

ქართული საეფიუიერო ბაჲროლოგიის სენტრი



HTMC-PM-008-V.1.0

**პაციენტის დაცემის რისკის შეფასება
და პრევენცია**

დოკუმენტი	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა
დასახელება	პაციენტის დაცემის რისკის შეფასება და პრევენცია
დოკუმენტის ნომერი	1.0
მფლობელი	კლინიკური დეპარტამენტები
დანერგვის თარიღი	19.07.24
მომდევნო გადახედვის დრო	07.25
ავტორი	შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტი
დამტკიცებულია	კლინიკური დირექტორი

მიზანი: პაციენტის, ვიზიტორის ან თანამშრომლის დაცემით განპირობებული დაზიანების პროფილაქტიკა

	შინაარსი:	გვერდი
1	ტერმინები და განსაზღვრებები	1
2	პასუხისმგებლობა	1
3	სტაციონარული პაციენტის დაცემის რისკის პირველადი შეფასება	2
4	დაცემის პრევენციის ზომები	4
5	ამბულატორიული პაციენტის დაცემის რისკის შეფასება	5
6	დაცემის ფაქტის შემთხვევაში მისაღები ზომები	6
7	დოკუმენტის გაცნობის სარეგისტრაციო ფორმა	7

1.	ტერმინები და განსაზღვრებები:
a.	დაცემა - წონასწორობის დარღვევაზე და სიმძიმის ცენტრის გადანაცვლებაზე ადეკვატური რეაქციის უუნარობის შემთხვევაში, ქვემოთ მდებარე საყრდენ ზედაპირზე (მიწა, იატაკი ან სხვა) უეცრად, გაუკონტროლებლად, არამიზნობრივად და არაწინასწარგანზრახულად მწოლიარე მდგომარეობაში აღმოჩენა ვერტიკალური მდგომარეობიდან
b.	დაცემის რისკი – აღბათობა იმისა, რომ პაციენტი დაეცემა
c.	დაცემის პრევენცია – უსაფრთხო გარემოს შექმნა და დაცემის რისკ-ფაქტორების შემცირება
d.	ინციდენტის შეტყობინება - ინფორმაციის მიწოდება დაცემის ნებისმიერი შემთხვევის შესახებ
e.	მორზეს შკალა - ზრდასრული პაციენტების დაცემის რისკის განსაზღვრის ინსტრუმენტი

	მდგომარეობა	ილუსტრაცია, განმარტება
2	პასუხისმგებლობა	
	- წინამდებარე წესების შესრულებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება მთელ სამედიცინო პერსონალს - პერსონალის ნებისმიერი წარმომადგენელმა, თანმხლები პირის გარეშე მყოფი დაცემის რისკის მქონე პაციენტის (შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას წითელი ბრასლეტი) დანახვისთანავე, უნდა უზრუნველყოს თანხლების პროცესი და შეატყობინოს განყოფილების ექთანს - დაცემის ფაქტის შემთხვევაში, ნებისმიერი თანამშრომელი ვალდებულია 24 საათის განმავლობაში შეავსოს ინციდენტის შეტყობინების ფორმა - სამედიცინო პერსონალმა უზრუნველყოს დაცემის ადმკვეთი ზომები: პაციენტის და მისი მომვლელის განათლება, პაციენტის თანხლება, მეთვალყურეობა, საწოლის ბორტების ამოწევა და ა.შ. (დანართი 1)	



	კლინიკაში უზრუნველყოფილ უნდა იქნას უსაფრთხო გარემო - კედლებზე სახელორები, გამოძახების ღილაკები, სწორი იატაკები, კორიდორების, ჰოლების და კიბის საკმარისი განათება
3	სტაციონარული პაციენტის დაცემის რისკის პირველადი შეფასება
	დაცემის რისკის სტრატეგიკაცია და მარკირება. დაცემის რისკი ფასდება ექთნის მიერ, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის მომენტში და განმეორებით ფასდება შემდეგ სიტუაციებში: 1. დაცემის შემთხვევაში 2. თავბრუს/თავბრუნხვის შემთხვევაში 3. ჰიპოტენზიის დროს (სისტოლური წნევა <90 mmHg) 4. ცნობიერების მოშლის დროს (სტუპორი, სოპორი, დელირიუმი) 5. კრუნჩხვების დროს 6. ყველა სხვა სიტუაციაში, როდესაც შესაძლებელია დაცემის რისკის მატება
	დაცემის რისკის შეფასების მიზნით გამოიყენება მორზეს მოდფიცირებული შკალა ანუ MFS (Morse Fall Scale). ტესტს ატარებს ექთანი და პაციენტის მონაცემებს აფიქსირებს შესაბამის ელექტრონულ ფორმაში, შემდეგი ეტაპების გავლით:
	ა. დეპარტამენტის ლეპტოპში ან დესკტოპში, მალმხმობის მეშვეობით, ფორმის გახსნა
	
	ბ. პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების (გვარი, სახელი, სქესი, ასაკი, პირადი ნომერი, სტაციონარული პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის ნომერი) შეტანა
	დაცემის რისკის შეფასების მორზეს შკალა Morse Fall Scale განმუშავდა 2014 წლის 18 მარტი პაციენტი: _____ ასაკი: _____ წ პირადი ნომერი: _____ ისტორია: _____ სქესი: ☒ კაცი ☐ ქალი მუდმივად: _____ შეფასების თარიღი: _____
	გ. შეფასების განმარტაციულებელი და მონაცემების ელექტრონული ფორმის შევსებაზე პასუხისმგებელი პირის სახლის, გვარის და ფორმის შევსების თარიღის (იგივე ჰოსპიტალიზაციის თარიღი) შეტანა
	დაცემის რისკის შეფასების მორზეს შკალა Morse Fall Scale განმუშავდა 2014 წლის 18 მარტი პაციენტი: _____ ასაკი: _____ წ პირადი ნომერი: _____ ისტორია: _____ სქესი: ☒ კაცი ☐ ქალი მუდმივად: _____ შეფასების თარიღი: _____
	დ. მორზეს დაცემის შკალის კითხვარის შევსება პირველ კითხვაზე - აღინიშნებოდა თუ არა ბოლო 3 თვის განმავლობაში დაცემის ეპიზოდი - პასუხის გაცემით ა. თუ ბოლო სამი თვის განმავლობაში პაციენტი არ დაცემულა, პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ ბოლო სამი თვის განმავლობაში იყო დაცემის ერთი ეპიზოდი მაინც, პასუხი ფასდება 25 ქულით.



ე. აქვს თუ არა პაციენტს კომორბიდობები?	ა. თუ პაციენტს აქვს მხოლოდ ერთი პათოლოგია, პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ პაციენტს ერთდროულად აქვს ორი ან მეტი პათოლოგია, პასუხი ფასდება 15 ქულით.
ვ. სჭირდება თუ არა პაციენტს გადაადგილების დროს დამხმარე საშუალებები?	ა. თუ პაციენტი გადაადგილდება თავისით (ექთნის დახმარების საშუალებითაც კი), სავარძლით ან ჰოსპიტალიზაციის ბოლომდე იმყოფება მწოლიარე მდგომარეობაში, კითხვაზე პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ პაციენტი გადაადგილდება ყავარჯნებით, ხელჯოხით ან ორთოპედიული სამარჯვით, ჭოჭინის სახით, პასუხი ფასდება 15 ქულით; გ. თუ პაციენტი გადაადგილებისას ეჭიდება ავეჯს ან დადის კედელ-კედელ, პასუხი ფასდება 30 ქულით.
ზ. უტარდება თუ არა პაციენტს ინტრავენური თერაპია?	ა. კითხვაზე უარყოფითი პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ პაციენტს უტარდება ინტრავენური თერაპია (ინტრავენური სისტემის/ჰეპარინის ლოკის არსებობა), პასუხი ფასდება 20 ქულით.
თ. როგორია სიარულის მანერა?	ა. თუ სიარულის მანერა დამაკმაყოფილებელია, პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ პაციენტი დადის მოკლე ნაბიჯებით, წყვეტილად/შეყოვნებებით, პასუხი ფასდება 10 ქულით; გ. თუ პაციენტი ვერ დგება ან დადის მხოლოდ რაღაცაზე დაყდნობით და სიარულისას დაბალ იცქირება, პასუხი ფასდება 20 ქულით.
ი. აქვს თუ არა პაციენტს გაცნობიერებული თავისი მდგომარეობა	ა. თუ პაციენტი რეალურად აფასებს საკუთარ მდგომარეობას, პასუხი ფასდება ნული ქულით; ბ. თუ პაციენტი ვერ აცნობიერებს საკუთარ შეზღუდვებს და არარეალურად, გადაჭარბულაფ აფასებს საკუთარ შესაძლებლობებს, პასუხი ფასდება 15 ქულით



	ე. ყველა კითხვაზე პასუხის შემდგომ, შეფასების ფორმა ავტომატურად აჯამებს ქულებს და ჯამური ქულის მიხედვით ფასდება დაცემის რისკის დონე და პრევენციული ღონისძიებების საჭიროება	დაცემის რისკის შეფასების მორზეს შკალა Morse Fall Scale გამოგზავნილი 2024 წლის 28 მარტი პაციენტი _____ ასაკი _____ წელი პარალელ ნომერი _____ ინტენზივა _____ სტეტი ☒ კატი ☐ ქალი შეფასებული _____ შეფასების თარიღი _____ ფიქსის ანაწილი ბოლო 2 თვის განმავლობაში _____ კომპონენტები ანუ უსაფრთხო მდგომარეობა _____ პაციენტი გადამადგილების იქნება ადვილად, ზედაპირი _____ ან იმპროვიზებული სამსახური, ტიფის სახით _____ ან _____ უძლიერა ადგილზე, ან გადამადგილება კბილი-კბილი _____ ინტენსივური სისტემის ან პესონის დაცვის არსებობა _____ საშუალო მოვლა ნაბიჯებით, მუხრუხრებით და დაფიქსირებით _____ ან _____ ან შეუძლია ადგილზე, დედის მოვლით თუ უფროსმა ჩადგას და დახმარა იქნება _____ პაციენტი ჩვეულებრივ ფარ აკონსერვაციის საფარს შეუძლებს _____ და არარეგულარული წარმოდგენები აქვს საფარს შეუძლებლობებზე _____ სამოვლო ქულა _____
	ვ. თუ ჯამური ქულა 0-24, მაშინ, დაცემის რისკი დაბალია და შესაბამისად, არ არის პრევენციული ზომების საჭიროება. ფორმაში, რისკის დონის და პრევენციული ინტერვენციის საჭიროების გასწვრივ გაჩნდება შესაბამისი ჩანაწერები და უჯრედები შეიფერება მწვანედ	რისკის დონე..... დაბალი სამოვლო ქულა _____ პრევენციული ინტერვენციის საჭიროება..... არ არის
	ზ. თუ ჯამური ქულა არის 25-50, დაცემის რისკი საშუალოა და საჭიროა სტანდარტული პრევენციული ზომების განხორციელება. ფორმაში, რისკის დონის და პრევენციული ინტერვენციის საჭიროების გასწვრივ გაჩნდება შესაბამისი ჩანაწერები და უჯრედები შეიფერება სტაფილოსფრად	რისკის დონე..... საშუალო სამოვლო ქულა _____ პრევენციული ინტერვენციის საჭიროება..... სტანდარტული ინტერვენცია
	თ. თუ ჯამური ქულა მეტია 50-ზე, დაცემის რისკი მაღალია და საჭიროა მაღალი რისკის პრევენციული ზომების განხორციელება. ფორმაში, რისკის დონის და პრევენციული ინტერვენციის საჭიროების გასწვრივ გაჩნდება შესაბამისი ჩანაწერები და უჯრედები შეიფერება წითლად	რისკის დონე..... მაღალი სამოვლო ქულა _____ პრევენციული ინტერვენციის საჭიროება..... მაღალი რისკის ინტერვენცია
	ი. დაცემის რისკის შეფასების ფორმის შევსების დასრულების შემდეგ, ხდება მონაცემების შენახვა შესაბამის ფაილში. ექთანი ვალდებულია ამობეჭდოს შევსებული ფორმა, მიაწოდოს ექიმს ინფორმაცია დაცემის მაღალი რისკის პაციენტზე და გადასცეს შევსებული და ამობეჭდილი ფორმა, ავადმყოფობის ისტორიაში ჩასაყრავად	
4	დაცემის პრევენციის ზომები	
	დაცემის დაბალი რისკის (MFS=0-24) შემთხვევაში: • პაციენტისთვის მორზეს დაცემის კალკულატორის მონაცემების შედეგების შეტყობინება; • პაციენტისთვის გამოძახების დილაკის და საექთო პოსტის ლოკალიზაციის/ადგილმდებარეობის გაცნობა; • პაციენტისთვის დაცემის პრევენციული ზომების გაცნობა (შესაბამისი ინფორმაციის განთავსება ყველა პალატაში);	



	- პაციენტის დაცემის შემთხვევაში, პირველადი დახმარების გაწევა, ექიმის ინფორმირება, დაცემის ინციდენტის ფორმის შევება და გადაცემა უფროსი ექთნისთვის; - პაციენტის დაცემის რისკის განმეორებითი შეფასება
	დაცემის საშუალო რისკის (MFS=25-50) შემთხვევაში: - დაბალი რისკის რუბრიკაში აღწერილ ღონისძიებებს პლუს დაცემის პრევენციის ღონისძიებების დეტალური გაცნობა: - საწოლიდან ან სავარძლიდან წამოდგომამდე რამდენიმე წუთი დაყოვნება მჯდომარე მდგომარეობაში და შემდგომ ნელი წამოდგომა - თავბრუს/თავბრუსვევის შემთხვევაში არ შეიძლება წამოდგომა და გამოძახებულ უნდა იქნას ექთანი შესაბამისი ღილაკის მეშვეობით - დაცემის შემთხვევაში ექთნის გამოძახება შესაბამისი ღილაკის მეშვეობით - უქუსლო, კარგი მოჭიდების მქონე ფეხსაცმლის ტარება - პაციენტის გადაადგილების გზაზე არ უნდა იყოს დაბრკოლებები და იატაკი უნდა იყოს მშრალი (ყურადღება ნიშანზე „სველი იატაკი“) - წინა პუნქტში მოცემული მოთხოვნების დარღვევის შემთხვევაში, შესაბამისი შეტყობინება
	დაცემის მაღალი რისკის (MFS>50) შემთხვევაში: - რისკის არარსებობის რუბრიკაში აღწერილ ღონისძიებებს პლუს: - პაციენტის განთავსება საექთნო პოსტთან ახლომდებარე პალატაში, რომლის კარზეც გამოკრულ უნდა იქნას შემდეგი ნიშანი - გადაადგილებისას პაციენტის აუცილებელი თანხლება ან პაციენტის სავარძლით ტრანსპორტირება - პაციენტთან ხშირი მონიტორინგი და შეკითხვა საჭიროებების თაობაზე, განსაკუთრებით სააბაზანოში/ტუალეტში ყოფნის პერიოდში - არსებობის შემთხვევაში, საწოლის ბორტების ამოწევა - დაცემის მაღალი რისკის პაციენტის დამოუკიდებლად გადაადგილების მომენტში, ნებისმიერი თანამშრომელი ვალდებულია პაციენტს შესთავაზოს ჩამოჯდომა, შეატყობინოს ექთანს ასისტირების საჭიროების თაობაზე და დარჩეს მჯდომარე პაციენტთან დახმარების მოსვლამდე - დაცემის მაღალი რისკის პაციენტის მდგომარეობის მონაცემების აუცილებელი შეტყობინება მორიგეობის გადაბარების პროცედურის დროს
5.	ამბულატორული პაციენტის დაცემის რისკის შეფასება
	ამბულატორული პაციენტის დაცემის რისკის შეფასება სავალდებულოა შემდეგ ლოკაციებზე/შემთხვევებში: - ამბულატორიაში ანდა დღის სტაციონარში; - ყოველი პროცედურის შემდეგ, რომელსაც შეიძლება ახლდეს თავბრუსხვევა/თავბრი და სისუსტე; >75 წლის პაციენტებში; - დაუძლურებული პაციენტის შემთხვევაში. ყველა ზემოთ ხსენებულ შემთხვევაში, პაციენტებს ეძლევათ შემდეგი კითხვები:



	1. ხომ არ დაცემულხართ/წეცეულხართ ბოლო 3 თვის განმავლობაში? 2. თავბრუ ხომ არ გეხვევათ და სუსტად ხომ არ გრძნობთ თავს? 3. გჭირდებათ თუ არა სხვისი დახმარება გადაადგილებისას? ნებისმიერ ერთ კითხვაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაშიც კი პაციენტი მიეკუთვნება დაცემის მაღალი რისკის ჯგუფს და საჭიროებს ასისტირებას. გამოკითხვის შედეგების მიუხედავად, ექთანს, უმცროს ექიმს ან ექიმს შეუძლია პაციენტი განთესოს დაცემის მაღალი რისკის ჯგუფში, მხოლოდ კლინიკური მოსაზრებების საფუძველზე და დააფიქსიროს თავისი გადაწყვეტილება პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიაში. პროცედურების ჩატარების შემდეგ, პაციენტი გაფრთხილებულ უნდა იქნას იმის თაობაზე, რომ არ შეიძლება წამოდგომა პროცედურის დასრულებისთანავე და რომ საჭიროა 5-10 წუთიანი დაყოვნება მჯდომარე დგომარეობაში და შემდგომ ნელა წამოდგომა. მიუხედავად დაცემის რისკი არარსებობისა ან დაბალი რისკისა, აუცილებელია პაციენტის ასისტირება თუ პაციენტი: • არის იმპულსური და შფოთავს; • უჩივის თავბრუხვევას და სისუსტეს; • გადაადგილება მეორე პირის დახმარებით, ეჭილება ავეჯს ან დადის კედელ-კედელ.
6.	დაცემის ფაქტის შემთხვევაში მისაღები ზომები
	დაცემის მაღალი რისკის პაციენტის დამოუკიდებლად გადაადგილების მომენტში, ნებისმიერი თანამშრომელი ვალდებულია პაციენტს შესთავაზოს ჩამოჯდომა, შეატყობინოს ექთანს ასისტირების საჭიროების თაობაზე და დარჩეს მჯდომარე პაციენტთან დახმარების მოსვლამდე.
	როგორ ვიქცევით დაცემულ პაციენტთან/თანამშრომელთან
• პაციენტის/ვიზიტორის/თანამშრომლის მდგომარეობის შეფასება და დახმარების გამოძახება ადგილზე; • ტრავმის არარსებობის შემთხვევაში, პაციენტის/თანამშრომლის ტრანსპორტირება, შესაბამისად, პალატაში ან სამუშაო ადგილზე; • ტრავმის შემთხვევაში, ტრავმის ხასიათის და სიმძიმის შეფასება და პაციენტის რეფერალი კვალიფიციური დახმარების მიზნით; • დაცემის ფაქტის აუცილებელი შეტყობინება უფროსი ექთნისთვის, რომელმაც მომხდარი ფაქტი უნდა შეატყობინოს ექიმს/დეპარტამენტის ხელმძღვანელს და შეავსოს ინციდენტის შესახებ ფორმა.	არ სცადოთ პაციენტის დამოუკიდებლად წამოწევა/წამოყენება! გახსოვდეთ, რომ ამით შეიძლება, პაციენტს მიაღგეს მეტი ზიანი და საფრთხე შეექმნას მის სიცოცხლეს!

ძირითადი მოქმედებები:

- რეგულარულად შეაფასეთ ამ SOP-ის ეფექტურობა.
- საჭიროებისამებრ იზრუნეთ გაუმჯობესებაზე.



დოკუმენტის გაცნობის სარეგისტრაციო ფორმა

	სახელი, გვარი	თანამდებობა	გაცნობის თარიღი	ხელმოწერა
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

7

