



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

ارزیابی ریسک زخم بستر – معیار برادن Scale Braden

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
شماره سند :
ویرایش : ۵
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۵/۰۲/۰۱
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۵/۰۲/۱۵
تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار نیروهای خردکننده می باشد. به عبارت دیگر مهمترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می گردد. 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 می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان از ۰.۵ الی ۲ ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده با دو دسته تقسیم می شوند : **عمقی و سطحی**

ارزیابی ریسک زخم بستر – معیار برادن

ریسک فاکتور	معیار	امتیاز
ارزیابی سطح هوشیاری	کاملاً محدود : عدم پاسخ به محرک دردناک (به دلیل کاهش هوشیاری - دریافت سدا تیو - 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 می دهد.	۳
	بدون محدودیت : به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند.	۴
ارزیابی رطوبت پوست	رطوبت مداوم : ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد.	۱
	خیلی مرطوب : ملحفه ها در هر شیفت، به دلیل خیس بودن تعویض می شود.	۲
	گاهی مرطوب : ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض می شود.	۳
	بندرت مرطوب : پوست معمولاً خشک است، ملحفه طبق روتین بدون خیس بودن تعویض می شود.	۴
ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی	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
	مکرر راه می رود : مرتباً بطور مستقل راه می رود.	۴
ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن	کاملاً بی حرکت : بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک 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 پوزیشن خود را تغییر می دهد.	۴
ارزیابی تغذیه	بسیار کم : تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد.	۱
	ناکافی : تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT	۲
	کافی : تغذیه کافی بطوریکه بیش از نصف غذایش را می خورد.	۳
	عالی : تغذیه کاملاً خوب ، همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد.	۴
ارزیابی اصطکاک و وسایل پوست	مشکل دار : همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود.	۱
	مشکل احتمالی : موقع جابجایی گاهی " کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده می شود.	۲
	بدون مشکل : به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملحفه سائیده نمی شود.	۳
نتایج ارزیابی با ابزار برادن	خطر بسیار بالا	۶ - ۹
	خطر بالا	۱۰ - ۱۲
	متوسط	۱۳ - ۱۴
	پیشگیرانه	۱۵ - ۱۸
	بدون خطر	۱۹ - ۲۳
توجه : نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستر در کاردکس بیمار ثبت شود.		
ارزیابی ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید		

* از ریسک متوسط به بالا مچ بند زرد برای بیمار لحاظ شود .

* نتیجه ارزیابی زخم بستر در زمان ارزیابی اولیه پرستار و هم در حین مراقبت در کلیه شیفت ها باید چک و امتیاز آن در گزارش پرستاری ثبت شود.