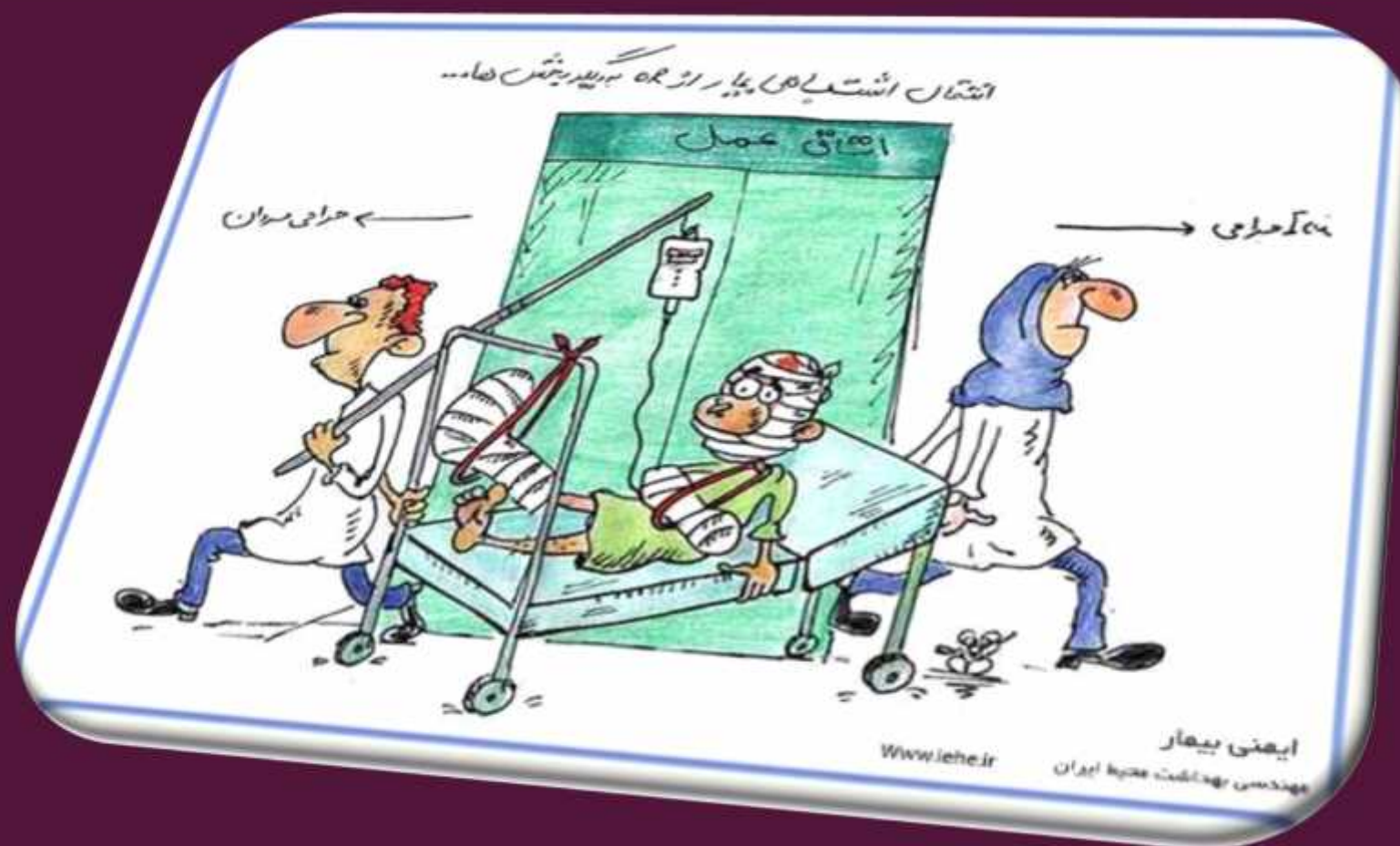


# سقوط و افتادن در بیماران

تهیه کننده: سیده جمیله حسینی  
سوپروایزر آموزشی بیمارستان سینا

Falling in Patients



# سقوط FALLS

- امنیت و ایمنی از نیازهای اساسی هر انسان است.
- پرستاران در خط اول مراقبت از مددجو نقش مهمی در برقراری ایمنی و امنیت ایفا می کنند.
- شناسایی گروه در معرض خطر و توجه به فاکتورهای مانند نوع و شدت خطر، سن افراد، سطح دانش و آگاهی و منابع در دسترس و....برنامه اصلاحی و آموزشی جهت رفع یا کاهش خطر می تواند موثر باشد.
- سقوط دومین علت حوادث منجر به مرگ در همه گروه های سنی آمریکایی ها و اولین مقام در بین افراد مسن ۷۹ ساله بدست آورد.

# در جمعیت عمومی

□ هر سال ۱/۳ جمعیت بالای ۶۵ سال حداقل یکبار می افتند

□ ۱۰ درصد این افتادن ها به مصدوم شدن منجر می شود

□ ۱۵ درصد موارد بستری مجدد در اولین ماه پس از ترخیص بیمارستان



۱۶-۱۹ بلیون دلار: آسیب ناشی از  
جراحات سقوط  
۱۷۰ میلیون دلار: هزینه درمان منجر به  
مرگ



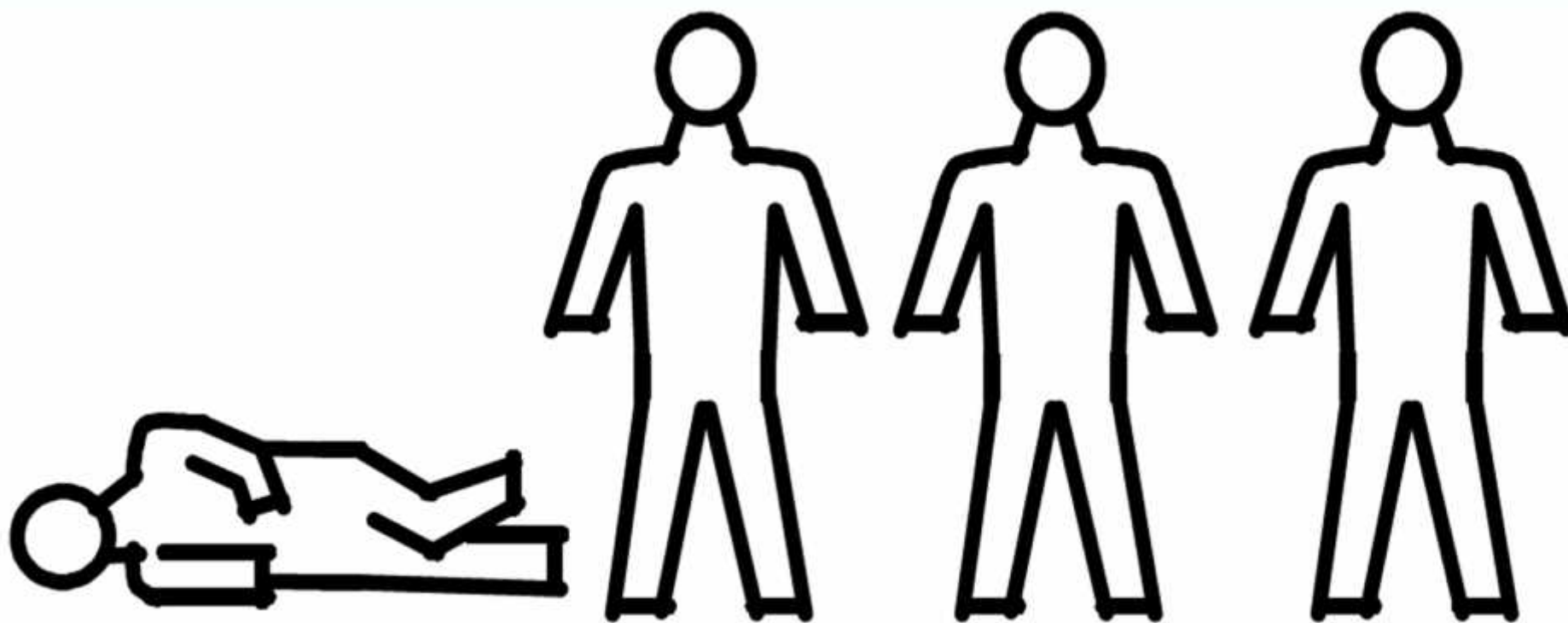
Hill, A.M., McPhail, S.M., Waldron, N., Etherton-Beer, C., Ingram, K., Flicker, L., et al. (2015). Fall rates in hospital rehabilitation units after individualised patient and staff education programmes: a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. *Lancet London England*, 385, 2592–25

□ 10-17/1,000 patient days

□ 30% with consequences

□ در ایران بین ۱۰-۱۷ در هر ۱۰۰۰ روز بستری متغیر است

از هر ۴ نفر یک نفر دچار سقوط می شود



از هر ۳ سقوط یکی دچار آسیب می گردد

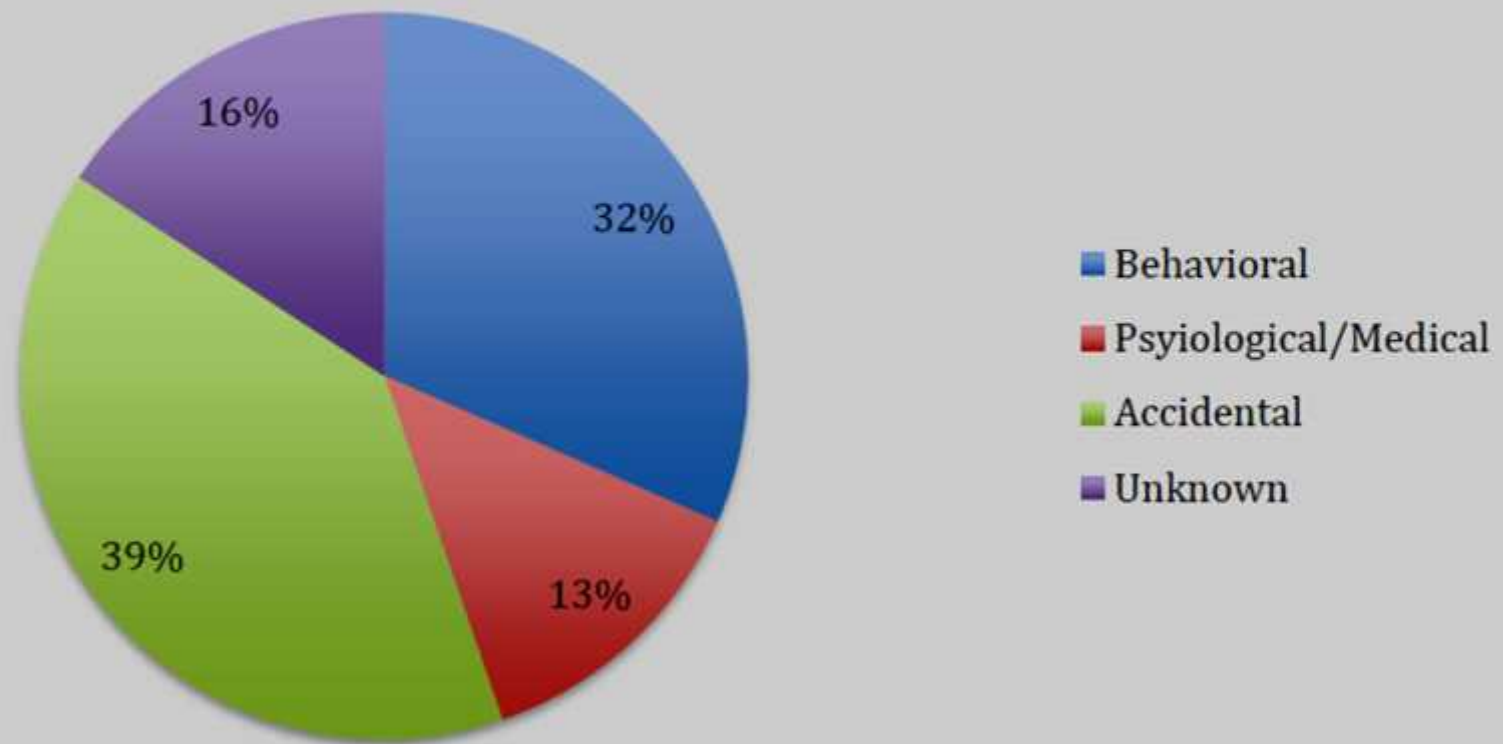


14,000\$

3,500\$

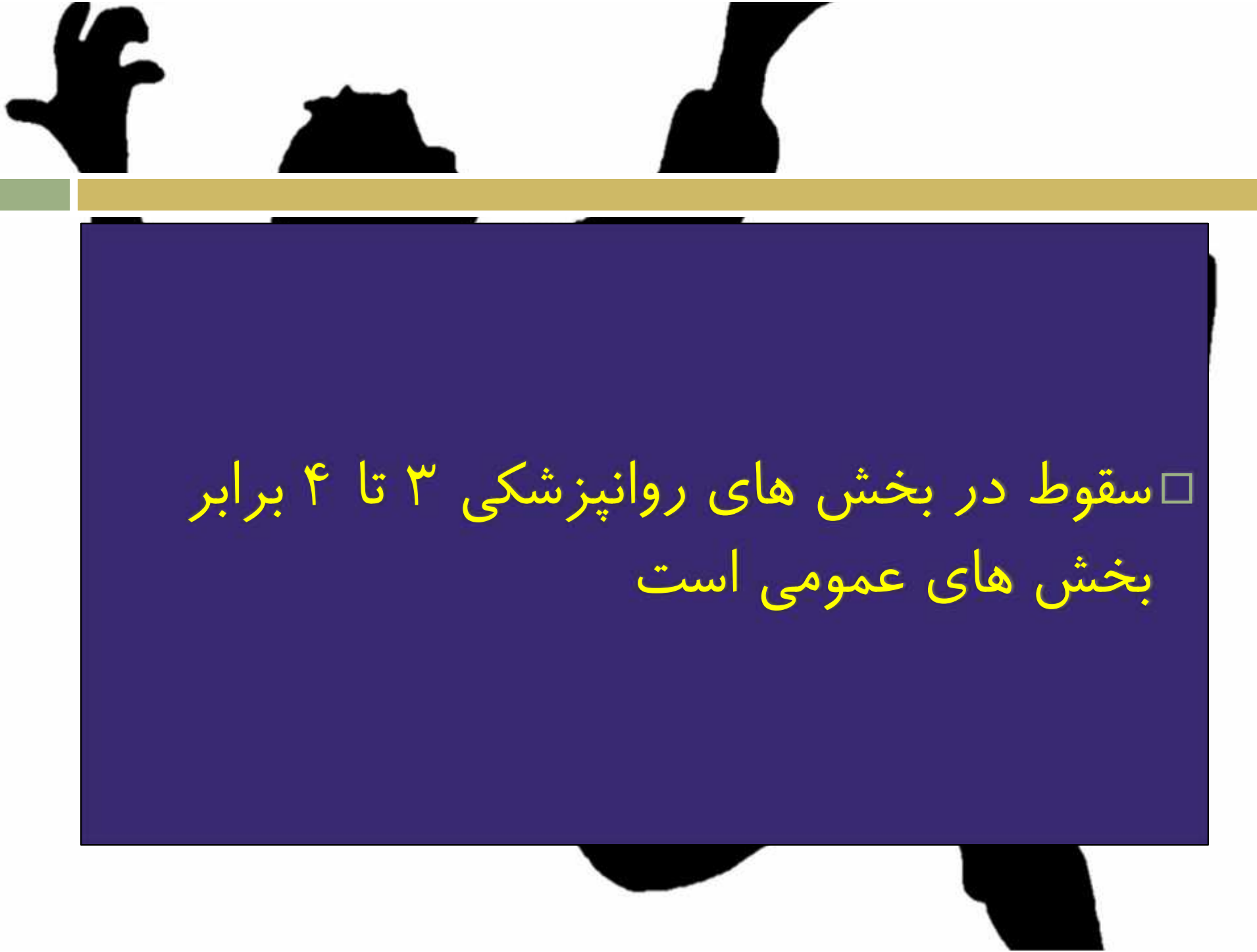
# سبب شناسی سقوط ها

**Chart 5: Type of Falls**



# چه افرادی در معرض سقوط هستند؟

- کودکان
- افراد مسن
- افرادی که دچار کاهش سطح هوشیاری و گیجی هستند
- افراد در معرض هیپوتانسیون وضعیتی
- افراد بی قرار، مشکلات تعادلی
- افراد دریافت کننده داروهای آرام بخش، خواب آور، دیورتیک
- افرادی که سابقه سقوط دارند.



□ سقوط در بخش های روانپزشکی ۳ تا ۴ برابر  
بخش های عمومی است

# Morse Classification

- *Anticipated physiological falls*
- *Accidental falls*
- *Unanticipated physiological fall*

□ سقوط قابل پیش بینی فیزیولوژیک (۷۸٪)

□ سقوط تصادفی (۱۴٪)

□ سقوط غیر قابل پیش بینی فیزیولوژیک (تشنج، ..)

# ایده آل چیست؟ سقوط هرگز نباید اتفاق بیفتد

- گام اول: شناسایی و ارزیابی مخاطرات
- سقوط تصادفی ناشی از عوامل خارجی
- سقوط فیزیولوژیکی قابل پیش بینی ناشی از عوامل داخلی مثل  
گیجی بیمار
- سقوط فیزیولوژیکی غیرقابل پیش بینی مانند سکته و...

## چند شاخص مهم در ارزیابی سقوط

- 
- ۱. تعداد سقوط به ازای روز-بیمار
  - ۲. موارد سقوط منجر به آسیب
  - ۳. درصد سقوط کننده ها

# بررسی و شناخت



Standing Upright



Sway & Imbalance



Fall

- Prior fall history
- Deficits in gait and balance
- Issues with lower extremities
- Confusion/cognitive impairment
- Use of sedatives and hypnotics
- Need for assistance with activities of daily living
- Diabetic medications
- Elimination problems and/or bowel urgency
- Visual deficits

- سابقه قبلی سقوط
- اشکالات تعادل و راه رفتن
- هرگونه مشکل اندام تحتانی
- اشکال هوشیاری و شناختی
- استفاده از آرامبخش و خواب آور
- نیاز به کمک در انجام امور روزمره
- داروهای ضد دیابت
- اشکالات دفع (ادرار و مدفوع)
- اشکالات بینایی

# عوامل خارجی منجر به سقوط بیمار

- مصرف داروهای خواب آور
- استفاده نامطلوب از وسایل
- عدم کفایت وسایل کمک حرکتی
- عدم وجود ریل های کمکی در حمام و دستشویی
- شرایط زمین
- طراحی اسباب و اثاثیه اتاق و بخش ها
- عدم وجود نور مناسب
- تعداد کم نیروی حرفه ای و غیر حرفه ای در بخش ها
- نوع کفش

# 226 vs. 678 patients

ORIGINAL ARTICLE

---

## Medications and Patient Characteristics Associated With Falling in the Hospital

*Caroline A. O'Neil, MA, MPH,\* Melissa J. Krauss, MPH,† Jon Bettale, BSN, MBA,‡  
Anthony Kessels, PharmD,‡ Eileen Costantinou, MSN,‡ W. Claiborne Dunagan, MD,\*§  
and Victoria J. Fraser, MD\**

*Journal of Patient Safety 2015*

# برخی ابزارهای تخمین ریسک سقوط

- **Hendrich II Fall Risk Model**
- **Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool**
- **Edmonson Psychiatric Fall Risk Assessment Tool**

## Hendrich II Fall Risk Model <sup>TM</sup>

| RISK FACTOR                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              | RISK POINTS                           | SCORE           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| Confusion/Disorientation                                                                                                                                                                                                                                                                  | اختلال در تمرکز، عدم سوگیری و رفتار تکانه ای | 4                                     |                 |
| Symptomatic Depression                                                                                                                                                                                                                                                                    | افسردگی علامت دار                            | 2                                     |                 |
| Altered Elimination                                                                                                                                                                                                                                                                       | مشکلات دفع                                   | 1                                     |                 |
| Dizziness/Vertigo                                                                                                                                                                                                                                                                         | سرگیجه                                       | 1                                     |                 |
| Gender (Male)                                                                                                                                                                                                                                                                             | مرد                                          | 1                                     |                 |
| Any Administered Antiepileptics (anticonvulsants):<br>(Carbamazepine, Divalproex Sodium, Ethotoin, Ethosuximide, Felbamate, Fosphenytoin, Gabapentin, Lamotrigine, Mephenytoin, Methsuximide, Phenobarbital, Phenytoin, Primidone, Topiramate, Trimethadione, Valproic Acid) <sup>1</sup> |                                              | 2                                     | داروهای ضد تشنج |
| Any Administered Benzodiazepines: <sup>2</sup><br>(Alprazolam, Chloridiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate Dipotassium, Diazepam, Flurazepam, Halazepam <sup>3</sup> , Lorazepam, Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Triazolam)                                                               |                                              | 1                                     | بنزودیازپین ها  |
| Get-Up-and-Go Test: "Rising from a Chair"                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              | آزمون بلند شو و برو: برخاستن از صندلی |                 |
| If unable to assess, monitor for change in activity level, assess other risk factors, document both on patient chart with date and time.                                                                                                                                                  |                                              |                                       |                 |
| Ability to rise in single movement - No loss of balance with steps                                                                                                                                                                                                                        |                                              | 0                                     |                 |
| Pushes up, successful in one attempt                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              | 1                                     |                 |
| Multiple attempts but successful                                                                                                                                                                                                                                                          |                                              | 3                                     |                 |
| Unable to rise without assistance during test                                                                                                                                                                                                                                             |                                              | 4                                     |                 |
| If unable to assess, document this on the patient chart with the date and time.                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                       |                 |
| (A score of 5 or greater = High Risk)                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              | نمره ۵ یا بالاتر                      | TOTAL SCORE     |

# Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool (WSFRAT)

|                 |                                                                                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سن              | (۰) - ۱۸ تا ۵۹ سال<br>(۱) - ۶۰ تا ۷۰ سال<br>(۲) - بیش از ۷۱ سال                                                                           |
| جنس             | (۰) - مرد<br>(۱) - زن                                                                                                                     |
| وضعیت روانپزشکی | (۰) - هوشیار و همکاری کننده<br>(۱) - هوشیار ولی عدم همکاری<br>(۲) - گیج، اشکال حافظه، فراموشکار، مست                                      |
| وضعیت فیزیکی    | (۰) - سالم<br>(۱) - ضعف عضلانی فراگیر<br>(۲) - سرگیجه، سیاه رفتن چشم ها، افت فشار خون ارتواستاتیک، سنکوب<br>(۳) - کاشکسی و تحلیل رفتن جدی |
| وضعیت دفع       | (۰) - مستقل و دارای کنترل<br>(۱) - سوند یا استومی<br>(۲) - دفع با کمک، اسهال یا بی اختیاری<br>(۳) - تکرر، اضطرار، کاملاً بی اختیار        |

# Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool (WSFRAT)

ادامه

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <p>(۰) - ندارد</p> <p>(۱) - اشکال بینایی، شنوایی، تکلم یا زبان</p> <p>(۲) - قطع عضو</p> <p>(۳) - فلج یا ضعف نورولوژیک</p>                                                                                                                                                   | <p>اختلالات</p>                  |
| <p>(۰) - بدون کمک می ایستد و راه می رود. کاملاً سرپا است</p> <p>(۱) - بدلیل ضعف یا ناتوانی نمی تواند بایستد یا راه برود اما تلاش می کند</p> <p>(۲) - با عصا راه می رود</p> <p>(۳) - عدم تعادل در ایستادن و راه رفتن، راه رفتن با واکر یا چوب زیر بغل یا گرفتن اثاث منزل</p> | <p>تعادل و راه رفتن</p>          |
| <p>(۰) - بدون سابقه</p> <p>(۱) - نزدیک سقوط یا ترس از سقوط</p> <p>(۲) - سابقه ۱ تا ۲ سقوط</p> <p>(۳) - چندین نوبت، بیش از ۲ بار</p>                                                                                                                                         | <p>سابقه سقوط در ۶ ماه گذشته</p> |

# Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool (WSFRAT)

ادامه ۲

| تثبت کننده های خلق            | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| بنزودیازپین ها                | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |
| داروهای نارکوتیک              | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |
| آرامبخش ها / داروهای خواب آور | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |
| دیورتیک ها                    | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |
| داروهای ضد پسیکوز<br>آتپیک    | (۰) - مصرف نمی کند<br>(۱) - از قبل از بستری مصرف داشته است<br>(۲) - اخیراً شروع شده است |

# Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool (WSFRAT)

ادامه ۳

(۰) - خیر  
(۷) - بلی

در حال سم زدایی

۰ تا ۶: ریسک کم  
۷ یا بالاتر: ریسک بالا

# معیار مورس



## ابزار مورس در ارزیابی ریسک سقوط بیمار Morse Fall Risk Assessment Scale

مقیاس مورس سیستم نمره گذاری است که خطر سقوط در بیمار را ارزیابی می کند و باید در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری انجام شود. این ابزار (مقیاس) دارای شش معیار ارزیابی است (امتیاز هر حیطه کامل یا صفر نمره گذاری میشود. این ابزار در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیمار و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران می باشد.

| ارزیابی ریسک سقوط بیمار (مورس) (Morse Fall Risk Assessment)                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                                         |                                                                    |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| امتیاز                                                                                                                                         | معیار                                                                                                                                                                                     | ریسک فاکتور                             |                                                                    |                               |
| 25                                                                                                                                             | بله                                                                                                                                                                                       | وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته) |                                                                    |                               |
| 0                                                                                                                                              | خیر                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                    |                               |
| 15                                                                                                                                             | بله                                                                                                                                                                                       | تشخیص نالویه (داشتن بیش از یک بیماری)   |                                                                    |                               |
| 0                                                                                                                                              | خیر                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                    |                               |
| 30                                                                                                                                             | استفاده از پایه میل و صندلی (برای برخاستن و حرکت کردن) لواکر، عصا، چوب زیر بغل                                                                                                            |                                         | وسایل کمک حرکتی                                                    |                               |
| 15                                                                                                                                             | کمک گرفتن از پرستار، صندلی چرخدار، استراحت مطلق.                                                                                                                                          |                                         |                                                                    |                               |
| 0                                                                                                                                              | عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی                                                                                                                                                            |                                         |                                                                    |                               |
| 20                                                                                                                                             | بله                                                                                                                                                                                       | داشتن سرم یا هیپوین لاک                 |                                                                    |                               |
| 0                                                                                                                                              | خیر                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                    |                               |
| 15                                                                                                                                             | سنجیدن پاسخ بیمار: آیا به تنهایی میتواند سر و سر ویس بهداشتی برود یا نیازی به کمک دارد؟ محدودیت ها را فراموش می کند و با سر ایستادن همخوانی ندارد                                         |                                         | وضعیت ذهنی                                                         |                               |
| 0                                                                                                                                              | به توانایی های خود آگاهی دارد و با سر ایستادن همخوانی دارد                                                                                                                                |                                         |                                                                    |                               |
| 20                                                                                                                                             | مختل ((گام برداشتن ناهماهنگ، مشکل در بلند شدن از صندلی و تلاش برای بلند شدن یا فشار دستها بر روی صندلی، سرپائین و نگاه به زمین، چنگ زدن به وسایل و عدم توانایی بدون کمک گرفتن از دیگران)) |                                         | الگوی گام برداشتن و حرکت                                           |                               |
| 10                                                                                                                                             | ضعف در حفظ تعادل ((خمیدگی ولی توانایی در بلند کردن سر و چرخیدن راه رفتن، گامهای کوتاه و ضعیف بدون از دست دادن تعادل حین راه رفتن میباشد))                                                 |                                         |                                                                    |                               |
| 0                                                                                                                                              | طبیعی ((بی حرکتی و استراحت در تخت، قدم برداشتن قاطعانه با سر راست و رویه جلو و بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد))                                                                       |                                         |                                                                    |                               |
| توجه : نتیجه ارزیابی در کاردهی بیمار ثبت شود. ارزیابی این ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و با تغییر شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد. |                                                                                                                                                                                           | 51 و بیشتر<br>50- 25<br>24-0            | ریسک بالا و پرخطر<br>ریسک متوسط و خطر متوسط<br>ریسک پائین و کم خطر | نتایج ارزیابی ریسک سقوط بیمار |

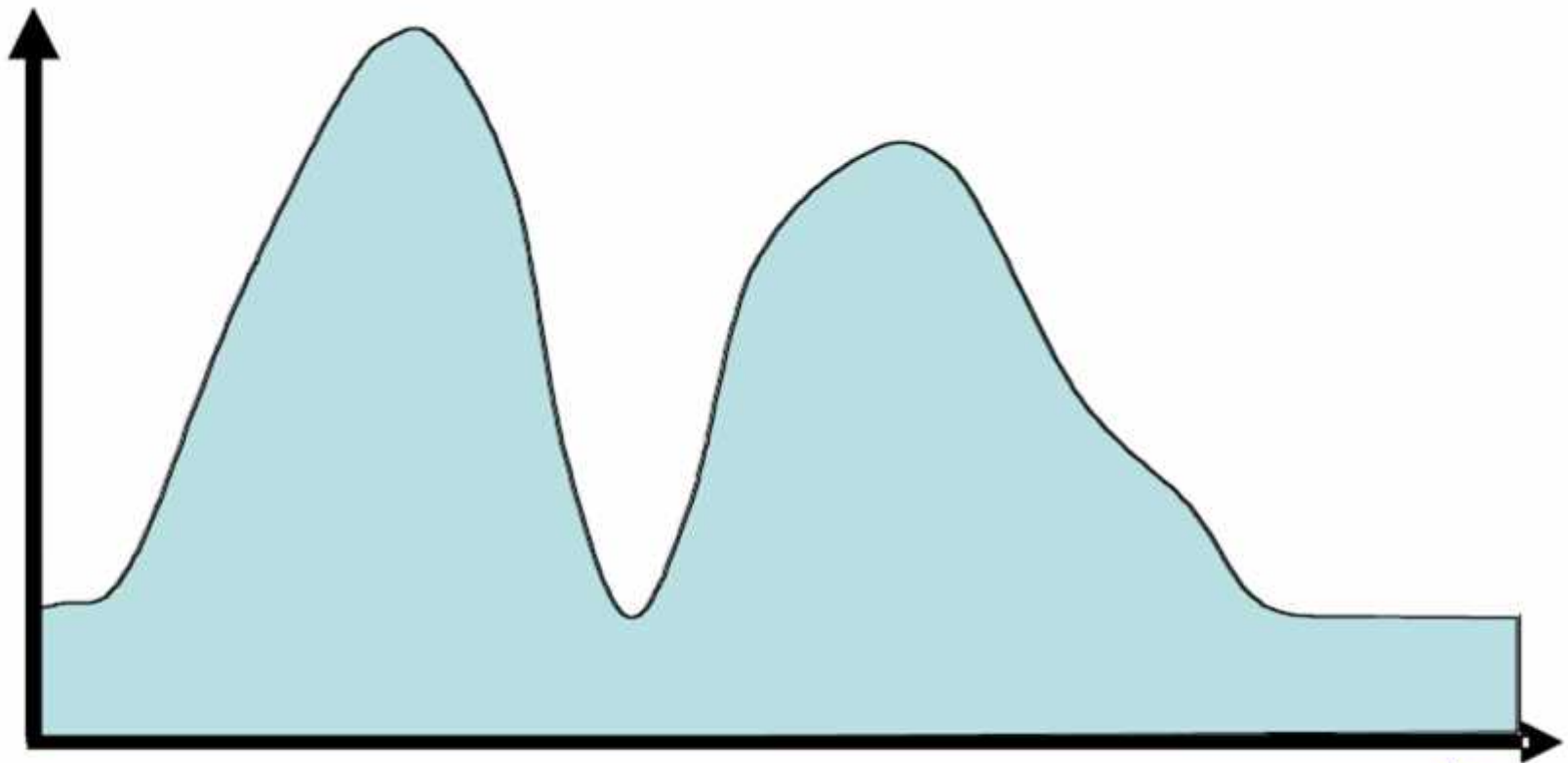
### امتیاز ریسک افتادن

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

# ابزار ریسک سقوط اطفال

| امتیاز ( score ) | فاکتور                                                                                                                                           | نکته                             |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 0                | سن کمتر از سه سال                                                                                                                                | 0                                |
| 0                | 0 تا کمتر از 0 تا                                                                                                                                |                                  |
| 0                | 0 تا کمتر از 0 تا                                                                                                                                |                                  |
| 0                | 0 تا 0 سال و بیشتر                                                                                                                               |                                  |
| 0                | مذكر                                                                                                                                             | 0                                |
| 0                | 0 تا                                                                                                                                             |                                  |
| 0                | تشخيص های نرولوژیک                                                                                                                               | تشخيص                            |
| 0                | اختلال در اکسیژن رسانی(بیماریهای تنفسی،کمبود آب بدن،آنمی ،آنورکسیا،سنگوپ،گیجی)                                                                   |                                  |
| 0                | اختلالات روانی /رفتاری                                                                                                                           |                                  |
| 0                | دیگر تشخيص ها                                                                                                                                    |                                  |
| 0                | عدم آگاهی از محدودیت ها                                                                                                                          | اختلالات شناختی                  |
| 0                | فراموش کردن محدودیت ها                                                                                                                           |                                  |
| 0                | آگاه به توانایی های خود                                                                                                                          |                                  |
| 0                | وجود تاریخچه سقوط، نوزاد،کودک نوپا در تخت خواب                                                                                                   | عوامل محیطی                      |
| 0                | استفاده از وسایل کمک حرکتی،یا قرار داشتن نوزاد در کات                                                                                            |                                  |
| 0                | قرار داشتن بیمار در تخت(بیمار وابسته به تخت)                                                                                                     |                                  |
| 0                | بیمار سرپایی                                                                                                                                     |                                  |
| 0                | در طی 0 ساعت گذشته                                                                                                                               | دریافت خدمات جراحی،آرمبخش،بی حسی |
| 0                | 0 تا 0 تا 0 تا                                                                                                                                   |                                  |
| 0                | بیشتر از 0 تا 0 تا                                                                                                                               |                                  |
| 0                | مصرف چند دارو با هم:آرامبخش ها شامل(شامل داروهای آرمبخشی ICU،خواب اورها،باربیتورات ها،فنوتیازین ها،ضد افسردگی ها،مسهل ها،دیورتیک ها،نارکوتیک ها) | 0 تا 0 تا                        |
| 0                | فقط یکی از داروهای بالا مصرف می کند                                                                                                              |                                  |
| 0                | مصرف داروهای دیگر،هیچ دارویی                                                                                                                     |                                  |

Falls



Breakfast



Lunch



Dinner



Night



داروها و سقوط

Medications and Falls

- Antihypertensive agents
- Diuretics
- $\beta$ -blockers
- Sedatives and hypnotics
- Neuroleptics and antipsychotics
- Antidepressants
- Benzodiazepines
- Narcotics
- Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDS)

## Antipsychotic Medications

| Conventional Antipsychotics | Atypical Antipsychotics |
|-----------------------------|-------------------------|
| Chlorpromazine              | Aripiprazole            |
| Fluphenazine                | Clozapine               |
| Haloperidol                 | Olanzapine              |
| Loxapine                    | Paliperidone            |
| Molindone                   | Quetiapine              |
| Perphenazine                | Risperidone             |
| Pimozide                    | Ziprasidone             |
| Prochlorperazine            |                         |
| Thiothixene                 |                         |
| Thioridazine                |                         |
| Trifluoperazine             |                         |

# تشخیص پرستاری:

## تشخیص پرستاری

- احتمال صدمه در ارتباط با تحرک مختل، کاهش بینایی، روشنایی ضعیف محیط، درهم ریختگی یا شلوغی محیط

## پرسی و شناخت

- مشاهده تحرک بدنی و راستای مددجو: راه رفتن غیر هماهنگ و طرز قرار گیری ضعیف بدن
- پرسش از مددجو درباره حدت بینایی: گزارشات مربوط به اشکال در دید شب
- ارزیابی کامل خطرات محیط: روشنایی ضعیف محیط، تخت و محیط شلوغ، کف زمین نامناسب و...

# تشخیص پرستاری:

## □ اقدامات پرستاری:

- عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (نظیر کاهش تحمل فعالیت، درد، ترس از افتادن).
- اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت انجام دهید. (مانند تنظیم دوره فعالیت و استراحت).
- به منظور افزایش قدرت و تون عضلات، تمرینات ROM را هر ۴ ساعت بصورت اکتیو یا پاسیو انجام دهید (مگر در موارد منع).
- بیمار آموزش دهید که چگونه بطور صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر استفاده کند.

□ اختلال در تحرک جسمانی در رابطه با:

- درد، ضعف و خستگی
- اختلال در خواب و استراحت
- عدم تمایل به فعالیت به دلیل ترس از افتادن
- فقدان حس و حرکت
- کاهش تحرک مفصلی و درد مفاصل
- بدلیل تغییرات در نرأتیو مفاصل

# تشخیص پرستاری:

## اقدامات پرستاری

- میزان توانایی های بیمار را در امر مراقبت از خود مورد بررسی قرار دهید.
- بیمار را تشویق کنید تا جای ممکن بدون تکیه به کمک پرسنل پرستاری، به فعالیتهای روزمره خود بپردازد.
- وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس وی قرار دهید.
- در صورتیکه بیمار هر کدام از اقدامات مربوط به مراقبت از خود را به تنهایی انجام داد به او بازخورد مثبت بدهید.

ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه، حمام کردن، لباس پوشیدن و دستشویی رفتن در رابطه با:

- اختلال در فعالیت جسمانی به دلیل درد، ضعف و خستگی
- اختلال در فعالیت جسمانی به دلیل عدم تعادل بدن
- اختلال در راه رفتن -aprexia
- اثرات کاهنده بعضی از داروها

# برنامه ریزی

- انتخاب اقدامات پرستاری برای ارتقاء ایمنی مطابق با نیازهای مراقبت بهداشتی و تکامل مددجو
- مشورت با متخصصین فیزیوتراپی و... جهت وسایل کمکی
- انتخاب اقدامات ایمنی محیط بستری یا زندگی مددجو

# اهداف و نتایج

- خطرات قابل تعدیل در محیط به طور صد در صد در طی زمان مشخص کاهش یابند.
- مددجو دچار سقوط یا صدمه نشود.
- مددجو خطرات مرتبط با اختلالات بینایی را می شناسد.

# اقدامات اجرایی

- تامین محیط ایمن شامل ارتقاء سلامت ، اقدامات تکاملی و محیطی
- ارتقاء سلامت: قرار گرفتن مددجو در یک محیط ایمن و به حداقل رساندن خطر صدمه و آسیب

# تشخیص های پرستاری

- احتمال عدم تعادل در راه رفتن
- احتمال صدمه
- نقصان دانش
- اختلال حسی - حرکتی
- اختلال فرایند تفکر
- احتمال ضربه یا تروما
- اختلال در تحرک فیزیکی
- احتمال سقوط



پیشگیری



# مداخلات پرستاری

- ارزیابی تمام بیماران بالای ۶۵ سال در بدو پذیرش و راندهای پزشکی و پرستاری
- ارزیابی خطر سقوط بیماران حداقل یک بار در روز و در زمان تغییر وضعیت بیمار
- طراحی و تنظیم مداخلات با توجه به نیازهای بیمار بر اساس اطلاعات ابزار مورس ( سابقه سقوط - تشخیص ثانویه - وسایل کمک حرکتی - مایع درمانی وریدی - قامت - وضعیت روانی)
- مشورت با پزشکان، کادر کمک پرستاران و... در خصوص مداخلات پیشگیری سقوط بیماران

# پیشگیری موثر از سقوط بیمار کار تیمی و برنامه ریزی منسجم درمانی نیاز دارد.

- آموزش به بیماران در خصوص استفاده از کفش و دمپایی مناسب
- گذاشتن صندلی راحت در کنار تخت بیماران
- مجهز نمودن راهرو منتهی به سرویس بهداشتی و... به نور کافی و فارغ از هر گونه مانع و اشیاء اضافی و..
- دسترسی بیمار به واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی
- بالا بودن حفاظ تخت بیماران
- ارزیابی ارتفاع تخت از سطح زمین
- بررسی محیط بستری بیمار از لحاظ عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار
- تنها نگذاشتن بیماران در معرض خطر در اتاق معاینه، واحدهای تشخیصی و..

□ بالا بودن حفاظ برانکارد در حین انتقال بیمار

□ روشنایی نسبی محیط بستری بیمار در شب

□ آموزش بیمار و مراقبین و.. در خصوص پیشگیری از سقوط

□ در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب سرکشی به بیماران هر ساعت و انجام فعالیت های ذیل:

□ ارزیابی درد- بررسی نیاز بیمار به اجابت مزاج- در دسترس قرار دادن آب و دارو و...- اطمینان از قفل تخت-وجود دمپایی و...-تنظیم ارتفاع تخت و بررسی راحتی و پوزیشن بیمار- اطمینان از سهولت دسترسی به زنگ اخبار

□ بررسی سهولت دسترسی بیمار به میز کنار تخت - سطل آشغال - دستمال کاغذی

□ بررسی مجدد بیمار در زمان پیک اثر داروهای (آنتی سایوتیک - فشارخون - قلبی و...)



## پله ها

- پهنای پله با عمق یکنواخت ۹ اینچ (۲۲.۵ سانتی متر) و بخش عمودی پله ۹ اینچ کار گذاشته شود.
- روی پهنای پله سطوحی با ترکیب یکنواخت و رنگ ساده کار گذاشته شود و لیه پله با رنگ متفاوت علامت گذاری شود
- اطمینان از روشنایی مناسب پله، جلوگیری کردن از آفتاب یا نورهای خیر کننده با پوشش مات یا پرده و یا استفاده از لامپ هایی با ولتاژ پایین و خیر کننده ای پایین.
- اطمینان از ارتفاع مناسب سقف تا سر طوری مددجو نیاز به خم کردن سر نباشد.
- برداشتن اشیاء که از دیوار پله ها بیرون زدند.
- حفظ راهرو های خارجی و پله در یک شرایط خوب و بدون سوراخ و شکاف

## نرده ها

□ نصب نرده های صاف امام غیر لغزنده در فاصله حداقل دو اینچی از دیوار (۵ سانتی متر)

□ ثابت کردن نرده ها به طور محکم به طوری که وزن مددجو را تحمل کند، مخصوصاً در پایین و بالای راه پله. نصب میله ها جهت گرفتن در حمام، نزدیک توالت و وان.



# کف ها

- اطمینان از اندازه کفش و دمپایی مناسب مددجو یا سطح غیر لغزنده
- همه فرش ها ، حصیرها و کاشی ها محکم شود و از تکیه گاه غیر لغزنده برای زیر فرش های کوچک استفاده شود.
- پتوهای حمام یا چسب های غیر لغزنده روی وان حمام یا کف حمام دوش قرار داده شود.
- سیم های الکتریکی لبه تحتانی دیوار محکم شوند.
- حفظ روشنایی مناسب در محل های داخلی و خارجی که مددجو حرکت می کند و قدم میزند.



## در مراکز مراقبت بهداشتی: جهت یابی (orientation)

- قرار دادن مددجو دچار اختلال در جهت یابی نزدیک ایستگاه پرستاری.
- نظارت نزدیک از مددجو دچار اختلال هوشیاری و گیجی.
- نشان دادن چگونگی استفاده از زنگ اخبار در کنار تخت، در حمام و.. در دسترس بودن زنگ اخبار جهت استفاده.
- قرار دادن میز کنار تخت و جلو تخت نزدیک مددجو.
- برطرف نمودن شلوغی و بهم ریختگی مکان مددجو مانند تخت، راهرو، حمام، ....
- نرده کنار تخت در یک طرف بالا و در سمت دیگر پایین باشد که مددجو اورینت و قادر به راه رفتن بتواند از حمایت نرده استفاده کند.

# انتقال

- قفل کردن تخت یا ویلچر هنگام جابجایی مددجو.
- قرار دادن نرده های کنار تخت در وضعیت بالا و بندهای ایمن و محکم در اطراف مددجو روی برانکاردر.



# حرکت □ □ □ بیماران به بالا □ □ □ □

□ □ هدایت:

- برقراری تسلیش بیمار
- حفظ راستای مناسب بدن
- پیشگیری از وارد آمدن فشار به عضلات

□ روش کار:

- خلوت بیمار را فراهم آورید و او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.
- با استفاده از ملافه، پوش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید.
- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین آورده و چرخ های تخت را قفل کنید. ارتفاع تخت را مناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم و میله کنار تخت طرف مقابل خود را بالا بیاورید بالش ها را برداشته یک بالش را بالای سر بیمار نزدیک سر تخت قرار دهید.

- از بیمار بخواهید که زانو های خود را خم کرده، کف پاها را روی تشک قرار دهد تا با فشار دادن کف پا بر تشک، بتواند خود را به طرف بالای تخت حرکت دهد.
- از بیمار بخواهید که به یکی از سه روش زیر برای حرکت به طرف بالای تخت به پرستار کمک نماید:
- (الف) دست های خود را به قسمت بالای تخت بگیرد.
- (ب) با فشار دادن آرنج ها روی تشک قسمت فوقانی بالاتنه خود را بلند نماید.
- (ج) دست های خود را به میله روی تخت بگیرد.
- وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید:
- (الف) رو به طرف جهت حرکت باستید پاها را کمی از هم باز بگذارید. تنه را از قسمت لگن کمی به طرف جلو متمایل کنید. وزن خود را روی پای جلویی انداخته و لگن و زانوها و مچ پاها را خم کنید.
- (ب) دست نزدیک خود را زیر رانهای بیمار قرار دهید. با دست دیگر تشک را زیر تنه بیمار به طرف پایین فشار دهید.

□ ج) عضلات باسن و شکم و پاها و بازوان خود را منقبض کرده و وزن خود را روی پاها جابجا کنید و با همکاری همزمان بیمار او را به طرف بالای تخت حرکت دهید.

□ بالا آوردن سر تخت، گذاشتن بالش‌ها و قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب، آسایش وی را فراهم کنید.

□ اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، استفاده از وسایل کمکی، استفاده از وسایل حمایتی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای کمک و واکنش بیمار نسبت به حرکت و چرخش در تخت مانند اضطراب، ناراحتی، سرگیجه را به پرستار مسئول گزارش کنید.

**حرکت دادن بیمارانی که دچار محدودیت قدرت در حرکت تنه می باشند**

-از بیمار بخواهید که مانند روش قبل مفصل زانو و لگن را خم کند و کف پاها را روی تشک قرار دهد. ضمناً در حین حرکت گردن را خم کرده سر را بالا بیاورید دست های بیمار را روی قفسه سینه قرار دهید.

-مشابه روش قبل در کنار تخت بایستید، یک دست خود را زیر پشت و شانه های بیمار قرار دهید و دست دیگر را زیر ران های بیمار بگذارید.  
-با همکاری همزمان بیمار او را به طرف بالای تخت حرکت دهید.



## کشیدن بیمار به بالای تخت

این روش فشار کمتری به پشت مراقب وارد می کند.

۱- بعد از پایین آوردن سر تخت و برداشتن تمام بالش ها بیمار را به طرف لبه تخت نزدیک خودتان حرکت دهید.

۲- چنانچه بیمار قادر به همکاری نمی باشد، دست های بیمار را روی قفسه سینه قرار داده و از او بخواهید که گردن را خم کرده، سر را بالا بیاورد.

۳- نزدیک بالای تخت رو به طرف پایین ایستاده آرنج ها را روی تشک تکیه دهید به طوریکه یک دست زیر باسن و دست دیگر زیر پشت بیمار قرار دهید.

۴- حرکات خود را با کوش بیمار هماهنگ کنید و در حالی که بیمار پاشنه های پای خود را روی تشک فشار داده و از بازوان خود کمک میگیرد او را به طرف بالا بکشید.

۵- بیمار را به طرف مرکز تخت حرکت داده و با استفاده از بالا آوردن سر تخت آسایش او را فراهم کنید.

## حرکت دادن بیمار ناتوان یا سنگین وزن به بالای تخت با همکاری دو مراقب

دو مراقب در طرفین تخت قرار گرفته و با رعایت وضعیت صحیح بدنی خود دست ها را با گرفتن ساعد یکدیگر به هم قفل کرده و سپس در حالیکه دست ها زیر ران ها و شانه های بیمار قرار دارند وی را به طرف بالا حرکت می دهند.



## حرکت دادن بیمار به بالای تخت توسط دو نفر با استفاده از ملافه

۱- یک ملافه کوچک را زیر بیمار از ناحیه شانه ها تا ران ها پهن کنید. دو نفر در طرفین تخت بیمار قرار گرفته، لبه های ملافه را در دست خود تا نزدیک بدن بیمار جمع می کنند. دقت کنید یک دست شما قسمت بالای ملافه در نزدیک شانه و دست دیگر قسمت پایین ملافه را در نزدیک باسن بیمار گرفته باشد.

۲- از بیمار بخواهید لگن و زانو ها را خم کرده کف پاها را روی تشک فشار دهد. در این حال دست های بیمار روی سینه قرار داشته باشد.

۳- دو مراقب همزمان با کوشش بیمار و با استفاده از ملافه او را به بالای تخت حرکت می دهند. حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت هدف قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب برای انتقال او به برانکارد، قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو و خوابیده یا به هنگام تعویض ملافه های تخت می باشد.

## حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت

هدف قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب برای انتقال او به برانکارد ، قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو و خوابیده یا به هنگام تعویض ملافه‌های تخت می‌باشد.

وسایل لازم ملافه بزرگ یا کوچک

روش کار: ۱

-خلوت بیمار را فراهم آورده و او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.

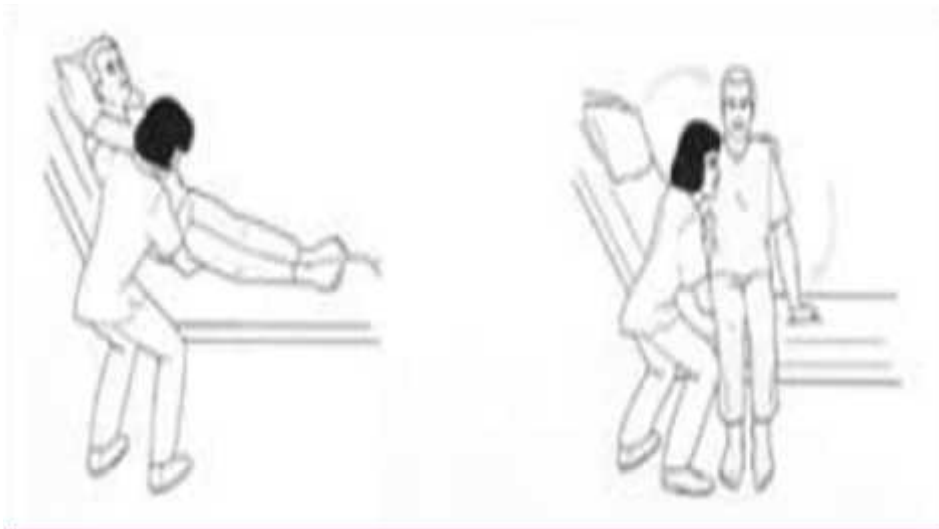
- ۲- با استفاده از ملافه پوشش‌های روئی بیمار را به پایین تخت تا کنید.

- ۳- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین آورده و چرخ‌های تخت را قفل کنید. در صورت امکان ارتفاع تخت را متناسب با مرکز ثقل خود تنظیم کنید و بالش‌های اضافی را بردارید.

- ۴- نزدیک تخت در جهتی که بیمار قرار است حرکت داده شود، در مجاورت قفسه سینه بیمار بایستید.

- ۵- دست بیمار را که نزدیک به شماسست روی قفسه سینه بیمار قرار دهید.

- ۶- وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید.



## کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت

- ❖ به بیمار کمک کنید در وضعیت به پهلو خوابیده
- ❖ در حالی که صورت او به طرف شماست قرار گیرد.
- ❖ سر تخت را به تدریج تا بیشترین حد ممکن بالا
- ❖ بیاورید.

❖ پاهای بیمار را به لبه کناری تخت نزدیک کنید.

❖ در مجاورت تخت در کنار باسن بیمار قرار گیرید در حالی که صورت شما به طرف پایین تخت قرار دارد. پاهای بیمار را از هم باز کنید به طوری که پای نزدیک به تخت جلو قرار گرفته و تنه را به طرف جلو متمایل کنید. مفاصل لگن، زانو و مچ پا را خم کنید.

❖ یک دست را دور شانه‌های بیمار و دست دیگر را زیر ران‌ها در نزدیکی زانوهای بیمار قرار دهید. - به آرامی ران‌های بیمار را بالا برده در همین حال روی پاشنه پا بچرخید و پاهای بیمار را از تخت خارج کنید. - جهت حفظ تعادل و برقراری راحتی بیمار او را حمایت کنید. - اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای حرکت و نشستن و واکنش بیمار نسبت به نشستن (اضطراب، ناراحتی و سرگیجه) را به پرستار مسئول گزارش کنید.

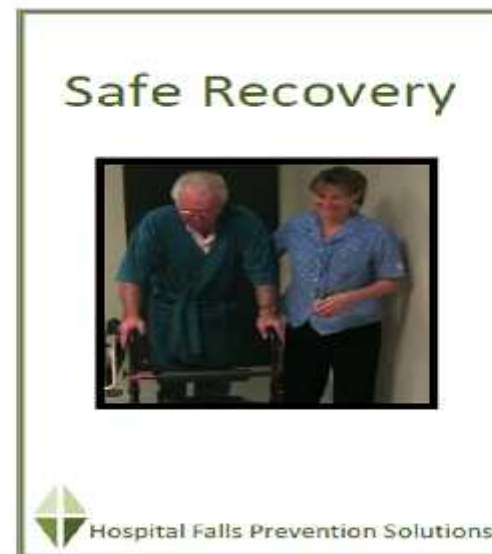
## انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار

- ❖ در صورتی که ارتفاع تخت قابل تنظیم است آن را تا حد ممکن پائین آورده و پایه‌های تخت را قفل کنید.
- ❖ صندلی چرخدار را به موازات تخت چسبیده به آن قرار داده و پایه‌های آن را قفل کنید. در ضمن دو قسمت مخصوص جای پای بیمار را بالا بیاورید. در صورت لزوم ملافه را طوری روی صندلی بیاورید که یک گوشه آن پشت صندلی قرار گیرد گوشه مقابل آن زیر پای بیمار باشد و دو گوشه دیگر دسته‌های صندلی را بپوشاند.
- ❖ به بیمار کمک کنید که روی لبه تخت نشسته و چهار پایه را جلوی پای او قرار دهید.
- ❖ قبل از حرکت دادن بیمار وضعیت او را از نظر علائم کاهش فشار خون وضعیتی بررسی کنید.
- ❖ به بیمار در پوشیدن دمپایی کمک کنید.
- ❖ از بیمار بخواهید به روش زیر در انتقال به صندلی چرخدار همکاری کند:
- ❖ الف) کمی بیشتر به طرف لبه تخت حرکت کند.
- ❖ ب) بدن خود را کمی به طرف جلو خم کند.
- ❖ ج) با فشار دادن دستهای خود به تشک یا شانه‌های مراقب، خود را بلند کند.
- ❖ د) ابتدا پای قوی تر خود و سپس پای ضعیف تر را روی چهارپایه قرار دهد.

# جابجایی بیمار



# ابزار جابجایی بیمار





# مهار فیزیکی

- ۱. شناسایی ایمن بیمار
- ۲. استفاده از دستبند زرد با توجه به نوع ریسک معیار مورس
- ۳. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با کمترین آسیب
- ۴. دستور پزشکی معالج و ذکر اندام جهت مهار فیزیکی
- ۵. ثبت کنترل سیستم عصبی عروق و اندام مهار شده
- ۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی
- ۷. قطع مهار فیزیکی در کوتاه ترین زمان ممکن
- ۸. حفظ حریم خصوصی و ثبت زمان شرع، خاتمه و عوارض احتمالی
- ۹. تکرار مهار فیزیکی با دستور مجدد پزشکی و عدم استفاده از PRN
- ۱۰. عدم مهار فیزی مادر باردار، عدم مهار اندام بیماران با نقص عضو حرکتی



# مهيار بيمار



# کمر بند نگهدارنده بیمار



# هدف ایده آل: محیط بدون مهار فیزیکی بیمار

- مهار فیزیکی سبب کاهش اعتماد به نفس مددجو و دچار سرشکستگی، ترس و عصبانیت وی می شود.
- استفاده از روش **حل مسئله (الگوریتم)** توسط دانشکده LOWA سالمندی
- **بررسی و مشاهده بیمار:** سرگردان، مستعد سقوط، اقدام دارویی، مقاومت به مراقبت و...
- **بررسی پرستاری:** دلایل رفتارهای مشکل زا بیمار: چه ساعتی از روز؟ محیط؟ درد؟ فعالیت های بیمار؟
- آیا رفتار بیمار برای خودش و دیگران مضر است؟
- **بله:** اقدامات پرستاری: \* درمان و رفع علت \* جستجو مشاور ماهر \* سعی در انتخاب مهار ها \* همراهی و نظارت \* تغییر یا رفع درمان های پرزحمت \* تغییر محیط (نور- کمد کنار تخت- نرده ها- اتاق آرام- وسیله ارتباطی و...)
- **خیر:** عدم استفاده از مهار کننده ها

## استفاده از اقدامات متناوب به جای مهار فیزیکی

- آشنا نمودن مددجو و خانواده با محیط بستری
- تشویق خانواده به ماندن در کنار بیمار با توجه به درخواست پزشک معالج
- اختصاص دادن اتاق بیمار نزدیک ایستگاه پرستاری
- انجام معیار اورینته بودن بیمار توسط پرستار
- فراهم کردن محرک بینایی و شنوایی مناسب مانند عکس خانواده، ساعت، رادیو و...
- رفع هر چه سریع تر پروسجرهای تهاجمی و غیر تهاجمی بیمار (سوند معده، فولی و..)
- استفاده از تکنیک های آرام سازی (ماساژ، موسیقی و..)
- برنامه حرکت و ورزش، فراهم کردن برنامه توالی رفتن مخصوصا در حداکثر زمان سقوط مانند ۶ تا ۸ صبح و ۴-۶ بعدازظهر
- ارزیابی دارویی بیمار و توجه به پیک اثر دارو
- هدایت و بررسی مداوم و ارزیابی مراقبت مددجو و پاسخ مداوم بیمار به مراقبت

| نوع مداخله               | توضیحات                                |
|--------------------------|----------------------------------------|
| تعیین ریسک سقوط          |                                        |
| ورزش                     | *تقویت عضلات و نه صرفاً تمرین راه رفتن |
| کنترل بی اختیاری ادرار   |                                        |
| تغذیه/تنظیم وضعیت مایعات |                                        |
| تنظیم داروها             |                                        |
| اصلاح محیط               |                                        |
| آموزش                    | ****                                   |
| برنامه چند بعدی و جامع   |                                        |

□ آموزش درباره سقوط و احتمالات آن

□ تاکید بر احتمال افتادن و "درخواست کمک کن" و "منتظر کمک بمان"

□ توضیح دلایل و شرایط سقوط (ضعف اندام ها، داروها، سرگیجه، محیط ناپایدار...)

□ تخمین شرایط خطر برای بیمار

□ تهیه فهرستی از راه های ممکن و قابل قبول برای بیمار

# ثبت و گزارش

- رفتارهایی که مددجو را در خطر صدمه قرار میدهد ثبت نماید.
- تلاش در جهت انتخاب مهار و پاسخ مددجو را شرح دهید.
- درک مددجو و خانواده از موافقت برای کاربرد مهار را ثبت کنید.
- نوع و محل مهار و زمان کاربرد را ثبت کنید.
- زمان بررسی و برداشتن مهار را ثبت کنید.
- رفتار مددجو بعد از بکار بردن مهار را ثبت کنید.
- بررسی های ویژه مرتبط با اورینته ، اکسیژن تراپی ، انسجام پوست ، گردش خون و موقعیت را ثبت نمایید.
- پاسخ مددجو زمانی که مهار برداشته شد را شرح دهید.

## نتایج غیر قابل انتظار در مهار فیزیکی و اقدامات مربوطه

- مددجو نشانه های اختلال در انسجام پوست دارد. (بررسی پوست و درمان مناسب و اطلاع به پزشک معالج - بررسی کاربرد صحیح مهار فیزیکی و..)
- مددجو در وضعیت عصبی، عروقی یک انتها تغییراتی دارد مانند سیانوز، رنگ پریدگی، سردی پوست، شکایت از مورمور، درد یا خواب گرفتگی (مهر را فوراً بردارید، کنار مددجو بمانید و پزشک را در جریان بگذارید).
- گیجی، اختلال جهت یابی یا آشفتگی مددجو (شناسایی دلیل تغییر رفتار مددجو و تلاش جهت رفع علت



- راهنمای سقوط بیمار، فرناز مستوفیان، مردادماه ۱۳۹۳
- اصول و فنون پرستاری، پوتر و پری، صدیقه سالمی، ویرایش ششم
- اصول و فنون پرستاری، بابک روزبهان، ۱۳۹۴

از توجه شما متکرم

