



# راهنمای پیشگیری

## از سقوط در بیمارستان

### تهیه کنندگان:

زهره هادیان: کارشناس مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زهره دوکوهکی: کارشناس زخم معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بهین ملک زاده: کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان قلب الزهرا

عظیمه عباسیان: کارشناس اداره حاکمیت بالینی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز





## راهنمای پیشگیری از سقوط در بیمارستان

فهرست منابع :

شماره صفحه	عنوان
۲-۳	مقدمه
۴-۵	چالش پیشگیری از سقوط
۶-۸	مراقبت‌های عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران
۹	پروتکل راند برنامه ریزی شده بیماران در هر شیفت
۱۰-۱۱	ابزار تامین کننده ایمنی محیط اطراف تخت بیمار
۱۲	ارزیابی ریسک سقوط بیمار ( معیار مورس )
۱۳-۲۰	راهنمای مداخلات بر اساس معیار مورس
۲۱-۲۳	مثال های بالینی
۲۴-۲۵	بررسی بیمار پس از سقوط
۲۶-۲۷	بررسی وضعیت سقوط برای تعیین علت های ریشه ای رویداد:
۲۸-۲۹	پروتکل اندازه گیری علایم حیاتی ارتوستاتیک ( تغییر وضعیت )
۳۰-۳۲	مجموعه ارزیابی وضعیت دلیریوم
۳۳	آموزش به بیمار و خانواده
۳۴-۴۴	سقوط در کودکان
۴۵	چک لیست ارزیابی ریسک سقوط بیمار بزرگسال
۴۶	چک لیست ارزیابی ریسک سقوط بیمار کودک
۴۷	منابع

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 زیانبار 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 کیبودی 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؛ همراه با تمرکز بیشتر بر پیشگیری از آسیب‌های ناشی از سقوط همانند شکستگی، آسیب جدی و مرگ می‌باشد.

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.  
نکات بارز بالینی :

- 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.
- بهترین اقدامات پیشگیرانه در کاهش سقوط عبارتند از :
  - بررسی خطر سقوط.
  - تمایز تصویری 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.

- لازم است که یک 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، کشف 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 (شامل پزشک معالج) 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 آسیب‌های 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.

حتی 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 خاطر سقوط نیست که در بیمارستان بستری شده 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. اما 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، بیماران 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 مورس 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 می‌تواند 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 می‌شود. این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. محرک‌های 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 آن‌ها

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 بخش ها روشنایی کافی دارند. سطوح غیر لغزنده، تمیز و مرتب باشند. درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند. میله ها و دستگیره های محافظ، محکم و فیکس باشند. میزها و صندلی ها 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 گونه ای انجام دهند که خطر سقوط را به حداقل برسانند. تمام کارکنان باید مطمئن شوند که موقیت های غیر ایمن بلافاصله تعدیل می شوند. ( به راند محیطی مراجعه کنید )

### محافظ های لگن:

این نوع وسایل در بخش های بیمارستانی که اجرای احتیاطات شدید پیشگیری از سقوط و یا پایش پیوسته و از راه نزدیک مشکل باشد، قابل استفاده است. مثال های آن می تواند در بخش هایی همانند بخش های بازتوانی یا بخش های اعصاب و روان سالمندان کاربرد داشته باشد. استفاده از این وسایل منجر به کاهش شکستگی استخوان هیپ می شود اما منجر به کاهش سقوط نمی شود. اگرچه تنوع محافظ های لگن و تفاوت در تحمل بیماران، به عنوان مهم ترین موانع در انتخاب این نوع محافظ ها، به صورت یک جزء از برنامه احتیاطات استاندارد پیشگیری از سقوط، در نظر گرفته می شود.

استفاده از آیینیه های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهرو ها را از ایستگاه پرستاری می دهد.



استفاده از حس گرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می کند.

استفاده از آلارم هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می کنند.

#### تخت:

در سالهای اخیر به منظور پیشگیری از سقوط تخت هایی ارائه شده اند که ارتفاع کم تری دارند. این تخت ها ویژگی های 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 اتاق ها از جنس چوب باشد میزان آسیب به دنبال سقوط کم تر خواهد بود.

مثال های دیگر مداخلات محیطی عبارتند از :

- ✓ خریداری تجهیزات کمک حرکتی مخصوص بزرگسالان
- ✓ استفاده از آئینه های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهرو ها را از ایستگاه پرستاری می دهد.
- ✓ استفاده از حسگرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می کند .
- ✓ استفاده از آلارم هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می کنند.
- ✓ استفاده از جوراب های 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 آن ها، 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 در پیشگیری از سقوط است. همانگونه که گاهی اوقات به آن، نام راند ایمنی بیمار نیز می نهد. 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 پیدا کند. 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 حرفه ای پرستاری، مسئولیت انجام چنین راندهایی را بین خود تقسیم می کنند و شیفت آرامتر و سازمان دهی شده تری 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 آیتم های مرتبط با معیار بررسی خطر سقوط (مورس یا هامپی دامپی) یا غربالگری وضعیت ذهنی بیمار را به آن اضافه کنید. این پروتکل می تواند توسط کارشناسان پرستاری، بهیاران، کمک بهیاران و یا پرستار اینچارج شیفت برای اطمینان از اجرای پروتکل های پیشگیری از سقوط، اجرا شود.

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

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 قرار داشته 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 می تواند 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.





## 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 اثاثیه ( کمد ، صندلی و ... ) اطراف خود کمک می گیرد.	
۰	ندارد	
۲۰	دارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار ( معیار مورس )	
ریسک بالا	۲۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۴ تا ۲۵
ریسک کم	۲۴ تا ۰

## 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

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

محل شکستگی :

استخوان لگن

مچ دست

شانه

دیگر-----

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 همراهانش 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 هایپر تانسیون	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.

### قدمات 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.

### تابع درمانی وریدی یا هپارین لاک

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

### قدمات 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.

### الگوی گام برداشتن و حرکتی

	<p><input type="checkbox"/> خیر : طبیعی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر: استراحت در تخت یا بی تحرک ( قادر به راه رفتن یا انتقال و جابه جایی بر روی ویلچر نیست )</p> <p><input type="checkbox"/> خیر : از وسایل ایمن جهت انتقال بیمار استفاده می شود.(بالا بر)</p> <p><input type="checkbox"/> به خوبی بر روی ویلچر می نشیند.</p>	<p>آیا بیمار در راه رفتن و یا انتقال از تخت مشکل دارد؟</p> 
۱۰	<p><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.</p>	
۲۰	<p><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 .</p> <p><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.</p>	

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 کمر بند 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

	<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

➤ دیگر علایم 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 بر روی بیمار

قرار دهید، یک کارت زرد رنگ بردراتاق بیمار نصب کنید. 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 ( مثلا حداکثر سه نرده را بالا ببرید)

## 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 وتیله 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
مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک	۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	۲۰
وضعیت روانی - ذهنی	۱۵

## مثال بالینی

یک آقای ۸۲ ساله با سابقه ابتلا به دیابت نوع دو که به دلیل درد قفسه سینه و آنژین بتری شده است. در هنگام بستری بیمار به زمان ، شخص و مکان آگاه است. بیمار مانیتورینگ قلبی می شود و هپارین 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
مابع درمانی وریدی یا هپارین لاک	۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	۱۰
وضعیت روانی - ذهنی	۱۵

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 علائم مغزی به صورت تاخیری و ۲۴ ساعت بعد از آسیب ایجاد شود.

با سر به زمین نخورده است یا سقوط بدون شاهد است.	با سر به زمین نخورده است
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• درخواست کمک کنید. در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید.</li> <li>• 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.</li> <li>• بر اساس معیار گلاسکو، سطح هوشیاری بیمار را چک کنید.</li> <li>• تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه را آغاز کنید. به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید.</li> <li>• به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• درخواست کمک کنید. در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید.</li> <li>• 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.</li> <li>• تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه را آغاز کنید. به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید.</li> <li>• به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>اقدامات بعدی :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاهدات وضعیت نورولوژیکی بیمار شامل امتیاز معیار گلاسکو کما، بررسی علائم نشان دهنده سکتة مغزی، تغییر در سطح هوشیاری بیمار، سردرد، فراموشی amnesia یا استفراغ.</li> <li>• علائم حیاتی بیمار را برای به دست آوردن یک مبنا چک کنید. (فشارخون، ضربان قلب، تعداد تنفس، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون).</li> <li>• تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید.</li> <li>• به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید.</li> <li>• در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید.</li> <li>• تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد انجام</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>اقدامات بعدی :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• علائم حیاتی بیمار را چک کنید ( فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون).</li> <li>• تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید.</li> <li>• به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید.</li> <li>• در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید.</li> <li>• تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد، انجام دهید همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی</li> <li>• فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید.</li> </ul>

<p>دهید همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی، نوار قلب و سی تی اسکن.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید.</li> <li>• آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>پایش بیمار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• علایم حیاتی بیمار و نتایج پایش نورولوژیک بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار ثبت کنید و سپس آن ها را مرور کنید.</li> <li>• پایش بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار تا ۲۴ ساعت ادامه دهید و سپس در صورت نیاز انجام دهید.</li> <li>• در صورتی که هرگونه تغییری در وضعیت بیمار ایجاد شد بلافاصله به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>پایش بیمار</b></p> <p>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.</p>



## 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.

۲- بررسی سیستم ذهنی و فیزیکی بیمار به صورت خلاصه :

۱-۲ 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 (۲۰-۱۹-۱۸ و...) بشمارید .		

پاسخ اشتباه در هریک 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 وضعیت )

۱- بررسی علایم حیاتی ارتوستاتیک می تواند برای ارزیابی بیماری 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 در حالی که بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار دارد و زمانی که در وضعیت ایستاده هست، 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 پرسید. 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 پرسید. 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 صرف غذا انجام دهید.

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](http://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<sup>1</sup> 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 دارد. آموزش به ویژه برای افتراق بین دلیریوم و علایم 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 می‌خوام چند عدد را بخوانم. اما لطفا این بار آنها را از آخر به اول بعد از اینکه من شمارش تمام شد، 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

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

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

پرسش	پاسخ			خطا؟
	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 خطا 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 پایین‌تر از سطح دبیرستان داشته باشد به تعداد خطاهای شمرده شده برای امتیاز دهی یک خطا کم کنید.

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](http://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		
بلی	خیر	آیا یک مستند یا شاهد دال بر تغییر ناگهانی در وضعیت ذهنی بیمار نسبت به وضعیت اولیه وجود دارد؟
بلی	خیر	آیا بیمار نوسان رفتاری (غیر طبیعی) در طی روز داشته است که تمایل به کاهش یا افزایش در شدت داشته باشد؟
بی توجهی		
بلی	خیر	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؟

جدول دو

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

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 پایین نیایید.
- 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، تراسی 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- اشیاء مهم و مورد نیاز خود از جمله کلید زنگ احضار پرستار را در دسترس نگه دارید.

## سقوط در کودکان

سقوط مسبب اصلی آسیب های ناخواسته برای کودکان شناخته می شود و هم چنین جزء ریسک فاکتور های قابل پیشگیری در بیماران خردسال به شمار می روند. بین سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ میلادی در استرالیا ۵۰۹ مورد گزارش سقوط صورت گرفته است که بسیاری از آن ها در حالی صورت گرفته است که والدین کودک حضور داشته اند. بسیاری از آنها به دلیل پایین بودن نرده های تخت اتفاق افتاده است چون از نرده های تخت های عادی کودک در خانه، بلند تر هستند و والدین به آن عادت ندارند.

کنجکاو و تفاوت در تکامل مهارت های حرکتی کودکان نیز در این مورد موثر است.

هنگام پذیرش خانواده باید با تفاوت بین محیط فیزیکی منزل و بیمارستان آشنا شوند. در این راستا، پوستر های پیشگیری از سقوط بر روی دیوارهای بخش و بیمارستان می توانند بسیار کمک کننده باشند.

### تعریف سقوط:

یک رویداد غیر عمدی که منجر به قرار گرفتن فرد بر روی زمین یا سطوح پایین تر می شود. که ممکن است پرسنل شخصا آن را مشاهده کنند یا به آن ها گزارش شود. مواردی نظیر تشنج، سکتة یا غش و یا افتادن عمدی شامل این تعریف نمی شود.

### تعریف بازنگری شده :

یک رویداد غیر عمدی که منجر به قرار گرفتن فرد بر روی زمین یا سطوح پایین تر می شود. که ممکن است پرسنل شخصا آن را مشاهده کنند یا به آن ها گزارش شود.

### کودکان پرخطر از نظر سقوط :

- ✓ کودکان زیر سن دبستان.
- ✓ کودکان زیر ده سال دوبرابر سایر کودکان در معرض خطر سقوط هستند.
- ✓ کودکان با ناتوانی جسمی و محدودیت حرکتی.
- ✓ کودکان وابسته به ویلچر صرفنظر از توانایی های شناختی شان در معرض خطر سقوط از ویلچر و با ویلچر هستند.
- ✓ کودکان با بیماریهای مغز و اعصاب.
- ✓ کودکان پرخاشگر و یا با رفتار های ناسازگارانه .



## ریسک فاکتورهای سقوط در کودکان :

- ✓ سابقه سقوط در گذشته به دلیل بیماری
- ✓ اختلال شناختی در نتیجه مصرف داروهای بیهوشی یا آرام بخش، گیج و منگ بودن و تاخیر تکاملی
- ✓ اختلال در حرکت ، تون ماهیچه ای ضعیف
- ✓ بیماری سیستم اعصاب مرکزی
- ✓ نیاز های دفعی مکرر
- ✓ اختلال در حواس برای مثال ضعف بینایی
- ✓ محدودیت های پس از جراحی مانند درد ، آتل ، گچ ، وسایل کمک حرکتی
- ✓ مصرف داروهایی که خطر سقوط را افزایش می دهند مثل داروهای اعصاب و روان و ضد تشنج ها

## پیامد های سقوط:

افتادن ، بخشی از مراحل تکامل طبیعی در کودکان است. زمانی که یاد می گیرند راه بروند، بدوند، بالا بروند و بپرند. خوشبختانه اغلب کودکان به دنبال افتادن دچار آسیب جدی نمی شوند. مگر در حد کبودی ها و خراشیدگی های ناچیز. با این وجود سقوط معمول ترین علت بستری در کودکان زیر ۴ سال در کودکان است. کودکانی که در مناطق روستایی زندگی می کنند یک و نیم برابر کودکانی که در کلان شهر ها زندگی می کنند به دلیل سقوط در بیمارستان بستری می شوند. در محیط بیمارستان پیامد سقوط می تواند اینگونه باشد :

- مرگ هرچند بسیار نادر است
- آسیب های خفیف تا جدی
- طولانی شدن مدت بستری
- ایجاد فشار روانی و مالی بر خانواده
- ترخیص با عارضه های ناشی از سقوط
- افزایش هزینه های بیمار / خانواده / مراقب

## دستورالعمل ارزیابی خطر سقوط در کودکان با استفاده از معیار بررسی سقوط هامپی دامپی

- تمام بیماران بستری، بایستی در هنگام پذیرش در بخش، سپس به صورت روزانه و یا با هر تغییر در شرایط بالینی، از نظر خطر سقوط با استفاده از معیار بررسی سقوط هامپی دامپی بررسی شوند.
- فاکتور های مشخص و قابل بررسی از نظر خطر سقوط در کودکان وجود دارد.
- دانشگاه علوم پزشکی شیراز استفاده از معیار بررسی سقوط هامپی دامپی را برای کودکان بستری در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه، اجباری اعلام نموده است.
- تمام کودکان برای پیشگیری از سقوط بر اساس امتیاز کسب شده شان نیاز به برنامه مراقبتی و مداخلات موثر دارند.
- در صورتی که کودک در بیمارستان دچار سقوط شد، بایستی رویداد مورد نظر در گزارش پرستاری، فرم گزارش حادثه و فرم گزارش خطا ثبت شود.
- کودک مورد نظر باید بلافاصله توسط پزشک معاینه شود و دستورات لازم از وی اخذ شود.
- بعد از سقوط، کودک مورد نظر بایستی از نظر مغز و اعصاب ( ارتوپدی یا سرویس های دیگر در صورت نیاز ) بر اساس برنامه زمانبندی شده زیر تحت نظر قرار گیرد.

- پایش بیمار هر یک ساعت یک بار به مدت چهار ساعت متوالی.
- پایش بیمار هر ۴ ساعت یک بار تا پایدار شدن وضعیت بیمار . مگر اینکه شرایط بالینی بیمار به گونه ای باشد که نیاز به پایش با فواصل زمانی کوتاه تر باشد.

#### خلاصه / نکات کلیدی

- تمام بیماران باید هنگام پذیرش در بخش، از نظر خطر سقوط با استفاده از معیار خطر سقوط اطفال (هامپی دامپی) بررسی شوند و پس از آن به صورت روزانه یا با هر تغییر در شرایط بالینی بیمار این بررسی تکرار شود.
- برای تمام کودکان هنگام پذیرش در بیمارستان ریسک فاکتورهای سقوط قابل اندازه گیری وجود دارد.
- معیار سقوط هامپی دامپی از هفت پارامتر قابل اندازه گیری تشکیل شده است.
- تمام کودکان به برنامه مراقبتی ویژه براساس امتیاز کسب شده از معیار هامپی دامپی به منظور پیشگیری از سقوط نیاز دارند.
- در صورتی که کودک در بیمارستان دچار سقوط شد، شرح رویداد باید در گزارش پرستاری، فرم گزارش حادثه و فرم گزارش خطا ثبت شود.
- کودک مورد نظر باید بلافاصله توسط پزشک معالج معاینه شود و دستورات لازم از وی اخذ شود.
- بعد از هر واقعه سقوط، کودک باید تحت مراقبت دقیق همه جانبه شامل بررسی علایم نورولوژیک و احتمال شکستگی ها و خونریزی های داخلی قرار گیرد.
  - انجام مراقبت همه جانبه باید به صورت هر یک ساعت یک بار تا چهار ساعت ادامه یابد.
  - سپس هر چهار ساعت یک بار ادامه یابد مگر که از نظر بالینی شرایط بیمار مراقبت با توالی کوتاه تر را ایجاب کند.

تمام کودکان در معرض خطر سقوط قرار دارند.

هرچند کودکان با امتیاز ۱۲ یا بیشتر از نظر خطر سقوط در محدوده خطر بالا قرار دارند.

## جدول ارزیابی ریسک سقوط در کودکان ( معیار هامپی دامپی)

## Humpy Dumpy Fall Risk Scale

امتیاز	ضوابط	پارامتر
ز		
۴	کمتر از سه سال	سن
۳	سه تا هفت سال	
۲	هفت تا سیزده سال	
۱	سیزده سال و بزرگتر	
۲	پسر	جنس
۱	دختر	
۴	تشخیص های نورولوژیک ( مانند صرع ، ضربه به سر، هیدروسفالی، فلج مغزی و ...)	تشخیص بالینی (اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و یا ثانویه داشته باشد، امتیاز دهی بر مبنای حادثترین تشخیص است. مثلا برای بیماری که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی یا صرع دارد، از این قسمت امتیاز ۴ دریافت می کند.)
۳	اختلال در اکسیژن رسانی ( مانند تشخیص تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی ، بی اشتهاپی ، سنکوپ و ...)	
۲	اختلالات روانی - رفتاری ( اختلالات خلقی هم چون افسردگی شدید، اختلال دوقطبی و...)	
۱	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد.	
۳	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد. ( مثلا بیمار شیر خوار است یا دچار آسیب مغزی است. )	اختلالات شناختی
۲	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد اما به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است، (مثلا هایپوگلیسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانی های خود را فراموش کرده است . یا کودک تحت درمان با آرامبخش یا تحت تاثیر بیهوشی است . یا کودک لجباز است.	
۱	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.	
۴	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد. یا بیمار کودک نوپا یا شیر خواری است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است.	

۳	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، عصا یا واکر استفاده می کند. یا بیمار کودک یا شیرخواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است، اما در اتاق چند تخته، با نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.	
۲	بیمار بزرگتر از سه سال که در تخت است.	
۱	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سرپایی مراجعه کرده است.	
۳	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل	پاسخ به جراحی، مسکن و یا داروهای بیهوشی
۲	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل	
۱	بیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است.	
۳	استفاده همزمان از داروهای زیر - مسکن ها (به غیر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیهوش و فلج شده اند). - خواب آور ها و آرامبخش ها - باربیتورات ها - فنوتیازین ها - ضد افسردگی ها - ملین ها و یا دیورتیک ها - نارکوتیک ها	داروهای مصرفی
۲	فقط یکی از داروهای لیست بالا را دریافت کند.	
۱	هیچ یک از داروهای لیست بالا را دریافت نکند. یا اصلا دارو دریافت نکند.	

معیارهای دامپی می‌تواند به پیش‌بینی میزان خطر سقوط در کودکان کمک کند. و نیازمند نظر بالینی پرستار نیز هست و می‌بایست برای هر بیمار به صورت جداگانه محاسبه و در نظر گرفته شود.

این معیار از یک مدل شمارش متمرکز استفاده می‌کند:

- ۷ پارامتر وجود دارد که هر کدام امتیازی دریافت می‌کند.
- اگر به هر دلیل، یک مورد از پارامترها در کودکی مصداق نداشته باشد، کمترین امتیاز یعنی ۱ به آن تعلق می‌گیرد.
- اگر سقوط کودک، چند گروه از یک پارامتر را شامل گردد، بیشترین امتیاز را می‌گیرد.
- فرم بررسی خطر سقوط باید در عرض ۸ - ۶ ساعت از زمان بستری بیمار در بخش تکمیل شود. و این ارزیابی به صورت روزانه ادامه یابد مگرکه تغییر در شرایط بالینی بیمار، بررسی با توالی کوتاه‌تر را ایجاب کند. (برای مثال پس از انجام عمل جراحی یا سقوط بیمار)

#### پارامتر (مشخصه) ها:

- سن
- جنس
- تشخیص بیماری
- اختلال شناختی
- عوامل محیطی
- پاسخ به جراحی/یبی حسی/یبی هوشی
- داروهای دریافتی

#### راهنمای بکارگیری هر پارامتر:

سن: بر اساس سن تقویمی یا تکاملی بیمار امتیازدهی می‌شود.

جنسیت: بی‌نیاز از توصیف

#### تشخیص:

- اگر بیمار چندین تشخیص اساسی و ثانویه داشته باشد، امتیازدهی بر مبنای حادثترین تشخیص انجام می‌شود. (برای مثال: بیمار با کم‌خونی داسی شکل که سابقه سکته مغزی یا صرع دارد، بیشترین امتیاز نورولوژیک را دریافت می‌کند).
- تشخیص‌ها می‌توانند شامل موارد زیر باشند ولی به همین موارد محدود نمی‌شوند:
  - نورولوژیک: صرع، ضربه به سر، هیدروسفالی، CP (سربرال پالسی) و مانند آن. همچنین بیماران با احتمال بیماری مغز و اعصاب نیز شامل همین دسته می‌شوند.
  - اختلالات اکسیژن رسانی: هر تشخیصی که در آن اکسیژن رسانی مختل شده است در این گروه قرار می‌گیرد. تغییرات اکسیژن رسانی فراتر از بیماری‌های تنفسی بوده؛ می‌تواند شامل: کم‌آبی، کم‌خونی، بی‌اشتهایی، سنکوپ و غیره باشد.

- اختلالات روحی / رفتاری: شامل اختلالات خلقی (افسردگی شدید، اختلال دوقطبی) و اختلال کنترل تکانه می باشد.
- سایر تشخیص ها: هر تشخیص که در دسته های فوق دسته بندی نگردد (مانند سلولیت یا شکستگی).

### اختلالات شناختی:

- نا آگاه نسبت به محدودیت ها: میتواند شامل هر گروه سنی باشد؛ کودک توانایی آگاهی نسبت به محدودیت های خود را دارد اما به ضربه به سر یا شیر خوارگی)
- فراموشی محدودیت ها: می تواند شامل هر گروه سنی باشد؛ کودک توانایی آگاهی نسبت به محدودیت های خود را دارد اما به دلیل عواملی نظیر سن، تشخیص، علائم فعلی، یا اختلال در عملکرد فعلی (نظیر ضعف یا افت قند خون) محدودیت های خود را فراموش کرده است. می تواند شامل کودکان قشقرق به پا کن! / عصبی مزاج (temper tantrum) یا کودکان تحت درمان با آرامبخش ها یا بیهوشی باشد.
- آگاه به توانایی: بیمار توانا به تصمیم گیری صحیح و درک پیامد اعمال خود است.

### عوامل محیطی:

- سابقه سقوط قبلی : حین بستری فعلی یا قبلی.
- قرار دادن کودک / شیرخوار در تخت: به جای استفاده از تخت مخصوص کودک / گهواره.
- بیماری که از وسایل کمکی استفاده می کند: مثل عصا، واکر، آتل، چوب زیر بغل و غیره.
- خواباندن کودک/نوزاد در گهواره : خواباندن در گهواره مناسب .
- اثاثیه/نور: اثاثیه متعدد در مسیر حرکت بیمار/ نور کم اتاق
- بیمار در تخت : قرار دادن بیمار در تخت مناسب
- محیط اطراف بیمار : بیماری که خدمات را از واحدهای سرپایی دریافت می کند. ( مثل بیماران بخش دیالیز ، بیماران بخش تالاسمی ، بخش شیمی درمانی روزانه و دیگر بخش های درمانی روزانه که بیمار در شب بستری نیست).

### پاسخ به جراحی / بی حسی / بی هوشی:

- بیمار در مدت معینی، جراحی / بی حسی / بی هوشی داشته است.
- شامل پروسیجرهای (در محل) بدون بی حسی / بی هوشی نمی شود.

### داروهای دریافتی:

- هدف از این قسمت شناسایی بیمارانی است که در معرض خطر اختلال سطح هوشیاری قرار دارند. همچنین داروهایی که آگاهی شناختی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهند.

## تکمیل فرم :

فرم ارزیابی هامپی دامپی در بدو پذیرش توسط پرستار بستری کننده تکمیل می‌شود.

فرم بررسی هامپی دامپی می‌بایست طی ۶-۸ ساعت اولیه بستری بیمار در بخش تکمیل شود. پس از آن به ازاء هر بار تغییر در وضعیت بیمار (برای مثال انجام جراحی یا بروز سقوط بیمار) مجدداً تکرار گردد.

تمام کودکان بیمار در معرض خطر سقوط قرار دارند و لازم است به وسیله اجرای راهکارهای ساده در جهت به حداقل رساندن این خطر تلاش شود. لازم است در این راستا برای تمام بیماران محیطی ایمن فراهم و حفظ گردد و از روش های استاندارد صرفنظر از این که چه بیمارانی در معرض خطر بیشتری هستند استفاده شود. این امر شامل فعالیتهای مراقبتی زیر برای پیشگیری از سقوط می‌باشد :

- وقتی در بیمارستان از کالسکه یا صندلی بلند استفاده می‌شود؛ باید وسیله در چندین نقطه دارای مهارهای قابل شستشو با مواد شوینده تایید شده، باشد. و تمام بیماران باید تحت نظر بوده و نباید بدون نظارت مستقیم رها شوند.
- تمام کودکان باید با استفاده از کمربندهای ایمنی و مهارهای تعبیه شده در ویلچر، صندلی شیرخوار و یا هر صندلی مخصوصی که متناسب با سن و شرایط بیمار است، در وضعیت ایمن و تحت نظارت قرار گیرند.
- کودکانی که بر روی وسایل چرخ‌دار و متحرک قرار می‌گیرند؛ باید تمام مدت، تحت نظارت مستقیم توسط پرستار، والدین یا مراقبین باشند.
- بیمارانی که به هر دلیل ناپایدار هستند، هنگام جابجایی کمک و همراهی شوند. بیمارانی که داروهای آرامبخش دریافت کرده یا تحت بیهوشی کامل یا موضعی بوده‌اند؛ در معرض خطر بیشتر هستند و نیازمند همراهی و نظارت بیشتری می‌باشند.
- برای بیمارانی که راه می‌روند، دمپایی یا پایوش‌های مناسب و غیرلغزنده فراهم شود.
- از صحت عملکرد و سرویس مناسب تجهیزات اطمینان حاصل شود. (مانند: ویلچر بیمار، صندلی و توالت)

### اقدامات مراقبتی برای پیشگیری از سقوط:

پس از تکمیل بررسی، تمام کودکان یک امتیاز نهایی از معیار خطر سقوط دریافت می‌کنند. زمانی که میزان خطر مشخص شد، مداخلات و اقدامات زیر باید انجام شود و در پرونده بیمار ثبت شود:

### اقدامات مراقبتی در زمان بستری:

- کودک / والدین یا مراقب وی، با اتاق بستری کودک و امکانات و شرایط آن آشنا شوند.
- به کودک / والدین یا مراقب وی، در مورد خطر احتمالی سقوط و مداخلات پیشگیرانه‌ی مرتبط با آن، آموزش داده شود.
- کودک (با توجه به شرایط تکاملی وی) در تخت با شرایط و اندازه مناسب قرار داده شود. ترمز تخت فعال و قفل باشد و در صورت لزوم از تخت با ارتفاع کم استفاده شود.
- باید نرده‌های کنار تخت به طور کامل بالا باشد. تخت از نظر وجود هر گونه شکاف یا فضا که احتمال گیر کردن یا مجروح شدن کودک وجود دارد، ارزیابی شود و اقدامات احتیاطی اضافه تر، در جهت برطرف کردن آن در نظر گرفته شود. (همانند بالش)
- دیواره‌های بالا و پایین تخت (در صورتی که متحرک هستند) در جای خود کاملاً محکم و فیکس باشند.
- مطمئن شوید که جنس لباس و کفش کودک مناسب است، تا از لیز خوردن کودک به این دلیل جلوگیری شود.

## اقدامات مراقبتی روتین:

- نیازهای دفعی بیمار بررسی و در جهت تسهیل آن به بیمار کمک شود.
- در صورتی که کودک با پایه سرم از تخت خارج می شود و راه می رود . مطمئن شوید که تجهیزات مورد استفاده در مرکز پایه سرم قرار گرفته است. پایه سرم ظرفیت حمل تجهیزات متصل به آن را دارد و لاین های وریدی به خوبی فیکس و ثابت شده اند.
- نسبت به صحت عملکرد و در دسترس بودن زنگ احضار پرستار و کلید روشنایی/ لامپ اتاق اطمینان حاصل شود. در مورد روش استفاده از زنگ احضار پرستار ، به کودک / والدین یا مراقب وی آموزش داده شود.
- اطمینان حاصل شود که محیط اتاق درهم و برهم و شلوغ نیست و در تخت بیمار خطر لغزش وجود ندارد.
- به منظور این که کودک در معرض دید کامل باشد، پرده های اتاق کنار زده شده باشند. مگر اینکه منع بالینی وجود داشته باشد.
- نسبت به وجود نور کافی در اتاق اطمینان حاصل شود. در شب و زمان خواب ، چراغ خواب اتاق در محل مناسب روشن بماند.
- آموزش و اطلاع رسانی در مورد برنامه درمانی بیمار با کودک / والدین یا مراقب وی، در پرونده بیمار ثبت شود.
- درب اتاق همیشه باز نگه داشته شود مگر در شرایط خاص مانند احتیاطات ایزولاسیون.

## اقدامات مراقبتی روتین برای کودکان در معرض خطر بالا:

- حین تحویل بالینی این بیماران، وضعیت پرخطر آن ها و مداخلات مورد نیاز در نظر گرفته شود.
- اگر کودک مراقبی ندارد، حداقل هر یک ساعت وی چک شود.
- هنگام خروج از تخت کودک همراهی شود.
- کودکان پرخطرتر، در نزدیک ترین محل در مجاورت ایستگاه پرستاری نگهداری شوند.
- زمان دارودهی به این کودکان بازبینی شود.
- والدین کودک / مراقب / تیم پزشکی در پیشگیری از افتادن وی، در تعامل باشند.

## بیماران در معرض خطر بالا:

این بیماران باید:

- در تحویل و تحول عمومی، شناسایی و مورد بحث قرار گیرند.
- در برگه های تحویل بیماران، مشخص و شناسایی شوند.
- حین تحویل بالینی بیماران، مشخص شده و به بحث گذاشته شوند از نظر:
  - تکمیل فرم معیار هامپی دامپی و این که به روز شده اند (طبق آخرین تغییرات وضعیت بیمار تکمیل شده اند).
  - آن چه به عنوان عوامل به حداقل رساندن خطر اجرا شده است، گزارش شود.
  - والدین/ مراقبین کودک در بحث شرکت داده شوند.

## وقتی کودکی افتاد:

پرستار باید:

- کودک را بررسی کند. مراقبت فوری و اورژانسی فراهم نماید. بر وضعیت کودک و تغییرات آن نظارت کامل و تمام وقت داشته باشد.
- مشخص کند که آیا بیمار دچار ضربه به سر شده است یا خیر؟



- مشخص کند که در بررسی بالینی کودک، تشدید واکنش سریع رخ داده یا خیر؟
- به تیم درمانی کودک برای بررسی و بازبینی وضعیت کودک اطلاع داده و مراتب را در پرونده وی ثبت کند.
- به سرپرستار و مدیر پرستاری و مسئول تیم درمانی اطلاع دهد.
- در زمان مناسب سقوط کودک را در پرونده پزشکی وی ثبت نماید؛ که شامل نکات زیر است:
  - وضعیت ظاهری کودک و پاسخ وی به حادثه در زمان کشف واقعه
  - شواهد آسیب
  - محل وقوع حادثه
  - اقدامات درمانی و پرستاری انجام شده
- نظارت کامل شامل نظارت نورولوژیک و BGL در صورت نیاز
  - ساعتی یکبار به مدت حداقل ۴ ساعت
  - پس از آن هر ۴ ساعت اگر تغییری رخ نداد.
- در زمان مناسب گزارشات لازم را تهیه و در پرونده بیمار ثبت کند.
- مجدداً خطر سقوط کودک را بررسی کند.
- حین تحویل بالینی بیمار، اطلاعات کامل را به تحویل گیرندگان ارائه دهد.

# اقدامات پیشگیرانه از سقوط بر اساس معیار هامپی دامپی

## پیش زمینه



ریسک فاکتورهای سقوط در کودکان مرتبط با سن و فرآیند تکاملی شان است. معیارهای بررسی خطر سقوط در کودکان برخلاف بزرگسالان اندک هستند و مقالات تحقیقی مرتبط اندک است.

شایع ترین ریسک فاکتورهای سقوط در کودکان بستری در بیمارستان

- محیط بیمارستان
- سن تکاملی کودک
- ساعت شبانه روز
- حضور والدین
- ویژگی های مرتبط با بیمار

اکثر موارد سقوط در کودکان به دلیل سقوط از اتاق بازی، تخت کودک، از سایه ریل، اتاق بازی یا مواقعی که والدین کودک را تنها در تخت با سایه ریل پایین ترک کرده اند، رخ می دهد. (Hendrich 2007)



بر اساس مقاله (Monson, Henry et al. 2008) بر روی گروه نوزادان و شیرخواران بستری، سقوط؛ ۱- در هنگام بغل کردن کودکان توسط والدین (مثلا وقتی که در طی شب یا صبح زود خواب آلود باشند) ۲- در اتاق زایلمان ۳- از non-secured bassinets، بیشترین موارد را تشکیل می دهند.

## معیار هامپی دامپی



سن  
جنس  
تشخیص بالینی  
اختلالات شناختی  
فاکتورهای محیطی  
پاشخ به جراحی و داروهای بیهوشی  
مصرف داروها

## اقدامات مراقبتی هنگام پذیرش بیمار

- آشنا سازی کودک / والدین / مراقبین با بخش
- آموزش به کودک / والدین / مراقبین در مورد خطر احتمالی سقوط و مداخلات مورد نیاز



قرار دادن کودک در تخت مناسب سن تکاملی اش و نقل کردن نوزاد تخت ها (ممکن است نیاز به تخت هایی با ارتفاع کم باشد)



نرده های تخت (از هر نوعی که باشد) باید کاملاً بالا باشد. قسمت بالا و پایین تخت (که لازم است برای انجام پروسیجرهایی چون اجبا جدا شود) باید بر اساس پروتکل های بیمارستان در جای خود قرار داشته باشد.



لباس مناسب

## اقدامات روتین

- بررسی نیازهای دفعی
- سالم بودن پایه سرم
- در دسترس بودن رنگ احضار
- روشنایی مناسب اتاق
- مرتب بودن اتاق بیمار و فرزنده نبودن کف



بیمار بر خطر از نظر سقوط باید یاد شامایی شوند و در زمان hand over وضعیت شان گزارش شود. در حین تغییر تحول شفت در کنار تخت بیمار وضعیت بیمار بررسی و گزارش شود. در صورتی که بیمار بدون همراه است حداقل در یک ساعت بکار او را چک کنید. بیمار را هنگام خارج شدن از تخت همراهی کنید. تخت بیمار را به نزدیک ایستگاه پرستاری منتقل کنید. زمان تجویز داروها را برای کودکان که خطر مرور کنید. والدین / مراقبین را در برنامه مراقبتی بستری از سقوط شرکت دهید.



## توجه

تمام موارد سقوط اولویت پزشکی محسوب می شوند. تمام موارد سقوط و اقدامات انجام شده باید در فرم گزارش پرستاری ثبت شوند. تمام موارد سقوط باید بر اساس خط مشی بیمارستان گزارش شوند.



سقوط ممکن است در هر جا و هر زمان، به ویژه در بیمارستان رخ دهد.



## چک لیست ارزیابی ریسک سقوط بیمار

کارشناس ارزیابی کننده :	تاریخ و ساعت:	نام بیمارستان :	نام بخش :
تعداد تخت فعال :	چیدمان پرسنل :		
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 (معیارمورس) 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 فشارخون 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؟		
<b>کل امتیاز: ۲۳</b>		<b>جمع:</b>	

### چک لیست ارزیابی ریسک سقوط کودکان بر اساس معیار هامپی دامپی

کارشناس ارزیابی کننده :		تاریخ و ساعت :	نام بیمارستان :	نام بخش :
تعداد تخت فعال :		چیدمان پرسنل :		
تعداد سقوط بیماران ( در یک ماه )		تعداد سقوط منجر به آسیب ( در یک ماه )		درصد سقوط منجر به آسیب ( در یک ماه )
تعداد کل بیماران بستری ( در یک ماه )		درصد سقوط بیماران ( در یک ماه )		
ردیف	پارامتر	امتیاز مکتسبه ۰-۱	توضیحات	
۱	خط مشی پیشگیری از سقوط در بخش وجود دارد.			
۲	نقش هر فرد از تیم درمان و مراقبت در پیشگیری از سقوط به طور واضح به صورت دستورالعمل یا پروتکل مشخص شده است و به تأیید ریاست بیمارستان و معاونت آموزشی رسیده است.			
۳	تمام پرسنل به ویژه پرسنل جدیدالورود متناسب با شرح وظایف شان در ارتباط با پیشگیری از سقوط آموزش های لازم را دریافت کرده اند.			
۵	تخت مناسب با سن کودک ، با ارتفاع قابل تنظیم و نرده های استاندارد است.			
۶	وسایل کمک حرکتی مانند عصا ، ویلچر و واکر متناسب با سن بیماران در بخش وجود دارد.			
۷	کف پوش بخش از جمله اتاق بازی استاندارد و ایمن است.			
۸	مبله های محافظ در تمام راهروها و دستشویی ها وجود دارد.			
۹	کودکان بخش در بدو ورود و سپس حداقل هر ۲۴ ساعت یک بار ویا در صورت تغییر شرایط بالینی با استفاده از معیار هامپی دامپی از نظر خطر سقوط بررسی می شوند. امتیاز به دست آمده و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت می شود.			
۱۰	کودکان پر خطر از نظر سقوط شناسایی می شوند و با رنگ متمایز در دستبند شناسایی مشخص می شوند.			
۱۱	بیماران در تخت های مناسب با سن خود گذاشته شده اند تمام کودکان کوچکتر از ۲ سال در cot قرار داده شده اند.			
۱۲	بیماران / والدین / یا افراد مراقب توسط پرسنل بخش با فضای اتاق و بخش آشنا شده اند.			
۱۳	تخت ها در پایین ترین ارتفاع قرار دارند. قفل ترمز تخت ها بسته است. قسمت های بالایی و پایینی تخت در سر جای خود قرار دارند.			
۱۴	نرده های محافظ کنار تخت سالم است و بالا آورده شده است.			
۱۵	برای بیمار از دمپایی اندازه و غیر لغزنده جهت خروج از تخت استفاده میشود.			
۱۶	زنگ احضار پرستار در دسترس بیمار قرار دارد و به بیمار و یا همراه در مورد نحوه استفاده از آن آموزش داده شده است.			
۱۷	روشنایی اتاق کافی است، چراغ خواب در شب روشن است.			
۱۸	کف اتاق تمیز و خلوت است. اسباب بازی ، سیم و سایر اتصالات در کف اتاق قرار ندارد.			
۱۹	برای تمام کودکانی که در ویلچر ، صندلی یا سبد شیرخوار قرار دارند از کمر بند ایمنی استفاده می شود و تحت نظارت مستقیم یکی از پرسنل هستند .			
۲۰	راند ساعتی بیماران پر خطر از نظر سقوط توسط کمک بهیار بخش یا پرستار بیمار انجام می شود.			
۲۱	کودکان پرخطر از نظر سقوط هنگام خروج از تخت توسط یکی از پرسنل همراهی می شوند.			
۲۲	سطح درد و بیقراری بیمار چک شده است و اقدامات درمانی جهت کاهش آن انجام و ثبت گردیده است.			
۲۳	به بیمار و اعضای خانواده در مورد سقوط آموزش شفاهی و کتبی داده شده است و در فرم آموزش به بیمار ثبت گردیده است.			
۲۴	تمام موارد سقوط به صورت کتبی گزارش می شود .			
۲۵	تمام بیماران پس از سقوط مورد بررسی قرار می گیرند و نتایج بررسی در پرونده بیمار ثبت می شود.			

امتیاز کسب شده:

کل امتیاز : ۲۵

منابع :

1. **AHRQ 2013 – Toolkit For Fall Prevention**
2. **Health Care Protocol Prevention of Falls (Acute Care) –2016 ICSI,**
3. **Policy: Falls Prevention –The Sydney Children’s Hospital– 2015**