

ابزار برادن در ارزیابی زخم بستر Braden Scale		
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۹۵/۳/۴	تاریخ بازنگری: ۱۳۹۵/۳/۴	کد فرم: S-SH/Le/۱۳-۲۸

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده میباشد. به عبارت دیگر مهمترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح میگردد. در واقع هنگامی که بافت‌های نرم بدن انسان در میان دولایه حمایت کننده خارجی (بستریا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد میشود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مرد جوان از نیم الی دو ساعت متغییر است زخم‌های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده با دودسته تقسیم میشوند: عمقی و سطحی .

*** زخم فشاری عمقی:** از بافت زیر جلدی برجستگی‌های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند (توده سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ) *** زخم فشاری سطحی:** از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت‌های زیرین گسترش می‌یابند. به ۴ درجه تقسیم میشوند.

مقیاس برادن برترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی میکند. و باید در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود. این ابزار (مقیاس) دارای شش معیار ارزیابی سیستماتیک است (هر حیطه از نمره یک (خیلی بد) تا چهار (خوب) نمره گذاری میشود و نمرات پائین نشانگر بالاترین شرایط خطر است. این ابزار در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران میباشد.

حیطه ابزار برادن	معیارهای ارزیابی برادن	امتیاز	
A: ارزیابی سطح هوشیاری Sensory Perception	کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (به دلیل کاهش هوشیاری - دریافت سدا تیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)	۱	
	خیلی محدود : پاسخ به تحریکات دردناک (عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)	۲	
	کمی محدود: گاهی به دستورات کلامی پاسخ میدهد.	۳	
	بدون محدودیت : به دستورات کلامی پاسخ داده و در دریا بیان میکند.	۴	
B: ارزیابی رطوبت پوست Moisture	رطوبت مداوم : ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب میباشد.	۱	
	خیلی مرطوب : ملحفه ها در هر شیفیت ، به دلیل خیس بودن تعویض میشود.	۲	
	گاهی مرطوب : ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن ، تعویض میشود.	۳	
	بندرت مرطوب : پوست معمولاً خشک است ، ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن تعویض میشود.	۴	
C: ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی Activity	محدود به تخت : استراحت مطلق (CBR) - بدون تحرک	۱	
	محدود به صندلی : باید با کمک صندلی چرخدار حرکت کند.	۲	
	گاهی راه می رود : گاهی در طول روز با کمک راه می رود (اکثر ساعات را در تخت می گذراند) .	۳	
	مکرراً راه می رود : مرتباً به طور مستقل راه می رود.	۴	
D: ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن Mobility	کاملاً بی حرکت : بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.	۱	
	حرکت بسیار محدود : گاهی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا با کمک می دهد .	۲	
	اندکی محدود : بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند .	۳	
	بدون محدودیت : بدون کمک مکرراً و مستقل پوزیشن خود را تغییر می دهد .	۴	
E: ارزیابی تغذیه Nutrition	بسیار کم : تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد.	۱	
	ناکافی : تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT	۲	
	کافی : تغذیه کافی به طوری که بیش از نصف غذایش را میخورد.	۳	
	عالی : تغذیه کاملاً خوب ، همه وعده های غذایی را به طور کامل میخورد.	۴	
F: ارزیابی اصطکاک و سایش پوست Shear & Friction	مشکل دار : همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده میشود.	۱	
	مشکل احتمالی : موقع جابجایی گاهی کمک میکندولی باز هم قسمتهایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده میشود.	۲	
	بدون مشکل : به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود میباشد و روی ملحفه سائیده نمیشود.	۳	
نتایج ارزیابی با ابزار برادن	خطر بسیار بالا	۶-۹	توجه : نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستری در کاردکس بیمار ثابت شود. ارزیابی ریسک در کلیه شیفتهها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغییر مددجو را باید مد نظر قرارداد.
	خطر بالا	۱۰-۱۲	
	متوسط	۱۳-۱۴	
	پیشگیرانه	۱۵-۱۸	
	بدون خطر	۱۹-۲۳	
امتیاز در بیماران عادی	کمتر یا مساوی ۱۶	(امتیاز در بیماران مختلف جهت تشخیص خطر ایجاد زخم فشاری)	کمتر یا مساوی ۱۶
امتیاز در بیماران بخشهای ویژه	کمتر یا مساوی ۱۵		کمتر یا مساوی ۱۵
امتیاز در بیماران مسن	کمتر یا مساوی ۱۸		کمتر یا مساوی ۱۸