

**مقدمه:**

جهت تکمیل صحیح فرم مدیریت زخم راهنمای تکمیل این فرم به شرح ذیل در دسترس تان قرار می گیرد.

ارزیابی برای تمامی بیماران در بدو ورود به بخش، و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری هر شیفت انجام می شود. برای شناسایی بیماران با ریسک بالا از دستبند زرد استفاده می شود.

**مقیاس ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری ( Braden Scale )**

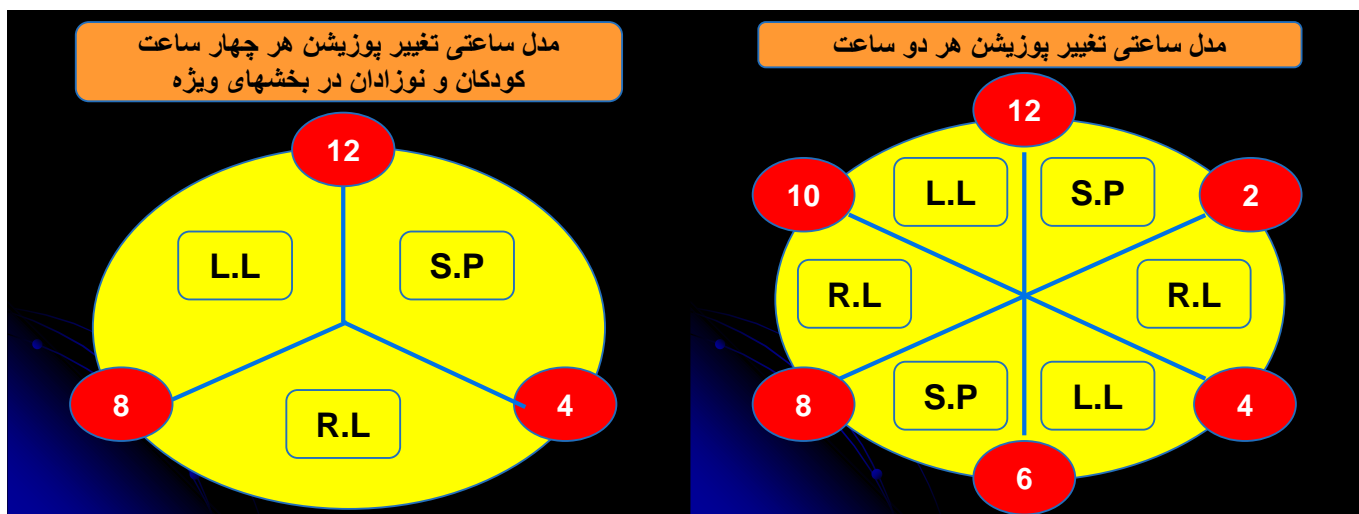
این مقیاس متشکل از شش مورد ارزیابی می باشد که هرکدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد. مجموع نمرات شش جزء نمره کل محاسبه می گردد که می توان بر اساس آن میزان ریسک احتمالی بروز زخم فشاری را تعیین کرد.

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه	کشش / سایش
۱/ کاملاً مختل	۱/ دائماً خیس	۱/ وابسته به تخت	۱/ کاملاً بی حرکت	۱/ خیلی مختل	۱/ سر خوردن مکرر
۲/ خیلی مختل	۲/ اکثراً خیس	۲/ وابسته به صندلی	۲/ تحرک خیلی محدود	۲/ خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	۲/ خودداری نسبی از سر خوردن
۳/ نسبتاً مختل	۳/ گاهی خیس	۳/ راه رفتن با کمک	۳/ تحرک نسبتاً محدود	۳/ خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	۳/ خودداری از سر خوردن
۴/ کاملاً سالم	۴/ خشک	۴/ راه رفتن بدون کمک	۴/ کاملاً متحرک	۴/ تغذیه کامل	
۹ < ریسک خیلی بالا		۱۰-۱۲ ریسک بالا		۱۳-۱۴ ریسک متوسط	
				۱۵-۱۸ ریسک پایین	
				۱۹ > کنترل معمول	

در نمرات ۱۲ و یا کمتر، برای بیمار از دستبند زرد استفاده کرده و بایستی ارزیابی را در هر شیفت انجام داد.

**اقدامات مراقبتی و پیشگیری**

۱. **ارزیابی پوست** - در تمامی بیماران در بدو ورود به بخش انجام گرفته و در بیماران بستری با نمره برادن ۱۲ و یا کمتر هر شیفت انجام می شود. (ارزیابی کامل پوست پشت بیمار و نواحی زیر تجهیزات و وسایل متصل به بیمار)
۲. **تغییر پوزیشن** - در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، و همچنین تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی ویا غیرقابل حرکت انجام می شود. در پوزیشنهای لترال بهتر است از بالشهای کوچک مابین نواحی استخوانی استفاده نمود. ( در تمامی موارد ، تغییر پوزیشن هر دو ساعت بوده اما در کودکان و نوزادان در بخشهای ویژه هر ۴ ساعت انجام می گیرد .



۳. **برطرف کردن فشار** - علاوه از تغییر پوزیشن می توان با اتخاذ روش هایی فشار را از مناطق تحت فشار برطرف نمود. در بیماران درازکش به مدت طولانی بهترین کار برای برطرف کردن فشار از ناحیه پاشنه پا قرار دادن بالش در زیر ساق پا می باشد. استفاده از بالش یا دستکش پر از آب در زیر پاشنه پا و همچنین استفاده از حلقه یا دونات در پشت بیمار مطلقاً ممنوع می باشد.
۴. **ماساژ پشت** - در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی ویا غیرقابل حرکت و نیز بیماران چاق یا با ادم ژنرالیزه ویا کاشکتیک انجام می شود. ( ۳/۱ - ماساژ آرام و نرم پوست صرفاً جهت گرم کردن پوست، بدون اعمال فشار بر بافتهای زیرین . ۳/۲ - بر روی نواحی استخوانی ماساژ داده نمی شود . ۳/۳ - در پوست های خشک با روغن زیتون خالص و در پوست های چرب یا پودر تالک، به شکلی که دست ماساژ دهنده صرفاً آغشته به روغن زیتون یا پودر باشد ماساژ داده می شود )
۵. **کنترل ملحفه و البسه** - در تمامی بیماران بخصوص در بیماران با ریسک متوسط وبالا و خیلی بالا، تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی ویا غیرقابل حرکت و نیز بیماران چاق یا با ادم ژنرالیزه و یا کاشکتیک انجام می شود. ملحفه ها و البسه خیس بلافاصله باید تعویض شود. وجود چین و چروک در ملحفه یا لباسهای بیمار می تواند عامل فشار بوده و بایستی اصلاح گردد.
۶. **حمام** - در تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی ویا غیرقابل حرکت، حمام در تخت بطور مرتب داده می شود. بیماران با ریسک بالا و بالاتر در صورت امکان با کمک به حمام برده شده، ودر صورت عدم امکان حمام در تخت داده می شود. ( حمام با آب ولرم و شامپوهای ملایم)
۷. **تشک مواج** - استفاده از تشک مواج مناسب برای بیماران بستری با ریسک بالا و خیلی بالا ضرورت دارد.
۸. **اقدامات مراقبتی و پیشگیری** - در صورت وجود زخم فشاری درجه یک ، باید از اسپری ها یا پمادهای محافظ (Barrier) و یا پانسمانهای پوششی همچون هیدروکلونید استفاده نمود.در نواحی تحت فشار و استخوانی میتوان از فوم نیز استفاده کرد.

**توجه:** در صورت مشاهده و تعیین هر نوع زخم ، بعد از یادداشت کردن نوع و موقعیت آن بر اساس تصاویر زیر، گروه درمانگر بیمارستان خود را از وجود زخم مطلع نمایید.

