



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ»

ΘΕΜΑ:

«Η βαθιά γνώση και η θετική στάση στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση (pressure injuries): αποτελούν στοιχεία της διεπαγγελματικής ομάδας σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση στη μονάδα ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου»

ΤΣΙΟΥΠΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ,

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μακρής Δημοσθένης, Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Επιβλέπων

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας

Σγάντζος Μάρκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας- Ιστορίας της Ιατρικής

Λάρισα, Ιούνιος 2022



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**



MASTER PROGRAM IN

THEME:

"The deep knowledge and positive attitude in the prevention of pressure injuries: are elements of the interprofessional team in patients in critical condition in the unit of a University General Hospital?"

**TSIOUPLI ANASTASIA,
NURSE**

Larisa, JUNE 2022

\

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
Θεωρητικό Μέρος	10
Κεφάλαιο 1ο: Εισαγωγικά στοιχεία για το δέρμα	10
Κεφάλαιο 1.1: Ανατομία δέρματος.....	10
Κεφάλαιο 1.2: Φυσιολογία δέρματος	11
Κεφάλαιο 1.3: Λειτουργίες του δέρματος	12
Κεφάλαιο 2ο: Τραυματισμός από πίεση.....	12
Κεφάλαιο 2.1: Εισαγωγικά για τα τραύματα από πίεση.....	12
Κεφάλαιο 2.2: Ορισμός.....	14
Κεφάλαιο 2.3: Επιδημιολογικά στοιχεία των τραυματισμών υπό πίεση	16
Κεφάλαιο 2.4: Τραύματα από πίεση στις ΜΕΘ	17
Κεφάλαιο 2.5: Προγνωστικοί παράγοντες για τα τραύματα από πίεση	18
Κεφάλαιο 2.6: Σταδιοποίηση των τραυμάτων από πίεση	19
Κεφάλαιο 2.7: Κλίμακες αξιολόγησης τραυμάτων από πίεση	23
Κεφάλαιο 3ο: Πρόληψη των τραυμάτων από πίεση	26
Κεφάλαιο 3.1: Πρόληψη και θεραπεία των τραυμάτων από πίεση	26
Κεφάλαιο 3.2: Γνώσεις διεπαγγελματικής ομάδας	28
Κεφάλαιο 3.3: Οικονομική επιβάρυνση τραυμάτων από πίεση	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
Σκοπός.....	31
Μεθοδολογία/ Πληθυσμός μελέτης.....	32
Ηθική και δεοντολογία έρευνας.....	33
Στατιστική ανάλυση.....	33
Περιγραφή του δείγματος.....	33
Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση	39
Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία	43
Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση	45
Διαφοροποίηση των γνώσεων και της άγνοιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση, την εργασιακή εμπειρία και την ειδική εκπαίδευση.....	48
Συζήτηση.....	50
Συμπεράσματα.....	53

Βιβλιογραφικές αναφορές	54
Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές	55
Ελληνόγλωσσα βιβλιογραφία.....	59
Διαδίκτυο	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1ο	60
1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	60
Β. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη γνώση για την πρόληψη τραυμάτων από πίεση –The PIPK Questionnaire (Pressure Injury Prevention Knowledge)	60
Γ. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη στάση απέναντι στην πρόληψη κατακλίσεων –The APuP Questionnaire (Attitude towards Pressure Ulcer Prevention)	63
Πίνακας Α. Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων υπό πίεση	65
Πίνακας Β. Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων	66
Πίνακας Γ. Επιπτώσεις των τραυμάτων	66

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους με βοήθησαν κατά την εκπόνησή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μακρή Δημοσθένη για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και για την άψογη συνεργασία, την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθεια για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστώ ακόμη, τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, κ. Ζακυνθινό Επαμεινώνδα και κ. Σγάντζο Μάρκο για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μου πρόσφεραν στην περίοδο των σπουδών μου. Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στα μέλη της οικογένειας μου, για την πολύτιμη στήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Τσιουπλή Αναστασία

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα τραύματα από πίεση είναι εντοπισμένα δερματικά τραύματα, τα οποία μπορεί να περικλείουν και τον γειτνιάζοντα ιστό. Η εμφάνισή τους οφείλεται στην πίεση που ασκείται στις επιφάνειες και κυρίως στις οστικές προεξοχές. Τα τραύματα από πίεση σχετίζονται με την ηλικία, την ακινησία, την κακή διατροφή, τα χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης και αιμοσφαιρίνης (Clarkson P, et al, 2019, Hahnel E et al, 2017, Chiari P et al, 2017).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η γνώση της διεπαγγελματικής ομάδας της ΜΕΘ και η στάση που έχουν υιοθετήσει απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση.

Υλικό & Μέθοδος: Για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκε είναι η διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ. Η συλλογή του δείγματος έγινε μέσω της διανομής δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, περιλαμβάνει το πρώτο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις σχετικές με τη γνώση που έχουν γύρω από τα τραύματα από πίεση. Βασίζεται στο PIPK ερωτηματολόγιο, δηλαδή στο Pressure Injuries Prevention Knowledge. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορά τη στάση στην πρόληψη του έλκους τραύματος και ως εργαλείο χρησιμοποιείται το APUP (Attitude towards Pressure Ulcer Prevention) ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Η διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, έχει θετική στάση ως προς την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση και τα οφέλη της. Ωστόσο, οι γνώσεις στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι αρκετά περιορισμένες. Οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα με τις περισσότερες γνώσεις επί του θέματος, όπως επίσης είναι η ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά σε πολλαπλή εκπαίδευση. Η ανάλυση δεν έδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά στην διαφοροποίηση των γνώσεων και της άγνοιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση, την εργασιακή εμπειρία και την ειδική εκπαίδευση. Με βάση αυτούς τους τρεις παράγοντες, στατιστική διαφορά σημειώθηκε στην προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση, στην προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων και στις επιπτώσεις των τραυμάτων.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, τα έλκη τραύματος είναι ένα μείζον πρόβλημα που αφορά κυρίως τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, στις ΜΕΘ. Η αντιμετώπισή των τραυμάτων από πίεση αφορά κυρίως τους νοσηλευτές. Η εμπλοκή και άλλων επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο του ορισμού μιας διεπαγγελματικής ομάδας για την αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση είναι προς όφελος του ασθενή. Η βαθιά γνώση σχετικά με τα τραύματα από πίεση που στηρίζεται στο «βιωματικό», τις «δεξιότητες» και τις «αξιώσεις της γνώσης» αφορά ολόκληρη την διεπιστημονική ομάδα.

Λέξεις-κλειδιά: Τραύματα από πίεση, γνώση, στάση, νοσηλευτές, διεπαγγελματική ομάδα

Abstract

Introduction: Pressure injuries are localized skin injuries, which may include adjacent tissue. Their appearance is due to the pressure exerted on the surfaces and mainly on the bony protrusions. Pressure injuries are associated with age, immobility, poor nutrition, low albumin and hemoglobin levels (Clarkson P, et al, 2019, Hahnel E et al, 2017, Chiari P et al, 2017).

Objectives: The purpose of this study is to investigate the knowledge of the ICU interprofessional team and their attitude towards the prevention of pressure injuries.

Materials & methods: For the conduct of the present study, the sample of the population that has been used is the interprofessional team of the ICU of the University Hospital of Larisa. The collection of the sample has been done through the distribution of two different questionnaires. The questionnaire includes the demographic characteristics of the participants and the first questionnaire that includes questions related to the knowledge they have about pressure injuries and is mainly based on the PIPK questionnaire, (Pressure Injuries Prevention Knowledge). The second questionnaire refers to the Attitude towards Pressure Ulcer Prevention (APUP tool).

Results: The interprofessional team of the University Hospital of Larissa, has a positive attitude regarding the prevention of pressure injuries and its benefits. However, the knowledge in the prevention of pressure injuries is quite limited. Nurses are the professional team with the most knowledge on the subject. In addition, the nurses compared to the rest of the interprofessional team of the ICU are those with the highest percentages in multiple education but also those who shoulder the greatest responsibility. The analysis did not show any statistically significant difference in the differentiation of knowledge and ignorance depending on professional status, work experience and special education. Based on these three factors, a statistical difference was noted in the personal ability to prevent stress injuries.

Conclusion: In conclusion, pressure injuries are a major problem that mainly affects patients in critical condition in the ICU. The treatment of pressure injuries mainly concerns the nurses. The involvement of other health professionals in setting up an interprofessional team in order to treat pressure injuries in favor of patients. In-depth knowledge of pressure injuries is supported by the "experiential", "skills" and "knowledge claims" of the entire interdisciplinary team.

Keywords: Pressure injuries, knowledge, attitude, nurses, interprofessional team

Εισαγωγή

Τα «τραύματα από πίεση» (Pressure Injuries -PI), τα οποία είναι γνωστά και ως «έλκη πίεσης» είναι διεθνώς αναγνωρισμένα ως ένας μείζονας επιβαρυντικός παράγοντας που σχετίζεται με την εξέλιξη της θεραπείας των βαριά πασχόντων ασθενών (Clarkson P, et al, 2019). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για εντοπισμένα δερματικά τραύματα, τα οποία μπορεί να περικλείουν και τον γειτνιάζοντα ιστό. Η ύπαρξή τους οφείλεται στην πίεση που ασκείται στις επιφάνειες και κυρίως στις οστικές προεξοχές. Τα τραύματα από πίεση αποτελούν ένα σημαντικό βάρος για τα άτομα που τα φέρουν, καθώς προκαλούν μεγάλες αλλαγές στην σωματική, κοινωνική και ψυχική τους ευημερία (Clarkson P, et al, 2019).

Υψίστης σημασίας μπορεί να θεωρηθεί και το κόστος, το οποίο απαιτείται για την θεραπεία των τραυμάτων από πίεση και αξίζει να σημειωθεί ότι είναι αρκετά υψηλό (Demarré, L, et al, 2015, Zarei, E et al, 2019). Σε ορισμένες χώρες όταν τίθεται θέμα δημιουργίας τραυμάτων από πίεση προσφεύγουν σε νομικές λύσεις, διότι η κατάσταση αυτή ισοδυναμεί με την ελλιπή περίθαλψη των ασθενών (Voss A.C et al, 2005). Άλλωστε, η εμφάνισή τους ή μη, αποτελεί δείκτη ποιότητας ως προς την υγειονομική περίθαλψη του ασθενή. Πιο αναλυτικά, σε μελέτη των Voss A.C et al, (2005) αναφέρθηκε χαρακτηριστικά ότι η αποζημίωση για την δημιουργία μιας κατάκλισης ανέρχεται στο ποσό των 312 εκατομμυρίων δολαρίων τον χρόνο. Η εμφάνιση ή όχι τραυμάτων από πίεση καθώς και η θεραπεία τους θεωρείται ένα μείζον πρόβλημα που επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό τους επαγγελματίες υγείας.

Τα τραύματα από πίεση συνήθως παρουσιάζουν συσχέτιση αναφορικά με την ηλικία, την ακινησία, την κακή διατροφή, τα χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης, αιμοσφαιρίνης καθώς και από τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου εξοπλισμού για την ελαχιστοποίηση της πίεσης. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν τα κρεβάτια (Hahnel E et al, 2017, Chiari P et al, 2017). Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) θεωρούνται ως μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών αναφορικά με τα τραύματα από πίεση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς διαφοροποιούνται και εκδηλώνουν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου συγκριτικά με άλλες ομάδες ασθενών κυρίως λόγω της χαμηλής αιμάτωσης του ασθενή, τη γενική κατάσταση του δέρματος λόγω της ασθένειας, τη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων και τη χρήση καταστολής που συνεπάγεται αυτόματα και παρατεταμένη ακινησία (Alderden J et al, 2017). Τα τραύματα από πίεση που εκδηλώνονται στη ΜΕΘ κυμαίνονται από το 2,6 έως το 56%, ενώ η εμφάνισή τους εκεί είναι 3,8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κλινικές των νοσοκομείων (Tubaishat A et al, 2018, FionaCoyer RN, et al, 2017).

Αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες που σχετίζονται με τα τραύματα από πίεση φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο έχουν η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου του δέρματος, η διατροφή η οποία χρησιμοποιείται ως μέσο θεραπείας, η προστασία του δέρματος, η συχνή αλλαγή θέσεων και πιο συγκεκριμένα ανά δίωρο, η πρόωμη χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού για την αποφυγή της πίεσης

στο δέρμα του ασθενή (Haesler, E. et al, 2019). Βέβαια, το πιο σημαντικό μέτρο για την αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση παραμένει η πρόληψη (Beeckman et al, 2011). Παλαιότερα, είθισται υπεύθυνοι για την πρόληψη και την φροντίδα των τραυμάτων από πίεση να είναι αποκλειστικά το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο των νοσοκομείων όσο και των ιδρυμάτων περίθαλψης των ασθενών, ωστόσο πλέον έχει τεθεί μια νέα διεπαγγελματική προσέγγιση, η οποία προωθείται ως μια βέλτιστη πρακτική για την αντιμετώπισή τους (Clarkson P, et al, 2019). Η πρόληψη τους αλλά και η σωστή αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση επιτυγχάνεται μέσω της συνεργασίας τόσο των νοσηλευτών όσο και των διαφόρων άλλων ειδικοτήτων. Και πάλι το μεγαλύτερο έργο αντιστοιχεί στους νοσηλευτές, αλλά πλέον συμμετέχουν ενεργά και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόληψη, την αξιολόγηση των κινδύνων και την φροντίδα των τραυμάτων από πίεση είναι η γνώση, η βαθιά πεποίθηση και η επιμόρφωση όχι μόνο του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των φυσιοθεραπευτών, των βοηθών και των γιατρών (Beeckman et al, 2011).

Η γνώση ως έννοια αποτελείται από τρεις διαφορετικές πτυχές:

- το «βιωματικό»,
- τις «δεξιότητες» και
- τις «αξιώσεις γνώσης» (Dombrowski E et al, 2013).

Η ελλιπής γνώση όσον αφορά τα τραύματα από πίεση σχετίζεται με την χαμηλή πρόληψή τους, με την ελλιπή περιποίηση του τραύματος και με την μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας του ασθενή. Η γνώση των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν τα τραύματα από πίεση έχει μετρηθεί στο παρελθόν, ενώ η διεπαγγελματική ομάδα που εργάζεται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των τραυμάτων μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ένας νεότερος θεσμός και απαιτεί περαιτέρω και εκτενέστερη μελέτη (Beeckman et al, 2011).

Η αξιολόγηση της γνώσης επιτυγχάνεται κατά κύριο λόγο με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων, εκ των οποίων τα επικρατέστερα θεωρείται πως είναι το ερωτηματολόγιο του “Pieper Pressure Ulcer Knowledge (PPKUT)” (Pieper, B. et al, 1995) και το ερωτηματολόγιο “Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT)” (Beeckman, D., et al, 2010).

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην διερεύνηση της γνώσης σε ολόκληρη την διεπαγγελματική ομάδα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και στην στάση όλων των μελών της διεπαγγελματικής ομάδας απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση.

Θεωρητικό Μέρος

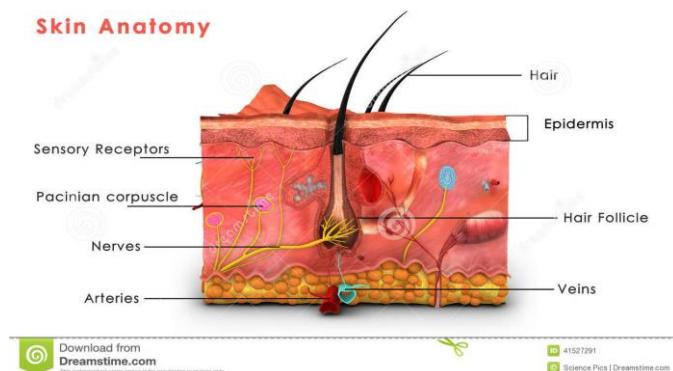
Το δέρμα είναι το όργανο του ανθρώπινου σώματος που πλήττεται περισσότερο από τα τραύματα από πίεση. Επόμενα όργανα είναι ο μυϊκός ιστός και τα οστά τα οποία μπορεί επίσης να επηρεάσει ένα τραύμα από πίεση. Για αυτό το λόγο μια μικρή αναφορά κρίνεται σκόπιμη.

Κεφάλαιο 1ο: Εισαγωγικά στοιχεία για το δέρμα

Κεφάλαιο 1.1: Ανατομία δέρματος

Το δέρμα αποτελεί όσον αφορά το ανθρώπινο σώμα, το πιο μεγάλο του όργανο και περιβάλλει την εξωτερική επιφάνειά του. Το δέρμα σαν όργανο θεωρείται ως ένα λειτουργικό σύστημα, το οποίο έχει την ιδιότητα να επιτελεί μια πληθώρα από λειτουργίες, οι οποίες είναι φυσιολογικές. Συναντάται ως μια μεμβράνη σε ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος, θεωρείται το πιο ορατό όργανο ενός ανθρώπου και ζυγίζει περισσότερο από 7%

του σωματικού βάρους. Το δέρμα αποτελείται από τρεις διαφορετικές μεταξύ τους στιβάδες. Από την επιδερμίδα, το χόριο και το υποδόριο. Η κάθε στιβάδα έχει μοναδικές ιδιότητες, οι οποίες συμβάλλουν στην ικανότητα του δέρματος να διατηρεί τις πολλαπλές του λειτουργίες.



Εικόνα 1. Ανατομία δέρματος. www.bioximikos.gr

Η επιδερμίδα είναι ένα λεπτό στρώμα, χωρίς να περιέχει αγγεία στο εξωτερικό του. Συντίθεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο και τρέφεται από τα αγγεία του αίματος του χορίου. Η επιδερμίδα αποτελείται από τα κερατινοκύτταρα, τα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα του Merkel και τα κύτταρα του Langerhans, τους τριχοσημηματογόνους θύλακες, όπως επίσης και τους αδένες. Οι τελευταίοι είναι οι σημηματογόνοι, οι αποκρινείς και οι εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες. Η επιδερμίδα επιπλέον παρουσιάζει τέσσερις διαφορετικές στιβάδες, την βασική, την ακανθωτή, την κοκκώδη και την κερατίνη στιβάδα.

Το χόριο από την άλλη πλευρά είναι η στιβάδα που στηρίζει την επιδερμίδα και αποτελείται από έναν ινώδη συνδετικό ιστό. Αυτός περιέχει τα αγγεία του δέρματος, τα θυλάκια των τριχών, τις απολήξεις των νεύρων, τους ιδρωτοποιούς και τους σημηματογόνους αδένες (Osborn και συν, 2010).

Στο δέρμα περιέχονται αγγεία, νεύρα, νύχια, τρίχες και αδένες, τα οποία σχηματίζονται από την εγκόλπωση της επιδερμίδας εντός του χορίου και σχηματίζονται από μια σκληρή και στερεά κερατίνη που καθιστά το δέρμα ελαστικό και ανθεκτικό. Επίσης, το δέρμα διαιρείται σε δυο τύπους, αφενός στον έντριχο και αφετέρου στον άτριχο. Ο έντριχος τύπος καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του σώματος μαζί με την τριχοφυΐα, η οποία είναι εντονότερη στην κεφαλή, στις μασχάλες, στο εφηβαίο και στο πρόσωπο των ανδρών, ενώ ο άτριχος τύπος χαρακτηρίζεται από μια παχιά κερατίνη στιβάδα που καλύπτει τις επιφάνειες των παλαμών και των πελμάτων.

Τόσο η ανατομική όσο και η λειτουργική διαφορά της κάθε στιβάδας συντελούν στη δημιουργία ενός σύνθετου δικτύου. Είναι το δίκτυο που χαρακτηρίζεται ως ο πρωτεύων φραγμός του οργανισμού τόσο στα βακτήρια και τους ιούς, όσο και στην υπερϊώδη ακτινοβολία, τα χημικά κατάλοιπα και τα μηχανικά τραύματα.

Κεφάλαιο 1.2: Φυσιολογία δέρματος

Από άποψη φυσιολογίας, το δέρμα συγκαταλέγεται στα όργανα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και εκτελεί μια πληθώρα από λειτουργίες. Έχει μια πλούσια νεύρωση, με πολλά νευρικά τμήματα απαγωγού τύπου, που ευθύνονται για τον έλεγχο του δερματικού αγγειακού δικτύου και για τα εξαρτήματα που σχετίζονται με το δέρμα. Ο προσαγωγός τύπος σχετίζεται με τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις, που αφορούν στην αντίληψη της θερμοκρασίας, του κνησμού και του πόνου. Επίσης, υπάρχουν και οι νευρικές απολήξεις που σχετίζονται με τις τρίχες, την αίσθηση της αφής και την αντίληψη της εν τω βάθει πίεσης και των δονήσεων.

Μια από τις κυριότερες λειτουργίες που έχει το δέρμα είναι να αποτελεί το πρώτο σημαντικό εμπόδιο προσφέροντας προστασία στα ζωτικά όργανα και προλαμβάνοντας την είσοδο των επιζήμιων οργανισμών στο ανθρώπινο σώμα. Το δέρμα έχει την ιδιότητα να προστατεύει τους υποκείμενους ιστούς από διάφορες καταστάσεις όπως ο χημικός τραυματισμός ή από το τραύμα γενικότερα, από την αφυδάτωση και από την υπερβολική έκθεση στον ήλιο. Προσφέρει την δυνατότητα να καθυστερεί την απώλεια της θερμότητας του σώματος, αλλά και των υγρών. Ελέγχει την θερμοκρασία του σώματος χάρη στους αισθητικούς υποδοχείς, οι οποίοι δίνουν την δυνατότητα στο άτομο να αντιλαμβάνεται την θερμότητα, το κρύο, τον πόνο και την πίεση. Αυτοί οι υποδοχείς, δηλαδή οι μηχανοϋποδοχείς, οι θερμοϋποδοχείς και οι υποδοχείς του πόνου, οι οποίοι σχετίζονται με την αφή, με την θερμοκρασία και με τα επώδυνα ερεθίσματα, μετατρέπονται σε νευρικά ερεθίσματα. Οι νευρικές ώσεις που δημιουργούνται από τα ερεθίσματα αυτά μεταφέρονται στον εγκέφαλο, όπου αναλύονται και ερμηνεύονται (Osborn και συν, 2010). Τέλος, τον πιο σημαντικό ρόλο στο δέρμα έχει το υποδόριο λίπος, το οποίο στην ουσία αποτελεί την θερμομόνωση του οργανισμού και μπορεί να λειτουργεί ως μια αποθήκη για τις θρεπτικές ουσίες του οργανισμού (Vivier, 2002).

Κεφάλαιο 1.3: Λειτουργίες του δέρματος

Η προσταστική λειτουργία του δέρματος δύναται να προστατεύει από την διείσδυση των βλαβερών εξωτερικών παραγόντων ή από τους τραυματισμούς, διατηρώντας με τον τρόπο αυτό το εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος ακέραιο. Μια επιπλέον σημαντική λειτουργία του δέρματος στον ανθρώπινο οργανισμό είναι ο μεταβολισμός και η σύνθεση των ορμονών. Η διαδικασία αυτή επιτελείται με την βοήθεια των ενζύμων και με την σωστή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, σε συνδυασμό με την απέκκριση όλων των άχρηστων προϊόντων προς το περιβάλλον. Τέτοια προϊόντα μπορεί να θεωρηθούν ο ιδρώτας και το σμήγμα. Στις λειτουργίες του δέρματος συγκαταλέγεται και η απορρόφηση ορισμένων ουσιών είτε είναι τοξικές είτε είναι χρήσιμες, οι οποίες μπορεί να θεωρηθούν βλαβερές για τον οργανισμό. Το δέρμα όντας απορροφητικό όργανο, έχει την ιδιότητα να απορροφά τις ουσίες αυτές, οι οποίες διεισδύουν στο δέρμα μέσω της επιδερμίδας και των τριχοσμηγματικών θυλάκων. Οι ουσίες αυτές είναι οι μικρές ποσότητες οξυγόνου, νερού, υδατοδιαλυτών και λιποδιαλυτών ουσιών. Αναφορικά με το νερό και τις υδατοδιαλυτές ουσίες, αυτές έχουν την ιδιότητα να απορροφούνται σε ελάχιστες ποσότητες. Αυτό οφείλεται στην επιφάνεια της κερατίνης στιβάδας, η οποία αποτρέπει την πρόσληψή τους. Βέβαια, οι τριχοσμηγματικοί θύλακες έχουν την ιδιότητα να απορροφούν τις ουσίες αυτές λίγο περισσότερο, ενώ οι λιποδιαλυτές ουσίες είναι πλήρως απορροφήσιμες από την μεμβράνη των κυττάρων της επιδερμίδας. Τέλος, το δέρμα έχει την ιδιότητα να προστατεύει τον οργανισμό από διάφορες θερμικές επιδράσεις, όπως είναι δηλαδή οι χημικές προσβολές που οφείλονται σε μηχανικές κακώσεις, σε μικροβιακές και σε παρασιτικές προσβολές. Επιπρόσθετα η παραγωγή της μελανίνης στο δέρμα συμβάλλει στην προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία, υπό την επίδραση της οποίας σχηματίζεται στο δέρμα η βιταμίνη D (Ιωάννης Χατζής, 1994).

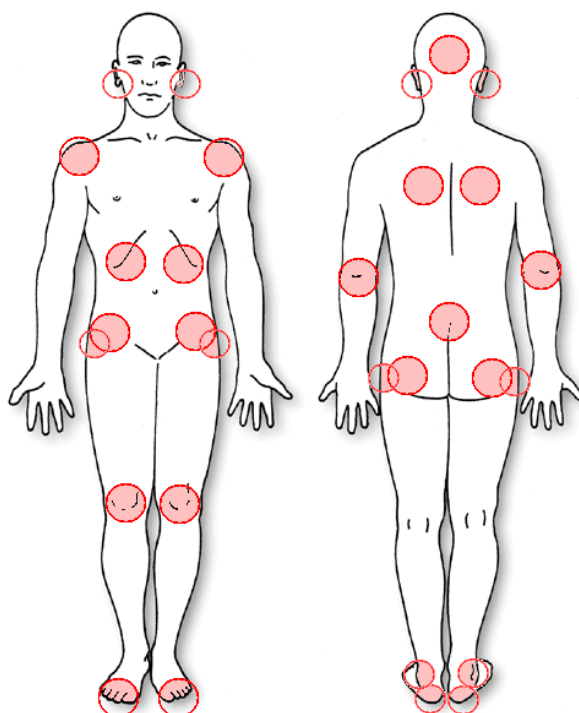
Κεφάλαιο 2ο: Τραυματισμός από πίεση

Κεφάλαιο 2.1: Εισαγωγικά για τα τραύματα από πίεση

Τα «τραύματα από πίεση» ή τα «έλκη κατάκλισης» όπως ονομάζονται είναι πληγές που δημιουργούνται όταν ασκούνται στο δέρμα δυνάμεις πίεσης, τριβής ή διάτμησης. Πρόκειται λοιπόν για ένα «εντοπισμένο τραυματισμό στο δέρμα ή στον υποκείμενο ιστό και πιο συγκεκριμένα πάνω από μια οστική προεξοχή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να προκαλεί την πίεση σε συνδυασμό με την διάτμηση» (National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019)). Οι τραυματισμοί από πίεση αντιπροσωπεύουν μια πολύ σημαντική κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση για τους πληθυσμούς σε ολόκληρο τον κόσμο. Αποδίδεται σε αυτούς το γνώρισμα ως ένας πολύ υψηλός δείκτης αναπηρίας, ενώ εκτιμάται ως μια παγκόσμια επιβάρυνση δερματικών παθήσεων συγκριτικά με άλλες δερματολογικές παθήσεις που

υπάρχουν (Clarkson P et al, 2019). Υψηλότερος κίνδυνος για εμφάνιση τραυμάτων από πίεση εκδηλώνεται στους βαριά πάσχοντες ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ καθώς και στους ασθενείς που είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Τα τραύματα από πίεση που δημιουργούνται στους γηριατρικούς ασθενείς οφείλονται στις σωματικές αναπηρίες που προκαλούνται από έντονη αδράνεια, από ακινησία και από σημαντικά επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας τους. Οι ανεπιθύμητες εκβάσεις τους εκτός από τους ασθενείς, επιβαρύνουν και την οικογένεια τους, τους φροντιστές τους και το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης (Beeckman D et al, 2010a).

Ο επιπολασμός των τραυμάτων από πίεση αποτελεί πλέον το δείκτη ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα ορισμένοι από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση τραυμάτων από πίεση σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ είναι η ηλικία του ασθενή, η διάρκεια παραμονής στην ΜΕΘ, το κάπνισμα και ο παρατεταμένος μηχανικός αερισμός. Σημαντικός παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί και κάποια συννοσηρότητα, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιαγγειακή νόσος, η νεφρική νόσος, η πνευμονική νόσος και τα τραύματα (J. Cox, 2017). Τα αποτελέσματα μιας Ευρωπαϊκή μελέτης που αφορούν τα έλκη τραύματος την χρονική περίοδο του 2002 έδειξαν ότι αναπτύσσονται πιο συχνά σε οστικές προεξοχές, όπως είναι ο κόκκυγας σε ποσοστό 28,6%, οι φτέρνες σε ποσοστό 26,0% και το ισχίο σε ποσοστό 10,0%. Ο επιπολασμός που αφορά τα τραύματα από πίεση στα Ευρωπαϊκά νοσοκομεία ανέρχεται στο ποσοστό του 18,1% (Vanderwee K., et al, 2007).



Εικόνα 2: Περιοχές υψηλού κινδύνου για δημιουργία τραύματος από πίεση. PUTZ Falls Improvement Collaborative. Helen Meagher & Pat Mc Cluskey. RANP Tissue Viability.

Επιδημιολογικά δεδομένα που προέκυψαν από πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο πόνος των ασθενών, οι μολυσματικές επιπλοκές, η παρατεταμένη αλλά και η δαπανηρή νοσηλεία, τα επίμονα ανοιχτά έλκη, ο αυξημένος κίνδυνος για τον θάνατο καθώς και η μειωμένη ποιότητα ζωής σχετίζεται με την κακή υγεία των ασθενών και με την υψηλή πιθανότητα ανάπτυξης των τραυμάτων από πίεση. Η σωστή πρόληψη και η καλή πρόγνωση των βαριά πασχόντων ασθενών είναι αναγκαία, κυρίως για τα άτομα που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εκδήλωσης και ανάπτυξης των τραυμάτων από πίεση (Beekman D et al, 2010a).

Κεφάλαιο 2.2: Ορισμός

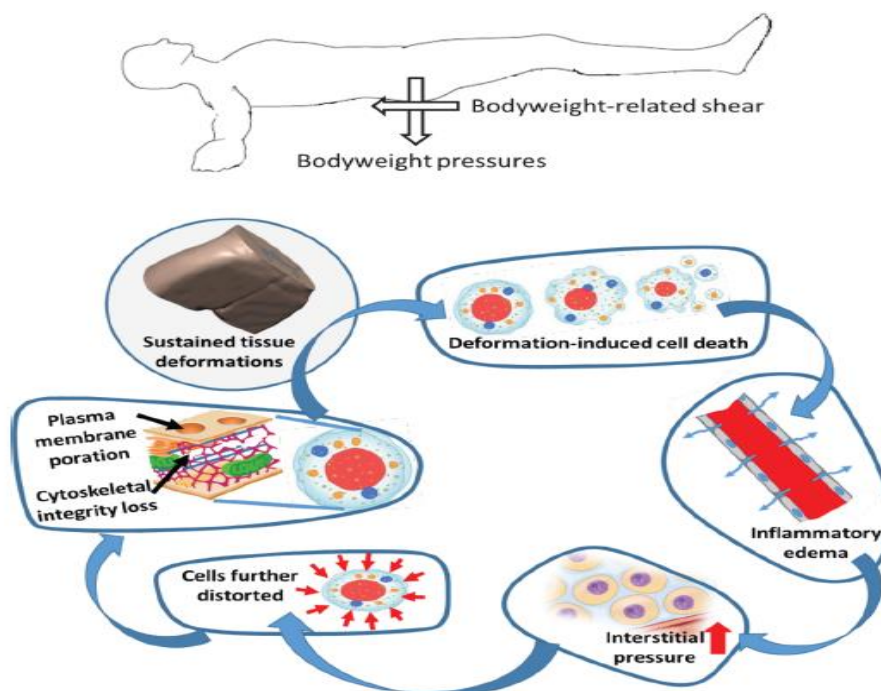
Σύμφωνα με τον τρέχον ορισμό που αφορά τους τραυματισμούς από πίεση του National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), «ένας τραυματισμός από πίεση είναι τοπική βλάβη στο δέρμα και στον υποκείμενο μαλακό ιστό, συνήθως πάνω από οστέινη προεξοχή ή σχετίζεται με ιατρική ή με άλλη συσκευή. Ο τραυματισμός μπορεί να εμφανιστεί ως άθικτο δέρμα ή ως ανοιχτό έλκος και μπορεί να είναι επώδυνο. Προκύπτει ως αποτέλεσμα έντονης και/ή παρατεταμένης πίεσης ή σε συνδυασμό με διάτμηση.

Η ανοχή του μαλακού ιστού στην πίεση και τη διάτμηση μπορεί επίσης να επηρεαστούν από το μικρόκλιμα, την διατροφή, την αιμάτωση, τις συννοσηρότητες και την κατάσταση του μαλακού ιστού» (National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019).

Ως κύρια αιτία για τα τραύματα από πίεση είναι ο βαθμός της πίεσης και η διάρκειά της πάνω στους ιστούς καθώς επίσης η ανθεκτικότητα των ιστών σε συνδυασμό με το μικροκλίμα της περιοχής. Αυτή η πίεση ορίζεται σαν μια κάθετη δύναμη η οποία ασκείται σε οποιαδήποτε επιφάνεια του ανθρώπινου σώματος (Χαρχαρίδου ,2009). Η κατανομή της ίδιας πίεσης σε μεγαλύτερη επιφάνεια, έχει μικρότερη επίπτωση στους ιστούς. Η τιμή αυτής της πίεσης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 32 mmHg την πίεση δηλαδή της μικροκυκλοφορίας. Σε υπέρβαση αυτής επέρχεται μείωση της μικροκυκλοφορίας ακόμη και διακοπή της.

Τα τραύματα από πίεση προκαλούνται όταν η άμεση πίεση προκαλεί ισχαιμία των ιστών στο δέρμα, τους μυς και στην περιτονία. Συνήθως εμφανίζεται πάνω από τις οστικές προεξοχές, ωστόσο είναι πιθανό να εμφανιστεί και σε άλλες θέσεις. Η πίεση αυτή είναι άμεση και προκαλεί συμπίεση των μικρών αγγείων, αποτρέποντας με τον τρόπο αυτό την παροχή του οξυγόνου στην επιφάνεια των τριχοειδών αγγείων και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συμπιέσει ακόμη περισσότερο τα μικρά αγγεία,

προκαλώντας αύξηση στην ισχαιμία και τελικά θάνατο των ιστών. Τα πιο συχνά σημεία που εμφανίζονται τραύματα από πίεση είναι στο ιερό οστό, στον κόκκυγα και στις φτέρνες (Jan Powers et al, 2018).



Εικόνα 3: Σχηματική απεικόνιση της διαδικασίας του κυτταρικού θανάτου(Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS, 2014).

Ως τραυματισμός από πίεση λοιπόν μπορεί να οριστεί «η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς σε ασθενείς οι οποίοι είναι κατακεκλιμένοι» (www.epuar.org).

Δύο ακόμη σημαντικές μηχανικές αιτίες ανάπτυξης τραύματος είναι η παρουσία δυνάμεων τριβής (friction) και διάτμησης (shear). Όσον αφορά τη διάτμηση, μηχανικές δυνάμεις αναπτύσσονται τόσο στην περιτονία όσο και στο δέρμα, αντίθετα η μια δύναμη από την άλλη εμφανίζοντας διατομή των μυοδερματικών διαστρωμάτων και δημιουργία τραυματισμού εν τω βάθει ή δημιουργία φλύκταινας (Χαρχαρίδου, 2009). Είναι το αποτέλεσμα της ημικαθιστικής θέσης όπου η δύναμη του βάρους του ασθενούς τον παρασύρει κάτω ενώ η επιδερμίδα αντιστέκεται όντας κολλημένη με τον ιματισμό.

Οι δυνάμεις τριβής αναπτύσσονται στο δέρμα όταν ο ιματισμός κινείται σε αντίθετη κατεύθυνση προς αυτό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό φυσαλίδων και στην εμφάνιση λύσης συνέχειας του δέρματος (Grey, Enoch & Harding, 2006).

Τα τραύματα από πίεση που επηρεάζουν τους ασθενείς δεν είναι μόνο στο δέρμα. Για παράδειγμα, τα τραύματα από πίεση, μπορούν να εμφανιστούν μέσα ή κάτω από βλεννογόνο ο οποίος διαθέτει υγρασία όπως ο αναπνευστικός, ο γαστρεντερικός και ο ουρογεννητικός σωλήνας. Τα τραύματα από πίεση των βλεννογόνων προκαλούνται κυρίως από ιατρικές συσκευές, όπως σωληνάκια, και από τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για την σταθεροποίησή τους, καθώς και από τις δυνάμεις διάτμησης οι οποίες ασκούν πίεση στους βλεννογόνους και τους επικειμένους ιστούς (Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS, 2014).

Κεφάλαιο 2.3: Επιδημιολογικά στοιχεία των τραυματισμών από πίεση

Αναφορικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν τα τραύματα από πίεση φαίνεται ότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τον ασθενή που τα φέρει, προκαλώντας μεγάλη επιβάρυνση καθώς αποτελούν έναν πολύ υψηλό δείκτη αναπηρίας σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους (Clarkson P, et al, 2019). Σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι ο συνολικός επιπολασμός των τραυμάτων από πίεση παρουσιάζει μια μεγάλη διακύμανση όσον αφορά την τοποθεσία και την ρύθμισή τους. Πιο πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι σχετίζονται με ιατροτεχνολογικά προϊόντα, καθώς μπορεί να τονιστεί ότι το 1/3 όλων των τραυμάτων από πίεση αποκτήθηκαν είτε από τα νοσοκομεία είτε από τα ιατρικά κέντρα. Μια πιθανή εξήγηση σχετικά με το θέμα αυτό είναι η έμφαση που δίνεται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο περιβάλλον μιας κοινότητας. Παραδείγματος χάρη, στα πλαίσια της κοινότητας του Ηνωμένου Βασιλείου αναφορικά με τα τραύματα από πίεση φαίνεται ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 11-13% (Clarkson P et al, 2019). Σύμφωνα με μια μεταανάλυση που διεξήγαγε ο Chaboyer et al. (2018) σε σύνολο 10 μελετών (8168 συμμετέχοντες) για την επίπτωση των τραυμάτων από πίεση, και σε 8 μελέτες (13144 συμμετέχοντες) για τον επιπολασμό, οι οποίες διεξήχθησαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας διεθνώς, έδειξαν ότι στην πλειοψηφία των ασθενών η αναγνώριση των τραυμάτων από πίεση έγινε μετά από επιθεώρηση του δέρματος των ασθενών. Το ποσοστό επίπτωσης κατά την διάρκεια της συγκεκριμένης μελέτης ανήλθε σε 6,6% έως 36,8%, ενώ το ποσοστό επιπολασμού ήταν 12,2% έως 24,5%. Σε γενικό πλαίσιο περίπου ένα εκατομμύριο ασθενείς υποφέρουν ετησίως από τα τραύματα από πίεση. Σύμφωνα με τα δεδομένα των Demarré, L., et al (2015) φαίνεται ότι ο επιπολασμός των τραυμάτων από πίεση σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε οίκους ευγηρίας κυμαίνεται από 8,8% έως 29,9%, ενώ σε ποσοστό από 7% έως 23% κυμαίνεται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής.

Αναφορικά με τα Ελληνικά δεδομένα, το 2007 πραγματοποιήθηκε η πρώτη Πανελλήνια μελέτη από την Ελληνική Εταιρεία Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών. Σε αυτήν πήραν μέρος 28 περιφερειακά νοσοκομεία τα οποία έδειξαν ποσοστό επιπολασμού 8,06 Vassilopoulos, Charcharidou, & Castana, 2015). Τα δεδομένα για τους ασθενείς που πάσχουν από οξεία νοσήματα υπολογίζονται σε

ποσοστό 4 έως 7%, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις κυμαίνονται από 11 έως 22%, ενώ το ποσοστό των γηριατρικών ασθενών κυμαίνεται στο 35%. Τα αποτελέσματα δημοσιευμένων Ελληνικών μελετών δείχνουν τον επιπολασμό στα νοσοκομεία της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, κατά το χρονικό διάστημα του 1985- 1987 στο Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» ο επιπολασμός ήταν στο 13.8%, κατά το έτος 1992 σε 19 διαφορετικά νοσοκομεία της χώρας ο επιπολασμός ήταν στο 6.8%, κατά το έτος 1997 στην ΜΕΘ 251 Γ.Ν Αεροπορίας ο επιπολασμός ήταν 7.01%, ενώ κατά το έτος 2001 στο Γ.Ν.Α. Γεννηματά ο επιπολασμός ήταν σε ποσοστό 12.6% και κατά το έτος 2003 στο Γ.Ν.Α «ΚΑΤ» ο επιπολασμός κυμαινόταν στο 12% (Χαρχαρίδου Μ., 2005).

Υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση τραυματισμών από πίεση έχουν οι βαριά πάσχοντες ασθενείς, οι οποίοι θεωρούνται οι πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Αυτό οφείλεται στην αστάθεια που υπάρχει στην κατάσταση της υγείας τους, στην επεμβατική φύση των παρεμβάσεων καθώς και στην περιορισμένη φυσική δραστηριότητα και κινητικότητα εξαιτίας των πολλαπλών θεραπειών των ασθενών (Clarkson P, et al, 2019).

Κεφάλαιο 2.4: Τραύματα από πίεση στις ΜΕΘ

Η ΜΕΘ θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά τμήματα μέσα στο νοσοκομείο καθώς είναι ένα τμήμα όπου οι ασθενείς βρίσκονται σε πολύ κρίσιμη και απειλητική κατάσταση για την ζωή τους. Οι ασθενείς στην ΜΕΘ είναι πολύ εύκολο να εμφανίσουν τραύματα από πίεση, εξαιτίας του ιατρικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας τους. Επίσης, σημαντικό πρόβλημα μπορεί να προκαλέσουν και τα φάρμακα που δίνονται για να προκαλέσουν αγγειοσυστολή και μείωση της ροής του αίματος στο δέρμα. Οι ασθενείς θεωρούνται ιδιαίτερα επιρρεπείς όσον αφορά την δημιουργία τραυμάτων από πίεση και αυτό μπορεί να το προκαλεί η μείωση της αιμάτωσης που αναπόφευκτα οδηγεί σε μείωση του οξυγόνου (Jan Powers et al, 2018).

Επιδημιολογικά δεδομένα από τις ΜΕΘ δείχνουν ότι το ποσοστό για την εκδήλωση τραυμάτων από πίεση είναι υψηλότερο στους βαριά πάσχοντες ασθενείς, καθώς η παγκόσμια επίπτωση υπολογίζεται στο 3.3% έως 39.3% (L. Habiballah et al, 2018), ενώ πιο πρόσφατα αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη στο Ιράν έδειξαν ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται στο 21% (A. Akbari Sari et al, 2014). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Voss A.C. et al, (2005) φαίνεται ότι τα τραύματα από πίεση αυξάνονται όσο αυξάνεται ο αριθμός των πασχόντων και τα χρόνια. Δηλαδή, τα περιστατικά των ασθενών που παρουσίασαν κατά μέσο όρο αύξηση των τραυμάτων από πίεση κυμαίνονταν από το 7% κατά το χρονικό διάστημα του 1984 έως 1999 και από 18% στο χρονικό διάστημα από το 1999 έως 2001. Τέλος, σε παγκόσμια κλίμακα το εύρος του ποσοστού της επικράτησης των τραυματισμών από πίεση στο περιβάλλον της οξείας φροντίδας κυμαίνεται μεταξύ του 6% έως το 18,5% (Tubaishat A, et al, 2018).

Ο νοσοκομειακός τραυματισμός από πίεση στις ΜΕΘ έδειξε ότι ο επιπολασμός είναι σημαντικά μεγαλύτερος από άλλες ομάδες ασθενών που δεν έχουν νοσηλευτεί σε ΜΕΘ (Fiona Coyer RN, et al, 2017). Οι ασθενείς που εμφάνισαν τραύματα από πίεση κατάφυγαν σε αγωγές, δηλαδή καταγράφηκαν περισσότερες από 17.000 αγωγές σε ένα έτος εξαιτίας της εμφάνισης τραυμάτων από πίεση. Αναφέρεται δε ότι η αποζημίωση για την δημιουργία τραυμάτων από πίεση ανέρχεται στα 312 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Επιπλέον, υψηλό είναι το ποσοστό και των θανάτων που προκαλούνται από επιπλοκές που δημιουργήθηκαν από τραυματισμούς από πίεση. Από τα βιβλιογραφικά δεδομένα παρουσιάζεται ότι περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια ασθενείς πάσχουν ετησίως από τραυματισμούς από πίεση, ενώ καταγράφονται περίπου 60.000 θάνατοι που έχουν προκληθεί από επιπλοκές των τραυματισμών (Padula WV et al, 2019).

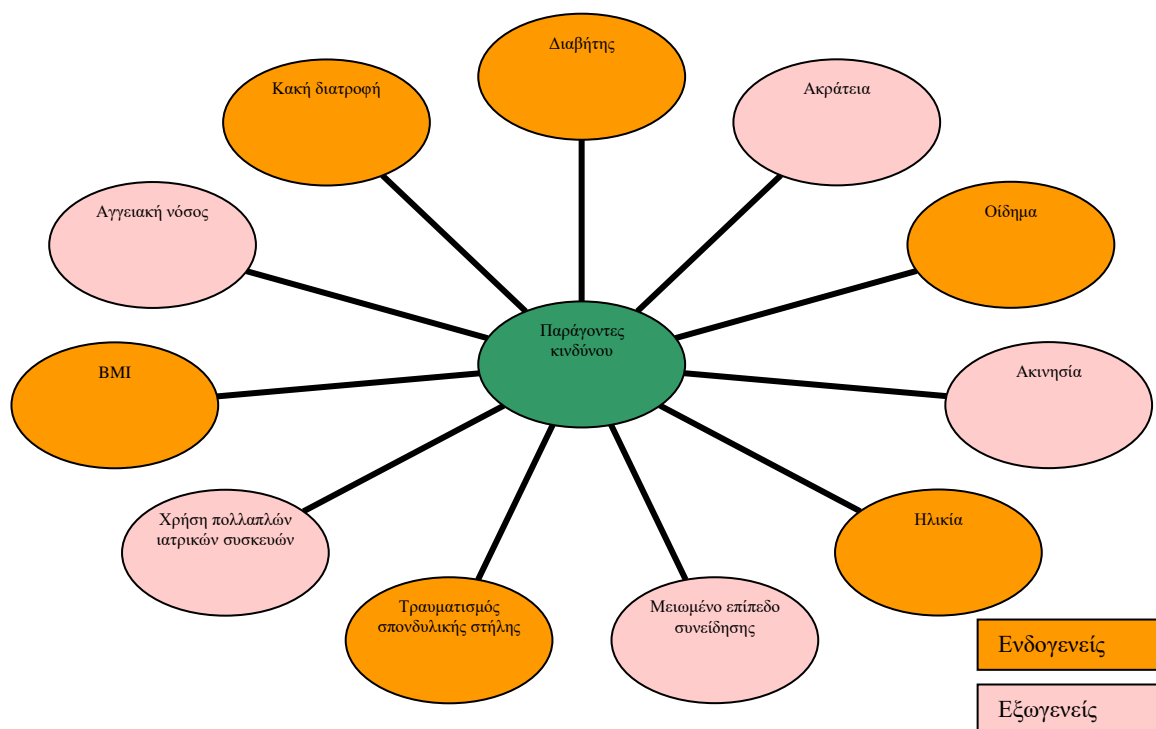
Κεφάλαιο 2.5: Προγνωστικοί παράγοντες για τα τραύματα από πίεση

Τα τραύματα από πίεση είναι ένας πολύ σοβαρός παράγοντας κινδύνου για τους ασθενείς που τα φέρουν. Μεγαλύτερη επιρροή παρουσιάζεται στην ζωή των ασθενών που είναι πιο ευάλωτοι και παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο χώρο του νοσοκομείου καθώς επίσης και σε ασθενείς που είναι κλινήρεις. Σε αυτή την κατηγορία των ασθενών ανήκουν αυτοί που έχουν κατάγματα, και πιο συγκεκριμένα κατάγματα ισχίου και είναι μεγαλύτερης ηλικίας (Kim SM, et al, 2012). Βέβαια, στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ (Haesler E, editor, 2014).

Στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου αναφορικά με τα τραύματα από πίεση κατατάσσεται η ακινησία των ασθενών. Η επανατοποθέτηση του ασθενούς έχει σύσταση κατηγορίας Α όσον αφορά τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/ Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline 2019). Επίσης, σε κίνδυνο μπορεί να τεθεί ο ασθενής σε περιπτώσεις που υπάρχει μείωση της αιμάτωσης και επιβεβλημένη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων. Αυτό συνεπάγεται μείωση της οξυγόνωσης της οξυγόνωσης των ιστών.

Η αυξημένη υγρασία στο δέρμα συνδέεται με υγρά τόσο από κάποιο τραύμα όσο και από κάποια παροχέτευση. Αυξημένη υγρασία επίσης υπάρχει από έντονη εφίδρωση ως αποτέλεσμα αυξημένης θερμοκρασίας. Η ακράτεια από ούρα ή κόπρανα που επίσης οδηγούν σε αυξημένη υγρασία, θεωρείται υπεύθυνη για την εμφάνιση τραυμάτων από πίεση κυρίως στην περιοχή του κόκκυγα και των τροχαντήρων. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται ο καθαρισμός του ασθενή το συντομότερο δυνατό με ήπια καθαριστικά που δεν αφήνουν ξηρό το δέρμα. (Royal College of Nursing, 2001). Σε μεγάλο βαθμό για την αποφυγή της υγρασίας συμβάλουν οι σάκοι παροχέτευσης των σωματικών υγρών και κοπράνων.

Επίσης, σε κίνδυνο βρίσκεται ο ασθενής έπειτα από χειρουργική επέμβαση και γενικότερα όταν η συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών είναι μειωμένη. Σημαντικό παράγοντα κινδύνου μπορεί να αποτελέσει η πίεση που προκαλείται από ιατρικές συσκευές όπως είναι οι καθετήρες και τα υλικά που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια χορήγηση ή οι ενδοτραχειακοί σωλήνες όπου μπορεί να προκαλέσουν τραύματα από πίεση στους ασθενείς (Jan Powers et al, 2018). Βέβαια, όταν οι παράγοντες κινδύνου αναγνωρίζονται έγκαιρα και γίνονται οι κατάλληλες προληπτικές παρεμβάσεις συμβάλλουν την βέλτιστη πρακτική για τους νοσηλευτές και το έργο τους (Diane Long, 2018).



Η υποθρεψία επίσης συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη δημιουργία τραυμάτων από πίεση. Ο ασθενής δεν πρέπει να έχει απώλεια βάρους μεγαλύτερη από το 5% του σωματικού του βάρους σε τριάντα ημέρες.. (Alderden J, et al, 2017).

Κεφάλαιο 2.6: Σταδιοποίηση των τραυμάτων από πίεση

Η σταδιοποίηση των τραυμάτων από πίεση πραγματοποιείται με τους παρακάτω διαχωρισμούς. Τα στατιστικά στοιχεία που σχετίζονται με τους τραυματισμούς από πίεση τρίτου βαθμού θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά (Padula WV et al, 2019).

Στάδιο I :Ερύθημα μη λεύκανσης στην πίεση, σε εντοπισμένη άθικτη περιοχή. Είναι ένα μη παροδικό ερύθημα του ακέραιου δέρματος κυρίως σε περιοχές οστεοειδών περιοχών (Australian Wound Management Association (AWNA), (2012). Τα άτομα τα οποία είναι πιο σκουρόχρωμα δεν μπορούν να έχουν εμφανή αποχρωματισμό του δέρματος, αλλά κατά πάσα πιθανότητα παρουσιάζουν διαφορές συγκριτικά με το χρώμα του περιβάλλοντος του δέρματος. Το σημείο του δέρματος

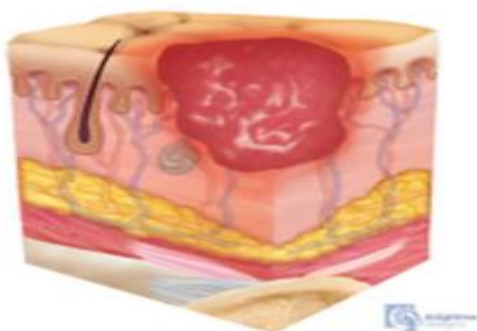
παρουσιάζεται ως πιο επώδυνο, μαλακό, με πιο ζεστή και δροσερή αίσθηση συγκριτικά με τους γειτονικούς ιστούς. Η διάγνωση του σταδίου αυτού σε ασθενείς που είναι σκουρόχρωμοι είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πιθανότατα να προκαλεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που το φέρουν (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012).



Εικόνα 4. Στάδιο I τραύματος από πίεση. <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Στάδιο II: Απώλεια μερικού πάχους του δέρματος ή φλύκταινα.

Συνήθως εμφανίζεται ως ένα ρηχό, ανοιχτό κόκκινο-ροζ σημείο πληγής ή άθικτη ή ραγισμένη κυψέλη με λιμάρισμα ορού (Australian Wound Management Association (AWNA), (2012). Πιο συγκεκριμένα, τα τραύματα από πίεση στο στάδιο αυτό σχετίζονται με την απώλεια του μερικού πάχους του δέρματος από την μορφή ενός κρατήρα με ροζ ή με κόκκινο χρώμα χωρίς την παρουσία κάποια εσχάρας. Το στάδιο αυτό μπορεί να παρουσιαστεί υπό την μορφή φυσαλίδας. Οι κακώσεις υποδεικνύονται με την υποψία ενός πιο έντονου εν τω βάθει ιστικού τραύματος. Εδώ δεν υπάρχει η δυνατότητα να περιγράψουν δερματικές εκδορές που οφείλονται σε περινεϊκή δερματίτιδα ή σε εγκαύματα σε ορισμένες περιπτώσεις (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012).



Εικόνα 5. Στάδιο II τραύματος από πίεση <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Στάδιο III: Απώλεια δέρματος πλήρους πάχους, εκτεθειμένος ο υποδόριος ιστός.

Στην περίπτωση αυτή το υποδόριο λίπος μπορεί να είναι πιο ορατό συγκριτικά με τα προηγούμενα στάδια, καθώς έχουμε απώλεια πλήρους πάχους. Σ' αυτό το στάδιο τα οστά, οι τένοντες και οι μύες δεν είναι εκτεθειμένοι (Australian Wound Management Association (AWNA), (2012). Από πλευράς μορφολογίας ο τραυματισμός από πίεση είναι σαν ένας βαθύς κρατήρας, χωρίς να γίνεται εμφανές το βάθος της απώλειας του ιστού. Όταν υπάρχουν τραυματισμοί από πίεση σε έναν ασθενή εξετάζονται διεξοδικά για την κατηγοριοποίηση στο συγκεκριμένο στάδιο καθώς είναι ανάλογο με την ανατομική τοποθεσία του τραύματος. Στα σημεία του σώματος τα οποία δεν έχουν υποδόριο ιστό και είναι ρηγά, όπως είναι τα αυτιά, η μύτη, το ινιακό οστό και τα σφυρά δεν αναπτύσσονται εύκολα. Ωστόσο, σε περιοχές που είναι πλούσιες σε λιπώδη ιστό μπορεί να εμφανίσουν τραύματα τα οποία είναι βαθιά που φτάνουν το 3^ο στάδιο.



Εικόνα 6. Στάδιο III τραύματος από πίεση <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Στάδιο IV: Ολική απώλεια του δέρματος με επέκταση της βλάβης στα οστά, τους τένοντες ή τους μύες.

Εδώ ελλοχεύει ο κίνδυνος για εμφάνιση οστεομυελίτιδας. Επίσης, οι μύες και οι τένοντες είναι ορατοί και μπορούν να ψηλαφηθούν πολύ εύκολα, όπως επίσης είναι ορατά και τα ζωτικά όργανα (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012).



Εικόνα 7. Στάδιο IV τραύματος από πίεση. <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Στάδιο V: Ασταδιοποίητο

Στο στάδιο αυτό, υπάρχει δερματική, υποδόρια και πιθανόν μεγαλύτερη απώλεια ιστού πλήρους πάχους. Επιπλέον, είναι λίγο δύσκολο να προσδιοριστεί το πραγματικό βάθος του τραυματισμού από πίεση ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να αφαιρεθεί η εφελκίδα ή η εσχάρα προκειμένου να εμφανιστεί η βάση του τραύματος. Η εσχάρα έχει την ιδιότητα να είναι σταθερή, προσκολλημένη και άθικτη, χωρίς να περιλαμβάνει κάποιο ερύθημα και χωρίς να υπάρχουν σημάδια αυξομείωσης. Συνήθως εντοπίζεται στην πτέρνα και δεν θα πρέπει να αφαιρεθεί καθώς αποτελεί ένα φυσικό βιολογικό κάλυμμα του σώματος (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012).

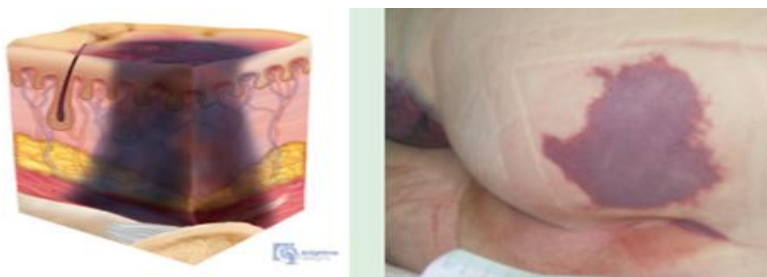


Εικόνα 8. Στάδιο V τραύματος από πίεση <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Στάδιο VI: Ύποπτο εν τω βάθει τραύμα ιστού.

Εδώ υπάρχουν περιοχές που είναι αποχρωματισμένες με άθικτο δέρμα ή φλύκταινες και περιέχουν ένα αιματικό υγρό, το οποίο προέρχεται από την καταστροφή του επικείμενου ιστού μετά από την πίεση όπου ασκήθηκε ή μετά από πιέσεις δυνάμεων (Australian Wound Management Association (AWNA), (2012). Οι περιοχές αυτές είναι αποχρωματισμένες με μοβ ή με σκούρο χρώμα. Το συγκεκριμένο σημείο των τραυματισμένων ιστών είναι επώδυνο, σταθερό, μαλακό και περιέχει υγρή, θερμή ή δροσερή επιφάνεια συγκριτικά με τις γειτονικές επιφάνειες. Στο στάδιο αυτό παρουσιάζεται

ένα βαθύ ιστικό τραύμα, όπου εκδηλώνεται μια δυσκολία να εντοπιστεί σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα. Έντονη μπορεί να είναι η επιδείνωση της κατάστασης σε περιπτώσεις που έχει παρουσιαστεί έστω και μια μικρή φλύκταινα στο βάθος του δέρματος. Μια ακόμη εξέλιξη που μπορεί να επιδεινώσει σημαντικά την κατάσταση ενός τραυματισμού από πίεση είναι η δημιουργία μιας λεπτής επίστρωσης εσχάρας. Η επιδείνωση αυτή μπορεί να εξελιχθεί με ταχύτατους ρυθμούς, η οποία μπορεί να συμβάλλει στην αποκάλυψη επιπρόσθετων στιβάδων ιστού (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012).



Εικόνα9. ΣτάδιοVI τραύματος από πίεση <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Κεφάλαιο 2.7: Κλίμακες αξιολόγησης τραυμάτων από πίεση

Οι κλίμακες που σχετίζονται με την αξιολόγηση των τραυμάτων από πίεσης θεωρούνται βοηθητικά εργαλεία που δεν πρέπει να υποκαθιστούν την κλινική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (MgGough, 1999). Οι κλίμακες αξιολόγησης γενικά επικεντρώνονται στους επιβαρυντικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κλινική κατάσταση του ασθενή. Σε γενικές γραμμές θεωρούνται εύχρηστες, αξιόπιστες και έχουν χαμηλό κόστος. Συνολικά είναι διαθέσιμες 40 κλίμακες για την αξιολόγηση των τραυμάτων από πίεση. Ορισμένες από αυτές είναι:

- **H Norton:** Η κλίμακα αυτή μετράει την φυσική κατάσταση, την ψυχική κατάσταση, την δραστηριότητα, την κινητικότητα και την ακράτεια. Η βαθμολογία από τις κλίμακες αυτές υπολογίζεται ως εξής:
 - όταν η βαθμολογία είναι >18 υπάρχει χαμηλός κίνδυνος για εκδήλωση τραυμάτων από πίεση,
 - όταν η βαθμολογία είναι 14-18 υπάρχει μέτριος κίνδυνος για εμφάνιση τραυμάτων από πίεση,
 - όταν η βαθμολογία είναι 10-14 υπάρχει υψηλός κίνδυνος για εμφάνιση τραυμάτων από πίεση και
 - όταν η βαθμολογία είναι <10 τότε υπάρχει πολύ υψηλός κίνδυνος εμφάνισης τραυμάτων από πίεση.

➤ **H Braden:** Η κλίμακα αυτή μετράει την υπερφόρτωση των αισθήσεων του ασθενή, την υγρασία, την δραστηριότητα, την κινητικότητα, την θρέψη και την τριβή/διάτμηση. Οι υποκλίμακες αυτές διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες είναι:

- 1= εντελώς περιορισμένη,
- 2= πολύ περιορισμένη,
- 3= ελαφρώς περιορισμένη,
- 4= κανένα πρόβλημα.

Η βαθμολογία από τις κλίμακες αυτές υπολογίζεται ως εξής:

- όταν η βαθμολογία είναι 18++ ο κίνδυνος για εμφάνιση τραυμάτων από πίεση είναι χαμηλός,
- όταν η βαθμολογία είναι 15-18 τότε υπάρχει κίνδυνος,
- όταν η βαθμολογία είναι 13-14 τότε ο κίνδυνος είναι μέτριος,
- όταν η βαθμολογία είναι 10-12 τότε ο κίνδυνος είναι υψηλός και
- όταν η βαθμολογία είναι <10 τότε ο κίνδυνος είναι πολύ υψηλός.

➤ **H Waterlow:** Η κλίμακα αυτή μετράει την κατασκευή, το βάρος και το ύψος, τις οπτικές περιοχές κινδύνου του δέρματος, το φύλο και την ηλικία, τους ειδικούς κινδύνους, την εγκράτεια, την κινητικότητα, την όρεξη και το νευρολογικό έλλειμμα. Οι κλίμακες κυμαίνονται από το 0 έως το 5 ανάλογα με την ερώτηση και τις απαντήσεις, με 0 την πιο καλή βαθμολογία και 5 την πιο χαμηλή βαθμολογία. Η βαθμολογία από τις κλίμακες αυτές υπολογίζεται ως εξής:

- όταν η βαθμολογία είναι 10+, τότε υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης τραυμάτων από πίεση,
- όταν η βαθμολογία είναι 15+ τότε υπάρχει υψηλός κίνδυνος και
- όταν η βαθμολογία είναι 20+ τότε υπάρχει πολύ μεγάλος κίνδυνος.

➤ **H Cubbin and Jackson:** είναι η κλίμακα που μετράει τον κίνδυνο των τραυμάτων από πίεση σε ασθενείς της ΜΕΘ. Η κλίμακα αυτή μετράει τις εξής παραμέτρους: την ηλικία, το βάρος ή την βιωσιμότητα του ιστού, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, τους γενικούς δερματικούς παράγοντες, την ψυχική κατάσταση, την κινητικότητα, την αιμοδυναμική, την αναπνοή, τις απαιτήσεις σε οξυγόνο, την θρέψη, την ακράτεια και την υγιεινή. Ο βαθμός κάθε μεταβλητής κυμαίνεται από 1 έως 4. Σε βαθμό χαμηλότερο από 28 η εμφάνιση τραύματος από πίεση είναι υψηλή. Η Cubbin and Jackson έχει Ευαισθησία 89% και Ειδικότητα 61%. Αυτά τα ποσοστά επιβεβαιώνουν τους υψηλούς δείκτες εγκυρότητάς της. (Χατζή και συν, 2009)

- Η ηλικία υπολογίζεται με 4= <40, 3= 40-54, 2= 55-70 και 1= >70.

- Το βάρος ή η βιωσιμότητα του ιστού υπολογίζεται με 4= μέσο βάρος ΔΜΣ 18-25,9 kg/m², 3= παχυσαρκία 26- 39.9 kg/m², 2= καχεκτικός <18 kg/m², 1= οποιαδήποτε από τα παραπάνω σοβαρά οιδήματα ή >40 kg/m².
- Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό υπολογίζεται με 4= κανένα, 3= ήπια, 2= σοβαρή, 1= πολύ σοβαρή.
- Οι γενικοί δερματικοί παράγοντες υπολογίζονται με 4= άθικτος, 3= κόκκινο δέρμα που επηρεάζει περιοχές επιρρεπείς στην πίεση, 2= επιφανειακές δερματικές περιοχές που έχουν εξαφανιστεί 1= βαθιά πληγωμένα, νεκρωτικά ή βαριά εξίδρωση των τραυμάτων.
- Η ψυχική κατάσταση υπολογίζεται με 4= ξύπνιος και σε εγρήγορση, 3= ταραγμένος/ ανήσυχος/ μπερδεμένος, 2= απαθής/ ναρκωμένος αλλά ανταποκρινόμενος 1= κώμα/ δεν ανταποκρίνεται/ παράλυτος/ ναρκωμένος.
- Η κινητικότητα υπολογίζεται με 4= βαδίζει με βοήθεια, 3= πολύ περιορισμένος, καρεκλοδεμένος, 2= ακίνητος αλλά ανέχεται την κίνηση στην αλλαγή της θέσης 1= ανίκανος να ανεχθεί, επιρρεπής στην περίθαλψη.
- Η αιμοδυναμική υπολογίζεται με 4= σταθερό χωρίς ινοτρόπα, 3= σταθερό με ινοτρόπα, 2= ασταθείς χωρίς ινοτρόπα, 1= ασταθείς με ινοτρόπα.
- Η αναπνοή υπολογίζεται με 4= αυθόρμητη, 3= μη επεμβατική CPAP, BiPAP, 2= μηχανικός αερισμός, 1= μηχανικός αερισμός, μη αυθόρμητη αναπνοή.
- Οι απαιτήσεις σε οξυγόνο υπολογίζονται με 4= απαιτεί <40% οξυγόνο, σταθερό στην κίνηση, 3= απαιτήσεις 40-60% οξυγόνου, σταθερό στην κίνηση, 2= απαιτήσεις 40-60% οξυγόνου, σταθερό ABGs αλλά με αποκορεσμό στην κίνηση, 1= απαιτεί 60% οξυγόνο ή παραπάνω, είναι ανίκανο να διατηρεί ABGs με αποκορεσμό στην ξεκούραση.
- Η διατροφή υπολογίζεται με 4= πλήρης διατροφή και υγρά, 3= καθαρά ενδοφλέβια (IV) υγρά μόνο, 2= ελαφριά διατροφή, στοματικά υγρά, εντερική διατροφή, 1= παρεντερική διατροφή.
- Η ακράτεια υπολογίζεται με 4= μη/ανουρικό/καθετηριασμένο (καθετήρας ούρων και/ή κοπράνων), 3= ούρα/ έντονη εφίδρωση, 2= κόπρανα/ περιστασιακή διάρροια, 1= ούρα και περιτώματα/ παρατεταμένη διάρροια (>3 φορές/ ημέρα).
- Η υγιεινή υπολογίζεται με 4= ανεξάρτητος, 3= χρειάζεται βοήθεια, 2= χρειάζεται περισσότερη βοήθεια, 1= πλήρως εξαρτημένος.

Η βαθμολογία από τις κλίμακες αυτές υπολογίζεται ως εξής:

- αφαιρέστε 1 βαθμό εάν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή έχει μεταφερθεί σε CT, MRI ή HBOT τις τελευταίες 48 ώρες,

- αφαιρέστε 1 βαθμό εάν ο ασθενής χρειάστηκε αίμα ή παράγοντες πήξης κατά τις τελευταίες 24 ώρες,
- αφαιρέστε 1 βαθμού, εάν ο ασθενής έχει υποθερμία 35oC ή κάτω (θερμοκρασία πυρήνα) Παναγίδης Δημήτρης, (2018).

Κεφάλαιο 3ο: Πρόληψη των τραυμάτων από πίεση

Κεφάλαιο 3.1: Πρόληψη και θεραπεία των τραυμάτων από πίεση

Η πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι τόσο σημαντικό ζήτημα ώστε να αναφέρεται ως θεραπεία εκλογής. Η εστίαση της προσοχής των νοσηλευτών θα πρέπει να αφορά πρωτίστως την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Στόχος της πρόληψης είναι η άρση της πίεσης των ιστών στο συντομότερο χρονικό διάστημα, η αποφυγή των δυνάμεων διάτμησης και τριβής καθώς και η χρήση ενός ευρύ φάσματος αποτελεσματικών μεθόδων για την αντιμετώπιση τους (Beeckman, D., et al, 2010). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών από όλους τους εμπλεκόμενους στην διαδικασία της αντιμετώπισης των τραυμάτων από πίεση. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά δεν ακολουθούνται όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη και την θεραπεία τους. Για την μη έγκυρη αντιμετώπιση των τραυμάτων ευθύνονται οι αρνητικές στάσεις του εμπλεκόμενου προσωπικού αλλά και η έλλειψη των βασικών γνώσεων αναφορικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς (Van Gaal B. et al, 2010).

Για τα τραύματα από πίεση πολύ σημαντική θεωρείται η πρόληψη. Έτσι, δημιουργήθηκαν ορισμένες στρατηγικές πρόληψης για τους τραυματισμούς από πίεση, ιδιαίτερα στους βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Ως στρατηγική πρόληψης είναι η δέσμη μέτρων, ένα οργανωμένο σύνολο παρεμβάσεων, που ενθαρρύνει την συμμόρφωση με τις οδηγίες που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Η δέσμη μέτρων που χρησιμοποιείται για τα τραύματα από πίεση είναι βασισμένη στο SSKIN BUNDLE (Surface, Skin inspection, Keep moving, Incontinence/moisture, Nutrition). Σύμφωνα με το SSKIN BUNDLE κάθε στοιχείο εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή, με τον ίδιο τρόπο, από κάθε άτομο, κάθε φορά. Έτσι με τον τρόπο αυτό δημιουργείται αξιοπιστία και συνέχεια στην διαδικασία. (Final Report Pressure Ulcers to Zero Collaborative, Phase 3 November 2016. February 2018:

Πίνακας 1: SSKIN BUNDLE <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/622970/final-report-putz-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

SURFACE – ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ	Έχει το άτομο τη σωστή επιφάνεια και το σωστό στήριγμα επιφάνειας; Εγκατάσταση υποστηρικτικών επιφανειών μείωσης της πίεσης κάτω από τον ασθενή (π.χ. μαξιλάρια και στρώματα).
SKIN INSPECTION - ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	Ποια είναι η κατάσταση ακεραιότητας; Επισκόπηση στην εισαγωγή, καταγραφή δερματικής διαταραχής, επανεκτίμηση του δέρματος τουλάχιστον μια φορά σε κάθε βάρδια.
KEEP PATIENTS MOVING - ΚΡΑΤΗΣΤΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΚΙΝΗΣΗ	Έχει ενθαρρυνθεί το άτομο να κινηθεί ανεξάρτητο ή με βοήθεια; Όχι στην ίδια θέση για περισσότερο από 6 ώρες, όταν βρίσκεται στο κρεβάτι.
INCONTINENCE / MOISTURE -ΑΚΡΑΤΕΙΑ / ΥΓΡΑΣΙΑ	Ακράτεια όχι μόνο από ούρα και κόπρανα αλλά και ιδρώτα, εκκρίσεις του τραύματος, ή διαρροή από καθετήρες
NUTRITION / HYDRATION - ΔΙΑΤΡΟΦΗ /ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ	Επανεκτίμηση διατροφής / λήψης υγρών του ατόμου για την πρόληψη δερματικής βλάβης. Απαιτούνται συμπληρώματα δια του στόματος; Εάν ναι, χρησιμοποιούνται;

Η πρόληψη και η θεραπεία των τραυμάτων από πίεση είναι μια διαδικασία στην οποία τον κύριο ρόλο έχουν οι νοσηλευτές. Ωστόσο, τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα είναι αρκετά περιορισμένα. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος και στην χαμηλή προτεραιότητα όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα, αποτελώντας έναν σημαντικό φραγμό για την αποτελεσματική πρόληψη τους, το οποίο διαπιστώνεται από τις υπάρχουσες μελέτες (Beeckman et al, 2011). Μια άλλη προσέγγιση που σχετίζεται με το ζήτημα της δημιουργίας τραυμάτων από πίεση είναι ο χρόνος και ο αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται ανά βάρδια καθώς και η δυνατότητά τους να ασχοληθούν εκτενέστερα με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά (Jan Powers et al, 2018).

Μεγάλης σημασίας είναι η έλλειψη των ατομικών κινήτρων, αποτελώντας εμπόδιο για την πρόληψη των τραυμάτων. Βέβαια, όπως φαίνεται στο γενικό σύνολο οι νοσηλευτές διαθέτουν μια θετική στάση απέναντι στην πρόληψη, ωστόσο η έλλειψη χρόνου και προσωπικού επηρεάζει αρνητικά το τελικό αποτέλεσμα (Beeckman et al, 2011).

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις της προληπτικής φροντίδας του νοσηλευόμενου ασθενή στο νοσοκομείο πρέπει κατά κύριο λόγο να επικεντρώνονται στην φροντίδα του δέρματος, στην τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση, στην διατροφή και στην παροχή κατάλληλης φροντίδας. Για την φροντίδα του δέρματος οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι να διατηρείται το δέρμα

του ασθενή καθαρό και στεγνό. Σε περιπτώσεις ασθενών με ακράτεια πρέπει να εφαρμόζονται τεχνικές αντιμετώπισης, δηλαδή να χρησιμοποιούν συσκευές είτε εσωτερικές είτε εξωτερικές για την συλλογή των ουρών (Diane Long, 2018).

Τα αποτελέσματα μιας πολυπαραγοντικής μελέτης που διεξήχθη σε Βέλγικα νοσοκομεία έδειξαν ότι 553 νοσηλευτές συμμετείχαν στην αξιολόγηση που αφορούσε στις γνώσεις και στις απόψεις σχετικά με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται αρκετά χρόνια, περισσότερα δηλαδή από 10 έτη και είναι μεγαλύτερης ηλικίας των 35 ετών έχουν περισσότερες γνώσεις συγκριτικά με τους νεότερους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν μικρότερη εργασιακή εμπειρία. Αναφορικά με την γνώση των νοσηλευτών για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση η μέση βαθμολογία κυμαίνεται στο 49,6%, ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στις γνώσεις μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν κάποια επιπλέον εκπαίδευση συγκριτικά με τους νοσηλευτές που δεν είχαν καμία τυπική εκπαίδευση. Συμπερασματικά, από την μελέτη αυτή προέκυψε ότι η γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τα τραύματα από πίεση στα Βέλγικα νοσοκομεία ήταν αρκετά φτωχή. Από τον συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων περίπου οι μισοί είχαν μια σχετική επάρκεια όσον αφορά την στάση τους απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Η επαρκής πρόληψη των τραυμάτων από πίεση έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά με την στάση των συμμετεχόντων (Beeckman et al, 2011).

Η θεραπεία που γίνεται για την αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση είναι ιδιαίτερα σημαντική και πρέπει τόσο η Κυβέρνηση όσο και οι Οργανισμοί Υγειονομικής Περίθαλψης αλλά και οι εργαζόμενοι να προσπαθούν να εφαρμόζουν και να εκτελούν πολιτικές σχετικά με την πρόληψη αλλά και με την θεραπεία τους. Έτσι, τα Ιδρύματα Υγειονομικής Περίθαλψης θα μπορούν να αξιολογούν τον αντίκτυπο της πρόληψης στον προϋπολογισμό του. Επίσης, η ενημέρωση, και κατ' επέκταση η ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση, θα δώσει την δυνατότητα ολοκληρωμένης σχεδίασης σχετικά με τις αποφάσεις κατανομής των πόρων τους. Πιο συγκεκριμένα, θα υπάρχει η δυνατότητα να αξιολογηθούν όλα όσα αφορούν στα υλικά που χρησιμοποιούνται για την περιποίηση των τραυμάτων από πίεση αλλά θα δοθεί και η δυνατότητα το νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχει επαρκή φροντίδα στον ασθενή, εξετάζοντας όλες τις νέες προοπτικές αντιμετώπισης των τραυμάτων από πίεση (J. P. Schuurman et al, 2009). Η θεραπεία που αφορά στο ανθρώπινο σώμα και πιο συγκεκριμένα στα τραύματα από πίεση χρειάζεται πολύ χρόνο και μεγάλο κόστος, καθώς είναι ιδιαίτερα επώδυνα και χρονοβόρα. Η θεραπεία τους μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύπλοκη και οι ασθενείς υπάρχει πιθανότητα να χρειάζονται μακράς διάρκειας νοσηλεία και φροντίδα για την αποκατάστασή τους (Hopkins A., et al, 2006) με ότι αυτό συνεπάγεται για τα Ιδρύματα Υγειονομικής Περίθαλψης.

Κεφάλαιο 3.2: Γνώσεις διεπαγγελματικής ομάδας

Στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως παραδοσιακά η πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι ένα ζήτημα που αφορά κυρίως τους νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Jan Powers et al, (2018) οι νοσηλευτές είναι αυτοί που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για την πρόληψη, την αξιολόγηση και την διαχείριση των καταστάσεων που σχετίζονται με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Όταν η νοσηλευτική φροντίδα είναι εντατική και ουσιαστική έχει την δυνατότητα να μειώσει σημαντικά τις επιπλοκές που προκαλούνται από την δημιουργία τους (Jan Powers et al, 2018). Ωστόσο, πολύ συχνό φαινόμενο είναι η ανάθεση τους στους βοηθούς νοσηλευτών των Κέντρων Υγειονομικής Περίθαλψης. Με βάση τις νεότερες πρακτικές που δημιουργήθηκαν, η πρόληψη των τραυμάτων από πίεση αφορά μια νεότερη διεπαγγελματική προσέγγιση, ώστε να μπορεί να ολοκληρωθεί με επιτυχία ο στόχος τους. Η νέα αυτή προσέγγιση αναμένει από όλα τα μέλη που απαρτίζουν τις επαγγελματικές ομάδες να έχουν γνώσεις για τους αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τα τραύματα από πίεση. Αυτή η γνώση καθορίζεται από τρία βασικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι η βιωματική γνώση, οι δεξιότητες που πρέπει να έχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι καθώς και οι αξιώσεις που σχετίζονται με την γνώση. Η σωστή στάση απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση ορίζεται ως η «οργάνωση των αλληλένδετων πεποιθήσεων» που σχετίζονται με την πρόληψη των μέτρων. Στην επαγγελματική ομάδα εκτός από τους νοσηλευτές ανήκουν οι γιατροί, οι φυσιοθεραπευτές και εργοθεραπευτές (Clarkson P, et al, 2019). Βασική προϋπόθεση/γνώση είναι η δυνατότητα αναγνώρισης των εν δυνάμει για εκδήλωση τραύματος από πίεση ασθενών, η εφαρμογή της σωστής πρόληψης ανά περίπτωση ασθενή με τον καταλληλότερο τρόπο και τα διαθέσιμα εργαλεία με την βοήθεια των οποίων θα επιτευχθεί μείωση του μεγέθους της πίεσης και της διάτμησης (Beeckman et al, 2011). Η βαθιά γνώση των εμπλεκόμενων είναι αναγκαία για την καλή φροντίδα των ασθενών. Όταν υπάρχει ελλιπής γνώση μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένες αντιλήψεις (Beeckman et al, 2010, López-Franco MD et al, 2020).

Από τα αποτελέσματα άλλης μελέτης προέκυψε ότι οι γνώσεις που έχουν οι νοσηλευτές που είχαν παρακολουθήσει σχετικές διαλέξεις ή είχαν διαβάσει κάποιο άρθρο σχετικά με τα τραύματα από πίεση ήταν πολύ υψηλότερες συγκριτικά με τους νοσηλευτές οι οποίοι είχαν τις βασικές γνώσεις σχετικά με το θέμα (Pieper, B., et al, 1995).

Τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο και την Ολλανδία στην χρονική περίοδο μεταξύ Φεβρουαρίου και Μαΐου του 2008 με μελετώμενο δείγμα νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής έδειξαν ότι, οι νοσηλευτές οι οποίοι είχαν μια εξειδίκευση στον τομέα, είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση, συγκριτικά με τους μη ειδικευμένους νοσηλευτές (Beeckman et al, 2010). Η αξιολόγηση που αφορά στις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι σημαντικά θετικότερες στους νοσηλευτές οι οποίοι είχαν μια εξειδίκευση στον τομέα σε σχέση με τους μη ειδικευμένους νοσηλευτές (Beeckman D et al, 2010a).

Επιπροσθέτως, μια άλλη μελέτη που διεξήχθη έδειξε την ικανότητα που είχε το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσει τα τραύματα από πίεση. Από την ανάλυση προέκυψε ότι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι η καθημερινή και η σχολαστική φροντίδα του τραύματος (Athlin E. et al, 2009).

Για την επαρκή πρόληψη των τραυμάτων από πίεση χρησιμοποιήθηκαν πολλά διαφορετικά εργαλεία με σημαντικότερο αυτό των Moore Z and Price P (2004) που διεξήχθη και έδειξε ότι το εργαλείο αυτό σχετίζεται με την αξιολόγηση της στάσης των νοσηλευτών αλλά και γενικότερα του εμπλεκόμενου προσωπικού στην πρόληψη των τραυματισμών από πίεση. Το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης αφορά 11 στοιχεία που βαθμολογούνται με κλίμακα Linkert πέντε διαφορετικών βαθμών. Αυτό το όργανο μέτρησης δοκιμάστηκε πιλοτικά σε ένα μικρό δείγμα νοσηλευτών, που απαρτιζόταν από 16 άτομα, σε εκπαιδευτικά νοσοκομεία που μελέτησαν την εσωτερική συνέπεια. Δεν πραγματοποιήθηκε κάποια επιπλέον επικύρωση αναφορικά με το θέμα.

Τέλος, σχετικά με την αξιολόγηση της γνώσης που υπάρχει αναφορικά με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, με επικρατέστερα να είναι το ερωτηματολόγιο του «Pieper Pressure Ulcer Knowledge (PPKUT)» (Pieper, B. et al, 1995) και το ερωτηματολόγιο «Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT)» τα οποία είναι αξιόπιστα και χρησιμοποιούνται από τον γενικό πληθυσμό (Beeckman, D., et al, 2010).

Κεφάλαιο 3.3: Οικονομική επιβάρυνση τραυμάτων από πίεση

Ένα σοβαρό ζήτημα που σχετίζεται με την αντιμετώπιση των τραυμάτων από πίεση είναι η οικονομική επιβάρυνση που θα επωμισθούν τα Ιδρύματα Υγειονομικής Περίθαλψης, ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα που δημιουργήθηκε.

Εκτός από την έλλειψη ευημερίας των ασθενών σε ότι αφορά την σωματική, ψυχολογική, λειτουργική και κοινωνική επίπτωση του, τα τραύματα από πίεση επιφέρουν μια σημαντική οικονομική ανησυχία και στα μέλη τα οποία είναι εμπλεκόμενα σε αυτό (Gorecki C. et al, 2009). Αυτό συμβαίνει λόγω του αυξημένου κόστους που απαιτείται για την αντιμετώπισή τους σε ότι αφορά τον χρόνο νοσηλείας, την νοσηλευτική φροντίδα για την επούλωση των τραυμάτων, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα επιθέματα που χρησιμοποιούνται στην πληγή σε προχωρημένα έλκη καθώς και οι χειρουργικές επεμβάσεις που ενδεχομένως να χρειαστούν (Demarré L., et al, 2015). Στο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης συνήθως παρατηρείται μεγάλη ανάγκη για υψηλή ποιότητα φροντίδας, και επιτυγχάνεται σε υψηλό βαθμό, ωστόσο ο προϋπολογισμός για την επίτευξη αυτού είναι περιορισμένος (Demarré L., et al, 2015). Με αποτέλεσμα να μην μπορούν να καλυφθούν όλες οι τρέχουσες ανάγκες στο σύστημα της περίθαλψης (M. J. Carter, 2014).

Για την θεραπεία των τραυμάτων από πίεση το κόστος κυμαίνεται από 3.3 έως 11 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Padula WV et al, 2019). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που αναφέρονται στους οικονομικούς πόρους παρατηρείται ότι περιλαμβάνει το άμεσο και το έμμεσο κόστος όπως και το ιατρικό και μη ιατρικό κόστος. Ως άμεσο ιατρικό κόστος μπορεί να οριστεί το κόστος που έχει σχέση με την ασθένεια, δηλαδή την πρόληψη, την ανίχνευση, την θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς, ενώ το άμεσο μη ιατρικό κόστος σχετίζεται με την νόσο, που δεν αποτελεί μέρος των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα έξοδα του ταξιδιού στον πάροχο της υγειονομικής περίθαλψης. Το έμμεσο ιατρικό κόστος αναφέρεται στο μελλοντικό κόστος της γενικής υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή το κόστος που προκύπτει από την μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, ενώ το έμμεσο μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνει το κόστος που σχετίζεται με την μειωμένη παραγωγικότητα της εργασίας εξαιτίας της νοσηρότητας ή του πρόωρου θανάτου λόγω της ασθένειας (L. Annemans, 2008).

Στοιχεία έδειξαν ότι σε παγκόσμια κλίμακα, το κόστος που υπολογίζεται ετησίως για την θεραπεία των τραυμάτων από πίεση είναι 11 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή σε ημερήσιο κόστος κυμαίνεται από 1,7 έως 470 εκατομμύρια (Demarré, L et al, 2015). Σύμφωνα με τους Medicare και Medisaid έδειξαν ότι η περίθαλψη όσον αφορά τις χρόνιες βλάβες που σχετίζονται με την πίεση ανέρχεται περίπου στα 22 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ η αντιμετώπιση ενός μεμονωμένου περιστατικού κυμαίνεται από 500 δολάρια έως περισσότερα από 70.000 δολάρια (Padula WV et al, 2019).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Zarei, E et al, (2019) φαίνεται ότι το κόστος κυμαίνεται από 12 δολάρια για τα έλκη πίεσης πρώτου βαθμού έως 66.834 δολάρια για τα έλκη πίεσης τετάρτου βαθμού.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα τραύματα από πίεση προκαλούν μια πολύ σημαντική οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ως εκ τούτου, λαμβάνοντας υπόψη και τον περιορισμένο προϋπολογισμό στην υγεία, και γενικότερα την υφιστάμενη οικονομική κατάσταση, η πρόληψη αυτών των τραυμάτων κρίνεται αναγκαία. Η θετική στάση στην πρόληψη από την διεπαγγελματική ομάδα, συμβάλει τόσο στην βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας του ασθενούς όσο και στην εξοικονόμηση πόρων στον προϋπολογισμό για την υγειονομική περίθαλψη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η γνώση της διεπαγγελματικής ομάδας της ΜΕΘ και η στάση που κρατάνε απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Πιο συγκεκριμένα, ερευνηθήκε αν η γνώση, η βαθιά πεποίθηση για την πρόληψη και η επιμόρφωση αποτελούν στοιχείο στο πλαίσιο της διεπαγγελματικής ομάδας για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση σε ασθενείς που είναι σε κρίσιμη κατάσταση στην ΜΕΘ για την αντιμετώπισή τους. Αν η αντιμετώπιση των

τραυμάτων από πίεση στηρίζεται στην προσωπική ικανότητα πρόληψης τους, στην προτεραιότητα που πρέπει να δίνετε στην πρόληψη, στις επιπτώσεις, την ευθύνη για την πρόληψη και την εμπιστοσύνη, στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης των τραυμάτων από πίεση. Θα μελετηθεί αν περιλαμβάνει τη στάση της διεπαγγελματικής ομάδας, για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση όλα τα παραπάνω στοιχεία και σε ποιο βαθμό.

Μεθοδολογία/ Πληθυσμός μελέτης

Για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκε ήταν η διεπαγγελματική ομάδα, της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Η έρευνα διεξάχθηκε μεταξύ Απριλίου και Μαΐου 2022. Η συλλογή του δείγματος έγινε μέσω της διανομής δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατηγορία, κλινική εμπειρία, εκπαίδευσή). Αναφορικά με το κυρίως θέμα της μελέτης, το πρώτο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τριανταμία ερωτήσεις τύπου Σωστό – Λάθος – Δεν γνωρίζω, σχετικά με τις γνώσεις στα τραύματα από πίεση. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βασίστηκε στο Pressure Injuries Prevention Knowledge (PIPK) ερωτηματολόγιο (López-Franco MD et al, 2020). Το PIPK αναπτύχθηκε στην Ισπανία και βασίστηκε στις Διεθνείς Κατευθυντήριες οδηγίες ως το 2009. Στην συνέχεια μεταφράστηκε στα Αγγλικά από τα οποία έγινε και η ελληνική μετάφρασή του. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, το PIPK δείχνει ότι έχει μια καλή εφαρμογή, ενώ η αξιοπιστία του είναι στο 0,98 για αντικείμενα (items) και στο 0,72 για άτομα (people) (López-Franco MD et al, 2020).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης αφορά στην στάση της διεπαγγελματικής ομάδας στην πρόληψη του έλκους τραύματος (APUP). Πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης που απαρτίζεται από 13 στοιχεία τα οποία εντάσσονται σε 5 διαφορετικές κατηγορίες (Beeckman D, et al, 2010a). Αυτές είναι οι δεξιότητες που αφορούν την προσωπική ικανότητα στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση, την προτεραιότητα στην πρόληψη, τις επιπτώσεις, την ευθύνη στην πρόληψη και την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης των τραυμάτων από πίεση (Clarkson P, et al, 2019). Οι απαντήσεις δόθηκαν σύμφωνα με τα 4 στοιχεία της κλίμακας Likert , δηλαδή: Συμφωνώ απόλυτα, Συμφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ απόλυτα. Για την κάθε απάντηση υπήρχε βαθμολογημένη κλίμακα από το 1 – 4, με 1= Διαφωνώ, 2=Διαφωνώ Απόλυτα, 3=Συμφωνώ και 4=Συμφωνώ Απόλυτα. Για τις τρεις πρώτες παραμέτρους του πίνακα η μέγιστη τιμή είναι 12, ενώ για τις δύο υπόλοιπες η μέγιστη τιμή είναι 8. Και στις πέντε περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν περισσότερο θετική στάση απέναντι στην πρόληψη και την ευεργητικότητα που μπορεί να έχει στους ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν ανώνυμα. Η διανομή τους έγινε μέσα σε φάκελο μαζί με το έντυπο συγκατάθεσης.

Ηθική και δεοντολογία έρευνας

Πριν την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας υποβλήθηκαν αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, ώστε να δοθεί η σχετική άδεια της διανομής του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, κατατέθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο και στη διοίκηση αντίγραφο του Ερευνητικού Πρωτόκολλου της έρευνας. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο περιλάμβανε τον σκοπό της παρούσας μελέτης, τους επιμέρους στόχους, τα ερευνητικά ερωτήματα, την ανάλυση του τρόπου συλλογής των δεδομένων καθώς και την αναλυτική περιγραφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Μετά από την σύγκληση των αντίστοιχων συμβουλίων, δόθηκε η άδεια διεξαγωγής της μελέτης και η άδεια διανομής των ερωτηματολογίων. Καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας τηρήθηκαν αυστηρά οι θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, έγινε τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και της εμπιστευτικότητας των ερευνητικών δεδομένων. Όλες οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες και εμπιστευτικές και χρησιμοποιήθηκαν μόνο στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων για τους ερευνητικούς σκοπούς της διπλωματικής εργασίας.

Πρόκειται για ένα πρωτόκολλο με ανώνυμο ερωτηματολόγιο καθώς επίσης η συμμετοχή είναι εθελοντική. Το Νοσοκομείο δεν έχει καμία οικονομική επιβάρυνση και δεν υπάρχει χορηγός της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Περιγραφή του δείγματος

Για τις ανάγκες της έρευνας, αρχικά διανεμήθηκαν 103 ερωτηματολόγια. Ο αριθμός αφορά το σύνολο της διεπαγγελματικής ομάδας της ΜΕΘ του ΠΓΝΛ. Από τα 103 δοθέντα ερωτηματολόγια τα 21 κρίθηκαν άκυρα καθώς δεν συμπληρώθηκε η πλειοψηφία των ερωτήσεων. Ως εκ τούτου, έρευνα διεξάχθηκε σε συνολικά 82 έγκυρα ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούν 82 επαγγελματίες υγείας εκ των οποίων 65 ήταν γυναίκες (79,3%) και 17 άνδρες (20,7%). Σχετικά με την ηλικιακή τους κατηγορία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μεταξύ 31 έως 40 ετών (53,7%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό καταγράφηκαν οι ηλικίες 41 έως 50 (24,4%), άνω των 50 ετών (12,2%) και τέλος έως 30 ετών (9,8%).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι νοσηλευτές ΤΕ σε ποσοστό 58,5%, ενώ καταγράφηκαν 9 νοσηλευτές ΠΕ, 15 ιατροί, 5 φυσιοθεραπευτές και 5 βοηθοί νοσηλευτή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ποσοστό 43,9% (n= 36) έχει εργασιακή εμπειρία μεταξύ 11 έως 20 έτη. Αμέσως μετά με ποσοστό 36,6% (n= 30) ακολουθούν οι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία μικρότερη ή ίση με 10

έτη. Με προϋπηρεσία άνω των 21 ετών καταγράφηκε ποσοστό 19,5% (n= 16) με μόλις το 2,4% να έχει εμπειρία μεγαλύτερη από 31 έτη.

Σε ότι αφορά την εκπαίδευσή τους, το 17,1% δεν έχει λάβει καμία ειδική εκπαίδευση, ενώ η πλειοψηφία με ποσοστό 70,7% (n= 58) έχει λάβει τη βασική εκπαίδευση. Το 12,2% (n= 10) των συμμετεχόντων έχει λάβει πολλαπλή εκπαίδευση, δηλαδή έχει παρακολουθήσει κάποια σεμινάρια/συνέδρια ή είναι κάτοχος κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου σχετικά με τα τραύματα από πίεση. Οι καταγραφές παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2 που ακολουθεί.

Πίνακας 2. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

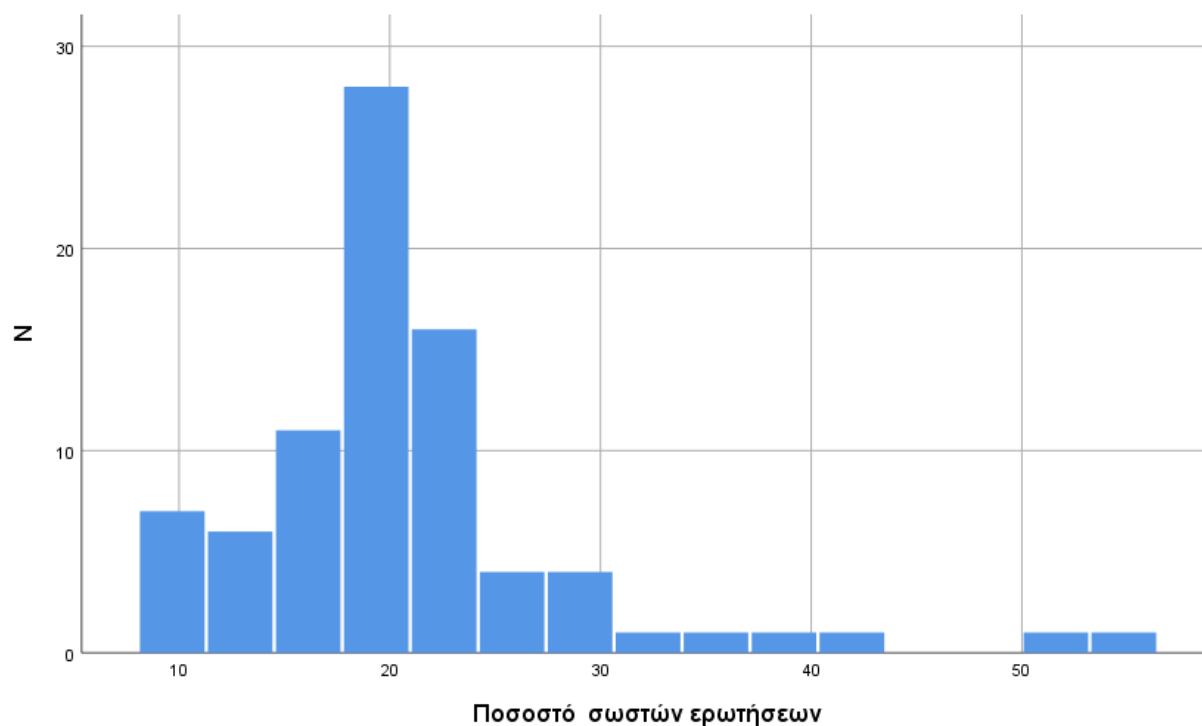
		N	%
Φύλο	Άνδρας	17	20,7%
	Γυναίκα	65	79,3%
Ηλικία	20-30	8	9,8%
	31-40	44	53,7%
	41-50	20	24,4%
	50+	10	12,2%
Επαγγελματική κατάσταση	Ιατρός	15	18,3%
	Φυσιοθεραπευτής	5	6,1%
	Νοσ. ΠΕ	9	11,0%
	Νοσ. ΤΕ	48	58,5%
	Βοηθός Νοσ.	5	6,1%
Εργασιακή εμπειρία	<=10 ετών	30	36,6%
	11-20 έτη	36	43,9%
	21-30 έτη	14	17,1%
	30+ έτη	2	2,4%
Ειδική εκπαίδευση	Καμία	14	17,1%
	Βασική	58	70,7%
	Πολλαπλή	10	12,2%

Σε ότι αφορά το πρώτο ερωτηματολόγιο που διαμοιράστηκε σχετικά με τις γνώσεις της διεπαγγελματικής ομάδας της ΜΕΘ, η κλίμακα που αφορά τη γνώση που έχουν οι συμμετέχοντες καθορίστηκε με βάση το ποσοστό των σωστών απαντήσεων που έχουν δοθεί. Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι το ποσοστό των ορθών απαντήσεων είναι κατά μέσο όρο 20,73%, ποσοστό σχετικά χαμηλό, ενώ το ποσοστό της άγνοιας είναι 4,72% γεγονός που δείχνει ότι μεγάλο ποσοστό απαντά εσφαλμένα και όχι ότι «δεν γνωρίζει» (Γραφήματα 1 & 2).

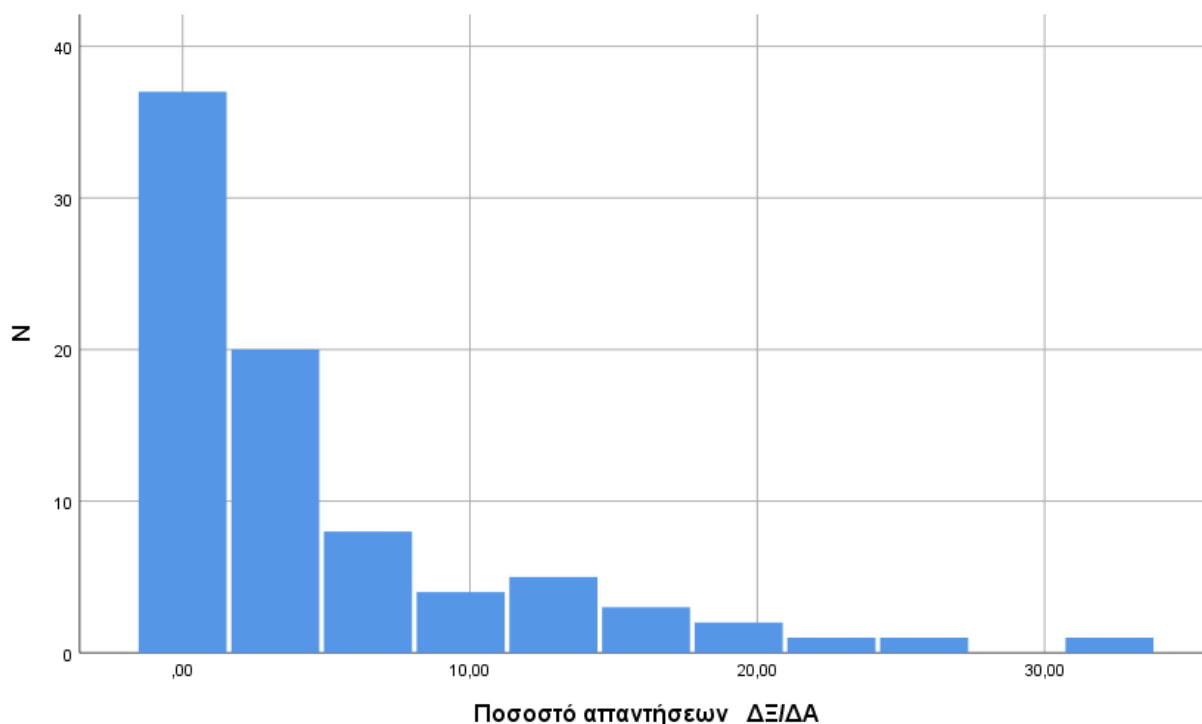
Πίνακας 3. Εκτιμήσεις για τις γνώσεις των συμμετεχόντων

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ποσοστό σωστών ερωτήσεων	82	10	55	20,73	7,99
Ποσοστό απαντήσεων ΔΞ/ΔΑ	82	,00	32,26	4,72	6,73
Valid N (listwise)	82				

Γράφημα 1. Κατανομή των τιμών των γνώσεων



Γράφημα 2. Εκτιμήσεις για τα ποσοστά άγνοιας των συμμετεχόντων

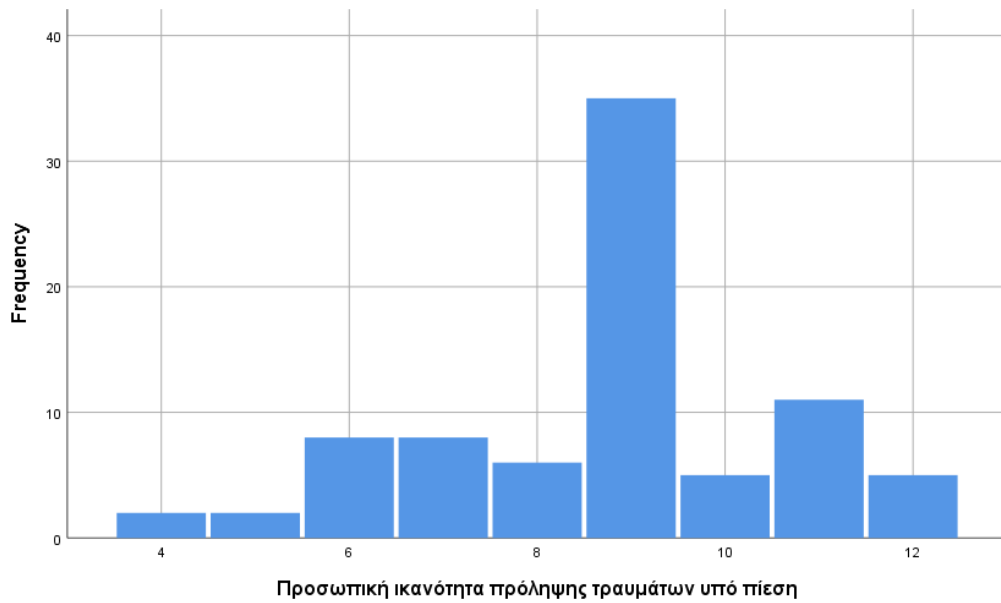


Στον πίνακα 4 αποτυπώνεται η στάση της διεπαγγελματικής ομάδας απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Οι τιμές προέκυψαν από τις αντίστοιχες βαθμολογίες της κλίμακας Likert που έχουν δώσει οι συμμετέχοντες στο δεύτερο ερωτηματολόγιο. Για τις τρεις πρώτες παραμέτρους του πίνακα η μέγιστη τιμή είναι 12, ενώ για τις δύο υπόλοιπες η μέγιστη τιμή είναι 8. Και στις πέντε περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν περισσότερο θετική στάση απέναντι στην πρόληψη και την ευεργετικότητα που μπορεί να έχει στους ασθενείς. Από την περιγραφική προσέγγιση αλλά και από την γραφική απεικόνιση των παραμέτρων που δίδεται από τα γραφήματα 3 έως 7 φαίνεται ότι επικρατεί κυρίως θετική αντίληψη προς την πρόληψη και τα οφέλη της καθώς σε όλες τις περιπτώσεις η μέση τιμή τείνει περισσότερο προς τη μέγιστη παρά προς την ελάχιστη της κάθε παραμέτρου.

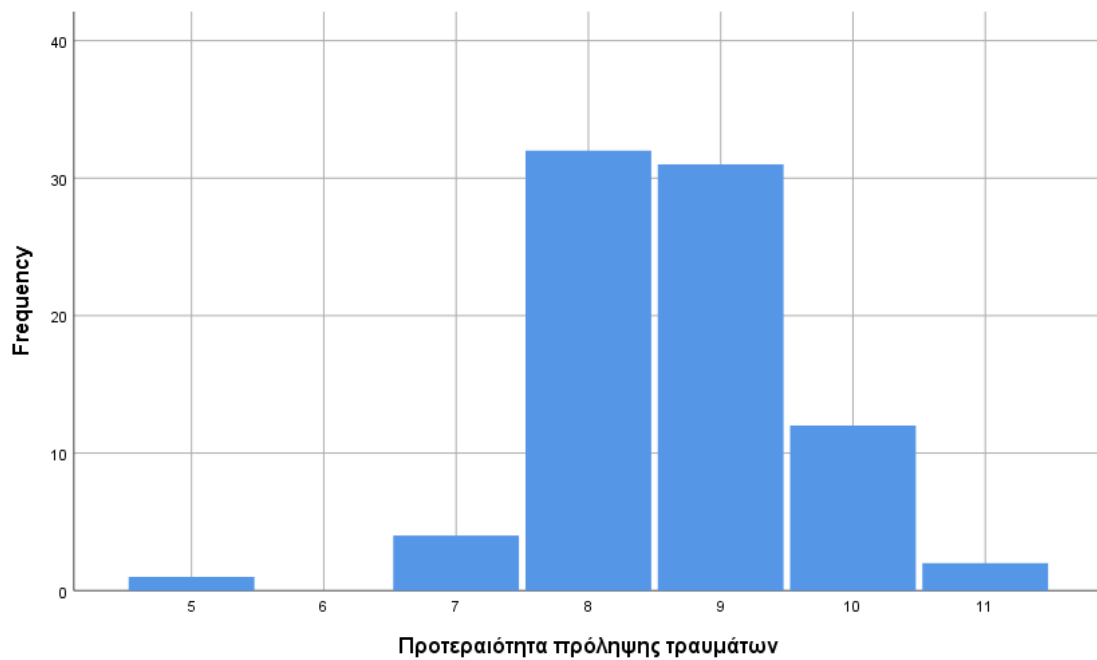
Πίνακας 4. Εκτιμήσεις για τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση	82	4	12	8,73	1,860
Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων	82	5	11	8,66	,959
Επιπτώσεις των τραυμάτων	82	5	12	9,01	1,652
Ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων	82	3	8	6,54	1,033
Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης	82	3	8	6,11	,981

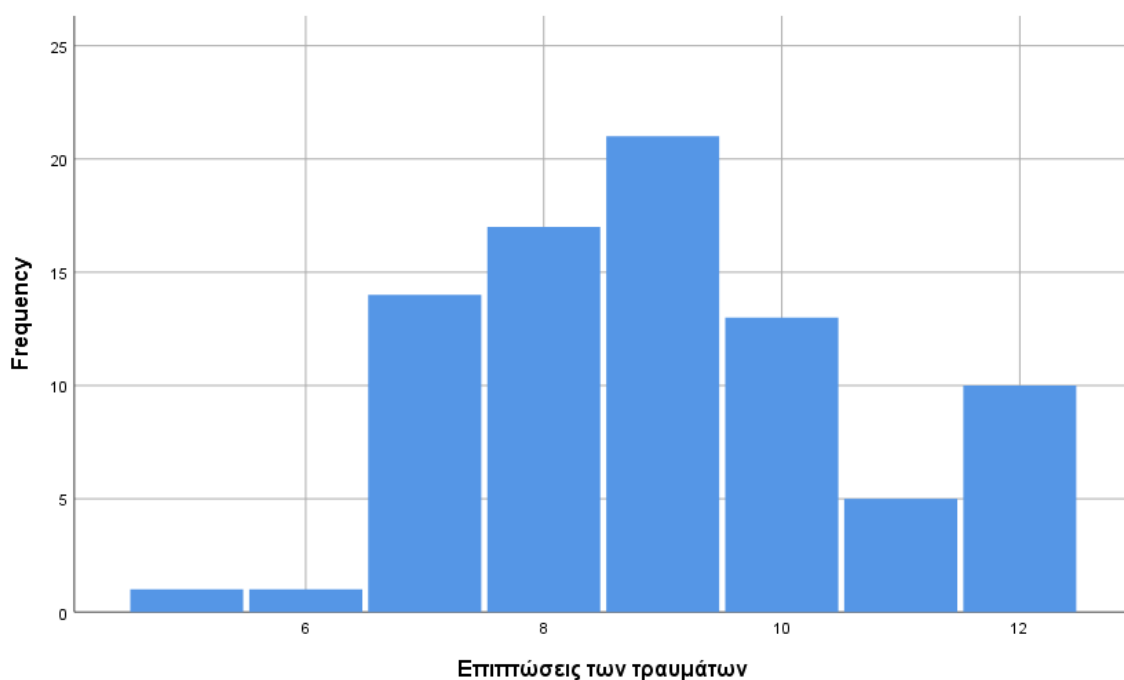
Γράφημα 3. Κατανομή των τιμών των αντιλήψεων σχετικά με την προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων



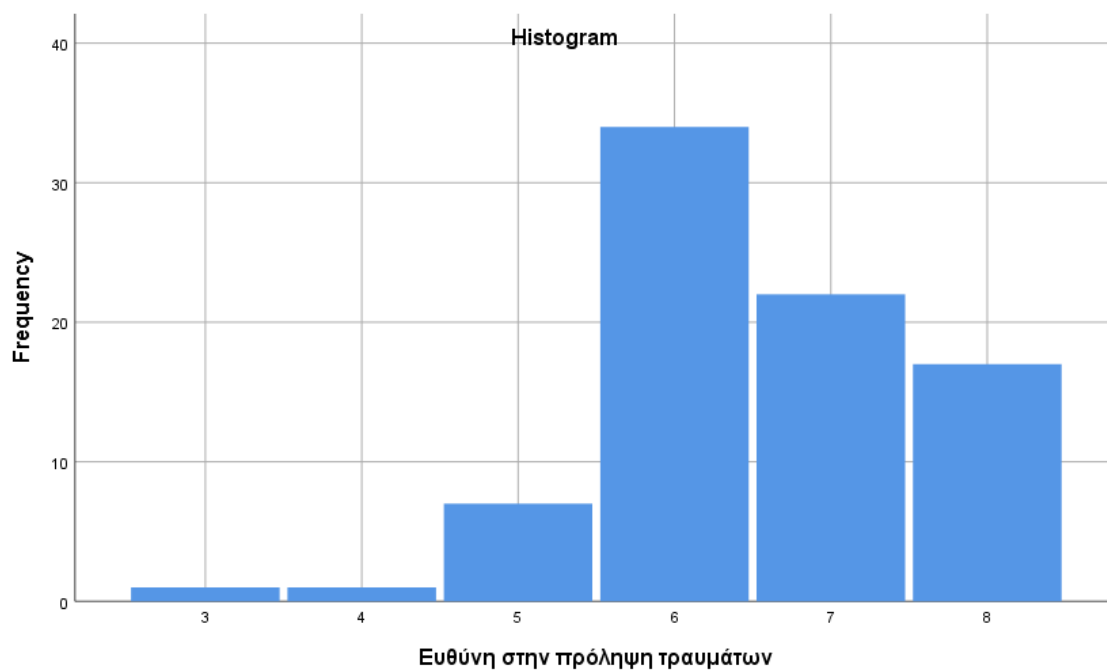
Γράφημα 4. Κατανομή των τιμών των αντιλήψεων σχετικά με την προσωπική προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων



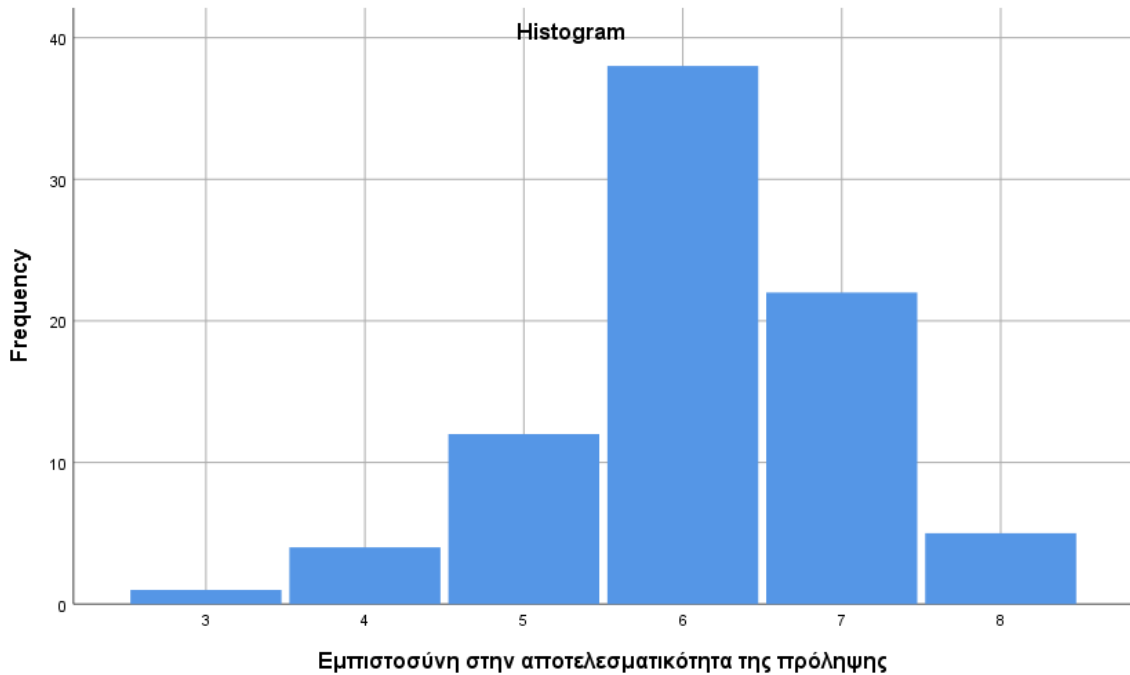
Γράφημα 5. Κατανομή των τιμών των αντιλήψεων σχετικά με τις επιπτώσεις των τραυμάτων



Γράφημα 6. Κατανομή των τιμών των αντιλήψεων σχετικά με την ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων



Γράφημα 7. Κατανομή των τιμών των αντιλήψεων σχετικά με την εμπιστοσύνη στην πρόληψη τραυμάτων.



Στο πλαίσιο της μελέτης ενδιαφέρει η διαφοροποίηση που καταγράφεται στις επιμέρους διαστάσεις των δυο ερωτηματολογίων ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση, την εργασιακή εμπειρία και την ειδική εκπαίδευση, ώστε να διερευνηθεί αν οι στάσεις και οι γνώσεις που καταγράφονται αφορούν το σύνολο του δείγματος ή σε μεγαλύτερο και μικρότερο βαθμό κάποιες υποομάδες του. Στον πίνακα 5 που ακολουθεί καταγράφονται οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση.

Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση

Από τον πίνακα 5 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με:

- Την Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση
- Την Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων και
- Τις Επιπτώσεις των τραυμάτων

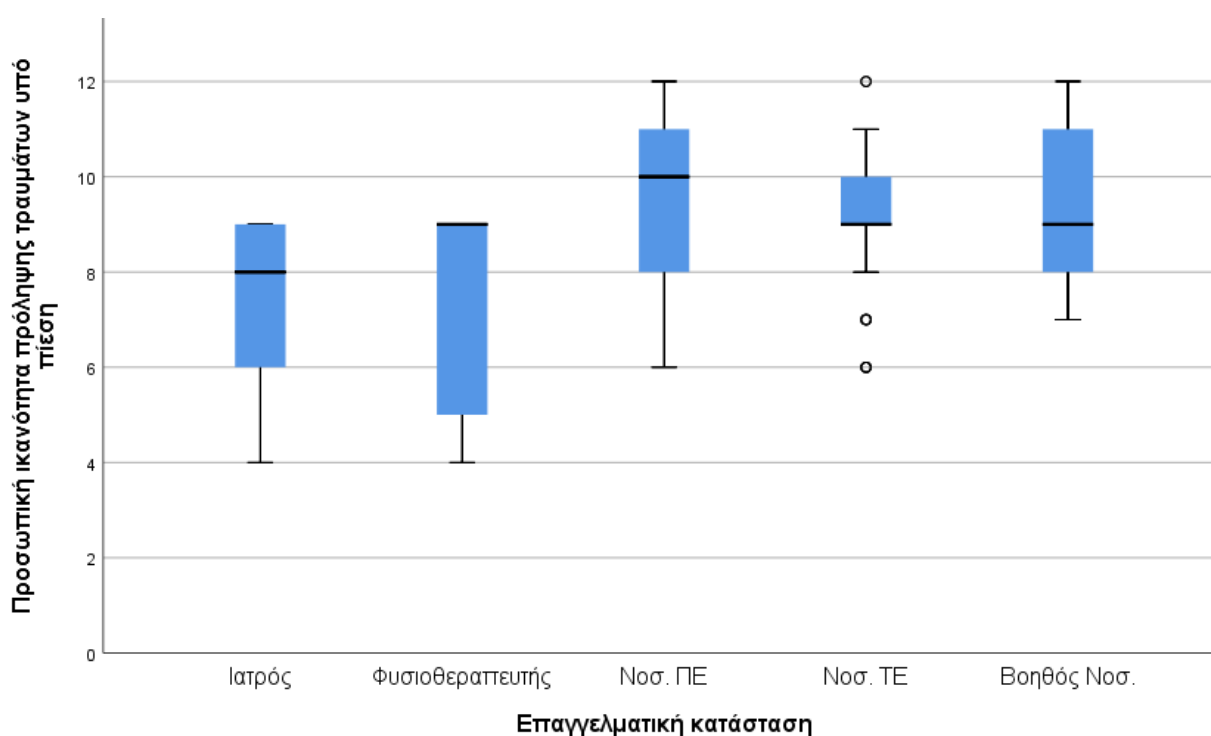
διαφοροποιούνται ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση με p-values που είναι ίσα με 0,002, 0,011 και < 0,001 αντίστοιχα. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις αντιλήψεις ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower Bound	Upper Bound	
Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση	Ιατρός	15	7,40	1,682	,434	6,47	8,33	0,002
	Φυσιοθεραπευ τής	5	7,20	2,490	1,114	4,11	10,29	
	Νοσ. ΠΕ	9	9,67	2,179	,726	7,99	11,34	
	Νοσ. ΤΕ	48	9,06	1,508	,218	8,62	9,50	
	Βοηθός Νοσ.	5	9,40	2,074	,927	6,83	11,97	
	Total	82	8,73	1,860	,205	8,32	9,14	
Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων	Ιατρός	15	9,33	,724	,187	8,93	9,73	0,011
	Φυσιοθεραπευ τής	5	9,20	,837	,374	8,16	10,24	
	Νοσ. ΠΕ	9	8,67	1,658	,553	7,39	9,94	
	Νοσ. ΤΕ	48	8,42	,794	,115	8,19	8,65	
	Βοηθός Νοσ.	5	8,40	,548	,245	7,72	9,08	
	Total	82	8,66	,959	,106	8,45	8,87	
Επιπτώσεις των τραυμάτων	Ιατρός	15	10,93	1,100	,284	10,32	11,54	<0,001
	Φυσιοθεραπευ τής	5	8,40	,894	,400	7,29	9,51	
	Νοσ. ΠΕ	9	9,22	1,922	,641	7,74	10,70	
	Νοσ. ΤΕ	48	8,48	1,429	,206	8,06	8,89	
	Βοηθός Νοσ.	5	8,60	,894	,400	7,49	9,71	
	Total	82	9,01	1,652	,182	8,65	9,38	
Ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων	Ιατρός	15	6,87	1,060	,274	6,28	7,45	0,226
	Φυσιοθεραπευ τής	5	5,80	,447	,200	5,24	6,36	
	Νοσ. ΠΕ	9	6,67	1,414	,471	5,58	7,75	
	Νοσ. ΤΕ	48	6,44	,987	,143	6,15	6,72	
	Βοηθός Νοσ.	5	7,00	,707	,316	6,12	7,88	
	Total	82	6,54	1,033	,114	6,31	6,76	
Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότ ητα της πρόληψης	Ιατρός	15	6,13	,990	,256	5,58	6,68	0,573
	Φυσιοθεραπευ τής	5	6,00	1,000	,447	4,76	7,24	
	Νοσ. ΠΕ	9	6,44	1,014	,338	5,67	7,22	
	Νοσ. ΤΕ	48	6,00	1,011	,146	5,71	6,29	
	Βοηθός Νοσ.	5	6,60	,548	,245	5,92	7,28	

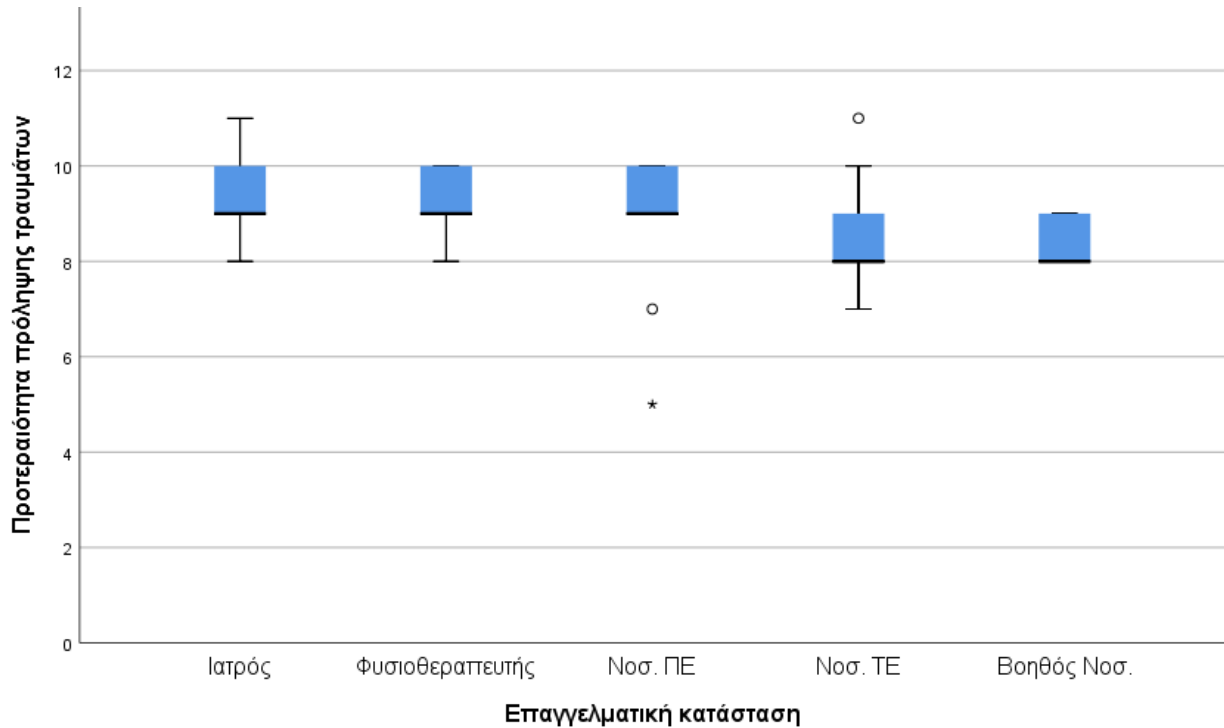
Συγκεκριμένα, σχετικά με την Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην προσωπική τους ικανότητα συγκριτικά με τους νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ με $p=0,024$ και $0,016$ αντίστοιχα (Πίνακας Α, Παράρτημα). Σημειώνεται ότι παρά το γεγονός ότι φαίνεται να υπάρχουν και διαφοροποιήσεις για τους φυσιοθεραπευτές και του βοηθούς νοσηλευτές, αυτές δεν αποδεικνύεται να είναι στατιστικά σημαντικές πιθανότατα λόγω του μικρού αριθμού δείγματος από τις συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες (5 και στις δύο περιπτώσεις). Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 8.

Γράφημα 8. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με την προσωπική ικανότητα πρόληψης ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση



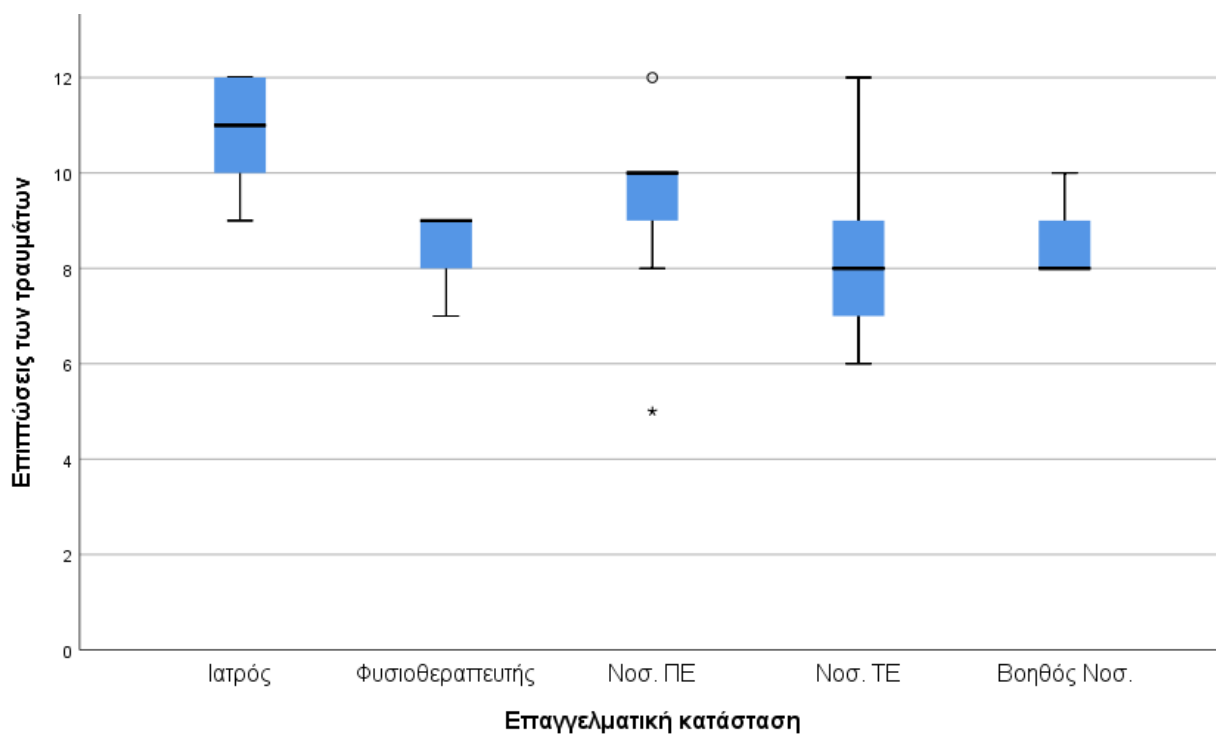
Σχετικά με την Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τους νοσηλευτές ΤΕ με $p=0,010$ (Πίνακας Β, Παράρτημα). Σημειώνεται ότι παρά το γεγονός ότι φαίνεται να υπάρχει διαφορά και με τους βοηθούς νοσηλευτές, αυτή δεν αποδεικνύεται να είναι στατιστικά σημαντική πιθανότατα λόγω του μικρού αριθμού δείγματος από τη συγκεκριμένη επαγγελματική κατηγορία. Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 9.

Γράφημα 9. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με προτεραιότητα πρόληψης ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση



Σχετικά με τις επιπτώσεις των τραυμάτων παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με όλες τις άλλες επαγγελματικές κατηγορίες με $p = 0,007$, $0,046$, $0,001$ και $0,017$ για τους φυσιοθεραπευτές, τους νοσηλευτές ΠΕ, τους νοσηλευτές ΤΕ και τους βοηθούς νοσηλευτές αντίστοιχα (Πίνακας Γ, Παράρτημα). Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 10.

Γράφημα 10. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις επιπτώσεις των τραυμάτων ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση



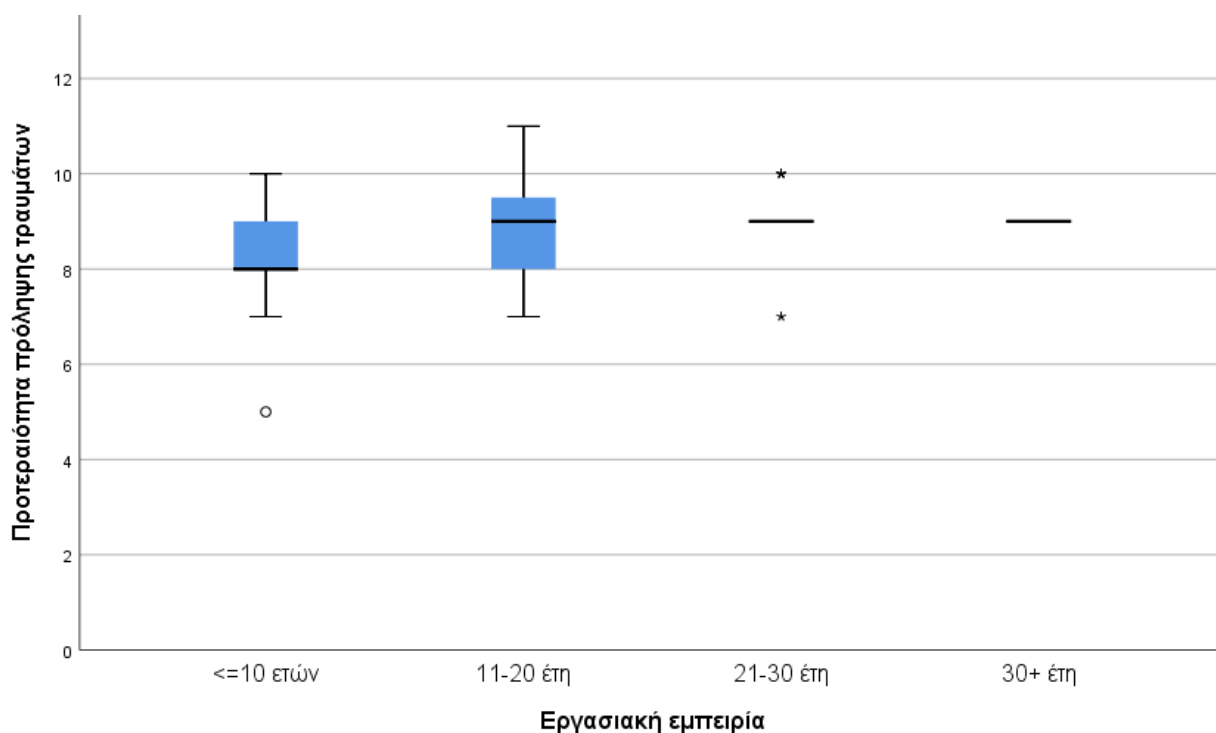
Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία

Από τον πίνακα 6 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα με την εργασιακή τους εμπειρία μόνο σχετικά με την Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων με p -value ίσο με 0,008. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 6. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι με εμπειρία μικρότερη των 10 ετών έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους έχουν εμπειρία 11-20 ετών ($p=0,025$) αλλά και με όσους έχουν εμπειρία 21-30 ετών με $p=0,024$ (Πίνακας Δ, Παράρτημα). Σημειώνεται ότι παρά το γεγονός ότι φαίνεται να υπάρχει διαφορά και με όσους έχουν εμπειρία άνω των 30 ετών, αυτή δεν αποδεικνύεται να είναι στατιστικά σημαντική λόγω του μικρού αριθμού δείγματος από τη συγκεκριμένη επαγγελματική κατηγορία (2 εργαζόμενοι). Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 11.

Πίνακας 6. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις αντιλήψεις ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		
						Lower Bound	Upper Bound	
Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση	<=10 ετών	30	8,87	1,814	,331	8,19	9,54	0,725
	11-20 έτη	36	8,58	1,857	,310	7,95	9,21	
	21-30 έτη	14	8,64	2,098	,561	7,43	9,85	
	30+ έτη	2	10,00	1,414	1,000	-2,71	22,71	
	Total	82	8,73	1,860	,205	8,32	9,14	
Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων	<=10 ετών	30	8,20	,925	,169	7,85	8,55	0,008
	11-20 έτη	36	8,86	,961	,160	8,54	9,19	
	21-30 έτη	14	9,07	,730	,195	8,65	9,49	
	30+ έτη	2	9,00	,000	,000	9,00	9,00	
	Total	82	8,66	,959	,106	8,45	8,87	
Επιπτώσεις των τραυμάτων	<=10 ετών	30	8,60	1,714	,313	7,96	9,24	0,062
	11-20 έτη	36	8,94	1,567	,261	8,41	9,47	
	21-30 έτη	14	9,86	1,406	,376	9,05	10,67	
	30+ έτη	2	10,50	2,121	1,500	-8,56	29,56	
	Total	82	9,01	1,652	,182	8,65	9,38	
Ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων	<=10 ετών	30	6,40	1,102	,201	5,99	6,81	0,724
	11-20 έτη	36	6,56	,909	,151	6,25	6,86	
	21-30 έτη	14	6,71	1,204	,322	6,02	7,41	
	30+ έτη	2	7,00	1,414	1,000	-5,71	19,71	
	Total	82	6,54	1,033	,114	6,31	6,76	
Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης	<=10 ετών	30	5,97	,928	,169	5,62	6,31	0,279
	11-20 έτη	36	6,06	1,040	,173	5,70	6,41	
	21-30 έτη	14	6,43	,852	,228	5,94	6,92	
	30+ έτη	2	7,00	1,414	1,000	-5,71	19,71	
	Total	82	6,11	,981	,108	5,89	6,33	

Γράφημα 11. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με την προτεραιότητα πρόληψης ανάλογα με την εργασιακή



Διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση

Από τον πίνακα 7 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με:

- Την Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμαμάτων από πίεση και
- Τις Επιπτώσεις των τραυμαμάτων

διαφοροποιούνται ανάλογα με την ειδική τους εκπαίδευση με p-values που είναι ίσα με 0,038 και 0,021 αντίστοιχα. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 7.

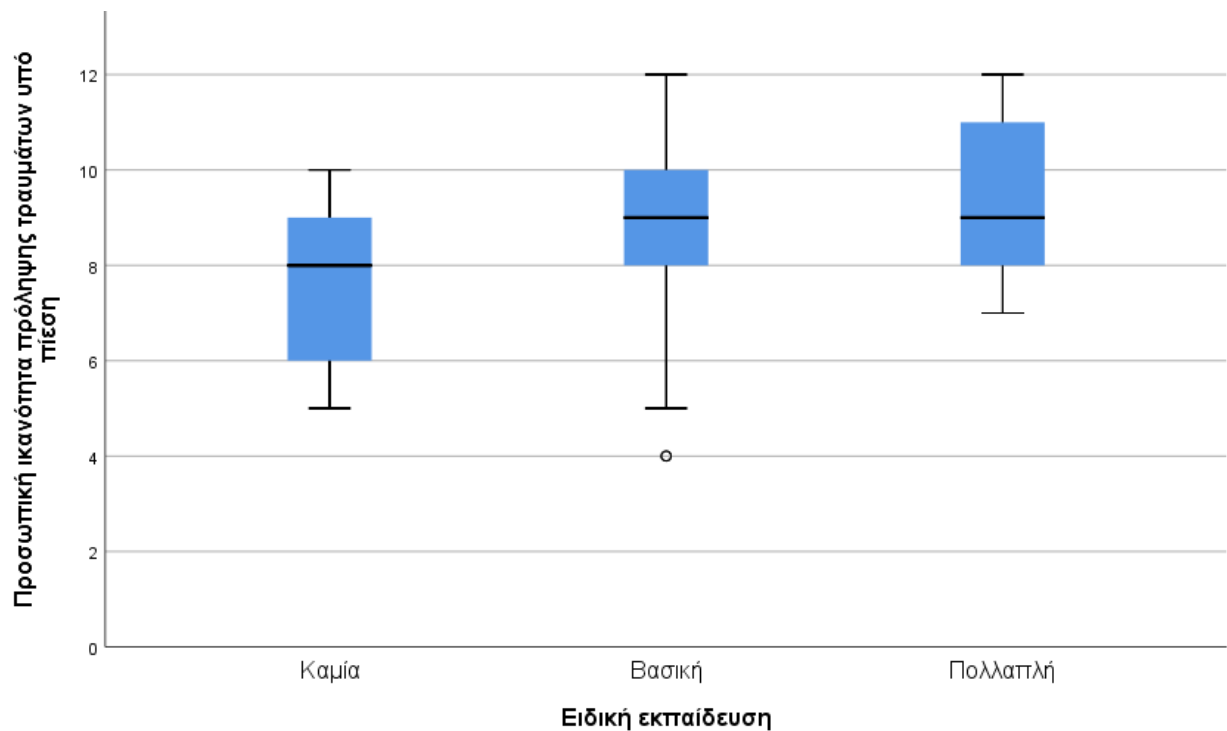
Πίνακας 7. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις αντιλήψεις ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower Bound	Upper Bound	
Προσωπική ικανότητα	Καμία	14	7,64	1,598	,427	6,72	8,57	0,038
	Βασική	58	8,88	1,855	,244	8,39	9,37	

πρόληψης τραυμάτων από πίεση	Πολλαπλ ή	10	9,40	1,776	,562	8,13	10,67	
	Total	82	8,73	1,860	,205	8,32	9,14	
Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων	Καμία	14	9,21	,893	,239	8,70	9,73	
	Βασική	58	8,53	,821	,108	8,32	8,75	0,056
	Πολλαπλ ή	10	8,60	1,506	,476	7,52	9,68	
	Total	82	8,66	,959	,106	8,45	8,87	
Επιπτώσεις των τραυμάτων	Καμία	14	10,00	1,359	,363	9,22	10,78	
	Βασική	58	8,71	1,567	,206	8,29	9,12	0,021
	Πολλαπλ ή	10	9,40	2,011	,636	7,96	10,84	
	Total	82	9,01	1,652	,182	8,65	9,38	
Ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων	Καμία	14	6,86	1,027	,275	6,26	7,45	
	Βασική	58	6,40	,972	,128	6,14	6,65	0,162
	Πολλαπλ ή	10	6,90	1,287	,407	5,98	7,82	
	Total	82	6,54	1,033	,114	6,31	6,76	
Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότη τα της πρόληψης	Καμία	14	5,79	1,251	,334	5,06	6,51	
	Βασική	58	6,10	,892	,117	5,87	6,34	0,134
	Πολλαπλ ή	10	6,60	,966	,306	5,91	7,29	
	Total	82	6,11	,981	,108	5,89	6,33	

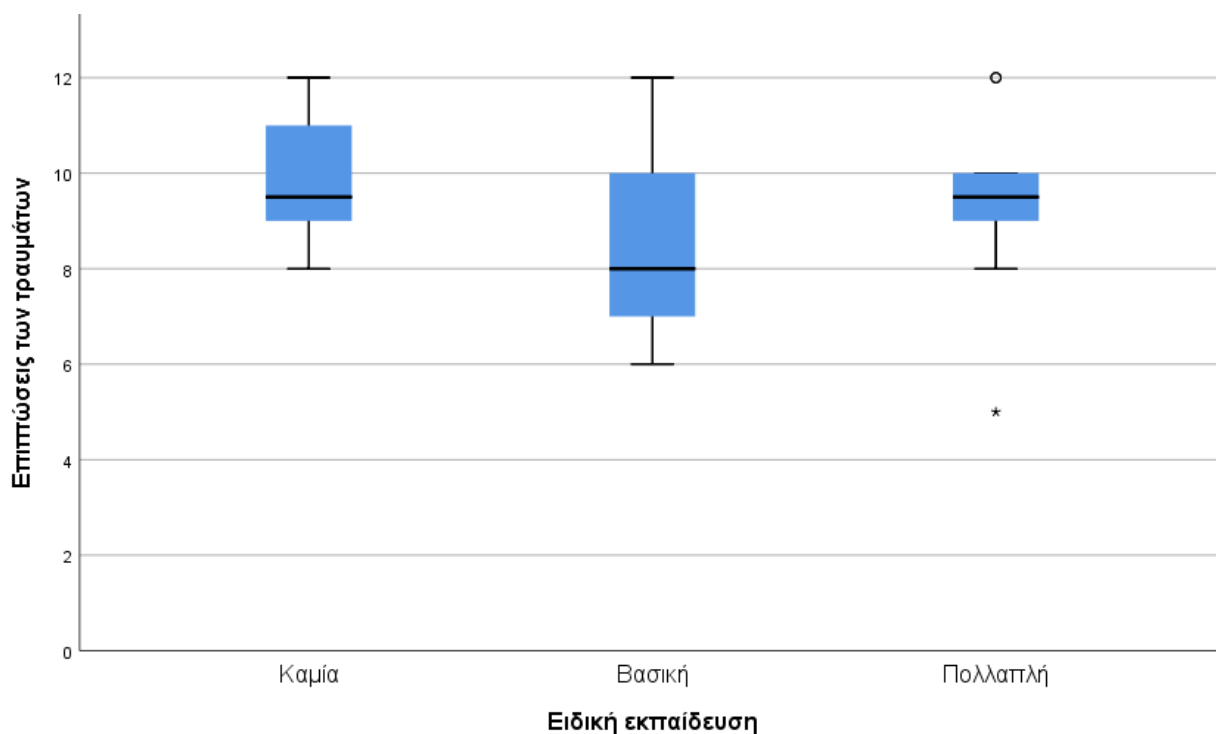
Συγκεκριμένα, σχετικά με την Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση παρατηρήθηκε ότι εκείνοι που δεν έχουν καμία εκπαίδευση έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην προσωπική τους ικανότητα συγκριτικά με όσους έχουν πολλαπλή εκπαίδευση με $p=0,045$ (Πίνακας Ε, Παράρτημα). Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 12.

Γράφημα 12. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με την προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση



Σχετικά με τις επιπτώσεις των τραυμάτων παρατηρήθηκε ότι εκείνοι που δεν έχουν καμία εκπαίδευση έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους έχουν τη βασική εκπαίδευση $p=0,024$ (Πίνακας ΣΤ, Παράρτημα). Οι διαφορές αποδίδονται σχηματικά από το συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 13.

Γράφημα 13. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις επιπτώσεις των τραυμάτων ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση



Διαφοροποίηση των γνώσεων και της άγνοιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση, την εργασιακή εμπειρία και την ειδική εκπαίδευση

Από τον πίνακα 8 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη γνώση αλλά και με την άγνοια πάνω στις συγκεκριμένες ερωτήσεις δε διαφοροποιούνται ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις γνώσεις ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower Bound	Upper Bound	
Ποσοστό σωστών ερωτήσεων	Ιατρός	15	20,00	8,893	2,296	15,08	24,92	0,643
	Φυσιοθεραπευτής	5	18,06	4,328	1,935	12,69	23,44	
	Νοσ. ΠΕ	9	21,15	11,865	3,955	12,03	30,27	
	Νοσ. ΤΕ	48	21,10	7,527	1,086	18,92	23,29	
	Βοηθός Νοσ.	5	21,29	6,288	2,812	13,48	29,10	

	Total	82	20,73	7,999	,883	18,97	22,49	
Ποσοστό	Ιατρός	15	8,1720	10,33601	2,66875	2,4481	13,8959	
απαντήσεων	Φυσιοθεραπευτής	5	8,3871	6,68917	2,99149	,0814	16,6928	
ΔΞ/ΔΑ	Νοσ. ΠΕ	9	1,4337	2,34349	,78116	-,3677	3,2351	0,125
	Νοσ. ΤΕ	48	3,8978	5,44511	,78593	2,3168	5,4789	
	Βοηθός Νοσ.	5	4,5161	6,68917	2,99149	-3,7896	12,8218	
	Total	82	4,7207	6,72834	,74302	3,2423	6,1991	

Από τον πίνακα 9 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη γνώση αλλά και με την άγνοια πάνω στις συγκεκριμένες ερωτήσεις δε διαφοροποιούνται ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις αντιλήψεις ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower Bound	Upper Bound	
Ποσοστό	<=10 ετών	30	21,83	10,084	1,841	18,06	25,59	
ερωτήσεων	11-20 έτη	36	20,88	6,428	1,071	18,70	23,05	0,268
	21-30 έτη	14	19,12	6,631	1,772	15,30	22,95	
	30+ έτη	2	12,90	4,562	3,226	-28,08	53,89	
	Total	82	20,73	7,999	,883	18,97	22,49	
Ποσοστό	<=10 ετών	30	4,3011	6,74172	1,23086	1,7837	6,8185	
απαντήσεων	11-20 έτη	36	4,5699	5,73821	,95637	2,6284	6,5114	0,753
ΔΞ/ΔΑ	21-30 έτη	14	6,4516	9,29776	2,48493	1,0832	11,8200	
	30+ έτη	2	1,6129	2,28099	1,61290	-18,8810	22,1068	
	Total	82	4,7207	6,72834	,74302	3,2423	6,1991	

Από τον πίνακα 10 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη γνώση αλλά και με την άγνοια πάνω στις συγκεκριμένες ερωτήσεις δε διαφοροποιούνται ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση. Οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 10.

Πίνακας 10. Διαφοροποιήσεις των τιμών σχετικά με τις αντιλήψεις ανάλογα με την ειδική εκπαίδευση.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower Bound	Upper Bound	
Ποσοστό σωστών ερωτήσεων	Καμία	14	22,12	8,283	2,214	17,34	26,90	0,866
	Βασική	58	20,24	7,015	,921	18,40	22,09	
	Πολλαπλή ή	10	21,61	12,636	3,996	12,57	30,65	
	Total	82	20,73	7,999	,883	18,97	22,49	
Ποσοστό απαντήσεων ΔΞ/ΔΑ	Καμία	14	5,7604	8,59809	2,29794	,7960	10,7248	0,321
	Βασική	58	5,0056	6,67886	,87698	3,2494	6,7617	
	Πολλαπλή ή	10	1,6129	2,28099	,72131	-,0188	3,2446	
	Total	82	4,7207	6,72834	,74302	3,2423	6,1991	

Στατιστική ανάλυση.

Τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων όπως επίσης και οι τιμές των αντιλήψεων εκφράστηκαν με τη βοήθεια μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές όπως η επαγγελματική κατηγορία με πλήρη και ποσοστά. Μετά από ελέγχους κανονικότητας με το κριτήριο Shapiro -Wilk εφαρμόστηκε ο έλεγχος της ανάλυσης διακύμανσης για την ανίχνευση διαφορών στις εκβάσεις μεταξύ των κατηγορικών παραμέτρων, ενώ εφαρμόστηκαν και έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο Bonferroni. Για τις διαφορές που αφορούν τις γνώσεις, καθώς η κατανομή των ποσοστών ήταν πιο λοξή, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal Wallis. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε ίσο με 0,05 και η ανάλυση έγινε με το λογισμικό SPSS v 26.0.

Συζήτηση

Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στην διερεύνηση των γνώσεων της διεπαγγελματικής ομάδας της ΜΕΘ καθώς και στη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται ότι η διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ απαρτίζεται κυρίως από άτομα νεαρής ηλικίας, καθώς το 63,5% των εργαζομένων είναι από 20 έως 40 ετών. Το τμήμα επανδρώνεται με προσωπικό το οποίο έχει αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας, με το 43,9% των εργαζομένων να ανήκει στην ομάδα εργασιακής εμπειρίας από 11 έως 20 έτη, ενώ το 19,5% του

προσωπικού έχει εμπειρία άνω των 21 χρόνων. Το ποσοστό των ορθών απαντήσεων είναι κατά μέσο όρο 20,73% που είναι σχετικά χαμηλό ενώ το ποσοστό της άγνοιας είναι 4,72% γεγονός που φανερώνει ότι η διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ έχει ελλείψεις γνώσεις στην πρόληψη τραυμάτων από πίεση. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η ερώτηση 17, η οποία αφορά την προστασία του δέρματος από την υγρασία εφαρμόζοντας κρέμες φραγμού, και η ερώτηση 18, η οποία αφορά την θέση της κεφαλής σε κλινήρες ασθενής, ήταν αυτές που σημείωσαν τα υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας με το 92,7% και το 93,9% αντίστοιχα των συμμετεχόντων να έχουν απαντήσει λανθασμένα. Αν και υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο σύνολο των αποτελεσμάτων σχετικά με το ποσοστό των σωστών και λανθασμένων απαντήσεων ανά ερωτηματολόγιο, ωστόσο, από την ανάλυση διαφαίνεται ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη γνώση αλλά και με την άγνοια πάνω στις συγκεκριμένες ερωτήσεις δε διαφοροποιούνται ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με τη γνώση αλλά και με την άγνοια των συμμετεχόντων σε σχέση με την εργασιακή τους εμπειρία αλλά και με την ειδική εκπαίδευση που μπορεί να έχουν λάβει.

Αν και από την στατιστική ανάλυση του πρώτου ερωτηματολογίου φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των γνώσεων ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση, την εργασιακή εμπειρία και την ειδική εκπαίδευση, ωστόσο η ανάλυση του δεύτερου ερωτηματολογίου που αφορά τις τάσεις των συμμετεχόντων ως προς τις αντιλήψεις για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση έδειξε διαφοροποιήσεις. Οι πρώτες τρεις παράγοντες που μελετήθηκαν και αφορούν στην προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση, στην προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων και στις επιπτώσεις των τραυμάτων, παρουσιάζουν θετικές τάσεις καθώς η μέση τιμή των αποτελεσμάτων στο σύνολο της διεπαγγελματικής ομάδας τείνει περισσότερο προς τη μέγιστη βαθμολογία. Σε ότι αφορά τις υπόλοιπες δυο κατηγορίες, δηλαδή την ευθύνη στην πρόληψη τραυμάτων και την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης, εδώ τα αποτελέσματα ήταν χαμηλότερα. Από ότι φαίνεται, αν και υπάρχει μια σχετικά θετική στάση ωστόσο οι συμμετέχοντες δεν φαίνεται να έχουν μια ολοκληρωμένη θετική κουλτούρα τόσο ως προς την ευθύνη όσο και ως προς την αποτελεσματικότητα της πρόληψης.

Η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων σχετικά με την προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση, την προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων και τις επιπτώσεις των τραυμάτων διαφοροποιούνται ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, σχετικά με την προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην προσωπική τους ικανότητα συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Σχετικά με την προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων και τις επιπτώσεις των τραυμάτων από πίεση παρατηρήθηκε ότι

οι ιατροί έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Σύμφωνα με τα δεδομένα των Buss et al, (2004) προέκυψε ότι η χρήση των προληπτικών παρεμβάσεων στην καθημερινή πρακτική εξαρτάται πολύ από την πεποίθηση των νοσηλευτών για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Δηλαδή, όσο περισσότερο εκτιμάται η πρόληψη των τραυμάτων από πίεση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να πραγματοποιηθούν προληπτικές πρακτικές (Maylor & Torrance, 1999).

Σε ότι αφορά στην προσωπική ικανότητα αντίληψης των τραυμάτων από πίεση, η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι υπάρχει διαφοροποίηση αναφορικά με την εργασιακή εμπειρία. Κύρια διαφορά παρατηρείται στην προτεραιότητα που δίνεται για την πρόληψη αυτών των τραυμάτων. Τα χρόνια εμπειρίας αποτελούν βασική παράμετρο ως προς την θετική στάση των συμμετεχόντων στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Οι εργαζόμενοι με εμπειρία άνω των 11 χρόνων έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους.

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν ακόμη βασικό παράγοντα τόσο ως προς τις γνώσεις όσο και ως προς τις στάσεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Στην παρούσα έρευνα, το 70,7% του προσωπικού έχει λάβει τη βασική εκπαίδευση, σε αντίθεση με το 12,2% το οποίο έχει λάβει πολλαπλή εκπαίδευση. Παρατηρήθηκε ότι εκείνοι που δεν έχουν καμία εκπαίδευση έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τόσο στην προσωπική τους ικανότητα όσο και στις επιπτώσεις των τραυμάτων από πίεση ως προς την πρόληψη τους, συγκριτικά με όσους έχουν πολλαπλή εκπαίδευση. Επίσης οι συμμετέχοντες με πολλαπλή εκπαίδευση είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά σωστών απαντήσεων σε ότι αφορά τις γνώσεις επί του θέματος. Σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων οι οποίοι έχουν λάβει κάποιου είδους πολλαπλής εκπαίδευσης ανήκουν στην επαγγελματική κατηγορία των νοσηλευτών. Αντίστοιχες μελέτες που διεξάχθηκαν στο Βέλγιο και στην Ολλανδία σε νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής έδειξε ότι περισσότερες γνώσεις είχαν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε διαλέξεις ή είχαν διαβάσει άρθρα στον τομέα (Beeckman et al, 2010).

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ιατροί έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην προσωπική τους ικανότητα ως προς την πρόληψη τραυμάτων από πίεση συγκριτικά με τους νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, καθώς οι τελευταίοι είναι αυτοί που επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τον έλεγχο των ασθενών. Τα αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι οι νοσηλευτές στην καθημερινή φροντίδα του ασθενή έχουν την υποχρέωση να κάνουν περιποίηση του δέρματος. Δηλαδή, κρίνεται απαραίτητο να ελέγχεται η κατάσταση του δέρματος και να γίνεται καταγραφή στον αντίστοιχο φάκελο. Κάθε αλλαγή που παρατηρείται στο δέρμα του ασθενή πρέπει να καταγράφεται και να σχεδιάζεται η αντίστοιχη και πιο κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα (Garboard K et al, 2010). Αποτελέσματα άλλης

μελέτης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την εκτίμηση της κατάστασης και για την ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπεία. Οι νοσηλευτές από την στιγμή της δημιουργία του τραύματος από πίεση στοχεύουν στην διατήρηση αλλά και στη βελτίωση της οξυγόνωσης του δέρματος, στη πρόληψη των λοιμώξεων και στην προαγωγή της επούλωσης του τραύματος (Sussman C. et al, 2012).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης είναι αξιόπιστο, γεγονός που τεκμηριώνεται και από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αλλά και από στοιχεία της βιβλιογραφίας. Τα αποτελέσματα από την ψυχομετρική αξιολόγηση του APuP έδειξαν ότι το όργανο και οι υποκλίμακες είναι αξιόπιστες, έγκυρες και κατασκευάστηκαν για να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της στάσης απέναντι στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση (J. Beeckman et al, 2010).

Στοιχεία της βιβλιογραφίας έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της παρούσας μελέτης αναφορικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Τόσο τα αποτελέσματα των Hulsboom et al, (2003), όσο και των Beeckman et al, (2011) που πραγματοποίησαν μια πολυπαραγοντική μελέτη νοσηλευτών έδειξε ότι η εμπειρία και η ηλικία σχετίζονται με την γνώση για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση. Σε γενικές γραμμές, σε όλες τις περιπτώσεις διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών της μελέτης ήταν φτωχές. Επιπλέον, οι νοσηλευτές κατά πλειοψηφία θεωρούν ότι οι τραυματισμοί από πίεση είναι πιο χαμηλής προτεραιότητας, συγκριτικά με τις υπόλοιπες υποχρεώσεις μέσα στον χώρο της εργασίας τους Gunningberg et al, (2001).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα τραύματα είναι ένα μείζον πρόβλημα που αφορά κυρίως τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η αντιμετώπιση των ελκών πίεσης παραδοσιακά αφορούσε κυρίως τους νοσηλευτές. Η εμπλοκή και άλλων επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο του ορισμού μιας διεπαγγελματικής ομάδας για την αντιμετώπιση των ελκών τραύματος, εγείρει διάφορα ζητήματα.

Γενικά, σε ότι αφορά την διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ του ΠΓΝ Λάρισας, φαίνεται ότι επικρατεί κυρίως θετική αντίληψη ως προς την πρόληψη και τα οφέλη της, καθώς σε όλες τις περιπτώσεις η μέση τιμή τείνει περισσότερο προς τη μέγιστη παρά προς την ελάχιστη της κάθε διάστασης. Παρά την θετική στάση στην πρόληψη, η έρευνα έδειξε ότι οι γνώσεις ως προς την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση είναι χαμηλές. Το ποσοστό των ορθών απαντήσεων είναι κατά μέσο όρο 20,73% ενώ το ποσοστό της άγνοιας είναι 4,72% που συνεπώς δείχνει ότι μεγάλο ποσοστό απαντά εσφαλμένα και όχι

ότι «δεν γνωρίζει». Οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα με τις περισσότερες γνώσεις επί του θέματος, καθώς αποτελεί την ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων. Επίσης, οι νοσηλευτές συγκριτικά με την διεπαγγελματική ομάδα της ΜΕΘ είναι αυτοί με τα υψηλότερα ποσοστά σε πολλαπλή εκπαίδευση. Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι υπάρχει θετική στάση και τάση στην πρόληψη των τραυμάτων από πίεση από τους νοσηλευτές οι οποίοι αποτελούν την κύρια επαγγελματική ομάδα η οποία επωμίζεται την μεγαλύτερη ευθύνη στο συγκεκριμένο θέμα που εξετάζεται στην παρούσα έρευνα.

Η βαθιά γνώση σχετικά με το θέμα των τραυμάτων από πίεση στηρίζεται κατά κύριο λόγο από το «βιωματικό», τις «δεξιότητες» και τις «αξιώσεις της γνώσης» και, αφορά ολόκληρη την διεπιστημονική ομάδα. Αυτή η μελέτη συνέβαλε κυρίως στην διαμόρφωση της εικόνας της γνώσης σχετικά με τα τραύματα από πίεση στη ΜΕΘ του ΠΓΝ Λάρισας. Για την αξιολόγηση της κατάστασης σχετικά με τα τραύματα από πίεση χρησιμοποιήθηκε ένα νέο εργαλείο αξιολόγησης που είναι βασισμένο στις Διεθνής Κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ παράλληλα κρίθηκε και η χρησιμότητά του. Επιπλέον, διευκρινίστηκαν όλα τα σημεία που δεν μπόρεσαν να κατανοηθούν πλήρως ή διέφυγαν της προσοχής των εμπλεκομένων στην πρόληψη και στην φροντίδα των ελκών τραύματος. Τέλος, μελετήθηκε η στάση που διατηρήθηκε στην πρόληψη των ελκών πίεσης, η οποία μπορεί να ενισχυθεί θετικά.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

- Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J., (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 71. 97-114.
- Athlin E., Idvall E., Jernfalt M., Johansson I., (2009). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing.*
- Australian Wound Management Association (AWNA), (2012). Pan Pacific clinical practice guideline for the prevention and management of pressure injury. Abridged version. Cambridge Publishing. Osborne Park.
- A. Akbari Sari, L. Doshmanghir, Z. Neghaban, M. Ghiasipour, Z. Beheshtizavareh, (2014). Rate of pressure ulcers in intensive units and general wards of Iranian hospitals and methods for their detection. *Iran J. Public Health.* 43. 787- 792.
- Beeckman, Dimitri & Defloor, Tom & Schoonhoven, Lisette & Vanderwee, Katrien., (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing.* 8. 166-76.
- Beeckman D., Vanderwee K., Demarre L., Paquay L., Van Hecke A., Defloor T., (2010). Pressure ulcer prevention: Development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *Int. J. Nurs. Stud.* 47. 399–410.
- Bergstrom N., Allman RM, Alvarez OM, et al, (1994). Pressure ulcer treatment. Clinical practice guideline no. 15 (AHCPR Publication no. 95-0652). Rockville MD: U.S. Department of health and human services, public health service, agency for health care policy and research.
- Casey G., (2013). Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Nursing New Zealand.* 19 (10). 20-24.
- Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo D, Ronzoni S, D'Alessandro F., (2017). Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: A prognostic cohort study. *PloS one.* 12 (1).
- Clarkson P, Worsley PR, Schoonhoven L, Bader DL., (2019). Μια διεπαγγελματική προσέγγιση στην πρόληψη του έλκους πίεσης: μια γνώση και αξιολόγηση στάσεων. *J Multidiscip Health.* 12. 377-386.

- Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS. (2014). A prospective window into medical device-related pressure ulcers in intensive care. *Int Wound J*, 11(6):656-64.
- Coyer F, Miles S, Gosley S et al (2017). Επικράτηση τραυματισμού από πίεση σε ασθενείς εντατικής θεραπείας έναντι ασθενών μη εντατικής θεραπείας: μια σύγκριση σε επίπεδο πολιτείας. *Aust Crit Care* 30:244–250.
- Cuddigan J., Ayello EA, Sussman C., eds, (2001). *Pressure ulcers in America. Prevalence incidence and implications for the future*. Reston, VA: National pressure ulcer advisory panel.
- Demarré L., Van Lancker A., Van Hecke A., Verhaeghe S., Grypdonck M., Lemey J., Beeckman D., (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* 52. 1754–1774.
- Diane Long, (2018). Best practice for pressure injury prevention in the ED. Don't let urgent and emergent needs overshadow PI prevention. Section 2. Acute- care environment.
- Dombrowski E, Rotenber L, Bick M., (2013). Θεωρία της γνώσης . Οξφόρδη, Ηνωμένο Βασίλειο: Oxford University Press.
- du Vivier, A., (2012). *Atlas of Clinical Dermatology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Μ. Αραμπατζής., Π. Σταυρόπουλος., Δ. Κ. Φέρρα. 3^η έκδοση. Νικοσία: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Eunice Park-Lee, Christine Caffrey, (2009). Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data brief*. 14.
- Fiona Coyer, Sandra Miles, Sandra Gosley, Paul Fulbrook, Kirstine Sketcher-Baker, Jane-Louise Cook, Jacqueline Whitmore, (2017). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Comparative Study. Aust Crit Care*. 30 (5). 244-250.
- Flaatten H, de Lange DW, Artigas A et al (2017) Η κατάσταση της έρευνας στην εντατική ιατρική και μια μελλοντική ατζέντα για πολύ ηλικιωμένους ασθενείς στη ΜΕΘ. *Intensive Care Med* 43:1319–1328.
- Garboard K, Harrison M.B, VanDenKerkof E., (2010). The symptom of pain with pressure ulcers: A review of the Ostomy Wound Management. 54 (5). pp. 30-42
- Gorecki C., Brown J.M., Nelson E.A., Briggs M., Schoonhoven L., C. Dealey, Defloor T., Nixon J., (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J. Am Geriatr. Soc.* 57 (7). 1175- 1183.
- Grey, J. E, Enoch, S, & Harding, K. G (2006). Wound asseement. *BMJ: British Medical Journal*132(75-36),285-288.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360405>

- Hahnel E, Lichterfeld A, Blume-Peytavi U, Kottner J., (2017). The epidemiology of skin conditions in the aged: a systematic review. *Journal of tissue viability*. 26 (1).
- Haesler, E., (2019). European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Injury Advisory Panel; PanPacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*; Ed.;EPUAP/NPIAP/PPPIA: Perth, Australia.
- Haesler E, editor, (2014). National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline*. Osborne Park, Western Australia: Cambrighe Media.
- Hopkins A., Dealey C., Bale S., Defloor T., Worboys F., (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (4). 345- 353.
- Hulsboom MA, Bours GJJW & Halfens RJG, (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention: A cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nursing*, 6. web site: <https://www.scopus.com/inward/record.url?>
- Ignatanius., Workman., (2008). *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Βασιλειάδου. 2^η έκδοση. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Jan Powers and Corinne Ames, (2018). Take action to solve causes of pressure injuries. Acute-care settings present challenges for PI prevention, but solutions exist. Section 1. Pls across the acute-care continuum.
- J. Cox, (2017). Pressure injury risk factors in adult critical care patients: a review of the literature. *Ostomy/ Wound Manag*. 11. 30- 43.
- J. Cox, (2017). Παράγοντες κινδύνου τραυματισμού από πίεση σε ενήλικες ασθενείς εντατικής θεραπείας: μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Ostomy/ Wound Manag*. 63. 30-43.
- J. P. Schuurman, L. Schoonhoven, T. Defloor, I. Van Engelshoven, B. van Ramshorst, E. Buskens, (2009). Economic evaluation of pressure ulcer care: a cost minimization analysis of prevention strategies. *Nurs. Econ*. 27 (6). 390- 415.
- Kim SM, Moon YW, Lim SJ, Yoon BK, Min YK, Lee DY et al., (2012). Prediction of survival, second fracture, and functional recovery following the first hip fracture surgery in older adult patients. *Bone* 2012;50(6):1343–50.
- Laporte L, Hermetet C, Jouan Y et al (2018) Δεκαετείς τάσεις στις εισαγωγές εντατικής θεραπείας για λοιμώξεις του αναπνευστικού στους ηλικιωμένους. *Ann Intensive Care* 8(1):84.
- L. Annemans, (2008). *Health economics for Non- economists. An introduction to the concepts, methods and pitfalls of health economic enalutations*. Academia Press. Gent. 1- 106.

- L. Habiballah, (2018). Attitudes of intensive care nurses towards pressure ulcer prevention. Clin. Nurs Stud. 6. 1- 7.
- Moore Z., Price P., (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. Journal of Clinical Nursing. 13 (8). 942- 951.
- M. J. Carter, (2014). Economic evaluations of guideline-based or strategic interventions for the prevention or treatment of chronic wounds. Appl. Health Econ. Health Policy. 12 (4). 373-389.
- M. Jafferany, T.V. Huynh, M.A. Silverman, Z. Zaidi, (2012). Geriatric dermatoses: a clinical review of skin disease in an aging population. Int J. Dermatol. 51 (5). 509- 522.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel., (2012). NPUAP pressure ulcer stages/ categories. National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Osborn, K. S., Wraa, C. E., Watson, A. B., (2013). Medical- Surgical Nursing: Preparation for Practice. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ. Αγγελόπουλος και συν. 2^η έκδοση. Νικοσία: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ & BROKEN HILL.
- Padula WV, Delarmente BA. Το εθνικό κόστος των τραυματισμών υπό πίεση από νοσοκομείο στις Ηνωμένες Πολιτείες . Int J Wound . 2019; 16 : 634–640.
- Pieper, B., Mott, M., (1995). Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. Adv. Wound Care. 8. 34–40.
- Royal College of Nursing.(2001).Pressure Ulcer risk assessment and prevention.Genesis.
- Sonia O. Labeau, Elsa Afonso, Julie Benbenishty, Bronagh Blackwood, Carole Boulanger, Stephan J. Brett, Silvia Calvino-Gunther, Wendy Chaboyer, Fiona Coyer, Mieke Deschepper, Guy Francois, Patrick M. Honore, Radmilo Jankovic, Ashish K. Khanna, Mireia Llaurodo-Serra, Frances Lin, Louise Rose, Francesca Rubulotta, Leif Saager, Ged William & Stijn I. Blot, (2021). Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. Intensive Care Medicine. 47. 160- 169.
- Sussman C, Bates-Jensen BM., (2012). Wound Care A Collaborative Practice Manual for Health Professionals. By Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Tubaishat A, Papanikolaou P, Anthony D, Habiballah L., (2018). Pressure ulcers prevalence in the acute care setting: a systematic review, 2000–2015. Clinical nursing research. 27 (6). 643–59.
- United Nations Population Fund (UNFPA), (2012). Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge.

- Van Gaal B., Schoonhoven L., Vloet L., Mintjes J., Borm G., Koopmans R., & Van Achterberg T., (2010). The effect of SAFE or SORRY? Programme on patient safety knowledge of nurses in hospitals and nursing homes: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. 47 (9). 1117- 1125.
- Vanderwee K., Clark M., Dealey C., Gunningberg L., Defloor T., (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13 (2). 227-235.
- Vasilopoulos, G., Charcharidou, M., & Castana, O. (2015). The structure and implementation of aPostGraduate Program in wound healing in Greece. Conference: EWMA-GNEAUPP Conference,Cooperating Organisations Workshop, At Madrid,Spain, (MAY 2014).doi:10.13140/2.1.4364.8967
- Voss, A.C.; Bender, S.A.; Ferguson, M.L.; Sauer, A.C.; Bennett, R.G.; Hahn, P.W., (2005). Long-Term Care Liability for Pressure Ulcers. *J. Am. Geriatr. Soc.* 53. 1587–1592.
- Zarei, E.; Madarshahian, E.; Nikkhah, A.; Khodakarim, S., (2019). Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran. *J. Tissue Viability*. 28. 70–74.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Ιωάννης Χατζής, (1994). «Βασική Δερματολογία- Αφροδισιολογία». Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Παναγίδης Δημήτρης, (2018). Έλκη πίεσης- Κλινική εκτίμηση. Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.).
- Χαρχαρίδου Μ., (2005). Παθοφυσιολογία- επιδημιολογία κατακλίσεων. 2^ο Πανελλήνιο συνέδριο επούλωσης τραυμάτων και ελκών. 34.
- Χατζή, Μ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Παραλίκας, Θ., Κοτρότσιου, Ε.(2009). Μελέτη της επίπτωσης των κατακλίσεων σε ασθενείς ΜΕΘ. Διεπιστημονική φροντίδα Υγείας, 1(2), 56– 60.

Διαδίκτυο

Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/ Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline 2019 16 June 2022

- www.biohimikos.gr
- www.medlabnews.gr

- www.anaplasi-rehab.gr
- <http://www.epuap.org>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1ο

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο συντάχθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, «Διαχείριση και Αποκατάσταση Βαρέως Πάσχοντα», του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Αφορά στα τραύματα από πίεση και στην αντιμετώπισή τους από μια διεπαγγελματική ομάδα, τόσο ως προς τη γνώση όσο και ως προς τη στάση πρόληψης. Αποτελείται από 49 ερωτήσεις οι οποίες χρειάζονται περίπου 15 λεπτά για την απάντησή τους.

Το ερωτηματολόγιο θα τηρήσει όλα τα μέτρα σύμφωνα με το Νόμο 4624/2019 για την προστασία προσωπικών δεδομένων. Όλα τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η συμπλήρωσή του είναι εθελοντική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμπλήρωσή του.

A. ΦΥΣΙΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2.Ηλικία

20-30 31-40 41-50 51>

3.Επαγγελματική κατηγορία

Ιατρός
 Φυσιοθεραπευτής
 Νοσηλεύτρια ΠΕ
 Νοσηλεύτρια ΤΕ
 Βοηθός Νοσηλευτή

4.Εργασιακή εμπειρία

<10 11-20 21-30 >31

5.Ειδική εκπαίδευση στην πρόληψη των ελκών τραύματος

Καμία Βασική εκπαίδευση Πολλαπλή*

*παρακολούθηση συνεδρίων ή άλλη εκπαίδευση

B. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη γνώση για την πρόληψη τραυμάτων από πίεση –The PIPK Questionnaire (Pressure Injury Prevention Knowledge)

Απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις σύμφωνα με την κλίμακα: Σωστό, Λάθος και Δεν γνωρίζω.

1. Κατά την επανατοποθέτηση του ατόμου στο κρεβάτι, χρησιμοποιείτε κάποια συσκευή ή ύφασμα για να μειώσετε τις δυνάμεις τριβής και διάτμησης και να αποφύγετε το τράβηγμα στην επιφάνεια του κρεβατιού. (Σωστή)

2. Προσφέρετε συμπληρώματα διατροφής υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και θερμίδες σε ενήλικες που κινδυνεύουν από τραυματισμούς από πίεση εάν η διατροφική πρόσληψη δεν πληροί τις διατροφικές απαιτήσεις. (Σωστή)

3. Κατά την επανατοποθέτηση στο κρεβάτι, οι ασθενείς μπορούν να τοποθετηθούν σε ερυθρές περιοχές του δέρματος. (Λάθος)

4. Επανεκτιμείτε τον κίνδυνο τραυματισμών από πίεση όταν συμβαίνει σημαντική αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς ή σε κλινική κατάσταση. (Σωστή)

5. Αξιολογείτε και παρακολουθείτε τη διατροφή χρησιμοποιώντας ορισμένα επικυρωμένα εργαλεία αξιολόγησης, με τρόπο κατάλληλο για τον πληθυσμό και το κλινικό πλαίσιο. (Σωστή)

6. Οι περιοχές του δέρματος που έρχονται σε επαφή με ιατροτεχνολογικά προϊόντα (όπως μάσκες ή σωλήνες) **δεν** έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης τραυματισμών από πίεση. (Λάθος)

7. Η περιγραφή όλων των τραυματισμών από πίεση γίνεται χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο σύστημα ταξινόμησης. (Σωστή)

8. Ένας βαμβακερός και ελαστικός επίδεσμος στις πτέρνες επιτρέπει την ανακατανομή της πίεσης και την πρόληψη τραυματισμών από πίεση. (Λάθος)

9. Σε ασθενείς υπό καταστολή που κινδυνεύουν από τραυματισμούς από πίεση, πρέπει να χρησιμοποιείται ένα στρώμα με ιδιότητες ανακούφισης της πίεσης αντί ενός τυπικού στρώματος. (Σωστή)

10. Το δέρμα που έρχεται σε επαφή με ιατρικές συσκευές (όπως παροχeteύσεις ή σωλήνες) πρέπει να προστατεύεται με τη χρήση κρέμας ή λαδιού με υπερ-οξυγονωμένα λιπαρά οξέα και / ή με αφρώδη επιθέματα. (Σωστή)

11. Το τρίψιμο του δέρματος με αλκοόλ και το μασάζ σε οστικές προεξοχές είναι χρήσιμο για την ενίσχυση της τριχοειδούς κυκλοφορίας. (Λάθος)

12. **Δεν** είναι απαραίτητο να κινητοποιείτε περιοδικά ιατρικές συσκευές (όπως μάσκες ή σωλήνες) για την αποφυγή τραυματισμών από πίεση. (Λάθος)

- 13.** Μια ολοκληρωμένη εκτίμηση του δέρματος (από το κεφάλι μέχρι τα δάχτυλα) όλων των ασθενών που γίνονται δεκτοί σε μια εγκατάσταση (νοσοκομείο ή γηροκομείο) μπορεί να γίνει εντός των πρώτων 48 ωρών μετά την εισαγωγή. (Λάθος)
- 14.** Η εναλλαγή θέσεων **δεν** είναι απαραίτητη σε ξαπλωμένους ασθενείς που χρησιμοποιούν στρώμα ανακούφισης πίεσης. (Λάθος)
- 15.** Η κλίση της κεφαλής του κρεβατιού πρέπει να είναι επαρκής για τη μείωση της πίεσης και των δυνάμεων διάτμησης στο δέρμα σε ασθενείς με κίνδυνο ενώ κάθονται. (Σωστή)
- 16.** Σε ασθενείς με σκουρόχρωμο δέρμα, η εκτίμηση του δέρματος θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στη θερμοκρασία του δέρματος, στην παρουσία οιδήματος και στην αλλαγή της συνοχής των ιστών, αντί της εμφάνισης μη-λευκασμένης ερυθρότητας. (Σωστή)
- 17.** Προστατεύετε το δέρμα από την υγρασία εφαρμόζοντας κρέμες φραγμού με υπερ-οξυγονωμένα λιπαρά οξέα, οι οποίες αδιαβροχοποιούν το δέρμα. (Λάθος)
- 18.** Σε κλινήρεις ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο, διατηρείτε ημι-ενσωματωμένη θέση με ύψος κεφαλής μεταξύ 30° και 45 °. (Λάθος)
- 19.** Όλες οι αξιολογήσεις κινδύνου που διενεργούνται πρέπει να καταγράφονται στο ιατρικό αρχείο του ασθενούς. (Σωστή)
- 20.** Η διατροφική κατάσταση θα πρέπει να αξιολογείται όταν ο ασθενής εισάγεται σε υγειονομικό κέντρο ή συμβαίνει σημαντική αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του. (Σωστή)
- 21.** Η διάρκεια της επέμβασης **δεν** αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη τραυματισμών υπό πίεση. (Λάθος)
- 22.** Χρησιμοποιείτε μια συσκευή σε σχήμα ντόνατ για να ανακουφίσετε την πίεση σε ασθενείς με κίνδυνο μειωμένης κινητικότητας. (Λάθος)
- 23.** Χρησιμοποιείτε το καταλληλότερο στρώμα ανακούφισης πίεσης με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, προγραμματίζοντας την επανατοποθέτηση ανάλογα. (Σωστή)

24. Σε ασθενείς με ακράτεια, έντονη εφίδρωση, εξίδρωση τραυμάτων ή παροχέτευση, εξετάζετε το ενδεχόμενο χρήσης κατάλληλων συσκευών διαχείρισης (όπως καθετήρες ούρων, πάνες ή επιδέσμους). (Σωστή)
25. Σε ασθενείς που βρίσκονται στο κρεβάτι, μην υπερβαίνετε τις 30° στο ύψος της κεφαλής. (Σωστή)
26. Πραγματοποιείτε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση σε κάθε ασθενή για να εντοπίσετε παράγοντες κινδύνου για τραυματισμούς από πίεση. (Σωστή)
27. Εξετάζετε το δέρμα για σημάδια ερυθρότητας, περιοχές μη εύκαμπτου ερυθήματος, εντοπισμένης θερμότητας, σκλήρυνσης ή βλάβης του δέρματος σε άτομα που κινδυνεύουν από τραυματισμούς από πίεση. (Σωστή)
28. Ο χρόνος που αφιερώνει ένα άτομο καθισμένος δεν επηρεάζει την ανάπτυξη τραυματισμών από πίεση. (Λάθος)
29. Σε ασθενείς που βρίσκονται στο κρεβάτι σε πρηγή θέση, θα πρέπει να αξιολογούνται το πρόσωπο, η μύτη, το πηγούνι, το μέτωπο, τα ζυγωματικά, το στήθος, τα γόνατα, τα δάχτυλα, τα γεννητικά όργανα, οι κλείδες, οι λαγόνιες ακρολοφίες, η σύμφυση και το μπροστινό μέρος και των δύο ποδιών. (Σωστή)
30. Χρησιμοποιείτε συστηματικά μια επικυρωμένη κλίμακα εκτίμησης κινδύνου (Cubbin and Jacson, Braden, Norton ή EMINA). (Σωστή)
31. Σε ασθενείς που βρίσκονται στο κρεβάτι, παρακολουθείτε το δέρμα σε περιοχές υψηλού κινδύνου για τραυματισμούς από πίεση (όπως πτέρνες, ιεροκοκκυγική περιοχή, ινιακό, μύτη και γλουτούς). (σωστή)

Γ. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη στάση απέναντι στην πρόληψη κατακλίσεων –The APuP Questionnaire (Attitude towards Pressure Ulcer Prevention)

Σας παρακαλώ δώστε τις απαντήσεις σας βάζοντας (✓) στην επιθυμητή απάντηση, σύμφωνα με την κλίμακα Likert όπου:

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

	Συμφω-νό	Συμφω-νό απόλυ-τα	Διαφω-νό	Διαφω-νό απόλυ-τα
A 1. Προσωπική ικανότητα πρόληψης ελκών πίεσης (τρία στοιχεία) (μέγιστη βαθμολογία = 12)				
A 1.1 (+) a Νιώθω σίγουρος για την ικανότητά μου να αποτρέπω έλκη πίεσης.				
A 1.2 (+) a Είμαι καλά εκπαιδευμένος για να αποτρέπω έλκη πίεσης.				
A1.3 (-) b Η πρόληψη του έλκους είναι πολύ δύσκολη. Άλλοι είναι καλύτεροι από εμένα.				
B2. Προτεραιότητα πρόληψης έλκους πίεσης (τρία στοιχεία) (μέγιστη βαθμολογία = 12)				
B 2.1 (-) b Δίδεται μεγάλη προσοχή στην πρόληψη των ελκών πίεσης.				
B.2.2 (-) b Η πρόληψη του έλκους δεν είναι τόσο σημαντική.				
B2.3 (+) a Η πρόληψη του έλκους πίεσης πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα				
Γ 3. Επιπτώσεις των ελκών πίεσης (τρία στοιχεία) (μέγιστη βαθμολογία = 12)				
Γ3.1 (-) b Ένα έλκος πίεσης σχεδόν ποτέ δεν προκαλεί δυσφορία για έναν ασθενή.				
Γ3.2 (-) b Η οικονομική επίδραση των ελκών πίεσης σε έναν ασθενή δεν πρέπει να είναι υπερβολική.				
Γ3.3 (+) a Ο οικονομικός αντίκτυπος των ελκών πίεσης στην κοινωνία είναι υψηλός.				
Δ4. Ευθύνη στην πρόληψη έλκους πίεσης (δύο αντικείμενα) (μέγιστη βαθμολογία = 8)				
Δ4.1 (-) b Δεν είμαι υπεύθυνος εάν εμφανιστεί έλκος πίεσης στους ασθενείς μου.				

Δ4.2 (+) α Έχω ένα σημαντικό καθήκον στην πρόληψη του έλκους πίεσης.							
ΣΤ5. Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της πρόληψης (δύο στοιχεία) (μέγιστη βαθμολογία = 8)							
ΣΤ5.1 (+) α Τα έλκη πίεσης μπορούν να προληφθούν σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.							
ΣΤΑ5.2 (-) β Τα έλκη πίεσης σχεδόν ποτέ δεν μπορούν να αποφευχθούν. α Θετικά διατυπωμένο στοιχείο. β Αντικείμενο με αρνητική διατύπωση							

2. Στατιστικοί Πίνακες

Πίνακας Α. Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση

Προσωπική ικανότητα πρόληψης τραυμάτων από πίεση	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
				Lower Bound	Upper Bound	
Bonferroni Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής	,200	,886	1,000	-2,36	2,76
	Νοσ. ΠΕ	-2,267	,723	,024	-4,36	-,18
	Νοσ. ΤΕ	-1,663	,507	,016	-3,13	-,20
	Βοηθός Νοσ.	-2,000	,886	,267	-4,56	,56
Φυσιοθεραπευτής	Ιατρός	-,200	,886	1,000	-2,76	2,36
	Νοσ. ΠΕ	-2,467	,956	,118	-5,23	,30
	Νοσ. ΤΕ	-1,863	,806	,235	-4,19	,47
	Βοηθός Νοσ.	-2,200	1,085	,460	-5,33	,93
Νοσ. ΠΕ	Ιατρός	2,267	,723	,024	,18	4,36
	Φυσιοθεραπευτής	2,467	,956	,118	-,30	5,23
	Νοσ. ΤΕ	,604	,623	1,000	-1,20	2,40
	Βοηθός Νοσ.	,267	,956	1,000	-2,50	3,03
Νοσ. ΤΕ	Ιατρός	1,663	,507	,016	,20	3,13
	Φυσιοθεραπευτής	1,863	,806	,235	-,47	4,19
	Νοσ. ΠΕ	-,604	,623	1,000	-2,40	1,20
	Βοηθός Νοσ.	-,338	,806	1,000	-2,67	1,99
Βοηθός Νοσ.	Ιατρός	2,000	,886	,267	-,56	4,56

Φυσιοθεραπευτής	2,200	1,085	,460	-,93	5,33
Νοσ. ΠΕ	-,267	,956	1,000	-3,03	2,50
Νοσ. ΤΕ	,338	,806	1,000	-1,99	2,67

Πίνακας Α

Πίνακας Β. Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων

Προτεραιότητα πρόληψης τραυμάτων		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
Bonferroni					Lower Bound	Upper Bound
Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής	,133	,467	1,000	-1,22	1,48
	Νοσ. ΠΕ	,667	,381	,844	-,44	1,77
	Νοσ. ΤΕ	,917 [*]	,268	,010	,14	1,69
	Βοηθός Νοσ.	,933	,467	,492	-,42	2,28
Φυσιοθεραπευτής	Ιατρός	-,133	,467	1,000	-1,48	1,22
	Νοσ. ΠΕ	,533	,505	1,000	-,92	1,99
	Νοσ. ΤΕ	,783	,425	,692	-,45	2,01
	Βοηθός Νοσ.	,800	,572	1,000	-,85	2,45
Νοσ. ΠΕ	Ιατρός	-,667	,381	,844	-1,77	,44
	Φυσιοθεραπευτής	-,533	,505	1,000	-1,99	,92
	Νοσ. ΤΕ	,250	,329	1,000	-,70	1,20
	Βοηθός Νοσ.	,267	,505	1,000	-1,19	1,72
Νοσ. ΤΕ	Ιατρός	-,917 [*]	,268	,010	-1,69	-,14
	Φυσιοθεραπευτής	-,783	,425	,692	-2,01	,45
	Νοσ. ΠΕ	-,250	,329	1,000	-1,20	,70
	Βοηθός Νοσ.	,017	,425	1,000	-1,21	1,25
Βοηθός Νοσ.	Ιατρός	-,933	,467	,492	-2,28	,42
	Φυσιοθεραπευτής	-,800	,572	1,000	-2,45	,85
	Νοσ. ΠΕ	-,267	,505	1,000	-1,72	1,19
	Νοσ. ΤΕ	-,017	,425	1,000	-1,25	1,21

Πίνακας Β

Πίνακας Γ. Επιπτώσεις των τραυμάτων

Multiple Comparisons

Dependent Variable	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
--------------------	-----------------------	------------	------	-------------------------

						Lower Bound	Upper Bound
Επιπτώσεις των τραυμάτων	Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής	2,533 [*]	0,718	0,007	0,46	4,61
		Νοσ. ΠΕ	1,711 [*]	0,586	0,046	0,02	3,41
		Νοσ. ΤΕ	2,454 [*]	0,411	0	1,27	3,64
		Βοηθός Νοσ.	2,333 [*]	0,718	0,017	0,26	4,41
	Φυσιοθεραπευτής	Ιατρός	-2,533 [*]	0,718	0,007	-4,61	-0,46
		Νοσ. ΠΕ	-0,822	0,776	1	-3,06	1,42
		Νοσ. ΤΕ	-0,079	0,653	1	-1,97	1,81
		Βοηθός Νοσ.	-0,2	0,879	1	-2,74	2,34
	Bonferroni Νοσ. ΠΕ	Ιατρός	-1,711 [*]	0,586	0,046	-3,41	-0,02
		Φυσιοθεραπευτής	0,822	0,776	1	-1,42	3,06
		Νοσ. ΤΕ	0,743	0,505	1	-0,72	2,2
		Βοηθός Νοσ.	0,622	0,776	1	-1,62	2,86
	Νοσ. ΤΕ	Ιατρός	-2,454 [*]	0,411	0	-3,64	-1,27
		Φυσιοθεραπευτής	0,079	0,653	1	-1,81	1,97
		Νοσ. ΠΕ	-0,743	0,505	1	-2,2	0,72
		Βοηθός Νοσ.	-0,121	0,653	1	-2,01	1,77
	Βοηθός Νοσ.	Ιατρός	-2,333 [*]	0,718	0,017	-4,41	-0,26
		Φυσιοθεραπευτής	0,2	0,879	1	-2,34	2,74
		Νοσ. ΠΕ	-0,622	0,776	1	-2,86	1,62
		Νοσ. ΤΕ	0,121	0,653	1	-1,77	2,01

Πίνακας Γ