



فرم خلاصه مشخصات دوره با پودمانهای آموزشی
(دوره دوره‌های غیر حضوری)



عنوان دوره : زخم فشاری و مراقبت پرستاری آن

مدت ساعت آموزشی : ۷ ساعت

نوع دوره : شغلی * عمومی بهبود مدیریت

شرایط شرکت کنندگان : پرستار ، کاردان و کارشناس اتاق عمل ، کاردان و کارشناس بی هوشی

اهداف کلی دوره : آشنایی پرسنل با انواع زخم فشاری و مراقبت پرستاری آن

اهداف رفتاری دوره : فراگیر باید در پایان دوره بتواند :

- ۱- عوامل خطر ایجاد زخم فشاری را بیان کند.
- ۲- نقاط آناتومیکی ایجاد زخم فشاری را بیان نماید.
- ۳- پوست بیمار را جهت پیشگیری از زخم فشاری بررسی نماید.
- ۴- خصوصیات انواع زخم فشاری را بیان نماید.
- ۵- روشهای پیشگیری از زخم فشاری را با صحت ۸۰ درصد انجام دهد.
- ۶- مراقبتهای پرستاری از بیمار دارای زخم فشاری را با صحت ۸۰ درصد انجام دهد.
- ۷- پانسمان مناسب برای انواع زخم فشاری را انتخاب کند.
- ۸- نمره معیار برادن را با صحت ۱۰۰ درصد محاسبه کند.
- ۹- روشهای درمان زخم فشاری را بیان نماید.

محتوا و سرفصل :

آشنایی با ساختار پوست و لایه های مختلف پوست	- آشنایی با زخم فشاری
- آشنایی با عوامل ایجادکننده زخم فشاری	- آشنایی با عوامل مستعد کننده زخم فشاری
- آشنایی با نقاط ایجاد زخم فشاری	- آشنایی با طبقه بندی زخم فشاری
- آشنایی با روشهای پیشگیری از زخم فشاری	- آشنایی با نحوه تغییر وضعیت و ماساژ نواحی تحت فشار
- آشنایی با روشهای درمان زخم فشاری	- آشنایی با انواع پانسمانهای زخم فشاری
- آشنایی با نحوه محاسبه نمره معیار برادن	

۱. منابع آموزشی استفاده شده : اصول و فنون پرستاری پوتر و پری. گروه مترجمین اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تهران. اندیشه رفیع. چاپ اول ۱۳۹۳ .

۲ . اصول و فنون پرستاری پوتر و پری احمدعلی اسدی نوقابی مریم شیری منیره اسدی ایران زبردست . انتشارات بشری. چاپ اول ۱۳۸۶ .

۳. اصول پرستاری تایلور مفاهیم پرستاری بخش دوم. ترجمه افتخاری منش الف، احمدلاریجانی ف. انتشارات نادر. چاپ اول ۱۳۸۷ .

۴. حیدری ش، شیرازی ف، خردمند م ، آزادپور م ، سنجری م . کمک بهیاری. سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۳ .

۵. کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری. سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران چاپ اول ۱۳۸۵ .

۶. www.isaarsci.ir

7. www.slideshare.net

8. <http://esfahannursing.persianblog.ir>

تهیه کنندگان : طاهره پاک فطرت- مرضیه امیری

تاریخ تهیه : بهار ۱۳۹۷ بازنگری بهار ۱۳۹۸

مقدمه:

زخم های فشاری، یکی از شایع ترین اختلالات پوستی و بافتی هستند که هزینه های زیادی را بر سیستم مراقبت و خانواده تحمیل می کند و بارکاری مراقبین را افزایش می دهد. شیوع این زخم ها در ایالات متحده به طور تقریبی ۱,۵ تا ۳ میلیون مورد در سال برآورد شده است. ۶۰ درصد یا بیشتر این موارد در بیماران بستری در بیمارستان، ۱۸ درصد در بیماران ساکن خانه های سالمندان و ۷ تا ۱۲ درصد در بیمارانی که در منزل مراقبت دریافت می نمایند دیده می شود.

آموزش بیماران و مراقبین برای چگونگی پیشگیری از زخم های فشاری به یک برنامه جامع و سازماندهی شده نیاز دارد. در ابتدا مراقبت کنندگان بهداشتی باید اطلاعات پایه ای در اختیار بیماران و مراقبین قرار دهند، اطلاعاتی که اصطلاحات مربوطه را توضیح دهد، عوامل خطر را مشخص سازد، توضیح دهد زخم فشاری در کجا و چگونه بوجود می آیند و به شرح انواع انتخاب ها و راهکارهای پیشگیری کننده بپردازد.

مداخله فعالانه می تواند از درد و ناراحتی غیرضروری بیمار بکاهد، مانع تخریب بیشتر بافت شود، التیام زخم را تسریع نموده و بالاخره در هزینه های بهداشتی صرفه جویی نماید.

در میان اعضای تیم مراقبت، پرستاران بهیاران و کمک بهیاران نیز می توانند در پیشگیری و درمان زخم های فشاری نقش کلیدی داشته باشند. لذا آشنایی با این مشکل سلامتی ضروری به نظر رسید.

۱. پوست : پوست بزرگترین اندام بدن بوده و سرتاسر آن را پوشانده است. دارای دو لایه اصلی اپیدرم (جلد) و درم (زیرجلد) می باشد.

اپیدرم یا جلد: لایه خارجی پوست است. سلول های آن مدام در حال ریزش و جایگزینی هستند. وقتی این لایه آسیب ببیند دوباره رشد کرده و زخم را می پوشاند.

لایه درم یا زیرجلد : ضخامت آن بیشتر از اپیدرم است. شامل کلاژن، رگ های خونی و اعصاب است. محافظی برای عضلات، استخوان و ارگان های بدن می باشد.

زیر پوست بافت چربی و در زیر آن عضله و سپس استخوان قرار دارند

۱-۱. وظایف پوست:

۱- سد محافظ در برابر میکروب ها و مواد خارجی

۲- اندام حسی برای درد، حرارت و لمس

۳- تعادل مایعات

۴- عملکرد ایمنی

۵- ساخت ویتامین D

2-1 . تغییرات پوست در سالمندی و پیری :

- کاهش قابلیت برگشت پذیری پوست، کاهش کلاژن، نازک شدن عضلات و بافت های زیرین که باعث افزایش خطر پاره شدن پوست در برابر ضربه می شود.
- بیماری و مصرف داروهای مختلف در دوران سالمندی مانع التیام زخم می شود.
- التیام آهسته زخم
- نازک شدن لایه زیرجلدی در روی برجستگی های استخوانی
- سوء تغذیه در سالمندی شایع است.

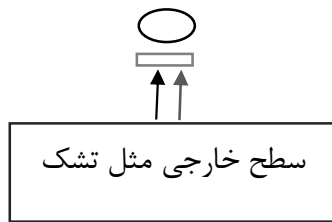
آسیب به پوست خطرات زیادی را برای ایمنی بدن ایجاد می کند

۲. زخم بستر:

زخم بستر ضایعه ای است که در اثر فشار طولانی مدت در پوست و بافت های زیرپوستی ایجاد می شود. زخم بستر (بدسور) ، زخم فشاری و زخم تخت اصطلاحاتی هستند که برای آسیب پوست ناشی از فشار طولانی مدت استفاده می شود اما به دلیل اینکه فشار مهمترین عامل زمینه ای ایجاد کننده این ضایعه است بیشتر به زخم فشاری مشهور است. ما نیز در این جزوه آموشی از اصطلاح "زخم فشاری" استفاده کرده ایم.

زخم های فشاری یکی از شایع ترین اختلالات پوستی و بافتی هستند که هزینه های زیادی را بر سیستم سلامتی تحمیل می کنند. وقتی به بافت نرمی که از یک طرف با برجستگی استخوانی و از طرف دیگر با یک سطح خارجی در تماس است فشار وارد شود زخم ایجاد می گردد.

برجستگی استخوانی



۳. اختلال در خونرسانی بافتی: وقتی به پوست خون نرسد سلول های آن مرده و زخم ایجاد می شود. اختلال خونرسانی به پوست با این مکانیسم ها رخ می دهد:

۱-۳ فشار خارجی: فشار مهمترین عامل ایجاد زخم فشاری است. بافت های بدن اکسیژن و مواد غذایی را از خون می گیرند و مواد دفعی و زاید را وارد خون کرده و از خود دور می کنند. فشار زیاد، رگ های تغذیه کننده بافت را بسته و خونرسانی را دچار مشکل می کند.

سه عامل مرتبط با فشار: شدت فشار، طول مدت فشار و تحمل بافت

■ **شدت فشار:** وقتی فشار وارده به بافت بیش از حد طبیعی باشد و رگ های خونی پوست به مدت طولانی بسته شوند کمبود اکسیژن اتفاق می افتد و اگر طول بکشد باعث مرگ سلول های بافت می شود.

■ **طول مدت فشار:** در صورتی که فشار کم به مدت طولانی ادامه یابد منجر به آسیب بافتی می شود. وقتی شدت فشار زیاد باشد حتی در زمان کوتاه می تواند باعث آسیب به بافت شود. به طوری که در بی حرکتی حتی به مدت ۱ تا ۲ ساعت می تواند ایجاد زخم کند!

■ **تحمل بافتی:** تحمل بافت در برابر فشار، به سالم بودن آن و ساختمان های حمایتی اش بستگی دارد. وجود برش، خراش، سایش، رطوبت، سوء تغذیه، سن بالا، کم آبی بدن و فشارخون پایین می تواند تحمل بافت به فشار را کم کند.

۲-۳. اصطکاک: وقتی دو سطح روی یکدیگر مالش داده شوند (پوست روی سطح خارجی) اصطکاک و پارگی یا آسیب مویرگی رخ می دهد **مثلا:**

- وقتی که بیمار روی ملافه های چین وچروک دار خوابیده باشد.

- زمانی که بیمار قصد بلند شدن و حرکت کردن از تخت را دارد و از دست ها و پاهایش برای این کار استفاده می کند پوست ناحیه آرنج و پاشنه پا آسیب می بیند.

- زمانی که بیمار از تخت به برانکار منتقل می شود یا روی ملافه ی تخت کشیده می شود در ناحیه پشت اصطکاک ایجاد می شود.

۳-۳ . کشش : وقتی یک لایه از پوست روی لایه دیگر کشیده می شود آسیب مویرگی اتفاق افتاده و میتواند باعث ایجاد زخم عمیق شود **مثلا:**

- هنگام انتقال به تخت یا انتقال از تخت به برانکار یا صندلی اگر به جای بلند کردن بیمار او را روی تخت بکشیم، کشش ایجاد می شود.

- زمانی که بیمار در وضعیت نشسته در تخت است سر تخت بالاست، بدن به سمت پایین سر می خورد بافت های زیر پوست نیز به سمت پایین حرکت می کنند ولی پوست در اثر تعریق به ملافه چسبیده و حرکت نمی کند در این حالت کشش رخ می دهد.

غیر از سه عامل ذکر شده عوامل دیگری نیز وجود دارند که به پیدایش زخم فشاری یا بدتر شدن آن کمک می کنند. در بخش بعدی با این عوامل آشنا می شویم.

۴. عوامل مستعد کننده زخم های فشاری :

۴-۱. عدم تحرک : فردی که برای مدت طولانی خوابیده یا نشسته است در معرض خطر ابتلا به زخم های فشاری می باشد چرا که عدم تحرک باعث فشار طولانی بر روی سطح بدن می شود. یک انسان سالم، در هنگام خواب به طور غیر ارادی مرتبا وضعیت خود را عوض می کند و به این ترتیب محل هایی از پوست را که زیر فشار قرار می گیرند تغییر داده و اجازه می دهد که به طور نوبتی به همه قسمت های پوست زیر بدن خود برسد. بیماران فلج یا فاقد هوشیاری که نمی توانند حرکت کنند و مددجویان شدیداً افسرده که تمایلی به حرکت ندارند مستعد زخم فشاری هستند. جراحی های طولانی و استفاده از آرامبخش و مسکن نیز می توانند باعث کاهش حرکت شوند. به عبارت دیگر در هر کسی که زیاد حرکت نمی کند و نمی تواند به راحتی وضعیت خود را تغییر دهد، ممکن است زخم بستر ایجاد شود.

این بی حرکتی ممکن است به علل زیر ایجاد شود:

➤ ضعف

➤ فلجی

➤ بیماری یا آسیبی که بیمار را مجبور می کند مدت زیادی دراز بکشد و یا به علت درد زیاد قادر به جابجا کردن خود نیست

➤ کما یا کاهش سطح احساس درد مثلا بر اثر مصرف زیاد داروهای ضد درد

۲-۴. **رطوبت**: رطوبت طولانی روی پوست باعث کاهش مقاومت پوست نسبت به ضربه می شود. گرما، نیاز سلولها به اکسیژن را

افزایش می دهد بنابراین گرما و رطوبت منجر به تخریب سلول می شوند، مخصوصا وقتی همراه با فشار باشند. وقتی وضعیت

بهداشت نامناسب باشد، میکروب های موجود در پوست گرم و مرطوب رشد کرده و خطر عفونت زخم فشاری را افزایش

می دهد. وقتی بیمار بی حرکت بوده و قادر به برطرف کردن نیازهای بهداشتی خود نباشد برای تمیز و خشک کردن پوست نیاز

به کمک خواهد داشت. ترشحات زخم، تعریق بیش از حد و بی اختیاری ادرار یا مدفوع باعث رطوبت پوست می شود.

۳-۴. **وضعیت ذهنی**: هر چه فرد هشیارتر باشد، بیشتر می تواند با حرکت کردن و رعایت بهداشت، پوست خود را حفظ کند

بی حسی، گیجی و کما باعث می شود توانایی مراقبت از خود کاهش پیدا کند و احتمال تخریب پوست بیشتر شود.

افرادی که به علت بیماری یا مصرف دارو دچار اختلال حواس و اختلال در قوای شعوری می شوند کمتر خود را در بستر

حرکت می دهند و در صورت تشکیل زخم بستر دیرتر متوجه آن میشوند.

۴-۴. **سن**: بیماران سالمند با خطر بالاتر ایجاد زخم های فشاری روبرو هستند چون پوست افراد مسن، نسبت به آسیب دیدگی

مستعدتر است. پوست افراد مسن نازک تر، ظریف تر، با قابلیت کشش کمتر، خشک تر و شکننده تر از پوست جوان ها است. در

افراد مسن قدرت ترمیم و تکثیر پوست هم کمتر می شود. بیماری های مزمن و ناتوان کننده در این گروه سنی شایع تر است و

می تواند روی گردش خون پوست اثر منفی بگذارد. از طرفی سوء تغذیه و عدم تحرک در سالمندان بیشتر دیده می شود.

۴-۵. کاهش حس لمس : آسیب های نخاعی یا دیگر بیماری ها یا آسیب های دستگاه عصبی می تواند موجب کاهش حس لمس و همراه با آن کاهش حس درد بیمار شود. به این ترتیب بیمار از تشکیل زخم بستر بی خبر بوده و فشار را به پوست ادامه و زخم گسترش می یابد.

۴-۶. وجود وسایل ارتوپدی: گچ و ابزار کشش، حرکت قسمت های انتهایی را کم می کند. بیماری که گچ دارد در خطر بالای ایجاد زخم فشاری است زیرا نیروی مکانیکی خارجی از سطح گچ، سطح پوست را می ساید. زمانی که گچ خیلی سفت و خشک شده باشد یا اندام داخل گچ التهاب داشته باشد، فشار بیشتری وارد می شود.

محافظ گردنی که در آسیب نخاع گردنی استفاده می شود نیز می تواند فرد را در معرض زخم فشاری قرار دهد. سایر ابزارهایی که با پوست تماس پیدا می کنند نیز می توانند منجر به گسترش زخم شود، مثل سوند اکسیژن و سوند بینی - معده ای یا وسایلی که برای محدود کردن بیمار استفاده می شود.

۴-۷. کاهش وزن : در بیماری های مزمن و طولانی، کاهش وزن شدید می تواند موجب کم شدن حجم عضلات و چربی زیر پوستی شده و حالت بالشتک نرمی را که این بافت ها در زیر پوست ایجاد می کنند از بین می رود. در اثر آن پوست تحت فشار زیاد قرار گرفته و زخم می شود.

۴-۸. تغذیه نامناسب : کم شدن دریافتی کالری، پروتئین، ویتامین، مواد معدنی و آب می تواند موجب از دست رفتن سلامتی پوست و مستعد شدن آن به زخم بستر شود.

۴-۹. عدم کنترل ادرار و مدفوع : عدم کنترل ادرار می تواند موجب مرطوب شدن پوست شود و این می تواند پوست را مستعد به زخم بستر کند. آلودگی پوست به باکتری های مدفوع زمینه را برای عفونی شدن زخم بستر فراهم میکند.

۴-۱۰. پوست بسیار مرطوب یا بسیار خشک : هم پوستی که زیاد عرق کرده و مرطوب است و هم پوست خیلی خشک اصطکاک بیشتری با پارچه بستر داشته و احتمال ایجاد زخم بستر را بیشتر می کند.

۴-۱۱. اختلال جریان خون : بیماری های گردش خون مانند دیابت به علت آسیب رساندن به تغذیه پوست می توانند احتمال ایجاد زخم بستر را بیشتر کنند.

۱۲-۴. سیگار : سیگار جریان خون پوست را کم کرده و اکسیژن خون را هم کم می کند. پس در سیگاری ها زخم بستر سریعتر تشکیل شده و دیرتر خوب می شود.

۱۳-۴. اسپاسم عضلات : اسپاسم عضلات یا حرکات غیر ارادی عضلات در بعضی بیماری ها می تواند موجب سایش زیاد پوست بر بستر و ایجاد زخم بستر شود.

۵. نقاط ایجاد زخم فشاری :

در کسانی که مدت زیادی در بستر در **حالت درازکش به پشت قرار گرفته اند** زخم بستر بیشتر در نواحی زیر دیده می شود:

۱- پشت سر ۲- پشت استخوان های کتف (شانه) ۳- آرنج ۴- پشت استخوان خاجی درست بین دو

برجستگی باسن ۵- پشت پاشنه

در کسانی که مدت زیادی در **حالت درازکش به سمت یک شانه (به پهلو)** قرار گرفته اند زخم بستر ممکن است در نواحی زیر دیده شود:

۱- کناره های سر ۲- گوشه لاله گوش ۳- روی برجستگی کناری لگن ۴- روی برجستگی کناری زانو

۵- روی پوست قوزک خارجی

در کسانی که مدت زیادی در بستر در **حالت درازکش به شکم** قرار گرفته اند زخم بستر بیشتر در نواحی زیر دیده

می شود: ۱- آرنج ۲- جناغ سینه ۳- برجستگی های لگن ۴- زانو ۵- انگشتان پا

در کسانی که مدت زیادی در **ویلچر** می نشینند زخم بستر می تواند در محل های زیر تشکیل شود:

○ پشت استخوان خاجی درست بین دو برجستگی باسن یا روی برجستگی باسن

○ پشت استخوان های کتف یا ستون مهره

○ پوست روی ساعد یا ران در جایی که روی صندلی تکیه می دهند.

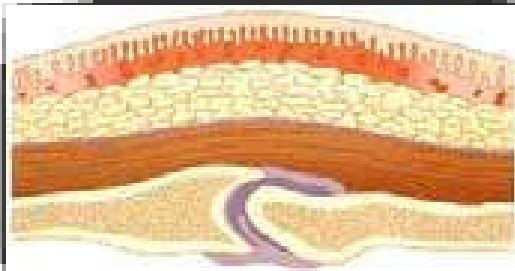
شایع ترین محل ایجاد زخم فشاری ساکروم و دنبالچه یعنی

وسط دو لب باسن در پشت است.

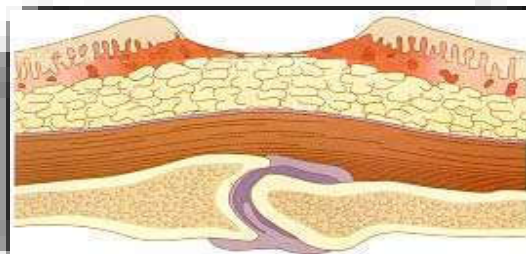
۶. طبقه بندی زخم های فشاری :

در بیماران مستعد زخم فشاری یا بیمارانی که مبتلا به زخم شده اند ضروریست در فواصل منظم زخم بررسی و ارزیابی شده و مراقبت مناسب انجام شود. در بررسی زخم فشاری باید عمق بافت درگیر (درجه) ، نوع و اندازه زخم ، ترشحات و وضعیت پوست اطراف زخم در نظر گرفته شود.

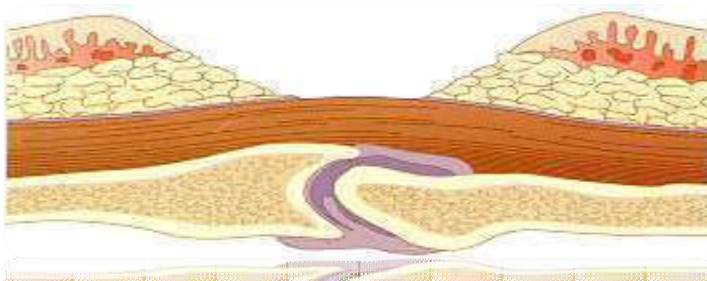
زخم درجه ۱ : قرمزی بدون رنگ باختن. پوست سالم است در کسانی که رنگ پوستشان روشن است پوست قرمز شده و وقتی با انگشت به آن فشار می آوریم سریع سفید نمی شود. پوست ممکن است دردناک، سفت تر یا نرم تر، سردتر یا گرم تر از پوست اطراف باشد.



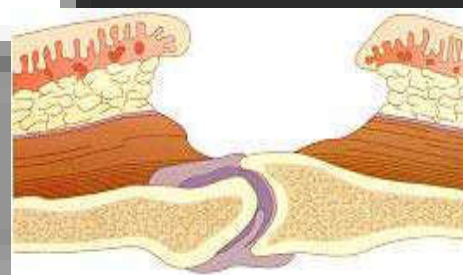
زخم درجه ۲ : لایه رویی پوست (اپیدرم) از بین می رود. یک زخم کمی فرورفته به رنگ صورتی یا قرمز در محل تشکیل می شود. ممکن است تاول تشکیل شود.



زخم درجه ۳: لایه داخلی پوست نیز از بین می رود . چربی زیر پوست نمایان می شود زخم گود می شود ته زخم بافت مرده زرد رنگی هست.



زخم درجه ۴: از بین رفتن کامل پوست، عضله، تاندون یا استخوان نمایان می شود کف زخم بافت مرده خشکیده است. آسیب وسعت یافته و به زیر پوست به ظاهر سالم هم گسترش یافته است.



زخم غیر قابل درجه بندی: ضخامت کامل بافت از بین رفته اما بستر زخم با بافت تغییر شکل یافته (زرد ، خاکستری ، سبز و قهوه ای) پوشیده شده است . جهت تعیین عمق واقعی و درجه زخم باید بافت اسلاف یا اسکار به اندازه ای برداشته شود تا بستر زخم نمایان گردد.



سیر بهبودی زخم : فاکتورهای زیادی سیر بهبودی زخم را تحت تاثیر قرار می دهند. این فاکتورها عبارتند از : شدت زخم، نوع درمان، سن بیمار، حال عمومی بیمار، وضعیت تغذیه و توانایی حرکت بیمار.

برای مثال در یک فرد پیر، با وضعیت تغذیه مناسب و دارای توانایی حرکت، احتمال زیادی دارد زخم فشاری درجه ۲ در مدت ۶-۱ هفته بهبود یابد.

زخم های عمیق درجه ۲ تا درجه ۴ معمولاً بعد از ۶ هفته تا ۳ ماه بهبود می یابند. در صورت عفونی شدن، زمان بهبودی زخم طولانی می شود.

۷. پیشگیری از زخم فشاری :

در بخش اول این بسته آموزشی با عوامل مستعدکننده زخم فشاری آشنا شدیم. در این بخش نحوه بررسی بیمار و عوامل مستعدکننده مطرح می شود. اگر بررسی بیمار نشان دهد که او جزو افراد مستعد و با خطر بالا برای ایجاد زخم فشاری است باید اقدامات پیشگیری کننده انجام شود. پیشگیری همواره بهتر از درمان است و توجه ویژه به بیماران بی حرکت، تغییر وضعیت بدنی و استفاده از تشک های مخصوص اهمیتی حیاتی دارد.

۷-۱. بررسی بیمار :

از پیدایش بسیاری از زخم های فشاری می توان پیشگیری کرد. انجام یک بررسی و شناخت جامع و کامل جهت مشخص کردن بیماران در معرض خطر، عوامل مستعدکننده و شواهد زخم های فشاری موجود جزو اولویت های مراقبتی محسوب می شود. برای بررسی می توان از فرم و چک لیست های مختلف استفاده کرد. از این فرم ها می توان به مقیاس برادن اشاره کرد.

معیار برادن : ابزار پیش بینی بروز زخم فشاری است. حساسیت و ویژگی بالا و ارزش اخباری خوبی دارد. استفاده آن در عمل آسان است. **معیار برادن دارای ۶ محور است:**

ادراکات حسی (توانایی پاسخ معنی دار به ناراحتی ناشی از فشار) - رطوبت پوست - درجه فعالیت فیزیکی - تحرک (توانایی تغییر وضعیت بدن و کنترل آن) - تغذیه - ساییدگی و اصطکاک

فایده استفاده و نمره به دست آمده این است که کمک می کند بیمارانی که بیشتر در معرض خطر زخم فشاری هستند شناسایی شده و اقدامات پیشگیرانه در مورد آنها انجام شود. در بیمار با نمره برادن کمتر از ۱۲ ریسک بروز زخم فشاری به شدت بالا است .

ادراکات حسی (توانایی پاسخ معنی دار به ناراحتی ناشی از فشار)

۱	کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (بدلیل کاهش هوشیاری - دریافت سداتیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)
۲	خیلی محدود: فقط پاسخ به محرک دردناک (عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)
۳	کمی محدود (نیاز به چرخاندن دارد): پاسخ به محرک کلامی - عدم برقراری ارتباط دائمی - محدودیت در احساس درد در یک یا دو عضو
۴	بدون محدودیت: پاسخ به محرک کلامی - نداشتن هیچگونه محدودیت در احساس یا به زبان آوردن درد و ناراحتی

رطوبت (میزان مرطوب بودن پوست):

۱	رطوبت مداوم: پوست همیشه مرطوب است (بدلیل تعریق - ادرار) مشاهده خیسگی در هر بار چرخاندن و یا حرکت دادن بیمار
۲	خیلی مرطوب: پوست در اغلب موارد مرطوب است (نیاز به تعویض ملافه ها در هر شیفت)
۳	گاهی مرطوب: پوست گاهی مرطوب است (نیاز به تعویض ملافه ها بیشتر از یکبار در روز)
۴	بندرت مرطوب: پوست معمولاً خشک است (نیاز به تعویض ملافه بصورت روتین)

فعالیت (درجه فعالیت فیزیکی):

۱	محدود به تخت: استراحت مطلق - بدون تحرک
۲	محدود به صندلی: توانایی راه رفتن شدیداً محدود شده و یا وجود ندارد، نمی تواند وزن خود را تحمل کند و باید با کمک به صندلی منتقل شود .
۳	گاهی راه می رود: گاهی در طول روز راه می رود - طی مسافت خیلی کوتاه با یا بدون کمک - اکثر ساعات را در تخت می گذراند .
۴	مکرراً راه می رود: حداقل دو بار در روز به بیرون از اتاق رفته و هر دو ساعت در اتاق قدم می زند .

تحرك (توانایی تغییر و کنترل وضعیت بدن):

۱	کاملابی حرکت: بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.
۲	حرکت بسیار محدود: گاهی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا می دهد - بدون کمک قادر به تغییرات مکرر و مشخص در بدن و اعضا نیست .
۳	اندکی محدود: بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند .
۴	بدون محدودیت: بدون کمک مکررا پوزیشن خود را تغییر می دهد .

تغذیه:

۱	بسیار کم: هرگز غذای خود را بطور کامل نمی خورد(بندرت بیش از ۱/۳ غذای خود را می خورد)- NPO است و یا به مدت بیش از پنج روز مایعات صاف شده می خورد .
۲	ناکافی: بندرت وعده غذایی خود را می خورد (عموما در حدود نصف غذایش را می خورد)- کمتر از مقدار مورد نیاز رژیم مایعات یا گاوژ دریافت می کند.
۳	کافی: بیش از نصف وعده های غذایی خود را می خورد- گاهی از خوردن یک وعده امتناع می کند، ولی مکمل رژیمی دریافت می کند - تحت گاوژ و یا TPN بر اساس نیازهای تغذیه ای است .
۴	عالی: بیشتر وعده غذایی خود را می خورد - هرگز وعده غذایی را رد نمی کند - گاهی میان وعده نیز می خورد - نیاز به مکمل رژیمی ندارد .

ساییدگی و اصطکاک:

۱	مشکل دار: نیاز متوسط تا زیاد به کمک در حرکت کردن - بلند کردن کامل بدون کشیدن روی ملافه ها غیر ممکن است - مکررا در تخت یا صندلی به پایین می لغزد - نیاز به تغییر پوزیشن مکرر با حداکثر کمک دارد.
۲	مشکل احتمالی: نیاز کمی به کمک در حرکت دارد - در حین حرکت احتمالا پوست توسط ملافه ها، صندلی یا وسایل محدود کننده ساییده می شود.
۳	بدون مشکل: بدون کمک در تخت یا صندلی حرکت می کند و قدرت عضلانی کافی برای نشستن دارد - پوزیشن خوبی را در تخت یا صندلی حفظ می کند .

بیماران در معرض خطر بالای زخم فشاری شامل موارد زیر هستند:

- بیماری که مشکل عصبی دارد.
- بیماری که بیماری مزمن داشته و مراقبت وسیع دریافت می کند.
- بیماری که وضعیت ذهنی اش مختل شده

- بیماری که در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بستری شده است.

- بیماران سرطانی

- بیماران خیلی ضعیف

- بیماران با مشکل ارتوپدی

۷-۲. بررسی پوست :

در هر کسی که مدت زیادی در بستر می خوابد یا در ویلچر می نشیند و نمی تواند وضعیت خود را بطور مرتب عوض کرده و خود را جابجا کند، بررسی مکرر پوست نواحی ذکر شده برای دیدن علائم احتمالی تشکیل زخم فشاری جزئی از مراقبت روزانه است. به محض دیدن علائم ذکر شده باید به پرستار مربوطه اطلاع دهید.

اولین نشانه ای که می تواند نشان دهنده پیدایش زخم فشاری باشد، سفید یا رنگ پریده شدن پوست در منطقه تحت فشار می باشد. خونرسانی ناکافی باعث رنگ پریده شدن پوست می شود. اگر در این مرحله فشار برطرف شود، خونرسانی بهبود یافته و به سرعت پرخونی ایجاد می شود. منطقه قرمز شده و گرم به نظر می آید. انتظار می رود در عرض ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بعد از برداشتن فشار، قرمزی ناحیه برطرف شود.

- از بیمار در مورد احساس فشار و درد سوال کنید.

- تمامی بیماران یک بررسی کامل از پوست باید داشته باشند از سر تا پا. یک بار در هنگام پذیرش و سپس در فواصل منظم در مدت بستری.

- پوست بیمار باید دائما از نظر علائم و نشانه های زخم فشاری بررسی شود.

بررسی پوست بیمار از طریق مشاهده و لمس انجام گرفته و موارد زیر در نظر گرفته می شود:

- رنگ، سالم بودن و حرارت

- پوست مناطق زیر گچ، کشش ها، گردنبندها و سایر وسایل ارتوپدی، مناطق زیر باندها و لوله ها مستعد زخم شدن است.

- وقتی منطقه ای از بدن دچار پرخونی (قرمزی) می شود باید حس، اندازه و رنگ آن منطقه را ثبت کرده و هر یک ساعت مجددا بررسی کرد. وجود جوش یا تاول و دلمه در ناحیه قرمز، علائم خطر برای ایجاد زخم هستند.

۳-۷ . مایعات بدن :

- تماس پوست با مایعات بدن خطر آسیب را بالا می برد. تماس با ادرار، مدفوع، مایع آسیت و ترشحات زخم های چرکی به ویژه برای افراد دچار بیماری مزمن و سوء تغذیه خطر زیادی دارد برای پیشگیری باید بهداشت دقیق و مراقبت انجام گیرد (شستشو و حمام و استفاده از پاک کننده های ملایم).

تمیز کردن پوست برای پیشگیری از آسیب :

- از صابون و آب گرم استفاده نکنید. باعث تشدید خشکی پوست می شود.
- از مواد پاک کننده ملایم استفاده شود.
- بعد از شستشو و خشک کردن پوست از ماده مرطوب کننده استفاده کنید.
- توجه کنید که موقع خشک کردن پوست، حوله را روی پوست نکشید بلکه به روش گذاشتن و برداشتن با فشار کم خشک کردن را انجام دهید.
- اگر بیمار بی اختیاری در دفع مدفوع یا ادرار دارد و پوست آلوده شده، باید ناحیه را به آرامی تمیز و خشک کرد.
- بستر بیمار دایم کنترل شود تا همواره خشک باشد.

۴-۷. بررسی تحرک :

بررسی وضعیت حرکتی شامل ارزیابی توانایی بیمار در حرکت، چرخیدن و تغییر وضعیت بدن است. همچنین اندازه و قدرت عضلانی نیز بررسی و ثبت می شود.

- آیا بیمار توانایی حرکت دارد؟ یا برای این کار نیاز به کمک دارد؟
- آیا بیمار قادر است خود را بلند کرده و به پهلو بچرخد؟
- آیا بیمار فلج بوده و محدودیت حرکتی دارد؟
- آیا بیمار قادر به چرخیدن و تغییر وضعیت خود می باشد؟ یا برای این کار نیاز به کمک دارد؟
- آیا بیمار برای حرکت به وسایل کمکی نیاز دارد؟
- اگر بیمار برای حرکت وابسته به کمک دیگران است باید مکرراً وضعیت او را تغییر داد تا فشار فقط روی قسمت خاصی وارد نشود. این تغییر وضعیت باید براساس بررسی مداوم پوست باشد.

تغییر وضعیت باید:

- ❖ به صورت مکرر و مرتب باشد
- ❖ در حین تغییر وضعیت باید سعی کرد به پوست کشش و آسیبی وارد نشود. بیمار را بلند کنید، روی تخت نکشید.
- ❖ بدن را در وضعیت هایی قرار داد تا قسمت هایی که بیشتر در معرض زخم بستر هستند تحت فشار کمتری قرار گیرند.
- ❖ پوست باید مرتباً تمیز شود.
- ❖ در هر بار تغییر وضعیت، پوست بررسی گردد تا مبادا زخمی ایجاد شده و از نظر دور بماند

تغییر وضعیت در بستر:

در تغییر وضعیت بیماری که در بستر خوابیده باید به نکات زیر دقت کرد:

- حداقل هر دو ساعت یکبار باید وضعیت دراز کشیدن تغییر کند.

○ بیمارانی که قدرت اندام فوقانی آنها خوب است می توانند با استفاده از میله ها و دستگیره هایی که از بالای سرشان در تخت آویزان است وضعیت خوابیدن خود را تغییر دهند.

○ بعضی انواع بالشتک که با آب، فوم، ژل یا هوا پر می شوند می توانند به توزیع بهتر فشار کمک کنند.

○ نباید بالای سر تخت بیمار با بیش از سی درجه بالا آورد (به دلیل سرخوردن و آسیب پوست).

○ وضعیت دراز کشیدن بیمار و استفاده از بالشتک ها را طوری در نظر می گیریم که قسمت های حساس به زخم فشاری کمتر تحت فشار قرار گیرند.

○ به هنگام قرار گرفتن به پهلو باید از خوابیدن مستقیم روی استخوان ران پرهیز کرد. وضعیت دراز کشیدن با زاویه ۳۰ درجه بهترین موقعیت را ایجاد می کند. به این منظور بالش ها را بالا بیاورید طوری که سنگینی بدن روی قسمت گوشتی ران بجای استخوان آن بیفتد.

تغییر وضعیت در بیماری که روی ویلچر نشسته :

در تغییر وضعیت مکرر در بیماری که روی ویلچر نشسته باید به نکات زیر توجه کرد:

○ بیماری که از ویلچر استفاده می کند باید هر ۱۵ دقیقه خودش و هر یک ساعت با کمک دیگری وضعیت خود در ویلچر را تغییر دهد.

○ اگر اندام های فوقانی بیمار به اندازه کافی قوی است باید مرتباً با کمک دست های خود و دستگیره های ویلچر کل بدن خود را از ویلچر بلند کند.

○ بعضی انواع ویلچر می توانند فشار را در قسمت های خاصی از بدن بهتر توزیع کنند و احتمال ایجاد زخم بستر را کاهش دهند.

○ بعضی انواع بالشتک که با آب، فوم، ژل یا هوا پر می شوند می توانند به توزیع بهتر فشار کمک کنند.

۵-۷ . کاهش نیروهای برنده و مالشی :

- از کشیده شدن بیمار بر روی تخت جلوگیری نمایید.
- به بیمار کمک کنید تا برای مدتی بدن خود را بلند کرده و از تخت جدا نماید.

- تخت را از ذرات ریز تحریک کننده پوست تمیز نماید (مثل تکه های غذای ریخته شده روی تخت)
- سر تخت را بیش از ۳۰ درجه بلند نکنید تا بیمار سر نخورد.
- بالشک هایی را از زیر آرنج بیمار قرار دهید تا فشارهایی مالشی بر آرنج کاهش یابد.
- موقع حمام کردن بیمار را به ملایمی بشویید و از ساییدن و محکم شستن پوست خودداری نمایید

۶-۷. کنترل درد :

تسکین درد بیمار باعث می شود احساس راحتی بیشتری داشته و توانایی و تمایل به حرکت و تغییر وضعیت را بیشتر می کند یعنی وقتی بیمار درد کمتری داشته باشد هم قدرت حرکتش بیشتر می شود و هم علاقه و تمایل او به حرکت.

۷-۷. بررسی وضعیت تغذیه ای :

تغذیه در پیشگیری از زخم های فشاری مهم است. بیماران سالمند به ویژه به تغذیه کافی برای سلامت و بهبود مطلوب زخم نیاز دارند. کالری، پروتئین، ویتامین، مواد معدنی و آب باید به اندازه کافی به بدن رسانده شود.

۸-۷. استفاده وسایل کاهنده فشار :

تشک های موج: فشار را در نقاط مختلف پوست مرتبا تغییر می دهند

محافظ پاشنه : کاهش فشار بر پاشنه

محافظ آرنج : کاهش فشار بر آرنج

۹-۷. کاهش تحریک پوستی :

- در بیماری که از طریق ماسک یا کانول بینی اکسیژن دریافت می کند با قرار دادن لایه ای گاز در زیربند کشی ماسک یا لوله کانول، از تحریک پوست روی برجستگی های استخوانی صورت و پشت گوش ها جلوگیری کنید.
- پوست صورت را در ناحیه اطراف ماسک از نظر رطوبت یا پوسته شدن بررسی کنید.
- ملافه های تخت بیمار را کاملا صاف و بدون چروک مرتب کنید. چروکیده بودن و جمع شدن ملافه های زیر بیمار باعث تحریک پوست و آسیب به آن خواهد شد.
- جنس ملافه ها از الیاف طبیعی باشد که ایجاد حساسیت نکند.

7-10: ماساژ پشت: ماساژ پشت با افزایش گردش خون ناحیه در پیشگیری از زخم فشاری موثر است.

روش انجام ماساژ پشت :

- لباس نیم تنه بیمار را خارج کنید
- بسته به شرایط بیمار را به شکم یا پهلو قرار دهید.
- ابتدا با آب ولرم و لیف پشت بیمار را شسته با حوله خشک کنید.
- مقدار کمی ماده چرب کننده کف دست خود ریخته و با مالش دستها به هم آنها را گرم کنید
- با حرکات دورانی کف دست و انگشتان پشت بیمار را ماساژ دهید.
- **هنگام ماساژ به نواحی تحت فشار توجه بیشتری کنید و در صورت مشاهده به پرستار اطلاع دهید:**
 - نقاط قرمز یا سفید رنگی که بعد از ماساژ محو نمی شود.
 - نواحی ترک خورده یا خشن در پوست آرنج و پاشنه ها

به طور خلاصه مهمترین اقدامات برای پیشگیری از زخم های فشاری عبارتند از:

- ۱- افزایش تعداد دفعات حمام بیمار، استفاده از شوینده ملایم و اجتناب از آب داغ و مالش بیش از حد
- ۲- بررسی و معالجه بی اختیاری، رعایت بهداشت به موقع پوست
- ۳- استفاده از مرطوب کننده ها برای پوست خشک و به حداقل رساندن آن فاکتورهای محیطی که منجر به خشکی پوست می شود از جمله کاهش رطوبت و سردی هوا.
- ۴- استفاده از تکنیک های صحیح چرخش، انتقال و پوزیشن دادن به بیمار به منظور به حداقل رساندن آسیب ایجاد شده بوسیله اصطکاک و نیروی برشی به پوست.
- ۵- استفاده از نرم کننده یا پوشش های حمایتی به منظور کاهش آسیب ناشی از اصطکاک. (بدلیل خشکی پوست)
- ۶- شناسایی و تصحیح سوء تغذیه، میزان دریافت پروتئین و کالری و توجه به مکمل های غذایی
- ۷- ایجاد یک برنامه نوتوانی به منظور نگهداری یا بهبود حرکت و فعالیت
- ۸- استفاده از بالش روی برجستگی های استخوانی از جمله زانوها و قوزک های پا

۹- اجتناب از پوزیشن هایی که فشار مستقیم بر روی تروکانترها وارد می شود.

۱۰- آموزش تغییر وضعیت به افرادی که توانایی دارند و قادرند هر ۱۵ دقیقه وزن بدن را به قسمتی دیگر منتقل کنند.

۸- درمان زخم فشاری : در درمان زخم ها زمانی موفق هستیم که عامل ایجادکننده را برطرف ساخته و همزمان به درمان

عوارض ایجاد شده بپردازیم. در صورت ایجاد زخم فشاری مراقبت توسط پرستار آموزش دیده انجام می شود:

1-8. بررسی زخم : در صورت وجود زخم، باید موارد زیر بررسی شود:

۱- محل زخم یا ضایعه ۲- درجه زخم (۱، ۲، ۳، ۴) ۳- اندازه زخم (طول، عرض و عمق) ۴- وجود هرگونه سوراخ در

زخم ۵- بافت مرده در زخم ۶- ترشحات .

2-8. درمان زخم :

وقتی زخم درجه یک است : پوست سالم و زخم سطحی است. عوامل کلیدی که در زخم بستر درجه یک باید مورد

توجه قرار گیرد علت زخم و چگونگی کاستن فشار از روی زخم است تا مانع از وخیم تر شدن زخم شود.

درمان شامل:

▪ تغییر وضعیت و استفاده از وسایل کاهنده فشار است. پدهای محافظ نرم و بالش اغلب برای این منظور استفاده می شود.

▪ خشک و تمیز نگه داشتن ناحیه

▪ استفاده از کرم مرطوب کننده

▪ افزایش مصرف ویتامین ث پروتئین و مایعات توصیه می شود. بهبود تغذیه جزئی از پیشگیری است.

در زخم درجه دو : مشخصه این مرحله تاول های سالم یا ترکیده است. قسمتی از لایه های پوست صدمه دیده است و آسیب

دیگر در سطح نیست. با توجهات به موقع زخم درجه دو می تواند بسیار سریع التیام یابد. ممکن است در ارزیابی های اولیه

زخم به عنوان زخم درجه یک محسوب شود اما عملاً در طی دوره درمان به زخم درجه دو تبدیل شود. توجه سریع به زخم

درجه دو می تواند از تبدیل آن به زخم درجه سه جلوگیری کند.

■ شستشو با نرمال سالین

■ پانسمان هیدروژل اگر زخم خشک باشد.

■ پانسمان هیدروکلوئید اگر زخم ترشحات دارد.

■ تغییر وضعیت هر دو ساعت یکبار، گذاشتن بالشتک های نرم و استفاده از تشک مواج برای کاستن از فشار روی زخم مهم هستند.

■ همچنین توجه ویژه به تغذیه (افزایش مصرف پروتئین، ویتامین ث و روی) و حفظ مایعات بدن مهم است.

در زخم درجه سه: در این مرحله زخم تمام لایه های پوست را درگیر می کند. این نوع زخم محلی مناسب برای به وجود آمدن عفونت است. در این نوع زخم برداشتن فشار از روی زخم و پانسمان و حفاظت زخم، بهبود تغذیه و آب رسانی اهمیت دارد. مراقبت های پزشکی برای کمک به التیام زخم و درمان و جلوگیری از عفونت ضروری است این نوع زخم اگر به حال خود رها شود بسیار سریع پیشرفت می کند.

■ شستشو با نرمال سالین

■ پانسمان هیدروژل اگر زخم خشک باشد.

■ پانسمان فوم یا کلسیم آلژینات اگر زخم ترشحات دارد.

■ تغییر وضعیت هر دو ساعت یکبار، گذاشتن بالشتک های نرم و استفاده از تشک مواج برای کاستن از فشار روی زخم مهم هستند.

■ همچنین توجه ویژه به تغذیه (افزایش مصرف پروتئین، ویتامین ث و روی)

در زخم درجه چهار: زخم بستر درجه چهار از پوست تا عضلات زیرین، تاندونها و استخوان گسترده است. عمق زخم بیش از قطر آن اهمیت دارد. این نوع زخم بستر بسیار خطرناک است و می تواند یک عفونت تهدیدکننده زندگی به وجود آورد، بخصوص اگر به سرعت درمان نشود. همه اقدامات درمانی مانند حفاظت زخم، برداشتن فشار و تمیز بودن زخم در اینجا هم باید انجام شود. تغذیه مناسب و تغذیه و هیدراتاسیون مهم و حیاتی است و می توان گفت که بدون تغذیه مناسب این نوع زخم بهبود نخواهد یافت.

هر بیماری با زخم بستر درجه چهار نیاز به مراقبت های پزشکی توسط شخص ماهر در مراقبت از زخم دارد. معمولا برای زخم های بزرگ جراحی برای برداشتن بافت های مرده و نکروزه انجام میشود. گرچه گاهی اوقات یک پزشک یا فیزیوتراپیست یا پرستار ماهر می تواند زخم های کوچکتر را بدون نیاز به جراحی درمان کند اما جراحی یک الزام درمانی است در برخی شرایط لازم است قطع عضو صورت گیرد.

- شستشو با نرمال سالین
- پانسمان هیدروژل اگر زخم خشک باشد.
- دبرید کردن (برداشتن قسمت های مرده زخم) و پانسمان کلسیم آلزینات اگر زخم ترشحات دارد.
- تغییر وضعیت هر دو ساعت یکبار، گذاشتن بالشک های نرم و استفاده از تشک مواج برای کاستن از فشار روی زخم مهم هستند. توجه به تغذیه

اگر زخم طی چند روز بعد از شروع درمان بهبود نیابد یا عفونی شود پزشک آنتی بیوتیک تجویز خواهد کرد.

به عنوان یک قانون، بافت زخم باید مرطوب و پوست اطراف آن باید خشک نگه داشته شود.

۸-۲ بهبود تغذیه : مواد غذایی مفید در التیام زخم :

ماده مغذی	نقش در التیام	منابع
کالری ها	تامین انرژی و در نتیجه حفظ پروتئین	به اندازه کافی از منابع مختلف غذایی کسب شود.
پروتئین	بهبود زخم و عملکرد ایمنی	مرغ، ماهی، تخم مرغ، گوشت
ویتامین ث (C)	بهبود زخم و عملکرد ایمنی	مرکبات، گوجه فرنگی، سیب زمینی و آب میوه
ویتامین آ (A)	بستن زخم، سرعت بخشیدن به التیام زخم	سبزیجات به ویژه اسفناج، بروکلی، هویج و جگر
روی	ساخت پروتئین، دفاع بدن	سبزیجات، گوشت ها، حبوبات
مایعات	لازم برای عملکرد سلولی	مایعات بدون کافئین، بدون الکل و بدون قند ۶ تا ۸ لیوان آب در روز

۸-۳. پانسمان :

پانسمان روشی است برای تمیز کردن و پوشانیدن سطح زخم . برای انجام یک پانسمان ایده آل ویژگی هایی ذکر شده که به بعضی از آنها اشاره می شود:

○ بهترین شرایط را برای التیام زخم فراهم سازد:

برای ایجاد شرایط مناسب التیام زخم بطور اصولی باید عواملی را که باعث کندشدن روند التیام می گردند حذف نمود. زخمی که در مجاورت هوا قرار می گیرد خشک می گردد و بر روی آن پوست و دلمه تشکیل شده و در نهایت بافت اسکار ایجاد می شود و جای زخم باقی می ماند. پوسته روی زخم علاوه بر اینکه یک سد مکانیکی در برابر مهاجرت سلولی پوست بوده و آنها را به عمق زخم هدایت می کند، محل مناسبی برای رشد میکروارگانیزم ها نیز می باشد. برداشتن بافت های مرده و نکروزه اولین قدم برای شروع التیام است.

زیر پانسمان محیط مرطوب حفظ شود. محیط مرطوب بهترین محیط برای ترمیم زخم است.

○ اجازه تبادل گازهایی مانند اکسیژن، دی اکسید کربن و بخار آب را بدهد : سلول های پوست برای تقسیم و حرکت

نیاز به اکسیژن دارند. ثابت شده که اکسیژن به التیام زخم کمک می کند.

محققین نشان داده اند که افزایش اکسیژن موضعی در ترمیم انواع زخم ها تاثیر مثبت داشته و کاهش آن سبب تاخیر در روند التیام می گردد.

○ حرارت مناسب را حفظ نماید: پانسمان ها با جلوگیری از تبخیر ترشحات، زخم را از سرد شدن محافظت می کنند.

پانسمان خوب درجه حرارت ۳۷ درجه سانتیگراد را که بهترین حرارت برای تقسیم سلولی است را ثابت نگه می دارند. زخمی که تازه تمیز شده ۴۰ دقیقه زمان لازم دارد تا مجدداً به درجه حرارت ۳۷ برسد و سپس فعالیت های تقسیم سلول از ۳ ساعت بعد آغاز می گردد.

○ **نسبت به میکروارگانیسم ها نفوذناپذیر باشد :** زخم هایی که عفونت شدید دارند، التیام نیافته و مرحله التهابی در آنها طولانی می شود، پانسمان باید هم از سمت بستر زخم و هم از خارج نسبت به میکروارگانیسم ها نفوذناپذیر باشد.

○ **در زخم ذرات ریز و باقیمانده به جای نگذارد :** بعضی از پانسمانها مانند گاز و پنبه در زخم ذرات و الیاف ریزی به جای می گذارند که این ذرات به عنوان جسم خارجی محسوب شده و ممکن است باعث بروز عفونت و یا واکنش بافتی گردند.

○ **به زخم نچسبد :** پانسمان هایی که به زخم می چسبند اغلب در هنگام برداشتن درد زیادی ایجاد کرده و ممکن است قسمتی از بافت جدید را از زخم جدا کنند.

○ **برای بیمار قابل قبول باشد :** سهولت کاربرد پانسمان عامل مهمی است. پانسمان باید از نظر ظاهر نیز مورد پذیرش بیمار قرار گیرد. یک پانسمان ایده آل باید به هنگام تعویض درد زیادی ایجاد نکند و در شکل ها و اندازه های مختلف موجود باشد. بسته بندی و طراحی آن به نحوی باشد که به سادگی مورد استفاده قرار گرفته و مقاوم باشد. همچنین تاریخ مصرف طولانی و کافی داشته باشد.

○ **ظرفیت جذب بالایی داشته باشد :** پانسمان باید ترشحات اضافی و مضر، میکروارگانیسم ها و سلولهای مرده را بخوبی جذب نماید. در مراحل ابتدایی ترمیم زخم درناژ التهابی ترشحات زخم زیاد است و پانسمان باید بدون نشت، توان جذب ترشحات را داشته باشد.

○ **مشاهده و بررسی زخم با وجود آنها ساده باشد :**

زمانی که از پانسمان های سنتی استفاده می شود مشاهده زخم دشوار و زمان گیر بوده و موجب بروز آسیب به زخم و اختلال در ترمیم زخم می گردد. با یک پانسمان شفاف، مشاهده زخم ساده و سریع است.

○ **نیاز به تعویض مکرر نداشته باشد :**

با تعویض کمتر امکان بروز عفونت کمتر می شود. اگرچه مدت زمان باقی ماندن پانسمان بر روی زخم بستگی به میزان ترشحات دارد ولی اگر زمان طولانی شود بعضی از پانسمان های نچسب هم ممکن است به زخم بچسبند.

انواع پانسمان :

1. پانسمان های سنتی :

پانسمان های سنتی مانند گاز و پنبه که در کشور ما نیز خیلی رایجند بسیاری از ویژگی های یک پانسمان ایده آل را ندارند. آنها ذرات و باقیمانده فیبر و الیاف خود را در زخم به جای می گذارند. این پانسمان ها به بستر زخم چسبیده و آنرا خشک و دهیدراته می کنند و نیاز به تعویض مکرر و مراقبت پرستاری ماهرانه دارند. این پانسمان ها نباید مستقیماً روی سطح مرطوب زخم گذاشته شوند و استفاده از آنها محدود به شرایطی است که زخم خشک و تمیز باشد.

گاز وازلین از یک لایه گاز آغشته به پارافین زرد یا سفید ساخته شده است. پارافین سطح زخم را پوشانده و به سختی از روی زخم پاک می شود این پانسمان ها قدرت جذب ترشحات را نداشته و نسبت به گازها نفوذپذیری کمی دارند، ارزان هستند و فقط برای زخم ها و سوختگی های سطحی کاربرد داشته و نیاز به یک پانسمان ثانویه دارند.

۲. پانسمان فیلم :

پانسمان های شفاف به صورت ورقه ای شکل و قابل انعطاف بوده و معمولاً در یک طرف چسب دار هستند. پانسمان های شفاف بعضی از ویژگی های یک پانسمان ایده آل را دارند. ترشحات زخم در زیر پانسمان جمع شده و محیط مرطوب ایجاد می کند. مقداری از این ترشحات بصورت بخار از میان پانسمان بصورت یک طرفه خارج می شود. میزان عبور بخار به ترکیبات بکار رفته بستگی دارد.

پانسمان های شفاف برای زخم های نسبتاً کم عمق مانند محل اهدای پوست زخم های جراحی و یا بعنوان پانسمان ثانویه بر روی سایر پانسمان ها استفاده می شوند. از این پانسمان ها می توان برای پیشگیری از ایجاد و پیشرفت زخم بستر در مناطقی از پوست که در معرض فشار و سایش قرار دارند استفاده نمود.

۳. هیدروژل ها :

هیدروژل ها به دو شکل صفحه ای و ژل بدون شکل موجود هستند. این پانسمان ها در خود مقدار زیادی آب دارند که به همراه شبکه پلیمری تشکیل ژل می دهند. این پانسمان ها می توانند به زخم رطوبت داده و در صورت زیاد بودن ترشحات زخم حتی رطوبت گیری کنند این پانسمان ها سطح زخم را خنک می کنند. هیدروژل ها را می توان در اغلب زخم هایی که

ترشح متوسط دارند استفاده نمود اما معمولاً بهترین نتیجه را در زخم‌هایی که نکروز و یا بافت زرد دارند نشان می‌دهند چرا که دبریدمان (جدا شدن بافت مرده) را تسهیل می‌کنند. هیدروژل‌ها را باید بایک پانسمان دیگر مانند یک پانسمان شفاف یا گاز روی محل زخم قرار داده و ثابت نمود. این پانسمانها به عنوان هیدراته کننده و تسریع دبریدمان به کار می‌روند.

۴. آلژینات‌ها :

از جلبکهای دریایی ساخته شده اند. آلژینات کلسیم فیبرهایی را می‌سازد که در تماس با محلول‌های حاوی سدیم (مانند ترشحات زخم) بعد از تبادل یونی و تبدیل به آلژینات سدیم، ژل آلژینات را تولید می‌نماید. این ژل با سطح زخم در تماس است و محیط مرطوب را برای زخم فراهم آورده و هنگام برداشتن پانسمان بر راحتی و بدون درد جدا می‌شود. این پانسمان‌ها می‌توانند تا ۲ برابر وزن خود ترشحات را جذب نمایند. انواع آلژینات در زخم‌های تمام یا نیمه ضخامت با ترشح متوسط تا زیاد استفاده می‌شوند و در زخم‌های حفره‌ای و تونل دار، عفونی و غیرعفونی و قرمز و مرطوب و زرد می‌توان آنها را به کار برد.

۵. فوم‌ها :

پانسمان‌هایی صفحه‌ای شکل با ضخامت‌های مختلف بوده و ممکن است در یک سمت با یک لایه فیلم شفاف چسب دار پوشانده شده باشند. ترکیبات مختلفی همچون پلی اورتان و مواد اکریلیک و عناصر فوق جاذب در آنها بکار می‌رود. فوم‌ها را با توجه به قدرت جذب بالا در اغلب زخم‌های پرتراش به ویژه در مرحله گرانولاسیون می‌توان استفاده نمود.

۶. پانسمان هیدروکلوئید:

- امکان استحمام بیمار بدون نیاز به تعویض پانسمان
- سهولت پاک کردن پانسمان از آلودگی
- کم هزینه بودن نسبی این روش پانسمان با توجه به تعداد تعویض کمتر و سرعت التیام بیشتر
- بدون درد بودن تعویض پانسمان

استانداردهای خدمات پرستاری برای مراقبت از زخم فشاری چه می‌گویند؟

عنوان فعالیت : مراقبت از بیمار با زخم فشاری

اهداف: ۱. تشخیص زودرس زخم ۲. پیشگیری از گسترش آن

وسایل مورد نیاز:

ست استریل پانسمان، لگن، محلول پاک کننده ملایم، چند عدد بالش، صابون در صورت لزوم، گاز استریل، محلول نرمال سالین، سرنگ ۵۰ سی سی

مراحل انجام کار :

۱. با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل و علت انجام کار را به وی توضیح دهید.
۲. محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم کنید.
۳. یک معاینه عمومی از پوست به خصوص نقاطی که در معرض دید نیستند به عمل آورید.
۴. در فواصل زمانی معین و زمانی که پوست کثیف می شود آن را تمیز کنید. از اب داغ استفاده نکنید
۵. از پاک کننده های ملایم برای به حداقل رسانیدن خشکی و آزرده گی پوست استفاده کنید.
۶. برای تمیز کردن پوست از روش هایی که باعث اصطکاک می شود استفاده نکنید.
۷. برای پیشگیری از خشکی پوست، هوای اتاق را سرد نکنید.
۸. رطوبت اتاق را بیشتر از ۴۰ درصد حفظ کنید.
۹. بیماران در معرض خطر زخم فشاری را هر دو ساعت تغییر وضعیت دهید.
۱۰. قبل از تماس با پوست بیمار حتما دست های خود را جهت جلوگیری از عفونت بشویید.
۱۱. در صورت نیاز به جابه جایی از کشیدن بیمار روی ملحفه خودداری کنید.
۱۲. مراقب باشید که ملحفه بیمار همیشه خشک باشد و چین نخورد.
۱۳. انجام مشاوره تغذیه جهت بیمار را پیگیری کنید.
۱۴. تشک مواج را جهت بیمار مستعد به روش صحیح بگذارید.
۱۵. زیر پاشنه پا و برجستگی های استخوانی بالش قرار دهید تا عضو به حالت شناور در آمده و تحت فشار قرار نگیرد.

۱۶. شربت آنتی اسید باعث کاهش اسیدیته پوست و افزایش خطر عفونت می شود، برای ماساژ پوست بیماران در معرض خطر از شربت آنتی اسید استفاده نکنید.

۱۷. نواحی سالم پوست را ماساژ دهید.

۱۸. از الکل و پودر تالک استفاده نکنید.

۱۹. در صورتی که از صابون برای تمیز کردن پوست استفاده می کنید حتما آن را به طور کامل از روی پوست پاک کنید.

۲۰. برای شستشوی زخم فشاری از یک سرنگ ۵۰ سی سی استفاده کنید.

۲۱. از هیت لمپ با مکانیسم افزایش گرمای موضعی و متابولیسم بافتی در ناحیه ای که گردش خون مناسبی ندارد، استفاده نکنید زیرا مصرف اکسیژن عمق زخم را افزایش می دهد.

۲۲. در زخم های مرحله ۳ و ۴ که نیاز به دبرید(برداشتن قسمت های مرده پوست) دارند، ابتدا از مسکن استفاده کنید.

۲۳. بعد از دبرید، گازی را به نرمال سالین آغشته کرده و درون زخم بگذارید.

۲۴. دقت کنید که اطراف زخم خشک باقی بماند.

۲۵. کلیه مراحل و مشاهدات خود را ثبت کنید.

آموزش مراقبت از زخم های فشاری به بیمار و خانواده :

بیمار و مراقبین وی باید در طرح مراقبتی شرکت داشته باشند و از عوامل بوجودآورنده زخم فشاری مطلع گردند. تکنیک های مناسب مربوط به شستشوی دست ها، نحوه پیشگیری از ایجاد زخم فشاری و علائم عفونت را آموزش دهید. برای بیمار و مراقبین او از دستورالعمل هایی استفاده کنید که در عین سادگی، به راحتی قابل فهم باشند و آنها را تشویق کنید تا در رابطه با پیشرفت روند التیام زخم، همچنین موادی که مورد استفاده قرار گرفته، بطور مکرر با اولین مرجع ارائه دهنده مراقبت بهداشتی تبادل نظر نمایند.

اطمینان حاصل نمایید که بیمار، خانواده یا مراقبین دیگر، نیاز به تغذیه کافی را جهت کمک به التیام زخم درک کرده اند. وضعیت تغذیه ای بیمار را مورد بررسی قرار دهید و در رابطه با کمبودهای غذایی در صورت ضرورت با متخصص تغذیه ای به مشورت بپردازید.