



به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان

ارزیابی اولیه پرستار از بیمار

مریم نیکنامی

کارشناس ارشد پرستاری آموزش داخلی جراحی

بهمن ۱۳۹۷

اهداف رفتاری:

➤ در این بحث شما با اهمیت و اهداف ارزیابی اولیه بیمار، تکمیل فرم ارزیابی اولیه (بزرگسالان).

➤ آموزه های قانونی در ثبت و تکمیل چک لیستهای ارزیابی اولیه بیمار آشنا خواهید شد.



ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است.

مقدمه:

ارزیابی، شناسایی نیازها، ترجیحات و توانایی های بیمار توسط پرستار است که با 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 میکند.

منظور از ارزیابی اولیه بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی روانی، 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 میکند.

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 ابعاد جسمی روانی و اجتماعی.

✓ یکپارچه سازی فرمها و ابزارهای ارزیابی تغذیه ای، زخم فشاری و سقوط در یک فرم

دستاوردهای استاندارد:

- ✓ سازماندهی و یکپارچه سازی فرایند ارزیابی اولیه بیماران در بدو ورود به بخشهای مختلف بیمارستان.
- ✓ اثر بخشی بیشتر مراقبت و درمان با استفاده از نتایج ارزیابی اولیه استاندارد.
- ✓ آگاهی و تسلط پرستاران بر تمامی مشکلات بیماران با تاکید بر تفاوت های فردی آنان
- ✓ شناسایی و مدیریت بیماران پر خطر و اورژانسی در ارزیابی اولیه.

ارزیابی اولیه از بیمار روندی پویا و مداوم است، که میتواند در تصمیم گیری در شرایط بیمار، بررسی نیازهای درمانی مراقبتی اورژانسی، درمان الکتیو، و برنامه ریزی مراقبتی موثر واقع شود.

ارزیابی اولیه اطلاعات زیر را برای ارائه دهندگان مراقبت فراهم میکند:

✓ درک مراقبت مورد نیاز که بیمار بخاطر آن به بیمارستان مراجعه کرده است.

✓ انتخاب بهترین مراقبتها

✓ تشخیص درست و بررسی پاسخ بیمار به مراقبتهای ارائه شده.

بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی در ارزیابی بیمار نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

✓ از تمام بیمارانی که در بیمارستان به آنها ارائه خدمت میشود، اعم از بستری یا سرپایی بایستی بررسی اولیه کاملی به عمل آید.

✓ حداقلهای ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بایستی در خط مشی تدوین شده توسط بیمارستان تعیین شود. که بررسی فیزیکی، روانی، اجتماعی، معاینه بدنی و تاریخچه سلامت می باشد.

✓ نیازهای مراقبتی بیمار بایستی توسط فرم ارزیابی اولیه بیمار مشخص شود و در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

✓ هر گونه ارزیابی که ۳۰ روز از زمان آن گذشته باشد و تغییرات واضح در شرایط بیمار ایجاد شده باشد، بایستی مجدداً تکرار و ثبت شود.

✓ برای شروع درمان صحیح و سریع تا حد امکان بایستی ارزیابی اولیه در اولین فرصت ممکن انجام شود. بر اساس استاندارد ارزیابی اولیه پرستار از بیمار بایستی در ۲۴ ساعت اول پس از پذیرش بیمار بستری و زودتر بر حسب شرایط بیمار یا خط مشی بیمارستان انجام شود.

✓ شایان ذکر است که زمان دقیق بسته به نوع مراقبت ارائه شده به بیمار، پیچیدگی آن، طول مدت مراقبت و پویایی شرایط بیمار دارد. بر این اساس بیمارستان چارچوب زمانی مختلفی را برای بخشهای مختلف با رعایت حداکثر زمانی ۲۴ ساعت ارائه مینماید.

✓ نتایج حاصل از ارزیابی اولیه پرستار بایستی در پرونده بیمار ثبت شود و برای تمامی افراد درگیر در مراقبت بیمار در دسترس باشد.

✓ بیماران بایستی از نظر شرایط تغذیه ای و نیازهای عملکردی غربالگری شوند تا در صورت نیاز بررسی های تخصصی بیشتر به عمل آید.

✓ در ارزیابی اولیه بیمار در حال احتضار مورد بررسی قرار گیرد.

✓ در ارزیابی اولیه از بیمار بایستی نیاز به بررسی های بیشتر تعیین (بینایی ، شنوایی، باز توانی و.....) بیمار جهت بررسی های تخصصی بیشتر ارجاع داده شود.

✓ در ارزیابی اولیه بیمار نیاز وی به برنامه ترخیص بررسی شود.

✓ 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 اگر بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر ارزیابی اولیه ضروری نیست.

✓ ارزیابی اولیه در بخشهای دیالیز طبق فرم ابلاغی وزارت بهداشت انجام گردد.

✓ ارزیابی اولیه بایستی توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل گردد.

✓ در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار (جسمی ، روحی و روانی) نبود، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیقترین اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار میباشد ، انجام میشود.

✓ برای شروع درمان صحیح و سریع ایده آل است که ارزیابی اولیه بلافاصله بعد از ورود بیمار انجام شود اما با توجه به تفاوت در شرایط مراقبتی و درمانی مورد نیاز بیماران میتواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.

✓ تبصره: در موارد خاص از قبیل بد حالی بیمار، بستری بیمار در ساعتهای پایان نوبت کاری و هنگام تحویل نوبت کاری، ارزیابی اولیه بیمار میتواند حداکثر تا شیفت کاری بعد صورت گیرد.

✓ ارزیابی اولیه بیمار فقط یکبار در طول شیفت کاری انجام میشود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست ولی ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی، موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.

✓ تبصره: در صورت انتقال بیمار به بخش اعصاب و روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرمهای ارزیابی بیمار اعصاب و روان هم انجام بشود.

✓ بدیهی است هدف از ارزیابی اولیه وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بیمار در بدو ورود بیمار میباشد و جایگزین ارزیابی مستمر بیمار در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است نمیشود.

جهت تکمیل فرم ارزیابی اولیه:

✓ قبل از ارزیابی اولیه 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 سیستم مراقبت) کنید. برای حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت تمامی اعضای خانواده حاضر در مصاحبه را پرسید.

✓ هدف و اهمیت مصاحبه و ارزیابی را به بیمار / خانواده توضیح دهید.

✓ از سوالات باز برای بررسی و ارزیابی بیمار استفاده کنید.

✓ سوالات را جدا جدا پرسیده و از مطرح کردن چند سوال همزمان خودداری کنید.

✓ بر اولویتهای بیان شده و موضوعات بسیار مهم بیمار توجه داشته باشید. (مثل سوال مکرر بیمار بر هزینه های درمانی و ...)

✓ به منظور صرفه جویی در زمان و پیشگیری از کسب اطلاعات تکراری و ارزیابی جامع از بیمار ضروریست پرستار علاوه بر ارزیابی اولیه در بدو پذیرش، خلاصه پرونده ترخیص و برگ شرح حال و معاینه بدنی را هم مطالعه کند.

نکات ضروری در پرکردن فرمهای ارزیابی اولیه در بخشها:

۱-اطلاعات پایه:

این بخش حاوی اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک بیمار است. که از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه وی و مشاهدات پرستاری تکمیل خواهد شد.

❖ ساعت ورود به بخش: بطور دقیق و با فرمت دیجیتال ثبت شود.

❖ ساعت شروع ارزیابی: منظور ساعتی است که پرستار ارزیابی را شروع میکند و باید با فرمت دیجیتال و دقیق نوشته شود.

❖ میزان تحصیلات و دین بیمار: قید شود

- ❖ وضعیت تاهل: وضعیت تاهل بیمار بر حسب مصاحبه و مندرجات فرم پر شود.
- ❖ بیماران خانم: با توجه به منع انجام برخی اقدامات تشخیصی درمانی و ... در دوران بارداری و شیردهی، بررسی بیمار از این منظر حائز اهمیت است در این قسمت در صورت بارداری یا شیردهی گزینه بله انتخاب شود.
- ❖ منبع اطلاعات: بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن.
- ❖ مشخصات فردی که پرستار بتواند در مواقع ضروری با وی تماس بگیرد.
- ❖ علائم حیاتی بدو ورود: علائم حیاتی بدو ورود بیمار بدقت اندازه گیری و ثبت گردد.

○ T: درجه حرارت بیمار

○ RR: تعداد تنفس در دقیقه

○ **PR:** تعداد نبض در دقیقه

○ **BP:** میزان فشار خون بیمار

❖ نحوه ورود بیمار به بخش: نحوه ورود بیمار به بخش بر مبنای، با پای خود، صندلی چرخدار یا سایر روشها را مشخص نمایید.

❖ لوله ها و اتصالات بیمار: منظور از لوله ها و اتصالات مواردی از قبیل **IV**، استومی، لوله تراشه، گچ، بخیه، شانت، آتل، پانسمان، تراکشن، پیس میکر، چست تیوب، سوند ادراری سوند معده، تراکئوستومی، شالدون، **CVLINE** و.... میباشد 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 ثبت نمایید.

۲- وضعیت ارتباطی:

❖ وضعیت هوشیاری: وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی نموده و بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.

❖ آگاهی به زمان و مکان: آگاهی بیمار از زمان را با پرسش اینکه (امروز چه روزی از هفته یا چه تاریخی است) و آگاهی به مکان را با پرسشی در خصوص مکان انجام ارزیابی بررسی کنید.

❖ زبان و نوع گویش: منظور زبانی است که بیمار با آن صحبت میکند در صورتیکه بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی یا زبان رایج آن منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به مترجم را ثبت نمایید.

❖ نحوه صحبت کردن: حین مصاحبه نحوه صحبت کردن بیمار از نظر وضوح، اشکال در تکلم، عدم توانایی در صحبت کردن و صحبت با اشاره را بررسی نمایید.

❖ توضیحات مربوط به عدم همکاری: اشاره به دلایلی همچون وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و... می باشد.

۳- بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

این محور بوسیله مصاحبه با بیمار/خانواده بیمار تکمیل میگردد.

شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار): منظور از شکایت اصلی بیان مشکل و علت مراجعه بیمار به پزشک از زبان خود بیمار یا همراه اومیباشد که باید عین عبارت بیمار یا همراه وی را ثبت نمایید. دانستن شکایت اصلی بیمار از این نظر مهم است که بیمار در فرایند ارزیابی شکایات متعددی را بین میکند که ممکن است ارتباطی به بیماری فعلی او ندارد.

و موجب انحراف در تشخیص ، درمان و مراقبت وی میگردد. به همین دلیل ثبت و اهمیت دادن به شکایت اصلی بیمار نقش مهمی در تشخیص بیماری و پیش بینی نیازهای درمانی مراقبتی بیمار را پیدا میکند.

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

❖ سابقه بستری شدن در بیمارستان: سابقه هر نوع بستری بیمار در بیمارستان بوسیله مصاحبه با بیمار و خانواده او بررسی و ثبت میشود. در صورت داشتن سابقه بستری تاریخ و علت آخرین بستری بیمار درج گردد.

❖ سابقه جراحی: در صورت داشتن سابقه جراحی نوع عمل قید گردد.

❖ سابقه بیماری: در این بخش سابقه بیماریهای جسمانی و روانی مهمی که بیمار قبلا یا در حال حاضر به آن مبتلا میباشد، را بررسی و ذکر نمایید.

❖ سابقه بیماری در خانواده: سابقه هر نوع بیماری جسمی و روانی در اعضای درجه یک خانواده بیمار مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن پاسخ نوع بیماری ثبت گردد.

❖ سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: در این بخش سابقه دریافت خون و فراورده های خونی و هر نوع واکنش به آنها قید گردد.

❖ عادات و عوامل خطر: عادات و ریسک فاکتورهای بیمار ثبت گردد.

❖ خواب و استراحت: در این بخش دو میزان خواب و عادات خواب بیمار بررسی میشود.

○ میزان خواب بیمار در طیفی طبیعی، کمتر از حد طبیعی، (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین میشود

○ مشکلات خواب: در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب، بی خوابی، خروپف، سندروم پای بیقرار در خواب، راه رفتن در هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوسها و وحشتهای شبانه) نوع آن ذکر شود.

۴- بخش حساسیتها:

○ در این بخش هر نوع حساسیت شامل دارویی، غذایی و محیطی را بررسی و در صورت مثبت بودن هر یک از آنها نوع واکنش از نوع خارش، التهاب و سوزش، تنگی نفس، کهیر و.... را ذکر نمایید.

۵- ارزیابی سیستمها:

در این بخش سیستمها را 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.

۶- بخش ارزیابی سوابق دارویی:

به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها ضروریست داروهای مصرفی قبل از بستری بیمار شناسایی شده تا با داروهای تجویز شده هنگام بستری از جهت ناهمخوانی و تداخل اثرات مورد ارزیابی قرار گیرد.

در این قسمت از ارزیابی لازم است داروهایی که قبل از زمان بستری در حال مصرف آن میباشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.

۷- بخش محدودیتها و توانایی ها:

این بخش از ارزیابی پرستار از بیمار بوسیله مصاحبه از بیمار/خانواده و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل میگردد.

محدودیتها:

❖ داشتن محدودیت شنوایی بصورت خیر و بله و ذکر نوع آن بصورت کم شنوایی یا ناشنوایی و در صورت جواب بله ذکر گوش راست یا چپ یا هر دو گوش.

❖ داشتن محدودیت بینایی بصورت بله یا خیر و ذکر نوع آن بصورت کم بینایی ، نابینایی و در صورت جواب بله ذکر چشم راست و چپ یا هر دو چشم.

○ **نقص و قطع عضو:** در صورت داشتن نقص عضو با قطع عضو در هر کدام از اندامها نوع نقص و اندام مربوطه را درج نمایید.

○ **وسایل کمکی و پروتزها:** در صورت استفاده بیمار از هر یک از پروتزهای کمکی و وسایل ذکر شده مقابل آن علامت زده شود.

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

۸- بخش ارزیابی تغذیه:

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

با انجام ارزیابی تغذیه بیمار در جریان وضعیت بیمار از نظر شاخصهای تغذیه قرار گرفته و با اطلاع از اینکه بیمار در معرض سوء تغذیه است، نظارت ویژه ای بر تغذیه او خواهد نمود.

آشنایی با وضعیت تغذیه ای بیمار منجر به شناسایی این بیماران و معرفی به پزشک و ارجاع به کارشناس تغذیه جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت سوء تغذیه میشود.

حمایت تغذیه ای از بیماران منجر به کاهش مدت ماندگاری آنان در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و کاهش مرگ و میر بیمار 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 (۱۹سال و بالاتر) از جمله مادران باردار بوده و برای ارزیابی اولیه تغذیه نوجوانان که به هر دلیل در بخش بزرگسالان بستری میشوند نیز با در نظر گرفتن شاخصهای تن سنجی و منحنیهای رشد آن گروه سنی قابل استفاده خواهد بود.

دستور العمل تکمیل:

در این قسمت ابتدا اندازه گیری وزن (با ترازوی استاندارد و با حداقل لباس و بدون کفش) و قد (با قد سنج استاندارد و مماس با دیوار) سپس محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از فرمول زیر انجام شود:

وزن (به کیلوگرم) = نمایه توده بدنی

مجذور قد بر حسب متر

در صورتی که اندازه گیری قد و وزن میسر نباشد از اطلاعات پرونده ای استفاده شود. اگر بیمار ادم یا آسیت داشته باشد در مرحله مربوطه غیر قابل ثبت شود.

در صورتی که **BMI** فرد کمتر از ۲۰ باشد مقابل بله و در غیر اینصورت خیر را ثبت شود.

در مورد کاهش وزن بیمار در سه ماهه اخیر از بیمار و همراه او سوال شود و اگر جواب مثبت بود در قسمت بلی و منفی بود در قسمت خیر علامت زده شود. (حداقل ۵٪ باشد مثلا بیمار ۷۰ کیلو گرمی به ۶۶/۵ کیلو گرم رسیده باشد).

از بیمار پرسیده شود که آیا بی اشتهایی در حدی بوده که چند وعده غذایی در هفته گذشته حذف شده باشد و جواب مثبت یا منفی ثبت شود.

تعیین بیماریهای ویژه:

با مصاحبه و مشاهده مشخص شود که آیا بیمار به یکی از بیماریهایی مانند (دیابت کنترل نشده، فشارخون بالا، بیماریهای قلبی عروقی، سرطان، سوختگی، CVA، نارسایی کلیه و همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماریهای نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماریهای انسدادی مزمن ریه COPD بیماران بستری در بخشهای ویژه ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل) پاسخ بله علامت زده شود. در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای نامبرده بود نیازمند مشاوره تغذیه می باشد.

در نتیجه ارزیابی تغذیه دو حالت وجود دارد:

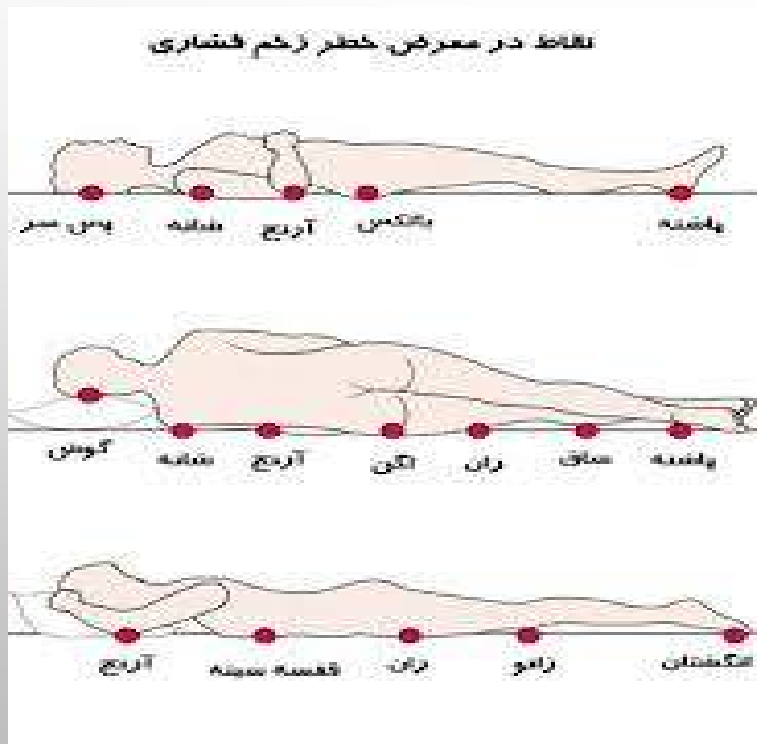
در صورتیکه حتی یک بله در پاسخ سوالات خورده باشد ارجاع به کارشناس تغذیه (با اطلاع به پزشک) شود.

در صورتی که در مرحله اول نیاز به ارجاع به کارشناس تغذیه نیست، کارشناس تغذیه برای بیمارانی که بیشتر از یک هفته بستری هستند با کمک پرستار بیمار را ارزیابی کرده و در صورت کاهش وزن، یا تغییر در تشخیص بیماری، ارزیابی مداخلات تخصصی تغذیه ای را انجام دهد.



بخش ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری:

به منظور ایمنی بیمار و پیشگیری ابتلا به زخم فشاری، طراحی شده و در ارزیابی مکرر بیمار مورد استفاده قرار میگیرد.



دستورالعمل تکمیل زخم بستر برادون BERADEN:

۱- در ابتدا بیمار از نظر زخم بستر ارزیابی میشود، بر حسب محل زخم، درجه زخم و ترشح، در صورت عدم وجود زخم استعداد زخم ارزیابی شود.

۲- اولین بخش ارزیابی سطح هوشیاری بیمار با دامنه ۴-۱ میباشد.

- عدم پاسخ به محرک دردناک

- پاسخ به تحریکات دردناک

- گاهی به دستورات کلامی پاسخ میدهد

- به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان میکند

یک امتیاز

۲ امتیاز

۳ امتیاز

۴ امتیاز

۳- دومین بخش، ارزیابی رطوبت پوست دامنه ۴-۱ پوست میباشد:

- ۱ امتیاز ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب می باشد.
- ۲ امتیاز ملحفه ها در هر شیفت، بدلیل خیس بودن تعویض میشود.
- ۳ امتیاز محلفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض میشود
- ۴ امتیاز محلفه ها روتین، بدلیل خیس بودن تعویض می شود.

۴- سومین بخش ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی با دامنه ۴-۱ :

- ۱ امتیاز محدودیت در تخت، اجازه خروج از را ندارد (CBR)
- ۲ امتیاز با صندلی چرخدار حرکت میکند
- ۳ امتیاز با کمک گاه‌ها راه میرود.
- ۴ امتیاز مرتباً بطور مستقل راه میرود.

۵- ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن با دامنه ۴-۱:

۱ امتیاز

کاملاً بدون حرکت میباشد

۲ امتیاز

تحرک خیلی محدود در تخت

۳ امتیاز

محدودیت حرکتی کم در تخت

۴ امتیاز

حرکت مستقل و بدون کمک در تخت

۶- ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه ۴-۱:

۱ امتیاز تغذیه بیمار کاملا ناکافی است ممکن است روزها ناشتا باشد.

۲ امتیاز تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق **NGT**

۳ امتیاز تغذیه ناکافی بطوریکه بیشتر از نصف غذایش را میخورد.

۴ امتیاز تغذیه کاملا خوب همه وعده غذایی را کامل میخورد.

۷- اصطکاک و سایش پوست بدن با دامنه ۱-۳ :

همواره موقع جابجایی روز ملحفه ها کشیده میشود. ۱ امتیاز

موقع جابجایی گاهی کمک میکند ولی باز هم قسمتهایی از بدن بیمار روی ملحفه سائیده میشود. ۲ امتیاز

بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود میباشد و روی ملحفه سائیده نمیشود.

۳ امتیاز

در مرحله آخر کلیه امتیازات جمع شده و در نهایت پایین ترین امتیاز ۶
میباشد.

۶-۹

خطر بسیار بالا

۱۰-۱۲

خطر بالا

۱۳-۱۴

خطر متوسط

۱۵-۱۸

مداخلات پیشگیرانه

۱۹-۲۳

بدون خطر

میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی در کاردکس و گزارش پرستاری بیمار بستری ثبت میشود.

ارزیابی این ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد و در کاردکس و گزارش پرستاری در هر شیفت ثبت گردد.

در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلا به زخم فشاری باشد برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.

ارزیابی احتمال خطر سقوط:

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

-بیمار را از نظر احتمال سقوط با بر اساس معیارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت بهداشت در راهنمای ابلاغی پیشگیری از سقوط ارزیابی نماید. (MORES)

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

در صورتیکه نتایج ارزیابی حاکی از ریسک بالای سقوط باشد برای بیمار دستبند زرد استفاده نماید.

میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در کاردکس و گزارش ثبت گردد.

ابزار **MORSE** از طریق مصاحبه تکمیل میگردد.

امتیاز هر ردیف صفر یا کامل میباشد.

در ردیف امتیازات، امتیاز مناسب تیک زده شود.

-تاریخچه سقوط قبلی در سه ماه گذشته دارای ۲۵ امتیاز بوده و در صورت عدم سابقه هیچ امتیازی به آن تعلق نمیگیرد.

-تشخیص ثانویه دارای ۱۵ امتیاز بوده که در صورت داشتن بیش از یک بیماری تعریف میشود و در صورت عدم ابتلا به بیماری هیچ امتیازی به آن تعلق نمیگیرد.

در رابطه با کمک گرفتن از وسائل داخل اتاق (صندلی، کمد،.....) ۳۰ امتیاز در صورت استفاده از ابزار کمکی (واکر، عصا و) ۱۵ امتیاز و در صورت استراحت در تخت، استراحت مطلق، کمک گرفتن از پرستار و یا عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی و استفاده از ویلچر هیچ امتیازی به آن تعلق نمیگیرد.

داشتن هپارین لاک یا سرم ۲۰ امتیاز داشته، عدم وجود هر کدام امتیازی قائل نمیشویم.

وضعیت ذهنی، در این قسمت توانایی بیمار برای حرکت از دیدگاه بیمار با سوال (آیا میتواند به تنهایی به دستشویی برود یا نیاز به کمک دارد) سنجیده میشود. و در صورتی که پاسخ بیمار با شرایطش همخوانی داشت صفر میگیرد. و اگر پاسخ حقیقی نباشد یا با شرایطش در تضاد باشد ۱۵ امتیاز.

در نهایت همه امتیازها با هم جمع میشود:

امتیاز ۲۴-۰	ریسک پایین
امتیاز ۲۵-۵۰	ریسک متوسط
امتیاز ۵۱ و بیشتر	ریسک بالا

غربالگری و بررسی درد:

از طریق مصاحبه و مشاهده و تکمیل فرم مربوطه ارزیابی میشود. در امتیاز دهی بدور عدد مورد نظر خط بکشید.

برابر با	نشانگر
صفر	فقدان ناراحتی
دو	درد خفیف
چهار	درد اندکی بیشتر
شش	درد باز هم بیشتر
هشت	درد تمام عیار
ده	بدترین درد

✓ 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

✓ عواملی که درد را بدتر میکند

✓ عواملی که درد را بهبود میبخشد

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

ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری:

این بخش از فرم بررسی نیاز به خدمات مددکاریست. بعد از علامت زدن در صورت مثبت بودن هر یک از موارد مندرج به واحد مددکاری بیمارستان اطلاع دهید.

۱- گروه پر خطر اجتماعی: کودک آزاری، دختر 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 / خاص،

بیماریهای صعب‌العلاج و نادر به شرح ذیل از مصادیق آسیب اجتماعی است و چنانچه بیمار دارای هر یک از این مصادیق باشد ضروریست که گروه پرخطر اجتماعی علامت زده شود.

➤ بیماریهای خاص شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز

➤ بیماریهای صعب‌العلاج مثل MS، سرطان و دیابت

➤ بیماریهای نادر شامل EB، PKU، (سندروم پوست پروانه ای).

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

۳- عدم حضور همراه موثر.

۴- ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی.

بخش ارزشهای مذهبی:

باورهای مذهبی و فرهنگی خاص بیمار و خانواده وی که بر روی درمان تاثیر میگذارد
بایستی توضیح داده شود(ارتباط با شیاطین، رسوخ جن در جسم بیماران مبتلا به
اختلالات روان، گناهکار بودن بیمار و....) و در صورت ناتوانی در ارزیابی بدلیل شرایط
بیمار گزینه غیر قابل ارزیابی انتخاب میشود.

نیازهای آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

- بر اساس مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات پرونده تکمیل میگردد.
- تمایل به یادگیری بیمار
- توانایی یادگیری بیمار
- موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت‌های جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی.
- ذکر نوع نیاز آموزشی بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آنها، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسیجرهای تشخیصی-درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم‌های حمایتی.

نیاز به بررسی های بیشتر:

در این قسمت بعد از بررسی های پرستار از بیمار، نیاز بیمار به بررسی های بیشتر از نظر:

مدیریت درد، روانپزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی، تغذیه ای، بازتوانی و ذکر سایر موارد مورد نیاز مشخص شود.

طبقه بندی سطوح مراقبتی بالغین:

سطح مراقبتی بیمار پس از ارزیابی اولیه پرستار از بیمار مشخص میشود.
با توجه به تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه
علاوه بر

کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، بعنوان مبنایی برای مقایسه در ارزیابی های
مکرر بیمار میباشد.

سطوح طبقه بندی شده مراقبتی بالغین:



۱- قادر به مراقبت از خود

۲- مراقبت جزئی

۳- مراقبت متوسط

۴- مراقبت شدید

۵- مراقبت ویژه

طبقه یک قادر به مراقبت از خود:

۱- **فعالیت‌های روزمره زندگی (DALY LIVING):**

- خوردن و آشامیدن: بیمار خود قادر به خوردن و آشامیدن میباشد و نیاز به کمک اندک دارد.

- نظافت و آراستگی: تقریبا کاملا به خود متکی میباشد.

- دفعی: خود به تنهایی یا تقریبا تنها به توالت میرود. بی اختیاری ادراری ندارد.
راحتی: بیمار به خود متکی است.

۲- سلامت عمومی (**GENERAL HEALTH**): خوب، بیمار جهت یک پروسیجر تشخیصی یا جراحی ساده و جزئی پذیرفته شده است.

۳- آموزش و حمایت عاطفی روانی (**TEACHING AND EMOTIONAL SUPPORT**)
آموزش روتین برای پروسیجرهای ساده و آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان.
واکنشهای غیر معمول عاطفی ندارد.

بیمار ممکن است نیاز به آگاه شدن به زمان و مکان و شخص در هر شیفت داشته باشد.

۴- درمانها و داروها (**TREATMENT&MEDICATION**)
ندارد یا درمان ساده دارد.

طبقه دو مراقبت جزئی:

۱- **فعالیت‌های روزمره زندگی (DALY LIVING):**

خوردن و آشامیدن: بیمار نیازمند کمک در آماده کردن غذا، پوزیشن گرفتن یا تشویق به خوردن دارد. میتواند به تنهایی غذا بخورد.

نظافت و آراستگی: اکثریت موارد مراقبتی بدون کمک یا با کمک جزئی برای بیمار انجام میگردد.

دفعی: نیاز به کمک جهت رفتن به توالت، یا استفاده از لوله ادراری دارد، بی اختیاری ادراری یا تجربه بی اختیاری ادراری استرسی یا قطره قطره ادرار کردن را ندارد.

راحتی: به خودی خود میچرخد یا با کمک جزئی می چرخد.

سلامت عمومی (GENERAL HEALTH)

آموزش و حمایت عاطفی و روانی (TEACHING & EMOTIONAL SUPPORT)

نیازمند ۵ تا ۱۰ دقیقه در هر شیفت برای آموزش و حمایت روانی عاطفی دارد. بیمار ممکن است بصورت جزئی گیج بوده و حالت تهاجمی داشته اما بخوبی توسط داروها، آگاه نمودن مکرر یا محدود کننده کنترل میگردد.

درمانها و داروها (TREATMENT & MEDICATION):

۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر شیفت نیاز دارد.

طبقه ۳ مراقبت متوسط:

بیمار ممکن است نیازمند کمک در آشامیدن، نظافت، دفع و استفاده از لگن و چرخیدن در تخت باشد.

در زمینه سلامت عمومی بیمار در وضعیت حاد یا امکان بروز آن بوده، نیازمند مانیتورینگ عاطفی یا فیزیولوژیک هر دو تا ۴ ساعت میباشد.

بیمار در هر شیفت نیاز به ۱۰ تا ۳۰ دقیقه آموزش یا حمایت عاطفی میباشد، ممکن است بیمار گیج یا آژितه باشد. در هر شیفت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بایستی از نظر اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک بررسی شود. مکن است نیازمند بررسی وضعیت مغزی یا شناختی هر یک ساعت باشد.

طبقه ۴ مراقبت شدید:

در خوردن و آشامیدن نیازمند کمک یا بلع مختل و از راه لوله معده ،
نظافت، حمام، مراقبت از مو و دهان، توسط کمکی، نیازمند دو نفر برای چرخاندن در
تخت، در هر شیفت دو بار دفع بی اختیار دارد.

نیازمند مانیتورینگ مداوم از نظر خونریزی، کاهش مایعات و حملات حاد تنفسی
میباشد.

بیمار ممکن است گیج ، بی قرار و عصبی ، آژیته بوده نیازمند مهار فیزیکی و شیمیایی
باشد.

در هر شیفت بیش از ۶۰ دقیقه زمان صرف دارودهی به بیمار شده و نیازمند دو نفر میباشد.

وضعیت روانی و مغزی بیمار باید هر یکساعت مشاهده شود.

طبقه ۵ مراقبت ویژه:

نیازمند مانیتورینگ و مشاهده یک پرستار به یک بیمار در تمام مدت دارد. در سیستم تعیین وضعیت و خامت حال بیماران دامنه ای از یک (کاملاً قادر به مراقبت از خود) تا ۵ (بیماران با وضعیت ویژه) دارد که برای تعیین ساعات مراقبت پرستاری مورد نیاز است.

تشخیص‌های پرستاری:

مهمترین تشخیص‌های پرستاری که از نتایج ارزیابی حاصل شده جهت تنظیم و الویت بندی برنامه مراقبتی درج شود.

تشخیص‌های پرستاری سیستم به سیستم بر اساس نتایج ارزیابی پرستار و مشخص شدن لیست مشکلات بیمار بر حسب الویت و همچنین بالقوه و بالفعل نوشته شده و برنامه مراقبتی طراحی شده و به بیمار مراقبت‌های لازم داده خواهد شد.



انواع تشخیص‌های پرستاری (NURSING DIAGNOSIS)

۱- تشخیص‌های واقعی (ACTUAL):

بالفعل بوده و علائم و نشانه‌ها در بیمار مشاهده می‌شود.

۲- پر خطر (HIGH RISK):

شواهدی از علائم خطرزا وجود دارد ولی علائم بروز نکرده است.

۳- احتمالی (POSSIBLE): احتمال بروز دارد ولی هنوز مشهود نیست.

مثال:

- کاهش ناگهانی ذخیره قلب در ارتباط با افزایش کار قلب بدنبال افزایش بازگشت وریدی.

- اختلال در خواب و استراحت در ارتباط با تنگی نفس و اضطراب.

- محدودیت در حرکات بدلیل استفاده از تراکشن، گچ و سایر وسائل محدود کننده بیمار.

آنچه باید بدانیم!
فراگیران



استاندارد اعتبار بخشی:

ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی معین به منظور ساماندهی و یکپارچه سازی فرایند، تاکید بر اثر بخشی بیشتر مراقبت و درمان، با استفاده از نتایج و تسلط پرستاران از تفاوت‌های فردی بیماران در حین مراقبت، تاکید بر ارزیابی اولیه دقیق پرستاری و نقش آن در مراقبت و درمان در اعتبار بخشی منظور شده است و از سنج‌های اساسی می‌باشد.

آموزه های قانونی در ثبت و تکمیل چک لیستهای ارزیابی اولیه بیمار:

اگر قصوری مطرح شده و پرونده بیمار به مراجع قانونی ارجاع شود، در کارشناسی پزشکی قانونی یکی از موارد بررسی مستندات پرونده بیماران از جمله ارزیابی اولیه و نتایج آن و تشخیصها و مراقبتها و درمانهای ارائه شده به بیمار است.

اگر تضادی بین مکتوبات با عملکرد مراقبتی درمانی بیمار، یا نقص در مستندات پرونده ای وجود داشته باشد، منجر به محکومیت کادر درمانی از جمله پرستاران خواهد شد.

همچنین اگر بدلیل عدم انجام ارزیابی اولیه از بیمار در زمان ابلاغ شده از طرف بیمارستان، بیمار متحمل صدمه ای گردد، قصور پرستاری محسوب خواهد شد.

موفق باشید

