

بیماران در معرض خطر سقوط

ابزار ارزیابی: معیار مورس در بزرگسال، معیار هامپتی دامپتی در اطفال

مچ بند: زرد

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: Fall Risk (FR)

مداخلات پیشگیرانه:

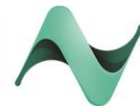
- انجام ارزیابی اولیه بیمار و شناسایی بیماران در معرض سقوط و بستن مچ بند زرد به دست بیمار همراه با لیبل FR
- تمامی بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در بدو پذیرش و در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نمایید.
- ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری بایستی در هر شیفت و یا در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.
- بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند، تا سر نخورند. در کنار تخت بیمار صندلی راحت بگذارید.
- ترتیبی اتخاذ شود که که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع، اشیاء زاید و اضافی باشد.
- مطمئن شوید که در راهرو ها مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.
- در صورت لزوم دسترسی بیمار را به واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.
- حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.
- ارتفاع تخت از سطح زمین را ارزیابی نمایید به نحوی که در حین حفظ آسایش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد.
- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار، بررسی نمایید.
- در اتاق درمان و یا واحد های تشخیصی، بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.
- در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکارد ها مطمئن شوید.
- بیمار یا مراقبین (همراهان) وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.
- در شب محیط را به صورت نسبی روشن نگه دارید.
- جابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.
- سطح درد بیمار را بررسی کنید.
- داروی بیمار را در اختیار وی قرار دهید.
- نیاز بیمار به اجابت مزاج را بررسی کنید.
- مطمئن شوید که تخت در وضعیت قفل شده قرار دارد.
- از سهولت دسترسی بیمار به زنگ احضار پرستار مطمئن شوید.
- از سهولت دسترسی بیمار به تلفن و کنترل تلویزیون مطمئن شوید.
- میز کنار تخت را در دسترس بیمار قرار دهید. دستمال کاغذی را در دسترس بیمار قرار دهید.
- سطل زباله را در دسترس بیمار قرار دهید.
- قبل از ترک بالین بیمار به وی اطمینان دهید که مجدد به او سرکشی خواهد نمود.
- در صورتی که بیمار داروهایی مصرف مینماید که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار تاثیر گذار است، بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود در خون وی میرسد کنترل نمایید.
- در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین ها است احتمال خطر سقوط او بالاست.
- در صورتی که بیمار داروهایی برای پرفشاری خون، داروهای قلبی، آنتی اریتمی یا ضد افسردگی مصرف مینماید، احتمال خطر سقوط برای وی مطرح است.
- وسیله کمک حرکتی آنان بایستی در کنار تخت و به سهولت قابل دسترسی باشد. در صورتی که بیماران وسایل کمک حرکتی خود را از منزل آورده باشند، بایستی ایمنی وسیله را جهت استفاده در بخش بررسی نمود.
- حتی با وجود وسایل کمک حرکتی بیماران ممکن است، نیاز به کمک پرستاران برای حرکت داشته باشند.
- نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند، بر طبق برنامه زمانبندی (به فواصل منظم و به صورت مستمر) رفع شود.
- بیمارانی که اختلال بینایی دارند شناسایی و مراقبت بیشتری شوند و روشنایی اتاق مناسب و وسایل مورد نیاز نزدیک بیمار باشد.
- در تحویل و تحول بیماران به شیفت دیگر ریسک سقوط بیمار را مطرح شود.

در بیماران در معرض خطر زخم فشاری

ابزار ارزیابی: معیار برادن

مچ بند: زرد

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: Pressure ulcer Risk (PU)



مداخلات پیشگیرانه:

- انجام ارزیابی اولیه بیمار و ارزیابی جامع پوست شناسایی بیمار در معرض خطر زخم فشاری
- ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال ابتلاء به زخم فشاری باشد.
- در صورتی که بیمار در معرض خطر زخم فشاری است، مچ بند زرد به دست بیمار بسته شود و لیبل (PU) بر روی مچ بند زرد بسته شود.
- از بیماران در خصوص وجود هر گونه درد یا ناراحتی که می تواند به شناسایی آسیب ناشی از زخم فشاری کمک نماید، بپرسید.
- پوست بیمار را به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کاتترها، لوله اکسیژن، لوله ونتیلاتور و بریس گردنی سفت و غیره بررسی نمایید.
- از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید. مالش شدید پوست می تواند سبب تخریب لایه های پوست، افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن ضعیف گردد.
- تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است برنگردانید.
- به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود، ماساژ ندهید.
- در صورت وخامت شرایط کلی بیمار، به طور فعال در دوره های زمانی کوتاه نواحی مختلف پوست را به لحاظ قرمزی جستجو نمایید.
- جستجوی پوست بیمار به لحاظ گرما، ادم و سفتی موضعی به ویژه در بیمارانی که دارای پوستی تیره بوده به لحاظ کشف سریع علائم زخم فشاری درجه یک بسیار حائز اهمیت است.
- جهت تمیز نمودن پوست از آب داغ استفاده نکنید.
- به منظور کاهش احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولسیون های مرطوب کننده، پوست را مرطوب نگاهدارید.
- از آن جا که سوءتغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود، وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.
- برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای را برنامه ریزی نمایید.
- در مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یک بار سؤال نمایید.
- صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون بشویید، ملحفه های بیمار را سریعاً تعویض نمایید.
- در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوان برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان است.
- کنترل ملحفه و البسه بیمار جهت جلوگیری از چروک شدن و مرطوب بودن
- استفاده از تشک مواج

بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی

ابزار ارزیابی: معیار ولز

مچ بند: زرد

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: (VTE)، venous thromboembolism Risk

مداخلات پیشگیرانه:

- انجام ورزش در تخت طبق دستور پزشک
- فعالیت فیزیکی مانند راه رفتن و پیاده روی طبق دستور پزشک
- استفاده از جوراب واریس طبق دستور پزشک
- استفاده از داروهای آنتی کوآگولانت طبق دستور پزشک

بیماران در معرض خطر تشنج

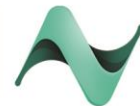
ابزار ارزیابی: سابقه قبلی بیمار و بررسی وضعیت بالین

مچ بند: زرد

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: (se)، Seizure Risk

مداخلات پیشگیرانه:

- دوز پروفیلاکسی و درمانی طبق دستور پزشک حفظ خونسردی حین وقوع تشنج
- راههای پیشگیری از سقوط
- مدیریت راه هوایی
- عدم مهار بیمار حین تشنج به دلیل آسیب به خود و یا پرستار و...



بیماران در معرض خطر خودکشی

ابزار ارزیابی: Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

مچ بند: زرد

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: (su), Suicide Risk

مداخلات پیشگیرانه:

- انجام ارزیابی اولیه بیمار و شناسایی این بیماران و در صورت مثبت بودن سابقه خودکشی تعیین ریسک خودکشی براساس معیار (NGASR) و سپس انجام مشاوره و یا ویزیت متخصص سایکولوژی جهت تعیین برنامه دارویی و اقدامات مناسب و اجرای دستورات پزشک معالج
- جداسازی بیماران و نگهداشتن همراه یا مراقب
- دورکردن وسایل خطر زا از بیماران
- مانیتورینگ مستمر بیمار

بیماران در معرض خطر سوء تغذیه

ابزار ارزیابی: فرم ارزیابی اولیه و تعیین BMI یا Z SCORE طبق راهنما

مچ بند: نیاز ندارد.

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: نیاز ندارد.

مداخلات پیشگیرانه:

- انجام ارزیابی اولیه بیمار و شناسایی بیماران در معرض خطر
- مشاوره متخصص یا کارشناس تغذیه جهت تعیین برنامه غذایی مناسب و اجرای راهکارهای پیشنهادی پس از هماهنگی با پزشک معالج
- در بدو ورود و فالو آپ بیمار حین بستری جهت بررسی بهبود وضعیت تغذیه (با توجه به ارزیابی های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت می شود و نیازی به استفاده از دستبند نیست).

بیماران پلی فارمسی

ابزار ارزیابی: فرم تلفیق دارویی

مچ بند: نیاز ندارد.

برچسب روی مچ بند بصورت اختصار: نیاز ندارد

مداخلات پیشگیرانه:

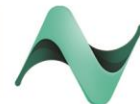
- انجام ارزیابی اولیه بیمار و شناسایی بیمارانی که بیشتر از چهار دارو مصرف می کنند و ثبت درقسمت دارویی فرم ارزیابی اولیه بیمار
- انجام مشاوره فارماکولوژی طبق دستور پزشک و اجرای راهکارهای پیشنهادی پس از هماهنگی با پزشک معالج (شناسایی بیماران در مرحله ارزیابی و سیر مراقبت بایستی مدیریت ایمنی رعایت شود اما استفاده از دستبند زرد برای این دسته از بیماران الزام نیست).

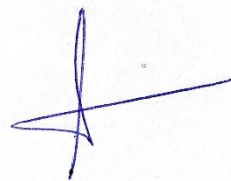
منابع و مراجع:

۱- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران، دوره پنجم سال ۱۴۰۱

۲- فرم ارزیابی اولیه یزرگسال و کودک، پاییز ۹۶

۳- راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه بزرگسال و کودک، پاییز ۹۶



تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	