

Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων

Αικατερίνη Βαγγελάτου¹, Γεώργιος Βασιλόπουλος², Ιωάννης Καλεμικεράκης³, Γεωργία Φασόη⁴,
Ευγενία Βλάχου⁴, Μάρθα Κελέση⁴

1. Νοσηλεύτρια MSc, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»

2. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 3. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή περίπου 300 εκατομμύρια άτομα, χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα ή φροντίδα τελικού σταδίου κάθε έτος, που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την πρόληψη/αντιμετώπιση των ελκών πίεσης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις, οι πρακτικές και οι στάσεις των νοσηλευτών ενός ογκολογικού νοσοκομείου στην Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη καταγραφής γνώσεων και στάσεων με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές και βοηθοί αυτών που εργάζονται σε Ογκολογικό Νοσοκομείο της Αθήνας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Συνολικά, διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν 115 (ποσοστό ανταπόκρισης 76,7%). Η μελέτη διήρκεσε 6 μήνες (Ιούλιο 2016 - Δεκέμβριος 2016). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 115 άτομα νοσηλευτές και βοηθοί, ηλικίας 41,6(±6,8) έτη. Η μέση προϋπηρεσία αυτών ήταν 17,1(±7,5) έτη. Από το σύνολο του δείγματος, 16 (13,9%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται οργανώνονται σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (99,1%) απάντησαν σωστά στον ορισμό των ελκών πίεσης. Μόνο 42,6% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά αναφορικά με την ενδεδειγμένη θέση για την πρόληψη των κατακλίσεων, ενώ οι περισσότεροι απάντησαν σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (n=48) ανέφεραν ότι στο τμήμα που εργάζονται χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων και 35 (72,9%) τη συμπλήρωναν μία φορά την ημέρα. Σε σύνολο 27 ερωτήσεων, οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους ήταν 20,9(±2,8) ή 77,7% με ελάχιστο 8 (29,6%) και μέγιστο 27 (100%) σωστές απαντήσεις.

Συμπεράσματα: Παρόλο που οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με κατακλίσεις, εντούτοις το νοσοκομείο δεν φάνηκε να εφαρμόζει συστηματικά σχετικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα βοηθήσει την παροχή της βέλτιστης νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις- Κλειδιά: Αντιλήψεις, γνώσεις, έλκη πίεσης, νοσηλευτές, ογκολογικό νοσοκομείο, στάσεις

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Βαγγελάτου Αικατερίνη
Διεύθυνση: Αρμονίας 19-21 Αθήνα 11364
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6934165626
e-mail: katetaurus.2528@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 6/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι γνώσεις των νοσηλευτών για τα έλκη πίεσης σε ασθενείς τελικού σταδίου ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα.
- Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί αυτών γνώριζαν τον ορισμό και σταδιοποίηση των κατακλίσεων, και παράλληλα είχαν μέτρια έως επαρκή επίπεδα γνώσεων για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.
- Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί αυτών είχαν χαμηλά επίπεδα γνώσεων για την πρόληψη των κατακλίσεων.
- Στο υπό μελέτη νοσοκομείο δε διεξάγονται εκπαιδευτικά μαθήματα περί κατακλίσεων αρκετά συχνά, παρόλο τον αυξημένο αριθμό ασθενών τελικού σταδίου με έλκη πίεσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου 300 εκατομμύρια άτομα, το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα ή φροντίδα τελικού σταδίου κάθε έτος (Singer & Bowman 2002). Η παρηγορητική φροντίδα έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο, για να βελτιώσει την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και να εξασφαλίσει αξιοπρεπή θάνατο για τον ασθενή (Alvarez et al 2002). Πολλοί επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι τα έλκη πίεσης που είναι δυνατό να εμφανιστούν στο τέλος της ζωής ενός ατόμου με καρκίνο τελικού σταδίου, συνήθως δεν είναι εύκολο να προληφθούν, κάνοντας την αντιμετώπισή τους περίπλοκη λόγω της ύπαρξης σύνθετων προβλημάτων υγείας (Baharestani 1994, Naylor 2005). Πολλοί επαγγελματίες υγείας, επίσης, υποστηρίζουν ότι τα έλκη πίεσης στους καρκινοπαθείς, κυρίως στο τελικό στάδιο, δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν λόγω των πολλών παραγόντων κινδύνου και της αυξημένης συννοσηρότητας (Henoach & Gustafsson 2003, Naylor 2005).

Η φροντίδα ενός έλκους πίεσης σχεδιάζεται, συνήθως, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της επούλωσης. Ως εκ τούτου, το επίκεντρο της φροντίδας εστιάζει στη μείωση ή την εξάλειψη του πόνου, της οσμής και της λοίμωξης, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα περιβάλλον που μπορεί να προάγει την επούλωση του έλκους, τη βελτίωση της αυτο-εικόνας καθώς και την πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει, επίσης, να χρησιμοποιούν ή/και να αναπτύσσουν προϊόντα που ελέγχουν τις επιπλοκές και παρέχουν συμπτωματική ανακούφιση για την προαγωγή της επιθυμητής ποιότητας ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του (Alvarez et al 2002, Hughes et al 2005).

Από τις ημέρες της Florence Nightingale, η ανάπτυξη του έλκους πίεσης έχει συνδεθεί με την ελλιπή νοσηλευτική φροντίδα. Στο βιβλίο της «Σημειώσεις για τη Νοσηλευτική», σημείωσε το εξής: «*Αν (ο ασθενής) έχει κατάκλιση, είναι γενικά υπαιτιότητα του νοσηλευτή και όχι της ασθένειας*». Η τρέχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι

η ανάπτυξη ενός έλκους πίεσης δεν είναι μόνο ευθύνη της νοσηλευτικής. Μάλλον, πρόκειται για απουσία ή έλλειψη συντονισμού κυρίως μεταξύ των νοσηλευτών, των ιατρών, των φυσιοθεραπευτών και των διαιτολόγων. Ωστόσο, ο ρόλος της νοσηλευτικής στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών πίεσης είναι ζωτικής σημασίας (Nightingale 1946).

Η αποτελεσματική πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελεί στόχο νοσηλευτικής πρακτικής σε όλο τον κόσμο. Η πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελείται από δύο αλληλένδετα στάδια, πρώτον την αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης και δεύτερον την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων και μέτρων με βάση το εκτιμώμενο επίπεδο κινδύνου. Ως εκ τούτου, είναι υψίστης σημασίας να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ελκών πίεσης, προκειμένου να ληφθούν ακριβείς και σαφείς αποφάσεις για το πλάνο φροντίδα (Collier & Moore 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις, οι πρακτικές και οι στάσεις των νοσηλευτών ενός ογκολογικού νοσοκομείου σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονται στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, το οποίο εξετάζει και αντιμετωπίζει ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς. Πρόκειται για δείγμα ευκολίας.

Συλλογή των δεδομένων και δείγμα της μελέτης

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν οι συμμετέχοντες να είναι νοσηλευτές και βοηθοί αυτών, να εργάζονται στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών και να έχουν επαρκή γνώση της Ελληνικής γλώσσας. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν όσοι ήταν επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό, όσοι είχαν ελλιπή γνώση της Ελληνικής γλώσσας, καθώς και οι νο-

σπλευτές που εργάζονταν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στην Αιμοδοσία και στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Παθολογικού Τομέα.

Συνολικά, διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια στο σύνολο 220 νοσηλευτών του ογκολογικού νοσοκομείου που απασχολούνται σε Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα, στο Χειρουργείο και την Αποστείρωση, στα Εξωτερικά Ιατρεία, στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα και στο γραφείο νοσηλευτικής διεύθυνσης.

Για διευκόλυνση στην επεξεργασία των δεδομένων, δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες τμημάτων, το χειρουργικό τμήμα που περιείχε τη χειρουργική κλινική, το παθολογικό τμήμα που περιείχε την παθολογική κλινική και τη μονάδα μεταμόσχευσης μυελού των οστών και η κατηγορία «λοιπά» τμήματα, που περιελάμβανε τα χειρουργεία, τα εξωτερικά ιατρεία, την αποστείρωση και το γραφείο νοσηλευτικής διεύθυνσης. Στη συνέχεια δόθηκαν διευκρινίσεις και εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας από την ερευνήτρια, η οποία παρέμενε στο τμήμα μέχρι τη συμπλήρωσή τους. Η συλλογή των δεδομένων είχε διάρκεια 6 μηνών και πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο έως τον Δεκέμβριο του 2016.

Εργαλείο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από δύο μέρη και χρησιμοποιήθηκε μετά από γραπτή άδεια της ερευνητικής ομάδας (Γούδα και συν 2014). Καθώς το ερωτηματολόγιο αρχικά απευθύνονταν σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, αναπροσαρμόστηκε ώστε να ανταποκρίνεται σε νοσηλευτές ογκολογικού νοσοκομείου. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την πρόληψη και τη φροντίδα των κατακλίσεων. Το ερωτηματολόγιο έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία του με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach ($\alpha=0,75$), γεγονός που σημαίνει ότι έχει πολύ καλή συνάφεια (van Saane et al 2003).

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ζητήθηκε και δόθηκε γραπτή άδεια από το Α.Τ.Ε.Ι. της Αθήνας και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως το ονοματεπώνυμό τους ή ο αριθμός μητρώου τους στο νοσοκομείο ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο, παρέμειναν απόρρητα. Δεν διαταράχθηκε η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και των τμημάτων που πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Επίσης, η συλλογή των δεδομένων έγινε εκτός ωραρίου εργασίας, ενώ το νοσοκομείο δεν επιβαρύνθηκε με κανένα κόστος. Η διεξαγωγή της παρούσας μελέ-

της έγινε σύμφωνα με τη διακήρυξη του Helsinki.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL).

Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή, καθώς και οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean, standard deviation).

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση), όπως η συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του συνόλου των σωστών απαντήσεων. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Mann Whitney test. Σε περίπτωση σύγκρισης περισσότερων των δύο μεταβλητών, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (P) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ($P \leq 0.05$) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

| | N (%) |
|----------------------------|------------|
| Φύλο | |
| Άνδρες | 10 (8,7) |
| Γυναίκες | 105 (91,3) |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | |
| Μεταπτυχιακό | 15 (13%) |
| Τριτοβάθμια | 63 (54,7%) |
| Διετούς εκπαίδευσης | 37 (32,2%) |
| Τμήμα Εργασίας | |
| Χειρουργικό τμήμα | 64 (55,7%) |
| Παθολογικό τμήμα | 34 (29,6%) |
| Λοιπά τμήματα | 17 (14,8%) |
| | Μέσος±ΤΑ |
| Ηλικία, έτη | 41,6±6,8 |
| Έτη υπηρεσίας | 17,1±7,5 |

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 150 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν τα 115 (ποσοστό ανταπόκρισης 76,7%). Από τα 115 άτομα, οι 10 (8,7%) ήταν άνδρες ηλικίας 44,7(±7,1) και 105 (91,3%) γυναίκες ηλικίας 41,3(±6,8) έτη. Η ηλικία μεταξύ των δύο φύλων δε διέφερε σημαντικά ($p=0,140$). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι 63 (54,7%) συμμετέχοντες ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με μέση προϋπηρεσία τα 17 (±7,5)έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ($n=64$) εργάζονταν σε χειρουργικό τμήμα. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των κατακλίσεων οργανώνονται στο 13,9% των τμημάτων του νοσοκομείου, ενώ 114 από 115 ερωτηθέντες φάνηκε ότι γνώριζαν πως ορίζεται η κατάκλιση. Πολύ υψηλά ποσοστά ορθών απαντήσεων (>90%) δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούν τη σταδιοποίηση των ελκών πίε-

σης, ενώ υψηλά ήταν και τα ποσοστά των ορθών απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την πρόληψη των ελκών πίεσης. Οι ερωτήσεις και τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων που αφορούν τον ορισμό, τη σταδιοποίηση και την πρόληψη των ελκών πίεσης παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Μικρότερα ποσοστά ορθών απαντήσεων δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν την αντιμετώπιση των ελκών πίεσης (πίνακας 3). Σε σύνολο 27 ερωτήσεων, οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους ήταν 20,9(±2,8) με ελάχιστο 8 και μέγιστο 27 σωστές απαντήσεις.

Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη σταδιοποίηση των κατακλίσεων. Επίσης, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν σωστά σε σημαντικά περισσότερες ερωτήσεις σε σχέση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p<0,05$). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, επίσης, απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη σταδιοποίηση της

Πίνακας 2. Ορισμός, σταδιοποίηση και πρόληψη ελκών πίεσης

| Ερώτηση | N [%] |
|---|-------------|
| Κατάκλιση είναι η περιοχί εντοπισμένης βλάβης του δέρματος και των υποκείμενων ιστών που συνήθως εμφανίζεται σε περιοχές πάνω από οστικές προεξοχές και οφείλεται σε εφαρμογή εξωτερικής πίεσης, δύναμης διάτμησης, τριβής ή συνδυασμό των παραπάνω δυνάμεων. | 114 (99,1%) |
| Η ερυθρότητα στην επιφάνεια του δέρματος που όταν πιέζουμε και στη συνέχεια απομακρύνουμε την πίεση δεν ασπρίζει για λίγο είναι 1ου βαθμού κατάκλιση | 114 (99,1%) |
| Η μόνιμη ερυθρότητα σε σημεία συνεχούς ασκούμενης πίεσης θεωρείται 1ου βαθμού κατάκλιση | 103 (89,6%) |
| Το μερικού πάχους δερματικό έλλειμμα δηλαδή βλάβη που αφορά την επιδερμίδα και μέρος του χορίου (σχηματισμός φυσαλίδας) είναι 2ου βαθμού κατάκλιση | 106 (92,2%) |
| Κατάκλιση με ολικού πάχους δερματικό έλλειμμα με νέκρωση του υποδορίου λίπους χωρίς βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών είναι 3ου σταδίου | 102 (88,7%) |
| Το ολικού πάχους δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών 4ου βαθμού κατάκλιση | 110 (95,7%) |
| Για την πρόληψη των κατακλίσεων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται δακτυλιοειδείς συσκευές και γάντια με νερό | 80 (69,6%) |
| Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην κνήμη ώστε να μην ακουμπάει πουθενά η πτέρνα βοηθάει να μειωθεί η πίεση στις πτέρνες | 104 (90,4%) |
| Η καλύτερη πλάγια θέση για την πρόληψη κατακλίσεων στις οστικές προεξοχές είναι πλάγια στις 30ο | 49 (42,6%) |
| Η κατάκλιση μπορεί να αναπτύξει κάθε ασθενής αν παρουσιάζει τους επιβαρυντικούς παράγοντες και για αυτό χρειάζεται εκτίμηση κάθε ασθενούς κατά τις πρώτες 6 ώρες από την εισαγωγή του | 104 (90,4%) |
| Όλα τα άτομα που εκτιμάται ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάκλιση, θα πρέπει σαν ελάχιστο μέτρο πρόληψης να τοποθετούνται σε εξειδικευμένο αφρώδες στρώμα | 93 (80,9%) |
| Η τοποθέτηση ενός ασθενή που κινδυνεύει να αναπτύξει κατάκλιση σε μια κατάλληλη υποστηρικτική επιφάνεια δεν συνεπάγεται την κατάργηση του σχεδίου για τις αλλαγές θέσης | 99 (86,1%) |
| Τα σεντόνια θα πρέπει να είναι σχολαστικά τεντωμένα πάνω σε μια υποστηρικτική επιφάνεια εναλλασσόμενης πίεσης αέρα | 78 (67,8%) |
| Η χαμηλή αρτηριακή πίεση είναι παράγοντας κινδύνου δημιουργίας κατάκλισης | 70 (60,9%) |
| Για την πρόληψη δημιουργίας κατακλίσεων στους ασθενείς του τμήματος είναι αναγκαία η αλλαγή θέσης του ασθενή κάθε δύο ώρες | 112 (97,4%) |

Πίνακας 3. Αντιμετώπιση ελκών πίεσης

| Ερώτηση | N (%) |
|--|-------------|
| Στις κατακλίσεις με την κατάλληλη φροντίδα μπορεί να μην υπάρχουν παθογόνοι μικροοργανισμοί | 57 (49,6%) |
| Η κατάκλιση είναι αποικισμένη με παθογόνους μικροοργανισμούς ανεξάρτητα από οποιοδήποτε άλλο παράγοντα | 51 (44,3%) |
| Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης | 86 (74,8%) |
| Η επούλωση επιτυγχάνεται με αφαίρεση της εσχάρας μίας κατάκλισης | 99 (86,1%) |
| Για την κάλυψη κατάκλισης με συμπαγή μαύρη νέκρωση χωρίς εκκρίσεις θα χρησιμοποιούσατε υδρογέλη και υδροκολοειδές επίθεμα | 74 (64,3%) |
| Για την κάλυψη μίας κατάκλισης με συμπαγή μαύρη νέκρωση με πολλές εκκρίσεις θα χρησιμοποιούσατε υδρογέλη και αφρώδη επιθέματα | 51 (44,3%) |
| Για την ταχύτερη επούλωση μιας κατάκλισης θα πρέπει το έλκος να αφήνεται ανοικτό | 33 (28,7%) |
| Χρήση αντισηπτικού διαλύματος ενδείκνυται σε κάθε μορφή κατάκλισης | 18 (15,7%) |
| Το αντισηπτικό διάλυμα που χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό μίας κατάκλισης με λοίμωξη θα πρέπει να αφαιρείται ύστερα από λίγα λεπτά από την τοποθέτηση | 106 (92,2%) |
| Οι υδρογέλες προσδίδουν υγρασία στο έλκος πίεσης | 103 (89,6%) |
| Ο καθαρισμός μίας κατάκλισης πρέπει να γίνεται με ήπιους χειρισμούς και χρήση φυσιολογικού ορού | 78 (67,8%) |
| Σε μια κατάκλιση που έχει κλινική εικόνα τοπικής λοίμωξης αλλαγές πρέπει να γίνονται 1-2 φορές την ημέρα | 73 (63,5%) |
| Άτομα που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων στο τμήμα που εργάζονται | 48 (41,7%) |
| Άτομα που συμπλήρωναν κλίμακα αξιολόγησης μία φορά την ημέρα | 35 (72,9%) |

κατάκλισης ($p < 0,05$), ενώ φάνηκε ότι οι γνώσεις τους για το μικροβιακό φορτίο μιας κατάκλισης ($p < 0,05$), το ρόλο της διατροφής στην επούλωση ($p < 0,05$) ήταν πιο περιορισμένες. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε παθολογικό τμήμα απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις για τη σταδιοποίηση του έλκους πίεσης (100%), για τις ενδεδειγμένες θέσεις για πρόληψη κατακλίσεων ($p < 0,05$) και για το ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας στην πρόληψη της εμφάνισης έλκους πίεσης ($p < 0,05$).

Από την άλλη, οι ερωτηθέντες που εργάζονταν σε χειρουργικό τμήμα απάντησαν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό σωστά για το ρόλο της διατροφής ($p < 0,05$), της θέσης του ασθενή ($p < 0,05$) και για τη χρήση βοηθημάτων για την πρόληψη κατακλίσεων ($p < 0,05$). Τέλος, οι ερωτηθέντες που εργάζονταν σε «άλλο» τμήμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας ($p < 0,05$) και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη προϋπηρεσία ($p < 0,05$), απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό για το ρόλο της διατροφής ($p < 0,05$), για τη χρήση υλικού κατά τη φροντίδα των κατακλίσεων ($p < 0,05$) και τη χρήση κλίμακας αξιολόγησης των ελκών

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.

| | Γ Βάθμια | Μετ/κό | ΔΕ | P |
|--|---------------|---------------|---------------|-------|
| Για κάθε κατάκλιση ισχύει ότι με την κατάλληλη φροντίδα μπορεί να μην υπάρχουν παθογόνοι μικροοργανισμοί, n (%) | 27 (42,8%) | 3 (20%) | 12 (32,4%) | 0,041 |
| Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις δεν αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης, n (%) | 53 (84,1%) | 14 (93,3%) | 19 (51,4%) | 0,001 |
| Ποιο είναι το στάδιο του έλκους πίεσης με ολικό πάχος δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών, n (%) | 63 (100%) | 15 (100%) | 32 (86,5%) | 0,011 |
| Είναι παράγοντας κινδύνου δημιουργίας κατάκλισης η ελαττωμένη αρτηριακή πίεση, n (%) | 39 (61,9%) | 14 (93,3%) | 17 (45,9%) | 0,015 |
| Αριθμός σωστών απαντήσεων | 22,4±3,3 | 20±2 | 21,6±2,3 | 0,040 |
| Ποσοστό σωστών απαντήσεων | 89,6±11,1 | 74,1±7,4 | 79,9±8,4 | 0,040 |

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάλογα με το τμήμα/κλινική εργασία των ερωτηθέντων.

| | Παθολογικό | Χειρουργικό | Άλλο | p |
|---|---------------|---------------|---------------|-------|
| Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις δεν αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης, n (%) | 26 (76,5%) | 53 (82,8%) | 7 (41,2%) | 0,002 |
| Όταν εμφανίζεται κατάκλιση με συμπαγή μαύρη νέκρωση χωρίς εκκρίσεις, για την κάλυψη θα χρησιμοποιήσετε υδρογέλ και υδροκολλοειδές επίθεμα, n (%) | 24 (70,6%) | 42 (65,6%) | 8 (47,1%) | 0,027 |
| Ποιο είναι το στάδιο του έλκους πίεσης με ολικό πάχος δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών, n (%) | 34 (100%) | 62 (96,9%) | 14 (82,4%) | 0,010 |
| Η καλύτερη θέση για πρόληψη κατακλίσεων στις οστικές προεξοχές είναι η πλάγια θέση στις 30ο, n (%) | 18 (52,9%) | 24 (37,5%) | 7 (41,2%) | 0,039 |
| Όλα τα άτομα που εκτιμάται ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάκλιση, θα πρέπει σαν ελάχιστο μέτρο πρόληψης να τοποθετούνται σε εξειδικευμένο αφρώδες στρώμα, n (%) | 29 (85,3%) | 47 (73,4%) | 17 (100%) | 0,034 |
| Τα σεντόνια θα πρέπει να είναι σχολαστικά τεντωμένα πάνω σε μία υποστηρικτική επιφάνεια εναλλασσόμενης πίεσης, n (%) | 15 (44,1%) | 19 (29,7%) | 2 (11,8%) | 0,032 |
| Στο τμήμα που εργάζεστε χρησιμοποιείτε κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων, n (%) | 20 (58,8%) | 28(43,8%) | 0 | 0,001 |
| Αριθμός σωστών απαντήσεων | 20,2±2,4 | 20,4±2,8 | 22,4±1,4 | 0,001 |
| Ποσοστό σωστών απαντήσεων (%) | 75,1±9,7 | 76,9±10,6 | 85,9±5,4 | 0,001 |

πίεσης. Ενώ, απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι η χρήση εξειδικευμένου αφρώδους στρώματος ($p<0,05$) είναι επιβεβλημένη για τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης κατάκλισης. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων, βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση κατακλίσεων στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο είχαν περισσότερες γνώσεις αναφορικά με τις νέες τεχνικές φροντίδας (ανοικτό τραύμα) έναντι των υπολοίπων που δεν είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια (43,7%, $n=7$ έναντι 75,8%, $n=75$, $p=0,008$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τις Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής και Αμερικανικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Ελκών Πίεσης, οι πρακτικές πρόληψης των ελκών πίεσης περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης, τη φροντίδα δέρματος, τη διατροφή, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και τη χρήση βοηθημάτων (Panel EPUAP and NPUAP 2009).

Η εκτίμηση του κινδύνου αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της πρόληψης του έλκους πίεσης σε συνδυασμό με την κλινική κρίση των νοσηλευτών (Moore 2008). Οι κλίμακες αξιολόγησης του κινδύνου δεν αντικαθιστούν την κλινική κρίση, αντίθετα είναι σημαντικό η εκτίμηση του ασθενούς να περιλαμβάνει συνδυασμό των νοσηλευτικών γνώσεων, της κλινικής κρίσης και της αξιολόγησης του κινδύνου με στόχο την πρόληψη εμφάνισης κατακλίσεων (Joseph & Clifton 2013). Παρόλες τις διεθνείς

οδηγίες, στην παρούσα μελέτη περίπου οι μισοί συμμετέχοντες χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους πρακτική κάποια κλίμακα αξιολόγησης των κατακλίσεων (41,7%).

Η εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης κατάκλισης θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά την εισαγωγή του ασθενή (Association for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Ταυτόχρονα, η εκτίμηση του δέρματος του ατόμου θα πρέπει να γίνεται κάθε 24 ώρες, με ιδιαίτερη προσοχή στις οστεώδεις προεξοχές (δεν πρέπει να γίνονται μαλάξεις), ιδιαίτερα στο δέρμα του κόκκυγα/ιερού και τις πτέρνες. Σε περιπτώσεις που εντοπιστεί έλκος πίεσης, πρέπει να σταδιοποιηθεί και να καταγραφούν τα στοιχεία στο φάκελο του ασθενή (Bevette et al 2007). Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές, σύμφωνα με τις οδηγίες του AHRQ, χρησιμοποιούν μία κλίμακα αξιολόγησης εμφάνισης έλκους πίεσης μια φορά την ημέρα, δηλαδή κάθε 24 ώρες.

Η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή ποιοτικής και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη, σε σύνολο 27 ερωτήσεων, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων που δόθηκαν ήταν 21, γεγονός που καταδεικνύει το έλλειμμα γνώσεων αναφορικά με τις κατακλίσεις. Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν σωστά σε σημαντικά περισσότερες ερωτήσεις και ακολούθησαν βοηθοί νοσηλευτών. Ενώ το μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης δεν παρείχε τις απαραίτητες γνώσεις για τις κατακλίσεις, ίσως γιατί δεν ήταν σε αντικείμενο σχετικό με τη φροντίδα κατακλίσεων/τραυμάτων.

Μια μελέτη κοόρτης στη Νέα Ζηλανδία, σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, αξιολόγησε τη γνώση των νοσηλευτών

πριν από μια εκπαιδευτική παρέμβαση, δύο εβδομάδες μετά την εκπαίδευση και είκοσι εβδομάδες αργότερα (Tweed & Tweed 2008). Σύμφωνα με τους ερευνητές, η μέση βαθμολογία στο τεστ αξιολόγησης ήταν 84% στην έναρξη, 89% μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και 85% μετά από 20 εβδομάδες παρακολούθησης, καταδεικνύοντας ότι η παρακολούθηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης/παρέμβασης είναι δυνατό να βελτιώσει το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, αλλά είναι απαραίτητη η συχνή επανάληψη.

Η μελέτη των Beeckman et al (2010) ανέφερε ότι οι επαρκείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη των ελκών πίεσης είναι σημαντικές για να μπορέσει να γίνει σωστή πρόληψη, να επιλεγούν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και ο τρόπος εφαρμογής αυτών των μέτρων. Αν και η εκπαίδευση αναφορικά με τα έλκη πίεσης βελτιώνει τη γνώση, μελέτες έχουν δείξει ότι οι τακτικές εκπαιδευτικές ενημερώσεις είναι απαραίτητες για τη διατήρηση και επικαιροποίηση των γνώσεων (Kurtzman & Corrigan 2007). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε μια περιγραφική συγκριτική μελέτη σε Κέντρα Εντατικής Φροντίδας στη Βραζιλία, κατά την οποία 7 διπλωματούχοι νοσηλευτές κατάγραψαν τις γνώσεις τους για τις κατακλίσεις (σκόρ 86,4%) και 25 βοηθοί νοσηλευτών που συμμετείχαν σε ειδικά διαμορφωμένη εκπαιδευτική παρέμβαση. Η δεύτερη ομάδα φάνηκε ότι βελτίωσε σημαντικά τις γνώσεις της (74,3% και 81,2%, αντίστοιχα) (Fernandes et al 2008). Αν και έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες που αναδεικνύουν τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην πρόληψη και θεραπεία των ελκών πίεσης, στην παρούσα μελέτη μόνο το 13,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι διεξάγονται παρόμοια προγράμματα στο νοσοκομείο που εργάζονται.

Ο κώδικας δεοντολογίας των νοσηλευτών αναφέρει ότι όλοι οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να διατηρούν ακριβή και ενημερωμένα αρχεία των ασθενών. Στοιχεία από μελέτες, όμως, δείχνουν ότι οι νοσηλευτές δεν καταγράφουν σε αρχείο όλα τα στοιχεία για τη φροντίδα ελκών πίεσης (NMC 2008c). Όπως αναφέρθηκε, λίγοι είναι οι νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη που χρησιμοποιούν κάποια κλίμακα αξιολόγησης των κατακλίσεων στην καθημερινή τους πρακτική και δεν διατηρούν αρχείο καταγραφής των ελκών πίεσης των ασθενών.

Η πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελεί προτεραιότητα για τους νοσηλευτές ακόμα από την εποχή της Florence Nightingale (1859), η οποία υποστήριξε ότι τα περισσότερα έλκη πίεσης θα μπορούσαν να προληφθούν με καλή νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόληψη των ελκών πίεσης, διότι εμπλέκονται άμεσα σε βασικές πτυχές της πρόληψης, όπως η αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης και η παροχή βασικής φροντίδας (Bolton 2007). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη των ελκών πίεσης έχει επί-

σης επισημανθεί σε διάφορες εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσιεύθηκαν (RCN 2001, NICE 2001a, 2001b, EPUAP 2014, EPUAP & NPUAP 2009a). Ως αποτέλεσμα, η πρόληψη των ελκών πίεσης θεωρείται πλέον ως ένα θεμελιώδες τμήμα της νοσηλευτικής φροντίδας και αυτή η διαπίστωση αποτέλεσε και το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Μια πολυκεντρική μελέτη στην Αγγλία, ανέφερε ότι η γνώση των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε οίκους ευγηρίας για την πρόληψη των ελκών πίεσης ήταν ελλιπής, κυρίως αναφορικά με το ρόλο της διατροφής και της σωστής τοποθέτησης του ατόμου στο κρεβάτι ή την καρέκλα (Demarre et al 2012). Η διεθνής διάσταση του ελλείματος γνώσης καταδεικνύεται από μια πληθώρα μελετών. Συγκεκριμένα, έλλειμα γνώσης παρουσιάζεται σε μελέτες σε Ολλανδικό νοσοκομείο (Hulsenboom et al 2007), στην Ισπανία (Miyazakil et al 2010), το Μπαγκλαντές (Islam et al 2010), την Ιορδανία (Qaddumi & Khawaldeh 2014), στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου (Nagwa & Zaghoul 2011). Σε αντίθεση, υψηλότερο ήταν το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών στην Ουγκάντα (Mwebaza et al 2014). Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές και βοηθοί δεν είχαν άριστη γνώση για την πρόληψη των κατακλίσεων, αλλά αρκετά επαρκή (>70%). Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών όσον αφορά τις λοιμώξεις και το μικροβιακό φορτίο των κατακλίσεων ήταν μικρό (49,6%), ενώ υψηλότερο ήταν για τα προϊόντα ή συσκευές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη των κατακλίσεων (69,6%). Πολύ καλό επίπεδο είχαν οι συμμετέχοντες και όσον αφορά την πρόληψη των κατακλίσεων (90,4%), καθώς και τις κατάλληλες υποστηρικτικές επιφάνειες (80,9% και 86,1%), ενώ μέτρια επίπεδα είχαν για την κατάλληλη θέση των ασθενών για την πρόληψη των κατακλίσεων (42,6%).

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μικρό αριθμό ατόμων με μεταπτυχιακό δίπλωμα σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει στατιστικό σφάλμα και η δεύτερη είναι ότι δεν καταγράφηκε ο ακριβής μεταπτυχιακός τίτλος για να διαπιστωθεί η συνάφεια με τη φροντίδα τραυμάτων και έλκη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με κατακλίσεις εντούτοις το νοσοκομείο δεν φάνηκε να εφαρμόζει συστηματικά σχετικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα βοηθήσει την επικαιροποίηση των γνώσεων και την παροχή της βέλτιστης νοσηλευτικής φροντίδας.

Καθώς η βιβλιογραφία, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε

Διεθνές επίπεδο, που διερευνά τις γνώσεις των νοσηλευτών και βοηθών αυτών για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων σε ογκολογικούς ασθενείς είναι περιορισμένη, προτείνεται η διεξαγωγή μίας πολυκεντρικής

μελέτης που να περιλαμβάνει όλα τα ογκολογικά νοσοκομεία της Ελλάδας, καθώς και τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες κατ'οίκον σε ογκολογικούς ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alvarez O., Meehan M., Ennis W., Thomas D., Ferris F., Lou Kennedy K., Rogers R., Bradley M., Baker J., Fernandez A. & Rodeheaver G. (2002). Chronic wounds, palliative management for the frail population. *Wounds* 14: 1S-27S.
- Baharestani M.M. (1994). The lived experience of wives caring for their frail, home bound, elderly husbands with pressure ulcers. *Advanced Wound Care* 7: 40-42, 44-46, 50.
- 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. *International Journal of Nursing Studies* 47: 399-410.
- Bevette G., Hoa C., Cassandra H.M.K. & Schimmelpfenning D. (2007). Best practice protocols. Reducing harm from pressure ulcer. *Nursing Management* 38: 29-31, 69.
- Bolton L. (2007). Which pressure ulcer risk assessment scales are valid for use in the clinical setting? *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 34: 368-81.
- Collier M. & Moore Z. (2009). Etiology and risk factors. In Romanelli (Eds.): *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. Springer, London, pp. 27-36.
- Crowe T. & BrockBank C. (2009). Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers. *Wound Practice and Research* 17: 90-99.
- Demarré L., Vanderwee K., Defloor T., Verhaeghe S., Schoonhoven L. & Beeckman D. (2012). Pressure ulcers, knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of clinical nursing* 21: 1425-34.
- El Enein N.Y. & Zaghoul A.A. (2011). Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a health insurance hospital in Alexandria. *International Journal of Nursing Practice* 17: 262-8.
- Fernandes L.M., Caliri M.H.L. & Haas V.J. (2008). The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem* 21: 305-11.
- Γούδα Α.Μ., Καδά Ο., Μαυράκη Κ., Καπάδοχος Τ., Αργυρίου Γ., Στάμου Α. & Βασιλόπουλος Γ. (2014). Διερεύνηση της γνώσης νοσηλευτών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αναφορικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών πίεσης. *Το Βήμα του Ασκληπείου*, 13(1):102-117.
- Henoch I. & Gustafsson M. (2003). Pressure ulcers in palliative care, development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *International Journal Palliative Nursing* 9: 474-84.
- Hughes R.G., Bakos A.D., O'Mara A. & Kovner C.T. (2005). Palliative wound care at the end of life. *Home Health Care Management Practice* 17: 196-202.
- Hulsenboom M.A., Bours G.J.J.W. & Halfens R.J.G. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention, a cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nursing*, 9, 6, 2.
- Islam S., Sae-Sia W. & Khupantavee N. (2010). Knowledge, attitude, and practice on pressure ulcer prevention among nurses in Bangladesh. *Diseases-Palliative Care, Proceedings of the 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences*, Prince of Songkla University, Thailand. Available at: <http://sv.libarts.psu.ac.th/conference5/proceedings/Proceedings2/article/6pdf/011.pdf>. [accessed 6/01/2017]
- Joseph J. & Clifton D.S. (2013). Nurses' knowledge of pressure ulcer risk assessment. *Nursing Standard* 27: 54-60.
- Kurtzman E.T. & Corrigan J.M. (2007). Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice* 8: 20-36.
- Miyazakil M.Y., Caliri M.H.L. & Santos C.B. (2010). Knowledge on Pressure Ulcer Prevention among Nursing Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18: 1203-11.
- Moore Z.E. & Cowman S. (2008). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16: CD006471.
- Mwebaza I., Katende G., Groves S. & Nankumbi J. (2014). Nurses' Knowledge, Practices, and Barriers in Care of Patients with Pressure Ulcers in a Ugandan Teaching Hospital. *Nursing Research and Practice* 2014: 973602.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009a). Available at: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/Final-2009-Treatment-Technical-Report1.pdf>[accessed 6/01/2017]
- Naylor W.A. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal Palliative Nursing* 11: 572, 574-579.
- Nightingale F. (1946). *Notes on Nursing, What it is and What it is not*. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts. Available at: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html> [accessed 28/12/2016]
- NMC (2008c). *Record keeping, guidance for nurses and midwives*. London, Nursing and Midwifery Council. Available at: <https://www.nmc.org.uk/standards/code/record-keeping/> [accessed 6/01/2017]
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Pressure ulcers, prevention and management of pressure ulcers, NICE clinical guideline*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG179> [accessed 10/10/2016]
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia. Available at: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf> [accessed 10/10/2016]
- Qaddumi J. & Khawaldeh A. (2014). Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses. *BMC Nursing* 13: 6-8.
- Royal College of Nursing. (2001). Available at: http://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/78501/001252.pdf [accessed 6/01/2017]
- Singer P.A. & Bowman K. (2002). Quality end-of-life care, a global perspective. *BMC Palliative Care* 1: 4.
- Van Saane N., Sluiter J.K. Verbeek J.H.A.M. & Frings-Dresen M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational Medicine* 53: 191-200.

Investigation of knowledge, attitudes and perceptions of nursing staff in oncology hospital regarding the prevention and treatment of pressure ulcers

Aikaterini Vangelatou ¹, Georgios Vasilopoulos ², Ioannis Kalemikerakis ³, Georgia Fasoi ⁴,
Evgenia Vlachou ⁴, Martha Kelesi ⁴

1. RN, MSc, Athens Oncology Hospital "Agios Savvas", 2. Assistant Professor, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens, 3. Lecturer, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens
4. Associate Professor, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens

ABSTRACT

Introduction: Approximately 300 million people, 3% of the world population, need palliative care or terminal care each year, including prevention and care of pressure ulcers.

Aim: The aim of this study was to evaluate the knowledge, practices and attitudes of nurses of an oncology hospital in Greece on the prevention and treatment of pressure ulcers.

Methodology: This is a cross-sectional study in an Oncology Hospital of Athens. The study population was nurses and their assistants working in the particular hospital. Data collection was conducted by using a specially designed research tool. In total, 150 questionnaires were distributed and 115 were collected (response rate 76.7%). The study lasted 6 months (from July 2016 to December 2016). The statistical analysis was performed with the statistical program SPSS for Windows (version 21) statistical software.

Results: The study sample consisted of 115 nurses and their assistants, age 41.6 (± 6.8) years old. The average length of employment of the participants was 17.1 (± 7.5) years. Of the total sample, 16 (13.9%) participants reported that the hospital they work organize training seminars/courses for the prevention and treatment of pressure ulcers. Almost all participants (99.1%) answered correctly to the definition of pressure ulcers. Only 42.6% of the respondents answered correctly for the best position to prevent pressure sores, while most answered correctly to the questions concerning the risk factors for the development of pressure ulcers. About half of participants (48) reported that the clinic they work use an assessment scale for pressure ulcers and 35 (72.9%) participants completed it once a day. On the total of 27 questions, the correct answers given by respondents were 20.9 (± 2.8) or 77.7% with a minimum of 8 (29.6%) and maximum 27 (100%) correct answers.

Conclusions: Although oncology patients often experience problems with depression, however, the hospital did not seem to systematically implement relevant education programs to inform nursing staff. The design and implementation of such programs will help provide optimal nursing care.

Keywords: attitudes, behaviors, knowledge, nurses, oncology hospital, pressure ulcers

Correspondence Author:
Vangelatou Aikaterini
Address: Armonias 19-21 Athens 11364
Contact phone: 6934165626
Email: katetaurus.2528@gmail.com

Submission Date: 06/05/17
Publication Date: October 2017