

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم پوست

سوختگی

Problem Definition	بیان مشکل
	سوختگی پوست در اثر تماس بافت با منبع حرارتی، الکتریکی، شیمیایی یا اشعه مثلاً اشعه رادیواکتیو
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار در مرحله فوری
	<ul style="list-style-type: none"> - جلوگیری از پیشرفت آسیب ناشی از سوختگی. - فراهم ساختن امکان انتقال سریع مصدوم یا مصدومین به مراکز درمانی تخصصی. - دستیابی به امکانات درمانی در دسترس هر چه سریعتر. - احیاء قلبی - ریوی در صورت لزوم. - اقدامات جهت افزایش شانس بقاء مصدوم یا مصدومین. - پیشگیری از عوارض احتمالی (عدم تعادل آب و الکترولیت ها، ابتلا به عفونت ...). - آغاز برنامه مراقبتی و درمانی فوری.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری در مرحله فوری
	<p>تدابیر پرستاری در مرحله اورژانس سوختگی های شدید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مراقبت های قبل از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی: ۱- مصدوم را از صحنه دور کنید. ۲- عامل سوزاننده را برطرف کرده و با آن مقابله کنید. ۳- ناحیه سوختگی را سرد کنید (فقط به مدت ۵ دقیقه در آب سرد فرو رود). ۴- در صورت لزوم احیاء تنفسی و قلبی را انجام دهید. ۵- لباسهای مصدوم خصوصاً لباسهای تنگ، حلقه، انگشتر ... را خارج کنید. ۶- مصدوم را بپوشانید. ۷- در صورت امکان زخم را شستشو دهید. ۸- از پماد و کرم های خانگی استفاده نکنید. ۹- اندامها را بالاتر از سطح قلب نگه دارید. ۱۰- وضعیت مناسب به بیمار (صاف به پشت خوابیده، قرار دادن پاها بالاتر) بدهید. ۱۱- در صورت مشکوک بودن به صدمات گردن از قرار دادن بیمار در وضعیت شوک اجتناب کنید. ۱۲- علائم حیاتی را در فواصل کوتاه کنترل کنید. <p>■ از انجام موارد زیر اجتناب کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کاربرد پماد، یخ، داروها، کرم، اسپری های روغنی یا مواد خانگی. - پاره کردن تاول ها.

<ul style="list-style-type: none"> - درآوردن لباس های چسبیده. - دادن هر چیزی از راه دهان به بیمار (در سوختگی های شدید). - غوطه ور کردن بیمار در آب سرد. - قراردادن بالش زیر سر در سوختگی های گردن و مسیر راه هوایی. - مراقبت های بعد از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی: ۱- تاریخچه دقیق از بیمار گرفته و بررسی های لازم را انجام دهید. ۲- وسعت و عمق و شدت سوختگی را تعیین کنید. ۳- در صورت لزوم احیاء قلبی – ریوی را انجام دهید: ۴- باز نگه داشتن راه هوایی. ۵- لوله گذاری داخل نای در سوختگی های قسمت فوقانی دستگاه تنفسی. ۶- دادن اکسیژن ۱۰۰% با ماسک و یا لوله در مورد سوختگی های استنشاقی. ۷- جبران مایعات (تجویز مایعات وریدی) را انجام دهید: ۸- ۱۰۰۰ میلی لیتر در ساعت در بزرگسالان ۹- ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی لیتر در کودکان ۱۰- به بیمار وضعیت مناسب بدهید (وضعیت صاف به پشت خوابیده و پاها کمی بالاتر). ۱۱- در سوختگی های سر و گردن بیمار را در وضعیت شوک قرار ندهید. ۱۲- بیمار را از نظر نیاز به اسکاروتومی و یا فاشیاتومی کنترل کنید. ۱۳- درد بیمار را کنترل کنید. ۱۴- لوله معدی – روده ای بگذارید. ۱۵- سوند فولی برای بیمار گذاشته و برگه جذب و دفع را آماده کنید. ۱۶- توکسوئید و ایمونوگلوبولین کزاز را تجویز کنید. 	<p>- مراقبت های بعد از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ۱- تاریخچه دقیق از بیمار گرفته و بررسی های لازم را انجام دهید. ۲- وسعت و عمق و شدت سوختگی را تعیین کنید. ۳- در صورت لزوم احیاء قلبی – ریوی را انجام دهید: ۴- باز نگه داشتن راه هوایی. ۵- لوله گذاری داخل نای در سوختگی های قسمت فوقانی دستگاه تنفسی. ۶- دادن اکسیژن ۱۰۰% با ماسک و یا لوله در مورد سوختگی های استنشاقی. ۷- جبران مایعات (تجویز مایعات وریدی) را انجام دهید: ۸- ۱۰۰۰ میلی لیتر در ساعت در بزرگسالان ۹- ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی لیتر در کودکان ۱۰- به بیمار وضعیت مناسب بدهید (وضعیت صاف به پشت خوابیده و پاها کمی بالاتر). ۱۱- در سوختگی های سر و گردن بیمار را در وضعیت شوک قرار ندهید. ۱۲- بیمار را از نظر نیاز به اسکاروتومی و یا فاشیاتومی کنترل کنید. ۱۳- درد بیمار را کنترل کنید. ۱۴- لوله معدی – روده ای بگذارید. ۱۵- سوند فولی برای بیمار گذاشته و برگه جذب و دفع را آماده کنید. ۱۶- توکسوئید و ایمونوگلوبولین کزاز را تجویز کنید.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار در مرحله حاد و نوتوانی
<ul style="list-style-type: none"> - باز ماندن مسیر تنفسی بیمار به اندازه کافی. - تبادل کافی گازهای تنفسی . - جبران کافی مایعات بیمار؛ کافی بودن حجم مایعات. - پیشگیری از شوک در بیمار. - بهبود زخم. - پیشگیری از عفونت های ثانویه و مراقبت از بیمار دچار عفونت های بالقوه. - کافی بودن پر فیزیون اندام های سوخته بیمار. - عدم تشکیل زخم های تنشی (کرلینگ اولسر). - حفظ وزن بیمار در حد متعادل و حفظ توده چربی در بدن. - تسکین درد بیمار خصوصا در هنگام انجام روشهای تهاجمی. 	<ul style="list-style-type: none"> - باز ماندن مسیر تنفسی بیمار به اندازه کافی. - تبادل کافی گازهای تنفسی . - جبران کافی مایعات بیمار؛ کافی بودن حجم مایعات. - پیشگیری از شوک در بیمار. - بهبود زخم. - پیشگیری از عفونت های ثانویه و مراقبت از بیمار دچار عفونت های بالقوه. - کافی بودن پر فیزیون اندام های سوخته بیمار. - عدم تشکیل زخم های تنشی (کرلینگ اولسر). - حفظ وزن بیمار در حد متعادل و حفظ توده چربی در بدن. - تسکین درد بیمار خصوصا در هنگام انجام روشهای تهاجمی.

<ul style="list-style-type: none"> - کاهش اضطراب بیمار و حفظ هر چه بیشتر آرامش وی. - مقابله با مشکلات ناشی از عوارض سوختگی. - مثبت شدن دید بیمار نسبت به خود و واقع گرایانه تر بودن وی. - کسب حداکثر توان حرکتی از سوی بیمار. - حفظ حداکثر استقلال بیمار. 	
<p>Nursing Recommendations</p>	<p>توصیه های پرستاری در مرحله حاد و نوتوانی</p>
<ol style="list-style-type: none"> ۱- سر تخت بیمار را بالا آورید زیرا در غیر اینصورت باعث تورم سر و گردن می شود. ۲- بیمار را هر ۲- ۱ ساعت یکبار تغییر وضعیت دهید. ۳- بیمار را به سرفه و تنفس عمیق تشویق کنید. ۴- ترشحات دهان و بینی را ساکشن کنید. ۵- علائم انسداد راه هوایی را کنترل و سریعاً به پزشک گزارش کنید: استریدور، خسونت صدا، تنگی تنفس، تنگی نفس. ۶- در صورت لزوم لوله گذاری داخل نای را انجام دهید. ۷- ساکشن داخل نای را انجام و مشخصات ترشحات را ثبت کنید. ۸- علائم سختی تنفس (شامل بیقراری، تغییر حالات روانی، افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس کوششی، صداهای تنفسی غیرطبیعی، تاکیکاردی، کاهش Pao2 ، سیانوز) را بررسی کنید. ۹- تعداد، ریتم، انبساط قفسه صدری، صداهای ریوی، سرفه و خلط را کنترل کنید. ۱۰- لزوم انجام اسکاروتومی را بررسی کنید. ۱۱- پالس اکسی متری و ABG را انجام دهید. ۱۲- هر ۴ - ۲ ساعت یکبار بیمار را تغییر وضعیت دهید. ۱۳- در آسیب های استنشاقی اکسیژن درمانی مرطوب انجام دهید. ۱۴- در صورت عدم هوشیاری، اکسیژن ۱۰۰% با تهویه مکانیکی تجویز کنید. ۱۵- در صورت هوشیاری اکسیژن با ماسک داده شود. ۱۶- اسپیرومتري تشویقی را انجام دهید. ۱۷- ساکشن دهان و بینی را در صورت لزوم انجام دهید. ۱۸- میزان مایعات از دست رفته را تعیین و آنرا جبران کنید. ۱۹- به علائم بالینی مربوط به کمبود حجم مایعات توجه کنید شامل: حالات روانی بیمار، میزان برون ده ادراری، تعداد نبض و میزان فشار خون، صداهای روده ای ، کنترل الکترولیت های سرم، بررسی تغییرات وزن، کنترل دقیق جذب و دفع هر یک ساعت در ۷۲ ساعت اول. ۲۰- در صورت لزوم بیمار را برای انجام اسکاروتومی آماده نمایید. ۲۱- محتویات معده را خارج کنید. ۲۲- PH- معدی را بین ۴/۵ - ۳/۵ حفظ کنید. 	

- ۲۳- با يك متخصص تغذيه مشاوره و جهت طرح يك برنامه غذایی مناسب برحسب نیازهای بیمار برنامه ریزی کنید.
- ۲۴- به وضعیت دستگاه گوارش توجه کنید.
- ۲۵- از روشهای مناسب پانسمان همراه با استفاده از داروهای موضعی آنتی باکتریال و آنزیمی مناسب جهت کنترل عفونت، ترمیم و دبریدمان زخم استفاده کنید.
- ۲۶- در صورت امکان از پانسمان های مدرن جهت بهبود زخم استفاده کنید.
- ۲۷- در صورت لزوم به انجام دبریدمان با روشهای مختلف شامل روشهای بیولوژیک، مکانیکال و جراحی کمک کنید.
- ۲۸- از بیمار تحت انجام اعمال جراحی پیوند پوست مراقبت کنید.
- ۲۹- با يك کاردرمان جهت طراحی وسایل مناسب برای تغذیه بیمار بر حسب نیاز و مشکلات وی مشاوره کنید.
- ۳۰- بهداشت دهان بیمار را حفظ کنید.
- ۳۱- به خانواده بیمار در مورد رعایت برنامه غذایی وی آموزش دهید.
- ۳۲- کنترل وزن و آزمایشهای ضروری مرتبط با وضعیت تغذیه بیمار را بطور منظم انجام دهید.
- ۳۳- تکنیک ایزوله معکوس (کامل) را برای پیشگیری از عفونت بطور کامل رعایت کنید.
- ۳۴- داروهای ضد درد مناسب را با توجه به شرایط بیمار تجویز کنید.
- ۳۵- از مسکن های خوراکی در مرحله اورژانس استفاده نکنید.
- ۳۶- از روشهای غیردارویی برای کنترل درد بیمار از جمله تکنیک آرام سازی، انحراف افکار، لمس درمانی، ... استفاده کنید.
- ۳۷- يك ارتباط درمانی هدفمند برای کاهش تنش های بیمار برقرار کنید.
- ۳۸- در مورد انجام هر روش درمانی و مراقبتی که برای وی انجام می شود توضیح دهید.
- ۳۹- در صورت لزوم با يك روانپزشک یا روانشناس برای کنترل اضطراب و کاهش علائم روانی وی مشاوره کنید.
- ۴۰- نظام ارزشهای بیمار، انتظارات و مشکلات قبلی وی را بررسی کنید.
- ۴۱- نحوه حمایت خانواده و یا اجتماع از بیمار را بررسی کرده و سیستم های حمایتی از او را شناسایی کنید.
- ۴۲- در مورد تغییراتی که در آینده در وضعیت ظاهر و یا عملکرد وی ایجاد خواهد شد، توضیح دهید.
- ۴۳- به بیمار برای مقابله با تغییرات احتمالی و پیش بینی شده در وضعیت ظاهری و یا عملکردی وی کمک کنید.
- ۴۴- محیطی مملو از اعتماد و پذیرش شرایط فعلی برای بیمار ایجاد کنید.
- ۴۵- محدوده حرکتی، قدرت عضلانی، گام و هماهنگی حرکات بیمار را ارزیابی کنید.
- ۴۶- درد بیمار را قبل و بعد از حرکت درمانی ارزیابی و در صورت لزوم مسکن بدهید.
- ۴۷- با فیزیوتراپ جهت ادامه حرکات و دستورات ورزشی مشاوره کنید.
- ۴۸- با کاردرمان و فیزیوتراپ جهت انجام حرکات اکتیو و پاسیواندامها، ورزش، آتل گذاری و قراردادن بیمار در وضعیت های درمانی مشاوره کنید.

<p>۴۹- برای کاربرد وسایل و اقدامات کمکی جهت پیشگیری از کنتراکتور، اسکارهای هیپرتروفی و تشکیل بافت کلوئید برنامه ریزی کنید.</p>	
<p>Patient Education</p>	<p>آموزش به بیمار</p>
<p>۱- به بیمار و خانواده درمورد نحوه مراقبت از زخم و مراحل بهبود زخم آموزش دهید.</p> <p>۲- در مورد پیشگیری از عفونت آموزش دهید.</p> <p>۳- درمورد رعایت رژیم غذایی مناسب آموزش دهید.</p> <p>۴- درمورد انجام و پیگیری برنامه فیزیوتراپی، کاردرمانی، ورزش و حرکت درمانی آموزش دهید.</p> <p>۵- درمورد بکارگیری راهبردهای مقابله ای مناسب به بیمار و خانواده آموزش دهید.</p> <p>۶- درمورد عوارض احتمالی و پیگیری جهت پیشگیری و یا درمان آنها آموزش دهید.</p>	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در ساختار پوست

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در ساختار پوست، تخریب لایه های پوستی (Dermis)، تخریب سطح پوست (Epidermis) در رابطه با گرما، سرما، مواد شیمیایی و غیره
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	<ul style="list-style-type: none"> - سلامت یافت حفظ شود. - سلامت پوست و غشاهای مخاطی حفظ شود. - زخم بهبود یابد. - بیمار از ضرورت اطلاع دادن هرگونه درد یا احساس ناراحتی در پوست آگاهی یابد. - برنامه مراقبتی برای بهبود پوست و پیشگیری از آسیب مجدد تنظیم شود. - پرستار از معیارهای حفظ و بهبود پوست و مراقبت از هرگونه آسیب پوستی آگاهی داشته شود.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<ol style="list-style-type: none"> ۱- محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آنرا تعیین کنید (شامل حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی....). ۲- مرحله زخم (مثلاً زخم فشاری درجه یک، درجه دو...) را تعیین کنید. ۳- محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، یا سایر علائم عفونت کنترل و پایش کنید. ۴- روش مراقبت بیمار از پوست خود مانند نوع صابون یا شوینده های مورد استفاده، درجه حرارت آب و میزان بهداشت پوست را کنترل و پایش کنید (توجه: آب داغ، مواد شوینده قوی، فشار یا مالش زیاد پوست، و شستشوی بیش از حد برای پوست مضر است). ۵- برنامه مراقبتی را برای هر بیمار بصورت اختصاصی (با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار) طرح کنید. ۶- تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید. ۷- ارزیابی سیستماتیک بیماران دچار محدودیت حرکتی را برای پیشگیری از عوارض پوستی ناشی از بی حرکتی انجام دهید. ۸- بیمار را حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از خواباندن بیمار روی پوست آسیب دیده، اجتناب کنید. ۹- مناسب بودن تشک و بالش بیمار را بررسی و از فشار روی ناحیه آسیب دیده جلوگیری کنید. ۱۰- در صورت آسیب شدید پوست از ماساژ اطراف زخم اجتناب کنید زیرا شواهد نشان داده است که این عمل آسیب را تشدید می کند.

۱۱- میزان درد یا حساسیت در بیمار را تعیین کنید.
۱۲- به محل های در معرض خطر برای ایجاد زخم مانند قسمتهای استخوانی، پاشنه پا، ساکروم ... توجه کنید.
Patient Education آموزش به بیمار
۱- روش بررسی پوست و زخم و راههای کنترل علائم و نشانه های عفونت، عوارض، و بهبود زخم را به بیمار آموزش دهید.
۲- به بیمار در مورد علت مصرف داروهای موضعی آموزش دهید.
۳- در مورد اهمیت تغییر وضعیت هر دو ساعت به بیمار آموزش دهید.
۴- در مورد انواع و نحوه استفاده از تشک ها و وسایل کاهش دهنده فشار از روی بدن به بیمار آموزش دهید.

Problem Definition بیان مشکل
خطر تغییر و آسیب پوستی در رابطه با تحریک ناشی از عوامل خطر داخلی و عوامل خطر خارجی.
Expected Outcomes برآیندهای مورد انتظار
- سلامت یافت برقرار شود.
- سلامت پوست و غشاهای مخاطی برقرار شود.
Nursing Recommendations توصیه های پرستاری
۱- محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی یا تورم کنترل و پایش کنید.
۲- بیمار را از نظر احتمال از دست دادن حواس محیطی و یا وجود درد بررسی کنید.
۳- عوامل خطر را نظیر بی حرکتی، سوء تغذیه، اختلالات سیستم ایمنی، اختلال در گردش خون محیطی، دیابت ملیتوس، آسیب نخاعی و یا نارسایی کلیه را شناسایی کنید.
۴- روش مراقبت بیمار از پوست خود مانند نوع صابون یا شوینده ها، درجه حرارت آب و میزان بهداشت پوست را کنترل کنید.
۵- از مصرف آب داغ، مواد شوینده قوی، فشار یا مالش زیاد پوست، و شستشوی بیش از حد پوست اجتناب کنید.
۶- تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید.
۷- کنترل پوست و پوشاندن (محافظت) برجستگی های استخوانی را برای بیماران دچار مشکلات حرکتی انجام دهید.
۸- محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آنرا تعیین کنید (حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی و....).
۹- برنامه مراقبتی هر بیمار را بصورت اختصاصی و با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار، طراحی کنید.
۱۰- در بیماران دارای مشکلات بی حرکتی حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت را انجام دهید.
۱۱- مناسب بودن تشک و بالش بیمار و جلوگیری از ایجاد فشار روی بدن را بررسی کنید.

۱۲- از ماساژ روی برجستگی های استخوانی اجتناب کنید زیرا احتمال آسیب بافتی را افزایش می دهد.
۱۳- وضعیت تغذیه بیمار را بررسی و مشاوره تغذیه ای انجام دهید.
Patient Education آموزش به بیمار
۱- روش بررسی پوست و زخم و راههای کنترل علائم و نشانه های عفونت، عوارض، و بهبود زخم را به بیمار آموزش دهید.
۲- به بیمار در مورد علت مصرف داروهای موضعی آموزش دهید.
۳- به بیمار در مورد اهمیت تغییر وضعیت هر دو ساعت آموزش دهید.
۴- در مورد انواع و نحوه استفاده از تشک ها و وسایل کاهش دهنده فشار از روی بدن به بیمار آموزش دهید.

Problem Definition بیان مشکل
آسیب پوستی (زخم فشاری) در اثر فشار، رطوبت، خراشیدگی و شکنندگی.
Expected Outcomes برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:
- هرگونه آسیب پوستی را بموقع تشخیص دهد.
- ارزیابی صحیحی از میزان آسیب پوستی انجام دهد
- درمان و مراقبت صحیح از پوست آسیب دیده را انجام دهد.
Nursing Recommendations توصیه های پرستاری
الف) ارزیابی اولیه بیمار دچار آسیب پوستی (زخم فشاری):
۱- ابتدا تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
۲- معاینات کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
۳- شرایط بیماری فعلی بیمار و عوارض آن را شناسایی کنید.
۴- وضعیت تغذیه ای بیمار را با کمک مشاور تغذیه بررسی نمایید.
۵- میزان و چگونگی درد را در بیمار مورد ارزیابی قرار دهید.
۶- وضعیت روانی - اجتماعی بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید.
۷- میزان خطر احتمالی برای ایجاد زخم های فشاری دیگر را در بیمار مورد ارزیابی و قضاوت قرار دهید.
۸- زخم / زخم های فشاری را از نظر محل زخم، اندازه، عمق و درجه زخم، میزان تحلیل پوست، وضعیت شیارهای پوستی، وضعیت ترشح زخم، وجود بافت نکروز شده، وجود یا عدم وجود بافت گرانوله، وجود یا عدم وجود اپی تلیال، شرایط پوست اطراف زخم، اریتما، ترشح، سفتی پوست و ... ارزیابی کنید.
۹- لبه های زخم را ارزیابی و هرگونه اجسام خارجی را حین ارزیابی پوست مانند پوست زیر قالب گچ بردارید.

۱۰- هنگام ارزیابی پوست به درد ناشی از فشار بر پوست بیمار توجه کنید، اگر قالب گچ وجود دارد لازم است جابجا شود تا فشار بر پوست کمتر شود.

۱۱- تغییر وضعیت بیمار حداقل هر یک ساعت و در صورت امکان تغییر محل تحمل وزن بدن هر ۱۵ دقیقه را انجام دهید.

▪ مراحل تخریب بافت و طبقه بندی درجه زخم بر اساس EPUAP (2003) classification System به صورت زیر است:

مرحله ۱: اریتمای پراکنده در سطح پوست، پیشروی آسیب پوستی. در افرادی که پوست تیره رنگ دارند، یا مشکلاتی در رنگدانه های پوست دارند، گرمی، ادم، سفیدی، یا سختی پوست باید مورد توجه قرار گیرد.

مرحله ۲: ضخیم شدن بخشی از پوست آسیب دیده همراه با التهاب اپیدرم، درم یا هردوی آنها.
مرحله ۳: ضخیم شدن تمام پوست آسیب دیده همراه با آسیب یا نکروز بافت زیرجلدی که ممکن است به سمت فاشیای زیرین گسترده شود. زخم از نظر بالینی دهانه عمیقی دارد که با یا بدون گسترش تحلیلی به بافت های زیرین است.

مرحله ۴: ضخیم شدن کامل پوست همراه با تخریب وسیع، نکروز بافتی، آسیب به عضله، و استخوان، تاندون، کپسول مفصلی و هرگونه اندام یا ساختار مجاور زخم. اگر اسکار وجود دارد، نمی توان مرحله زخم را بطور دقیق تا برداشتن اسکار معین کرد.

ب) مراقبت از زخم:

- ۱- دبریدمان زخم را در زمان لازم و متناسب با شرایط بیمار انجام دهید. (موارد استثناء: زخم های پاشنه پا همراه با اسکار خشک و بدون ادم، اریتما، ترشح، درناژ).
- ۲- روزانه زخم را از نظر ادم، اریتما و درناژ که معمولاً نیازمند دبریدمان است، ارزیابی کنید.
- ۳- انواع دبریدمان عبارتند از: تیز و برنده، مکانیکی، آنزیمی، خودبخودی.
- ۴- پیشگیری و کنترل درد را همراه با دبریدمان انجام دهید.

ج) تمیز نمودن زخم:

- ۱- ابتدا زخم را تمیز نمائید و با هر بار تعویض پانسمان از فشار کمی برای تمیز کردن با گاز استفاده کنید.
- ۲- از محلول نرمال سالین برای تمیز کردن زخم فشاری استفاده کنید.
- ۳- از محلول های تمیز کننده پوست یا ضد عفونی کننده ها استفاده نکنید.
- ۴- هنگام تمیز کردن زخم، کمی فشار تحریک کننده بر زخم ایجاد کنید تا در صورت وجود نکروز، تمیز کردن بدرستی انجام شود بدون اینکه صدمه ای به زخم وارد کنید.

د) پانسمان زخم:

- ۱- آب رسانی به زخم: از پانسمانی که زخم فشاری را مرطوب، و اطراف زخم را خشک نگهدارد استفاده کنید. به این منظور می توانید از روشهایی چون پانسمان هیدروکلوئید، پانسمان فوم (دارای حباب هوا)، و یا پانسمان هیدروژل استفاده کنید.
- ۲- ترشحات آگزودا را با استفاده از پانسمان کلسیم آلژینات یا پانسمان هیدروفیبر کنترل کنید.

آموزش به بیمار	Patient Education
<p>۳- بافت های مرده را با استفاده از انواع پانسمان های فوق الذکر و یا گاز آغشته به نرمال سالین در داخل زخم بدون ایجاد فشار زیاد بزادئید.</p>	
<p>۱- به بیمار و همراهان در مورد هرگونه خطر احتمالی، یا عوارض در مورد زخم فشاری آموزش دهید.</p> <p>۲- به بیمار در مورد نحوه پیشگیری از بروز مجدد زخم فشاری آموزش دهید.</p> <p>۳- به بیمار در مورد حرکت در تخت با کمک، حداقل هر دو ساعت یکبار آموزش دهید.</p> <p>۴- به بیمار در مورد مصرف مقدار کافی مایعات آموزش دهید.</p>	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم آگاهی بیمار در مورد کاهش فشار و تسکین درد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <p>- فشار بر پوست را کاهش داده و برطرف نماید.</p>	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
<p>الف) کنترل بافت آسیب دیده هنگام استراحت بیمار در تخت:</p> <p>۱- از سطح حمایتی برای بیمار استفاده کنید به گونه ای که وزن بیمار بر زخم فشاری تحمیل نشود (اگر بیمار قادر به قرار گرفتن در وضعیت های مختلف می باشد).</p> <p>۲- اگر بیمار در مرحله ۳ زخم فشاری است و یا اگر قادر به تغییر وضعیت های مختلف بدون فشار بر زخم نمی باشد از تشک مواج استفاده کنید.</p> <p>۳- به راهنمای مراقبت از بیماران با اختلال در ساختار پوست مراجعه کنید.</p> <p>ب) کنترل بافت آسیب دیده هنگامی که بیمار در وضعیت نشسته قرار دارد:</p> <p>۱- اگر زخم فشاری در محل نشیمنگاه بیمار است، نباید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. اگر می توان میزان فشار وارده بر بافت را کاهش داد به مدت محدود می توانید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.</p> <p>۲- با پزشک یا کاردرمان برای تجویز بالش مخصوص صندلی مشاوره کنید. به هیچ وجه نباید از وسایل حلقوی (air ring) استفاده کنید.</p> <p>۳- بیمار را حداقل هر یک ساعت تغییر وضعیت داده و محل تحمل وزن بدن را در صورت امکان هر ۱۵ دقیقه تغییر دهید.</p>	

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- Hemdon, D. N. (2006). Total Burn Care. 3rd Edition. England: Elsevier Science.
- Patient Care Standards (2001) Care of the Patient at Risk for Impaired Skin Integrity (Related to Pressure, Moisture, Friction, and Shear).
- Royal College of Nursing (2005). The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.