

## معیارهای ارزیابی ریسک در بیمارستان علامه بهلول گناباد

### ارزیابی ریسک سقوط در بیمار، معیار مورس:

بررسی ریسک سقوط بیمار ( معیار مورس )

#### Morse Fall Risk Assessment

امتیاز ( Score )	معیار ( Scale )	عوامل خطر ( Risk Factor )
۰	ندارد	سابقه سقوط
۲۵	دارد	
۰	خیر ( فقط یک تشخیص پزشکی فعال )	تشخیصی ثانویه
۱۵	بله ( بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش )	
۰	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود	وسایل کمک حرکتی
۱۵	استفاده بیمار از عصا و واگر	
۳۰	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه ( کمد، صندلی و ... ) اطراف خود کمک می گیرد	
۰	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی ( آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود )	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

#### امتیاز ریسک سقوط بیمار ( معیار مورس )

ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ تا ۴۴
ریسک کم	۰ تا ۲۴

## معیارهای ارزیابی ریسک در بیمارستان علامه بهلول گناباد

معیار مورس که نشاندهنده ریسک سقوط است از ۴۵ بالاتر رو معیار ریسک بالا در نظر گرفته می شود .

از برچسب های زرد رنگ که fall ریسک روی آن نوشته شده استفاده شده و روی دستبند شناسایی بیماران الصاق می شود.

اگر بیمار شما راه وریدی دارد و یا هپارین لاک است عملا ۲۰ نمره رو میگیرد و اگر سابقه سقوط دارد ۲۵ امتیاز میگیرد و اگر حین راه رفتن به اطراف برخورد میکند و از دستور تبعیت نمیکند هم ۲۰ امتیاز میگیرد و اگر الگوی راه رفتن معیوب است هم ۲۰ امتیاز تعلق میگیرد.

حالا اگر از نظر روانی هم فراموشی دارد به بیمار ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد اگر بیش از یک تشخیص برای بیمار مطرح میشود ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد.

پس با این شرایط باید اکثر بیماران بخش های بستری که راه وریدی دارد و فراموشی دارد در حین راه رفتن تلو تلو می خورد دارای ریسک سقوط است . پس باید برچسب در معرض سقوط روی دستبند شناسایی بیماران بخشها الصاق باشد . و اگر ارزیابی درست نباشد اقدامات پرستاری متناسب با آن از قبیل اختصاص همراه در بخش غیر کوید، تامین روشنایی اتاق خصوصا در شیفت شب و بالا آوردن نرده کنار تخت و توجه به کفش و دمپایی بیماران و مدیریت تجویز داروهای ادرارآور و مسهل در ساعت بیداری بیمار و ... زیر سؤال خواهد رفت

## ارزیابی ریسک زخم بستر در بیمار، معیار برادن

### معیار برادن

حیطه های ابزار برادن	خیلی بد ۱	بد ۲	کم خطر ۳	عالی ۴
درک حسی	کاملا محدود است	خیلی محدود است	کمی محدود است	عدم اختلال حسی
رطوبت پوست	همیشه مرطوب است	اغلب خیلی مرطوب است	گاهی کم مرطوب است	به ندرت مرطوب است
فعالیت	محدود به تخت است	محدود به صندلی است	گاه گاه قدم میزند	همیشه قدم میزند
تحرک	کاملا بی حرکت است	حرکت خیلی محدود است	حرکت کمی محدود است	عدم محدودیت حرکت
تغذیه	تغذیه خیلی ضعیف است	تغذیه احتمالا ناکافیست	تغذیه کافی است	تغذیه عالی است
اصطکاک و کشش	سایش مداوم وجود دارد	گاهی سایش وجود دارد	أصلا سایشی وجود ندارد	

## معیارهای ارزیابی ریسک در بیمارستان علامه بهلول گناباد

بعد از بررسی های دقیق و تخصصی بیمار ، نوبت امتیاز دهی به وضعیت بیمار از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به زخم بستر است.

خطر زخم بستر برای بیمار وجود ندارد	۲۳-۱۹
نیاز به آموزشهای پیشگیری وجود دارد	۱۸-۱۵
خطر ایجاد زخم بستر متوسط است	۱۴-۱۳
خطر ایجاد زخم بستر بالاست	۱۲-۱۰
بسیار خطرناک است و نیاز به مداخلات پیشگیرانه ویژه دارد	۹-۶

در صورتیکه در ارزیابی انجام شده مقیاس برادن ۱۲ یا کمتر از آن دارد این بیماران در معرض ریسک بالا برای زخم بستر هستند خواهشمندیم تمهیدات و اقدامات لازم برای پیشگیری از زخم بستر را انجام دهید.

- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید
- به بیمار کمک کنید تا جاییکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند
- پاشنه های بیمار را محافظت کنید
- از سطوح توزیع فشار خصوصا در موارد نمره زیر ۹ استفاده کنید
- رطوبت، تغذیه، کشش و ... را کنترل کنید
- به کمک یک سطح بالاتر خطر بروید اگر فاکتورهای اصلی خطر دیگری هم وجود دارد.

## معیار ارزیابی ریسک ژنو

این معیار برای ارزیابی ترومبوآمبولی استفاده میشود.

در صورتیکه بیمار سابقه ترومبوآمبولی دارد (نمره ۲) و درد یکطرفه اندام (نمره ۲) یا ورم یکطرفه اندام (نمره ۴) داشته باشد و سن بالاتر از ۶۵ سال (نمره ۱) و سابقه عمل جراحی و بیهوشی (نمره ۲) و یا ضربان قلب بالاتر از ۷۵ (نمره ۲) و ضربان بیشتر از ۹۵ نمره ۵ و کانسر و یا تومور از یک سال گذشته نمره ۲ داشته باشد و هموپتزی نمره (۲) و ضربان قلب ۷۵ تا ۹۵ نمره (۳) و درد در لمس ورید عمقی اندام تحتانی و ادم یکطرفه نمره (۴) در معرض ریسک ترومبوآمبولی است و در صورتیکه نمره ارزیابی بالاتر از ۱۰ باشد باید اقدامات لازم صورت گیرد.

## معیارهای ارزیابی ریسک در بیمارستان علامه بهلول گناباد

### مراقبتهای پرستاری لازم :

دستور استفاده از ضدانقبادهای و ضد دردها مطابق دستور پزشک اجرا شود .

پاهای بیمار یا بخش تحت تاثیر قرار گرفته را بلند کرده و جوراب واریس در این قسمت استفاده نمایید و محل را به فاصله به مدت ۲ ساعت گرم نگه دارید و سپس بردارید و مصرف بیشتر میوه و تمام حبوبات و اجتناب از مصرف غذاهای پرچرب توصیه نمایید .

### معیار ارزیابی sad یا خودکشی

این معیار برای ارزیابی ریسک خودکشی استفاده می شود. در صورتی که بیمار با تشخیص خودکشی بستری در بیمارستان است. مرد است و اعتیاد به الکل ، یا سابقه خودکشی یا تحت نظر در منزل یا مراکز دیگر بدنبال خودکشی است و سن زیر ۲۰ سال دارد یا بالاتر از ۴۵ سال سن دارد. سابقه افسردگی دارد. مجرد یا زن بیوه یا مطلقه است . به هر آیتم فوق یک امتیاز تعلق میگیرد. در صورتی امتیاز بالاتر از ۴ باشد. بیمار در معرض خطر خودکشی است.

### مراقبتهای پرستاری مد نظر :

- با بیمار صحبت کنید و در صورتی که بیمار دارای افکار خودکشی است ، به پزشک اطلاع دهید .

- وجود اسکار و زخم ، متعدد روی بدن نشان دهنده داشتن افکار خودکشی است .

- بیمار در اتاق مقابل استیشن قرار گیرد تا امکان مانیتورینگ بیمار فراهم باشد و این اتاق نباید دارای حمام و سرویس بهداشتی اختصاصی باشد تا امکان مانیتورینگ بیمار باشد .

- در زمان پذیرش و ملاقات ، حتما البسه بیمار بازرسی شود تا وسیله ای که موجب آسیب به بیمار می شود در وسایل وی موجود نباشد . در صورتیکه بیمار از حوله شخصی استفاده می کند ، از حوله با سایز کوچک استفاده شود .

- نقش پرستاران در شناسایی بیماران با امکان خودکشی حساس بوده و بایستی بلافاصله به اطلاع پزشک معالج برسد.

- آموزش نگهبانان در خصوص افکار افسردگی و خودکشی و نحوه مواجهه با بحران در اولویت باید قرار گیرد.

- در صورتی که بیمار دارای افکار خودکشی است بایستی با اولویت امور درمانی و نظارت بر عملکرد وی ، با احترام منتقل به بخش روان شود .

- بایستی مصرف داروها توسط بیمار چک شود . در این موارد بهترین حالت این است که در حین صحبت یا احوالپرسی

از بیمار بررسی بفرمایید تا بیمار داروهای خود را مصرف کرده است یا خیر . از بیمار ترجیحا نخواهید تا دهان خود را باز نموده تا چک نمایید داروی خود را مصرف نموده است یا خیر .