

راهنمای پیشگیری از سقوط بیماران در بیمارستان

مقدمه:

سقوط یک آسیب شایع در بین آسیب‌هایی است که به دنبال بستری شدن بیمار در بیمارستان ایجاد می‌شود و منجر به طولانی‌یاعارضه دار شدن بیماران می‌گردد.

از نظر اقتصادی سقوط بیمار، حادثه‌ای زیانبار است. موارد سقوط همراه با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان، و افزایش نیاز به استفاده از امکانات سیستم درمانی می‌گردد.

سقوط منجر به ایجاد آسیب به بیماران می‌گردد ۳۰ تا ۵۱ درصد از موارد سقوط بیماران در بیمارستان‌ها منجر به بروز آسیب از کبودی تا ایجاد زخم‌های شدید، یا شکستگی استخوان و حتی مرگ می‌گردد.

توجه کنید که بروز رسانی دانش و تغییر نگرش، محتاج به اشتراک‌گذاری اطلاعات جدید و پرداختن به دانش و نگرش فعلی است، که در صورتی که شناخته‌نشده، ممکن است سبب به تحلیل بردن تلاش‌ها شود. بررسی دانش و نگرش تمام اعضای کادر درمان در این رابطه ضروری است چون آگاهی از اهمیت اقدامات پیشگیرانه در ارتباط با سقوط یک وظیفه تیمی است.

هدف از اقدامات پیشگیرانه از سقوط، پیشگیری از آسیب و بهبود ایمنی بیمار است؛ با محوریت پیشگیری از آسیب‌های ناشی از سقوط همانند شکستگی، آسیب جدی و مرگ.

راهکار اجرایی:

بهترین نتایج بالینی، فقط زمانی حاصل می‌شود که یک حمایت عمده سازمان یافته از برنامه کاهش موارد سقوط بیمارستانی در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی وجود داشته باشد.

شفافیت در گزارش موارد سقوط و اشتراک‌گذاری اطلاعات بین بخش‌های مختلف بیمارستان، بیمارستان‌های مختلف و یا گزارش عمومی به جامعه، در کاهش موارد سقوط و آسیب‌های ناشی از آن تاثیر مثبت دارد.

ثبت گزارش سقوط توسط کارشناس ایمنی مراکز در سامانه MCMC

بهترین اقدامات پیشگیرانه در کاهش سقوط عبارتند از:

- بررسی خطر سقوط.

- شناسایی اشخاص در معرض خطر بالای سقوط (استفاده از برچسب‌های رنگی در دستبند شناسایی، نصب کارت رنگی هشدار دهنده).

- انجام مداخلات مرتبط با ریسک فاکتورهای شناخته شده.

- آموزش چند رسانه‌ای استاندارد شامل استفاده از نرم‌افزارهای آموزشی، برای آموزش پرسنل درمانی و غیر درمانی، بیمار و خانواده.

- لزوم همکاری تیمی بین تمام اعضای تیم درمان (شامل پزشک بستری کننده بیمار، پزشک داروساز و پرستار و...) از زمان پذیرش بیمار وجود داشته باشد.

اقدامات تیمی عبارتند از:

- بررسی خطر سقوط، شناسایی میزان بروز سقوط، مواجهه با مشکلات، پاسخگویی برای فرصت های از دست رفته .
- بحث گروهی در مورد خطر سقوط هنگام راندهای روزانه .
- بررسی داروهای مصرفی تمام بیماران پرخطر از نظر سقوط .
- راندهای پرستاری برای اطمینان از آموزش بیمار/خانواده و نقش آنها در پیشگیری از سقوط (استفاده از سیستم احضار پرستار، درخواست کمک هنگام رفتن به دستشویی و غیره
- اجرای اقدامات لازم بعد از رخ دادن سقوط

نکته : در صورتی که بیمار در خطر بالای سقوط باشد هنگام تحویل شیفت و یا هنگام انتقال بیمار، به دیگر اعضای تیم درمان (پزشک معالج و ...) گزارش داده شود.

بررسی خطر سقوط در بیمار (در هر گروه سنی که باشد) باید با استفاده از یک ابزار استاندارد صورت گیرد
معیار سطح بندی آسیب های ناشی از سقوط:

- ۱-هیچ آسیب قابل مشاهده ای ایجاد نشده است.
- ۲-کم: کبودی یا خراشیدگی سطحی در نتیجه سقوط
- ۳-متوسط: آسیب منجر به جابه جایی یا خارج شدن لاین یا لوله های متصل به بیمار شده است، شکستگی ایجاد شده است یا پارگی به وجود آمده است که نیاز به ترمیم داشته باشد.
- ۴-شدید: آسیبی که نیاز به جراحی دارد . یا بیمار باید به بخش مراقبت ویژه برای مانیتور آسیب تهدید کننده حیات منتقل شود.
- ۵-مرگ.

*آسیب های درجه ۳ تا ۵ باید تحت عنوان آسیب جدی ناشی از سقوط گزارش شوند.

در این کتابچه تلاش شده است که اقدامات بیمارستانی مرتبط با سقوط بر اساس استانداردهای جهانی گردآوری و ترجمه شود . برای شروع هر بیمارستان باید به این نکته توجه کند که پیشگیری از سقوط و حفظ ایمنی بیمار یکی از مهم ترین وظایف بیمارستان است که تمام افراد شاغل در بیمارستان باید به صورت منسجم و هماهنگ اقدامات مرتبط را بر حسب شرح وظایف خود انجام دهند.

چالش پیشگیری از سقوط:

پیشگیری از سقوط به یک فرایند مراقبتی چند جانبه و تیمی نیازمند است . بعضی از قسمت های برنامه پیشگیری از سقوط به شدت روتین شده هستند . بعضی از بخش های آن باید به طور اختصاصی و متناسب با نیازهای بیمار و ریسک فاکتورهای شناسایی شده، تدوین و اجرا شوند . هیچ یک از اعضا تیم درمان فارغ از سطح تحصیلات، استعداد و جایگاه شغلی خویش به تنهایی نمی تواند تمام بخش های این برنامه پیشگیری از سقوط را اجرا کنند بلکه بایستی این برنامه به صورت منسجم و با هماهنگی و همکاری تمام اعضا تیم صورت بگیرد.

بهترین برنامه پیشگیری از سقوط نیز فقط زمانی موفقیت آمیز خواهد بود که از سوی مدیران ارشد بیمارستان حمایت شود و برای اجرا مورد توافق کلیه اعضا تیم درمان باشد.

برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

۱-مراقبت های عمومی پیشگیری از سقوط شامل پروتکل راند برنامه ریزی شده.

۲-معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار موریس و معیار هامپی -دامپی

۳-برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است.

۴- (RCA).مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط زمانی برنامه پیشگیری از سقوط موفقیت آمیز است که منطبق با دیگر اولویت های بیمار و بیمارستان باشد. اولین اولویت بیمارستان، مراقبت و درمان حاد، بیماری است. بیمار به دلیل بیماری به بیمارستان مراجعه می کند و هدف اصلی و اولیه وی از مراجعه، درمان آن بیماری است. بنابراین همیشه باید به این نکته توجه داشت که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط را با سایر اهداف اقدامات درمانی که در بیمارستان به بیمار ارائه می شود هماهنگ کرد.

نکته کلیدی دیگری که باید به آن توجه داشت این است که پیشگیری از سقوط نمی تواند به تنهایی هدف برنامه پیشگیری از سقوط باشد. به عنوان مثال در تئوری، ما می توانستیم از تمام موارد سقوط با استفاده از مهار فیزیکی بیماران و عدم اجازه خروج از تخت، پیشگیری کنیم (در واقعیت ممکن است مهار فیزیکی از تمام موارد سقوط پیشگیری کند) اما مهار فیزیکی بیماران، می تواند غیراخلاقی باشد و نشان دهنده مراقبت ضعیف است. هم چنین با استقلال بیمار در تضاد است و می تواند علت بروز تمام عوارض استراحت مطلق در تخت همانند تغییر در وضعیت بدنی بیمار، زخم فشاری، آسپیراسیون و ترمبوز وریدهای عمقی باشد. بنابراین منجر به اقامت طولانی تر در بیمارستان و سخت تر کردن امکان بهبودی بیمار شود. این مثال نشان می دهد که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط نیاز دارد که با هدف اصلی مراقبت از بیمار که بهبود عملکرد هر بیمار و خوب بودن وی است؛ هماهنگ شود.

هم چنین هدف ما باید حفظ میزان سقوط و آسیب ناشی از آن در پایین ترین سطح ممکن باشد نه صفر کردن آن به هر قیمتی.

مراقبت های عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران

*این مداخلات باید برای تمام بیماران صرفنظر از اینکه ریسک فاکتور سقوط داشته باشند یا خیر انجام شود.

1-مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه آموزش به بیمار عبارتند از:

بیمار و همراهان وی را به محیط بخش در بدو ورود آشنا کنید .

به بیمار و همراهان وی در مورد نکات ایمنی پیشگیری از سقوط در زمان بستری در بیمارستان آموزش دهید .

اهداف و نحوه استفاده از زنگ احضار را به بیمار توضیح دهید .

از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب، برای بیماران استفاده کنید .

به بیمار پرخطر آموزش دهید که برای انجام فعالیت های روزمره همانند بیرون آمدن از تخت و رفتن به دستشویی درخواست کمک کند .

اهداف و نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی را در صورتی که مورد نیاز باشد، به بیمار و یا همراهان وی آموزش دهید .

2-مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه ایمنی محیط عبارتند از:

زنگ احضار را در دسترس بیمار قرار دهید و بلافاصله به آن جواب دهید

وسایل شخصی بیمار را در محدوده ایمن دسترسی وی قرار دهید .

تخت بیمار را در پایین ترین سطح ممکن در زمان استراحت بیمار به جز در مواقعی که پرسنل در کنار بیمار و مشغول فعالیت های مراقبتی هستند، قرار دهید.

در زمانی که بیمار در تخت قرار دارد نرده های تخت بالا باشد .

چرخ های تخت بیمارستانی در وضعیت قفل باشند .

چرخ های ویلچر در صورتیکه در حالت سکون است، در وضعیت قفل باشند

فضای فیزیکی اتاق بیمار و بخش، مرتب و تمیز نگه داشته شود. دقت کنید که سیم ها یا اتصالات برق و سایر وسایل اضافه در مسیر حرکت بیمار نباشد.

تمام سطوح کف بخش، تمیز و خشک باشد. در صورت خیس شدن یا لغزندگی بلافاصله سطح تمیز شود .

در صورتی که بیمار عینک می زند؛ از در دسترس بودن آن و پوشیدن عینک توسط بیمار، قبل از خروج از تخت، مطمئن شوید .

روش های جابجایی ایمن بیمار و تعدیل محیط برای انتقال ایمن بیمار را در صورت لزوم اجرا کنید

وضعیت سقوط بیمار در هر راند روزانه و در زمان گزارش پایان شیفت مد نظر قرار بگیرد و گزارش شود .

مداخلات رفتاری:

این مداخلات می تواند در بیماری که مبتلا به دمانس مغزی است برای پیشگیری از سقوط استفاده شود. با استفاده از دارو درمانی در این زمینه موفقیت کمی حاصل می شود. این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. محرک های شروع کننده رفتارهای پرخطرانه و یا رفتارهای وسواسی اجباری، یا صدای بلند را شناسایی کنید و سعی کنید آن ها را در صورت امکان کم کنید.

مداخلات مرتبط با اختلال حرکتی:

این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. کاهش تونوسیته ماهیچه، اختلال در حرکت و الگوی راه رفتن، شایعترین ریسک فاکتورهایی هستند که پیش گویی کننده خطر سقوط هستند.

بیماران باید از دمپایی یا کفش های غیر لغزنده استفاده کنند (می توان از دمپایی یا کفش با رنگ متمایز برای شناسایی آسان این بیماران استفاده کرد)

به بیمار آموزش دهید که به آرامی بلند شود .

تکرار کردن آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراهانش

کمک کردن به بیماران پرخطر هنگام انتقال

استفاده منظم از وسایل کمک حرکتی همانند واکر، عصا، یا دیگر وسایلی که توسط فیزیوتراپ یا کار درمان پیشنهاد شده است .

کمک به بیمار هنگام رفتن به سرویس بهداشتی به صورت منظم و برنامه ریزی شده

استفاده از صندلی هایی که تکیه گاه دست دارند .

استفاده از محافظ های هیپ برای بیمارانی که در خطر بالای شکستگی لگن هستند .

استفاده از روشنایی کافی روز و شب جهت به حرکت در آوردن بیمار و انجام فعالیت های روزانه

استفاده از صندلی های توالت که ارتفاع بالاتری دارند .

استفاده از کمر بندهای مخصوص جهت به راه بردن و یا خارج کردن بیمار از تخت .

مداخلات محیطی:

مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید در راندهای محیطی برای اطمینان از اینکه اتاق ها و راهروهای بخش ها روشنایی کافی دارند. سطوح غیر لغزنده، تمیز و مرتب باشند. درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند. میله ها و دستگیره های محافظ، محکم و فیکس باشند. میزها و صندلی ها سالم و محکم باشند را به صورت منظم مشاهده کنند .

کارکنان پرستاری باید چیدمان اتاق بیمار را به گونه ای انجام دهند که خطر سقوط را به حداقل برسانند. تمام کارکنان باید مطمئن شوند که موقیت های غیر ایمن بلافاصله تعدیل می شوند (.به راند محیطی مراجعه کنید)

تخت:

در سالهای اخیر به منظور پیشگیری از سقوط تخت هایی ارائه شده اند که ارتفاع کم تری دارند. این تخت ها ویژگی های متعددی دارند اما باید قابلیت تنظیم داشته باشند و ۸ تا ۱۰ اینچ از کف زمین فاصله ایجاد کنند.

مثال های دیگر مداخلات محیطی عبارتند از:

خریداری تجهیزات کمک حرکتی مخصوص بزرگسالان

استفاده از آئینه های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهرو ها را از ایستگاه پرستاری می دهد

استفاده از حسگرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می کند

استفاده از آلامر هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می کنند

استفاده از جوراب های ضد لغزش

پایش و مراقبت:

تمام بیمارانی که در بیمارستان های حاد بستری می شوند، نیازمند بررسی و ارزیابی مجدد در توالی های منظم از نظر خطر سقوط هستند. به دلیل احتمال تغییرات مداوم، بیماران باید به طور پیوسته از نظر خطر بروز سقوط، ارزیابی مجدد گردند؛ حتی اگر تصور شود که ممکن است بیمار جزء گروه پرخطر نباشد. ارزیابی مجدد به صورت روتین باید در هنگام هر تعویض شیفت، یا یک تغییر در شرایط بالینی بیمار و به دنبال سقوط رخ دهد.

یادگیری مداوم و پیشرفت:

کمیته ایمنی مکانیسمی فراهم می کند که از سقوط، رویدادهای نزدیک به خطا یا دیگر رویدادهای ناخواسته، یاد بگیریم. این بررسی فوری شرایط، اجازه می دهد که رویدادهای مربوطه، همراه با افراد درگیر در آن ها، شامل اعضای خانواده، مرور شود. این بررسی می تواند در کنار تخت بیمار انجام شود.

نکاتی که باید در کمیته ایمنی بررسی شوند عبارتند از:

۱- رویداد اتفاق افتاده ۲- ریسک فاکتورها ۳- آسیب ۴- اقدامات انجام شده در زمان سقوط ۵- برنامه عملیاتی برای آینده

پروتکل راند برنامه ریزی شده ساعتی بیماران در هر شیفت

آیتم های زیر باید برای هر بیمار چک و انجام شود:

- زمان ورود به اتاق بیمار، حضور خود را به وی اعلام کنید و بیان کنید که برای انجام راند آمده اید.
- سطح درد بیمار را با استفاده از یک مقیاس درد استاندارد بررسی کنید (در صورتی که پرسنل بررسی کننده، کارشناس پرستاری نیست و بیمار هم درد دارد، موظف است فوراً درد بیمار را به پرستار وی اطلاع دهد).
- داروهای بیمار را در لیست بررسی توسط کارشناس پرستاری قرار دهید تا آنها را بررسی کند.
- نیازهای دفعی بیمار را بررسی کنید و به او در برطرف کردن آنها کمک کنید.
- چک کنید که آیا بیمار از دمپایی مناسب استفاده می کند (دمپایی یا کفش مخصوص و غیر لغزنده).
- چک کنید که ترمزهای تخت در وضعیت قفل قرار داشته باشند.
- ۵ تخت بیمارستان را در زمان استراحت بیمار در پایین ترین سطح ممکن قرار دهید. از بیمار بپرسید که آیا نیاز به تغییر وضعیت دارد؟ آیا وضعیت او در تخت راحت است؟
- ۶ مطمئن شوید که زنگ احضار پرستار و کلید لامپ در دسترس بیمار است و بیمار می تواند نحوه استفاده از آن را نشان دهد.
- ۷ تلفن را در دسترس بیمار قرار دهید.
- ۸ کنترل تلویزیون و دکمه چراغ خواب در دسترس بیمار باشد.
- ۹ میز کنار تخت را کنار تخت بیمار یا در عرض تخت و نزدیک بیمار قرار دهید.
- ۱۰ جعبه دستمال کاغذی و ظرف آب را در دسترس بیمار قرار دهید.
- ۱۱ سطل آشغال را در نزدیک تخت بیمار قرار دهید.
- قبل از ترک اتاق بیمار از او بپرسید که آیا مورد دیگری هست که نیاز باشد قبل از ترک اتاق آن را برای بیمار انجام دهید؟
- به بیمار اطمینان دهید که زمانی که در اتاق او هستید فرصت برای انجام کارهای او را دارید.
- به بیمار بگویید که خود شما یا یکی دیگر از اعضای تیم پرستاری در ساعت بعدی برای انجام راند مجدد به اتاق او خواهد آمد.

| امتیاز (Score) | معیار (Scale) | عوامل خطر (Risk Factor) |
|----------------|--|--|
| ۰ | ندارد | سابقه سقوط |
| ۲۵ | دارد | |
| ۰ | خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعل) | تشخیص ثانویه استفاده از چند دارو برای درمان (مخدر ها ، مسکن ها ، ضد افسردگی ها ، خواب آور ها) |
| ۱۵ | بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش) | |
| ۰ | استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار | |
| ۰ | بدون وسایل کمک حرکتی راه می رود | وسایل کمک حرکتی |
| ۱۵ | استفاده بیمار از عصا و واکر | |
| 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 کام برداشتن و حرکتی |
| ۱۰ | ضعیف (در اره رفتن تلو تلو بخورد - نیاز به تکیه دادن برای بلند شدن) | |
| ۲۰ | معیوب (در راه رفتن نمی تواند سرش را بالا نگه دارد - اشیاء را می گیرد - بیقرار) | |
| ۰ | طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود) | وضعیت روانی / ذهنی |
| ۱۵ | اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها | |

زمان چک معیار موریس :

| امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار موریس) | |
|--------------------------------------|------------|
| ریسک بالا | ۴۵ و بیشتر |
| ریسک متوسط | ۲۵ تا ۴۴ |
| ریسک کم | ۰ تا ۲۴ |

۱- هنگام پذیرش یا انتقال بیمار روزانه (روتین)

۱- بعد از وقوع رویداد سقوط

۲- تغییر در شرایط بالینی

راهنمای مداخلات بر اساس معیار مورس

توجه داشته باشید که ممکن است این معیار در بعضی از شرایط بالینی نتواند ریسک فاکتورهای سقوط را تعیین کند بنابراین در صورتیکه پس از محاسبه معیار مورس بیمار در گروه کم خطر قرار گرفت پرستار باید از قضاوت بالینی خود بهره بگیرد که آیا این بیمار واقعا در گروه کم خطر است یا خیر؟ در صورتی که پاسخ پرسش بالا مثبت نباشد باید بیمار را در گروه پرخطر در نظر بگیرد و تمهیدات لازم را براساس ریسک فاکتور شناسایی شده انجام دهد.

چه زمانی باید با استفاده از معیار مورس خطر سقوط در بیمار را بررسی کرد؟

-در هنگام پذیرش یا انتقال بیمار

-به صورت روتین (روزانه)

-بعد از وقوع رویداد سقوط

-در زمان تغییر شرایط بالینی بیمار

سابقه سقوط:

| | | |
|-------|----|---|
| ندارد | ۰ | آیا سابقه سقوط در سه ماه گذشته وجود دارد؟ |
| دارد | ۲۵ | |

در صورت مثبت بودن

اقدامات پیشگیرانه:

نیاز برای کمک در انتقال و تحرک بیمار را اجباری کنید .

با استفاده از یک نشانگر ، این مورد را اطلاع رسانی کنید .

به پرسنل شرایط سقوط قبلی بیمار را اطلاع رسانی کنید .

به بیمار و همراهان ایشان آموزش دهید که بیمار در خطر سقوط مجدد است .

تشخیص ثانویه

| | | |
|---|----|---|
| خیر | ۰ | آیا بیمار از چندین دارو برای درمان بیماری های متعدد خود استفاده می کند؟ |
| بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش) | ۱۵ | |

آیا بیمار دارویی مصرف می کند که خطر سقوط یا خطر آسیب ناشی از سقوط را افزایش دهد؟ (جدول زیر نمونه ای از این داروهاست

اما توجه داشته باشید که فقط محدود به این داروها نمی شود.)

| | |
|--------------------------|----------|
| سایکوتروپیک | مسکن |
| داروهای ضد هایپر تانسیون | مخدر |
| ضد افسردگی ها | خواب آور |
| ضد انعقاد ها | آنالژیک |
| دیگر... | دیورتیک |

اقدامات پیشگیرانه:

به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از تشخیص های پزشکی بر اجرای دستورالعمل های پزشکی، نظارت بیشتری اعمال کنید. در حضور بیمار و یا همراهش داروهای وی را مرور کنید و با ذکر علت، خطرات اختصاصی هر دارو در رابطه با سقوط را برای ایشان توضیح دهید.

وضعیت تعادل بیمار را ارزیابی کنید

راند نظارتی را در یکی از توالی های زیر بر اساس دستورالعمل انجام دهید: هر ۱۵ دقیقه یک بار / هر ۳۰ دقیقه یک بار / هر یک ساعت یک بار بیمار را تشویق به رفتن به دستشویی کنید قبل از اینکه داروهای پر خطر از نظر ریسک سقوط را دریافت کند .

وسایل کمک حرکتی

آیا به صورت پایه بیمار از وسایل و تجهیزات کمک حرکتی برای راه رفتن و فعالیت استفاده می کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ امتیاز ۱۵ به بیمار تعلق می گیرد.

عصا - عصای چهار پایه ای - واکر چرخ دار - واکر استاندارد - دیگر

در صورتی که بیمار نیاز به وسایل کمک حرکتی داشته باشد اما از آن استفاده نکند و به جای آن از اشیا دیگر همانند کمد و صندلی یا پایه سرم و ... استفاده می کند به دلیل اینکه استفاده از این وسایل نسبت به وسایل کمک حرکتی استاندارد، خطر سقوط را بیشتر افزایش می دهند. بنابراین امتیاز ۳۰ به بیمار تعلق می گیرد.

اقدامات پیشگیرانه

به بیمار کمک کنید که از وسیله کمک حرکتی به صورت ایمن استفاده کند .

مشخص کنید که آیا بیمار به وسیله کمک حرکتی در هر زمان دسترسی ایمن دارد؟

بیمار را به فیزیوتراپ ارجاع دهید .

مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک

| | | |
|----|-------|---|
| ۰ | ندارد | آیا بیمار هپارین لاک ، سالین لاک یا سرم وریدی دارد؟ |
| ۲۰ | دارد | |

اقدامات پیشگیرانه

به بیمار و همراهانش در مورد خطر ست های سرم به عنوان یک وسیله خطرناک که ممکن است باعث گیرکردن پای بیمار در آن و افتادنش شود وهم چنین اثرات هر دارو ، آموزش دهید.

پایه سرم را در سمتی که بیمار می خواهد از تخت خارج شود قرار دهید .

در صورتی که مشاهده می کنید بیمار از پایه سرم برای راه رفتن کمک می گیرد . واکر در اختیار وی قرار دهید و هنگام خروج از تخت توسط یک نفر همراهی و کمک شود.

وضعیت تعادل مایعات در بیمار و هایپوتانسیون را بررسی کنید

به بیمار محدودیت های فیزیکی اش را یاد آوری کنید .

در صورتی که بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری اورژانسی باشد برنامه منظم دفع ادرار برای وی تنظیم کنید .

الگوی گام برداشتن و حرکتی

| | | |
|----|---|--|
| | <p>خیر : طبیعی</p> <p>خیر :استراحت در تخت یا بی تحرک (قادر به راه رفتن یا انتقال و جابه جایی بر روی ویلچر نیست)</p> <p>خیر : از وسایل ایمن جهت انتقال بیمار استفاده می شود.(بالا بر)</p> <p>به خوبی بر روی ویلچر می نشیند .</p> | <p>آیا بیمار در راه رفتن و یا انتقال از تخت مشکل دارد؟</p> |
| ۱۰ | <p>بلی :ضعیف شده : بیمار ممکن است بتواند گام بردارد. ممکن است هنگام راه رفتن تلو تلو بخورد .اما سرش را می تواند بالا نگه داردو تعادلش را از دست نمی دهد .برای بلند شدن یا راه رفتن نیاز دارد که به اشیا تکیه کند.</p> | |
| ۲۰ | <p>بلی : مختل شده : برای بلند شدن از روی صندلی یا ویلچر مشکل دارد .هنگام راه رفتن نمی تواند سرش را بالا نگه دارد.تعادلش را به آسانی از دست می دهد .برای بلند شدن یا راه رفتن محکم پرستار یا اشیا را می گیرد.</p> <p>بلی : مختل شده : بیمار توانایی فیزیکی خروج از تخت ندارد اما بیقرار است و ممکن است خودش را از تخت پرت کند.</p> | |

اقدامات پیشگیرانه

به بیمار در جابه جایی کمک کنید :به بیمار یادآوری کنید که قبل از تلاش برای خروج از تخت ، اطلاع دهد .

-از یک سمت برای خروج بیمار از تخت استفاده کنید.

-هنگام خروج بیمار از تخت مطمئن شوید که دمپایی غیر لغزنده پوشیده است.

به بیمار در رفتن به دستشویی کمک کنید .

در صورت نیاز با بیمار در دستشویی بمانید.

در صورتی که بیمار نیاز داشته باشد به او وسایل انجام دستشویی در تخت بدهید .(همانند ظرف ادرار یا بدپن)

اگر بیمار یک مشکل جدید در راه رفتن یا خروج از تخت پیدا کرده است که بر روی عملکرد حرکتی وی تاثیر گذاشته است

برای ارزیابی بیشتر، مشاوره فیزیوتراپی درخواست شود.

وضعیت روانی - ذهنی

| | | |
|----|---|---|
| ۰ | <p>طبیعی : به توانایی های خود آگاه است و محدودیت های خود را می شناسد</p> | <p>وضعیت روانی - ذهنی بیمار چگونه است ؟</p> |
| ۱۵ | <p>توانایی های خود را بیشتر از میزان واقعی برآورد می کند ویا محدودیت های خود را فراموش می کند</p> | |

اقدامات پیشگیرانه

اقدامات مرتبط با ایمنی را مجدد آموزش دهید و یادآوری کنید بیمار را به اتاق نزدیک ایستگاه پرستاری انتقال دهید .

تخت یا صندلی ها را مجهز به سیستم احضار پرستار برای درخواست کمک کنید . همراه بیمار را تشویق کنید که با بیمار بماند .

هم چنین در صورت مشاهده ، موارد زیر به عنوان ریسک فاکتورهای سقوط در گزارش پرستاری ثبت شود:.

اختلال در بینایی یا شنوایی-ابتلا به عفونت-تکرر ادرار -افت فشار خون وضعیتی، سرگیجه -ضعف ماهیچه و عدم تعادل / اختلال در راه رفتن --دلیریوم -درد -داروهایی که خطر سقوط را به تنهایی افزایش می دهند .

اقدامات پیشگیرانه

علایم حیاتی ارتوستاتیک در بیمار چک شود .

اگر بیمار به دلیل سقوط بستری شده است یا در طی این بستری دچار سقوط شده است ، یک پتوی زرد رنگ بر روی بیمار قرار دهید، و یا یک کارت زرد رنگ بردرب ورودی اتاق بیمار نصب کنید و از دستبند شناسایی زرد رنگ استفاده کنید .به بیمار و خانواده وی آموزش دهید که بیمار در خطر بالای سقوط است و این رنگ زرد به همه کادر درمان این هشدار را می دهد که این بیمار در خطر بالای سقوط است.

نرده های کنار تخت بیمار را مدیریت کنید

بررسی بیمار پس از سقوط

هشدار :افزایش خطر خونریزی داخل جمجمه در بیماران مسن، بیماران تحت درمان با داروهای ضد انعقاد، و اختلالات انعقادی شناخته شده و بیماران الکلی وجود دارد .همچنین ممکن است علائم آسیب مغزی به صورت تاخیری و ۲۴ ساعت بعد از آسیب ایجاد شود.

| با سر به زمین نخورده است | با سر به زمین خورده است |
|--|---|
| - بلافاصله وضعیت آسیب به تمام نواحی درگیر را بررسی کنید .وضعیت گردش خون قلبی، راه هوایی، و تنفسی بیمار را بر اساس پروتکل بیمارستان بررسی کنید. | -بلافاصله وضعیت آسیب به تمام نواحی درگیر را بررسی کنیدوضعیت گردش خون قلبی، راه هوایی، و تنفسی بیمار را براساس پروتکل بیمارستان بررسی کنید. |
| - درخواست کمک کنید .در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید. | -درخواست کمک کنید .در صورت نیاز کد احیا را فعال کنید . |
| - بیمار را تازمانی که مطمئن شوید حرکت دادن وی از نظر ایمنی مشکلی ندارد حرکت ندهید مهره های گردن را معاینه کنید .در صورتی که اندیکاسیون آسیب به ستون فقرات وجود دارد حرکت ندهید .به جای حرکت دادن بیمار ، مهره های گردن را بی حرکت کنید و به پزشک معالج بیمار فوراً اطلاع دهید. | -بیمار را تازمانی که مطمئن شوید حرکت دادن وی از نظر ایمنی مشکلی ندارد حرکت ندهید مهره های گردن را معاینه کنید .در صورتی که اندیکاسیون آسیب به ستون فقرات وجود دارد حرکت ندهید .به جای حرکت دادن بیمار ، مهره های گردن را بی حرکت کنید و به پزشک معالج بیمار فوراً اطلاع دهید. |
| - بر اساس معیار گلاسکو ، سطح هوشیاری بیمار را چک کنید. | -تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه را آغاز کنید . به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید. |

| | |
|---|--|
| <p>- تمام آسیب های آشکار را مشخص کنید و کمک های اولیه را آغاز کنید. به عنوان مثال زخم های بیمار را بپوشانید</p> <p>- به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند.</p> | <p>-به بیمار کمک کنید که با استفاده از روش های ایمن جابجایی، حرکت کند.</p> |
| <p>اقدامات بعدی:</p> <p>- مشاهدات وضعیت نورولوژیکی بیمار شامل امتیاز معیار گلاسکو کم، بررسی علائم نشان دهنده سکته مغزی، تغییر در سطح هوشیاری بیمار، سردرد، فراموشی amnesia یا استفراغ .</p> <p>- علائم حیاتی بیمار را برای به دست آوردن یک مینا چک کنید (فشارخون، ضربان قلب، تعداد تنفس، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون).</p> <p>- تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید</p> <p>- به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید</p> <p>- در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید.</p> <p>- تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد انجام دهید</p> <p>- همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی، نوار قلب و سی تی اسکن</p> <p>- فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید.</p> <p>- آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید.</p> | <p>اقدامات بعدی:</p> <p>علائم حیاتی بیمار را چک کنید (فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس ، درصد اشباع اکسیژن شریانی و هیدراتاسیون). تمام زخم های بیمار را تمیز و پانسمان کنید . به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید در صورتی که نیاز باشد و منع مصرف وجود نداشته باشد به بیمار با نظر پزشک مسکن بدهید. تست های بیشتر را در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد، انجام دهید همانند سطح قند خون بیمار و عکس رادیولوژی فرایند مراقبتی فعلی را مرور کنید و استراتژی های اضافه تر پیشگیری از سقوط را به کار ببندید. آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط را در اختیار بیمار یا همراهان وی قرار دهید.</p> |
| <p>پایش بیمار</p> | <p>پایش بیمار</p> |
| <p>- علائم حیاتی بیمار و نتایج پایش نورولوژیک بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار ثبت کنید و سپس آن ها را مرور کنید.</p> <p>- علائم حیاتی بیمار و نتایج پایش نورولوژیک بیمار را حداقل هر ۴ ساعت یک بار ثبت کنید و سپس آن ها را مرور کنید.</p> <p>در صورتی که هرگونه تغییری در وضعیت بیمار ایجاد شد بلافاصله به پزشک معالج بیمار اطلاع دهید.</p> | <p>پایش بیمار و تحت نظر قرار دادن وی را حداقل هر ۴ ساعت یک بار تا ۲۴ ساعت و یا بر اساس نیاز انجام دهید.</p> |

آموزش راههای پیشگیری از سقوط بیمار

بیمار و همراه او را در بدو ورود به محیط بخش آشنا نمایید

به بیمار آموزش دهید از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب استفاده نماید .

در صورت نیاز در کنار تخت بیمار صندلی راحتی گذاشته شود

از سهولت دسترسی بیمار به وسایل شخصی مانند عینک، دستمال کاغذی مطمئن شوید

به روشنایی اتاق بیماران و راهرو بخش توجه نمایید. راهرو منتهی به توالت و دستشویی باید واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع و اشیاء اضافی باشد.

بیماران دارای اختلال هوشیاری و دلیریوس در صورت نیاز با دستور پزشک مهار شوند.

در فرم ارزیابی اولیه، بیمار در معرض سقوط را بر اساس معیار مورس در بزرگسال و هامپی دامپی در کودکان شناسایی نمایید
برچسب زرد رنگ با ثبت نوع خطر را بر روی پرونده، کاردکس و پایین تخت بیمار با نمره مورس ۴۵ و معیارهامپی دامپی بیشتر از ۱۲ نصب نمایید.

(با توجه به اینکه تمام بیماران اعصاب و روان در معرض خطر سقوط هستند فقط بیماران با ریسک بالا لیبیل نصب میگردد) اهمیت برچسب و علت نصب برچسب زرد را برای همراه توضیح می دهد.

در صورتی که بیمار ریسک بالا دارد تشک بیمار در اتاق ایزوله و در صورت نیاز روی زمین قرار داده شود تا احتمال سقوط کم گردد.

تمام بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در راندهای روتین ارزیابی مجدد نمایید

ارزیابی خطر سقوط بایستی حداقل یک بار در روز و هنگام تغییر شرایط بیمار صورت گیرد

بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون استفاده می کنند حتما فشار خون آنها چک گردد و نظارت بیشتری شوند
بیماران با ریسک بالا نزدیک ایستگاه پرستاری قرار داده شوند.

استفاده از وسایل کمک حرکتی به بیمار و همراه بیمار آموزش داده شود.

آموزش بالا بودن نرده های کنار تخت زمان حضور بیمار در تخت داده شود

آموزش نحوه پایین آوردن نرده کنار تخت و نحوه پایین آمدن از تخت (ابتدا لبه تخت نشسته و سپس به آرامی از تخت جارج شود) به بیمار داده شود.

عدم استفاده از تخت، برانکارد، میز و کمد کنار تخت بیمار به عنوان تکیه گاه توسط پرستار به بیمار آموزش داده شود.

کمک به بیمار زمان رفتن به سرویس بهداشتی توسط پرستار انجام م گیرد

تکرار آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراه انجام گردد

بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون، مسکن ها، خواب آورها و شل کننده ها، دیورتیک ها، داروهای اعصاب و روان مصرف می کنند و بیماران معتاد بیشتر از سایر بیماران در معرض خطر سقوط می باشند

به مواردی از جمله وضعیت روحی روانی، مشکلات حرکتی و تعادلی، بینایی، شنوایی، استرس، NPO بودن بیمار توجه نمایید
علائم بالینی ارتوستاتیک (فشارخون، نبض و علائم بالینی) بیماران که در معرض خطر هیپوولمیا هستند را در وضعیت خوابیده به پشت، ایستاده (در صورتی که قادر به ایستادن نیست در حالت نشسته با پاهای آویزان) بررسی نمایید

در زمان OOB شدن بیمار پرستار در کنار بیمار حضور داشته باشد

در اتاق درمان و یا واحدهای تشخیصی، بیماران در معرض خطر را تنها رها ننمایید

نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند تا حد امکان اتاق نزدیک سرویس بهداشتی باشند

اینچارج بخش در زمان تحویل و تحول بیماران سالم بودن side rail را بررسی نماید.

اینچارج بخش تمیزی و خشک بودن کف بخش را بررسی می نماید.

خدمات در صورتی که کف بخش خیس، کثیف یا لغزنده باشد بلافاصله تمیز و خشک نماید

اطمینان از قفل بودن چرخ های تخت بیمار، برانکارد و صندلی چرخدار وقتی در حالت سکون است، توسط کلیه پرسنل درمانی، خدمات، بیماربر در حین استفاده صورت گیرد.

بیمارانی که مراقب دارند لازم می باشد پرستار بر نحوه مراقبت آنها نظارت داشته و در صورت نیاز آموزش لازم به آنها داده شود

منابع:

- راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار، ارسالی از وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی
- سایت WWW.AHRQ.COM
- راهنمای بالینی پیشگیری از سقوط بیمار ارسالی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز