



پیسہ اللہ کے لئے خرچ کرنا

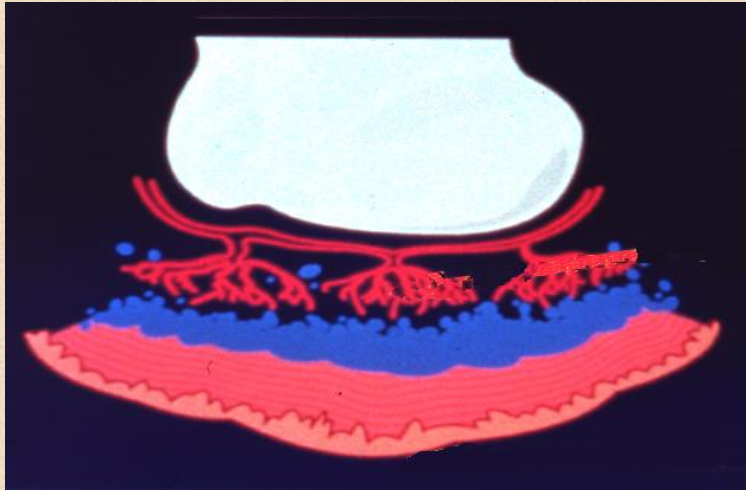
Pressure Ulcers:
Putting *Pressure* on
Prevention

Why are we failing?

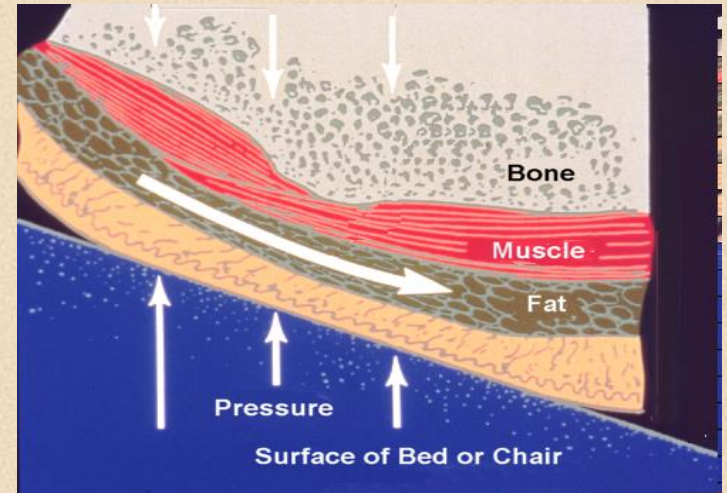
- Insanity *دیوانگی*
 - Doing the same thing & expecting different result
- Changing policy not practices
- Looking at paper not people

EXTERNAL FACTORS

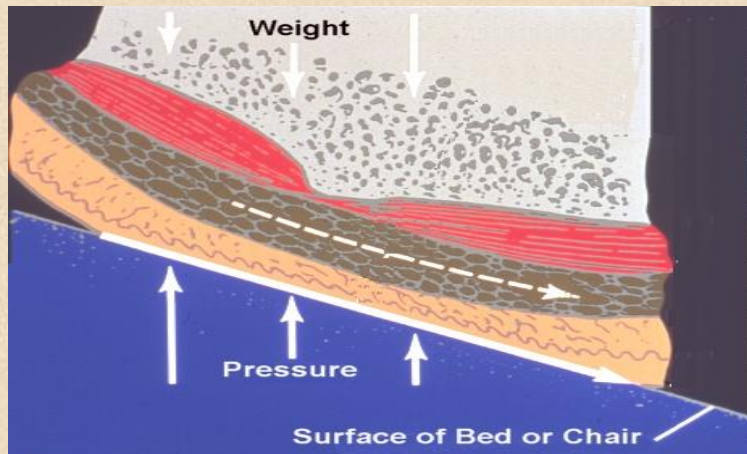
Pressure



Shear



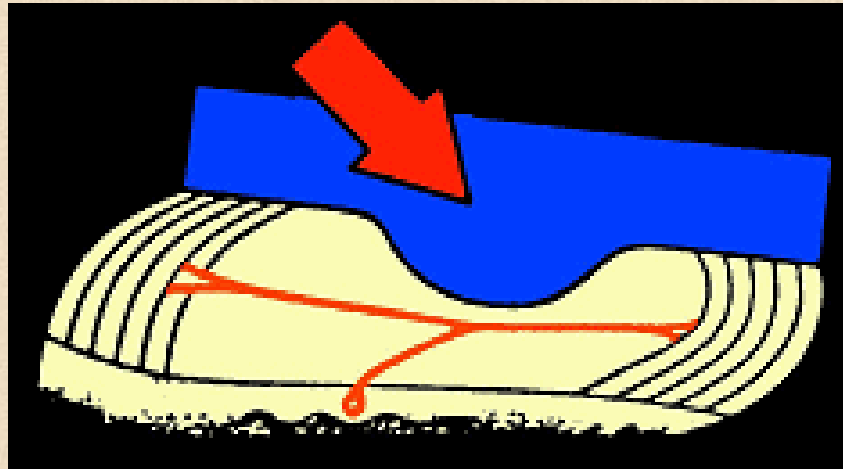
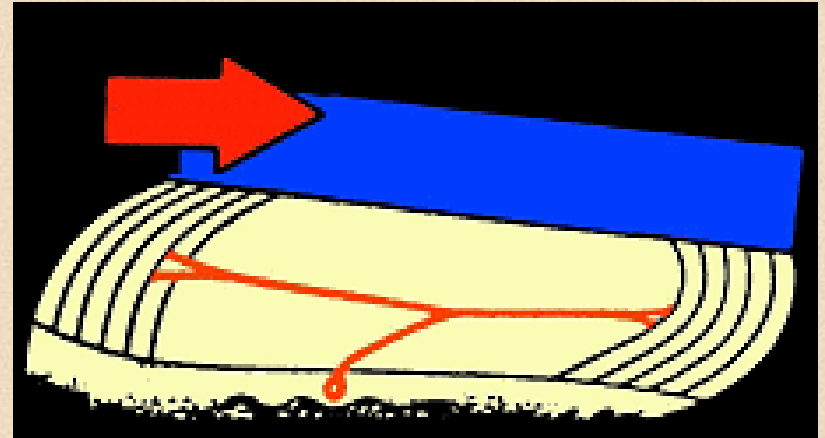
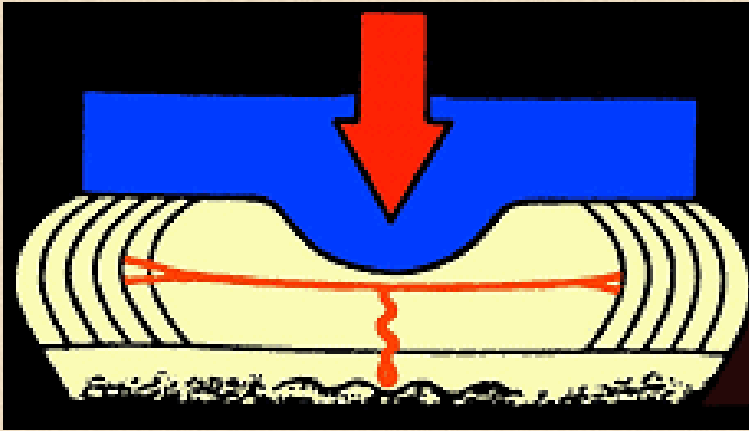
Friction



Moisture

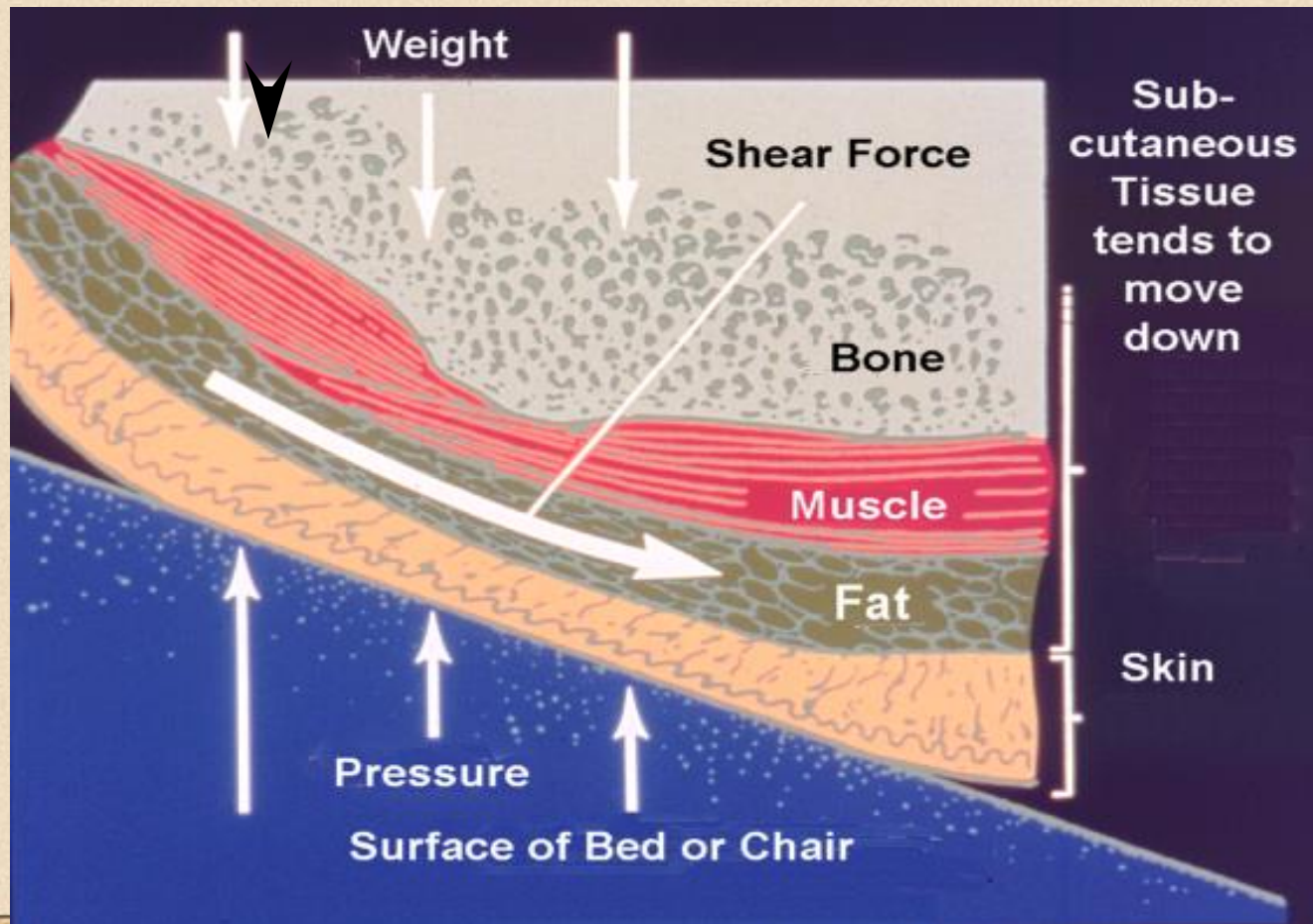


Pressure and shear



SHEAR

Tissue layers slide against each other, disrupts or angulates blood vessels

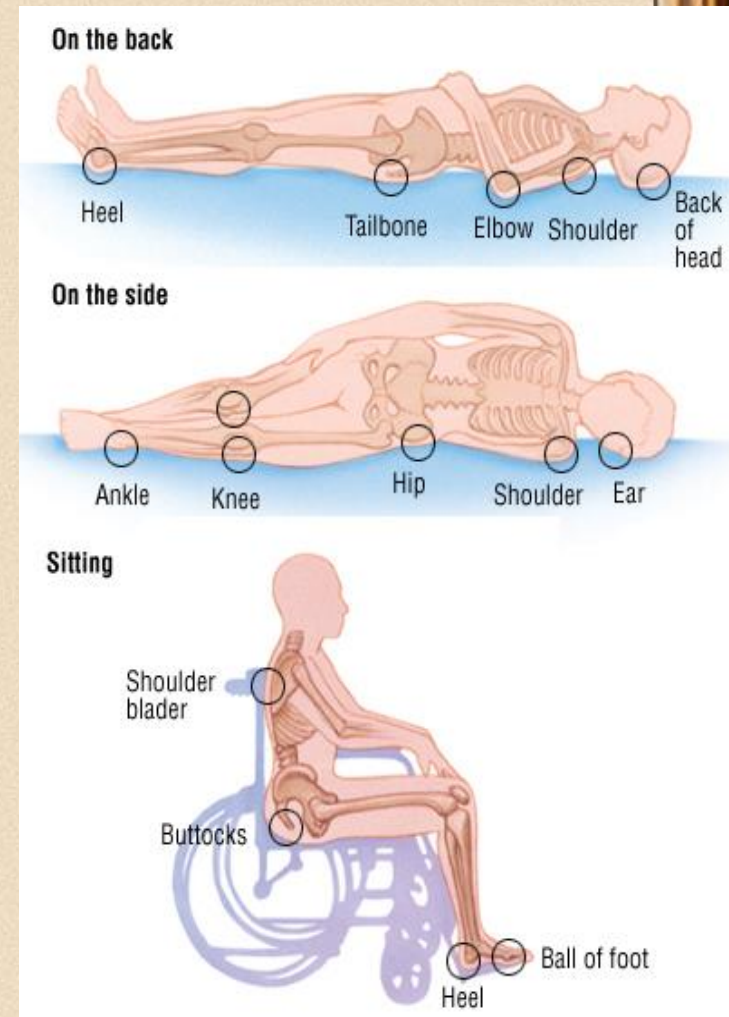


Pressure Ulcers

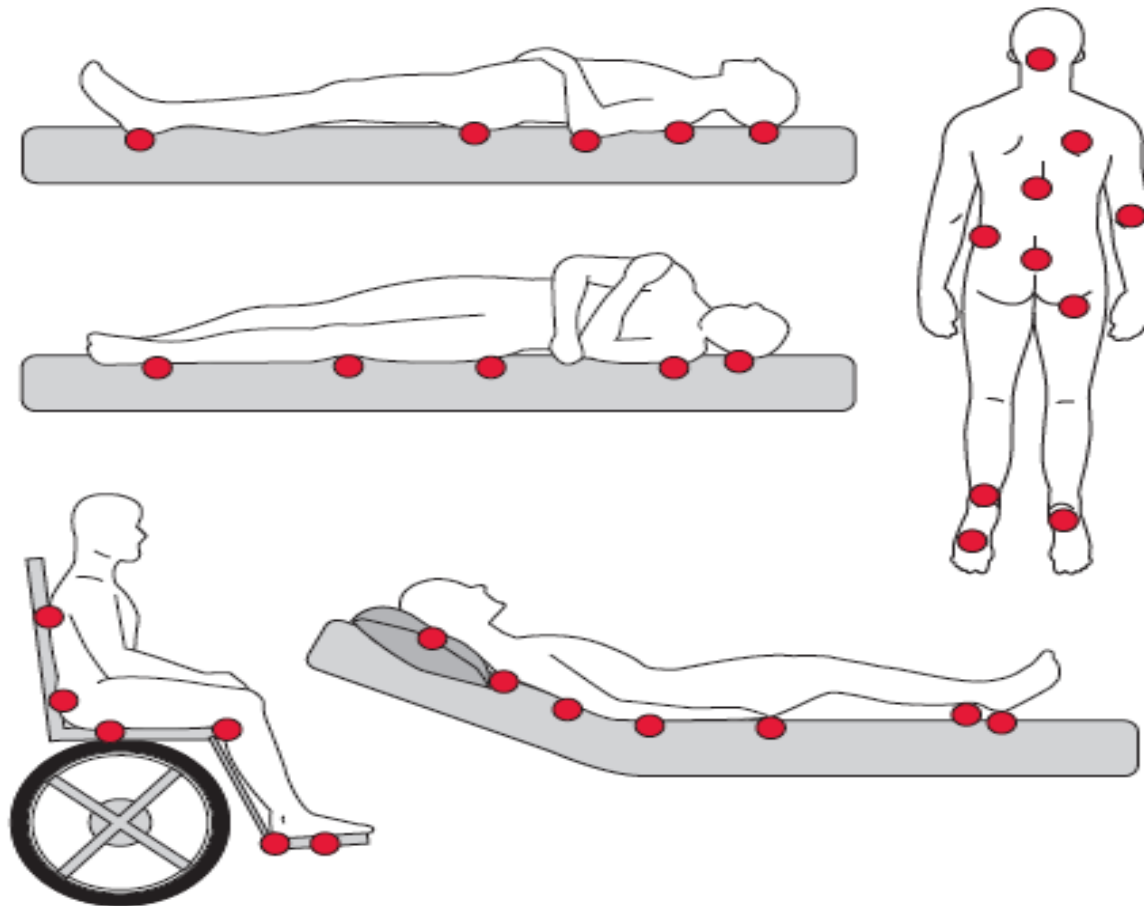
Continuous pressure

Pressure happens when you sit or lie on a bony area for too long. Pressure on bony areas slows down or stops the blood from flowing to the skin. Pressure may hurt the skin and the layers of tissue underneath it. This may cause the tissue to become damaged, or even die. Pressure can begin to cause damage to your skin and tissue within **2 hours**.

Shearing or friction Shearing or friction happens when delicate skin is dragged across a surface, such as using sheets. This may cause your skin to tear or a blister to form. Fragile skin can tear if it is moved up or down in bed or moved from the bed to a chair. Your skin can also tear when muscle spasms cause your arms or legs to jerk and rub the sheets.



Where are they found on the body? Pressure ulcers typically occur in bony areas of the body that sustain pressure when lying or sitting in bed for long periods of time (shoulders, elbows, hips, buttocks and heels).



Medical devices and equipment



ارزیابی خطر

	Braden Scale	Norton Scale
Activity	x	x
Mobility	x	x
Incontinence		x
Sensory Perception	x	
Moisture	x	
Friction & Shear	x	
Nutrition	x	
Physical Condition		x
Mental Condition		x

Other Risk Factors

- History of pressure ulcers, scarring
- Medical diagnoses
- Nutritional deficits - wt loss, low albumin or pre-albumin
- “Behaviors”: non-compliance, self-destructive behaviors

Complicating Illnesses

- Impaired cardiovascular or pulmonary function:
 - *Compromise perfusion and oxygenation
- Conditions with damage to capillary basement membrane - radiation, PVD
 - *Tissue perfusion is restricted**
- Systolic pressure <100 mm Hg and diastolic <60 associated with PU development
 - may shunt blood flow away from skin to more vital organs.....decreasing skin tolerance by allowing capillaries to close at lower levels of interface pressure

Pain Control

- Eliminate/control pain
 - Affects mobility
 - Affects mental status
 - Affects motivation
 - Affects blood flow/perfusion of tissue
 - Affects nutrition

Other Factors:

Incontinence:

بی اختیاری

- Incontinence occurs when you cannot control when you urinate or have bowel movements.
- You may be at risk for pressure ulcers if you sit or lie in urine or bowel movement which can lead to infections.

Malnutrition and dehydration:

سوء تغذیه و کم آبی

- Malnutrition means that your body is not getting enough calories and nutrients, such as protein and fat.
- Dehydration means that your body is not getting enough healthy liquids, such as water.
- Malnutrition and dehydration may cause your skin to be injured more easily.
- You may have less tissue and fat over bony areas of your body. Less padding may increase the pressure over a bony area.

Lack of movement:

فقدان تحرک

- Pressure will build on body areas if you stay in a chair or bed most of the time.
- The risk that an ulcer will form increases the longer you leave pressure on a bony area.
- Medical conditions that may lead to a lack of movement include spinal cord injury, stroke, and hip fracture.

Numbness:

بی حسی / اختلال حس

- Your skin may become damaged without your knowing it.
- Medical conditions that may cause numbness include multiple sclerosis and nerve damage from diabetes.

Previous pressure ulcer:

سوابق قبلی زخم بستر

- You may have a higher chance of getting a pressure ulcer if you have had a pressure ulcer before.

Fecal Incontinence

- 56.7% of patients with PU were fecally incontinent
- 22 times more likely to have PU than patients without fecal incontinence

Risk factors

- ❖ **Acute illness**
- ❖ **Extremes of ages** (*over 65, less than 5 years old*)
- ❖ **Severe chronic or terminal illness**
- ❖ **Medication**

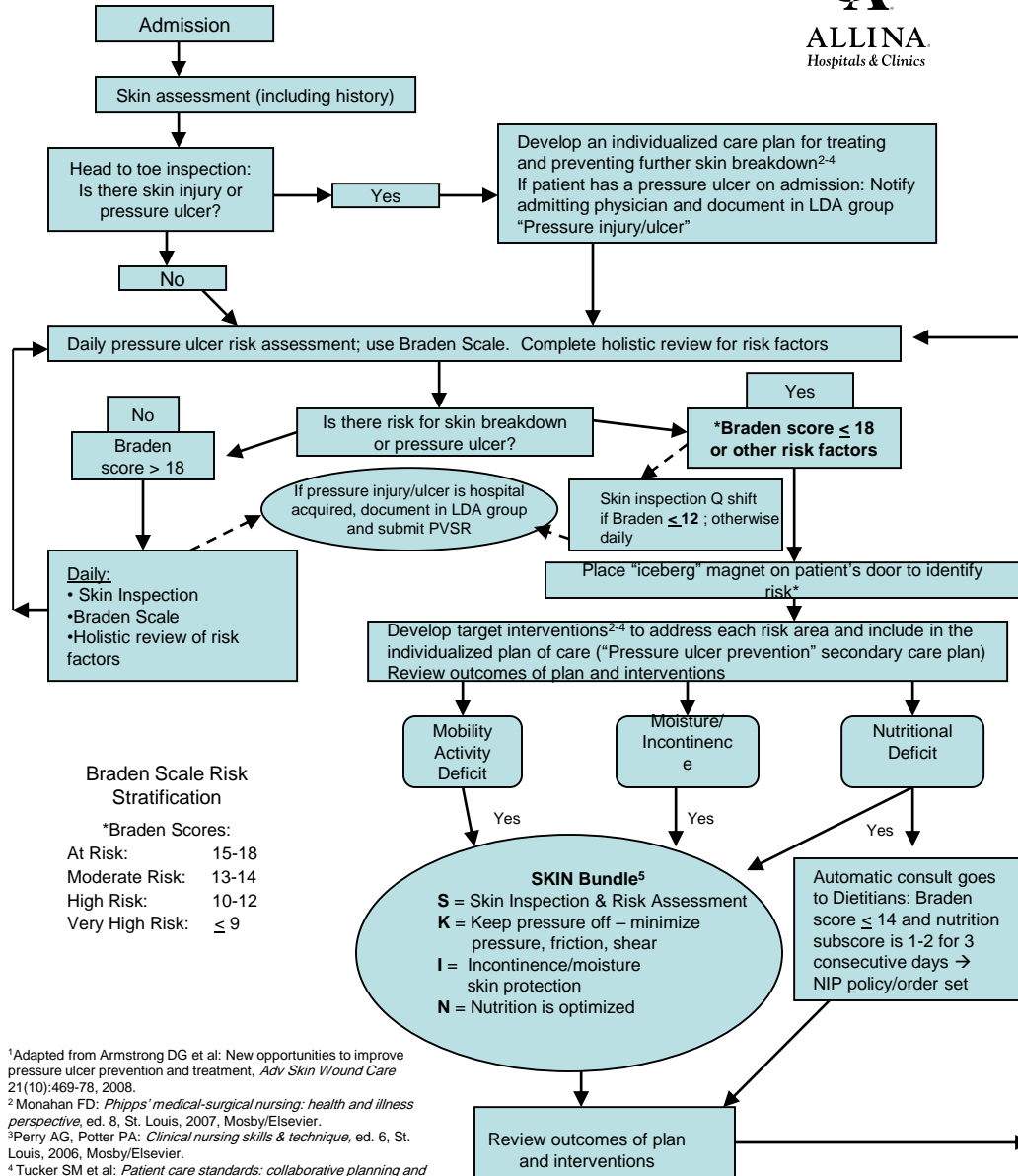
	"At Risk"	Moderate Risk	High Risk	Very High Risk
Sample Protocol هر دو ساعت تغییر پوزیشن	●			
تغییر پوزیشن هر دو ساعت و پیشگیری از تماس مستقیم برجستگی های استخوانی		●	●	●
محافظت از پاشنه	●	●	●	●
در صورت معلولیت، از وسایل محافظتی کاهش دهنده فشار استفاده کنید	●	●	●	●
اگر از یلچیر استفاده می کند، از وسایل کاهش دهنده فشار در صندلی استفاده شود	●	●	●	●
در صورت امکان، برنامه ریزی جهت تحرک مجدد کنید (ایستادن و غیره)	●	●	●	●
کنترل رطوبت در افراد بی اختیار	●	●	●	●
مدیریت تغذیه	●	●	●	●
کاهش اصطکاک و فشار	●	●	●	●

	"At Risk"	Moderate Risk	High Risk	Very High Risk
تدارک تغییر پوزیشن لترال ۳۰ درجه		●	●	●
چرخش های کوچک به عنوان مکمل برنامه هر ساعت			●	●

Check Skin



Pressure Ulcer Prevention¹ Algorithm



Braden Scale Risk Stratification

*Braden Scores:
 At Risk: 15-18
 Moderate Risk: 13-14
 High Risk: 10-12
 Very High Risk: ≤ 9

¹Adapted from Armstrong DG et al: New opportunities to improve pressure ulcer prevention and treatment, *Adv Skin Wound Care* 21(10):469-78, 2008.

²Monahan FD: *Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspective*, ed. 8, St. Louis, 2007, Mosby/Elsevier.

³Perry AG, Potter PA: *Clinical nursing skills & technique*, ed. 6, St. Louis, 2006, Mosby/Elsevier.

⁴Tucker SM et al: *Patient care standards: collaborative planning and nursing interventions*, ed. 7, St. Louis, 2007, Mosby/Elsevier.

⁵MN Hospital Association, 2/2007, Road Map to a Comprehensive Skin Safety Program

Pressure Ulcer Prevention Algorithm for Adults

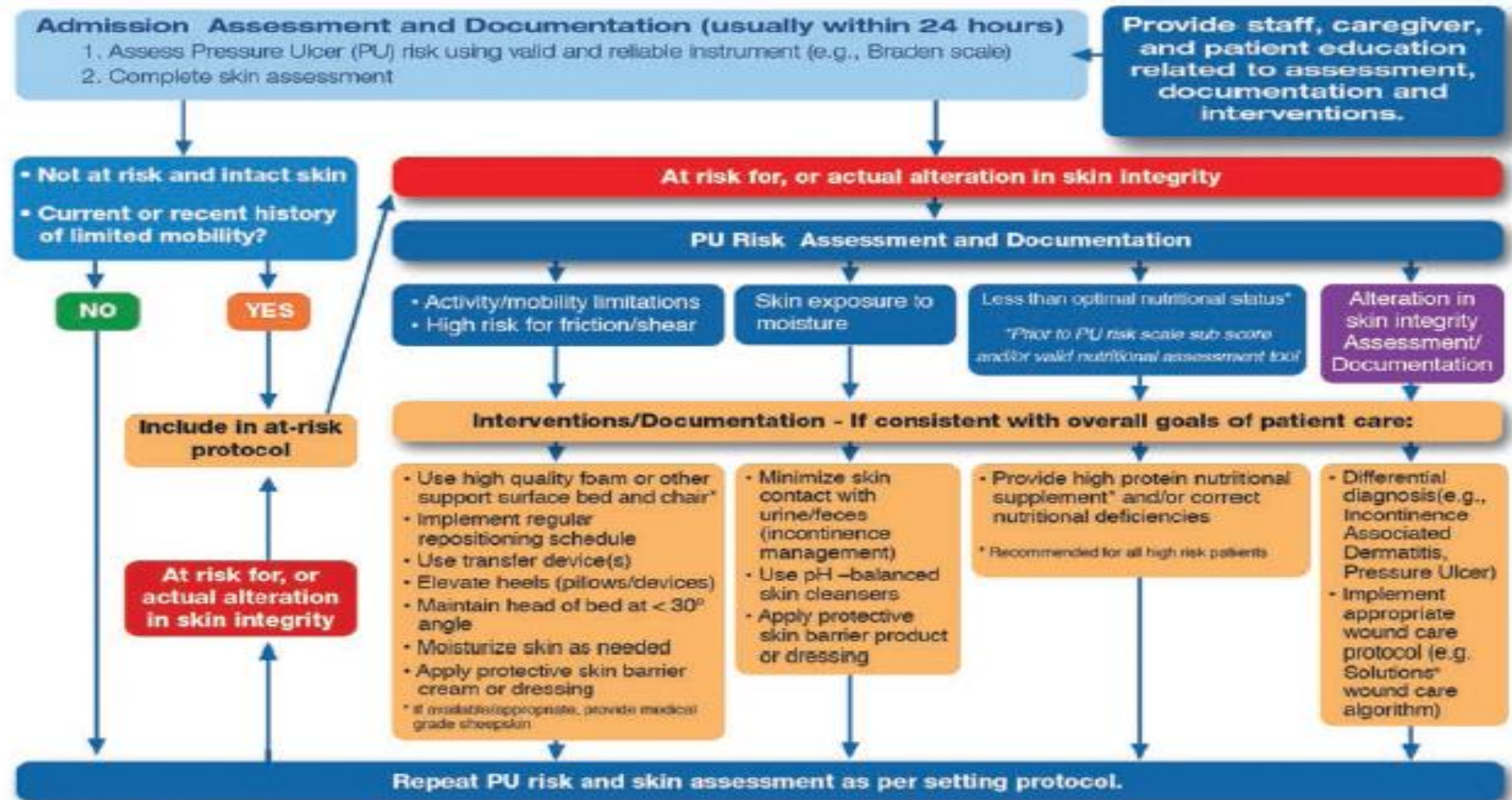


Figure 1. The pressure ulcer algorithm.

Pressure Ulcer Algorithm

Person with a Pressure Ulcer

Reassess

- If the wound is healable and the surface area has not reduced 20-30% over a 3-4 week period, reassess the ENTIRE patient again
- If the person and his/her wound is being managed according to best practice and the wound surface area has failed to reduce in size as expected, consider a referral to an ET or Wound Care Specialist
- May need to consider adjunctive therapies, skin substitutes/grfts/flaps, biologic dressings (healable wounds only)

Assess

- The Initial Wound Assessment Tool
- Braden Scale for Pressure Ulcer Risk Tool
- Nestle Mini Nutritional Assessment Form
- Interdisciplinary Pressure Ulcer Contributing Factors Assessment Tool
- NPUAP PUSH Tool
- NPUAP Staging System for Pressure Ulcers
- Determining Healability Tool

Moisture Balance and Dressing Selection

- Promote a moist wound healing environment in healable wounds
- Provide a clean, dry environment for maintenance/non-healable wounds
- Consider using the dressing selection table and cleansing enablers to choose cleansing and dressing methods

Treat the Cause

- Manage/reduce pressure, friction and/or shear

Treat Co-Factors

- Consider moisture/incontinence, nutrition, mobility, medications, lifestyle factors, underlying chronic/acute disease

Infection/Inflammation

- Assess using Bioburden Assessment Tool
- Treat using Bacterial Burden in Chronic Wounds chart/consider topical antimicrobials for critically colonized wounds, and topical and systemic antimicrobials for infected wounds
- Rule-out osteomyelitis

Address Person's Concerns

- Comprehensive Assessment of Chronic Pain in Wounds
- SWRWCP's Modified WHO Pain Ladder
- Psychosocial and Quality of Life (QoL)
- Cardiff Wound Impact QoL Questionnaire (optional)
- Adherence

Educate

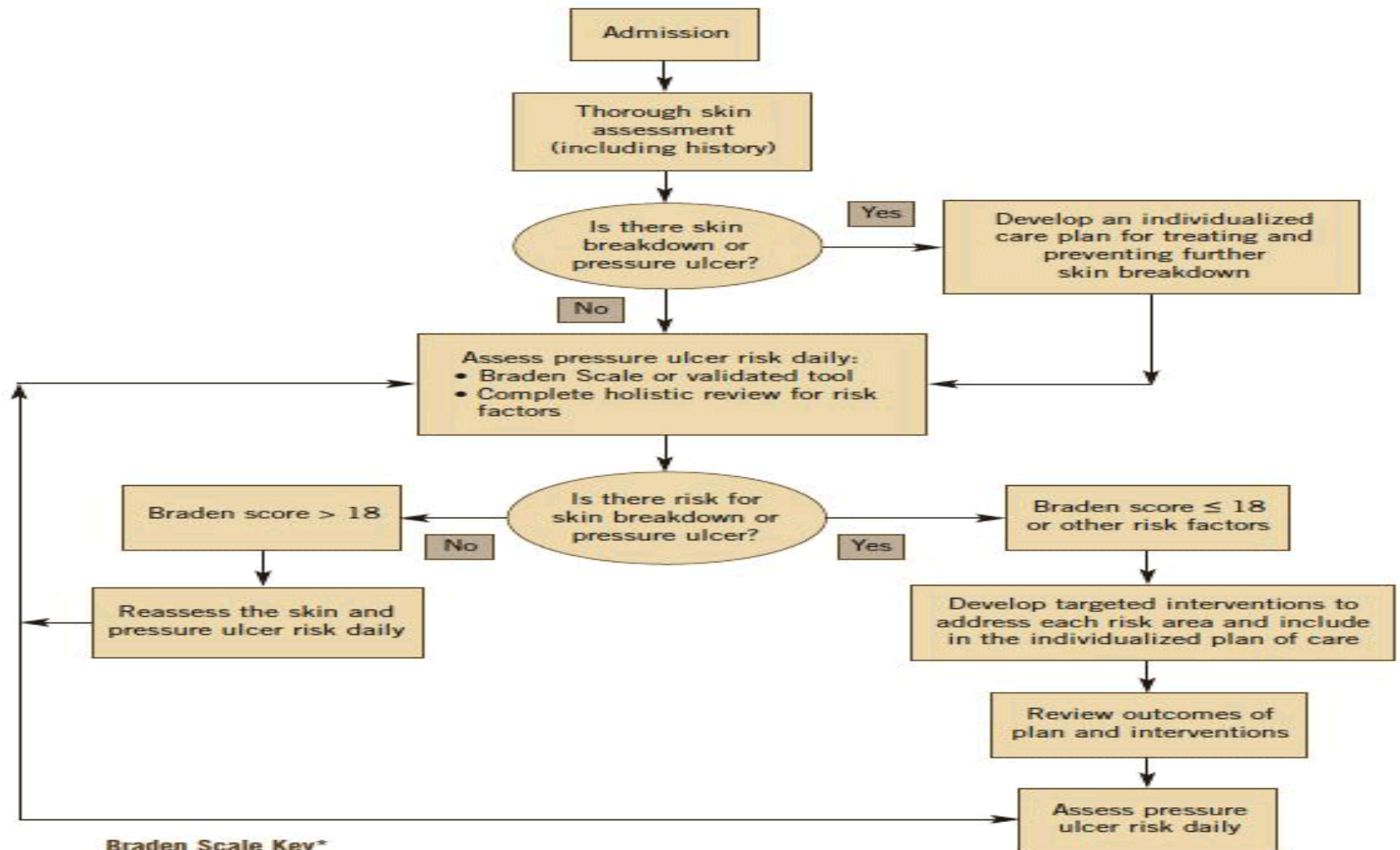
- My Pressure Ulcer

Debridement

- Debride (within your scope) non-viable tissue in healable wounds only, except stable heel ulcers covered in eschar
- Do NOT debride maintenance or non-healable wounds unless you have the knowledge/skill to debride non-viable tissue



WATERLOO WELLINGTON
INTEGRATED WOUND CARE PROGRAM



Braden Scale Key*

Braden Scores:	
At Risk:	15-18
Moderate Risk:	13-14
High Risk:	10-12
Very High Risk:	≤ 9

*Braden Scale for predicting Pressure Score Risk. Available at <http://www.bradenscale.com/newlevels.htm>. Accessed May 13, 2008.

Combination of Prevention Interventions

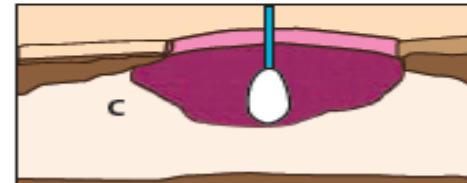
- Adequate **nutrition** and hydration
- ***Repositioning*** schedule and positioning
- Appropriate ***support***

Documentation and Measuring



Measuring Wounds

Measure the length "head to toe" at the longest point (A) and the width at the widest point (B). Measure the depth (C) at the deepest point of the wound. *All measures should be in centimeters.*



Using a clock format, describe the location and extent of tunneling (sinus tract) and/or undermining.



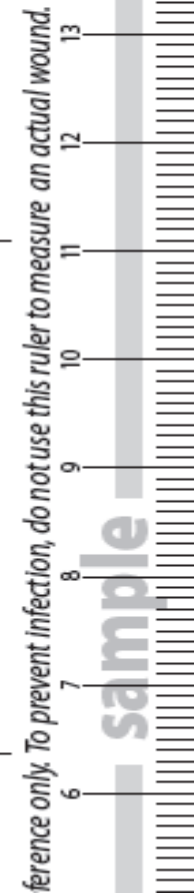
The head of the patient is 12:00, the patient's foot is 6:00

Tunneling/Sinus Tract

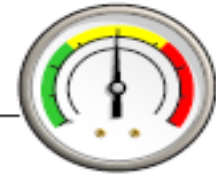
A narrow channel of passageway extending into

Undermining

Tunneling wound which begins directly under the



Pressure ulcer documentation includes



Wound location

Stage

Size

- Length
- Width
- Depth

Tunneling/Sinus Tract

Undermining

Necrotic Tissue

- Slough
- Eschar

Granulation

Pain

Exudate/Drainage

- Amount
- Color
- Odor

Description of Surrounding Tissue

Support Surface

Wound edges

- Round
- Rolled
- Extended

Rule of 30

- Head of bed is elevated to 30 degrees or less
- Body is placed in a 30-degree laterally inclined position - when repositioned to either side
 - Hips and shoulders tilted 30 degrees from supine
 - Pillows or wedges to keep position without pressure over trochanter or sacrum

Repositioning

- Every 1-2 hours in bed
 - Pros/Cons of facility-wide “clocks”
- Positioning devices
 - No direct contact of bony prominences
 - Individualized w/c “accessories”
- Encourage mobility

CREATE A CULTURE OF
MOVEMENT



Competencies

- Have staff been taught how to conduct a skin assessment
- Competency testing initially and annually
 - Follow-up when a “necrotic” area is discovered
- If skin check during shower.....how can we do a complete assessment if resident sitting on a shower chair?

QI Lessons Learned

- Systems improvement does not happen from
 - Writing a new program
 - Providing education one time
 - Having “weekly measurements”
 - Good intentions

THE ROLE OF *FAMILY-CENTERED CARE* ON
PREVENTION, CARING AND CONTROL
PRESSURE ULCERS

نقش خانواده در

پیشگیری، مراقبت و کنترل زخم های فشاری



مراقبت خانواده محور یک رویکرد در مراقبتهای پزشکی است که باعث میشود اعضاء خانواده بتوانند یک نقش فعال در فراهم کردن حمایت روحی ، اجتماعی و رشد فیزیکی را داشته باشند و این باعث دسترسی به نتایج بهینه سلامت بیمار می شود.

مراقبت خانواده محور یک مراقبت مشارکتی بین پرسنل درمان و خانواده بیمار می باشد



❖ ارزش ۴۵۰ میلیارد \$ خدمات مراقبین خانوادگی در اقتصاد ایالات متحده در سال ۲۰۰۹

Feinberg L, 2011

❖ توانمندسازی نیروی کار، (مراقبین خانوادگی نیروی کار نامرئی) به عنوان وسیله ای در دستیابی به اهداف سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی

Arno PS, 1999, economic policy of resistance, 2014

❖ نقش برجسته مراقبین خانوادگی در اطمینان از انطباق درمان، تداوم مراقبت و حمایت اجتماعی و عاطفی

pennacchini M, 2014

□ عدم تناسب انتظارات از مراقب و توانایی مراقب در جوامع آسیایی

Wells, J, 2008, Ow Y, 2011 , Vaingankar, J. 2012

□ پیشی گرفتن تقاضاهای بیمار بر نیازهای مراقبین

Triandis, H. C. 2001

□ تهدید توانایی مراقب برای ادامه مراقبت مطلوب

WHO; 2003

□ نهایتاً رها کردن بیمار

Malakouti SK, 2003

□ افزایش بودجه مراقبت سلامتی

Schellingerhout, R. 2003

مراقبین خانوادگی

■ نیروی کار نامرئی در بهداشت و درمان هستند که بسیاری از خدمات بلندمدت و خدمات حمایتی را برای بیمار مزمن ارائه می‌دهد



بنابراین به منظور مدیریت بهینه مراقبت از بیماران مزمن و کنترل هزینه‌های نظام سلامت توانمند کردن مراقبین خانوادگی ضروری است.

اصول مراقبت خانواده محور:

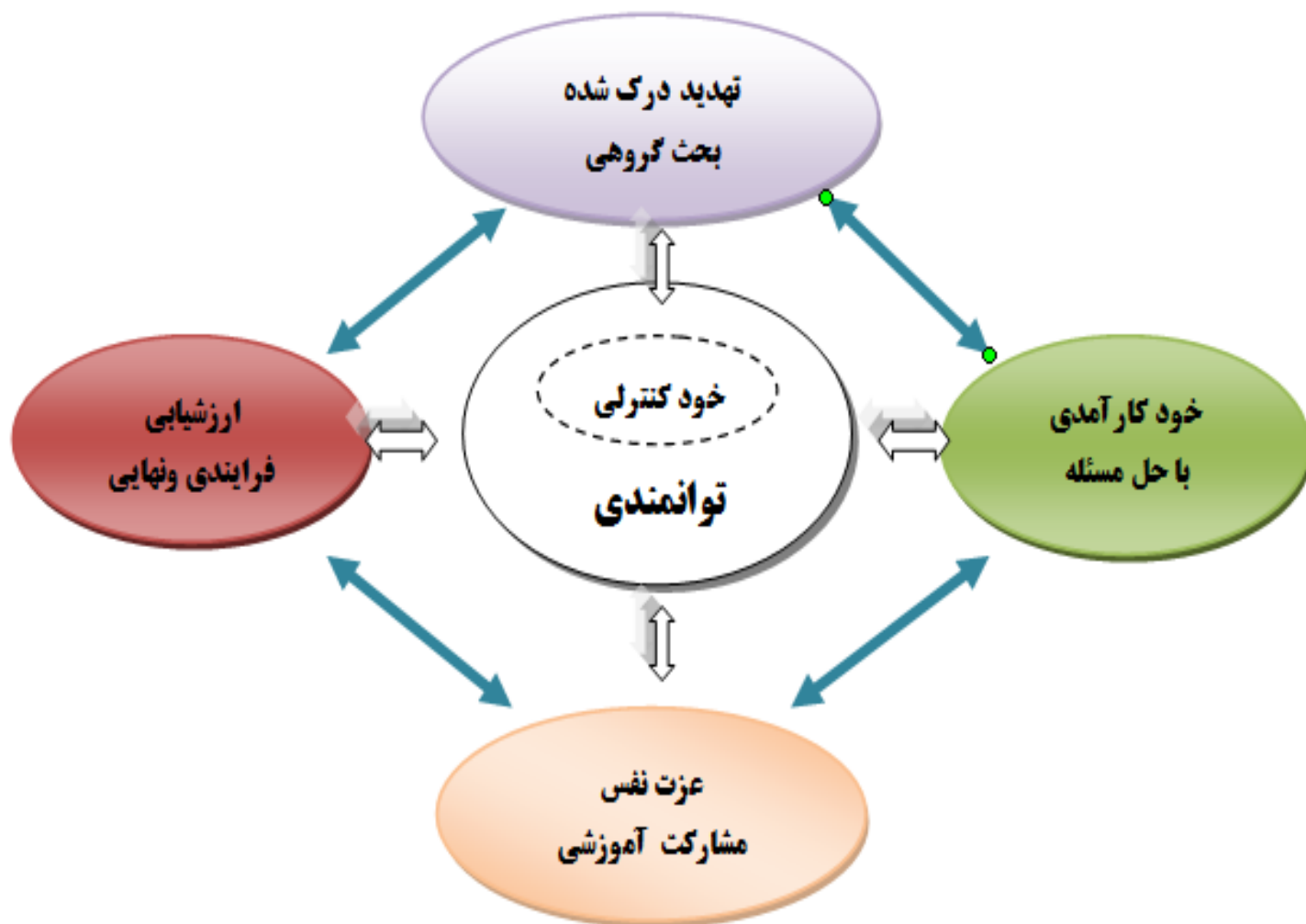
- احترام
- در نظر گرفتن تفاوتها
- تشخیص قدرت مقابله
- انعطاف پذیری
- تبادل اطلاعات
- حمایت
- همکاری
- قدرتمند کردن



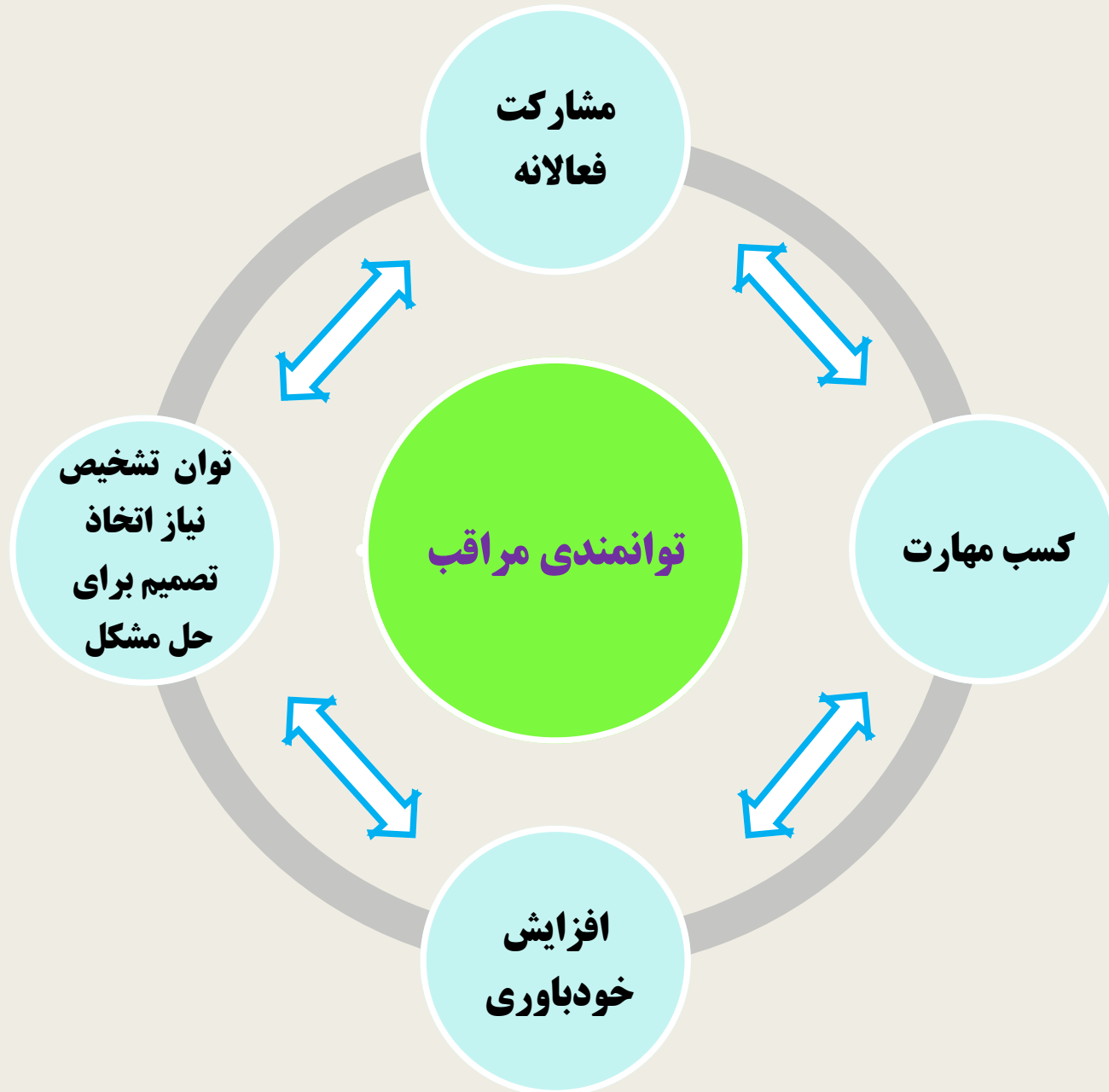
۱۰ الگوی توانمندسازی خانواده محور ایرانی (الحانی ۱۳۸۲)

- توانمند شدن فرد و خانواده با **مشارکت در تصمیم گیری قدرتمندانه** به همراه **کسب احساس ارزشمندی و مهارت** لازم به منظور کنترل بر وضعیت سلامتی و ایجاد تغییرات مثبت و در نتیجه دستیابی به ارتقا سلامت هست.
- **الگوی توانمندسازی خانواده محور** : تأکید بر مؤثر بودن نقش خانواده در سه بعد انگیزشی، روان شناختی و عملکردی دارد.
- **مراحل اصلی** : درک تهدید، خودکارآمدی، عزت نفس (خودباوری) و ارزشیابی.

- مفاهیم مربوطه شامل تهدید درك شده (درک فرد نسبت به وخامت عوارض و ابتلا به عوارض ناشی از بیماری و درک وضعیت مخاطره امیز خودش نسبت به ابتلا به عوارض بیماری)،
- خودباوري یا عزت نفس (باور به توان حل مشکلات) و
- خودکارآمدی (توان فرد در انجام مهارت مرتبط به بیماری و پیشگیری یا کاهش عوارض) می باشد



مدل توانمند سازی خانواده محور^۱



شناخت پیامدها و عوارض نقش مراقب
(بحث گروهی)

(گام اول)

افزایش مهارت استفاده
از راه های پیشگیری
کننده از عوارض یا
بهبود دهنده

حل مسأله

(گام دوم)

توانمندی

خودکنترلی

سنجش نتایج
توانمندی سازی با استفاده
از ارزشیابی فرایندی و
ارزشیابی نهایی

(گام چهارم)

انتقال مطالب و مهارت های آموخته شده به دیگر
اعضا و خودباوری به توان کنترل

(مشارکت آموزشی) (گام سوم).

○ تعریف نظری تهدید درک شده

- شامل شدت درک شده (شناخت فرد نسبت به وخامت عوارض، خطرات موقعیت)
- **شدت درک شده** (درک مراقب از وضعیت بیماری عضو خانواده)
- حساسیت درک شده (شناخت فرد نسبت به ابتلا خودش به عوارض) می باشد.
- **حساسیت درک شده** (درک ذهنی مراقب خانوادگی بیماری مزمن از خطر مواجهه عضو بیمار خانواده با بیماری)

○ تعریف عملی تهدید درک شده

- با آموزش مراقبین در مورد تعریف نقش مراقب، علائم خطر، عوارض، عوامل تشدیدکننده عوامل خطر و پیش آگهی و کنترل و درمان عوارض و مشکلات، نحوه مدیریت فعالیت های مراقبتی عملیاتی می شود.

مشکلات مراقبین

- مراقبین خانوادگی به‌عنوان افراد در معرض **خطر بیماری و فشار زیادی** را متحمل می‌شوند .
- به‌ویژه مراقبین میان‌سال که به **نسل ساندویچی** معروف هستند، به‌طور هم‌زمان حمایتگر فرزندان و والدینشان می‌باشند.
- این عوامل به نوبه خود توانایی مراقب برای ادامه مراقبت مطلوب از اعضای خانواده را در معرض خطر قرار می‌دهد .
- افزایش فشار به مراقب خانوادگی عواقب متعددی از جمله، **اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و نهایتاً رها کردن بیمار** را در پی خواهد داشت .
- عوامل مهم تنش‌زا در مراقبت‌کنندگان شامل نحوه سازگاری، قدرت برقراری ارتباط، ایفای نقش حرفه‌ای، ابهام و تعارض در نقش، مشکلات مربوط به کمبود امکانات و توقعات غیرواقع‌بینانه می‌باشند.
- زمانی که سلامت خود مراقبان به علت مراقبت کردن از افراد بیمار تخریب گردد به نوبه خود ممکن است بوجه مراقبت سلامتی را افزایش دهد.
- ۷۰ درصد مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت روبرو هستند

■ توصیه های عمومی به بیماران در معرض خطر در منزل

Keep moving,
change
position a lot.

Check that
your Skin
isn't sore or
discolouring.

If you are
Incontinent,
stay clean
and dry.

Check that
you are on
a supportive
Surface.

Check that
your Nutrition
is good
and drink
frequently.



در این قسمت به چند توصیه عمومی توجه کنید :

- ❖ از دراز کشیدن و فشار آوردن مستقیم روی استخوانهای ران خودداری کنید.
- ❖ موقع دراز کشیدن به پشت یک بالش را زیر قسمت نرم ساق پا قرار دهید .
- ❖ هیچ گاه بطور مستقیم زیر زانو چیزی قرار ندهید که منجر به اختلال در گردش خون آن ناحیه می شود .
- ❖ از وارد شدن ضربه به زانوها و پاشنه ها جلوگیری کنید .
- ❖ سرتخت را بیش از ۳۰ درجه بالا نیاورید چرا که احتمال افتادگی و سر خوردن زیاد می شود .
- ❖ از تخت یا تشکهایی استفاده کنید که فشار را کاهش می دهند .
- ✓ البته شما می توانید از فوم ، هوا، ژل و یا کیسه ها (تشک های) آبی استفاده کنید .

* بررسی پوست

- بررسی روزانه پوست یکی از صحیح ترین کارها در پیشگیری از زخم های فشاری است .
- حداقل یکبار در روز سرتاسر پوست را بررسی کنید و اگر نیاز باشد برای اینکار از آینه استفاده کنید .
- اگر خودتان هم نمی توانید اینکار را انجام دهید از مراقبتان کمک بخواهید .
- اگر شما مجبور به بودن در تخت هستید توجه ویژه ای روی نواحی رانها ، ستون فقرات ، شانه ، پشت ، آرنج و پاشنه داشته باشید .
- اگر روی صندلی چرخدار هستید و به زخم های نواحی باسن ، ساق پا ، پاشنه و نواحی پایین کمر توجه کنید .
- با مشاهده هر گونه آسیب پوستی و یا هر علامتی از عفونت نظیر ترشح از زخم ، بوی بد ، افزایش حساسیت ، قرمزی و گرما در اطراف پوست فوراً به پزشک اطلاع دهید .

- **تغذیه : کالری کافی ، پرپروتئین، ریز مغذی ها و سرشار از ویتامین**
- **تأمین مایعات کافی**
- **ترک سیگار**
- **ورزش**

راههای پیشگیری از ایجاد زخمهای بستردر مصدومین نخاعی :

- پوستتان را دو بار در روز چک کنید . يك بار صبح و يك بار شب
- به دقت آسیب پوستي يا قرمزي پوست را به خصوص در نواحی استخواني بررسی کنید.
- اگر سطح آسیب شما پائین است با استفاده از آینه می توانید پوستتان را ببینید اگر سطح آسیب بالاست از اعضاء خانواده و یا از پرستاری که مراقبت شما را به عهده دارد کمک بخواهید.
- بعضی از قسمتهای از بدن افراد ضایعه نخاع که احتمال بیشتری در بوجود آمدن زخم فشاری دارد عبارتند از :
- روی استخوان خاجی ، استخوان دنبالچه ، پاشنه پا ، نواحی نشیمنگاه و نواحی استخواني پا .
-

- هنگام نشستن یا دراز کشیدن از تجهیزات و لوازم مناسب که مورد تأیید پزشک معالج هم باشد استفاده نمایید .
- بالشتک مورد استفاده باید با ویلچر و بدن شما هماهنگ و تنظیم شده باشد .
- برای کمک به محافظت نواحی ای از بدن که فشار خیلی زیادی را تحمل می کند از بالشها یا چرم گوسفند استفاده کنید .
- اغلب تحرك داشته باشید نشستن یا دراز کشیدن به مدت طولانی باعث قطع جریان خون می شود . پوست یا بافت زیرین پوست می میرد و منجر به ایجاد زخم بستر می شود .
- وقتی روی ویلچر می نشینید هر ۲۰-۱۵ دقیقه جا به جا شوید .
- وقتی در رختخواب هستید توصیه میشود که حداقل هر ۲ ساعت تغییر وضعیت بدهید

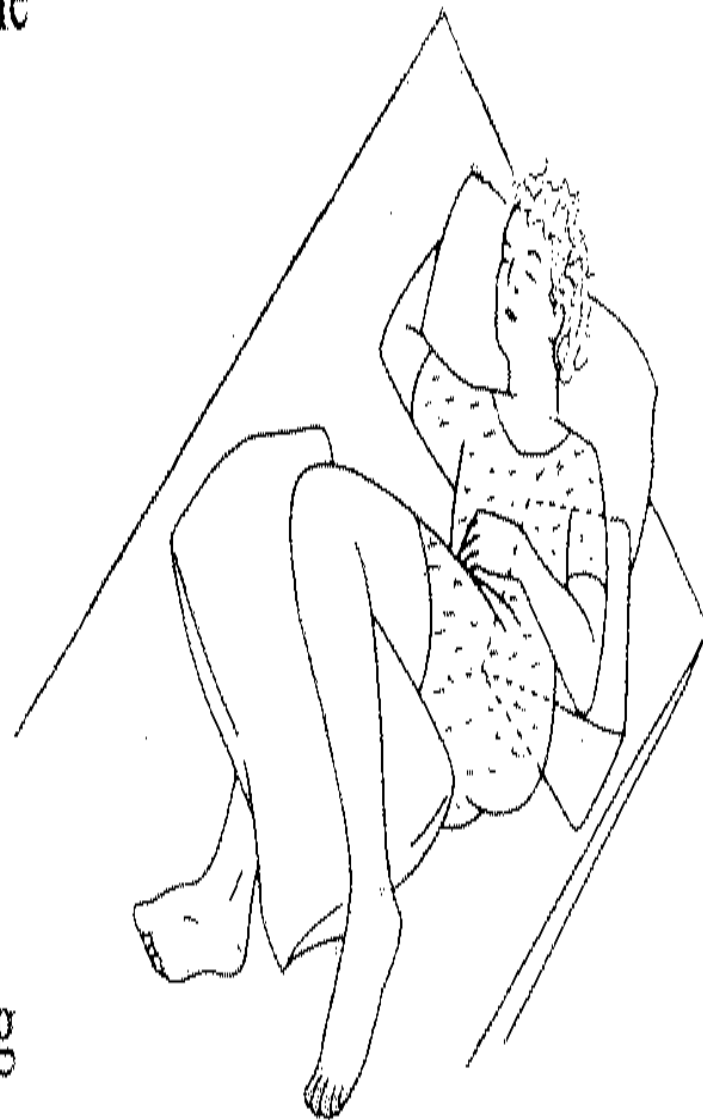
- پوست را خشك و تميز ننگه داريد . پوست مرطوب نرم و ملتهب مي شود و مقاومت پوست را در برابر آسيب پائين مي آورد . رطوبت پوست را ضعيف مي كند و باعث آسيب پذيرتر شدن پوست مي شود .
- شستن و خشك كردن فوري پوست بعد از هر بار تخليه مثانه
- رژيم غذايي متعادل و مناسب داشته باشيد. غذايي حاوي پروتئين بالا، ويتامينها و مواد معدني به سالم ماندن پوست كمك مي كند و باعث بهبود سريعتر زخم مي شود .
- براي سالم ماندن پوست مقدار مایعات توصیه شده را ميل نماييد.
- حداقل ۸ تا ۱۰ ليوان در روز آب ميل كنيد.
- نوشيدني هاي كافئين دار از قبيل چاي و قهوه كمتر ميل كنيد

- مواظب باشید هنگام حرکت یا فعالیت پوستتان دچار خراشیدگی ، اصطکاک یا بریدگی نشود .
- لباسها و کفشهای خیلی تنگ و خیلی گشاد نپوشید .
- از پوشیدن لباسهایی که درزهای ضخیم ، و دارای دکمه و زیپی که به بدن فشار می آورند خودداری کنید.
- موقع جا به جا شدن یا تمرین فعالیتهای ورزشی توجه خاص داشته باشید .
- سیگار نکشید زیرا سیگار اکسیژن پوست را کاهش می دهد و باعث تاخیر در بهبود زخم می شود.
- الکل یا دارو مصرف نکنید زیرا این مواد به پوست آسیب می رسانند و باعث مشکلات دیگر در سلامتی پوست می شوند .
- **نتیجه می گیریم که :**
- ۹۵ درصد زخمهای بستر قابل پیشگیری اند . عامل اصلی و کلیدی جلوگیری از ایجاد زخم بستر سالم نگه داشتن پوست است و برای افراد ضایعه نخاعی پیشگیری از زخم بستر فرایندی مادام العمر و مداوم است. این نکته مهمی است که همیشه می بایستی در سالم نگهداشتن و مراقبت از پوست کوشید .

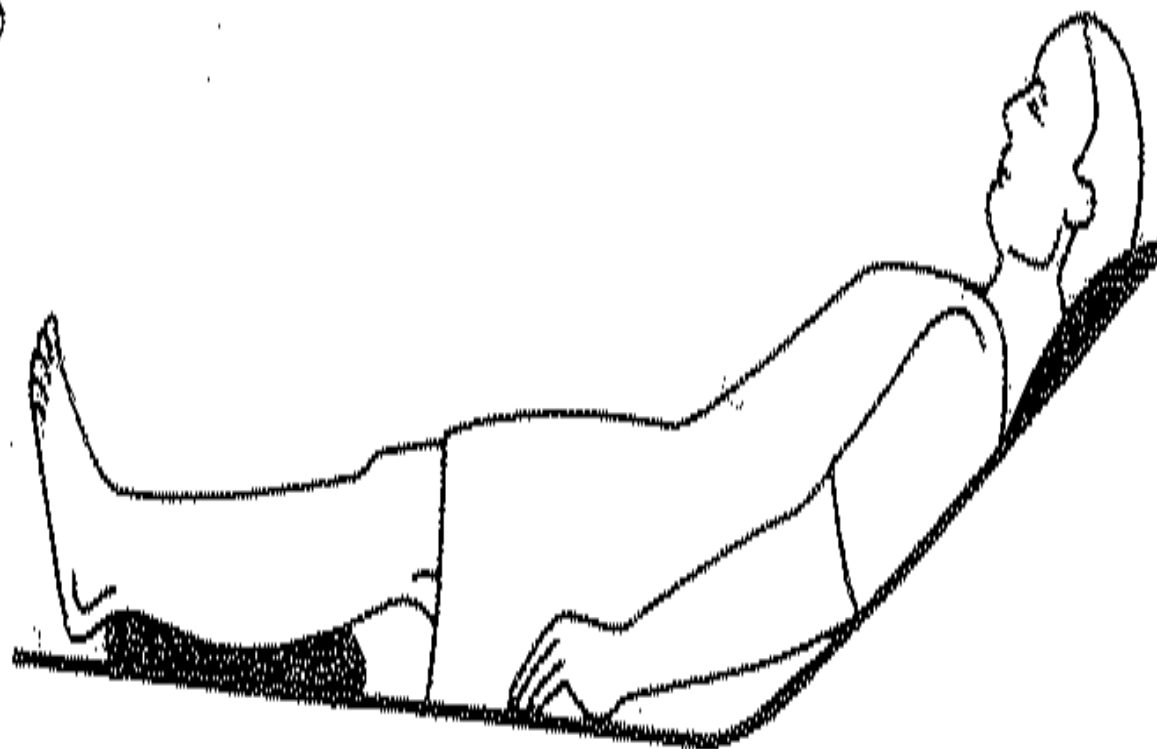


خدایا چنان کن سرانجام کار که تو خشنود باشی ما رستگار

- Stay off the area with the ulcer as much as possible
- Get up and walk often
- Change positions in bed at least every 2 hours
- Don't rest on your hip bone. Use pillows to keep you on your side
- Use pillows to keep knees and ankles from rubbing and to keep your heels from resting on the bed

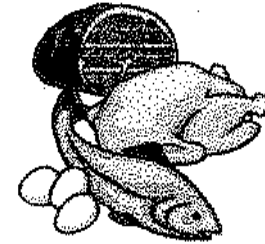


● Keep the head of the bed at 30 degrees or less, except when eating



Other helpful hints:

- Eat a healthy diet. Include a source of protein at every meal.



- Ask your doctor if vitamin, mineral and protein supplements would help your sore to heal.



- Drink plenty of fluids.
- If you can't control your bowels or bladder, make sure that you clean your skin, apply a barrier cream and a fresh adult diaper or pad as soon as possible after soiling.
- Change your dressings as ordered

Your Wound Care:

Things to report to your doctor or nurse:

- **Increased or bad smelling drainage**
- **Increased pain in or around the sore**
- **Increased redness around the sore**
- **New or increased yellow or black tissue in the wound**
- **A fever, or just feeling sick**

