وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

دفتر ارتقاء سلامت و خدمات بالینی و پرستاری

گروه توسعه کیفی خدمات پرستاری

پاییز 95

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

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری

بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان

**تهیه و تدوین**

**زهره کوهی رستمکلایی، رییس گروه توسعه کیفی خدمات پرستاری معاونت پرستاری**

**خورشید وسکویی اشکوری، مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**سيده فاطمه ميربازغ، كارشناس امورپرستاري معاونت درمان دانشگاه علوم پزشكي تهران**

**با همکاری**

**اکرم واحدی برزکی، کارشناس اداره آمار و اطلاعات دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی**

**دکتر پریسا ترابی: مسوول تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی**

**مریم ذبیحی پور سعادتی، رییس اداره مددکاری دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی**

**شهلا افشانی، رییس گروه تحقیق و توسعه معاونت پرستاری**

**دکتر پریسا دولتشاهی، کارشناس دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**

**زیر نظر**

**محمد میرزابیگی معاون پرستاری**

**احمد نجاتیان 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:**

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 مبتلا به اختلال روان به منظورتعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی و طراحی برنامه مراقبت

**اهداف اختصاصی**

* ارزیابی سلامت بیمار مبتلا به اختلال اعصاب و روان 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**

1. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان بخش های بستری انجام شود.
2. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود. 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 ضروری است.
3. فرم ارزیابی از طریق مصاحبه با بیمار یا همراهان، مشاهده و بررسی علائم و نشانه های بیمار توسط پرستار تکمیل می گردد. 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.
4. 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 شیفت کاری یا حداکثر ظرف 24 ساعت اول بستری انجام شود.
5. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم ارزیابی اولیه بیمار ثبت گردد.

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. در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش با توجه به عدم انجام ارزیابی در اورژانس ضروری است در بخش مقصد ارزیابی اولیه بیمار انجام گیرد

**جهت تکمیل فرم ارزیابی :**

* قبل از انجام ارزیابی از راحتی محیط ارزیابی و تامین خلوت بیمار اطمینان حاصل نمایید.

**نکات ضروری تکمیل بخش های مختلف فرم**

1. ***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**00:00** تا **23:59**درج شود.
* میزان تحصیلات و وضعیت تاهل : میزان تحصیلات و وضعیت تاهل بیمار نیز طی مصاحبه وبر 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.
* علائم حیاتی بدو ورود: علائم حیاتی بدو ورود بیمار با دقت کنترل و درج گردد.
  + : درجه حرارت
  + RR: تعدا تنفس در دقیقه
  + PR: تعداد نبض در دقیقه
  + BP: میزان فشار خون
* مراجعه بیمار: نحوه مراجعه بیمار به بخش را بر حسب مطب پزشک، اورژانس، اتاق عمل، بخش ویژه، بیمارستان دیگر، منزل و سایر موارد باپرسش 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.
* لوله و اتصالات بیمار: در این قسمت بیمار از نظر داشتن هر نوع اتصالات مندرج در فرم بررسی می شود در صورت داشتن درن،گچ، شانت، بخيه،آتل، پانسمان، تراکشن، استومي، محل آن ذکر شود

..***2-بخش وضعیت ارتباطی وروان***

* توضیحات مربوط به علت عدم همکاری: اشاره به دلایلی همچون 1- وجود موانع ارتباطی مثل زبان 2- وضعیت خلقی وعاطفی بیمار و.. می باشد
* زبان: منظور از زبان، زبان مادری بیمار است. 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.
* ظاهر کلی: :ظاهر کلی با مشاهده وضعیت بدن، حالت اندام ها، لباس ها و آرایش موها و ناخن بررسی می شود.
* تماس چشمی: حین مصاحبه و مشاهده رفتار ظاهری بیمار به برقرای تماس چشمی بیمار با خود توجه فرمایید.
* رفتار: با مشاهده وضعیت ظاهری، حالات و عکس العملهای بیمار، رفتار بیمار را برمبنای آرام، مضطرب، افسرده، پرخاشگر، عصبی و غیره تعیین نمایید.
* تکلم: خصوصیات تکلم بیمار را بر حسب تن صدا، سرعت، کمیت و اختلال تکلم بررسی و نتایج حاصل شده را در قسمت مربوطه علامت بزنید.

1. منظور از فشار تکلم، تکلم سریع و پر فشار بوده که طی آن حجم کلمات افزایش می یابد
2. در فقر کلام فرد خیلی مختصر صحبت می کند و تنها کلمات تک سیلابی را به کار می گیرد.
3. اختلال تکلم بیمار را بر اساس موارد زیر بررسی وتعیین مایید.

* 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

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
* ملال انگیز
* خلق بالا
* تحریک پذیر: حالتی که در آن شخص زود ناراحت شده و به خشم می آید
* 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 نا متناسب یا فقدان نگرانی در مورد ناتوانی خود

هذیان: باور و عقيده اي است غير واقعي، غير قابل رد كردن، غير 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 های پارانوئید:شامل هذیان های گزند و آسیب و هذیان های انتساب.کنترل و خود بزرگ بینی.

1. هذیان های گزند و آسیب(persecution):عقیده اشتباه به معنی اینکه در مورد شخص تقلب ،آزار و ظلم و ستم روا داشته می شود.
2. هذیان خود بزرگ بینی(grandeur):تصور مبالغه آمیز فرد از اهمیت،هویت و قدرت خویش
3. هذیان انتساب به خود(delution 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.
4. 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:

1. ربایش فکر(thought withdrawal):هذیان بیرون کشیدن افکار شخص توسط دیگران یا نیروهای دیگر
2. کاشتن فکر(thought insertion):هذیان مبنی بر اینکه افراد یا نیروهای دیگر افکاری را در مغز شخص تزریق می کنند.
3. انتشار افکار(thought broadcasting):در این هذیان شخص معتقد است که افکارش را در دیگران می شنوند.
4. :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
* 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.

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 می‌توان یا مشاهده در جریان مصاحبه کلی کسب کرد.

توهم: ادراکات حسی که در دستگاه اعصاب مرکزی ایجاد می‌شوند و محرک خارجی برای آن وجود ندارد. توهمات ممکن است در هریک از دستگاه‌های حسی وجود داشته باشند.در صورت وجود توهم دربیمار نوع آن را مشخص نمایید.

هوشیاری: درجه بیداری، ثابت یا نوسان‌دار: معمولاً حاکی از اختلال  عضوی مغز است که با «مشاهده» ارزیابی می‌شود.

|  |  |
| --- | --- |
| اصطلاحات توصیف سطح هشیاری بیمار:  1-       تیرگی هشیاری : برای توصیف کاهش کلی آگاهی از محیط به کار می‌رود.  2-       خواب آلودگی (somnolence)  3-       بهت (stupor): فقدان واکنش به محیط و عدم آگاهی از آن  4-       اغما (coma): درجات عمیق ناهشیاری  5-       بیحالی (lethargy)  6-       هشیاری کامل (alertness)  اختلال در موقعیت سنجی[[1]](#footnote-1): 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.   * موقعیت‌یابی در مورد شخص: آیا بیمار می‌داند چه کسی است؟ آیا می‌داند مصاحبه‌کننده 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

3-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 ویژگیهاي مختلف بیماري است:براي مثال تشخیص بیماران از اینکه از یک بیماري روانی رنج میبرند، نشانهاهایشان مرضی و بیمارگونه است، آیا نیاز به درمان دارند و ...

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.

سطح۴٫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 وبیرونی 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.

در این قسمت در صورت انطباق بینش بیمار با سطح 6گزینه "دارد" ودر صورت انطبلق بینش بیمار با سطح 1 گزینه "ندارد" و در صورت انطباق با سطوح 2 الی 5 گزینه نسبی را انتخاب نمایید.

***3-بخش حساسیتها***:

1. 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 .
2. در صورت وجود سابقه حساسیت شناخته شده دارویی دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی دستبند قید نشود.

***4-بخش تاریخچه سلامت و بیماری:***

شکایت اصلی( علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بيمار یا همراه او می باشد که جهت تکمیل این بند ضروری است عين عبارت بيمار يا همراه وي درج گردد..

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

سابقه اختلالات روان و طبی: در بررسی سوابق اختلاات روانی و طبی بيماريهای جسمي یا روانی مهمي که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا بوده يا مي‌باشد، را بررسي و ذكر نماييد.

سابقه مسمومیت: منظور از مسمویت هر نوع مسمویت دارویی، مسمومیت غذایی و.. می باشد. که در صورت مثبت بودن هر یک مقابل گزینه مورد نظر علمت بزنید.

سابقه خودکشی: سابقه هر نوع اقدام به خودکشی را بررسی و ذکر نمایید.

سابقه ترانسفوزیون خون: دراین بخش سابقه دریافت خون و هر نوع واکنش ابه آن قید می گردد.

خواب واستراحت: وضعیت خواب بیمار بررسی می شود که آیا از خوابی طبیعی یرخوردار است یا خیر ودر صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی‌خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی‌قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس‌ها و وحشت‌های شبانه ) نوع آن ذکر شود.

رزیم غذایی خاص:در صورتی که بیمار به علل مختلف پزشکی و غیر پزشکی تابع رزیم غذایی خاصی(مثلا رژیم دیابتی، فشار خونی، سلیاک، کلیوی، لاغری و ...) باشد ضمن علامت زدن این گزینه نوع رژیم غذایی را ذکر نمایید.

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

بیماران خانم: بیماران خانم دارای سابقه ازدواج از نظر سابقه بارداری، سقط ، نحوه زایمان از نظر طبیعی و سزازین بررسی شوند .

وضعیت قاعدگی: وضعیت قاعدگی بیمار ان زن بر اساس قبل ا بلوغ، دارای سیکل طبیعی قاعدگی و منوپز ارزیابی شود.

سابقه خانوادگی اختلال روان: در این قسمت سابقه وجود بیماری و اختلالات روانی در اعضای درجه یک خانواده مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ نوع بیماری درج گردد.

همچنین در این بخش سابقه بستری اعضای خانواده به علت اختلالات روان نیز مورد بررسی قرار می گیرد

***5-بخش محدودیت و توانای 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::

محدوديت شنوایی به صورت بلی یا خیر ذکر نوع آن به صورت کم شنوایی یا ناشنوایی و در صورت جواب بله ذكر گوش راست يا چپ و یا هر دو گوش

داشتن محدوديت بینایی به صورت بلی یا خیر و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی، و در صورت جواب بله ذكر چشم راست يا چپ و یا هر دو چشم

وسابل كمكی 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 حرکتی بیمار را در پیوستاری از مستقل تا وابسته مشخص نمایید.

***6-بخش ارزیابی دارویی***

در این بخش نام، دوز و زمان مصرف داروهای بیمار در زمان بستری و یا یک ماه قبل از بستری از طریق تکمیل جدول دوز/ زمان و راه مصرف دارو قید گردد.

1. ***بخش غربالگری سوء تغذیه* (*ارزیابی اولیه تغذیه‌ای)***

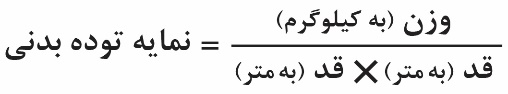
غربالگري تغذیه‌ای ابزاری مفید و موثر در شناسایی سريع بيماراني كه از نظر تغذیه‌ای نياز به ارزيابي عميق تر، مداخلات دقيق تر و برنامه‌هاي مراقبتي بيشتري دارند می‌باشد. با توجه به اينكه عوامل مختلفی از جمله ابتلاء به بيماري، مصرف داروها در طول زمان بستری، تداخلات احتمالی غذای مصرفی با داروها ، محيط بيمارستان و ... از جمله علل بی‌اشتهایی و مصرف ناكافي غذا و در نهايت افزايش خطر سوء تغذيه در بيماران بستري می‌باشد، لازم است افراد آسيب پذير در همان ابتداي پذيرش در بخش، تحت ارزيابي قرار گرفته و مراقبت تغذیه‌ای لازم را دريافت نمايند.

با انجام غربالگری سوء تغذیه، پرستار در جریان شرایط بیمار از نظر شاخص‌های تغذیه‌ای قرار می‌گیرد. آشنایی با شرایط تغذیه‌ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران و ارجاع آنان به کارشناس تغذیه، محاسبه و تامين نياز ويژه بيمار به مواد مغذي و پيشگيري از ايجاد يا پيشرفت سوء تغذيه می‌شود. حمایت تغذیه‌ای از بیماران بستری، موجب كاهش مدت ماندگاري بيمار در بيمارستان، كاهش هزينه‌هاي بيمارستاني و كاهش مرگ و مير بيماران خواهد شد. با توجه به اهميت سوءتغذيه و عوارض ناشي از آن، شناسايي افراد مبتلا يا در معرض خطر در مراحل اولیه پذیرش و بستری در بيمارستان، می‌تواند منتهی به پيامد‌هاي مثبت و پیشگیری از وخامت وضعبت بیماری فرد گردد.

این فرم ویژه بزرگسالان (شامل سن 19 سال و بالاتر)، مادران باردار و نوجوانانی است که به هر دلیل در بخش بزرگسالان بستری شده اند.

## دستورالعمل تکميل فرم

سوالات ارزیابی تغذیه ای، در بخش غربالگری سوء تغذیه بیمار توسط پرستار برای کلیه بیماران بزرگسال و احیانا نوجوانان بستری در بخش بزرگسالان، در فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار در زمان پذيرش بستري در بخش‌های مختلف تكميل 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 **نمايه توده بدني** **(BMI)** بيماران بزرگسال، با استفاده از نوموگرام ـ که لازم است در کلیه ایستگاه‌های پرستاری به تابلو نصب شده باشد ـ و يا فرمول نسبت وزن (بر حسب كيلوگرم) به مجذور قد (بر حسب متر به توان دو) محاسبه و در محل مربوطه درج می‌شود.

لازم است کنترل دوره‌ای ترازو از جهت دقت و سلامت صورت گيرد تا BMI به دست آمده دقيق باشد.

در صورتي که اندازه گیری وزن و قد و متعاقبا" BMI بيمار ميسر نباشد می‌توان از اطلاعات مندرج در پرونده در بدو بستری در بخش استفاده کرد و یا با سوال از بيمار (در صورتي كه قادر به پاسخ گويي باشد) يا همراه ايشان در مورد وزن معمول و قد بيمار، توده بدنی بیمار را محاسبه کرد. در مواردي كه ادم و آسيت واضح در بيمار وجود دارد، در محل مربوطه، «غير قابل ارزيابي» درج می‌گردد.

**سوال 1،** در صورتی که نمايه توده بدني(BMI) به دست آمده از فرد بزرگیال کمتر از 20 است مقابل «بله» و در غیر این صورت مقابل «خیر» علامت می‌خورد.

در نوجوانان سنین 12تا 18 سال ( منظور از 18 سال، 18 سال و 11و ماه و29 روز می باشد) ضروری است برای غربالگری تغذیه جهت اندازه گیری نمایه توده بدنی این گروه سنی به جای استفاده از نوموگرام بزرگسالان, از نمودار زد اسکور نمایه توده بدنی ویژه این گروه سنی استفاده شود (به پیوست مجموعه مراجعه شود).

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 محورعمودی(Yها) و عدد سن نوجوان (بر حسب ماه) روی محور افقی (Xها)تعیین و محل تلاقی این دو عدد در محدوده منحنی ها بیانگر میزان زد اسکور می باشد.

در این گروه سنی در صورتی که z-score (نقطه بدست آمده) کمتر از 2- (پایین تر از محور قرمز رنگ -2)باشد بیمار مبتلا به سوء تغذیه است و باید خانه بلی علامت زده شود.

**سوال 2،** با پرسش از بيمار (نوجوان / بزرگسال) يا همراه او در خصوص كاهش وزن طي سه ماه اخير به هر دليل، در صورتي كه پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غير اين صورت در محل «خير» علامت زده می‌شود. جهت کنترل دقت پاسخ، بايد ميزان کاهش وزن نيز سوال شود و حدود نزديک به يقين در نظر گرفته شود. کاهش وزن طی سه ماه اخیر در صورتی که بيش از 5% 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 3 ماه پیش یا پیشتر، 70 کیلوگرم بوده است، 5% کاهش وزن او به این شکل محاسبه می‌شود: 5/3 =5 %×70 کیلوگرم. یعنی اگر وزن کنونی او 5/3 کیلوگرم کمتر از گذشته شده باشد و به 5/66 یا کمتر رسیده باشد در محل «بله» علامت می‌خورد.

**سوال 3،** با پرسش از بيمار (نوجوان / بزرگسال) يا همراه او در خصوص بی‌اشتهایی يا كاهش مصرف غذا به هر دليل (مانند تهوع يا استفراغ شديد) طي هفته گذشته، در صورتي كه پاسخ «بله» باشد، در محل مربوطه و در غير اين صورت در محل «خير» علامت زده می‌شود. جهت دريافت پاسخ دقيق در اين قسمت سوال شود: آيا بی‌اشتهایی در حدي بوده که چند وعده غذايي يا هيچ کدام از وعده های غذايي را طي هفته گذشته ميل نکرده باشد؟

**سوال 4،** تعیین **بیماریهای ویژه** با مشاهده و مصاحبه با بيمار (نوجوان / بزرگسال) ، شرح حال درج شده در پرونده و ارزيابي وضعيت او صورت می‌گيرد. در صورتي كه بيماري فرد بزرگسال حاد يا وضعيت او وخيم و مبتلا به یکی از بیماریهای ویژه ارزيابي شود (مانند ابتلا به: ديابت، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سكته، نارسايي كليه، همودياليز، سيروز كبدي، پيوند اعضاء، زخم بستر، سوء تغذيه و سوء جذب، بيماري‌هاي نورولوژيك منجر به اختلال بلع، جراحي شكمي، پنوموني، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذيه دهانی به هر دلیل)، پاسخ «بله» در محل مربوطه علامت خورده و در غير اين صورت در محل «خير» علامت زده می‌شود. در مواردی که ابتلا به یکی از بیماریها یا شرایط فوق الذکر وجود داشته باشد، ارزيابي تخصصي تغذيه (با استفاده از فرم مربوطه) و تنظيم رژيم غذايي توسط کارشناس تغذيه ضروري می‌باشد.

در گروه سنی 12 تا 18 سال **بیماریهای ویژه** شامل سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای گوارشی، بیماریهای مادرزادی و بیماری های متابولیک می باشد.

**در نتيجه ارزیابی دو حالت وجود دارد :**

* در صورتي كه حتي يك «بله» در پاسخ به سوالات، علامت خورده باشد، باید در مربع مقابل عبارت «ویزیت و مشاوره تغذیه لازم است» علامت زده و به پزشک معالج، شرایط بیمار و در معرض سوء تغذیه بودن او اطلاع داده شود تا با درخواست مشاوره، بیمار توسط کارشناس تغذیه مشاوره و ارزیابی تخصصی شود.
* در صورتي كه پاسخ هيچ يك از سوالات «بله» نبود، مربع مقابل عبارت «ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه یعد از یک هفته لازم است » علامت می خورد و در صورتی که بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری بود، لازم است پرستار، بیمار را به پزشک جهت درخواست ویزیت تغذیه ای بیمار معرفی نماید*.*

**نکته:** در مورد بيمارانی که طبق نتایج این ارزیابی پرستار و درخواست مشاوره پزشك، نياز به مشاوره تغذيه 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 مشاوره تغذیه است.

منحني وزن‌گیری كودكان 5 تا 19 سال (دختر)



منحني وزن‌گیری كودكا 5 تا 19 سال (پسر)

****

***8- 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.

1. 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.



1. سپس بیمار را از نظر احتمال خطر ابتلا به زخم بر اساس معیارهای پیشگو کننده شناخنه شده پایا و معتبر ابتلا به زخم فشاری( تعیین شده بوسیله بیمارستان/ دانشگاه یا توصیه شده وزارت متبوع در راهنمای ابلاغی پیشگیری از زخم فشاری) ارزیابی نمایید.

**\*شایان ذکر است درجه بندی میزان خطر با توجه به نوع ابزار و معیار پیشگو کننده ممکن است متفاوت باشد که در صورت عدم همخوانی درجه بندی ذکر شده دراین فرم با ابزار مورد استفاده در بیمارستان، درجه بندی ذکر شده قابل تغییر می باشد.**

1. 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.

1. ***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.

1. 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.
2. 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 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.

1. ***بخش غربالگري و بررسی درد:***

از طريق مصاحبه، مشاهده بیمار و ثبت آن تکمیل می گردد. در امتياز دهي به درد دور عدد مورد نظر بر حسب مصاحبه با بيمار دايره كشيده مي شود.

|  |  |
| --- | --- |
| نشانگر | برابر با |
| فقدان ناراحتي | صفر |
| درد خفيف | 2 |
| درد اندكي بيشتر | 4 |
| در باز هم بيشتر | 6 |
| درد تمام عيار | 8 |
| بدترين درد | 10 |

* مشخص نمودن محل درد
* نوع درد برحسب حاد و مزمن
* طول مدت درد بر حسب متناوب و مداوم
* ميزان تاثير دردر بر روي فعاليت بيمار بر حسب دارد يا ندارد
* عوامل تشدید کننده درد
* عوامل تسکین دهنده درد
* روش های تسکین درد بر حسب غير دارویی و دارویی با ذکر روش و میزان تاثیر آن نوشته شود.

1. ***ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی***

این بخش از فرم به بررسی نیاز بیمار به خدمات مددکار ی 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.

1. **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 نادر) از مصادیق آسیب اجتماعی می باشد که چنانچه بیمار واجد هر یک از این مصادیق باشد ضروری است قسمت آسیب های اجتماعی علامت زده شود.
   1. بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
   2. بیماریهای صعب العلاج مثل MS، دیابت و سرطان
   3. بیماریهای نادر شامل PKU و EB( سندرم پوست پروانه ای)
2. وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی/مصدومین شغلی/ فاقد بیمه/ اتباع غیر ایرانی)
3. عدم حضور همراه موثر
4. ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

به دلیل اینکه ابتلا به بیماری اعصاب و روان از مصادیق گروه پر خطر اجتماعی می باشد بنابراین تمامی بیماران مبتلا نیازمند دریافت خدمات حمایتی و معرفی به واحد مددکاری بیمارستان می باشند. اما ضروری است سایر موارد مندرج در این بخش نیز مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به اینکه این فرم در اورژانس تکمیل نمی‌گردد، نحوه ارزیابی بیمار از نظر نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس در دستورالعمل مداخلات مددکاری اجتماعی اورژانس اعلام می‌گردد."

1. ***محور ارزشهای مذهبی فرهنگی***

باورهاي مذهبي وفرهنگي خاص خانواده /همره بیمار وي كه بر روي روند درمان و يا آموزش تاثيرگذارند كه در صورت مثبت بودن بايستي توضيح داده شود(ارتباط با شياطين يا رسوخ جن در جسم بيماران مبتلا به اختلالات روان ، گناهكار بودن بيمار و... ) و در صورت ناتواني در ارزيابي به دليل شرايط بيمار گزينه غيرقابل ارزيابي انتخاب مي شود

1. ***بخش نياز هاي آموزشي:***

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

* تمایل خانواده/ همراه بیمار به یادگیری
* توانایی یادگیری خانواده/ همراه بیمار
* موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی( محدودیتهای جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی
* ذکر نوع نیاز آموزشی خانواده/ همراه بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسجر هاي تشخيصي- درماني ، روند ترخیص ، فعالیت ،پیگیری، معرفي سيستم هاي حمايتي

1. ***نیاز بیمار به بررسی های بيش تر:***

در اين قسمت پس از بررسی اولیه پرستار از بیمار نياز بيمار به بررسي هاي بيشتر از نظر : مدیریت درد، مددکاری، تغذيه اي روانپزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی، بازتواني و ذکر سایر موارد مورد نیازمشخص مي شود.

***تشخیص های پرستاری:*** در این بخش مهم ترین تشخیص های پرستاری راکه از نتایج ارزیای حاصل شده است جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه های مراقبتی درج نمایید.

1. orientation [↑](#footnote-ref-1)