



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ & ΕΛΚΩΝ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: «ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΑΛΛΗΛΕΝΔΕΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ  
ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ»**

**Μεταπτ. Φοιτήτρια: Τσαμαδιά Δήμητρα**

**Εισηγητής: Φασόη Γεωργία**

Αθήνα , 2022

**«ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΑΛΛΗΛΕΝΔΕΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ  
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ»**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ & ΕΛΚΩΝ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: «ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΑΛΛΗΛΕΝΔΕΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ  
ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ»**

**Τσαμαδιά Δήμητρα**

**Εισηγητής: Φασόη Γεωργία**

Αθήνα , 2022

«Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δεν σημαίνει και αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα». Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82.

## **Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή**

Φασόη Γεωργία, Καθηγήτρια, (Επιβλέπουσα)

Κελέση Σταυροπούλου Μάρθα, Καθηγήτρια

Αλικάρη Βικτωρία, Λέκτορας Πανεπιστημίου

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Τσαμαδία Δημητριά του Δημητρίου με αριθμό μητρώου 19032 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεραπεία και Φροντίδα Τραυμάτων και Ελκών» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 23/12/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα  
Τσαμαδία  
(υπογραφή)  
Δημητριά Τσαμαδία  
(Ονοματεπώνυμο)

### ***Ευχαριστίες***

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Φασόη Γεωργία για τις κατευθύνσεις και συμβουλές που μου έδωσε για την εκπόνηση της παρούσης μελέτης. Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την ηθική της συμπαράσταση και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## Πρόλογος

Η σωματική αναπηρία ορίζεται ως: «*Η διαταραχή του κινητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της αγγειακής και νευρικής παροχής, που αντανακλάται από προφανείς αλλαγές στην προσωπικότητα*». Δεδομένου ότι η σωματική αναπηρία αντανακλάται σε όλους τους τομείς των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων, συνιστάται η διεπιστημονική συνεργασία τραυματολόγων, ορθοπαιδικών, ουρολόγων, σεξολόγων, εργοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, και νοσηλευτών.

Κατά τη διάρκεια παροχής της επείγουσας φροντίδας, παρατηρείται μεγάλη συχνότητα εμφάνισης ελκών πίεσης λόγω της πάρεσης που προκαλείται από νευρολογικές μεταβολές. Σε περιπτώσεις πάρεσης, η ακράτεια είναι σχεδόν πάντα παρούσα και η ουροδόχος κύστη καθυστεριάζεται σε τακτά διαστήματα. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι εξοπλισμού καθισμάτων ανακατανομής πίεσης που είναι διαθέσιμοι για την πρόληψη και τη διαχείριση των ελκών πίεσης όπως για παράδειγμα α) ένα μόνο μαξιλάρι για χρήση σε αναπηρικό αμαξίδιο ή καρέκλα, β) ενσωματωμένο μαξιλάρι σε σύστημα καθισμάτων, γ) μαξιλάρι κατά παραγγελία.



## Πίνακας περιεχομένων

<b>Πρόλογος</b>	<b>7</b>
<b>Πίνακας σχημάτων</b>	<b>9</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>11</b>
<b>Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</b>	<b>13</b>
1.1 Ορισμός και αποσαφήνιση των έλκων πίεσης	13
1.2 Κατηγοριοποίηση των ελκών κατάκλισης	13
1.2.1 Κατηγορία/στάδιο 1	13
1.2.2 Κατηγορία/στάδιο 2	15
1.2.3 Κατηγορία /στάδιο 3	16
1.2.4 Κατηγορία/στάδιο 4	16
1.2.5 Μη σταδιοποιήσιμο	16
1.3 Εκδήλωση και λόγοι εμφάνισης φαινομένου	18
2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη ποιότητα ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες	25
<b>Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία</b>	<b>37</b>
3.1 Σκοπός της μελέτης	37
3.2 Δείγμα	37
3.3 Ερευνητικό εργαλείο	37
3.4 Συλλογή δεδομένων	38
3.5 Ανάλυση δεδομένων	38
<b>Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα</b>	<b>39</b>
4.1 Περιγραφική στατιστική	39
4.2 Επαγωγική στατιστική	51
<b>Κεφάλαιο 5: Συζήτηση</b>	<b>56</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>61</b>
<b>Παραρτήματα</b>	<b>67</b>
<b>Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης κινδύνου.</b>	<b>67</b>
<b>Παράρτημα 2 Άδεια για ερωτηματολόγιο</b>	<b>70</b>

## **Πίνακας σχημάτων**

Σχήμα 1-0-1 Παράγοντες Κινδύνου .....	20
Σχήμα 1-0-2 Βασικά χαρακτηριστικά της αξιολόγησης ενός καθίσματος.....	27
Σχήμα 2-3 Οι διαφορές απόψεων ως προς την προτεραιότητα των απαραίτητων χαρακτηριστικών των καθισμάτων και των μαξιλαριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που παραμένουν καθήμενοι για μεγάλες χρονικές περιόδους.....	28

## **Πίνακας εικόνων**

Εικόνα 1-1 α Ελαφρά χρωματισμένο: μη ασπρόμαυρο ερύθημα ανέπαφου δέρματος. β Δέρμα με σκούρο χρώμα: το ερύθημα δεν είναι πάντα ορατό.....	14
Εικόνα 1-2 Μερική απώλεια πάχους δέρματος με εκτεθειμένο χόριο. ....	15
Εικόνα 1-3 Απώλεια πλήρους πάχους δέρματος.....	15
Εικόνα 1-4 Απώλεια πλήρους πάχους δέρματος και ιστού .....	16
Εικόνα 1-5 Απώλεια δέρματος και σχηματισμός εσχάρας. β Σκουρόχρωμη εσχάρα. ....	17
Εικόνα 1-6 Έλκος πίεσης εν τω βαθύ ιστού: επίμονος αποχρωματισμός σε βαθύ κόκκινο, καφέ ή μωβ που δεν λευκάζει στην πίεση. Υποψία τραυματισμού εν τω βαθύ ιστού.....	18
Εικόνα 1-7 Περιοχές που κινδυνεύουν να υποστούν βλάβη από έλκος πίεσης στην καθήμενη θέση και περιοχές που κινδυνεύουν να υποστούν βλάβη από έλκος κατάκλισης σε θέση καθήμενη με καμπούριασμα πάνω στο κάθισμα .....	19
Εικόνα 1-8 Θέση καθίσματος πολύ ψηλά και χαμηλά. ....	26
Εικόνα 2-9 Πλάγια κλίση.....	33

Εικόνα 2-10 Κλίση προς τα εμπρός και Πλήρης κλίση προς τα εμπρός.....34

## Εισαγωγή

Η σωματική αναπηρία είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο το οποίο ορίζεται μέσα από πολλούς και διαφορετικούς τύπους και μορφές. Ο όρος περιλαμβάνει ασθενείς με προσωρινή βλάβη στο κινητικό σύστημα και αυτούς που εξαρτώνται πλήρως από τη βοήθεια άλλων (Galíndez-Novoaetal 2015.) Ο ορισμός της σωματικής αναπηρίας μπορεί να περιλαμβάνει οποιοσδήποτε παθολογικές μεταβολές στο κινητικό σύστημα που περιορίζουν τις φυσιολογικές λειτουργίες των οστών, των αρθρώσεων, των μυών ή των τενόντων (Hankona, Vanrona, 2016) ή που περιορίζουν την κινητικότητα που είναι απαραίτητη για τις καθημερινές δραστηριότητες (Cirtkova, Vitoušova, 2007).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών με αναπηρία πρέπει να παρακολουθούνται. Η σωματική αναπηρία πέρα από τη σωματική δυσλειτουργία επιφέρει και ψυχολογική επιβάρυνση στο άτομο, ιδιαίτερα εάν η βλάβη στο κινητικό σύστημα είναι αποτέλεσμα τραύματος ή οξείας πάθησης δηλαδή αν το άτομο απέκτησε το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της ζωής του, δεν γεννήθηκε δηλαδή έχοντας κινητικά ή άλλα σχετικά προβλήματα (Bibi, Rasmussen&McLiesh, 2018).

Ο επαναλαμβανόμενος καθετηριασμός λόγω ακινησίας και ελκών πίεσης οδηγεί σε λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν ακράτεια παρά τον καθετηριασμό και ως αποτέλεσμα, την ανάπτυξη ελκών κατάκλισης. (Joseph, Nilsson Wikmar, 2016). Αυτός είναι, μεταξύ άλλων, ο λόγος για τον οποίο μια σωματική αναπηρία πρέπει να θεωρείται ως προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης των ελκών πίεσης (Nilsson Wikmar, 2016, Brienza et.al, 2017, Krishnan et.al, 2017).

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Νοσηλευτικής και οι επαρκώς καταρτισμένοι νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να εφαρμόζουν τις αρχές της κοινωνικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, είναι αμφίβολο εάν η εφαρμογή γνωστών μεθόδων διευκολύνει την επικοινωνία με ασθενείς με σωματική αναπηρία. (Kucirek,2017).

Λόγω της απομόνωσής τους, αυτοί οι ασθενείς έχουν τόσο διαφορετική σειρά προτεραιοτήτων όσο και διαφορετικό φάσμα αναγκών (Slowik, 2016). Ως εκ τούτου, οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν προληπτικά μέτρα, μέτρα για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ελκών πίεσης, την εκπαίδευση του ασθενούς σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης και την εναρμόνιση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης (Weber, Kelley, 2018).

Δεδομένου ότι η σωματική αναπηρία απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία, τα κρίσιμα ερωτήματα θα πρέπει να τίθενται με προσανατολισμό στον στόχο και τις ατομικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά. Αλλά τελικά αυτό που χρειάζεται περισσότερο ο ασθενής είναι η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα. (Vilchis-Aranguren et al., 2015) Για παράδειγμα, σε ασθενείς με σωματική αναπηρία, η παράλυση προκαλεί συχνά αναισθησία σε επώδυνα ερεθίσματα, γεγονός που προκαλεί συχνές νοσηλείες ή την εμφάνιση επιπλοκών (Cook et al., 2007)

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να καθοριστεί το υπό εξέταση θέμα, να προσδιοριστεί μεθοδολογικά και να τεθούν οι βάσεις για μια εκτενή μελέτη αναφορικά με το εξεταζόμενο πεδίο. Το παρόν θα μπορούσε να αναπτυχθεί ως ένας πρακτικός οδηγός για άτομα, φροντιστές, επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η έρευνα και η βάση αποδεικτικών στοιχείων για την πρόληψη και τη διαχείριση των ελκών πίεσης μπορεί να εφαρμοστεί σε όσους παραμένουν καθήμενοι για παρατεταμένες χρονικές περιόδους.

# **Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

## **1.1 Ορισμός και αποσαφήνιση των έλκων πίεσης**

Τα «έλκη πίεσης είναι ένας εντοπισμένος τραυματισμός του δέρματος και/ή του υποκείμενου ιστού συνήθως πάνω από μια οστική προεξοχή, ως αποτέλεσμα πίεσης ή πίεσης σε συνδυασμό με διάτμηση» (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014). Η παραμονή σε καθιστή θέση για παρατεταμένες χρονικές περιόδους αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ελκών πίεσης στους γλουτούς, καθώς ο μαλακός ιστός σε αυτή την περιοχή συμπιέζεται μεταξύ δύο επιφανειών: του καθίσματος και των οστών της λεκάνης (Schubert, 1994, Wounds International, 2010).

Ο χρόνος που διαρκεί αυτή η καταστροφή στο δέρμα μπορεί συχνά να είναι μη σχετικός καθώς ορισμένα έλκη πίεσης αναπτύσσονται γρήγορα και άλλα χρειάζονται περισσότερο χρόνο (Gefen, 2008). Η διαδικασία εξαρτάται από παράγοντες όπως η κατάσταση της υγείας, η αναπηρία, η ικανότητα αλλαγής θέσης και η διατήρηση μιας όρθιας θέσης χωρίς κατρακύλιση ή ολίσθηση (Gefen, 2008).

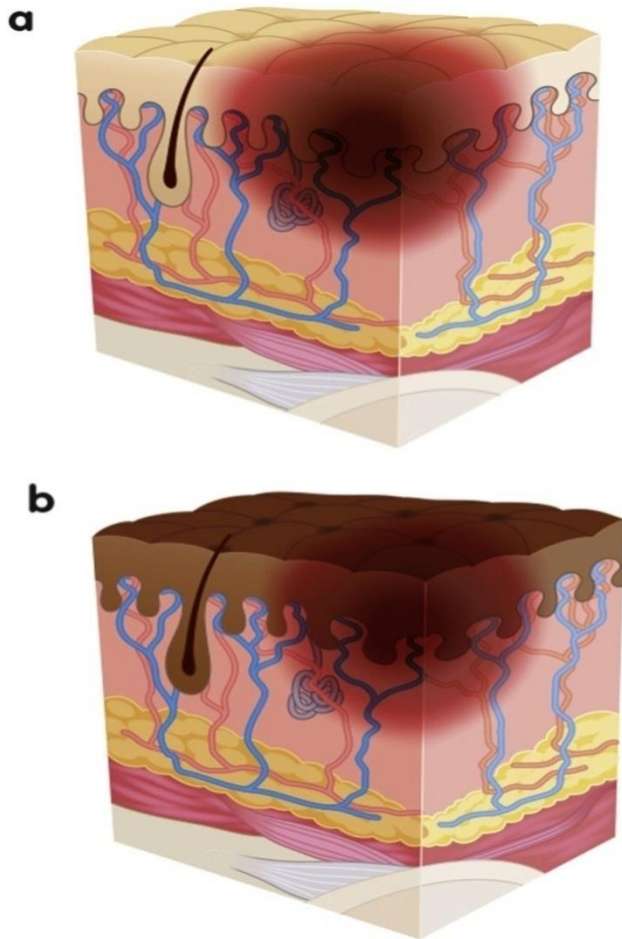
## **1.2 Κατηγοριοποίηση των ελκών κατάκλισης**

Για να γίνει κατανοητή η σοβαρότητα της βλάβης στο δέρμα από την πίεση, χρησιμοποιείται ένα διεθνές σύστημα σταδιοποίησης του έλκους πίεσης (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014). Όσο υψηλότερο είναι το στάδιο τόσο πιο σοβαρό είναι το έλκος πίεσης και η βλάβη στο δέρμα και στους υποκείμενους ιστούς.

### **1.2.1 Κατηγορία/στάδιο 1**

Ένα έλκος πίεσης κατηγορίας/σταδίου 1 είναι μια επιφανειακή βλάβη και η πληγείσα περιοχή του δέρματος εμφανίζεται αποχρωματισμένη (κόκκινο

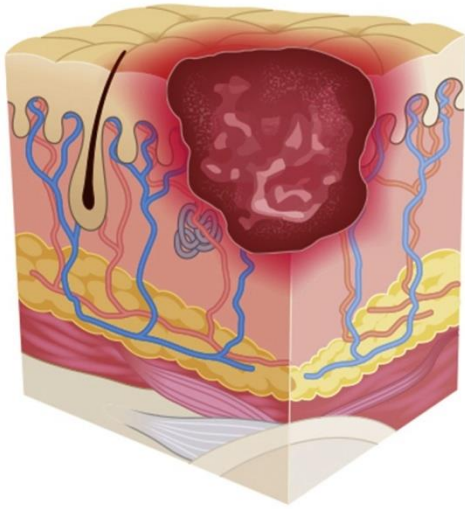
σε άτομα με λευκό δέρμα και μωβ/μπλε σε άτομα με πιο σκούρες αποχρώσεις δέρματος). Το δέρμα δεν έχει καταστραφεί, αλλά μπορεί το σημείο να είναι επώδυνο, κνησμώδες, θερμό και πλαδαρό ή σκληρό στο άγγιγμα.



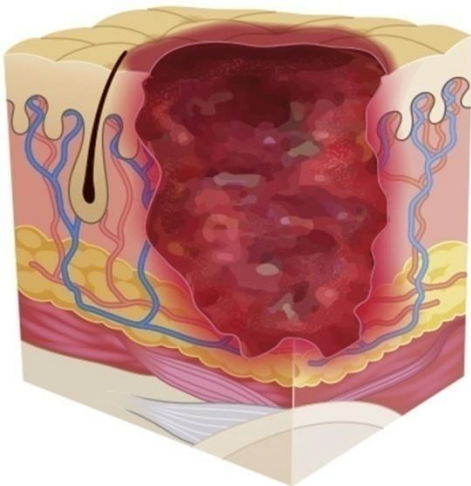
**Εικόνα 1-1 α** Ελαφρά χρωματισμένο: μη ασπρόμαυρο ερύθημα ανέπαφου δέρματος. **β** Δέρμα με σκούρο χρώμα: το ερύθημα δεν είναι πάντα ορατό(European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

### 1.2.2 Κατηγορία/στάδιο 2

Ένα έλκος πίεσης κατηγορίας σταδίου 2 μοιάζει είτε με ανοιχτό τραύμα είτε με φυσαλίδα καθώς η επιφάνεια του δέρματος έχει καταστραφεί.

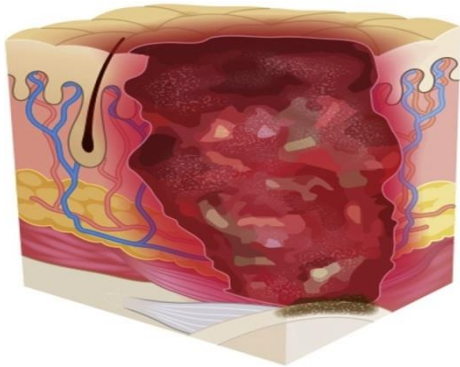


**Εικόνα 1-2**Μερική απώλεια πάχους δέρματος με εκτεθειμένο χόριο.(European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)



**Εικόνα1-3**Απώλεια πλήρους πάχους δέρματος  
(European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)





**Εικόνα 1-4 Απώλεια πλήρους πάχους δέρματος και ιστού**

(European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

### **1.2.3 Κατηγορία /στάδιο 3**

Ένα έλκος πίεσης κατηγορίας σταδίου 3 μπορεί να εμφανιστεί ως βαθύ άνοιγμα του δέρματος ανάλογα με το πού βρίσκεται στο σώμα. Έχει προκύψει βλάβη τόσο στο δέρμα όσο και στους μαλακούς ιστούς.

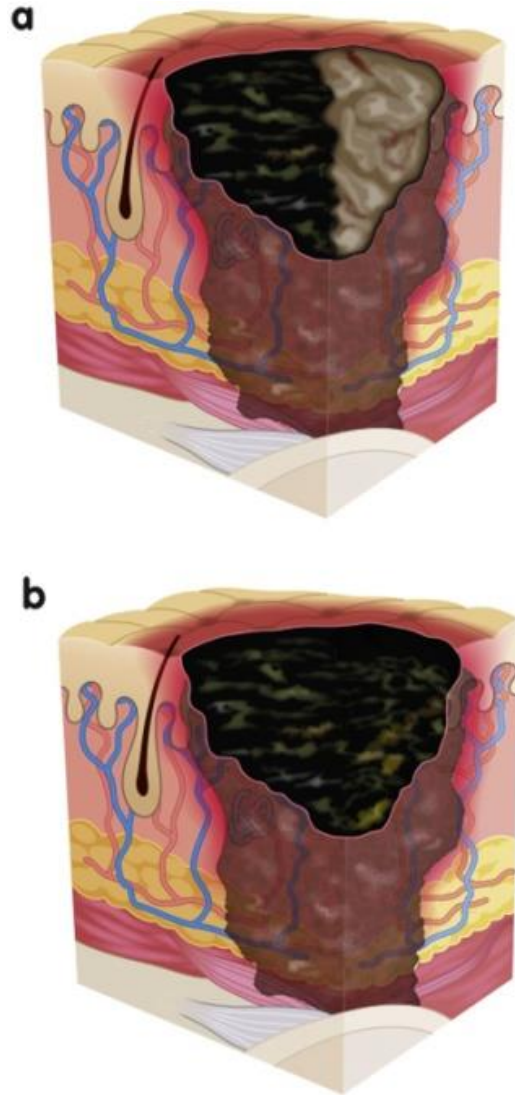
### **1.2.4 Κατηγορία/στάδιο 4**

Ένα έλκος πίεσης κατηγορίας/σταδίου 4 είναι ο πιο σοβαρός τύπος. Έχει προκληθεί βλάβη στο δέρμα, στους μαλακούς ιστούς και στους μύες. Το οστό μπορεί συχνά να είναι ορατό. Τα άτομα που αναπτύσσουν έλκη κατάκλισης αυτής της κατηγορίας ενδέχεται να αναπτύξουν απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις.

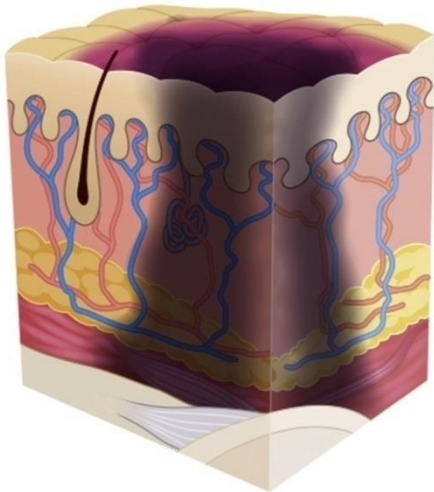
### **1.2.5 Μη σταδιοποιήσιμο**

Ένα μη σταδιοποιήσιμο έλκος πίεσης είναι αυτό που καλύπτεται με νεκρό ιστό, ωστόσο η έκταση της βλάβης δεν μπορεί να εκτιμηθεί έως ότου αφαιρεθεί ο νεκρός ιστός από εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας. Ένας ύποπτος τραυματισμός εν τω βάθει ιστού είναι όταν το άθικτο δέρμα φαίνεται

να έχει μωβ ή καφέ χρώμα ή μπορεί να έχει μια γεμάτη με αίμα φυσαλίδα. Αυτό οφείλεται σε βλάβη του μαλακού ιστού και όταν το άγγιγμα μπορεί να είναι επώδυνο, σκληρό, μαλακό, ζεστό ή δροσερό.



**Εικόνα 1-5 Απώλεια δέρματος και σχηματισμός εσχάρας. β Σκουρόχρωμη εσχάρα.(European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)**

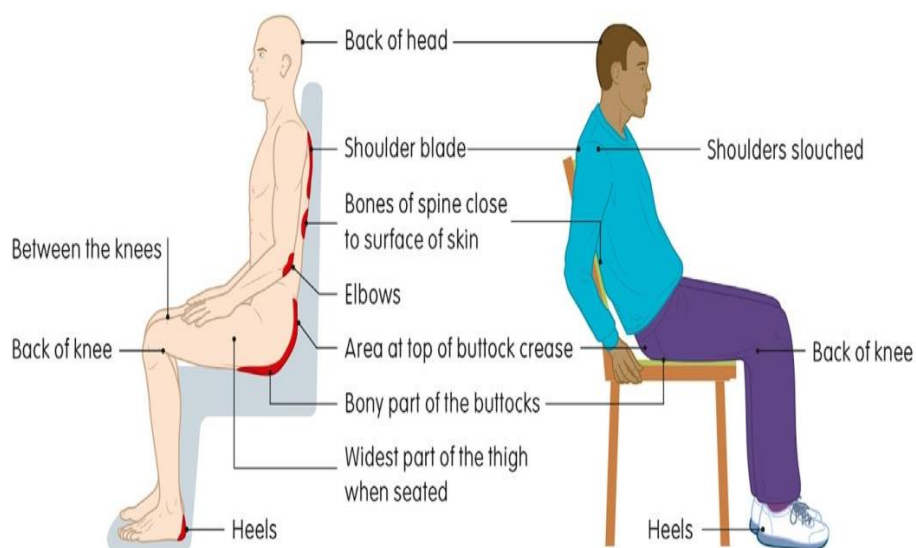


**Εικόνα 1-6 Έλκος πίεσης εν τω βαθύ ιστού: επίμονος αποχρωματισμός σε βαθύ κόκκινο, καφέ ή μωβ που δεν λευκάζει στην πίεση. Υποψία τραυματισμού εν τω βάθει ιστού. (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)**

### **1.3 Εκδήλωση και λόγοι εμφάνισης φαινομένου**

Μια πρόσφατη έρευνα στην Αγγλία διαπίστωσε ότι 700.000 άνθρωποι εμφανίζουν έλκη πίεσης κάθε χρόνο με κόστος για το NHS άνω των 3,8 εκατομμυρίων λιρών κάθε μέρα (National Health Service, 2015). Παρόλο που το παρατεταμένο κάθισμα έχει συσχετιστεί με έλκη πίεσης, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη τεκμηριωμένης καθοδήγησης που θα βοηθά τους ανθρώπους να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις σχετικά με την καθημερινή τους φροντίδα (Stockton et al., 2009). Αν και δεν υπάρχουν επίσημοι ορισμοί της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης κινητικότητας, η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργίας, της Αναπηρίας και της Υγείας (World Health Organization, 2013) θεωρείται ότι παρέχει πλαίσιο σε σύγκριση με άλλη βιβλιογραφία.

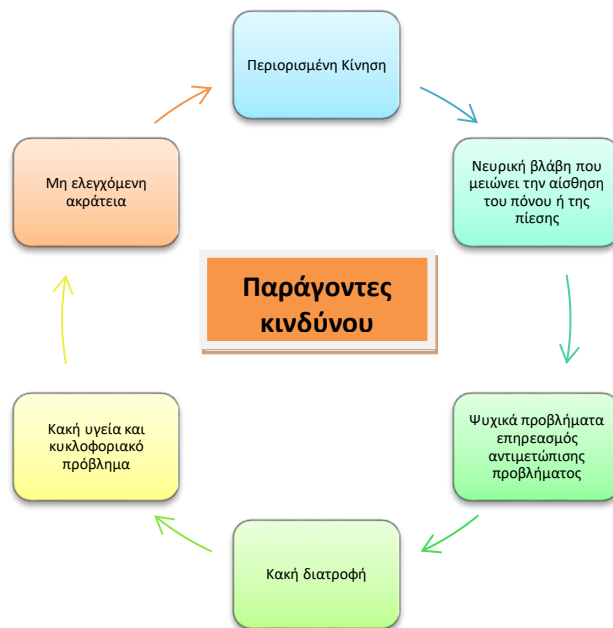
Ο όρος καθήμενος για παρατεταμένες χρονικές περιόδους χρησιμοποιείται αντί του μακροχρόνια καθήμενου, καθώς περιλαμβάνει άτομα με βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα κινητικότητας.



**Εικόνα 1-7 Περιοχές που κινδυνεύουν να υποστούν βλάβη από έλκος πίεσης στην καθήμενη θέση και περιοχές που κινδυνεύουν να υποστούν βλάβη από έλκος κατάκλισης σε θέση καθήμενη με καμπούριασμα πάνω στο κάθισμα**

Πηγή: Stockton et al., 2009

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει έλκη πίεσης και αυτοί μπορούν να περιλαμβάνουν παράγοντες όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.1:



**Σχήμα1-0-1Παράγοντες Κινδύνου**

European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014.

Οι παράγοντες που αναφέρονται στο σχήμα , δεν είναι μοναδικοί καθώς υπάρχουν άλλοι λιγότερο κοινοί παράγοντες κινδύνου(Coventry and Rugby Clinical Commissioning Group, 2016).

Είναι σημαντικό να αξιολογούνται οι παράγοντες κινδύνου για το σχηματισμό ελκών πίεσης για άτομα που κάθονται, καθώς αυτό θα βοηθήσει όσους παρέχουν φροντίδα να γνωρίζουν τον κίνδυνο και να εφαρμόζουν πρακτικές φροντίδας και να έχουν τον εξοπλισμό για να μειώσουν αυτόν τον κίνδυνο. (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

Ανεξάρτητα από το εάν ένα άτομο έχει ένα βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο πρόβλημα κινητικότητας, υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και παρατίθενται στον Πίνακα 1.1 (Stockton, Gebhardt&ClarkM, 2009), (Vowden, Vowden, 2012).

Η αξιολόγηση των καθισμάτων είναι περίπλοκη και απαιτεί ένα εκπαιδευμένο άτομο που μπορεί να πραγματοποιήσει μια ολοκληρωμένη, βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία και ανθρωποκεντρική προσέγγιση

(Lukersmith et al., 2013, University of Salford and Tissue Viability Society, 2017) η οποία θα πρέπει να τεκμηριώνεται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή . Βασικό σημείο οποιασδήποτε αξιολόγησης καθίσματος είναι η απαίτηση ενημέρωση και εκπαίδευση του ατόμου, της οικογένειάς του και του φροντιστή στο : επειδή μπορεί να παρέχεται η καρέκλα ή το μαξιλάρι, ο τρόπος που χρησιμοποιείται και συντηρείται αυτός ο εξοπλισμός, η πιθανή επίδραση του τρόπου ζωής του στην πρόληψη και διαχείριση των ελκών πίεσης.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται και περιγράφονται οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση των καθισμάτων

**Πίνακας 1.1-**Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση των καθισμάτων

Παράγοντας	Αιτιολογία
<b>Πλάτος καθίσματος</b>	Το πλάτος του καθίσματος είναι σημαντικό καθώς μπορεί να επηρεάσει τη στάση του ατόμου και τις περιοχές άσκησης πίεσης. Εάν ένα κάθισμα είναι πολύ στενό, μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη από την πίεση στα ισχία, τους γλουτούς και το πίσω μέρος των γονάτων. Εάν ένα κάθισμα είναι πολύ φαρδύ, το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι δεν υποστηρίζεται, κάτι που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προβλήματα στάσης και πίεσης στους γοφούς και τη σπονδυλική στήλη. Αυτό μπορεί επίσης να καταστήσει δύσκολη τη στερέωση εξοπλισμού στο σύστημα καθισμάτων, όπως ζώνες, στηρίγματα ισχίων και μηρών. Η καλή πρακτική συνιστά ελάχιστη απόσταση 2,5 cm μεταξύ του ισχίου και της πλευράς της καρέκλας/αναπηρικής πολυθρόνας.

<b>Ύψος καθίσματος</b>	Εάν ένα κάθισμα είναι πολύ ψηλό, το άτομο μπορεί να ολισθαίνει στο κάθισμα για να τοποθετήσει τα πόδια του στο πάτωμα για να στηριχθεί. Αυτό θα μπορούσε επίσης να οδηγήσει σε βλάβη από πίεση στο δέρμα γύρω από την περιοχή της ουράς. Για να ελεγχθεί η καταλληλότητα του ύψους του καθίσματος για ένα άτομο, πρέπει να υπάρχει η βεβαίωση ότι μπορούν να τοποθετηθούν άνετα τα πόδια του στο πάτωμα με τον αστράγαλο ιδανικά σε κανονική θέση. Η προσθήκη επιπλέον μαξιλαριών θα επηρεάσει το ύψος του καθίσματος.
<b>Βάθος καθίσματος</b>	Εάν το βάθος του καθίσματος είναι πολύ μεγάλο, αυτό μπορεί να προκαλέσει ολίσθηση προς τα κάτω στο κάθισμα προκειμένου το άτομο να φτάσει στην μπροστινή άκρη του καθίσματος με τα γόνατα. Το άτομο είναι πιθανό να γλιστρήσει προς τα εμπρός για να τοποθετήσει τα πόδια του στο πάτωμα, επηρεάζοντας τη στάση του σώματος, τη σταθερότητά του και την αύξηση της πίεσης στους γλουτούς. Τα έλκη πίεσης μπορεί επίσης να εμφανιστούν στο πίσω μέρος του γόνατος. Εάν το βάθος του καθίσματος είναι πολύ μικρό, η πίεση αυξάνεται στους μηρούς με κίνδυνο ελκών στη μέση του μηρού. Η καλή πρακτική συνιστά ελάχιστη απόσταση 2,5 cm μεταξύ της άκρης του καθίσματος και του οπίσθιου μέρους των γονάτων.
<b>Στήριγμα πλάτης καθίσματος</b>	Η πλάτη παρέχει στήριξη και δύναμη στον κορμό. Εάν η πλάτη είναι πολύ χαμηλή, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στάσης, εξασθενημένη ισορροπία στο κάθισμα και να προκαλέσει λανθασμένη τοποθέτηση στηριγμάτων για τον ώμο/στήθος αυξάνοντας τον κίνδυνο βλάβης από την πίεση. Εάν η πλάτη είναι πολύ ψηλή, μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία, όπως η προώθηση με αναπηρικό αμαξίδιο. Η κίνηση της ωμοπλάτης μπορεί να μειωθεί

	<p>οδηγώντας σε προβλήματα στάσης στον κορμό που επηρεάζουν την ισορροπία του καθίσματος.</p> <p>Το πλάτος της πλάτης στήριξης συνήθως ορίζεται από το πλάτος του καθίσματος, αλλά μπορεί να είναι διαφορετικό σε ορισμένες επιλογές πλάτης αναπηρικού αμαξιδίου /καθίσματος. Το πλάτος του στήθους και η ανάγκη για στηρίγματα του κορμού είναι σημαντικά ζητήματα. Εάν το πλάτος της πλάτης του καθίσματος είναι πολύ φαρδύ, μπορεί να εμποδίσει τη στερέωση των στηρίξεων και τη λειτουργία των βραχιόνων. Εάν το πλάτος της πλάτης του καθίσματος είναι πολύ στενό, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα οι άκρες/αναρτήσεις να εισχωρούν στην πλάτη του ατόμου και να μην υπάρχει επαρκής χώρος για στηρίγματα.</p>
<p><b>Γωνία καθίσματος με πλάτη καθίσματος</b></p>	<p><b>έδρας με πλάτη καθίσματος</b></p> <p>Δεν προσφέρουν όλες οι καρέκλες στο άτομο μια φυσική θέση καθίσματος, καθώς οι πλάτες είναι συχνά ελαφρώς κεκλιμένες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ολίσθηση προς τα κάτω στο κάθισμα και αύξηση του κινδύνου ζημιάς από την πίεση.</p>
<p><b>Υποβραχιόνια καθίσματος</b></p>	<p>Τα υποβραχιόνια παρέχουν σταθερότητα στο κάθισμα και βοηθούν το άτομο να μετακινείται με ασφάλεια.</p> <p>Το ύψος του υποβραχιόνιου πρέπει να υποστηρίζει τον λυγισμένο αγκώνα όταν το άτομο κάθεται καθώς και τη δυνατότητα πρόσθετου εξοπλισμού όπως δίσκους και στηρίγματα βραχιόνων. Εάν το υποβραχιόνιο είναι πολύ ψηλά, μπορεί να αυξήσει την πίεση στην άρθρωση του αγκώνα προκαλώντας πόνο και δυσφορία.</p> <p>Εάν το υποβραχιόνιο είναι ρυθμισμένο πολύ χαμηλά, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στάσης που συμβάλλουν σε βλάβη από την πίεση στους γλουτούς λόγω έλλειψης στήριξης για τους αγκώνες, τους ώμους και τον κορμό.</p>



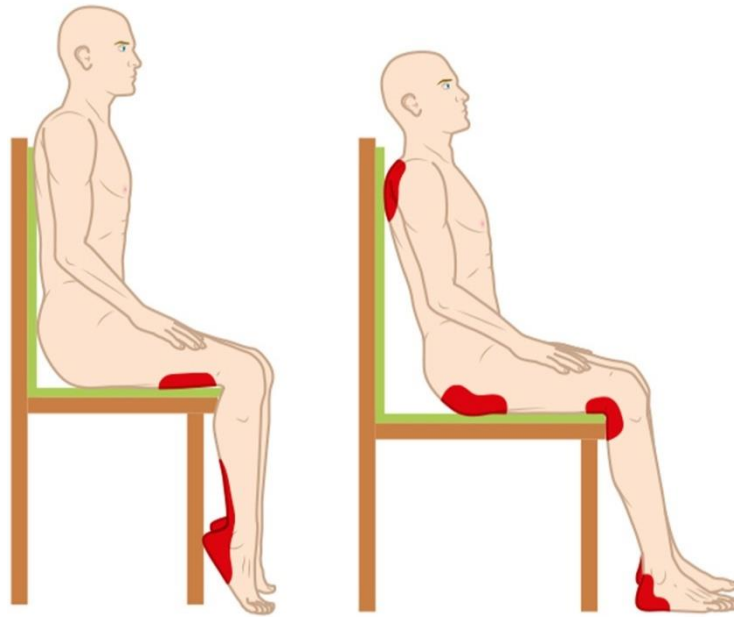
	<p>Το μήκος του υποβραχιόνιου ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα στήριξης που απαιτείται. Εάν το υποβραχιόνιο είναι πολύ μακρύ, μπορεί να εμποδίζει την τοποθέτηση της καρέκλας κοντά σε ένα τραπέζι ή γραφείο</p> <p>Εάν το υποβραχιόνιο είναι πολύ κοντό, μπορεί να δυσκολεύει την κίνηση στο κάθισμα, την τοποθέτηση και μπορεί να μην υποστηρίζει τον εξοπλισμό.</p>
<p><b>Στήριγμα ποδιών /υποπόδιο καθίσματος</b></p>	<p>Στην καλύτερη δυνατή θέση καθίσματος, το μήκος του στηρίγματος ποδιών πρέπει να ρυθμίζεται έτσι ώστε ο μηρός να στηρίζεται σωστά στο κάθισμα με το πόδι να τοποθετείται άνετα στο υποπόδιο ή στο πάτωμα. Οι παραμορφώσεις του αστραγάλου και του ποδιού πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Εάν το μήκος του στηρίγματος των ποδιών είναι πολύ μεγάλο, μπορεί να προκαλέσει αυξημένη πίεση στους γλουτούς και τους μηρούς και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να ολισθαίνει στην καρέκλα για να ακουμπήσει τα πόδια στο δάπεδο. Εάν το μήκος του στηρίγματος ποδιών είναι πολύ μικρό, μπορεί να αυξήσει την πίεση στους γλουτούς, τις γάμπες και τις φτέρνες, τα οποία θα πιεστούν. Η τυπική ρύθμιση ενός ποδιού είναι μια γωνία 90 μοιρών, ωστόσο τα άτομα με σταθερά προβλήματα στάσης του αστραγάλου θα χρειαστούν προσαρμογή του ποδιού ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους.</p>
<p><b>Στήριγμα κεφαλής</b></p>	<p>Το προσκέφαλο είναι σημαντικό για άτομα με αδύναμους μύες του λαιμού και που δεν μπορούν να κρατήσουν το κεφάλι τους ψηλά ανεξάρτητα. Το προσκέφαλο μπορεί να βοηθήσει στην αναπνοή και την κατάποση καθώς και το άτομο να διατηρήσει την οπτική επαφή. Πρέπει να δίδεται προσοχή καθώς η πίεση μπορεί να αυξηθεί στο</p>

πίσω μέρος του κεφαλιού προκαλώντας ζημιά.

## **2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη ποιότητα ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες**

Οι εργοθεραπευτές είναι συχνά οι επαγγελματίες υγείας που θα πραγματοποιήσουν μια αξιολόγηση των καθισμάτων και θα συστήσουν τον κατάλληλο εξοπλισμό. Αυτό γίνεται συχνά σε συνεργασία με άλλα μέλη διεπιστημονικής της ομάδας όπως: νοσηλεύτης, ιατρός, φυσιοθεραπευτής (National Institute of Health, 2014)

Αφού ολοκληρωθεί η αξιολόγηση των καθισμάτων, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να συστήσει τον εξοπλισμό. Λαμβάνοντας υπόψη το ευρύ φάσμα των διαθέσιμων καρεκλών, αναπηρικών αμαξιδίων και μαξιλαριών καθισμάτων, καθώς και το ευρύ φάσμα των φυσικών συνθηκών για τις οποίες μπορεί να συνταγογραφούνται, δεν είναι δυνατό να παρασχεθεί συγκεκριμένη καθοδήγηση σχετικά με το ποιο μαξιλάρι ή καρέκλα/αναπηρικό αμαξίδιο μπορεί να παρέχεται σε κάθε άτομο με βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα προβλήματα κινητικότητας. Ωστόσο, η γενική καθοδήγηση υποδηλώνει ότι τα άτομα με ανάγκες σε κατάλληλα καθίσματα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε συμβουλές και εξοπλισμό από αναπηρικό αμαξίδιο ή κοινοτικές υπηρεσίες εγκαίρως (British Society of Rehabilitation Medicine, 2004).



**Εικόνα 1-8 Θέση καθίσματος πολύ ψηλά και χαμηλά.**

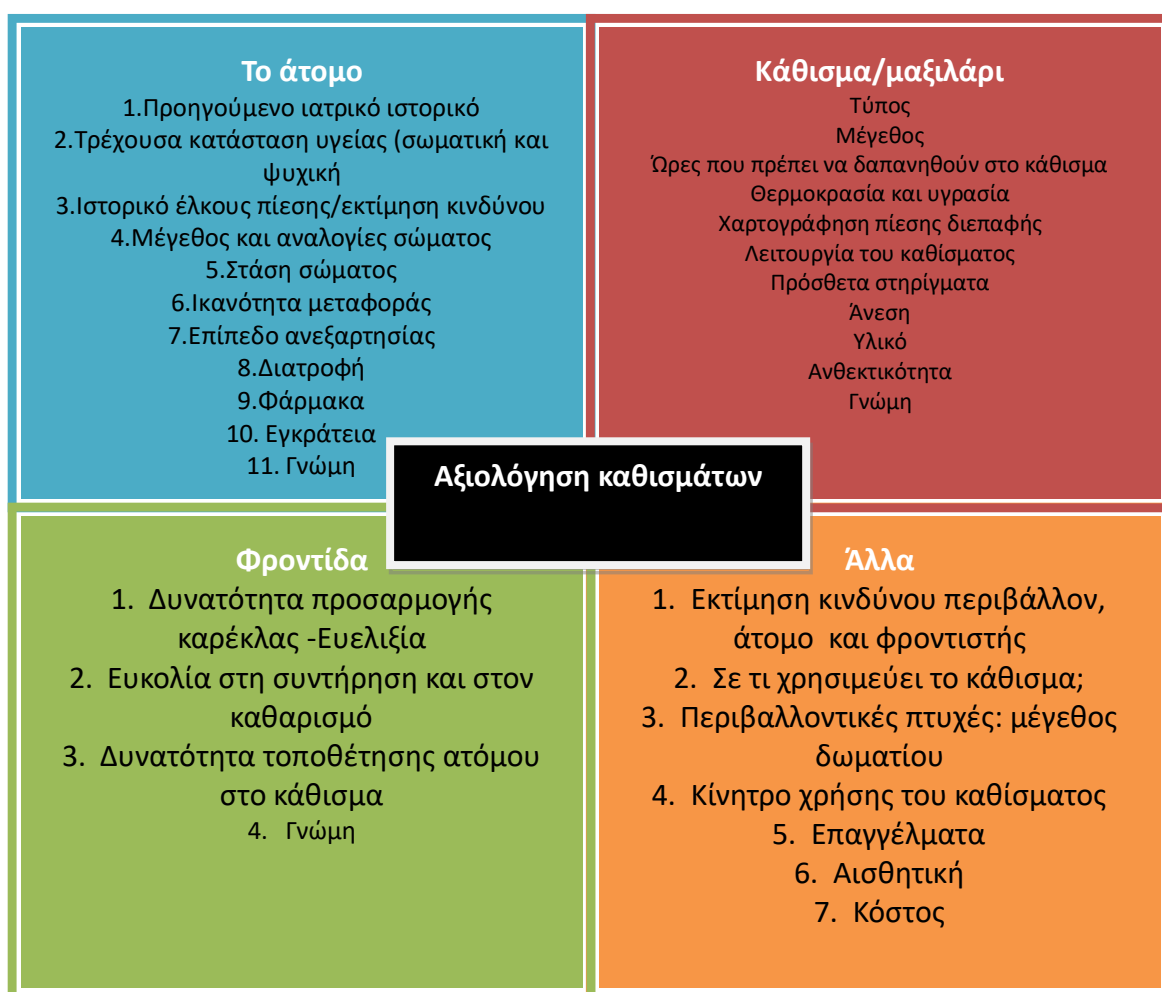
Πηγή: British Society of Rehabilitation Medicine, 2004

Οι ενήλικες που παραμένουν καθήμενοι για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ως προς τις ανάγκες ανακατανομής της πίεσης, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή ή αντικατάσταση του εξοπλισμού εάν είναι απαραίτητο. Προκειμένου το άτομο να αποδεχθεί και να χρησιμοποιήσει τον εξοπλισμό καθισμάτων μπορεί να χρειαστεί να υπάρξει αντιστάθμιση μεταξύ αυτού που ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί ότι πρέπει να είναι το ιδανικό κάθισμα και αυτού που είναι διαχειρίσιμο για τον τρόπο ζωής, τις δυνατότητες και τις προσωπικές προτιμήσεις του ατόμου (University of Salford and Tissue Viability Society ,2017). Αυτό μπορεί μερικές φορές να περιλαμβάνει προσεκτική διαπραγμάτευση, καθώς οι προτιμήσεις μπορεί να διαφέρουν από αυτές του επαγγελματία υγείας. Η μη χρήση του εξοπλισμού είναι πιο πιθανή εάν δεν πραγματοποιηθεί αυτή η συζήτηση (Bartley ,2017). Μετά από αξιολόγηση, ενδέχεται να υπάρξει παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες υγείας (Williams ,2009).

Δεν είναι αρκετή η έρευνα που έχει γίνει και που αποδεικνύει ότι ένα μαξιλάρι είναι καλύτερο από κάποιο άλλο (Stockton etal., 2009) και οι

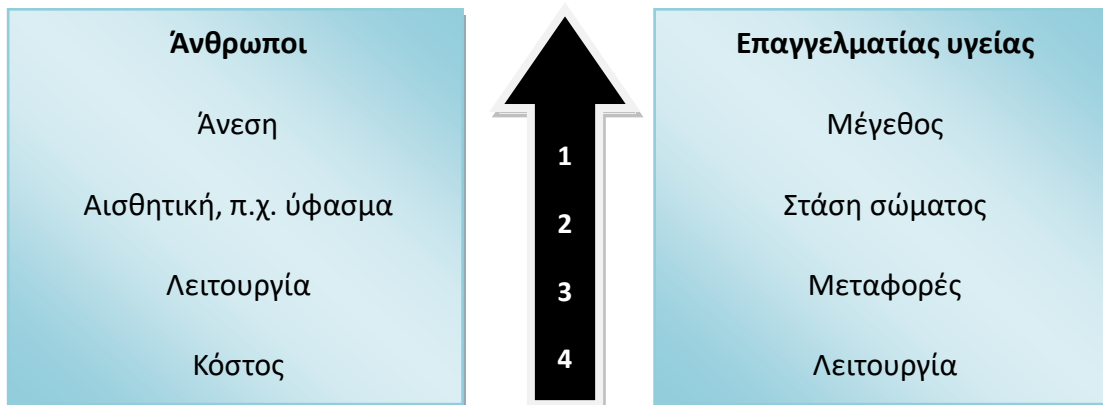
αποφάσεις για συγκεκριμένα μαξιλάρια βασίζονται συχνά σε μεμονωμένες απόψεις. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη αρκετοί παράγοντες στη σύσταση κατάλληλου μαξιλαριού, όπως από τι θα πρέπει να είναι κατασκευασμένο το μαξιλάρι και πώς να λειτουργεί. Οι επαγγελματίες υγείας που αξιολογούν τις ιδιότητες του μαξιλαριού/καρέκλας λαμβάνουν υπόψη τους όλους τους παράγοντες. Υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για όλες τις μορφές μαξιλαριού(Stockton Parker, 2002).

**Εικόνα 1.9.**



**Σχήμα 1-0-2 Βασικά χαρακτηριστικά της αξιολόγησης ενός καθίσματος.**

Πηγή: Lukersmith et al.(2013)



Σχήμα 2-3 Οι διαφορές απόψεων ως προς την προτεραιότητα των απαραίτητων χαρακτηριστικών των καθισμάτων και των μαξιλαριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που παραμένουν καθήμενοι για μεγάλες χρονικές περιόδους.

Πηγή: Lukersmith etal.(2013)

Τα στατικά μαξιλάρια/καθίσματα, όπως αυτά που κατασκευάζονται από αφρό, τζελ, αέρα ή νερό, κατασκευάζονται για να μειώνουν τον κίνδυνο βλάβης των ιστών ανακατανέμοντας την πίεση στα οστικά σημεία στην περιοχή της πυέλου του ατόμου που κάθεται. Ο Πίνακας 2 παρέχει μια λίστα με τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα υλικά που χρησιμοποιούνται σε μαξιλάρια και καθίσματα, τα οποία είναι επί του παρόντος εμπορικά διαθέσιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Vilchis-Aranguren ,2015)

Πίνακας 2.2-Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μαξιλαριών.

Μαξιλάρι	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<p>Τα μαξιλάρια αφρού πολυουρεθάνης είναι κατασκευασμένα από χημικές ενώσεις και ποικίλλουν ανάλογα με το πάχος. Όσο πιο παχύς είναι ο αφρός, τόσο πιο ανθεκτικός είναι</p>	<p>Σχετικά φθινό Μαλακή και σταθερή επιφάνεια στήριξης Ορισμένα έχουν βακτηριακό έλεγχο στον πυρήνα του μαξιλαριού. Ζεσταίνεται γρήγορα και διατηρεί τη θερμότητα. Τα σμιλευμένα ή με προφίλ μηχανής μαξιλάρια αφρού μεγιστοποιούν την περιοχή επαφής μεταξύ του ατόμου και του μαξιλαριού. Εύχρηστο</p>	<p>Τα αφρώδη μαξιλάρια χαμηλότερης ποιότητας ενδέχεται να απαιτούν αντικατάσταση μετά από 6-12 μήνες χρήσης. Το μαξιλάρι μπορεί να είναι κατάλληλο μόνο για άτομα κάτω από ένα συγκεκριμένο βάρος. Οι αφροί κακής ποιότητας μπορεί να αλλοιωθούν και να καταστραφούν πιο γρήγορα. Μπορεί να συσσωρευτεί θερμότητα και υγρασία μεταξύ του μαξιλαριού και των γλουτών - το ζεστό υγρό δέρμα και οι μαλακοί ιστοί ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καταστροφής κατά τη διάρκεια παρατεταμένης καθιστικής θέσης.</p>
<p><b>Τα μαξιλάρια ιξωδοελαστικού αφρού είναι κατασκευασμένα από αφρό πολυουρεθάνης με πρόσθετα χημικά που αυξάνουν το πάχος και την ευελιξία του. Αρχικά σχεδιάστηκαν την για απορρόφηση κραδασμών. Αυτά τα μαξιλάρια μπορεί να είναι χρήσιμα στην περίπτωση ατόμων με βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα κινητικά προβλήματα που παρουσιάζουν πόνο (για παράδειγμα καρκίνο ή αρθρίτιδα).</b></p>	<p>Με περιγράμματα για τους γλουτούς έτσι ώστε να αυξηθεί η περιοχή σε επαφή με το μαξιλάρι ώστε να μειώνεται η πίεση. Θερμαίνεται σχετικά γρήγορα ώστε να επιτρέψει στους γλουτούς να βυθιστούν στο μαξιλάρι που βοηθά στη σταθεροποίηση της λεκάνης στο κάθισμα. Σταθερό στήριγμα</p>	<p>Εάν φυλάσσεται πριν από τη χρήση σε κρύο περιβάλλον, μπορεί να είναι σταθερό μέχρι να ζεσταθεί το υλικό. Οι μεταφορές για μερικούς ανθρώπους μπορεί να επηρεαστούν λόγω του περιγράμματος του μαξιλαριού στο σχήμα των γλουτών, κάνοντας την επιφάνεια ανομοιόμορφη και οι άνθρωποι αισθάνονται ότι είναι κολλημένοι. Μόλις θερμανθούν αυτά τα μαξιλάρια μπορεί να είναι πολύ ζεστά για κάποιους.</p>

	καθίσματος.	
<p>Τα μαξιλάρια από τζελ ποικίλλουν ως προς το πάχος της γέλης που χρησιμοποιείται στην κατασκευή τους. Τα παχύτερα τζελ είναι πιο στερεά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένα μαξιλάρια αφρού. Τα μαξιλάρια από τζελ μικρότερου πάχους είναι πιο ρευστά.</p>	<p>Περίγραμμα στο σχήμα των γλουτών αυξάνει την περιοχή σε επαφή με το μαξιλάρι, μειώνοντας έτσι τις πιέσεις της διεπαφής.</p> <p>Διοχετεύει τη θερμότητα μακριά από την επιφάνεια του δέρματος και έτσι μπορεί να είναι δροσερό στον χρήστη.</p>	<p>Η κίνηση του τζελ χαμηλού πάχους μπορεί να είναι αισθητή στο άτομο και να επηρεάζει την ισορροπία του καθήμενου και την ικανότητά του να μεταφέρεται από το κάθισμα.</p> <p>Τα μαξιλάρια καθαρού τζελ χαμηλού πάχους θα παρουσιάσουν διαρροή εάν τρυπηθούν.</p>
<p>Τα μαξιλάρια με αέρα είναι μαξιλάρια γεμάτα αέρα και διατίθενται σε διάφορα επίπεδα πάχους. Για να είναι αποτελεσματικά εξαρτώνται από την ποσότητα ροής αέρα στο μαξιλάρι.</p>	<p>Ελαφρύ και εύκολο στη μετακίνηση</p> <p>Μπορεί να παρέχει στήριξη στάσης.</p> <p>Η κυκλοφορία του αέρα μπορεί να μειώσει τη συσσώρευση θερμότητας και υγρασίας.</p>	<p>Μπορεί να είναι ασταθές για μερικούς ανθρώπους.</p> <p>Μπορεί να είναι δύσκολη η μεταφορά πάνω στο κάθισμα.</p> <p>Απαιτείται εκπαίδευση ατόμου/φροντιστή για τη διατήρηση της βέλτιστης ροής αέρα.</p> <p>Απαιτείται τακτική συντήρηση για τη διατήρηση της σωστής λειτουργίας.</p> <p>Μπορεί να τρυπηθεί.</p>
<p>Τα δυναμικά μαξιλάρια καθίσματος έχουν βάση από πολουρεθάνη/ιξωδοελαστικό αφρό με ένθετα αερόσακου που φουσκώνουν και ξεφουσκώνουν τακτικά μέσα στο μαξιλάρι κάθε 10-12 λεπτά με τη βοήθεια μιας προσαρτημένης αντλίας.</p>	<p>Το εναλλασσόμενο φούσκωμα και ξεφούσκωμα των αερόσακων αλλάζει τα σημεία πίεσης της πυελικής περιοχής και διεγείρει την κυκλοφορία. Η συχνότητα και ο βαθμός αυτού είναι αυτοματοποιημένη.</p> <p>Εύκολο στη χρήση καθώς η λειτουργία του μαξιλαριού είναι προρυθμισμένη.</p>	<p>Ορισμένα απαιτούν παροχή ηλεκτρικού ρεύματος.</p> <p>Οι μπαταρίες απαιτούν φόρτιση.</p> <p>Καθώς το μαξιλάρι παρέχει ανακούφιση από την πίεση, ο τελικός χρήστης μπορεί να μην παρακινηθεί να πραγματοποιήσει άλλες τεχνικές επανατοποθέτησης αυτοβοήθειας.</p> <p>Ακριβό σε σύγκριση με τα στατικά μαξιλάρια.</p> <p>Οι άνθρωποι μπορεί να</p>

	Ορισμένα λειτουργούνε μπαταρία.	αισθάνονται ασταθείς λόγω του φουσκώματος και του ξεφουσκώματος των κυψελών αέρα.  Δυσκολία στη μεταφορά εάν το άτομο αισθάνεται ασταθές
<b>Η τεχνολογία Watercell είναι σάκοι γεμάτοι με νερό που χρησιμοποιούνται με ιξωδοελαστικό αφρό ενσωματωμένο στο κάθισμα για να παίρνουν το σχήμα των γλουτών.</b>	Περιγράμμα στο σχήμα των γλουτών αυξάνοντας έτσι την περιοχή σε επαφή με το μαξιλάρι μειώνοντας έτσι την πίεση.  Άνετο.	Μπορεί να παρουσιάσει διαρροή εάν τρυπηθεί.  Χρειάζεται χρόνος για να θερμανθεί.

Η επιλογή του κατάλληλου καλύμματος μαξιλαριού μπορεί να επηρεάσει την προτίμηση του καθίσματος. Τα καλύμματα μαξιλαριών πρέπει να είναι κατασκευασμένα από υλικό που: α) Αποτρέπει την «αιώρηση» (το κάλυμμα δεν συμμορφώνεται με το σχήμα του μαξιλαριού όταν το άτομο κάθεται επειδή είναι πολύ σφιχτά τοποθετημένο), β) Επιτρέπει ανεξάρτητες μετακινήσεις, εάν είναι κατάλληλο για το άτομο, γ) Επιτρέπει την ανταλλαγή αέρα για την ελαχιστοποίηση της θερμοκρασίας και της υγρασίας ανάμεσα στους γλουτούς και το μαξιλάρι, δ) Καθαρίζεται εύκολα. Είναι τέλος αφαιρούμενο για να επιτρέπει την επιθεώρηση του μαξιλαριού (Stockton et al., 2009).

Σε άτομα με δυσκολίες στη βάδιση μπορεί να συνταγογραφηθεί αναπηρικό αμαξίδιο. Όπως συμβαίνει με όλο τον εξοπλισμό καθισμάτων, υπάρχουν πολλές διαφορετικές ποικιλίες αναπηρικών αμαξιδίων που δεν εμπίπτουν στο πεδίο αυτής της εργασίας. Ωστόσο, η συνταγογράφηση τέτοιου εξοπλισμού θα πρέπει να βασίζεται σε ατομική αξιολόγηση (NHS ,2005).

Για όσους κινδυνεύουν να αναπτύξουν έλκη πίεσης, η κλίση στον χώρο, η ανάκληση και η ανύψωση των στηριγμάτων των ποδιών σε αναπηρικά αμαξίδια και καρέκλες είναι μερικές φορές χρήσιμα για την παροχή ανακούφισης από την πίεση (Stinson ,2003). Σε άλλα αναπηρικά αμαξίδια και καρέκλες, οι γωνίες του καθίσματος και της πλάτης παραμένουν σταθερές καθώς γέρνουν προς τα πίσω



με τον ασθενή να παραμένει στην ίδια στάση με το κάθισμα και την πλάτη. Η Εικόνα 2.10 απεικονίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των αναπηρικών αμαξιδίων και καρεκλών με κλίση στον χώρο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, ενώ αυτό το είδος καθίσματος μπορεί να είναι επωφελές για κάποιους, μπορεί να είναι επιζήμιο για άλλους. Για παράδειγμα, η αναπνοή μπορεί να βελτιωθεί ή να επιδεινωθεί με τη χρήση κλίσης στον χώρο ανάλογα με τις περιστάσεις του ατόμου. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη να γίνει μια ολιστική αξιολόγηση με έναν επαγγελματία υγείας ώστε να εξετάζεται αυτό το είδος καθίσματος (Aissaoui et al., 2001).

Πίνακας 2.3- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αναπηρικών αμαξιδίων και καρεκλών με κλίση στον χώρο

<b>Πλεονεκτήματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κλίση της θέσης της καρέκλας προς τα πίσω κατά 15, 25 ή 35 μοίρες σε συνδυασμό με την ανάκλιση μπορεί να μειώσει το φορτίο και να αυξήσει τη ροή του αίματος στο δέρμα στους γλουτούς.</li> <li>• Αυξάνει τον έλεγχο του κορμού και του κεφαλιού.</li> <li>• Βελτιώνει τη λειτουργία</li> <li>• Βελτιώνει τον οπτικό προσανατολισμό, την ομιλία, την εγρήγορση, τη διεγέρση, την αναπνοή και το φαγητό.</li> <li>• Ο φροντιστής μπορεί να διεξάγει την προσωπική φροντίδα, για παράδειγμα, να αλλάξει επιθέματα ακράτειας.</li> </ul>
<b>Μειονεκτήματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην αναπνοή και να προάγει μυϊκούς σπασμούς για ορισμένους χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων.</li> <li>• Δυσκολία στην κατανάλωση τροφής και υγρών.</li> <li>• Το αναπηρικό αμαξίδιο με κλίση μπορεί να μην είναι συμβατό με το περιβάλλον των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, για παράδειγμα το ύψος μπορεί να εμποδίζει τη χρήση τραπεζιών και γραφείων.</li> <li>• Ο χώρος που απαιτείται για την ασφαλή περιστροφή και μετακίνηση του αναπηρικού αμαξιδίου/καθίσματος αυξάνεται λόγω της θέσης των ποδιών και των χειρολαβών όταν βρίσκεται σε κλίση.</li> <li>• Το κόστος του εξοπλισμού μπορεί να είναι υψηλότερο από</li> </ul>

Arva et al., (2009)

Το NHS χρησιμοποιεί ένα μοντέλο πέντε βημάτων που βασίζεται σε μια καινοτομία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από τις ΗΠΑ (Arva et al., 2009), το οποίο συνδυάζει τις τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές στην πρόληψη του έλκους πίεσης και περιλαμβάνει τους ακόλουθους παράγοντες:

Είναι ζωτικής σημασίας να χρησιμοποιείται ο σωστός εξοπλισμός καθισμάτων ως μέρος ενός 24ωρου προγράμματος διαχείρισης στάσης και πίεσης. Για να λειτουργεί η επιφάνεια όσο το δυνατόν καλύτερα, αυτό σημαίνει επίσης: α) Ελάχιστα στρώματα ενδυμάτων μεταξύ της περιοχής της λεκάνης και της επιφάνειας του μαξιλαριού, β) Ο εξοπλισμός μετακίνησης και χειρισμού, όπως οι μάντες, δεν αφήνονται κάτω από τους γλουτούς όταν προκύπτουν μεταφορές, γ) Καθετήρες και μάντες από άλλο εξοπλισμό δεν παγιδεύονται κάτω από τους γλουτούς, τα πόδια, την πλάτη ή άλλα σημεία όταν το άτομο κάθεται.



### **Εικόνα 2-9** Πλάγια κλίση

Πηγή: <https://www.youtube.com/watch?v¼FMudH2gyJi8>.

Η επιθεώρηση του δέρματος πρέπει να πραγματοποιείται τακτικά κατά τη διάρκεια της ημέρας και μπορεί να πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας καθρέφτη ή ρωτώντας άλλους εάν απαιτείται η βοήθειά τους. Η επιθεώρηση του

δέρματος θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη περιοχές όπου ο ιατρικός εξοπλισμός μπορεί επίσης να έρθει σε επαφή με το δέρμα. Το δέρμα που είναι πολύ υγρό ή πολύ ξηρό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ελκών πίεσης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβουλευθούν τους ασθενείς και τους φροντιστές σχετικά με ενυδατικές κρέμες για ξηρό δέρμα και πώς να διατηρήσουν το δέρμα στεγνό για άτομα με ακράτεια ή γλουτούς που ιδρώνουν εύκολα



**Εικόνα 2-10 Κλίση προς τα εμπρός και Πλήρης κλίση προς τα εμπρός**

Πηγή: <https://www.youtube.com/watch?v¼BdzcYil-16g>.

Η επανατοποθέτηση όταν το άτομο κάθετα πρέπει να δίνονται τόσο σε φροντιστές όσο και σε άτομα με οξέα ή μακροχρόνια κινητικά προβλήματα. Αυτή η σκόπιμη κίνηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις κύριους τρόπους (Sonnenblum, 2014). Οι κατευθυντήριες γραμμές προτείνουν την εκτέλεση κίνησης για την ανακούφιση της πίεσης κάθε 30 λεπτά διάρκειας 30 δευτερολέπτων για άτομα που μπορούν να το κάνουν ανεξάρτητα. Για όσους χρειάζονται βοήθεια, μπορεί να δοθεί βοήθεια για την επανατοποθέτηση σύμφωνα με τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας. Οι συμβουλές από τις κατευθυντήριες γραμμές του NICE υποδεικνύουν ότι ένα άτομο που κινδυνεύει από έλκη πίεσης δεν πρέπει να μένει καθήμενο για περισσότερο από δύο ώρες ή ένα άτομο που έχει ήδη έλκη πίεσης δεν πρέπει να κάθετα παρατεταμένα (National Institute of Health and Care Excellence, 2014). Σε περιπτώσεις όπως

αυτή, το άτομο θα πρέπει είτε να ξαπλώνει στο κρεβάτι για σύντομο χρονικό διάστημα για να αποφύγει την πίεση στις περιοχές που διατρέχουν κίνδυνο.

Ο οδηγός NHS Eatwell (Public health England ,2016) παρέχει περισσότερες πληροφορίες. Εάν υπάρχει πρόβλημα με το φαγητό και το ποτό, μπορεί να αναζητηθεί η συμβουλή διαφόρων επαγγελματιών όπως ιατρού, οδοντιάτρου, διαιτολόγου ή λογοθεραπευτή. Ένας επιπλέον παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η γνώση ως προς το πότε ένα άτομο αισθάνεται γενικά αδιαθεσία, καθώς αυτό αυξάνει την ευαισθησία του να αναπτύξει έλκη πίεσης (Resuscitation Council (UK). 2011). Η αδιαθεσία μπορεί να περιλαμβάνει: α) εμετό, β) λοίμωξη (στήθος, ούρα, λαιμός), γ) γρίπη, δ) αλλαγές στη δραστηριότητα του εντέρου (όπως διάρροια, δυσκοιλιότητα), ε) αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, ε)Κατάθλιψη, ζ) αλλαγές ρουτίνας (μακρινά ταξίδια, διακοπές), η)αλλαγές οικογένειας/ζωής, θ)επιδείνωση μακροχρόνιας πάθησης, ι)πόνος.

Για άτομα με βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα προβλήματα κινητικότητας, η αξιολόγηση και η συνταγογράφηση του εξοπλισμού καθισμάτων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις απόψεις των ατόμων και των φροντιστών και να αντιμετωπίζει τα ακόλουθα μέτρα έκβασης: α) άνεση και σταθερότητα στάσης (Bartley et al., 2017), β)ανακατανομή πίεσης, γ) φυσιολογικές ικανότητες όπως αναπνοή, κατάποση, πέψη (Kenny et al., 2014), δ) συμμετοχή σε επαγγέλματα και δραστηριότητες όπως χόμπι και καθημερινές εργασίες, ε)επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου, ζ) επικοινωνία.

Λόγω των μεταβαλλόμενων αναγκών και προσδοκιών των ατόμων με μακροπρόθεσμα προβλήματα κινητικότητας, θα πρέπει να ολοκληρώνεται μια τακτική εκτίμηση των αναγκών τους σε καθίσματα από έναν επαγγελματία υγείας σύμφωνα με τις βέλτιστες πρακτικές. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία υποδηλώνουν μεταξύ τριών μηνών και τριών ετών ανάλογα με μεμονωμένους παράγοντες όπως η κατάσταση της υγείας, η αλλαγή στάσης και η απώλεια ή αύξηση βάρους (RESNA, 2017) Ωστόσο, αυτό θα πρέπει να γίνει νωρίτερα εάν ένα άτομο εμφανίσει βλάβη από πίεση, μπορεί να ζητηθεί μια τακτική

επανεξέταση από έναν φροντιστή ή άτομο απευθείας, χωρίς τη συμμετοχή επαγγελματία υγείας.

## **Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία**

### **3.1 Σκοπός της μελέτης**

Η παρούσα συγχρονική μελέτη αποσκοπούσε στη περιγραφή των συνθηκών ζωής ατόμων με ειδικές ανάγκες, της πρόληψης από τους οργανισμούς περίθαλψης, του κινδύνου εμφάνισης περισσότερων προβλημάτων υγείας στα άτομα αυτά. Πιο συγκεκριμένα, στην μελέτη που ακολουθεί αναλύεται η αξιολόγηση κινδύνου των ατόμων και η πρόβλεψη κινδύνου ελκών πίεσης. Ακόμη, διερευνήθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Το φύλο επηρεάζει την αξιολόγηση κινδύνου και την πρόβλεψη κινδύνου ελκών πίεσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες;
- Η ηλικία επηρεάζει την αξιολόγηση κινδύνου και την πρόβλεψη κινδύνου ελκών πίεσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες;

### **3.2 Δείγμα**

Στην έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα με ειδικές ανάγκες, εκ των οποίων τα περισσότερα είναι άνδρες, με μέση τιμή ηλικίας τα 71,97 έτη.

### **3.3 Ερευνητικό εργαλείο**

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 3 ενότητων. Η πρώτη ενότητα καταγράφει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, μέσα από 2 ερωτήσεις, 1 ανοιχτού και 1 κλειστού τύπου. Επιπλέον, η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης κινδύνου, το οποίο είναι πειραματικό κι στηρίχτηκε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία (Gefen, 2008, Stockton et al., 2009, Lukersmith et al., 2013, Resuscitation Council, 2011) αποτελούμενο από 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Τέλος, η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα του Braden για την πρόληψη του κινδύνου της εμφάνισης ελκών πίεσης, η οποία εμπεριέχει 6 ερωτήσεις

κλειστού τύπου.

### **3.4 Συλλογή δεδομένων**

Ο διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε έντυπη μορφή, έπειτα από έγγραφη άδεια που ελήφθη από τον αρμόδιο υπεύθυνο του οργανισμού περίθαλψης ατόμων με ειδικές ανάγκες, μετά από έγγραφο αίτημα της ερευνήτριας. Κατά τη διαδικασία της συμπλήρωσης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τους λόγους διεξαγωγής της μελέτης, καθώς και για τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, διευκρινίστηκε ότι η μελέτη είναι εθελοντική, καθώς επίσης ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τέλος, να επισημανθεί πως τηρήθηκαν όλα τα ενδεδειγμένα πρωτόκολλα αναφορικά με τον Covid-19.

### **3.5 Ανάλυση δεδομένων**

Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση δεδομένων είναι το SPSSv.25. Για την περιγραφή όλων των μεταβλητών του ερευνητικού εργαλείου, υπολογίστηκαν συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Αναφορικά με το επαγωγικό μέρος της έρευνας, πραγματοποιήθηκε χρήση του παραμετρικού t-test και του γραμμικού συντελεστή συσχέτισης Pearson. Όλα τα ανωτέρω, παρατίθενται μέσα από πίνακες και γραφήματα που δημιουργήθηκαν στα προγράμματα SPSS και MicrosoftExcel.

## Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

### 4.1 Περιγραφική στατιστική

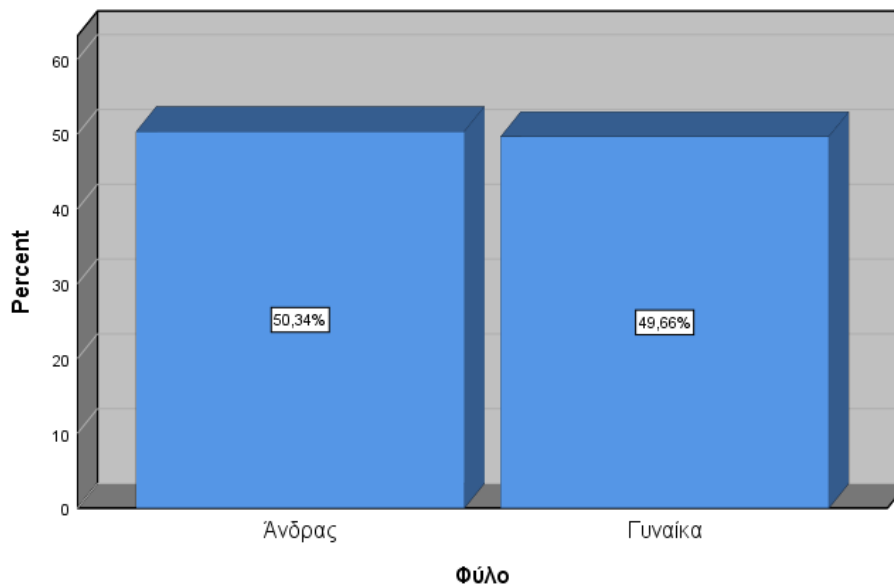
Στην ακόλουθη ενότητα αναλύεται το σύνολο των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, μέσα από 3 ενότητες. Η πρώτη ενότητα εξετάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η δεύτερη την αξιολόγησή τους για τους κινδύνους που διατρέχουν, ενώ τρίτη παραθέτει τα προληπτικά μέτρα από πλευράς του οργανισμού για τον κίνδυνο εμφάνισης ελκών πίεσης στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων.

Στο Γράφημα 1, αναγράφεται το φύλο των συμμετεχόντων. Όπως αναδείχθηκε, το 50.3% αποτελείται από άνδρες και το 49.7% από γυναίκες.

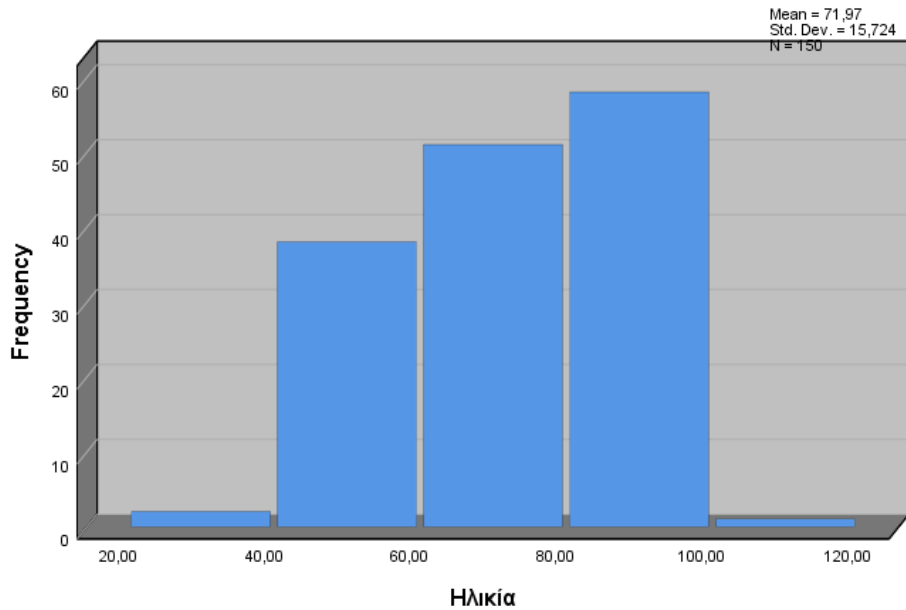
**Γράφημα 1: Φύλο**





Σύμφωνα με το Γράφημα 2, η μέση τιμή των ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα βρίσκεται στα 71.97 έτη. Η μέγιστη ηλικία αγγίζει τα 101 έτη, ενώ η ελάχιστη τα 29 έτη.

**Γράφημα 2: Ηλικία**

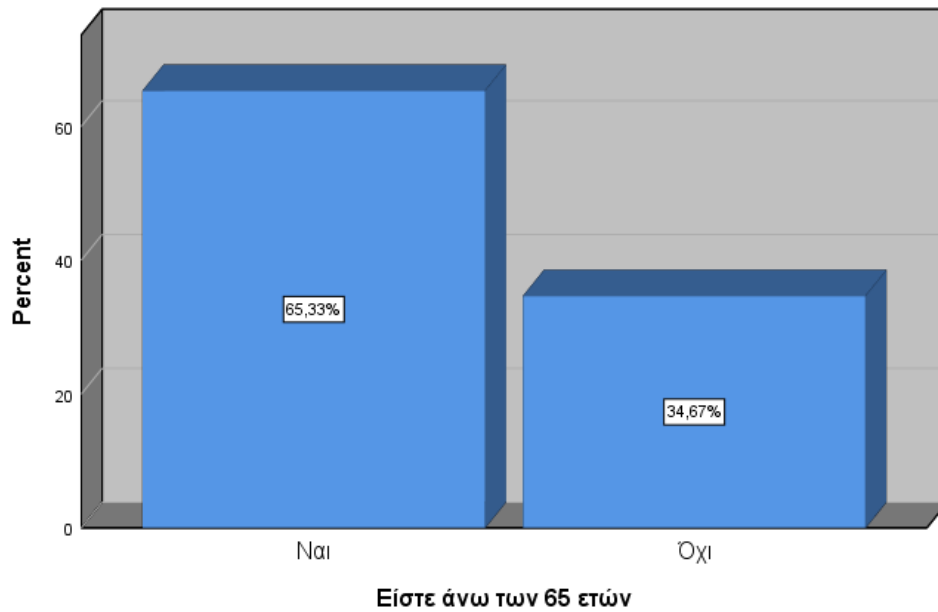


### **Αξιολόγηση κινδύνου**

Στην παρακάτω ενότητα αναλύεται η αξιολόγηση των συμμετεχόντων για τον κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν.

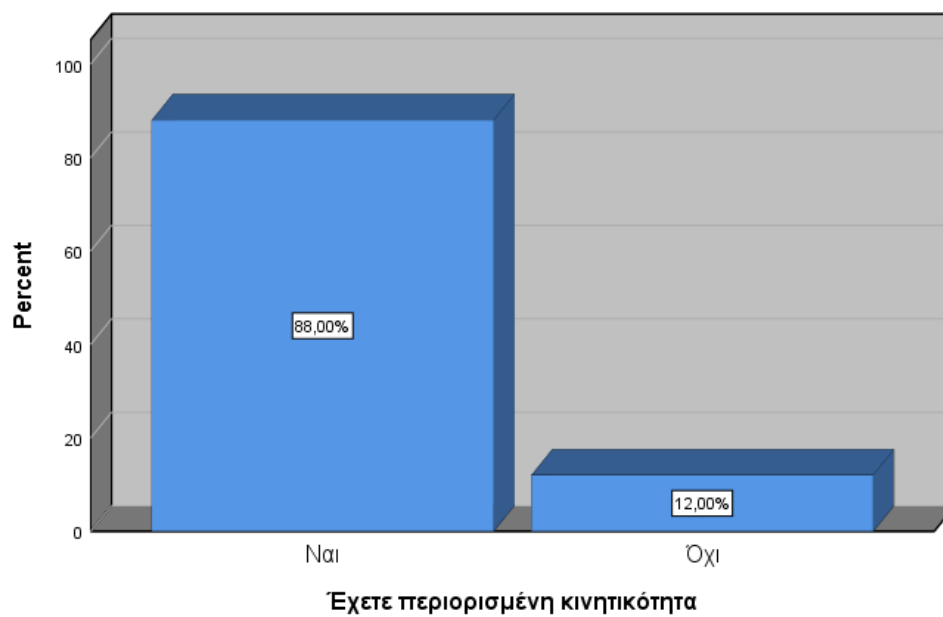
Στο Γράφημα 3, έγινε σαφές πως το 65.3% των ερωτηθέντων έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Αντιθέτως, το 34.7% είναι άτομα μικρότερης ηλικίας.

**Γράφημα 3: Είστε άνω των 65 ετών**



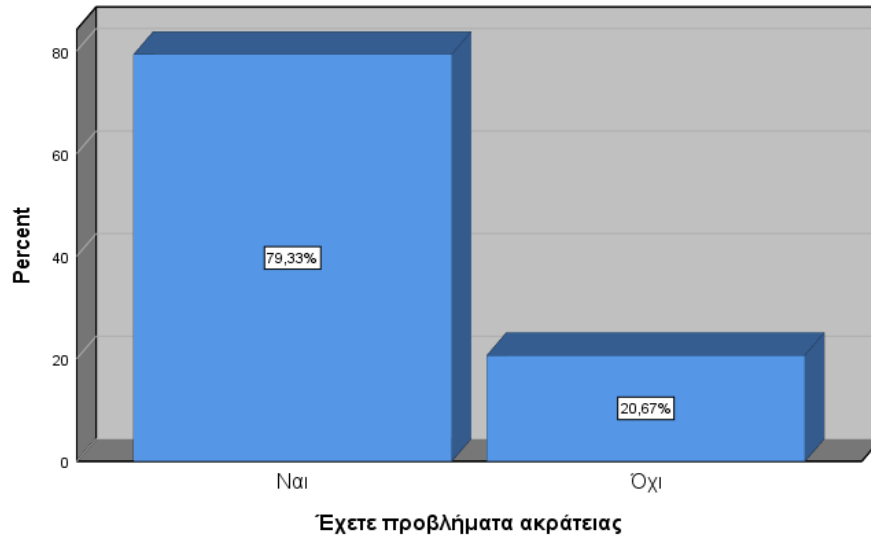
Όπως παρουσιάζεται στο Γράφημα 4, το 88% των ερωτώμενων έχουν περιορισμένη κινητικότητα, ενώ το υπόλοιπο 12% δεν έχει.

**Γράφημα 4: Έχετε περιορισμένη κινητικότητα**



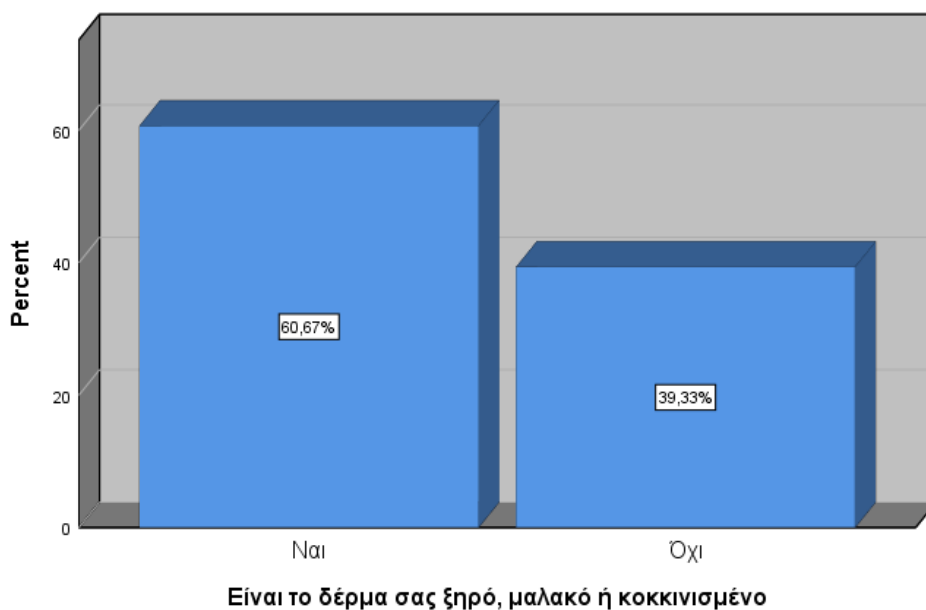
Παράλληλα, μέσω του Γραφήματος 5, γίνεται αντιληπτό πως το 79.3% των συμμετεχόντων αντιμετωπίζουν προβλήματα ακράτειας, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 20.7% που ανήκει σε όσους δεν έχουν ανάλογες προβλήματα.

**Γράφημα 5: Έχετε προβλήματα ακράτειας**



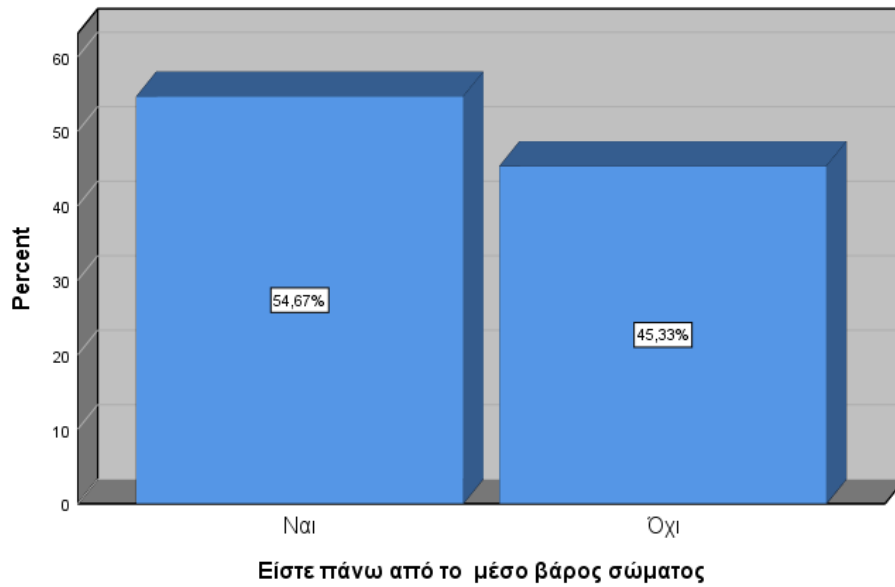
Στη συνέχεια, στο Γράφημα 6, έγινε εμφανές πως το 60.7% των ερωτώμενων δήλωσαν πως το δέρμα τους είναι ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο. Αντίθετα, το εναπομείναν 39.3% αποκρίθηκαν αρνητικά.

**Γράφημα 6: Είναι το δέρμα σας ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο**



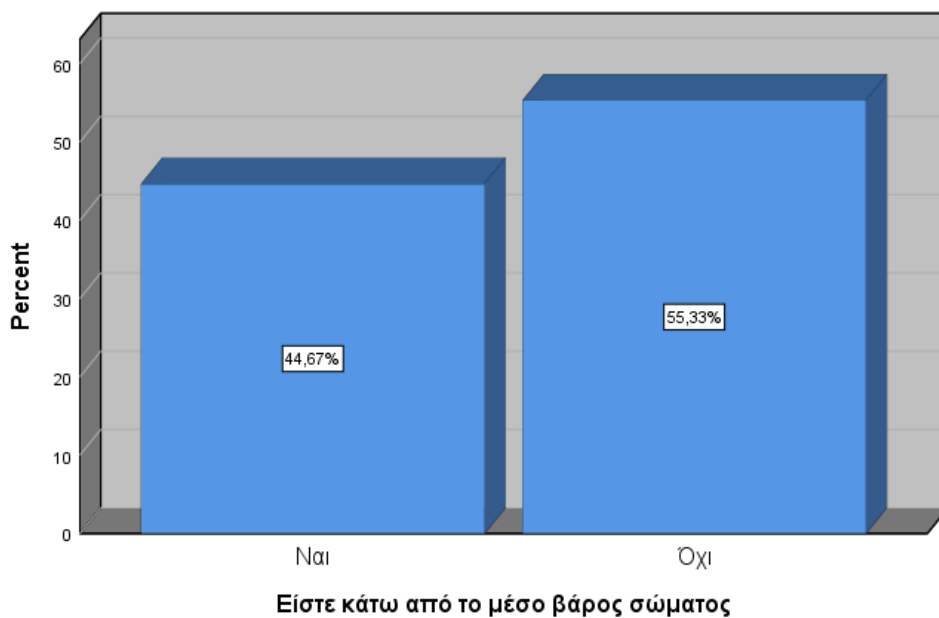
Μελετώντας το Γράφημα 7, προέκυψε πως το 54.7% του δείγματος έχει μεγαλύτερο από το μέσο βάρος σώματος. Επιπλέον, το 45.3% έδωσαν την απάντηση «Όχι».

**Πίνακας 7: Είστε πάνω από το μέσο βάρος σώματος**



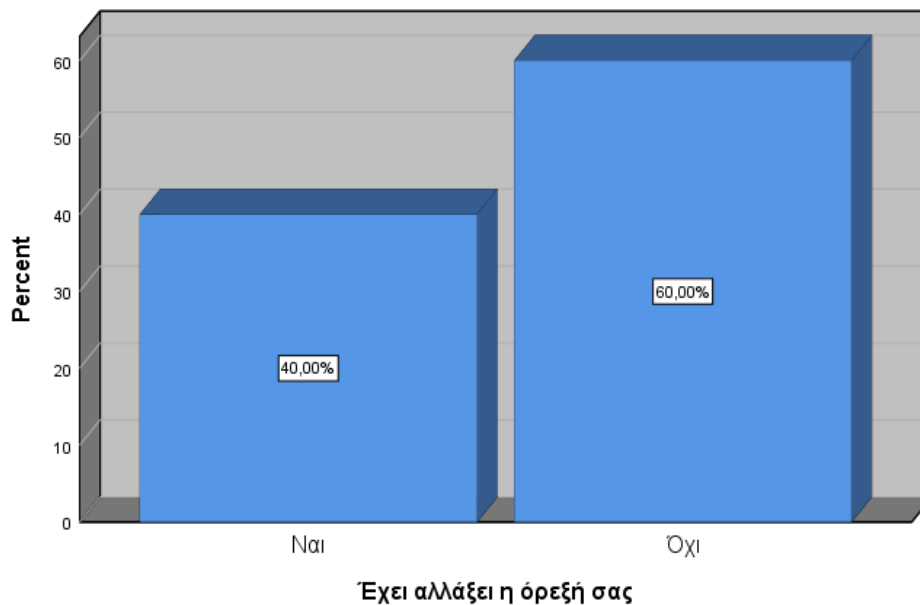
Ταυτόχρονα, σε ποσοστό 55.3% ανέρχονται τα άτομα που αποκρίθηκαν πως δεν έχουν μικρότερο από το μέσο βάρος σώματος. Ακόμη, το 44.7% ανήκει σε εκείνους που απάντησαν θετικά, όπως είναι φανερό από το Γράφημα 8.

**Γράφημα 8: Είστε κάτω από το μέσο βάρος σώματος**



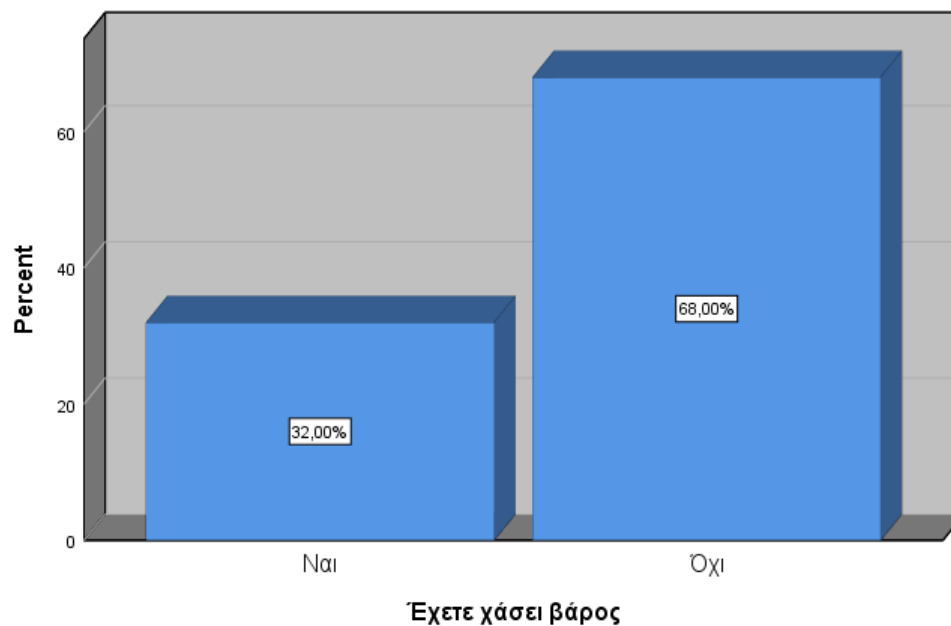
Σύμφωνα με το Γράφημα 9, το 60% των συμμετεχόντων δεν αντιμετώπισαν μεταβολές στην όρεξή τους, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 40% που αποκρίθηκαν με την απάντηση «Ναι».

**Γράφημα 9: Έχει αλλάξει η όρεξή σας**



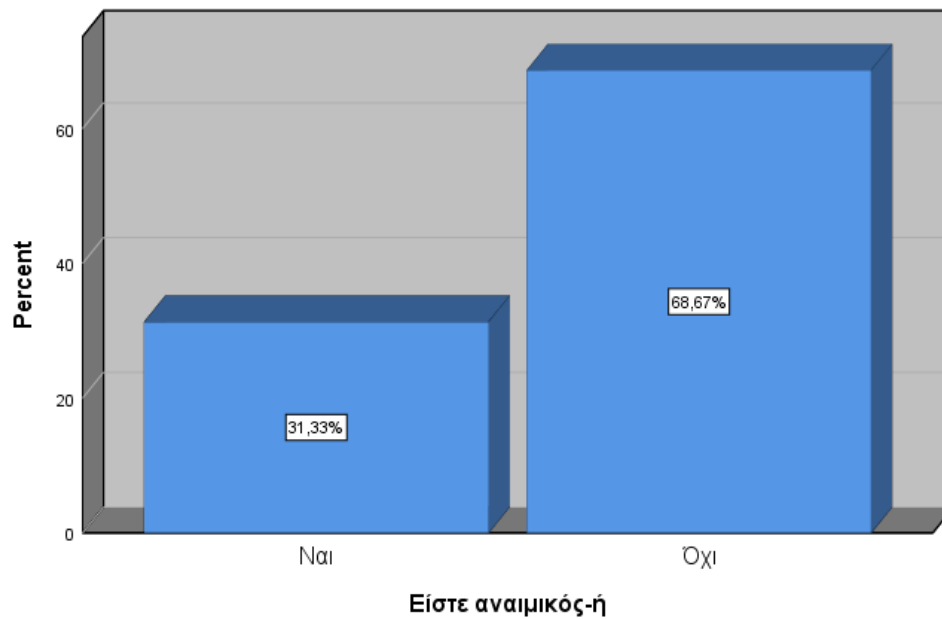
Εκτενέστερα, στο Γράφημα 10, αναδείχθηκε πως το 68% των ερωτηθέντων δεν έχουν χάσει βάρος, ενώ το 32% είχαν απώλειες βάρους.

**Γράφημα 10: Έχετε χάσει βάρος**



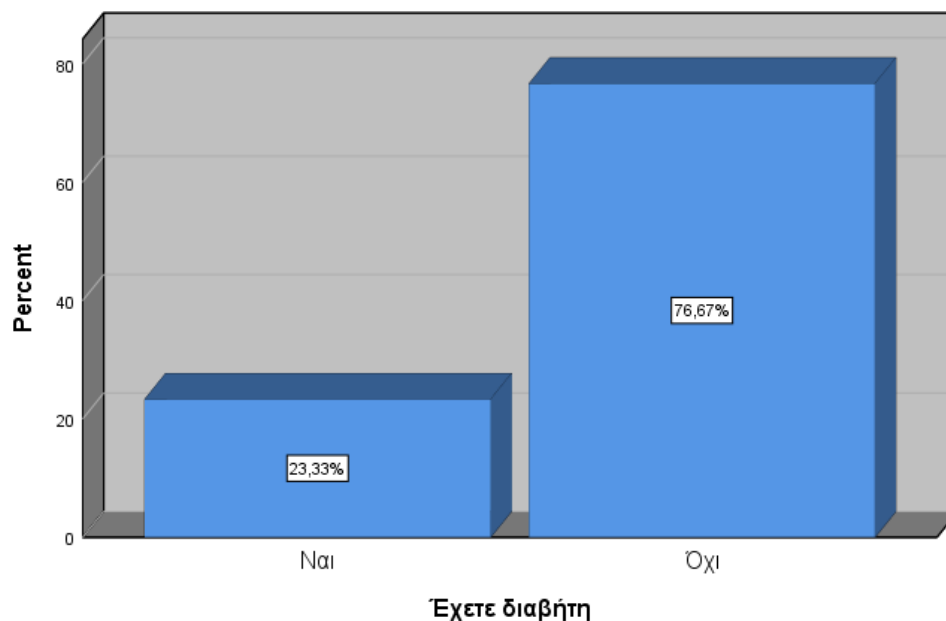
Όπως έγινε φανερό, μέσω του Γραφήματος 11, το 68.7% των ερωτηθέντων δεν αντιμετωπίζει προβλήματα με αναιμίες. Αντιθέτως, το 31.3% αποτελείται από αναιμικούς.

**Γράφημα 11: Είστε αναιμικός-ή**



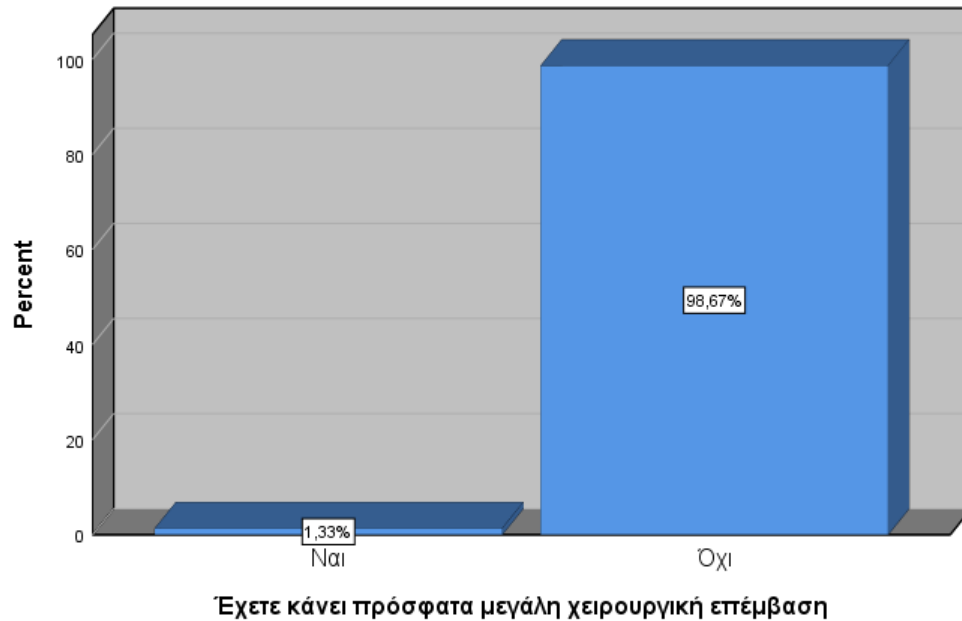
Σύμφωνα με το Γράφημα 12, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη καταλαμβάνουν το 76.7% του συνόλου. Οι ερωτώμενοι που απάντησαν θετικά, καλύπτουν το 23.3%.

**Γράφημα 12: Έχετε διαβήτη**



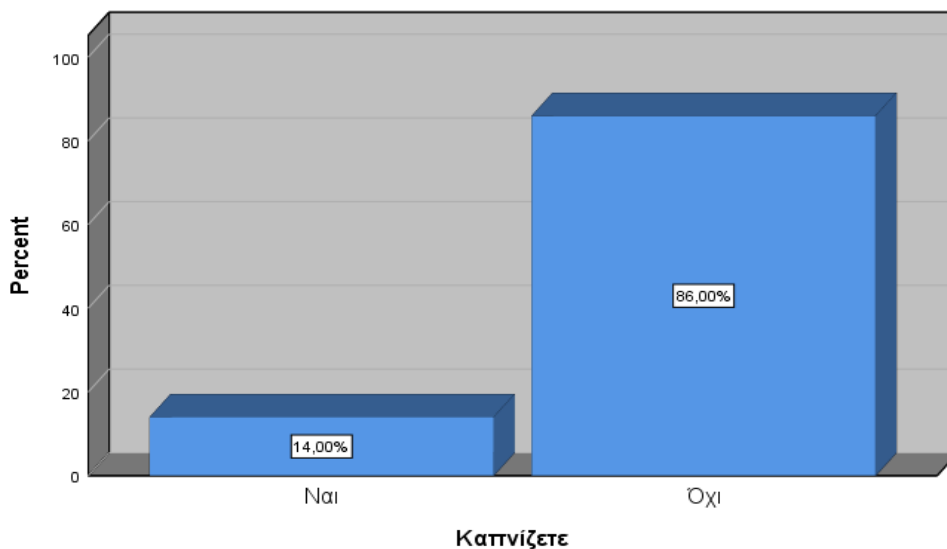
Μέσω του Γραφήματος 13, έγινε αντιληπτό πως το 98.7% των συμμετεχόντων δεν έχουν κάνει πρόσφατα κάποια μεγάλη χειρουργική επέμβαση. Το υπόλοιπο 1.3% ανέφεραν πως πράγματι υποβλήθηκαν σε αντίστοιχη επέμβαση.

**Γράφημα 13: Έχετε κάνει πρόσφατα μεγάλη χειρουργική επέμβαση**



Στο Γράφημα 14, διαπιστώθηκε πως το 86% των συμμετεχόντων δεν είναι καπνιστές, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 14% που δηλώνουν καπνιστές.

**Γράφημα 14: Καπνίζετε**

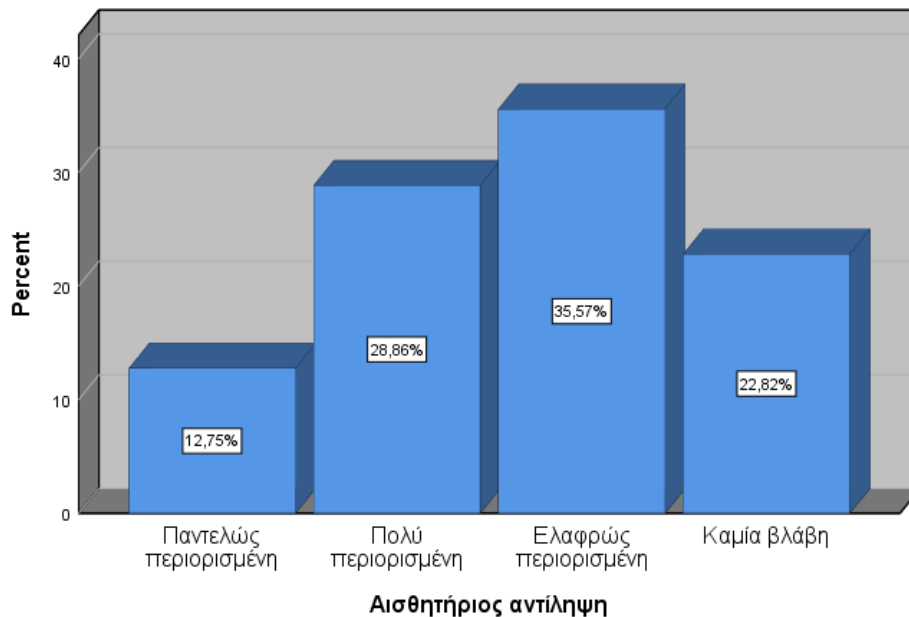


## Πρόληψη των κινδύνων εμφάνισης ελκών πίεσης

Στην ενότητα αυτή, εξετάζεται η πρόληψη των κινδύνων εμφάνισης ελκών πίεσης στα άτομα με ειδικές ανάγκες από τον οργανισμό περίθαλψης. Τα μέτρα αυτά αφορούν την αισθητήριο αντίληψη, τον βαθμό έκθεσης του δέρματός τους σε υγρασία, τη σωματική δραστηριότητα και κινητικότητά τους, την επάρκεια της διατροφής τους και τη τριβή και διάτμηση του σώματός τους κατά την κίνηση.

Στο Γράφημα 15, διαπιστώθηκε πως το 35.6% των ερωτώμενων έχουν ελαφρώς περιορισμένη αισθητήριο αντίληψη και το 28.9% πολύ περιορισμένη. Επιπλέον, σε ποσοστό 22.8% ανέρχονται τα άτομα που δεν έχουν κάποια σχετική βλάβη, ενώ το υπόλοιπο 12.8% ανήκει σε ερωτώμενους με παντελώς περιορισμένη αισθητήριο αντίληψη.

**Γράφημα 15: Αισθητήριος αντίληψη**

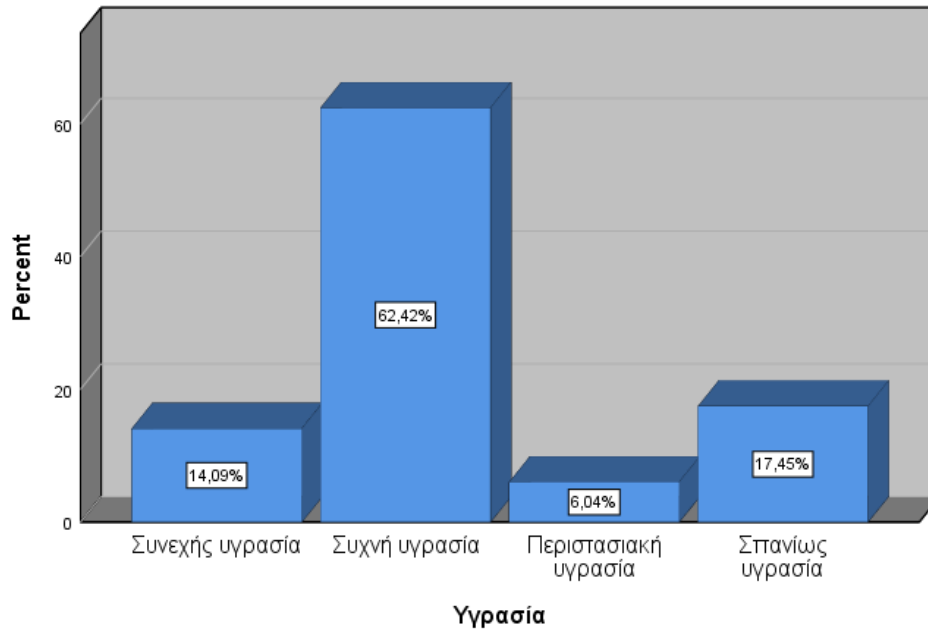


Στο Γράφημα 16, παρουσιάζεται ο βαθμός υγρασίας στην οποία εκτίθενται οι συμμετέχοντες στον οργανισμό που τους περιθάλπει. Όπως αναδείχθηκε, το 62.4% εκτίθεται σε συχνή υγρασία. Επιπλέον, σε ποσοστό 17.4% ανέρχονται οι ερωτηθέντες που εκτίθενται σπανίως σε υγρασία, ενώ το 14.1% βρίσκονται συνεχώς εκτεθειμένοι σε υγρασία. Τέλος, το υπόλοιπο 6%



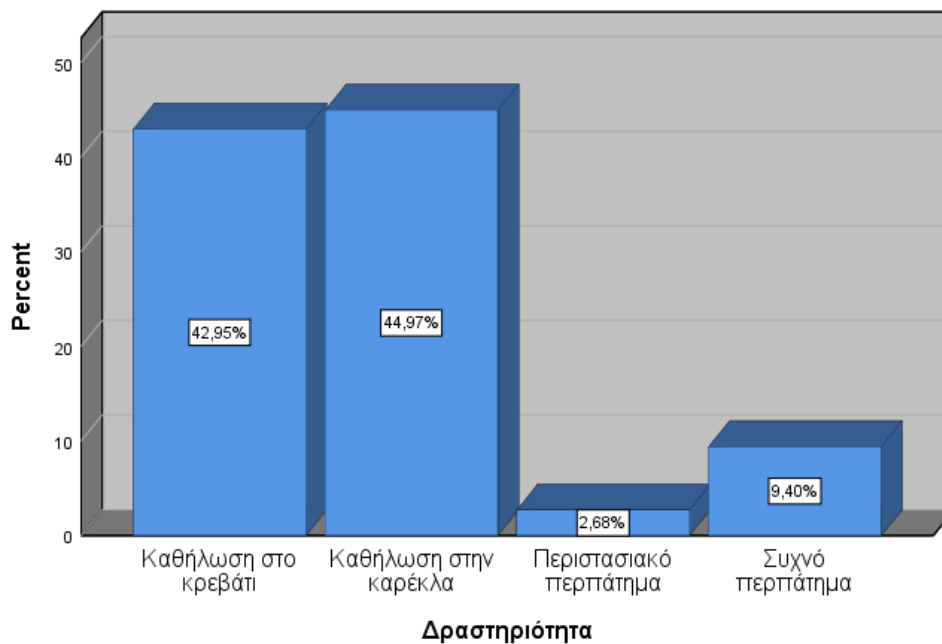
ανήκει σε εκείνους που εκτίθενται περιστασιακά σε υγρασία.

**Γράφημα 16: Υγρασία**



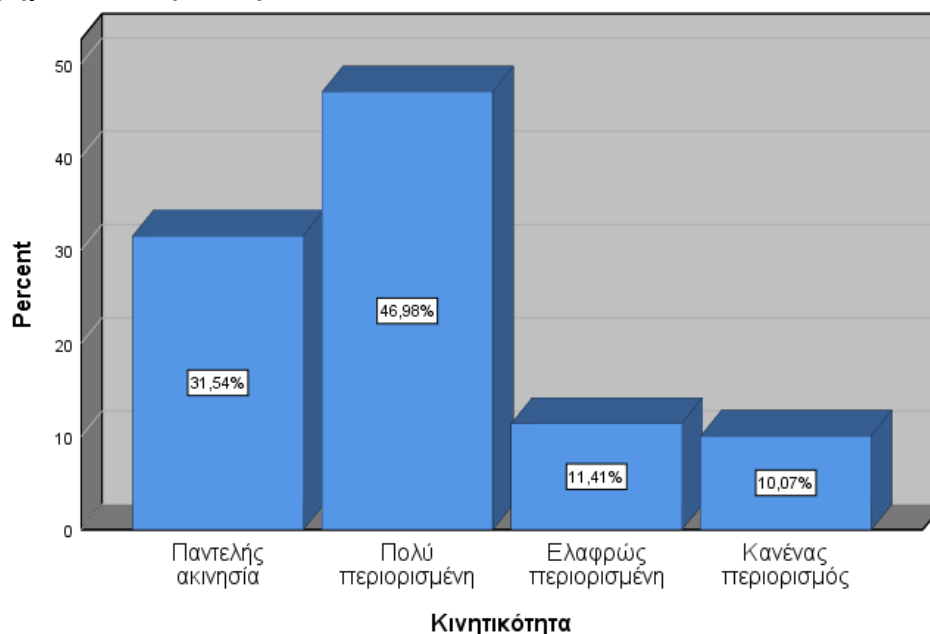
Από το Γράφημα 17, αναδείχθηκε πως το 45% των ερωτώμενων ήταν καθηλωμένοι στην καρέκλα και το 43% καθηλωμένοι στο κρεβάτι. Ταυτόχρονα, το 9.4% ανήκει σε άτομα που περπατούν συχνά και το 2.7% περπατούν περιστασιακά.

**Γράφημα 17: Δραστηριότητα**



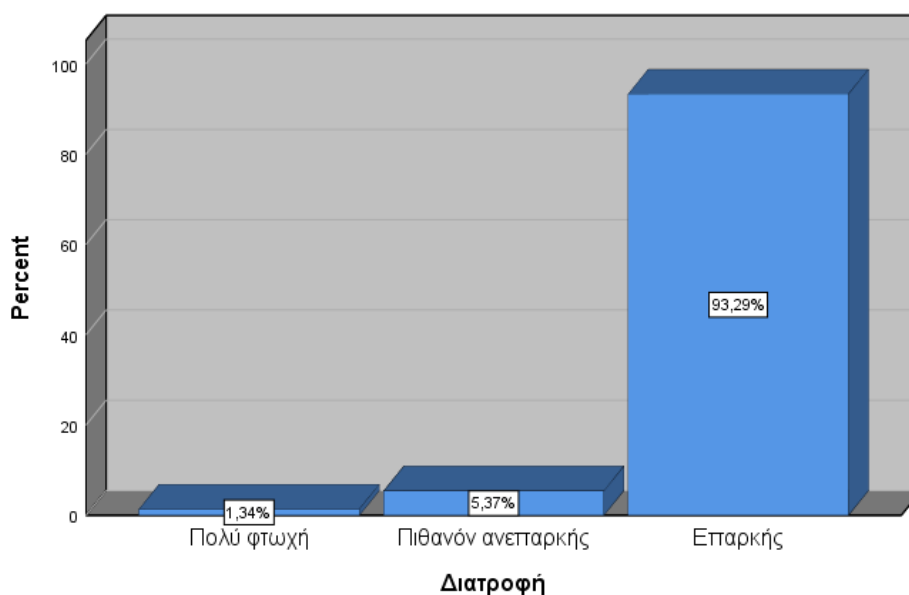
Μέσα από τη μελέτη του Γραφήματος 18, διαπιστώθηκε πως το 47% των ερωτώμενων έχουν πολύ περιορισμένη κινητικότητα, όταν το 31.5% βρίσκονται σε πλήρη ακινησία. Επιπλέον, σε ποσοστό 11.4% ανέρχονται τα άτομα με ελαφρώς περιορισμένη κινητικότητα, ενώ το 10.1% ανήκει σε εκείνους που δεν έχουν κανέναν ανάλογο περιορισμό.

**Γράφημα 18: Κινητικότητα**



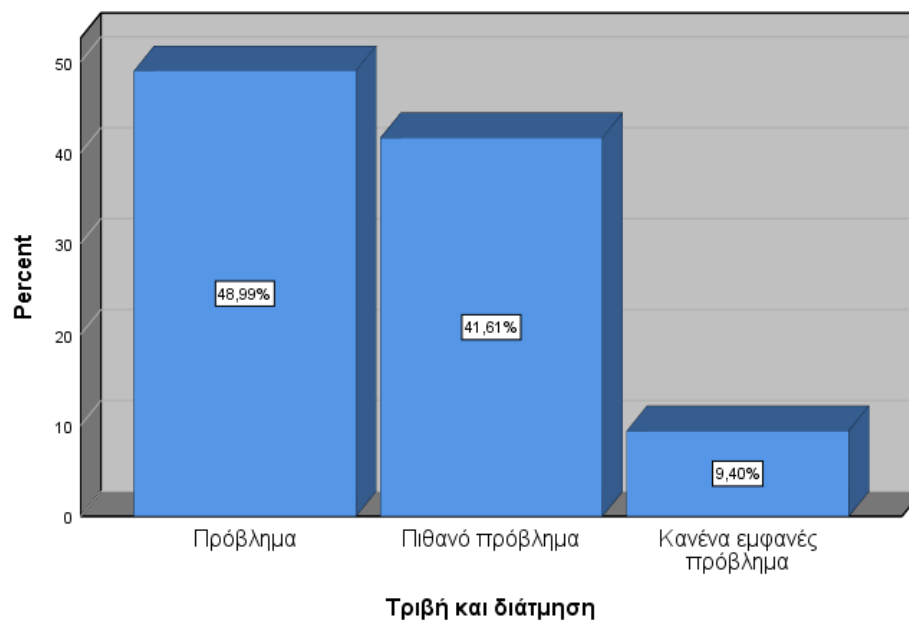
Στο επόμενο Γράφημα 19, καταγράφεται η επάρκεια της διατροφής των ατόμων που έλαβαν συμμετοχή στην έρευνα. Όπως έγινε φανερό, το 93.3% τρέφονται επαρκώς, όταν το 5.4% πιθανόν ανεπαρκώς και το 1.3% πολύ φτωχά.

**Γράφημα 19: Διατροφή**



Στο τελευταίο Γράφημα 20 της περιγραφικής στατιστικής, καταγράφονται η τριβή και διάτμηση που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες κατά την κίνηση. Όπως έγινε εμφανές, το 49% δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα και το 41.6% πιθανώς να έχουν πρόβλημα. Τέλος, το υπόλοιπο 9.4% αγγίζουν όσοι δεν έχουν κανένα εμφανές θέμα.

**Γράφημα 20: Τριβή και διάτμηση**



## 4.2 Επαγωγική στατιστική

Στην ενότητα αυτή, διερευνώνται τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία διατυπώνονται αναλυτικά ως εξής:

- Το φύλο επηρεάζει την αξιολόγηση κινδύνου και την πρόβλεψη κινδύνου ελκών πίεσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες;
- Η ηλικία επηρεάζει την αξιολόγηση κινδύνου και την πρόβλεψη κινδύνου ελκών πίεσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες;

Για την απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test, ενώ για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, επιλέχθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος. Από τις τιμές p-value που παρουσιάζονται, αναδείχθηκαν 5 στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο.

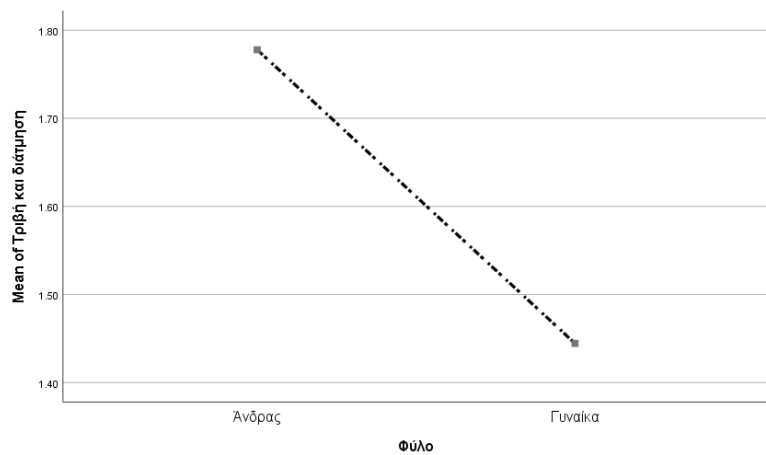
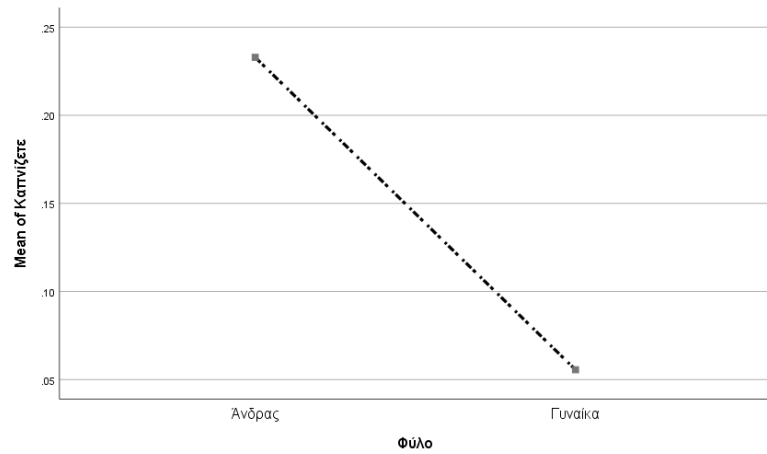
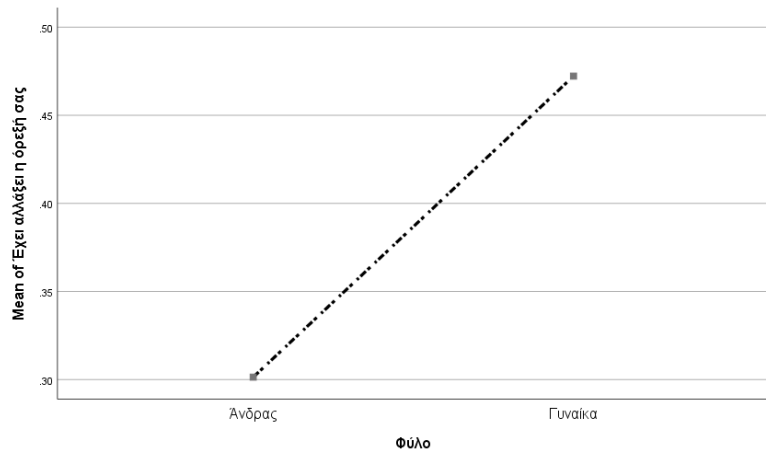
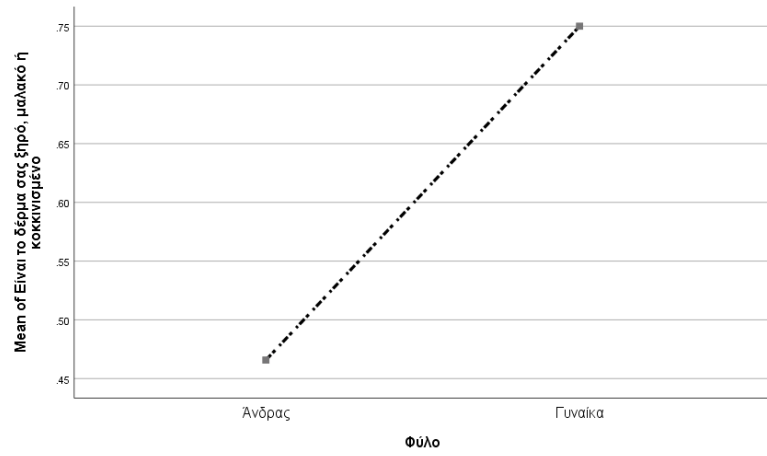
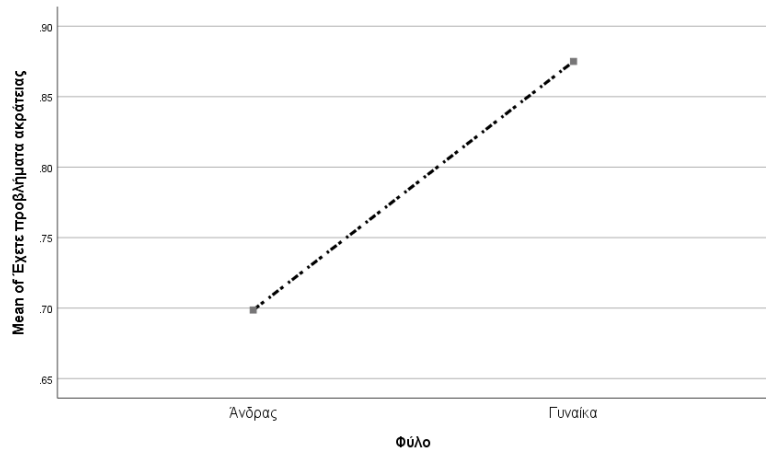
**Πίνακας 1: Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο**

	Φύλο
Έχετε περιορισμένη κινητικότητα	0.332
Έχετε προβλήματα ακράτειας	<b>0.009</b>
Είναι το δέρμα σας ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο	<b>0.000</b>
Είστε πάνω από το μέσο βάρος σώματος	0.160
Είστε κάτω από το μέσο βάρος σώματος	0.116
Έχει αλλάξει η όρεξή σας	<b>0.035</b>
Έχετε χάσει βάρος	0.192

Είστε αναιμικός-ή	0.197
Έχετε διαβήτη	0.724
Έχετε κάνει πρόσφατα μεγάλη χειρουργική επέμβαση	0.159
Καπνίζετε	<b>0.002</b>
Αισθητήριοι αντίληψη	0.074
Υγρασία	0.086
Δραστηριότητα	0.196
Κινητικότητα	0.175
Διατροφή	0.609
Τριβή και διάτμηση	<b>0.002</b>

Στα Γραφήματα 21-25, παρατηρείται πως οι γυναίκες πιο συχνά δηλώνουν ότι παρουσιάζουν προβλήματα ακράτειας, έχουν δέρμα ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο και πως έχει αλλάξει η όρεξη τους. Παράλληλα, οι άνδρες του δείγματος φαίνεται να καπνίζουν πιο συχνά, αλλά και να αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα τριβής και διάτμησης.

## Γραφήματα 21-25: Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο



Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του συντελεστή γραμμικού συσχέτισης Pearson, από τα οποία αναδεικνύονται 11 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Πιο αναλυτικά, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιο συχνά παρουσιάζουν προβλήματα ακράτειας, έχουν προβλήματα με το δέρμα τους, βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο σε βάρος, έχουν αλλαγές στην όρεξη, έχουν αναιμία και είναι διαβητικοί . Παράλληλα, η αύξηση της ηλικίας ταυτίζεται με μείωση της συμφωνίας των συμμετεχόντων πως βρίσκονται πάνω από το μέσο βάρος σώματος, ενώ τόσο περισσότερο αντιμετωπίζουν υγρασία στους χώρους που βρίσκονται και τόσο χειρότερη είναι η δραστηριότητα και κινητικότητα τους. Οι συσχετίσεις αυτές κυμαίνονται από το 0.173 έως το 0.317, ενώ είναι στατιστικά σημαντικές σε 95% και 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.

**Πίνακας 2: Συσχετίσεις Pearson με την ηλικία**

	Ηλικία
Έχετε περιορισμένη κινητικότητα	0.113
Έχετε προβλήματα ακράτειας	<b>.236**</b>
Είναι το δέρμα σας ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο	<b>.241**</b>
Είστε πάνω από το μέσο βάρος σώματος	<b>-.269**</b>
Είστε κάτω από το μέσο βάρος σώματος	<b>.277**</b>
Έχει αλλάξει η όρεξή σας	<b>.296**</b>
Έχετε χάσει βάρος	<b>.317**</b>
Είστε αναιμικός-ή	<b>.239**</b>
Έχετε διαβήτη	<b>.291**</b>
Έχετε κάνει πρόσφατα μεγάλη χειρουργική επέμβαση	-0.044
Καπνίζετε	-0.045

Αισθητήριος αντίληψη	-0.116
Υγρασία	<b>-.173*</b>
Δραστηριότητα	<b>-.193*</b>
Κινητικότητα	<b>-.185*</b>
Διατροφή	0.084
Τριβή και διάτμηση	-0.128
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).	



## Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

Η παραπάνω ερευνητική μελέτη επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των συνθηκών ζωής ατόμων με ειδικές ανάγκες, των προληπτικών μέτρων από τους οργανισμούς περίθαλψης, του κινδύνου εμφάνισης περισσότερων προβλημάτων υγείας στα άτομα αυτά. Στην ερευνητική μελέτη συμμετείχαν συνολικά 150 άτομα με ειδικές ανάγκες, εκ των οποίων τα περισσότερα ήταν άνδρες, με μέση τιμή ηλικίας τα 71.97 έτη. Επιπλέον, έγινε σαφές πως η πλειονότητα του δείγματος ήταν άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών, είχαν περιορισμένη κινητικότητα και θέματα ακράτειας, ενώ το δέρμα τους ήταν ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο. Ταυτόχρονα, αναδείχθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων βρίσκονταν άνω του μέσου βάρους σώματος, δεν παρουσίασαν μεταβολές στην όρεξή τους, δεν έχουν χάσει βάρος και δεν έπασχαν από αναιμία ή σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είχαν υποβληθεί τον τελευταίο καιρό σε κάποια μεγάλη χειρουργική επέμβαση και δεν κάπνιζαν. Παράλληλα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων είχαν αρκετά περιορισμένη αισθητήριο αντίληψη, εκτίθονταν συχνά σε υγρασία, ενώ βρίσκονταν καθηλωμένοι στην καρέκλα ή το κρεβάτι τους, έχοντας πολύ περιορισμένη κινητικότητα. Τέλος, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος τρεφόταν επαρκώς και δεν είχε προβλήματα τριβής ή διάτμησης κατά την κίνηση.

Μέσα από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, αναδείχθηκε πως οι άνδρες του δείγματος πιο συχνά κάπνιζαν, ενώ αντιμετώπιζαν και λιγότερα προβλήματα τριβής και διάτμησης. Παράλληλα, οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα πιο συχνά παρουσίαζαν προβλήματα ακράτειας, είχαν δέρμα ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο και δήλωσαν πιο συχνά πως έχει αλλάξει η όρεξη τους. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, αναδείχθηκε πως η αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων ταυτίζεται με αύξηση της συχνότητας κατά την οποία παρουσιάζουν προβλήματα ακράτειας, έχουν προβλήματα με το δέρμα τους, βρίσκονται κάτω από το μέσο βάρος, έχουν αλλαγές στην όρεξη, είναι αναιμικοί και έχουν διαβήτη. Επιπλέον, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο

περισσότερο αντιμετωπίζουν υγρασία και προβλήματα με την δραστηριότητα και την κινητικότητα τους.

Σχετικά με τη παρούσα ερευνητική μελέτη αλλά και με τον Kucirek,(2017) υποστηρίχθηκε ότι το άτομο χρειάζεται συνεχή ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματίες που έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι μια σωματική αναπηρία οδηγεί σε οργανικές αλλαγές και στην περίπτωση ανεπαρκούς ψυχολογικής υποστήριξης, οι εκδηλώσεις κοινωνικής απομόνωσης ή αποσύνδεσης είναι πιο πιθανές. Αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη η οποία εντόπισε ότι πράγματι τα άτομα που εξετάστηκαν τα οποία είχαν σωματικές αναπηρίες και οργανικές αλλαγές, πράγματι χρίζουν βοήθειας από ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με δύναμη τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους και κατ' επέκταση στη ψυχολογία τους εν όψει των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Όπως υποστήριξε ο Stockton, (2009) τα έλκη πίεσης συχνά συνδέονται με άτομα που βρίσκονται ξαπλωμένα συνέχεια στο κρεβάτι, ωστόσο η ερευνητική μελέτη έδειξε ότι τα άτομα που κάθονται για μεγάλες χρονικές περιόδους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ελκών πίεσης. Αυτό συμφωνεί σαν αποτέλεσμα και με τα πορίσματα που προέκυψαν μέσα από τη παρούσα μελέτη από όπου εξήχθη το ότι τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν αναπηρίες ήταν κατ' ανάγκη με περιορισμένες κινήσεις ή και ακινησία που αυτό αυξάνει σημαντικά την εμφάνιση ελκών. Αυτή τη κατάσταση την επιβαρύνει επίσης και η περιορισμένη αισθητήριος αντίληψη, καθώς και η έκθεση συχνά σε υγρασία, ενώ βρίσκονταν καθηλωμένοι στην καρέκλα ή το κρεβάτι τους, έχοντας πολύ περιορισμένη κινητικότητα. Σε αυτό παίζει ρόλο και το αυξημένο σωματικό βάρος όπως προέκυψε από την ερευνητική μελέτη που έγινε.

Υποστηρίχθηκε από το National Institute of Health, (2014) ότι οι εργοθεραπευτές πραγματοποιούν την αξιολόγηση των καθισμάτων και είναι οι ειδικοί οι οποίοι θα συστήσουν τον κατάλληλο εξοπλισμό. Αυτό γίνεται σε συνεργασία με άλλα μέλη διεπιστημονικής της ομάδας. Ωστόσο, ιδιαίτερη

προσοχή δίνεται στη μείωση της πίεσης που ασκείται στις περιοχές που κινδυνεύουν, στη διαχείριση της θερμοκρασίας, της υγρασίας στους γλουτούς και στην άνεση όπως ανέφεραν οι Bartley et al., (2017). Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο γιατί όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα τα άτομα μεγάλα σε ηλικία άνω των 65 ετών είχαν περιορισμένη κινητικότητα και θέματα ακράτειας, ενώ το δέρμα τους ήταν ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο, με έκθεση συχνά σε υγρασία, ενώ βρίσκονταν καθηλωμένοι στην καρέκλα ή το κρεβάτι τους, έχοντας πολύ περιορισμένη κινητικότητα. Επομένως μέσα από τον κατάλληλο εξοπλισμό θα υπάρχει σημαντική βοήθεια για ανακούφιση των ανθρώπων από τα συμπτώματα αυτά.

Ο Stinson(2003) δήλωσε ότι για όσους κινδυνεύουν να αναπτύξουν έλκη πίεσης, η υποστήριξη σε αναπηρικά αμαξίδια είναι συχνά χρήσιμα για την παροχή ανακούφισης από την πίεση και όπως αναφέρθηκε από τον (Aissaoui et al., 2001) κρίνεται ως άμεση ανάγκη η αξιολόγηση από επαγγελματία υγείας προκειμένου να εξετάζεται το κάθισμα. Οι απόψεις αυτές συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης που έδειξε ότι τα ηλικιωμένα άτομα λόγω ακινησίας και αυξημένο μέσο όρο βάρους σε συνδυασμό με την ακινησία σε αμαξίδια ή σε κρεβάτι αυξάνεται το ενδεχόμενο ανάπτυξης ελκών πίεσης.

Για να διατηρηθεί το δέρμα υγιές, απαιτείται μια ισορροπημένη διατροφή και η πρόσληψη υγρών. Αυτό αφορά την κατανάλωση και ποικιλίας τροφών στις σωστές αναλογίες μέσα στην ημέρα βάσει του Public health England(2016).Αυτό κρίνεται απαραίτητο μιας και προέκυψε μέσα από την ερευνητική μελέτη ότι το δείγμα ατόμων που εξετάστηκε βρίσκονταν άνω του μέσου βάρους σώματος. Λόγω περιορισμένης αισθητήριας αντίληψης, εκτίθενται συχνά σε υγρασία, ενώ βρίσκονταν καθηλωμένοι στην καρέκλα ή το κρεβάτι τους, έχοντας πολύ περιορισμένη κινητικότητα ενώ το δέρμα τους ήταν ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο. Επομένως ένα δέρμα ευαίσθητο λόγω τέτοιων προβλημάτων έχει άμεση ανάγκη από μια ισορροπημένη διατροφή και η πρόσληψη υγρών.

Τέλος, πάνω στο θέμα που προέκυψε από την παρούσα ερευνητική μελέτη σχετικά με το θέμα της ακράτειας, της ακινησίας και της αυξημένης υγρασίας όπως προαναφέρθηκε, συμφωνούν και οι (European Pressure etal., 2014)ότι για όσους έχουν προβλήματα με ακράτεια, είναι σημαντικό να ζητήσουν συμβουλές από έναν επαγγελματία υγείας, καθώς μπορεί να συμβουλευτεί σχετικά με τη χρήση κατάλληλων προϊόντων όπως κρέμες, επιθέματα, ενδύματα και άλλο εξοπλισμό. Η ακράτεια μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καταστροφής του δέρματος γύρω από τους γλουτούς, την κορυφή της πτυχής του γλουτού και του κόκκυγα. Αυτό μπορεί να αποτελεί αλλοίωση λόγω υγρασίας ή έλκος πίεσης και θα πρέπει να αναζητηθεί επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από το σύνολο της μελέτης μέσα από το θεωρητικό και ερευνητικό κομμάτι συμπεραίνεται ότι αυτά στα οποία κατέληξε η ερευνητική μελέτη συμφωνούν με τα αποτελέσματα τα οποία βρήκαν και άλλοι ερευνητές μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο. Δεν προέκυψε κάποια διαφωνία ή διαφορετική άποψη γενικότερα . Αντίθετα μέσα από τα εξαγόμενα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτη και σε συνδυασμό με τις μελέτες άλλων ερευνητών μπορούν να εξαχθούν πληροφορίες συμβουλές και τακτικές που μπορούν να βελτιώσουν τα προβλήματα των ατόμων που αντιμετωπίζουν έλκη και κατακλίσεις μέσα από υποδείξεις και σε συνεργασία με τους υπεύθυνους και το ιατρικό προσωπικό αλλά και μέσα από ψυχολογική υποστήριξη όταν θεωρείται αναγκαίο. Με σωστή διατροφή, περιποίηση των ελκών και κατακλίσεων, αύξηση της κίνησης στο βαθμό που είναι εφικτό και επιτρεπτό, και συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και υποστήριξη ψυχικής υγείας, τα άτομα που χρίζουν βοήθειας θα έχουν μεγαλύτερη ανακούφιση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Θα μπορούσε να προταθεί μελλοντικά να γίνει έρευνα ενδεχόμενος σε μεγαλύτερο δείγμα αλλά και σε συνδυασμό με ποιοτική ανάλυση με τη μέθοδο συνεντεύξεων προκειμένου να γίνει μεγαλύτερη σύγκριση μεταξύ των δύο ερευνών ώστε να είναι ακόμα πιο εμπειριστατωμένα και σαφή τα συμπεράσματα που θα προκύψουν. Ακόμα θα μπορούσε το ερευνητικό δείγμα να περιλαμβάνει άτομα από διαφορετικούς οργανισμούς υγείας είτε δημόσιους είτε ιδιωτικούς ώστε το αποτέλεσμα που θα προκύψει να είναι περισσότερο σφαιρικό και ξεκάθαρο.

## Βιβλιογραφία

- Aissaoui R, Lacoste M, Dansereau J. Analysis of slid in gang pressure distribution during are positioning of persons in a simulator chair. IEEE Trans NeuralSystRehabil Eng 2001;9(2):215e24.
- Arva J, Paleg G, Lange M, Lieberman J, Schmeler M, Dicianno B, et al. RESNA position on the application of wheelchair standing devices. Rehabilitation Engineering & Assistive Technology Society of North America. Assist Technol 2009;21(3):161e8. Retrieved 14/01/17 from [http://www.rstce.pitt.edu/rstce\\_resources/resna\\_position\\_on\\_tilt\\_recline\\_elevat\\_legrest.pdf](http://www.rstce.pitt.edu/rstce_resources/resna_position_on_tilt_recline_elevat_legrest.pdf).
- Bartley C, Stephens M. Evaluating the impact of Watercell<sup>®</sup> technology on pressure redistribution and comfort/discomfort of adults with limited mobility. J Tissue Viability 2017;26(2):144e9.
- Bartley C, Stephens M. Evaluating the impact of Watercell<sup>®</sup> technology on pressure redistribution and comfort/discomfort of adults with limited mobility. J Tissue Viability 2017;26(2):144e9.
- Bartley C, Stephens M. Evaluating the impact of Watercell<sup>®</sup> technology on pressure redistribution and comfort/discomfort of adults with limited mobility. J Tissue Viability 2017;26(2):144e9.
- Bibi S, Rasmussen P, McLiesh P. The lived experience: nurses' experience of caring for patients with a traumatic spinal cord injury. Int J Orthop Trauma Nurs 2018;30(1):31–8. <https://doi.org/>
- Brienza D, Krishnan S, Karg PE, Sowa GA, Allegretti AL. Predictors of pressure ulcer incidence following traumatic spinal cord injury: a secondary analysis of a prospective longitudinal study. Spinal Cord 2017;56(1):28–34.
- British Society of Rehabilitation Medicine. Specialised wheelchair seating national clinical guidelines. Report of a multidisciplinary expert group. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 2004.

- C\_irtkov\_a L, Vitoušov\_a P. Pomocob\_etem (a sv\_edk\_um) trestn\_ych\_cin\_u: p\_r\_iru\_cka pro pom\_ahaj\_ic\_iprofese [Assistance to crime victims (and witnesses): a handbook for helping professions]. Praha: Grada; 2007. [Book in Czech].
- Cook, Albert M., and Janice Miller Polgar. *Cook and Hussey's assistive technologies-e-book: principles and practice*. Elsevier Health Sciences, 2007.
- Coventry and Rugby Clinical Commissioning Group. React to red. 2016. Retrieved 14/01/17 from, <http://www.reactoredskin.co.uk/>.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel & the Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. 2014. Retrieved from, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITALNPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel & the Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. 2014. Retrieved from, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITALNPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>.
- Galíndez-Novoa C. A prospective, longitudinal, descriptive study of the effect of a customized wheelchair cushion on clinical variables, satisfaction, and functionality among patients with spinal cord injury. *Ostomy Wound Manag* 2015;61(2):26e36.
- Gefen A. How much time does it take to get a pressure ulcer? Integrated evidence from human, animal, and in vitro studies. *Ostomy Wound Manag* 2008;54(10):26e8. 30-35.
- Hankov\_a M, V\_avrov\_a S. Partnersk\_evztahy: o\_cimamlad\_ychdosp\_el\_ych s vrozen\_ymt\_elesn\_ymposti\_zen\_im [Partnerships: through the eyes of

- young adults with congenital physical disabilities]. Praha: Grada; 2016. [Book in Czech].
- Joseph C, Nilsson Wikmar L. Prevalence of secondary medical complication and risk factors for pressure ulcers after traumatic spinal cord injury during acute care in South Africa. *Spinal Cord* 2016;54(7):535–9.
- Kenny S, Gowran RJ. Outcome measures for wheelchair and seating provision: a critical appraisal. *Br J Occup Ther* 2014;77(2):67e77.
- Ko\_cov\_a H. Spin\_aln\_isvalov\_aatrofie v souvislostech [Spinal muscular atrophy in context]. Praha: Grada Publishing; 2017. [Book in Czech].
- Krishnan S, Karg PE, Boninger ML, Brienza DM. Association between presence of pneumonia and pressure ulcer formation following traumatic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2017; 40(4):415–22.
- Ku\_c\_irek J. Aplikovan\_apsychologie: vybran\_at\_emata: teleworking, leadership, soci\_aln\_epsychologick\_yv\_ycvik [Applied psychology: selected topics: Teleworking, leadership, socio-psychological training]. Praha: Grada; 2017. [Book in Czech].
- Lukersmith S, Radbron L, Hopman K. Development of clinical guidelines for the prescription of a seated wheelchair, or mobility scooter for people with traumatic brain injury or spinal cord injury. *Aust Occup Ther J* 2013;60: 378e86.
- Lukersmith S, Radbron L, Hopman K. Development of clinical guidelines for the prescription of a seated wheelchair, or mobility scooter for people with traumatic brain injury or spinal cord injury. *AustOccup Ther J* 2013;60: 378e86.
- National Health Service England. NHS safety thermometer national data report 2014-15 Available from [http://146.255.35.208/images/docs/ Safety%20Thermometer%20Report%202015.pdf](http://146.255.35.208/images/docs/Safety%20Thermometer%20Report%202015.pdf)[Accessed 11-7-2022]
- National Institute of Health and Care Excellence. Pressure ulcers: prevention and



- management. 2014. Retrieved 19/01/16 from, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/chapter/1-recommendations>.
- National Institute of Health and Care Excellence. Pressure ulcers: prevention and management. 2014. Retrieved 19/01/16 from, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/chapter/1-recommendations>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.
- NHS Modernisation Agency. Improving services for wheelchair users and carers e good practice guide: learning from the wheelchair services collaborative. London: DH; 2005.
- Novosad L. Poradenstv\_ı pro osoby se zdravotn\_ım a soci\_aln\_ımznev\_yhodn\_en\_ım [Counselling for persons with health and social disadvantages]. Praha: Port\_al; 2009. [Book in Czech].
- Opatrilova D, Zamecnikova D. Somatopedie: texty k distan\_cn\_ımuvzd\_el\_av\_an\_ı [Somatopaedia: texts on distance education]. Brno: Paido; 2007. [Book in Czech].
- Public health England. The Eatwell guide. 2016. Retrieved 14/01/17 from: <http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/the-eatwell-guide.aspx>.
- RESNA. Wheelchair service provision guide. 2011. Retrieved 18/01/2017 from <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED534426.pdf>.
- Resuscitation Council (UK). Advanced life support. sixth ed. London: Resuscitation Council (UK); 2011
- Schubert V, H\_eraud J. The effects of pressure and shear on skin microcirculation in elderly stroke patients lying in supine or semi-recumbent positions. Age Ageing 1994;23(5):405e10.
- Slow\_ık J. Speci\_aln\_ıpedagogika [Special education]. 2nd ed. Praha: Grada; 2016. [Book in Czech].

- Sonenblum SE, Vonk TE, Janssen TW, Sprigle SH. Effects of wheelchair cushions and pressure relief manoeuvres on ischial interface pressure and blood flow in people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95(7): 1350e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.007>.
- Stinson MD, Porter-Armstrong A, Eakin P. Seat-interface pressure: a pilot study of the relationship to gender, body mass index, and seating position. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(3):405e9
- Stockton L, Flynn M. Sitting and pressure ulcers 1: risk factors, self-repositioning and other interventions. *Nurs Times* 2009;105:24. Retrieved 14/01/17 from, <https://www.nursingtimes.net/sitting-and-pressure-ulcers-1-risk-factors-self-repositioning-and-other-interventions/5003005.article>.
- Stockton L, Gebhardt KS, Clark M. Seating and pressure ulcers: clinical practice guidelines. *J Tissue Viability* 2009;18(4):98e108.
- Stockton L, Gebhardt KS, Clark M. Seating and pressure ulcers: clinical practice guidelines. *J Tissue Viability* 2009;18(4):98e108.
- Stockton L, Gebhardt KS, Clark M. Seating and pressure ulcers: clinical practice guidelines. *J Tissue Viability* 2009;18(4):98e108.
- Stockton L, Parker D. Pressure relief behaviour and the prevention of pressure ulcers in wheelchair users in the community. *J Tissue Viability* 2002;12(3): 84e90.
- University of Salford and Tissue Viability Society. Findings from the amendment of the tissue viability seating guidelines: listening event. Salford: University of Salford; 2017.
- University of Salford and Tissue Viability Society. Findings from the amendment of the tissue viability seating guidelines: listening event. Salford: University of Salford; 2017.
- Vilchis-Aranguren R, Gayol-Merida D, Quinzanos-Fresnedo J, Pérez-Zavala R, Galíndez-Novoa C. A prospective, longitudinal, descriptive study of the

effect of a customized wheelchair cushion on clinical variables, satisfaction, and functionality among patients with spinal cord injury. *Ostomy Wound Manag* 2015;61(2):26e36.

Vowden P, Vowden K. How to guide: effective compression therapy. *Wound Essentials* 2012;7:1e6.

Weber J, Kelley J. *Health assessment in nursing*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.

Williams TA, Leslie GD, Bingham R, Hopkinson M, Brearley L. Optimising seating for patients with impaired mobility in the ICU. *The Asia Pacific critical care 2008 congress. AustCrit Care* 2009;22(1). 55e55.

World Health Organization. *How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment*. Geneva: WHO; 2013.

Wounds International. (2010). *International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document*

## Παραρτήματα

### Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης κινδύνου.

Είστε άνω των 65 ετών;

Ναι

Όχι

Έχετε περιορισμένη κινητικότητα;

Ναι

Όχι

Έχετε προβλήματα ακράτειας;

Ναι

Όχι

Είναι το δέρμα σας ξηρό, μαλακό ή κοκκινισμένο;

Ναι

Όχι

Είστε πάνω από το μέσο βάρος σώματος;

Ναι

Όχι

Είστε κάτω από το μέσο βάρος σώματος;

Ναι

Όχι

Έχει αλλάξει η όρεξή σας;

Ναι

Όχι

Έχετε χάσει βάρος;

Ναι

Όχι

Είστε αναιμικός-ή;

Ναι

Όχι

Έχετε διαβήτη;

Ναι

Όχι

Έχετε κάνει πρόσφατα μεγάλη χειρουργική επέμβαση;

Ναι

Όχι

Καπνίζετε;

Ναι

Όχι

<b>ΣΟΒΑΡΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ:</b> Συνολική βαθμολογία 9 <b>ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ:</b> Συνολική βαθμολογία 10-12 <b>ΜΕΤΡΙΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ:</b> Συνολική βαθμολογία 13-14 <b>ΗΠΙΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ:</b> Συνολική βαθμολογία 15-18						<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ</b> <input type="checkbox"/>					
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ		ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ/ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ				1	2	3	4		
<b>ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΣ ΑΝΤΙΑΠΗΨΗ</b> Ικανότητα ουσιαστικής αναπόκρισης σε δυσφορία που σχετίζεται με την πίεση		<b>1. ΠΑΝΤΕΛΩΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ</b> —Δεν ανταποκρίνεται (δεν γκρινιάζει, δεν αντιδρά ή δεν κατανοεί) σε επώδυνα ερεθίσματα, λόγω μειωμένου επιπέδου συνείδησης ή καταστολής, <b>Ή</b> περιορισμένης ικανότητας αίσθησης του πόνου στο μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας	<b>2. ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ</b> —Ανταποκρίνεται μόνο σε επώδυνα ερεθίσματα. Δεν μπορεί να επικοινωνήσει δυσφορία παρόμοια με γκρινιάρια ή ανησυχία, <b>Ή</b> έχει μια αισθητηριακή βλάβη που περιορίζει την ικανότητα να αισθάνεται πόνο ή	<b>3. ΕΛΑΦΡΩΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ</b> —Ανταποκρίνεται σε λεκτικές εντολές, αλλά δεν μπορεί πάντα να επικοινωνήσει δυσφορία ή ανάγκη να γυριστεί, <b>Ή</b> έχει κάποια αισθητηριακή βλάβη που περιορίζει την ικανότητα να αισθάνεται πόνο	<b>4. ΚΑΜΙΑ ΒΛΑΒΗ</b> —Ανταποκρίνεται σε λεκτικές εντολές. Δεν έχει αισθητηριακό έλλειμμα που θα περιορίζει την ικανότητα να αισθάνεται ή να αναφέρει πόνο ή δυσφορία.						
<b>ΥΓΡΑΣΙΑ</b> Ο βαθμός στον οποίο το δέρμα είναι εκτεθειμένο στην υγρασία		<b>1. ΣΥΝΕΧΗ ΥΓΡΑΣΙΑ</b> —Το δέρμα διατηρείται σχεδόν συνεχώς υγρό από εφίδρωση, ούρα κ.λπ. Ανιχνεύεται υγρασία κάθε φορά που ο ασθενής μετακινείται ή στρέφεται.	<b>2. ΣΥΧΝΗ ΥΓΡΑΣΙΑ</b> —Το δέρμα είναι συχνά αλλά όχι πάντα υγρό. Τα σεντόνια πρέπει να αλλάζονται τουλάχιστον μία φορά τη βάρδια	<b>3. ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗ ΥΓΡΑΣΙΑ</b> —Το δέρμα είναι περιστασιακά υγρό, απαιτώντας επιπλέον αλλαγή σεντονιών περίπου μία φορά την ημέρα.	<b>4. ΣΠΑΝΙΩΣ ΥΓΡΑΣΙΑ</b> —Το δέρμα είναι συνήθως ξηρό. Τα σεντόνια απαιτούν αλλαγή μόνο σε διαστήματα ρουτίνας.						
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</b> Βαθμός σωματικής δραστηριότητας		<b>1. ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ</b> —Κατάκοιτος/η	<b>2. ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΣΕ ΚΑΡΕΚΛΑ</b> —Η ικανότητα βάδισης είναι πολύ περιορισμένη ή ανύπαρκτη. Δεν μπορεί να αντέξει το δικό του/της βάρος και/ή πρέπει να τον/την βοηθούν να καθίσει σε μια καρέκλα ή αναπηρικό αμαξίδιο.	<b>3. ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ</b> —Περπατά περιστασιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά για πολύ μικρές αποστάσεις, με ή χωρίς βοήθεια. Ξοδεύει το μεγαλύτερο μέρος κάθε μας στο κρεβάτι ή στην καρέκλα.	<b>4. ΣΥΧΝΟ ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ</b> —Περπατά έξω από το δωμάτιο τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και μέσα στο δωμάτιο τουλάχιστον μία φορά κάθε 2 ώρες κατά τις ώρες αφύπνισης.						
<b>ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b> Δυνατότητα αλλαγής και ελέγχου της θέσης του σώματος		<b>1. ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΑΚΙΝΗΣΙΑ</b> —Δεν πραγματοποιεί ούτε μικρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων χωρίς βοήθεια.	<b>2. ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ</b> —Πραγματοποιεί περιστασιακά ελαφρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων, αλλά δεν μπορεί να κάνει συχνές ή σημαντικές αλλαγές	<b>3. ΕΛΑΦΡΩΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ</b> —Πραγματοποιεί συχνές αν και ελαφρές αλλαγές στη θέση του σώματος ή των άκρων ανεξάρτητα.	<b>4. ΚΑΝΕΝΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ</b> —Πραγματοποιεί μεγάλες και συχνές αλλαγές στη θέση χωρίς βοήθεια.						
<b>ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b> Συνηθισμένο μοτίβο πρόσληψης τροφής 1 Τύπο από του στόματος. 2 Ενδοφλεβίως. 3 Ολική παρεντερική διατροφή.		<b>1. ΠΟΛΥ ΦΤΩΧΗ</b> —Ποτέ δεν τρώει ένα πλήρες γεύμα. Σπάνια τρώει περισσότερο από το 1/3 οποιουδήποτε προσφερόμενου φαγητού. Τρώει 2 μερίδες ή λιγότερες πρωτεΐνες (κρέας ή γαλακτοκομικά προϊόντα) την ημέρα. Λαμβάνει ελάχιστα υγρά. Δεν λαμβάνει υγρό συμπλήρωμα διατροφής, <b>Ή</b> δεν λαμβάνει τίποτα από του στόματος και/ή συντηρείται μόνο με υγρά ή με ενδοφλεβία	<b>2. ΠΙΘΑΝΟΝ ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ</b> —Σπάνια τρώει ένα πλήρες γεύμα και γενικά τρώει μόνο περίπου το 1/2 από οποιουδήποτε φαγητού που προσφέρεται. Η πρόσληψη πρωτεΐνης περιλαμβάνει μόνο 3 μερίδες κρέατος ή γαλακτοκομικών προϊόντων την ημέρα. Περιστασιακά θα λάβει ένα συμπλήρωμα διατροφής <b>Ή</b> λαμβάνει λιγότερη από τη βέλτιστη ποσότητα υγρής διατροφής ή σίτισης με σωλήνα.	<b>3. ΕΠΑΡΚΗΣ</b> —Τρώει πάνω από τα μισά από τα περισσότερα γεύματα. Καταναλώνει συνολικά 4 μερίδες πρωτεΐνης (κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα) κάθε μέρα. Περιστασιακά αρνείται ένα γεύμα, αλλά συνήθως παίρνει ένα συμπλήρωμα εάν προσφερθεί, <b>Ή</b> είναι σε σχήμα σίτισης με σωλήνα ή σε ολική παρεντερική διατροφή, που πιθανότατα καλύπτει τις περισσότερες	<b>4. ΑΡΙΣΤΗ</b> —Τρώει το μεγαλύτερο μέρος κάθε γεύματος. Ποτέ δεν αρνείται ένα γεύμα. Συνήθως τρώει συνολικά 4 ή περισσότερες μερίδες κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων. Περιστασιακά τρώει Ανάμεσα στα γεύματα. Δεν χρειάζεται συμπλήρωμα.						
<b>ΤΡΙΒΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΜΗΣΗ</b>		<b>1. ΠΡΟΒΛΗΜΑ</b> —Απαιτεί μέτρια έως μέγιστη βοήθεια κατά τη μετακίνηση. Η πλήρης ανύψωση χωρίς ολίσθηση πάνω στα σεντόνια είναι αδύνατη. Συχνά γλιστράει στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, απαιτώντας συχνή επανατοποθέτηση με τη μέγιστη βοήθεια. Σπαστικότητα, συσπάσεις ή διέγερση οδηγεί σε σχεδόν σταθερή τριβή.	<b>2. ΠΙΘΑΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ</b> —Κινείται αδύναμα ή απαιτεί ελάχιστη βοήθεια. Κατά τη διάρκεια μιας κίνησης, το δέρμα πιθανότατα γλιστράει σε κάποιο βαθμό πάνω στα σεντόνια, την καρέκλα, στα μέσα συγκράτηση ή άλλες συσκευές. Διατηρεί σχετικά καλή θέση στην καρέκλα ή το κρεβάτι τις περισσότερες φορές, αλλά περιστασιακά	<b>3. ΚΑΝΕΝΑ ΕΜΦΑΝΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ</b> —Κινείται ανεξάρτητα στο κρεβάτι και στην καρέκλα και έχει αρκετή μυϊκή δύναμη για να σηκώνεται πλήρως κατά τη διάρκεια της κίνησης. Διατηρεί καλή θέση στο κρεβάτι ή στην καρέκλα ανά πάσα στιγμή.							
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ</b>		Συνολική βαθμολογία 12 ή λιγότερο αντιπροσωπεύει <b>ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ</b>									
<b>ΑΞΙΟΛ.</b>	<b>ΗΜΕΡ.</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ/ΤΙΤΛΟΣ</b>			<b>ΑΞΙΟΛ.</b>	<b>ΗΜΕΡ.</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ/ΤΙΤΛΟΣ</b>				
1	/ /				3	/ /					
2	/ /				4	/ /					
						Θεράπων Ιατρός		Αριθ. αρχείου		Δωμάτιο/κρεβάτι	

## **Παράρτημα 2 Άδεια για ερωτηματολόγια**



ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ  
ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΘΧΟΝΤΩΝ  
Σιήριγμα ζωής από το 1972

Ι.Π.Χ.Π

Αθήνα, 07.09.2022

Δ/ΝΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Α.Π. 1029

Πληροφορίες:

κα. Αρτέμη Σοφία

Τηλέφωνο: 2108647522 (εσωτ. 142)

Email: [nursing.chief@ipxp.gr](mailto:nursing.chief@ipxp.gr)

Προς:

κα. Τσαμαδιά Δήμητρα

Ειδικότητα: Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

**ΘΕΜΑ: Έγκριση διενέργειας ερευνητικής εργασίας της εργαζομένης Τσαμαδιά Δήμητρας στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής εργασίας**

Κα. Τσαμαδιά,

Θέτοντας ως μοναδικό γνώμονα την συμβολή στη διεξαγωγή κάθε εποικοδομητικής ερευνητικής εργασίας αποδεχόμαστε το αίτημα που θέσατε υπόψη της Επιστημονικής Επιτροπής του ΙΠΧΠ στα πλαίσια της μεταπτυχιακής σας εργασίας με θέμα «**Κινητικότητα & κατακλίσεις έννοιες αλληλένδετες ως προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες**».

Λαμβάνοντας υπόψη τον κανονισμό περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, τους όρους ηθικής δεοντολογίας που οφείλεται να εφαρμόσετε τόσο έναντι των περιθαλπομένων του ΙΠΧΠ όσο και των εργαζομένων του ίδιου χώρου, εγκρίνουμε το αίτημα σας προκειμένου από κοινού να καρπωθούμε τα ερευνητικά σας αποτελέσματα.

Εκ μέρους της

Επιστημονικής Επιτροπής

ΑΝ. ΓΕΝ. Δ/ΝΤΡΙΑ Ι.Π.Χ.Π.

Αρτέμη Σοφία

Δρ. ΣΟΦΙΑ ΑΡΤΕΜΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΙΠΧΠ  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΑΓΙΑΣ ΖΩΝΗΣ 39 – 112 56 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: 210 864 7522

[info@ipxp.gr](mailto:info@ipxp.gr) | [www.ipxp.gr](http://www.ipxp.gr)