Μ., Νοσηλευτική φροντίδα κατακλίσεων πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, 1ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής Στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, Θεσσαλονίκη, 1-2 Απριλίου 1999, σελ. 124.

Patterson J., Aging and Clinical Practice - Skin disorders - Diagnosis and Treatment, cop. by IGAKU - SHOIN Medical publishers, 1989, p.p. 156, 157.

Πλατή Χρ., Γεροντολογική Νοσηλευτική, εκδόσεις Επτάλοφος Α.Ε., Β' έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 130 - 139.

Πλατή Χρ., Διερεύνηση Παραγόντων που συμβάλλουν στη Δημιουργία των Κατακλίσεων, Νοσηλευτική, Απρίλιος - Ιούνιος 1989, 2: 106 - 113.

Pires M., Muller A., Detection and Management of early tissue pressure indicators : a pictorial essay, «Progressions», 1991, 3(3) : 3.

Potter Patricia, Perry Anne, Fundamentals of Nursing - concepts, Process and Practice, cop. by Mosby - Year book Inc, ed. third, U.S.A. 1993, p.p. 1526 - 1529, 1532 - 1538.

Πριάμη Μ., Λεμονίδου Χ., κα., Συχνότητα και βαρύτητα κατακλίσεων σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων, 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο - Νοσηλευτική και Υγιεινός Τρόπος Ζωής, Ηράκλειο Κρήτης 19-21 Μαΐου 1998, σελ. 451 - 456.

Reuler J.B., Cooney T.J., The pressure sore pathophysiology and principles of Management, «Ann. Int. Med.», 1981, 94(5) : 661.

Rossen Th., Lanning M., Hill M., The Nurse's Atlas of Dermatology, cop. by Little, Brown and Company, ed. first, 1983, p.p. 166 - 169.

Sams J.R., Mitchell W., Lynch P., Principles and practice of Dermatology, cop. by Churchill Livingstone, ed. first, 1996, p.p. 924 - 926.

Σαπουντζή - Κρέπια Δ., Χρόνια Ασθένεια - Νοσηλευτική φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1η έκδοση, Αθήνα 1998, σελ. 207 - 216.

Σίδα Β., Κατάστροφη Στρατηγικής Για την Πρόληψη των Κατακλίσεων, 15ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κύπρος 17 - 19 Μαΐου, 1988, σελ. 232 - 243.

Σίμογλου Φ., Μιχαηλίδου Β., Αποκατάσταση Κατακλίσεων - Νοσηλεία στο σπίτι, 1ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, Θεσσαλονίκη 1-2 Απριλίου 1999, σελ. 129 - 130, 134.

Shekleton M.E., Litwack K., Critical care nursing of the surgical patient, cop. by Saunders, Philadelphia 1991, p. 524.

Smelter S., Bare B., Brunner and Suddaeth's Textbook of Medical - Surgical Nursing, cop. by Lippincott Company, ed seventh, 1992, p.p. 237 - 240, 1746.



Τζημουράκας Α., Γηριατρική - Γεροντιατρική, εκδόσεις Μέλισσα, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 206 - 207, 214 - 215.

Flowers F., Krusinski P., Dermatology in Ambulatory and Emergency Medicine - A Clinical Guide with Algorithms, cop. by Medical Publishers inc., Chicago 1984, p.p. 186 - 187.

# **Π α ρ ά ρ τ η μ α**

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αποτελεί μέρος νοσηλευτικής πτυχιακής έρευνας. Απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν και ασκούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη με την ελπίδα ότι θα συμβάλλει στην άνοδο του επιπέδου της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με κατάκλιση.

-Πόλη : .....

-Νοσηλευτικό Ίδρυμα : .....

-Κλινική : .....

-Φύλο :                      Άρρεν                       Θήλυ

-Ηλικία :      20-30       30-40       40-50       >50

-Βαθμίδα Εκπαίδευσης :    ΔΕ                       ΤΕ                       ΠΕ

Άλλο .....

-Ετη Υπηρεσίας : 0-5     5-10     10-15     15-25     25 και άνω

1) Με τον όρο κατάκλιση εννοούμε :

- την παρατεταμένη σε χρονική διάρκεια παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι
- την κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του ανθρώπινου σώματος.

2) Οι γνώσεις σας σχετικά με τις κατακλίσεις προέρχονται από:

- την εκπαίδευση σας στη σχολή
- συνέδρια \ σεμινάρια
- ιατρικά περιοδικά \ συγγράμματα
- νοσηλευτικά περιοδικά \ συγγράμματα
- ενημερωτικά προγράμματα του νοσοκομείου \ ιδρύματος
- άλλο .....

3) Συναντήσατε για πρώτη φορά κατάκλιση :

- ως σπουδαστής \ φοιτητής
- ως απόφοιτος
- ως επαγγελματίας


4) Θεωρείτε σημαντικό το πρόβλημα αυτό :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5) Εμφανίζονται συχνά περιστατικά κατακλίσεων στο χώρο εργασίας σας :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6) Πιστεύετε πως υπάρχει άμεση σχέση της εμφάνισης των κατακλίσεων με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7) Ποιον ή ποιους από τους παρακάτω παράγοντες θεωρείτε προδιαθεσικούς για τη δημιουργία κατακλίσεων :

- Βάρος σώματος
- Ηλικία
- Φάρμακα
- Μειωμένη κινητικότητα
- Διατροφή
- Υγρασία σώματος ή κλινοσκελεσμάτων
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Μειωμένη νοσηλευτική φροντίδα
- Άλλο.....


8) Σε πόσα στάδια διακρίνεται η κατάκλιση :

- Τρία
- Τέσσερα
- Δύο
- Πέντε


9) Σε ποιο στάδιο της κατάκλισης εμφανίζεται η εξής χαρακτηριστική κλινική εικόνα : ερυθρή, επιφανειακή λύση της 'συνεχείας του δέρματος',

- Τρίτο
- Τέταρτο
- Δεύτερο
- Πέμπτο


10) Στην κλινική σας λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη κι αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11) Η εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων γίνεται έπειτα :

- από αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και των αναγκών του κάθε ασθενούς

- από συγκεκριμένο προσχεδιασμένο πρόγραμμα φροντιδας, κοινό για όλους τους ασθενείς

12) Σε κάποιες χώρες του εξωτερικού η αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών με κατακλίσεις γίνεται με ορισμένες κλίμακες ( π.χ. Norton, Braden κ.λ.π.). Γνωρίζετε αν συμβαίνει κάτι παρόμοιο στη χώρα μας :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13) Ποιο η ποια από τα παρακάτω μέτρα εφαρμόζονται για την πρόληψη των κατακλίσεων :

- Συχνή αλλαγή θέσης

- Επαρκής θρέψη

- Μασάζ στην περιοχή των κατακλίσεων

- Διατήρηση ατομικής υγιεινής

- Εντριβη με οινόπνευμα η αιθέρα

- Καθαρισμός των εξέλκωσεων με Betadine

- Κινητοποίηση του αρρώστου

- Χρήση ειδικών κρεβατιών, στρωμάτων και μαξιλιαρών

14) Το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης ενδεικνυται

- πριν εμφανιστεί ερυθρότητα

- αφότου εμφανιστεί ερυθρότητα

- πάνω στην ήδη ανεπτυγμένη ιστική βλάβη

- γύρω από οστέινες προεξοχές

- σε περιοχές γύρω από την κατάκλιση

15) Από τα χρησιμοποιούμενα αντισηπτικά διαλύματα θεωρείτε πως το Betadine είναι το πιο ενδεικτικό :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16) Υποστηρίζεται ότι η αλλαγή θέσεων ως μέτρο αντιμετώπισης των κατακλίσεων, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Πόσο συχνά κατά τη γνώμη σας πρέπει να γίνεται αυτή η εναλλαγή :

- Μία φορά την ημέρα
- Δύο φορές την ημέρα
- Ανά 30 λεπτά
- Ανά 2 ώρες
- Ανά 5 ώρες


Άλλο.....

17) Μία ισορροπημένη διατροφή συντελεί στη διατήρηση υγιούς δέρματος. Ποια από τα παρακάτω στοιχεία θεωρείτε σημαντικά για μία ισορροπημένη διατροφή :

- Θετικό ισοζύγιο αζώτου
- Πρωτεΐνες
- Σίδηρος
- Βιταμίνες Α, Β, C
- Ψευδάργυρος
- Θείο
- Κυτταρίνη, υδατάνθρακες


18) Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της αντιμετώπισης των κατακλίσεων οι λεγόμενοι βιοσυνθετικοί επιδέσμοι ( π.χ. Comfeel, Duoderm ). Ποιοι πιστεύετε πως είναι οι μηχανισμοί δράσης τους σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες .

- Προστασία από δυνάμεις τριβής
- Απλή καλυψη των πληγών
- Προστασία από υγρασία
- Προαγωγή της επούλωσης
- Ανακούφιση από τον πόνο
- Μείωση της δυσσομίας
- Πρόληψη επιμόλυνσης


19) Πρίν την τοποθέτηση των επιθεμάτων ποιες νοσηλευτικές ενέργειες είναι απαραίτητο να γίνουν :

- Καθαρισμός με βαμβάκι και Betadine
- Καθαρισμός με γάζα και φυσιολογικό ορό
- Εγχυση της κατάκλισης με φυσιολογικό ορό
- Απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών
- Περιτοίηση με αποστειρωμένο υλικό ( π.χ γάντια, γάζες κ.λ.π ) κι άσηπτη τεχνική


20) Η πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής σας φροντίδας :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21) Οι συνθήκες εργασίας σας επιτρέπουν την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22) Επαρκεί το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών της κλινικής :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

23) Πιστεύετε ότι υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος μέσα στο καθημερινό σας ωράριο για την κάλυψη των αναγκών ενός ασθενούς με κατάκλιση :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

24) Διαθέτει το νοσοκομείο τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα για τη σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων :

ΝΑΙ

ΟΧΙ

25) Θεωρείτε ότι η ύπαρξη των παραπάνω μέσων μειώνει το χρόνο της νοσηλείας και επιτρέπει στο νοσηλευτή ή -τρια να αναπτύξει περαιτέρω δραστηριότητες .

ΝΑΙ

ΟΧΙ

26) Γίνεται ενημέρωση και διδασκαλία των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους όσον αφορά την αντιμετώπιση των κατακλίσεων κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο .

ΝΑΙ

ΟΧΙ

27) Η συμμετοχή του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του στη θεραπευτική διαδικασία πιστεύετε πως συμβάλλει σε ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα .

ΝΑΙ

ΟΧΙ

28) Ποιους αξιολογείτε ως καταλληλότερους για τη φροντίδα κατακλίσεων :

- Νοσηλευτές \ -τριες ΔΕ
- Νοσηλευτές \ -τριες ΤΕ
- Νοσηλευτές \ -τριες ΠΕ
- Οικιακούς βοηθούς
- Αποκλειστικούς/-ές νοσοκόμους \-μες
- Μέλη οικογένειας


29) Εκτός από τους νοσηλευτές ποιοι άλλοι ειδικοί θεωρείτε πως είναι απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων ;

- Φυσιοθεραπευτές
- Διαιτολόγοι
- Κατασκευαστές ειδικών στρωμάτων, μαξιλαριών κ.ά.
- Χειροποδίατροι
- Πλαστικοί χειρουργοί


30) Με ποιους από τους παραπάνω ειδικούς συνεργάζεστε στο νοσοκομείο σας :

.....

.....

.....

.....

31) Εφαρμόζεται κάποια συγκεκριμένη πολιτική από πλευράς υπουργείου υγείας στο θέμα των κατακλίσεων ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32) Είστε ενημερωμένοι για την πολιτική που ακολουθείται στο εξωτερικό ( π.χ. Η.Π.Α. , Αγγλία ) όσον αφορά το θέμα αυτό ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σας ευχαριστούμε πολύ  
για τη συνεργασία σας.



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
<b>1°</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη λύσεως συνεχείας δέρματος</li> <li>• Διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Άρση της πίεσης. Αλλαγή θέσεως κάθε 1-2 ώρες</li> <li>✓ Καθαρό και στεγνό δέρμα</li> <li>✓ Επάλειψη δέρματος με προστατευτική αλοιφή ή spray τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα</li> <li>✓ Τοποθέτηση κάποιου προστατευτικού καλύμματος για την πρόληψη τριβής ή επίδεσμο που επιτρέπει την εξάτμιση υγρασίας</li> </ul>
<b>2°</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη επέκτασης</li> <li>• Θεραπεία εξέλκωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χρήση όλων των παραπάνω</li> <li>✓ Πλύσιμο με αντισηπτικό διάλυμα για το δέρμα ή φυσιολογικό ορό</li> <li>✓ Τοποθέτηση κρέμας ή κάλυψη της εξέλκωσης με επίδεσμο ζελατίνης ή πλαστικό επίδεσμο - επίθεμα για την πρόληψη μόλυνσης και τριβής</li> </ul>
<b>3°</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιποίηση της περιοχής</li> <li>• Αφαίρεση νεκρωμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Καθαρισμός και φροντίδα όπως παραπάνω</li> <li>✓ Χρήση ειδικών επιθεμάτων σε μορφή πάστας, σκόνης ή jel</li> </ul>
<b>4°</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελάττωση της ξηρότητας του έλκους</li> <li>• Αφαίρεση νεκρωμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χρήση όσων αναφέρονται στο 3° στάδιο</li> <li>✓ Χειρουργικός καθαρισμός, νεαροποίηση χειλέων ελκωτικής επιφάνειας</li> <li>✓ Μετά τον πλήρη χειρουργικό καθαρισμό είναι δυνατή η κάλυψη του ελλείμματος των ιστών με τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής)</li> </ul>

(Παπουτσάκης Σ., Καλπακίδου Μ., Δερμιτζόγλου Μ., 1999)

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ  
και  
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΔΕΣΜΩΝ**

Στην παρουσίαση αυτή γίνεται μία προσπάθεια ταξινόμησης των κατακλίσεων, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τη φάση στην οποία βρίσκονται. Οι παράμετροι οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη είναι οι εξής :

- A.** Η καταστροφή των ιστών (βάθος κατακλίσεων)
- B.** Η βακτηριακή κατάσταση του έλκους
- Γ.** Η ύπαρξη ή όχι νεκρώσεων

**A. Διάκριση των κατακλίσεων ως προς την καταστροφή των ιστών :**

Φάση (α)

Καταστροφή επιδερμίδας και ανώτερων στοιβάδων του δέρματος

Φάση (β)

Καταστροφή υποδόριου ιστού και έναρξη καταστροφής λιπώδους

Φάση (γ)

Καταστροφή λιπώδους ιστού και έναρξη καταστροφής μυϊκού ιστού

Φάση (δ)

Καταστροφή μυϊκού ιστού και έναρξη καταστροφής οστών

**B. Διάκριση των κατακλίσεων ως προς την βακτηριακή κατάσταση του έλκους :**

1. Φλεγμονώδεις κατακλίσεις (διαταραχή της χλωρίδας, επικράτηση ισχυρά παθογόνων μικροοργανισμών)
2. Μη φλεγμονώδεις κατακλίσεις (ισορροπία της βακτηριακής χλωρίδας του έλκους)

**Γ. Διάκριση των κατακλίσεων ως προς την ύπαρξη νεκρωτικού ιστού στο έλκος :**

1. Μη νεκρωτικές κατακλίσεις
2. Κατακλίσεις με νεκρωτικούς ιστούς, ψευδομεμβράνες, ινώδη ιστό

Σύμφωνα με την παραπάνω ταξινόμηση των κατακλίσεων θα επιλεγεί η μέθοδος Comfeel (είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με άλλα σκευάσματα) για τη φροντίδα του έλκους. Οι προτεινόμενες θεραπευτικές αγωγές δίδονται λαμβάνοντας υπόψη, ότι η τελική επιλογή γίνεται από το θράποντα ιατρό και σύμφωνα με τη νοσοκομειακή τακτική όταν πρόκειται για ενδονοσοκομειακή χρήση.

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΦΑΣΗ	ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΙΣΤΩΝ	ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΝΕΚΡΩΣΗ
A1	Επιδερμιδα - ανώτερες στοιβάδες δέρματος	OXI	OXI
A-2	Επιδερμιδα - ανώτερες στοιβάδες δέρματος	ΝΑΙ	OXI
B-1	Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους	OXI	OXI
B-3	Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους	ΝΑΙ	OXI
B-3	Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους	OXI	ΝΑΙ
B-4	Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Γ-1	Λιπώδης ιστός - αρχή μυϊκού	ΝΑΙ	OXI
Γ-2	Λιπώδης ιστός - αρχή μυϊκού	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Γ-3	Λιπώδης ιστός - αρχή οστών	ΝΑΙ	ΝΑΙ

**Τι είναι το comfeel system ;**

Η μέθοδος Comfeel (υδροκολλοειδή) είναι ένας συγχρονος και επιστημονικά τεκμηριωμένος τρόπος φροντίδας ελκών δέρματος. Κλινικές

και εργαστηριακές μελέτες, έχουν δείξει τη χρησιμότητα του Comfeel και την ευεργετική του δράση στην επούλωση των ελκών.

Η μέθοδος Comfeel αποτελείται από:

*A. Επιθέματα, B. Σκόνη, Γ. Πάστα*

A. Τα *επιθέματα* Comfeel έχουν βασικά υλικά κατασκευής την κυτταρίνη. Η κυτταρίνη έχει την ιδιότητα της δέσμευσης υγρών από το έλκος. Η κολλητική ουσία των επιθεμάτων, είναι αμυλόκολλα και προσφέρει επικόλληση στο υγιές δέρμα, χωρίς να κολλά στο έλκος. Αυτό συμβαίνει διότι μεταξύ του έλκους και του επιθέματος δημιουργείται ένα ζελατινοειδούς μορφής ρευστό υλικό, το οποίο αποτελείται από υγρά που προέρχονται από το έλκος (υγρά από τα μεσοκυττάρια διαστήματα - ενδοκυτταρικά υγρά μετά από κυτταρόλυση - οροαιματηρά υγρά από υπερπήδηση του τοιχώματος των τριχοειδών αγγείων του υποδόριου και μυϊκού ιστού και μικροαιμορραγίες τριχοειδών αγγείων) και της κυτταρίνης του επιθέματος. Το επίθεμα εξωτερικά επικαλύπτεται από μεμβράνη πολυουρεθάνης που το καθιστά απρόσβλητο και αδιαπέραστο από την εξωτερική υγρασία. Παρ' όλα αυτά το έλκος δε «σφραγίζεται» αεροστεγώς καθώς επιτρέπεται η μερική εξάτμιση υγρών που βρίσκονται κάτω από το επίθεμα. Η μεμβράνη πολυουρεθάνης είναι αδιαπέραστη από τα βακτήρια, έτσι ώστε εξασφαλίζεται η προστασία από επιμολύνσεις και αναμολύνσεις του έλκους. Το επίθεμα Comfeel αυξάνει την ώσμωση στην περιοχή του έλκους τις πρώτες ώρες της εφαρμογής, ενώ μειώνεται σταδιακά τις επόμενες ώρες φθάνοντας στο 0- σημείο κορεσμού της κυτταρίνης του επιθέματος. Στην περίπτωση αυτή το επίθεμα παρουσιάζει μία τοπική (στην έκταση του έλκους) διόγκωση ενώ η υφή του επιθέματος γίνεται μαλακιά και το χρώμα γίνεται γαλακτώδες - διαφανές. Στην περίπτωση αυτή το επίθεμα χρειάζεται αλλαγή. Τα επιθέματα Comfeel

διακρίνονται ως προς το μέγεθός τους από 10 x 10 εκ. Και 20 x 20 εκ. Η επιλογή του κατάλληλου επιθέματος πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπόψη ότι πρέπει απαραίτητα το επίθεμα να καλύπτει 2 εκ. Υγιούς δέρματος γύρω από το έλκος.

Εκτός από τα απλά επιθέματα Comfeel, υπάρχουν τα *Comfeel PRD*, στα οποία έχουν επικολληθεί δίσκοι φελιζόλ. Η σκοπιμότητα της ειδικής αυτής κατασκευής είναι η μεταφορά της πίεσης στην περιφέρεια του έλκους και σε μεγαλύτερη επιφάνεια. Αυτό επιτυγχάνεται με την αφαίρεση των εσωτερικών δακτυλίων του φελιζόλ με κόκκινη σήμανση. Έτσι δημιουργείται μια κοιλότητα που προστατεύει το έλκος από τους μηχανικούς τραυματισμούς, αλλά κυρίως από την πίεση, βοηθώντας έτσι στην αποκατάσταση της αιμάτωσης των υποκείμενων ιστών. Αυτό είναι σημαντικό αν υπολογίσουμε ότι γίνεται άρση του βασικού αιτίου της δημιουργίας των κατακλίσεων, συνεπώς ριζική θεραπεία. Η ιδιότητα αυτή των επιθεμάτων Comfeel PRD τα καθιστά ιδανική λύση και για την πρόληψη των κατακλίσεων. Τα Comfeel PRD έχουν κατά τα άλλα την ίδια δράση με τα απλά Comfeel και ισχύουν όσα προαναφέραμε. Τα Comfeel PRD διακρίνονται σε : α) διαμ. 7 εκ. Για αγκώνες και φτέρνες, β) διαμ. 10 εκ. Για γλουτό, κόκκυγα, μείζων τροχαντήρα, γ) διαμ. 15 εκ. Για γλουτούς, κόκκυγα, μείζων τροχαντήρα.

*Comfeel powder* : Η βασική σύνθεση της Comfeel powder είναι η κυτταρίνη σε μορφή σκόνης. Έτσι αυξάνεται η συνολική επιφάνεια κυτταρίνης, συνεπώς αυξάνεται η επαφή υγρών με μόρια κυτταρίνης και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη δέσμευσή τους. Η χρήση της σκόνης ενδείκνυται στις περιπτώσεις έλκους με έντονες εκκρίσεις. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνουμε μεγαλύτερη αντοχή του επιθέματος, αφού

μεγάλη ποσότητα υγρών δε θα απορροφηθούν από το επίθεμα αλλά από τη σκόνη και θα καθυστερήσει ο κορεσμός του επιθέματος.

*Comfeel paste* : Η Comfeel paste είναι κυτταρίνη με μορφή πάστας. Για να επιτευχθεί αυτό το αποτέλεσμα έχουν προστεθεί στην κυτταρίνη παραφίνη και άλλα ελαιώδη συστατικά. Η τοποθέτηση της Comfeel paste γίνεται στα βαθιά έλκη ή στα βαθιά έλκη με νεκρώσεις. Ακόμα τοποθετείται σε έλκη χωρίς βάθος που έχει όμως δημιουργηθεί ψευδομεμβράνη ή ινώδης ιστός. Στην περίπτωση αυτή, τα ελαιώδη συστατικά της Comfeel paste διαποτίζουν τη μεμβράνη και δημιουργούν έντονα οσμωτικά φαινόμενα μεταξύ του συστήματος Comfeel και των υποκείμενων των μεμβρανών, υγρών του έλκους. Κατά τη μεταπήδηση υγρών διαμέσου των ψευδομεμβρανών και του ινώδους ιστού, επιτυγχάνεται ρήγμα και αποκόλληση των ψευδομεμβρανών και ινοδόλυση του ινώδους ιστού. Με τον τρόπο αυτό καθαρίζεται σταδιακά και προάγεται το φαινόμενο της αυτόλυσης (μηχανισμός με τον οποίο ο οργανισμός καθαρίζει το έλκος από νεκρούς ιστούς (αυτοκαθαρισμός)).

## Χρήση του Comfeel system ανάλογα με τη φάση των κατακλίσεων

### **Φάση A-1**

#### **(Επιδερμίδα και ανώτερες στοιβάδες του δέρματος)**

#### **Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD
3. Γάζα αποστειρωμένη

#### **Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
2. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
3. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται πλήρως το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος. Στους αγκώνες, τους γλουτούς, τον κόκκυγα, το μείζον τροχαντήρα και όπου αλλού ασκούνται μεγάλες πιέσεις η επιλογή των επιθεμάτων Comfeel PRD προσφέρει το πλεονέκτημα της μείωσης της ασκούμενης πίεσης και είναι προτιμότερη. Υπενθυμίζεται (για τα Comfeel PRD) ότι πρέπει να γίνεται αφαίρεση των εσωτερικών δακτυλίων τουλάχιστον όση είναι η έκταση του υποκείμενου έλκους.

#### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 3-5 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

## **Φάση A-2**

### **(Επιδερμίδα και ανώτερες στοιβάδες του δέρματος με φλεγμονή)**

#### **Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα
3. Γάζες αποστειρωμένες
4. Comfeel ή Comfeel PRD

#### **Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζετε το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
2. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
3. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
4. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται πλήρως το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος.

#### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 3-5 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

Σε φλεγμονές που επιμένουν ή επιδεινώνονται μετά τις πρώτες αλλαγές με επιθέματα, για δύο τουλάχιστον ημέρες, τοποθετήστε στεγνές αποστειρωμένες γάζες (έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες φλεγμονές ανταποκρίνονται ταχύτερα, στην αρχή στη στεγνή μέθοδο φροντίδας). Μόλις η φλεγμονή υποχωρήσει, συνεχίστε την αλλαγή με επιθέματα Comfeel και διακόψτε τη χρήση αντισηπτικού.



**Φάση B-1**  
**(Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους)**

**Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Γάζες αποστειρωμένες
3. Comfeel powder
4. Comfeel ή Comfeel PRD

**Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
2. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
3. Τοποθετείτε Comfeel powder στην κοιλότητα του έλκους μέχρι να το καλύψουμε πλήρως
4. Τελειώνετε με την τοποθέτηση ενός επιθέματος Comfeel ή Comfeel PRD.

**Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

## **Φάση Β-2**

### **(Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους με φλεγμονή)**

#### **Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Γάζα αποστειρωμένη
3. Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD
4. Comfeel powder
5. Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα
6. Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου - αντιβιοτικές σκόνες

#### **Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζετε το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
2. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
3. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
4. Τοποθετείτε Comfeel powder στην κοιλότητα του έλκους μέχρι να το καλύψουμε πλήρως.
5. Η τοποθέτηση στο έλκος σκευασμάτων σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικής σκόνης πριν την τοποθέτηση Comfeel powder είναι δυνατή.
6. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος.

#### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

### **Φάση Β-3**

#### **(Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους με νεκρώσεις)**

##### **Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Γάζα αποστειρωμένη
3. Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD
4. Comfeel powder
5. Comfeel paste

##### **Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
2. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
3. Τοποθετείτε Comfeel paste απευθείας πάνω στους νεκρωτικούς ιστούς
4. Τοποθετείτε Comfeel powder στην κοιλότητα του έλκους μέχρι να το γεμίσετε πλήρως.
5. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος.

##### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

#### **Φάση Β-4**

#### **(Υποδόριος ιστός - αρχή λιπώδους με φλεγμονή και νεκρώσεις)**

##### **Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή**

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Γάζα αποστειρωμένη
3. Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD
4. Comfeel powder
5. Comfeel paste
6. Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου - αντιβιοτικές σκόνες
7. Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα

##### **Διαδικασία αλλαγής**

1. Καθαρίζετε το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
2. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
3. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
4. Τοποθετείτε Comfeel paste απ' ευθείας πάνω στους νεκρωτικούς ιστούς
5. Τοποθετείτε Comfeel powder στην κοιλότητα του έλκους μέχρι να το καλύψουμε πλήρως
6. Η τοποθέτηση στο έλκος σκευασμάτων σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικής σκόνης πριν την τοποθέτηση Comfeel paste και Comfeel powder είναι δυνατή.
7. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος.

### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

Αυτό που πρέπει να σημειωθεί, είναι η αναγκαιότητα της σταδιακής απομάκρυνσης των νεκρωτικών ιστών. Στην επίλυση αυτού του προβλήματος συμβάλλει ουσιαστικά η μέθοδος Comfeel. Τόσο η χρήση πάστας και σκόνης όσο και των επιθεμάτων, συμβάλλουν στη δημιουργία έντονων οσμωτικών φαινομένων και προάγουν το φαινόμενο της ινοδόλυσης και της αυτόλυσης. Οι νεκρωτικοί ιστοί μαλακώνουν και λαμβάνουν την μορφή μισχωτών εκφύσεων, οι οποίες κόπτονται εύκολα και ανώδυνα. Δεν συνιστάται ευρύς χειρουργικός καθαρισμός, διότι ενέχει πάντα τον κίνδυνο της ευρείας διασποράς εγκατεστημένων παθογόνων μικροοργανισμών, δια της συνέχειας των ιστών οδού, και στη συνέχεια ακόμα και την αιματογενή διασπορά, που πιθανό αποτέλεσμα θα είχε τη μικροβιαμία.

## Φάσεις Γ1 - Γ2 - Δ

(Λιπώδης ιστός, αρχή μυϊκού και έναρξη καταστροφής οστών)

### Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή

1. Φυσιολογικός ορός (Nacl 0.9%)
2. Γάζα αποστειρωμένη
3. Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD
4. Comfeel powder
5. Comfeel paste
6. Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου - αντιβιοτικές σκόνες
7. Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα

### Διαδικασία αλλαγής

1. Καθαρίζετε το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
2. Καθαρίζεται το έλκος με Nacl 0.9%
3. Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
4. Η τοποθέτηση στο έλκος σκευασμάτων σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικής σκόνης πριν την τοποθέτηση Comfeel Paste και Comfeel Powder είναι απαραίτητη.
5. Τοποθετείτε Comfeel paste απ' ευθείας πάνω στους νεκρωτικούς ιστούς
6. Τοποθετείτε Comfeel powder στην κοιλότητα του έλκους μέχρι να το καλύψουμε πλήρως
7. Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει δύο τουλάχιστον εκατοστά υγιούς δέρματος.

### **Χρόνος αλλαγής :**

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 1 ημέρα και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή από το επίθεμα ή γίνει διαφανές.

Στις φάσεις αυτές ο κίνδυνος όχι μόνο για την υγεία του ασθενούς, αλλά και για τη ζωή του είναι έντονος. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως βασανίζονται από υψηλούς πυρετούς, που αιτία μπορεί να έχουν την κατάκλιση. Η μέθοδος Comfeel μπορεί να βοηθήσει αρχικά στη σταθεροποίηση της κατάστασης και αποφυγή αναμολύνσεων και επιμολύνσεων. Γι' αυτούς τους λόγους η χρήση Comfeel και στη φάση αυτή κρίνεται αναγκαία.

Αναγκαία είναι η στενή ιατρική παρακολούθηση και η επιλογή ακόμα και συστηματικής χορήγησης αντιβιοτικών, σε περίπτωση συμπτωμάτων μικροβιαμίας.

