مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي في مستشفى اللاذقية الجامعي

سوسن غزال *

مفيده نعمان**

ريم سلامه***

اسامه ابراهيم****

(تاريخ الإيداع 26/ 4/ 2026 – تاريخ النشر 12/ 7/ 2026)

□ ملخّص □

تُعد القرحات الانضغاطية من المضاعفات الشائعة والخطيرة لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي، لما لها من تأثير سلبي على جودة الحياة وزيادة العبء الصحي. هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية لدى المرضى في مستشفى اللاذقية الجامعي. تم اتباع تصميم وصفي تحليلي شمل عينة مكونة من (60) مريضًا، حيث جُمعت البيانات باستخدام استبيان تم تطويره من قبل الباحث ومقياس برادن، وتم تحليلها باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة بما فيها الانحدار اللوجستي. أظهرت النتائج أن نسبة حدوث القرحات بلغت (46.67%)، وكانت القرحات من المرحلة الثانية الأكثر شيوعًا، كما تبين وجود ارتباط معنوي مع كل من داء السكري، انخفاض مستوى الألبومين، ضعف الحركة، وضعف القدرة على العناية الذاتية. كما أظهرت النتائج أهمية التدخلات التمريضية في تقليل حدوث القرحات. توصي الدراسة بضرورة تعزيز برامج الوقاية، وتحسين الحالة التغذوية، والتقييم المبكر باستخدام مقياس برادن، إضافة إلى دعم دور التمريض والأسرة في رعاية المرضى

الكلمات المفتاحية: القرحات الانضغاطية، أذيات النخاع الشوكي، عوامل الخطورة.

* أستاذ، قسم الامراض الباطنة، كلية الطب . جامعة اللاذقية. Ghazal-Sawsan@ latakia-univ.edu.sy

** أستاذ مساعد، قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض. جامعة اللاذقيةmoufeda.neman@latakia-univ.edu.sy

***أستاذ مساعد، قسم العقاقير، كلية الصيدلة. جامعة اللاذقية

****طالب دراسات عليا (دكتوراه). قسم تمريض البالغين . كلية التمريض . جامعة اللاذقية . اللاذقية . سورية.
ossama.ibrahim@latakia-univ.edu.sy

مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

Factors Associated with the Occurrence of Pressure Ulcers among Patients with Spinal Cord Inju at Latakia University Hospital

Sawsan Ghazal*
Mofida Nouman **
Reem Salama***
Ossama Ibrahim****

(Received 26/4/2026.Accepted 12/7/2026)

□**ABSTRACT** □

Pressure ulcers are among the most common and serious complications affecting patients with spinal cord injuries, due to their negative impact on quality of life and the increased burden on healthcare systems. This study aimed to identify the factors associated with the occurrence of pressure ulcers among patients with spinal cord injury. A descriptive analytical design was used, involving a sample of (60) patients. Data were collected using a structured questionnaire and the Braden Scale, and analyzed using appropriate statistical tests, including logistic regression. The results showed that the prevalence of pressure ulcers was (46.67%), Stage II pressure ulcers were the most prevalent, with a statistically significant correlation identified between ulcer occurrence and diabetes mellitus, hypoalbuminemia, impaired mobility, and self-care deficit. Furthermore, the findings highlight the critical role of nursing interventions in reducing ulcer incidence. The study recommends strengthening preventive protocols, optimizing nutritional status, and implementing early risk assessments via the Braden Scale, alongside reinforcing the supportive roles of both nursing staff and families in patient care.

Pressure Ulcers; Spinal Cord Injury; Risk Factors; Nursing Care; Braden Scale; Prevention

*Postgraduate student (PhD), Dept of Adult Nursing, Faculty of Nursing, University of Latakia. ossama.ibrahim@latakia-univ.edu.sy
**Prof, internal diseases department, Faculty of medicine, University of Latakia. Ghazal-Sawsan@ latakia-univ.edu.sy.
***Assistant Prof, Community health nursing Department, Faculty of Nursing, University of Latakia. moufeda.neman@latakia-univ.edu.sy.
****Assistant Prof, Drug Department, Faculty of Pharmacy, University of Latakia.

1. المقدمة:

تعد القرحات الانضغاطية من المشكلات الصحية الشائعة والخطيرة التي تواجه المرضى طريحي الفراش، وخاصة مرضى أذيات النخاع الشوكي، لما لها من تأثيرات سلبية على جودة الحياة وزيادة معدلات الممراضة والتكاليف الصحية (Lyder, C. H. et al. 2008)، وتنشأ هذه القرحات نتيجة التعرض المستمر للضغط على الأنسجة الرخوة، خاصة فوق البروزات العظمية، مما يؤدي إلى نقص التروية الدموية وحدوث تلف تدريجي في الأنسجة قد يتطور إلى تقرحات عميقة(European Pressure Ulcer Advisory Panel 2019)، حيث أن مرضى أذيات النخاع الشوكي من الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالقرحات الانضغاطية، وذلك بسبب فقدان القدرة على الحركة والإحساس، مما يؤدي إلى بقاء أجزاء معينة من الجسم تحت ضغط مستمر لفترات طويلة دون إدراك أو تغيير في الوضعية (Saunders, L. L.et al 2010)، كما أن معدلات انتشار القرحات الانضغاطية لدى هذه الفئة مرتفعة مقارنة بغيرها من المرضى، مما يجعلها تحديًا مهمًا في مجال الرعاية الصحية (Allman, R. M. et al. 1995)

تشمل العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية على عوامل ديموغرافية مثل العمر، وعوامل صحية مثل وجود الأمراض المزمنة كداء السكري، إضافة إلى العوامل التغذوية مثل انخفاض مستوى الألبومين، والتي تؤثر بشكل مباشر على قدرة الأنسجة على التحمل والالتئام (Guenter, P.et al. 2000)، كما تلعب العوامل الحركية دورًا أساسيًا، حيث يُعد ضعف الحركة أو الشلل من أهم مسببات القرحات نتيجة زيادة مدة الضغط على الأنسجة (Coleman, S. et al. 2013)، وتبرز أهمية الرعاية التمريضية في الوقاية من القرحات الانضغاطية، من خلال التقييم المبكر لعوامل الخطورة باستخدام أدوات معتمدة مثل مقياس برادن، وتطبيق التدخلات الوقائية كتحريك المريض بشكل دوري، والعناية بالجلد، وتحسين الحالة التغذوية (Braden, B. et al. 1987)، على الرغم من توفر هذه الإجراءات، لا تزال القرحات الانضغاطية تمثل عبئًا صحيًا ملحوظًا، مما يستدعي المزيد من الدراسات لتحديد العوامل المؤثرة في حدوثها والعمل على الحد منها.

أظهرت دراسة في امريكيا قام بها (Taghipoor, K. D. et al. 2009) هدفت لتقيم العوامل المرتبطة بقرح الضغط لدى المرضى الذين يعانون من إصابة كاملة أو إصابة حسية فقط في الحبل الشوكي، أظهرت الدراسة أن معدل انتشار قرحة الضغط بلغ 39.2% بين إجمالي مرضى إصابات الحبل الشوكي، موزعين بنسبة 71.8% للإصابات الرضية مقابل 28.2% لغير الرضية. كشف التحليل الإحصائي أحادي المتغير عن ارتباط القرحات الانضغاطية بالمهنة والمستوى التعليمي في الإصابات الرضية، وبالعمر في الإصابات غير الرضية، بينت تحليلات الانحدار اللوجستي أن عوامل الخطر المستقلة التي تزيد من احتمالية الإصابة بقرحة الضغط تشمل: السبب الرضّي، والتقدم في السن، وقصر مدة الإصابة (أقل من عام)، والجنس الذكري، والحالة الاجتماعية (العازب). في المقابل، تبين أن المستوى التعليمي العالي يمثل عاملاً وقائياً يقلل من خطر الإصابة.

وبينت دراسة أخرى في إيران قام بها (Eslami, V. et al. 2012) هدفت لتقييم العوامل المرتبطة بتطور قرح الضغط بعد إصابة الحبل الشوكي، بينت الدراسة أن القرحات الانضغاطية كانت 34.6% من المرضى، كانت المتغيرات المرتبطة بالقرحات الانضغاطية لدى المرضى الذين تقل أعمارهم عن 10 سنوات هي الجنس الأنثوي والمدة الزمنية منذ الإصابة بإصابة الحبل الشوكي. أما لدى المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 11 عامًا، فقد ارتبطت قرحات الضغط ارتباطًا وثيقًا بالجنس الذكري، والمدة الزمنية منذ التعرض لإصابة الحبل الشوكي، وانخفاض مستوى التعليم، وعدم وجود شريك حياة، والشلل الرباعي، والتقدم في السن .

وأظهرت دراسة أخرى في إيران قام بها (Wilczweski, P. et al. 2012) بهدف تقيم عوامل الخطر المرتبطة بتطور قرحة الضغط لدى مرضى إصابات الحبل الشوكي الرضية الحرجة، حيث أظهرت الدراسة أن انخفاض ضغط الدم أقوى مؤشرٍ على الإصابة بقرح الفراش.

1-1 هدف البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى تقيم العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي في مستشفى اللاذقية الجامعي.

1-2 مشكلة البحث:

على الرغم من توفر العديد من الدراسات التي تناولت القرحات الانضغاطية، إلا أن هناك نقصًا في الدراسات المحلية التي تركز على تحديد العوامل المرتبطة بحدوثها لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي بشكل شامل، خاصة من حيث دمج العوامل الديموغرافية والصحية والتمريضية في نموذج تحليلي واحد. لذلك، تبرز الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة لتحديد أهم العوامل المؤثرة، بما يسهم في تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية وتحسين جودة الرعاية الصحية،

2. مواد وطرائق البحث (Materials and Methods)

2-1 تصميم البحث (Study Design)

تم إجراء هذه الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Design)، بهدف تحديد العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي.

2-2 مكان وزمان البحث (Setting and Duration)

أُجريت الدراسة في مستشفى اللاذقية الجامعي، خلال الفترة الممتدة من 6-5-2025 إلى 1-2-2026.

2-3 مجتمع وعينة البحث (Study Population and Sample)

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى أذيات النخاع الشوكي المقبولين في المستشفى خلال فترة الدراسة، وتم اختيار عينة ملائمة (Convenience Sample) مكونة من (60) مريضًا.

2-4 معايير الاشتمال (Inclusion Criteria):

- المرضى المصابون بأذيات النخاع الشوكي
- المرضى بعمر 18 سنة فما فوق
- المرضى القادرون على المشاركة أو الذين لديهم مرافق

2-5 معايير الاستبعاد (Exclusion Criteria):

- المرضى الذين يعانون من أمراض جلدية أخرى غير القرحات الانضغاطية
- المرضى في حالات حرجة جدًا

2-6 أدوات جمع البيانات (Data Collection Tools)

تم جمع البيانات باستخدام أداتين رئيسيتين هما:

الأداء الأولى:

هو عبارة على استبيان يتضمن ثلاثة أقسام رئيسة هي:

- الخصائص الديموغرافية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، الإقامة، العمل)
- البيانات الصحية (السكري، ارتفاع الضغط، مدة الإصابة، مؤشر كتلة الجسم)
- العوامل المرتبطة (الحركة، التغذية، العناية الذاتية، دعم الأسرة، مستوى الألبومين والهيموجلوبين، شرب الماء)

الأداء الثانية:

مقياس برادن (Braden Scale)

تم استخدام مقياس برادن لتقييم خطر الإصابة بالقرحات الانضغاطية، حيث يتكون من ستة أبعاد:

–الإدراك الحسي	–الحركة
–الرطوبة	–التغذية
–النشاط	–الاحتكاك/القص

يتراوح مجموع مقياس برادون بين 6 و23 اعتماداً على الإدراك الحسي، الرطوبة، النشاط، الحركة، التغذية، والاحتكاك/الحز. المجموع الأقل يدل على خطورة أعلى.

- لا خطورة: المجموع بين 19–23
- خطورة خفيفة: المجموع بين 15–18
- خطورة متوسطة: المجموع بين 13–14
- خطورة عالية: المجموع بين 10–12
- خطورة شديدة: المجموع 9 أو أقل

2-7 طريقة جمع البيانات (Data Collection Procedure)

1. تم الحصول على الموافقات المطلوبة من كلية التمريض وإدارة مشفى اللاذقية الجامعي لجمع بيانات الدراسة.

2. تم تطوير أدوات الدراسة بعد مراجعة شاملة للمراجع ذات الصلة، وتم عرضها على لجنة من ثلاثة خبراء في كلية التمريض لبيان وضوحها ومصداقيتها وإضافة التعديلات اللازمة.

3. تم اجراء دراسة دليليه استرشاديه على مريضين تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وتم استبعادهم من العينة لاحقاً، لتقييم وضوح أدوات الدراسة وإمكانية تطبيقها، وإجراء التعديلات اللازمة.

4. تم عرض أدوات الدراسة على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال التمريض للتحقق من صدق المحتوى، كما تم التأكد من ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وقد بلغت قيمته 0.92 وهي قيمة تجعل المقياس مناسب لتحقيق هدف الدراسة

5. تم جمع البيانات من خلال مقابلة المرضى أو ذويهم، وملء الاستبيان، بالإضافة إلى تقييم المرضى باستخدام مقياس برادن، وذلك بعد الحصول على الموافقة الرسمية من إدارة المستشفى.

6. تم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

خطة التحليل الإحصائي:

- جدول 1: البيانات الدّيموغرافية لأفراد عينة الدّراسة.
- جدول 2: البيانات الصحية لأفراد عينة الدّراسة.
- جدول 3: بيانات القرحة لأفراد عينة الدراسة.

3. النتائج Results:

أولاً: البيانات الديموغرافية والصحية لأفراد العينة

جدول 1: توزيع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الدّيموغرافية

المتغير	فئات المتغير	العينة = 60	
		N	%
الجنس	ذكر	40	66.67
	أنثى	20	33.33
العمر بالسنوات	35–أقل من 45	16	26.67
	45–أقل من 55	24	40.00
	55–أقل من 65	20	33.33
المستوى التعليمي	أمي أو ابتدائي	20	33.3
	اعدادي	12	20.0
	ثانوي	26	43.3
	معهد أو جامعي أو أعلى	2	3.3
الحالة الاجتماعية	عازب	12	20.0
	متزوج	30	50.0
	مطلق	14	23.3
	أرمل	4	6.7
العمل	موظف	14	23.3
	غير موظف	28	46.7
	ربة منزل	18	30.0
الوضع الاقتصادي	منخفض	18	30.0
	متوسط	34	56.7
	جيد	8	13.3
الإقامة	ريف	18	30.0
	مدينة	42	70.0

يبين جدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفق الخصائص الديموغرافية. أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة كانوا من الذكور بنسبة (66.67%) مقابل (33.33%) من الاناث. أما فيما يتعلق بالعمر، فقد كانت النسبة الأعلى (40%) من الفئة العمرية بين (45–أقل من 55 سنة)، وفيما يخص المستوى التعليمي، فقد كانت النسبة الأعلى من الحاصلين على التعليم الثانوي بنسبة (43.3%). بالنسبة للحالة الاجتماعية، فقد تبين أن نصف أفراد العينة تقريباً متزوجين بنسبة (50.0%)، وبالنسبة للحالة المهنية، فقد شكل غير الموظفين النسبة الأكبر (46.7%)، كما أظهرت النتائج أن أكثر من نصف أفراد العينة من مستوى اقتصادي متوسط بنسبة (56.7%)، وفيما يتعلق بمكان الإقامة، فقد تبين أن غالبية أفراد العينة يقيمون في المدينة بنسبة (70.0%).

جدول 2: توزع أفراد العينة وفق البيانات الصحية

المتغير	فئات المتغير	N	%
سبب الاصابة	سقوط	4	6.6
	اصابة عمل	12	20.0
	مرضية (التهاب/ورم)	18	30.0
	جلطة دماغية	26	43.3
الأمراض المزمنة & العدد=58	ارتفاع توتر شرياني	56	96.55
	الداء السكري	52	89.66
	مرض قلبي تنفسي	20	34.49
مدة الإصابة	أقل من سنة	42	70.0
	1-3سنوات	18	30.0
مؤشر كتلة الجسم	أقل من 18.5	38	63.33
	طبيعي	18	30.00
	زائد/بدين	4	6.67

&: "النسب محسوبة من عدد المرضى المصابين بأمراض مزمنة (n=58)، مع وجود تعدد إجابات لنفس المريض

يوضح جدول (2) الخصائص الصحية لأفراد العينة. أظهرت النتائج أن السبب الأكثر شيوعاً للحالة الصحية المؤدية إلى الإعاقة أو الجلطة كان الجلطة الدماغية بنسبة (43.3%)، والغالبية العظمى من أفراد العينة يعانون من أمراض مزمنة بنسبة (96.7%)، ومن بين المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، كان ارتفاع ضغط الدم الأكثر شيوعًا بنسبة (96.55%). أما بالنسبة لمدة الإصابة، فقد تبين أن معظم أفراد العينة يعانون من الإصابة منذ أقل من سنة بنسبة (70.0%)، والنسبة الأعلى من أفراد العينة يعانون من نقص الوزن حيث بلغت نسبتهم (63.33%).

جدول 3: توزع أفراد العينة وفق البيانات الخاصة بالقرحات

المتغير	فئات المتغير	العينة = 60	
		N	%
مرحلة القرحة	لا يوجد	32	53.33
	I	2	7.1
	II	20	71.4
	III	4	14.3
	IV	2	7.1
موقعها (العدد=28)	العجز والوركين	28	100.00
بدء ظهورها (العدد=28)	أقل من شهر	10	35.71
	1-3شهور	18	64.29
افرازات (العدد=28)	لا	14	50.0
	نعم	14	50.0
الرائحة (العدد=28)	لا	16	57.14
	نعم	12	42.86

الألم	لا	4	14.29
	نعم	24	85.71
العناية الحالية بالمريض	تغيير الوضعية كل ساعتين	56	93.33
	استخدام فرشة هوائية	56	93.33
	وسائد تخفيف الضغط	54	90.00
	تنظيف الجرح	26	43.33
	مضادات حيوية	28	46.67
	متابعة في مركز تخصصي	12	20.00

يبين جدول (3) توزيع أفراد العينة وفق البيانات المتعلقة بالقرحة الانضغاطية. أظهرت النتائج أن نسبة المرضى الذين يعانون من قرحة ضغط بلغت (46.67%) من أفراد العينة، وفيما يتعلق بمراحل القرحة، فقد كانت المرحلة الثانية الأكثر شيوعًا بنسبة (71.43%)، كما تبين أن جميع حالات القرحة ظهرت في منطقة العجز والوركين بنسبة(100%) ، أما بالنسبة لمدة ظهور القرحة، فقد تبين أن غالبية الحالات ظهرت خلال فترة تتراوح بين (1–3 أشهر) بنسبة (64.29%)،

فيما يتعلق بالأعراض المصاحبة، فقد أظهرت النتائج وجود إفرازات لدى نصف المرضى بنسبة (50%)، وتوجد الرائحة الكريهة لدى أكثر من نصف من لديه قرحات انضغاطية (57.14%). كما أشار معظم المرضى إلى وجود ألم مصاحب للقرحة بنسبة(85.71%)

بالنسبة للعناية بالمرضى أظهرت النتائج أن غالبيتهم يتلقون إجراءات وقائية وعلاجية مثل تغيير الوضعية كل ساعتين (93.33%)، واستخدام الفرشات الهوائية (93.33%)، واستخدام الوسائد لتخفيف الضغط (90%)، وتنظيف الجرح، واستخدام المضادات الحيوية.

جدول 4: توزع أفراد العينة وفق بيانات نمط الحياة والعوامل المرتبطة

المتغير	فئات المتغير	العينة = 60	
		N	%
التدخين	لا	34	56.7
	نعم	26	43.3
الحركة والتنقل	طريح الفراش	25	41.67
	يستخدم كرسي متحرك	24	40.00
	يمشي بمساعدة	11	18.33
القدرة على العناية الذاتية	مساعدة كلية	36	60.00
	مساعدة جزئية	22	36.67
	قدرة جيدة	2	3.33
دعم الأسرة في العناية	محدود	36	60.0
	متوسط	24	40.0
مستوى الألبومين	طبيعي	14	23.3
	أقل من الطبيعي	46	76.7
الهيموجلوبين	طبيعي	46	76.7

	أقل من الطبيعي	14	23.3
شرب الماء يومياً	أكثر من 1 لتر	40	66.7
	حوالي 1 لتر	18	30.0
	أقل من 1.5 لتر	2	3.3
طريقة التغذية	فموية	40	66.7
	أنبوب أنفي معدي	20	33.3
فقدان الإحساس في مناطق الضغط	لا	34	56.7
	نعم	26	43.3
وجود تشنجات واختلاج	لا	38	63.3
	نعم	22	36.7
التهابات بولة متكررة	لا	32	53.3
	نعم	28	46.7
تورم الساقين	لا	20	33.3
	نعم	40	66.7
جفاف الجلد	لا	24	40.0
	نعم	36	60.0
الوصول للخدمات الصحية	صعب	42	70.0
	متوسط	18	30.0
تقليب المريض إذا كان غير متحرك	كل 2–3 ساعات	32	53.3
	كل 4 ساعات	26	43.3
	أكثر من 5 ساعات	2	3.3
هل لديك معرفة بطرق الوقاية	نعم	26	43.3
	إلى حد ما	24	40.0
	لا	10	16.7

يبين جدول (4) توزيع أفراد العينة وفق نمط الحياة والعوامل المرتبطة بحدوث القرحة الانضغاطية. أظهرت النتائج أن أكثر من نصف أفراد العينة غير مدخنين بنسبة (56.7%). أما فيما يتعلق بالحركة والتنقل، فقد تبين أن أكثر من نصف المرضى كانوا طريحي الفراش بنسبة (41.67%)، وفيما يخص القدرة على العناية الذاتية، فقد أظهرت النتائج أن (60.0%) من المرضى لديهم قدرة جيدة على العناية الذاتية.

كما بينت النتائج أن غالبية المرضى يعانون من انخفاض مستوى الألبومين بنسبة (76.7%)، وأن (66.7%) من المرضى يشربون أكثر من لتر واحد من الماء يوميًا، والتغذية الفموية هي الأكثر شيوعًا بنسبة (66.7%). كذلك أظهرت النتائج وجود عدد من العوامل الصحية المرتبطة بالحالة الصحية مثل تورم الساقين بنسبة (66.7%)، وجفاف الجلد بنسبة (60.0%)، إضافة إلى التهابات بولية متكررة بنسبة (46.7%)

جدول (5): توزيع أفراد العينة وفق مستويات الخطورة بحدوث القرحات الانضغاطية

مستوى خطر حدوث القرحة	العدد	%
شديدة: 9 أو أقل	8	13.33
عالية: بين 10–12	18	30.00
متوسطة: بين 13–14	24	40.00
خفيفة: بين 15–18	8	13.33
لا خطورة: بين 19–23	2	3.33

يبين جدول (5) توزيع أفراد العينة وفق مستويات الخطورة لحدوث القرحة الانضغاطية استنادًا إلى مقياس برادن. أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من المرضى كانوا ضمن فئة الخطورة المتوسطة بنسبة (40.0%)، تليها فئة الخطورة العالية بنسبة(30.0%)

كما بلغت نسبة المرضى ضمن فئة الخطورة الشديدة (13.33%)، وهي نفس النسبة المسجلة لفئة الخطورة الخفيفة. في حين كانت نسبة المرضى الذين لا يوجد لديهم خطر لحدوث القرحة منخفضة جدًا وبلغت (3.33%).

وتشير هذه النتائج إلى أن غالبية المرضى في العينة لديهم درجات متفاوتة من خطر الإصابة بالقرحة الانضغاطية، مما يؤكد أهمية المتابعة التمريضية المستمرة وتطبيق إجراءات الوقاية المناسبة.

جدول (6): العلاقة بين حدوث القرحة الانضغاطية والبيانات الدّيموغرافية لأفراد العينة

المتغير	فئات المتغير	N	لا		نعم		p/X^2
			العدد	%	العدد	%	
الجنس	ذكر	40	21	65.63	19	67.86	0.032 0.861
	أنثى	20	11	34.38	9	32.14	
العمر بالسنوات	35–أقل من 45	16	9	28.13	7	25.00	13.21 0.001*
	45–أقل من 55	24	14	43.75	10	35.71	
	55–أقل من 65	20	9	28.13	11	39.29	
المستوى التعليمي	أمي	8	6	18.75	2	7.14	22.50 0.071
	ابتدائي	12	6	18.75	6	21.43	
	اعدادي	12	6	18.75	6	21.43	
	ثانوي	26	14	43.75	12	42.86	
	معهد أو جامعي	2	0	0.00	2	7.14	
الحالة الاجتماعية	عازب	12	8	25.00	4	14.29	18.90 0.013*
	متزوج	30	16	50.00	14	50.00	
	مطلق	14	7	21.88	7	25.00	
	أرمل	4	1	3.13	3	10.71	
العمل	موظف	14	14	43.75	0	0.00	6.384 0.041*
	غير موظف	28	0	0.00	28	100.0	
	ربة منزل	18	18	56.25	0	0.00	

الوضع الاقتصادي	منخفض	18	11	34.38	7	25.00	2.10 0.354
	متوسط	34	21	65.63	13	46.43	
	جيد	8	0	0.00	8	28.57	
الإقامة	ريف	18	11	34.38	7	25.00	0. 35 0.851
	مدينة	42	21	65.62	21	75.00	

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدّلالة.

أظهرت نتائج الجدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حدوث القرحة الانضغاطية وبعض المتغيرات الديموغرافية، في حين لم تظهر فروق مع متغيرات أخرى. لم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس وحدوث القرحة، حيث كانت القيم متقاربة بين الذكور والإناث(p=0.861)، مما يدل على أن الجنس لا يؤثر بشكل مباشر في حدوث القرحة الانضغاطية.

كما توجد علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة جداً (P=0.001) تعزى لمتغير العمر حيث تزداد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر، خاصة في الفئة (55–أقل من 65 سنة)، مما يشير إلى أن العمر عامل خطر مهم بسبب ضعف الجلد وقلة الحركة. كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة جداً تعزى للمستوى التعليمي (P=0.070) ، حيث تشابهت الإصابة لدى المستويات التعليمية. من جهة أخرى، توجد علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (P=0.013)، حيث لوحظت نسب أعلى لدى فئات معينة (مثل العازب)، مما قد يرتبط بضعف الدعم الاجتماعي.

بالنسبة للعمل: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة (P=0.041)، حيث كانت الإصابة أعلى بين غير العاملين، وهو ما قد يرتبط بنمط الحياة وقلة النشاط. بينما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للوضع الاقتصادي والإقامة (P>0.05)، مما يدل على أن هذه العوامل لم يكن لها تأثير مباشر في هذه العينة.

جدول (7): العلاقة بين حدوث القرحة الانضغاطية والبيانات الصحية لأفراد العينة

المتغير	فئات المتغير	N	لا		نعم		p/X^2
			العدد	%	العدد	%	
سبب التعرض للأذية	سقوط	4	0	0.00	4	14.29	1.659 0.436
	اصابة عمل	12	11	34.38	1	3.57	
	مرضية(التهاب/ورم)	18	11	34.38	7	25.00	
	جلطة دماغية	26	10	31.24	16	57.14	
مدة الإصابة	أقل من سنة	42	32	100	10	35.71	0.165 0.001**
	5–1سنوات	18	0	0.00	18	64.29	
ارتفاع توتر شرياني	لا	4	11	34.38	1	3.57	0.046 0.046*
	نعم	56	21	65.63	27	96.43	
الداء السكري	لا	8	6	18.75	2	7.14	0.002 0.002**
	نعم	52	26	81.25	26	92.86	
مرض قلبي تنفسي	لا	44	24	75.00	20	71.43	0.179 0.001**
	نعم	16	8	25.00	8	28.57	
مؤشر كتلة الجسم	أقل من 18.5	38	0	0.00	20	71.43	15.55

	طبيعي	18	32	100.00	6	21.43	0.000**
	زائد/بدين	4	0	0.00	2	7.14	

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدّلالة.

يبين الجدول (7) أن بعض العوامل الصحية ترتبط بشكل معنوي بحدوث القرحة الانضغاطية، لم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سبب الإصابة بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية مهمة جداً تعزى لمتغير مدة المرض حيث تزداد القرحة الانضغاطية لدى من لديه مدة الإصابة بين (1−5) سنة (p=0.001)، كما توجد علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة تعزى لمتغير المرض المزمن (P=0.046)، مثل ارتفاع ضغط الدم حيث ترتفع نسبة الإصابة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط، بسبب تأثيره على التروية الدموية. وتوجد علاقة ذات دلالة مهمة جداً تعزى لمرض السكري (P=0.002)، حيث كانت نسبة الإصابة مرتفعة جدًا لدى مرضى السكري، نتيجة ضعف التئام القرحات.

كذلك ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية مهمة جداً تعزى لمتغير مؤشر كتلة الجسم ووجود المرض القلبي (P=0.000)، (P=0.002)، حيث كانت الإصابة أعلى لدى النحفاء ومن لديه مرض قلبي وهو ما يشير إلى نقص الأنسجة الواقية وزيادة الضغط على العظام.

جدول 8: العلاقة بين حدوث القرحة الانضغاطية والبيانات الخاصة بالقرحة لأفراد العينة

المتغير	فئات المتغير	N	لا		نعم		p/X^2
			العدد	%	العدد	%	
الحركة والتنقل	طريح الفراش	25	18	56.25	9	32.14	1.560 0.458
	يستخدم كرسي متحرك	24	13	40.62	19	67.86	
	يمشي بمساعدة	11	1	3.12	0	0.00	
التدخين	لا	34	12	37.5	22	78.57	0.689 0.472
	نعم	26	20	62.5	6	21.43	
القدرة على العناية الذاتية	مساعدة كلية	2	1	3.125	1	3.57	18.810[a] 0.000**
	مساعدة جزئية	22	10	31.25	12	42.86	
	قدرة جيدة	36	21	65.62	15	53.57	
دعم الأسرة في العناية	محدود	36	21	65.62	15	53.57	0.072 0.039*
	متوسط	24	11	34.37	13	46.43	
مستوى الألبومين	طبيعي	14	7	21.87	7	25.00	0.00 0.000**
	أقل من الطبيعي	46	25	78.12	21	75.00	
الهيموغلوبين	طبيعي	46	32	100	14	50.00	0.320 0.187
	أقل من الطبيعي	14	0	0	14	50.00	
شرب الماء يومياً	أكثر من 1 لتر	40	30	93.75	10	35.71	4.321 0.115
	حوالي 1 لتر	18	2	6.25	16	57.14	
	أقل من 1.5 لتر	2	0	0	2	7.14	
طريقة التغذية	فموية	40	20	62.5	20	71.43	1.000 0.660
	أنبوب أنفي معدي	20	12	37.5	8	28.57	

فقدان الإحساس في مناطق الضغط	لا	34	12	37.5	22	78.57	0.689 0.472
	نعم	26	20	62.5	6	21.43	
وجود تشنجات واختلاج	لا	38	30	93.75	8	28.57	0.179 0.124
	نعم	22	2	6.25	20	71.43	
التهابات بولة متكررة	لا	32	20	62.5	12	42.86	0.675 0.402
	نعم	28	12	37.5	16	57.14	
تورم الساقين	لا	20	10	31.25	10	35.71	1.000 0.686
	نعم	40	22	68.75	18	64.29	
جفاف الجلد	لا	24	12	37.5	12	42.86	1.00 0.544
	نعم	36	20	62.5	16	57.14	
الوصول للخدمات الصحية	صعب	42	22	68.75	20	71.43	1.00 0.589
	متوسط	18	10	31.25	8	28.57	
تقليب المريض إذا كان غير متحرك	كل 2–3 ساعات	32	26	81.25	6	21.43	0.598 0.741
	كل 4 ساعات	26	4	12.5	22	78.57	
	أكثر من 5 ساعات	2	2	6.25	0	0.00	
هل لديك معرفة بطرق الوقاية	نعم	26	15	46.87	11	39.29	12.21 0.002**
	إلى حد ما	24	15	46.87	9	32.14	
	لا	10	2	6.26	8	28.57	

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). **: (p value ≤0.01) مستوى الدلالة الإحصائية

يوضح الجدول (8)، العلاقة بين حدوث القرحة الانضغاطية والعوامل المرتبطة بالقرحة أظهر هذا الجدول مجموعة من العوامل المهمة: عوامل لم تكن ذات دلالة مثل الحركة والتنقل (p=0.458) ، التدخين(p=0.472)، شرب الماء(p=0.115)، طريقة التغذية(p=0.660)، فقدان الإحساس(p=0.472)، التشنجات(p=0.124)، الالتهابات البولية (p=0.402)، تورم الساقين(p=0.686) ، جفاف الجلد(p=0.544)، الوصول للخدمات الصحية (p=0.589)، وتقليب المريض جميعها لم تظهر علاقة ذات دلالة (P>0.05) .

أما العوامل ذات دلالة إحصائية كانت القدرة على العناية الذاتية (p=0.000) كلما قلت قدرة المريض على العناية بنفسه زادت احتمالية الإصابة، ودعم الأسرة(P=0.039) ، حيث يزيد الدعم المحدود من خطر الإصابة، مما يؤكد أهمية الرعاية الأسرية ومستوى الألبومين(P=0.000) حيث انخفاض الألبومين يرتبط بشكل قوي بحدوث القرحة، بسبب سوء التغذية.

جدول (9): العلاقة المنبئة بين العوامل الصحية وحدوث القرحة الانضغاطية وفق معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي

العامل الصحي	OR	95% CI	قيمةP
داء السكري	3.1	1.2 – 7.8	0.006**
مستوى الألبومين	4.5	1.6 – 10.2	0.003**
العناية الذاتية	2.8	1.1 – 6.5	0.008**
مستوى الحركة	3.6	1.3 – 8.9	0.008**
النشاط	3.2	1.2-4.3	<0.001**

**: (p value ≤0.01) مستوى الدلالة الإحصائية

يوضح الجدول 9، أن المرضى المصابون بالسكري أكثر عرضة لتطور القرحة بسبب ضعف التروية الدموية، ويدل انخفاض مستوى الألبومين على سوء التغذية وهو عامل خطر معروف، كما أن انخفاض القدرة على الحركة أو العناية الذاتية يزيد الضغط المستمر على الجلد. بالتالي العوامل الصحية التي يمكن أن تتنبأ بحدوث القرحة الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي هي وجود الداء السكري (p=0.006)، ومستوى الألبومين (p=0.003)، ومستوى الحركة (p=0.008)، بالإضافة الى العناية الذاتية (p=0.008).

المناقشة Discussion:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن القرحات الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي تمثل مشكلة صحية معقدة تتأثر بمجموعة متداخلة من العوامل الديموغرافية والصحية والسلوكية. فقد أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة كانوا من الذكور، وهو ما يتماشى مع دراسة اثبتت بأن الذكور أكثر عرضة لإصابات النخاع الشوكي نتيجة التعرض الأكبر للحوادث (Saunders, L. L. et al. 2010)، كما تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التقدم في العمر وحدوث القرحات، حيث تزداد نسبة الإصابة مع التقدم بالعمر، وهو ما يمكن تفسيره بالتغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالشيخوخة مثل ضعف التروية الدموية ومرونة الجلد (Allman, R. M.et al. 1995).

كما أظهرت النتائج بعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة جداً تعزى للمستوى التعليمي، حيث تشابهت الإصابة لدى المستويات التعليمية، وهو ما يتعارض مع نتائج دراسة أكدت أن نقص المعرفة الصحية يزيد من خطر تطور قرحات الضغط؛ قد يُفسَّر ذلك بأن تطور هذه القرحات يرتبط بشكل أكبر بالعوامل السريرية المباشرة مثل محدودية الحركة والحالة الصحية للمريض، بينما يكون تأثير المستوى التعليمي محدودًا أو غير مباشر، خاصة في ظل تقديم رعاية صحية موحدة لجميع المرضى. (Coleman, S.et al. 2013)، إضافة إلى ذلك، ظهرت علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية وحدوث القرحات، حيث ارتفعت النسبة لدى بعض الفئات التي قد تعاني من ضعف الدعم الاجتماعي، مما يعزز أهمية الدعم الأسري في تقليل المضاعفات الصحية (Lyder, C. H.et al. 2008).

من الناحية الصحية، أظهرت النتائج ارتباطًا قويًا بين داء السكري وحدوث القرحات الانضغاطية، وهو ما يتوافق مع دراسة أوضحت أن السكري يؤثر سلبًا على التروية الدموية ويؤخر التئام الجروح. (Guenter, P. et al. 2000)، كما تبين أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بزيادة خطر الإصابة، وإن بدرجة أقل. ومن أبرز النتائج كذلك العلاقة القوية بين انخفاض مستوى الألبومين وحدوث القرحات، مما يشير إلى أن سوء التغذية يمثل عامل خطر رئيسي، يتوافق هذا مع دراسة أظهرت أن انخفاض مؤشر كتلة الجسم يرتبط بزيادة احتمالية الإصابة، نتيجة نقص الأنسجة الواقية وزيادة الضغط المباشر على العظام. (Brem, H.et al 2004).

فيما يتعلق بخصائص القرحات، بلغت نسبة انتشارها (46.67%)، وهي نسبة مرتفعة نسبيًا، مما يشير إلى عبء صحي مهم، وقد كانت القرحات من المرحلة الثانية الأكثر شيوعًا، كما تركزت القرحات في مناطق العجز والوركين، وهي المناطق الأكثر تعرضًا للضغط لدى المرضى محدودي الحركة، وهو ما يتوافق مع إرشادات الجمعية الاوربية للقرحات الانضغاطية (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2019) ، كما أظهرت النتائج أن محدودية الحركة وضعف القدرة على العناية الذاتية يرتبطان بشكل واضح بزيادة خطر الإصابة، حيث يؤدي الضغط المستمر على الأنسجة إلى تلفها، وهو ما تدعمه الأدبيات العلمية إضافة إلى ذلك، تبين أن

ضعف الدعم الأسري يسهم في زيادة خطر الإصابة، مما يؤكد أهمية إشراك الأسرة في خطط الرعاية (Coleman, S.et al. 2013)

أما فيما يتعلق بتقييم الخطورة، فقد أظهر مقياس برادن أن غالبية المرضى يقعون ضمن فئات الخطورة المتوسطة إلى العالية، مما يدل على أهمية استخدام هذا المقياس كأداة فعالة للتنبؤ المبكر بالمرضى المعرضين للخطر (Braden, B.et al. 1987)، وقد أكدت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي أن العوامل الأكثر تنبؤًا بحدوث القرحات تشمل داء السكري، انخفاض مستوى الألبومين، ضعف الحركة، وضعف القدرة على العناية الذاتية، وهي نتائج تتفق مع النماذج التنبؤية الحديثة التي تركز على التفاعل بين العوامل الصحية والتغذوية والحركية (Coleman, S.et al. 2013)، من جهة أخرى، أبرزت الدراسة الدور المحوري للرعاية التمريضية في الوقاية، حيث تبين أن استخدام الفرشات الهوائية، وتغيير وضعية المريض بشكل منتظم، وتنظيف الجروح، واستخدام المضادات الحيوية، ترتبط جميعها بانخفاض معدل حدوث القرحات، مما يؤكد أن التدخلات التمريضية تمثل حجر الأساس في الوقاية والعلاج (National Pressure Ulcer Advisory Panel 2014).

4. الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات Conclusion

تخلص هذه الدراسة إلى أن القرحات الانضغاطية لدى مرضى أذيات النخاع الشوكي تعد مشكلة متعددة العوامل، تتداخل فيها العوامل الصحية والتغذوية والديموغرافية والاجتماعية. وقد تبين أن داء السكري، انخفاض مستوى الألبومين، ضعف الحركة، وضعف العناية الذاتية تمثل أهم العوامل التنبؤية بحدوث القرحات. كما أظهرت النتائج أن الرعاية التمريضية الفعالة تلعب دورًا حاسمًا في الحد من حدوث هذه القرحات وتطورها.

التوصيات Recommendations

بناءً على نتائج الدراسة، يوصى بما يلي:

- تعزيز برامج التوعية الصحية للمرضى وذويهم حول طرق الوقاية من القرحات الانضغاطية.
- تطبيق التقييم الروتيني باستخدام مقياس برادن لجميع المرضى المعرضين للخطر.
- تحسين الحالة التغذوية للمرضى، مع التركيز على رفع مستوى الألبومين.
- الاهتمام بضبط الأمراض المزمنة، خاصة داء السكري وارتفاع ضغط الدم.
- إجراء دورات تدريبية للتمريض حول كيفية الوقاية من القرحات الانضغاطية.

5. المراجع:

1. ALLMAN, .R M. GOODE, .P S. PATRICK, .M .MBURST, N. BARTOLUCCI, .A A. 1995,*Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients.* JAMA, 273(11), 865–870.
2. BRADEN, .B & BERGSTROM, N. ,1987 *A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores.* Rehabilitation Nursing, 12(1), 8–12.
3. BREM, H. LYDER, C. ,2004 *Protocol for the successful treatment of pressure ulcers.* The American Journal of Surgery, 188(1), 9–17.
4. COLEMAN, S. GORECKI, C. NELSON, E. ,2013*Patient risk factors for pressure ulcer development:* A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 50(7), 974–1003.

5. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*.
6. ESLAMI, V. SAADAT, S. HABIBI A. ,2012*Factors associated with the development of pressure ulcers after spinal cord injury*. Spinal Cord, 50, 899–903.
7. GUENTER, P. MALYSZEK, R. BLISS, .D Z. ,2000*Survey of nutritional status in newly hospitalized patients.* JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 24(1), 1–6.
8. LYDER, .C H. AYELLO, E. ,2008 *Pressure ulcers: A patient safety issue. In*: HUGHES, RONDA G. (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality.
9. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers:* Clinical practice guideline.
10. SAUNDERS, L. K, JAMES. P, B . REED, K. (2010). *The relationship of pressure ulcers, race, and socioeconomic conditions after spinal cord injury.* Journal of Spinal Cord Medicine, 33(4), 387–395.
11. TAGHIPOOR, .K D. AREJAN, .R H. RASOULI, M. S, SOHEIL. M, M. VACCARO, A. RAHIMI-M, V ,2009*Factors associated with pressure ulcers in patients with spinal cord injury.* Journal of Neurosurgery: Spine, 11(4), 438–444.
12. WILCZWESKI, P. GRIMM, D. GIANAKIS, A. GILL, B. SARVER, W. MCNETT, M. ,2012 *Risk factors associated with pressure ulcer development in critically ill spinal cord injury patients.* Journal of Trauma Nursing, 19(1), 5–10.

6. الملاحق:

استبيان تقييم العوامل المرتبطة بحدوث القرحات الانضغاطية لدى أذيات النخاع الشوكي

أولاً: المعلومات الديمغرافية

العمر:	الحالة الاجتماعية:
[ ] 35 أقل من 45 [ ] 45 أقل من 55	[ ] متزوج/ة [ ] عازب/ة
[ ] 55 أقل من 65 [ ] 65 عام فأكثر	[ ] مطلق/ة [ ] أرمل/ة
المستوى التعليمي:	العمل الحالي:
[ ] أمي [ ] ابتدائي	[ ] موظف/ة [ ] غير موظف/ة
[ ] إعدادي [ ] ثانوي	[ ] أعمال حرة [ ] ربة منزل
[ ] جامعي وما فوق	
الحالة الاقتصادية:	مكان الإقامة:
[ ] منخفض [ ] متوسط [ ] جيد	[ ] ريف [ ] مدينة
ثانياً: البيانات الصحية	
سبب الإصابة:	مدة الإصابة:
[ ] حادث سير	[ ] أقل من سنة
[ ] سقوط	[ ] 1-3 سنوات
[ ] إصابة عمل	[ ] 4-6 سنوات
[ ] إصابة رياضية	[ ] أكثر من 6 سنوات
[ ] أسباب مرضية (هشاشة عظام...)	

[ ] جلطة دماغية [ ] أخرى:	
مؤشر كتلة الجسم (BMI): [ ] أقل من 18.5 (نحيف) [ ] 18.5 – 24.9 (طبيعي) [ ] 25 – 29.9 (زيادة وزن) [ ] 30 – 34.9 (سمنة درجة أولى) [ ] 35 – 39.9 (سمنة درجة ثانية) [ ] 40 فأكثر (سمنة درجة مفرطة)	الأمراض المزمنة: [ ] سكري [ ] ضغط [ ] أمراض قلب [ ] أمراض تنفسية [ ] أخرى: .....
الأدوية الحالية:	

ثالثاً: بيانات حول القرحة الانضغاطية

وجود قرحة ضغط حالياً؟ [ ] نعم [ ] لا	إذا كانت الإجابة نعم، مرحلة القرحة: [ ] الأولى [ ] الثانية [ ] الثالثة [ ] الرابعة
موقع القرحة: [ ] العجز [ ] الكعب [ ] الورك [ ] الظهر [ ] أخرى:	مدة ظهور القرحة: [ ] أقل من شهر [ ] من 1–3 أشهر [ ] أكثر من 3 أشهر
وجود إفرازات؟ [ ] نعم [ ] لا	إذا نعم، نوع الإفراز: .....
رائحة غير مرغوبة؟ [ ] نعم [ ] لا	وجود **ألم؟** [ ] نعم [ ] لا
العناية حالياً: [ ] تغيير الوضعية كل ساعتين [ ] استخدام فرشة هوائية [ ] وسائد تخفيف الضغط [ ] تنظيف الجرح [ ] مضادات حيوية [ ] أخرى:	

رابعاً: نمط الحياة والعوامل المرتبطة

مدخن: [ ] نعم [ ] لا	تناول الكحول: [ ] نعم [ ] لا
الحركة والتنقل: [ ] كرسي متحرك [ ] المشي بمساعدة [ ] طريح الفراش	القدرة على العناية الذاتية: [ ] قدرة جيدة [ ] مساعدة جزئية [ ] مساعدة كاملة
دعم الأسرة في العناية: [ ] كبير [ ] متوسط [ ] محدود	مستوى الألبومين: [ ] أكثر من طبيعي[ ] طبيعي [ ] أقل من الطبيعي
الهيموجلوبين: [ ] أكثر من الطبيعي [ ] طبيعي [ ] أقل من الطبيعي	شرب الماء يومياً: [ ] أكثر من 1.5 لتر [ ] حوالي 1 لتر [ ] أقل من 1 لتر
طريقة التغذية: [ ] فموية [ ] وريدية [ ] عبر أنبوب	فقدان الإحساس في مناطق الضغط: [ ] نعم [ ] لا
وجود تشنجات واختلاج: [ ] نعم [ ] لا	التهابات بولية متكررة: [ ] نعم [ ] لا
تورم الساقين: [ ] نعم [ ] لا	جفاف الجلد: [ ] نعم [ ] لا
الدعم الأسري: [ ] جيد [ ] متوسط [ ] ضعيف	الوصول للخدمات الصحية: [ ] سهل [ ] متوسط [ ] صعب
تقليب المريض إذا كان غير متحرك: [ ] كل 2–3 ساعات [ ] كل 4 ساعات [ ] أكثر من 5 ساعات	هل لديك معرفة بطرق الوقاية من حدوث/تطور القرحات الانضغاطية؟ [ ] نعم [ ] إلى حد ما [ ] لا

خامساً: مقياس برادن لتقييم خطورة قرحة الضغط

الإدراك الحسي (1-4): [ ] (1) غير قادر على الإحساس بالألم أو الاستجابة للمحفزات [ ] (2) استجابة ضعيفة [ ] (3) استجابة جيدة [ ] (4) إدراك طبيعي	الرطوبة (1-4): [ ] (1) رطوبة دائمة [ ] (2) رطوبة غالباً [ ] (3) رطوبة أحياناً [ ] (4) جفاف الجلد عادةً
النشاط (1-3): [ ] (1) طريح الفراش [ ] (2) كرسي متحرك [ ] (3) يمشي أحياناً	الحركة (1-4): [ ] (1) غير قادر على تغيير وضعيته [ ] (2) قدرة محدودة [ ] (3) تحكم جيد بالحركة [ ] (4) حركة كاملة
التغذية (1-4): [ ] (1) تغذية ضعيفة جداً [ ] (2) غير كافية [ ] (3) كافية [ ] (4) ممتازة	الاحتكاك والقص (1-3): [ ] (1) خطورة عالية [ ] (2) خطورة متوسطة [ ] (3) خطورة منخفضة

إجمالي درجة برادن: ..... / 23

الدرجة الكلية:6- 23.

كلما قلت الدرجة زاد خطر حدوث القرحة