



وبینار رهیافت های نوین در مراقبت از
زخم فشاری

مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم فشاری

مرجان حاجتی

مدیر پرستاری مرکز آموزشی درمانی سوانح و سوختگی
ولایت رشت



تعریف زخم فشاری

- بیمارانی که به علت اختلال حسی- حرکتی یا عدم هوشیاری در بستر می باشند، در معرض آسیب پوست و بافت ها قرار دارند.
- آسیب پوست و بافت زیر پوستی به دلیل تحت فشار قرار گرفتن پوست بین یک استخوان (مثل استخوان لگن) و یک سطح خارجی (مثل بستر) برای مدت طولانی، را **زخم فشاری** می نامند.
- هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه ی حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت بدن) به مدت طولانی فشرده شود، **زخم فشاری** ایجاد می گردد.



■ زخم فشاری از یک قرمزی ساده شروع شده و تا زخم عمیقی که به استخوان می رسد به سرعت گسترش می یابد.

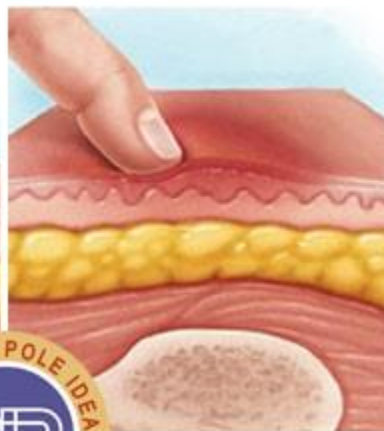
مرحله ۲

پوست سالم است
فقط کمی التهاب دارد



مرحله ۱

لایه رویی پوست
(اپیدرم)
از بین می رود



مرحله ۴

① زخم تا عضله و یا
استخوان عمیق می شود
② آسیب احتمالا به زیر
پوست سالم نیز سرایت
کرده است



مرحله ۳

زخم تا لایه ی چربی
زیر پوست عمیق
می شود



عوامل اتیولوژیک زخم‌های فشاری بر اساس ۲ مفهوم، دسته‌بندی می‌شوند:

- عوامل مرتبط با شدت و مدت فشار وارده بر پوست (نظیر میزان تحرک، فعالیت و درک حسی بیمار)
- علل تغییر تحمل بافتی نسبت به فشار (شامل عوامل داخلی و خارجی)



عوامل مرتبط با شدت و مدت فشار وارده بر پوست

❖ حمام نکردن بیمار

-وجودتکه های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

❖ جا به جا نکردن و ماساژ ندادن بیمار

❖ ملحفه خیس یا تاخورده یا چروک شده

-وضعیت نا مطلوب بیمار در بستر

-تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست

❖ پوشش پلاستیکی زیر بیمار

❖ بی اختیاری ادرار و مدفوع

❖ تشک نامناسب

❖ هر وسیله ای که زیر بیمار قرار گیرد و روی آن نقطه فشار آورد(سختی سطوح زیرین بیمار-ناهمواری سطوح زیرین بیمار)

❖-فشار

❖-نیروی ناشی از اصطکاک

❖ جابجایی و تغییر پوزیشن به روش غلط



عوامل داخلی:

- ❖ فاکتورهای عروقی، اختلاف قلبی عروقی، فشارخون پایین
- ❖ سوءتغذیه و شاخص های وضعیت تغذیه مثل آنمی ، میزان دریافت مواد غذایی ،وزن
- ❖ کاهش فشار خون شریانی
- ❖ سالمندی
- ❖ افزایش درجه حرارت بدن
- ❖ بی اختیاری ادرار و مدفوع
- ❖ کاهش مقاومت بدن به عفونت
- ❖ اختلالات رطوبتی پوست مثل پوست بسیار خشک و یا بسیار مرطوب
- ❖ بیماری های مزمن مثل دیابت، سرطان و آنمی
- ❖ محدودیت حرکتی مخصوصاً در بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار



عوامل خارجی:

- ❖ عدم رعایت بهداشت
- ❖ فشار
- ❖ نیروهای خردکننده
- ❖ نیروهای ناشی از اصطکاک
- ❖ سختی سطوح زیرین بیمار
- ❖ ناهموازی سطوح زیرین بیمار
- ❖ جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به غلط
- ❖ وضعیت نامطلوب بیمار در بستر
- ❖ تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست
- ❖ وجود تکه‌های ریز غذا و مواد زائد مختلف در تخت بیماران



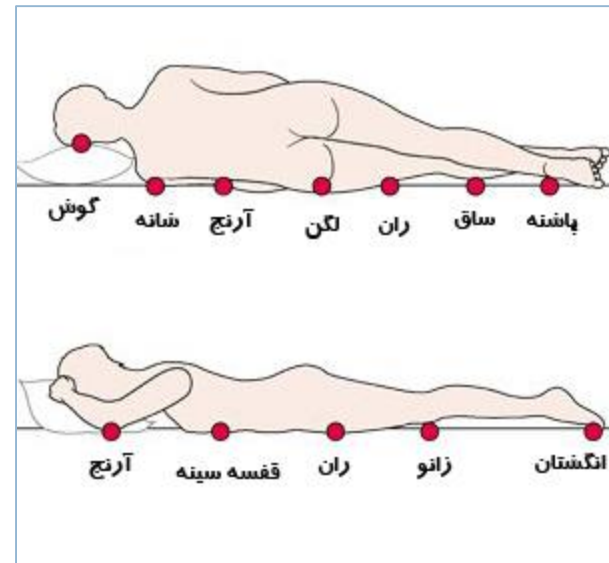
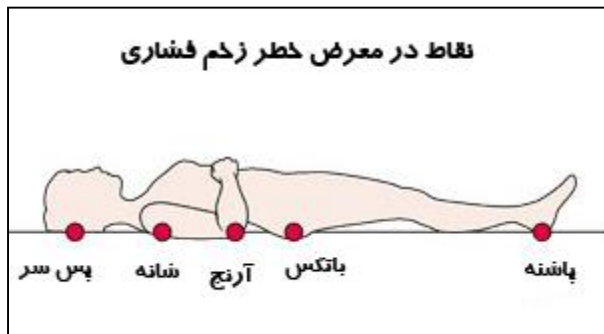
نواحی شایع ایجاد زخم فشاری در وضعیت های مختلف

در بیماران مستعد الزامی با رویکرد سیستمی اقدامات مراقبتی پیشگیرانه / درمانی برنامه ریزی و اجرا کنید و همچنین در طول درمان یا بستری، با تغییر شرایط بیمار را از لحاظ خطر ابتلاء ارزیابی مجدد نمایید.

قوزک پا، پاشنه پا، زیر باسن، بین دو باسن، مهره های کمر، مهره های گردن،
زیر آرنج و زیر کتف.

در وضعیت طرفی

وضعیت خوابیده به پشت



در وضعیت دمر



معیارهای پیشگویی کننده احتمال ایجاد زخم فشاری:

ارزیابی بیماران با استفاده از معیار پیشگویی کننده ابتلاء به زخم فشاری باید در بدو پذیرش بیمار انجام گردد. این ارزیابی باید توسط کادر پرستاری ذی صلاح و همچنین معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود. رایج ترین ابزارهای ارزیابی پیش بینی زخم بستر عبارتند از:

معیار نورتون

معیار بردن

معیار واترلو

(ابزار ارزیابی روند بهبود زخم) یا معیار Push



معیار نور تون

این معیار، یکی از معتبرترین معیارهای پیشگویی کننده احتمال ابتلا به زخم فشاری است و

شامل ۵ زیر معیار است (حداکثر نمره اکتسابی ۲۰ و حداقل ۵ می باشد)

۱. وضعیت جسمانی ۲. سطح هوشیاری

۳. بی اختیاری ۴. سطح فعالیت

۵. میزان تحرک

وضعیت جسمانی	وضعیت ذهنی	فعالیت	تحرک	بی اختیاری
۴ خوب	آگاه	متحرک	کامل	ندارد
۳ متوسط	بی تفاوت	قدم زدن با کمک	محدودیت جزئی	گهگاه
۲ ضعیف	مغشوش	محدود به صندلی	خیلی محدود	معمولا دارد
۱ خیلی بد	گیج کند ذهن	محدود به بستر	بی حرکت	مدفوع و ادرار



به هر یک از فاکتورهای فوق از ۱ (خیلی بد) تا ۴ (خوب) نمره داده می شود.
نمرات پایین نشانگر خطر بالا می باشد. (مجموع نمرات از ۵ الی ۲۰ متغیر است).
براساس مجموع نمرات بدست آمده، بیماران به گروه های زیر دسته بندی می
شوند:

۱۳-۱۴ (خطر متوسط)

بیشتر از ۱۴ (کم خطر)

کمتر از ۹ (خیلی پرخطر)

۱۰-۱۲ (پر خطر)



معیار برادن (Braden Scale)

این معیار، شامل ۶ زیر معیار است:

- ۱. رطوبت
- ۲. تغذیه
- ۳. درک حسی
- ۴. فعالیت
- ۵. تحرک
- ۶. کشش

کشش	تغذیه	تحرک	فعالیت	رطوبت	درک حسی	
	عالی	بدون محدودیت	اغلب راه میرود	به ندرت مرطوب	فاقد اختلال	۴
بدون مشکل واضح	کافی	محدودیت جزئی	گاهگاه راه میرود	گاهگاه مرطوب	محدودیت جزئی	۳
مشکل بالقوه	احتمالا ناکافی	خیلی محدود	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی مرطوب	خیلی محدود	۲
مشکل	خیلی ضعیف	کاملا بی حرکت	وابسته (محدود) به تخت	مداوم مرطوب	کاملا محدود	۱



به هر یک از فاکتورهای فوق از ۱ (خیلی بد) تا ۴ (خوب) نمره داده می شود.
نمرات پایین نشانگر خطر بالا می باشد. (مجموع نمرات از ۶ الی ۲۴ متغیر است).
براساس مجموع نمرات بدست آمده، بیماران به گروه های زیر دسته بندی می
شوند:

۱۳-۱۵ (خطر متوسط)

بیشتر از ۱۶ (کم خطر)

کمتر از ۹ (خیلی پرخطر)

۱۰-۱۲ (پر خطر)



معیار واترلو

این معیار، شامل ۶ زیر معیار است:

1. جنس
2. سن
3. وزن
4. اشتها
5. تحرک
6. بررسی بصری پوست

براساس مجموع نمرات بدست آمده، بیماران به گروه های زیر دسته بندی می شوند:

۱۰-۱۵ (خطر متوسط)

کمتر از ۱۰ (کم خطر)

بیشتر از ۲۰ (خیلی پرخطر)

۱۵-۲۰ (پر خطر)



بررسی بصری از مناطق در معرض خطر پوست	تحرک	
	۰	سالم
	۱	نازک و شکننده
	۱	خشک
	۱	ادماتوز
	۱	سرد و چسبناک
	۲	سابقه زخم یا اسکار
	۲	بی رنگ
	۳	از هم گسیخته
	۰	کامل
تحرک	۱	بیقرار
	۲	آرام و بی تفاوت
	۳	محدود
	۴	فاقد حرکت

نمره	عوامل	موارد ارزیابی
۱	مرد	جنس
۲	زن	
۱	۱۴-۴۹	
۲	۵۰-۶۴	
۲	۶۵-۷۴	
۴	۷۵-۸۰	سن
۵ ¹³	بالای ۸۰ سال	
۰	متوسط	
۱	بالای متوسط	
۲	چاق	
۳	پایین متوسط	جثه
۰	متوسط	
۱	ضعیف	
۲	لوله معده-فقط مایعات	
۳	بی اشتها-NPO	

2/7/2018



ارزیابی جامع و کامل پوست ، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری باشد.

- ❖ ارزیابی جامع پوست شامل تکنیک شناسایی پاسخ به تغییر رنگ به سفید شدن در قبال فشار انگشت در موضع ۲ گرما ، ادم و سفتی موضعی رابه متخصص آموزش دهید .
- ❖ با توجه به این که قرمزی موضع در بیماران رنگین پوست به خوبی قابل شناسایی نیست، در بیماران در معرض خطر ابتلا به ویژه در صورت وخامت شرایط
- کلی بیمار، به طور فعال در دوره های زمانی کوتاه نواحی مختلف پوست را به لحاظ قرمزی جستجو نمایید .
- ❖ به خاطر بسپارید که کشف به موقع علایم از پیشروی سریع زخم کمک می نماید.
- ❖ جستجوی پوست بیمار به لحاظ گرما، ادم و سفتی موضعی به ویژه در بیماران که داری پوستی تیره بوده به لحاظ کشف سریع علایم زخم فشاری درجه یک بسیار حائزه اهمیت است .
- ❖ از بیماران در خصوص وجود هر گونه درد یا ناراحتی که می توانید به شناسایی آسیب ناشی از زخم فشاری کمک نماید، پرسید.
- ❖ پوست بیمار را به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کاتترها ،لوله اکسیژن ،لوله ونتیلاتور و بريس گردنی سفت وغيره بررسی نمایید.
- ❖ یافته های ارزیابی جامع پوست را به دقت و به طور صحیح صبت کنید تا بتوان بر اساس آن ها میزان پیشرفت بیمار را ارزیابی نمود.



بررسی مکرر پوست و رعایت نکات زیر به پیشگیری از ایجاد شکنندگی پوست و زخم بستر کمک می کند.

- استحمام
- ملحفه بیمار
- ماساژ پشت
- تشک مواج
- تغییر وضعیت و جابجا کردن بیمار



استحمام

- سعی کنید بیمار را هر روز حمام کنید. اگر امکان این مسئله وجود ندارد، حداقل روزی یک بار تمام بدن را با آب گرم پاک کنید.
- برای حمام در بستر، باید هر قسمت از بدن به صورت جداگانه شسته و خشک شود مثلاً ابتدا دست ها، سپس پاها، شکم و بقیه اندام.
- با همکاری یک فرد دیگر یک لگن از پشت زیر گردن بیمار قرار دهید و سر و گردن و موهای بیمار را بشوید.
- نواحی که زیاد عرق می کند مثل کشاله ران، بین دو باسن و زیر بغل را به خوبی با آب و صابون بشوید.
- به محض اینکه بیمار مدفوع کرد، تعویض شود و ناحیه را با آب گرم و صابون بشوید و خشک کنید.



■ به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صرت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود، ماساژ ندهید

■ از ماساژ، برای پیشگیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید. مخصوصاً به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود، ماساژ ندهید.

■ مالش شدید پوست، می تواند سبب تخریب لایه های پوست و افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن و ضعیف گردد ماساژ استرترژی توصیه شده در پیشگیری از ابتلا به زخم فشاری نیست. اما به منظور بهبود جریان خون موضعی، می توانید بعد از تغییر وضعیت بیمار، پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید.

■ **هشدار:** از ماساژ نواحی قرمز پوست به شدت خودداری نمایید.



ماساژ استرتری توصیه شده در پیشگیری از ابتلا به زخم فشاری نیست

- - برای تمییز نمودن پوست از مواد تمییز کننده با خاصیت اسیدی ملایم استفاده نمایید پس آن را خشک نموده و با لوسیون، فشار ملایم دهید.
- جهت تمییز کردن پوست از آب داغ استفاده نکنید.
- از آن جا که رطوبت زیاد و تغییر دمای ناشی از آن سبب از رفتن عملکرد مکانیکی لایه های پوست می شود برای کاهش خطر ابتلاء به زخم فشاری از رطوبت بسیار زیاد پوست را محافظت کنید .



■ دست ها را بشویید.

■ بیمار را به پهلو یا شکم قرار دهید.

■ لوسیون را با کف دست های خود گرم کنید.

■ دست ها را کنار هم در قسمت پایین ستون مهره ها قرار دهید و به طرف بالا با حرکت ملایم و دورانی ماساژ دهید.

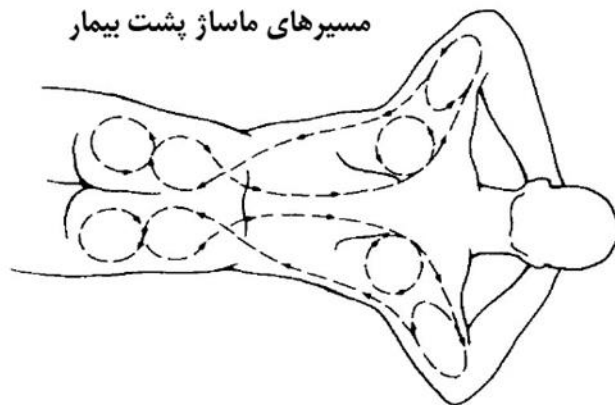
■ سپس با حرکت آرام به طرف باسن برگردید. ماساژ را ۳ دقیقه ادامه دهید.

■ تمام پشت، ناحیه دنبالچه، شانه ها، گردن و بازوها را با حرکات دورانی ماساژ دهید و چند دقیقه آن را ادامه دهید.

■ پوست مددجو را به آرامی و با حرکت ملایم چنگ بزنید.

■ سپس با حرکت ملایم ماساژ را کامل کنید.

■ لوسیون های اضافه را با حوله از روی پوست پاک کنید.



ملحفه

- ملحفه بیمار را روزانه عوض کنید.
- جنس ملحفه را از نخ یا پنبه انتخاب کنید.
- در صورتی که ملحفه بیمار خیس شد، بلافاصله آن را عوض کنید.
- از ملحفه مرطوب استفاده ننمایید.
- از تاخوردن و چروک شدن ملحفه زیر بیمار جلوگیری کنید.
- ملحفه ها را ضدعفونی کرده و حتماً در آفتاب یا با اتو خشک گردد.
- در صورتی که بیمار دارای بی اختیاری ادرار یا مدفوع می باشد می توانید از پوشش های پلاستیکی زیر بیمار استفاده نمایید، اما به شرطی که روی آن یک ملحفه نخی پهن شود.
- در صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون شسته و ملحفه های بیمار سریعاً "تعویض شود.
- درمورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یکبار سئول نمایید.



تشک مواج

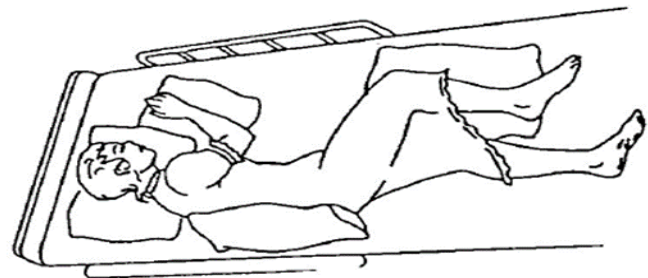
- تشک مواج در بیمارانی استفاده می شود که باید به مدت طولانی در بستر استراحت کنند.
- جنس تشک مواج باید نرم و انعطاف پذیری کافی داشته که خود محرک پوست بیمار نشود.
- قبل از خواباندن بیمار بر روی تشک مواج، تشک به موتور آن وصل شود و کاملاً باید باد شده باشد.
- چک کنید که تشک همیشه به برق وصل باشد.
- هرگز شیء تیزی در تشک فرو نکنید. در صورت سوراخ شدگی کارایی خود را از دست می دهد.
- تشک روکش ضد آب دارد. برای ضد عفونی کردن آن از آب و وایتکس استفاده نمایید.
- روکش پلاستیکی به طور مستقیم با بدن بیمار تماس نداشته باشد و روی آن را فقط یک لایه ملحفه نخی بکشید.
- پشت تشک وسیله ای است که موتور دستگاه است. از ضربه زدن و خیس کردن آن خودداری کنید.
- مواظب باشید سیم های رابط متصل به تشک پاره نشوند یا از دستگاه جدا نگردند.



تغییر وضعیت در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبتی پیشگیرانه باشد

حتی در صورتی که از تشک مواج استفاده می کنید باید هر ۲ ساعت یک بار بیمار را در تخت جا به جا کنید.

- به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار، بیمار را تغییر وضعیت دهید
- نوبت تغییر وضعیت فرد بستگی به تحمل بافتی، سطح فعالیت فرد، وضعیت عمومی و ارزیابی وضعیت پوست بیمار دارد.
- تغییر وضعیت باید با در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد انجام شود.
- تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی نسبت به تشک های مواج بایستی بیشتر باشد.
- بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع، یا برداشته شود و یا توزیع مجدد شود.
- در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت و بستری در تخت، از کشیدن وی روی تخت، اجتناب نمایید. ابتدا بیمار را کاملاً از سطح جدا کرده و سپس جابجا نمایید.



تکنیک‌های تغییر وضعیت بیمار (حالت خوابیده)

- برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت و وابسته به تخت، می‌توان از ملحفه استفاده نمود.
- هرگز بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی، نظیر لوله‌ها و کاتترها جابجا نکنید.
- بیمار را به صورت متناوب، در وضعیت دراز کشیده به پشت و دراز کشیده ۳۰ تمایل به سمت طرفی (چپ و راست) قرار دهید و یا در صورت تحمل بیمار، او را در وضعیت دمر قرار دهید.
- از وضعیت‌هایی که میزان فشار را در مواضع خاص افزایش می‌دهد به صورت دراز کشیده سمت طرفین ، نیمه نشسته در وضعیت ۹۰ درجه اجتناب کنید.



تکنیک‌های تغییر وضعیت بیمار (حالت خوابیده)

- در صورت امکان، از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از ۳۰ درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت، در بیماران بستری اجتناب نمایید.
- -در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً "بی حرکت بستری در تخت یا و البته به صندلی ، از کشیدن در تخت اجتناب نموده و کاملاً "از سطح تخت جدا و سپس جابجا کنید .
- از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تر کانتر بزرگ در وضعیت طرفی اجتناب کنید.
- از قرار دادن بیمار بر روی زائده موجود استخوانی با اریتمی که در اثر فشار سفید نمیشود اجتناب کنید.



تکنیک‌های تغییر وضعیت بیمار (حالت نشسته)

- بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که امکان فعالیت کامل او حفظ شود.
- هنگامی که در وضعیت نشسته، پای فرد به زمین نمی‌رسد، از زیر پایی استفاده کنید؛ به نحوی که لگن، کمی خم شده و ران‌ها کمی پایین تر از وضعیت افقی، قرار گیرند.
- با توجه به اینکه در وضعیت نشسته، بیشترین فشار بر روی "توبرزیته ایسکیال" وارد می‌شود و از آنجا که سطح این ناحیه، بسیار کوچک است، لذا فشار بسیار زیادی در زمانی کوتاه، وارد خواهد شد که در صورت عدم تغییر وضعیت بیمار، سریعاً منجر به ایجاد زخم فشاری می‌گردد.
- به تمامی کادر بالینی که در مراقبت از افراد در خطر ابتلا به زخم فشاری دخیل می‌باشند، تغییر وضعیت و اهمیت آن را در پیشگیری از زخم فشاری، آموزش دهید.
- برنامه تغییر وضعیت بیمار (به ویژه تکرر، وضعیت‌های داده شده و پیامدهای آن) را ثبت نمایید.
- و در نهایت بیمار را در وضعیتی قرار دهید که از نظر وی راحت است.
- در صورت نیاز به وضعیت نشسته‌ی بیمار در بستر، با گذاردن تخته در پایین تخت و در کف پای بیمار، از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم، پیشگیری نمایید.



پاشنه بیمارتان نیاز به توجه خاص دارد، می توانید بالشی را زیر ساق پاهای بیمارتان قرار دهید تا پاشنه بیمارتان بلند شده و با زمین در تماس نباشد.



- سر بیمارتان را بیش از اندازه بلندتر از بستر قرار ندهید.
- بجای کشیدن بدن روی سطح رختخواب یا صندلی بهتر است برای جابجایی به کمک دست، آن را بلند کرد.



■ پاشنه‌های پای بیمار را از سطح تخت کمی بلند کنید و زانوهای بیمار را کمی خم نمایید؛ به نحوی که وزن بدن بیمار، بدون اینکه بر روی تاندون آشیل قرار گیرد بر روی تمامی ساق پای وی، توزیع شود. با این عمل از هیپر اکستانسیون زانو که می‌تواند سبب انسداد ورید پوبلیته آل شده و فرد را در معرض ترومبوز وریدهای عمقی قرار دهد نیز اجتناب می‌شود.



تمهیدات ویژه در بیماران تحت عمل جراحی جهت جلوگیری از زخم فشاری:

با در نظر گرفتن عوامل زیر، میزان احتمال بروز زخم فشاری در بیماران را ارزیابی کنید:

- طول عمل

- افزایش دوره‌های کاهش فشار خون شریانی در طی عمل

- کاهش درجه حرارت بدن

- کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز اول پس از عمل که باعث افزایش خطر احتمال بروز زخم فشاری در بیماران کاندید عمل جراحی می شود. میزان احتمال بروز زخم فشاری

- از تشک توزیع کننده فشار بر روی تحت عمل جراحی برای تمامی بیماران در معرض خطر استفاده نمایند



تمهیدات ویژه در بیماران تحت عمل جراحی جهت جلوگیری از زخم فشاری:

– بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی بر روی تشک کم فشار قرار دهید.

▪ بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی در وضعیتی قرار دهید که با وضعیت وی در حین عمل، متفاوت باشد.

▪ بیمار را حین جراحی، در وضعیتی قرار دهید که از احتمال بروز زخم فشاری کاسته شود.

▪ بر روی تخت عمل جراحی تمامی بیمارانی که در معرض ابتلا به زخم فشاری می باشند، از تشک های توزیع کننده ی فشار استفاده نمایید.



فرآیند پرستاری در زخم های فشاری



۱- بررسی

انجام یک بررسی و شناخت جامع و کامل، همچنین مشخص کردن بیماران در معرض خطر، عوامل مستعد کننده و شواهد زخم های فشاری جزء اولویت های پرستاری محسوب میشوند.

یک رویکرد فعال برای پیشگیری از زخم های فشاری یا مراقبت از بیماری که قبلا دچار اختلالات پوستی شده پر کردن فرم بررسی و شناخت خطر است.

فرم باید قابل اطمینان باشد و استفاده از آن مقرون به صرفه باشد.

برای بررسی خطر چندین مقیاس درجه بندی مختلف وجود دارد که از آن جمله می توان از مقیاس های نورتون یا برادن که بیشتر شرح داده شد استفاده کرد



۲- شرح حال پرستاری

در مورد وضعیت ظاهری پوست و فعالیت های بیمار است که میتواند در پیدایش زخم های فشاری نقش داشته باشد.

پرستار از بیمار و خانواده در مورد تغییرات جدیدی که در ظاهر یا وضعیت پوست رخ داده و همچنین در مورد مراقبت پوست، فعالیت تغذیه الگوی دفع، وضعیت شناختی و وجود درد توام با تغییرات سلامت پوست سوال میکند.



۳- تشخیص پرستاری

مرحله زخم فشاری عامل تعیین کننده تشخیص های پرستاری است

الف: زخم های فشاری مرحله ۱ و ۲

آسیب دیدگی پوست سطحی است. بنابراین تشخیص پرستاری انتخابی جهت این زخم فشاری:

«اختلال در سلامت و یکپارچگی پوست»



ب: زخم های فشاری مرحله ۳ و ۴

از بین رفتن ضخامت پوست و آسیب به بافت های زیرین است بنابراین
تشخیص پرستاری انتخاب جهت این زخم های فشاری:

«اختلال در سلامت و یکپارچگی بافت است»



نمونه هایی از تشخیص پرستاری ناندا در رابطه با زخم های فشاری

تشخیص های پرستاری	عوامل مرتبط	ویژگیهای مشخصه
اختلال در سلامت و یکپارچگی پوست	هر وضعیتی که منجر به از بین رفتن درم، اپیدرم و بافت زیر جلدی شود مثل فشار، اصطکاک، کشش یا تغییر جریان خون	وجود زخم های فشاری مرحله ۳ یا ۴
خونرسانی غیر موثر بافتی: محیطی	هر وضعیتی که اکسیژن رسانی به بافت های محیطی را کاهش دهد مثل فشار طولانی مدت	«من نمی توانم بدنم را روی صندلی چرخدار حرکت دهم» «روی پاشنه پایم زخمی ایجاد شده است» وجود زخم روی پاشنه پا
درد مزمن	هر وضعیتی که منجر به آسیب دیدگی کنونی یا احتمالی بافت ها همراه با درد شده و مداوم و یا عود کننده باشد و یا پایانی غیر قابل پیش بینی داشته باشد و بیشتر از ۶ ماه به طول انجامد، مثل زخم های مزمن یا فشاری	«این درد غیر قابل تحمل را یکسال است دارم» «از این دردمداوم که مانع خوابم می شود خسته شده ام» «کارهایی که قبلا انجام میدادم الان نمیتوانم انجام دهم چون بیش از حد باعث درد و ناراحتی ام می شوند» وجود زخم فشاری برای طولانی مدت



۴- تعیین برآیند ها و برنامه ریزی

وقتی پرستاران از بیماران در معرض خطر اختلال در سلامت پوست و بافت مراقبت میکنند در آن صورت باید اقدامات و مداخلات پرستاری را به گونه ای برنامه ریزی و اجرا نمایند که بیمار به برآیند های زیر دست یابد:



الف: انجام اقدامات مراقبت از خود به منظور پیشگیری از بروز زخم های فشاری و کمک به التیام زخم

ب: مشخص شدن بهبود پیشرونده ی زخم فشاری

ج: مشخص شدن افزایش خون بدن و اندازه عضلات

د: دورماندن محل زخم فشاری از عفونت

ه: عدم وجود مناطق جدید تخریب پوستی



۵-اجراء

مراقبت های پرستاری با هدف پیشگیری از تشکیل زخم های فشاری و یا در صورت پیدایش زخم فشاری کمک به التیام آن و جلوگیری از بروز عوارض انجام میگیرد.









نام شاخص	درصد بروز زخم بستر در بیماران پس از بستری به کل بیماران پذیرش شده
اهمیت موضوع	زخم بستر یکی از عوارض شایع در بیماران بستری در بیمارستان ها می باشد که باعث اختلال در آسایش بیمار می شود. همچنین زخم بستر می تواند مدت اقامت بیمار در بیمارستان را طولانی کند که علاوه بر ایجاد اختلال در آسایش و سلامتی باعث افزایش سطح هزینه ها در بیمارستان خواهد شد. پیگیری دلایل زخم بستر و میزان آن در ماه می تواند در پیشگیری از این عارضه نقش داشته باشد و در نتیجه باعث افزایش ارتقاء سلامتی و کاهش هزینه ها می گردد.
نوع شاخص	برآیندی
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{بروز زخم بستر در بیماران پس از بستری}}{\text{کل بیماران پذیرش شده}}$
تعریف صورت شاخص	تعداد بیمارانی که پس از بستری دچار انواع زخم بستر جدید درجه یک تا چهار، آسیب عمقی بافتی احتمالی، و غیر قابل درجه بندی در همان ماه شده اند.
تعریف مخرج شاخص	کل بیمارانی که در طول یک ماه در بیمارستان پذیرش شده اند.
واحد اندازه گیری شاخص	کمی (درصد)
منبع گردآورنده شاخص	فرم مدیریت زخم فشاری، پیوست می باشد. این فرم در سایت معاونت پرستاری، در منوی آموزش هم قابل دانلود می باشد.
تناوب جمع آوری، گزارش و ارائه بازخورد شاخص	برای بیمارستان ها ماهانه، دانشگاهها هر ۳ ماه (فصلی) و معاونت پرستاری ۶ ماهه
فرد مسئول	سرپرستار/مسئول کنترل زخم/ کارشناس مسئول ایمنی بیمار/ مدیر پرستاری دانشگاه
میزان هدف	میزان هدف در سال اول اجرا، میانگین شاخص کل کشور می باشد که پس از استخراج نتایج کشوری، توسط معاونت پرستاری اعلام می شود.



فرم ج																	
شاخص زخم بستر در دانشگاه علوم پزشکی علوم پزشکی گیلان																	
شهر و روستا			مریض			تیز			خرد			اولویت			فروردین		
نام بخش	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر	کل بیمارانی که زخم بستر از بستر	آمار ماهانه زخم بستر
دفتر پرستاری	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!
جراحی	۰.۰۰	۱۲۸	۰.۰۰	۱۷۵	۰.۰۰	۱۶۵	۰.۰۰	۱۳۸	۰.۰۰	۱۳۸	۰.۰۰	۹۷	۰.۰۰	۱۳۳	۰.۰۰	۱۳۳	۰.۰۰
ICU	۰.۰۰	۴۵	۰.۰۰	۲۵	۰.۰۰	۳۰	۰.۰۰	۳۲	۰.۰۰	۳۲	۰.۰۰	۲۹	۰.۰۰	۲۷	۰.۰۰	۲۷	۰.۰۰
اتاق عمل ۲	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!
جراحی پلاستیک	۰.۰۰	۱۳۷	۰.۰۰	۱۶۳	۰.۰۰	۱۳۹	۰.۰۰	۱۳۲	۰.۰۰	۱۳۲	۰.۰۰	۹۲	۰.۰۰	۷۶	۰.۰۰	۷۶	۰.۰۰
اتاق عمل ۱	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!
ذک و صورت	۰.۰۰	۱۲۲	۰.۰۰	۱۳۲	۰.۰۰	۱۷۶	۰.۰۰	۱۴۵	۰.۰۰	۱۴۵	۰.۰۰	۸۰	۰.۰۰	۶۵	۰.۰۰	۶۵	۰.۰۰
اورژانس	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!
درماتولوژی	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!	۰	#DIV/0!



منبع:

- راهنمای پیشگیری از زخم فشاری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، فرناز مستوفیان، ۱۳۹۴

