


<p>تاریخ اولین ابلاغ: ۹۵/۰۸/۲۰ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۷/۵/۲۵ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۷/۶/۳ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۵/۲۵</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی اراک مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) عنوان روش اجرایی: مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم‌های فشاری کد روش اجرایی: 01PL79 صفحه: ۱ از ۳ ویرایش: 01</p>	
<p align="center">عنوان روش اجرایی: مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم‌های فشاری</p> <p align="center">دامنه: کلیه بخش‌های بالینی</p> <p align="center">تعاریف و اصطلاحات: زخم بستر: زخمی که در اثر عدم حرکت و تماس طولانی مدت قسمتی از بدن با تشک ایجاد می‌شود. زخم فشاری: کلیه زخم‌هایی که در اثر عدم مراقبت صحیح و ایجاد فشار و اختلال در خون‌رسانی در نقاط تحت فشار ایجاد می‌گردد مانند زخم بستر و زخم‌های ناشی از فشار آتل، گچ، گردنبند، لوله تراشه و ...</p> <p align="center">هدف: پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران کم‌تحرک</p> <p align="center">فرد پاسخگو: روش ارزیابی: سرپرستار، ارزیابی از طریق مشاهده، مصاحبه و مستندات</p> <p align="center">روش اجرا:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱- پرستار به وسیله ارزیابی اولیه بیمار در بدو پذیرش به بخش و ارزیابی در هر شیفت، به وسیله ابزار مناسب (معیار برادن برای بیماران بالاتر از پنج سال و معیار برادن کیو برای بیماران کمتر از پنج سال) میزان احتمال ابتلای بیمار به زخم فشاری را تعیین کرده و بیماران در معرض خطر را شناسایی می‌نماید. ۲- پرستار بر اساس ارزیابی بیمار، در صورت احتمال ابتلای وی به زخم فشاری (امتیاز کمتر از ۱۲ در معیار برادن و کمتر از ۱۶ در معیار برادن کیو)، تمهیدات لازم جهت پیشگیری را انجام می‌دهد، مانند: <ul style="list-style-type: none"> تغییر وضعیت بر اساس الگوی ساعتی و تمیز نگه داشتن پوست بیمار، خشک و تمیز و بدون چین و چروک نگه داشتن لباس‌ها و ملحفه‌ها، عدم ماساژ برجستگی‌های استخوانی، استفاده از تکنیک‌های صحیح چرخش و انتقال بیمار به منظور به حداقل رساندن اصطکاک روی پوست مانند استفاده از ملحفه حمل برای جابجا کردن، استفاده از تشک موج و کنترل کارکرد آن در هر شیفت، سونداژ بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادرار پس از اطلاع به پزشک و ثبت دستور توسط ایشان، استفاده از پوشک مناسب و کنترل مکرر بیماران مبتلا به بی‌اختیاری مدفوع، انجام مشاوره تغذیه با دستور پزشک جهت در نظر گرفتن رژیم پر کالری، پر پروتئین و حاوی ویتامین C، کنترل نواحی تحت فشار و مستعد مانند پس سر، ساکروم، آرنج، پاشنه و قوزک پا، باسن، کتف و تروکانتر لگن با دادن پوزیشن مناسب و استفاده از بالش و رینگ حفاظتی ۳- سرپرستار بر ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های هر شیفت پرستاران از بیماران و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران در معرض خطر زخم فشاری نظارت می‌نماید. <p>* جهت بیماران مستعد زخم فشاری دستبند شناسایی زرد استفاده می‌شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> ۴- پرستار در صورت مشاهده علائم و نشانه‌های اختلال در پوست مانند ادم، قرمزی و آسیب (ایجاد شده در بخش و یا 		

<p>تاریخ اولین ابلاغ: ۹۵/۰۸/۲۰ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۷/۵/۲۵ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۷/۶/۳ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۵/۲۵</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی اراک مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) عنوان روش اجرایی: مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم‌های فشاری کد روش اجرایی: 01PL79 صفحه: ۳ از ۲ ویرایش: 01</p>	
<p>وجود در بدو پذیرش) به پزشک معالج اطلاع داده و علائم آن را به صورت دقیق در گزارش پرستاری ثبت می‌نماید، شامل محل زخم، ابعاد زخم، میزان و نوع ترشحات، درجه زخم و پوست اطراف زخم</p> <p>درجه بندی زخم فشاری:</p> <p>• درجه ۱: پوست شکسته یا پوسته‌پوسته نیست ولی رنگ آن به قرمز ارغوانی تغییر کرده. آزرده شدن پوست می‌تواند منجر به گرم‌تر شدن پوست اطراف ضایعه شود. در این مرحله زخم فشاری می‌تواند به‌طور کامل با برداشتن فشار از روی ناحیه التیام پیدا کند.</p> <p>• درجه ۲: کاهش قسمتی از ضخامت پوست و درگیری اپیدرم یا درم یا هر دو وجود داشته که به‌صورت تاول (برجستگی دوکی شکل) یا سائیدگی ظاهر می‌شود. پوست ممکن است شکسته شده یا تاول زده باشد و پوست اطراف زخم نیز ملتهب و برافروخته به نظر می‌رسد.</p> <p>• درجه ۳: کاهش تمام ضخامت پوست، منجر به تخریب یا نکروز بافت زیر جلدی شده که می‌تواند به‌طرف پائین (داخل) تا فاشیا پیشرفت کند. تخریب بافتی بیشتر از آنچه که در سطح زخم نشان می‌دهد در زیر پوست پیشرفت می‌کند. در این مرحله زخم ظاهری شبیه دهانه آتشفشان دارد.</p> <p>• درجه ۴: تخریب وسیع بافت همراه با نکروز یا تخریب عضلات، استخوان یا ساختار حمایتی با یا بدون کاهش تمام ضخامت پوست. در اثر تخریب بافت بدن، استخوان، عضلات، تاندون و مفاصل، زخم عمیق و حفره‌ای ایجاد می‌شود.</p> <p>۵- پرستار در زخم فشاری درجه یک، به وسیله تغییر پوزیشن و گذاشتن بالش و رینگ حفاظتی فشار وارده بر ناحیه را کم می‌کند.</p> <p>۶- پرستار در زخم فشاری درجه دو و بالاتر با توجه به خصوصیات زخم و با دستور پزشک اقدام به پانسمان مناسب می‌نماید.</p> <p>۷- پرستار در پانسمان زخم فشاری از شستشوی زخم با بتادین و سایر محلول‌ها خودداری کرده و زخم را تنها با محلول نرمال سالین شستشو می‌دهد.</p> <p>۸- پرستار در پانسمان زخم فشاری مترشح از پانسمان‌های با قابلیت جذب بالا طبق دستور پزشک استفاده می‌کند.</p> <p>۹- پرستار در صورت نیاز در زخم‌های عمیق تر با دستور پزشک اقدام به تهیه کشت از زخم می‌نماید تا بر اساس نتیجه آنتی بیوگرام آنتی بیوتیک مناسب توسط پزشک تجویز شود.</p> <p>۱۰- پرستار در مورد زخم بستر درجه چهار نیاز به برداشتن بافت‌های مرده و نکروزه را به پزشک اطلاع می‌دهد تا در صورت صلاحدید، پزشک معالج برای بیمار مشاوره ترمیمی درخواست نماید.</p> <p>۱۱- پزشک در صورت نیاز به هر نوع دارو جهت زخم، پانسمان خاص یا پانسمان‌های تجاری دستور کتبی را در پرونده ثبت می‌کند.</p> <p>۱۲- پرستار کلیه اقدامات مراقبتی و نتایج حاصله را در گزارش پرستاری ثبت نموده و پیشرفت یا عدم پیشرفت روند</p>		

<p>تاریخ اولین ابلاغ: ۹۵/۰۸/۲۰ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۷/۵/۲۵ تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۷/۶/۳ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۵/۲۵</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی اراک مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) عنوان روش اجرایی: مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری کد روش اجرایی: 01PL79 صفحه: ۳ از ۳ ویرایش: 01</p>	
---	---	---

بهبود زخم را به پزشک گزارش می نماید.

۱۵. پرستار به محض مشاهده زخم بستر درجه سه و چهار بعد از پذیرش بیمار که یکی از موارد ۲۸ گانه وقایع ناخواسته می باشد، با تکمیل فرم گزارش وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران، موضوع را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار یا در غیاب ایشان سوپروایزر وقت اطلاع می دهد.

۱۶. مسئولین دفتر پرستاری و بهبود کیفیت شیوع و بروز زخم بستر در بخش های بیمارستان را به صورت ماهیانه پایش می کنند.

۱۷. پرستار به خانواده بیمار نکات آموزشی لازم جهت بررسی مداوم پوست و همکاری با پرسنل بخش در پیشگیری یا مراقبت از زخم و نحوه مراقبت در منزل را ارائه داده و در پرونده بیمار ثبت می نماید.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری، کتاب کار در ICU، تألیف: ملاحظت نیک روان مفرد- حسین شیری، راهنمای ارزیابی اولیه پرستاری ابلاغی وزارت بهداشت، دستورالعمل گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران ابلاغی وزارت بهداشت، تجربه بیمارستان

تهیه کننده / تهیه کنندگان		
عطیه حبیبی (سرپرستار آی سی یو)	مهسا فرجی (پرستار آی سی یو)	محسن غنچی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
مختار ولی الهی (سوپروایزر ارشد بالینی)	مصطفی چقایی (سوپروایزر آموزشی)	
تأیید کننده	تصویب کننده	ابلاغ کننده
اکبر محسنی (مترون بیمارستان)	اکبر محسنی (مترون بیمارستان)	دکتر سید محمد جمالیان (ریاست بیمارستان)