



بیمارستان امام خمینی (ره) بناب

بیماران پر خطر

تهیه کنندگان :

❖ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: خانم جم

❖ سوپروایزر آموزش سلامت: خانم بیرامی

فهرست:

- کد بندی 3
- معیارهای ارزیابی 4-5
- مراقبتهای پرستاری 6-10

کد بندی بیماران پرخطر

کد سند: SP/TAB/1

تاریخ تدوین: 98/8/25

(کمیته اخلاق پزشکی)

کد	ریسک		ردیف
R-F	Fall	سقوط	1
R-PU	Pressure Ulcer	زخم بستر	2
R-TE	Thrombo Embolism	ترمبو آمبولی	3
R-PH	Polypharmacy	پلی فارمسی	4
R-SE	Seizure	تشنج	5
R-SU	Suicide	خودکشی	6
R-M	Malnutrition	سوء تغذیه	7

R: RISK

ارزیابی ریسک زخم بستر برادن BRADEN SCALE

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه	کشش/سایش	ریسک خیلی بالا 9- < ریسک خیلی بالا 10-12 ریسک بالا 13-14 ریسک متوسط 15-18 ریسک پایین
1. کاملاً مختل 2. خیلی مختل 3. نسبتاً مختل 4. کاملاً سالم	1. دائماً خیس 2. اکثراً خیس 3. گاهی خیس 4. خشک	1. وابسته به تخت 2. وابسته به صندلی 3. راه رفتن با کمک 4. راه رفتن بدون کمک	1. کاملاً بی حرکت 2. تحرک خیلی محدود 3. تحرک نسبتاً محدود 4. کاملاً محدود	1. خیلی مختل 2. خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه 3. خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه 4. تغذیه کامل	1. سر خوردن مکرر 2. خودداری نسبی از سر خوردن 3. خودداری کامل از سر خوردن	در نمرات 12 و یا کمتر از دستبند زرد استفاده کرده نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت شود و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغییر مددجو باید مد نظر قرار داد

این مقیاس متشکل از 6 مورد ارزیابی می باشد که هر کدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد مجموع نمرات 6 جزء نمره کل محاسبه میشود ارزیابی برای تمامی بیماران در بد ورود به بخش و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری هر شیفت انجام می گیرد

ارزیابی ریسک سقوط مورس MORSE SCALE

ریسک فاکتور	امتیاز	استفاده از وسیله حرکتی	امتیاز	نحوه راه رفتن	امتیاز	وضعیت راه رفتن	امتیاز
سابقه سقوط قبلی بیماری زمینه ای دیابت سرگیجه، فشارخون و... سرم IV line	25	ویلچر	30	مختل، گام بر داشتن ناهماهنگ	20	الزایمر، دمانس، ساب	15
	15	واکر، عصا، چوب زیر بغل	15	مشکل در بلند شدن از صندلی	0	کما، آژیته	0
	20	عدم استفاده از وسیله حرکتی	0	وتلاش برای بلند شدن از روی صندلی، غیر متعادل	10	هوشیار و آگاه	
Risk: ≥ 50				ضعف در حفظ تعادل، با کمک			
Risk: ≥ 50				دستان تعدل خود را حفظ میکند			

ارزیابی خطر آمبولی ریوی و ترومبوز آمبولی وریدی طبق معیار ژنو Geneva

مشخصات بالینی	نمره	درد یکطرفه	3	احتمال ضعیف: کمتر از 4
سن بیش از 65	1	هموپتزی	2	احتمال متوسط: 4-10
DVT یا PE سابقه	3	ضربان قلب 75-94	3	احتمال زیاد: بیشتر از 10
سابقه جراحی تحت بیهوشی عمومی و یا شکستگی اندام تحتانی در ماه گذشته	2	bpm95 ضربان قلب بیش از	5	
کانسره تومورهای توپر یا هماتولوژیکی که در حال حاضر فعال باشد و یا کمتر از یکسال از بهبودی آنها گذشته باشد	2	درد در لمس وریدهای عمقی اندام تحتانی یک طرفه	4	

جدول شماره 2 سطح بندی ریسک خودکشی	پاسخ		جدول شماره 1
<p>ریسک بالا: سابقه اقدام به خودکشی، برنامه به خودکشی، مهیا کردن ابزار لازم برای خودکشی، وجود افکار خودکشی مداوم بطور مثال حلق اویز کردن، خود سوزی و... وجود سایکوز، توهم شنوایی دستوری یا هذیان در مورد مردن، شروع اخیر اختلالات روانپزشکی عمده بخصوص افسردگی، ترخیص از بخش روانپزشکی در روزهای اخیر، سابقه دگر آزاری، وجود علایم حاد من جمله صحبت در مورد خودکشی، ناامیدی شدید دانش آموزان و دانشجویان، بچه های طلاق، افراد بیکار، زنان بی سرپرست، بیماران صعب العلاج از جمله تحت درمان دیالیز، تالاسمی، کانسر و رادیوتراپی و...، حاشیه نشینها و مهاجرین، باز نشتگان، سوء مصرف مواد و الکل، مشکلات عاطفی اخیر و طلاق، ناامیدی، تنهایی یا انزوا، شکست شغلی، مشکلات مالی، بیکاری، مبتلایان بیماری مزمن، کمبود حمایت اجتماعی، روابط خصمانه، نبود حامی، بیماران با علایم مسمومیت دارویی عمدی و غیر عمدی، افسرده ها و تحت درمان با داروهای ضد افسردگی در دوسه هفته اول</p>	خیر	بلی	سوالات غربالگری بیماران در معرض خودکشی
			آیا تا بحال افکار مربوط به بی ارزشی دنیا و زندگی داشته اید؟
			آیا تا بحال به پایان دادن به زندگی خود فکر کرده اید؟
			آیا تا بحال افکار مربوط به مرگ و مردن داشته اید؟
			آیا تا بحال اقدام به خودکشی کرده اید؟
			آیا در حال حاضر به خودکشی فکر میکنید؟
			آیا تا بحال مرگ را به زندگی ترجیح داده اید
<p>ریسک پایین: وجود افکار خودکشی متناوب، گذرا و بدون برنامه برای خودکشی - سابقه بیماری روانپزشکی - نبود علایم حاد من جمله صحبت در مورد خودکشی - جستجوی ابزار خودکشی - احساس پوچی - مصرف مواد - اضطراب و آژیتاسیون دوری از دوستان و خانواده - خشم - تغییرات خلقی بارز - عدم وجود سابقه اقدام به خودکشی دارای خانواده معتاد</p>			<p>سوالات غربالگری بیماران در معرض خودکشی میباشد جهت کلیه بیماران بستری در معرض خطر تکمیل گردد و در صورتی که جواب سوالات خیر باشد نیاز به اقدام خاصی نمی باشد ولی در صورتی که هر کدام از پاسخها بلی باشد به منظور ارزیابی ریسک خطر خودکشی بر اساس جدول سطح بندی ریسک خودکشی اقدام شود</p>

مداخلات پیشگیرانه پرستاری	ریسک	ردیف
<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی اولیه بیماران مستعد زخم (BRADEN SCALE) و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری • بکارگیری راهنمایی پیشگیری از زخم فشاری (دستورالعمل های وزارتی) • استفاده از تشک مواج در بیماران مستعد زخم بستر • اجرای پروتکل تغییر پوزیشن (حداقل هر دو ساعت) • آموزش موارد خود مراقبتی به بیمار (در صورت هوشیاری) و همراه • آموزش پرسنل درخصوص شناسایی علائم اولیه و راهکارهای پیشگیرانه زخم بستر • حفاظت از محل های استخوانی و پاشنه بیمار • استفاده از سطوح توزیع فشار • کنترل رطوبت، تغذیه، کشش و ... • ارزیابی وانجام پانسمان زخم توسط درمانگر زخم 	زخم فشاری	1
<ul style="list-style-type: none"> • بکارگیری راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار (دستورالعمل های وزارتی) • انجام ارزیابی اولیه بیماران و شناسایی بیماران آسیب پذیر براساس معیار مورس اطلاع رسانی به سایر اعضای کادر درمانی مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری • بررسی سالم بودن نرده کنار تخت ، برانکارد و چرخ ها و کمربند ایمنی صندلی چرخدار همچنین کنترل بالا- • بودن نرده های کنار تخت به صورت مداوم • حضور کمک بهیار و پرستار در کنار بیمار در زمان جابجایی • آموزش به بیمار ن و همراهان در خصوص رعایت نکات ایمنی • تهیه امکانات مهار فیزیکی (دستبند ، کمربند ، باند ، ویبریل -) .. • وجود هند ریل (دستگیره) در راهرو های بخش، سرویس های بهداشتی و - ... • آموزش و کنترل بیماران مصرف کننده دارو های کاهنده فشار خون و کاهنده هوشیاری یا خواب آور- • آموزش خود مراقبتی به بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند. 	سقوط	2

مداخلات پیشگیرانه پرستاری	ریسک	ردیف
<ul style="list-style-type: none"> • شناسایی بیماران در معرض خطر آمبولی ریه و به حداقل رساندن خطر آن در کلیه ی بیماران • از استراحت طولانی مدت در بستر در بیماری خودداری شود در دوره نقاهت از جوراب کشی استفاده کند (چه در هنگام استراحت در بستر و چه در هنگام برخاستن از بستر) • بیمار پس از جراحی هر چه سریعتر حرکت اندام‌های تحتانی و راه رفتن را شروع کند • پرستار بیمار را به طور مداوم از نظر علائم هیپوکسمی ارزیابی کرده و نتایج پالس-اکسیمتری را جهت ارزیابی تأثیر اکسیژن درمانی بررسی نماید • برای کاهش اضطراب، بیمار را تشویق کنید تا درباره نگرانی خود صحبت کند و به سؤالات بیمار و خانواده‌هاش با دقت پاسخ دهید. • وضعیت نیمه نشسته، راحتی بیشتری را جهت تنفس فراهم میکند. تداوم چرخش مکرر و نیز تغییر وضعیت بیمار، در بهبود نسبت تهویه-پرفیوژن اهمیت دارد. • به دلیل تداخل ضد انعقاد های خوراکی با بسیاری از داروها، مکمل های گیاهی و غذایی پایش دقیق برنامه دارویی بیمار ضروری است. • شناسایی تداخل دارویی برای بیماران مصرف کننده این داروها باید انجام گیرد. • آموزش به مددجو که سیگار کشیدن و استفاده از استروژن یا قرصهای جلوگیری از حاملگی خطر تشکیل ترومبوز مجدد را افزایش می دهد 	ترمبو آمبولی 3	
<ul style="list-style-type: none"> • به معنای استفاده نامناسب از داروهای متعدد است و در مورد بیمارانی به کار میرود که 4 دارویا بیشتر مصرف می کنند. • پلی فارمسی همچنین باعث افزایش خطر تداخل بین داروها و عوارض ناخواسته دارویی می شود لذا باید مرور داروهای بیمار در اولین ارزیابی وی (چه سرپایی، چه بستری) و سپس هر 6-12 ماه و با هر تغییری در داروها صورت می گیرد • انجام دقیق تلفیق دارویی در ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار و ثبت نام داروها • انجام تلفیق دارویی توسط پزشک • ارزیابی بیماران سرپایی و بستری از نظر تلفیق دارویی توسط داروساز • آموزش به بیمار بر عدم مصرف خودسرانه داروها • در تنظیم کاردکس دارویی حتما به تداخلات دارویی و زمان مصرف داروها توجه شود • توجه بیشتر به عوارض دارویی و آموزش به بیمار توسط پرستار 	پلی فارمسی 4	

مداخلات پیشگیرانه پرستاری

ریسک

ردیف

مراقبت‌های پرستاری در خلال تشنج:

- اطراف بیمار را خلوت کنید و وی را از دید افراد کنجکاو دور نگه دارید (بیمارانی که دارای اورا میباشند، فرصت دارند تا مکانی خلوت و ایمن را بیابند).
 - در صورت امکان، بیمار را بر روی زمین قرار دهید و اگر بیمار در ارتفاع است (مثلاً نزدیک راه پله) بیمار را از خطر سقوط محافظت نمایید.
 - سر را با استفاده از یک بالش محافظت نموده و از بروز آسیب دیدگی سر پیشگیری کنید.
 - لباس های تنگ بیمار را باز کنید.
 - هر نوع اسباب و لوازم پیرامونی را که ممکن است هنگام بروز تشنج به بیمار آسیب برساند، را به کناری انتقال دهید.
 - اگر بیمار روی تخت قرار دارد، بالش ها را برداشته و نرده های کناری تخت را بالا ببرید.
 - اگر قبل از بروز حمله اورا وجود دارد، برای کاهش احتمال گازگرفتگی زبان با لب، یک ایروی دهانی برای بیمار کار بگذارید، یا یک دستمال تمیز را چند لایه کرده و و بین دندان های او قرار دهید.
 - هرگز سعی نکنید تا فکهای بیمار را که در اثر اسپاسم به هم فشرده شده اند را به زور باز کنید و چیزی را بین آنها قرار دهید؛ نتیجه ی چنین کاری میتواند شکستن دندان ها و آسیب دیدگی زبان و لب باشد.
 - هیچ کوششی در جهت مهار یا محدود کردن حرکات بیمار در خلال تشنج نباید صورت گیرد، چون انقباضات عضلانی قوی بوده و مهار حرکات بیمار میتواند سبب آسیب دیدگی شود.
 - در صورت امکان بیمار را به یک پهلو خوابانده و سر وی را اندکی به طرف جلو خم نمایید تا زبان به سمت جلو متمایل شده، تخلیه بزاق و موکوس به راحتی صورت گیرد. اگر دستگاه ساکشن موجود می باشد، در صورت ضرورت برای پاک کردن ترشحات از آن استفاده نمایید.
 - باید به خانواده بیمار این نکته را گوشزد کرد که در صورت وجود این موارد، حتماً باید با اورژانس تماس گرفته شود
- مراقبت‌های پرستاری بعد از تشنج:
- برای پیشگیری از بروز آسیب‌راسیون، بیمار را در همان وضعیت خوابیده به پهلو نگاه دارید. از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید.
 - معمولاً پس از تشنج، بیمار طی دوره ای دچار کانفیوزو خواب آلودگی می گردد.
 - در خلال بروز تشنج های عمومی یا بلافاصله پس از آن، ممکن است دوره کوتاه قطع تنفس بوجود آید.
 - بعد از اینکه بیمار بیدار شده و هوشیاری خود را بدست آورد، باید وی را نسبت به محیط آشنا کرد.

تشنج

5

مداخلات پیشگیرانه پرستاری

ریسک

ردیف

- ایمن نمودن محیط اتاق بستری بیمار مستعد خودکشی
- کنترل بیمار از لحاظ حمل مواد و قرص و وسایل خطرناک
- کنترل بیمار از لحاظ آسیب به خود و دیگران و فرار (اطلاع احتمال فرار بیمار به نگرهبانی)
- بررسی روزانه خلق و خواب و اشتها و انرژی و در صورت بروز هرگونه مشکل اطلاع به پزشک
- توصیه جهت تحت نظر روانشناس یا روانپزشک جهت روان درمانی حمایتی
- ایجاد حمایت اجتماعی و خانوادگی مناسب برای بیمار
- برقراری ارتباط موثر با بیمار و ایجاد همدلی و رازداری
- مشارکت دادن بیمار در فعالیت های گروهی جهت افزایش عزت نفس
- آموزش به بیمار که در صورت وجود افکار خودکشی و مراجعه در صورت عود افکار به روان پزشک یا بیمارستان
- آموزش خانواده در مورد ماهیت بیماری و آموزش در مورد جدی گرفتن افکار خودکشی
- ایجاد اطمینان بخشی در مورد درمان به بیمار
- تشویق بیمار به بیان احساسات و تدابیر امنیتی مثل دور کردن وسایل خطرناک
- کمک به بیمار جهت شناسایی توانایی های خود و اینکه بیمار در طول روز برنامه کاری شخصی داشته باشد
- آگاهی و آموزش به همراه و خانواده بیمار از نظر نشانه های خودکشی شامل : منزوی شدن (رفتارهای جسورانه و بی پروا _ بخشیدن داراییهای با ارزش ، بروز تغییراتی در رفتار و حالات و ظاهر فرد)
- کنترل دقیق و مداوم بیمار
- توجه به احساسات بیمار در مورد بحران کنونی و اهمیت دادن به آن
- آموزش روشهای کنترل خشم و آرام سازی بیمار
- تشویق بیمار به بیان احساسات و ارائه بازخورد مناسب به بیمار
- فراهم کردن محیط آرام به بیمار
- توجه به علائم احساس پرخاشگری و خشونت و افزایش فعالیت و تحرک و آماده بودن جهت مداخلات لازم.
- فراخوان نیروهای کد مهارد در صورت آزیته بودن بیمار
- مهار فیزیکی یا شیمیایی طبق دستور پزشک
- اطلاع رسانی سریع به پزشک معالج و شناسایی علائم احتمال به خودکشی
- دور نمودن اجسام تیز ، برنده ، شیشه ای و از دسترس بیمار

6 خودکشی

مداخلات پیشگیرانه پرستاری

ریسک

ردیف

- به علائم و نشانه های سوتغذیه نظیر موی خشک و شکننده ، خون مردگی و ... توجه کنید.
- به نتایج آزمایشگاهی نظیر CBC, Albs و ... توجه کنید.
- بیمار را وزن کرده و وزن ایده آل را با توجه به قد و سن بیمار تعیین کنید. در صورت BMI کمتر از 18 به کارشناس تغذیه اطلاع دهید
- میزان جذب و دفع بیمار را کنترل و ثبت نمایید.
- مشکلات تغذیه ای بیمار را از نظر جسمی و روانی از هم تفکیک کنید.
- غذاهای مصرفی بیمار را با هرم راهنمای تغذیه مقایسه کرده و مداخلات لازم را انجام دهید.
- به بیمار توصیه کنید غذا را در مقادیر کم و دفعات بیشتر مصرف کند.
- در بیماران دچار سوء تغذیه آنها را از نظر علائم عفونت بررسی کنید.
- بیمار را به خوردن غذا تشویق کنید.
- به بیمار توصیه کنید جهت رفع خشکی دهان از آدامس، نبات بدون قند و یا در طول روز از چند جرعه آب استفاده کند.
- بالاترین مقدار کالری در وعده غذایی را که بیمار بیشترین اشتها را به آن دارد، قرار دهیم.
- از پروسیجرهای ناخوشایند و تهاجمی قبل از مصرف غذا بپرهیزید.
- در بیماران دچار کم خونی از رژیم سرشار از آهن، ویتامین B12 و ویتامین C و اسید فولیک استفاده کنید.
- در بیماران مضطرب و بیقرار از غذای کم حجم و قابل حمل در دست مثل میوه ی تازه و مایعات استفاده کنید.
- در بیماران دچار تهوع قبل از آوردن سینی غذا به داخل اتاق پوشش آنرا بردارید زیرا برداشتن ناگهانی پوشش غذا و استشمام بوی غذا باعث تهوع می شود.
- در صورت نیاز از محلول های تزریقی (در صورت بستری بودن بیمار) استفاده کنید.
- اگر بیمار گیاه خوار است ویتامین B12 و آهن مصرف کند.
- بررسی توانایی بیمار برای خوردن و در صورت وجود اشکال انجام مداخله لازم ضروری می باشد.
- در بیمارانی که دچار بی اشتهایی هستند و غذا نمی خورند هر یک ساعت از ۳۰ سی سی مکمل تغذیه ای استفاده نمایید.
- اگر بیمار تحمل و توان کافی برای خوردن ندارد، قبل از غذا دوره های استراحت کوتاه در نظر بگیرید.
- تغییرات فیزیولوژیک اخیر را که در رابطه با تغذیه می باشد بررسی کنید.
- وضعیت حفره دهانی و رعایت بهداشت دهانی قبل و بعد از غذا را بررسی کنید.
- ارتباط بین مصرف غذا ، تهوع و استفراغ و ... را بررسی کنید.
- داروهای ضددرد و ضد تهوع را قبل از غذا مصرف کنید.
- در بیماران با سوتغذیه طولانی با یک متخصص تغذیه مشورت کنید.

7 سوء تغذیه