

دستورالعمل (Instruction)

عنوان دستورالعمل : ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط			کد سند : INS-CC-38
تاریخ تدوین : 95/8/10	تاریخ ابلاغ : آذر ماه 1401	تاریخ بازنگری : آبان ماه 1401	شماره ویرایش : پنجم

تعریف سقوط:

رویدادی است که طی آن بیمار بستری در بیمارستان به صورت تصادفی و غیر عمدی بر روی سطوح و یا کف سقوط می کند و ممکن است آسیب یا جراحت ناشی از آن روی بدن مشخص شود یا بدون علامت باشد. سقوط ممکن است از روی صندلی یا تخت، از روی سطح ناصاف، لغزنده ، مرطوب، در زمان حرکت، در زمان فعالیت های بازتوانی و غیره اتفاق بیافتد.

گامهای دقیق انجام عملیات (حالت افعال به کار برده شده امری (دوم شخص جمع) باشد جملات ساده - کوتاه - مختصر) :

- 1- در ارزیابی اولیه در بدو پذیرش و ارزیابی در هر شیفت، با استفاده از معیار مورش خطر سقوط را در بیماران بستری پیش بینی کنید و معیار مورش را برای تمامی بیماران در HIS ثبت نمایید.
- 2- بر اساس ارزیابی بیمار با ابزار مورش، در صورت احتمال خطر سقوط بیمار (امتیاز ≤ 45 در معیار مورش) تمهیدات لازم جهت پیشگیری را به شرح ذیل انجام دهید.

- جهت بیماران مستعد سقوط، لیبل زرد با درج احتمال بروز سقوط بر روی دستبند شناسایی بیمار الصاق نماید.
- در بدو پذیرش بیماران هوشیار را با محیط اطراف خود آشنا نمایید و نحوه استفاده از سیستم احضار پرستار را برای آنها توضیح دهید.
- هدف و روش استفاده از توصیه های ایمنی و چگونگی پایین آمدن از تخت و صندلی را به بیمار و خانواده او توضیح دهید.
- حریم خصوصی بیمار را حفظ کنید.
- از کارکرد صحیح سیستم احضار پرستار اطمینان حاصل کنید.
- در صورت امکان تخت را به پایین ترین موقعیت خود حرکت دهید.
- از پله کنار تخت یا زیر پای در هنگام خروج بیمار از تخت استفاده کنید.
- جهت خروج از تخت در بیماران مسن و مستعد سقوط از روش Dangling (بار اول بیمار بر روی تخت می نشینند و پاهای خود را از کنار تخت آویزان میکند و حرکت می دهد. بار دوم بیمار بر روی صندلی کنار تخت می نشیند بار سوم بیمار در داخل اتاق حرکت می کند و بار چهارم بیمار از اتاق خارج می شود.) استفاده نمایید.
- از تمیز و خشک بودن سطح سطوح اطمینان حاصل کنید.
- به بیماران در معرض خطر سقوط، به ویژه در هنگام شب، بیشتر نظارت کنید.
- بیمار را تشویق کنید تا در صورت نیاز به روشنایی، در خواست کمک کند. و اطمینان حاصل کنید که نور در دسترس بیمار است.

از Fix و بالا بودن Bedside ها و قفل بودن چرخ تختها اطمینان حاصل کنید و نحوه باز و بسته کردن قفل Bedside ها را در صورت لزوم، به بیمار و همراه بیمار توضیح دهید.

از کارکرد صحیح Bedside ها و قفل چرخ تختها اطمینان حاصل کنید.

ترتیبی اتخاذ کنید که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هر گونه مانع، اشیاء زاید و اضافی باشد.

بیماران را تشویق به استفاده از میله های نصب شده در سرویس بهداشتی و حمام نمایید.

بیمار را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفشهای مناسب بپوشند تا سر نخورند.

در صورت لزوم دسترسی بیمار به واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی را تسهیل نمایید.

محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار بررسی نمایید.

در اتاق درمان و واحدهای تشخیصی بیماران مستعد سقوط را تنها رها ننمایید.

در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکارها اطمینان حاصل نمایید و جابجایی بیمار را به روش ایمن انجام دهید.

بیمار یا مراقبین (همراهان) او را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.

برای بیماران بی قرار با دستور پزشک از مهار فیزیکی و در صورت لزوم از مهار شیمایی استفاده نمایید.

از وجود وسایل مورد نیاز بیمار در کمد کنار تخت اطمینان حاصل کنید.

در بین ساعات 10 شب تا 6 صبح هر ساعت یک بار به بیمار سرکشی کنید و فعالیتهای ذیل را انجام دهید. (بررسی سطح درد بیمار، در

اختیار دادن داروی بیمار، بررسی نیاز بیمار به اجابت مزاج، اطمینان از وضعیت قفل تختها و بالا و Fix بودن Bedside ها، بررسی سهولت

دسترسی بیمار به سیستم احضار پرستار، بررسی در دسترس بودن دستمال کاغذی، میز کنار تخت و سطل آشغال).

در صورتی که بیمار داروهای تاثیر گذار بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن (داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین ها،

ضد فشارخون، داروهای قلبی، آنتی آریتمی یا ضد افسردگی و دیورتیکها) را مصرف می کند بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین

میزان خود در خون می رسد کنترل نمایید.

بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی می باشند:

A. از در دستر بودن وسایل کمک حرکتی آنها اطمینان حاصل نمایید. در صورتی که بیمار وسایل کمک حرکتی را از منزل آورده

باشد ایمنی وسیله را به جهت استفاده در بخش بررسی نمایید.

B. حتی با وجود وسایل کمک حرکتی بیمار را از جهت نیاز به کمک بررسی نمایید.

نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند بر طبق زمانبندی (به فواصل منظم و مستمر) رفع نمایند. و در صورت صلاحدید

پزشک معالج سوند فولی یا اکسترنال تعبیه نمایید.

اختلال بینایی بیماران بستری را در حد امکان (مانند در دسترس قرار دادن عینک، فراهم کردن نور کافی و...) رفع نمایید.

3- سرپرستاران بر ارزیابی اولیه و ارزیابی های هر شیفت پرستاران از بیماران و مراقبتهای ارائه شده به بیماران در معرض خطر سقوط و ثبت شاخص معیار موریس و سقوط بیمار نظارت داشته باشید.

4- در صورت سقوط بیمار بلافاصله جهت بررسی در کمیته RCA در شیفتهای عصر و شب به سوپروایزر بالینی و در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش نمایید.

ارزیابی ریسک سقوط بیمار براساس معیار موریس		
امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۳۰	بله	تشخیص ثانویه(سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و...)
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی	
۲۰	بله	درمانی IV
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیتهای حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به محدودیتهای تواناییها	

امتیاز ریسک افتادن	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ - ۴۴
ریسک کم	۰ - ۲۴

منابع :

- اصول پرستاری کوزیر 2018 (مفاهیم، فرآیندها، اقدامات) جلد چهارم -
راهنمای پیشگیری از زخم فشاری (Prevention Pressure Ulcer Guideline) فرناز مستوفیان 1394
- پیشگیری از افتادن در بیمارستان ها: مجموعه ابزار برای بهبود کیفیت مراقبت، توسط AHRQ، 2013.
امکانات مرتبط : سیستم احضار پرستار، فرم ارزیابی خطر سقوط موریس

کارکنان مرتبط: سرپرستاران ، پزشکان ، کارشناسان پرستاری و کمک بهیاران

نام و نام خانوادگی و سمت تهیه کننده/تهیه کنندگان :				
نام و نام خانوادگی و سمت تأیید کننده :		نام و نام خانوادگی و سمت تصویب کننده :		
دکتر حسین دوستکامی معاون آموزشی	دکتر حسین دوستکامی معاون آموزشی	دکتر حسین دوستکامی معاون آموزشی	مهناز داوری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	اعظم مظفری سرپرستار
		رقیبه عزیزی سرپرستار	فریبا ساقی سرپرستار	واحد علائی سوپروایزر آموزشی