

کد : Nurs4 تاریخ آخرین بازنگری : ۱۳۹۵/۹/۲۵ تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۵/۱۰/۵	عنوان روش اجرایی : مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری با حداقل های مورد انتظار دامنه : کلیه بخش های درمان بالینی
--	---

تعاریف واژه ها : زخم بستر به جراحت موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی که بدلیل تحت فشار قرار گرفتن بافت نرم بدن انسان میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت بدن) به مدت طولانی ایجاد می شود .

هدف بیمارستان : انجام صحیح ارزیابی و مراقبتهای پرستاری و جلوگیری از ایجاد زخم بستر در بیمارانی که به مدت طولانی بستری می باشند .

دامنه : بخش های بالینی

شیوه انجام کار:

- ۱- شناخت گروههای مستعد وعوامل ایجاد کننده زخم های فشاری توسط سرپرستار و کادر پرستاری انجام می شود .
- ۲- ارزیابی صحیح بیماران در خصوص احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری در بخش های بستری توسط سرپرستار و پرسنل انجام می شود .
- ۳- تمامی بیماران مستعد از غیر مستعد با توجه به عوامل داخلی که شامل (بی اختیاری مدفوع وادرار ، فقدان درک حسی ، سالمندی ، سوء تغذیه و بیماریهای مزمن وغیره) وعوامل خارجی مانند (فشار ، عدم رعایت بهداشت ، تزییقات مکرر در یک ناحیه پوست ، تغییر پوزیشن بیمار به روش غلط) توسط سرپرستار و پرسنل بخش شناسایی می شوند .
- ۴- به طور منظم عوامل خطر زای اصلی زخم فشاری از جمله شاخص تغذیه ، وضعیت عمومی سلامت ، افزایش درجه حرارت ، وزن ، سن بالا ، کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت در بیماران بستری ارزیابی می شود .
- ۵- نتایج ارزیابی در پرونده بیمار توسط کادر پرستاری ثبت می شود .
- ۶- در بیماران مستعد بر اساس میزان خطر ، اقدامات مراقبتی پیشگیرانه / درمانی توسط پرسنل مربوطه برنامه ریزی و اجرا می شود .
- ۷- ارزیابی جامع پوست از نظر تغییر رنگ به سفید شدن در قبال فشار انگشت ، گرما ، ادم وسفتی موضعی به کادر ارزیابی کننده آموزش داده می شود .

- ۸- عدم استفاده از ماساژ جهت پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری ، عدم ماساژ نواحی قرمز به دلیل صدمه بیشتر ، عدم استفاده از آب داغ جهت بهبود جریان موضعی ، استفاده از مواد نرم کننده و ماساژ پوست توسط سر پرستار بخش به پرسنل مربوطه آموزش داده می شود
- ۹- وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتدا به زخم فشاری توسط کادر مربوطه مرتبا ارزیابی و غربالگری می شود .
- ۱۰- جهت تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای توسط پزشک معالج برنامه ریزی می شود .
- ۱۱- به بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یکبار و شستن ناحیه پرینه با آب و صابون و تعویض سریع ملحفه های بیمار توسط پرسنل مربوطه توصیه می شود .
- ۱۲- به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار توسط بیماربر و کمک همراهی تغییر وضعیت داده می شود و اهمیت تغییر وضعیت به آنها توسط کادر بالینی توضیح داده می شود .
- ۱۳- بستر بیماران از نظر مواد زائد و تکه های ریز غذا و چین و چروک توسط بیماربر چک می شود .
- ۱۴- به کادر پرستاری توصیه می شود به طور مکرر در یک ناحیه تزریق انجام ندهند .
- ۱۵- به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مدد جویان کادر درمانی ، ناخن های خود را کوتاه وانگشتر یا سایر زیور آلات را از دست خود خارج می کنند .
- ۱۶- جهت بیمارانیکه در معرض خطر زخم فشاری هستند از تشک مواج یا از تشکهای با فشار متناوب استفاده می شود .
- ۱۷- جهت جلوگیری از سایش مستقیم زوائد استخوانی نظیر زانوها و قوزکها بر روی یکدیگر از وسایلی نظیر بالش و حوله های تا شده استفاده می شود .
- ۱۸- میزان احتمال بروز زخم فشاری در بیمارانیکه تحت عمل جراحی قرار می گیرند با توجه به طول عمل و کاهش درجه حرارت بدن و کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز پس از عمل ارزیابی توسط پرستار مسئول انجام می شود .

امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی : کادر درمانی آموزش دیده و ماهر ، متخصص تغذیه

تجهیزات : تشک مواج یا تشک های با فشار متناوب ، حوله و بالش به میزان کافی ، سرویس بهداشتی و وسایل نظافت مناسب

منابع :

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر آموزشی علی محسن زاده / استاف فرحناز زمانی / پرستار زهره حسن شاهی / پرستار زهرا عباس آبادی / پرستار زینب شمسی / پرستار	طیبه سروی / مترون	دکتر علیرضا نظری / رئیس بیمارستان