



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری



راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان

(ویرایش اول)



بهار ۱۴۰۵

آدرس: تهران شهرک قدس - بلوار فرحزادی، ایوانک شرقی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بلوک A طبقه ششم

ویرایش کنندگان

دکتر خدیجه حیدری زاده - پرستو آریاملو - سمیه هداوند میرزایی - زینب کاظم زاده - زهرا سعیدی

تهیه و تدوین

دکتر خورشید وسکویی اشکوری - دکتر زهره کوهی رستمکلائی - سیده فاطمه میربازغ -
دکتر پریسا ترابی

با همکاری

دکتر مریم حضرتی - دکتر اکرم واحدی - مریم ذبیحی پور سعادت - سارا داننده فرد - صبحه فولادیان - روحانی - فریبا خیبری -
محمد حسین غلامعلی تبار - فاطمه تیموری - نرگس مسعودی - فریبا رسان نژاد - فرشته شهرکی - علی کریمی - فاطمه حیدری -
پری صحبتی - سید سجاد حسینی - پویان مقتدر - دکتر کوروش زارع

زیر نظر

دکتر عباس عبادی

معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کلیات:

ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است. ارزیابی، شناسایی نیازها، ترجیح ها و توانایی های بیمار توسط پرستار است که شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده و در نظر گرفتن علائم و نشانه های بیمار است. ارزیابی پایه و اساسی علمی برای طراحی و تامین مراقبت بیمار و خانواده محور تامین می کند. منظور از ارزیابی اولیه بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری است که چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند. این راهنما در برگیرنده اصول تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیمار بزرگسال می باشد که بعد از ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

هدف کلی:

اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه بیماران بستری به منظور تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی و طراحی برنامه مراقبت

اهداف اختصاصی:

- ✓ ارزیابی سلامت بیمار در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی
- ✓ یکپارچه سازی فرم ها و ابزارهای ارزیابی زخم فشاری، سقوط و درد در یک فرم

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار:

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان در بخش های بستری انجام شود.
 ۲. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است؛ لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود. در خصوص بیماران تحت نظر در اورژانس که تعیین تکلیف شده اند و پرونده سرویس پزشک معالج برای آن ها تشکیل شده است در صورتی که این بیماران بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشند، فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود. بدیهی است در این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه در بخش مقصد نیست.
 ۳. ارزیابی اولیه باید توسط کارشناس پرستاری از طریق مصاحبه با بیمار/همراه و مشاهده و بررسی تکمیل شود. در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار (جسمی، روحی و روانی) نباشد، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیق ترین اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار است، انجام می شود.
 ۴. برای شروع درمان صحیح و سریع، ایده ال است که ارزیابی اولیه، بلافاصله، در زمان بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران، تکمیل فرم، می تواند تا انتهای همان شیفت کاری یا حداکثر ظرف ۲۴ ساعت اول بستری انجام شود.
 ۵. در زمان بروز بحران هایی مانند جنگ، سیل، زلزله، بیماری های همه گیر مانند کرونا و.. که نیازمند اجرای پروتکل های بهداشتی خاص می باشد، فقط در بخش هایی که بیماران متاثر از موارد فوق بستری می شوند، تکمیل فرم ارزیابی اولیه الزامی نمی باشد.
 ۶. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم گزارش پرستاری ثبت گردد.
 ۷. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیاز به ارزیابی اولیه مجدد بیمار نیست اما ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.
- *تبصره:** در صورت انتقال بیمار به بخش غیر روان ضروری است ارزیابی مجدد بر اساس فرم های ارزیابی بیمار بزرگسال نیز انجام شود.

بدیهی است هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بدو ورود بیمار می باشد و جایگزین ارزیابی مستمر بیمار در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است نمی شود.

جهت تکمیل فرم ارزیابی :

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار اطمینان حاصل نمایید.
- از تمایل بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده و همراهانش در زمان ارزیابی اطمینان حاصل نمایید.
- ابتدا خود را به بیمار/ خانواده بیمار معرفی کنید (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت). برای حفظ ادب و احترام شایسته است؛ نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز پرسید.
- هدف و اهمیت مصاحبه و ارزیابی را به بیمار/ خانواده توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال به صورت همزمان خودداری فرمایید.
- بر اولویت های بیان شده و موضوعات مهم بیمار و خانواده توجه داشته باشید (مثل سوال مکرر بیمار در خصوص هزینه های درمانی و..)
- به منظور صرفه جویی در زمان و پیشگیری از کسب اطلاعات تکراری و ارزیابی جامع از بیمار ضروری است پرستار علاوه بر انجام ارزیابی اولیه پرستاری، فرم های پذیرش و شرح حال و معاینه بدنی را نیز مطالعه نماید.

نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم

۱- بخش اطلاعات پایه:

- این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل خواهد شد.
- **ساعت ورود به بخش:** به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
 - **ساعت شروع ارزیابی:** منظور ساعتی است که پرستار ارزیابی اولیه را آغاز می کند که ضروری است به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (۰۰:۰۰) تا ۲۳:۵۹ درج شود.
 - **منبع اطلاعات:** بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن می باشد که در این قسمت امکان انتخاب بیش از یک مورد وجود دارد.
 - **مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت:** ذکر مشخصات فردی که به تشخیص بیمار یا خانواده در مواقع مورد نیاز کادر پرستاری می توانند با او تماس بگیرند.
 - **میزان تحصیلات و دین بیمار:** قید شود.
 - **وضعیت تاهل:** وضعیت تاهل بیماران طی مصاحبه و بر اساس موارد مندرج در فرم بررسی و تعیین شود.
 - **بیماران خانم:** با توجه به منع انجام بعضی از اقدامات تشخیصی، درمانی و... در دوران بارداری و شیردهی، بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت می باشد. در این قسمت در صورت باردار بودن و شیردهی بیمار، گزینه بله انتخاب می شود.
 - **نحوه ورود بیمار:** نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود مشخص نمایید.
 - **مراجعه بیمار از:** نحوه مراجعه بیمار به بخش را بر حسب موارد مندرج در فرم با پرسش از بیمار، خانواده و بررسی سایر مستندات مشخص نمایید.
 - **علائم حیاتی بدو ورود:** علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت کنترل و درج گردد.
- T: درجه حرارت بر حسب سلسیوس
- در دماسنج های دیجیتال، معیار بیشتر «تا شنیدن بوق/ ثبات عدد» است. در دماسنج های جیوه ای:
۱. دهانی (Oral): حدود ۳ تا ۵ دقیقه

۲. زیر بغل (Axillary): حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه

۳. رکتال (Rectal): حدود ۲ تا ۳ دقیقه

۴. گوشی (Tympanic): حدود ۱ تا ۲ ثانیه

با ترمومترهای مادون قرمز، تقریباً آنی

۵. شقیقه‌ای / تمپورال (Temporal artery): حدود ۲ تا ۵ ثانیه اسکن سطح پوست پیشانی

○ RR: تعداد تنفس در دقیقه

○ PR: تعداد نبض در دقیقه

○ BP: میزان فشار خون بر حسب میلیمتر جیوه

○ درد: تعیین میزان درد از صفر تا ۱۰، محل، طول مدت و روش‌های تسکین درد و بررسی اثر درد بر روی فعالیت بیمار

این قسمت از طریق مصاحبه، مشاهده پرستار و ثبت آن تکمیل می‌گردد. در امتیاز دهی به درد دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می‌شود.

✓ مشخص نمودن محل درد

✓ نوع درد بر حسب حاد و مزمن

✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم

✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد

✓ عوامل تشدید کننده درد

✓ عوامل تسکین دهنده درد

✓ روش‌های تسکین درد بر حسب غیر دارویی و دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.

نشانگر	برابر با	صورتک
فقدان درد	صفر	
درد خفیف	۲	
درد متوسط	۴	
درد شدید	۶	
درد بسیار شدید	۸	
درد غیر قابل تحمل	۱۰	

- **لوله و اتصالات بیمار:** منظور از لوله و اتصالات مواردی از قبیل IV، استومی، لوله تراشه، گچ، بخیه، شانت، آتل، پانسمان، تراکشن، پیس میکر، چست تیوب، سوند ادراری، سوند معده، تراکئوستومی، کاتتر شالدون، CVLine، و... می باشد که در این بخش از ارزیابی، بیمار از نظر داشتن هر نوعی از اتصالات بررسی و در صورت داشتن هر یک از آنها، نام و محل تعبیه آن را در فرم درج نمایید.

۲- بخش وضعیت ارتباطی و روان:

- **وضعیت هوشیاری:** بررسی درجه بیداری ثابت یا نوسان دار بیمار است و معمولاً با «مشاهده» ارزیابی می شود. وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- **وضعیت همکاری:** برای بیان علت عدم همکاری بیمار می توان به دلایلی همچون ۱- وجود موانع ارتباطی مثل زبان ۲- وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و.. اشاره نمود.
- **زبان و نوع گویش:** منظور از زبان، زبانی است که بیمار با آن صحبت می کند. در صورتی که بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی و یا زبان رایج منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به مترجم را درج نمایید.
- **ارتباط چشمی:** حین مصاحبه و مشاهده رفتار ظاهری بیمار به برقراری تماس چشمی بیمار با خود توجه نموده و برقراری و عدم برقراری ارتباط چشمی را تعیین نمایید.
- **ارتباط کلامی:** خصوصیات تکلم بیمار را بر حسب تن صدا، سرعت، میزان و اختلال تکلم بررسی و نتایج حاصل شده را در قسمت مربوطه علامت بزنید.
 - ۱- منظور از فشار تکلم، تکلم سریع و پر فشار بوده که طی آن حجم کلمات افزایش می یابد.
 - ۲- در فقر کلام، فرد خیلی مختصر صحبت می کند و تنها کلمات تک سیلابی را به کار می گیرد.
 - ۳- اختلال تکلم بیمار را بر اساس موارد زیر بررسی و تعیین نمایید.
 - ✓ لکنت زبان (stuttering): تکرار مکرر یا کشیدن یک صوت یا سیلاب که موجب اختلال شدید در فصاحت تکلم می شود.
 - ✓ دیسفونی: اشکال در صحبت کردن یا درد هنگام تکلم

۳- وضعیت عمومی:

- **ظاهر کلی:** ظاهر کلی با مشاهده وضعیت بدن، حالت اندام ها، لباس ها و آرایش موها و ناخن بررسی می شود.
- بیمار را از نظر وجود زخم و آثار جراحی بررسی نمایید و در صورت وجود یکی از موارد گفته شده موقعیت آناتومیک آن ذکر گردد.
- بیمار را از نظر وجود شپش، گال و... مورد ارزیابی قرار دهید و در صورت وجود یکی از موارد گفته شده نوع آن را مشخص نمایید.
- وضعیت روانی حرکتی بیمار نیز در این بخش مورد ارزیابی قرار گرفته و درج می گردد.

۴- وضعیت خلقی ادراکی:

- **خلق (mood):** هیجانی نافذ و مستمر که به طور ذهنی توسط بیمار احساس و گزارش می گردد و توسط دیگران مشاهده می شود. در بررسی این بعد توجه داشته باشید که بیمار احساسات خود را چگونه بیان می کند و نتیجه را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید.
- **طبیعی:** طیف طبیعی خلق، حاکی از فقدان خلق افسرده یا سرخوشی است.

- **افسرده:** افسردگی متداول ترین نوع اختلال نوروتیک یا روانی است. حالتی از خلق پایین و بی میلی به فعالیت یا بی تفاوتی که بر افکار، رفتار، احساسات و شادکامی شخص تاثیر می گذارد.
- **تحریک پذیر:** حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می آید.
- **پرخاشگر:** پرخاشگری رفتاری است که به قصد آسیب رساندن (جسمانی یا زبانی) به فردی دیگر یا نابودکردن دارایی دیگران باشد.
- **سرخوشی:** خلق مرکب از احساس شادی، اوفوریا، پیروزی، خودپسندی شدید یا خوش بینی است که اساس واقعی نداشته باشد، در مانیا دیده می شود.
- **نوسان خلق (خلق بی ثبات):** نوسانات هیجانی سریع بین خوشحالی و ناراحتی

عاطفه (affect): پاسخ دهی هیجانی فعلی بیمار است که از روی حالت چهره بیمار و از جمله میزان و حدود رفتار بیانی او استنباط می شود. عاطفه بیمار را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید.

- عاطفه متناسب: هیجانی که با خلق و یا فکر هماهنگ است.
- عاطفه نامتناسب: عدم هماهنگی بین احساس هیجانی و عقیده، تفکر یا تکلم همراه آن.
- عاطفه کند (blunted): اختلالی در عاطفه که با کاهش چشمگیر در شدت احساس ابراز شده مشخص می شود.
- عاطفه محدود (restricted): کاهش مشخص شدت حال و هوای احساسی به درجانی کمتر از عاطفه کند.
- عاطفه سطحی (flat): فقدان کامل یا تقریبی هر گونه علامت ابراز عاطفی، صدا یکنواخت، چهره بی حرکت.
- عاطفه بی ثبات: تغییر سریع و ناگهانی احساس هیجانی، بدون ارتباط با محرک های خارجی.
- عاطفه بی تفاوت: خونسردی نامتناسب یا فقدان نگرانی در مورد ناتوانی خود.

هذیان: باور و عقیده ای است غیر واقعی، غیر قابل رد کردن، غیر منطبق بر فرهنگ و زمینه هوشی بیمار که با استدلال هم اصلاح نمی شود. در صورت وجود هذیان در بیمار نوع آن را بر اساس موارد زیر تعیین نمایید.

- ✓ **هذیان نیست گرایی (nihilistic):** عقیده نادرستی مبنی بر اینکه خود شخص، دیگران یا جهان وجود ندارد یا رو به فنا است.
- ✓ **هذیان فقر (poverty):** اعتقاد باطلی مبنی بر اینکه شخص از هست و نیست ساقط خواهد شد.
- ✓ **هذیان جسمی:** اعتقاد اشتباه در مورد کارکرد بدنی شخص؛ مثل باور به ذوب شدن مغز.
- ✓ **هذیان های پارانوئید:** شامل هذیان های گزند و آسیب و هذیان های انتساب، کنترل و خود بزرگ بینی.
- ۱- **هذیان های گزند و آسیب (persecution):** عقیده اشتباه به معنی اینکه در مورد شخص تقلب، آزار و ظلم و ستم روا داشته می شود.
- ۲- **هذیان خود بزرگ بینی (grandeur):** تصور مبالغه آمیز فرد از اهمیت، هویت و قدرت خویش
- ۳- **هذیان انتساب به خود (delusion of reference):** عقیده باطل فرد مبنی بر اینکه رفتار دیگران به شخص او مربوط است یا اینکه دیگران حتی رادیو در مورد او صحبت می کند.
- ۴- **خود مقصر بینی (self-accusation):** احساس غلط پشیمانی و گناه

✓ **هذیان کنترل:** احساس باطل مبتنی بر اینکه اراده، افکار یا احساسات شخص تحت کنترل نیروهای خارجی است که شامل:

۱. ربایش فکر (thought withdrawal): هذیان بیرون کشیدن افکار شخص توسط دیگران یا نیروهای دیگر
۲. کاشتن فکر (thought insertion): هذیان مبنی بر اینکه افراد یا نیروهای دیگر افکاری را در مغز شخص تزریق می کنند.
۳. انتشار افکار (thought broadcasting): در این هذیان شخص معتقد است که افکارش را دیگران می شنوند.
۴. کنترل افکار: شخص معتقد است که افراد یا نیرویی افکارش را کنترل می کنند.

✓ **هذیان بی وفایی (حسادت هذیانی):** اعتقاد باطل مشتق از حسادت بیمار گونه در مورد خیانت معشوق.

✓ **دروغ پردازی خیالی (pseudo log ia fantastica):** نوعی دروغگویی که در آن به نظر می رسد شخص به واقعیت خیالات خود اعتقاد دارد.

ایلوژن: منظور از ایلوژن درک نادرست محرک خارجی توسط بیمار است. به طور مثال بیمار ریسمان را به شکل مار می بیند. اطلاعات مرتبط با وجود ایلوژن را می توان یا مشاهده در جریان مصاحبه کلی کسب کرد.

توهم: ادراکات حسی که در دستگاه اعصاب مرکزی ایجاد می شوند و محرک خارجی برای آن وجود ندارد. توهمات ممکن است در هریک از دستگاه های حسی وجود داشته باشند و نوع دستگاه حسی ارزش تشخیصی ندارد. در صورت وجود توهم در بیمار، نوع آن را مشخص نمایید.

۵- وضعیت آگاهی:

اختلال در موقعیت سنجی^۱: در این بخش ضمن مصاحبه با بیمار، شناسایی و وقوف بیمار به زمان، مکان و شخص را مورد ارزیابی قرار داده و در صورت وجود اختلال در هر یک گزینه مورد نظر را انتخاب نمایید.

✓ **موقعیت یابی در مورد شخص:** آیا بیمار می داند چه کسی است؟ آیا می داند مصاحبه کننده چه کسی است؟ نام و نقش افرادی که با آنها در تماس است را می داند؟

✓ **وقوف به زمان:** آیا بیمار می داند روز مصاحبه چه روزی است؟ آیا بیمار می تواند زمان و تاریخ تقریبی مصاحبه را حدس بزند؟

✓ **وقوف به مکان:** آیا بیمار می داند در حال حاضر در چه مکانی است؟

تمرکز: توانایی متمرکز شدن و حفظ توجه می باشد که با آزمون های متوالی و یا محاسبات ساده ریاضی ارزیابی می شود.

اختلال حافظه: در این قسمت وضعیت سطوح مختلف حافظه بیمار بررسی و در صورت وجود اختلال در هر سطح در قسمت مربوطه علامت زده می شود.

سطوح حافظه:

۱- فوری: به خاطر آوردن مطالب دریافتی در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه

۲- نزدیک: به خاطر آوردن وقایع چند روز تا چند ماه اخیر

۳- دور: به خاطر آوردن وقایع گذشته دور

^۱ orientation

بینش: ظرفیت تشخیص و فهم بیمار از علایم بیماری خود، بینش بر آگاهی بیماران یا به طور دقیق تر ناآگاهی آنها از ویژگی های مختلف بیماری است. برای مثال تشخیص بیماران از اینکه از یک بیماری روانی رنج میبرند، نشانه هایشان مرضی و بیمارگونه است، آیا نیاز به درمان دارند و ... در این بخش بینش بیمار به بیماری خود را ارزیابی نمایید.

✓ سطوح بینش در بیماران روانی:

سطح ۱: انکار کامل بیماری

سطح ۲: آگاهی مختصر از بیمار بودن، اما انکار همزمان آن

سطح ۳: بیمار اعتقاد دارد که بیمار است اما نمی داند که علت بیماری او چیست و از کجا آمده است.

سطح ۴: آگاهی از بیمار بودن اما بیماری خود را به عوامل خارجی و محیطی نسبت دادن

سطح ۵: بینش عقلانی؛ بیمار قبول دارد که بیمار است و بیماری او ناشی از مجموعه ای از عوامل درونی و بیرونی است؛ ولی دستورات دارویی را رعایت نمی کند.

سطح ۶: بینش واقعی، بیمار هم بیماری خود را قبول دارد و بر این باور است که بیماری او ناشی از مجموعه ای از عوامل درونی و بیرونی است و هم درمان را به طور کامل جدی می گیرد.

۶- ارزیابی خطر آسیب به خود و دیگران:

در این بخش سوابق بیمار در خصوص آسیب به خود، آسیب به دیگران، سابقه اقدام به خودکشی و روش انجام خودکشی های قبلی بررسی و نتیجه آن ثبت می شود.

همچنین در این محور بیمار از نظر وجود افکار خودکشی و نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت احساس نیاز، به پزشک معالج بیمار جهت اتخاذ تصمیم در این خصوص اطلاع داده می شود.

۷- بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی بیان مشکل و علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بیمار یا همراه او می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است عین عبارت بیمار یا همراه وی درج گردد.

دانستن شکایت اصلی بیمار از این جهت مهم است که بیمار در فرایند ارزیابی شکایت های متعددی را بیان می کند که ممکن است ارتباطی به بیماری فعلی او نداشته باشند و موجب انحراف در مسیر تشخیص، درمان و مراقبت او گردد. به همین دلیل ثبت و اهمیت دادن به شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی مراقبتی بیمار پیدا می کند.

علت بستری: اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در بعضی موارد هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی.

سابقه بستری شدن در بیمارستان: در این قسمت سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان بوسیله مصاحبه با بیمار/ خانواده او تکمیل می شود. در صورت وجود سابقه بستری، علت و تاریخ آخرین بستری بیمار درج گردد.

سابقه بیماری: در این بخش سابقه بیماری های جسمی، روانی و اختلالات مادرزادی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید.

سابقه بیماری در خانواده (جسم و روان): سابقه هر نوع بیماری جسمی و روانی در اعضای درجه یک خانواده مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری درج گردد.

عادات و عوامل خطر: عادات و ریسک فاکتورهای مورد اشاره در فرم در صورت مثبت بودن در بیمار علامت زده شود.

خواب و استراحت: در این بخش دو موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود. در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس ها و وحشت های شبانه و...) نوع آن ذکر شود.

۸- ارزیابی سیستم ها:

در این بخش، سیستم ها بر اساس مصاحبه با بیمار و خانواده، مشاهده و معاینه پرستار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در هر سیستم مقابل گزینه مورد نظر علامت زده و مشکل را نام برده یا توضیح داده شود. سپس براساس مشکل انتخابی، تشخیص پرستاری مربوطه انتخاب شود.

۹- بخش حساسیت ها:

۱. در این بخش سابقه هر نوع حساسیت اعم از دارویی، غذایی و محیطی را بررسی و در صورت مثبت بودن هر یک از آنها نوع واکنش از قبیل، خارش، التهاب، سوزش، تنگی نفس، کهیر و... را ذکر نمایید.
۲. در صورت وجود سابقه حساسیت شناخته شده به آنتی بیوتیک، روی دستبند بیمار از برچسب قرمز استفاده نمایید.

۱۰- بخش ارزیابی سوابق دارویی:

- به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروری است، داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار شناسایی شده تا با داروهای تجویز شده هنگام بستری از جهت نا همخوانی و تداخل اثرات مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد.
- در این قسمت از ارزیابی لازم است داروهایی که بیمار از قبل از زمان بستری در حال مصرف آن می باشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.

۱۱- بخش محدودیت و توانایی ها:

محدودیت ها:

- ۱- **شنوایی:** ارزیابی محدودیت شنوایی به صورت خیر یا بله می باشد که در صورتی که جواب بله باشد ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و مشخص نمودن گوش درگیر (راست یا چپ و یا هر دو گوش) انجام می شود.
- ۲- **بینایی:** ارزیابی محدودیت بینایی نیز به صورت خیر یا بله مشخص گردیده است. در صورتی که جواب بله باشد ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی و معین نمودن چشم درگیر (چشم راست یا چپ و یا هر دو چشم) انجام می شود.

۳- **نقص و قطع عضو** : در صورت وجود نقص یا قطع عضو در هر کدام از اندام ها نوع نقص و اندام مربوطه را درج نمایید.

وسایل کمکی و پروتزها : در صورت استفاده بیمار از هریک از وسایل کمکی و پروتزهای ذکر شده مقابل آن علامت زده شود.

انجام فعالیت روزانه زندگی: توانایی خواندن و نوشتن، توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جابجایی بیمار را از مستقل تا وابسته مشخص نمایید.

۱۲- بخش ارزیابی تغذیه ای :

ارزیابی تغذیه‌ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع بیمارانی که از نظر تغذیه‌ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه‌های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند، می‌باشد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذای مصرفی با داروها، محیط بیمارستان و ... از جمله علل بی‌اشتهایی و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در بیماران بستری می‌باشد، لازم است افراد آسیب پذیر در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه‌ای لازم را دریافت نمایند.

با انجام ارزیابی تغذیه، پرستار در جریان شرایط بیمار از نظر شاخص‌های تغذیه‌ای قرار می‌گیرد و با اطلاع از اینکه بیمار در معرض سوء تغذیه قرار دارد؛ نظارت ویژه‌ای بر تغذیه او خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه‌ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران و معرفی به پزشک و ارجاع آنان به پزشک متخصص / کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می‌شود. حمایت تغذیه‌ای از بیماران بستری، موجب کاهش مدت ماندگاری بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر بیماران خواهد شد. با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن، شناسایی افراد مبتلا یا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بیمارستان، می‌تواند منتهی به پیامدهای مثبت و پیشگیری از وخامت وضعیت بیماری فرد گردد.

دستورالعمل تکمیل :

سوالات ارزیابی تغذیه ای، در بخش ارزیابی تغذیه بیمار توسط پرستار برای کلیه بیماران بزرگسال و احياناً نوجوانان بستری در بخش بزرگسالان، در فرم ارزیابی اولیه پرستاری از بیمار، در بخش‌های مختلف تکمیل می‌شود.

در این قسمت ابتدا اندازه‌گیری **وزن** (با استفاده از ترازوی استاندارد و با حداقل لباس و بدون کفش) و **قد** (بدون کفش و با استفاده از قدسنج استاندارد مماس با دیوار) صورت گیرد. سپس **نمایه توده بدنی (BMI)** بیماران بزرگسال، با استفاده از فرمول نسبت وزن (بر حسب کیلوگرم) به مجذور قد (بر حسب متر به توان دو) محاسبه و در محل مربوطه درج می‌شود.

$$\text{نمایه توده بدنی} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)}}$$

لازم است کنترل دوره‌ای ترازو از جهت دقت و سلامت صورت گیرد تا وزن و در نتیجه BMI به دست آمده دقیق باشد.

در صورتی که اندازه گیری وزن و قد و متعاقباً BMI بیمار به هر علتی میسر نباشد می توان از اطلاعات مندرج در پرونده در بدو بستری در بخش استفاده کرد و یا با سوال از بیمار (در صورتی که قادر به پاسخ گویی باشد) یا همراه ایشان در مورد وزن معمول و قد بیمار، توده بدنی بیمار را محاسبه کرد.

لازم به ذکر است، برای پاسخ به سوال نیاز به انجام مشاوره تغذیه ای طبق مقدار به دست آمده از فرمول محاسبه BMI تصمیم گیری شود.

۱- کمتر از ۱۸/۵ = کمبود وزن

۲- ۱۸/۵-۲۴/۹ = محدوده نرمال

۳- ۲۵-۳۰ = اضافه وزن

۴- ۳۰-۳۵ = چاقی نوع ۱

۵- ۳۵-۴۰ = چاقی نوع ۲

۶- بیشتر از ۴۰ = چاقی بیمارگونه

نکته: در مورد بیمارانی که طبق نتایج ارزیابی پرستار نیاز به انجام مشاوره تغذیه باشد، پس از درخواست مشاوره توسط پزشک، باید به نحو مقتضی، به کارشناس تغذیه اطلاع رسانی گردد.

۱۳- بخش ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

۱- در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و در صورت وجود زخم، موقعیت آناتومیک آن را ذکر نمایید.

۲- سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس معیار برادن ارزیابی نمایید.

۳- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.

- در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلا به زخم فشاری باشد، روی دستبند شناسایی بیمار از برجسب زرد استفاده کنید.
- با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

مقیاس برادن :

- درک حسی: کاملاً مختل (۱ امتیاز)، خیلی مختل (۲ امتیاز)، نسبتاً مختل (۳ امتیاز)، کاملاً سالم (۴ امتیاز)
- رطوبت: دائماً خیس (۱ امتیاز)، اکثراً خیس (۲ امتیاز)، گاهی خیس (۳ امتیاز)، خشک (۴ امتیاز)
- فعالیت: وابسته به تخت (۱ امتیاز)، وابسته به صندلی (۲ امتیاز)، راه رفتن با کمک (۳ امتیاز)، راه رفتن بدون کمک (۴ امتیاز)
- تحرک: کاملاً بی حرکت (۱ امتیاز)، حرکت خیلی محدود (۲ امتیاز)، تحرک نسبتاً محدود (۳ امتیاز)، کاملاً متحرک (۴ امتیاز)
- تغذیه: خیلی مختل (۱ امتیاز)، خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه (۲ امتیاز)، خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه (۳ امتیاز)، تغذیه کامل (۴ امتیاز)
- کشش/سایش: سر خوردن مکرر (۱ امتیاز)، خودداری نسبی از سر خوردن (۲ امتیاز)، خودداری از سر خوردن (۳ امتیاز)

- جمع امتیاز هایی که در هر مورد بالا استخراج شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می شود:

- کمتر از ۹: ریسک خیلی بالا
- بین ۱۰ الی ۱۲: ریسک بالا
- بین ۱۳ الی ۱۴: ریسک متوسط
- بین ۱۵ الی ۱۸: ریسک پایین
- بین ۱۹ الی ۲۳: کنترل معمول

۱۴- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

- ۱- بیمار را از نظر احتمال خطر سقوط بر اساس معیار موریس ارزیابی نمایید.
 - ۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی در فرم های گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.
- در صورتی که نتایج ارزیابی بیمار حاکی از وجود ریسک سقوط باشد، روی دستبند شناسایی بیمار از برچسب زرد استفاده کنید.
 - با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

مقیاس موریس :

- ریسک فاکتور: سابقه سقوط قبلی (۲۵ امتیاز)، بیماری زمینه ای مانند دیابت، سرگیجه، فشار خون و... (۱۵ امتیاز)، سرم IV line (۲۰ امتیاز)
- استفاده از وسیله حرکتی: ویلچر (۳۰ امتیاز)، واکر / عصا / چوب زیر بغل (۱۵ امتیاز)، عدم استفاده از وسیله حرکتی (۰ امتیاز)
- نحوه راه رفتن: مختل (۲۰ امتیاز)، ضعف در حفظ تعادل (۱۰ امتیاز)
- وضعیت آگاهی: آلزایمر، دمانس، ساب کما، آژیته (۱۵ امتیاز)، هوشیار و آگاه / کما (۰ امتیاز)
- نتیجه ارزیابی: جمع امتیاز هایی که در موارد بالا استخراج شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می شود:
- کمتر از ۲۴: ریسک پایین
- بین ۲۵ تا ۴۴: ریسک متوسط
- بالاتر از ۴۵: ریسک بالا

۱۵- بخش ارزش های مذهبی فرهنگی:

باورهای مذهبی و فرهنگی خاص بیمار و خانواده وی که بر روی روند درمان و یا آموزش تاثیرگذارند که در صورت مثبت بودن بایستی توضیح داده شود (ارتباط با شیاطین یا رسوخ جن در جسم بیماران مبتلا به اختلالات روان، گناهکار بودن بیمار و...) و در صورت ناتوانی در ارزیابی به دلیل شرایط بیمار گزینه غیر قابل ارزیابی انتخاب می شود.

۱۶- بخش نیاز های آموزشی و خود مراقبتی:

- ✓ تمایل بیمار به یادگیری
- ✓ توانایی یادگیری بیمار
- ✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت های جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی
- ✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پرو سیجر های تشخیصی- درمان، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

۱۷- بخش سطح مراقبتی:

سطوح مراقبتی بیمار براساس ارزیابی انجام شده تعیین می شود. بدیهی است؛ با توجه به احتمال تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه علاوه بر کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، به عنوان مبنایی جهت مقایسه وضعیت بیمار در ارزیابی مستمر می باشد.

تعریف سطح مراقبت: میزان نیاز بیمار به مراقبت های پرستاری براساس وضعیت بیمار طی یک نوبت کاری است که در پنج سطح تعریف می شود.

- **سطح یک (مراقبت مستقل با نظارت حداقلی و آماده سازی نهایی ترخیص):** در این سطح، بیمار فاقد خطر فوری است. علائم به طور قابل ملاحظه ای بهبود یافته اند. خودمدیریتی خوب، برنامه ریزی برای آینده دارد. ممکن است مرخصی داشته باشد و به بخش بازگردد. به طور کامل در برنامه های بخش مشارکت دارد. مراقبت های پرستاری در این سطح شامل نظارت کلی و در دسترس بودن برای پرسیدن سوالات، مراقبت بر تثبیت نهایی، آموزش خودمدیریتی، رفع آخرین موانع ترخیص و پیوند با خدمات سرپایی متمرکز است.

- **سطح دو (مراقبت حمایتی و پایدار ساز با نظارت دوره ای):** در این سطح، بیمار با خطر پایین و پایدار است. بینش نسبت به بیماری، در حال بازگشت است. عملکرد مستقل در مراقبت های شخصی دارد. به طور فعال در درمان و فعالیت های بخش شرکت می کند. در حال آماده سازی برای ترخیص (مرحله پیش از ترخیص) است. مراقبت های پرستاری در این سطح شامل نظارت دوره ای، نقش پرستار بیشتر مشاوره ای، آموزشی و هماهنگی برنامه ترخیص است. تمرکز بر حل مساله و برنامه ریزی برای بازگشت به جامعه می باشد.

- **سطح سه (مراقبت ساختار یافته با نظارت متوسط):** در این سطح، بیمار با خطر پایین و قابل مدیریت است. افکار منفی ممکن است وجود داشته باشد اما خودکنترلی نسبی وجود دارد. همکاری نسبی با برنامه درمانی دارد. نیاز به تشویق و راهنمایی برای مشارکت در فعالیت های درمانی و گروهی دارد. ممکن است دوره ای از انزوا یا خلق پایین داشته باشد. مراقبت های پرستاری در این سطح شامل ارائه ساختار و تشویق به فعالیت،

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، تمرکز بر بازتوانی روانی-اجتماعی می باشد.

- **سطح چهار (مراقبت با نظارت بالا و چک مکرر):** در این سطح، بیمار با خطر متوسط تا بالا اما نه فوری است. افکار خودآسیبی وجود دارد اما برنامه روشن یا اقدام فوری وجود ندارد. بی‌قراری واضح، اختلال شدید در قضاوت و بینش مشهود است. سایکوز فعال که تا حدی با درمان قابل مدیریت است. ناتوانی در انجام مراقبت‌های شخصی اولیه (غذا خوردن، بهداشت) وجود دارد. مراقبت‌های پرستاری در این سطح شامل چک مکرر و ثبت دقیق، همراهی در فعالیتهای روزمره، تشویق فعال به مشارکت در درمان، نظارت بر مصرف هر وعده دارو می باشد.

- **سطح پنج (مراقبت فشرده و مداوم با نظارت چشم در چشم یا بسیار نزدیک):** در این سطح، بیمار با خطر بسیار بالا و فوری برای خودکشی یا آسیب به دیگران است. رفتارهای پرخاشگرانه یا بی‌قراری شدید و غیرقابل کنترل دارد. وضعیت روان‌پریشی حاد و آشفته به صورتی که همکاری با درمان وجود ندارد. نیاز به محدودیت‌های فیزیکی یا جداسازی با دستور پزشک دارد. مراقبت‌های پرستاری در این سطح شامل نظارت چشم‌درچشم و مداوم، ارزیابی مستمر، مداخلات مستقیم و آرام‌سازی، ممنوعیت دسترسی به وسایل خطرناک می باشد.

❖ **نکته:** در تمامی سطوح، نظارت دوره ای به صورت حداقل هر نیم ساعت و یا برحسب نیاز انجام شود.

- در پایان ارزیابی، پرستار می بایست پس از نوشتن نام و نام خانوادگی فرم را امضاء و تاریخ و ساعت پایان ارزیابی را به صورت کامل درج نماید.