

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری

گروه توسعه خدمات پرستاری

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

پاییز ۹۵

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

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

تهیه و تدوین

زهره کوهی رستمکلاهی، رییس گروه توسعه خدمات پرستاری معاونت پرستاری
خورشید و سکویی اشکوری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیده فاطمه میرباغ، کارشناس امور پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر پریسا ترابی: مسوول تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

با همکاری

دکتر محمد اسماعیل کاملی، اکرم واحدی برزکی، کارشناس گروه مدیریت آمار و برنامه های امور درمان، مریم ذبیحی پور سعادت، رییس اداره مددکاری دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، سارا داننده فرد سوپر وایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی روزبه دانشگاه علوم پزشکی تهران، سمیه هداوند میرزایی، کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، صبحه فولادیان سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید زارع علوم پزشکی مازندران، فریبا خبیری کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، محمد حسین غلامعلی تبار، سرپرستار مرکز آموزشی درمانی شهید زارع علوم پزشکی مازندران، فاطمه تیموری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نرگس مسعودی، کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مهشید السادات حسینی، کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، فریبا رسان نژاد، کارشناس مسوول مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، فرشته شهرکی کارشناس امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، علی کریمی سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

زیر نظر

مریم حضرتی معاون پرستاری

احمد نجatian مدیر کل دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری

دکتر علی دادگری مدیر کل دفتر توانمند سازی ارتقاء و بهره وری سرمایه های انسانی

کلیات:

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است. ارزیابی، شناسایی نیازها، ترجیحات و تواناییهای 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 تغذیه ای، زخم فشاری و سقوط در یک فرم

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان 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. و در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش باید در اولین بخش بستری ارزیابی اولیه انجام شود.
- *تبصره: فقط در صورتی که بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد انجام ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست.
۳. ارزیابی اولیه باید توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل شود. در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار (جسمی، روحی و روانی)، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیقترین اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار می باشد انجام می شود.
۴. برای شروع درمان صحیح و سریع ایده ال است که ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.
- *تبصره: در موارد خاص از قبیل بدحالی بیمار، بستری بیمار در ساعتهای پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا نوبت کاری بعد انجام یابد.
۵. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم ارزیابی اولیه ثبت گردد.

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

۶. ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست اما ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.
۷. ***تبصره:** در صورت انتقال بیمار به بخش غیر روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی بیمار بزرگسال نیز انجام شود.
۸. 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 معرفی (ذکر نام، سمت و نقش در مراقبت) کنید. برای حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را نیز بیورسید.
- 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 همزمان خودداری فرمایید.
- بر اولویتهای 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 ارزیابی اولیه پرستاری برگ پذیرش، خلاصه ترخیص و برگ 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.
 - **میزان تحصیلات و دین بیمار :** قید شود.
 - **وضعیت تاهل:** وضعیت تاهل بیماران طی مصاحبه و بر اساس موارد مدرج در فرم بررسی و تعیین 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.

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

- **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.
- **علائم حیاتی بدو ورود:** علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت کنترل و درج گردد.
 - T: درجه حرارت
 - RR: تعداد تنفس در دقیقه
 - PR: تعداد نبض در دقیقه
 - BP: میزان فشار خون
- **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
- **مراجعه بیمار:** نحوه مراجعه بیمار به بخش را بر حسب موارد مندرج در فرم با پرسش از بیمار، خانواده و بررسی سایر مستندات مشخص نمایید.
- **نحوه ورود بیمار:** نحوه ورود بیمار به بخش را بر مبنای با پای خود، صندلی چرخدار، برانکارد و سایر روش های ورود مشخص نمایید.
- **بیماران خانم:** با توجه به منع انجام بعضی از اقدامات تشخیصی، درمانی و... در دوران بارداری و شیر دهی بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت می باشد. در این بخش در صورت باردار بودن و شیردهی بیمار، گزینه بله انتخاب می شود.

۲- بخش وضعیت ارتباطی و روان

- **وضعیت هوشیاری:** 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.
- **توضیحات مربوط به علت عدم همکاری:** اشاره به دلایلی همچون ۱- وجود موانع ارتباطی مثل زبان ۲- وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و... می باشد.
- **زبان:** 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 برقرای 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 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

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

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

✓ سایر ...

۳ وضعیت عمومی

- ظاهر کلی: ظاهر کلی با مشاهده وضعیت بدن، حالت اندام ها، لباس ها و آرایش موها و ناخن بررسی می شود.

- تناسب ظاهر کلی با سن تقویمی، وجود زخم، آثار جراحی، شپش، گال و وضعیت روانی حرکتی بیمار نیز در این بخش مورد ارزیابی قرار گرفته و درج میگردد.

۴ وضعیت خلقی/ادراکی

خلق (mood): هیجانی نافذ و مستمر که به طور ذهنی احساس و از سوی بیمار گزارش 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

- افسرده

- تحریک پذیر: حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می آید

- پرخاشگر

- سرخوشی

- 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 حال و هوای 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 نامتناسب یا فقدان نگرانی در مورد ناتوانی خود

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

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: 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.

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

¹ orientation

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

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 دقیقتر ناآگاهی آنها از ویژگیهای مختلف بیماری است برای مثال تشخیص بیماران از اینکه از یک بیماری روانی رنج میبرند، نشانه‌هایشان 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 کنند.

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.

۵ 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.

۶ بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

این محور بوسیله مصاحبه با بیمار / خانواده او تکمیل میشود.

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 [p]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 سابقه بیماریهای جسمی، روان و اختلال مادر زادی که بیمار قبلا یا در حال حاضر 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.

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.

۷ بخش حساسیتها:

۱. در این بخش سابقه هر نوع حساسیت ائم 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 و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی دستبند قید نشود.

۸ ارزیابی سیستم ها

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

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 دهید.

9 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 ناهمخوانی 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.

10 بخش محدودیت و توانایی ها:

این بخش از فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه با بیمار / خانواده و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل می گردد.

- محدودیت ها :

- ۱- داشتن محدودیت شنوایی به صورت خیر یا بله و ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و در صورت جواب بله، ذکر گوش راست یا چپ و یا هر دو گوش
 - ۲- داشتن محدودیت بینایی به صورت خیر یا بله و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، و در صورت جواب بله، ذکر چشم راست یا چپ و یا هر دو چشم
 - 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 غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جابجایی بیمار را، از مستقل تا وابسته مشخص نمایید.

11 بخش ارزیابی تغذیه ای

طبق هماهنگی انجام شده با گروه تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، این بخش از فرم، جایگزین "فرم ارزیابی اولیه تغذیه بیماران" که پیش از این در قالب فرم ها و دستورالعملهای ارزیابی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های عمومی بیمارستان ها، تدوین شده بود می گردد و بدیهی است هر نوع فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای پیش از این، کن لم یکن خواهد بود.

ارزیابی تغذیه ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سریع بیمارانی که از نظر تغذیه ای نیاز به ارزیابی عمیق تر، مداخلات دقیق تر و برنامه های مراقبتی پرستاری بیشتری دارند، می باشد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بیماری، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

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 بیمارانی که معرف به پزشک و ارجاع آنان به 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.

*این فرم ویژه بزرگسالان (شامل سن ۱۹ سال و بالاتر) از جمله مادران باردار بوده و برای ارزیابی اولیه تغذیه نوجوانان که به هر دلیل در بخش بزرگسالان بستری شوند نیز با در نظر گرفتن شاخص‌های تن سنجی و منحنی‌های رشد آن گروه سنی قابل استفاده خواهد بود.

دستورالعمل تکمیل

سوالات ارزیابی تغذیه‌ای، در بخش ارزیابی تغذیه بیمار توسط پرستار برای کلیه بیماران بزرگسال و احیاناً نوجوانان بستری در بخش بزرگسالان، در فرم ارزیابی اولیه پرستار 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 نمودار گرام - که لازم است در کلیه ایستگاه‌های پرستاری به تابلو نصب شده باشد - و یا 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 اندازه‌گیری وزن و قد و متعاقباً BMI بیمار به هر علتی میسر نباشد می‌توان از اطلاعات مندرج در پرونده در بدو بستری در بخش استفاده کرد و یا با سوال از بیمار (در صورتی که قادر به پاسخ‌گویی باشد) یا همراه ایشان در مورد وزن معمول و قد بیمار، توده بدنی بیمار را محاسبه کرد. در مواردی که ادم و آسیت واضح در بیمار وجود دارد، در محل مربوطه، «غیر قابل ارزیابی» درج می‌گردد.

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

سوال ۱، در صورتی که BMI به دست آمده از فرد بزرگسال کمتر از ۲۰ است مقابل «بله» و در غیر این صورت مقابل «خیر» علامت می خورد.

در نوجوانان (کمتر از ۱۹ سال) ضروری است جهت اندازه گیری BMI این گروه سنی به جای استفاده از نمودار بزرگسالان، از نمودار زد اسکور BMI (Z-Score) ویژه این گروه سنی (نمودار ۱ و ۲) استفاده شود .

محدوده زد اسکور با استفاده از منحنی های مربوطه، به تفکیک دختر و پسر محاسبه و ثبت می گردد. به این ترتیب که عدد BMI نوجوان روی محور عمودی (Yها) و عدد سن نوجوان (بر حسب ماه) روی محور افقی (Xها) تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی ها بیانگر محدوده زد اسکور می باشد.

در این گروه سنی در صورتی که زد اسکور (نقطه بدست آمده) کمتر از ۲- (پایین تر از محور قرمز رنگ ۲-) و یا بیشتر از ۲+ (بالاتر از محور قرمز رنگ ۲+) باشد بیمار مبتلا به سوء تغذیه است و باید خانه بله علامت زده شود.

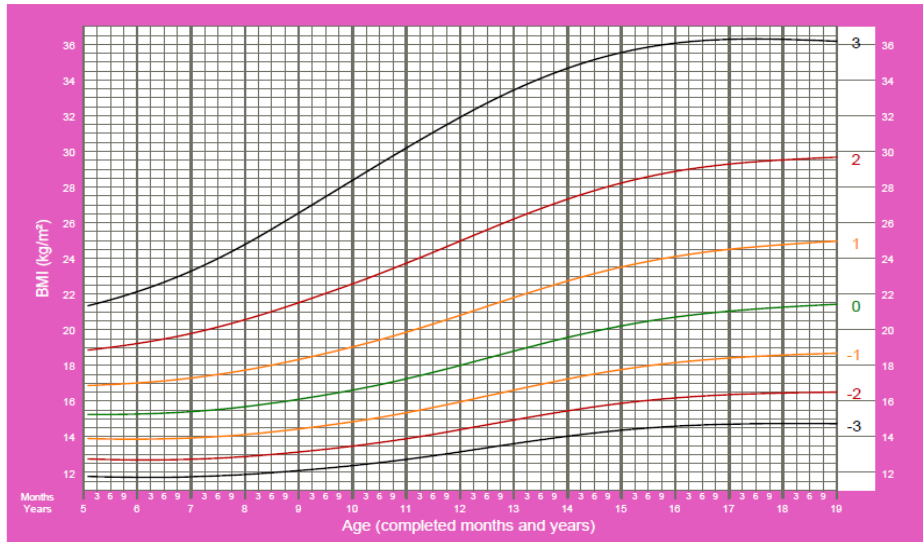
نمودار شماره ۱- منحنی وزن گیری کودکان ۵ تا ۱۹ سال (دختر)

معاونت پرستاری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

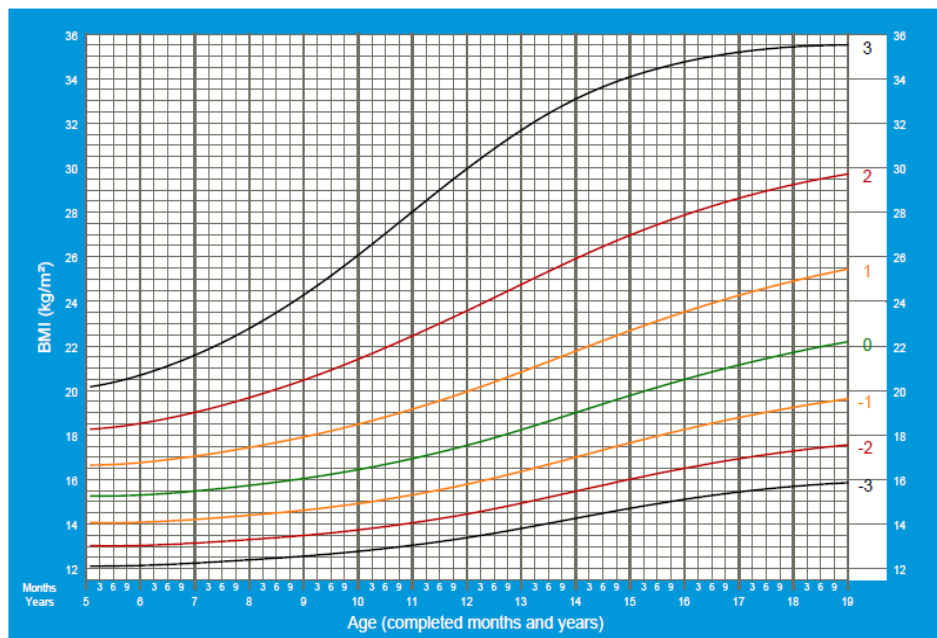


2007 WHO Reference

نمودار شماره ۲- منحنی وزن گیری کودکان ۵ تا ۱۹ سال (پسر)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

سوال ۲، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص کاهش وزن طی سه ماه اخیر به هر دلیل، در صورتی که پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می‌شود. جهت کنترل دقت پاسخ، باید میزان کاهش وزن نیز سوال شود و حدود نزدیک به یقین در نظر گرفته شود. کاهش وزن طی سه ماه اخیر در صورتی که بیش از ۵٪ وزن معمول بیمار باشد قابل توجه و نیازمند بررسی بیشتر توسط کارشناس تغذیه است. به عنوان مثال اگر فردی بیان کند که اخیراً وزن او به طور ناخواسته کاهش یافته و تا ۳ ماه پیش یا پیشتر، ۷۰ کیلوگرم بوده است، ۵٪ کاهش وزن او به این شکل محاسبه می‌شود: $5\% \times 70 = 3.5$ کیلوگرم. یعنی اگر وزن کنونی او ۳/۵ کیلوگرم کمتر از گذشته شده باشد و به ۶۶/۵ یا کمتر رسیده باشد در محل «بله» علامت می‌خورد.

سوال ۳، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص بی‌اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) طی هفته گذشته، در صورتی که پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می‌شود. جهت دریافت پاسخ دقیق در این قسمت سوال شود: آیا بی‌اشتهایی در حدی بوده که چند وعده غذایی یا هیچ کدام از وعده های غذایی را طی هفته گذشته میل نکرده باشد؟

سوال ۴، تعیین بیماریهای ویژه با مشاهده و مصاحبه با بیمار، شرح حال درج شده در پرونده و ارزیابی وضعیت او صورت می‌گیرد. در صورتی که بیماری فرد حاد یا وضعیت او وخیم و مبتلا به یکی از بیماریهای ویژه ارزیابی شود (مانند ابتلا به: دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا و بیماریهای قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماریهای

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل، پاسخ «بله» در محل مربوطه علامت خورده و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می‌شود. در مواردی که ابتلا به یکی از بیماری‌ها یا شرایط فوق‌الذکر وجود داشته باشد، ارزیابی تخصصی تغذیه (با استفاده از فرم مربوطه) و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه ضروری می‌باشد.

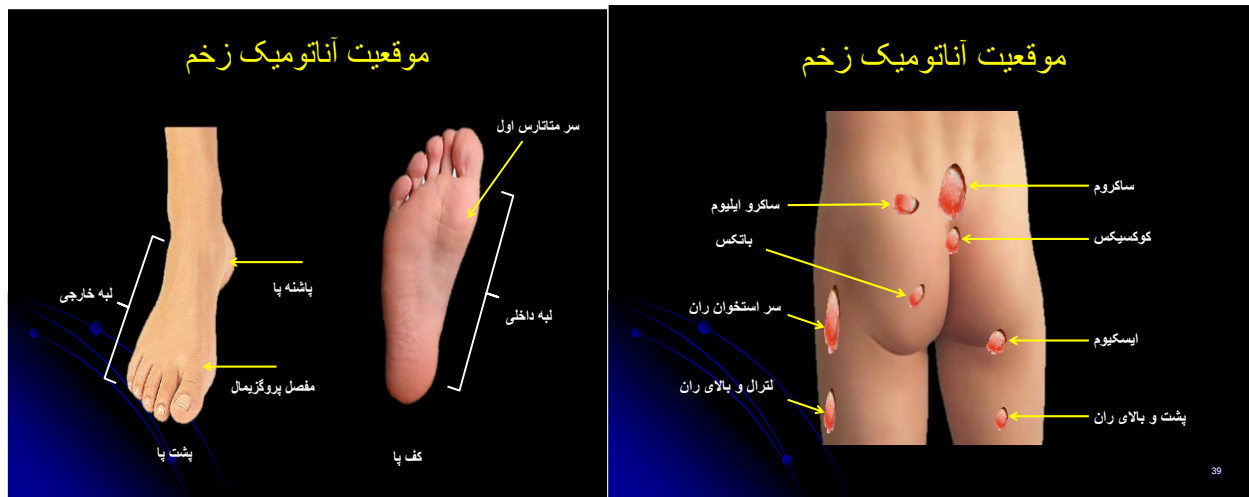
در گروه سنی کمتر از ۱۹ سال **بیماریهای ویژه** شامل سوء تغذیه (مثلاً ناشی از بیماریهای گوارشی)، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای گوارشی، بیماریهای مادر زادی و بیماریهای متابولیک می‌باشد.

در نتیجه ارزیابی دو حالت وجود دارد :

- در صورتی که حتی یک «بله» در پاسخ به سوالات، علامت خورده باشد، باید در مربع بله مقابل عبارت «ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است» علامت زده شود و با اطلاع پزشک معالج، جهت انجام ارزیابی تخصصی به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.
 - در صورتی که در نتیجه ارزیابی، در حال حاضر نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه نیست، مربع مقابل عبارت "ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است" علامت خورده و لازم است کارشناس تغذیه، موارد بستری بیش از یک هفته را به نحو مقتضی با کمک پرستار شناسایی کرده و در صورت کاهش وزن یا تغییر در تشخیص بیماری، ارزیابی تخصصی و مداخلات تغذیه‌ای لازم را انجام دهد.
- نکته:** در مورد بیمارانی که طبق نتایج این ارزیابی پرستار و درخواست مشاوره پزشک، نیاز به مراجعه کارشناس تغذیه هست، سرپرستار به نحو مقتضی، ترجیحاً از طریق درج در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، درج شماره تخت بیمار مورد نظر در تابلوی ایستگاه پرستاری و یا با تماس تلفنی به کارشناس تغذیه اطلاع رسانی نماید.
- در مورد مادران باردار وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید برای اطلاع رسانی به پزشک و درخواست مراجعه کارشناس تغذیه است.

۱۲ 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. در خصوص اندام تحتانی ذکر دقیق ناحیه زخم بر اساس تصویر زیر ضروری است.



- ۲- سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس معیارهای پیشگو کننده شناخته شده معتبر ابتلا به زخم فشاری (تعیین شده بوسیله بیمارستان/ دانشگاه یا توصیه شده وزارت متبوع در راهنمای ابلاغی پیشگیری از زخم فشاری) 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 برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
 - 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.

۱۳ 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 معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت بهداشت در راهنمای ابلاغی پیشگیری از سقوط 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 برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.
 - 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.

۱۴ بخش غربالگری و بررسی درد:

از طریق مصاحبه، مشاهده پرستار و ثبت آن تکمیل می گردد. در امتیاز دهی به درد دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بیمار دایره کشیده می شود.

نشانگر	برابر با
فقدان ناراحتی	صفر

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

۲	درد خفیف
۴	درد اندکی بیشتر
۶	درد باز هم بیشتر
۸	درد تمام عیار
۱۰	بدترین درد

- ✓ مشخص نمودن محل درد
- ✓ طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم
- ✓ روش های تسکین درد بر حسب غیر دارویی و دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.
- ✓ میزان تاثیر درد بر روی فعالیت بیمار بر حسب دارد یا ندارد

۱۵ بخش ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی

این بخش از فرم به بررسی نیاز بیمار به خدمات مددکاری و اجتماعی می پردازد که در صورت مثبت بودن هر یک از موارد مندرج (به شرح ذیل) گزینه مورد نظر را علامت زده و واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نمایید.

- ۱- **گروه پر خطر اجتماعی:** کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی/ اختلالات روانپزشکی/ بی خانمانی و مجهول الهویه بودن/ بیماری های خاص ، صعب العلاج و نادره شرح ذیل (از مصادیق آسیب اجتماعی می باشد که چنانچه بیمار واجد هر یک از این مصادیق باشد ضروری است قسمت گروه پر خطر اجتماعی علامت زده شود.
 - a. بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
 - b. بیماریهای صعب العلاج مثل MS ، دیابت و سرطان
 - c. بیماریهای نادر شامل PKU و EB (سندرم پوست پروانه ای)

۲. وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی/مصدومین شغلی/ فاقد بیمه/ اتباع غیر ایرانی)

۳. عدم حضور همراه موثر

۴. ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

با توجه به اینکه این فرم در اورژانس تکمیل نمی گردد، نحوه ارزیابی بیمار از نظر نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس در دستورالعمل مداخلات مددکاری اجتماعی اورژانس اعلام می گردد.

۱۶ بخش ارزشهای 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 غیرقابل ارزیابی انتخاب می شود

۱۷ بخش نیازهای آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری بیماران اعصاب و روان

بر اساس مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات تکمیل می گردد.

- ✓ تمایل بیمار به یادگیری
- ✓ توانایی یادگیری بیمار
- ✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت‌های 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 سیستم‌های حمایتی

۱۸ نیاز بیمار به بررسی‌های بیش‌تر:

در این قسمت پس از بررسی اولیه پرستار از بیمار، نیاز بیمار به بررسی‌های بیش‌تر از نظر: مدیریت درد، مددکاری، روانپزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی، تغذیه‌ای، بازتوانی و ذکر سایر موارد مورد نیاز مشخص می شود.

۱۹ تشخیص‌های پرستاری:

در این بخش مهم‌ترین تشخیص‌های پرستاری را که از نتایج ارزیابی حاصل شده است جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه‌های مراقبتی درج نمایید.