



آموزش الزامات ایمنی بیمار

گرد آورنده :

طلعت غلامین

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار



تعریف ایمنی بیمار

* کاهش آسیب تصادفی و ناخواسته از خدمات/ خطاهای پزشکی به بیماران
* فرآیندی که در طی آن سازمان ارائه خدماتش به بیمار را ایمن تر نموده و شامل ارزیابی، شناسایی و مدیریت، گزارش دهی، تجزیه و تحلیل احتمال خطرات و پتانسیل یادگیری از پیگیری خطرات بالقوه یا بالفعل یا بکار بستن راهکارهایی به منظور کاهش احتمال وقوع مجدد وقایع ناخواسته و خطاها و خطرات می باشد.





۹ راه حل ایمنی بیمار

- ۱- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
- ۲- شناسایی صحیح هویت بیمار
- ۳- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۴- توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه
- ۵- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
- ۶- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۷- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۸- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۹- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات





۹ راه حل ایمنی بیمار

گام اول) شناسایی صحیح بیمار

کلیه بیماران بستری دارای دستبند شناسایی باشند.

دستبند شناسایی بیمار در واحد پذیرش بعد از تایید صحت مندرجات توسط بیمار/والدین به دست بیمار الصاق می گردد.

مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد (روز-ماه-سال) بر روی دستبند شناسایی قید شده است.

در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ضروری است نام پدر نیز قید گردد. در بیماران مجهول الهویه و اختلالات روانی، شماره پرونده، نام بخش و نام بیمارستان نیز قید می گردد.

پرستار به بیمار و خانواده وی حتما اهمیت نحوه استفاده از دستبند را آموزش می دهد.

هیچگاه از شماره تخت یا شماره اتاق به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.





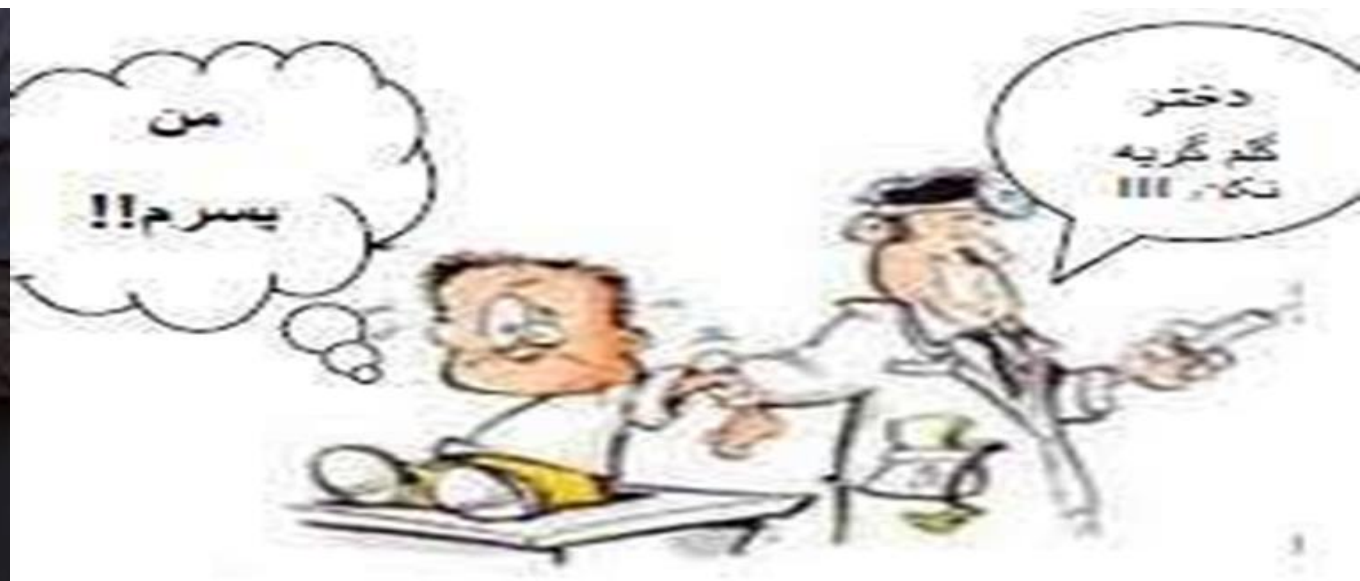
۹ راه حل ایمنی بیمار

شناسایی فعال بیمار

از بیماران بخواهید نام و نام خانوادگی تاریخ تولد یا سن و در صورت ضرورت نام پدر خود را بیان کنند.

پاسخ بیمار را با مشخصات روی دستبند مطابقت دهید.

اگر بیمار کودک یا معلول ذهنی یا قادر به تکلم نمی باشد یا هوشیار نیست مشخصات بیمار از والدین یا بستگان درجه یک پرسیده شود.



۹ راه حل ایمنی بیمار

کدهای بیماران پرخطر (زرد رنگ) بروی دستبند شناسایی:

مستعد زخم بستر کد ۱

مستعد سقوط کد ۲

مستعد ترومبوآمبولی کد ۳

مستعد خودکشی کد ۴

سوء تغذیه کد ۵

مستعد تشنج کد ۶

بیمار با مصرف بیش از ۴ دارو (پلی فارمسی) کد ۷

برچسب قرمز بیماران دارای آلرژی دارویی





۹ راه حل ایمنی بیمار

شناسایی صحیح بیمار در اتاق عمل

قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ضروریست یکی از اعضا تیم جراحی از بیمار درخواست نماید که از نام و نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی از خطاهای قابل پیشگیری در اتاق عمل جلوگیری شود و به درستی اطلاعات کسب شده را در اختیار سایر کارکنان و تیم جراحی قرار دهد.

در اتاق عمل و قبل از شروع عمل در صورتی که بیمار هوشیار است از بیمار درخواست نمایید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل و نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده را به زبان آورد.

جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خوداظهاری او تطبیق دهید.





۹ راه حل ایمنی بیمار

گام دوم

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطاهای دارویی
جدا سازی داروهای شبیه به هم (از نظر شکل و ظاهر) در باکس های جداگانه
کنترل برچسب زرد روی داروهای مشابه و برچسب روی داروهای با هشدار بالا
آگاهی از بازنگری های دوره ای و لیست به روز شده داروهای با اشکال مشابه

7RiGHT رعایت استاندارد دارودهی با اصول

زمان دارو دادن حتما بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار دهید.
قبل از دادن دارو یکبار دیگر نام بیمار را کنترل نمایید.
زمان آماده کردن داروها به دوز داروها، شکل و تاریخ انقضا توجه شود.



7 RIGHTS & 8 RIGHTS رعایت استاندارد دارودهی





۹ راه حل ایمنی بیمار

دو پیام مهم ایمنی دارویی:

داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شود.
هیچگاه دارویی که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست به بیمار ندهید.



داروهای با هشدار بالا

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپر سالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول



داروهای با هشدار بالا

تمام داروهای با هشدار بالا موجود در انبار دارویی باید برچسب گذاری شده و سپس توزیع شوند.

داروهای هشدار بالا مانند **ضد انعقاد، نarkوتیک ها، اویپوئیدها، انسولین و آرامبخش ها** عوارض این داروها که ممکن است اثرات جبران ناپذیری را ایجاد کنند مانند **کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، برادیکاردی**

داروهای با هشدار بالا که اسامی یا اشکال مشابه دارند در بخش ها در **باکس قرمز** گذاشته شود و با **فونت ۴۸ اسم دارو به زبان فارسی** روی آن نصب شود. داروهای هشدار بالا فقط با دستور پزشک باشد.

روی سرنگ پمپ و میکروست جهت تزریق داروهای هشدار بالا **برچسب قرمز حاوی نام دارو با فونت مناسب** نصب گردد.



فهرست ۱۲ گانه داروهای با هشدار بالا

داروهای مخدر حتما در باکس قفل دار نگهداری شود.

نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص و دستیار ارشد انجام شود.

از حروف بزرگ جهت نوشتن نام داروهای مخدر در پرونده استفاده شود.

وجود دفتر مخدر در بخش جهت ثبت تعداد و دوز مصرفی

چک مستقل دو گانه دارو توسط دو پرستار

دارودهی 7Right رعایت اصول

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپر سالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول



۹ راه حل ایمنی بیمار

گام سوم (ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار)
زمانی که مسئولیت مراقبت بیمار از یک مراقبت دهنده به فرد دیگری منتقل شود اصطلاح به کار می رود.
بصورت چهره به چهره و بر بالین بیمار انجام HAND OFF می شود.

از دو روش ارتباطی (پرونده / کاردکس و شفاهی) برای استفاده می شود. HAND OFF
برای گزارش دهی استفاده می شود. SBAR از تکنیک ارتباطی موارد مورد ابهام حتما تکرار می شود.
گزارش شیفت کاری در پرونده بیمار ثبت می شود.
بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول، کلیه مسئولیت های مراقبت از بیمار به عهده فرد تحویل گیرنده می باشد.





۹ راه حل ایمنی بیمار sbar تکنیک

SITUATION

تشریح وضعیت فعلی بیمار در ۵ تا ۱۰ ثانیه

BACKGROUND

بیان سوابق مرتبط و بیماری زمینه ای بیمار به اختصار

ASSESSMENT

ارزیابی وضعیت جاری بیمار - تشخیص ها و میزان وخامت

RECOMMENDATION

پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدام بعدی





۹ راه حل ایمنی بیمار

DOUBLE CHECK

نحوه چک کردن دارو توسط دو پرستار به صورت مستقل انجام می شود.

نحوه چک کردن خون توسط دو پرستار بطور چک مستقل همزمان انجام می شود.

تایید هویت بیمار با پرونده، دستور تزریق خون، تایید هویت بیمار با مشخصات روی کیسه خون، تاریخ انقضاء کیسه خون و مخدوش نبودن برچسب، وضعیت ظاهری کیسه خون در زمان تزریق خون پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق خون بطور دائم بر بالین بیمار حضور دارد.

در ۱۵ دقیقه اول از طریق ارزیابی و مراجعه و ارزیابی مکرر بر بالین بیمار حضور پیدا می کند.

در صورت واکنش بیمار به خون: ۱. قطع فرآیند تزریق خون به بیمار ۲. اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون



۹ راه حل ایمنی بیمار

گام چهارم: انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار

نام پدر بیمار

نام پروسیجر

علت انجام پروسیجر

محل انجام پروسیجر

نشانه گذاری محل انجام پروسیجر تهاجمی توسط پزشک

انجام دهنده یا دستیاران همان رشته تخصصی





شناسایی صحیح بیمار

قبل از ورود به اتاق انجام پروسیجر

نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد - محل انجام پروسیجر

لحظه قبل از انجام پروسیجر

پرونده بیمار - عکس های رادیولوژی - آزمایشات تطابق با مشخصات بیمار

قبل از انجام پروسیجر کارکنان با یک زمان درنگ باید موارد زیر را چک کنند:

۱. اطمینان از حضور بیمار صحیح ۲. اطمینان از نشانه گذاری صحیح ۳. اطمینان از انجام پروسیجر

صحیح ۴. اطمینان از دسترس بودن ایمپلنت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز



۹ راه حل ایمنی بیمار

گام پنجم: کنترل غلظت محلول های الکترولیت

خطرات جدی تری را به دلیل **عوارض KCI** از بین داروهای تزریقی الکترولیت های تغلیظ شده **برگشت ناپذیر** دربردارد.

داروهای پرخطر الکترولیت های تغلیظ شده دور از دسترس و در کمد جداگانه نگهداری می شود.
دوز دقیق دارو و مدت زمان انفوزیون در برگه دستورات پزشک ثبت می شود.

اجرا می شود به این معنی که double check در مواقع تجویز الکترولیت های غلیظ سیستم پرستار دیگری هم بر کنترل دستور پزشک در پرونده بیمار، نحوه آماده سازی و تزریق دارو نظارت می نماید (هر پرستار به طور جداگانه کنترل می نماید)

قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.

علائم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.



۹ راه حل ایمنی بیمار

گام ششم: اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

تلفیق دارویی فرایندی به منظور بهبود ایمنی دارویی بیمار در زنجیره درمان (انتقال بیمار از منزل به بیمارستان، انتقال بین بخشی، ارجاع و ترخیص)

یک لیست از کلیه داروهای مصرفی بیمار در منزل به عنوان منبع جهت تجویز داروها در زمان پذیرش بیمار تهیه می شود.

لیست دارویی بیمار با داروهای تجویز شده تطبیق داده می شود.

اشتباهات میزان مصرف دارو و مداخله گرها در روند عملکرد دارو

انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس یا شیت بیماران با دقت و صحت انجام می پذیرد.

در زمان ترخیص لیست دارویی بیماران به روز بوده و شامل همه داروهایی است که بیمار با خود در حین ترخیص به همراه دارد. از قبیل داروهای جدید و داروهای مصرفی قبلی



۹ راه حل ایمنی بیمار

گام هفتم: اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و hand off در طی
صحت عملکرد کنترل می شود.

پرستار در صورت مشاهده هر گونه اختلال در عملکرد اتصالات
به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در آنها در
صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع
پزشک معالج می رساند.

سوندها و کاتترهای خطر ساز و مواردی که اتصال صحیح
صورت نمی گیرد شناسایی و گزارش می شوند.
به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات توضیح
داده می شود.





۹ راه حل ایمنی بیمار

گام هشتم: استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
هدف جلوگیری از صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی، صدمات ناشی از فرورفتن
سرسوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی
عدم استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف برای بیماران جهت کنترل و پیشگیری از عفونت
های بیمارستانی در راستای ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان





۹ راه حل ایمنی بیمار

گام نهم: بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبتهای سلامتی

۵ موقعیت بهداشت دست

- ۱- قبل از تماس با بیمار
- ۲- قبل از اقدامات درمانی تمیز و استریل
- ۳- بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن
- ۴- بعد از تماس با بیمار
- ۵- بعد از تماس با فضای مجاور بیمار



آموزش، آموزش، آموزش..... به بیمار

آموزش های بدو ورود

- پرستار مسئول بیمار ضمن معرفی خود و پزشک معالج، دستیاران مربوطه، باید قوانین کلی بخش را به بیمار توضیح بدهد.
- (نحوه تهیه لباس، ساعت ویزیت پزشکان، مقررات مربوط به ساعات ملاقات، ممنوعیت استعمال دخانیات...و درخواست از بیمار برای اطلاع دادن به پرستار در صورت بروز هرگونه مشکل)
- به بیمار گفته شود که در صورت نفهمیدن دستورات پزشک مجدد از وی سوال کند

آموزش های بدو ورود

- در بدو ورود ضوابط قانونی موجود در بیمارستان به روشنی به بیمار تفهیم می شود تا نسبت به رد یا قبول آن تصمیم بگیرد
- اطلاع رسانی به بیماران در مورد یک سری خدمات غیر درمانی (نشان دادن محل پله اضطراری- دستشویی- زنگ اخبار - نحوه استفاده از اهرم های تخت ، نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش، همچنین ارائه یک نسخه از پمفلت های مناسب موجود در بخش،توجیه هزینه های درمان و بیمه، اطلاع رسانی در مورد منشور حقوق بیمار و خانواده)



آموزش حین بستری با بررسی سطح یادگیری بیمار:
روش های پیشگیری از سقوط
روش های پیشگیری از کرونا
آموزش خروج از تخت برای اولین بار و نظارت مستقیم پرستار
روش های پیشگیری از ترومبوآمبولی
توضیح به بیمار قبل از انجام هر گونه پروسیجر
سایر آموزش های لازم با توجه به ماهیت بیماری





آموزش زمان ترخیص:

آموزش حین ترخیص

- آموزش به بیماران در مورد جزئیات مراقبت از خود پس از ترخیص و اطمینان از اینکه بیمار موضوعات مطرح شده را کاملاً درک نموده است
- اطمینان یافتن از اینکه بیمار توصیه های دارویی پس از ترخیص را کاملاً متوجه شده است
- اطلاع رسانی کلامی و نوشتاری جهت مراجعات بعدی در صورت لزوم
- چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس در صورت لزوم
- دادن آدرس منابع یا آدرس مراکز و سایت های آموزشی به بیماران در هنگام ترخیص



ترخیص ایمن به روش SMART

ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی بیمار و Smart
ترخیص ایمن بیمار می باشد.

**Signs & medication & appointment &
results & talk with me**



مهار شیمیایی

هدف: برقراری ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب به اتصالات بیمار توسط پرستار بررسی و علت بی قراری او مشخص شود. انجام مهار شیمیایی فقط با دستور پزشک انجام می شود.

حریم خصوصی بیمار مهیا می گردد.

نرده کنار تخت بیمار بالا برده شود.

شرایط بیمار و علائم حیاتی بیمار قبل از مهار شیمیایی بررسی و ثبت می شود. در صورت نیاز بیمار مانیتورینگ می شود.

ارزیابی پاسخ به درمان، علائم حیاتی، چک شرایط بالینی بیمار بطور مستمر، حین و بعد از مهار شیمیایی پاسخ بیمار به درمان باید در گزارش پرستاری قید شود.

بعد از نوشتن درخواست مهار شیمیایی توسط پزشک معالج داروها طبق دستورالعمل دارودهی توسط پرستار آماده می شود.

اگر نیاز هست برای بیمار به مدت طولانی از مهار شیمیایی استفاده شود حتما بیمار از نظر زخم بستر و تغییر پوزیشن و زخم های فشاری ناشی از اتصالات بررسی گردد.



مهار فیزیکی

هدف: برقراری ایمنی بیمار و جلوگیری از خارج کردن کاتترهای تهاجمی می باشد.
مهار فیزیکی فقط با درخواست پزشک و ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت زمان آن قابل اجرا می باشد

کنترل سیستم عصبی و عروقی عضو مهار شده قبل از آن و بطور مستمر باید ارزیابی و ثبت گردد.
نوارها را به خود تخت ببندید نه نرده ها

شانه ها در وضعیت مناسب باشند و راستای طبیعی بدن در طول مهار حفظ شود.
پس از بسته شدن عضو نبض انتهایی و پرشدگی مویرگی هر یک ساعت توسط پرستار بررسی شود.
نرده های کنار تخت بیمار جهت جلوگیری از سقوط حتما بالا باشد.

حریم خصوصی بیمار حتما رعایت شود.
مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن باید قطع شود. در صورت نیاز به تکرار مهار فیزیکی حتما دستور کتبی توسط پزشک در پرونده قید گردد.

در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین مهار فیزیکی در وضعیت خوابیده به پشت ممنوع است.

در بیمارانی که اعضا آنها اختلال حرکتی دارد مهار عضو مبتلا ممنوع است.
از دهیدره شدن بیمار جلوگیری گردد.



بازدیدهای مدیریتی ایمنی

تیم بازدید مدیریتی ایمنی بیمار طبق برنامه زمان بندی شده از واحدها بازدید به عمل می آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش دهی بدون ترس از تنبیه و سرزنش کوشا می باشند.

هدف تیم ایمنی ترویج گزارشدهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از تنبیه و سرزنش می باشد و هدف اصلی درس گرفتن از خطاها و جلوگیری از تکرار مجدد آنها می باشد.

تیم بهبود کیفیت خطاهای گزارش شده را در کمیته ایمنی بیمار مطرح و اقدام اصلاحی برای پیشگیری از تکرار آن در نظر گرفته می شود.

نتیجه اقدامات اصلاحی به بخش ها جهت اجرایی شدن گزارش می شود.



مشاوره ها و ویزیت روزانه

مشاوره اورژانسی باید بر بالین بیمار انجام شود اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ بر بالین بیمار قابل اجراست. تمام دستورات تلفنی باید توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. ساعت دستور مشاوره اورژانسی و زمان حضور پزشک باید ثبت گردد. مدت زمان مورد نظر ۳۰ دقیقه

مشاوره غیر اورژانسی حتما باید بر بالین بیمار انجام شود و دستور تلفنی به هیچ عنوان قابل اجرا نمی باشد ساعت دستور مشاوره غیر اورژانسی و زمان حضور پزشک باید در بخش ثبت شود. مدت زمان مورد نظر ۴ ساعت

بیماران آسیب پذیر

افرادی هستند که به دلیل شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی و اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

سالمندان: مشکلات ذهنی و تکلم مثل آلزایمر و دمانس، اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی و ... سقوط به دلیل مسایل حرکتی و ذهنی، عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل فوق

افراد مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان: از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از ترخیص و عدم تمکن مالی در تامین هزینه های مراقبت و درمان آسیب پذیرند.

کودکان و نوزادان: عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی و نیز سقوط تاثیر دارند.

مادران باردار: با توجه به اهمیت سلامت مادر و جنین از نظر روش های درمانی، داروهای و مراقبت، ملاحظات خاص خود را دارد.

بیماران با اختلالات ذهنی و روانپزشکی: اختلال در برقراری ارتباط مانند آلزایمر، دمانس، اسکیزوفرن، عقب ماندگی ذهنی
معلولیت جسمی: اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی و تکلم به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی در معرض خطر می باشد.

مجهول الهویه: اشکال در برقراری ارتباط و نحوه شناسایی بیمار

بیماران با اختلالات هوشیاری: اشکال در برقراری ارتباط و نحوه شناسایی فعال بیمار



ملاحظات در نظر گرفته شده جهت بیماران آسیب پذیر

- * پذیرش بیماران در بخش با توجه به کد مخصوص پرخطر بودن آن انجام میشود.
- * جهت کاهش استرس و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده و حفظ حریم خصوصی این دسته از بیماران شرایط ایزولاسیون فراهم میشود.
- * با توجه به مورد بیمار از مددکار جهت کمک به این بیمار استفاده میشود.
- * جهت ارائه مراقبت از این دسته از بیماران تجهیزات و تمهیدات برای پرستار فراهم میشود.
- * خدمات به این دسته از بیماران بدون تبعیض فراهم میشود.
- * از پرسنل همگن جهت مراقبت از بیماران استفاده میشود.
- * عدم استفاده از هر گونه شاخص / برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران / مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی توسط پرسنل



بیماران پرخطر

جهت ارائه خدمات ایمن به همه ی بیماران در این مرکز لیست بیماران پرخطر و معیار هاجت ارزیابی این بیماران مشخص و ملاحظات در نظر گرفته شده طبق مصوب کمیته اجرایی به شرح ذیل میباشد:

***بیماران در معرض سقوط محاسبه براساس معیار موریس**

با امتیاز ۵۰-۲۵ متوسط — ۵۱ و بیشتر پرخطر

***زخم فشاری محاسبه براساس معیار برادن**

۱۴-۱۳ متوسط

۱۲-۱۰ خطر بالا

۹-۶ خطر بسیار بالا

SAD*خودکشی محاسبه براساس معیار

بستری و تحت نظر ویژه ۵-۶

۱۰-۷ بستری اجباری با پیش بینی تمهیدات ویژه

***سو تغذیه**

در بیماران بالای ۱۹ سال با نمایه توده بدنی زیر ۱۸/۵ و کاهش آلبومین خون -بیماران تصادفی با اشکال در تغذیه با آلبومین خون پایین حتی با وجود نمایه توده بدنی نرمال

در کودکان براساس نمودار زد اسکور زیر ۲

***پلی فارمسی**

مصرف بیشتر از ۴ داروی خوراکی

***ترومبوز وریدهای عمقی محاسبه براساس معیار ولز**

۳-۸ خطر بالا



ملاحظات مربوط به بیماران در معرض سقوط

- *مشخص نمودن بیماران در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول
- *تعیین کد اختصاصی مصوب جهت سقوط و نوشتن بروی دستبند شناسایی، کاردکس و تحویل براساس کد عددی مصوب
- *نصب برچسب زرد بروی دستبند بیمار توسط پرستار مسئول
- *حفظ حریم خصوصی بیمار
- *آموزش پیشگیری از سقوط به بیمار و همراه در بدو ورود، حین بستری به توسط پرستار مسئول در هر شیفت
- *نصب بروشور های آموزشی پیشگیری از سقوط بر بالین بیمار



ملاحظات مربوطه به بیماران در معرض خطر زخم فشاری

- * مشخص نمودن نوع خطر موجود بیمار در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول
- * تعیین کد اختصاصی مصوب جهت زخم فشاری و نوشتن بروی دستبند شناسایی، کاردکس و تحویل داخل بخش و بین بخشی براساس کد عددی مصوب
- * نصب برچسب زرد بروی دستبند بیمار توسط پرستار مسئول
- * حفظ حریم خصوصی بیمار
- * تهیه تشک مواج جهت بیماران در معرض خطر
- * نصب پوستر تغییر پوزیشن بیمار بالای سر بیمار و اقدام براساس آن
- * آموزش همراهان در مورد تغییر پوزیشن منظم و درست
- * اطلاع به درمانگران زخم طبق برنامه مصوب داخل مرکز جهت مدیریت زخم با هماهنگی پزشک بیمار



ملاحظات مربوط به بیماران با خطر خودکشی

- * مشخص نمودن نوع خطر موجود بیمار در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول
- * تعیین کد اختصاصی مصوب جهت خودکشی و نوشتن بروی دستبند شناسایی، کاردکس و تحویل داخل بخش و بین بخشی براساس کد عددی مصوب
- * نصب برچسب زرد بروی دستبند بیمار توسط پرستار مسئول
- * حفظ حریم خصوصی بیمار
- * ایمن نمودن محیط بستری بیمار با دور نمودن اجسام تیز و برنده
- * فراهم آوردن محیط بدون محرک جهت بیمار
- * تاکید و الزام جهت وجود یک همراه جهت بیمار
- * حفظ تمهیدات ایمنی بیمار (بالا بودن نرده تخت،.....)
- * ثبت تمامی اقدامات پرستار در گزارش پرستاری



ملاحظات بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی

- * مشخص نمودن نوع خطر موجود بیمار در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول
- * تعیین کد اختصاصی مصوب جهت ترومبوآمبولی و نوشتن بروی دستبند شناسایی، کاردکس و تحویل داخل بخش و بین بخشی براساس کد عددی مصوب
- * نصب برچسب زرد بروی دستبند بیمار توسط پرستار مسئول
- * آموزش به بیمار مبنی بر رعایت دقیق محدوده حرکتی بیمار بر اساس تجویز پزشک
- * آموزش نحوه الویت صحیح اندام در گیر طبق نظر پزشک
- * اندازه گیری دور ساق و ران پا طبق دستور پزشک
- * کنترل علائم هشدار بیماری (تنگی نفس، تغییر ریتم قلب، درد قفسه سینه و...) توسط پرستار مسئول بیمار
- ثبت تمامی اقدامات پرستار در گزارش پرستاری



ملاحظات بیماران پلی فارمسی و سوء تغذیه

**** مشخص نمودن نوع خطر موجود بیمار در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول**
*** تعیین کد اختصاصی مصوب جهت سوء تغذیه و نوشتن داخل کاردکس و تحویل داخل بخشی و بین بخشی براساس کد عددی مصوب**

*** تهیه لیست دقیق داروهای مصرفی منزل بیمار در فرم ارزیابی اولیه**
*** رویت لیست داروهای منزل توسط پزشک مربوطه**
*** تعیین تکلیف داروها مبنی بر استفاده یا قطع آن در صورت لزوم مشاوره با متخصص مربوطه**
*** آموزش به بیمار و همراه در مورد نحوه مصرف داروهایی که دوز و زمان مصرف آنها تغییر کرده توسط پرستار مسئول**

بیمار در معرض سوء تغذیه

*** مشخص نمودن نوع خطر موجود بیمار در ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول**
*** تعیین کد اختصاصی مصوب جهت سوء تغذیه و نوشتن داخل کاردکس و تحویل داخل بخش و بین بخشی براساس کد عددی مصوب**

*** پیگیری انجام مشاوره متخصص تغذیه براساس دستور پزشک**
*** آموزش و تاکید به بیمار و همراه بر رعایت دستورات متخصص تغذیه**
*** ثبت تمامی اقدامات پرستار در گزارش پرستاری**



اهمیت پیشگیری از زخم بستر و سقوط

زخم بستر: شناسایی و تشخیص دقیق زخم بستر درجه یک و جلوگیری از گزارش قرمزی پوست تحت عنوان زخم بستر درجه یک

اهمیت کاهش فشار بر پوست جهت برقراری گردش خون و پیشگیری از زخم بستر فراتر از تشک مواج است.

سقوط: همراه هیچ گونه مسئولیتی در قبال سقوط از تخت بیمار ندارد.



معیار برادران

زخم فشاری موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خرد کننده میباشد به عبارت دیگر مهمترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح میگردد. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد میشود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در ممدجویان از نیم الی دو ساعت متغیر است زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده با دودسته تقسیم میشوند: عمقی و سطحی.

زخم فشاری عمقی: از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سایر به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند (توده سخت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت منقرض رنگ) **زخم فشاری سطحی:** از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش میابند. به ۴ درجه تقسیم میشوند. **مقیاس برادران:** بهترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی میکند. **ویاید:** در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان **ابخش بستری** و **قضاوت بالینی** پزشک معالج انجام شود. این ابزار (مقیاس) دارای شش معیار ارزیابی سیستماتیک است: (هر حیطه از نمره یک (خیلی بد) تا چهار (خوب) نمره گذاری میشود و نمرات پائین نشانگر بالاترین شرایط خطر است. این ابزار در راستای خط سشی ارتقاء ایمنی بیمارانی و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیمارانی میباشد.

حیطه ابزار برادران	معیار های ارزیابی برادران	امتیاز
A ارزیابی سطح هوشیاری Sensory Perception	کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (به دلیل کاهش هوشیاری - دریافت سداتیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)	۱
	خیلی محدود: پاسخ به تحریکات دردناک (عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)	۲
	کمی محدود: گاهی به دستورات کلامی پاسخ میدهد.	۳
	بدون محدودیت: به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان میکند.	۴
B ارزیابی رطوبت پوست Moisture	رطوبت مداوم: ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب میباشد.	۱
	خیلی مرطوب: ملحفه یا در هر شیفت به دلیل خیس بودن تعویض میشود.	۲
	گاهی مرطوب: ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن تعویض میشود.	۳
	بندرت مرطوب: پوست معمولاً خشک است. ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن تعویض میشود.	۴
C ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی Activity	محدود به تخت: استراحت مطلق (CBR) - بدون تحرک	۱
	محدود به صندلی: باید با کمک صندلی چرخدار حرکت کند.	۲
	گاهی راه می رود: گاهی در طول روز با کمک راه می رود (اکثر ساعات را در تخت می گذراند).	۳
	مکرراً راه می رود: مرتباً به طور مستقل راه میرود.	۴
D ارزیابی توانایی در تعویض مکان Mobility	کاملاً بی حرکت: بدون کمک حتی قادر به تغییرات کمک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.	۱
	حرکت بسیار محدود: گاهی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا با کمک می دهد.	۲
	اندکی محدود: بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند.	۳
	بدون محدودیت: بدون کمک مکرراً و مستقل یوزیشن خود را تغییر می دهد.	۴
	بسیار کم: تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد.	۱
E ارزیابی تغذیه Nutrition	ناکافی: تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT	۲
	کافی: تغذیه کافی به طوری که بیش از نصف غذایش را میخورد.	۳
	عالی: تغذیه کاملاً خوب، عمدتاً مایه غذایی را به طور کامل میخورد.	۴
	مشکل دار: همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده میشود.	۱
F ارزیابی اصطکاک و سایش پوست Shear & Friction	مشکل احتمالی: موقع جابجایی گاهی کمک میکنند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده میشود.	۲
	بدون مشکل: به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود میباشد و روی ملحفه سائیده نمیشود.	۳

نتایج ارزیابی بازار برادران	خطر بسیار بالا	۶-۹	(امتیاز در بیماران مختلف جهت تشخیص خطر ایجاد زخم فشاری)	امتیاز در بیماران عادی	کمتر یا مساوی ۱۶
	خطر بالا	۱۲-۱۰		امتیاز در بیماران بخشهای ویژه	کمتر یا مساوی ۱۵
	متوسط	۱۴-۱۳		امتیاز در بیماران عسر	کمتر یا مساوی ۱۸
	پیشگیرانه	۱۸-۱۵	توجه: نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستری در کاردکسی بیمار ثبت شود.		
	بدون خطر	۲۳-۱۹	ارزیابی ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد.		



معیار مورس برای سقوط بزرگسال

مقیاس مورس سیستم نمره گذاری است که خطر سقوط در بیمار را ارزیابی میکند. و باید در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری انجام شود. این ابزار (مقیاس) دارای شش معیار ارزیابی است (امتیاز هر حیطه کامل یا صفر نمره گذاری میشود. این ابزار در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران میباشد.

ارزیابی ریسک سقوط بیمار (مورس) Morse Fall Risk Assessment

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵ ۰	بله خیر	وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته)
۱۵ ۰	بله خیر	تشخیص ثانویه (داشتن بیش از یک بیماری)
۳۰ ۱۵ ۰	استفاده از پایه میل و صندلی (برای برخاستن و حرکت کردن) واکر، عصا، چوب زیر بغل کمک گرفتن از پرستار، صندلی چرخدار، استراحت مطلق، عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی	وسایل کمک حرکتی
۲۰ ۰	بله خیر	داشتن سرم یا هیپارین لاک
۱۵ ۰	(سنجیدن پاسخ بیمار: آیا به تنهایی میتواند به سرویس بهداشتی برود یا نیازه کمک دارد؟) محدودیت ها را فراموش می کند و با شرایطش همخوانی نداشت به توانایی های خود آگاهی دارد و با شرایطش همخوانی دارد	وضعیت ذهنی
۲۰ ۱۰ ۰	مختل: ((گام برداشتن ناهماهنگ، مشکل در بلند شدن از صندلی و تلاش برای بلند شدن با فشار دستها بر روی صندلی، سرپائین و نگاه به زمین، چنگ زدن به وسایل و عدم توانایی بدون کمک گرفتن از دیگران)) ضعف در حفظ تعادل: ((خمیدگی ولی توانایی در بلند کردن سر حین راه رفتن، گامهای کوتاه و ضعیف بدون از دست دادن تعادل حین راه رفتن میباشد)) طبیعی: ((بی حرکتی و استراحت در تخت، قدم برداشتن قاطعانه با سر راست و روبه جلو و بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد))	الگوی گام برداشتن و حرکت
توجه: نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت شود. ارزیابی این ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و با تغییر شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد.		نتایج ارزیابی ریسک سقوط بیمار
۵۱ و بیشتر		ریسک بالا و پر خطر
۲۵-۵۰		ریسک متوسط و خطر متوسط
۲۴-۰		ریسک پائین و کم خطر

معیار هامپی دامپی برای سقوط در اطفال

درجه بندی گلاسکوی کما برای شیرخواران و کودکان

پارامترها	کودک	شیرخوار	نمره
باز کردن چشم	خود بخودی	خود بخودی	۴
	با صحبت	با صحبت	۳
	با درد	با درد	۲
	بدون پاسخ	بدون پاسخ	۱
باز کردن پاسخ کلامی	هوشیار متناسب	صدای متناسب	۵
	گیجی و بهت	گریه های تحریک پذیر	۴
	کلمات نامتناسب	گریه با درد	۳
	صدای نامفهوم	نالاه با درد	۲
	بدون پاسخ	بدون پاسخ	۱
باز کردن پاسخ حرکتی	اطاعت دستور	حرکت خود بخودی و هدفمند	۶
	لوکالیزه کردن با تحریک دردناک	عقب کشیدن اندام در پاسخ به لمس	۵
	عقب کشیدن اندام در پاسخ به درد	عقب کشیدن اندام در پاسخ به درد	۴
	خم کردن اندام در پاسخ به درد	وضعیت خم کردن غیر طبیعی بدن در پاسخ به درد	۳
	باز کردن اندام در پاسخ به درد	وضعیت باز کردن غیر طبیعی در پاسخ به درد	۲
	بدون پاسخ	بدون پاسخ	۱



Alert	کودک هوشیار و بیدار و ارتباط با والدین برقرار می کند.
Responsive To Verbal Stimulus	زمانی که والدین و مراقبین با صدای بلند با او صحبت می کنند ارتباط برقرار می کند.
Responsive To Pain	کودک فقط به تحریک دردناک پاسخ می دهد .
Unresponsive	کودک به هیچ تحریکی پاسخ نمی دهد .

معیار گلاسکو و AVPU ویژه اطفال



پروتکل پیشگیری از خودکشی

بر اساس معیار ارزیابی خودکشی SAD PERSONS

اقدامات پرستاری در مواجهه با بیماران مستعد خودکشی

*ارزیابی وضعیت روحی روانی در فرم ارزیابی اولیه (سابق ی اقدام به خودکشی، سابقه ی آسیب به خود و دیگران، وضعیت رفتاری: آرام مضطرب، پرخاشگر، بی توجهی غیر عادی به سر و وضع خود...)

*قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیماراطمینان حاصل نمایید(حفظ حریم خصوصی)
*آگاهی از نشانه های خودکشی (منزوی و افسرده شدن، بروز تغییرات در رفتار، رنج بردن از یک تغییردر زندگی و..)

*شناسایی بیمار در معرض خطر خودکشی

*استفاده از کد بندی دستبند شناسایی کد ۴

*تحت نظر گرفتن بیمار و تلاش برای کاهش دستیابی به وسایل کشنده

*اطلاع به اورژانس اجتماعی درموارد پذیرش بیمار با تشخیص خودکشی

*اطلاع به پزشک و در صورت نیاز مشاوره روانپزشکی

*ثبت تمامی وقایع اتفاق افتاده در پرونده بیمار

اقدامات پیشگیری و درمانی در بیماران مستعد خودکشی

*ارزیابی و مصاحبه با بیمار و خانواده

*درخواست مشاوره روانپزشکی

*اطلاع بهمددکار و مداخلات روان درمانی (شناسایی علت زمینه ای ،تغییر و اصلاح رفتار، روان درمانی حمایتی و..)

*پیگیری جلسات روزانه رواندرمانی حین بستری و در صورت نیاز پس از ترخیص

PINK
www.pononik.com

