



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری



راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان در بخش 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 رستمکلایی - سیده فاطمه میربازغ - دکتر پریسا ترابی

با همکاری

دکتر مریم حضرتی - دکتر اکرم واحدی - مریم ذبیحی پور سعادت - دکتر پریسا دولتشاهی - صبحه فولادیان - فریبا خیبری - حسین غلامعلی تبار - فاطمه تیموری - نرگس مسعودی - فریبا رسان نژاد - فرشته شهرکی - علی کریمی - روحانی - دکتر کوروش زارع

زیر نظر

دکتر عباس عبادی

معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کلیات

سلامت در دوران کودکی در زندگی هر فرد از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا، روند رشد و تکامل در این دوران مبنای رشد جسمانی و روانی فرد در بزرگسالی است. کودکان نه تنها بزرگسالان کوچک نیستند؛ بلکه از نظر فیزیولوژیک تفاوت معناداری با افراد بزرگسال دارند. کودکان به علت شرایط بدنی ویژه (آناتومی و فیزیولوژی متفاوت) و تکامل ابتدایی سیستم های مختلف نسبت به بیماری ها و عوامل محیطی آسیب پذیری بیشتری نشان می دهند. بنابراین ضرورت استفاده از ابزارهای دقیق و منطبق بر استانداردها در ارزیابی های اولیه کودکان توسط متخصصین تیم سلامت بخصوص پرستاران، به دلیل اهمیت نقش ویژه آنها در تشخیص به موقع مشکلات بر کسی پوشیده نیست، چرا که این ارزیابی می تواند نقش موثری در تشخیص زود هنگام مشکلات کودکان و در نتیجه اثربخشی روند درمان، کاهش بار بیماری ها و عوارض ناشی از درمان دیررس داشته باشد و چارچوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند.

هدف کلی:

هدف از تدوین این راهنما، اطمینان از انجام صحیح و به موقع ارزیابی اولیه کودکان و در نهایت دریافت مراقبت با کیفیت در بخش های کودکان به منظور تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی و طراحی برنامه مراقبت می باشد.

اهداف اختصاصی:

- ✓ ارزیابی سلامت کودک 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 کودکان و نوجوانان بخش های بستری روان انجام شود.
۲. بنا بر استانداردهای اعتباربخشی محدوده سنی کودک ۱ ماهگی تا ۱۷ سال تمام می باشد. اما با توجه به اینکه این محدوده ممکن است در بیمارستان ها و مراکز درمانی کمی متفاوت باشد؛ لذا تعیین این محدوده جهت تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک به عهده بیمارستان/ مراکز درمانی می باشد.
۳. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است، لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود و فقط 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.
۴. 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.
۵. فرم ارزیابی از طریق مصاحبه با والدین، خانواده/ همراهان کودک، مشاهده و بررسی علائم و نشانه های بیمار توسط پرستار تکمیل می گردد. در صورتی که به هر علتی (فوت، جسمی، روحی و روانی)، امکان کسب اطلاعات از والدین کودک نباشد، مصاحبه با نزدیکترین فرد به کودک که دارای بیشترین و دقیق ترین اطلاعات در خصوص وضعیت او می باشد، انجام می شود.

۶. برای شروع درمان صحیح و سریع، ایده آل 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.

۷. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم گزارش پرستاری از بیمار ثبت گردد.

۸. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری 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 بر اساس فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان نیز در بخش مربوطه انجام شود.

جهت تکمیل فرم ارزیابی :

- قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار/ والدین/ خانواده/ همراهان کودک اطمینان حاصل نمایید. (اتاق استراحت یا اتاق بیمار خالی)
- ابتدا خود را به بیمار و والدین (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت از کودک) معرفی کنید. برای حفظ ادب و احترام شایسته است؛ نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز پرسید.
- هدف از مصاحبه و ارزیابی را به والدین توضیح داده و اهمیت ارزیابی پرستاری را برای والدین/ همراه بیمار توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال همزمان خودداری فرمایید.
- کودک را با طرح سوالات مناسب سن و دوره تکاملی در مصاحبه مشارکت دهید.
- در پاسخ به سوالات کودک صادق باشید. کودکان نیاز دارند که یاد بگیرند به پرستار خود اعتماد کنند.
- بر اولویت های بیان شده و موضوعات مهم والدین توجه داشته باشید (مثل سوال مکرر والدین 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، 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 و سرپرست قانونی کودک : بر اساس موارد ذکر شده درج گردد.
 - نحوه ورود بیمار: نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد، در آغوش 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 و توجه به ملاحظات مربوط به اطفال (نحوه اندازه گیری و دامنه نرمال علائم حیاتی این گروه سنی) 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. شقیقه ای / 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 از صفر تا ۱۰ ، محل ، طول مدت و روش های تسکین درد و بررسی اثر درد بر روی فعالیت بیمار
- این قسمت را می توان از طریق مصاحبه، مشاهده کودک و مقایسه آن با مقیاس چهره ها تکمیل نمود. همچنین در امتیاز دهی به درد می توان بر حسب مصاحبه با بیمار از مقیاس خطی استفاده نمود و دور عدد مورد نظر دایره کشید.
- ✓ 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
 - ✓ روش های تسکین درد بر حسب غیردارویی 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 نوع 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:

- سطح هوشیاری: سطح هوشیاری بیمار را بر اساس موارد هوشیار، گیج، خواب آلوده و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
 - علت عدم همکاری: اشاره به دلایلی همچون عدم بلوغ، وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و... می باشد.
 - زبان و نوع گویش در صورت رسیدن به سن تکلم: 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 ترجمه 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.
 - تکلم: خصوصیات تکلم بیمار را بر حسب تن صدا، سرعت، میزان 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

*تبصره: موارد مربوط به زبان و تکلم با توجه به سن تکاملی کودک مورد ارزیابی قرار می گیرد و در صورت نرسیدن کودک به سن تکلم نیاز به ارزیابی ندارد.

۳- بخش وضعیت عمومی:

- وجود زخم، آثار جراحی، شپش، گال و وضعیت روانی حرکتی بیمار نیز در این بخش مورد ارزیابی قرار گرفته و درج می 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- بخش ارزیابی 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 نابود کردن دارایی دیگران باشد.
 - سرخوشی: خلق مرکب از احساس شادی، اوفوریا، پیروزی، خودپسندی شدید یا خوش بینی 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 درجاتی 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 نا متناسب 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. 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 در دیگران می شنوند.
 - ۴. کنترل افکار (thought control): 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.

نکته: در ارزیابی وضعیت خلقی ادراکی کودک و نوجوان در صورت غیر قابل ارزیابی بودن موارد به دلایلی همچون مرحله تکاملی و ... آیتم غیر قابل ارزیابی انتخاب گردد. بدیهی است در بررسی این بخش پاسخ های دریافتی از کودک با توجه به سن و بلوغ مورد انتظار مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

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؟ و 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: توانائی متمرکز شدن و حفظ توجه می باشد با آزمونهای 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

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.

^۱ orientation

۶- بخش 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 اخذ 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 مواردی 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 بیماریهای جسمی، روانی و اختلالات مادرزادی که بیمار به آن مبتلا بوده یا می باشد، را بررسی و ذکر نمایید.

سابقه بیماری در خانواده: 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.

وضعیت واکسیناسیون: وضعیت واکسیناسیون کودک را بر اساس کارت واکسیناسیون کودک بررسی و کامل یا ناکامل بودن آن را در قسمت مربوطه ذکر نمایید.

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 ۲ 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- بخش حساسیتها:

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 دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید.

۹- ارزیابی سیستم‌ها:

در این بخش سیستم‌ها 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 دهید. سپس براساس مشکل انتخابی، تشخیص پرستاری مربوط با آن تشخیص انتخاب شود.

- **گوارش و دفع:** در صورتی که بنا به اظهار همراه بیمار و یا دستور پزشک، بیمار رژیم غذایی خاصی دارد، باید بله علامت زده شود و لازم است نوع رژیم غذایی ذکر گردد.

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 نامهمخوانی و تداخل اثرات مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد. لذا 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.
- داروهای مکمل مورد استفاده برای کودکان (مولتی ویتامین / قطره A&D / مکمل آهن و...) نیز در جدول ارزیابی سابقه دارویی ذکر شود.

۱۱- بخش محدودیت و توانایی‌ها:

توجه داشته باشید؛ این بخش، توانایی و محدودیت بر اساس سن و دوره تکاملی ارزیابی گردد.

محدودیت‌ها :

- 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 اندام‌ها 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.
- توانایی خواندن و نوشتن:** در این قسمت ارزیابی توانایی خواندن و نوشتن کودک به منظور ارائه آموزش به صورت مستقل از والدین و یا رعایت محرمانگی روند مراقبت و درمان، می بایست مورد توجه قرار گیرد.

انجام فعالیت روزانه زندگی: توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جابجایی کودک را با توجه به سن تقویمی و بر اساس موارد مندرج انتخاب نمایید.

۱۲- بخش ارزیابی تغذیه ای:

ارزیابی تغذیه‌ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع کودکان و نوجوانان بیماری است که از نظر تغذیه‌ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه‌های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند. بویژه اینکه کودکان از آسیب پذیرترین گروه‌های جمعیتی بوده و با تغییر تغذیه آنان در زمان بستری، سرعت با کاهش وزن مواجه شده و به سمت سوء تغذیه پیش می روند.

با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذا با داروها، محیط بیمارستان و ... از جمله علل بی‌اشتهایی و مصرف ناکافی غذا و در نهایت افزایش خطر سوء تغذیه در کودکان بستری می‌باشد، لازم است این بیماران در همان ابتدای پذیرش در بخش، تحت ارزیابی قرار گرفته و مراقبت تغذیه‌ای لازم را دریافت نمایند.

این بخش ویژه کودکان و نوجوانان (یک ماه تا پایان ۱۷ سالگی) می باشد. ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان بیمار، در بدو بستری توسط پرستار بخش صورت می‌گیرد. با انجام ارزیابی تغذیه ای، پرستار در جریان شرایط کودک از نظر شاخص‌های تغذیه‌ای قرار گرفته و با اطلاع از اینکه کودک در معرض سوء تغذیه قرار دارد، نظارت ویژه ای بر تغذیه این بیماران خواهد داشت. آشنایی با شرایط تغذیه‌ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران، معرفی به پزشک و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه می‌شود. حمایت تغذیه‌ای از کودکان و نوجوانان بیمار 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 کودکان مبتلا یا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بیمارستان، می‌تواند منتهی به پیامدهای مثبت و پیشگیری از وخامت وضعیت بیماری کودک و نجات جان او گردد.

دستورالعمل تکمیل :

لازم است در کلیه بخش های بستری کودکان، ترازو و قدسنج ویژه کودکان کالیبره شده با وزنه شاهد استاندارد (وزنه های ۵۰۰ و ۲۰۰۰ گرمی) در ایستگاه پرستاری موجود بوده و شاخص های وزن و قد در بدو بستری اندازه گیری شده و در محل مربوطه در فرم درج گردد.

نحوه اندازه گیری وزن و قد کودک یا نوجوان و سایر پارامترها:

- **وزن (کیلوگرم):** وزن کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب کیلوگرم ثبت شود.
 - ✓ وزن کودکان زیر ۲ سال با کمترین لباس و با ترازوی مخصوص کودکان (ترازوی کفه‌ای) انجام شود.
 - ✓ اندازه‌گیری وزن کودکان بزرگتر از ۲ سال با ترازوی portable (پرتابل) و یا ترازوی شاهین‌دار انجام می‌شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد
- **قد (سانتیمتر):** قد کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب سانتیمتر ثبت شود.
 - ✓ بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده‌ی (Height) کودک را اندازه‌گیری کنید.
 - ✓ اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده‌اش را اندازه بگیرید.
 - ✓ قد ایستاده، حدود ۰/۷ سانتی‌متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه‌گیری قد خوابیده، دراز نمی‌کشد، قد ایستاده‌ی او را اندازه گرفته و ۰/۷ سانتی‌متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به‌دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده‌ی او را اندازه‌گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰/۷ سانتیمتر از آن کم کنید.

✓ تخت قدسج برای اندازه‌گیری قد خوابیده کودکان زیر ۲ سال به کار می‌رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.

✓ قدسج برای اندازه‌گیری قد ایستاده به کار می‌رود و به طور عمودی روی دیوار ثابت شده و نصب می‌شود.

• کاهش وزن یا عدم افزایش وزن کودک طی ۳ ماه اخیر: اگر کودک در ۳ ماه اخیر کاهش وزن داشته و یا وزن او ثابت مانده است باید "بله" علامت زده شده و در غیر این صورت "خیر" علامت زده می‌شود.

• بی‌اشتهایی یا کاهش مصرف غذا در کودک: بی‌اشتهایی یا آنورکسیا به از دست دادن اشتها یا کاهش دریافت گفته می‌شود. زمانی که بی‌اشتهایی همراه با از دست دادن وزن باشد منجر به کاشکسی می‌شود، در صورتی که کودک دچار بی‌اشتهایی شده و یا مصرف غذای او کاهش یافته باشد خانه بله علامت زده می‌شده و در غیر این صورت خانه خیر علامت زده می‌شود.

• ابتلا به یکی از شرایط یا بیماری‌ها: در صورتی که کودک با تشخیص یکی از موارد زیر بستری شده باشد خانه مربوطه علامت زده شود: سوء تغذیه: در صورتی که پزشک در برگه شرح حال، علت بستری را سوء تغذیه عنوان کرده باشد (بستری با تشخیص سوء تغذیه).

✓ سرطان: ابتلا به سرطان شناخته شده با تشخیص پزشک و یا موارد تحت شیمی درمانی

✓ سوختگی: موارد بستری در بخش به علت سوختگی (در بخش ایزوله)

✓ بیماری‌های کلیوی: ابتلا به بیماری‌های کلیوی شناخته شده حاد و مزمن و یا تحت انواع دیالیز

✓ بیماری‌های غدد و متابولیک: ابتلا به بیماری‌هایی مانند دیابت، فنیل کتونوری (PKU)، بیماری شربت افرا، تیروزینمی، گالاکتوزمی، بیماری‌های ذخیره گلیکوژن، دیس لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب و ... است.

✓ بیماری‌های گوارشی و کبدی: مواردی همچون سلیاک، سندرم روده تحریک پذیر، ریفلاکس، بیماری‌های التهابی روده، گاستریت، گاستروآنتریت، بیماری‌های کبدی، بیماری‌های کیسه صفرا و پانکراس، بیماری‌های انسدادی دستگاه گوارش و ... است. همچنین شرایط خاصی مانند اسهال، استفراغ، یبوست، ژژونوستومی، PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) و ... نیز در این آیتم بررسی می‌شود.

در صورتی که کودک به بیش از یک بیماری مبتلا باشد، گزینه‌های مربوطه علامت زده شود.

• نتیجه ارزیابی تغذیه‌ای:

در صورتی که در هر یک از گروه‌های سنی کودکان، پاسخ بله به یکی از سوالات علامت خورده باشد و یا ابتلا به یکی از بیماری‌ها یا شرایط ذکر شده (سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، بیماری‌های غدد و متابولیک و بیماری‌های گوارشی و کبدی) وجود داشته باشد، باید در مقابل سوال «نیاز به انجام مشاوره تغذیه دارد» در مربع "بله" علامت زده و با اطلاع پزشک معالج، درخواست انجام مشاوره و ارزیابی تخصصی کودک پیگیری شود.

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 فشاری بر اساس معیار گلامورگان ارزیابی نمایید.
- ۱- 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 برچسب زرد استفاده کنید.
- با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، باید میزان مخاطره در هر شیفت ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.
- ارزیابی احتمال خطر زخم فشاری در کودکان بایستی به صورت روزانه، در زمان تغییر شرایط بیمار، در زمان انتقال به بخش دیگر و قبل از ترخیص انجام شود.

مقیاس گلامورگان:

- کودک قادر به حرکت نیست/بیهوشی عمومی (۲۰ امتیاز)
 - قادر به تغییر پوزیشن نمی باشد/قادر به نشستن نمی باشد/توانایی کنترل بدنش را ندارد (۱۵ امتیاز)
 - با توجه به سن فعالیت کمی دارد (۱۰ امتیاز)
 - فعالیت متناسب با سن دارد (۰ امتیاز)
 - تجهیزات/وسایل/فشار سطوح سخت روی پوست (۱۵ امتیاز)
- «نتیجه ارزیابی»، به صورت جمع امتیاز هایی که به هر یک از موارد بالا داده شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، یکی از موارد زیر لحاظ می شود:

- بیشتر از ۱۰: در معرض خطر
- بیشتر از ۱۵: ریسک متوسط
- بیشتر از ۲۰: ریسک بالا

۱۴- بخش ارزیابی احتمال خطر سقوط :

***توجه :** تمامی اطفال در معرض خطر سقوط می باشند بنابراین پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط برای تمامی آنها ضروری است.

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 هامپی دامپی ارزیابی نمایید.
- ۲- نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در گزارش پرستار و کاردکس نیز ثبت گردد.
- در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از 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، باید میزان مخاطره در هر شیفت ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

مقیاس هامپی دامپی:

سن :

- کمتر از ۳ سال (۴ امتیاز)
- ۳ تا ۷ سال (۳ امتیاز)
- ۷ تا ۱۳ سال (۲ امتیاز)
- بالای ۱۳ سال (۱ امتیاز)

جنس :

- پسر (۲ امتیاز)
- دختر (۱ امتیاز)

تشخیص :

- تشخیص نورولوژیکی برای کودک مطرح می باشد (۴ امتیاز)
- تغییرات اکسیژناسیون واضح دارد یا تغییرات همودینامیک که منجر به تغییرات اکسیژناسیون می شود (تشخیص های تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی اشتهایی، سنکوپ، سرگیجه و ...) (۳ امتیاز)
- اختلالات عصبی رفتاری (۲ امتیاز)
- دیگر تشخیص ها (۱ امتیاز)

اختلالات شناختی :

- از محدودیت های خودش آگاه نیست (۳ امتیاز)
- محدودیت های خودش را فراموش می کند (۲ امتیاز)
- به توانایی های خود آگاه می باشد (۱ امتیاز)

فاکتورهای محیطی:

- سابقه افتادن در شیرخوارگی یا نوپایی از تخت دارد (۴ امتیاز)
- کودک بیماری که از وسایل کمک حرکتی (روبروک، عصا و...) استفاده می کند یا شیرخوار یا نوپا در گهواره، ننو و یا مبل تخت خواب شو در کنار والدین گذاشته شده است (۳ امتیاز)
- کودک بیمار، بستری در تخت است (۲ امتیاز)
- کودک، بیمار سرپایی است (۱ امتیاز)

مدت زمان پس از جراحی/سدیشن/بیهوشی :

- حدود ۲۴ ساعت (۳ امتیاز)
- حدود ۴۸ ساعت (۲ امتیاز)
- بالای ۴۸ ساعت/هیچ (۱ امتیاز)

داروهای مصرفی :

- از چند دارو استفاده می کند (بیشتر از ۳ دارو). از دسته دارویی سداتیوها (به جز بیمارانی که در آی سی یو سدیشن دریافت می کنند) فلج کننده ها- خواب آورها- مخدرها- باربیتورات ها- فنوتیازین ها- آنتی دپرسانت ها- ملین ها/دیورتیک ها (۳ امتیاز)
 - یکی از داروهای بالا را دریافت می کند (۲ امتیاز)
 - داروهای دیگر استفاده می کند/ دارو استفاده نمی کند (۱ امتیاز)
- «نتیجه ارزیابی»، جمع امتیاز هایی است که به هر یک از موارد بالا داده شده است، محاسبه می شود و بر حسب میزان آن، موارد زیر لحاظ می شود:

امتیاز ۷-۱۱: ریسک پایین سقوط

امتیاز ۱۲ و بالاتر: ریسک بالای سقوط

۱۵- بخش ارزیابی از نظر نشانه های کودک آزاری:

در این بخش کودک از نظر نشانه های کودک آزاری مورد بررسی قرار می گیرد و در صورتی که گزینه "دارد" علامت زده شود، مراتب جهت پیگیری به دفتر پرستاری مرکز درمانی اطلاع داده شود و در گزارش پرستاری نیز ثبت گردد.

۱۶- بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی:

باورهای مذهبی و فرهنگی خانواده بیمار 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 غیرقابل ارزیابی انتخاب می شود.

۱۷- بخش نیازهای آموزشی:

- ✓ تمایل والدین، خانواده/ همراهان کودک به یادگیری
- ✓ توانایی یادگیری والدین، خانواده/ همراهان کودک
- ✓ 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، پروسیجرهای تشخیصی- درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

۱۸- 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.

- **سطح یک (مراقبت مستقل با آماده‌سازی نهایی برای ترخیص):** در این سطح، بیمار، کودک یا نوجوانی است؛ با علائم به طور پایدار بهبود یافته که خودکنترلی خوبی دارد و برای بازگشت به زندگی عادی آماده می‌شود. ممکن است؛ مرخصی‌هایی داشته باشد. مراقبت‌های پرستاری در این سطح شامل تمرکز بر بازگرداندن نقش طبیعی کودک (دانش آموز، عضو خانواده) است. پرستار به عنوان مربی عمل کرده و بر مهارت‌های نهایی مانند حل مسئله، برنامه‌ریزی و مدیریت دارو نظارت می‌کند. برنامه‌ریزی دقیق با خانواده و مدرسه برای بازگشت موفق، محور اصلی کار است.

- **سطح دو (مراقبت حمایتی با نظارت دوره ای):** در این سطح، بیمار، کودک با خطر پایین و پایدار که بینش نسبی پیدا کرده و در فعالیت‌های درمانی مشارکت فعال دارد. در حال یادگیری مدیریت مستقل‌تر امور روزمره خود است. در این سطح، پرستار نقش راهنما و تسهیل‌گر را دارد. نظارت به صورت دوره‌ای است و هدف، تقویت اعتماد به نفس و استقلال کودک در چارچوب ایمن است. جلسات خانوادگی منظم برای هماهنگی استراتژی‌های رفتاری در منزل ضروری است.

- **سطح سه (مراقبت ساختاریافته با نظارت متوسط):** در این سطح، بیمار، کودکی که خطر فعلی پایینی دارد اما نیاز به چارچوب و ساختار قوی برای مدیریت هیجانات (مانند خشم یا اضطراب) و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای دارد. مراقبت‌های پرستاری شامل نظارت‌های منظم، ساختار ایمن و قابل پیش‌بینی ایجاد می‌کند. مراقبت حول آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی از طریق بازی، گروه‌درمانی و فعالیت‌های هنری متناسب با سن می‌چرخد. هماهنگی با واحد آموزش درون‌بخشی برای تداوم تحصیل اهمیت دارد.

- **سطح چهار (نظارت بالا با چک مکرر):** در این سطح، بیمار با بی‌قراری عاطفی شدید، خودکنترلی کم یا افکار خودآسیبی که هنوز به صورت تکنانشی عمل نکرده است. ممکن است به تازگی از وضعیت بحرانی خارج شده باشد. پرستار نقش فعال‌تری به عنوان تنظیم‌کننده هیجانات دارد. از طریق صحبت، بازی و تکنیک‌های آرام‌سازی سعی می‌کند به کودک در مدیریت احساساتش کمک کند. نظارت بسیار نزدیک بر تعاملات و فعالیت‌ها برای جلوگیری از برانگیختگی مجدد انجام می‌شود. حضور و آرامش‌بخشی به خانواده نیز در این سطح مهم است.

- **سطح پنج (نظارت فشرده و مداوم):** در این سطح، بیمار در بحران حاد با خطر فوری و بسیار بالا برای خودآسیبی یا آسیب به دیگران است. ممکن است؛ دچار طغیان‌های خشم غیرقابل کنترل، روان‌پریشی حاد یا حالات شدید گسست باشد. اصل مطلق در مراقبت‌های پرستاری در این سطح، فراهم سازی فوری ایمنی است. پرستار به صورت چشم‌درچشم و مداوم مراقب است تا از هرگونه اقدام تکنانشی جلوگیری کند. محیط تا حد ممکن ساده و ایمن می‌شود. ارتباط با کودک آرام، شفاف و اطمینان‌بخش است. درگیر کردن والدین در فرآیند (در صورت امکان و ایمن) برای آرامش کودک کلیدی است.

نکته ۱: در تمامی سطوح، نظارت دوره ای به صورت حداقل هر نیم ساعت و یا برحسب نیاز انجام شود.

نکته ۲: در همه سطوح می‌بایست؛ حداقل سه اصل در نظر گرفته شود:

۱. خانواده‌محوری: خانواده شریک درمان است. مشارکت آن‌ها در تمام سطوح، از تصمیم‌گیری تا اجرای برنامه‌ها، برای موفقیت درمان حیاتی است.
 ۲. توجه به رشد و تکامل: ارزیابی و انتظارات از کودک باید کاملاً منطبق با سن تقویمی و سطح رشدی او باشد. یک پرستار می‌داند که یک رفتار ممکن است در یک سن طبیعی و در سن دیگر هشداردهنده باشد.
 ۳. تداوم تحصیل و بازی: حفظ پیوند با یادگیری و دنیای کودکی بخشی از درمان است. فعالیت‌های آموزشی و بازی‌های درمانی مناسب سن، در سطوح مختلف گنجانده می‌شود.
- پرستار باید در پایان ارزیابی پس از نوشتن نام و نام خانوادگی، فرم را امضاء و تاریخ و ساعت پایان ارزیابی را به صورت کامل درج نماید.