



معاونت درمان - مدیریت پرستاری استان

راهنمای بالینی بیمارستان دوستدار سالمند

بیمارستان های دوستدار سالمند در ۵ حوزه فعالیت میکنند و می بایست نسبت به سالمندان حیطة های زیر در نظر گرفته شود. که شامل :

✓ محیط فیزیکی

✓ فرآیند های مراقبتی و درمانی

✓ محیط دوستانه

✓ اخلاق در مراقبت و پژوهش

✓ سازماندهی مدیریت و فرآیند های اداری

بیمارستان های دوستدار سالمند در این چک لیست به صورتی ارزیابی می شوند که مستندات و شواهد علمی و همچنین مسائل فرهنگی و اقتصادی کشورمان در آن لحاظ گردیده است.

لازم به ذکر است این چک لیست برای اولین بار در ایران طراحی شده و با توجه به جدید بودن موضوع و عدم انطباق بعضی از موارد با شرایط کنونی بیمارستان ها در مراحل بعدی تکمیل و تعدیل میگردد .

چک لیست فضای فیزیکی بیمارستان

بسمه تعالی
 معاونت درمان-مدیریت پرستاری استان
 چک لیست ارزشیابی بیمارستان های دوستدار سالمند

نام مرکز سال تاسیس.....
 استان..... شهرستان.....
 مالکیت: خصوصی دولتی خیریه دولتی و آموزشی

تعداد تخت :

آدرس و تلفن مرکز :

عنوان	معیار	امتیاز اکتسابی مرکز	جمع
ورودی			
ورودی با پله	ورودی با پله به ارتفاع کمتر یا برابر با ۱۴ سانتی متر(۲)/ورودی با پله به ارتفاع ۱۴ تا ۱۸ سانتی متر(۱) / ورودی با پله به ارتفاع بیشتر از ۱۸ سانتی متر(۰)		2
ورودی با رمپ	با شیب کمتر از ۸ درصد(۲) / شیب بین ۸ تا ۱۰ درصد (۱) / فاقد رمپ یا شیب بالای ۱۰ درصد (۰)		2
نرده های ورودی	با ارتفاع ۸۵ سانتی متر و قطر ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار (۳) با ارتفاع ۸۵ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار (۲) با ارتفاع بیشتر یا کمتر از ۸۵ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله کمتر از ۵ سانتی متری تا دیوار (۱) فاقد نرده (۰)		3
عرض درب ورودی	عرض بیشتر از ۳ متر و شعاع چرخش متناسب با عرض ورودی (۲) / عرض بین ۲ تا ۳ متر و شعاع چرخش متناسب با عرض ورودی (۱) / عرض زیر ۲ متر و شعاع چرخش نامتناسب با عرض ورودی (۰)		2
نوع درب	درب برقی(۳) درب الکلنگی با نیروی ۱۴ پوند(۲) درب کشویی با نیروی ۸ پوند(۱)		3
تلفن عمومی	نزدیک به درب ورودی یا در سالن انتظار(۱) فاقد تلفن عمومی در نزدیک درب و سالن انتظار(۰)		1
نقشه طبقات			
واحد اطلاعات	نزدیک درب ورودی و قابل رویت برای عموم(۲) / عدم نزدیکی به درب ورودی و غیر قابل رویت برای عموم(۱)/ فاقد واحد اطلاعات (۰)		۲
کف	دارای کف پوش مات و بدون لغزش دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی		3

		مناسب (۳) / دارای کف پوش براق و بدون لغزش دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۲) دارای کف پوش براق و لغزنده و فاقد حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۱) دارای کف پوش براق و لغزنده و فاقد حشیه رنگ های متضاد و زیر سازی نامناسب (۰)	
توالی			
	2	فرنگی و ایرانی (۲) فرنگی (۱) ایرانی (۰)	نوع توالی
	2	به ازای هر ۱۰ تخت یک توالی فرنگی (۲) به ازای هر ۱۰ تخت کمتر از یک توالی فرنگی (۱)	تعداد
	2	عرض بیشتر از ۱ متر و ۱۰ سانتی متر و شعاع چرخش متناسب (۱,۸۰ cm) با عرض ورودی بدون برآمدگی (یا رمپ با شیب کم) جهت ورود با صندلی چرخدار (۲) / عرض کمتر از ۱ متر و شعاع چرخش نامتناسب (کمتر از ۱,۸۰ cm) با عرض ورودی همراه با برآمدگی (یا بدون رمپ) جهت ورود با صندلی چرخدار (۱) /	ورودی
	3	دارای سرامیک غیر لغزنده دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۳) دارای سرامیک لغزنده و دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۲) دارای سرامیک لغزنده و فاقد حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۱) دارای سرامیک براق و لغزنده و فاقد رنگ های متضاد و زیر سازی نامناسب (۰)	کف
	2	در ارتفاع 85 ± 5 سانتی متری و دارای پیچ تنظیم زاویه (۲) در ارتفاع 85 ± 5 سانتی متری و فاقد پیچ تنظیم زاویه (۱) در ارتفاع بالاتر یا پایین تر از ۸۵ سانتی متر و فاقد پیچ تنظیم زاویه (۰)	آینه
	2	دارای دستگیره اهرم دار با شیب ۴۵ درجه (۲) دستگیره اهرم دار افقی (۱) فاقد دستگیره اهرم دار (۰)	دستگیره
	2	سیفون خودکار و دستمال و دست خشکن (۲) سیفون دستی و دستمال و دست خشک کن (۱) فاقد سیفون و دستمال و دست خشکن (۰)	تسهیلات
	1	در دسترس و قابل رویت (۱) عدم دسترسی و غیر قابل رویت (۰)	تابلو دسترسی
	2	شیر مخلوط چشمی با کنترل خودکار دمای آب (۲) شیر مخلوط اهرم دار (۱) شیر ساده (۰)	شیر آب
حمام			
	2	دارای ارتفاع از سطح (کمتر از 10cm) و عرض بیشتر از ۱ متر و ۱۰ سانتی متر و شعاع چرخش متناسب (۱,۸۰ cm) با عرض ورودی (با رمپ) جهت ورود با صندلی چرخدار (۲) / دارای ارتفاع نامتناسب (بیشتر از 10cm) عرض کمتر از ۱ متر و شعاع چرخش نامتناسب (کمتر از ۱,۸۰ cm) با عرض ورودی (بدون رمپ) جهت ورود با صندلی چرخدار (۱) /	ورودی
	3	دارای سرامیک غیر لغزنده دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۳)	کف

		دارای سرامیک لغزنده و دارای حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۲) دارای سرامیک لغزنده و فاقد حاشیه رنگ های متضاد و زیر سازی مناسب (۱) دارای سرامیک براق و لغزنده و فاقد رنگ های متضاد و زیر سازی نامناسب (۰)	
۳		در ارتفاع 85 ± 5 سانتی متری و دارای پیچ تنظیم زاویه (۳) در ارتفاع 85 ± 5 سانتی متری و فاقد پیچ تنظیم زاویه (۲) در ارتفاع بالاتر یا پایین تر از ۸۵ سانتی متر و فاقد پیچ تنظیم زاویه (۱)	آینه
2		دارای دستگیره اهرم دار با شیب ۴۵ درجه (۲) دستگیره اهرم دار افقی (۱) فاقد دستگیره اهرم دار (۰)	دستگیره
1		با ارتفاع و بارش کافی (۱) فاقد ارتفاع مناسب و یا بارش کافی (۰)	دوش آب
2		شیر مخلوط چشمی با کنترل خودکار دمای آب (۲) شیر مخلوط اهرم دار (۱) شیر ساده (۰)	شیر آب
		راه پله	
3		پله به ارتفاع کمتر یا برابر با ۱۴ سانتی متر و دارای ساختار یکسان و قابل رویت (۳) پله با ارتفاع ۱۴ تا ۱۸ سانتی متر و دارای ساختار یکسان و قابل رویت (۲) پله با ارتفاع بیشتر از ۱۸ سانتی متر و فاقد ساختار یکسان و غیر قابل رویت (۱)	پله ها
3		با ارتفاع ۸۰ سانتی متر و قطر ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار و ممتد (۳) با ارتفاع ۸۰ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار و ممتد (۲) با ارتفاع بیشتر یا کمتر از ۸۰ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله کمتر از ۵ سانتی متری تا دیوار و منقطع (۱) فاقد نرده (۰)	نرده ها
		راهرو و کریدورها	
2		دارای عرض ۲,۴۰ سانتی متر و بیشتر برای عبور حداقل دو ویلچر همراه با قدرت مانور چرخش (۲) عرض بین ۱,۸۰ تا ۲,۴۰ برای عبور حداقل دو ویلچر همراه با قدرت مانور چرخش (۱) فاقد حداقل عرض لازم برای عبور حداقل دو ویلچر همراه با قدرت مانور چرخش (۰)	عرض ورودی
1		فاقد انواع موانع در مسیر عبور (۱) دارای موانع در مسیر عبور (۰)	مانع
3		با ارتفاع ۸۰ سانتی متر و قطر ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار و ممتد (۳) با ارتفاع ۸۰ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله ۵ سانتی متری تا دیوار و ممتد (۲) با ارتفاع بیشتر یا کمتر از ۸۰ سانتی متر و قطر بیشتر یا کمتر از ۴۵ میلی متر و فاصله کمتر از ۵ سانتی متری تا دیوار و منقطع (۱) فاقد نرده (۰)	دستگیره
1		وجود فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر و ناتوان با تجهیزات حرکتی (۱) عدم وجود فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر و ناتوان با تجهیزات حرکتی (۰)	لابی در راهرو
		روشنایی	

2		دارای لامپ T8 یا پرسماتیک با نور طبیعی فلورسنت و طیف نور سفید سرد (۲) فاقد لامپ T8 یا پرسماتیک با نور طبیعی فلورسنت و طیف نور سفید سرد (۱)	نوع لامپ
1		دارای چراغ مطالعه با توان ۱۰۰ تا ۱۵۰ وات (۶۰۰ لوکس) (۱) فاقد چراغ مطالعه با توان ۱۰۰ تا ۱۵۰ وات (۶۰۰ لوکس) (۰)	چراغ مطالعه
1		درای پنجره دو جداره و پرده های عمودی (۱) فاقد پنجره دو جداره و پرده های عمودی (۰)	پرده و پنجره ها
1		دارای چراغ شب همراه با سنسور حرکتی (۱) فاقد چراغ شب همراه با سنسور حرکتی (۰)	چراغ شب
1		۱۵۰ لوکس یا بیشتر (۱) کمتر از ۱۵۰ لوکس (۰)	روشنایی راهرو
2		۲۰۰ لوکس و بیشتر (۲) بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ لوکس (۱) کمتر از ۱۰۰ لوکس (۰)	روشنایی سرویس بهداشتی و حمام
1		دارای سایبان در پشت پنجره (۱) فاقد سایبان در پشت پنجره (۰)	سایبان
فضای اتاق بستری			
2		تردد و دسترسی آسان و در نقاط آرام و با تراکم جمعیتی کمتر (۲) عدم دسترسی و تردد آسان و در نقاط آرام و با تراکم جمعیتی کمتر (۱) عدم دسترسی و تردد آسان و در نقاط آرام و با تراکم جمعیتی بیشتر (۰)	تردد و دسترسی
1		فاصله تخت ها مناسب جهت حرکت ویلچر و برانکارد بر اساس استاندارد های بخش های مختلف بیمارستان ایمن (۱) ناکافی بودن فاصله تخت ها جهت حرکت ویلچر و برانکارد بر اساس استاندارد های بخش های مختلف بیمارستان ایمن (۰)	چیدمان
2		دارای سیستم صوت و تصویر و یخچال در اتاق و سیستم هشدار پرستار (۲) فاقد سیستم صوت و تصویر و یخچال در اتاق و سیستم هشدار پرستار (۱)	امکانات رفاهی
تجهیزات آموزشی و تفریحی			
1		دارای فضای سبز و محوطه باز جهت تفریح سالمندان (۱) فاقد فضای سبز و محوطه باز جهت تفریح سالمندان (۰)	فضا
1		دارای شطرنج ، دارت آهنربایی ، جداول و مجلات (۱) فاقد شطرنج ، دارت آهنربایی ، جداول و مجلات (۰)	تسهیلات تفریحی
2		دارای ال ای دی ، دستگاه صوتی ، پمفلت رنگی ، کتابچه و فیلم های آموزشی (۲) فاقد ال ای دی ، دستگاه صوتی ، پمفلت رنگی ، کتابچه و فیلم های آموزشی (۱)	وسایل و تجهیزات
تلفن ها			
2		حداقل یک عدد و در دسترس و ارتفاع مناسب جهت استفاده با صندلی چرخ دار (۲) حداقل یک عدد و در دسترس ولی ارتفاع نامناسب جهت استفاده با صندلی چرخ دار (۱) فاقد تلفن (۰)	تعداد
مبلمان و وسایل			

	2	دارای پایه محکم ، ارتفاع ۴۵ تا ۴۷ سانتی مترو عمق ۴۵ تا ۵۰ سانتی متر ، گوشه های گرد ، قابل شستشو (۲) فاقد پایه محکم و گوشه های گرد ، ارتفاع بیشتر یا کمتر از ۴۵ تا ۴۷ سانتی مترو عمق کمتر یا بیشتر از ۴۵ تا ۵۰ سانتی متر ، غیر قابل شستشو (۱)	شرایط استاندارد
	2	ارگونومیک شده مخصوص سالمندان(تقویت ناحیه کمری و ارتفاع دسته تا نشیمنگاه ۲۵ سانتی متر(۲) غیر ارگونومیک مخصوص سالمندان (۱)	نوع
تجهیزات و تدارکات			
	2	برقی ، سه شکن یا دو شکن با قابلیت تنظیم ارتفاع (۲) دستی ، سه شکن یا دو شکن با قابلیت تنظیم ارتفاع (۱) دستی و فاقد شکن و با عدم قابلیت تنظیم ارتفاع (۰)	تخت ها
	2	تشک طبی بدون فشار(۲)تشک طبی با فشار(۱)تشک غیر طبی (۰)	تشک
	2	بالش طبی(۲) بالش ساده(۱)	بالش
	3	سبک و بدن خن(۳)سبک و خن دار(۲) سنگین و بدون خن(۱) سنگین و خن دار(۰)	پتو
	1	دارای سمعک و باتری اضافه(۱) فاقد سمعک و باتری اضافه(۰)	سمعک
واکر و عصا			
	2	به تعداد تخت بستری(۲) به تعداد نصف تخت بستری (۱)فاقد واکر یا عصا(۰)	تعداد
	2	ارگونومیک (۲) و ۴ چرخ دارای دسته پشتیبان ساعد و بازو(۲)غیر ارگونومیک (۱)	نوع واکر
	2	عصاهای دارای نوک پلاستیکی و دارای دو سطح اتکا(۲) عصاهای فاقد نوک پلاستیکی و دارای یک سطح اتکا(۱)	نوع عصا
ویلچر			
	2	ویلچر با پدال برقی(۲)ویلچر با پدال دستی(۱)	نوع
	2	به تعداد سالمندان بستری(۲) به تعداد نصف سالمندان بستری (۱)	تعداد
علایم و نشانه های راهنما			
	2	به تعداد لازم در داخل و خارج از ساختمان بر اساس محیط وجود دارد(۲) به تعداد لازم در داخل و خارج از ساختمان بر اساس محیط وجود ندارد(۱)	تعداد
	2	هم در سطح چشم و قابل مشاهده در حالت ایستاده و صندلی چرخدار و همچنین تعبیه در کف(۲) عدم تعبیه علایم در کف و یا در سطح چشم و قابل مشاهده در حالت ایستاده و صندلی چرخدار نیست(۱)	قابلیت رویت
	3	به طول ۱۰ تا ۱۷ سانتی متر و فونت ۲۴ به بالا با رنگ سیاه بر زمینه سفید / زرد(۳) به طول کمتر یا بیشتر از ۱۰ تا ۱۷ سانتی متر و فونت کوچکتر از ۲۴ با رنگ سیاه بر زمینه سفید / زرد(۲) به طول کمتر یا بیشتر از ۱۰ تا ۱۷ سانتی متر و فونت کوچکتر از ۲۴ با رنگ غیر سیاه بر زمینه با رنگ هایی به غیر از سفید / زرد(۱)	حروف
	1	دارای علایم جهت سرویس بهداشتی شماره طبقات و شماره اتاق ها و محل خروج	انواع

		اضطراری (۱) فاقد علائم عمودی جهت سرویس بهداشتی شماره طبقات و شماره اتاق ها و محل خروج اضطراری (۰)	
2		تعداد کافی و سایز بزرگ بر اساس محیط (۲) تعداد ناکافی و سایز کوچک بر اساس محیط (۱)	ساعت و تقویم
		رنگ مورد استفاده در طراحی	
2		استفاده از رنگ های گرم (قرمز ، زرد و نارنجی) در نواحی کف و دیوارها و عدم استفاده از رنگ های سرد (بنفش ، آبی و سبز) در نواحی شلوغ و اتاق ها (۲) عدم استفاده از رنگ های گرم (قرمز ، زرد و نارنجی) در نواحی کف و دیوارها و استفاده از رنگ های سرد (بنفش ، آبی و سبز) در نواحی شلوغ و اتاق ها (۱)	نوع
2		رنگ دستگیره با رنگ در و دیوار و کف متضاد است (۲) رنگ دستگیره با رنگ در و دیوار و کف متضاد نیست (۱)	رنگ دستگیره
2		آرام و خلوت (۲) شلوغ و پر سرو صدا (۱)	محوطه سالن انتظار
			ابتکارات مرکز
		درجه یک درجه دو درجه سه	درجه مرکز

نام و نام خانودگی تیم
ارزشیابی کننده:

سمت و مدرک تحصیلی:

امضا	تاریخ		اظهار نظر تیم ارزشیابی کننده
			اظهار نظر کمیته سالمندی دانشگاه

فرآیندهای مراقبتی و درمانی

تمرکز بر :

- پیشگیری و مدیریت سقوط
- مراقبت از پوست و زخم
- مدیریت دلیریوم
- مدیریت درد
- مدیریت افسردگی
- ارتقا تغذیه
- محدود سازی سالمندان
- بررسی وضعیت شناختی
- مدیریت دمانس
- تمرکز بر بیماران پر خطر
- مدیریت داروها
- مدیریت بی اختیاری

✓ گاهی به دلیل بالا بودن تعداد مراجعین به مراکز بیمارستانی بر اساس سازمان بهداشت جهانی

تمرکز بر ۴ علامت اصلی که به غول های سالمندی معروف هستند پیشنهاد میگردد که شامل

این موارد میباشد :

✓ ۱- سقوط ۲- افسردگی ۳- کاهش حافظه و دلیریوم ۴- بی اختیاری ادراری

✓ چک لیست های مورد نیاز به طور مفصل در ادامه ارائه گردیده است .

- ✓ در این بیمارستان ها دیدگاه کلی نسبت بیمار وجود دارد و سالمند علاوه بر نیاز جسمی از لحاظ روحی - معنوی و اجتماعی حمایت میشود .
- ✓ هدف رسیدن خود مراقبتی ، خودکفایی و خودمدیریتی بیمار است .
- ✓ هدف دیگر ارتقا سریع بیمار و مرخص شدن وی میباشد .
- ✓ آموزش به بیماران در مورد وضعیت و آموزش چگونگی پیگیری در منزل انجام میگردد.

محیط دوستانه

- ✓ تمامی خدمات و مراقبت ها خالی از نگرش منفی نسبت به سالمندان باشد .
- ✓ به نیاز ها و عادات خاص بیمار و همراهی خانواده ی وی توجه شود .
- ✓ به تفاوت های فردی احترام گذاشته شود . (جنسیت ، مذهب ، قومیت ، گویش و ...)
- ✓ به کیفیت زندگی سالمند و راه های ارتقا آن توجه شود
- ✓ ارتباط کارکنان با سالمندان (با احترام – حمایتی و مراقبتی همراه با توجه به سالمند باشد)
- ✓ با سالمند مانند یک فرد بالغ و بزرگسال رفتار شود
- ✓ اطلاعات کافی در مورد بیماری به سالمندان داده شود .

سازماندهی مدیریت و فرآیندهای اداری

- ✓ در ابتدا خود سیستم بخواهد که بیمارستان دوستدار سالمند باشد .
- ✓ تمامی پروسیجرها در راستای شرایط سالمندان طراحی شود چراکه بیشترین استفاده کنندگان بیمارستان را سالمندان تشکیل داده اند .
- ✓ داشتن سوپروایزر مسئول برنامه سالمندی جهت کنترل و نظارت بیشتر
- ✓ داشتن سیستم یکپارچه اطلاعات بیمارستانی برای جلوگیری از اتلاف وقت سالمند و پذیرش و ترخیص راحت سالمند در بخش.
- ✓ هدف بیمارستان ترخیص زودتر بیماران باشد .

اخلاق در مراقبت و پژوهش ها

- ✓ تمامی تحقیقات صورت گرفته در سالمندی میبایست کد اخلاق داشته باشند.
- ✓ مشاوره با متخصص سالمندان در تحقیقات سالمندی در معاونت پژوهشی دانشگاه و کمیته اخلاق بیمارستان دوستدار سالمند.
- ✓ داشتن رضایت نامه آگاهانه از سالمندان برای شرکت در پژوهش بدون هرگونه اجبار
- ✓ حفظ استقلال سالمندان در انتخاب و خروج از تحقیقات
- ✓ توجه به تفاوت های سالمندی لحاظ گردد.

چک لیست های مورد نیاز ارزیابی سالمندان در

بیمارستان های دوستدار سالمند

راهنمای بالینی

پیشگیری

از سقوط بیماران سالمند

در بیمارستان دوستدار سالمند

تهیه شده در مدیریت پرستاری ، معاونت درمان ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تابستان ۹۸



عنوان	شماره صفحه
مقدمه و اهداف	۳-۴
چالش پیشگیری از سقوط	۵
مراقبت‌های عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران	۷-۱۰
پروتکل راند برنامه ریزی شده بیماران در هر شیفت	۱۱
ابزار تامین کننده ایمنی محیط اطراف تخت بیمار	۱۲-۱۳
ارزیابی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)	۱۴
راهنمای مداخلات بر اساس معیار مورس	۱۵-۲۰
مثال های بالینی	۲۰-۲۲
بررسی بیمار پس از سقوط	۲۳-۲۴
بررسی وضعیت سقوط برای تعیین علت های ریشه ای رویداد:	۲۵-۲۶
پروتکل اندازه گیری علایم حیاتی ار توستاتیک (تغییر وضعیتی)	۲۷-۲۸
مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم	۲۹-۳۱
آموزش به بیمار و خانواده	۳۲
چک لیست ارزیابی ریسک سقوط بیمار بزرگسال	۳۳
چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط	۳۴-۳۹
منابع	۴۰

سقوط یک آسیب شایع در بین آسیب‌هایی است که به دنبال بستری شدن بیمار در بیمارستان ایجاد می‌شود و منجر به طولانی یا عارضه‌دار شدن بیماران می‌گردد.

۱- بررسی مطالعات مشاهده‌ای در بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که میزان سقوط از ۱/۳ تا ۸/۹ سقوط به ازای هر ۱۰۰۰ بیمار روز است. این میزان در بخش‌ها و واحدهایی که بر مراقبت از افراد سالمند، بیماران با مشکلات نورولوژیک و بازتوانی تمرکز دارند بیشتر می‌شود (Oliver, 2010 [C]).

۲- از نظر اقتصادی سقوط بیمار، حادثه‌ای زینبار است. موارد سقوط همراه با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان، و افزایش نیاز به استفاده از امکانات سیستم درمانی می‌گردد.

۳- سقوط منجر به ایجاد آسیب به بیماران می‌گردد. ۳۰ تا ۵۱ درصد از موارد سقوط بیماران در بیمارستان‌ها منجر به بروز آسیب از کبودی تا ایجاد زخم‌های شدید، یا شکستگی استخوان و حتی مرگ می‌گردد.

توجه کنید که بروز رسانی دانش و تغییر نگرش، محتاج به اشتراک‌گذاری اطلاعات جدید و پرداختن به دانش و نگرش فعلی است، که در صورتی که شناخته نشود، ممکن است سبب به تحلیل بردن تلاش‌ها شود. بررسی دانش و نگرش تمام اعضای کادر درمان در این رابطه ضروری است چون آگاهی از اهمیت اقدامات پیشگیرانه در ارتباط با سقوط یک وظیفه تیمی است.

هدف از اقدامات پیشگیرانه از سقوط، پیشگیری از آسیب و بهبود ایمنی بیمار است؛ با محوریت پیشگیری از آسیب‌های ناشی از سقوط همانند شکستگی، آسیب جدی و مرگ.

اهداف:

۱- حذف تمام موارد سقوط و آسیب‌های ناشی از آن در تمام مراکز درمانی حاد (بیمارستان‌ها) تا حد امکان.
 ۲- افزایش تعداد بیمارانی که از نظر خطر سقوط به صورت مناسب بررسی می‌شوند و مداخلات پیشگیرانه برای آن‌ها انجام می‌شود.
 راهکار اجرایی:

- بهترین نتایج بالینی، فقط زمانی حاصل می‌شود که یک حمایت عمده سازمان یافته از برنامه کاهش موارد سقوط بیمارستانی در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی وجود داشته باشد.
- شفافیت در گزارش موارد سقوط و اشتراک‌گذاری اطلاعات بین بخش‌های مختلف بیمارستان، بیمارستان‌های مختلف و یا گزارش عمومی به جامعه، در کاهش موارد سقوط و آسیب‌های ناشی از آن تاثیر مثبت دارد.
- ثبت گزارش سقوط توسط کارشناس ایمنی مراکز در سامانه MCMC
- بهترین اقدامات پیشگیرانه در کاهش سقوط عبارتند از:
 - بررسی خطر سقوط.
 - شناسایی اشخاص در معرض خطر بالای سقوط (استفاده از برچسب‌های رنگی در دستبند شناسایی، نصب کارت رنگی هشدار دهنده).
 - انجام مداخلات مرتبط با ریسک فاکتورهای شناخته شده.

- آموزش چند رسانه‌ای استاندارد شامل استفاده از نرم افزارهای آموزشی، برای آموزش پرسنل درمانی و غیر درمانی، بیمار و خانواده.
 - لزوم همکاری تیمی بین تمام اعضای تیم درمان (شامل پزشک بستری کننده بیمار، پزشک داروساز و پرستار و ...) از زمان پذیرش بیمار وجود داشته باشد.
- اقدامات تیمی عبارتند از:
- بررسی خطر سقوط، شناسایی میزان بروز سقوط، مواجهه با مشکلات، پاسخگویی برای فرصت‌های از دست رفته.
 - بحث گروهی در مورد خطر سقوط هنگام راندهای روزانه.
 - بررسی داروهای مصرفی تمام بیماران پرخطر از نظر سقوط.
 - راندهای پرستاری برای اطمینان از آموزش بیمار/خانواده و نقش آنها در پیشگیری از سقوط (استفاده از سیستم احضار پرستار، درخواست کمک هنگام رفتن به دستشویی و غیره).
 - اجرای اقدامات لازم بعد از رخ دادن سقوط.
- نکته: در صورتی که بیمار در خطر بالای سقوط باشد هنگام تحویل شیفت و یا هنگام انتقال بیمار، به دیگر اعضای تیم درمان (پزشک معالج و ...) گزارش داده شود.

✓ بررسی خطر سقوط در بیمار (در هر گروه سنی که باشد) باید شامل موارد زیر باشد:

- استفاده از یک ابزار استاندارد.
- استفاده از یک معیار عملکردی - مشاهده حرکت بیمار برای بیمارانی که وابسته به تخت نیستند.
- استفاده از یک معیار بررسی جهت آسیب‌های ناشی از سقوط.

معیار سطح بندی آسیب های ناشی از سقوط :

- ۱- هیچ آسیب قابل مشاهده ای ایجاد نشده است.
- ۲- کم: کبودی یا خراشیدگی سطحی در نتیجه سقوط
- ۳- متوسط: آسیب منجر به جابه جایی یا خارج شدن لاین یا لوله های متصل به بیمار شده است، شکستگی ایجاد شده است یا پارگی به وجود آمده است که نیاز به ترمیم داشته باشد.
- ۴- شدید: آسیبی که نیاز به جراحی دارد. یا بیمار باید به بخش مراقبت ویژه برای مانیتور آسیب تهدید کننده حیات منتقل شود.
- ۵- مرگ.

*آسیب‌های درجه ۳ تا ۵ باید تحت عنوان آسیب جدی ناشی از سقوط به هر ۱۰۰۰ بیمار روز گزارش شوند.

در این کتابچه تلاش شده است که اقدامات بیمارستانی مرتبط با سقوط بر اساس استانداردهای جهانی گردآوری و ترجمه شود. برای شروع هر بیمارستان باید به این نکته توجه کند که پیشگیری از سقوط و حفظ ایمنی بیمار یکی از مهم ترین وظایف بیمارستان است که تمام افراد شاغل در بیمارستان باید به صورت منسجم و هماهنگ اقدامات مرتبط را بر حسب شرح وظایف خود انجام دهند.

چالش پیشگیری از سقوط:

پیشگیری از سقوط به یک فرایند مراقبتی چند جانبه و تیمی نیازمند است. بعضی از قسمت های برنامه پیشگیری از سقوط به شدت روتین شده هستند. بعضی از بخش های آن باید به طور اختصاصی و متناسب با نیازهای بیمار و ریسک فاکتورهای شناسایی شده، تدوین و اجرا شوند. هیچ یک از اعضا تیم درمان فارغ از سطح تحصیلات، استعداد و جایگاه شغلی خویش به تنهایی نمی تواند تمام بخش های این برنامه پیشگیری از سقوط را اجرا کنند بلکه بایستی این برنامه به صورت منسجم و با هماهنگی و همکاری تمام اعضا تیم صورت بگیرد. برای دستیابی به چنین هماهنگی نیاز به یک فرهنگ سازماندهی شده و روش های قابل اجرا وجود دارد که بتواند کار تیمی و ارتباط را همراه با مهارت های فردی، ارتقا دهد.

هم چنین لازم است که فعالیت های پیشگیرانه با دیگر ملاحظات همانند کاهش مهار فیزیکی و حفظ تحرک و فعالیت فیزیکی بیمار متعادل شود تا بهترین مراقبت ممکن برای بیمار فراهم شود. بنابراین، بهبود در پیشگیری از سقوط نیاز به یک سیستم متمرکز دارد که در صورت نیاز بتواند تغییرات لازم را ایجاد کند.

بهترین برنامه پیشگیری از سقوط نیز فقط زمانی موفقیت آمیز خواهد بود که از سوی مدیران ارشد بیمارستان حمایت شود و برای اجرا مورد توافق کلیه اعضا تیم درمان باشد.

اقدامات مورد نیاز برای پیشگیری از سقوط:

به خاطر داشته باشید که به کارگیری بهترین اقدامات پیشگیرانه یک امر پیچیده و مشکل است. بعضی از عواملی که باعث ایجاد چالش در برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط می شوند عبارتند از:

✓ پیشگیری از سقوط باید با دیگر اولویت های مرتبط با بیمار متعادل شود. معمولاً بیمار به علت سقوط در بیمارستان بستری نشده است. بنابراین به طور طبیعی، توجهات به سمت دیگری است. هم چنین بروز سقوط در بیمار بستری می تواند منجر به بروز بحران و طولانی تر شدن فرایند بهبودی گردد.

✓ پیشگیری از سقوط باید با نیاز به تحرک و فعالیت فیزیکی بیمار هماهنگ باشد. ممکن است که این تمایل وجود داشته باشد که بیمار را، برای پیشگیری از سقوط، در تخت نگه دارند بیمار نیاز دارد که برای پیشگیری از عوارض استراحت مطلق در تخت و حفظ توان و قدرت فیزیکی، تحرک بیشتری داشته باشد.

✓ پیشگیری از سقوط تنها یکی از فعالیت هایی است که برای حفظ بیمار در برابر آسیب ها در طی اقامت وی در بیمارستان باید انجام شود. چگونه این اقدامات پیشگیرانه، در زمینه سقوط، تقویت شوند و همزمان اهمیت سایر اولویت های مراقبتی مثل کنترل عفونت حفظ گردند؟

✓ پیشگیری از سقوط یک فعالیت تیمی و چند جانبه است. نیاز است پرستاران، پزشکان، داروسازان، فیزیوتراپیست ها، کاردرمان ها، بیماراران و خانواده ایشان، با یکدیگر در این زمینه همکاری کنند. چگونه باید اطلاعات صحیح در مورد خطر سقوط بیمار در زمان مناسب در اختیار اعضا مناسب تیم، قرار گیرد؟

✓ فعالیت های پیشگیری از سقوط باید برای هر بیمار، اختصاصی باشد. هر بیمار مجموعه متفاوتی از ریسک فاکتورهای مرتبط با سقوط دارد. بنابراین مراقبت ها باید به طور اختصاصی برای هر بیمار تدوین و اجرا شود.

برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

- ۱- مراقبت‌های عمومی پیشگیری از سقوط شامل پروتکل راند برنامه ریزی شده.
- ۲- معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار موریس و معیار هامپی- دامپی
- ۳- برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است.
- ۴- مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط (RCA).

زمانی برنامه پیشگیری از سقوط موفقیت آمیز است که منطبق با دیگر اولویت های بیمار و بیمارستان باشد. اولین اولویت بیمارستان، مراقبت و درمان حاد، بیماری است. بیمار به دلیل بیماری به بیمارستان مراجعه می کند و هدف اصلی و اولیه وی از مراجعه، درمان آن بیماری است. بنابراین همیشه باید به این نکته توجه داشت که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط را با سایر اهداف و اقدامات درمانی که در بیمارستان به بیمار ارائه می شود هماهنگ کرد.

نکته کلیدی دیگری که باید به آن توجه داشت این است که پیشگیری از سقوط نمی تواند به تنهایی هدف برنامه پیشگیری از سقوط باشد. به عنوان مثال در تئوری، ما می توانستیم از تمام موارد سقوط با استفاده از مهار فیزیکی بیماران و عدم اجازه خروج از تخت، پیشگیری کنیم (در واقعیت ممکن است مهار فیزیکی از تمام موارد سقوط پیشگیری نکند). اما مهار فیزیکی بیماران، می تواند غیراخلاقی باشد و نشان دهنده مراقبت ضعیف است. هم چنین با استقلال بیمار در تضاد است و می تواند علت بروز تمام عوارض استراحت مطلق در تخت همانند تغییر در وضعیت بدنی بیمار، زخم فشاری، آسپیراسیون و ترمبوز وریدهای عمقی باشد. بنابراین منجر به اقامت طولانی تر در بیمارستان و سخت تر کردن امکان بهبودی بیمار شود. این مثال نشان می دهد که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط نیاز دارد که با هدف اصلی مراقبت از بیمار که بهبود عملکرد هر بیمار و خوب بودن وی است؛ هماهنگ شود. هم چنین هدف ما باید حفظ میزان سقوط و آسیب ناشی از آن در پایین ترین سطح ممکن باشد نه صفر کردن آن به هر قیمتی.

Pathophysiology and Care Protocols for Nursing Management, An Issue of Nursing Clinics,
Lynn C. Parsons & Maria A. Revel, Elsevier, 2015
Protocols to Prevent and Manage Patient Falls p 651-

* این مداخلات باید برای تمام بیماران صرف‌نظر از اینکه ریسک فاکتور سقوط داشته باشند یا خیر انجام شود.

۱- مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه آموزش به بیمار عبارتند از:

- ✓ بیمار و همراهان وی را به محیط بخش در بدو ورود آشنا کنید.
- ✓ به بیمار و همراهان وی در مورد نکات ایمنی پیشگیری از سقوط در زمان بستری در بیمارستان آموزش دهید.
- ✓ اهداف و نحوه استفاده از زنگ احضار یا CALL LIGHT را به بیمار توضیح دهید.
- ✓ از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب، برای بیماران استفاده کنید.
- ✓ به بیمار پرخطر آموزش دهید که برای انجام فعالیت‌های روزمره همانند بیرون آمدن از تخت و رفتن به دستشویی درخواست کمک کند.
- ✓ اهداف و نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی را در صورتی که مورد نیاز باشد، به بیمار و یا همراهان وی آموزش دهید.

۲- مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه ایمنی محیط عبارتند از :

- ✓ CALL LIGHT را در دسترس بیمار قرار دهید و بلافاصله به آن جواب دهید.
- ✓ وسایل شخصی بیمار را در محدوده ایمن دسترسی وی قرار دهید.
- ✓ تخت بیمار را در پایین‌ترین سطح ممکن در زمان استراحت بیمار به جز در مواقعی که پرسنل در کنار بیمار و مشغول فعالیت‌های مراقبتی هستند، قرار دهید.
- ✓ در زمانی که بیمار در تخت قرار دارد نرده‌های تخت بالا باشد.
- ✓ چرخ‌های تخت بیمارستانی در وضعیت قفل باشند.
- ✓ چرخ‌های ویلچر در صورتیکه در حالت سکون است، در وضعیت قفل باشند.
- ✓ فضای فیزیکی اتاق بیمار و بخش، مرتب و تمیز نگه داشته شود. دقت کنید که سیم‌ها یا اتصالات برق و سایر وسایل اضافه در مسیر حرکت بیمار نباشد.
- ✓ تمام سطوح کف بخش، تمیز و خشک باشد. در صورت خیس شدن یا لغزندگی بلافاصله سطح تمیز شود.
- ✓ در صورتی که بیمار عینک می‌زند؛ از در دسترس بودن آن و پوشیدن عینک توسط بیمار، قبل از خروج از تخت، مطمئن شوید.
- ✓ روش‌های جابجایی ایمن بیمار و تعدیل محیط برای انتقال ایمن بیمار را در صورت لزوم اجرا کنید.
- ✓ وضعیت سقوط بیمار در هر راند روزانه و در زمان گزارش پایان شیفت مد نظر قرار بگیرد و گزارش شود.

مداخلات رفتاری:

این مداخلات می تواند در بیماری که مبتلا به دمانس مغزی است برای پیشگیری از سقوط استفاده شود. با استفاده از دارو درمانی در این زمینه موفقیت کمی حاصل می شود. این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. محرک های شروع کننده رفتارهای پرخطرانه و یا رفتارهای وسواسی اجباری، همانند بعضی از داروهای خاص، زمان خاصی از روز، عفونت یا صدای بلند را شناسایی کنید و سعی کنید آن ها را در صورت امکان کم کنید.

بیمار را به منظور کمک به مدیریت رفتاری، برنامه ارتقا آگاهی بیمار، ارتقا هوشیاری و عملکرد بیمار و تعیین اینکه آیا نیاز به وسایل کمک حرکتی دارد و انتخاب نوع مناسب آن، به فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع دهید.

مداخلات مرتبط با اختلال حرکتی :

این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. کاهش تونیسسته ماهیچه، اختلال در حرکت و الگوی راه رفتن، شایعترین ریسک فاکتورهایی هستند که پیش گویی کننده خطر سقوط هستند.

- بیماران باید از دمپایی یا کفش های غیر لغزنده استفاده کنند. (می توان از دمپایی یا کفش با رنگ متمایز برای شناسایی آسان این بیماران استفاده کرد.)
- مشاوره فیزیوتراپی و کار درمانی برای ارزیابی و در صورت امکان درمان
- به بیمار آموزش دهید که به آرامی بلند شود.
- به حرکت در آوردن سریع و منظم بیماران پرخطر
- تکرار کردن آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراهانش
- کمک کردن به بیماران پرخطر هنگام انتقال
- استفاده منظم از وسایل کمک حرکتی همانند واکر، عصا، یا دیگر وسایلی که توسط فیزیوتراپ یا کار درمان پیشنهاد شده است.
- کمک به بیمار هنگام رفتن به سرویس بهداشتی به صورت منظم و برنامه ریزی شده
- استفاده از صندلی هایی که تکیه گاه دست دارند.
- استفاده از محافظ های هیپ برای بیمارانی که در خطر بالای شکستگی لگن هستند.
- استفاده از روشنایی کافی روز و شب جهت به حرکت در آوردن بیمار و انجام فعالیت های روزانه
- استفاده از صندلی های توالت که ارتفاع بالاتری دارند.
- استفاده از کمر بندهای مخصوص جهت به راه بردن و یا خارج کردن بیمار از تخت.

مداخلات محیطی:

مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید راندهای محیطی برای اطمینان از اینکه اتاق‌ها و راهروهای بخش‌ها روشنایی کافی دارند. سطوح غیر لغزنده، تمیز و مرتب باشند. درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند. میله‌ها و دستگیره‌های محافظ، محکم و فیکس باشند. میزها و صندلی‌ها سالم و محکم باشند. کارکنان واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید وسایل و تجهیزات کمکی را به صورت منظم مشاهده کنند. کارکنان پرستاری باید چیدمان اتاق بیمار را به گونه‌ای انجام دهند که خطر سقوط را به حداقل برسانند. تمام کارکنان باید مطمئن شوند که موقیت‌های غیر ایمن بلافاصله تعدیل می‌شوند. (به راند محیطی مراجعه کنید)

محافظ‌های لگن:

این نوع وسایل در بخش‌های بیمارستانی که اجرای احتیاطات شدید پیشگیری از سقوط و یا پیش پیوسته و از راه نزدیک مشکل باشد، قابل استفاده است. مثال‌های آن می‌تواند در بخش‌هایی همانند بخش‌های بازتوانی یا بخش‌های اعصاب و روان سالمندان کاربرد داشته باشد. استفاده از این وسایل منجر به کاهش شکستگی استخوان هیپ می‌شود اما منجر به کاهش سقوط نمی‌شود. اگرچه تنوع محافظ‌های لگن و تفاوت در تحمل بیماران، به عنوان مهم‌ترین موانع در انتخاب این نوع محافظ‌ها، به صورت یک جزء از برنامه احتیاطات استاندارد پیشگیری از سقوط، در نظر گرفته می‌شود.

استفاده از آیین‌های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهروها را از ایستگاه پرستاری می‌دهد.

استفاده از حس‌گرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می‌کند.

استفاده از آلام‌هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می‌کنند.

تخت:

در سالهای اخیر به منظور پیشگیری از سقوط تخت‌هایی ارائه شده‌اند که ارتفاع کم تری دارند. این تخت‌ها ویژگی‌های متعددی دارند اما باید قابلیت تنظیم داشته باشند و ۸ تا ۱۰ اینچ از کف زمین فاصله ایجاد کنند.

دیگر فاکتورهای محیطی:

یک مطالعه بر روی یک بیمارستان عمومی کوچک نشان داد که در صورتی که کف پوش اتاق‌ها از جنس چوب باشد میزان آسیب به دنبال سقوط کم تر خواهد بود.

مثال‌های دیگر مداخلات محیطی عبارتند از:

- ✓ خریداری تجهیزات کمک حرکتی مخصوص بزرگسالان
- ✓ استفاده از آیین‌های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهروها را از ایستگاه پرستاری می‌دهد.
- ✓ استفاده از حسگرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می‌کند.
- ✓ استفاده از آلام‌هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می‌کنند.
- ✓ استفاده از جوراب‌های ضد لغزش

پایش و مراقبت :

تمام بیمارانی که در بیمارستان های حاد بستری می شوند، نیازمند بررسی و ارزیابی مجدد در توالی های منظم از نظر خطر سقوط هستند. به دلیل احتمال تغییرات مداوم، بیماران باید به طور پیوسته از نظر خطر بروز سقوط، ارزیابی مجدد گردند؛ حتی اگر تصور شود که ممکن است بیمار جزء گروه پرخطر نباشد. ارزیابی مجدد به صورت روتین باید در هنگام هر تعویض شیفت، با یک تغییر در شرایط بالینی بیمار و به دنبال سقوط رخ دهد.

یادگیری مداوم و پیشرفت :

کمیته ایمنی مکانیسمی فراهم می کند که از سقوط، رویدادهای نزدیک به خطا یا دیگر رویدادهای ناخواسته، یاد بگیریم. این بررسی فوری شرایط، اجازه می دهد که رویدادهای مربوطه، همراه با افراد درگیر در آنها، شامل اعضای خانواده، مرور شود. این بررسی می تواند در کنار تخت بیمار انجام شود.

نکاتی که باید در کمیته ایمنی بررسی شوند عبارتند از :

- ۱- رویداد اتفاق افتاده
- ۲- ریسک فاکتورها
- ۳- آسیب
- ۴- اقدامات انجام شده در زمان سقوط
- ۵- برنامه عملیاتی برای آینده

پروتکل راند برنامه ریزی شده ساعتی بیماران در هر شیفت

پیش زمینه: انجام راند هدفمند ساعتی توسط پرسنل پرستاری، بهترین شیوه برای پیشگیری از سقوط در بین تمام روش های مورد استفاده است. همانگونه که گاهی اوقات به آن، نام راند ایمنی بیمار گذاشته می شود. این نوع راند یک استراتژی برای پایش تغییرات در شرایط بالینی بیمار است. هم چنین تحقیقات و منابع علمی جدید نشان داده اند که راند ساعتی بیمار می تواند به راند ایمنی و راحتی بیمار توسعه یافته و رضایتمندی و ایمنی بیمار با این دیدگاه ارتقا پیدا می کند. همچنین پرستاران و پرسنل بیمارستان، خستگی شغلی کمتری به دلیل کاهش تعداد موارد فراخوان و زنگ احضار در طی شیفت تجربه می کنند. تیم حرفه‌ای پرستاری، مسئولیت انجام چنین راندهایی را بین خود تقسیم می کنند و شیفت آرامتر و سازمان‌دهی شده‌تری را تجربه می کنند که زمان کافی برای چارت راند و آموزش به بیمار و همراهان در اختیار آنان قرار می دهد. راندهای ساعتی یک فرصت هستند برای اطمینان از اینکه احتیاطات استاندارد جهانی انجام شده است و نیازهای بیمار برطرف گردیده است. این راندها فعالیت های مرتبط با پیشگیری از سقوط را با دیگر مراقبتهای بیمار ادغام کنید.

نحوه استفاده از این ابزار :

پروتکل راند ساعتی را مرور کنید و آن را با محیط خاص بیمارستانی خود منطبق کنید. به عنوان مثال آیتم‌های مرتبط با معیار بررسی خطر سقوط (مورس یا هامپی دامپی) یا غربالگری وضعیت ذهنی بیمار را به آن اضافه کنید. این پروتکل می‌تواند توسط کارشناسان پرستاری، بهیاران، کمک بهیاران و یا پرستار اینچارج شیفت برای اطمینان از اجرای پروتکل‌های پیشگیری از سقوط، اجرا شود.

آیتم‌های زیر باید برای هر بیمار چک و انجام شود. زمان ورود به اتاق بیمار، حضور خود را به وی اعلام کنید و بیان کنید که برای انجام راند آمده‌اید.

۱	سطح درد بیمار را با استفاده از یک مقیاس درد استاندارد بررسی کنید (در صورتی که پرسنل بررسی کننده، کارشناس پرستاری نیست و بیمار هم درد دارد، موظف است فوراً درد بیمار را به پرستار وی اطلاع دهد).
۲	داروهای بیمار را در لیست بررسی توسط کارشناس پرستاری قرار دهید تا آنها را بررسی کند.
۳	نیازهای دفعی بیمار را بررسی کنید و به او در برطرف کردن آنها کمک کنید.
۴	چک کنید که آیا بیمار از دمپایی مناسب استفاده می کند (دمپایی یا کفش مخصوص و غیر لغزنده).
۵	چک کنید که ترمزهای تخت در وضعیت قفل قرارداشته باشند.
۶	تخت بیمارستان را در زمان استراحت بیمار در پایین ترین سطح ممکن قرار دهید. از بیمار بپرسید که آیا نیاز به تغییر وضعیت دارد؟ آیا وضعیت او در تخت راحت است؟
۷	مطمئن شوید که زنگ احضار پرستار و کلید لامپ در دسترس بیمار است و بیمار می‌تواند نحوه استفاده از آن را نشان دهد.
۸	تلفن را در دسترس بیمار قرار دهید.
۹	کنترل تلویزیون و دکمه چراغ خواب در دسترس بیمار باشد.
۱۰	میز کنار تخت را کنار تخت بیمار یا در عرض تخت و نزدیک بیمار قرار دهید.
۱۱	جعبه دستمال کاغذی و ظرف آب را در دسترس بیمار قرار دهید.
۱۲	سطل آشغال را در نزدیک تخت بیمار قرار دهید.
۱۳	قبل از ترک اتاق بیمار از او بپرسید که آیا مورد دیگری هست که نیاز باشد قبل از ترک اتاق آن را برای بیمار انجام دهید؟ به بیمار اطمینان دهید که زمانی که در اتاق او هستید فرصت برای انجام کارهای او را دارید.
۱۴	به بیمار بگویید که خود شما یا یکی دیگر از اعضای تیم پرستاری در یک ساعت بعدی برای انجام راند مجدد به اتاق او خواهد آمد.

ابزار تامین کننده ایمنی محیط اطراف تخت بیمار

پیش زمینه : ایمنی محیط برای پیشگیری از سقوط کلیدی است.

Adapted from AHRQ publication on the Falls Management Program for nursing homes.

Available at: www.ahrq.gov/research/lrc/fallspdx/fallspdxmanual.htm.

نحوه استفاده از این ابزار :

این ابزار حاوی یک چک لیست مشاهده ای است که باید توسط مسئول واحد و مهندس فنی بیمارستان به منظور شناسایی و حل مشکلات و مسائل مربوط به ایمنی اتاق های بیمارستان تکمیل شود. فرایند مشاهده به گونه ای طراحی شده است که اتاق به اتاق و تخت به تخت انجام شود.

از نتایج به دست آمده از این فرایند مشاهده برای تعیین اینکه کدام آیتم ها نیاز به توجه توسط پرسنل پرستاری دارند و کدام نیاز به حفظ یا تعویض توسط واحد فنی دارند ، استفاده می شود. راهنمای بیشتر برای مهندسين جهت حفظ و یا تعمیر در آدرس زیر قابل دسترس است.

www.ahrq.gov/research/lrc/fallspdx/fallspdxmanapd.htm.

چک لیست بررسی ایمنی محیط و تجهیزات:

نام واحد، تاریخ، و شماره اتاق را در خط بالا بنویسید. شماره تخت به عدد یا حرف الفبا را در سطر دوم بنویسد و آن را امضا کنید.

واحد	تاریخ	شماره اتاق	۱	۲	۳	۴	مشخص شده برای	توضیحات
امضا	شماره تخت							
1- مسیر	تجهیزات غیر قابل استفاده را خارج کنید.							
	در صورت عدم استفاده، کمد ها را خارج کنید.							
	با اجازه از بیمار چیدمان اتاق را برای پاکسازی مسیر، تغییر دهید.							
	میز کنار تخت را کنار تخت یا در عرض تخت بیمار قرار دهید.							
	تجهیزات غیر قابل استفاده را از دستشویی و حمام خارج کنید و در جای دیگری انبار کنید.							
2- صندلی و مبلمان	سیم های الکتریکی همانند تلویزیون و تلفن را خارج از مسیر قرار دهید.							
	تخت را در وضعیت قفل قرار دهید.							
	تخت ناپایدار و خراب را با یک تخت سالم جایگزین کنید.							

												تخت را به سمت دیوار هدایت کنید (کدهای آتش نشانی را چک کنید)
												تمام صندلی ها و مبلمان های سبک وزن یا ناپایدار را از اتاق خارج کنید.
												قفل های چرخ تخت ها را تمیز، تعمیر و در صورت شکستگی تعویض کنید.
												صندلی و مبلمان های ناپایدار را تعمیر کنید.
												میله های ایمنی دستشویی و حمام را در صورتی که شل هستند، محکم کنید.
												قسمت لاستیکی کمد های کنار تخت در صورت فرسودگی تعمیر شود؟
												قسمت پلاستیکی میله های فلزی که در راهروها هستند در صورت فرسودگی تعمیر شوند.
												قسمت نشیمنگاه توالت فرنگی را در صورتی که بالا آمده و جدا شده است به قسمت زیرین آن متصل کنید.
												۳- دسترسی سریع و آسان چیدمان اتاق را به گونه ای انجام دهید که بیمار به تجهیزات مورد نیازش دسترسی داشته باشد. (مثلا واکر در دسترس بیمار باشد.)
												کف پوش اتاق در صورت شکستگی یا فرسودگی تعمیر یا تعویض شود.
												۴- کف اتاق کناره های کف پوش در صورت بالا آمدن، شکستگی یا کنده شدگی را تعویض کنید.
												۵- روشنایی اتاق لامپ های سوخته یا چشمک زن را تعویض کنید و از لامپهای با ولتاژ بالا استفاده کنید.
												سیم های لامپ شکسته شده را تعویض کنید.
												۶- تجهیزات ویلچر ها را بررسی کنید.
												عصای نیازمند به تعمیر وجود دارد؟
												واکر نیازمند به تعمیر وجود دارد؟

معیار ارزیابی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

امتیاز	معیار	عوامل خطر
۰	ندارد	سابقه سقوط
۲۵	دارد	
۰	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	تشخیص ثانویه
۱۵	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	
۰	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود.	وسایل کمک حرکتی
۱۵	استفاده بیمار از عصا و واکر	
۳۰	بیمار هنگام راه رفتن از اناثیه (کمد ، صندلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد.	
۰	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی (آگاه به تواناییها و محدودیت‌های حرکتی خود)	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در تواناییها / فراموش کردن محدودیتها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر

ریسک متوسط	۴۴۵۲۵
ریسک کم	۲۴۵۰

راهنمای مداخلات بر اساس معیار مورس

توجه داشته باشید که ممکن است این معیار در بعضی از شرایط بالینی نتواند ریسک فاکتورهای سقوط را تعیین کند بنابراین در صورتی که پس از محاسبه معیار مورس بیمار در گروه کم خطر قرار گرفت پرستار باید از قضاوت بالینی خود بهره بگیرد که آیا این بیمار واقعا در گروه کم خطر است یا خیر؟ در صورتی که پاسخ پرسش بالا مثبت نباشد باید بیمار را در گروه پرخطر در نظر بگیرد و تمهیدات لازم را بر اساس ریسک فاکتور شناسایی شده انجام دهد.

چه زمانی باید با استفاده از معیار مورس خطر سقوط در بیمار را بررسی کرد؟

-در هنگام پذیرش یا انتقال بیمار

-به صورت روتین (روزانه)

-بعد از وقوع رویداد سقوط

-در زمان تغییر شرایط بالینی بیمار

سابقه سقوط:

۰	ندارد	آیا سابقه سقوط در سه ماه گذشته وجود دارد؟
۲۵	دارد	

در صورت مثبت بودن ، پرسش های زیر را مرور کنید:

- آیا سابقه آسیب به دنبال سقوط قبلی وجود دارد؟

بلی آسیب بدون شکستگی

بلی آسیب همراه با شکستگی (در این صورت موارد زیر را بررسی و ثبت کنید).

محل شکستگی : استخوان لگن..... مچ دست شانه سایر اعضا

دیگر موارد مرتبط با سابقه سقوط

اقدامات پیشگیرانه:

- نیاز برای کمک در انتقال و تحرک بیمار را اجباری کنید.
- با استفاده از یک نشانگر، این مورد را اطلاع رسانی کنید.
- به پرسنل شرایط سقوط قبلی بیمار را اطلاع رسانی کنید.
- به بیمار و همراهان ایشان آموزش دهید که بیمار در خطر سقوط مجدد است.

تشخیص ثانویه

۰	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	تشخیص ثانویه:
۱۵	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	آیا بیمار از چندین دارو برای درمان بیماری های متعدد خود استفاده می کند؟

آیا بیمار دارویی مصرف می کند که خطر سقوط یا خطر آسیب ناشی از سقوط را افزایش دهد؟ (جدول زیر نمونه ای از این داروهاست اما توجه داشته باشید که فقط محدود به این داروها نمی شود).

سایکوتروپیک	مسکن
داروهای ضد هایپرتانسیون	مخدر
ضد افسردگی ها	خواب آور
ضد انعقاد ها	آنالژیک
دیگر...	دیورتیک

اقدامات پیشگیرانه

- به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از تشخیص های پزشکی بر اجرای دستورالعمل های پزشکی، نظارت بیشتری اعمال کنید.

- در حضور بیمار و یا همراهش داروهای وی را مرور کنید و با ذکر علت، خطرات اختصاصی هر دارو در رابطه با سقوط را برای ایشان توضیح دهید.
- وضعیت تعادل بیمار را ارزیابی کنید.
- راند نظارتی را در یکی از توالی‌های زیر بر اساس دستورالعمل انجام دهید: هر ۱۵ دقیقه یک بار / هر ۳۰ دقیقه یک بار / هر یک ساعت یک بار
- بیمار را تشویق به رفتن به دستشویی کنید قبل از اینکه داروهای پر خطر از نظر ریسک سقوط را دریافت کند.

وسایل کمک حرکتی

آیا به صورت پایه بیمار از وسایل و تجهیزات کمک حرکتی برای راه رفتن و فعالیت استفاده می‌کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ امتیاز ۱۵ به بیمار تعلق می‌گیرد.

عصا	عصای چهار پایه ای	واکر چرخ دار	واکر استاندارد	دیگر-----
-----	-------------------	--------------	----------------	-----------

در صورتی که بیمار نیاز به وسایل کمک حرکتی داشته باشد اما از آن استفاده نکند و به جای آن از اشیا دیگر همانند کمد و صندلی یا پایه سرم و... استفاده می‌کند به دلیل اینکه استفاده از این وسایل نسبت به وسایل کمک حرکتی استاندارد، خطر سقوط را بیشتر افزایش می‌دهند. بنابراین امتیاز ۳۰ به بیمار تعلق می‌گیرد.

قدامات پیشگیرانه

- به بیمار کمک کنید که از وسیله کمک حرکتی به صورت ایمن استفاده کند.
- مشخص کنید که آیا بیمار به وسیله کمک حرکتی در هر زمان دسترسی ایمن دارد؟
- بیمار را به فیزیوتراپ ارجاع دهید.


منابع درمانی وریدی یا هیپارین لاک

۰	ندارد	آیا بیمار هیپارین لاک ، سالین
۲۰	دارد	لاک یا سرم وریدی دارد؟

قدامات پیشگیرانه

- به بیمار و همراهانش در مورد خطر ست های سرم به عنوان یک وسیله خطرناک که ممکن است باعث گیرکردن پای بیمار در آن و افتادنش شود وهم چنین اثرات هر دارو ، آموزش دهید .
- پایه سرم را در سمتی که بیمار می خواهد از تخت خارج شود قرار دهید.
- در صورتی که مشاهده می کنید بیمار از پایه سرم برای راه رفتن کمک می گیرد . واکر در اختیار وی قرار دهید و هنگام خروج از تخت توسط یک نفر همراهی و کمک شود.
- وضعیت تعادل مایعات در بیمار و هایپوتانسیون را بررسی کنید.
- به بیمار محدودیت های فیزیکی اش را یاد آوری کنید.
- در صورتی که بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری اورژانسی باشد. برنامه منظم دفع ادرار برای وی تنظیم کنید.

انگوی گام برداشتن و حرکتی

	<input type="checkbox"/> خیر : طبیعی <input type="checkbox"/> خیر: استراحت در تخت یا بی تحرک(قادر به راه رفتن یا انتقال و جابه جایی بر روی ویلچر نیست) <input type="checkbox"/> خیر : از وسایل ایمن جهت انتقال بیمار استفاده می شود.(بالا بر) <input type="checkbox"/> به خوبی بر روی ویلچر می نشیند.	<p>آیا بیمار در راه رفتن و یا انتقال از تخت مشکل دارد؟</p> 
۱۰	<input type="checkbox"/> بلی: ضعیف شده : بیمار ممکن است بتواند گام بردارد .ممکن است هنگام راه رفتن تلو تلو بخورد. اما سرش را می تواند بالا نگه داردو تعادلش را از دست نمی دهد. برای بلند شدن یا راه رفتن نیاز دارد که به اشیا تکیه کند.	
۲۰	<input type="checkbox"/> بلی : مختل شده : برای بلند شدن از روی صندلی یا ویلچر مشکل دارد. هنگام راه رفتن نمی تواند سرش را بالا نگه دارد.تعادلش را به آسانی از دست می دهد. برای بلند شدن یا راه رفتن محکم پرستار یا اشیا را می گیرد . <input type="checkbox"/> بلی : مختل شده : بیمار توانایی فیزیکی خروج از تخت ندارد اما بیقرار است و ممکن است خودش را از تخت پرت کند.	

اقدامات پیشگیرانه

- به بیمار در جابه جایی کمک کنید: به بیمار یادآوری کنید که قبل از تلاش برای خروج از تخت ، اطلاع دهد.
- از یک کمربند جهت کمک کردن به راه رفتن بیمار (Gait belt) و یک تکنیک جابه جایی ایمن برای کمک به وی استفاده کنید.
- از یک سمت خروج ایمن برای خروج بیمار از تخت استفاده کنید.
- هنگام خروج بیمار از تخت مطمئن شوید که دمپایی غیر لغزنده پوشیده است.
- به بیمار در رفتن به دستشویی کمک کنید.
- با بیمار در دستشویی بمانید.
- در صورتی که بیمار نیاز داشته باشد به او وسایل انجام دستشویی در تخت بدهید. (همانند ظرف ادرار یا بدپن)
- اگر بیمار یک مشکل جدید در راه رفتن یا خروج از تخت پیدا کرده است که بر روی عملکرد حرکتی وی تاثیر گذاشته است برای ارزیابی بیشتر، مشاوره فیزیوتراپی درخواست شود.

وضعیت روانی - ذهنی

۰	<input type="checkbox"/> طبیعی : به توانایی های خود آگاه است و محدودیت های خود را می شناسد	وضعیت روانی - ذهنی بیمار چگونه است ؟
۱۵	<input type="checkbox"/> توانایی های خود را بیشتر از میزان واقعی برآورد می کند و یا محدودیت های خود را فراموش می کند.	

اقدامات پیشگیرانه

- اقدامات مرتبط با ایمنی را مجدد آموزش دهید و یادآوری کنید.
- بیمار را به اتاق نزدیک ایستگاه پرستاری انتقال دهید.
- تخت یا صندلی ها را مجهز به سیستم احضار پرستار برای درخواست کمک کنید.
- فعالیت های جایگزین برای بیمار در نظر بگیرید.

➤ همراه بیمار را تشویق کنید که با بیمار بماند.

هم چنین در صورت مشاهده ، موارد زیر به عنوان ریسک فاکتورهای سقوط در گزارش پرستاری ثبت شود.

اختلال در بینایی یا شنوایی

ابتلا به عفونت

تکرر ادرار

افت فشار خون وضعیتی، سرگیجه

ضعف ماهیچه و عدم تعادل / اختلال در راه رفتن

دلیریوم

درد

داروهایی که خطر سقوط را به تنهایی افزایش می دهند.

اقدامات پیشگیرانه

➤ دیگرعلایم حیاتی ارتوستاتیک در بیمار چک شود.

➤ اگر بیمار به دلیل سقوط بستری شده است یا در طی این بستری دچار سقوط شده است ، یک پتوی زرد رنگ بر روی بیمار

قرار دهید، و یا یک کارت زردرنگ بردرب ورودی اتاق بیمار نصب کنید و از دستبند شناسایی زرد رنگ استفاده کنید. به بیمار و

خانواده وی آموزش دهید که بیمار در خطر بالای سقوط است و این رنگ زرد به همه کادر درمان این هشدار را می دهد که این بیمار در خطر بالای سقوط است.

➤ نرده های کنار تخت بیمار را مدیریت کنید

مثال بالینی

یک خانم ۲۴ ساله در بخش مراقبت های ویژه با تشخیص شوک سپتیک بستری شده است. تا این زمان سابقه سقوط نداشته است. سابقه ابتلا به بیماری خاص یا مصرف دارو ندارد. بیمار ونتیله و خواب است. استراحت مطلق در تخت دارد. و بیحرکت است. چندین سرم دریافت می کند. هوشیاری کمی دارد اما بیحرکت و آرام است.

امتیاز مورس

سنجه	امتیاز
سابقه سقوط	۰
تشخیص ثانویه	۰
وسایل کمک حرکتی	۰
مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک	۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	۰
وضعیت روانی - ذهنی	۰

مثال بالینی

یک خانم ۲۴ ساله به بخش مراقبت های ویژه با تشخیص شوک سپتیک بستری شده است. تا این زمان سابقه سقوط نداشته است. سابقه ابتلا به بیماری خاص یا مصرف دارو ندارد. بیمار ونتیله و بیدار است. استراحت مطلق در تخت دارد. چندین سرم دریافت می کند. بیقرار است ، تلاش می کند که از تخت خارج شود. دلیریوم دارد.

امتیاز مورس

سنجه	امتیاز
سابقه سقوط	۰
تشخیص ثانویه	۰
وسایل کمک حرکتی	۰

۲۰	مایع درمانی وریدی یا هیپارین لاک
۲۰	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۵	وضعیت روانی = ذهنی

مثال بالینی

یک آقای ۸۲ ساله با سابقه ابتلا به دیابت نوع دو که به دلیل درد قفسه سینه و آنژین بستری شده است. در هنگام بستری بیمار به زمان ، شخص و مکان آگاه است. بیمار مانیتورینگ قلبی می شود و هیپارین لاک دارد. با این که پرستار بیمار مشاهده می کند که بیمار نیاز به کمک برای خروج از تخت دارد، در حین مصاحبه زمان پذیرش بیمار بیان می کند که با کمک عصا راه می رود . برای راه رفتن و خروج از تخت نیاز به کمک ندارد. بعد از چند سؤال بیمار بیان می کند که تاکنون چندین بار دچار سقوط شده است. که آخرین بار دو ماه پیش بوده است. اما آسیبی ندیده است. زمانیکه پرستار به بیمار کمک می کند تا به سرویس بهداشتی برود متوجه می شود که بیمار در ابتدا هنگام خروج از تخت نیاز دارد که از میز کنار تخت و دیگر اثاثیه موجود برای خروج از تخت کمک بگیرد. و لازم است که به وی یاد آوری کند که باید با کمک عصا راه برود. زمانیکه به او عصا می دهند به کمک عصا قدم های کوتاه ولی مستقیم بر می دارد.

سنجه	امتیاز
سابقه سقوط	۲۵
تشخیص ثانویه	۱۵
وسایل کمک حرکتی	۳۰

۲۰	مایع درمانی وریدی یا هیپارین لاک
۱۰	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۵	وضعیت روانی - ذهنی

بررسی بیمار پس از سقوط

هشدار: افزایش خطر خونریزی داخل جمجمه در بیماران مسن، بیماران تحت درمان با داروهای ضد انعقاد، و اختلالات انعقادی شناخته شده و بیماران الکلی وجود دارد. همچنین ممکن است علایم آسیب مغزی به صورت تاخیری و ۲۴ ساعت بعد از آسیب ایجاد شود.

با سر به زمین نخورده است	با سر به زمین خورده است یا سقوط بدون شاهد است.
<ul style="list-style-type: none"> • بلافاصله وضعیت آسیب به تمام نواحی درگیر را بررسی کنید. • وضعیت گردش خون قلبی، راه هوایی، و تنفسی بیمار را براساس پروتکل بیمارستان بررسی کنید. • درخواست کمک کنید. در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید. • بیمار را تازمانی که مطمئن شوید حرکت دادن وی از نظر ایمنی مشکلی ندارد حرکت ندهید مهره های گردن را معاینه کنید. در صورتی که اندیکاسیون آسیب به ستون فقرات وجود دارد حرکت ندهید. به جای حرکت دادن بیمار، مهره های گردن را بی حرکت کنید و به پزشک معالج بیمار فوراً اطلاع دهید. • بر اساس معیار گلاسکو، سطح هوشیاری بیمار را چک کنید. • تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه را آغاز کنید. به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید. 	<ul style="list-style-type: none"> • بلافاصله وضعیت آسیب به تمام نواحی درگیر را بررسی کنید. وضعیت گردش خون قلبی، راه هوایی، و تنفسی بیمار را بر اساس پروتکل بیمارستان بررسی کنید. • درخواست کمک کنید. در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید. • بیمار را تازمانی که مطمئن شوید حرکت دادن وی از نظر ایمنی مشکلی ندارد حرکت ندهید. مهره های گردن را معاینه کنید. در صورتی که اندیکاسیون آسیب به ستون فقرات وجود دارد حرکت ندهید. به جای حرکت دادن بیمار، مهره های گردن را بی حرکت کنید و به پزشک معالج بیمار فوراً اطلاع دهید. • تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه

<ul style="list-style-type: none"> • به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند. 	<p>را آغاز کنید. به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید</p> <ul style="list-style-type: none"> • به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند.
<p style="text-align: center;">اقدامات بعدی :</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاهدات وضعیت نورولوژیکی بیمار شامل امتیاز معیار گلاسکو کما، بررسی علائم نشان دهنده سکنه مغزی، تغییر در سطح هوشیاری بیمار، سردرد، فراموشی amnesia یا استفراغ. • علائم حیاتی بیمار را برای به دست آوردن یک مبنا چک کنید. (فشارخون، ضربان قلب، تعداد تنفس، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون). • تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید. • به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید. • در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید. • تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد انجام دهید همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی، نوار قلب و سی تی اسکن. • فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید. • آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید. 	<p style="text-align: center;">اقدامات بعدی :</p> <ul style="list-style-type: none"> • علائم حیاتی بیمار را چک کنید (فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس ، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون). • تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید. • به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید. • در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید. • تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد، انجام دهید همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی • فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید. • آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید.

پایش بیمار

پایش بیمار و تحت نظر قرار دادن وی را حداقل هر ۴ ساعت یک بار تا ۲۴ ساعت و یا بر اساس نیاز انجام دهید.

پایش بیمار

- علایم حیاتی بیمار و نتایج پایش نورولوژیک بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار ثبت کنید و سپس آن ها را مرور کنید.
- پایش بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار تا ۲۴ ساعت ادامه دهید و سپس در صورت نیاز انجام دهید.
- در صورتی که هرگونه تغییری در وضعیت بیمار ایجاد شد بلافاصله به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید.

بررسی وضعیت سقوط برای تعیین علت های ریشه ای رویداد:

۱- توصیف بیمار یا شاهد ماجرا از نحوه رویداد سقوط:

۱-۱: آیا شما می توانید نحوه سقوط خود را به یاد آورید؟

بلی----- خیر----- بیمار نمی تواند پاسخ قابل اعتماد بدهد.

۱-۲: آیا رویداد سقوط شاهد دیگری هم داشته است؟

بلی توسط-----

خیر یا نمی داند (در صورتی که پاسخ قابل قبول توسط بیمار یا شاهد ماجرا وجود ندارد به قسمت ۲ بروید).

۱-۳: محل سقوط کجا بوده است؟

--- حمام یا دستشویی

--- اتاق

--- راهرو

--- موارد دیگر، توضیح دهید.

۱-۴: در زمان سقوط شما در حال چه کاری بودید؟

--- به یاد نمی آورد

--- در حال خارج شدن از تخت

--- در حال تلاش برای برداشتن یک وسیله

--- در حال خارج شدن یا وارد شدن به تخت برای رفتن به سرویس بهداشتی

--- در حال خارج شدن یا وارد شدن به تخت به هر دلیلی

--- در حال بلند شدن از و یا نشستن بر روی صندلی

--- در حال نشستن یا بلند شدن از روی توالت فرنگی

--- در حال استفاده از سینک ، دوش، صندلی یا توالت فرنگی

--- در حال پوشیدن یا بیرون آوردن لباس

--- موارد دیگر، شرح دهید.

۱-۵: فکر می کنید به چه دلیل سقوط رخ داده است ؟

--- نمی داند، به خاطر نمی آورد

--- اخیرا یکی از پاها قطع شده است

--- لیز خورده است

--- دچار سرگیجه، احساس سبکی در سر یا تیره شدن بینایی شده است.

--- دچار ضعف در دست ها یا پاها شده است.

--- تلاش داشته است که بنشیند اما لیز خورده است.

--- تعادلش را از دست داده است

--- پای بیمار در ست سرم ، لوله ها یا لباس ها گیر کرده است.

--- تخت یا صندلی قفل نبوده است.

--- موارد دیگر ، شرح دهید.

بررسی سیستم ذهنی و فیزیکی بیمار به صورت خلاصه :

پرسشنامه کوتاه بررسی وضعیت ذهنی:

پرسش	پاسخ	خطاها ؟
تاریخ تولد شما به تفکیک روز ، ماه و سال چیست ؟		
امروز کدام روز از هفته است؟		
نام این مکان چیست؟		
شماره تلفن چند است؟		
چند سالتان هست ؟		
در کدام شهر به دنیا آمده اید؟		
نام رئیس جمهور فعلی چیست ؟		
نام رئیس جمهور فعلی چیست ؟		
نام خانوادگی مادرت چیست ؟		
آیا می توانید از ۲۰ تا ۳ به صورت برعکس (۲۰-۱۹-۱۸و...) بشمارید .		

پاسخ اشتباه در هر یک از این قسمت ها باید به عنوان خطا در نظر گرفته شود.

جمع خطاها :.....

امتیاز بندی:

۲-۰ خطا : عملکرد طبیعی مغز

۴-۳ خطا : اختلال شناختی خفیف

۷-۵ خطا : اختلال شناختی متوسط

۸ خطا یا بیشتر : اختلال شناختی شدید

پروتکل اندازه گیری علایم حیاتی ارتوستاتیک (تغییر وضعیتی)

۱- بررسی علایم حیاتی ارتوستاتیک می تواند برای ارزیابی بیمارانی که در خطر هایپوولمیا هستند (به دلیل استفراغ، اسهال، خونریزی)، سنکوپ داشته اند یا نزدیک به سنکوپ بوده اند (سرگیجه، غش) یا در خطر سقوط هستند کاربرد داشته باشد. یک تغییر قابل ملاحظه در علایم حیاتی همراه با تغییر در وضعیت بیمار پیام دهنده این است که خطر سقوط افزایش یافته است.

بررسی علایم حیاتی ارتوستاتیک در بیماران زیر اندیکاسیون ندارد:

- کسانی که هایپوتانسیون در وضعیت خوابیده به پشت (supine) دارند.
- کسانی که در وضعیت نشسته فشار خون کمتر از ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه دارند.
- کسانی که ترمبوز وریدی عمقی حاد دارند.
- کسانی که سندروم بالینی شوک را نشان می دهند.
- کسانی که وضعیت ذهنی به شدت مختل شده دارند.
- کسانی که احتمالاً دچار آسیب های نخاعی شده اند.
- کسانی که مبتلا به شکستگی های اندام تحتانی یا لگن هستند.
- قابلیت و توانایی خروج از تخت ندارند.

علایم بالینی ارتوستاتیک (فشار خون، نبض و علایم بالینی) برای بیمار درحالی که بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار دارد و زمانی که در وضعیت ایستاده است ، بررسی و ثبت شود. در صورتی که بیمار قادر به ایستادن نیست، بررسی علایم حیاتی ارتوستاتیک در حالی که بیمار نشسته است و پاهایش آویزان است بررسی شود.

تجهیزات:

- وسایل اندازه گیری فشار خون به روش غیر تهاجمی
- کاف فشار خون در اندازه مناسب برای بیمار

روش اجرایی:

- ۱- به بیمار در مورد روش اندازه گیری فشارخون ارتوستاتیک و دلایل آن آموزش دهید.
 - ۲- توانایی بیمار جهت ایستادن را از طریق پرسش از بیمار و اخذ گزارش شفاهی و مشاهده بررسی کنید.
 - ۳- بیمار در تخت در حالیکه سر وی صاف و در راستای بدن وی حداقل به مدت ۳ دقیقه و ترجیحاً ۵ دقیقه قرار دهید.
 - ۴- فشار خون و نبض بیمار را در حالی که به پشت خوابیده است اندازه گیری کنید.
 - ۵- به بیمار آموزش دهید که به مدت یک دقیقه بنشیند.
- ✓ از بیمار در مورد علایمی چون سرگیجه، ضعف یا تغییرات بینایی مرتبط با تغییر وضعیت بپرسید. به تعریق یا رنگ پریدگی پوست وی توجه کنید.
- ✓ فشارخون و نبض بیمار در حالت نشسته را اندازه گیری کنید.
- ✓ در صورتی که بیمار علایمی مرتبط با تغییر وضعیت داشت یا فشار خون وی کمتر از ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه باشد. بیمار را به تخت برگردانید.

۶- از بیمار بخواهید که بایستد.

✓ از بیمار در مورد علایمی چون سرگیجه، ضعف یا تغییرات بینایی مرتبط با تغییر وضعیت بپرسید. به تعریق یا رنگ پریدگی پوست وی توجه کنید.

✓ در صورتی که بیمار قادر به ایستادن نیست از وی بخواهید که صاف بنشیند و پاهایش را از لبه تخت آویزان کند.

✓ در صورتی که بیمار غش کند یا حالتی نزدیک به غش کردن داشته باشد به وی اجازه دهید که به تخت برگردد و به پشت دراز بکشد.

۷- فشار خون و نبض بیمار را بلافاصله پس از ایستادن چک کنید و سپس ۳ دقیقه بعد از ایستادن نیز تکرار کنید. هنگام اندازه‌گیری فشار خون برای اجتناب از نتیجه غلط بازوی بیمار را در سطح قلب وی نگه دارید.

۸- به بیمار کمک کنید تا به تخت برگردد و در یک وضعیت راحت قرار گیرد.

۹- علایم حیاتی بیمار و دیگر مشاهدات خود را در گزارش پرستاری ثبت کنید. به تمام اندازه‌های ثبت شده و وضعیتی که بیمار در آن قرار داشته است توجه و ثبت کنید.

ارزیابی :

۱- کاهش بیشتر از ۲۰ میلی‌متر جیوه در فشار خون سیستولیک یا بیشتر از ۱۰ میلی‌متر جیوه در فشار خون دیاستولیک بعد از سه دقیقه ایستادن به معنی هایپوتانسیون ارتوستاتیک است.

۲- افزایش حداقل ۳۰ ضربه در دقیقه به نبض بعد از ۳ دقیقه ایستادن ممکن است نشان دهنده هایپوولمیا باشد؛ بدون اینکه الزاماً بیمار پارامترهای هایپوتانسیون ارتوستاتیک داشته باشد.

۳- کاهش فشار خون بلافاصله پس از ایستادن بیمار که فوراً برطرف می‌شود نشان دهنده هایپوتانسیون ارتوستاتیک نیست و می‌تواند توجیه‌کننده سرگیجه بیمار باشد اما لازم است که به بیمار آموزش داده شود که هنگام برخاستن و تغییر وضعیت احتیاط کند.

۴- تمام یافته‌های فوق شامل نتایج اندازه‌گیری فشارخون و نبض و اینکه بیمار تعریق، رنگ پریدگی یا احساس ضعف و غش را تجربه کرد یا خیر را، به پزشک بیمار گزارش دهید.

۵- گاهی اوقات تشخیص اینکه آیا بیمار هایپوتانسیون ارتوستاتیک دارد فقط با اندازه‌گیری فشارخون و نبض در یک زمان از روز سخت است. اگر بیمار علایم هایپوتانسیون ارتوستاتیک را نشان نمی‌دهد اما از سبکی سر یا سرگیجه شکایت می‌کند اندازه‌گیری فشار خون و نبض را در زمان شکایت بیمار و یا ۲ ساعت بعد از غذا انجام دهید.

مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم

پیش زمینه: در مورد بیمارانی که مبتلا به اختلالات ذهنی هستند، به دلیل وجود این اختلال، به عنوان یک ریسک فاکتور برای سقوط، به ارزیابی بیشتر بیمار نیاز است. مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم، به منظور کمک برای تعیین اینکه آیا بیمار دلیریوم دارد طراحی شده است.

منابع :

Digit Span: Scoring guidelines from Montreal Cognitive Assessment are available at the Veterans Affairs (VA) Web page for the National Parkinson's Disease Research, Education, and Clinical Center & VA PD Consortium, www.parkinsons.va.gov/consortium/moca.asp.

Short Portable Mental Status Questionnaire: Adapted from (1) Hospital Elder Life Program and (2) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.

Confusion Assessment Method: Adapted from Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941-8.

دستورالعمل استفاده از این ابزار:

یک ارزیابی مناسب از وضعیت دلیریوم احتیاج به انجام تست‌های استاندارد و مشاهده مستقیم رفتار بیمار دارد. انجام پرسشنامه بررسی وضعیت ذهنی بیمار اطلاعاتی می‌تواند فراهم کند که در بررسی وضعیت گیجی بیمار¹، Digit Span Test مورد استفاده قرار گیرد. دستورالعمل استفاده از هر یک از این تست‌ها در پایین شرح داده شده است.

این ابزار باید در هر بیماری که وضعیت ذهنی وی در هنگام پذیرش یا انتقال به یک بخش، نامشخص باشد، یا کسانی که وضعیت ذهنی آنها به طور حاد و ناگهانی پایین آمده است، استفاده شود. این تست به شما امکان می‌دهد که تعیین کنید آیا بیمار مبتلا به دلیریوم شده است و در نتیجه به تست‌های بیشتر برای ارزیابی دلیریوم احتیاج دارد. پزشکان و کارشناسان پرستاری می‌توانند این بررسی را انجام دهند. اما به آموزش نیاز دارند. آموزش به ویژه برای افتراق بین دلیریوم و علائم رفتاری ناشی از دمانس اهمیت دارد.

Digit Span Test پزشک یا پرستار خطاب به بیمار: هم اکنون من چند عدد را می‌خوانم. لطفاً آن‌ها را بعد از من تکرار کنید. (اعداد را با سرعت هر عدد در یک ثانیه بیان کنید).

شمارش مستقیم

پاسخ بیمار	پرستار یا پزشک
_____ - _____ - _____	۱-۹-۲
_____ - _____ - _____ - _____	۴-۷-۵-۳
_____ - _____ - _____ - _____	۷-۲-۹-۱-۶

پزشک یا پرستار خطاب به بیمار: هم اکنون من می‌خواهم چند عدد را بخوانم. لطفاً این بار آنها را از آخر به اول بعد از اتمام شمارش من تکرار کنید. به عنوان مثال من اگر گفتم ۴ و ۶ شما باید بگویید ۶ و ۴. (اعداد را با سرعت هر عدد در یک ثانیه بیان کنید).

شمارش معکوس

پاسخ بیمار	پرستار یا پزشک
_____ - _____ - _____	۲-۴-۷
_____ - _____ - _____ - _____	۴-۸-۳-۵

امتیاز دهی: بیمار در شرایط طبیعی باید قادر باشد ۵ عدد را در جهت شمارش مستقیم و ۳ عدد را در جهت معکوس تکرار کند. ناتوانی در انجام آن نشان دهنده یک نتیجه غیر طبیعی است.

پرسشنامه اختصاری بررسی وضعیت ذهنی

خطا؟	پاسخ			پرسش
	روز	ماه	سال	
				تاریخ امروز را به روز، ماه و سال بیان کنید.
				امروز چند شنبه است؟
				اینجا کجاست؟
				شماره تلفن تان چند است؟
				چند سالتان است؟
				تاریخ تولدتان چند است؟
				رئیس جمهور فعلی کیست؟
				رئیس جمهور قبلی چه کسی بود؟
				نام خانوادگی مادرتان چیست؟
				آیا می‌توانید از ۲۰ به صورت برعکس تا سه رقم بشمارید؟

پاسخ اشتباه در هر قسمت باید به صورت خط امتیاز بندی شود.

امتیاز کل خطاها -----

امتیاز بندی :

۰-۲ خطا: عملکرد طبیعی ذهنی

۳-۴ خطا: اختلال ذهنی خفیف

۵-۷ خطا: اختلال ذهنی متوسط

تعداد ۸ یا بیشتر خطا: اختلال ذهنی شدید

توجه: اگر بیمار تحصیلات بالاتر از سطح دبیرستان داشته باشد به تعداد خطاهای شمرده شده برای امتیازدهی یک خطا اضافه کنید. اگر بیمار تحصیلات پایین تر از سطح دبیرستان داشته باشد به تعداد خطاهای شمرده شده برای امتیاز دهی یک خطا کم کنید.

روش بررسی وضعیت گیجی^۲

بعد از بررسی وضعیت هوشیاری بیمار و آگاهی وی به زمان ، مکان و شخص ، و پس از انجام Digit Span Test ، و تکمیل پرسشنامه وضعیت ذهنی بیمار ، با استفاده از روش بررسی وضعیت گیجی ، بیمار را بررسی کنید. این تست در آدرس اینترنتی زیر موجود است

www.hospitalelderlifeprogram.org.

نمونه خلاصه شده روش ارزیابی وضعیت گیجی بیمار

جدول یک

فرد ارزیابی کننده		تاریخ
۱- شروع ناگهانی و دوره همراه با نوسان		
آیا یک مستند یا شاهد دال بر تغییر ناگهانی در وضعیت ذهنی بیمار نسبت به وضعیت اولیه وجود دارد؟	خیر	بلی
آیا بیمار نوسان رفتاری (غیر طبیعی) در طی روز داشته است که تمایل به کاهش یا افزایش در شدت داشته باشد؟	خیر	بلی
بی توجهی		
آیا بیمار در تمرکز مشکل داشته است؟ به عنوان مثال به راحتی دچار حواس پرتی می شود و یا در ادامه دادن آنچه بیان کرده است مشکل دارد؟	خیر	بلی

جدول دو

تفکر بدون انسجام	
آیا تفکر بیمار غیر منسجم و بدون یکپارچگی است؟ همانند گفتگوی بی ربط یا بی هدف، جریان فکر بدون منطق یا مبهم، یا تعویض یک موضوع به موضوع دیگر به صورت غیر قابل پیش بینی	خیر
	بلی

²Confusion Assessment Method

اختلال در سطح هوشیاری		
به طور کلی شما سطح هوشیاری بیمار را چگونه ارزیابی می کنید ؟		
هوشیار (طبیعی)		
حساس و تحریک پذیر	خیر	بلی
لتارژیک (خواب آلوده، به راحتی بیدار می شود.)	خیر	بلی
گیج (به سختی بیدار می شود)	خیر	بلی
کما توس (بیهوش)	خیر	بلی

اگر تمام پاسخ های (سه عدد) جدول یک و حداقل یک پاسخ از جدول دو مثبت شود. تشخیص دلیریوم پیشنهاد می شود.

آموزش به بیمار و خانواده:

پیشگیری از سقوط در بیمارستان:

- ۱- هر بار که می خواهید از تخت خارج شوید دمپایی غیر لغزنده بپوشید.
- ۲- در صورتی که احساس سرگیجه، ضعف یا سبکی در سر داشتید، پرستار خود را صدا کنید. به تنهایی از تخت خارج نشوید .
- ۳- برای رفتن به دستشویی یا حمام درخواست کمک کنید. مطمئن شوید که مسیر دستشویی تمیز است.
- ۴- برای تکیه دادن و حفظ تعادل فقط از اجسام ثابت کمک بگیرید. از پایه سرم، ترالی دارو یا پانسمان، ویلچر و یا هر وسیله ای که قادر به حرکت باشد استفاده نکنید.
- ۵- از دستگیره های کمکی موجود در راهرو یا دستشویی کمک بگیرید.
- ۶- در صورتی که از عینک یا سمعک استفاده می کنید آن ها را در بیمارستان نیز استفاده کنید.
- ۷- اشیا مهم و مورد نیاز خود از جمله کلید زنگ احضار پرستار را در دسترس نگه دارید.

چک لیست ارزیابی ریسک سقوط بیمار			
کارشناس ارزیابی کننده :		تاریخ و ساعت:	نام بیمارستان :
تعداد سقوط بیماران (در یک ماه) :		تعداد سقوط منجر به آسیب (در یک ماه) :	درصد سقوط منجر به آسیب (در یک ماه) :
کل بیماران بستری (در یک ماه) :		درصد سقوط بیماران (در یک ماه)	
ردیف	عنوان	امتیاز مکتسبه ۰ - ۱	توضیحات
۱	بررسی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس) یکبار در روز و یا هر زمان که وضعیت بالینی بیمار تغییر کرده است، انجام و در گزارش پرستاری ثبت می گردد؟		
۲	برای بیماران از نرده محافظ کنار تخت استفاده می شود؟		
۳	نرده محافظ کنار تخت در بخش استاندارد می باشد؟		
۴	نرده محافظ کنار تخت سالم می باشد؟		
۵	در هر شیفت ایمنی نرده های محافظ کنار تخت کنترل می شود؟		
۶	پس از ارائه خدمت به بیمار نرده محافظ کنار تخت زده می شود؟		
۷	بیمار از نحوه فراخوان پرستار اطلاع کافی دارد؟		
۸	در صورت هر گونه خرابی نرده محافظ کنار تخت، حتماً مراتب در اسرع وقت گزارش و پیگیری می شود؟		
۹	دستگیره کمکی در سرویس های بهداشتی و راهروهای منتهی به سرویس بهداشتی وجود دارد؟		
۱۰	وسایل کمک حرکتی (عصا ، واکر و ...) در بخش وجود دارد؟		
۱۱	تابلوهای هشدار در قسمت های مختلف بیمارستان و بخش وجود دارد؟		
۱۲	بیماران در معرض خطر سقوط از تخت در بخش های دارای یونیت های مجزا ، در معرض دید ایستگاه پرستاری و در بخش های دارای اتاق های متعدد در اتاق نزدیک به ایستگاه پرستاری بستری می شوند؟		
۱۳	تمامی پرسنل در کلیه شیفت ها توجه خاص به بیماران مسن و در معرض خطر دارند؟		
۱۴	آموزش به بیمار جهت پیشگیری از خطر سقوط انجام شده است؟ در فرم آموزش به بیمار و یا گزارش پرستاری ثبت شده است؟		
۱۵	نحوه صحیح خارج شدن از تخت به بیمار آموزش داده میشود؟		
۱۶	در صورتی که بیمار سابقه سقوط از تخت دارد ، این موضوع در هنگام انتقال بین بخشی به اطلاع پرستار بخش مقصد رسانده می شود؟		
۱۷	در بیمار بقرار اقدامی جهت کنترل بیقراری انجام می شود؟		
۱۸	در صورت درد در بیمار اقدامی جهت کنترل درد انجام می شود؟		
۱۹	پرستار به منظور کاهش بیقراری بیمار نوسانات شدید فشار خون بیمار را کنترل نموده و اقدام مناسب در این زمینه انجام می دهد؟		
۲۰	روشنایی اتاق ها برای شب مناسب می باشد؟		
۲۱	بیمار با پرستار بخش و کادر درمانی ارتباط لازم را دارد؟		
۲۲	تعداد پرستار در بخش جهت نظارت ، کافی می باشد؟		
۲۳	شاخص میزان سقوط از تخت در بخش ارزیابی می شود؟		

چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط

بخش اول : (توسط پرستار بیمار تکمیل شود)

نام و نام خانوادگی بیمار :	نام پدر :	شماره پرونده :
تاریخ بستری بیمار در بخش :	نام بخش :	سن بیمار :
تاریخ وقوع سقوط :	ساعت وقوع سقوط :	محل سقوط بیمار :
نام پزشک مقیم :	نام پزشک معالج :	تشخیص بیمار :
ساعت اطلاع به پزشک کشیک :	ساعت حضور پزشک کشیک بر بالین بیمار :	

شرح کامل رویداد پیش آمده با ذکر جزئیات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

اقدامات انجام شده پس از سقوط .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط

نمره مورس بیمار در بدو پذیرش در بخش : آخرین نمره مورس بیمار قبل از سقوط : نمره مورس بیمار بعد از سقوط :				
آخرین علائم حیاتی بیمار قبل از سقوط :		R :	P :	BP :
علائم حیاتی بیمار بلافاصله بعد از سقوط :		R :	P :	BP :
بررسی وضعیت درد : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		شدت و محل درد بیمار بیقرار است : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
وضعیت دفع بیمار : بیمار دچار بی اختیاری است : خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ادرار <input type="checkbox"/> مدفوع <input type="checkbox"/> کتتراداری : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>				
وضعیت محدودیت ها و ناتوانی های بیمار : محدودیت شنوایی <input type="checkbox"/> محدودیت بینایی <input type="checkbox"/> محدودیت کلامی <input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی <input type="checkbox"/>				
استفاده از وسائل کمک حرکتی : <input type="checkbox"/> در صورت بلی ، نوع وسیله قید شود :				
وضعیت فیزیکی محیط : زمین خیس است <input type="checkbox"/> نور نامناسب است <input type="checkbox"/> محیط به هم ریخته و آشفته است <input type="checkbox"/>				
سایز دمپایی، کفش و لباس بیمار مناسب است <input type="checkbox"/> دمپایی بیمار لیز است <input type="checkbox"/> آلودگی صوتی در محیط بخش وجود دارد <input type="checkbox"/>				
وضعیت سایید ریل تخت بیمار : هردو سالم است <input type="checkbox"/> یکی از دو سایید ریل خراب است : سمت راست <input type="checkbox"/> سمت چپ <input type="checkbox"/>				
هر دو بالا است <input type="checkbox"/> یکی از دو سایید ریل پایین است : سمت راست <input type="checkbox"/> سمت چپ <input type="checkbox"/>				
وضعیت تجهیزات معیوب : ویلچر بدین دار <input type="checkbox"/> عصا <input type="checkbox"/> واکر <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/>				
چرخ های تخت <input type="checkbox"/> ترمز تخت <input type="checkbox"/> ارتفاع تخت <input type="checkbox"/> چهارپایه <input type="checkbox"/>				

اقدامات پیشگیرانه جهت سقوط از تخت بیمار با معیار مورس بالای ۴۴ انجام شده است ؟

- وجود خط مشی پیشگیری از سقوط بیمار
- انتقال بیمار به نزدیکترین محل به ایستگاه پرستاری
- در دسترس بودن زنگ احضار پرستار
- در دسترس بودن وسایل بیمار مانند میز کنار تخت ، تلفن ، دستمال کاغذی و
- وجود وسایل کمک حرکتی سالم و مناسب در بخش
- در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی جهت بیمار
- مشخص بودن بیمار به عنوان بیمار پرخطر در کاردکس
- وجود نور کافی و مناسب در شب
- وجود شواهد مبنی بر ارزیابی معیار مورس بیمار در پرونده
- ارجاع بیمار به واحد های پاراکلینیک به همراهی کادر درمان
- وجود شواهد مبنی بر آموزش به بیمار در مورد ساییدریل ها ، ارتفاع تخت ، عوارض داروها ، لزوم هماهنگی با پرستار جهت خروج از تخت
- سایر :

نام و نام خانوادگی پرستار بیمار :

مهر و امضاء :

تاریخ و ساعت حضور :

چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط

بخش دوم : (توسط اینچارج شیفت تکمیل شود)

نظرات سرپرستار بخش پس از مطالعه کامل و دقیق اطلاعات فرم و پرونده بیمار و نیز بررسی واقعه :

- تایید موارد ارزیابی : بلی خیر
- عدم تایید و توضیحات : بلی خیر
- تایید اقدامات انجام شده : بلی خیر
- عدم تایید و توضیحات :

نام و نام خانوادگی اینچارج شیفت : تاریخ و ساعت حضور : مهر و امضاء:

بخش سوم : (توسط سوپروایزر کشیک تکمیل شود)

نتایج ارزیابی سوپروایزر از بیمار و محیط و پرسنل :

- عدم وجود خط مشی پیشگیری از سقوط بیمار
- عدم آگاهی پرسنل از خط مشی پیشگیری از سقوط بیمار
- عدم وجود شواهد مبنی بر ارزیابی صحیح معیار مورس بیمار در پرونده
- عدم مشخص بودن بیمار به عنوان بیمار پرخطر در کاردکس
- عدم انتقال بیمار به نزدیکترین محل به ایستگاه پرستاری
- عدم وجود شواهد مبنی بر آموزش به بیمار در مورد سایر ریل ها ، ارتفاع تخت ، عوارض داروها ، لزوم هماهنگی با پرستار جهت خروج از تخت
- عدم در دسترس بودن زنگ احضار پرستار
- عدم در دسترس بودن وسایل بیمار مانند میز کنار تخت ، تلفن ، دستمال کاغذی و
- عدم وجود وسایل کمک حرکتی سالم و مناسب در بخش
- عدم در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی جهت بیمار
- عدم ارجاع بیمار به واحد های پاراکلینیک به همراهی کادر درمان
- عدم وجود نور کافی و مناسب در شب
- خیس بودن زمین
- لیز بودن دمپایی بیمار
- آشفته بودن محیط
- بالا نبودن سایه ریل
- وجود تجهیزات معیوب : مشخص نمایید :
- وجود پرسنل با شرایط روحی نامناسب در بخش
- وجود چینش نیروی نامناسب در شیفت
- عدم وجود توازن مابین نیرو و میزان کار در شیفت
- وجود نیروی تازه وارد در شیفت
- وجود نیروی need در شیفت
- وجود اضافه کاری های نامناسب در بخش

سایر مشاهدات : نام و نام خانوادگی سوپروایزر : تاریخ و ساعت حضور : مهر و امضاء:

چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط

بخش چهارم : (توسط پزشک کشیک تکمیل شود)

نتایج ارزیابی بیمار بعد از سقوط :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

صدمات موجود بعد از سقوط :

- عدم وجود آسیب کبودی و قرمزی درد خراش پارگی و زخم خونریزی
- شکستگی کاهش سطح هوشیاری تغییر در وضعیت حرکتی بیمار مرگ
- سایر

اقدامات درمانی انجام شده پس از سقوط :

- ارزیابی بیمار انجام شد
- با توجه به آسیب وارد شده ، اقدامات اولیه مانند معاینه زخم ، پانسمان و بخیه و تسکین درد انجام شد
- دستورات درمانی لازم داده شد
- آزمایشات لازم فرستاده شد
- عکس برداری ساده انجام شد
- سی تی اسکن انجام شد
- ام آر ای انجام شد
- مشاوره لازم انجام شد
- سایر اقدامات درمانی انجام شده و نتایج بررسی های انجام شده :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

مهر و امضاء :

تاریخ و ساعت حضور :

نام و نام خانوادگی پزشک کشیک :

چک لیست بررسی بیمار پس از سقوط

بخش پنجم: (توسط سرپرستار بخش تکمیل شود)

نظرات سرپرستار بخش پس از مطالعه کامل و دقیق اطلاعات فرم و پرونده بیمار و نیز بررسی واقعه :

تایید موارد ارزیابی :

تایید اقدامات انجام شده :

عدم تایید و توضیحات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء :

تاریخ و ساعت بررسی :

نام و نام خانوادگی سرپرستار بخش :

بخش ششم: (توسط مدیر پرستاری تکمیل شود)

نظرات مدیر پرستاری پس از مطالعه کامل و دقیق اطلاعات فرم و پرونده بیمار و نیز بررسی واقعه :

تایید موارد ارزیابی

تایید اقدامات انجام شده

عدم تایید و توضیحات :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء :

تاریخ و ساعت بررسی :

نام و نام خانوادگی مدیر پرستاری :

منابع : ۱. راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار ارسالی از وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی

2.AHRQ 2013 – Toolkit For Fall Prevention

3.Health Care Protocol Prevention of Falls (Acute Care) –2016 ICSI,

راهنمای بالینی پیشگیری ، مراقبت و درمان زخم فشاری در سالمنندان



راهنمای بالینی پیشگیری، مراقبت و درمان زخم فشاری در سالمندان

تهیه شده در مدیریت پرستاری، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تابستان ۹۸

راهنمای بالینی پیشگیری، مراقبت و درمان زخم فشاری در سالمندان

۱- اهداف

- ✓ حذف بروز زخم فشاری در بیمارستان
- ✓ شناسایی دقیق بیماران در معرض خطر بروز زخم فشاری در بیمارستان
- ✓ افزایش دفعات مشاهده و بررسی سیستم پوستی بیماران بستری در بیمارستان.
- ✓ ارتقای به کارگیری برنامه های مراقبتی پیشگیری از بروز زخم فشاری در بیمارستان.
- ✓ ارتقای فرایند پرستاری مراقبت از زخم در بیماران مبتلا به زخم فشاری .
- ✓ ارتقای فرایند آموزش به بیمار و همراهان وی به منظور پیشگیری و مراقبت از زخم فشاری.
- ✓ ارتقای فرایند انتقال و ترخیص بیماران مبتلا به زخم فشاری از بیمارستان به منزل یا سایر مراکز درمانی و یا نگهداری

۲- بررسی خطر بروز زخم فشاری در بیماران بستری در بیمارستان:

بررسی زخم فشاری بیمار شامل تعیین بیماران در معرض خطر بروز زخم فشاری و مشاهده وضعیت پوست به ویژه بر روی برجستگی های استخوانی ، در نواحی پوشیده شده با لباس و بررسی پوست زیر تجهیزات پزشکی است.

۱-۲ تمام بیماران باید در بدو ورود و حداکثر تا ۶ ساعت پس از ورود به بیمارستان ، از نظر خطر بروز زخم فشاری با استفاده از معیار برادن برای بزرگسالان ، معیار برادن Q برای کودکان و معیار NSRAS برای نوزادان مورد ارزیابی قرار گیرند. باید نتیجه حاصل از ارزیابی در بزرگسالان و کودکان در فرم ارزیابی اولیه و در گزارش پرستاری بدو ورود بیمار ، در قسمت سیستم پوستی ، ثبت شود .

۲-۲ مشاهده پوست باید برای هر بیمار در بدو ورود و حداکثر تا ۶ ساعت پس از ورود به بیمارستان ، انجام شود. در هر شیفت برای تمام بیماران نتایج ارزیابی مجدد با استفاده از معیارهای ذکر شده در گزارش پرستاری ثبت گردد.

۳-۲ در صورتی که بیمار هر یک از ریسک فاکتور های زیر را داشته باشد وی را در معرض خطر بروز زخم فشاری قرار دهید حتی اگر بر اساس معیار های ذکر شده در محدوده خطر بالا نباشد.^۳

- پوست شکننده

- وجود زخم فشاری با هر درجه ای که باشد. (شامل زخم های فشاری ترمیم یافته یا ترمیم نیافته)

- اختلال در خونرسانی اندام های انتهایی ناشی از بیماری عروقی ، دیابت یا مصرف تنباکو.
- درد در نواحی از بدن که در معرض فشار هستند.
- ۴-۲ در صورتی که بیمار هر یک از این تشخیص ها را داشته باشد در معرض خطر بالای بروز زخم فشاری است اما فقط به این موارد محدود نمی شود:
- بیماری عروقی محیطی
- سکته قلبی
- سکته مغزی
- اختلالات اسکلتی - عضلانی ، شکستگی ، یا کنتراکچر
- خونریزی معده یا روده
- آسیب طناب نخاعی (به عنوان مثال : کاهش درک حسی، اسپاسم ماهیچه)
- اختلالات نورولوژیک (همانند گلین باره - مالتیپل اسکلروزیس)
- بیماری های داخلی ناپایدار یا مزمن (همانند دیابت ، بیماری کلیوی ، سرطان ، بیماری مزمن انسدادی ریوی ، نارسایی احتقانی قلب)
- سابقه قبلی از زخم فشاری
- نوزادان ناررس
- دمانس مغزی
- بیماری که اخیرا تحت عمل جراحی قرار گرفته است در خطر بالای بروز زخم فشاری است . این خطر ممکن است مربوط به مدت زمان جراحی ، تخت جراحی ، هایپوتانسیون یا نوع پروسیجر باشد.

موفقیت و موثر بودن درمان زخم فشاری به شدت تحت تاثیر بیماری های مزمن و عوامل معلولیت زای قبل از بروز زخم فشاری است. بنابراین آگاهی از این بیماری های مزمن و عوامل معلولیت زا و اینکه این عوامل از طریق کاهش میزان اکسیژن، آمینواسید ها ، ویتامین ها و مواد معدنی موجود در محل زخم ، بر روی فرایند ترمیم تاثیر می گذارند اهمیت دارد، چون مداخلات مناسب برای ترمیم مطلوب زخم را تعیین می کنند.

۵-۲ بررسی خطر بروز زخم فشاری با استفاده از معیار استاندارد را حداکثر هر شیفیت یک بار و یا با تغییر شرایط بالینی بیمار انجام شود؛ و یا حداقل طبق پروتکل های استاندارد در توالی های زمانی منظم به صورت زیر انجام شود.

- ✓ با هر تغییر در شرایط بالینی بیمار، انجام دهید و ثبت کنید.
- ✓ در بخش های ویژه هر ۲۴ ساعت یک بار. (نتیجه به دست آمده هر شیفتم ثبت شود).
- ✓ در بخش های عمومی هر ۴۸ ساعت یک بار نیز قابل قبول است (نتیجه به دست آمده هر شیفتم ثبت شود).

۳- پیشگیری از زخم فشاری و ثبت اقدامات :

۱-۳ کاهش یا حذف نیروی اصطکاک و نیروی برشی

تاثیر فشار بر روی ساختار های زیرین پوست و بافت ها وقتی که همراه با نیروی برشی باشد افزایش می یابد. نیروی برشی وقتی که بیمار در وضعیتی باشد که تمایل به سر خوردن داشته باشد ، همانند وقتی که سر تخت بالا باشد بدون اینکه پایین تخت همزمان بالا آورده شده باشد ، وجود دارد. نیروهای برشی همراه با نیروی فشار، سبب کشیده شدن و تغییر شکل مویرگ ها و بافت ها می شود که منجر به ایسکمی بیشتر می گردد، نسبت به حالتی که فشار به تنهایی وجود داشته باشد . اصطکاک فقط بر روی لایه های خارجی پوست به دنبال حرکت اپیدرم برخلاف سطح خارجی، رخ می دهد. از نظر بالینی اصطکاک به صورت خراشیدگی سطحی یا تاول (مثلا وقتی پاشنه بر روی ملحفه ها کشیده شود) تظاهر می یابد. بیمار مبتلا به اسپاسم ماهیچه ای در خطر بالای بروز زخم ناشی از اصطکاک است . معمولا اصطکاک و نیروی برشی با هم وجود دارند.

اقدامات پیشگیرانه کاهش یا حذف نیروی اصطکاک و نیروی برشی :

- بدن بیمار را به جای اینکه بر روی تخت یا صندلی هنگام جابه جایی بیمار بکشید ، از سطح تخت یا صندلی بلند کنید و سپس جابه جا کنید.
- از بالا بردن سر تخت بیش از ۳۰ درجه اجتناب کنید مگر اینکه منع بالینی وجود داشته باشد .
- قرار دادن بیمار با زاویه ۹۰ درجه در صندلی یا ویلچر به کاهش نیروهای اصطکاک و برشی کمک می کند. (به جای لم دادن)
- از پنبه یا پارچه در مواقعی که پوست با پوست در تماس است یا پوست با تجهیزات در تماس است و ممکن است بر روی یکدیگر مالیده شوند استفاده کنید.
- به طور مکرر از روغن ها، کرم ها ، یا لوسیون های چرب کننده ضد حساسیت که کشش سطحی بر روی پوست را کم می کنند و منجر به کاهش اصطکاک می شوند استفاده کنید.
- از پانسمان های فیلم شفاف ، هیدروکلوئید یا محافظ های پوستی بر روی برجستگی های پوستی همانند آرنج استفاده کنید.
- پوست را مرطوب و هیدراته نگه دارید.

- بدین (لگن) را قبل از قرار دادن زیر بیمار چرب کنید. به جای اینکه لگن را زیر بیمار هل دهید یا بکشید. بیمار را جابه جا کنید و سپس لگن را زیر وی قرار دهید.
- پوست بیمار را در برابر رطوبت اضافه محافظت کنید. رطوبت اضافی منجر به ضعیف شدن تداوم پوستی و تخریب لایه های لیپیدی خارجی می شود، بنابراین برای ایجاد زخم در پوست به نیروی کمتری نیاز است.

۲-۳ کاهش فشار (OFF LOADING)

تحمل بافتی عبارت است از: توانایی پوست و ساختارهای حمایتی زیرین آن برای تحمل اثرات فشار؛ بدون اینکه فشار وارد شده منجر به عوارض منفی، همانند ایسکمی بافتی شود. بافت های نرم همانند پوست، ماهیچه، فاشیا که بر روی برجستگی های استخوانی قرار دارند ممکن است در پاسخ به فشار و ایسکمی به دنبال فشرده شدن بر روی سطوح، دیگر وسایل خارجی یا نیروی برشی، آسیب ببینند و آشکار شوند. دی فلور یک طرح شماتیک را توصیف می کند که شامل تحمل بافت در برابر فشار و تحمل بافت در برابر سطح اکسیژن است. وی بیشتر در مورد متغیرهای تحمل بافتی همانند توده بدنی، سن، دهیدراتاسیون کمبود پروتئین و ویتامین ث، مصرف کورتیکواستروئیدها، استرس، درجه حرارت، داروها، سیگار و بیماری هایی که بر روی اکسیژن رسانی و خونرسانی بافتی موثر هستند، بحث می کند.

هر شخصی ممکن است میزان تحمل بافتی متفاوتی داشته باشد. فاکتورهایی که بر روی تحمل بافتی فرد تاثیر می گذارند عبارتند از: نیروی برشی، اصطکاک، تماس با رطوبت، تغذیه، سن، گردش خون یا انتشار اکسیژن بافتی. هرکدام از بافت های بدن ممکن است مقاومت بافتی متفاوتی داشته باشند. ماهیچه نسبت به بافت های پوست در برابر فشار تحمل کمتری دارد. این اختلاف ممکن است منجر به آسیب عمیق بافتی قبل از آسیب پوستی قابل توجه شود. بنابراین علی رغم به ظاهر سالم بودن پوست، بافت ماهیچه در این نوع زخم ها آسیب دیده است.

بی حرکتی عمده ترین ریسک فاکتور بروز زخم فشاری است. به محدوده حرکتی غیر فعال برای پیشگیری و درمان کنتراکچر مفصل توجه شود. و بیمار را به واحد فیزیوتراپی یا بازتوانی جهت درمان بیشتر ارجاع دهید. بیماران که مبتلا به هر درجه از بی حرکتی هستند باید به دقت از نظر بروز زخم فشاری بررسی و پایش شوند.

در زمانی که بیمار در صندلی می نشیند به دلیل اینکه وزن به میزان کمتری توزیع می شود فشار بیشتری بر روی برجستگی های استخوانی وارد می شود. همزمان با افزایش وزن بر روی برجستگی های

استخوانی، بدن تمایل بیشتری برای سرخوردن در جهت رو به پایین دارد که باعث ایجاد نیروی برشی و تخریب بافتی بر روی برجستگی های استخوانی می گردد. وضعیت نشسته شامل نشستن بیمار در تخت در حالیکه سر تخت بیش از ۳۰ درجه بالا باشد، یا زمانی که بیماران در ویلچر یا صندلی به مدت طولانی قرار دارند، است. وقتی که بیمار در این وضعیت است مهم است که بیمار وزن بدن خود را هر ۱۵ دقیقه یک بار (در صورتی که قادر است به صورت مستقل انجام دهد) جابه جا کند. انجام حرکات کششی در ناحیه بازوها، بالا یا پایین آوردن سر خود به میزان اندک برای جابه جایی وزن، یا جابه جا شدن از یک سمت به سمت دیگر، نمونه هایی از انجام حرکات جابه جایی (تغییر وضعیت) در این بیماران است. در صورتی که بیمار قادر نیست به صورت مستقل وزن خود را جابه جا کند. پوزیشن بیمار باید توسط فرد مراقب، هر یک ساعت یک بار در حالت نشسته، تغییر داده شود. استفاده از کوسن های مخصوص صندلی و مشاوره با فیزیوتراپ یا کاردرمان برای کمک به نشستن و پوزیشن دادن به بیمار را در نظر بگیرید.

۳-۳ سطوح حمایتی

صنعت تشک های موج پیچیده و در حال تغییر است. علی رغم این مورد، سطوح حمایتی، برای کاهش بروز و شیوع زخم فشاری بسیار ضروری است. چه هدف پیشگیری از بروز زخم فشاری باشد چه هدف درمان بیمار با زخم فشاری باشد انتخاب یک سطح مناسب توزیع کننده فشار، لازم است. استفاده از تشک های مخصوص منجر به پیشگیری از زخم فشاری می شود. بر اساس یک تحقیق انجام شده در سال ۲۰۱۱ توسط مک اینز این نتیجه اعلام شد که: برای اشخاصی که در معرض خطر بالای بروز زخم فشاری هستند باید از تشک هایی که از فوم هایی با اختصاصیت بالا تشکیل شده اند به جای فوم های استاندارد بیمارستانی استفاده شود. در یک کارگروه پیشنهاد داده شد که برای کاهش بروز زخم فشاری (زخم هایی که در مراکز درمانی ایجاد می شوند.) تمام بیمارستان ها، مراکز مراقبت سرپایی و مراکز نگهداری بیماران تشک های استاندارد خود را با گروه یک یا دو تشک های پیشگیری جایگزین کنند.

این مطالعه مروری همراه با بسیاری از تحقیقات انجام شده دیگر گزارش کرد که تحقیقات بیشتری برای تعیین این که یک سطح حمایتی نسبت به سطوح دیگر برتر و موثرتر است، لازم است. تفاوت های بالینی و مالی زیادی بین سطوحی که منجر به پیشگیری از زخم فشاری می گردند و سطوحی که باعث حذف یا توزیع فشار به اندازه کافی برای درمان زخم فشاری ایجاد شده، می گردند، وجود دارد. فاکتورهای بسیار زیادی وجود دارند که در انتخاب بالینی و بیمه کیفی آن ها اهمیت

دارد که شامل تحرک بالینی بیمار ، کنترل اختیار ، درجه زخم فشاری و تعداد زخم ها است. به عنوان مثال سطوح درمانی توزیع کننده فشار با اینکه گران قیمت تر هستند اما از نظر بالینی برای زخم های درجه سه و چهار ضروری هستند. بنابراین این کارگروه پیشنهاد کرد که با یک کارشناس زخم یا یک نفر از اعضای تیم آموزش دیده مراقبت از پوست برای انتخاب یک سطح حمایتی با قابلیت بالینی مناسب و قیمت اقتصادی تر مشاوره گردد.

اقدامات پیشگیرانه کاهش فشار :

✓ پیشگیری از زخم فشاری به صورت موضعی :

الف - ترکیبات حاوی اسیدهای چرب هاپیر اکسیژنه (HFAO) همانند اسپری لینوورا یا اسپری سانیرن

ب- پانسمن های فوم (به ویژه فوم های سیلیکونی که باعث فراهم شدن شرایط مطلوب دمایی و رطوبتی در پوست ناحیه مورد استفاده می شوند.) و پانسمن های هیدروکلوییدی

ج- استفاده از پماد ویتامین آد

✓ از یک سطح حمایتی فشار برای توزیع مجدد فشار که برای تخت یا صندلی اندیکاسیون دارد استفاده کنید.

✓ در هنگام انتخاب تخت به وزن بیمار توجه کنید. در صورتی که وزن بیمار بیش تر از ۱۵۰ کیلوگرم باشد باید از تخت های باریتریک و سطح حمایتی با سایز مناسب استفاده کنید.

✓ در هنگام انتخاب تخت به قد بیمار توجه کنید بیماران قد بلندی که ممکن است قد آن ها بلند تر از اندازه تخت باشد را بررسی کنید.

✓ فشار ناشی از تجهیزات پزشکی همانند ماسک ها و کاناوهای اکسیژن و کاتتر ها و گردن بند های طبی ، گچ ، لوله تغذیه بینی - معده ای ، گیره های خارجی که برای پایداری بر روی لوله های گاستروستومی استفاده می شود ، آتل ها و اسپلینت های ارتوپدی و وسایل مهار فیزیکی ، را با تکنیک های استاندارد و ایمن کم و حذف کنید (همانند انتخاب سایز نوع مناسب وسیله مورد استفاده ، بررسی پوست زیر تجهیزات و استفاده از ویبریل یا پنبه و...).

✓ تعداد ملحفه های استفاده شده بر روی سطح حمایتی استفاده شده را محدود کنید. تا اثر این تشک ها کم نشود.

✓ سطح فعالیت فیزیکی بیمار را حفظ یا ارتقا دهید.

- ✓ از سطوح حمایتی بر اساس موارد مصرف شان استفاده کنید. فشار از روی پاشنه ها را با قرار دادن یک بالش یا وج زیر ساق پاها ، و در تماس قرار ندادن پاشنه ها با هیچ سطحی ، حذف کنید.
- ✓ بیمار را تشویق کنید که تغییر وضعیت مکرر، هر چند جزئی انجام دهد.
- ✓ با استفاده از بالش یا وج ، بر روی برجستگی های استخوانی ، فشار بر روی آن ها را کاهش دهید.
- ✓ تیم پرستاری باید حداقل بیمار را هر ۲ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهند.
- ✓ هنگام قرارگیری بیمار در وضعیت به پهلو ، از قرار دادن مستقیم بیمار، بر روی تروکانترها اجتناب کنید . (بیمار در وضعیت ۳۰ درجه به پهلو قرار گیرد).
- ✓ اگر که شرایط بالینی بیمار ، تغییر وضعیت بیمار را محدود می کند فقط برای حذف فشار تلاش کنید. به عنوان مثال در صورتی که تغییر وضعیت منجر به اختلال و ناپایداری وضعیت همودینامیک بیمار گردد تا پایدار شدن وضعیت همودینامیک ، محدودیت تغییر وضعیت بیمار (توالی و دفعات آن) با دستور کتبی پزشک مشخص شود.
- ✓ بیمار در وضعیت نشسته :
- ✓ بیمار را تشویق کنید که هر ۱۵ دقیقه یک بار وزن خود را جابه جا کند. (به عنوان مثال کمی در صندلی جابه جا شود در صورتی که توانایی تغییر وضعیت داشته باشد. در صورتی که قادر باشد بایستد و مجددا بنشیند.. تغییرات جابه جایی جزئی همانند بالا بردن پاها را انجام دهید).
- ✓ در صورتی که بیمار خودش قادر به تغییر وضعیت نباشد هر یک ساعت یک بار او را جابه جا کنید.
- ✓ از کوسن های صندلی برای توزیع فشار استفاده کنید از رینگ استفاده نکنید.

۳-۴ مدیریت و کنترل رطوبت

مدیریت رطوبت ناشی از تعریق، ترشحات زخم ، و بی اختیاری ،فاکتورهای مهم در پیشگیری از زخم فشاری هستند. رطوبت ناشی از بی اختیاری ممکن است یک فاکتور آغاز کننده بروز زخم فشاری، به دلیل لیچ افتادگی پوست و افزایش اصطکاک پوست باشد. بی اختیاری مدفوع ریسک فاکتور بزرگ تری، نسبت به بی اختیاری ادراری برای ایجاد بروز زخم فشاری است. چون مدفوع حاوی باکتری و آنزیم هایی است که برای پوست خورنده هستند. در صورتیکه بی اختیاری ادرار و مدفوع وجود داشته باشد ، آنزیم های مدفوع منجر به تبدیل اوره به آمونیوم می شود که منجر به افزایش PH پوست می شود، که منجر به نفوذ پذیری بیشتر پوست به دیگر مواد محرک می شود. پوست مرطوب به طور قابل توجهی در معرض کاهش شدیدتر درجه حرارت و کاهش جریان خون، همزمان با وارد شدن فشار می گردد. هم اکنون نسبت به تاثیرات میکروکلایمت در ایجاد زخم فشاری و بهبود آن توجه بیشتری می شود.

(میکروکلایمت به صورت محیط دمایی بافت و رطوبت نسبی سطح تماس بدن با سطح تشک ، تعریف می شود.)

افزایش دمای بدن منجر به افزایش سرعت متابولیسم در بافت ها و اختلال در رشد سلول ها ، فیبروبلاست ها و تشکیل اسکار می شود.

مدیریت میکروکلایمت در پیشگیری و درمان زخم های فشاری نقش ویژه ای دارد.

اقدامات پیشگیرانه مدیریت و کنترل رطوبت :

- ✓ نوع بی اختیاری (ادراری یا مدفوعی یا هر دو) و فاکتورهای تشدید کننده را بررسی کنید. در صورت امکان آن را حذف کنید.
- ✓ برنامه دفع منظم و زمان بندی شده و یا برنامه منظم تخلیه مثانه و روده را اجرا کنید.
- ✓ بیمار را از نظر دفع بدون اختیار، حداقل هر دو ساعت یک بار و یا در صورت لزوم چک کنید.
- ✓ پوست بیمار را بعد از هر اپیزود دفع با آب یا یک تمیز کننده پوست که PH متعادل داشته باشد، تمیز کنید. از ایجاد اصطکاک و لایه برداری بیش از حد پوست اجتناب کنید. چون می تواند منجر به آسیب بیشتر پوست شود. تمیز کردن با سورفکتانت های غیر یونی نسبت به سورفکتانت های یونی که در صابون های معمولی دیده می شود ، برای پوست مناسب تر است.
- ✓ از محافظ های پوست در برابر رطوبت (همانند کرم ها ، پماد ها ، محافظ های پوستی تشکیل دهنده فیلم) در صورت نیاز برای حفظ و نگهداری سلامت پوست، یا برای درمان پوست آسیب دیده استفاده شود.
- ✓ از پد ها یا لباس زیر جاذب به منظور جذب رطوبت ناشی از بی اختیاری استفاده کنید تا رطوبت از سطح پوست دور شود به جای اینکه توسط پوست جذب شود و سبب لیچ افتادگی آن شود.
- ✓ استفاده از وسایل جمع کننده مدفوع همانند کیسه های رکتوم ، را در نظر بگیرید. قوام مدفوع ، دفعات و اثربخشی اقدامات انجام شده قبل از استفاده از وسایل جمع کننده مدفوع را بررسی و ثبت کنید. اما توجه داشته باشید که قبل از ایجاد آسیب پوستی از این وسایل استفاده کنید . استفاده از کیسه رکتوم ممکن است اولین روش درمانی باشد. اگر موثر نبود از رکتال تیوب های استاندارد استفاده شود. لازم است که رکتال تیوب توسط فرد آموزش دیده برای پیشگیری از آسیب و سوراخ شدگی رکتوم ، کار گذاشته شود.
- ✓ بعضی از داروها و محلول های تغذیه ای می توانند بروز اسهال را تشدید کنند. در صورت وجود اسهال به پزشک بیمار اطلاع داده شود و با کارشناس تغذیه مشاوره انجام شود.

✓ بیمار را از نظر ابتلا به عفونت قارچی و کاندیدیازیس بررسی کنید و در صورت وجود، آن را به پزشک اطلاع دهید و درمان کنید.

✓ ترشحات زخم بیمار را به گونه ای کنترل کنید که در معرض تماس با پوست سالم نباشد.

✓ چین های پوستی را از یکدیگر جدا کنید. از یک محافظ پوستی استفاده کنید و دفعات تعویض پانسمان را در صورت لیچ افتادگی پوست اطراف زخم ، افزایش دهید.

✓ در صورتی که بیمار تعریق بیش از حد دارد تعویض ملحفه ها به دفعات بیش تر انجام شود.

۵-۳ حفظ تغذیه و هیدراتاسیون کافی برای بیمار :

کمبود تغذیه ای می تواند یک ریسک فاکتور برگشت پذیر و قابل اصلاح برای بروز زخم فشاری باشد.

هر شخصی که در خطر تغذیه ناکافی باشد باید از نظر وضعیت تغذیه ای در هنگام پذیرش در بیمارستان یا با هر تغییر قابل توجه در شرایط بالینی اش مورد بررسی قرار گیرد. یک معیار استاندارد و معتبر همانند ابزار غربالگری سوءتغذیه^۴ یا پرسشنامه مختصر شده بررسی وضعیت تغذیه^۵ ممکن است برای انجام بررسی کامل وضعیت تغذیه ای انجام شود.

ارجاع به کارشناس یا متخصص تغذیه باید در هنگام بررسی هر فرد بیماری که در خطر بروز زخم فشاری است یا مبتلا به زخم فشاری است انجام شود.

ارجاع به دیگر افراد تیم درمان همانند پزشک ، دندانپزشک یا گفتار درمان یا کار درمان ممکن است برای ارزیابی فاکتورهای مرتبط با وضعیت تغذیه ضعیف لازم باشد.

اقدامات حفظ تغذیه و هیدراتاسیون کافی برای بیمار:

✓ نیاز های تغذیه ای ، پروتئین ، کالری ، مایعات ، ویتامین ها و مواد معدنی را بررسی کنید.

✓ کافی بودن دریافت از راه دهان ، هم ، در حال حاضر و هم قبل از بستری را بررسی کنید.

✓ موانع دستیابی به تغذیه مطلوب ، شامل التهاب ، مشکلات جویدن و محدودیت های اجتماعی را بررسی کنید.

✓ عملکرد شناختی بیمار ، شامل توانایی بیمار برای خوردن به صورت مستقل را بررسی کنید.

✓ شرایط بالینی بیمار و وضعیت بیماری های مزمن وی ، شامل کنترل دیابت و بیماری کلیوی را بررسی کنید.

✓ شاخص های بیوشیمیایی و آنتروپومتریکال شامل شاخص توده بدنی ، تغییرات وزن و معیار برادن را بررسی کنید.

⁴ Malnutrition Screening Tool (MST)

⁵ Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)

✓ سابقه وزن بیمار و کاهش وزن نسبت به وزن معمول را ثبت کنید:

- ایندکس توده بدنی ۱۹ یا کمتر می تواند نشان دهنده نقص تغذیه ای باشد.
- کاهش وزن بدن به میزان ۵٪ یا بیشتر در طی ۳۰ روز و یا کاهش به میزان ۱۰٪ یا بیشتر در طی ۱۸۰ روز باید به عنوان یک هشدار تغذیه ای در نظر گرفته شود.

✓ سطح فعالیت

✓ اهداف و خواسته های بیمار

تغذیه برای پیشگیری و درمان زخم فشاری باید اختصاصی باشد و در صورت امکان با همکاری بیمار طراحی شود.

مداخلات تغذیه ای زیر باید با در نظر گرفتن موارد زیر باشد:

✓ بررسی نیازهای بیمار

✓ کافی بودن دریافت مواد غذایی فعلی و گستره کمبود مواد غذایی و مایعات

✓ ملاحظات مربوط به شرایط بالینی موجود

✓ وضعیت بیماری

✓ شاخص های آنترپومتریک

✓ شاخص های بالینی و بیوشیمیایی وضعیت تغذیه ای

✓ اهداف و خواسته های بیمار

برنامه مراقبتی تغذیه ای بر اساس نتایج بررسی انجام شده تدوین می شود. این برنامه باید برای بیماران در معرض خطر و برای کسانی که نیاز به تغذیه کافی دارند و برای کسانی که نیازهای تغذیه ای مرتبط با مداخلات زخم فشاری دارند استفاده شود.

✓ وزن بیمار و تغییرات وزن را پایش کنید.

✓ یک چهارچوب زمانی برای مرور برنامه درمانی تغذیه ای تدوین کنید. ارزیابی های متعددتر برای

مواردی که تغییرات شرایط بالینی یا ترمیم زخم فشاری اتفاق نمی افتد نیاز است.

✓ برنامه غذایی بیمار را به گونه ای تنظیم کنید که ترجیحات و علایق غذایی بیمار در آن لحاظ شود.

✓ مطمئن شوید که بیمار مایعات کافی دریافت می کند و از دهیدراتاسیون بیمار پیشگیری کنید.

✓ مطمئن شوید که نیازهای تغذیه ای و دهیدراتاسیون بیمار در مواردی که به دلیل انجام پروسیجرها

دریافت تغذیه ای مختل شده است ، برآورده می شود.

✓ نیاز به تغذیه لوله ای یا تغذیه وریدی را در نظر بگیرید.

- ✓ در صورت نیاز و داشتن اندیکاسیون، مکمل های غذایی به بیمار بدهید.
 - ✓ در صورتی که نتایج آزمایشگاهی به نفع کمبود ویتامین یا مواد معدنی باشد یا احتمال کمبود این مواد وجود داشته باشد برای بیمار مکمل های ویتامین و مواد معدنی ، فراهم کنید.
 - ✓ سطح پری آلبومین بیمار را بررسی کنید:
 - کمتر از ۵ mg/dL نشان دهنده پیش آگهی ضعیف است.
 - کمتر از ۱۱ mg/dL نشان دهنده خطر بالا است و نیاز به مداخله فوری و شدید تغذیه ای دارد.
 - کمتر از ۱۵ mg/dL نشان دهنده افزایش خطر سوتغذیه است.
- به دیگر افراد تیم درمان جهت بررسی وضعیت های شناختی ارجاع دهید.
- نتایج آزمایشگاهی همانند آلبومین ، پری آلبومین و ترانسفرین ممکن است بازتاب دهنده وضعیت تغذیه ای فعلی بیمار ، به خصوص در بیماران با شرایط بسیار حاد بالینی نباشد.
- دیگر فاکتورهای مورد بررسی همانند کاهش وزن ، شدت بیماری ، وضعیت های معلولیت زا و بیماری های دیگر ، و عملکرد گوارشی باید برای تدوین برنامه مراقبتی تغذیه ای مورد بررسی قرار گیرد.

آموزش به بیمار و همراهان :

آموزش به بیمار و خانواده اش یک بخش مهم در برنامه پیشگیری و درمان زخم فشاری است. پمفلت های آموزشی باید به بیمار و خانواده اش در زمان پذیرش بیمار و یا هر زمانی که خطر بالای بروز زخم فشاری ، شناسایی شد ارائه شود.

محتوای احتمالی آموزشی شامل موارد زیر است:

✓ علت های بروز زخم فشاری

✓ راههای پیشگیری از زخم فشاری

✓ نیاز های تغذیه ای

✓ تغییر وضعیت

آموزش باید متناسب با سطح سواد بیمار و همراهان ، سازماندهی شده ، و قابل فهم باشد. جزئیات آموزشی مرتبط ، باید به صورت کتبی در اختیار ایشان قرار گیرد.

هم چنین باید آموزش به شخص یا موسسه ای که بعد از ترخیص از بیمار مراقبت می کند نیز ارائه شود. اگر بیمار ، خانواده یا مراقب وی آموزش پذیر نباشد. موارد فوق را ثبت کنید.

۶-۳ ثبت :

برنامه پیشگیری از زخم فشاری را در پرونده بیمار ثبت کنید. از یک فرمت و قالب خاص برای ثبت بررسی و برنامه مراقبتی استفاده کنید. از یک چک لیست کاغذی یا یک فرایند برای ثبت برنامه پیشگیری می توانید استفاده کنید. تمام پرسنل درگیر در فرایند پیشگیری از زخم فشاری باید نقش فعال در این برنامه داشته باشند.

۴- مشاهده پوست و ثبت اقدامات انجام شده :

در هنگام بستری بیمار در بیمارستان ، پوست بیمار از سر تا انگشتان پا و در قسمت جلو و پشت بدن ، به دقت مشاهده شود و در صورت اندیکاسیون لمس شود.

پوست تمام بیماران بستری در بیمارستان را از نظر موارد زیر مشاهده و لمس کنید:

- تغییر و اختلال در رطوبت پوست
- تغییر در بافت و ترگور پوست
- تغییر در درجه حرارت پوست یک منطقه در مقایسه با پوست اطراف یا عضو قرینه
- تغییر در رنگ پوست :

- قرمزی غیر قابل برگشت در بیمارانی که پوست روشن دارند

- تغییر رنگ به ارغوانی یا بنفش در بیمارانی که پوست تیره دارند.

• قوام پوستی همانند بافت اسفنجی (نرم) یا سفتی

• ادم

• زخم باز ، تاول ، راش ، ترشحات

• درد یا خارش

اساس روش انجام blanch test این است که یک فشار ملایم بر روی پوست به صورت موقت خون را از ناحیه تحت فشار دور می کند و بنابراین رنگ پریده می شود. در بافت سالم ، خون مویرگ های درم را پر می کند که منجر به برگشت سریع رنگ پوست می شود. در افراد تیره پوست به دلیل وجود ملانین ، امکان مشاهده تغییرات رنگ پوست ناشی از فشار و blanch test وجود ندارد. بنابراین در این افراد امکان تشخیص به موقع زخم های فشاری درجه یک و انجام اقدامات پیشگیرانه سخت تر است و احتمال بروز زخم های عمیق تر بیشتر است.

پوست را در حضور یک منبع نور خوب بررسی کنید. هر نوع قرمزی یا تغییر رنگ پوست باید با لمس پوست از نظر مقایسه تغییرات درجه حرارت یا حس نرمی یا سفتی نسبت به پوست اطراف ، بررسی شود. به نواحی که بر روی

برجستگی استخوانی قرار دارد توجه ویژه شود. قرمزی قابل برگشت و سفید شونده^۶ یک شاخص و نشانه زود رس برای نیاز به توزیع و پخش فشار است. قرمزی غیر قابل برگشت^۷ به این معنی است که آسیب پوستی اتفاق افتاده است. سفتی یا نرمی بافت پوست به معنی این است که آسیب عمیق بافتی به احتمال زیاد اتفاق افتاده است. تجهیزات پزشکی نیز می توانند منجر به آسیب فشاری شوند. بنابراین باید پوست نواحی زیر و اطراف این وسایل به دقت پایش و بررسی شوند.

از بیمار درباره موارد زیر بپرسید:

- نواحی بدون حس
- نواحی دردناک
- محل زخم فعلی یا قبلی
- پوست شکننده، یا به راحتی کبود شونده
- داروها یا شرایط بالینی که بیمار را در خطر آسیب پوستی قرار می دهد.
- ✓ بررسی مجدد پوست هر ۸ تا ۲۴ ساعت یک بار، با انجام تغییر وضعیت یا هنگام مراقبت از بی اختیاری و تمیز کردن پوست انجام می شود.
- ✓ توالی بررسی پوست بیمار در نواحی که زیر تجهیزات پزشکی باشد با بررسی سایر نقاط متفاوت است و بسته به نوع تجهیزات ممکن است نیاز به دفعات بیشتری داشته باشد.
- پوست بیمار را در همان زمانی که دیگر بررسی ها یا مراقبت ها را انجام می دهید، مشاهده کنید. از بالا ترین نقطه بدن شروع کنید و به سمت پایین بروید. لازم نیست که مشاهده کامل پوست بیمار در یک زمان انجام شود.
- ✓ زمانی که برای بیمار اکسیژن قرار می دهید. گوش های بیمار را از نظر نواحی فشار ناشی از لوله اکسیژن بررسی کنید.
- ✓ اگر بیمار در حال استراحت در تخت است، ناحیه اکسی پوت را در هنگام جابه جایی و تغییر وضعیت وی مشاهده و بررسی کنید.
- ✓ هنگامی که مشغول سمع صدای ریه هستید یا در حال چرخاندن بیمار هستید، نواحی شانه ها، کتف ها، کمر، ستون مهره ها، ساکروم و کوکسیک را بررسی کنید.
- ✓ هنگام چک کردن صداهاى روده، چین های پوستی را مشاهده و بررسی کنید.
- ✓ هنگام قرار دادن بالش زیر ساق پای بیمار، پاشنه ها و پاهای بیمار را بررسی کنید.

⁶ Blanching erythema

⁷ non-blanching erythema

(استفاده از یک آئینه دستی این کار را راحت تر می کند).

- ✓ زمان چک کردن محل لاین سرم بیمار ، آرنج ها و بازوهای بیمار را چک کنید.
- ✓ پوست نواحی زیر تجهیزات را با برداشتن روتین آن ها چک کنید. (مثل آتل ها ، جوراب ها یا بانداژهای آنتی ترومبوز و دستبند های مهار فیزیکی).
- ✓ هر زمانی که بیمار را بلند می کنید یا از بیمار مراقبت می کنید ، به پوست بیمار به ویژه در نواحی برجستگی استخوانی نگاه کنید.
- ✓ به پوست نواحی که در آن جا بیمار حس درک درد ندارد یا قبلا دچار آسیب شده است توجه بیشتری کنید.

۵- بررسی جامع بیمار شامل ارزیابی زخم و ثبت اقدامات و یافته ها

- ✓ تاریخچه بیماری و معاینات فیزیکی را با تاکید بر زخم فشاری مرور کنید.
- ✓ هنگام تشخیص زخم فشاری ، مشخصات زخم و درجه آن را قبل از تعویض پانسمان و قبل از انتقال بیمار به بخش یا مراکز درمانی دیگر انجام دهید.
- ✓ علت ایجاد زخم فشاری از جمله بروز زخم فشاری ناشی از تجهیزات پزشکی را مشخص و ثبت کنید.
- ✓ وضعیت تغذیه ای بیمار را بررسی کنید.
- ✓ زخم بیمار را از نظر علائم عفونت (افزایش ترشحات ، وجود ترشحات چرکی ، افزایش ابعاد یا درجه زخم ، تشکیل بافت نکروز جدید ، افزایش درد ناشی از زخم ، التهاب و سفتی اطراف زخم و ..) بررسی و نتیجه آن را ثبت کنید.
- ✓ نیاز های اجتماعی روانی بیمار را بررسی کنید.

ملاحظات	فاکتورهایی که باید بررسی و ثبت شود
محل زخم را با استفاده از واژه های آناتومیک دقیق بیان کنید . برای شفاف سازی می توانید از شکل شماتیک بدن استفاده کنید.	محل آناتومیک
از خط کش یک بار مصرف کاغذی جهت اندازه گیری زخم بیمار استفاده کنید. بزرگترین طول و عرض و بیشترین قطر زخم را اندازه بگیرید و به سانتی متر ثبت کنید. برای بررسی عمق زخم از یک اپلیکاتور استریل استفاده کنید.	شکل ، اندازه
از سیستم درجه بندی NPUAP استفاده کنید . یک زخم	درجه

<p>فشاری که با بافت اسکار یا نکروز سیاه رنگ پوشیده شده است تا زمانی که بافت نکروز دبرید نشود و عمق زخم مشخص نشود قابل درجه بندی نیست.</p> <p>هرگز نباید زخم های فشاری به صورت معکوس در هنگام ترمیم ، درجه بندی شوند .برای تمایز زخم فشاری ترمیم یافته باید به صورت درجه اولیه زخم که ترمیم یافته است ذکر شود .مثلا سه ترمیم یافته ثبت شود .</p>	
<p>برای توصیف از واژه هایی همانند بدون ترشح ، کم ، متوسط ، یا زیاد استفاده کنید.برای توصیف ویژگی های ترشحات از واژه هایی همانند سروزی ، خونی- سروزی ، خونی یا چرکی استفاده کنید.</p>	<p>ترشحات</p>
<p>پوست اطراف زخم را از نظر رنگ ، قوام ، بافت ، درجه حرارت ، وجود سفتی ، لیج افتادگی یا تمامیت پوستی بررسی و ثبت کنید.</p>	<p>پوست اطراف</p>
<p>عمق سینوس یا تونل را با استفاده از انگشت در حالیکه دستکش پوشیده اید و یا استفاده از اپلیکاتور با نوک پنبه ای با احتیاط اندازه بگیرید.محل آن را با استفاده از شمای ساعت بیان کنید.</p>	<p>سینوس تراکت ، تونل</p>
<p>به وجود UNDERMINE و جداشدگی دقت کنید. به وجود اریتما یا لیج افتادگی دقت کنید. (UNDERMINE) به تخریب بافتی اطراف زخم در زیر پوست سالم می گویند.)</p>	<p>حاشیه زخم</p>
<p>لبه زخم را با استفاده از واژه هایی همانند متمایز ، غیر متمایز ، جدا شده ، یا تو رفته ، توصیف کنید.</p>	<p>لبه زخم</p>
<p>بعضی از پانسمان ها یا محلول های موضعی می توانند بر روی بوی زخم تاثیر بگذارند.</p>	<p>بوی زخم</p>
<p>به ویژگی های بافت بستر زخم توجه کنید و مشخص کنید که از چه نوعی است : اپیتلیال ، گرانوله ، اسلاف ، یا نکروز. مشخص کنید نوع بافت نکروز از چه نوعی است : سفید یا خاکستری ، زرد ، سیاه یا قهوه ای نرم ، یا سیاه خشک . میزان هریک از بافت ها را به درصد اعلام کنید.</p>	<p>بافت بستر زخم</p>

۵-۱ اجرا و ثبت مداخلات :

الف) راهنمای بالینی درمان زخم :

- ✓ هدف از درمان زخم فشاری باید تعیین کننده مسیر برنامه مراقبت از زخم باشد. هدف از درمان زخم ممکن است ترمیمی، کنترل علائم یا تسکینی، مثلا پیشگیری از عفونت باشد.
- ✓ زخم را تمیز کنید :

 - قبل از بررسی زخم
 - قبل از انجام پانسمان
 - با استفاده از یک محلول تمیز کننده زخم و با یک روش که زخم را به اندازه کافی تمیز خواهد کرد.

درمان زخم های فشاری بر اساس تئوری درمان زخم به روش مرطوب انجام می شود. در این روش محیط ایده ال برای ترمیم و باز سازی سلول های از دست رفته پوست محیطی است که رطوبت فیزیولوژیک ترمیم زخم را فراهم کند. در پروتکل زیر که بر اساس منابع علمی معتبر در زمینه درمان زخم و نظر کارشناسان درمانگر تدوین شده است هدف این است که با توجه به شرایط بیمار، نوع زخم و امکانات مالی بیمار و موسسه درمانی، بهترین روش درمانی انتخاب شود. بهترین روش درمانی الزاما گران ترین روش درمانی نیست، باید حتما در انتخاب آن به این نکته توجه داشت که بر اساس شرایط بیمار و نوع زخم قبل از انتخاب نوع پانسمان، اهداف درمانی (که شامل درمان قطعی، درمان کنترلی یا تسکینی است) بر اساس اهداف واقعی تعیین شود و روش درمان منطبق با شرایط بیمار و محیط درمانی، انتخاب شود. توجه داشته باشید که دانش درمان و مدیریت زخم یک دانش پویا است و پیوسته بر اساس نتایج تحقیقات و یافته های علمی در حال تغییر است. بنابراین پروتکل زیر در بازه های زمانی مشخص و حداکثر هر ۶ ماه یک بار نیاز به باز نگری دارد. ضمن اینکه درمانگران ممکن است در پاره ای از موارد بر اساس تجارب شخصی خود ضمن تعهد به اصول درمان زخم های مزمن که بر پایه الگوی تایم TIME است؛ از روش های استاندارد دیگر برای درمان زخم استفاده کنند. هرچند تلاش شده است که بر اساس همان الگو، با توجه به شرایط و ویژگی های کلی زخم، در این پروتکل متداول ترین روش های درمان به صورت طبقه بندی شده گنجانده شود.

۱- زخم های تمیز با بافت اپیتلیاله :

الف - هیدروکلوئید

ب- ژل کیتوهیل

۲- زخم های تمیز با بافت گرانوله سطحی با ترشحات کم:

الف - هیدروکلوئید ها

ب- پانسمان های حاوی عسل

ج- پانسمان های غیر چسبنده به بستر زخم و غیر جاذب

ج - گاز وازلین

د- پانسمان های بیولوژیک

۳- زخم های تمیز با بافت گرانوله سطحی با ترشحات متوسط تا زیاد :

فوم های ساده

۴- زخم تمیز با بافت گرانوله عمقی با ترشحات کم :

الف - ژل عسل مدی هانی + پانسمان ثانویه غیر جاذب ، غیر چسبنده

ب- پماد های حاوی عسل + پانسمان ثانویه غیر جاذب

ج - پانسمان مرطوب (گاز استریل مرطوب شده)

۵- زخم تمیز با بافت گرانوله عمقی با ترشحات متوسط تا زیاد:

الف - پانسمان های آلژینات ساده یا نقره دار+ پانسمان ثانویه جاذب

ب- پانسمان های هیدروفایبرساده یا نقره دار + پانسمان ثانویه جاذب

ج- پانسمان های حاوی آلومینیوم + پانسمان ثانویه جاذب

د وکیوم تراپی با فشار منفی

۶- زخم تمیز با بافت اسلاف یا نکروز سطحی :

الف - پانسمان هیدروژل + بیوفیلیم یا هیدروکلوئید

ب- پانسمان هیدروژل + پانسمان غیر جاذب غیر چسبنده

۷- زخم تمیز با بافت اسلاف یا نکروز محکم:

الف - دبرید جراحی

ب- دبرید آنزیمی (پماد فیبرینولایزین با یا بدون هیدروژل + گاز وازلین)

ج- ماگوت تراپی

۸- زخم عفونی همراه با بافت اسلاف یا نکروز :

الف - دبرید جراحی

ب- دبرید آنزیمی (پماد فیبرینولایزین + گاز وازلین)

ج- ماگوت تراپی

تبصره ۱: برای پیشگیری از آسیب های ناشی از اصطکاک می توان از اسپری های بیوفیلیم یا پانسمان های بیوفیلیم استفاده کرد.

تبصره ۲: برای پیشگیری از آسیب های ناشی از رطوبت می توان از ترکیب پماد زینک اکسید همراه با ویتامین آد استفاده کرد.

تبصره ۳: در صورت استفاده از دبرید به روش اتولیتیک ، آنزیمی و یا ماگوت محافظت از پوست اطراف زخم با استفاده از ترکیبات محافظ پوست هم چون پماد زینک اکسید یا اسپری های بیوفیلیم بسته به نوع پانسمان ثانویه الزامی است.

تبصره ۴: استفاده از ترکیبات آنتی میکروبیال مثل نقره، ید ، آلومینیوم یا پی اچ ام بی PHMB فقط در مواردی که زخم کلونیزه حاد یا عفونی باشد قابل استفاده است . ومنطقی تر آن است که در صورت انتخاب دو نوع پانسمان اولیه و ثانویه ، پانسمان اولیه از نوع آنتی میکروبیال باشد.

تبصره ۵: استفاده از پماد های آنزیمی مثل فیبرینولایزین در مواردی که بیمار دچار اختلال انعقادی است باید با احتیاط و با دستور کتبی پزشک معالج باشد.

تبصره ۶: در گروه سنی نوزادان ، استفاده از پانسمان های حاوی نقره ، ید، آلومینیوم یا دیگر ترکیبات فلزی به دلیل احتمال جذب پوستی و مسمومیت با احتیاط صورت گیرد.

ب) مدیریت درد:

✓ هر بیمار مبتلا به زخم فشاری را از نظر درد بررسی کنید و آن را در صورت نیاز درمان کنید. در صورت اندیکاسیون ، قبل از انجام مراقبت از زخم ، به بیمار مسکن دهید.

ج) مشاوره جراحی:

با جراحی که در دبریدمان زخم فشاری و ترمیم جراحی مهارت دارد در صورت نیاز ، مشاوره کنید.

د) آموزش:

✓ به بیمار و همراه وی در مورد پیشگیری ، مدیریت و درمان زخم های فشاری آموزش دهید.

۶- ارتباط درمانی بین کادر درمان و سازمان های مختلف و مستند سازی آن :

✓ هنگام انتقال بیمار به خارج از بخش یا بیمارستان ، وجود زخم فشاری ، هدف درمان ، درجه زخم و مراقبت های بعدی اطلاع دهید.

✓ تمام آیتم ها را در پرونده بالینی بیمار ثبت کنید.



دانشگاه علوم پزشکی شیراز Shiraz University of Medical Sciences

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

فرم گزارش زخم فشاری

pressure Ulcer Report

		شماره پرونده: Unit No:	
پزشک معالج: Attending Physician:	بخش: Ward:	نام: Name:	نام خانوادگی: Family Name:
تاریخ پذیرش: Date of Admission:	اتاق: Room:	تاریخ تولد: Date of Birth:	نام پدر: Father Name:
تخت: Bed:	علت بستری: Impression:	بخش گزارش دهنده: Ward:	سن و جنس: Sex & Age:
<input type="checkbox"/> پذیرش بیمار با زخم فشاری: از منزل <input type="checkbox"/> سایر بیمارستان ها <input type="checkbox"/> سایر بخش ها			

		۷ د
--	------	--	--------

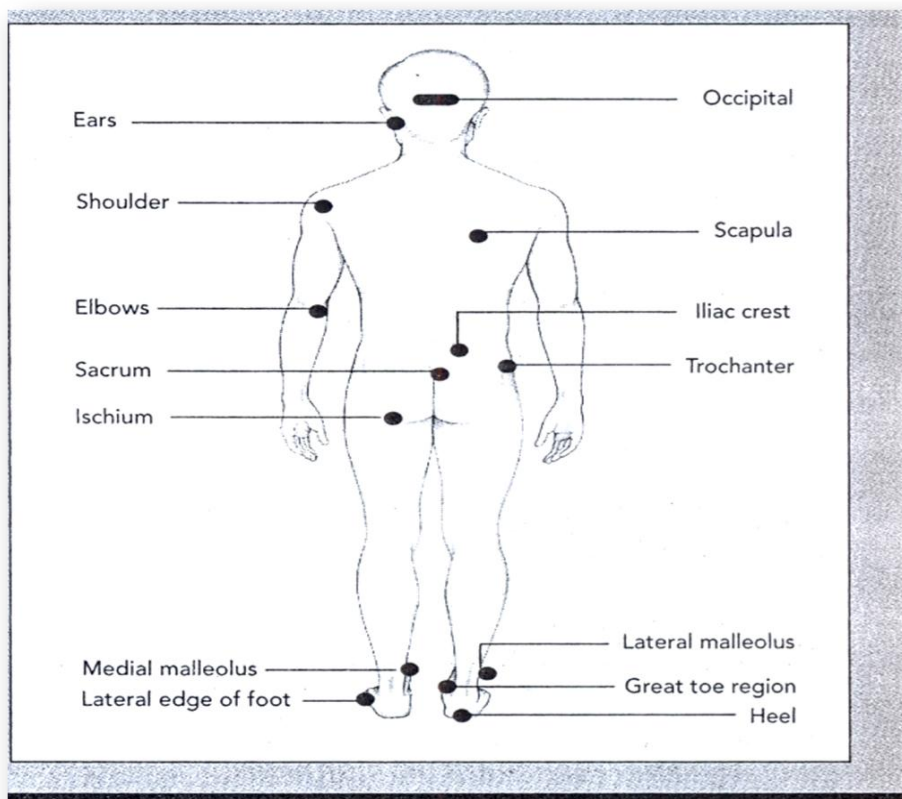
ول مشخصات زخم فشاری

Sacrum <input type="checkbox"/>	(R) Medial Malleolus <input type="checkbox"/>	(R) Trochanter <input type="checkbox"/>	(R) Leg <input type="checkbox"/>	(R) Hand <input type="checkbox"/>	Occiput <input type="checkbox"/>
Coccyx <input type="checkbox"/>	(L) Medial Malleolus <input type="checkbox"/>	(L) Trochanter <input type="checkbox"/>	(L) Leg <input type="checkbox"/>	(L) Hand <input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/>
(R) Heel <input type="checkbox"/>	(R) Lateral Malleolus <input type="checkbox"/>	Back <input type="checkbox"/>	(R) Ear <input type="checkbox"/>	(R) Arm <input type="checkbox"/>	Abdominal <input type="checkbox"/>
(L) heel <input type="checkbox"/>	(L) Lateral Malleolus <input type="checkbox"/>	(R) Foot <input type="checkbox"/>	(L) Ear <input type="checkbox"/>	(L) Arm <input type="checkbox"/>	Cervical <input type="checkbox"/>
(R) Ischium <input type="checkbox"/>	(R) Shoulder <input type="checkbox"/>	(L) Foot <input type="checkbox"/>	(R) Elbow <input type="checkbox"/>	(R) Scapula <input type="checkbox"/>	Iliac Crest <input type="checkbox"/>
(L) Ischium <input type="checkbox"/>	(L) Shoulder <input type="checkbox"/>	Nose <input type="checkbox"/>	(L) Elbow <input type="checkbox"/>	(L) Scapula <input type="checkbox"/>

امتیاز کنونی Push Tool	E: Edge (لبه جدا شده، تورفته، چسبیده)	M: Moisture (اگزودای کم، متوسط، زیاد)	I: Inflammation (عفونت یا التهاب زخم)	T: Tissue (بافت بستر زخم (اینتیال، گرانوله، اسلاف، نکروزه))	درجه	عمق × عرض × طول (با خط کشی اندازه گیری شود cm)	محل زخم به تفکیک
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵

امضاء و مهر پرستار تحویل دهنده	تاریخ گزارش زخم:
امضاء و مهر پرستار تحویل گیرنده	امتیاز برادن اولیه:
امضاء و مهر کارشناس زخم یا سوپروایزر بالینی	امتیاز برادن کنونی:
توضیحات:	تاریخ تایید:
امضاء و اثر انگشت همراه بیمار :	

تصویر شماتیک زیر صرفاً جهت راهنمایی است و برای مشخص کردن محل زخم از جدول صفحه قبل استفاده کنید. در صورتی که بیمار با زخم فشاری از منزل مراجعه کرده است از بیمار یا همراه بیمار در قسمت مشخص شده امضاء و اثر انگشت گرفته شود.



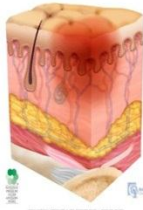
جدول راهنمای ابزار پوش

ابعاد زخم (طول در عرض CM2)	۰ ۰	۱ <۰/۳	۲ ۰,۶-۰,۳	۳ ۱-۰,۷	۴ ۱,۱-۲	۵ ۲,۱-۳,۰
	۶ ۴,۰-۳,۱	۷ ۴,۱-۸,۰	۸ ۸,۱-۱۲,۰	۹ ۲۴-۱۲,۱	۱۰ >۲۴/۰	
مقدار اکزودا	بدون ترشح ۰	ترشح کم ۱	ترشح متوسط ۲	ترشح زیاد ۳		
نوع بافت	زخم بسته ۰	بافت اپیتلیالی ۱	بافت گرانوله ۲	اسلاف ۳	نکروتیک ۴	



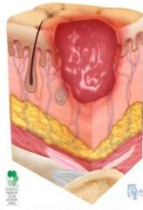
درجه بندی آسیب های فشاری بر اساس NPUAP

زخم فشاری درجه یک: قرمزی غیر قابل برگشت (اپیدرم)



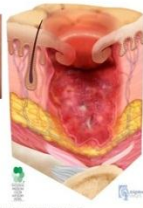
تغییر رنگ پوست سالم به قرمزی که سفید نمی‌شود. این تغییر رنگ به صورت موضعی است و معمولاً بر روی یک برجستگی استخوانی قرار دارد. ناحیه درگیر می‌تواند دردناک، سفت‌تر یا نرم‌تر، سردتر یا گرم‌تر در مقایسه با ناحیه مجاور خود باشد. تشخیص زخم فشاری درجه یک ممکن است در افراد تیره پوست دشوار باشد.

زخم فشاری درجه دو: از دست رفتن ضخامت نسبی پوست (اپیدرم و درم)



به صورت یک زخم سطحی باز با یک بستر صورتی متمایل به قرمز و بدون اسلاف خود را نشان می‌دهد. همچنین ممکن است به صورت یک تاول سالم حاوی مایع سرم یا تاول باز شده ظاهر یابد. این نوع زخم به صورت یک زخم سطحی خشک یا نسبتاً درخشان و مرطوب بدون اسلاف یا کیبودی ظاهر می‌یابد. این درجه نباید برای توصیف پارگی‌های پوست به دنبال تروما، حساسیت به جای چسب، درمان‌ت ناحیه برنجه، لیج افتادگی یا کنده شده پوست به کار برود.

زخم فشاری درجه سه: از دست رفتن ضخامت کامل پوست (اپیدرم، درم و زیر جلدی)



به معنی از دست رفتن ضخامت کامل پوست است که باعث آشکار شدن بافت زیر جلدی می‌شود اما استخوان، تاندون، یا ماهیچه آشکار نمی‌شوند. اسلاف ممکن است وجود داشته باشد اما عمق بافت از دست رفته را نمی‌پوشاند. ممکن است جداشدگی لبه زخم و تونل در زخم مشاهده شود. عمق زخم فشاری درجه سه بستگی به محل آناتومیک ناحیه درگیر دارد. پل بینی، گوش، اکسی پوت، و قوزک پا بافت زیر جلدی ندارند، بنابراین زخم فشاری درجه سه در این نقاط سطحی به نظر می‌رسد. در مقابل نواحی که مقادیر قابل توجهی بافت زیر جلدی دارند، زخم فشاری درجه سه با عمق بسیار زیاد دیده می‌شود، اما استخوان یا تاندون قابل مشاهده یا لمس نیست.

زخم فشاری درجه چهار: از دست رفتن کامل ضخامت پوست (همراه با درگیری ساختارهای زیرین پوست)



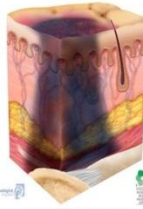
به معنی از دست رفتن ضخامت کامل پوست همراه با آشکار شدن استخوان، تاندون یا ماهیچه است. اسلاف یا اسکار ممکن است در بخش هایی از بستر زخم وجود داشته باشد. اغلب جداشدگی لبه زخم و تونل مشاهده می‌شود. عمق زخم فشاری درجه چهار بستگی به محل آناتومیک ناحیه درگیر دارد. پل بینی، گوش، اکسی پوت، و قوزک پا بافت زیرجلدی ندارند. بنابراین زخم فشاری درجه چهار در این نواحی سطحی به نظر می‌رسد. زخم فشاری درجه چهار به ماهیچه و یا ساختارهای حمایتی (مانند فاشیا، تاندون، یا کپسول مفصلی) کشیده شود و ممکن است سبب استئومیلیت شود. بافت استخوان یا ماهیچه قابل مشاهده است یا به طور مستقیم لمس می‌شود.

زخم فشاری غیر قابل درجه بندی: عمق نامشخص



به معنی از دست رفتن ضخامت کامل پوست است که در آن بستر زخم با بافت اسلاف (زرد، برنز، خاکستری، سبز یا قهوه‌ای) و یا بافت اسکار (برنز، قهوه ای یا سیاه) پوشانده شده است. تا بافت اسلاف یا اسکار برداشته نشود و بستر زخم آشکار نشود. تعیین عمق واقعی زخم و بنابراین درجه زخم امکان پذیر نیست. بافت اسکار ثابت (خشک، چسبیده، سالم بدون ارتعاش، یا نوسان مایع) بر روی پاشنه‌ها به عنوان یک پوشش بیولوژیک عمل می‌کند و نباید برداشته شود.

زخم فشاری آسیب عمیق بافتی: عمق نامشخص



به معنی آسیب بافت نرم زیرین ناشی از فشار یا نیروی برشی است. که به صورت تغییر رنگ موضعی پوست سالم به بنفش یا ارغوانی رنگ است. یا تاول حاوی خون است. بافت این ناحیه ممکن است دردناک، سفت، اسفنجی، سردتر یا گرم‌تر نسبت به بافت مجاور به نظر برسد. تشخیص آسیب عمیق بافتی ممکن است در افراد تیره پوست دشوار باشد. سیر تکاملی آن ممکن است به صورت یک تاول سطحی بر روی یک بستر زخم سیاه باشد. زخم ممکن است پیشرفته‌تر شود و با یک بافت اسکار نازک پوشانده شود. زخم ممکن است حتی با مطلوب‌ترین درمان به آشکار شدن سریع لایه‌های بیشتر بافت، منجر شود.

راهنمای ارزیابی خطر بروز زخم فشاری در بزرگسالان

دامنه ۴-۱	ارزیابی سلامت درک حسی (واکنش بیمار نسبت به درد ناشی از فشار)
کاملاً محدود شده ۱ امتیاز	<p>– با محرک دردناک هیچگونه پاسخی نشان نمی دهد (به طور مثال : گریه نمی کند ، به خود نمی پیچد ، چنگ نمی زند .</p> <p>یا</p> <p>– عدم توانایی در احساس درد در اکثر نقاط بدن</p>
بسیار محدود شده ۲ امتیاز	<p>– فقط به محرک دردناک پاسخ می دهد و در پاسخ به محرک دردناک ، درد و ناراحتی خود را فقط با ناله کردن و بیقراری نشان می دهد.</p> <p>یا</p> <p>– توانایی در احساس درد یا ناراحتی ناشی از فشار را در ۱/۲ بدن خود ندارد.</p>
نسبتاً محدود شده ۳ امتیاز	<p>– به دستورات شفاهی پاسخ می دهد اما همیشه قادر نیست درد ، ناراحتی و یا نیاز به تغییر وضعیت بدنش را بیان کند.</p> <p>– توانایی درک احساس درد یا ناراحتی ناشی از فشار در یک یا دو اندام ندارد.</p>
سالم و بدون ضعف ۴ امتیاز	<p>– به دستورات شفاهی پاسخ می دهد</p> <p>– توانایی پاسخ مناسب به تمام محرک های ناشی از درد و فشار دارد</p>
دامنه ۴-۱	ارزیابی رطوبت پوست بدن بیمار
همواره مرطوب ۱ امتیاز	<p>– پوست در بیشتر مواقع بدلیل تماس با ادرار ، عرق و دیگر ترشحات بدن خیس است</p> <p>یا</p> <p>– هر زمانی که بیمار حرکت می کند یا تغییر وضعیت می دهد خیس بودن پوست مشاهده می شود</p>
بسیار مرطوب ۲ امتیاز	<p>– پوست اغلب مرطوب است بطوری که ملحفه ها حداقل در هر شیفت ، یکبار نیاز به تعویض دارد.</p>
گاهی مرطوب ۳ امتیاز	<p>– پوست نسبتاً مرطوب است و حداقل روزی یکبار ، نیاز به تعویض اضافی ملحفه دارد.</p>
به ندرت مرطوب ۴ امتیاز	<p>– پوست معمولاً خشک است . ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن تعویض می شود.</p>

دامنه ۴-۱	ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار
محدود به تخت ۱ امتیاز	- توانایی یا اجازه خروج از تخت را ندارد.
محدود به صندلی ۲ امتیاز	- توانایی راه رفتن بسیار محدود است یا اصلاً وجود ندارد. یا - قادر به تحمل وزن بدن خود نیست و باید از صندلی چرخدار (ویلچر) کمک بگیرد.
گاهی راه می رود ۳ امتیاز	- توانایی راه رفتن در فواصل کوتاه بدون کمک یا با کمک دارد. یا - بیمار اغلب اوقات در تخت یا صندلی است
مرتب راه می رود ۴ امتیاز	- توانایی راه رفتن بطور مستقل دارد. یا - خارج از اتاق ، حداقل ۲ بار در روز راه می رود و درون اتاق حداقل هر ۲ ساعت یکبار در ساعات بیداری خویش راه می رود.
دامنه ۴-۱	ارزیابی توانایی بیمار در تغییر وضعیت و جابجایی
کاملاً بی حرکت ۱ امتیاز	- بیمار قادر نیست بدون کمک ، در وضعیت بدنی خود یا اندام هایش ، کوچکترین تغییری ایجاد کند
بسیار محدود ۲ امتیاز	- بیمار قادر است گاهی اوقات و به میزان کم وضعیت بدنی خود و یا اندام هایش را تغییر دهد اما قادر نیست به صورت مستقل ، مکرر و قابل ملاحظه وضعیت بدنی و یا اندام های خود را تغییر دهد.
محدودیت کم ۳ امتیاز	- بیمار قادر است بصورت مستقل هرچندبه میزان کم وضعیت بدنی خود و یا اندام هایش را تغییر دهد
بدون محدودیت ۴ امتیاز	- بیمار قادر است به صورت مستقل و مکرر وضعیت بدنی خود و اندام هایش را تغییر دهد

دامنه ۴-۱	ارزیابی وضعیت تغذیه
بسیار ضعیف ۱ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار هیچ وقت وعده غذایی اش را به طور کامل نمی خورد یعنی بندرت بیش از ۱/۳ غذایش را می خورد. - از ۲ سهم یا کمتر منبع پروتئینی مورد نیاز استفاده می کند (گوشت و لبنیات) - مایعات به مقدار کم مصرف می کند. - از مکمل غذایی استفاده نمی کند (مکمل های غذایی تجاری) - بیمار NPO باشد یا بیش از ۵ روز از مایعات وریدی و یا رژیم غذایی مایعات شفاف استفاده کند.
تقریباً ناکافی ۲ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار به ندرت وعده غذایی اش را به طور کامل می خورد یعنی فقط ۱/۲ غذایش را می خورد. - از ۳ سهم منبع پروتئینی مورد نیاز استفاده می کند (گوشت و لبنیات) - گاهی اوقات از مکمل های غذایی استفاده می کند. یا - کمتر از میزان تجویز شده تغذیه با لوله دریافت می کند. - کمتر از میزان مورد نیاز رژیم مایع کامل، دریافت می کند.
کافی ۳ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار وعده غذایی اش را معمولاً به طور کامل می خورد یعنی بیش از ۱/۲ وعده غذایی اش را می خورد. - از ۴ سهم منبع پروتئینی مورد نیاز استفاده می کند (گوشت و لبنیات) - ممکن است یک وعده غذایی خود را رد کند اما بجای آن از مکمل غذایی تجاری استفاده می کند. یا - بیمار از تغذیه لوله استفاده می کند یا از تغذیه وریدی کامل استفاده می کند
عالی ۴ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار وعده غذایی خود را می خورد. - به ندرت غذا را رد می کند. - میان وعده می خورد. - نیاز به استفاده از مکمل غذایی تجاری ندارد.

دامنه ۴-۱	ارزیابی نیروهای اصطکاک (بین پوست و سطوح) و نیروهای از هم گسیختگی (بین لایه های پوست)
نیروهای اصطکاک و از هم گسیختگی وجود دارد ۱ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار توانایی حرکت مستقل در تخت و صندلی ندارد - بیمار قادر نیست بدون سر خوردن بر روی ملحفه جابجا شود - معمولاً در تخت یا صندلی به سمت پایین سر می خورد - احتیاج به تغییر وضعیت مکرر با بیشترین کمک را دارد - وضعیت هایی مانند اسپاسم ، کنتراکچر و یا بیقراری بیمار سبب اصطکاک دایمی بین پوست بیمار با سطوح می شود.
نیروهای اصطکاک و از هم گسیختگی نسبتاً وجود دارد ۲ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - بیمار نسبتاً توانایی حرکت مستقل در تخت و صندلی دارد - سر خوردن بر روی ملحفه معمولاً اتفاق نمی افتد - بیمار می تواند در صندلی یا تخت وضعیت خود را حفظ کند و وضعیت مناسبی داشته باشد اما گاهی اوقات به سمت پایین سر می خورد یا - از قسمتی از بدنش بعنوان تکیه گاه استفاده می کند.
نیروهای اصطکاک و از هم گسیختگی ظاهراً وجود ندارد ۳ امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> - قدرت عضلانی طبیعی می باشد. بیمار قادر است به راحتی در تخت و صندلی حرکت کند و بلند شود. - بیمار همیشه می تواند در تخت یا صندلی وضعیت طبیعی بدنش را حفظ کند.

دامنه امتیازات از ۶ تا ۲۳ است و بر اساس امتیاز به دست آمده بیماران به

گروه های زیر تقسیم می شوند:

✓ امتیاز ۱۸-۱۵ : بیماران با خطر پایین.

✓ امتیاز ۱۴-۱۳: بیماران با خطر متوسط

✓ امتیاز ۱۲-۱۰: بیماران با خطر زیاد

✓ امتیاز ۹ و کمتر: بیماران با خطر بسیار زیاد

چک لیست پایش پیشگیری از زخم فشاری			
نام بخش :		نام بیمارستان :	تاریخ وساعت :
کل امتیاز:		امتیاز مکتسبه:	تعداد کل بیماران بستری در بخش در یک ماه :
			تعداد کل بیماران با نمره برادن کمتر از ۱۲ در یک ماه :
ردیف	عنوان	امتیاز مکتسبه (۰-۲)	امتیازات
۱	خط مشی پیشگیری ، مراقبت و درمان زخم فشاری در بخش وجود دارد ؟		خط مشی در بخش وجود دارد = ۲ عدم وجود خط مشی در بخش = ۰
۲	کارشناس پرستار زخم ، با شرح وظایف مشخص جهت ارائه مشاوره در ارتباط با پیشگیری و مراقبت و درمان زخم فشاری وجود دارد؟		مشاهده ابلاغ و شرح وظایف = ۲ عدم مشاهده = ۰
۳	فرد جایگزین جهت پرستار کارشناس زخم پیش بینی می شود؟		مشاهده ابلاغ و شرح وظایف = ۲ عدم مشاهده = ۰
۴	آموزش پیشگیری ، مراقبت و درمان زخم فشاری بر اساس شرح وظایف کارکنان درمانی وجود دارد؟		آموزش کامل پرسنل = ۲ عدم آموزش پرسنل = ۰
۵	غربالگری تمام بیماران از نظر خطر بروز زخم فشاری با استفاده از معیار برادن ، در بدو بستری انجام می شود؟		ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار = ۲ عدم ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار = ۰
۶	ارزیابی مجدد تمام بیماران با استفاده از معیار برادن طبق پروتکل زیر انجام و ثبت می شود؟(در بخش های مراقبت ویژه روزانه در شیفت صبح ، در سایر بخش ها ، در شیفت صبح هر ۴۸ ساعت یک بار او در بخش جراحی بعد از عمل جراحی و در شیفت صبح هر ۴۸ ساعت یک بار انجام و ثبت می شود؟		ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۷	تمام بیمارانی که بر اساس معیار برادن نمره کمتر از ۱۲ دریافت می کنند از لحاظ سیستم جلدی روزانه بررسی می شوند؟(به ویژه نواحی برجسته استخوانی)		ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰

مشاهده و ثبت موارد الف و ب در گزارش پرستاری = ۲ عدم مشاهده ثبت در گزارش پرستاری = ۰	برنامه مراقبتی بیماران شامل در نظر گرفتن موارد زیر می باشد ؟ الف - برنامه تغییر وضعیت بیمار و تحرک برای هر بیمار در تخت یا صندلی وجود دارد؟ ب- از تجهیزات استاندارد (فوم ، بالشک ، تشک موج و ...) کاهش فشار برای بیماران با توجه به امتیاز کسب شده از معیار برادن استفاده می شود؟	۸
مشاهده و ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم مشاهده و ثبت در گزارش پرستاری = ۰	در صورت وجود بی اختیاری ادرار یا مدفوع ، محافظت پوست در برابر ادرار و یا مدفوع انجام می شود؟	۹
مشاوره و ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰	در صورت وجود مشکلات تغذیه ای بر اساس معیار برادن ، مشاوره و مداخله تغذیه ای انجام می گیرد ؟	۱۰
مشاهده و ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم مشاهده و ثبت در گزارش پرستاری = ۰	برنامه مراقبتی از بیمار با توجه به تغییرات سیستم جلدی ، تغییر داده می شود؟	۱۱
ارائه و ثبت آموزش = ۲ عدم ثبت = ۰	آموزش پیشگیری از زخم فشاری به بیمار و همراه وی به صورت چهره به چهره و ارائه محتوای آموزش انجام و ثبت می شود؟	۱۲

چک لیست پایش مراقبت و درمان زخم فشاری

تعداد کل بیمارانی که طی یک ماه اخیر با زخم فشاری از سایر واحدها یا منزل پذیرش شده اند:

تعداد بیمارانی که طی یک ماه در بخش مبتلا به زخم فشاری شده اند:

کل امتیاز: امتیاز مکتسبه:

ردیف	عنوان	امتیاز مکتسبه (۰-۲)	امتیازات
۱	تمام موارد زخم فشاری با استفاده از فرم گزارش زخم فشاری به کارشناس زخم گزارش می شود؟		گزارش گیری دقیق = ۲ عدم گزارش دقیق = ۰
۲	محل زخم (زخم ها) به تفکیک با اصطلاحات دقیق آناتومیک مشخص و ثبت می شود؟		ثبت دقیق محل زخم ها با استفاده از اصطلاحات آناتومیک = ۲ عدم ثبت محل در گزارش پرستاری = ۰
۳	طول و عرض زخم (زخم ها) به تفکیک با استفاده از ابزار مناسب و دقیق ، بررسی و ثبت می شود؟		مشاهده و اندازه گیری با ابزار مناسب و ثبت آن در گزارش پرستاری = ۲ عدم اندازه گیری و ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۴	ترشحات زخم (زخم ها) به تفکیک ، رنگ و بو بررسی و ثبت می شود؟		ثبت تمام ویژگی ها در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت ویژگی ها = ۰
۵	ویژگی های بافت بستر زخم (زخم ها) از نظر بافت تشکیل دهنده آن (بافت گرانوله ، اپی تلیاله ، اسلاف ویا نکروز) وجود یا عدم وجود سینوس ، تونل یا فیسچول به تفکیک ، بررسی و ثبت می شود؟		ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۶	درجه زخم (زخم ها به تفکیک ، بر اساس تقسیم بندی (NPUAP) تعیین و ثبت می شود؟		ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰

۷	ویژگی های لبه های زخم (زخم ها) به تفکیک ، بررسی و ثبت می شود؟ (جدا شده ، تو رفته ، چسبیده به بستر زخم)	ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۸	پوست اطراف زخم از لحاظ رنگ ، درجه حرارت ، ادم بررسی و ثبت می شود؟	ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۹	شدت درد مربوط به زخم بررسی و ثبت می شود؟	ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۱۰	وجود یا عدم وجود علائم و نشانه های عفونت زخم (بوی نامطبوع ، ترشحات سبز رنگ و ...) بررسی و ثبت می شود؟	ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۱۱	مداخلات بر اساس الگوی TIME می گیرد؟	ثبت مداخلات در گزارش پرستاری = ۲ عدم ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۱۲	جهت ارزیابی میزان پیشرفت و بهبودی زخم از PUSH TOOL استفاده می شود؟	استفاده دقیق و ثبت در گزارش پرستاری = ۲ عدم استفاده و ثبت در گزارش پرستاری = ۰
۱۳	آموزش در ارتباط با مراقبت و درمان زخم فشاری به بیمار و فرد مراقبت در منزل ، بصورت چهره به چهره و بروشور آموزشی (CD ، پمفلت آموزشی و ...) ارائه می شود؟	آموزش کامل = ۲ عدم آموزش = ۰

روش محاسبه معیار پوش :

PUSH TOOL (دستورالعمل بررسی بهبود زخم با استفاده از معیار)

این ابزار با استفاده از اندازه گیری ابعاد زخم ، تعیین مقدار آگزودا و نوع بافت زخم ، مقیاسی مناسب جهت تبدیل داده های کیفی به کمی فراهم می کند و پیشرفت زخم را تعیین می کند.

*قسمت اول این ابزار اندازه بزرگترین طول در بزرگترین عرض است با استفاده از یک خط کش این دو اندازه به دست آمده را به cm تبدیل کنید و در یک دیگر ضرب کنید عدد حاصل به cm² است ، از حدس زدن اجتناب کنید همیشه از خط کش و از یک روش اندازه گیری واحد استفاده کنید . سپس عدد به دست آمده را از جدول مورد نظر پیدا کنید . به مثال زیر توجه کنید:



$$3.7 \times 6.4 = 23.68$$

LENGTH X WIDTH (in cm ²)	0	1	2	3	4	5	Sub-score
	0	< 0.3	0.3 – 0.6	0.7 – 1.0	1.1 – 2.0	2.1 – 3.0	
		6	7	8	9	10	
		3.1 – 4.0	4.1 – 8.0	8.1 – 12.0	12.1 – 24.0	> 24.0	
EXUDATE AMOUNT	0	1	2	3			Sub-score
	None	Light	Moderate	Heavy			
TISSUE TYPE	0	1	2	3	4		Sub-score
	Closed	Epithelial Tissue	Granulation Tissue	Slough	Necrotic Tissue		
							TOTAL SCORE

همان گونه که مشاهده می فرمایید عدد مربوطه 23.67 است که امتیاز 9 به آن تعلق می گیرد.
*قسمت دوم مربوط به مقدار اگزودای زخم فشاری است. مقدار اگزودای زخم را بعد از برداشتن پانسمان و قبل از گذاشتن پانسمان دیگر تخمین بزنید.

نکته: در مورد زخم فشاری درجه یک، تاوول با پوست سالم، زخم با بافت نکروز خشک، امتیاز مربوطه صفر می شود. در صورتی که میزان ترشحات به گونه ای باشد که کمتر از ۱/۳ پانسمان را درگیر کرده باشد؛ امتیاز 1، در صورتی که بین ۱/۳ تا ۲/۳ را اشغال کرده باشد امتیاز ۲ و در صورتیکه بیش از ۲/۳ پانسمان را پر کرده باشد امتیاز سه به آن تعلق می گیرد.

به مثال زیر توجه کنید:



LENGTH X WIDTH (in cm ²)	0 0	1 < 0.3	2 0.3 – 0.6	3 0.7 – 1.0	4 1.1 – 2.0	5 2.1 – 3.0	Sub-score
		6 3.1 – 4.0	7 4.1 – 8.0	8 8.1 – 12.0	9 12.1 – 24.0	10 > 24.0	
EXUDATE AMOUNT	0 None	1 Light	2 Moderate	3 Heavy			Sub-score
TISSUE TYPE	0 Closed	1 Epithelial Tissue	2 Granulation Tissue	3 Slough	4 Necrotic Tissue		Sub-score
							TOTAL SCORE

همانگونه که مشاهده می کنید امتیاز دو از قسمت ترشحات به این زخم تعلق می گیرد

***بافت زخم**: در صورتی که هر نوع بافت نکروز وجود داشته باشد به زخم نمره 4 از این قسمت بدهید. در صورت وجود هر نوع بافت اسلاف نمره 3 بدهید در صورت وجود بافت گرانوله قرمز رنگ به زخم نمره 2 بدهید و در صورت سطحی شدن زخم و وجود بافت اپی تلیاله نمره یک بدهید.

نکته: به زخم فشاری درجه یک در این قسمت امتیاز 0 به زخم فشاری درجه دودر این قسمت، امتیاز یک بدهید چون ترمیم زخم فشاری درجه دو از طریق فرایند اپیتلیالیزاسیون است. به زخم فشاری درجه سه، چهار و غیر قابل درجه بندی بر اساس نوع بافت مشاهده شده امتیاز دهید. توجه داشته باشید که اگر به عنوان مثال در یک زخم درجه 4 حتی 1 درصد هم بافت نکروز وجود داشته باشد باید امتیاز 4 بدهید.

به مثال زیر توجه کنید



LENGTH X WIDTH (in cm ²)	0	1	2	3	4	5	Sub-score
	0	< 0.3	0.3 – 0.6	0.7 – 1.0	1.1 – 2.0	2.1 – 3.0	
		6	7	8	9	10	
		3.1 – 4.0	4.1 – 8.0	8.1 – 12.0	12.1 – 24.0	> 24.0	
EXUDATE AMOUNT	0	1	2	3	4	5	Sub-score
	None	Light	Moderate	Heavy			
TISSUE TYPE	0	1	2	3	4	5	Sub-score
	Closed	Epithelial Tissue	Granulation Tissue	Slough	Necrotic Tissue		
							TOTAL SCORE

جمع این اعداد که برابر با (۳+۲+۹)، ۱۴ می شود همان عدد پوش زخم بیمار است.

منابع :

1) Pressure Injury Prevention Points,
©2016 National Pressure Ulcer Advisory Panel (April 2016)

2) PRESSURE ULCER PREVENTION, QUICK REFERENCES GUIDELINE, 2016, NPUAP

3) WOUND OSTOMY AND CONTINENCE CORE CURRICULUM,2015, WOUND

MANAGEMENT

4) www.braden.com

5) www.npuap.org

مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم سالمندان در بیمارستان دوستاندار سالمند

تهیه شده در مدیریت پرستاری ، معاونت درمان ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تابستان ۹۸

مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم

پیش زمینه: در مورد بیماری‌هایی که مبتلا به اختلالات ذهنی هستند، به دلیل وجود این اختلال، به عنوان یک ریسک فاکتور برای سقوط، به ارزیابی بیشتر بیمار نیاز است. مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم، به منظور کمک برای تعیین اینکه آیا بیمار دلیریوم دارد طراحی شده است.

منابع :

Digit Span: Scoring guidelines from Montreal Cognitive Assessment are available at the Veterans Affairs (VA) Web page for the National Parkinson's Disease Research, Education, and Clinical Center & VA PD Consortium, www.parkinsons.va.gov/consortium/moca.asp.

Short Portable Mental Status Questionnaire: Adapted from (1) Hospital Elder Life Program and (2) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.

Confusion Assessment Method: Adapted from Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941-8.

دستورالعمل استفاده از این ابزار:

یک ارزیابی مناسب از وضعیت دلیریوم احتیاج به انجام تست‌های استاندارد و مشاهده مستقیم رفتار بیمار دارد. انجام پرسشنامه بررسی وضعیت ذهنی بیمار اطلاعاتی می‌تواند فراهم کند که در بررسی وضعیت گیجی بیمار[^]، Digit Span Test مورد استفاده قرار گیرد. دستورالعمل استفاده از هر یک از این تست‌ها در پایین شرح داده شده است.

این ابزار باید در هر بیماری که وضعیت ذهنی وی در هنگام پذیرش یا انتقال به یک بخش، نامشخص باشد، یا کسانی که وضعیت ذهنی آنها به طور حاد و ناگهانی پایین آمده است، استفاده شود. این تست به شما امکان می‌دهد که تعیین کنید آیا بیمار مبتلا به دلیریوم شده است و در نتیجه به تست‌های بیشتر برای ارزیابی دلیریوم احتیاج دارد. پزشکان و کارشناسان پرستاری می‌توانند این بررسی را انجام دهند. اما به آموزش نیاز دارند. آموزش به ویژه برای افتراق بین دلیریوم و علائم رفتاری ناشی از دمانس اهمیت دارد.

Digit Span Test پزشک یا پرستار خطاب به بیمار: هم اکنون من چند عدد را می‌خوانم. لطفاً آن‌ها را بعد از من تکرار کنید. (اعداد را با سرعت هر عدد در یک ثانیه بیان کنید).

شمارش مستقیم

پاسخ بیمار	پرستار یا پزشک
_____ - _____ - _____	۱-۹-۲
_____ - _____ - _____	۴-۷-۵-۳
_____ - _____ - _____	۷-۲-۹-۱-۶

پزشک یا پرستار خطاب به بیمار: هم اکنون من می‌خواهم چند عدد را بخوانم. لطفاً این بار آنها را از آخر به اول بعد از اتمام شمارش من تکرار کنید. به عنوان مثال من اگر گفتم ۴ و ۶ شما باید بگویید ۶ و ۴. (اعداد را با سرعت هر عدد در یک ثانیه بیان کنید).

شمارش معکوس

پاسخ بیمار	پرستار یا پزشک
_____ - _____ - _____	۲-۴-۷
_____ - _____ - _____	۴-۸-۳-۵

امتیاز دهی: بیمار در شرایط طبیعی باید قادر باشد ۵ عدد را در جهت شمارش مستقیم و ۳ عدد را در جهت معکوس تکرار کند. ناتوانی در انجام آن نشان دهنده یک نتیجه غیر طبیعی است.

پرسشنامه اختصاری بررسی وضعیت ذهنی

خطا؟	پاسخ			پرسش
	روز	ماه	سال	
				تاریخ امروز را به روز، ماه و سال بیان کنید.
				امروز چند شنبه است؟
				اینجا کجاست؟
				شماره تلفن تان چند است؟
				چند سالتان است؟
				تاریخ تولدتان چند است؟
				رئیس جمهور فعلی کیست؟
				رئیس جمهور قبلی چه کسی بود؟
				نام خانوادگی مادرتان چیست؟
				آیا می‌توانید از ۲۰ به صورت برعکس تا سه رقم بشمارید؟

پاسخ اشتباه در هر قسمت باید به صورت خط امتیاز بندی شود.

امتیاز کل خطاها -----

امتیاز بندی :

۰-۲ خطا: عملکرد طبیعی ذهنی

۳-۴ خطا: اختلال ذهنی خفیف

۵-۷ خطا: اختلال ذهنی متوسط

تعداد ۸ یا بیشتر خطا: اختلال ذهنی شدید

توجه: اگر بیمار تحصیلات بالاتر از سطح دبیرستان داشته باشد به تعداد خطاهای شمرده شده برای امتیازدهی یک خطا اضافه کنید. اگر بیمار تحصیلات پایین تر از سطح دبیرستان داشته باشد به تعداد خطاهای شمرده شده برای امتیاز دهی یک خطا کم کنید.

روش بررسی وضعیت گیجی^۹

بعد از بررسی وضعیت هوشیاری بیمار و آگاهی وی به زمان ، مکان و شخص ، و پس از انجام Digit Span Test ، و تکمیل پرسشنامه وضعیت ذهنی بیمار ، با استفاده از روش بررسی وضعیت گیجی ، بیمار را بررسی کنید. این تست در آدرس اینترنتی زیر موجود است

www.hospitalelderlifeprogram.org.

نمونه خلاصه شده روش ارزیابی وضعیت گیجی بیمار

جدول یک

فرد ارزیابی کننده		تاریخ
۸- شروع ناگهانی و دوره همراه با نوسان		
آیا یک مستند یا شاهد دال بر تغییر ناگهانی در وضعیت ذهنی بیمار نسبت به وضعیت اولیه وجود دارد؟	خیر	بلی
آیا بیمار نوسان رفتاری (غیر طبیعی) در طی روز داشته است که تمایل به کاهش یا افزایش در شدت داشته باشد؟	خیر	بلی
بی توجهی		
آیا بیمار در تمرکز مشکل داشته است؟ به عنوان مثال به راحتی دچار حواس پرتی می شود و یا در ادامه دادن آنچه بیان کرده است مشکل دارد ؟	خیر	بلی

جدول دو

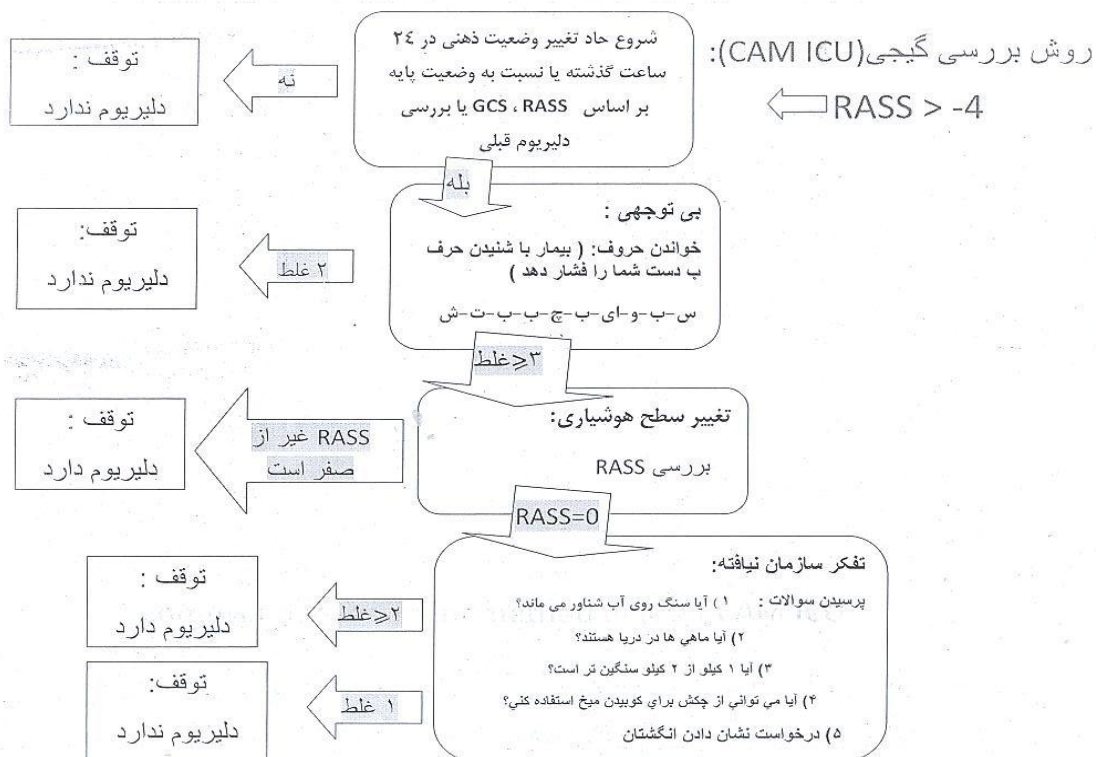
تفکر بدون انسجام	
آیا تفکر بیمار غیر منسجم و بدون یکپارچگی است ؟ همانند گفتگوی بی ربط یا بی هدف، جریان فکر بدون منطق یا مبهم، یا تعویض یک موضوع به موضوع دیگر به صورت غیر قابل پیش بینی	خیر
	بلی

⁹Confusion Assessment Method

اختلال در سطح هوشیاری		
به طور کلی شما سطح هوشیاری بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟		
هوشیار (طبیعی)		
حساس و تحریک پذیر	خیر	بلی
لتارژیک (خواب آلوده، به راحتی بیدار می شود.)	خیر	بلی
گیج (به سختی بیدار می شود)	خیر	بلی
کما توس (بی‌هوش)	خیر	بلی

اگر تمام پاسخ های (سه عدد) جدول یک و حداقل یک پاسخ از جدول دو مثبت شود. تشخیص دلیریوم پیشنهاد می شود.

Confusion assessment method in ICU (CAM ICU)





راهنمای استفاده از مهار فیزیکی بیماران سالمند در بیمارستان دوستدار سالمند

تهیه شده در مدیریت پرستاری ، معاونت درمان ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تابستان ۹۸

مقدمه:

استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی باید فقط در شرایط بالینی خاص در راستای بهینه سازی شرایط بالینی سالمند و یا پیشگیری از آسیب واقعی یا احتمالی به بیمار و یا دیگران ، همراهان و کارکنان انجام شود. مهار فیزیکی یک وسیله یا یک نیروی فیزیکی است که به هدف کنترل رفتار یا ایمنی بکار گرفته می شود. منظور از مهار شیمیایی استفاده از دارو با هدف کنترل رفتار فرد برای جلوگیری از بروز آسیب به خود یا دیگران است. زمانی از این روش ها استفاده می شود که یک رفتار غیر قابل پیش بینی، پرخاشگرانه ، تهاجمی یا تخریبی که نشان دهنده خطر فوری برای ایمنی بیمار یا دیگران است اتفاق بیفتد.

مهار فیزیکی: یک مداخله ی محدود کننده است که با استفاده از یک وسیله برای کنترل ، مهار یا محدود کردن حرکات کل بدن یا بخشی از بدن یک بیمار به منظور هدف اولیه و اصلی رفتار ، اطلاق می شود. مهار فیزیکی کاربرد و استفاده از وسایل خاص یا تجهیزات درمانی طراحی شده برای مهار قابل توجه حرکات آزاد بدن یک فرد ، به منظور پیشگیری از آسیب به خود شخص یا اطرافیان است. این روش بخش بسیار حساس در حیطه درمان است و قبل از استفاده از آن، باید از تمام دیگر روش های مدیریت بیمار بی قرار استفاده گردد و پس از تایید ناکارآمد بودن آن ها از این روش استفاده شود. وسایلی که اکنون برای مهار فیزیکی استفاده می شوند بایستی به عنوان آخرین راهکار و تنها به مدت محدود، همراه با بررسی خطر و برنامه ریزی مدیریت خطر استفاده شوند. مهار فیزیکی باید فقط در موارد استثنا و تنها زمانی که دیگر روش های مهار، نمی تواند به صورت ایمن به کار برده شوند استفاده شود. در رابطه با مهار فیزیکی باید به این اصل توجه شود که بعنوان کمترین شیوه مهار به کار گرفته شود و نباید به صورت غیر برنامه ریزی شده در پاسخ به یک موقعیت اورژانس استفاده گردد. از مهار فیزیکی نباید برای جبران کمبود نیروی انسانی استفاده شود و هرگز نباید مهار فیزیکی به عنوان یک اقدام بالینی معمول در نظر گرفته شود.

هدف از مهار فیزیکی: پرسنل آموزش دیده، با تجربه، مسئولیت پذیر می توانند از این روش به عنوان یک مداخله ایمن و محدود از نظر زمانی در صورتی که با یک خط مشی و روش اجرایی قوی هدایت شوند، برای کنترل خشونت بیمار، در مقابل دیگران و خود استفاده کنند.

خشونت در برابر دیگران: استفاده از مهار فیزیکی برای مدیریت خشونت شدید در مقابل دیگران، باید بعنوان استثنا در نظر گرفته شود و به ندرت در این شرایط یا دیگر شرایط غیر ایمن استفاده شود، مراقبت مثبت نیاز به مداخلات مهار سازی را کم می کند.

خشونت به خود: ممکن است شرایط به گونه ای باشد که استفاده از مهار فیزیکی را برای کم کردن خطر آسیب به خود (پیشگیری از سقوط) توجیه کند، مراقبت مثبت نیاز به مداخلات مهار سازی را کم می کند.

موارد استفاده یا اندیکاسیونهای مهار فیزیکی:

مهار فیزیکی هرگز نباید به عنوان تنبیه یا مجازات به کار رود و باید بلافاصله پس از رفع نیاز قطع شود. از این روش ممکن است فقط برای پیشگیری از آسیب بیمار به خود یا فرد دیگر یا آسیب به تجهیزات مانند پیشگیری از جداشدن وسایل و تیوبهای متصل به بیمار است که با هدف درمانی به بیمار متصل شده اند، استفاده شود.

موارد منع استفاده یا کنتراندیکاسیونهای مهار فیزیکی:

- (۱) ضعف شدید جسمی
- (۲) بیماری که علائم حیاتی بی ثبات دارد
- (۳) بیماری که احتمال مسمومیت برای وی مطرح می شود و دارای شرایط بالینی ناپایدار می باشد .

استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی:

وسایل مکانیکی مورد استفاده در این روش می تواند، وسیله ای باشد که حرکت آزاد یک اندام را محدود کند، و یا وسیله کاملی باشد که با آن بیمار قادر نباشد آزادانه و به راحتی بایستد یا راه برود.

❖ توجه به این نکته لازم است که روش های اجرایی باید مشخص کنند که آیا وسیله مورد استفاده بر اساس نظر گروه درمانی بیمار، قابل قبول هست یا خیر.

- انواع تجهیزات درمانی استفاده شده برای مهار فیزیکی:

- تخت هایی با قابلیت تنظیم ارتفاع
- استفاده از نرده های محافظ در یک سمت تخت
- استفاده از کمربندهای ایمنی ویلچر
- استفاده از صندل های مخصوص پا در ویلچر (برای فیکس کردن پا)
- وسایل هوشمندی که به شما هشدار می دهد که چه موقع بیمار از تخت خارج می شود.
- صندلی های خاصی که می توانند حرکات بیمار را محدود کنند، مگر اینکه یک روش خاص تغییر وضعیت برای بیمار توسط فیزیوتراپ پیشنهاد گردد.
- دستبند
- دستبند های مهار فیزیکی در موقعیت های اورژانس
- دستبند همراه با کمربند
- کمربندهای مخصوص مهار فیزیکی
- کمربندهای مخصوص در موقعیت های اورژانس
- آتل های مخصوص مهار کننده
- نوارهای مهار پا
- نوارهای مخصوص مهار حرکات شانه
- نوارهای محافظ پا که بر روی ویلچر یا صندلی استفاده می شود.
- صندل همراه با نوار محافظ که بر روی صندلی یا کمربند استفاده می شود.

❖ در صورتی که وسیله ای که برای مهار فیزیکی استفاده می کنید جزء لیست بالا نیست با مدیر ارشد چک شود که قابل قبول باشد.

اصول استفاده از مهار فیزیکی:

- ✓ مهار فیزیکی هرگز نباید به عنوان تنبیه یا مجازات به کار رود و باید بلافاصله پس از رفع نیاز قطع شود.
- ✓ وقتی که استفاده از هر نوع وسیله مهار فیزیکی ضرورت می یابد، لازم است که استفاده از آن منطبق با قوانین باشد. برای کمک به پرسنل جهت تشخیص و قضاوت اینکه آیا استفاده از مهار فیزیکی در آن شرایط، قانونی، مناسب، منطقی، قابل قبول و ضروری است، لازم است که پرسنل از قوانین اطلاع داشته باشند.
- ✓ قبل از استفاده از مهار فیزیکی در مواقع اورژانس، تیم درمان باید از عواقب و نتایج ناخواسته احتمالی که مرتبط با مداخلات است (به عنوان مثال، آسیب یا دیسترس) اطمینان حاصل نماید.
- ✓ مدیر بخش یا رهبر تیم درمان در زمینه تکمیل نیاز سنجی آموزشی در رابطه با مهار فیزیکی مسئولیت دارند. زمانی که نیازها مشخص شد مدیران باید مطمئن شوند که کارکنان در دوره های آموزشی مورد نیاز برای کسب صلاحیت، در استفاده از تجهیزات مهار فیزیکی، شرکت کرده اند؟
- ✓ بطور مستمر دوره حضوری آموزش "استفاده از مهار فیزیکی" جهت تیم درمان برگزار گردد و گواهی دوره صادر گردد.
- ✓ مستند سازی: پرستار مسئول بخش باید اطمینان حاصل نماید که تمام مشاهدات و فرم های مستند سازی به طور صحیح تکمیل و امضا شده اند. این مستندات باید به طور شفاف در خط مشی های مرتبط تعریف شده باشند. پرونده بالینی بیمار باید جزئیاتی از دلایل منطقی مبنی بر تصمیم استفاده از مهار فیزیکی، بررسی های پزشکی و روانپزشکی، پرستاری و وضعیت بالینی بیمار را در شروع مهار فیزیکی، پاسخ بیمار به مهار فیزیکی و نتایج بررسی های پزشکی و پرستاری نشان دهد.
- ✓ استفاده از مهار فیزیکی بایستی توسط پزشک معالج تنها برای ۲۴ ساعت تجویز شود و پس از ارزیابی مجدد بیمار توسط وی در صورت نیاز، مجدداً ثبت گردد.
- ✓ دستور پزشک جهت مهار فیزیکی بیمار به صورت PRN صحیح نمی باشد.
- ✓ دستور پزشک مبنی بر مهار فیزیکی بیمار باید بر اساس هدف، نوع، محل و زمان صادر و ثبت گردد.
- ✓ در صورتی که بیمار در مراکز که مراقبت طولانی مدت انجام می دهند، ممکن است نیاز به رضایت از اعضای خانواده قبل از استفاده از مهار فیزیکی باشد.

روش اجرایی مهار فیزیکی بیمار :

- ✓ شست و شوی دستها
- ✓ تعیین هویت بیمار

- ✓ توضیح دلیل انجام مداخلات برای همراه بیمار و خانواده
- ✓ مشارکت خانواده در امر مراقبتی با توجه به شرایط بالینی بیمار و در صورت امکان
- ✓ شناسایی رفتارهایی که بیمار را در معرض خطر و ناگزیر استفاده از محدودکننده ها قرار می دهد.
- ✓ ارزیابی وضعیت بیمار : تعیین وجود الگوهای رفتاری (پرسه زدن ، خطر سقوط ، مداخله مرتبط با ابزار پزشکی ، مقاومت به درمان ، خطر برای خود و دیگران) که باعث افزایش خطر استفاده از محدود کننده ها می گردد .
- ✓ ارزیابی و تعیین معنی و علت رفتارها. ارزیابی درد ، ارزیابی وضعیت تنفس ، علایم حیاتی ، سطح قند خون ، بحث الکترولیتها و مایعات داروها.
- ✓ ارزیابی وضعیت عملکردی ، مغزی و سیکولوژیک در بیمار
- ✓ ارزیابی محیط بیمار : سر و صدا ، نور ، سطوح کف ، طراحی و مناسب بودن چیدمان وسایل و اسباب و اشیاء ، علایم دیداری ، موانع تحرک ، فضای خلوت و البسه
- ✓ شناسایی عوامل به وجود آورنده و فاکتورهای مساعد کننده رفتار بیمار . ارزیابی کاربرد دارو مرتبط با بروز اختلال در عملکرد شناختی ، حرکتی و افزایش خطر سقوط در بیمار
- ✓ تدارک نور کافی ، استفاده از چراغ خواب در ساعات خواب
- ✓ ارزیابی درد و ناراحتی بیمار ، ارائه مداخلات دارویی و غیر دارویی .
- ✓ قبل از بکار بردن مهار فیزیکی پوست و برجستگی استخوانی را بپوشانید (در صورت لزوم)
- ✓ به دنبال استفاده از مهار (فیزیکی) با اعضای کلیدی خانواده یا مراقبین بیمار جهت اطلاع به ایشان در مورد نیاز به مهار سازی تماس بگیرید و در پرونده بیمار ثبت کنید.
- ✓ در صورت امکان و با توجه به شرایط بالینی بیمار، از یکی از اعضای خانواده / همراه بیمار بخواهید در کنار بیمار بماند. توضیحات لازم پیرامون مهار فیزیکی به ایشان ارائه گردد.
- ✓ پرستار از وضعیت قرار گیری بدن بیمار از قبیل دست ، شانه ها اطمینان حاصل نماید .
- ✓ پرستار نبض دستها را بررسی نماید.
- ✓ پرستار آسیب پوستی بیمار را از لحاظ زخم های فشاری بررسی و در گزارش پرستاری ثبت نماید .
- ✓ تمام مراقبت های انجام شده در بیمارستان مطابق با گایدلاین های کنترل عفونت ، انتقال بیمار و مدیریت مراقبت های تهاجمی خواهد بود.
- ✓ استفاده از مهار فیزیکی باید توسط پزشک معالج به صورت کتبی ثبت شود.
- ✓ دستور پزشک مربوطه تا ۲۴ ساعت اعتبار خواهد داشت. که باید در صورت نیاز مجدد بررسی و ثبت شود.

- ✓ بیماران تحت مهار باید به طور مکرر از نظر نیازهای مرتبط با مهار فیزیکی پایش و بررسی شوند . که این شامل آزاد سازی ایمن مهار و چک کردن پوست زیر آن برای اطمینان از اینکه آسیب پوستی به دنبال استفاده از مهار فیزیکی ایجاد نشده است و در صورت نیاز مجدد استفاده شود.
- ✓ استفاده از مهار فیزیکی باید به شرایط اورژانس که در آن خطر آسیب فیزیکی به بیمار ، کارکنان یا دیگران وجود دارد . و یا شرایطی که در آن مداخلات غیر فیزیکی، ناکارآمد یا نامتناسب باشد ،محدود شود.
- ✓ در شرایط اورژانس ممکن است پرستاران مهار فیزیکی را آغاز کنند و باید در اولین فرصت ممکن به وسیله یک پزشک بررسی و ثبت شود.

مراقبت پرستاری از بیمار سالمند تحت مهار فیزیکی:

- ✓ فردی که تحت مهار فیزیکی است باید به طور پیوسته پایش و مشاهده شود(مگر اینکه تدابیر خاص در پروسیجرهای محلی ، همانند نرده کنار تخت اتخاذ شده است).
- ✓ در صورتیکه بیمار در تمام طول بازو مهار شده باشد باید هر ۱۵ دقیقه توسط پرستار بررسی شود.
- ✓ بیمار باید توسط یک کارشناس پرستاری حداقل یک ساعت پس از شروع مهار فیزیکی از نظر وضعیت پزشکی بالینی بررسی شود.
- ✓ ارزیابی مجدد و مشاهده بیمار حداقل هر ۱ تا ۲ ساعت یک بار در صورت نیاز با توجه به شرایط بیمار در دفعات مکرر توسط کارشناس پرستاری انجام شود.(بررسی از نظر تداوم پوستی ، وجود نبض های محیطی ، درجه حرارت ، رنگ و حس اندام در بخشی از بدن که مهار شده است، فراهم کردن تحریکات حسی مناسب در صورت نیاز، مراقبت باید به گونه ای باشد که هنگام گذاشتن یا برداشتن مهار فیزیکی منجر به ایجاد درد یا کبودی به ویژه در افراد سالمند نشود).
- ✓ یک برنامه مراقبتی باید برای هر بیمار به دنبال استفاده از هر نوع از مهار فیزیکی تدوین شود.(حمایت روانی و عاطفی از بیمار / همراه بیمار).
- ✓ اجرای مداخله پیشگیری از سقوط
- ✓ از نرده های کنار تخت برای تمام بیماران با اختلالات مغز و اعصاب یا کسانی که در خطر سقوط قرار دارند استفاده شود.
- ✓ توجه به جابجایی بیمار به مکان نزدیک به ایستگاه پرستاری
- ✓ محیط اتاق بیمار را تاجایی که امکان دارد شبیه محیط خانه گردانید و از اشیاء آشنا و مانوس استفاده نمایید .

✓ لازم به ذکر است کلیه اقدامات صورت گرفته توسط پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد (نوع مهار فیزیکی ، علت مهار فیزیکی ، تاریخ و ساعت شروع مهار فیزیکی بیمار و نتایج حاصل از ارزیابی ها و ...).

منابع:

- اصول و فنون پرستاری پوتر و پری، ۱۳۹۶
- مهارتهای پرستاری بالینی تایلور .

✱The Safe and Exceptional Use of Mechanical Restraint in All Areas of The Trust. February 2017.Intensive Care Unit: Clinical Guideline Physical Restraints. January 2015

✱ Clinical Guidelines Sedation Management. Sedation Management in the ICU. Liver pool Hospital.2018.

چک لیست ارزیابی تغذیه ای سالمند



چک لیست ارزیابی تغذیه ای سالمند

نام و نام خانوادگی :

جنسیت : مرد زن

تاریخ تولد :

کد ملی :

قد (سانتیمتر) :

وزن :

نمایه توده بدنی :

الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ (ارزیابی مختصر تغذیه ای)

۱- آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر به علت از دست دادن اشتها ، مشکلات گوارشی ، اختلالات جویدن یا بلع کاهش یافته است ؟
۰- کاهش شدید مصرف غذا ۱- کاهش متوسط مصرف غذا ۲- کاهش نیافتن مصرف غذا

۲- آیا کاهش وزن طی ۳ ماه گذشته داشته اید ؟
۰- بیش از ۳ کیلو کاهش وزن ۱- نمی داند ۲- بین ۲ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۳- بدون کاهش وزن

۳- میزان معمول تحرک شما چقدر است ؟
۰- وابسته به تخت یا صندلی ۱- قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲- بیرون می رود کاهش

۴- آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است ؟
۰- بلی ۱- خیر

۵- آیا مبتلا به مشکلات عصبی - روانی هستید ؟
۰- فراموشی شدید یا افسردگی شدید ۱- فراموشی خفیفی ۲- فاقد مشکل روانی

۶- دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید .
اندازه دور عضله ساق پا : ۰- کمتر از ۳۱ سانتی متر ۱- ۳۱ سانتی متر یا بیشتر

امتیاز کل : ۰ تا ۷ (مبتلا به سوء تغذیه) ۸ تا ۱۱ (در معرض خطر سوء تغذیه) ۱۲ تا ۱۴ (وضعیت تغذیه طبیعی)

سوالات الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

۱- مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است ؟ ۰- به ندرت/ هرگز ۱- کمتر از ۲ سهم ۲- ۲-۴ سهم

۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است ؟ ۰- به ندرت/ هرگز ۱- کمتر از ۳ سهم ۲- ۳-۵ سهم

۳- مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است ؟ ۰- به ندرت/ هرگز ۱- کمتر از ۲ سهم ۲- ۲ سهم یا بیشتر

۴- آیا سر سفره از نمک استفاده می کنید ؟ ۰- همیشه ۱- گاهی ۲- به ندرت / هرگز

۵- چقدر به طور معمول فست فوت یا نوشابه های گازدار مصرف می کنید ؟ ۰- هفته ای دو بار یا بیشتر ۱- ماهی یکبار یا دو بار ۲- به ندرت / هرگز

۶- از چه نوع روغنی معمولاً استفاده می کنید ؟ ۰- فقط روغن نیمه جامد یا جامد و حیوانی ۱- تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد
۲- فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی) (در مورد مراکز نگهداری از مسئول مربوطه سوال شود)

مجموع امتیاز :

طبقه بندی : مبتلا به سوء تغذیه لاغر در معرض ابتلا به سوء تغذیه لاغر با امتیاز مناسب

توصیه / اقدام

چک لیست ارزیابی افسردگی در سالمندان



چک لیست ارزیابی افسردگی در سالمندان

نمره	تفسیر و پاسخ		پرسش
	۰- بلی	۱- خیر	
			آیا از زندگی خود راضی هستید؟
			آیا احساس میکنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟
			آیا اغلب کسل هستید؟
			آیا اغلب اوقات وضعیت روحی خوبی دارید؟
			آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟
			آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی میکنید؟
			آیا اغلب احساس درماندگی میکنید؟
			آیا فکر میکنید زنده بودن لذت بخش است؟
			آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی میکنید؟
			آیا احساس میکنید موقعیت شما ناامید کننده است؟
			آیا فکر میکنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟
جمع امتیاز:			
طبقه بندی: نمره کل مساوی یا بیشتر از ۶ <input type="checkbox"/> غربال مثبت افسردگی <input type="checkbox"/> نمره کل کمتر از ۶			
فاقد مشکل			