Braden Risk Assessment Chart

چارت بررسی خطر برادن

زخم فشاری فرایندی دردناک و ناتوان کننده است و با عوارضی چون کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه درمان همراه می باشد. ژیچیده بودن این فرایند ضرورت استفاده از یک معیار عینی معتبر را به صورت روتین در بیمارستان ها مطرح می کند تا با اعمال مراقبت های بیشتر از بیماران در معرض خطر، میزان بروز زخم فشاری محدود شود.

Braden Scale برترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی می کند. این ابزار دارای ۶ معیار ارزیابی خطر است که در آن ابعاد اساسی ایجاد زخم فشاری (علت و شدت زخم– تحمل بافت نسبت به فشار) مورد توجه قرار می گیرد. این ارزیابی سیستماتیک است و باید در زمان پذیرش و نهایتا تا ۶ ساعت پس از پذیرش بیمار انجام شود.

حیطه های ابزار برادن

۱	درک حسی	Sensory Perception
۲	رطوبت پوست	Moisture
۳	فعالیت	Activity
٤	تحرک	Mobility
٥	تغذیه	Nutrition
٦	اصطکاک و کشش	Shear & Friction

هر حیطه در ابزار برادن از ۱ (خیلی بد) تا ٤ (خوب) نمره گذاری می شود. نمرات پائین نشانگر بالاترین شرایط خطر است.

حیطه اول : درک حسی (توانایی واکنش معنا دار به ناراحتی های ناشی از فشار)
۱- درک حسی کاملا محدود است (کاملا مختل) : بیمار به تحریکات حسی دردناک واکنش نشان نمی دهد (ناله نمی کند – چنگ نمی زند) و درد بیشتر قسمت های بدن حس درد محدود شده است. این می تواند به علت کاهش سطح هوشیاری یا تاثیرات داروهای آرام بخش باشد.
۲- درک حسی خیلی محدود است (خیلی مختل) : بیمار فقط به تحریکات دردناک پاسخ می دهد. در بیش از نیمی از قسمت های بدن اختلال حسی وجود دارد و بیمار قادر نیست با ناله یا بیقراری ناراحتی اش را ابراز کند.
۳- درک حسی کمی محدود است (محدودیت خفیف دارد) (نسبتا مختل) : بیمار به صدا واکنش نشان می دهد. در یک یا دو اندام انتهایی اختلال حسی دارد و قادر نیست همیشه ناراحتی اش را ابراز کند یا بیمار نیاز به تغییر وضعیت دارد.
٤- عدم اختلال حسی (کاملا سالم) : بیمار درد را بیان می کند. هیچ اختلال حسی که توانایی او را برای بیان درد و حس ناراحتی محدود کند ندارد.

حیطه دوم : رطوبت پوست (میزانی که پوست در معرض رطوبت قرار دارد)

۱- پوست همیشه مرطوب است (دائما خیس) :

این رطوبت ناشی از تعریق، دفع ادرار و ... است. هر بار که بیمار حرکت می کند یا تغییر وضعیت داده می شود، رطوبت مشاهده می شود.

۲- پوست خیلی مرطوب است (اغلب اما نه همیشه) (اکثرا خیس) :

حداقل یکبار در هر شیفت نیاز به تعویض ملحفه بیمار وجود دارد.

۳- پوست گاهی مرطوب است (گاها خیس) :

لایه رویی ملحفه ها باید یکبار در روز تعویض شود.

۴- پوست به ندرت مرطوب است (خشک) :

پوست معمولا خشک است. تعویض ملحفه فقط در فواصل روتین لازم است.

نکته: خطر ایجاد زخم فشاری در پوست مرطوب ۵ برابر پوست خشک است. رطوبت ممکن است سبب شل شدن بافت همبند شود و در نتیجه اپیدرم خیلی راحتتر از پوست جدا شود . بعلاوه رطوبت ممکن است سبب چسبیدن محکم تر پوست به بستر و در نهایت افزایش اصطکاک شود.

حیطه سوم: فعالیت (میزان فعالیت فیزیکی)

۱- محدود به تخت است (وابسته به تخت) : بیمار هرگز از تخت خارج نمی شود.

۲- محدود به صندلی است :

بیمار به سختی حرکت می کند یا اصلا حرکتی ندارد. قادر نیست وزن خود را روی پاهایش بیندازد. برای نشستن روی صندلی یا ویلچر باید به او کمک شود.

۳- گاه گاه قدم می زند :

بیمار در طول روز با کمک یا بدون کمک قدم می زند اما خیلی کوتاه. او بیشتر اوقات در تخت یا صندلی خود قرار دارد.

۴- همیشه قدم می زند (راه رفتن بدون کمک) :

بیمار حداقل ۲ بار در روز از اتاق خود خارج می شود و در اتاقش هر ۲ ساعت در ساعات بیداری قدم می زند.

حیطه چهارم: تحرک (توانایی تغییر پوزیشن و کنترل بدن)

۱- کاملا بی حرکت است :

بیمار هیچ تغییری حتی کوچک در وضعیت بدن یا دست ها و پاهایش بدون کمک گرفتن از دیگران ایجاد نمی کند.

۲- حرکت خیلی محدود است :

بیمار گاه گاه تغییرات کوچکی در وضعیت بدن یا دست ها و پاهایش میدهد اما نمیتواند به طور مستقل تغییرات مشخص و مکرری را ایجاد کند.

۳- حرکت کمی محدود است :

بیمار تغییرات مشخص و ناچیزی به طور مستقل و مکررا ایجاد می کند.

۴- عدم محدودیت در حرکت :

بیمار بدون کمک تغییرات اصلی و مکرری را در وضعیت فیزیکی خود ایجاد می کند.

نکته: بی حرکتی مهمترین عامل خطر در ایجاد زخم های فشاری است. صدمه دیدگان نخاعی ، بیماران بیهوش یا تحت درمان با آرام بخش ها، بیماران فلج، بیماران مبتلا به سکته (مغزی- قلبی) مبتلایان به MS ، سن بالا، وضعیت جسمانی ضعیف، بیمارانی که جراحی شده اند، بیماران با تعویض مفصل هیپ یا دچار شکستگی فمور در معرض خطر بالایی از نظر ایجاد زخم های فشاری هستند.

حیطه پنجم: تغذیه (الگوی دریافت غذا به طور معمول)
۱- تغذیه خیلی ضعیف است (فقر غذایی) (خیلی مختل) : بیمار کامل غذا نمی خورد. به ندرت بیش از ۱/۳ از غذای خود را می خورد. در طول روز ۲ وعده یا کمتر پروتئین و لبنیات استفاده می کند. مایعات کمی مینوشد. مکمل غذایی دریافت نمیکند. مایعات صاف شده میخورد. NPO است. بیش از ۵ روز است که سرم وریدی میگیرد.
۲- تغذیه احتمالا ناکافی است (خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه) : بیمار به ندرت غذایش را کامل می خورد. تقریبا نیمی از وعده های غذایی او حاوی پروتئین (گوشت و فراورده های لبنی) است، گاهی مکمل غذایی نیز می گیرد. NGT دارد.
۳- تغذیه کافی است : بیمار بیش از نیمی از غذاهایش را می خورد. ۴ وعده پروتئین (گوشت و فراورده های لبنی) در طول روز استفاده می کند. مکمل های تجویز شده را می گیرد. NGT یا TPN احتمالا نیازهای غذایی اش را برطرف می کند.
۴- تغذیه عالی است : بیمار بیشتر غذایش را می خورد و هیچ وقت آن را بر نمی گرداند. در روز ۴ وعده پروتئین (گوشت و فراورده های لبنی) را مصرف می کند. گاه گاه میان وعده می خورد. نیاز به مکمل ندارد.

حیطه ششم: اصطکاک و نیروی کششی
۱- مشکل دارد (سر خوردن مکرر) : بیمار برای تکان خوردن نیاز به کمک متوسط تا زیاد دارد. مکررا به پائین تخت یا صندلی سر می خورد. سایش مداوم وجود دارد. اندام ها Spastic و انقباض عضلانی دیده می شود.
۲- مشکل بالقوه دارد (خودداری نسبی از سر خوردن) : بیمار با بحالی حرکت می کند و برای تکان خوردن به کمک کمی نیاز دارد. هنگام حرکت احتمالا پوست به ملحفه ها، صندلی، موانع یا وسایل دیگر کشیده می شود. بیمار در اکثر مواقع وضعیت خود را در تخت یا صندلی به خوبی حفظ می کند اما گاهی به پائین هم سر می خورد.
۳- مشکل آشکاری وجود ندارد (خودداری از سر خوردن) : بیمار در تخت یا صندلی حرکت می کند و روی صندلی و تخت وضعیت بدنی خود را بدون آنکه به دیگری وابسته باشد حفظ می کند. هنگام جابجایی و بلند شدن از صندلی و پائین آمدن از تخت قدرت عضلانی او کافی است. همیشه روی صندلی و در تخت پوزیشن خوبی دارد.
نکته: اصطکاک نیرویی است که وقتی دو سطح روی هم حرکت می کنند ایجاد می شود. زمانیکه بیمار روی سطح سختی دراز می کشد به جای آنکه بلند شود، روی بستر کشیده می شود و پوست در اثر اصطکاک آسیب می بیند. این مشکل در بیمارانی که حرکت غیر قابل کنترلی دارند شایع تر است. با افزایش سن پوست خاصیت انعطاف ژذیری و کشش خود را از دست می دهد.

پس از پایان بررسی شماره مناسب هر حیطه را به بیمار بدهید و با جمع آنها نمره کل را برای بیمار منظور کنید و معین کنید بیمار در کدام یک از گروه های زیر قرار می گیرد.

نکته: بسیار حائز اهمیت است که مطمئن شویم بیماران در معرض خطر زخم فشاری مراقبت پرستاری مناسبی دریافت می کنند. تمرکز و توجه پرستاران باید متمرکز روی حیطه ها و زیر مجموع هر حیطه در ابزار برادن باشد و سطح خطر به درستی شناسایی شود. به عنوان مثال دو بیمار می توانند نمره یکسانی کسب کنند اما یک بیمار در معرض خطر است چون فقر غذایی دارد ، در حالیکه بیمار دیگر در معرض است چون وابسته به تخت بوده و قادر به راه رفتن نمی باشد. هر دو این بیماران کاملا نیازهای مداخلاتی متفاوت جهت کاهش خطر ایجاد زخم فشاری را دارا می باشند.

هیچ خطری برای بیمار وجود ندارد	۲۳-۱۹
نیاز به مداخلات پیشگیرانه وجود دارد	۱۸-۱۵
خطر متوسط وجود دارد	۱٤-۱۳
خطر بالایی وجود دارد	۱۲-۱۰
خطر خیلی بالایی وجود دارد	۹-٦

مداخلات پیشگیری :

الف- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۱۸-۱۵ است (At Risk)

۱. بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید
۲. به بیمار کمک کنید تا جائیکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند
۳. پاشنه های بیمار را محافظت کنید
٤. از سطوح توزیع فشار استفاده کنید
٥. رطوبت، تغذیه، کشش و ... را کنترل کنید
٦. به کمک یک سطح بالاتر خطر بروید اگر فاکتورهای اصلی خطر دیگری هم وجود دارد.

ب- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۱٤-۱۳ است (Moderate Risk)

۱. همان پروتکل بیماران At Risk را استفاده کنید .
۲. بیمار را با زاویه ۳۰ درجه متمایل به یک پهلو بخوابانید و از foamwedge استفاده کنید

ج - مداخلات پیشگیری در بیمارانیکه نمره کل آنها ۱۲-۱۰ است (High Risk)

۱. همان پروتکل بیماران (Moderate Risk) است.
۲. بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییرات کوچکی در پوزیشن او ایجاد کنید.

د- مداخلات پیشگیری در بیمارانیکه نمره کل آنها ۹ است (Very High Risk)

۱. همان پروتکل بیماران (High Risk) است.
۲. برای بیمارانیکه درد شدید دارند یا فاکتورهای خطر دیگری هم اضافه شده است از یک سطح توزیع فشار استفاده کنید.