

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΚΟΥΤΣΟΥΚΙΔΟΥ ΚΡΥΣΤΑΛΛΙΑ
ΜΠΡΑΖΙΤΙΚΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΤΣΕΡΕΝΤΖΟΥΛΙΑΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ**



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2002



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	5
ΔΕΡΜΑ	5
1.1 Εισαγωγή	5
1.2 Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση του δέρματος	5
1.3 Παθολογία δέρματος	7
1.4 Παράγοντες που προκαλούν βλάβη στο δέρμα	8
1.5 Επούλωση τραυμάτων	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	10
ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	10
2.1 Εισαγωγή	10
2.2 Ορισμός	11
2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	11
2.4 Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις κατακλίσεων	12
2.5 Προδιαθεσικοί παράγοντες πρόκλησης κατακλίσεων	13
2.5.1 Εξωτερικοί παράγοντες	13
2.5.2 Εσωτερικοί παράγοντες	15
2.6 Ανατομικές θέσεις	19
2.7 Σταδιοποίηση κατακλίσεων	21
2.8 Κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	38
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	38
3.1 Εισαγωγή	38
3.2 Νοσηλευτική Αξιολόγηση	38
3.3 Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	39
3.4 Γενικές αρχές πρόληψης	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	48
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	48
4.1 Συντηρητική αγωγή	48
4.1.1 Γενικά μέτρα	48
4.1.2 Τοπικά μέτρα	51
4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση	53
4.2.1 Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης	53
4.2.2 Μέθοδοι χειρουργικής παρέμβασης	54
4.2.3 Μετεγχειρητική φροντίδα.....	54
4.3 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις	55
4.3.1 Βιολογικός καθαρισμός των κατακλίσεων	56
4.4 Επιπλοκές κατακλίσεων	56
4.5 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων	57
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	59
Υλικό και Μέθοδος	60
Αποτελέσματα (Ανάλυση δεδομένων).....	62
Συσχετίσεις ερωτήσεων.....	90
Συζήτηση	97
Συμπεράσματα – Προτάσεις	100
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	103
SUMMARY	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	109

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι κατακλίσεις αποτελούν ένα σημαντικό ιατρονοσηλευτικό πρόβλημα το οποίο παίρνει μεγάλες διαστάσεις τόσο στον κοινωνικό όσο και στον ευρύτερο οικονομικό τομέα. Τα υπέρογκα ποσά που ξοδεύονται κάθε χρόνο για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία οικονομικού προβλήματος τόσο στον τομέα της υγείας όσο και στη γενικότερη οικονομία της χώρας.

Στην αρχική πρόληψη των κατακλίσεων, στον περιορισμό της περαιτέρω ιστικής καταστροφής και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, κανένα θεραπευτικό μέσο μέχρι σήμερα δεν μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό εάν χρησιμοποιηθεί μόνο του. Η αποτελεσματικότητα όλων των μέσων είναι σχετική. Σχετίζεται με την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών μέσων για κάθε περίπτωση και ιδιαίτερα μετά την εξουδετέρωση των αρνητικών επιδρασιακών παραγόντων και την αντικατάστασή τους από θετικούς παράγοντες.

Ο πόνος, η ταλαιπωρία, η ανησυχία, η αλλαγή σωματικού ειδώλου και η έλλειψη ποιότητας ζωής είναι τα προβλήματα που βιώνουν όλοι οι ασθενείς με κατακλίσεις.

Παρά την ανάπτυξη της ιατρικής, της τεχνολογίας και της στελέχωσης των νοσοκομείων με εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό οι κατακλίσεις δεν παύουν να υπάρχουν.

Η φροντίδα για τη γενική κατάσταση του αρρώστου, η άρση της πίεσης, η επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού μέσου για κάθε κατάκλιση και η συνεργασία ασθενών και θεραπευτών κατέχουν θέσεις κλειδιά όσον αφορά τη θεραπεία κάθε περιστατικού. Η βάση όλων των προαναφερθέντων διεργασιών είναι η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η δημιουργία των κατακλίσεων, ως ένα βαθμό, είναι νοσηλευτική ευθύνη γι' αυτό η πρόληψη και η θεραπεία τους αποτελούν νοσηλευτικό έργο υψίστης σημασίας.

Τελειώνοντας γίνεται κατανοητό, ότι μέσα στα πλαίσια του νοσηλευτικού έργου, η ανακούφιση των ασθενών, η αναζήτηση θεραπευτικών μέσων για τις κατακλίσεις και η συμμετοχή στον οικονομικό προβληματισμό όσον αφορά την αντιμετώπισή τους, αποτέλεσαν τα ερεθίσματα για την εκκίνηση της παρούσης εργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΟ ΔΕΡΜΑ

1.1 Εισαγωγή

Το δέρμα δρα σα 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 λόγω αυτό δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πρόληψη των βλαβών του δέρματος.¹

1.2 Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση του δέρματος

Το δέρμα με την ευρύτερη έννοια αποτελείται από τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα, το χόριο και τον υποδόριο ιστό. Η επιδερμίδα σχηματίζεται από πολύστιβο κερατοποιημένο πλακώδες επιθήλιο, το χόριο κυρίως από ανελαστικό και ελαστικό συνδετικό ιστό, ο δε υποδόριος ιστός από λιπώδη ιστό. Στην επιφάνεια πεθαίνουν συνεχώς κύτταρα, τα οποία μετατρέπονται σε κερατίνη. Νέα κύτταρα παράγονται από τη βλαστική στιβάδα. Μέσα στη βλαστική στιβάδα βρίσκονται κύτταρα χρωστική.

Η κεράτινη στιβάδα είναι παχύτερη στα μέρη του σώματος που έρχονται σε συνεχή επαφή με στερεά αντικείμενα του περιβάλλοντος (παλάμη και πέλμα).

Το σύστημα μηχανικής προστασίας δεν πρέπει να είναι ακίνητο σαν θώρακας, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στις κινήσεις και να γλιστράει. Το χόριο αποτελείται κυρίως από δίκτυο ανελαστικών ινών που αντέχει σε σημαντικές επιβαρύνσεις. Οι σμηγματογόνοι αδένες λιπαίνουν τις τρίχες και την κεράτινη στιβάδα του δέρματος για να διατηρούνται μαλακά.²

Οι αρτηρίες και οι φλέβες του δέρματος σχηματίζουν δίκτυο στον υποδόριο ιστό, από το οποίο φέρονται κλάδοι στους αδένες του δέρματος και

στις τρίχες του.

Άλλοι κλάδοι σχηματίζουν δίκτυα στο χόριο, από τα οποία τριχοειδή αγγεία φέρονται αγκυλοειδώς στις θηλές του.

Τα εγκεφαλικά και τα νωτιαία νεύρα του δέρματος απολήγουν άλλα στην επιδερμίδα και άλλα στο χόριο είτε ελεύθερα, είτε σε υποδεκτικά σωματίδια των διάφορων γενικών αισθήσεων.

Τα συμπαθητικά νεύρα του δέρματος νευρώνουν με αγγειοκινητικές και εκκριτικές ίνες τα αγγεία και τους λείους μυς, καθώς και τους αδένες του δέρματος.³



A. Επιδερμίδα
B. Δέρμα
C. Υποδόριος ιστός

1. Πόρος ιδρωτοποιού αδένα
2. Τριχοειδική αγκύλη
3. Σμηγματογόνος αδένας
4. Ιδρωτοποιός αδένας
5. Τριχοειδικός θύλακας
6. Σωματίδιο του Pacini

7. Φλέβα
8. Αρτηρία
9. Σωματίδιο του Ruffini
10. Ορθωτήρας μυς της τρίχας
11. Σωματίδιο του Meissner
12. Βασική στοιβάδα
13. Βλαστική στοιβάδα
14. Κοκκιώδης στοιβάδα
15. Κεράτινη στοιβάδα
16. Στέλεχος τρίχας

Επιπλέον, το δέρμα αφορίζει τον οργανισμό από το περιβάλλον. Έτσι έχει προστατευτικές λειτουργίες:

α) Μηχανική προστασία: Η μικρή κινητικότητα του δέρματος δεν θα είχε καμιά έννοια αν δεν μπορούσαμε να πιάσουμε δυνατά κάτι με το χερι

χωρίς να τραυματιστούμε. Στην προστασία αυτή χρησιμεύουν η κεράτινη στιβάδα και το χόριο.

β) Θερμική προστασία: Τα θηλαστικά διατηρούν ομοιόμορφη θερμοκρασία στο σώμα, που είναι ιδανική για τις λειτουργίες του. Το δέρμα είναι η σημαντικότερη ζώνη επαφής με ένα περιβάλλον που συνήθως έχει διαφορετική θερμοκρασία από το σώμα.

γ) Προστασία των υγρών: Τα δύο τρίτα περίπου του σώματος αποτελούνται από νερό. Μεγάλες απώλειες υγρών προκαλούν παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή. Πρέπει λοιπόν το δέρμα να, έχει μικρή διαβατότητα στα υγρά. Νερό αποβάλλεται μόνο για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας. Ημερησίως χάνουμε περίπου μισό λίτρο νερού από το δέρμα.

δ) Προστασία από ακτινοβολίες: Παραγωγή χρωστικής.

ε) Προστασία από μικρόβια: Το υγιές δέρμα δύσκολά διαπερνάται από μικρόβια. Αντίθετα σε τραυματισμό εμφανίζονται γρήγορα φλεγμονές και διαπύηση. Στην αμυντική κατά των μικροβίων χρησιμεύει και η ελαφρά όξινη επιφάνεια του δέρματος. Το δέρμα συμμετέχει και στις αμυντικές διεργασίες μερικών γενικών λοιμώξεων (δερματικά εξανθήματα στην ιλαρά, ερυθρά, ανεμοβλογιά κλπ).

στ) Αισθητήρια όργανα για έκλυση σήματος κινδύνου: Τα αισθητήρια όργανα του δέρματος αντιλαμβάνονται τους κινδύνους και έτσι εκλύουν αντιδράσεις του σώματος.

ζ) Αποθήκευση ενέργειας για εποχές ανάγκης: Υποδόριο λίπος.²

1.3 Παθολογία δέρματος

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

- i. Η ηλικία
- ii. Η έκθεση στον ήλιο
- iii. Η αφυδάτωση
- iv. Σαπούνια και καλλυντικά
- v. Φάρμακα
- vi. Η διατροφή του ατόμου

1.4 Παράγοντες που προκαλούν βλάβη στο δέρμα

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

- i. Μηχανικούς τραυματισμούς, όπως συνεχής πίεση, τριβή, απολέπιση, σχίσιμο, κόψιμο
- ii. Επίδραση χημικών ουσιών, όπως ούρα, οινόπνευμα, ασετόν, άλλες χημικές ουσίες που πέφτουν κατά λάθος ή από εγκληματική ενέργεια, από καλλυντικά
- iii. Επίδραση θερμότητας. Η έκθεση σε υπερβολική θερμότητα, προκαλεί εγκαύματα στο δέρμα
- iv. Ακτινοβολία όπως ηλιακή, ραδιενέργεια, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο δέρμα
- v. Κακή αγγειακή λειτουργία λόγω διάφορων ασθενειών όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, κα.¹

1.5 Επούλωση τραυμάτων

Η επούλωση του τραύματος επιτελείται από αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα πολλαπλά φαινόμενα, τα οποία, σ'ένα ποσοστό, πιθανόν να είναι και συμπτωματικά

Ένα τραύμα θεωρείται επουλωμένο, όταν έχει γίνει η κατάλληλη επικάλυψη, η αποκατάσταση της συνέχειας του ιστού κατά μήκος της βλάβης και όταν έχει συντελεστεί η σταθερότητα των ιστών, η οποία πρέπει να πλησιάζει την φυσιολογική. Η επικάλυψη κατορθώνεται με την επανεπιθηλιοποίηση και την ρίκνωση την πύκνωση του τραύματος και αποκατάσταση της συνέχειας του ιστού με την παραγωγή νέου κολλαγόνου. Η δύναμη ελκυσμού επιτυγχάνεται με την εναπόθεση αρκετού νεοσύστατου και κατάλληλα αναδιαμορφωμένου κολλαγόνου.

Η εξέλιξη των παραπάνω αναφερομένων φαινομένων εξαρτάται από την εντόπιση, το βάθος, το μέγεθος και την μορφή του τραύματος. Οι βασικοί ρυθμιστικοί μηχανισμοί εντοπίζονται άμεσα στην περιοχή της βλάβης.⁴

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

Η διαδικασία επούλωσης περιλαμβάνει δύο φάσεις:

A. Φάση της άμυνας

Στη φάση αυτή το σώμα αντιδρά στον τραυματισμό με αιμοστατική κατ' αρχή 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 ορώδες ιστός. Τα λευκά αιμοσφαίρια προσπαθούν να προστατεύσουν την περιοχή από λοιμώξεις ενώ σε μερικές ημέρες εμφανίζονται τα μακροφάγα που βοηθούν στη διαδικασία της επούλωσης. Η φάση της άμυνας διαρκεί τρεις έως τέσσερις μέρες.

B. 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 τα επιθήλια.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

2.1 Εισαγωγή

Η παρουσία των κατακλίσεων αποτέλεσε πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια όλων των αιώνων. Μαρτυρίες από Αιγυπτιακές μούμιες δείχνουν ότι το πρόβλημα χρονολογείται τουλάχιστον από την εποχή των Φαραώ.⁵ Αξιόλογες πληροφορίες σχετικές με την πρόληψη και τη θεραπεία τους συναντώνται στα συγγράμματα του Ιπποκράτη, του Κέλσου, του Λίστερ και του Παστέρ, τα οποία χρονολογούνται από τον 4^ο π.Χ. αιώνα μέχρι και τον 19^ο μ.Χ. αιώνα.⁶

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων είναι πρόβλημα το ίδιο σημαντικό όπως ήταν και στο παρελθόν. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι επιστημονικές εξελίξεις και η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της ζωής προκάλεσαν την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και ως εκ τούτου την αύξηση του αριθμού των υπερηλικών, οι οποίοι ως γνωστό παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν και να αναπτύξουν κατακλίσεις ιδιαίτερα όταν νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων είναι σημαντικό νοσηλευτικό καθήκον, ιδιαίτερα για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου, γιατί η δημιουργία τους επιβαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και η παρουσία τους δείχνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους αρρώστους.⁷

Οι κατακλίσεις προκαλούν στους αρρώστους πόνο και ανησυχία. Επιπλέον δημιουργούν προβλήματα μεγάλης ιατρονοσηλευτικής και κοινωνικοοικονομικής σπουδαιότητας για τους εξής λόγους:

1. Απαιτούν αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα με συνέπεια να απαιτείται εντατικοποίηση της νοσηλείας.
2. Καθυστερούν την ανάρρωση και την έξοδο των αρρώστων από το νοσοκομείο με επακόλουθα:
 - A. Ανεβαίνει ο μέσος όρος των αρρώστων στο νοσοκομείο.
 - B. Αυξάνεται η ζήτηση για νοσοκομειακά κρεβάτια.
 - Γ. Μεγαλώνει το κόστος νοσηλείας τους.
3. Μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο οι απορροφήσεις τοξικών ουσιών, όταν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες.⁸

2.2 Ορισμός

Με τον όρο κατακλίσεις ή έλκη εν κατακλίσεων εννοούμε τις ισχαιμικές βλάβες των ιστών που οφείλονται στην άσκηση συνεχούς πίεσης σε μια περιοχή του σώματος, ιδίως πάνω από μια οστική προεξοχή. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται ίσως καταχρηστικά, εφόσον όλα τα έλκη που δημιουργούνται εξαιτίας της πίεσης των ιστών δεν οφείλονται αποκλειστικά σε κατακεκλιμένη θέση του ασθενούς, όπως π.χ. τα έλκη στην περιοχή των ισχαιμικών κυρτωμάτων. Στην αγγλοσαξονική ορολογία, αν και υπάρχει αναλόγως όρος (decubitus ulcers = έλκη εν κατακλίσεως), κυρίως χρησιμοποιείται πλέον δόκιμος όρος, δηλαδή “pressure sores”, που σημαίνει « έλκη από πίεση », υποδηλώνοντας έτσι το βασικό αίτιο προκλήσεως της ιστικής αυτής βλάβης.⁹

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν δύο ορισμοί που χρησιμοποιούνται με την ίδια σημασία: Α) Έλκη από πίεση = Τα έλκη που προκαλούνται από εκσεσημασμένη και παρατεταμένη πίεση σε ένα σημείο του σώματος. Β) Έλκη κατάκλισης = Τα έλκη από πίεση που αναπτύσσονται σε οστικές προεξοχές, όταν ο ασθενής είναι κατακεκλιμένος.¹⁰

Σύμφωνα με το “National Pressure Ulcer Advisory Panel” των Η.Π.Α. (Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τα Έλκη), ως κατάκλιση ορίζεται εντοπισμένη περιοχή νέκρωσης του ιστού που συμβαίνει όταν ο ιστός συμπιέζεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο, μεταξύ οστέινης προεξοχής και εξωτερικής επιφάνειας όπως είναι το κρεβάτι ή πολυθρόνα. Ο ορισμός αυτός θεωρείται περισσότερο αποδεκτός.¹¹

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η συχνότητα εμφάνισης των κατακλίσεων είναι πολύ μεταβλητή και εξαρτάται από τον πληθυσμό των υπό εκτίμηση ασθενών. Τα τελευταία 25 χρόνια, ποικίλες μελέτες έδειξαν την συχνότητα των κατακλίσεων σε διάφορες περιοχές. Γενικότερα περίπου 9% των νοσηλευόμενων παρουσιάζουν κατακλίσεις. Η εκτίμηση σε οξύς περιπτώσεις ασθενών αγγίζει το 11%. Μελέτες έδειξαν ότι οι κατακλίσεις σχετίζονται και με άλλα προβλήματα υγείας όπως καρδιολογικές παθήσεις (41%), οξείες νευρολογικές παθήσεις (27%) και ορθοπεδικοί τραυματισμοί (15%). Επιπλέον η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο. Η National Pressure Ulcer Prevalence Survey αναφέρει ότι το 1994 το 62% των ασθενών με έλκη από κατακλίσεις ήταν πάνω από 70 ετών, ενώ σε ταυτόχρονη ύπαρξη χρόνιων παθήσεων η συχνότητα ανερχόταν ραγδαία. Ωστόσο, τα πιο σημαντικά έλκη τείνουν να παρατηρηθούν σε βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Μελέτες έδειξαν ότι μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο το 85% των βετεράνων παρουσίασαν κατακλίσεις. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι κατακλίσεις παρουσιάστηκαν σε συχνότητα 20% σε παραπληγικούς ασθενείς και σε συχνότητα 26% σε τετραπληγικούς ασθενείς¹².

Στην Ελλάδα το πρόβλημα των κατακλίσεων είναι εξίσου σημαντικό. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις 11 Σεπτεμβρίου 2001 στο Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας έδειξε ότι οι ασθενείς αποκτούν κατάκλιση κατά τη νοσηλεία τους, κυρίως στην ιεροκοκκυγική περιοχή 55%, που είναι συνέπεια της βαρύτητας της νόσου τους, 60% σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ, που είναι συνέπεια της ακράτειας των σύρων και κοπράνων 67% και της καθήλωσής τους στο κρεβάτι 82%. Οι ασθενείς παρά το ότι έχουν παρουσιάσει κατάκλιση συνεχίζουν να παραμένουν σε κοινό στρώμα 58% και η θρέψη τους να μην ελέγχεται από διαιτολόγο 55%, παράγοντες που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την τοπική κατάσταση της κατάκλισης.¹³

2.4 Βιοψυχοκοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις 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 ως το 1986 30.000.000 ασθενείς υπέφεραν από κατακλίσεις και δαπανήθηκαν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια δολάρια.¹⁴

Στην Ελλάδα το μέσο μηνιαίο κόστος ανέρχεται σε 4.969.920 δραχμές περίπου. Το μέσο μηνιαίο κόστος ανά ασθενή είναι 165.664 δραχμές. Το μέσο μηνιαίο κόστος ανά κατάκλιση φτάνει τις 95.575 δραχμές. Το μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθενή ανέρχεται σε 5.552 δραχμές, ενώ το μέσο ημερήσιο κόστος ανά κατάκλιση είναι 3.186 δραχμές. Τη μεγαλύτερη συμμετοχή στο συνολικό κόστος έχει το κόστος εργασίας (ποσοστό 44,02%) αν και είναι ιδιαίτερα υποτιμημένο. Το πραγματικό κόστος για τη νοσηλεία ενός ασθενή είναι μάλλον διπλάσιο και μπορεί να γίνει μέχρι και τρεις φορές μεγαλύτερο του υπολογισθέντος. Σχετικά με την επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας, τα αποτελέσματα έδειξαν μια διαφορά 31 ημερών μεταξύ της ομάδας των ασθενών με κατακλίσεις και της ομάδας χωρίς κατακλίσεις που δεν δείχθηκε στατιστικά.¹³

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος και η ανησυχία των αρρώστων καθώς και η αγωνία των συγγενών που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την ελπίδα για ποιότητα ζωής.⁸ Το κόστος ενός έλκους κατακλίσεως που δημιουργήθηκε μέσα στο νοσοκομείο, θα μπορούσε να αυξηθεί κατά πολύ,

αν ο ασθενής έκανε χρήση των δικαιωμάτων του δικαστικώς. Διεκδικήσεις ασθενών παρατηρούνται συχνά στις Η.Π.Α., στη Σκωτία, στην Αγγλία και αλλού.¹⁵

Η καθημερινή εμπειρία αλλά και πρόσφατες σχετικές μελέτες μας πείθουν ότι το πρόβλημα υπάρχει και στη χώρα μας. Καθημερινά νοσηλευτές και γιατροί αντιμετωπίζουν το δράμα των αρρώστων που παρουσιάζουν κατακλίσεις από απλή ανησυχία, δυσφορία, μέχρι και υπαιτιγμό για ενοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.⁸

2.5 Προδιαθεσικοί παράγοντες πρόκλησης κατακλίσεων

Η αιτιολογία των κατακλίσεων αποδίδεται σε μια ποικιλία παραγόντων κυριότερος από τους οποίους είναι η συνεχή άσκηση πίεσης. Οι παράγοντες χωρίζονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς.¹³

2.5.1 Εξωτερικοί παράγοντες

Πίεση

Από το 1870 ο Βρετανός Sir James Paget, που ήταν από τους πρώτους που μελέτησε την αιτιοπαθογένεια των κατακλίσεων, ενοχοποίησε το πόλο της πίεσης ως βασικού προκλητικού παράγοντα αυτών. Αργότερα ακολούθησαν και άλλοι, για να καταλήξουμε στο Dinsdale (1974) ο οποίος τόνισε τη σημασία της εφαρμογής συνεχούς πίεσης στη δημιουργία των κατακλίσεων. Σε σχετικές μελέτες έδειξε ότι αν π.χ. συνεχής πίεση 70 mmHg οδηγεί σε μη αναστρέψιμη ισχαιμική βλάβη, υψηλότερη πίεση ως και 240 mmHg, εφαρμοζόμενη με διαλείπουσα μορφή δηλαδή με μεσοδιαστήματα άρσης, οδηγεί σε πολύ μικρότερη σοβαρότητας ιστικές αλλοιώσεις.

Η πίεση οδηγεί σε συμπίεση των τριχοειδών της μικροκυκλοφορίας, η οποία διαταράσσεται, με αποτέλεσμα την τοπική ισχαιμία. Εφόσον οι συνθήκες ισχαιμίας παραταθούν για μακρό χρονικό διάστημα, οδηγούν σε ιστική νέκρωση και δημιουργία έλκους. Σχετικά με τις μικροσκοπικές αλλοιώσεις που λαμβάνουν χώρα, ο Kosiak (1959) σε πειραματικές μελέτες του, κατέγραψε αυξημένες κυτταρικές διηθήσεις, εξαγγείωση και ανάπτυξη υαλοειδούς εκφύλισης μετά από εφαρμογή πίεσης 60 mmHg για μια ώρα : μικροθρομβώσεις καθώς και εκφύλιση των γύρω μυϊκών ινών διαπιστώθηκαν μετά από εφαρμογή υψηλότερης πίεσης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Μακρά ισχαιμία οδηγεί σε ανεπανόρθωτες κυτταρικές αλλοιώσεις, που καταλήγουν σε νέκρωση των ιστών και

δημιουργία του έλκους. Οι Lindan, Greenway και Piazza (1965) κατέγραψαν τις πιέσεις που δέχονται οι περιοχές στήριξης του ανθρώπινου σώματος, τόσο σε κατακεκλιμένη (ύπτια και πρηνή), όσο και σε καθιστική θέση. Οι πιέσεις αυτές κυμαίνονται από 40 ως 75 mmHg. Πίεση που ισούται με το διπλάσιο της τελικής τριχοειδικής αρτηριακής πίεσης (70 mmHg) και ασκείται χωρίς διακοπή για δύο τουλάχιστον ώρες, οδηγεί σε ιστική καταστροφή.⁹

Τριβή

Ως τριβή ορίζεται η δύναμη που δημιουργείται όταν δύο επιφάνειες κινούνται η μία κατά πλάτος της άλλης. Η τριβή δημιουργείται όταν ο ασθενής σύρεται στην κλινοστρωμνή. Το τραύμα που προκαλείται από τριβή είναι όμοιο με εκδορά.

Αν και η τριβή δεν μπορεί να παίζει βασικό ρόλο στην αιτιολογία των κατακλίσεων, όμως συμβάλλει στην απογύμνωση του δέρματος αποσπώντας το στρώμα της επιδερμίδας. Η αφαίρεση του εξωτερικού στρώματος της κερατίνης στιβάδας ελαττώνει την ινωδολυτική δραστηριότητα του χορίου και έτσι το δέρμα γίνεται περισσότερο επιρρεπές στη νέκρωση από πίεση.

Η αυξημένη διαδερμική απώλεια νερού επιτρέπει να συσσωρεύεται η υγρασία στην επιφάνεια του σώματος. Όταν η εσωτερική υποστηρικτική επιφάνεια του σώματος είναι υγρή, τότε υπάρχει γρήγορη αύξηση του συντελεστή τριβής που όταν γίνεται αρκετά μεγάλη προκαλεί προσκόλληση. Τότε η τριβή συνδυάζεται με διαμητικές δυνάμεις που συνεργούν στην ανάπτυξη έλκους του ιερού οστού σε ασθενείς που βρίσκονται σε ημι-fowler θέση.²⁰ Η τριβή έλκει το δέρμα προς τα πίσω καθώς ο σκελετός γλιστράει προς τα εμπρός και αυτό εξαιτίας του βάρους του σώματος.¹⁶

Συνδυασμός τριβής – πίεσης

Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν ο άρρωστος τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση χωρίς υποστήριγμα στα πόδια. Ο άρρωστος γλιστράει προς το κάτω μέρος του κρεβατιού με αποτέλεσμα την πίεση των ιστών και των αγγείων και την πρόκληση τοπικής ισχαιμίας. Η παρουσία ξένων σωμάτων όπως π.χ. ψίχουλα, κουμπιά και κορδόνια πιτζάμας, θρύμματα γύψου ή πτυχές λευχειμάτων συμβάλουν στην παραπάνω διεργασία.

Υγρασία

Η υγρασία από εκκρίματα, όπως σύρα, κόπρανα, πλημμελή καθαριότητα και φροντίδα μετά χρήση δοχείου, εφίδρωση ή άλλα υγρά του σώματος, μαλακώνουν το δέρμα, αποτελούν εστίες ανάπτυξης μικροβίων και προδιαθέτουν στη δημιουργία κατακλίσεων και

μολύνσεων.¹⁷

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 από αυτήν την περιοχή. Η βλάβη ίσως μεγαλώσει και επιτρέπει τη συνεχή απώλεια ορού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αποστέρηση του σώματος από συσσιώδεις 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.¹⁸

2.5.2 Εσωτερικοί παράγοντες

Ηλικία

Οι ηλικιωμένοι λόγω των ποικίλων αλλαγών στα διάφορα συστήματα του σώματός τους και στο δέρμα είναι πληθυσμός υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατακλίσεων. Οι δερματικές μεταβολές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάκλιση. Αυτές είναι η προοδευτική μείωση των ελαστικών ινών του υποδορίου λίτους και του όγκου των μυών.

Γενικά οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να νοσηλεύονται και στην ακινησία. Επίσης ταλαιπωρούνται από χρόνιες εξαντλητικές καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο για πίεση, διάτμηση και τριβή και ελαττώνουν την κυκλοφορία στον μυϊκό ιστό.¹⁶

Διατροφή

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων, όσο και στην αντιμετώπισή τους. Η ανεπαρκής διατροφή όσον αφορά την πρόσληψη λευκωμάτων, βιταμινών και σιδήρου είναι υψηλός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατακλίσεων.¹

Η κακή και περιορισμένη διατροφή επιτείνει τη περιορισμένη ελαστικότητα του δέρματος και συμβάλλει αρνητικά στη σπαργή του. Κατά τον ίδιο τρόπο η απώλεια του βάρους και η απώλεια μυϊκής μάζας μειώνει το φυσικό μαξιλαράκι μεταξύ δέρματος και οστών που έχουν οι φυσιολογικοί άνθρωποι. Έτσι αυξάνει η ευστάθεια των ασθενών στις κατακλίσεις. Η λήψη σε επαρκή ποσότητα πρωτεϊνών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων είναι σημαντική.¹⁹

Η βιταμίνη C βοηθάει στην απορρόφηση και τη χρησιμοποίηση του σιδήρου, ενώ 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 ιστών⁸.

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι κατακλίσεις συνδέονται και με την υπολευκωματιναιμία. Δεν είναι σαφές αν το χαμηλό επίπεδο των λευκωματινών του ορού οφείλεται σε απώλεια λευκωματίνης από τις κατακλίσεις ή είναι προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξή τους.²⁰

Αδυναμία κινήσεως

Η έλλειψη της ικανότητας ενός ατόμου να αλλάζει θέσεις στο σώμα του είτε από γενική εξάντληση, είτε από κάποια άλλη βλάβη αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα το άτομο να εμφανίσει κατακλίσεις.¹

Η έλλειψη κινητικότητας προφανώς δημιουργεί περιοχές, οι οποίες υφίστανται μόνιμη πίεση με αποτέλεσμα την μειωμένη παροχή αίματος και την ενδεχόμενη νέκρωση των ιστών. Οι ιστοί υποσιτίζονται και δεν μπορούν να απομακρύνουν τα προϊόντα του μεταβολισμού τους. Ένας ασθενής ο οποίος δεν κινείται, αλλά κάθεται έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει κατακλίσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί όλο το βάρος του σώματος συγκεντρώνεται σε μικρότερη επιφάνεια σε σχέση με την κατακεκλιμένη θέση. Βέβαια η πιθανότητα ο καθιστός άρρωστος να αναπτύξει κατακλίσεις στην περιοχή της έδρας είναι ίδια με τον άρρωστο που είναι ακίνητος και μπορεί να αναπτύξει κατακλίσεις στις πτέρνες.¹⁹

Η μειωμένη κινητικότητα είναι σημαντικός κλινικός παράγοντας που συντελεί στη μεγάλη συχνότητα κατακλίσεων σε αρρώστους με νόσο του Parkinson, εγκεφαλική παράλυση, τραυματισμό νωτιαίου μυελού, αρθρίτιδα και ρευματοπάθεια.¹¹

Μείωση αισθητικότητας

Η έλλειψη ή η μείωση 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 κατακλίσεων για το άτομο αυτό.¹

Συχνότερα παρατηρούνται σε ασθενείς με πλήρη κινητικοαισθητική παραπληγία ή τετραπληγία εξ' αιτίας της έλλειψης αισθητικότητας και της αδυναμίας να αλλάζουν θέση μόνοι τους στο κρεβάτι²¹. Η συχνότητα των κατακλίσεων σε αρρώστους με τραυματισμό νωτιαίου μυελού έχει υπολογιστεί από μερικές μελέτες ότι είναι 20-30% ύστερα από 1-5

χρόνια από τον αρχικό τραυματισμό.²²

Διανοητική κατάσταση

Η μειωμένη διανοητική κατάσταση που οφείλεται είτε σε ψυχιατρικές είτε σε παθολογικές καταστάσεις όπως άνοια ή τραύμα κεφαλής, προδιαθέτει το άτομο σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων. Η λήψη πολλών φαρμάκων όπως καταπραυντικά, ηρεμιστικά, αναλγητικά κ.α., συντελεί στη μείωση του επιπέδου συνείδησης με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος ανάπτυξης των κατακλίσεων.

Η διανοητική κατάσταση του αρρώστου είναι πολύ σημαντική στην κινητικότητα και στη συνεργασία του ατόμου για τη χορήγηση νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης η μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας δυσκολεύει την κινητοποίηση του αρρώστου με τις γνωστές συνέπειες της ακινησίας.²³

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 το 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 συνεχειας του δέρματος.²⁴

Αναιμία

Η αναιμία αποτελεί έναν αιτιολογικό παράγοντα στην ανάπτυξη των κατακλίσεων. Επίσης, είναι δυνατό να προκληθεί όταν υπάρχουν χρόνια και μολυσμένα έλκη²⁵. Τα μειωμένα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης μειώνουν την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει O₂ καθώς και το ποσό του O₂ που διατίθεται στους ιστούς. Η αναιμία επίσης μεταβάλλει τον κυτταρικό μεταβολισμό και επηρεάζει την επούλωση του τραύματος.²⁶

Αρτηριακή Πίεση

Έρευνα του Gosnell αναφέρει ότι η χαμηλή διαστολική πίεση (μικρότερη από 60 mmHg) είναι σημαντικός δείκτης ανίχνευσης αρρώστων με υψηλό κίνδυνο για κατακλίσεις. Η χαμηλή διαστολική πίεση αίματος είναι ενδεικτική της πτωχής περιφερικής κυκλοφορίας που οδηγεί σε πτωχή αιμάτωση των ιστών.

Ο Mawson μελέτησε τη σχέση μεταξύ συστολικής πίεσης και ανάπτυξης κατακλίσεων. Η μελέτη έδειξε ότι οι άρρωστοι που ανέπτυξαν κατακλίσεις είχαν σημαντικά χαμηλότερη συστολική πίεση αίματος (100 mmHg) από αυτούς που δεν ανέπτυξαν κατακλίσεις. Μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι η μειωμένη συστολική πίεση αίματος προκαλεί μειωμένη αιμάτωση του ιστού και αυτός ο μηχανισμός να ελαττώνει την αντοχή των ιστών πάνω από τις οστέινες προεξοχές.

Κάπνισμα

Αναφέρεται ότι ασθενείς που καπνίζουν έχουν μειωμένα ποσά λειτουργικής αιμοσφαιρίνης (οξυαιμοσφαιρίνης) με επακόλουθη μείωση του οξυγόνου που απαιτείται για τη φυσιολογική αύξηση των κυττάρων. Επιπλέον, στα άτομα που καπνίζουν ελαττώνεται το οξυγόνο που διατίθεται στο τραύμα γιατί το CO έχει μεγαλύτερη συγγένεια με το μόριο της αιμοσφαιρίνης από ότι το O₂. Επομένως, η σύσταση για διακοπή του καπνίσματος είναι αναγκαία.¹⁶

Είδη δέρματος

Το οιδηματώδες δέρμα είναι συνήθως απότοκο της παθολογικής κατάστασης του ασθενή. Αν δεν μπορούμε να άρουμε τις αιτίες που οδηγούν σε ένα οιδηματώδες δέρμα ο κίνδυνος παραμένει μεγάλος. Ένας άλλος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η τοποθέτηση κάτω από το δέρμα πλαστικού και αυτό γιατί δεν μπορεί το δέρμα να αναπνεύσει και ιδρώνει εύκολα.¹⁹

Ψυχολογικοί Παράγοντες

Έχει αναφερθεί ότι το ψυχολογικό stress είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ευπάθεια για δημιουργία κατακλίσεων. Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση stress, τα επινεφρίδια αυξάνουν την έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Κάτω από αυτές τις συνθήκες αναστέλλεται η σύνθεση κολλαγόνου και ο ιστός γίνεται περισσότερο επιρρεπείς σε λύση της συνεχείας του.¹¹

Υποκείμενη νόσος

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν για εμφάνιση κατακλίσεων είναι: μια σοβαρή χειρουργική επέμβαση ή ένα μεγάλο τραύμα, χρόνιες εξουθενωτικές παθήσεις όπως νεοπλάσματα, νευρολογικές, ορθοπεδικές και κυκλοφορικές διαταραχές, διαβήτης κ.α.

Για το λόγο αυτό πρέπει η υποκείμενη νόσος να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να εκτιμάται ως παράγοντας κινδύνου.²⁷

2.6 Ανατομικές θέσεις κατακλίσεων

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

- Πτέρνες, σφυρά, μείζονας τροχαντήρας, κόκκυγας
- Γόνατα, αγκώνες, ωμοπλάτη
- Ακανθώδεις αποφύσεις σπονδυλικής στήλης, ινιακόν οστούν
- Πτερύγια αυτιών¹⁷

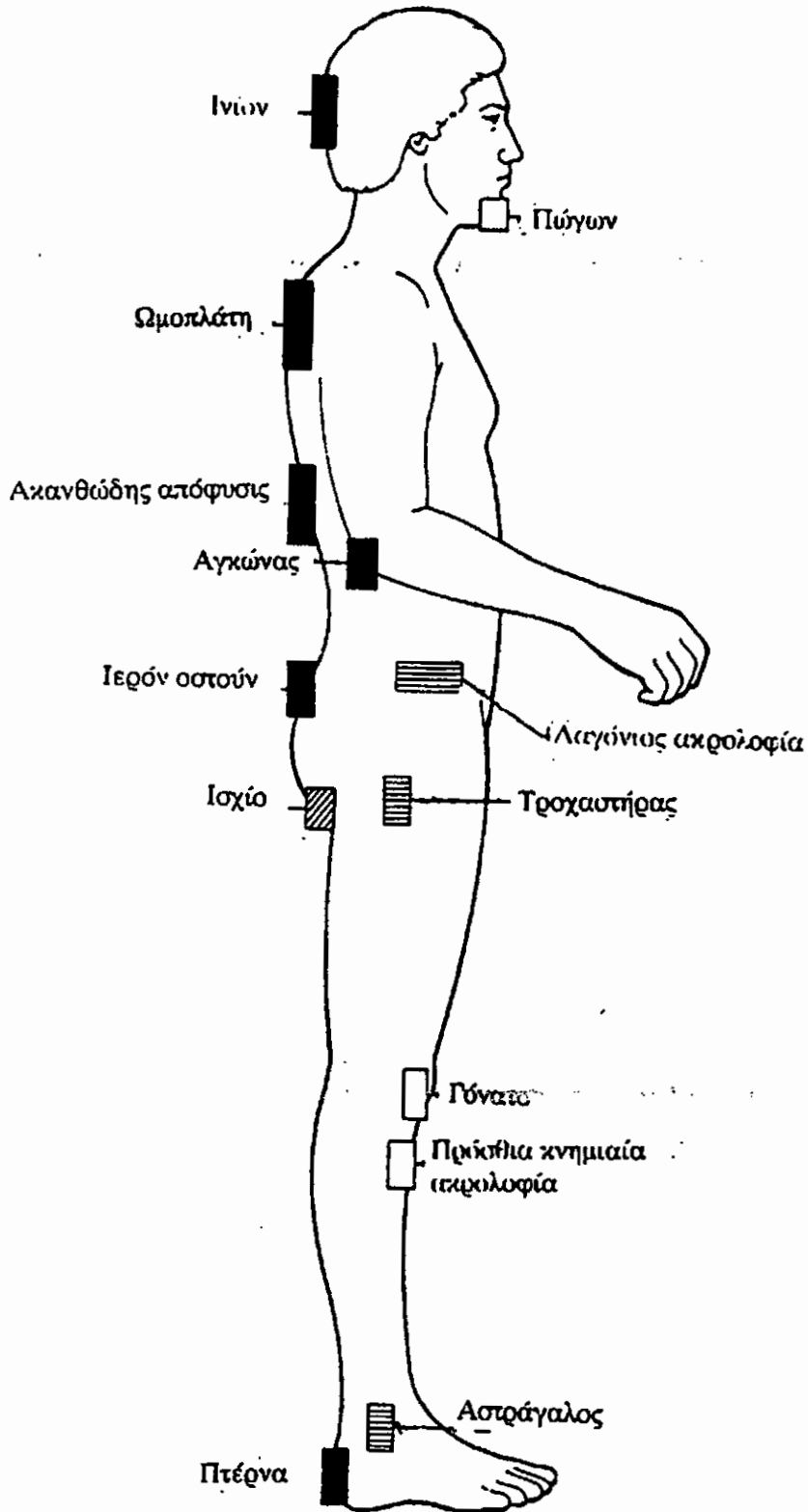
Σπανιότερα έλκη από κατακλίσεις εντοπίζονται σε σημεία όπως:

- Ανάμεσα στις πτυχές των γλουτών
- Στα πόδια
- Στο στήθος
- Στις πτυχές της κοιλιάς²⁸

Για τους τετραπληγικούς, μια περιοχή που είναι επικίνδυνη για πληγές είναι τα μέρη του βραχίονα και των χεριών όπου δεν υπάρχει αίσθηση. Το μέσο μέρος της παλάμης των χεριών μπορεί εύκολα να πάθει ζημιά με το σπρώξιμο της καρέκλας.²⁹

Επικίνδυνα σημεία για την ανάπτυξη κατάκλισης:

- Ύπτια: Η τοπική πίεση είναι έντονη στο ιερό οστό και στις πτέρνες
- 30° Λοξή θέση: Κανένα από τα επικίνδυνα σημεία δεν έχει επαφή με το στρώμα
- 90° Πλάγια θέση: Το κύριο βάρος του σώματος πιέζει τον τροχαντήρα
- 130° Λοξή θέση: Το κύριο βάρος του σώματος φορτίζει τη λαγόνια ακρολοφία (λεκάνη)¹⁹



2.7 Σταδιοποίηση κατακλίσεων

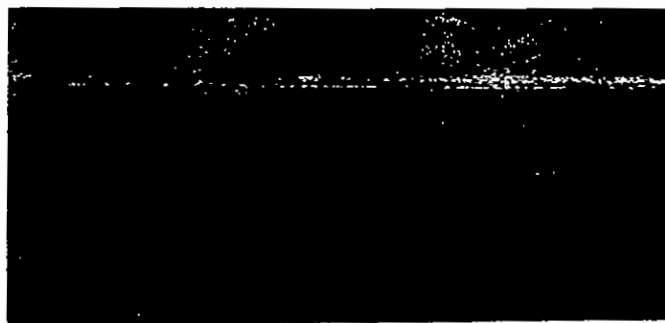
1^ο Στάδιο εξέλιξης



Ιστικές βλάβες:

- Ερυθρότητα που δεν υποχωρεί μετά 15' - 20' από την αλλαγή θέσεως.
- Θερμότητα.
- Πόνος - νεύρωση ανέπαφη.
- Δέρμα ανέπαφο.

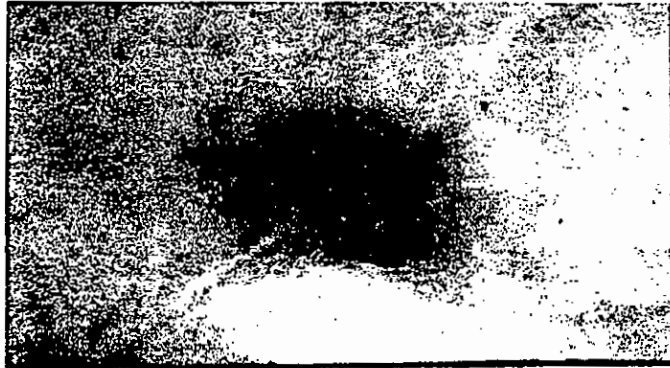
2^ο Στάδιο εξέλιξης



Ιστικές βλάβες:

- Λέπτυνση δέρματος με χρώμα υποκύανο ή σκοτεινόχρωμο.
- Εμφάνιση επιπολής φυσαλίδας με ερυθρότητα στη γύρο περιοχή.
- Λύση συνέχειας δέρματος που αφορά την επιδερμίδα. Ιστική βλάβη χωρίς βάθος.

3^ο Στάδιο εξέλιξης



Ιστικές βλάβες:

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

4^ο Στάδιο εξέλιξης



Ιστικές βλάβες:

- Επέκταση της βλάβης στους μυς και τα οστά.
- Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση, εκροή, συχνά δυσσομία, στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού.¹⁷

2.8 Κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων

Η αναγνώριση των ασθενών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για δημιουργία κατακλίσεων γίνεται με διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει να καλύπτουν ένα μεγάλο αριθμό κριτηρίων όπως : να εντοπίζουν το πρόβλημα, να είναι απλά, εύκολα στη χρήση τους αξιόπιστα και ως προς το κόστος αποτελεσματικά.

Από τα διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης μερικά προσδιορίζουν τους αρρώστους με πιθανό κίνδυνο να αναπτύξουν κατάκλιση και άλλα εστιάζονται στα στοιχεία που σχετίζονται με υπάρχουσες κατακλίσεις.³⁰

Διάφοροι επιστήμονες ασχολήθηκαν με την κατάρτιση κλιμάκων. Καρπός αυτών των προσπαθειών ήταν και η ανάπτυξη κλίμακας αξιολόγησης κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων. Η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα των κλιμάκων αυτών στον τομέα της αποκατάστασης είναι αμφισβητήσιμη και γι αυτό χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.¹

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως είναι: α) *Norton*, β) *Braden* γ) *Waterlow*, δ) *Gosnell*, ε) *Knoll*, στ) *Douglas*, ζ) *Medley*, η) *Cubbin and Jackson*.

Κλίμακα Norton: Η κλίμακα Norton δημιουργήθηκε το 1962 και ελέγχθηκε σε γηριατρικούς ασθενείς. Χρησιμοποιεί 5 βασικές μεταβλητές: φυσική κατάσταση, διανοητική κατάσταση, δραστηριότητα, κινητικότητα, ακράτεια

Οι ασθενείς λαμβάνουν βαθμούς από 1-4 σε κάθε μία μεταβλητή. Όσο χαμηλότερο είναι το αποτέλεσμα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάκλισης. Αποτέλεσμα χαμηλότερο από 14 σημαίνει ότι ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης. Το αποτέλεσμα αυτό είναι πολύ ανακριβές όταν δεν αφορά ομάδα γηριατρικών ασθενών.

Πολλοί θεωρούν την κλίμακα Norton πολύ απλή και ότι δεν παρέχει τα πολιτικά μέτρα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση κινδύνου.¹⁶

Κλίμακα Braden: Η κλίμακα αυτή συνίσταται από έξι παράγοντες: κινητικότητα, δραστηριότητα, υγρασία, αισθητικότητα, διατροφή, 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.¹

Κλίμακα Waterlow: Η κάρτα εκτίμησης κινδύνου Waterlow περιλαμβάνει 7 κύριες μεταβλητές. Όσο υψηλότερο είναι το αποτέλεσμα τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος. Όταν

η βαθμολογία που λαμβάνεται είναι 10+ ο ασθενής βρίσκεται σε κίνδυνο, όταν είναι 15+ σε υψηλό κίνδυνο και όταν είναι 20+ σε πολύ υψηλό κίνδυνο. Εάν ο ασθενής τοποθετηθεί σε μία από τις κατηγορίες κινδύνου, τότε η κάρτα πρέπει να γυρίσει και να παρουσιάσει τα μέτρα πρόληψης. Στις νοσηλευτικές σημειώσεις πρέπει να καταγράφει η κατάσταση του έλκους, η θέση και το μέγεθός του. Η ευκολία στη χρήση, ο μικρός χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση και η ευκολία απομνημόνευσης των αιτιολογικών παραγόντων των κατακλίσεων από το προσωπικό, έχουν θεωρηθεί ως πλεονεκτήματα.

Κλίμακα Gosnell: Ο Gosnell, βασισμένος στην αρχική εργασία της Norton, δημιούργησε το « *Pressure Sore Risk Assessment* ». Αφαίρεσε την παράμετρο φυσική κατάσταση και την αντικατέστησε με τη μεταβλητή διανοητική κατάσταση. Επίσης πρόσθεσε τη μεταβλητή διατροφή

Το συνολικό αποτέλεσμα 11 βαθμών ή λιγότερο δείχνει υψηλό κίνδυνο. Έκτός από τη βαθμολογία γίνεται περιγραφή της κατάστασης του δέρματος, της υγρασίας, της θερμοκρασίας, του χρώματος και της υφής του, καθώς επίσης καταγραφή όλων των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής.

Το γεγονός ότι η κατάσταση θρέψης ως σημαντικός παράγοντας στη θεραπεία των κατακλίσεων και στη διάσπαση της υφής του δέρματος, έχει συμπεριληφθεί στην κλίμακα Gosnell είναι πολύ ουσιαστικό.

Κλίμακα Knoll: Η κλίμακα αυτή σχεδιάστηκε από τη φαρμακευτική εταιρεία Knoll, οι βαθμολογίες, της οποίας κυμαίνονται από 0-3 και περιλαμβάνουν τη γενική κατάσταση υγείας, διανοητική κατάσταση, κινητικότητα, δραστηριότητα, ακράτεια, διατροφή, λήψη υγρών και προσύπαρχουσα νόσο. Οι άρρωστοι με βαθμό κάτω από 12 θεωρούνται ότι κινδυνεύουν να πάθουν κατακλίσεις.

Το βασικό μειονέκτημα είναι η έλλειψη εκτίμησης του δέρματος και ενός χώρου για υπογραφή του νοσηλευτή που έκανε εκτίμηση. Η ομάδα που το εισηγήθηκε δεν αναφέρει μετρήσεις για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εργαλείου.

Κλίμακα Douglas: Στο τμήμα αρρένων της Verna Pritchard, οι νοσηλευτές παρατήρησαν ότι η κλίμακα Norton δεν ανίχνευε όλους τους αρρώστους που κινδύνευαν να αναπτύξουν κατακλίσεις. Έτσι, αφού έγιναν συναντήσεις όλου του προσωπικού του τμήματος ανακαλύφθηκαν παράγοντες κινδύνου τους οποίους θεώρησαν σημαντικούς αλλά δεν είχαν καλυφθεί από την κλίμακα Norton. Στις μεταβλητές της κλίμακας Norton προστέθηκαν : κατάσταση θρέψης, αναιμία, πόνος και κατάσταση δέρματος. Έτσι δημιουργήθηκε η κλίμακα Douglas από την Pritchard

Οι μεταβλητές που προστέθηκαν θεώρησαν σημαντικές γιατί η επαρκής προσληψη

τροφής και οξυγόνου είναι σημαντικές για την υγεία, τη δραστηριότητα και τη θεραπεία. Επίσης ο πόνος και ο φόβος του πόνου περιορίζουν την κινητικότητα. Η κατάσταση του δέρματος κατά την εισαγωγή του αρρώστου είναι διαγνωστικό σημείο.

Κλίμακα Medley: Ο Tony Medley δημιούργησε το 1987 κλίμακα με ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών με περισσότερη σαφήνεια και ακρίβεια. Η κλίμακα ταξινομεί τους αρρώστους σε χαμηλό, μέτριο ή υψηλό κίνδυνο. Στην κλίμακα συμπεριλαμβάνεται και η εκλογή υποστήριξης του αρρώστου. Η κλίμακα Medley περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου όπως: κατάσταση δέρματος, προϋπάρχουσες ασθένειες, θρεπτική κατάσταση και πόνος.¹⁶

Κλίμακα Cubbin and Jackson: Οι βαθμολογίες της κλίμακας κυμαίνονται από 1-4 και οι παράμετροι που εξετάζουν είναι: ηλικία, σωματικό βάρος, κατάσταση δέρματος, πνευματική κατάσταση, κινητικότητα, διατροφή, αναπνοή, αιμοδυναμική κατάσταση, ακράτεια και υγιεινή. Αν το άθροισμα είναι > 25 αυτό σημαίνει πως ο ασθενής διατρέχει υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης.

ΚΑΙΜΑΚΑ NORTON

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Καλή	4
Μέτρια	3
Κακή	2
Πολύ Κακή	1
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Διαύγεια	4
Απάθεια	3
Σύγχυση	2
Κώμα	1
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Περιπατητικός	4
Περπατάει με Βοήθεια	3
Κάθεται στην Καρέκλα	2
Κατακεκλιμένος	1
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης	4
Ελαφρά Περιορισμένη	3
Πολύ Περιορισμένη	2
Ακίνησια	1
ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Απούσα - Καθετήρας	4
Ακράτεια Ούρων	3
Ακράτεια Κοπράνων	2
Ακράτεια Ούρων και Κοπράνων	1
ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ	ΒΑΘΜΟΙ
Φυσιολογική	4
Μικρή	3
Ρινογαστρικός Καθετήρας - Υγρά	2
Τίποτα από το Στόμα - Ανορεξία	1

<p>Οι ασθενείς με βαθμολογία μικρότερη από 14 έχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν κατακλίσεις</p>

ΚΛΙΜΑΚΑ BRADEN

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Φυσιολογική	4
Ελαφρώς Περιορισμένη	3
Πολύ Περιορισμένη	2
Εντελώς Περιορισμένη	1

ΥΓΡΑΣΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Σπανίως Βρεγμένο	4
Περιστασιακά Βρεγμένο	3
Πολύ Βρεγμένο	2
Συνεχώς Βρεγμένο	1

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Περπατά Συχνά	4
Περπατά Περιστασιακά	3
Ανάπηρος	2
Κατάκοιτος	1

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Κανένας περιορισμός στην κιν/κοιτητα	4
Ελαφρώς Περιορισμένη κιν/κοιτητα	3
Πολύ Περιορισμένη κιν/κοιτητα	2
Εντελώς Ακίνητος	1

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΡΙΒΗΣ – ΟΛΙΣΘΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Όχι Προφανές Πρόβλημα	3
Δυνητικό Πρόβλημα	2
Πρόβλημα	1 ²⁶

ΚΛΙΜΑΚΑ WATERLOW

ΒΑΡΟΣ - ΥΨΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
< Μ.Ο	3
> Μ.Ο	2
Μ.Ο	0

ΤΥΠΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Λύση Δέρματος - Κηλίδες	3
Αποχρωματισμένο	2
Υγρό	1
Οιδηματώδες	1
Ξηρό	1
Ιστοί με Μορφή Χαρτιού	1
Υγιές	0

ΣΦΙΓΚΤΗΡΕΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Ακράτεια Ούρων και Κοπράνων	3
Καθετήρας - Ακράτεια Κοπράνων	2
Περιστασιακή Ακράτεια Ούρων	1
Πλήρης Έλεγχος - Καθετήρας	0

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Αδρανής	4
Περιορισμένη	3
Απαθής	2
Ανήσυχος	1
Πλήρης	0

ΦΥΛΟ – ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Γυναίκα	0
Ανδρας	1
81 +	5
75-80	4
65-74	3
50-64	2
14-49	1
ΟΡΕΞΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Ανορεξία	2
Φτωχή	1
Μέτρια	0
ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΒΑΘΜΟΙ
Φτωχή Θρέψη	8
Αισθητική Απώλεια	6
Ορθοπεδική Εγχείρηση – Κάταγμα Κάτω από Οσφύ	5
Υψηλή Δόση Αντιφλεγμονωδών – Στεροειδών	4

Οι ασθενείς με βαθμολογία:

= 10 παρουσιάζουν κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.

=15 παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.

=20 παρουσιάζουν πολύ υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.³¹

ΚΑΙΜΑΚΑ GOSNELL

ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**ΒΑΘΜΟΙ**

Πολύ Καλή	5
Απάθεια	4
Σύγχυση	3
Λήθαργος	2
Κώμα	1

ΕΓΚΡΑΤΕΙΑ**ΒΑΘΜΟΙ**

Πλήρης	4
Συνήθης	3
Ελάχιστη	2
Όχι	1

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**ΒΑΘΜΟΙ**

Πλήρης	4
Ελαφρά Περιορισμένη	3
Πολύ Περιορισμένη	2
Ακίνησια	1

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**ΒΑΘΜΟΙ**

Περιπατητικός	4
Περπατά με Βοήθεια	3
Κάθεται στην Πολυθρόνα	2
Κάθεται στο Κρεβάτι	1

ΘΡΕΨΗ**ΒΑΘΜΟΙ**

Καλή	4
Αρκετά Καλή	3
Φτωχή	2
Πολύ περιορισμένη	1

<p>Οι ασθενείς που βαθμολογούνται λιγότερο από 11 έχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν κατακλίσεις.³²</p>

ΚΑΙΜΑΚΑ KNOLL

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Ετοιμοθάνατος	3
Φτωχή	2
Μέτρια	1
Καλή	0

ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Κωματώδης	3
Ημικωματώδης	2
Λήθαργος	1
Αρίστη	0

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Κάθεται στο Κρεβάτι	3
Κάθεται στην Πολυθρόνα	2
Με Βοήθεια	1
Περιπατητικός	0

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Ακινήσια	3
Πολύ Περιορισμένη	2
Περιορισμένη	1
Πλήρης	0

ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Ούρων και Κοπράνων	3
Ούρων	2
Μερικές Φορές	1
Καμία	0

ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Καμία	3
Φτωχή	2
Μέτρια	1
Καλή	0

ΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Καμία	3
Φτωχή	2
Μέτρια	1
Καλή	0

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Σοβαρές	3
Μέτριες	2
Ελαφρές	1
Καμία	0

Οι ασθενείς με βαθμολογία > από 12 παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη κατακλίσεων³³

ΚΑΙΜΑΚΑ DOUGLAS

ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – Ηb	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρες Διαιτολόγιο	4
Ανεπαρκές	3
Μόνο Υγρά	2
Παρεντερική Σίτιση	1
Χαμηλή Ηb	0
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Περιπατητικός	4
Περπατά με Δυσκολία	3
Κάθεται στην Καρέκλα	2
Κάθεται στο Κρεβάτι	1
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης	4
Περιστασιακός	3
Ακράτεια Ούρων	2
Ακράτεια Ούρων και Κοπράνων	1
ΠΟΝΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Όχι	4
Πιθανότητα Πόνου	3
Περιοδικός	2
Πόνος στη Μετακίνηση	1
Συνεχής Ενόχληση	0
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Ανέπαφο	4
Ξηρό – Κόκκινο – Αδύνατο	3
Επιφανειακή Λύση	2
Λύση Ισχίου Ολικού Πάχους ή Σπήλαιο	1

Οι ασθενείς με βαθμολογία με βαθμολογία < 18 παρουσιάζουν κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.³⁴

ΚΑΙΜΑΚΑ MEDLEY

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ - ΚΙΝΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
-------------------------------	---------------

Κάθεται στο Κρεβάτι (12 Ώρες)	6
Κάθεται στην Καρέκλα (12 Ώρες)	4
Περυπατητικός	0

ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
---------------------------	---------------

Πολύ Κακή	3
Κακή	2
Καλή	0

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
---------------------------	---------------

Κατάκλιση	6
Οίδημα ή Ερυθρότητα	6
Μειωμένη Υπεραιμία - Ξηρό Δέρμα -	
Προχωρημένη Ηλικία	4
Εξανθήματα ή Εκδορές	2
Υγιές	0

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΙ
---------------------------------	---------------

Τελικού Σταδίου ή Πολύ Σοβαρή	3
Οξεία ή Χρόνια Παροδική	2
Χρόνια - Μόνιμη	1
Όχι	0

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
---------------------	---------------

Μετακινείται Μόνο με Βοήθεια	4
Μετακινείται με Μικρή Βοήθεια	2
Κίνηση Άνετη	0

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

	ΒΑΘΜΟΙ
Κωματώδης	3
Ημικωματώδης	2
Λήθαργος – Σύγχυση	1
Πολύ Καλό	0

ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	ΒΑΘΜΟΙ
Πολύ Καλή	3
Κακή	2
Καλή	0

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης Ακράτεια	3
Συνήθης	2
Περιστασιακά	1
Όχι ή Καθετήρας	0

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης	3
Συνήθης	2
Περιστασιακή	1
Όχι	0

ΠΟΝΟΣ

	ΒΑΘΜΟΙ
Επίμονος – Σταθερός	3
Περιοδικός	2
Ελαφρός	1
Όχι	0

Οι ασθενείς με βαθμολογία:

Από 0-9, παρουσιάζουν χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων.

Από 10-19, παρουσιάζουν μέτριο κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων.

Από 20-36, παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων.³⁵

ΚΛΙΜΑΚΑ CUBBIN & JACKSON

ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
< 40	4
40 – 55	3
55 – 70	2
> 70	1

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Φυσιολογικό	4
Παχυσαρκία	3
Καχεξία	2
Οίδημα	1

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
Φυσιολογική Κατάσταση	4
Ερυθρότητα	3
Εκλεπτυσμένο – Αποφλοιωμένο	2
Νεκρώσεις	1

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Διαύγεια	4
Σύγχυση	3
Καταστολή	2
Κώμα	1

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης	4
Περπατάει με Βοήθεια	3
Πολύ Περιορισμένη – Κάθεται στη Καρέκλα	2
Ακίνησια – Κατακεκλιμένος	1

ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Πλήρης Δίαιτα και Υγρά από το Στόμα	4
Ελαφρά Δίαιτα – Εντερική	3
Παρεντερική	2
Μόνο Ενδοφλέβια Χορήγηση Υγρών	1

ΑΝΑΠΝΟΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Δική του Αναπνοή	4
Υποβοηθούμενη	3
Πλήρης Μηχανικός Αερισμός	2
Εργώδης Αναπνοή	1

ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Σταθερή χωρίς Ινότροπα	4
Σταθερή με Ινότροπα	3
Ασταθής χωρίς Ινότροπα	2
Κρίσιμη με Ινότροπα	1

ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ
Απούσα - Καθετήρας	4
Ακράτεια Ούρων	3
Ακράτεια Κοπράνων	2
Ακράτεια Ούρων και Κοπράνων	1

ΥΓΙΕΙΝΗ	ΒΑΘΜΟΙ
Ικανός να Κάνει Μόνος του την Υγιεινή	4
Κάνει την Υγιεινή Μόνος του με Μικρή Βοήθεια	3
Χρειάζεται Πολύ Βοήθεια	2
Πλήρης Εξάρτηση	1

Ασθενείς με βαθμολογία < 25 παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν κατακλίσεις.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων αποτελούν μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου και αυτό γιατί η εμφάνισή του αφήνει τον ασθενή ευάλωτο σε διάφορες επιπλοκές και συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του κόστους νοσηλείας.

Η ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, μας οδήγησε στη δημιουργία πρωτοκόλλου, με στόχο να προσδιοριστούν οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων οι οποίες εφαρμόζονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.³⁶

3.2 Νοσηλευτική αξιολόγηση

Για την εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάκλισης, εκτιμούνται τόσο η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή, όσο και η σταδιοποίηση του τραύματος.

Η ηλικία, τα συνωδά νοσήματα, η διατροφική κατάσταση, η κινητική ικανότητα του ασθενή, καταστάσεις που συνοδεύονται από καταβολισμό, όπως οι πολυτραυματίες, οι εγκαυματίες, οι ασθενείς με συστηματική λοίμωξη κτλ. αποτελούν προδιαθεσικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες για την εξέλιξη μιας κατάκλισης.

Σημαντικός παράγοντας στην εκτίμηση μιας κατάκλισης είναι η συστηματική τοπική άμυνα. Ασθενείς με βαριά ανοσοκαταστολή ή και κακή τοπική αιμάτωση, οδηγούνται ευκολότερα στη δημιουργία έλκους από κατάκλιση, ενώ επουλώνουν πολύ δυσκολότερα από άλλους ασθενείς. Η βακτηριακή κατάσταση των ελκών αυτών, πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή έλεγχο, με παρακολούθηση της κλινικής εικόνας του τραύματος για την παρουσία τοπικής λοίμωξης.

Η εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάκλισης θα μας βοηθήσει να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη γρήγορη και ασφαλή αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, την αποφυγή επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Στο έργο αυτό απαραίτητη είναι η σωστή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, φυσιοθεραπευτών κτλ.³⁷

3.3 Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Οι κυριότεροι στόχοι για τον ασθενή περιλαμβάνουν την άρση της πίεσης, τη βελτίωση της κινητικότητας, τη βελτίωση της αισθητικής αντίληψης, τη βελτίωση της ιστικής διόδρωσης και της θρεπτικής κατάστασης, την ελαχιστοποίηση της δράσεως των δυνάμεων τριβής και ολίσθησης καθώς επίσης επούλωση των κατακλίσεων εάν υπάρχουν.¹⁸

3.4 Γενικές αρχές πρόληψης

Επειδή οι κατακλίσεις πιο εύκολα προλαμβάνονται παρά θεραπεύονται, κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου. Ο νοσηλευτής πρέπει να συμβάλλει στη μείωση των επιβαρυντικών παραγόντων, όσον αφορά τη δημιουργία των κατακλίσεων.²³ Θα πρέπει λοιπόν να φροντίζει για:

Αλλαγή θέσεως: Η κύρια προληπτική μέθοδος είναι η ανακούφιση του δέρματος από την πίεση. Το γύρισμα του αρρώστου είναι ο πιο απλός και συχνότερος χρησιμοποιούμενος τρόπος ανακούφισης από την πίεση. Η συχνή αλλαγή θέσης αμβλύνει την πίεση των μυών και των τριχοειδών αγγείων. Έτσι, προάγεται περισσότερο αίμα στην περιοχή πίεσης και την ισχαιμία διαδέχεται αντιδραστική υπεραιμία. Ο χρόνος αλλαγής θέσεως θα εξαρτηθεί από την αξιολόγηση του ασθενούς.¹⁶ Για τον καλύτερο προγραμματισμό των αλλαγών θέσεως του ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το σήμα «ρολόι» το οποίο καθορίζει την ώρα που θα γίνει αλλαγή της θέσεως του καθώς και του είδους της θέσεως που θα δοθεί.

Αν ο ασθενής έχει ήδη κατάκλιση:

- η διάρκεια παραμονής του προς τη πλευρά της κατάκλισης, δεν θα πρέπει να είναι παραπάνω από μία ώρα
- ο ασθενής δεν θα πρέπει να «γυρίζου» προς την πλευρά της κατάκλισης περισσότερο από τρεις φορές τη μέρα.

Όταν ο ασθενής μπορεί να καθίσει σε μια καρέκλα η χρονική διάρκεια πρέπει να περιορίζεται σε δύο 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 μία χρονική περίοδο μεγαλύτερη από το προτεινόμενο διάστημα, το οποίο υπολογίστηκε κατά τη διάρκεια εκτίμησης. Ως εκ τούτου, αν το προτεινόμενο χρονικό περιθώριο είναι κάθε μιάμιση 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 από 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 λεπτά.²⁶

ΡΟΛΟΙ



Οι συχνές αλλαγές θέσεων επιβάλλεται να γίνονται και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν χορηγούνται ηρεμιστικά γιατί ελαττώνουν την κινητικότητα του αρρώστου.³⁸ Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου χρησιμοποιούνται ειδικά συστήματα υποστήριξης για την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση. Επίσης με την κατάλληλη τοποθέτηση μαξιλαριών αίρεται η πίεση σε αρκετά σημεία του σώματος όπως: πτέρνες, δάκτυλα κάτω άκρων, κόκκυγας, γόνατα, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο κεφαλής. Κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε νοσηλευτικής ενέργειας που απαιτείται γύρισμα ή μετακίνηση του αρρώστου, πρέπει να αποφεύγονται οι δυνάμεις τριβής και διάτμησης. Οι άρρωστοι για να μετακινηθούν ανυψώνονται, δεν σύρονται.¹⁶

Υγιεινή και φροντίδα του δέρματος: Η φροντίδα του δέρματος είναι σημαντική, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό, στεγνό και μαλακό, ειδικά στις περιοχές του σώματος που ρυπαίνονται από τις απεκκρίσεις του αρρώστου.²³ Για τη φροντίδα του δέρματος χρησιμοποιείται μαλακό σαπούνι γιατί το σκληρό ξηραίνει και απομακρύνει τη φυσική λιπαρότητα του. Η χρήση προστατευτικής αλοιφής το προφυλάσσει από τη διαβροχή και

διατηρεί την ελαστικότητα του. Η εντριβή με οινόπνευμα δεν συνιστάται γιατί ξηραίνει το δέρμα.³⁹ Απαγορεύονται οι μαλάξεις στη γύρω περιοχή γιατί δημιουργούν διατμητικές δυνάμεις καθώς επίσης είναι σημαντική η έκθεση των επικινδύνων σημείων στον αέρα είναι απαραίτητη γιατί αποφεύγεται η συγκέντρωση της θερμοκρασίας και της υγρασίας.²³ Ιδιαίτερη φροντίδα αν υπάρχει κνησμός με εφαρμογή μέτρων ύφεσης και αποφυγής τραυματισμού. Τέλος είναι σπουδαία η συστηματική παρακολούθηση του δέρματος, τουλάχιστον σε κάθε ωράριο εργασίας με συνεχή αξιολόγηση της αιμάτωσης της περιοχής.⁴⁰

Διατήρηση σωστού επιπέδου θρέψης: Σημαντικό μέρος της πρόληψης των κατακλίσεων είναι η σωστή διατροφή του αρρώστου. Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου είναι δυνατόν να υπάρχουν διατροφικά ελλείμματα. Αν επισημανθούν ελλείμματα επιβεβαιωμένα εργαστηριακά π.χ. χαμηλός αιματοκρίτης, χαμηλή αιμοσφαιρίνη και πρωτεΐνη ορού πρέπει να διορθώνονται. Μπορεί να χορηγηθεί διαίτα υπερθερμιδική και υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη, Vit A και C, σίδηρο και ψευδάργυρο. Επίσης απαιτείται καλή ενυδάτωση του αρρώστου.¹⁶

Υλικοτεχνικός εξοπλισμός: Τα υποστηρικτικά συστήματα ταξινομούνται σε στατικά και δυναμικά. Τα στατικά δεν μετακινούνται. Προστατεύουν και εξασφαλίζουν την κατανομή του βάρους πάνω στην επιφάνεια του σώματος. Τέτοια είναι τα επιστρώματα αφρού και συσκευές γεμισμένες με νερό, ζελέ και αέρα.

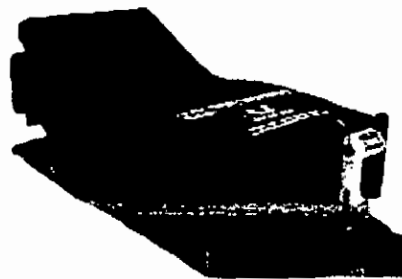
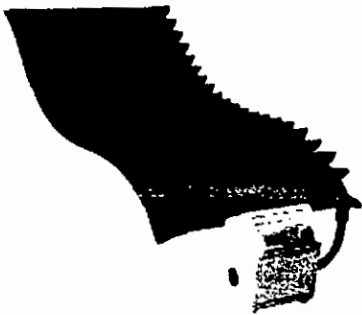
Τα δυναμικά υποστηρικτικά συστήματα χρησιμοποιούν ηλεκτρισμό για εναλλασσόμενα ρεύματα αέρα που ρυθμίζουν ή ανακατανομούν τις πιέσεις πάνω στο σώμα. Αρκετά από αυτά τα συστήματα υποστήριξης, χρειάζεται να τοποθετούνται και ανά δύο μαζί, καθώς επίσης κρίνεται απαραίτητη η αντικατάστασή τους κάθε 2- 4 χρόνια.¹⁶

Πολλά ειδικά στρώματα και κρεβάτια έχουν εξελιχθεί με το χρόνο. Μερικά από αυτά μολονότι έχουν εμφανιστεί εδώ και εκατό χρόνια, θεωρούνται ακόμα λειτουργικά

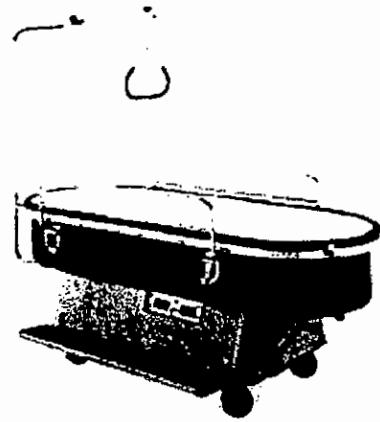
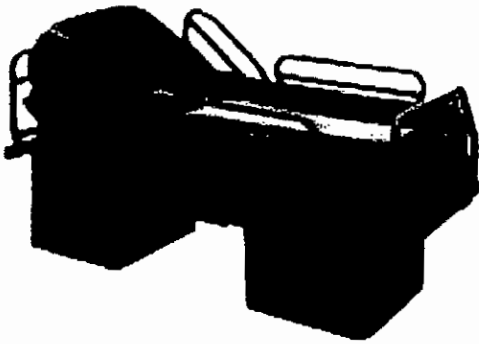
Η επικρατούσα άποψη είναι ότι το επίστρωμα διαμορφώνεται γύρω από το σώμα και ασκεί ίση πίεση στις πιθανές περιοχές για δημιουργία κατακλίσεων. Έτσι, ελαττώνει τις τοπικές πιέσεις και την παραμόρφωση του ιστού. Η εκλογή ενός επιστρώματος για ανακούφιση του δέρματος από τη πίεση πρέπει να διαθέτει: ασφάλεια, ευκολία στη χρήση και στη συντήρηση, ευκολία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αποδοχή από τον άρρωστο και χαμηλό κόστος.⁴¹



Στρώμα αφρού: Πρόκειται για το πρώτο μέσο άμυνας στην πρόληψη των κατακλίσεων. Αποτελείται από αφρώδες υλικό και παρέχει υποστήριξη τριών θέσεων (κεφαλής, λεκάνης, πτερνών). Μειώνει τις δυνάμεις τριβής και ολίσθησης αλλά δεν είναι επαρκές αν έχουν ήδη δημιουργηθεί κατακλίσεις.



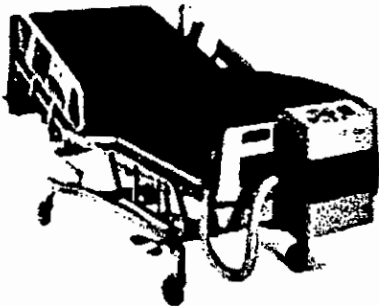
Στρώμα Αέρα Με εναλλασσόμενη πίεση σε όλη τη επιφάνειά του έχει υποδιαιρέσεις σε δύο σειρές από κυμέλες οι οποίες φουσκώνουν και ξεφουσκώνουν εναλλάξ με τη βοήθεια της εναλλακτικής αντλίας (αεροσυμπιεστή). Η συνεχής εναλλακτική κίνηση που δίνει η αντλία αέρος κάνει ένα συνεχές μασάζ και βοηθά στην αποφυγή ελκών που δημιουργούνται από την κατάκλιση. Κρατάει ο δέρμα στεγνό, μειώνει την τριβή και επιτρέπει τον αερισμό του σώματος του ασθενή.⁴²



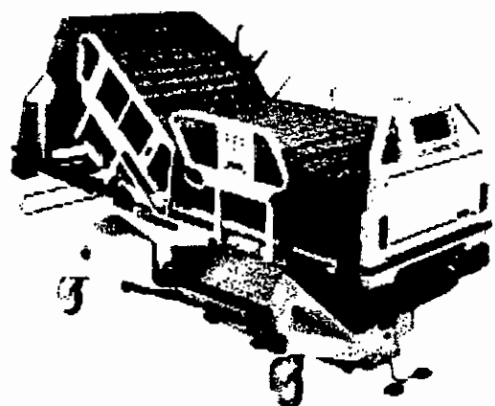
Σύστημα υποστήριξης Clinitron: Αποτελείται από μία μονάδα αντλήσεως που εφυσά θερμό αέρα σε ένα σύστημα που αποτελείται από γυάλινες μικρόσφαιρες. Το σύστημα αυτό απορροφά εκκρίματα που είναι δυνατό να απομακρυνθούν με τη χρήση ενός φίλτρου. Η μονάδα αυτή παρέχει υδροστατική υποστήριξη στον ασθενή καθώς 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.⁴³



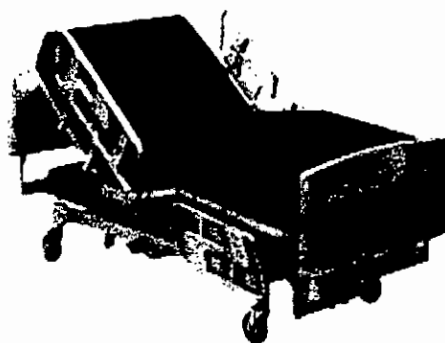
Βαριατρικό κρεβάτι: Το βαριατρικό κρεβάτι χρησιμοποιείται για τη φροντίδα υπέρβαρων ασθενών. Μπορούν να αντέξουν βάρος έως και 450 κιλά. Διαθέτει τρεις ζώνες για ανακούφιση από την πίεση (κεφαλή, λεκάνη, πτέρνες). Τα κρεβάτια αυτού του είδους αυξάνουν την άνεση του ασθενή, του παρέχουν ασφαλέστερο περιβάλλον, διευκολύνει το νοσηλευτικό προσωπικό στη μεταφορά του ασθενή και το προφυλάσσει από τραυματισμούς.



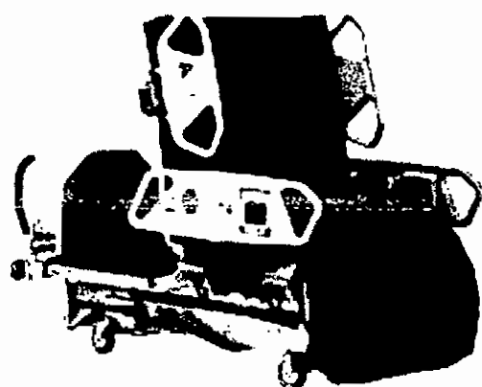
Flexicair Eclipse: Το κρεβάτι αυτό είναι από τα πιο σύγχρονα και πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα. Διαθέτει monitor και σύστημα ανίχνευσης για αυτόματη επανόρθωση της πίεσης. Είναι θερμαινόμενο, προστατεύει τον ασθενή από την υγρασία και επιτρέπει τη διέλευση αέρα μέσω 5 ειδικών ζωνών.



Efica. Dynamic Air Therapy



Century + Bed



Total Care Bed System

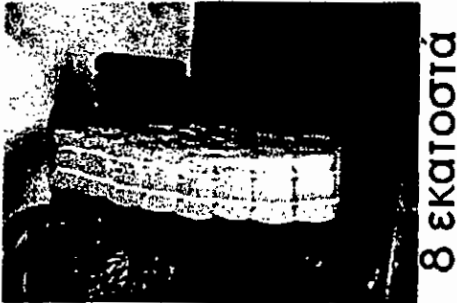


Affinity Three Birthing Bed⁴²

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 κινητήρα⁴³



Εκπαιδευτικά προγράμματα: Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη πρόληψη των κατακλίσεων πρέπει να είναι καλά δομημένα, οργανωμένα περιεκτικά και διαθέσιμα σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών υγείας, στους ασθενείς, καθώς και σ' εκείνους που του φροντίζουν. Τα προγράμματα αυτά για την πρόληψη των κατακλίσεων πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα γνωστικά αντικείμενα:

- ◇ Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων
- ◇ Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές τους
- ◇ Επιπλοκή και οδηγίες για τη χρησιμοποίηση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης
- ◇ Ανάπτυξη και εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας
- ◇ Αρχές τοποθέτησης του ασθενούς αναφορικά με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης
- ◇ Τεκμηρίωση της διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενούς
- ◇ Διευκρίνιση των ευθυνών όσων μπλέκονται στη φροντίδα
- ◇ Προαγωγή της υγείας
- ◇ Ανάπτυξη και εφαρμογή των οδηγιών

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών.⁴⁴

Μεταμόσχευση προσθετικών ουσιών: Ένα άλλο μέσο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη των κατακλίσεων τα τελευταία χρόνια, είναι η μεταμόσχευση προσθετικών ουσιών. Το υγρό σιλικόνης ενίεται μεταξύ δέρματος και οστού στα προεξέχοντα σημεία του και έτσι υποκαθίστανται τα μαλακά μόρια, με αποτέλεσμα

την επανακατανομή της πίεσης εκεί όπου απουσιάζει το υποδόριο λίπος. Η μέθοδος αυτή δεν έχει γίνει επισήμως αποδεκτή, όμως πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι κλινικά ασφαλής και αποτελεσματική⁴⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.

4.1 Συντηρητική αγωγή

Το 70-90% των κατακλίσεων είναι επιφανειακές και πρέπει να θεραπεύονται συντηρητικά. Η συντηρητική θεραπεία προηγείται της χειρουργικής διαδικασίας. Διέπεται από δύο αρχές. Το βασικό αξίωμα της πρώτης αρχής είναι: καθαριότητα, ξηρότητα, ανακούφιση από την πίεση και έκθεση στον αέρα. Το αξίωμα της δεύτερης είναι: καθαριότητα και διατήρηση της υγρασίας άνω των 30° C.¹⁶

4.1.1 Γενικά μέτρα

Τα γενικά μέτρα στις συντηρητικής αγωγής που πρέπει να ακολουθούνται είναι τα εξής:

Άρση πίεσης: Οι πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν συμπεριλάμβαναν την αλλαγή θέσης των κατακλιμένων ασθενών ανά δύο ώρες⁴⁶. Η ανακούφιση του δέρματος από την πίεση αποτελεί βασική προϋπόθεση στην επούλωση των κατακλίσεων. Αν δεν ανακουφίζεται η περιοχή από την πίεση, η πιθανότητα επούλωσης είναι μικρή. Τα διάφορα βοηθήματα δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι υποκαθιστούν τη συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου.³⁸

Για τη θεραπεία των κατακλίσεων η τεχνολογία παρέχει μεγάλη ποικιλία υλικών και μέσων υποστήριξης ολόκληρου του σώματος με σκοπό την ομοιόμορφη κατανομή της πίεσης. Για την αλλαγή θέσεως των ασθενών χρησιμοποιούνται κρεβάτια ημιαυτόματα, συστήματα υψηλής πίεσης εναλλασσόμενου αέρα, που παρέχουν υποστήριξη με ελάττωση της πίεσης σε περιοχές που υπάρχουν οστικές προεξοχές. Υπάρχουν επίσης συστήματα χαμηλής πίεσης εναλλασσόμενου αέρα που παρέχουν ζώνες ελέγχου της πίεσης μέσω σάκων των οποίων ο όγκος αυξομειώνεται με την παροχή πιεσμένου αέρα από ηλεκτρική συσκευή και στη συνέχεια οι σάκοι αυτοί προσαρμόζονται σε ειδικά κρεβάτι.⁴⁷

Μείωση του συνδυασμού 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 ιστού. Για το λόγο αυτό θέση ημι-fowler αποφεύγεται σε ευπαθείς ασθενείς. Οι τελευταίοι μπορούν να προστατευθούν από το να ολισθαίνουν απάνω στο

κρεβάτι με το να χρησιμοποιούν ειδικά επίθετα 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 σύρσιμο και την τριβή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ευπαθή στο να εφαρμόζουν εξελκώσεις.

Βελτίωση της κινητικότητας: Ο ασθενής ενθαρρύνεται να παραμείνει ενεργός και να κινητοποιείται όσο το δυνατό περισσότερο. Όταν βρίσκεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση, του υπενθυμίζεται να αλλάζει 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 σφαιαμία, η οποία ως γνωστό προηγείται των κατακλίσεων. Για τον ασθενή με κίνδυνο να εμφανίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα εφαρμόζονται καθημερινά κάποια προγράμματα ασκήσεων. Ο νοσηλευτής όμως δεν πρέπει να αναπαύεται στην εφαρμογή των προσχεδιασμένων αυτών προγραμμάτων, αλλά να προσαρμόζει και να τα εναλλάσσει ανάλογα με την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς.

Περιορισμός υγρασίας: Η παρατεταμένη έκθεση του δέρματος στην υγρασία πρέπει να αποφεύγεται με επιμελή μέτρα υγιεινής. Δέρμα το οποίο ήδη έχει εκταθεί 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 ελέγχονται και να αλλάζονται εγκαίρως τα υγρά τους λευχίματα. Ο ιδρώτας, τα σύρα, 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 τη ακράτεια πρέπει να αποφεύγονται. Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες θα πρέπει να γίνονται έτσι ώστε το δέρμα να διατηρείται στεγνό και καθαρό.

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

Βελτίωση την κυκλοφορίας στους ιστούς: Η άσκηση και η αλλαγή θέσεως 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 δυναμικά σημεία κατακλίσεων με μια ενυδατική λοσιόν. Το μασάζ γύρω από μία οστέινη 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 αύξηση τη βλάβη σε ένα ήδη τραυματισμένο δέρμα. Σε περίπτωση που ο ασθενής δείχνει σημεία περιορισμένης περιφερειακής κυκλοφορίας όπως είναι το οίδημα, τότε η αλλαγή θέσης και η ανύψωση του οίδηματώδους μέλους του σώματος, ώστε να βελτιωθεί η φλεβική επιστροφή και να εξαφανιστεί η συσσώρευση, θα βελτιώσει την ιστική κυκλοφορία. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι προσεχτικός στην έκθεση του ασθενούς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που ίσως συμβάλλουν στην πίεση του δέρματος και την παρεμπόδιση της κυκλοφορίας¹⁸.

Βελτίωση του θρεπτικού ισοζυγίου: Σε ότι αφορά τα επίπεδα του ασθενούς με κατακλίσεις, συνίσταται πλούσιο διαιτητικό μενού με πολλές θερμίδες. Για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα πρέπει να χορηγηθεί εντερική διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα ή παρεντερική διατροφή. Συχνά είναι χρήσιμος ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων με σκοπό να ερεθίσουν τον ασθενή για τη μάσηση των τροφών, οι οποίες πρέπει να είναι ημιστέρες και με πολύ υψηλό βαθμό ενεργείας. Η χρήση των βιταμινών είναι απαραίτητη. Η πιο βασική είναι η βιταμίνη C. Μελέτες έδειξαν ότι και ο ψευδάργυρος έχει μεγάλη συμβολή στη θεραπεία των κατακλίσεων. Με τις κατακλίσεις έχουμε απώλεια πρωτεϊνών η οποία οφείλεται στην νέκρωση των ιστών και μπορεί να φτάσει τα 50gr την ημέρα, αυξάνοντας συνέχεια την ανάγκη για εμπλουτισμό της διατροφής με πρόσθετες πρωτεΐνες και θερμίδες. Καλό είναι η απαιτούμενη ποσότητα θερμίδων να παρέχεται από το στόμα ενώ αν χρειάζεται να συμπληρώνεται παρεντερικά υπό μορφή αμινοξέων. Οι ποσότητες βιταμίνης A και σιδήρου που χορηγούμε σε ασθενείς με κατακλίσεις δεν υπερβαίνουν τα φυσιολογικά επίπεδα

Φάρμακα: Η χρήση αντιβιοτικών ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει εκτεταμένη μορφή κυτταρίτιδα, σήψη, οστεομυελίτιδα ή επέκταση σε όργανα που είναι δίπλα στην μόλυνση. Η χειρουργική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών καταλήγει σε βακτηριαμία σε περισσότερο από 50 % των ασθενών. Σ'αυτούς είναι αναγκαία η προφύλαξη από βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα όπως εκείνη των βαλβίδων της καρδιάς. Η κάλυψη από Gram+, Gram- και αναερόβια μικρόβια με αντιβιοτικά έχει τον πρώτο ρόλο σε ασθενείς με σήψη προερχόμενη από κατάκλιση. Σ'αυτήν την περίπτωση η αφαίρεση του νεκρωτικού υλικού και ο χειρουργικός καθαρισμός είναι πολύ βασικές ενέργειες εάν θέλουμε να λύσουμε το πρόβλημα

της μόλυνσης.⁴⁸

Μεταγγίσεις: Συχνά ασθενείς με αναιμία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων. Η αναιμία πρέπει να διορθώνεται, διότι μειώνει την ιστική οξυγόνωση. Για τη διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης των ιστών γίνεται μετάγγιση αίματος αν ο Hct είναι μικρότερος από 25-30%, ώστε η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης να επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα

Οξυγόνωση: Η επαρκής προμήθεια οξυγόνου στο τραύμα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη επιτυχή θεραπεία. Το οξυγόνο είναι το υπόστρωμα για τη σύνθεση κολλαγόνου. Αυξάνοντας την παροχή οξυγόνου στο τραύμα, αυξάνεται η ελαστικότητα του κολλαγόνου και έτσι προάγεται η επιθηλιοποίηση. Άλλες μέθοδοι είναι η δημιουργία κρημνών με καλή αμάτωση και η χορήγηση υπέρβαρους οξυγόνου⁴⁹.

4.1.2 Τοπικά μέτρα

Στην συντηρητική αγωγή περιλαμβάνονται τα εξής τοπικά μέτρα:

Επιθέματα: Σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων παίζει η χρήση βιοσυνθετικών επιθεμάτων. Όλοι οι επίδεσμοι που είναι διαθέσιμοι σήμερα, έχουν θεραπευτικά αποτελέσματα γιατί προλαμβάνουν την αφυδάτωση του εκτεθειμένου ιστού του τραύματος. Με τη πρόληψη της αφυδάτωσης ελαχιστοποιείται η δημιουργία εσχάρων, περιορίζεται η φλεγμονώδης αντίδραση των αφυδατωμένων ιστών, βελτιώνεται η επιθηλιοποίηση και ελαττώνεται ο πόνος.

Τα αποφρακτικά και ημιαποφρακτικά επιθέματα δημιουργούν άριστο περιβάλλον θεραπείας ρυθμίζοντας την υγρασία, τη θερμοκρασία και τη συγκέντρωση αέρα. Επίσης προστατεύουν το τραύμα από μόλυνση και δευτερογενή τραυματισμό. Σημαντικό χαρακτηριστικό των αποφρακτικών επιθεμάτων είναι ότι διατηρούν τη επιφάνεια του τραύματος υγρή και ζεστή γεγονός που προάγει τη επούλωση. Υποστηρίζεται επίσης ότι ελαττώνουν τον πόνο γιατί προστατεύουν τις απολήξεις του εκτεθειμένου νεύρου από τον αέρα. Ακόμη, μειώνουν το κόστος των υλικών και το κόστος του χρόνου απασχόλησης του προσωπικού.

Η εκλογή της κατάλληλης επίδεσης για τη θεραπεία των κατακλίσεων στα διάφορα στάδια επούλωσης είναι εξαιρετικά δύσκολη. Η ποικιλία των διαθέσιμων προϊόντων είναι μεγαλύτερη από ποτέ άλλοτε και συνεχώς αυξάνει. Κατά την εκλογή της κατάλληλης επίδεσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, η θέση, το στάδιο, οι εκροές, η μόλυνση, η νέκρωση της κατάκλισης, η συχνότητα αλλαγής του επιθέματος, ο νοσηλευτικός χρόνος, το κόστος, η

ευκολία στη χρήση και η άνεση του αρρώστου¹⁶.

Οι πιο σημαντικές κατηγορίες επιθέματων είναι οι εξής:

Βιοσυνθετικά επιθέματα: Πρόκειται για βιοσυνθετικές ταινίες οι οποίες προστατεύουν τον κατακεκλιμένο από δυνάμεις τριβής και ολίσθησης, καθώς επίσης παρέχουν και ένα υγρό περιβάλλον.

Επιθέματα Φίλμ: Είναι διαφανείς μεμβράνες από πολυουρεθάνη οι οποίες χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις 1^{οο} και 2^{οο} σταδίου

Υδροκολλοειδή επιθέματα: Θεραπεύουν κατακλίσεις 1^{οο}, 2^{οο} και 3^{οο} σταδίου. Αποτελούνται από πολυουρεθάνη, κυτταρίνη, ζελατίνη και πηκτίνη. Ακόμη προάγουν την κοκκίωση και την επιθηλιοποίηση, αντιδρώντας με τα υγρά της κατάκλισης.

Αλγινικά επιθέματα: Κύρια λειτουργία τους είναι η απορρόφηση των υγρών της κατάκλισης σχηματίζοντας ένα είδος ζελέ όταν έρθουν σε επαφή με αυτήν.

Υδροινώδη επιθέματα: Έχουν υψηλή απορροφητικότητα κι όταν έρθουν σε επαφή με τα υγρά της κατάκλισης μετατρέπονται σε ένα διάφανο, συμπαγές ζελατινώδες επίθεμα.

Επιθέματα ελέγχου οσμής: Τοποθετούνται και στερεώνονται πάνω στα κανονικά επιθέματα και κύρια λειτουργία τους είναι ο περιορισμός των δυσάρεστων οσμών της κατάκλισης.⁵⁰

Αντισηπτικά διαλύματα: Για την απολύμανση χρησιμοποιούμε αποστειρωμένη γάζα εμποτισμένη σε πολύ αραιωμένο αντισηπτικό. Καταλληλότερα είναι τα γυναικολογικά αντισηπτικά και τα παρεμφερή με αυτά. Έτσι δεν καταστρέφουμε τους ζωτικούς ιστούς που φέραμε στην επιφάνεια με το καθάρισμα. Για τον παραπάνω λόγο δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε βάμμα ιωδίου ή Betadine χωρίς αραιώση⁴⁸. Τα αντισηπτικά διαλύματα που χρησιμοποιούνται είναι: providine-iodine, chlorhexidene gluconate, sodiym hypochlorite, acetic acid και hydrogen peroxide. Τα τελευταία χρόνια η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η έκλυση του τραύματος με φυσιολογικό ορό. Εναλλακτικά πάντως με πολύ καλά αποτελέσματα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε Pasta Betadine που ως γνωστό έχει καλύτερες αντιμικροβιακές προδιαγραφές και κατά πολλούς επιταχύνει την επούλωση¹⁶. Απαγορεύονται οι αλκοολούχες συσίες κα απορρυπαντικά γιατί μετακινούν το λιπιδές στρώμα του δέρματος και βοηθούν στην ανάπτυξη ξηρότητας, ερυθήματος και απώλεια της επιδερμίδας.⁴⁸

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 σα μέσον για να τραφούν τα βακτηρίδια αντί να χρησιμοποιούν γι' αυτό το σκοπό του ζωντανούς ιστούς. Επιπρόσθετα είχαν παρατηρήσει πως η ζάχαρη μετέβαλε το pH των ιστών και επηρέαζε την τοξικότητα των εισβαλλόντων μικροοργανισμών⁵¹.

Μηχανικός καθαρισμός: Σ' αυτόν τον καθαρισμό χρησιμοποιούνται κατάλληλα καθαριστικά διαλύματα όπως είναι το χλωριούχο νάτριο 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 8-15psi (rounds per square inch). Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια μιας σύριγγας 35ml και βελόνας 19 G. Αν η πίεση υπερβαίνει τα 15 psi, μπορεί να προκαλέσει τραύμα στον ιστό (εικόνα). Δεν πρέπει να παραβλέψουμε όμως πως με το μηχανικό καθαρισμό πρέπει να τηρείται άσηπτη τεχνική τόσο κατά τη διάρκεια του όσο και στη μέτρηση της κατάκλισης και στην εφαρμογή των επιδέσμων.⁵²

4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων προϋποθέτει σωστό προγραμματισμό. Ο ευρύς χειρουργικός καθαρισμός με αφαίρεση όλων των υποκείμενων νεκρωμένων ιστών είναι απαραίτητος

4.2.1 Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

- ✓ Η κατάσταση του ασθενούς
- ✓ Η ηλικία
- ✓ Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις όπως διαβήτης, αγγειοπάθεια
- ✓ Βαρύτητα των κατακλίσεων με συμμετοχή υποκείμενων ιστών

4.2.2 Μέθοδοι χειρουργικής παρέμβασης

Εάν τα μέτρα που λαμβάνονται και η συντηρητική θεραπεία που εφαρμόζεται δεν δώσουν τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, τότε κρίνεται αναγκαία η χειρουργική επέμβαση, η οποία ενδείκνυται σε έλκη μεγάλου βαθμού τρίτου και τέταρτου σταδίου.⁵³

Η χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων προϋποθέτει το σωστό προγραμματισμό. Η περιοχή της κατάκλισης, γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ηλικία, η βαρύτητα των κατακλίσεων με συμμετοχή υποκείμενων ιστών (μυών, οστών, αρθρώσεων), περιπατικός ασθενής ή μη, είναι παράγοντες καθοριστικοί για την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης.⁵⁴

Η χειρουργική επέμβαση έχει ως στόχο την αφαίρεση του νεκρού ιστού και την τοποθέτηση στην πάσχουσα περιοχή δερματικών κρημνών ή μοσχευμάτων. Οι δερματικοί κρημνοί χρησιμοποιούνται σε έλκη του τρίτου σταδίου στα οποία δεν υπάρχουν νεκρώσεις. Μυϊκοί και μυοδερματικοί κρημνοί χρησιμοποιούνται σε έλκη του τέταρτου σταδίου για επίστρωση σε περιοχές με μεγάλες απώλειες των «εν τω βάθει ιστών». Οι νευροαγγειακοί κρημνοί χρησιμεύουν στην αποκατάσταση της αισθητικότητας. Οι ελεύθεροι κρημνοί μεταφέρονται σε κάποιο μέρος του σώματος για να καλύψουν μεγάλα έλκη τέταρτου σταδίου. Τα δερματικά μοσχεύματα χρησιμεύουν για να καλύψουν κοιλώματα που έχουν δημιουργηθεί από τα έλκη. Ο χρόνος νοσηλείας επιμηκύνεται στις περιπτώσεις αυτών των επεμβάσεων. Επί ένα μήνα περίπου δεν πρέπει η περιοχή να υποστεί οποιαδήποτε πίεση και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με μηχανική υποστήριξη και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Εάν οι ασθενείς είναι παραπληγικοί τότε η χειρουργική αντιμετώπιση των ελκών τους απαιτεί μεγάλο χρόνο νοσηλείας και πολλές επεμβάσεις, διότι υπάρχουν συνήθως πολλά έλκη. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται μυοδερματικοί κρημνοί οι οποίοι επιλέγονται από ένα συγκεκριμένο σημείο, όπως ο δικέφαλος μηριαίος για το ισχιακό έλκος ή ο μεγάλος γλουτιαίος για την ιερή χώρα. Επιπλέον στη χειρουργική αντιμετώπιση ο κίνδυνος υποτροπής είναι πάντα μεγάλος, γι αυτό πριν γίνει οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, επιβάλλεται η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς, όσον αφορά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της.⁵³

4.2.3 Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών με κατάκλιση είναι συνήθως μία συνέχεια της προεγχειρητικής φροντίδας. Η διατροφική, ιατρική (σπασμούς, υπέρταση, διαβήτης), ψυχολογική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης πρέπει να συνεχίζεται και να

τροποποιείται μόνο εάν απαιτείται, κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου ανάρρωσης. Η προσεκτική νοσηλευτική φροντίδα είναι κριτήριο της μετεγχειρητικής επιτυχίας. Οι ασθενείς πρέπει να τοποθετούνται έτσι ώστε να αποφεύγεται η πίεση πάνω στην χειρουργημένη περιοχή, γι' αυτό πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούνται ειδικά υλικοτεχνικά μέσα. Σημαντική βοήθεια παρέχουν τα κρεβάτια Clinitron αλλά η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να γίνεται γιατί η ακατάλληλη χρήση των κρεβατιών αυτών μπορεί να προκαλέσει υπερβολική πίεση. Η τοθέτηση είναι απαραίτητο να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε η πίεση να μην μεταφέρεται σε άλλη περιοχή. Η μεταφορά πίεσης μπορεί να αποφευχθεί γυρίζοντας τον ασθενή κάθε δύο ώρες. Απαραίτητη κρίνεται η χρήση ειδικών επιθεμάτων για τη διατήρηση του τραύματος καθαρού και στεγνού. Η συχνή χρήση τοπικών αλοιφών πρέπει να αποφεύγεται, για την προστασία του τραύματος από τη υγρασία. Ο έλεγχος ούρων και κοπράνων είναι σημαντικό να γίνεται προεγχειρητικά. Παροχευετικά σωληνάρια τοποθετούνται κατά τη διάρκεια της επέμβασης για τη αποβολή πυώδη υγρών. Τα σωληνάρια αυτά πρέπει να παραμένουν μέχρι η αποκατάσταση του κολλαγόνου του τραύματος να είναι ικανοποιητική, αυτό συνήθως διαρκεί 14 μέρες.

Η επέμβαση συνήθως προκαλεί μια σημαντική βακτηριαιμία και γι' αυτό συνεχίζεται αντιβιοτική θεραπεία κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάρρωσης. Καθώς οι περισσότερες κατακλίσεις είναι πολυμικροβιακές χρησιμοποιούνται ευρέως φάσματος αντιβιοτικά.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης της κατάκλισης, οι ασθενείς δεν είναι αναγκαίο να παραμένουν στο νοσοκομείο. Μετά από 2-3 μέρες εφόσον η κατάστασή τους είναι σταθερή, μπορεί να τους παρέχεται νοσηλεία κατ' οίκον ή να ενταχθούν σε κέντρο αποκατάστασης.⁵⁵

4.3 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Διάφοροι μέθοδοι έχουν δοκιμαστεί κατά καιρούς για τη θεραπεία τραύματος. Οι ερευνητές αναφέρουν τον τρόπο δράσης στη φάση της επούλωσης και τα πλεονεκτήματα της κάθε μεθόδου. Πρόσφατα αποδείχθηκε ο ρυθμιστικός ρόλος των αυξητικών παραγόντων στη διαδικασία της επούλωσης. Επίσης τελευταία χρησιμοποιήθηκαν η καλλιέργεια επιδερμικού μοσχεύματος και η ηλεκτρική διέγερση. Προγενέστερες μέθοδοι είναι η χρήση υπεριωδών ακτινών, η μάλαξη, το πολωμένο φως, τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία και οι ακτίνες λέιζερ.¹⁶

4.3.1 Βιολογικός Καθαρισμός των Κατακλίσεων

Άλλη θεραπευτική παρέμβαση είναι και η αγωγή με προνύμφες για τον καθαρισμό των κατακλίσεων από νεκρωμένους ιστούς ή από διάφορα μικρόβια και ιδιαίτερα από το σταφυλόκοκκο. Η θεραπεία με τις προνύμφες ονομάζεται και βιοχειρουργική. Καλλιεργούνται προνύμφες από ένα είδος μύγας την «greenbottle». Ο λόγος που χρησιμοποιείται είναι ότι με τη συχνή και ποικίλλει χρήση των αντιβιοτικών έχουν δημιουργηθεί ανθεκτικές μορφές μικροβίων με αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά δύσκολη η εξουδετέρωσή τους. Σημαντικά πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι: α) καθαρίζει νεκρώματα κατακλίσεων σε 48 ώρες, β) αφήνει άθικτους –δεν καταστρέφει- τους υγιείς ιστούς, γ) δεν είναι τοξικό και δ) δεν υποφέρει ο ασθενής. Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα είναι: α) το υλικό είναι βιολογικό και δημιουργεί δυσκολία στο να δεχτεί ο έλληνας ασθενής τη θεραπεία, β) η θεραπεία δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε έλκη με συρίγγια, γ) σε έλκη που είναι πλησίον σωματικής κοιλότητας, δ) σε έλκη που επικοινωνούν με μεγάλα αγγεία, αρτηρίες οι φλέβες και ε) σε ασθενείς που υπάρχει κίνδυνος για αιμορραγία.

Οι προνύμφες, όταν τοποθετηθούν στην κατάκλιση, κλείνονται με ειδική δεξιάτητα, με ειδικά επιθέματα και παραμένουν στην κατάκλιση για δυο εικοσιτετράωρα. Όταν οι προνύμφες τοποθετηθούν στο οποιοδήποτε έλκος, εκκρίνουν ένζυμα τα οποία διαλύουν τους νεκρωμένους ιστούς. Το διάλυμα των νεκρωμένων ιστών γίνεται διατροφικά στοιχεία για τις προνύμφες.³⁰

4.4 Επιπλοκές των κατακλίσεων

Οι κατακλίσεις συνδυάζονται με ένα αριθμό σοβαρών επιπλοκών που μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνες για την ίδια τη ζωή. Τέτοιες επιπλοκές είναι:

Σήψη: Η μόλυνση είναι μέρος της κλινικής εικόνας των κατακλίσεων και παρατηρείται περισσότερο στις κατακλίσεις 3^{οο} και 4^{οο} βαθμού. Η μόλυνση συχνά είναι πολυμικροβιακή και η μικροβιακή χλωρίδα περιλαμβάνει αναερόβια και αερόβια μικρόβια. Οι πιο συχνοί οργανισμοί που απομονώθηκαν στο αίμα ήταν σταφυλόκοκκος aureus, πρωτέας mirabilis, Escherchia Coli, αλλά μόνο τα είδη Bacteroides συσχετίστηκαν με πιθανή προέλευση από βακτηριαμία εξ αιτίας κατακλίσεων. Τα βακτήρια και η τοπική μόλυνση παίζουν κύριο ρόλο στη γένεση και την εξέλιξη των κατακλίσεων. Οι κατακλίσεις που αναπτύσσονται στις οστέινες περιοχές της πύελου και του θισχίου, εκτίθενται στη χλωρίδα των κοπράνων. Η έκθεση αυτών των τραυμάτων στην χλωρίδα των κοπράνων είναι ιδιαίτερα συχνή στους ηλικιωμένους καθ'όσον πολλοί από αυτούς παρουσιάζουν ακράτεια κοπράνων.

Οστεομυελίτιδα: Η οστεομυελίτιδα μπορεί να υπάρχει στο οστό κάτω από την κατάκλιση και αν δεν αναγνωρισθεί εγκαίρως μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια και να καθυστερήσει έτσι η θεραπεία και η αποκατάσταση. Πολλές μέθοδοι υπάρχουν για τη διάγνωση της οστεομυελίτιδας. Η ύπαρξή της πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά όταν η κατάκλιση δεν απαντά στην τοπική θεραπεία. Η οστεομυελίτιδα συναντάται στο 26% των μη θεραπεύσιμων κατακλίσεων.

Σηπτική αρθρίτιδα: Έχει αναφερθεί σηπτική αρθρίτιδα στην άρθρωση του ισχίου με καταστροφή της κεφαλής του μηριαίου και της κοτύλης. Αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα έγκαιρα, είναι δυνατό να συμβεί σηψαιμία.

Ετεροτροφική αποτινάνωση: Η ετεροτροφική αποτινάνωση μπορεί να συμβεί ιδιαίτερα, όταν οι κατακλίσεις επεκτείνονται σε εσωτερικά όργανα, όπως το έντερο και η ουροδόχος κύστη. Η αποτινάνωση παρέχει νέες εστίες για επέκταση των ελκών που ήδη υπάρχουν, αλλά και την ανάπτυξη νέων.

Αναιμία: Η αναιμία δεν αναγνωρίζεται μόνο ως αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη της κατάκλισης, αλλά είναι επίσης δυνατό να προκληθεί όταν υπάρχουν χρόνια και μολυσμένα έλκη. Ο τύπος της αναιμίας εξαρτάται από τη χρόνια μόλυνση.

Ακόμα, μπορεί να δημιουργηθεί διαταραχή στο ισοζύγιο του αζώτου εξ αιτίας της σηπτικής κατάστασης που προκλήθηκε από το χρόνιο μολυσμένο έλκος. Απώλεια πρωτεϊνών και υπολευκωματιναιμία συναντώνται στις κατακλίσεις με παροχέυτηση.¹⁶

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 την 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.⁵⁶

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 έρευνά μας διήρκεσε περίπου μισό έτος (2001).

Κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου γνωστοποιούσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, τον φορέα της έρευνας μας – η σχολή της φοίτησής μας και το ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα αυτού ήταν τυχαίο.

Το δείγμα του ερωτηματολογίου προέρχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό: Νοσηλευτές Π.Ε., Νοσηλευτές Τ.Ε. και Βοηθοί Νοσοκόμοι Δ.Ε., οι οποίοι εργάζονται σε κλινικές και τμήματα των Νοσηλευτικών Μονάδων όπως οι παθολογικές και χειρουργικές κλινικές και οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των Νοσοκομείων καθώς και σε Γηροκομεία.

- ΠΠΓΝΠ ΡΙΟΥ
- ΠΓΝΠ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ
- ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» ΠΑΤΡΩΝ
- ΑΣΥΛΟ ΑΝΙΑΤΩΝ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΑΘΗΝΩΝ

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, εκτός δύο, που είναι ανοικτού τύπου, με διχοτομικές αλλά και εναλλακτικές απαντήσεις, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιείται με έναν ακεραίο 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 συνδιάζονται 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 ποτελούνται από:

› R (Συντελεστής Συσχέτισης)

› 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 παρατηρηθείσων διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζόμενων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές ήταν το X^2 (Chisquare test).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας, τα οποία και αναλύονται στη Συζήτηση – Συμπεράσματα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

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

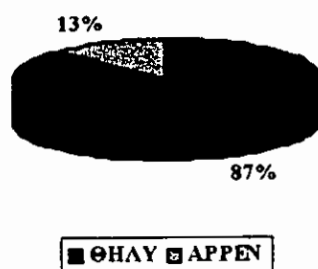
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

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

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΗΛΥ	175	87
ΑΡΡΕΝ	25	13

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

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

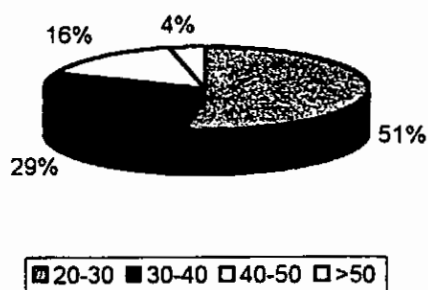


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
20-30	104	51
30-40	58	29
40-50	31	16
>50	7	4

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας από 20-30 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

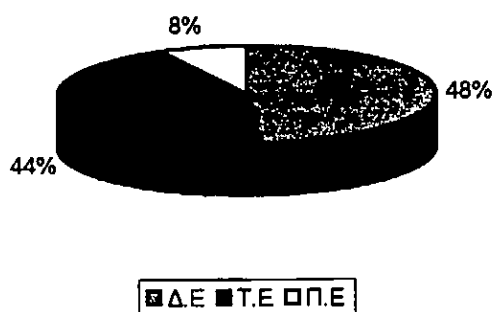


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δ.Ε.	98	48
Τ.Ε.	87	44
Π.Ε.	15	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Διετούς Σχολής (Δ.Ε.).

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

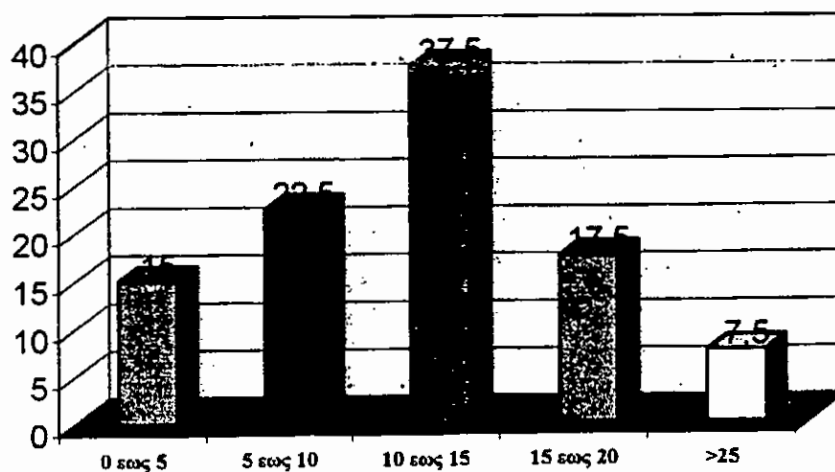


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0-5 έτη	30	15
5-10 έτη	45	22,5
10-15 έτη	75	37,5
15-25 έτη	35	17,5
>25 έτη	15	7,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν από 10-15 έτη.

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



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	18	9
ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ	182	91

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απαντά ότι η κατάκλιση είναι η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του ανθρώπινου σώματος.

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

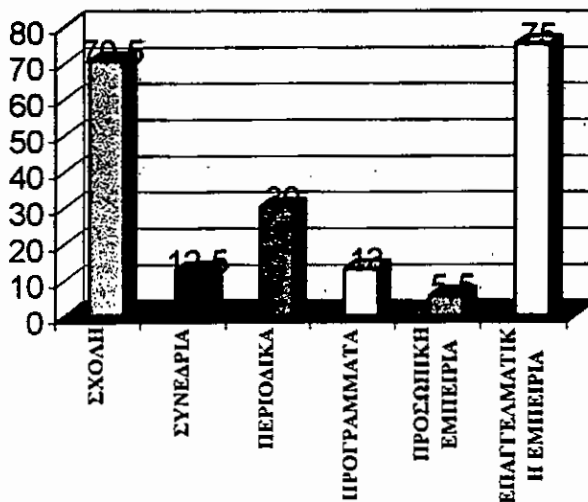


ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή των γνώσεων τους πάνω στις κατακλίσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΧΟΛΗ	141	70,5
ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	25	12,5
ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ-ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ	60	30
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	26	13
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	11	5,5
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	150	75

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

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή των γνώσεών τους πάνω στις κατακλίσεις.

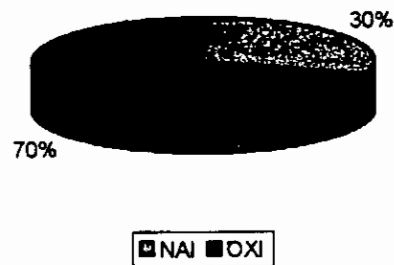


ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν τις γνώσεις τους για τις κατακλίσεις επαρκείς

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	60	30
ΟΧΙ	140	70

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρούν τις γνώσεις τους ανεπαρκείς.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την επάρκεια των γνώσεών τους.

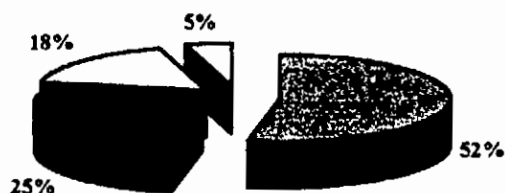


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρώτη τους εμπειρία με κάποια κατάκλιση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΩΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ-ΦΟΙΤΗΤΗΣ	106	53
ΩΣ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ	50	25
ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	35	17,5
ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	9	4,5

Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων συνάντησαν το πρώτο περιστατικό κατάκλισης κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση κατανομής απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρώτη τους εμπειρία πάνω στις κατακλίσεις.



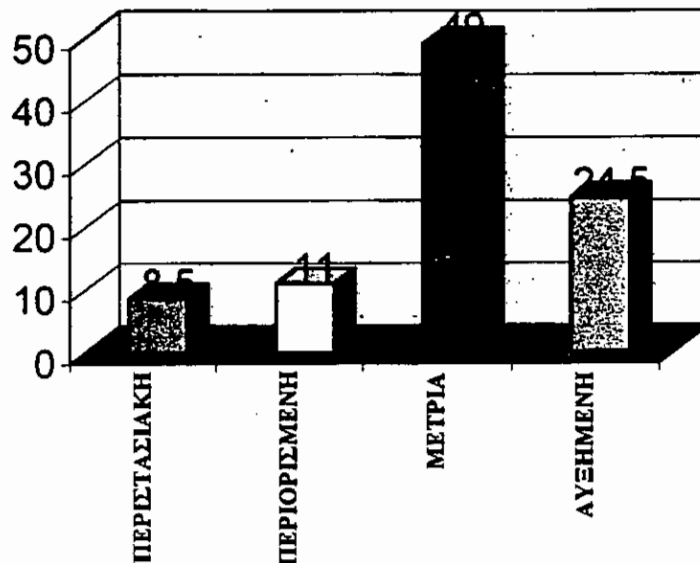
■ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ ■ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ □ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ □ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης των κατακλίσεων στο χώρο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗ	17	8,5
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ	36	18
ΜΕΤΡΙΑ	98	49
ΑΥΞΗΜΕΝΗ	49	24,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντούν ότι η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων στο χώρο εργασίας τους είναι μέτρια.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση κατανομής απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης 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	185	92,5
ΟΧΙ	15	7,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι σχετίζεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με την εμφάνιση της κατάκλισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	179	89,5
ΟΧΙ	21	10,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών της κλινικής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	78	39
ΟΧΙ	122	61

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι υπάρχει απαιτούμενος χρόνος, μέσα στο καθημερινό ωράριο, για τη κάλυψη των αναγκών ενός ασθενούς με κατάκλιση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	32	16
ΟΧΙ	168	84

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι δεν υπάρχει απαιτούμενος χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με κατάκλιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν διαθέτει το νοσοκομείο τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα για την σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	102	51
ΟΧΙ	98	49

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στο χώρο εργασίας τους λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	135	67,5
ΟΧΙ	65	32,5

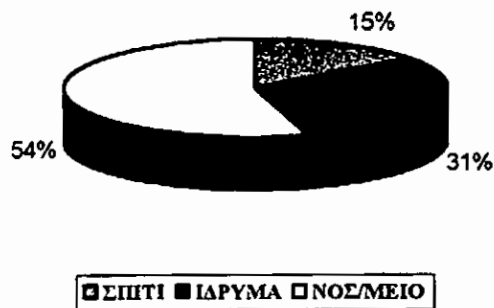
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι στο χώρο εργασίας τους λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το σε ποιους χώρους εμφανίζονται περισσότερο οι κατακλίσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΠΙΤΙ	30	15
ΙΔΡΥΜΑΤΑ	62	31
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	108	54

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των κατακλίσεων εμφανίζεται στο νοσοκομείο.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους χώρους εμφάνισης κατακλίσεων.

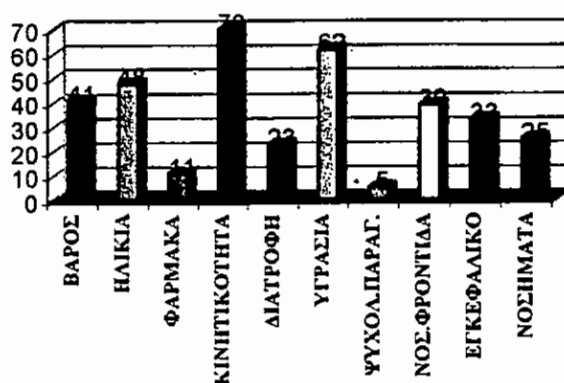


ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους από τους παρακάτω παράγοντες θεωρούν προδιαθεσικούς για την ανάπτυξη κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	82	41
ΗΛΙΚΙΑ	96	48
ΦΑΡΜΑΚΑ	22	11
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	140	70
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	46	23
ΥΓΡΑΣΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ/ΚΛΙΝΟΣΚΕΠΑΣΜΑΤΩΝ	124	62
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	10	5
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΝΟΣ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	78	39
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	66	33
ΝΟΣΗΜΑΤΑ (πχ.Σακχαρώδης διαβήτης)	50	25

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τη μειωμένη κινητικότητα ως τον σπουδαιότερο προδιαθεσικό παράγοντα για τις κατακλίσεις.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους θεωρούν προδιαθεσικούς παράγοντες για τις κατακλίσεις.

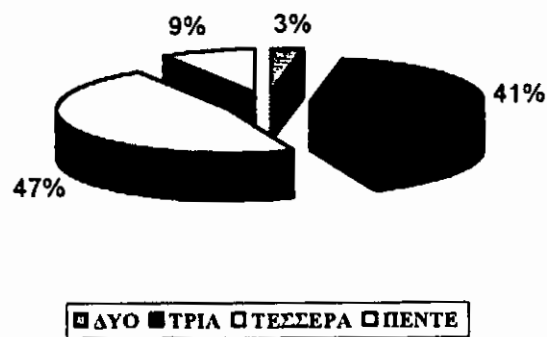


ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα στάδια της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΔΥΟ	6	3
ΤΡΙΑ	82	41
ΤΕΣΣΕΡΑ	94	47
ΠΕΝΤΕ	18	9

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η κατάκλιση διακρίνεται σε τέσσερα στάδια.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα στάδια της κατάκλισης.

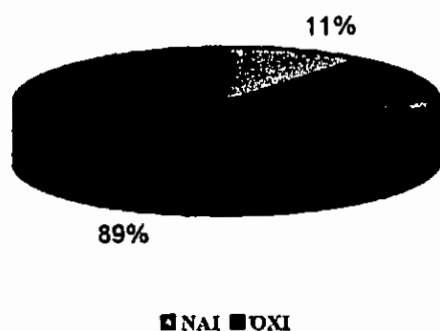


ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εφαρμόζεται η χρήση κλιμάκων εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών στη χώρα μας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	22	11
ΟΧΙ	178	89

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα δε γνωρίζει τη χρήση κλιμάκων εκτίμησης κατακλίσεων στη χώρα μας.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη χρήση κλιμάκων εκτίμησης των κατακλίσεων.

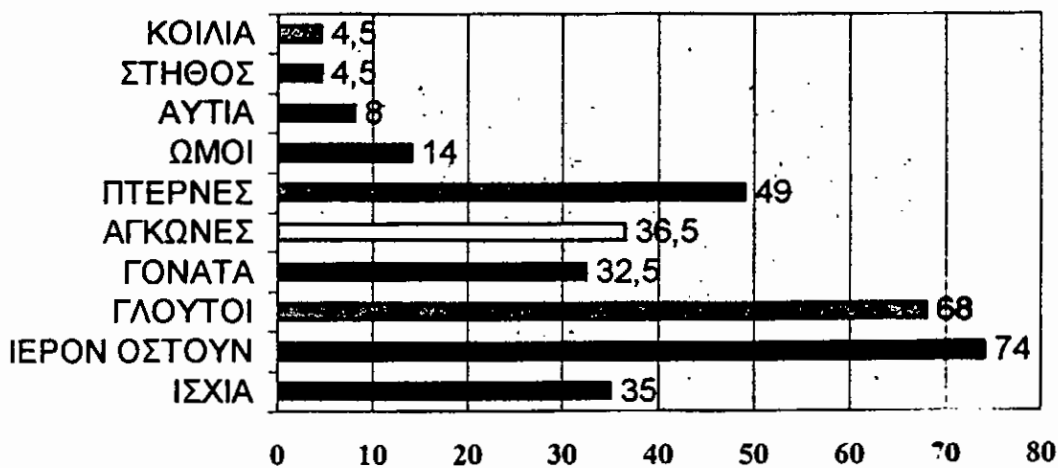


ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πού εντοπίζονται συχνότερα σημεία κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΙΣΧΙΑ	70	35
ΙΕΡΟΝ ΟΣΤΟΥ	148	74
ΓΛΟΥΤΟΙ	136	68
ΓΟΝΑΤΑ	65	32,5
ΑΓΚΩΝΕΣ	73	36,5
ΦΤΕΡΝΕΣ	98	49
ΩΜΟΙ	28	14
ΑΥΤΙΑ	16	8
ΣΤΗΘΟΣ	9	4,5
ΚΟΙΛΙΑ	9	4,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησε ότι κατακλίσεις εντοπίζονται συχνότερα στο ιερό οστού και στους γλουτούς.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα εντόπισης των κατακλίσεων.



ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα που εφαρμόζονται για την πρόληψη των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΥΧΝΗ ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΗΣ	190	95
ΕΠΑΡΚΗΣ ΘΡΕΨΗ	88	44
ΜΑΣΑΖ ΣΤΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΚ/ΣΗΣ	62	31
ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	112	66
ΕΝΤΡΙΒΗ ΜΕ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ	33	16,5
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΒΕΤΑΔΙΝΕ	140	70
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	180	90
ΧΡΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	158	79
ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	70	35

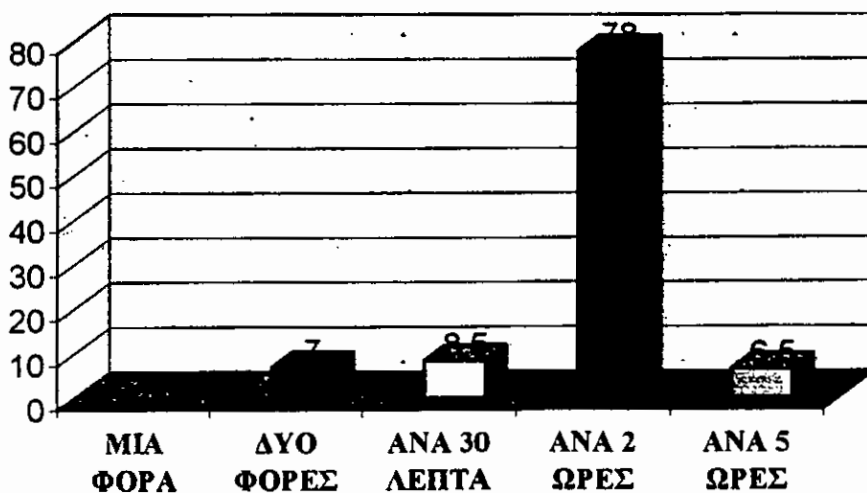
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εφαρμόζει κυρίως τη συχνή αλλαγής θέσης, κινητοποίησης ασθενούς ως κύρια μέτρα πρόληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα αλλαγής θέσης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	0	0
ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	14	7
ΑΝΑ 30 ΛΕΠΤΑ	17	8,5
ΑΝΑ 2 ΩΡΕΣ	156	78
ΑΝΑ 5 ΩΡΕΣ	13	6,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η αλλαγή θέσεως πρέπει να γίνεται ανά 2 ώρες.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με αλλαγή θέσεως του ασθενούς.



ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε ενδείκνυται το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΥΘΡΟΤΗΤΑΣ	102	51
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΥΘΡΟΤΗΤΑΣ	54	27
ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΙΣΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	38	19
ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΟΣΤΕΙΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	21	10,5
ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ	98	49

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το μασάζ ενδείκνυται πριν την εμφάνιση ερυθρότητας και σε περιοχές γύρω από την κατάκλιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια στοιχεία θεωρούν σημαντικά για μια ισορροπημένη διατροφή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	28	14
ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ	126	63
ΣΙΔΗΡΟΣ	112	56
ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ Α, Β, C	152	76
ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ	87	43,5
ΘΕΙΟ	12	6
ΝΕΡΟ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ	107	53,5
ΚΥΤΤΑΡΙΝΗ ΚΑΙ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	46	23

Οι περισσότεροι θεωρούν ότι για ισορροπημένη διατροφή με στόχο την πρόληψη κατακλίσεων κύριο ρόλο παίζουν οι βιταμίνες και οι πρωτεΐνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων όσον αφορά τις γνώσεις τους για τη δράση των βιοσυνθετικών επιδέσμων σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΡΙΒΗ	139	69,5
ΚΑΛΥΨΗ ΠΛΗΓΩΝ	27	13,5
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΥΓΡΑΣΙΑ	97	48,5
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ	108	54
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ	76	38
ΜΕΙΩΣΗ ΔΥΣΟΣΜΙΑΣ	21	10,5
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗΣ	100	50

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα θεωρεί τη δράση των βιοσυνθετικών επιδέσμων σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες καλύτερη σε θέματα προστασίας από την τριβή και στην προαγωγή επούλωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διαδικασία που προηγείται τη τοποθέτησης επιθεμάτων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΒΑΜΒΑΚΙ & ΒΕΤΑΔΙΝΕ	78	39
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΜΕ ΓΑΖΑ & N/S	42	21
ΕΓΧΥΣΗ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΡΟ	27	13,5
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΝΕΚΡΩΜΕΝΩΝ ΙΣΤΩΝ	90	45
ΑΣΗΠΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ	104	52

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα θεωρεί ότι η άσηπτη τεχνική πρέπει να προηγείται της τοποθέτησης επιθεμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το καλύτερο αντισηπτικό διάλυμα για φροντίδα κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ	12	6
BETADINE	147	73,5
N/S	106	53
ΑΙΘΕΡΑΣ	7	3,5
ΑΡΑΙΩΜΕΝΟ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΟ	48	24

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι το καλύτερο αντισηπτικό διάλυμα για φροντίδα κατάκλισης είναι το Betadine.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα για την αποφυγή λοίμωξης της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ	136	68
ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΑ ΓΑΝΤΙΑ	112	56
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	73	36,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το πλύσιμο χεριών είναι το κυριότερο μέτρο για τη αποφυγή λοιμώξεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους όσον αφορά την ύπαρξη συνοδών θεραπειών για την αντιμετώπιση της κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	38	19
ΟΧΙ	162	81

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν γνωρίζουν την ύπαρξη συνοδών θεραπειών για τη αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα σημεία που συντελούν στην αξιολόγηση – εκτίμηση μιας κατάκλισης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΕΣΗ	106	53
ΜΕΓΕΘΟΣ	130	65
ΒΑΘΟΣ	111	55,5
ΕΚΚΡΙΜΑΤΑ	42	21
ΠΥΡΕΤΟΣ	37	18,5
ΠΟΝΟΣ	26	13

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι το μέγεθος και το βάθος συντελούν σημαντικά στην αξιολόγηση-εκτίμηση μιας κατάκλισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ενδείξεις για την χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΚΑΤΑΚ/ΣΗΣ	48	24
ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	126	63
ΗΛΙΚΙΑ	96	48
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	28	14
ΦΥΛΟ	6	3

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η γενική κατάσταση ασθενούς είναι η σημαντικότερη ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ύπαρξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με το θέμα των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	70	35
ΟΧΙ	130	65

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα δε γνωρίζει την ύπαρξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις κατακλίσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γίνεται ενημέρωση των συγγενών των ασθενών, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, για την πρόληψη των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	142	71
ΟΧΙ	58	29

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απάντησε ότι γίνεται ενημέρωση των συγγενών των ασθενών για την πρόληψη της κατάκλισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γίνεται ενημέρωση των συγγενών των ασθενών, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, για τη φροντίδα των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	142	71
ΟΧΙ	58	29

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απάντησε ότι γίνεται ενημέρωση των συγγενών των ασθενών για τη φροντίδα των κατακλίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους περισσότερο επιβαρυντικούς παράγοντες για την δημιουργία κατακλίσεων στο χώρο του σπιτιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	52	26
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	40	20
ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΛΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ	112	56
ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ	130	65

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η έλλειψη ειδικών γνώσεων είναι ο σημαντικότερος επιβαρυντικός παράγοντας για τη δημιουργία κατακλίσεων στο σπίτι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων για τους άλλους ειδικούς που είναι απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	12	6
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	59	29,5
ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΕΣ ΣΤΡΩΜΑΤΩΝ Κ.Α.	128	64
ΧΕΙΡΟΠΟΔΙΑΤΡΟΥΣ	4	2
ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	107	53,5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι κατασκευαστές στρωμάτων και οι πλαστικοί χειρουργοί είναι εξίσου απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων, με τους νοσηλευτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με αξιολόγηση των καταλληλότερων για τη φροντίδα των κατακλίσεων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Δ.Ε.	70	35
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Τ.Ε.	86	43
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Π.Ε.	19	9,5
ΒΟΗΘΟΙ ΘΑΛΑΜΩΝ	8	4
ΟΙΚΙΑΚΟΙ ΒΟΗΘΟΙ	3	1,5
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΝΟΣΟΚ.	29	14,5
ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ	27	13,5
ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	20	10
ΙΑΤΡΟΙ	12	6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τους νοσηλευτές Τ.Ε ως τους καταλληλότερους για τη φροντίδα των κατακλίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους για την ύπαρξη και τις ενέργειες της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Ομάδας για τις κατακλίσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	17	8,5
ΟΧΙ	183	91,5

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα δε γνωρίζουν την ύπαρξη Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Ομάδας για τις κατακλίσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αντιμετωπίζεται το πρόβλημα των κατακλίσεων αποτελεσματικά στο χώρο εργασίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	82	41
ΟΧΙ	118	59

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το πρόβλημα των κατακλίσεων δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά στο χώρο εργασίας τους.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το πρόβλημα των κατακλίσεων στο χώρο εργασίας τους.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

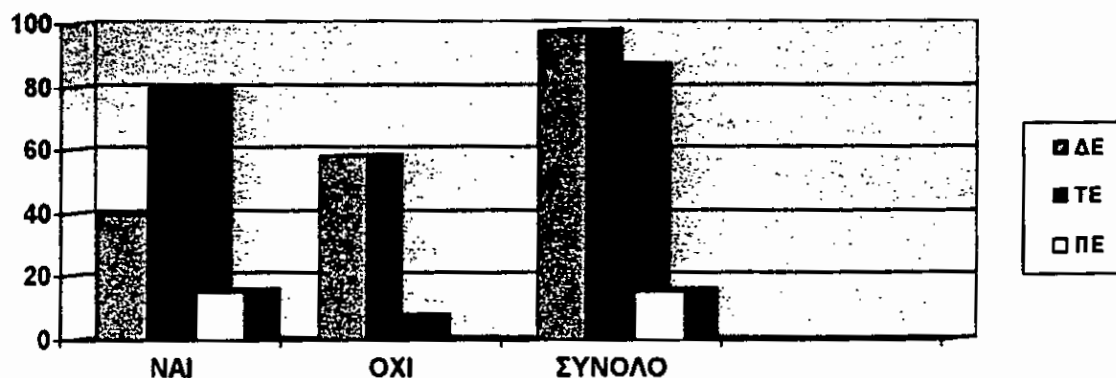
ΠΙΝΑΚΑΣ 40 : Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	40	58	98
ΤΕ	80	7	87
ΠΕ	15	0	15
ΣΥΝΟΛΟ	135	65	200

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	62.7	0.0001

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

Σχήμα 17: 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.



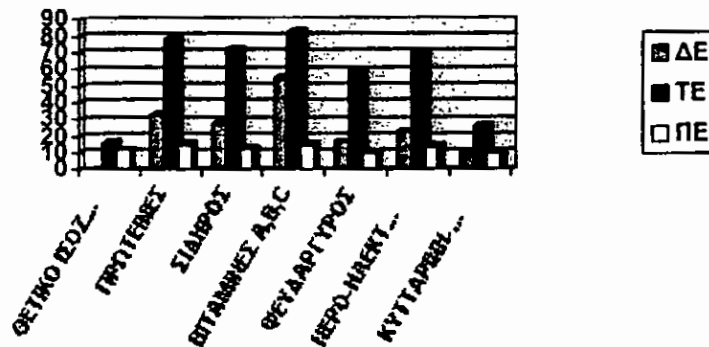
ΠΙΝΑΚΑΣ 41: Συσχέτιση των απαντήσεων των 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν διατροφικά στοιχεία τα οποία συντελούν στη διατήρηση υγιούς δέρματος και πρόληψης της κατάκλισης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Αριθμός	ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΑΖΩΤΟΥ	ΠΡΩΤΕΪ- ΝΕΣ	ΣΙΔΗ- ΡΟΣ	ΒΙΤΑΜΙ- ΝΕΣ Α,Β,Σ	ΨΕΥΔΑΡ- ΓΥΡΟΣ	ΝΕΡΟ-ΗΛΕΚΤ- ΡΟΛΥΤΕΣ	ΚΥΤΤΑΡΙΝΗ- ΥΔΑΤΑΝ- ΘΡΑΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	0	33	27	55	17	23	10	98
ΤΕ	16	78	72	82	60	70	26	87
ΠΕ	12	15	13	15	10	14	10	15
ΣΥΝΟΛΟ	28	126	112	152	87	107	46	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	41.7	0.001

Οι γνώσεις σχετικά με τα διατροφικά στοιχεία για διατήρηση υγιούς δέρματος και πρόληψης των κατακλίσεων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p < 0.05$).

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν διατροφικά στοιχεία απαραίτητα για τη διατήρηση υγιούς δέρματος και πρόληψης των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

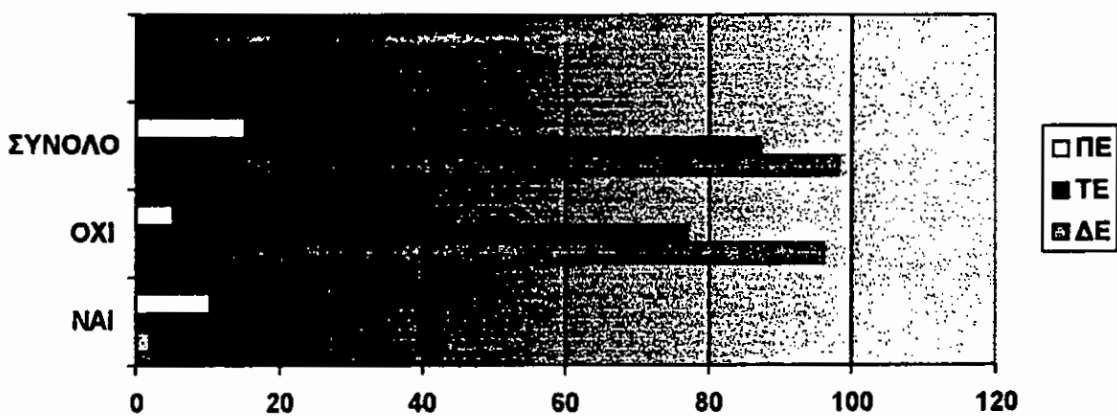


ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωσή τους για την ύπαρξη κλιμάκων(π.χ.Breden,Norton κ.α.) αξιολόγησης της κατάστασης των ασθενών με κατακλίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	2	96	98
ΤΕ	10	77	87
ΠΕ	10	5	15
ΣΥΝΟΛΟ	22	178	200

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	55.5	0.0001

Η ενημέρωση πάνω σε πιο εξειδικευμένα θέματα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτή, με αποτέλεσμα νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ να παρουσιάζουν εντελώς διαφορετική εικόνα. Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p < 0.05$).



ΠΙΝΑΚΑΣ 43: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους θεωρούν απαραίτητους για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Αριθμός	ΔΕ	ΤΕ	ΠΕ	ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ	ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	29	33	4	24	20	14	98
ΤΕ	39	45	11	3	8	5	87
ΠΕ	2	8	3	0	1	1	15
ΣΥΝΟΛΟ	70	86	19	27	29	20	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	43	0.001

Οι καταλληλότεροι για την φροντίδα κατακλίσεων θεωρούνται οι ΤΕ νοσηλευτές, ενώ οι βοηθοί νοσοκόμοι ΔΕ καταμερίζουν τη φροντίδα σχεδόν ισάξια και στους υπόλοιπους. Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά απντήσεων ($p < 0.05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 44: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα που λαμβάνουν για την αποφυγή λοίμωξης της κατάκλισης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Αριθμός	ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ	ΧΡΗΣΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΩΝ ΓΑΝΤΙΩΝ	ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΗΓΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕ	39	27	6	98
ΤΕ	82	75	58	87
ΠΕ	15	10	9	15
ΣΥΝΟΛΟ	136	112	73	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	12.2	0.001

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα όσον αφορά τα μέτρα που λαμβάνονται για την αποφυγή λοίμωξης της κατάκλισης, με σημαντική διαφορά ανάμεσα σε νοσηλευτές ΔΕ με ΤΕ και ΠΕ. Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p < 0.05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 45: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή των γνώσεών τους ανάλογα με την προϋπηρεσία τους.

Αριθμός	ΣΧΟΛΗ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ	ΕΝΗΜΕΡΩ- ΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜ- ΜΑΤΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
0-5 έτη	42	17	25	3	2	30
5-10 έτη	35	4	16	7	15	45
10-15 έτη	31	2	12	10	40	75
15-25 έτη	26	1	5	6	48	35
25 και άνω	7	1	2	0	45	15
ΣΥΝΟΛΟ	141	25	60	26	150	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	29.4	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 προέρχεται από την σχολή τους και την επαγγελματική τους εμπειρία. Αντίθετα οι νεότεροι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανταπόκριση σε σεμινάρια, συνέδρια, συγγράμματα κ.α. Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p < 0.05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 46: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους άλλους θεωρούν κατάλληλους για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων ανάλογα με την προϋπηρεσία τους.

Αριθμός	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑ- ΠΕΥΤΕΣ	ΔΙΑΙΤΟ- ΛΟΓΟΥΣ	ΚΑΤΑΣΚΕΥ- ΑΣΤΕΣ	ΧΕΙΡΟΠΟ- ΔΙΑΤΡΟΥΣ	ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
0-5 έτη	2	15	7	2	9	30
5-10 έτη	1	14	41	2	28	45
10-15 έτη	4	17	34	0	27	75
15-25 έτη	4	10	7	0	18	35
25 και άνω	1	3	39	0	25	15
ΣΥΝΟΛΟ	12	59	128	4	107	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	51.8	0.001

Οι νοσηλευτές μεγάλης εργασιακής εμπειρίας παρουσιάζουν διαφορετικές απόψεις για το ποιους θεωρούν κατάλληλους για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p < 0.05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παραπάνω έρευνα βασίστηκε σε ένα σύνολο διακοσίων ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε παθολογικές, χειρουργικές κλινικές και μονάδες εντατικής θεραπείας των νοσοκομείων Πατρών, Αθηνών και Αιγίου, καθώς και στο Γηροκομείο Πατρών και Γαστούνη.

Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87%) ήταν γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών (51%), (48%) απόφοιτοι διετούς σχολής, με έτη επαγγελματικής υπηρεσίας που κυμαίνονται από 10-15 (37,5%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (91%) γνωρίζει τον ακριβή ορισμό της κατάκλισης και η πηγή γνώσεων των περισσότερων (70,5%) προέρχεται από την εκπαίδευσή τους στη σχολή καθώς και από την επαγγελματική τους εμπειρία (75%). Επίσης ένα ποσοστό (70%) θεωρεί ότι οι γνώσεις του πάνω στις κατακλίσεις είναι ανεπαρκείς και αναφέρει (53%) ότι συνάντησε για πρώτη φορά κατάκλιση ως σπουδαστής. Ακόμη ένα ποσοστό (49%) αναφέρει ότι η εμφάνιση κατακλίσεων στο χώρο εργασίας του είναι μέτρια.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (92,5%) αναφέρει ότι υπάρχει άμεση σχέση της εμφάνισης των κατακλίσεων με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας σε ποσοστό (89,5%). Παρόλα αυτά το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό (61%) δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών, αφού αναφέρεται (84%) ότι δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος μέσα στο καθημερινό ωράριο για το σκοπό αυτό και επομένως το πρόβλημα της κατάκλισης αντιμετωπίζεται μη αποτελεσματικά (59%). Το νοσοκομείο σε ποσοστό (51%) διαθέτει τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα για την σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων και λαμβάνονται μέτρα (67,5%) στο χώρο εργασίας τους για την πρόληψη και αντιμετώπιση του αναφερθέντος προβλήματος.

Σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες ένα μεγάλο ποσοστό (70%) θεωρεί πως η μειωμένη κινητικότητα και η υγρασία είναι υπεύθυνη για την δημιουργία των εξελκώσεων. Όσον αφορά τα στάδια στα οποία διακρίνεται η κατάκλιση ποσοστό (47%) θεωρεί ότι είναι τέσσερα, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (41%) πιστεύει λανθασμένα πως είναι τρία.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (89%) δεν γνωρίζει ότι υπάρχουν κάποιες κλίμακες αξιολόγησης της κατάστασης των ασθενών με κατακλίσεις και κατ'επέκταση δεν εφαρμόζει κάποια από αυτές. Επίσης δεν γνωρίζει σε ποσοστό (91,5%) την ύπαρξη και τις ενέργειες της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Ομάδας για τις κατακλίσεις.

Όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης των κατακλίσεων σε αρκετά μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται η συχνή αλλαγή θέσης του ασθενή (95%) κάθε 2 ώρες (78%) και η κινητοποίησή του (90%). Εξίσου σημαντική κρίνεται η χρήση ειδικού εξοπλισμού (79%) καθώς και ο καθαρισμός των εξελκώσεων με Betadine (70%) το οποίο θεωρείται ότι είναι το καλύτερο αντισηπτικό διάλυμα για την φροντίδα των κατακλίσεων (73,5%). Στα πλαίσια της προηγούμενης ερώτησης ένα μάλλον μικρό ποσοστό (31%) εφαρμόζει το μασάζ ως μέτρο πρόληψης και το οποίο αποδεικνύεται ότι γνωρίζει σε υπολογίσιμο ποσοστό όσον αφορά το πότε (51%) και σε ποιες συγκεκριμένες περιοχές του σώματος (49%) πρέπει να γίνεται αυτό ώστε να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Ένα αξιοσέβαστο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το μέγεθος (65%) και το βάθος (55,5%) της κατάκλισης αποτελεί και σημείο αξιολόγησης αυτής. Όμως παρόλα αυτά οι περισσότεροι είναι ανενήμεροι για την ύπαρξη συνοδών θεραπειών για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων (81%) και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με το θέμα (65%).

Καταλληλότεροι για την φροντίδα των κατακλίσεων αποδεικνύονται οι ΤΕ νοσηλευτές (43%) και ακολουθούν οι ΔΕ (35%). Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι κατασκευαστές ειδικών στρωμάτων και μαξιλαριών σε ποσοστό (64%) και οι πλαστικοί χειρουργοί σε ποσοστό (53,5%) θεωρούνται ως απαραίτητοι για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων, ενώ οι φυσιοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι και οι χειροποδίατροι οι οποίοι είναι εξίσου σημαντικοί για την ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά (6%), (29,5%) και (2%) αντίστοιχα.

Ως αποτέλεσμα της συσχέτισης ορισμένων ερωτήσεων αποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές υψηλού επιπέδου εφαρμόζουν πιο συχνά τα προληπτικά μέτρα για τις κατακλίσεις σε σχέση με αυτούς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,0001$). Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγούμαστε συσχετίζοντας τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης της κατάκλισης ($p=0,001$).

Όσον αφορά τις γνώσεις για τα απαραίτητα διατροφικά στοιχεία για την διατήρηση υγιούς δέρματος, υπάρχει μια διαφορά σε αυτές η οποία είναι αναλογικά αντίστοιχη με το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,001$).

Όσον αφορά την ενημέρωση πάνω σε εξειδικευμένα θέματα παρατηρείται μια διαφορά απόψεων μεταξύ των νοσηλευτών αντίστοιχη προς το επίπεδο εκπαίδευσής τους ($p=0,0001$).

Καταλληλότεροι για την φροντίδα των κατακλίσεων κρίνονται οι ΤΕ, ενώ οι ΔΕ καταμερίζουν την φροντίδα και στους άλλους ($p=0.001$).

Επιπλέον, η προϋπηρεσία που έχει άμεση σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι καθοριστικός παράγοντας για την πηγή των γνώσεών τους, η οποία προέρχεται κυρίως από την εκπαίδευσής τους και την εμπειρία τους ($p=0,001$).

Τέλος, όσον αφορά τους καταλληλότερους εκτός των νοσηλευτών παρατηρείται ότι οι νοσηλευτές μεγάλης εργασιακής εμπειρίας παρουσιάζουν διαφορετικές απόψεις ($p=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από την μελέτη μας, αποκαλύπτουν ότι οι κατακλίσεις αντικατροπίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και αποτελούν ύψιστη νοσηλευτική ευθύνη. Παρατηρείται μια συνειδητοποίηση της σημαντικότητας του προβλήματος των κατακλίσεων και οι γνώσεις πανω στο θέμα αν και ανεπαρκείς στο σύνολό τους παρουσιάζουν αρκετά ενθαρρυντικά στοιχεία, τα οποία υποδηλώνουν την ύπαρξη ενός σχετικά μέτριου επιπέδου. Αυτό αποδεικνύεται από τις απαντήσεις τους συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους θέσαμε όσον αφορά:

- 1) Τα στάδια των κατακλίσεων (απαντήθηκε σε ποσοστό 47% ότι τα στάδια είναι τέσσερα και σε ποσοστό 41% ότι τα στάδια είναι τρία.)
- 2) Τους προδιαθεσικούς παράγοντες (ένα ποσοστό 70% θεωρεί την μειωμένη κινητικότητα σημαντικό παράγοντα και ακολουθούν με ποσοστό 48% και 41% η ηλικία και το βάρος του σώματος αντίστοιχα. Ενώ ένα μόνο ποσοστό 23% θεωρεί τη διατροφή σημαντικό παράγοντα και ένα πολύ μικρό ποσοστό 11% έχει επίγνωση της επιβαρυντικής δράσης των φαρμάκων.)
- 3) Τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης που εφαρμόζονται (μόνο ένα ποσοστό 11% γνωρίζει την ύπαρξη κλιμάκων αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενούς στις οποίες βασίζεται η πρόληψη. Ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 52% εφαρμόζει άσηπτη τεχνική κατά την περιποίηση των εξελκώσεων και γνωρίζει που και πως γίνεται το μασάζ στην φροντίδα της κατάκλισης.)
- 4) Βέβαια για την παρούσα κατάσταση η οποία εξακριβώθηκε από την μελέτη μας ένα αρκετά μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρει και το κράτος το οποίο όπως αποδείχτηκε από τις απαντήσεις των νοσηλευτών είναι υπεύθυνο για τις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, αφού προκύπτει ότι υπάρχει:
 - I. Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (61%)
 - II. Περιορισμένος χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με κατάκλιση (84%)

- 5) Τέλος, διαπιστώνεται μια έλλειψη ενημέρωσης του προσωπικού σχετικά με την πολιτική που εφαρμόζεται για τις κατακλίσεις σε χώρες του εξωτερικού, εφόσον δεν εφαρμόζεται καμία τέτοια πολιτική στη χώρα μας.

Τα προαναφερθέντα συμπεράσματα αποτελούν το έναυσμα για την διατύπωση των παρακάτω προτάσεων.

Ο πρωταρχικός και κυριότερος παράγοντας στον οποίο πρέπει να δοθεί μείζονα σημασία είναι η πρόληψη των κατακλίσεων, ώστε να επιτευχθεί η όσον το δυνατό καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Έχοντας, λοιπόν, ως στόχο την πρόληψη θα πρέπει να λειφθούν κάποια μέτρα τόσο από πλευράς πολιτείας όσο και κυριώς από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Συγκεκριμένα προτείνουμε τα εξής:

- I. Αύξηση των προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να καλυφθούν και να αντιμετωπιστούν τα ελλείματα που υπάρχουν σε αυτόν τον τομέα. Επίσης έτσι θα επιτευχθεί η παροχή μιας εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς και υπηρεσίες που θα παρέχονται θα είναι αποτελεσματικότερες.
- II. Καθιέρωση ενός συγκεκριμένου και ενιαίου πρωτοκόλου, όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος των κατακλίσεων το οποίο θα είναι αποδεκτό από τους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας εκπαίδευσης.
- III. Στην επιλογή του προσωπικού θα πρέπει να αξιολογείται το επίπεδο των νοσηλευτών, ώστε να παρέχεται αποτελεσματικότερη φροντίδα.
- IV. Να ενισχυθεί η ολοένα και αυξανόμενη παροχή υλικοτεχνικών μέσων στα νοσηλευτικά ιδρύματα.
- V. Ο θεσμός και προγραμματισμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων τύπου ειδικοτήτων, σεμιναρίων και συνεδρίων να ενισχυθεί και να εφαρμοστεί σε ενιαία κλίμακα. Από την πλευρά του το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμμετέχει σε αυτά και να εμπλουτίζει τις γνώσεις του διαβάζοντας βιβλία και περιοδικά, καθώς και πραγματοποιώντας ερευνητικές εργασίες. Διότι η νοσηλευτική είναι μια δυναμική και ενεργητική επιστήμη.

- VI. Η εκπαίδευση θα πρέπει να βασίζεται σε μια βιβλιογραφία η οποία να ανταποκρίνεται πλήρως στα νέα δεδομένα και τις απαιτήσεις των επιστημονικών ερευνών.
- VII. Βέβαια, η πρόληψη δεν οδηγεί σε ουσιαστική αντιμετώπιση των κατακλίσεων αν δεν συνυπάρχει η συλλογική προσπάθεια όχι μόνο από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και ενεργητικά με τη στενή συνεργασία με άτομα άλλων ειδικοτήτων όπως πλαστικοί χειρουργοί, κατασκευαστές ειδικών κρεβατιών-στρωμμάτων, φυσιοθεραπευτές κ.α

Οι παραπάνω προτάσεις απαιτούν την ενεργητική οικονομική συμμετοχή του κράτους, διότι ο παράγοντας πρόληψη επιφέρει μείωση του χρόνου νοσηλείας και συνεπώς οικονομία σε χρήμα στο κράτος και ανακούφιση σε πόνο στον ασθενή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι διαχρονικό φαινόμενο που παρά τις ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής και των συστημάτων υγείας, τόσο η πρόληψη όσο και η θεραπεία τους παραμένει το ίδιο σημαντικό πρόβλημα όπως και στο παρελθόν. Η επίτευξη των παραπάνω στόχων έχει άμεση σχέση με την αύξηση της νοσηλευτικής ευθύνης και την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επομένως, σκοπός του νοσηλευτή είναι η περάτωση των παραπάνω, η οποία κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων.

Η σημαντικότητα του προβλήματος των κατακλίσεων αφορά τόσο τους ίδιους τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και τα συστήματα υγείας. Αυτό οφείλεται στον πόνο, πολλές φορές αφόρητο, στην έντονη δυσφορία και ανησυχία που προκαλείται στους πρώτους, καθώς και στο άγχος που υφίστανται οι δεύτεροι. Όσον αφορά στα συστήματα υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο στα οικονομικά προβλήματα που δημιουργούν. Δυστυχώς, παρά την αφθονία των υλικοτεχνικών μέσων και των ποικίλων φαρμακευτικών παρασκευασμάτων το πρόβλημα των κατακλίσεων διαιωνίζεται.

Με αφορμή τα παραπάνω διεξήχθη η παρούσα έρευνα διάρκειας μισού περίπου έτους (2001), με σκοπό να διερευνηθεί η νοσηλευτική ευθύνη καθώς και η αντίστοιχη ευθύνη της πολιτείας πάνω σε αυτό το θέμα. Η συλλογή των στοιχείων έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου 36 ερωτήσεων κλειστού τύπου. Τα ερωτηματολόγια στο σύνολό τους διακόσια διανεμήθηκαν σε Νοσοκομεία Νομαρχιακά και Πανεπιστημιακά της Πάτρας, Αιγίου, Αθηνών και Ηλείας, καθώς και σε Γηροκομεία. Η ανάλυση των δεδομένων και η συσχέτιση των ερωτήσεων κατέληξε στο ότι οι νοσηλευτές λαμβάνουν κάποια μέτρα για την πρόληψη των κατακλίσεων (67,5%). Αυτό συμβαίνει παρά την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (61%) και την μη ύπαρξη του απαιτούμενου χρόνου για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του ασθενή για την αντιμετώπιση του προβλήματος των κατακλίσεων (84%). Τέλος, παρατηρείται μια αδιαφορία από την πλευρά της πολιτείας σχετικά με τον σχεδιασμό ενός ενιαίου προγράμματος υγείας για την ουσιαστική και ουσιώδη αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

SUMMARY

The development of the bedsores consists a continual problem. Even though the progress of medical and Health's Service is on increase, the prevention and the treatment of bedsores remains a serious problem as were previously. The achievement of those is determined by the nursery responsibility and at the same time by the provision of nursing care. Thus all those should be applied especially to the high-risk patients.

The importance of the bedsores' problems engaged not only the patients and their families but also the Health Services. This happens due to the anxiety and the pain that invoke to patients and the stress that invoke to the their families. As regards the Health Services bedsores are painful to the economical field. Unfortunately today, despite the affluence of the technical equipment and the variety of the existing pharmaceuticals bedsores are prolonged.

On the grounds of the above the present research was conducted during in the second half of the year 2001 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 36 close-ended questions. Two hundred questionnaires were completed from General and Universe hospital of Patras, Egios, Athens, Ilias and old people's home. Upon to the analysis of data and the interrelation of the questions it was evident that the nursing-staffs take measures against the bedsores (67,5%). Despite the fact that there is an inefficiency of the existing staff as this regards the covering of the hospitals needs (61%) and the rather limited time demanded for the proper approach to and dealing with the problem (84%). Finally, the state disregarding for the mapping of a plan that is available to lead to the prevention and the treatment of bedsores.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαπουντζή – Κρέπια Δ, *Χρόνια Ασθένεια – Νοσηλευτική Φροντίδα – Μια ολιστική προσέγγιση*, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1^η έκδοση, Αθήνα 1998, σ. 207-212
2. Lippert H, *Ανατομική, Μετάφραση: Νηφόρος Ν.Δ, Επιμέλεια: Παπαδόπουλος Ν., Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, 1^η Ελληνική Έκδοση, Αθήνα 1993, σ. 72-73*
3. Κατρίτση Δ.Ε, - Παπαδοπούλου Ι. Νικολάου, *Ανατομική του ανθρώπου*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986, σ. 56
4. Ιωάννοβιτς Δ.Ι, *Πλαστική Χειρουργική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990, σ.17
5. Bridel J, *Pressure sores and intra-operative risk*, Nurs Standard 1992, 7:28
6. Πλατή Χ, *Πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων*, Νοσηλευτική, 1994, 33:142
7. Πλατή Χ, *Οι κατακλίσεις στο ιατρο-νοσηλευτικό και κοινωνικο-οικονομικό πρόβλημα*, Νοσηλευτικά Χρονικά 1985, 47:139
8. Πλατή Χ, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις Επτάλοφος Α.Ε., Β' Έκδοση, Αθήνα 1997, σ.130,133
9. Δεμίρη Ε.Κ, *Παθοφυσιολογία των κατακλίσεων*, 1^ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, 1-2 Απριλίου 1999, σ.100-102
10. Τσιλιμπότη Δ, *Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των κατακλίσεων*, Ημερίδα, Πρακτικά Αθήνα 25 Ιανουαρίου 2002, σ.4
11. Maklebust J, *Pressure ulcers. Etiology and prevention*. Nursing Clinics of North America, 1987, 22:359-363
12. Stall S, Serer A, Donovan W, *The perioperative management of the patient with pressure sores*, Ann. Plast. Surg. 1983, 11:347
13. Τσούτσος Δ, *Αίτια- Πρόληψη- Θεραπεία των κατακλίσεων*, Ημερίδα, Πρακτικά, Αθήνα 25 Ιανουαρίου 2002, σ.5-6
14. Πλάτη Χ, *Διερεύνηση Παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία των κατακλίσεων*, Νοσηλευτική, Απρίλιος-Ιούνιος 1989, 2:108
15. Robertson C J, *Counting the cost*, Nursing Times 1987, 83:56

16. Οικονομοπούλου Ε., *Εκτίμηση του Κόστους Θεραπείας των Κατακλίσεων*, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1997, σ.29-62
17. Αθανάτου Ε, *Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλείες*, Εκδόσεις Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Έκδοση ΣΤ', Αθήνα 1996, σ. 90-95
18. Smelter S, Bare B, Bruner and Suddaeth's, *Textbook of Medical-Surgical Nursing*, cop.by Lippincott Company, 7th Edition, 1992, p.p.237-239, 1746
19. Αλεξάνδρου Η, Ντογά Ο, *Πρόληψη Κατακλίσεων*, 1^ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, Θεσσαλονίκη 1-2 Απριλίου 1999, σ.107-109
20. Allman M.R, Laprade A.C, Noel B.L, Walker M.J, Mooger A.C, Dear R.M, Smith R.C, *Pressure sores among hospitalized patients*, Ann Intern Med 1986, 105:337
21. Frantz R, Kinney C, *Variables associated with skin drynes in the elderly*, Nursing Results 1986, 35:99
22. Ferguson A.B, Keating J.F, Delargy M.A, Andreus B.J, *Reduction of seating pressure using FES in patients with spinal cord injury: Apreliminary report*, Paraplegia 1992, 30:476
23. Good S.P, Allman M.R, *The prevention and management of pressure ulcers*, Geriatric Med 1989, 73:1519
24. Shekleton M.E, Litwack K, *Critical care nursing of the surgical patient*, cop.by Saunders, Philadelphia 1991, p.p.524
25. Nowroozi F; *Pressure sores*, Basmajjian V.J., Kirby L.R., Edition Medical Rehabilitation, London 1984, p.p.178
26. Potter Patricia, Perry Anne, *Fundamentals of Nursing-concepts, Process and Practice*, cop.by Mosby-Year book Inc, 3rd Edition, USA 1993, p.p. 1526-1529, 1532-1538
27. Gosnell J.D, *Assessment and evaluations of pressure sores*, Nursing Clinics North America 1987, 22:409
28. Barbara R. Hegner-Esthell, Απόδοση - Επιμέλεια: Καλαβρουνζιώτης Γ., *Νοσηλευτική οργανικών συστημάτων*, 7^η Έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 7^η, σ.391
29. <http://search.pathfider.gr/search+ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ>
30. Flanagan M, *Assessment criteria*, Nursing Times 1994, 90:90-98

31. **Waterlow J**, *Calculating the risk*, Nursing Times 1987, 83: 58-60
32. **Gosnell J**, Pressure sore risk assessment, Part 2: Analysis of the risk factors, *decubitus* 1989,2:40-42
33. **Farlame M, Castledine J**, *The Knoll scale of liability to pressuresores*, The C. V Mosby Co Ltd, New Jersey 1982 149:112-113
34. **Pritchard V**. *Calculating the risk*, Nursing Times 1986, 82: 59-61
35. **Williams C**, *Comparing Norton and Medley*, Nursing Times 1989, 87: 66-68
36. **Τσερώνη Μ, Ντάσιου Ζ, Φιλίππου Ν, Κακαριάρη Α, Ευσταθίου ΦΔ, Θάνου Ι**, *Νέες τάσεις στην πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων*, 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κέρκυρα, 25-27 Μαΐου 1999, Πρακτικά Αθήνα 1999, σ. 656, 660
37. **Καλεμικεράκης Ι**, *Αξιολόγηση - Σταδιοποίηση Κατακλίσεων*, Ημερίδα, Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των Κατακλίσεων, Αθήνα 25 Ιανουαρίου 2002, Πρακτικά Αθήνα, σ. 8
38. **Rousseau P**, *Pressure sores in the elderly*, Geriatric Med Today 1988, 7: 35
39. **Deakon L**, *Pressure sores : Does anyone read research?*, Nursing Times 1986, 82: 58
40. **Μπουζίκια Μ**, *Αρχές Πρόληψης Κατακλίσεων*, Ημερίδα, Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των Κατακλίσεων, Αθήνα 25 Ιανουαρίου 2002, Πρακτικά Αθήνα, σ. 10
41. **Young B J**, *Aids to prevent pressure sores*, B M J 1990, 300: 1004
42. www.HillRom.com
43. **Σίδα Β**, *Κατάστρωση Στρατηγικής Για την Πρόληψη των Κατακλίσεων*, 15^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κύπρος 17-19 Μαΐου 1988, Πρακτικά Αθήνα, σ. 236-237
44. **Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών- Νοσηλευτών Ελλάδος**, *Οδηγίες για την Πρόληψη των Κατακλίσεων*, Αθήνα Αύγουστος 1999, σ.4
45. **Cussel J, Stotts N**, *Trial and error yiedls to knowledge*, Am J Nursing 1990, 90: 57
46. **Department of Health**, *Your Guide to Pressures Sores*, London : DoH, 1995

47. **Rithalia SVS**, *The use of an airwave matterss for pressure relief*, J wound care 1994, 4:171
48. **Παπουτσάκης Σ.Ι, Καλπακίδου Μ**, *Νοσηλευτική φροντίδα κατακλίσεων πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση*, ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τεύχος 4, Ιανουάριος – Φεβρουάριος-Μάρτιος 2000, σ. 24-26
49. **Delisa A J, Miculic A M**, *Pressure ulcers: What to do if preventive management fails*, Postgard Med 1985, 77: 210
50. **Ιορδάνου Π**, *Αρχές Συντηρητικής Θεραπείας- Νεώτερες Απόψεις*, Ημερίδα, Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των Κατακλίσεων, Αθήνα 25 Ιανουαρίου 2002, Πρακτικά Αθήνα, σ.11
51. **Beyers M, Dudas S**, *The Clinical Practice of Medical Surgical Nursing*, cop by Little Brown and Company, 1st Edition, 1977, p.p 1130-1133
52. **Elkin M.K, Perry A, Potter P**, *Nursing Interventions and Clinical Skills*, cop.by Mosby- Year book Inc, 1st Edition, 1996, p.p 428, 431
53. **Mandrekas A, Mastorakos P**, *The managemnt of decubitus ulcers by musculocutaneous flaps: A fine-year experience*, Ann Plast Surg 1992, 2: 170
54. **Αντωνόπουλος Δ**, *Χειρουργική Θεραπεία των Κατακλίσεων*, 1^ο Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Νοσηλευτικής στην Πλαστική Χειρουργική και Αποκατάσταση, Θεσσαλονίκη 1-2 Απριλίου 1999, σ. 117, 119
55. **Meehan M**, *National Pressure ulker prevalence survey*, Adv. Wound Care 1994, 7:27

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν και ασκούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη με την ελπίδα ότι θα συμβάλει 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 : Δ.Ε. Τ.Ε. Π.Ε.

Άλλο :

Ετη Υπηρεσίας : 0-5 5-10 10-15 15-25 >25

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 εκπαίδευσή σας στη σχολή
 - ⇒ Συνέδρια - Σεμινάρια
 - ⇒ Ιατρικά περιοδικά - συγγράμματα
 - ⇒ Ενημερωτικά προγράμματα του νοσοκομείου - ιδρύματος
 - ⇒ Προσωπική εμπειρία
 - ⇒ Επαγγελματική εμπειρία
 - ⇒ Άλλο
3. Θεωρείτε ότι οι γνώσεις σας για τις κατακλίσεις είναι επαρκείς ;
 - ⇒ Ναι
 - ⇒ Όχι
4. Συναντήσατε για πρώτη φορά κατάκλιση :
 - ⇒ Ως σπουδαστής (-ρια) - φοιτητής (-ρια)
 - ⇒ Ως απόφοιτος
 - ⇒ Ως επαγγελματίας
 - ⇒ Προσωπική εμπειρία
 - ⇒ Άλλο
5. Ποια η συχνότητα εμφάνισης των κατακλίσεων στο χώρο εργασίας σας ;
 - ⇒ Περιστασιακή
 - ⇒ Περιορισμένη
 - ⇒ Μέτρια
 - ⇒ Αυξημένη

6. Πιστεύετε πως υπάρχει άμεση σχέση της εμφάνισης των κατακλίσεων με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
7. Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
8. Η αντιμετώπιση των κατακλίσεων αποτελεί μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
9. Επαρκεί το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών της κλινικής;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
10. Πιστεύετε ότι υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος μέσα στο καθημερινό σας ωράριο για την κάλυψη των αναγκών ενός ασθενούς με κατάκλιση;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
11. Διαθέτει το νοσοκομείο τα κατάλληλα υλικοτεχνικά μέσα για τη σωστή αντιμετώπιση των κατακλίσεων;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
12. Στην κλινική σας (χώρο εργασίας) λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
13. Σε ποιους χώρους εμφανίζονται περισσότερο οι κατακλίσεις;
- ⇒ Σπίτι
- ⇒ Ιδρύματα
- ⇒ Νοσοκομείο
14. Ποιον ή ποιους από τους παρακάτω παράγοντες θεωρείτε προδιαθεσικούς για την ανάπτυξη κατακλίσεων;
- ⇒ Βάρος σώματος
- ⇒ Ηλικία
- ⇒ Φάρμακα
- ⇒ Μειωμένη κινητικότητα
- ⇒ Διατροφή
- ⇒ Υγρασία σώματος ή κλινοσκεπασμάτων
- ⇒ Ψυχολογικοί παράγοντες

- ⇒ Μειωμένη νοσηλευτική φροντίδα.....
- ⇒ Εγκεφαλικό επεισόδιο.....
- ⇒ Νοσήματα όπως : Σακχαρώδης Διαβήτης.....
 Αναιμία
- ⇒ Άλλο.....

15. Σε πόσα στάδια διακρίνονται οι κατακλίσεις;

- ⇒ Τρία.....
- ⇒ Δύο.....
- ⇒ Τέσσερα.....
- ⇒ Πέντε.....

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

- ⇒ Ναι.....
- ⇒ Όχι.....

17. Που εντοπίζονται συχνότερα σημεία κατάκλισης;

- ⇒ Ισχία.....
- ⇒ Φτέρνες.....
- ⇒ Ιερόν οστούν.....
- ⇒ Ωμοί.....
- ⇒ Αυτιά.....
- ⇒ Στήθος.....
- ⇒ Κοιλιά.....
- ⇒ Άλλο.....
- ⇒ Γλουτοί.....
- ⇒ Γόνατα.....
- ⇒ Αγκώνες.....

18. Ποια από τα παρακάτω εφαρμόζονται για την πρόληψη των κατακλίσεων;

- ⇒ Συχνή αλλαγή θέσης.....
- ⇒ Καθαρισμός των
εξελκώσεων με
Betadine.....
- ⇒ Επαρκής θρέψη.....
- ⇒ Κινητοποίηση του
αρρώστου.....
- ⇒ Μασάζ στην περιοχή
κατακλίσεων.....
- ⇒ Χρήση ειδικού
εξοπλισμού.....
- ⇒ Διατήρηση ατομικής
υγιεινής.....
- ⇒ Ενυδάτωση του
ασθενή.....
- ⇒ Εντριβή με οινόπνευμα
ή αιθέρα.....

19. Υποστηρίζετε ότι η αλλαγή θέσεως 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 η εναλλαγή αυτή;

- ⇒ Μια φορά την ημέρα.....

- ⇒ Δύο φορές την ημέρα
- ⇒ Ανά 30 λεπτά
- ⇒ Ανά 2 ώρες
- ⇒ Ανά 5 ώρες
- ⇒ Άλλο
20. Το μασάζ στην περιοχή της κατάκλισης ενδείκνυται:
- ⇒ Πριν εμφανιστεί ερυθρότητα
- ⇒ Αφότου εμφανιστεί ερυθρότητα
- ⇒ Πάνω στην ήδη αναπτυγμένη ιστική βλάβη
- ⇒ Γύρω από προεξοχές οστών
- ⇒ Σε περιοχές γύρω από την κατάκλιση
21. Μια ισορροπημένη διατροφή συντελεί στη διατήρηση υγιούς δέρματος. Ποια από τα παρακάτω στοιχεία θεωρείτε σημαντικά για μια ισορροπημένη διατροφή;
- ⇒ Θετικό ισοζύγιο αζώτου
- ⇒ Πρωτεΐνες
- ⇒ Σίδηρος
- ⇒ Βιταμίνες Α, Β, C
- ⇒ Ψευδάργυρος
- ⇒ Θείο
- ⇒ Νερό και ηλεκτρολύτες
- ⇒ Κυτταρίνη και υδατάνθρακες
22. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της αντιμετώπισης των κατακλίσεων οι λεγόμενοι βιοσυνθετικοί επίδεσμοι (π.χ. Comfeel, Duoderm). Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι μηχανισμοί δράσης τους σε σχέση με τις παραδοσιακές γάζες;
- ⇒ Προστασία από δυνάμεις τριβής
- ⇒ Απλή κάλυψη πληγών
- ⇒ Προστασία από υγρασία
- ⇒ Προαγωγή της επούλωσης
- ⇒ Ανακούφιση από τον πόνο
- ⇒ Μείωση της δυσσομίας
- ⇒ Πρόληψη της επιμόλυνσης
23. Πριν την τοποθέτηση των επιθεμάτων ποιες νοσηλευτικές ενέργειες είναι απαραίτητο να γίνουν;
- ⇒ Καθαρισμός με βαμβάκι και Betadine
- ⇒ Καθαρισμός με γάζα και φυσιολογικό ορό
- ⇒ Αποϊμάκρυνση των νεκρωμένων ιστών
- ⇒ Περιποίηση με αποστηρωμένο υλικό και άσηπτη τεχνική

24. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το καλύτερο αντισηπτικό διάλυμα για φροντίδα κατακλίσεων;
- ⇒ Οινόπνευμα
 - ⇒ Betadine
 - ⇒ N/S
 - ⇒ Αιθέρας
 - ⇒ Αραιωμένο αντισηπτικό
25. Ποια μέτρα πιστεύετε ότι πρέπει ένας νοσηλευτής να παίρνει για την αποφυγή λοίμωξης της κατάκλισης;
- ⇒ Πλύσιμο χεριών
 - ⇒ Χρήση αποστειρωμένων γαντιών
 - ⇒ Προστασία από εξωγενείς πηγές
 - ⇒ Άλλο
26. Σημεία που συντελούν στην αξιολόγηση – εκτίμηση μιας κατάκλισης:
- ⇒ Θέση
 - ⇒ Μέγεθος
 - ⇒ Βάθος
 - ⇒ Εκκρίματα
 - ⇒ Πυρετός
 - ⇒ Πόνος
 - ⇒ Όλα τα παραπάνω
 - ⇒ Κανένα από τα παραπάνω
 - ⇒ Άλλο
27. Γνωρίζετε την ύπαρξη συνοδών θεραπειών για την αντιμετώπιση της κατάκλισης; Αν ναι τι ακριβώς;
- ⇒ Ναι
 - ⇒ Όχι
28. Ποιες πιστεύεται ότι είναι οι ενδείξεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων;
- ⇒ Ανατομική θέση της κατάκλισης
 - ⇒ Γενική κατάσταση ασθενούς
 - ⇒ Ηλικία
 - ⇒ Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως π.χ. Διαβήτης, Αγγειοπάθεια κ.τ.λ
 - ⇒ Φύλο
29. Γνωρίζετε την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με το θέμα των κατακλίσεων;
- ⇒ Ναι
 - ⇒ Όχι
30. Γίνεται ενημέρωση στους συνοδούς του ασθενούς, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, για την πρόληψη των κατακλίσεων;
- ⇒ Ναι
 - ⇒ Όχι
31. Γίνεται ενημέρωση στους συνοδούς του ασθενούς, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, για την φροντίδα των κατακλίσεων;

- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι
32. Ποιους παράγοντες θεωρείτε περισσότερο επιβαρυντικούς για τη δημιουργία κατακλίσεων στο χώρο του σπιτιού;
- ⇒ Ατομική υγιεινή
- ⇒ Ηλικία ασθενή.....
- ⇒ Έλλειψη υλικών μέσων.....
- ⇒ Έλλειψη ειδικών γνώσεων,για την πρόληψη και τη φροντίδα κατακλίσεων, από το οικείο περιβάλλον
33. Ποιους αξιολογείτε ως καταλληλότερους για τη φροντίδα κατακλίσεων;
- | | |
|---|---|
| ⇒ Νοσηλευτές (- ριες)Δ.Ε... <input type="checkbox"/> | ⇒ Αποκλειστικούς (- κες) <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Νοσηλευτές (- ριες)Τ.Ε... <input type="checkbox"/> | ⇒ Νοσοκόμους (- ες)..... <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Νοσηλευτές (- ριες)Π.Ε... <input type="checkbox"/> | ⇒ Μέλη οικογένειας..... <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Βοηθούς θαλάμων..... <input type="checkbox"/> | ⇒ Ιατροί..... <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Οικιακούς βοηθούς <input type="checkbox"/> | ⇒ Άλλον..... <input type="checkbox"/> |
34. Εκτός από τους νοσηλευτές ποιους άλλους θεωρείτε απαραίτητους για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων;
- ⇒ Φυσιοθεραπευτές.....
- ⇒ Διαιτολόγους
- ⇒ Κατασκευαστές ειδικών στρωμάτων - μαξιλαριών
- ⇒ Χειροποδίατρους
- ⇒ Πλαστικούς χειρουργούς
- ⇒ Άλλους.....
35. Από τις κατακλίσεις που κληθήκατε να φροντίσετε, ποια τα συναισθήματά σας;
-
-
-
36. Βάση των γνώσεων και των εμπειριών σας, αναφέρετε τις παρατηρήσεις σας σε λάθους χειρισμούς κατά την περιποίηση της κατάκλισης;
-
-
-
37. Πιστεύετε ότι το πρόβλημα της κατάκλισης αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά στο χώρο εργασίας σας;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι.....
38. Γνωρίζετε για την ύπαρξη και τις ενέργειες της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Ομάδας για τις κατακλίσεις;
- ⇒ Ναι
- ⇒ Όχι.....

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ
--

ΣΤΑΔΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη λύσεως συνέχειας δέρματος & διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Άρση πίεσης. Αλλαγή θέσης κάθε 1 – 2 ώρες. ▪ Σαπουνίσμα με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι. ▪ Καθαρό και στεγνό δέρμα. ▪ Επάλειψη δέρματος με προστατευτική αλοιφή ή σπρέι τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα. ▪ Τοποθέτηση προστατευτικού καλύμματος για την πρόληψη τριβής όπως επίδεσμος ζελατίνης ή επίδεσμο που επιτρέπει την εξάτμιση υγρασίας.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη επέκτασης ιστικής καταστροφής και θεραπεία της εξέλκωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χρήση όλων των παραπάνω. ▪ Πλύσιμο με αντισηπτικό διάλυμα ή φυσιολογικό ορό. ▪ Τοποθέτηση κρέμας και κάλυψη της εξέλκωσης με επίδεσμο ζελατίνης ή πλαστικό επίδεσμο για την πρόληψη μόλυνσης και τριβής.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Περιτοίηση της περιοχής και αφαίρεση νεκρωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καθαρισμό και φροντίδα όπως παραπάνω. ▪ Χρήση ειδικών επιθεμάτων: <ul style="list-style-type: none"> - Σε σκόνη - Σε μορφή ζελέ - Φαρμακευτική αγωγή
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ελάττωση ξηρότητας έλκους. ▪ Αφαίρεση νεκρωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χρήση όσων αναφέρονται στο 3ο στάδιο. ▪ Χειρουργικός καθαρισμός – νεαροποίηση χειλέων ελκωτικής επιφάνειας. ▪ Σε προβληματικές καταστάσεις χειρουργικός καθαρισμός και πλαστική.

**ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
&
ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΔΕΣΜΩΝ
ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ**

Οι παράμετροι οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη για την διάκριση των κατακλίσεων είναι οι εξής:

- A. Η καταστροφή των ιστών (βάθος κατακλίσεων)
- B. Η βακτηριακή κατάσταση του έλκους
- C. 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 του μυϊκού

Φάση (δ) Καταστροφή μυϊκού ιστού και έναρξη καταστροφής οστών

B) Διάκριση των κατακλίσεων ως προς τη βακτηριακή τους κατάσταση

- 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

- 1) Μη νεκρωτικές κατακλίσεις
- 2) Κατακλίσεις με νεκρωτικούς ιστούς, ψευδομεμβράνες, τώδη ιστό

Ανάλογα με την εκτίμηση της κατάκλισης και την ιδιαίτερη ταξινόμησή της όπως έχει αναφερθεί, θα επιλεγεί η μέθοδος Comfeel για τη φροντίδα του έλκους.

ΜΕΘΟΔΟΣ COMFEEL

Η μέθοδος Comfeel (υδροκολλοειδή-αλγηνικά) είναι ένας σύγχρονος 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 (υδροκολλοειδή – αλγηνικά)

B) Σκόνη

Γ) Πάστα

Δ) Αλγηνικό κορδόνι

E) Purilon Gel

ΣΤ) Deo Gel

A) Τα υδροκολλοειδή επιθέματα Comfeel, έχουν βασικό υλικό κατασκευής την κυτταρίνη. Η κυτταρίνη έχει την ιδιότητα της δέσμευσης υγρών από το έλκος. Η κολλητική ουσία των επιθεμάτων είναι αμυλόκολλα και προσφέρει ικανοποιητική 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 και της κυτταρίνης του επιθέματος. Το επίθεμα εξωτερικά επικαλύπτεται από μεμβράνη πολυουρεθάνης, η οποία είναι αδιαπέραστη από τα βακτήρια, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η προστασία από επιμολύνσεις και αναμολύνσεις του έλκους. Τα επιθέματα Comfeel κατασκευάζονται σε μεγάλη ποικιλία μεγεθών και σχημάτων. Η επιλογή του κατάλληλου επιθέματος γίνεται λαμβάνοντας υπόψη ότι πρέπει απαραίτητα το επίθεμα να καλύπτει 2 εκ. υγιούς δέρματος γύρω από το έλκος.

Τα **Comfeel PRD** αποτελούνται από ένα απλό επίθεμα στην εξωτερική επιφάνεια του οποίου 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 μία κοιλότητα που προστατεύει το έλκος από τους μηχανικούς τραυματισμούς, αλλά κυρίως από την πίεση, βοηθώντας έτσι στην αποκατάσταση της αιμάτωσης των υποκείμενων ιστών. Με τον μηχανισμό αυτό επιτυγχάνεται η άρση του βασικού αιτίου της δημιουργίας των κατακλίσεων. Τα Comfeel PRD διακρίνονται σύμφωνα με τη διάμετρο: α) διαμ 7 εκ. για αγκώνες και φτέρνες, β) διαμ 10 εκ. για γλουτό, κόκκυγα, μείζον τροχαντήρα, γ) διαμ 15 εκ. για γλουτό, κόκκυγα, μείζων τροχαντήρα. Τα Comfeel PRD έχουν κατά τα άλλα την ίδια δράση με τα απλά Comfeel και ισχύουν όσα προαναφέρθηκαν.

Το **Comfeel SeaSorb** ανήκει στην κατηγορία των αλγηνικών επιθεμάτων. Τα υλικά αυτά είναι κατασκευασμένα από το καφέ φύκι της θάλασσας και έχουν την ιδιότητα να απορροφούν μεγάλες ποσότητες υγρών (20 φορές το βάρος τους) από την επιφάνεια του έλκους. Η ιδιότητα αυτή οφείλεται στην ύπαρξη του αλγηνικού ασβεστίου στην σύνθεση των επιθεμάτων. Τα επιθέματα, αλλά και όλα τα υλικά Comfeel SeaSorb δεν κολλούν και δεν αφήνουν υπολείμματα στο έλκος. Επιτυγχάνουν κάθετη απορρόφηση χωρίς να διαχέουν την υγρασία στο γύρω δέρμα.

B) Comfeel Powder. Η βασική της σύνθεση είναι η κυτταρίνη σε μορφή σκόνης. Έτσι αυξάνεται η συνολική επιφάνεια κυτταρίνης, συνεπώς αυξάνεται η επαφή υγρών με μόρια κυτταρίνης και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη απορροφητικότητα. Η χρήση της σκόνης ενδείκνυται στις περιπτώσεις έλκους με λίγες έως μέτριες εκκρίσεις. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνουμε μεγαλύτερη αντοχή του επιθέματος και αύξηση του χρόνου κορεσμού του.

Γ) Comfeel Paste: Η Comfeel Paste είναι κυτταρίνη σε μορφή πάστας. Για να επιτευχθεί αυτό το αποτέλεσμα έχουν προστεθεί στην κυτταρίνη, παραφίνη και άλλα ελαιώδη συστατικά. Η τοποθέτησή της γίνεται στα βαθιά έλκη ή στα βαθιά έλκη με νεκρώσεις. Ακόμα τοποθετείται σε έλκη χωρίς βάθος που έχει όμως δημιουργηθεί ψευδομεμβράνη ή ινώδης ιστός. Η πάστα κυτταρίνης επιταχύνει την απομάκρυνση του νεκρωτικού ιστού από το έλκος.

Δ) SeaSorb κορδόνι: Αυτό ανήκει στην κατηγορία των αλγινικών υλικών. Η μεγάλη απορροφητική ικανότητα που έχει, σε συνδυασμό με την εύκολη τοποθέτησή του στο έλκος, το καθιστούν εξαιρετικά χρήσιμο στη φροντίδα των ελκών. Το κορδόνι SeaSorb μπορεί να τοποθετηθεί σε βαθιά έλκη με μέτριες έως έντονες εκροές και να απορροφήσει το μεγαλύτερο μέρος των υγρών. Σε κάθε αλλαγή μπορεί να απομακρυνθεί ολόκληρο χωρίς να παραμείνουν τμήματα ή ίνες του στην επιφάνεια του έλκους. Μπορεί να συνδυαστεί με όλα τα επιθέματα Comfeel, τόσο με τα αλγινικά όσο και με τα υδροκολλοειδή.

Ε) Purilon Gel: Ανήκει στην κατηγορία των υδροτζελ. Το 90% της σύνθεσής του αποτελείται από νερό, ενώ το υπόλοιπο είναι αλγινικό ασβέστιο και κυτταρίνη. Προκαλεί και προάγει οσμωτικά και αυτολυτικά φαινόμενα αυτοκαθαρισμού του έλκους και προσφέρει γρήγορη και απαλή απομάκρυνση των νεκρών ιστών. Η αυτολυτική απολέπιση με Purilon Gel προσφέρει ανώδυνο καθαρισμό από νεκρώσεις στους ασθενείς χωρίς τη χρήση αναισθητικών.

ΣΤ) Deo Gel: Έχει σχεδιαστεί για τη θεραπεία κάκοσμων ελκών. Το τζελ αυτό εξουδετερώνει τις οσμές του έλκους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε μορφή έλκους, συμπεριλαμβανομένων και των μολυσμένων ελκών κάτω από επίβλεψη. Το Deo Gel μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρις ότου να μην μας απασχολεί η κακοσμία. Γενικά, η οσμή θα πρέπει να υποχωρήσει αισθητά μετά από 3-4 μέρες.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ ΜΕ ΧΡΗΣΗ COMFEEL SYSTEM

ΦΑΣΗ Α₁, Α₂

(Επιδερμίδα και ανώτερες στοιβάδες του δέρματος με ή χωρίς φλεγμονή)

Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή:

- 1) 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) Καθαρίζετε 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 το έλκος και να υπερκαλύπτει 2εκ τουλάχιστον υγιούς δέρματος. Σε φλεγμονές που επιμένουν ή επιδεινώνονται χρησιμοποιείτε Comfeel SeaSorb. Αυτά τα επίθεμα βοηθούν στον έλεγχο των λοιμώξεων.

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.

ΦΑΣΗ Β₁. Β₂

(Υποδόριος ιστός, αρχή λιτώδους με ή χωρίς φλεγμονή)

Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή

- 1) NaCl 0,9%
- 2) Γάζα αποστειρωμένη
- 3) Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ή Comfeel SeaSorb
- 4) Comfeel Powder
- 5) Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα
- 6) Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου- αντιβιοτικές σκόνες

Διαδικασία αλλαγής

- 1) Καθαρίζεται το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
- 2) Καθαρίζεται το έλκος με NaCl 0,9%
- 3) Σκουπίζεται 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 γίνεται με ιατρική εντολή
- 6) Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει 2 εκ. τουλάχιστον υγιούς δέρματος
- 7) Αν η εκροή υγρών είναι μέτρια ή μεγάλη, τότε μετά το καθαρισμό του έλκους με NaCl 0,9%, τοποθετούμε Comfeel SeaSorb κορδόνι στο έλκος και καλύπτουμε με επίθεμα Comfeel SeaSorb. Τέλος επιλέγουμε ένα επίθεμα Comfeel Trasparent για την στήριξη του επιθέματος.

Χρόνος αλλαγής

Η διαδικασία αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 μέρες

ΦΑΣΗ Β₃

(Υποδόριος ιστός, αρχή λιπώδους, με νεκρώσεις)

Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή

- 1) NaCl 0,9%
- 2) Γάζα αποστειρωμένη
- 3) Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ή Comfeel SeaSorb
- 4) Comfeel Powder
- 5) Comfeel Paste ή Purilon Gel

Διαδικασία αλλαγής

- 1) Καθαρίζετε το έλκος με NaCl 0,9%
- 2) Σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
- 3) Τοποθετείτε Comfeel Paste ή Purilon Gel 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 2εκ. τουλάχιστον υγιούς δέρματος
- 6) Αν η εκροή υγρών είναι μέτρια ή μεγάλη τότε μετά τον καθαρισμό του έλκους με NaCl 0,9%, τοποθετούμε Comfeel SeaSorb κορδόνι στο έλκος και καλύπτουμε με επίθεμα Comfeel SeaSorb. Τέλος επιλέγουμε ένα επίθεμα Comfeel Transparent, για τη στήριξη του επιθέματος.

Χρόνος αλλαγής

Η διαδικασία αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 μέρες

ΦΑΣΗ Β₄

(Υποδόριος ιστός, αρχή λιπώδους, με φλεγμονή και νεκρώσεις)

Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή

- 1) NaCl 0,9%
- 2) Γάζα αποστειρωμένη
- 3) Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ή Comfeel SeaSorb
- 4) Comfeel Powder
- 5) Comfeel Paste ή Purilon Gel
- 6) Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα
- 7) Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου- αντιβιοτικές σκόνες

Διαδικασία αλλαγής

- 1) Καθαρίζεται το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
- 2) Καθαρίζεται το έλκος με NaCl 0,9%
- 3) Σκουπίζεται με αποστειρωμένη γάζα μόνο την περιοχή γύρω από το έλκος
- 4) Τοποθετείτε Comfeel Paste ή Purilon Gel απευθείας 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 Past - Powder είναι δυνατή
- 7) Επιλέγετε ένα επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ώστε να καλύπτεται το έλκος και να υπερκαλύπτει 2 εκ. τουλάχιστον υγιούς δέρματος
- 8) Αν η εκροή υγρών είναι μέτρια ή μεγάλη, τότε μετά το καθαρισμό του έλκους με NaCl 0,9%, τοποθετούμε Comfeel SeaSorb κορδόνι στο έλκος και καλύπτουμε με επίθεμα Comfeel SeaSorb. Τέλος επιλέγουμε ένα επίθεμα Comfeel Trasparent για την στήριξη του επιθέματος.

Χρόνος αλλαγής Η διαδικασία αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 2-3 μέρες

ΦΑΣΗ Γ₁ - Γ₂ - Δ

(Λιπώδης ιστός, μυϊκός, οστά με φλεγμονή και νεκρώσεις)

Απαραίτητα υλικά για την αλλαγή

- 1) NaCl 0,9%
- 2) Γάζα αποστειρωμένη
- 3) Επίθεμα Comfeel ή Comfeel PRD ή Comfeel SeaSorb
- 4) Comfeel Powder
- 5) Comfeel Paste
- 6) Αραιωμένο αντισηπτικό διάλυμα
- 7) Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου- αντιβιοτικές σκόνες

Διαδικασία αλλαγής

- 1) Καθαρίζεται το έλκος με αραιωμένο διάλυμα αντισηπτικού
- 2) Καθαρίζεται το έλκος με NaCl 0,9%
- 3) Σκουπίζεται 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 Past - Powder είναι απαραίτητη
- 5) Τοποθετείτε Comfeel Paste απευθείας 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 2 εκ. τουλάχιστον υγιούς δέρματος
- 8) Αν η εκροή υγρών είναι μέτρια ή μεγάλη, τότε μετά το καθαρισμό του έλκους με NaCl 0,9%, τοποθετούμε Comfeel SeaSorb κορδόνι στο έλκος και καλύπτουμε με επίθεμα Comfeel SeaSorb. Τέλος επιλέγουμε ένα επίθεμα Comfeel Trasparent για την στήριξη του επιθέματος.

Χρόνος αλλαγής Η διαδικασία αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 1 μέρα.

