



عنوان روش اجرایی: مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری

تعاریف:

زخم فشاری به زخمی گفته میشود که بعلت وارد آمدن فشاری بیش از فشار طبیعی به مدت طولانی در سطح پوست ایجاد میشود که موجب نکروز ناحیه محدودی از بافت نرم میشود.

انواع زخم بستر:

درجه ۱: پوست بی رنگ شده و با فشار ملایم انگشت تغییر رنگ ایجاد نمی شود

درجه ۲: شامل حس حرارت در ناحیه تحت فشار و مشاهده قرمزی و مختصری گسیختگی پوست یا تاول می باشد

درجه ۳: درگیری بافتهای زیر پوست که همراه با نکروز بافت می باشد

درجه ۴: در برگیرنده عضلات و تاندونها ، همراه با تخریب وسیع

مراحل انجام کار در روش اجرای :

- کلیه بیماران (اعم از بیماران بیحرکت، ادماتو و زیر ونتیلاتور) توسط سرپرستار یا پرستارمسئول بیمار از نظر داشتن فاکتورهای مستعدکننده زخم بستر بررسی می شوند.

- سیستم پوششی بیمار در هر کشیک توسط پرستار بررسی می شود-

- جهت جلوگیری از زخم برنامه مراقبت پرستاری بر حسب وضعیت بیمار شامل موارد زیر می باشد-

- تغییر پوزیشن مرتب بیمار حداقل هر ۲ ساعت انجام می شود از پوزیشن پهلو به پهلو بیشتر استفاده می شود چون فشار وارد آمده به بافت ها و نواحی استخوانی کمتر است.

- اگر بیمار در پوزیشن طاق باز است توسط یک بالش پاشنه های پا بالاتر از سطح تشک قرار گیرد و برای بیماران مستعد از تشک مواج استفاده کنید .

- شانه ها و هیپ در وضعیت مناسب قرار میگیرد.

- ملافه ها صاف و خشک وبدون چروک نگه داشته میشود.

محل های مستعد زخم شناسایی شده و ماساژ نواحی تحت فشار که به تسهیل جریان خون کمک می نماید، انجام میپذیرد.

پوست وملحفه تمیز نگه داشته میشود.

نیازهای تغذیه ای و هیدراتاسیون کافی برای بیمار با نظر و موافقت پزشک تامین میشود.



- علائم حیاتی از نظر بروز تب بطور منظم کنترل میشود.

در صورت استفاده از محلولهای ضد عفونی در هنگام پانسمان، برای پاک کردن زخم از محلول ضد عفونی کننده از نرمال سالین استفاده میکنیم. ( استفاده از صابون و انتی سپتیک و تمیز کننده پوستی به علت مسمومیت بالا و به تاخیر انداختن ترمیم زخم توصیه نمی شود. به علت افزایش احتمال عفونت و حساسیت پوستی استفاده از پمادهای انتی باکتریال توصیه نمی شود. گرفتن کشت از ضایعات عفونی ( و درمان مناسب عفونت در این زخم ها بسیار مهم است )

پرستار مسئول بیمار در هر شیفت کاری و موقع تحویل شیفت بیمار را از نظر قرمزی پوست کنترل میکند.

کلیه اقدامات مراقبتی و نتایج حاصله توسط پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری ثبت میشود

پرستار مسئول بیمار یا سرپرستار پیشرفت یا عدم پیشرفت روند بهبود زخم را به پزشک گزارش میدهد

در صورت نیاز به پانسمان خاص یا پانسمانهای تجاری پزشک دستور کتبی را در پرونده بیمار ثبت می نماید

پرستار مسئول بیمار یا سرپرستار به خانواده بیمار نکات آموزشی جهت بررسی مداوم پوست و همکاری با پرسنل بخش در پیشگیری از

زخم یا مراقبت از زخم بستر ونحوه مراقبت در منزل را آموزش میدهند

در صورت عدم درمان و نیاز به مداخلات جراحی، درخواست مشاوره جراحی توسط پزشک معالج داده میشود

مسئولیت ها و اختیارات

پزشک معالج: دستور درمان

پرستار مسئول: پیگیری و مراقبت های پرستاری

امکانات: ست استریل پانسمان، لگن، چند عدد بالش، صابون در صورت لزوم، گاز استریل، محلول سالین

منابع: دستورالعمل زخم بستر - کتاب مرجع پرستاری

مدارک مرتبط و ضمیمه: دستورالعمل ۹ راه حل ایمنی بیمار بند ۳

<p>تصویب کننده: خانم دکتر فاطمه کردستانی ریاست مرکز</p>	<p>تایید کننده: طیبه اژدری مدیر خدمات پرستاری</p>	<p>تهیه کننده: صدیقه مهدیان سرپرستار</p>
---	---	--