

"کمپین آموزشی آشنایی با ارزیابی ریسک بیماران در معرض خطر"

بیماران پرخطر (در معرض خطر):

منظور از بیماران/مراجعين پرخطر افرادی هستند که به دليل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه، در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

اقدامات در خصوص بیماران در معرض خطر:

- ❖ استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت، درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر
- ❖ آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره
- ❖ ترخیص ایمن بیماران پرخطر

ردیف	لیست بیماران در معرض خطر	کد شناسایی	ابزار
۱	بیماران در معرض سقوط	F Fall	مورس – Morse Fall Risk Assessment
۲	بیماران در معرض زخم فشاری	B Bedsore	برادن – Scale Braden
۳	بیماران در معرض خودکشی	S Suicide	SAD PERSONS scale
۴	بیماران در معرض سوء تغذیه	M Malnutrition	ارزیابی تغذیه ای بیمار در فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار
۵	بیماران پلی فارمسی	PH Poly Pharmacy	بیمار بیش از ۴ دارو مصرف مینماید
۶	بیماران در معرض ترومبوز وریدهای عمقی	T Thromboembolic	ولز – Wells Criteria VTE
۷	بیماران در معرض تشنج	C Seizure	ارزیابی اولیه

دستبند با برچسب قرمز رنگ:

مخصوص بیماران دارای آلرژی

ارزیابی سقوط در بزرگسالان بر اساس مقیاس مورس و در اطفال بر اساس هامپی دامپی طبق جداول زیر می باشد:

مقیاس مورس و هامپی دامپی سیستم نمره گذاری است که خطرات احتمال سقوط را در بیمار ارزیابی می کند و باید در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان/ بخش بستری بررسی و علاوه بر فرم ارزیابی اولیه، در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت شود. در صورتیکه بیمار ریسک سقوط (ریسک متوسط و بالا) داشته باشد، حتما از **برچسب زردرنگ بر روی دستبند شناسایی بیمار** استفاده شود. با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط نیز تغییر می کند، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

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

ارزیابی ریسک سقوط بیمار در کودکان – هامپی دامپی – Humpty Dumpty

ریسک فاکتور	معیار	امتیاز
سن	سن > ۳ سال	۴
	سن ۳ - ۷ سال	۳
	سن ۷ - ۱۳ سال	۲
	سن ۱۳ سال یا < ۱۳ سال	۱
جنس	پسر	۲
	دختر	۱
تشخیص بالینی	تشخیص های نورولوژیک (مانند صرع، ضربه به سر، هیدروسفالی، فلج مغزی و ...)	۳
	اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی، دهیدروتاسیون، آنمی، بی اشتهایی، سنکوپ و)	۳

" واحد ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی "

۲	اختلال روانی-رفتاری (اختلالات خلقی مانند افسردگی شدید، اختلال دو قطبی و ...)	دهی بر مبنای حادث ترین تشخیص است. مثلا" برای بیماری
۲	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد.	که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی یا صرع دارد، از این قسمت امتیاز ۴ دریافت می کند)
۲	بیمار به نا توانی های جسمی خود آگاهی ندارد. (مثلا بیمار شیرخوار است یا دچار آسیب مغزی شده است)	اختلالات شناختی
	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد ولی به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است. (مثلا" هایپوگلاسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانی های خود را فراموش کرده است. یا کودک تحت درمان با آرام بخش یا تحت تاثیر بیهوشی است. یا کودک لجباز است.	
۱	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.	فاکتورهای محیطی
۴	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد.	
	یا بیمار کودک نوپا یا شیرخوار است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است.	
۳	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر ، عصا یا واکر استفاده می کند. یا بیمار کودک یا شیرخواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته، اما در اتاق چند تخته، با نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.	
۲	بیمار بزرگ تر از ۳ سال که در تخت است.	پاسخ به جراحی، مسکن و یا داروهای بیهوشی
۱	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سرپایی مراجعه کرده است.	
۳	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل جراحی	
۲	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل جراحی	
۱	پیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است.	داروهای مصرفی
۳	استفاده همزمان از داروهای زیر	
	مسکن ها(به غیر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیهوش و فلج شده اند.	
	خواب آور ها و آرام بخش ها	
	باربیتورات ها	
	فنوتیازین	
	ضدافسردگی ها	
	ملین ها و یا دیورتیک ها	
	نارکوتیک ها	
۲	فقط یکی از داروهای بالا را دریافت کند	بیماران در خطر پایین سقوط: امتیاز ۱۱- ۷
۱	هیچ یک از داروهای بالا را استفاده نکند یا اصلا دارو دریافت نکند.	
بیماران در خطر بالای سقوط : امتیاز ۱۲ و یا بیشتر		فقط یکی داروهای بالا را دریافت کند

ارزیابی زخم فشاری بر اساس مقیاس برادن (Scale Braden) طبق جدول زیر می باشد:

مقیاس **برادن** خطر احتمال زخم فشاری را در بیمار ارزیابی می کند و باید در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری بررسی و علاوه بر فرم ارزیابی اولیه، در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت شود. در صورتیکه بیمار ریسک زخم فشاری داشته باشد، حتما از **پرچسب زرد رنگ بر روی دستبند شناسایی** بیمار استفاده شود. با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر زخم فشاری نیز تغییر می کند، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

ارزیابی ریسک زخم بستر – معیار برادن			
ریسک فاکتور	معیار	امتیاز	
ارزیابی سطح هوشیاری	کاملا 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 : گاها 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 معمولا 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	کاملا 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 مکررا 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 وسایل پوست	مشکل دار : همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود.	۱	
	مشکل احتمالی : موقع جابجایی گاها" 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	
خطر بسیار بالا	۹ – ۶	امتیاز در بیماران جهت تشخیص خطر	امتیاز در بیماران عادی
کمتر یا مساوی ۱۶			

”واحد ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی”

نتایج ارزیابی با ابزار برادن	خطر بالا	۱۰ - ۱۲	ایجاد زخم فشاری	امتیاز در بیماران بخش های ویژه	کمتر یا مساوی ۱۵
	متوسط	۱۳ - ۱۴		امتیاز در بیماران مسن	کمتر یا مساوی ۱۸
	پیشگیرانه	۱۵ - ۱۸	توجه : نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستر در کاردکس بیمار ثبت شود.		
	بدون خطر	۱۹ - ۲۳	ارزیابی ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید		

ارزیابی سوء تغذیه بر اساس مقیاس فرم ارزیابی اولیه تغذیه و طبق جدول زیر می باشد:

مقیاس ارزیابی تغذیه ای – BMI					
معیار	وزن	قد	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI)	بله	خیر
۱- آیا در بیمار بزرگسال ، BMI کمتر از ۲۰ است؟					
آیا بیمار کمتر از ۱۹ سال ، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از -۲ و یا بیشتر از +۲ است؟					
۲- آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟					
۳- آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟					
۴- آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه است؟					
نتایج ارزیابی :	در صورتی که حتی یک بله در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود.				

ارزیابی ریسک بی قراری – آرامش بیمار بر اساس مقیاس ریچموند و طبق جدول زیر می باشد:

مقیاس ارزیابی ریسک بی قراری – آرامش – ریچموند		
ریسک فاکتور	معیار	امتیاز
بیمار بیش از حد عصبی و خشن است و می تواند برای پرستار خطرناک باشد	خشن و تحریک پذیر	۴+
لوله ها و کاتترها را می کشد و در می آورد و رفتار خشونت آمیزی دارد	بسیار آژیته	۳+
حرکات بی هدف و تکراری دارد . تهویه بیمار روی سیستم سینکرونایز قرار ندارد	آژیته	۲+
اما حرکات تهاجمی یا خشونت آمیز از خود نشان نمی دهد	بی قرار مضطرب و بی قرار	۱+
بیمار کاملاً آرام و راحت است	بیدار و آرام	۰
اما بیش از ۱۰ ثانیه بیدار می ماند و می تواند با درخواست کلامی چشمان خود را باز کند	خواب آلود کاملاً هوشیار نیست	۱-
(کمتر از ۱۰ ثانیه) بیدار می ماند و با درخواست کلامی چشمان خود را باز می کند	سداسیون سبک مدت کوتاهی	۲-
با درخواست کلامی حرکات محدود دارد (اما تماس چشمی ندارد)	سداسیون متوسط	۳-
هیچ واکنشی به صدا ندارد اما با تحریک فیزیکی حرکت می کند .	سداسیون عمیق	۴-
هیچ واکنشی به تحریک صوتی یا فیزیکی نشان نمی دهد .	غیرقابل هوشیار بودن(کما)	۵-

ارزیابی ریسک اقدام به خودکشی بیمار بر اساس مقیاس SAD و طبق جدول زیر می باشد:

مقیاس ارزیابی ریسک اقدام به خودکشی		
معیار	امتیاز	توضیحات
در بحث S - sex	مردان نمره ۱ و زنان نمره ۰	* تحت نظر در منزل با پیگیری های لازم ۰ تا ۲
در ستین کمتر از ۲۰ سال و بالای ۴۴ سال	نمره ۱	* تحت نظر و بستری در بیمارستان ۴ تا ۳
در صورت وجود افسردگی D - Depression	نمره ۱	* بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان بر اساس برنامه مراقبتی مطمئن
در صورت اقدام به خودکشی ناتمام قبلی P – Previous attempt	نمره ۱	تنظیم شده ۶ تا ۵
در صورت اعتیاد به الکل E -Ethanol abuse	نمره ۱	* بستری اجباری در بیمارستان با پیش بینی نیروهای ویژه و اختصاصی
(از دست دادن تفکرات منطقی) R - Rational thinking loss	نمره ۱	برای بیمار ۱۰ تا ۶
فقدان حمایت های اجتماعی Social Supports Lacking	نمره ۱	
داشتن برنامه طراحی تا مرز خودکشی و مرگ O - Organized Plan	نمره ۱	
(نداشتن شوهر) : در زنان مطلقه ، بیوه ، تنها یا مجرد N -No Spouse	نمره ۱	
(بیماری) : مزمن و ناتوان کننده S – Sickness	نمره ۱	

ارزیابی ریسک ترومبوآمبولی بیمار بر اساس مقیاس وِلز و طبق جدول زیر می باشد:

مقیاس ارزیابی ریسک ترومبوآمبولی وریدی – ولز		
ریسک فاکتور	امتیاز	نمره اکتسابی
جراحی و یا صدمه یا گچ دراندام تحتانی – پارزی یا پارالیزی	۱+	
بستری در تخت بیش از سه روز یا جراحی بزرگ در چهار هفته قبل	۱+	
تندرتس در مسیر ورید های پشت زانو یا رانی	۱+	
تورم یک عضو	۱+	
ادم گوده گذار دراندام مبتلا	۱+	
تورم بیشتر از سه cm یک یا نسبت به پای دیگر در ۱۰ سانتی متری زیر زانو	۱+	
تورم عروقی محیطی که ناشی از واریس نباشد	۱+	
داشتن سابقه DVT قبلی	۱+	
بدخیمی حاد یا درمان شده که شش ماه قبل بوده است	۱+	
تشخیص جایگزین با احتمال بیشتری نسبت به DVT	۱-	
نتایج ارزیابی :	احتمال کم	۰- ۱
	احتمال متوسط	۱- ۲
	احتمال بالا	۳- ۸

” واحد ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی “

ارزیابی معیار کمای گلاسکو	
باز کردن چشمها	نمره
بیمار چشم هایش را خودبخود باز کند	۴
بیمار در پاسخ به صدا چشم هایش را باز کند	۳
بیمار در پاسخ به درد چشم هایش را باز کند	۲
بیمار اصلاً چشمهایش را باز نکند	۱
پاسخ کلامی	نمره
بیمار کاملاً به زمان و مکان و اشخاص اطراف آگاهی دارد	۵
بیمار گیج است	۴
بیمار کلمات نامربوط به زبان می آورد	۳
بیمار کلمات نامفهوم به زبان می آورد	۲
بیمار صحبت نمی کند	۱
پاسخ حرکتی	نمره
بیمار دستورات را اجرا می کند	۶
بیمار محل درد را مشخص می کند	۵
بیمار خود را از محرک دردناک دور می کند	۴
بیمار در پاسخ به محرک دردناک ، اندامهایش را به وضعیت فلکسیون (خم شدن) در می آورد	۳
بیمار در پاسخ به محرک دردناک ، اندامهایش را به وضعیت اکستنشن (باز شدن) در می آورد	۲
بیمار در پاسخ به تحریک دردناک هیچ حرکتی را از خود نشان نمی دهد	۱