

ASSESSMENT

A.Mohsenipour
M.Mohsenabadi
CCN.MMEEEd

The Nursing Process

بررسی و شناخت

Assessment •

تشخیص پرستاری

Nursing Diagnosis •

برنامه ریزی

Planning •

اجرا

Implementation •

ارزشیابی

Evaluation •

مراحل بررسی و شناخت (جمع آوری داده ها)

□ زمان



□ منابع جمع آوری داده ها:

□ بیماران و نزدیکان

□ ثبت های پزشکی و پرستاری

□ نتایج مطالعات آزمایشگاهی و تشخیصی

□ مشاوره با سایر اعضای تیم

□ سایر ذی نفع ها مانند: شرکت های بیمه

□ مراقبت دهندگان



اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

۱. ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بزرگسال بخش های بستری انجام شود. ارزیابی بیماران روان، کودک بر اساس فرم های ویژه این بخش ها انجام خواهد شد.
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.

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

- *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 در بخش های دیالیز طبق فرم ارزیابی اولیه ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۰/۱۱۳۰۹ مورخ ۹۰/۱۲/۱۵ انجام گردد.
۴. ارزیابی اولیه نوزاد بیمار تا تدوین و ابلاغ فرم های مربوطه بر اساس دستورالعملهای ابلاغی معاونت بهداشت انجام گردد.
۵. فرم ارزیابی اولیه در بخش شیمی درمانی سرپایی و تالاسمی سرپایی توسط بیمارستان تدوین گردد.
۶. 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.
۷. 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.

اصول کلی ثبت در فرم ارزیابی اولیه بیمار

***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.

۸. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه بیمار بایستی در فرم ارزیابی اولیه ثبت گردد.

۹. 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 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 روان ضروری است ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی بیمار اعصاب و روان نیز انجام شود.

۱۰. 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 پرسید.
- هدف و اهمیت مصاحبه و ارزیابی را به بیمار / خانواده توضیح دهید.
- از سوالات باز برای ارزیابی و بررسی بیمار استفاده کنید.
- سوالات را جدا جدا پرسیده و از طرح چند سوال همزمان خودداری فرمایید.
- بر اولویتهای بیان شده و موضوعات مهم بیمار 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

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:

ساعت شروع ارزیابی:

میزان تحصیلات: دین: وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ سایر ☐ نام پیرید
بیماران خانم: وضعیت بارداری: بله ☐ خیر ☐ وضعیت شیر دهی: بله ☐ خیر ☐

- 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.
- 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.

بخش اطلاعات پایه:

منبع اطلاعات: ☐ بیمار ☐ همراه ☐ (با ذکر نسبت)..... مشخصات فردی که در مواقع ضروری به توان با او تماس گرفت (نام و شماره تماس).....

- منبع اطلاعات: بیمار، خانواده بیمار یا سایر منابع با ذکر آن می باشد که در این قسمت امکان انتخاب بیش از یک مورد وجود دارد.
- مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت: ذکر مشخصات فردی که به تشخیص بیمار یا خانواده در مواقع مورد نیاز کادر پرستاری می توانند با او تماس بگیرند.

علائم حیاتی بدو ورود:

- **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

بخش اطلاعات پایه

نحوه ورود:

با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکارد ☐ سایر ☐ نام ببرید

لوله و اتصالات بیمار:

- 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

وضعیت ارتباطی:

سطح هوشیاری: هوشیار ☐ خواب آلوده ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐ آگاهی به زمان و مکان و شخص: دارد ☐ ندارد ☐
زبان و نوع گویش: نیاز به مترجم دارد: بله ☐ خیر ☐
نحوه صحبت کردن: واضح ☐ اشکال در تکلم ☐ عدم توانایی در صحبت کردن ☐ با اشاره ☐
وضعیت همکاری: دارد ☐ ندارد ☐ با ذکر دلیل

- وضعیت هوشیاری: وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی و بر اساس موارد هوشیار، خواب آلوده، گیج و بدون پاسخ انتخاب نمایید.
- آگاهی به زمان و مکان: آگاهی بیمار به زمان را با پرسشی نظیر "امروز چه روزی از هفته یا چه تاریخی است" و آگاهی به مکان را با پرسشی در خصوص محل انجام ارزیابی بررسی نمایید.
- زبان و نوع گویش: منظور از زبان زبانی است که بیمار با آن صحبت می کند. در صورتی که بیمار قادر به صحبت به زبان فارسی و یا زبان رایج منطقه نباشد و جهت ارتباط با کادر درمان نیاز به مترجم داشته باشد، نیاز بیمار به ترجمه را درج نمایید.
- نحوه صحبت کردن: حین مصاحبه نحوه تکلم بیمار را از نظر وضوح، اشکال در تکلم، عدم توانایی در صحبت کردن و صحبت با اشاره را بررسی نمایید.
- توضیحات مربوط به علت عدم همکاری: اشاره به دلایلی همچون وجود موانع ارتباطی مثل زبان، وضعیت خلقی و عاطفی بیمار و.. می باشد.

بخش تاریخچه سلامت و بیماری:

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

شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):	علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):
سابقه بستری: ندارد ☐ دارد ☐	تاریخ آخرین بستری: علت آخرین بستری:
سابقه جراحی: ندارد ☐ دارد ☐ ذکر نوع عمل جراحی:	
سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی) ندارد ☐ دارد ☐ در صورت داشتن سابقه نام بیماری:	
سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): خیر ☐ بله ☐ نام بیماری: نسبت فرد با بیمار ذکر شود:	
سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: خیر ☐ بله ☐ سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی: خیر ☐ بله ☐ ذکر نوع واکنش: نمی داند ☐	
عادات و عوامل خطر: سوء مصرف دارو ☐ سوء مصرف موادمخدر ☐ مصرف الکل ☐ مصرف سیگار ☐ مصرف قلیان ☐ سابقه کار با مواد شیمیائی ☐ سابقه کار در معدن ☐	
داشتن حیوان خانگی ☐ سایر ☐ نام ببرید:	
خواب و استراحت: ۱- میزان خواب: طبیعی ☐ کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) ☐ بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) ☐	
۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐ نام ببرید:	

شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار)

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:

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 جراحی:

در صورت داشتن سابقه جراحی نوع عمل جراحی ذکر شود.

سابقه بیماری:

در این بخش سابقه بیماریهای جسمی یا روانی مهمی 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.

سابقه ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی:

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

عادات و عوامل خطر:

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

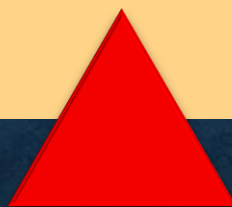
خواب و استراحت:

در این بخش ۲ موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود. ۱- میزان خواب بیمار در طیفی شامل طبیعی، کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین می شود که ۲- مشکلات خواب: 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) نوع آن ذکر شود.

بخش حساسیتها:

حساسیت دارویی:	☐ خیر	☐ بله	☐ نمی داند	نوع دارو:.....	*نوع واکنش:
حساسیت غذایی:	☐ خیر	☐ بله	☐ نمی داند	نوع غذا:.....	*نوع واکنش:

۱. در این بخش سابقه هر نوع حساسیت شامل 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 دارویی دستبند قرمز برای بیمار استفاده نمایید و توجه داشته باشید سابقه حساسیت روی دستبند قید نشود.



ارزیابی سیستم ها:

در این بخش سیستم ها بر اساس مصاحبه با بیمار و خانواده، مشاهده و معاینه پرستار مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در هر سیستم مقابل گزینه مورد نظر علامت زده و مشکل را نام برده یا توضیح دهید.

۱. عصبی: سرگیجه ☐ عدم تعادل ☐ سردرد ☐ تشنج ☐ کرخی و بیحسی ☐ مردمک ها: قرینه ☐ غیر قرینه ☐ سایر توضیحات:
۲. قلبی و عروقی: نبض: سینوسی ☐ تاکی کاردی ☐ برادیکاری ☐ سیانوز ☐ واریس ☐ ادم ☐ سایر توضیحات:
۳. تنفسی: بدون مشکل ☐ تنفس عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ آپنه ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه ☐ در زمان استراحت ☐ ارتوپنه ☐ سیانوز ☐ هموپتزی ☐ کلایینگ ☐ اکسیژن تراپی ☐ سایر توضیحات:
۴. گوارش: رژیم غذایی خاص: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید: شکایت از: تهوع ☐ استفراغ ☐ اختلال بلع ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ نفخ ☐ سایر توضیحات:
۵. ادراری تناسلی: بدون مشکل ☐ پلی اوری ☐ اولیگوری ☐ سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ هماچوری ☐ عفونت ☐ دیالیز ☐ سایر موارد ☐ نام ببرید:
۶. پوست: بدون مشکل ☐ رنگ پوست: سیانوز ☐ رنگ پریده ☐ زرد ☐ درجه حرارت پوست: گرم ☐ سرد ☐ تعریق ☐ تورگور پوست: طبیعی ☐ ضعیف ☐ زخم ☐ ترشحات ☐ سایر توضیحات:
۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل ☐ گزگز ☐ فلج ☐ اسکلیوز ☐ سایر توضیحات:
۸. روحي و روانی ظاهر کلی: مرتب ☐ ژولیده ☐ سایر ☐ نام ببرید: آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله ☐ خیر ☐ وضعیت رفتاری: آرام ☐ بی قرار ☐ پر خاشگر ☐ سایر: سابقه اقدام به خودکشی: دارد ☐ ندارد ☐ سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد ☐ ندارد ☐
۹. سایر سیستم ها: وجود مشکل: بله ☐ خیر ☐ ذکر سیستم و مشکل:

ارزیابی سابقه 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.

Look Alike Sound Alike (LASA) Drugs

- داروها با نوشتار مشابه یا آوای مشابه که به این دلیل در صورت عدم وضوح دست خط پزشک یا دستورات تلفنی یا شفاهی، ممکن است باعث بروز خطا در تحویل نسخه شوند.
- مثال های این داروها عبارتند از کلرپرومازین و کلردیازپوکساید، مترونیدازول و متفورمین و متوترکسات

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

محدودیت ها و توانایی 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.

۱- محدودیت ها:

شنوایی: خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و گوش مبتلا:

بینایی: خیر ☐ بله ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع محدودیت و چشم مبتلا:

نقص و قطع عضو: بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ بله ذکر نوع نقص و اندام مربوطه: (نام ببرید)

۲- وسایل کمکی و پروتزها: ندارد ☐ دارد ☐ بر اساس موارد زیر مشخص نمایید.

عصا ☐ واکر ☐ ویلچر ☐ چوب زیربغل ☐ پروتز اندام ☐ دندان مصنوعی ☐ پروتز چشمی ☐ سمعک ☐ عینک ☐ سایر ☐ با ذکر نام

۳- توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار: بله ☐ خیر ☐

۴- انجام فعالیت روزانه زندگی:

غذا خوردن:	☐ مستقل	☐ وابسته (نیازمند کمک)
لباس پوشیدن:	☐ مستقل	☐ وابسته (نیازمند کمک)
استحمام:	☐ مستقل	☐ وابسته (نیازمند کمک)
دستشویی رفتن:	☐ مستقل	☐ وابسته (نیازمند کمک)
تحرک و جابجایی:	☐ مستقل	☐ وابسته (نیازمند کمک)

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

*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 شاخص های تن سنجی و منحنی های رشد آن گروه سنی قابل استفاده خواهد بود.

وزن :	قد :	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):	زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):
(۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله ☐ خیر ☐ غیر قابل ارزیابی ☐ در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ است؟ بله ☐ خیر ☐			
(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله ☐ خیر ☐			
(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله ☐ خیر ☐			
(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله ☐ خیر ☐			
نتیجه ارزیابی: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله ☐ خیر ☐ ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله ☐ خیر ☐			
*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است			

دستور العمل تکمیل

سوالات ارزیابی تغذیه ای، 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.

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

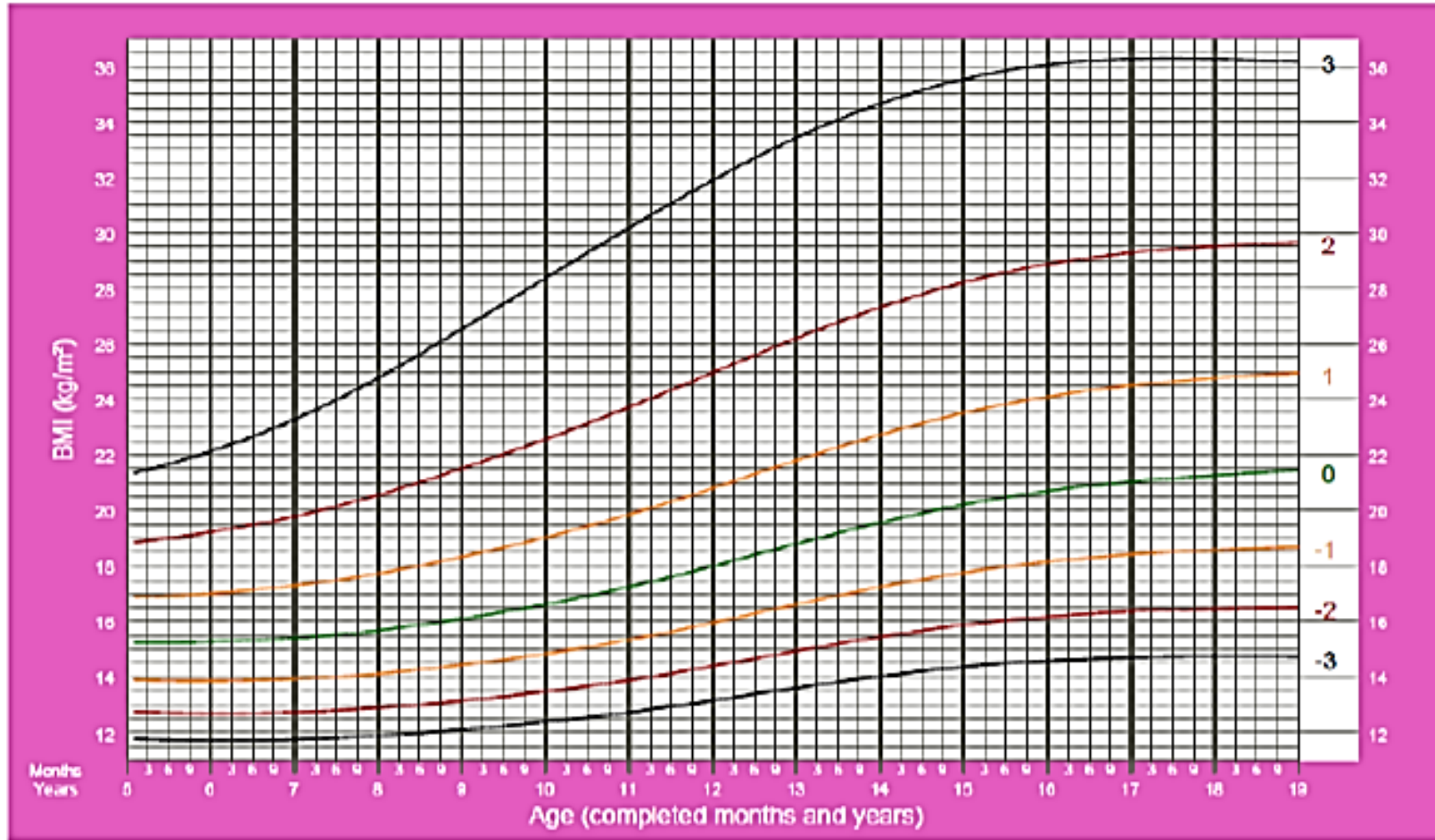
لازم است کنترل دوره‌ای ترازو از جهت دقت و سلامت صورت گیرد تا وزن و در نتیجه BMI به دست آمده دقیق باشد.

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 پاسخ گویی 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.

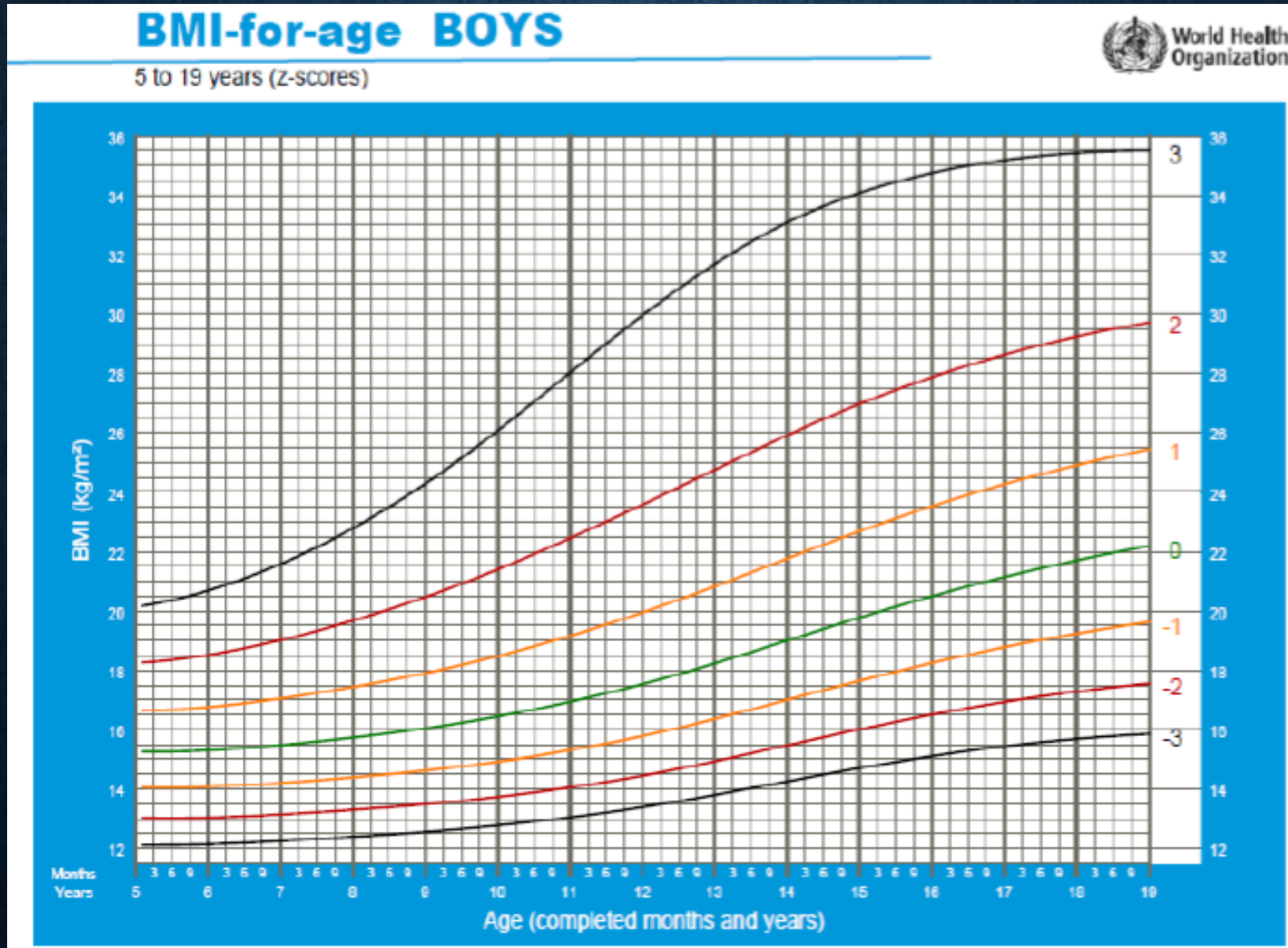
منحنی وزنگیری (Z-Score) کودکان ۵ تا ۱۱ سال (دختر)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



منحنی وزنگیری (Z-Score) کودکان ۵ تا ۱۱ سال (پسر)



کاهش وزن:

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.

بی‌اشتهایی و کاهش دریافت غذا:

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؟

بیماری ویژه:

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 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 فوق الذکر 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 (مثلا ناشی از بیماریهای گوارشی)، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای گوارشی، بیماریهای مادر زادی و بیماریهای متابولیک می باشد.

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 تغذیه ای 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.

ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

تعریف زخم فشاری: صدمه و ایسکمی بافتی به علت فشار برطرف نشده روی برجستگی استخوانی و پوست

اتیولوژی:

۱- فشار

۲- نیروهای شریک شونده (رطوبت

۳- اصطحکاک (پوست بیمار بر روی ملحفه کشیده شود)

*در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.

☐ دارد

☐ ندارد

احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری:

ریسک فاکتورهای ایجاد زخم:

• بی حرکتی (بیماران وابسته به تخت و صندلی)

• رطوبت (بی اختیاری ادرار و مدفوع)

• تغذیه نامناسب

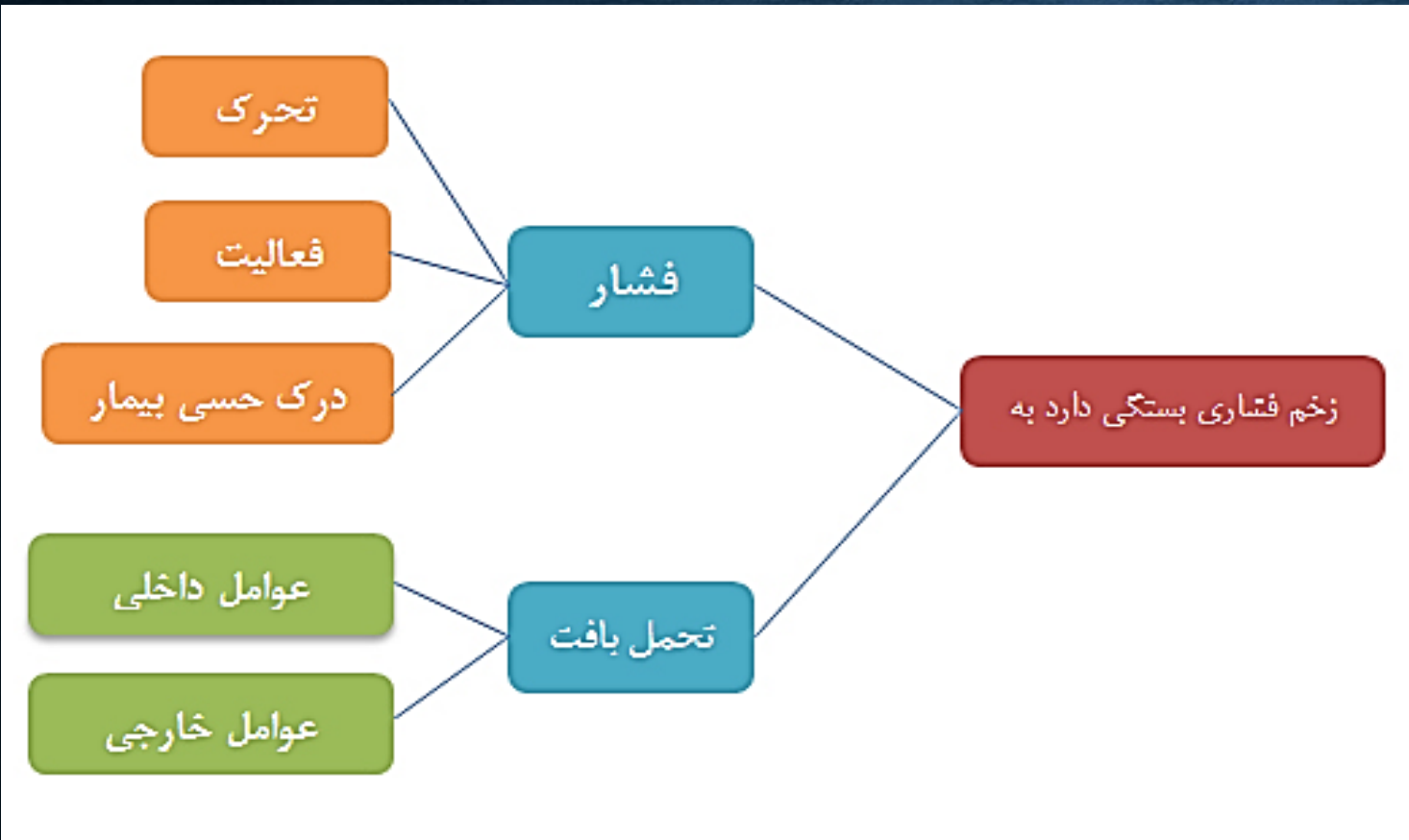
• دیابت

• چاقی بیش از حد و لاغری مفرط

• بهداشت نامناسب

• مردان

• آسیب حسی



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.



- 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.
- 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.

محل ایجاد زخم فشاری:

- بیشترین محل زخم ساکروم (در پوزیشن سمی فالرز-بیماران وابسته به صندلی

- پاشنه پا (در پوزیشن خوابیده به پشت-در بیماران دیابتی-تراکشن پا-بیحرکت)

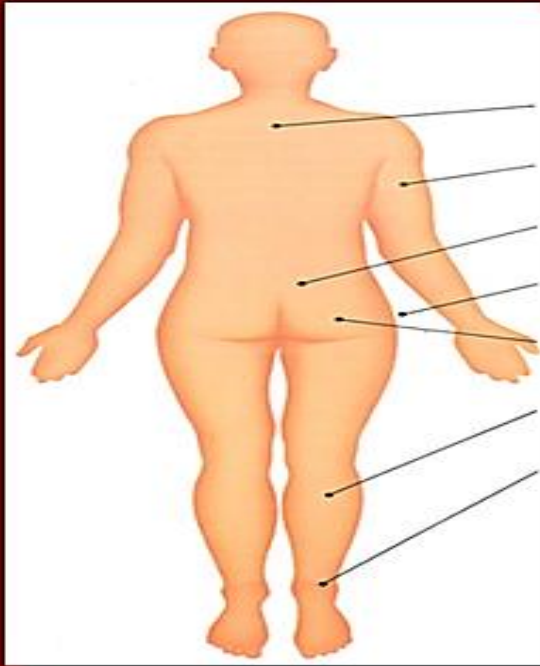
- تروکانتر (هیپ) (در پوزیشن لترال)

- ایسکیوم (نشیمنگاهی) (در پوزیشن نشسته-در پاراپلژی)

- محل‌های غیر شایع (گوش-سر -پس سر-بینی)

- محل بریس-سند اکسیژن-لوله معده-لوله تراشه

میزان ابتلا به زخم در نقاط مختلف بدن



تنگه ۷.۴٪

اندام فوقانی ۷.۳٪

ساکروم ۷.۳۱٪

تروکانتر ۷.۱٪

باتکس ۷.۲۷٪

اندام تحتانی ۷.۵٪

پاشنه پا ۷.۲۰٪

ارزیابی خطر زخم فشاری با ابزار برادن (BRADEN SCALE):

Braden Scale برترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی می کند. این ابزار دارای ۶ معیار ارزیابی خطر است که در آن ابعاد اساسی ایجاد زخم فشاری (علت و شدت زخم- تحمل بافت نسبت به فشار) مورد توجه قرار می گیرد. این ارزیابی سیستماتیک است و باید در زمان پذیرش و نهایتاً تا ۶ ساعت پس از پذیرش بیمار انجام شود.

زیر طبقه های ابزار برادن SCALE BRADEN

۱	درک حسی	Sensory Perception
۲	رطوبت پوست	Moisture
۳	فعالیت	Activity
۴	تحرک	Mobility
۵	تغذیه	Nutrition
۶	اصطکاک و کشش	Friction & Shear

۱- ادراک حسی

۲- رطوبت

۳- فعالیت

۴- تحرک

۵- تغذیه

۶- سایش و کشش

ادراک حسی:

توانایی بیمار به پاسخ معنی دار به فشاری که ایجاد ناراحتی می کند.
به هر آیتم نمره ۴-۱ داده داده می شود.

نمره ۱ : محدودیت دارد. پاسخ نمی دهد احساس درد ندارد مانند بیمار دیابتی

نمره ۲: اختلال حسی دارد. در حد ناله هوشیاری دارد.

نمره ۳: محدودیت خفیف . مشکل حسی قابل توجه دارد.

نمره ۴: بدون محدودیت و قدرت گفتن درد

رطوبت:

نمره ۱: دائما پوست مرطوب دارند. تعریق زیاد، بی اختیاری مدفوع و ادرار

نمره ۲: مرطوب نیاز به تعویض ملحفه هر شیف

نمره ۳: گاهی مرطوب. لایه روین ملافه مرطوب بوده و نیاز به تعویض روزانه دارد

نمره ۴: پوست خشک تعویض ملحفه بصورت روتین

• فعالیت بیمار: خروج از تخت

- نمره ۱: وابسته به تخت و بدون خروج از تخت
- نمره ۲: در حد پایین آمدن از تخت و نشستن روی صندلی با کمک
- نمره ۳: قدم زدن گاه گاه توسط خود بیمار
- نمره ۴: بدون محدودیت و در حال حرکت حداقل ۲ بار در روز از اتاق خارج می شود.

• تحرک: تغییر پوزیشن و کنترل پوزیشن

- نمره ۱: کاملاً بی حرکت
- نمره ۲: محدودیت زیاد. حرکات گاه گاه و ناتوان در انجام حرکت
- نمره ۳: خفیف. مداوم در تخت حرکت می کند
- نمره ۴: بدون محدودیت. بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد.

• تغذیه:

- نمره ۱: خیلی ضعیف. هیچ وقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند. **NPO** است. مایعات کافی نمی گیرد. بیماری که بیش از ۵ روز **NPO** است.
- نمره ۲: احتمال ناکافی. ندرتا غذای کافی می گیرد. گاهی مکمل اسفتاده می کند.
- نمره ۳: کافی. تغذیه با **NG Tub** یا **TPN**
- نمره ۴: عالی. مصرف همه انواع غذا و بدون نیاز به مکمل

• کشش و سایش:

- نمره ۱: فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد. مستقل نیست (بیمار بی قرار)
- نمره ۲: حداقل کمک را برای جابجا شدن در تخت نیاز دارد.
- نمره ۳: راحت در تغیر پوزیشن و حرکت

پس از پایان بررسی شماره مناسب هر حیطة را به بیمار بدهید

کاهش	تغذیه	حرکت	فعالیت	رطوبت	درک حسی	
	عالی	بدون محدودیت	اغلب راه می‌رود	به ندرت مرطوب	فاقد اختلال	۴
بدون مشکل واضح	کافی	محدودیت جزئی	گاه‌گاه راه می‌رود	گاه‌گاه مرطوب	محدودیت جزئی	۳
مشکل بالقوه	احتمالاً ناکافی	خیلی محدود	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی مرطوب	خیلی محدود	۲
مشکل	خیلی ضعیف	کاملاً بی حرکت	وابسته (محدود) به تخت	مداوم مرطوب	کاملاً محدود	۱

- پس از پایان بررسی شماره مناسب هر حیطة را به بیمار بدهید و با جمع آنها نمره کل را برای بیمار منظور کنید و معین کنید بیمار در کدام یک از گروه های زیر قرار می گیرد.

۲۳-۱۹	هیچ خطری برای بیمار وجود ندارد
۱۸-۱۵	نیاز به مداخلات پیشگیرانه وجود دارد
۱۴-۱۳	خطر متوسط وجود دارد
۱۲-۱۰	خطر بالایی وجود دارد
۹-۶	خطر خیلی بالایی وجود دارد

نکته:

بسیار حائز اهمیت است که مطمئن شویم بیماران در معرض خطر زخم فشاری مراقبت پرستاری مناسبی دریافت می کنند. تمرکز و توجه پرستاران باید متمرکز روی حیطة ها و زیر مجموع هر حیطة در ابزار برادن باشد و سطح خطر به درستی شناسایی شود. به عنوان مثال دو بیمار می توانند نمره یکسانی کسب کنند اما یک بیمار در معرض خطر است چون فقر غذایی دارد ، در حالیکه بیمار دیگر در معرض است چون وابسته به تخت بوده و قادر به راه رفتن نمی باشد. هر دو این بیماران کاملاً نیازهای مداخلاتی متفاوت جهت کاهش خطر ایجاد زخم فشاری را دارا می باشند.

• مداخلات پیشگیری

- الف- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۱۸-۱۵ است (**At Risk**)
- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید
- به بیمار کمک کنید تا جاییکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند
- پاشنه های بیمار را محافظت کنید
- از سطوح توزیع فشار استفاده کنید
- رطوبت، تغذیه، کشش و ... را کنترل کنید
- به کمک یک سطح بالاتر خطر بروید اگر فاکتورهای اصلی خطر دیگری هم وجود دارد

- **ب- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۱۳-۱۴ است Moderate Risk** همان پروتکل بیماران **At Risk** را استفاده کنید

- بیمار را با زاویه ۳۰ درجه متمایل به یک پهلو بخوابانید و از **foamwedge** استفاده کنید

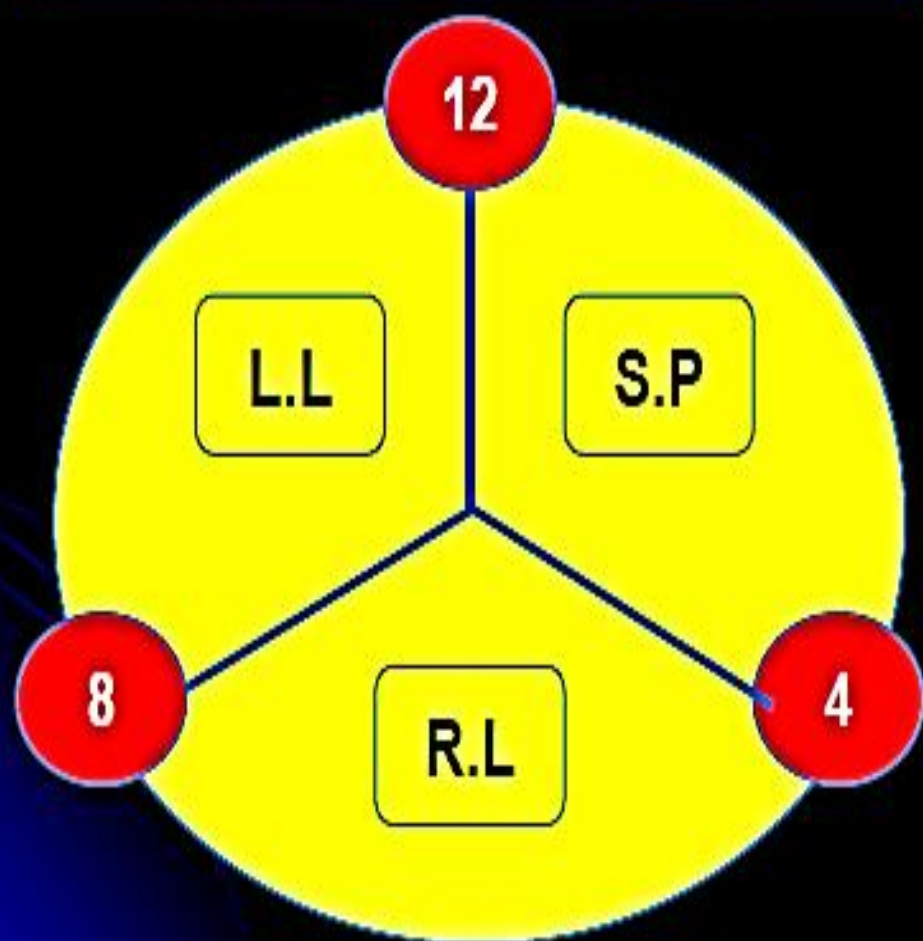
- **ج- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۱۰-۱۲ است High Risk** همان پروتکل بیماران **Moderate Risk** است.

- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییرات کوچکی در پوزیشن او ایجاد کنید.

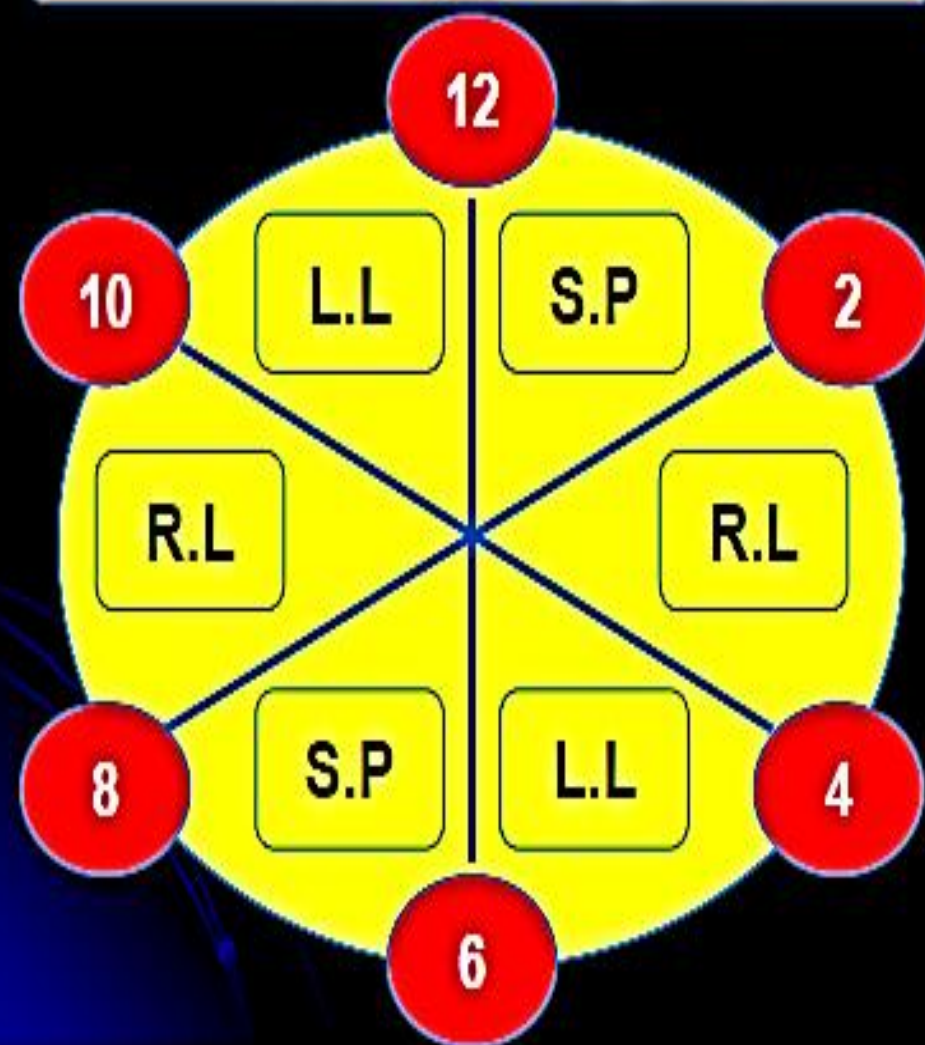
- **د- مداخلات پیشگیری در بیمارانی که نمره کل آنها ۹ است Very High Risk** همان پروتکل بیماران **High Risk** است.

- برای بیمارانی که درد شدید دارند یا فاکتورهای خطر دیگری هم اضافه شده است از یک سطح توزیع فشار استفاده کنید.

مدل ساعتی تغییر پوزیشن هر چهار ساعت
کودکان و نوزادان در بخشهای ویژه



مدل ساعتی تغییر پوزیشن هر دو ساعت



ارزیابی احتمال خطر سقوط

عوامل مرتبط با بیماری و مراقبت ها که می توانند احتمال سقوط را افزایش دهند عبارتند از :

- | | |
|--|--|
| ☐ سابقه سقوط بیمار | ☐ بی اختیاری |
| ☐ مشکلات زمینه ای شامل : سن ، وزن، سابقه بیماری | ☐ سوء تغذیه |
| ☐ الگوی گام برداشتن و حرکت بیمار | ☐ شنوایی ناکارآمد |
| ☐ سطح هوشیاری | ☐ معلولیت ذهنی |
| ☐ ضعف | ☐ سرگیجه |
| ☐ مشکلات مرتبط با پا | ☐ بیماریهای اعصاب و روان |
| ☐ بیماری های عصبی | ☐ عدم هوشیاری |
| ☐ اختلال در تعادل | ☐ معلولیت جسمی اعم از بینایی، شنوایی، نقص عضو و ... |
| ☐ افت فشار خون | ☐ عوامل دارویی |

احتمال خطر سقوط:

☐ ندارد

☐ دارد

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.

MORSE FALL SCALE

- MFS چارچوبی فراهم می کند تا بوسیله آن ساده و سریع عوامل مخاطره آمیز در افتادن بیمار شناسایی شوند. اما آنچه مهمتر است تدابیر مراقبتی است که پرستاران پس از شناسایی عوامل خطر جهت تحت کنترل درآوردن آن عوامل برنامه ریزی و اجرا می کنند.
- MFS به طور گسترده ای در بخش های مختلف کاربرد داشته و پرستاران می توانند با استفاده از این چارچوب از ایجاد هر گونه آسیب به علت افتادن بیمار پیشگیری کنند.
- در MFS مواردی که در زیر به آن پرداخته می شود، مورد بررسی قرار گرفته و نمره ها جمع بندی می شوند و در چارت بررسی و شناخت بیمار در پرونده او ثبت می گردد

سابقه افتادن

- توجه: اگر بیمار اولین بار است که می افتد، بلافاصله نمره او تا 25 افزایش می یابد.
- نمره 25 - تمام بیمارانی که در معرض خطر افتادن هستند، در شروع برنامه ریزی پرستاری بررسی کنید. این کار را هریک از پرستاران مقیم در شیفت می توانند انجام دهند.
- در صورتیکه بیمار سابقه ای از افتادن های پی در پی داشته است یا اخیرا سابقه ای از افتادن را بیان می کند، در معرض خطر بسیار بالایی قرار داشته و نیازمند اجرای احتیاطات خاص توسط کادر پرستاری است.
- نمره صفر (0) - بیمار سابقه افتادن ندارد. برای این مورد نمره او صفر منظور می شود.

سابقه افتادن

نه (نمره صفر)



بلی (نمره ۲۵)



- تشخیص ثانویه
- نمره 15- بیش از یک تشخیص پزشکی در پرونده بیمار ثبت شده است
- نمره صفر (0) - یک تشخیص پزشکی در پرونده بیمار ثبت شده است

نه (نمره صفر)	☐	تشخیص ثانویه ≤ ۲
بلی (نمره ۱۵)	☐	

- وسایل کمک حرکتی
- نمره 30- بیمار از مبلمان داخل اتاق جهت حرکت خود استفاده می کند
- نمره 15- بیمار از عصا، واکر و عصای زیر بغل استفاده می کند
- نمره صفر (0) – بیمار بدون کمک گرفتن از وسایل کمک حرکتی قدم می زند (حتی اگر توسط پرستار حمایت شود)، از ویلچر استفاده می کند، در تخت استراحت می کند و همیشه نمی تواند از تخت خارج شود.

وسایل کمک حرکتی	☐	استراحت در تخت / کمک پرستار (نمره صفر)
	☐	عصا / عصای زیر بغل / واکر (نمره ۱۵)
	☐	یا کمک از مبلمان (نمره ۳۰)

- داشتن درمان وریدی / هپارین لاک
- نمره 20- بیمار تجهیزات وریدی / یا هپارین لاک دارد
- نمره صفر (0) – بیمار تجهیزات وریدی / یا هپارین لاک ندارد

نه (نمره صفر)	☐	درمان وریدی / هپارین لاک
بلی (نمره ۰ = ۲)	☐	

- نحوه گام برداشتن

- نمره 20- بیمار گام های ناقصی بر می دارد. بیمار در حالیکه می تواند گام های ناقصی بردارد ممکن است برای بلند شدن از روی صندلی مشکل داشته باشد و برای بلند شدن از آن به دسته های صندلی فشار وارد کند. سر بیمار پائین است و زمین را نگاه می کند. چون بیمار در حفظ تعادلش دچار ضعف است، وسایل سر راه و کسی که او را در قدم زدن حمایت می کند می چسبد و بدون کمک نمی تواند قدم بزند.

- نمره 10- بیمار گام های ضعیفی بر می دارد. گام های او ضعیف است و با چند گام می ایستد اما می تواند موقع قدم زدن سرش را بالا نگاه دارد و تعادل خود را حفظ کند. گام های بیمار کوتاه است و ممکن است موقع راه رفتن پاهایش را روی زمین بکشد.

- نمره صفر – بیمار سرش را صاف نگاه می دارد و راه می رود. دستها آزادانه به طرفین حرکت می کنند و بدون تامل گامهای بلندی بر می دارد.

گام برداشتن	☐	طبیعی / استراحت در تخت / بی حرکت (نمره صفر)
	☐	ضعیف (نمره ۱۰)
	☐	مختل (نمره ۲۰)

- وضعیت ذهنی (روانی)
- وقتی از این چارچوب استفاده می کنید، وضعیت مغزی بیمار با توانایی خود او در بررسی خودش ارزیابی کنید. از بیمار بپرسید:
- آیا شما می توانید به تنهایی حمام بروید یا به کمک نیاز دارید؟
- نمره 15- اگر پاسخ بیمار انسجام یافته و مطابق برنامه ریزی های ثبت شده در کاردکس پرستاری نیست، اگر پاسخ بیمار غیر واقعی است، پس او در ابراز توانایی های حرکتی اش مبالغه می کند و به محدودیت هایش آگاهی ندارد.
- نمره صفر (0) – تصمیم گیری دوباره بیمار در مورد توانایی های حرکتی اش با برنامه ریزی های مراقبتی ثبت شده برای او در کاردکس منطبق است. این بیمار طبیعی است و نمره او صفر منظور می شود.

وضعیت مغزی	☐	محدودیت های حرکتی اش را می داند (نمره صفر)
	☐	محدودیت های حرکتی اش را فراموش می کند و یا مبالغه می کند (نمره ۱۵)

ارزیابی ریسک سقوط بیمار بر اساس معیار موریس

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۳۰	بله	تشخیص ثانویه (سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و....)
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیتهای حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به محدودیتها و تواناییها	

- بررسی پایان یافته است. نمره ها را جمع کنید، در چارت بررسی و شناخت بیمار خود ثبت کنید، مداخلات مورد نیاز را برنامه ریزی و اجرا کنید.

سطح خطر	نمره MFS	عملکرد
بدون خطر	۰-۲۵	اجرای خوب مراقبت های اولیه پرستاری
خطر پایین تا متوسط	۲۵-۴۵	اجرای مداخله های پیشگیری استاندارد جهت جلوگیری از افتادن بیمار
خطر بالا	<۴۵	اجرای مداخله های پیشگیری استاندارد جهت جلوگیری از افتادن بیمار High risk

اقدامات بعد از سقوط از تخت

ارزیابی بلافاصله بعد از سقوط:

بیمار را از نظر صدمات و جراحات وارد شده بررسی کنید و اطلاعات زیر را جمع اوری کنید:

۱- ساعت و زمان سقوط-

۲- توضیح بیمار در مورد حادثه سقوط (در صورت امکان) در هنگام سقوط از تخت بیمار در حال تلاش برای انجام چه کاری بوده است ؟

۳- در مورد حادثه از همراه بیمار / مراقبت کننده از بیمار پرس و جو کنید.

۴- علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید (دما- نبض- تنفس - فشار خون - نبض و فشار اورتوستاتیک)

۵- داروهای بیمار را کنترل کنید.

ایا تمامی داروها به موقع داده شده است ؟

ایا دارویی به اشتباه دو بار داده شده است ؟

• داروهای مختلفی وجود دارند که به صورت بالقوه سبب سقوط می شوند که رایج ترین آنها عبارتند از :

- | | |
|---|---|
| ☐ مصرف داروهای ضد درد | ☐ مصرف داروهای ضد فشار خون |
| ☐ مصرف داروهای ضد وسواس | ☐ مصرف آنتاگونیستها |
| ☐ مصرف داروهای ضد افسردگی | ☐ مصرف نیتрат ها |
| ☐ مصرف داروهای ضد پارکینسون | ☐ مصرف داروهای بلوک کننده کلسیم |
| ☐ مصرف داروهایی که باعث دهیدراتاسیون می شوند | ☐ مصرف داروهای بتابولوکر |
| ☐ مصرف داروهای OTC | ☐ مصرف داروهای خواب آور |
| ☒ مصرف آنتی هیستامین ها | ☐ مصرف بنزودیپازین ها |
| ☐ مصرف داروهای پایین آورنده قند | ☐ مصرف داروهای بی‌هوشی و |
| ☐ مصرف داروهای بی‌هوشی و | ☐ مصرف داروهایی که باعث سرگیجه و عدم تعادل می شوند |

راهنمادهای پیشنهادی مرتبط با بیمار . به منظور کاهش عوامل زمینه ساز خطر سقوط بیماران بخصوص بیماران پرخطر بستری به این شرح می باشند

□ مداخلات (شناختی)

- ساده سازی فعالیتهای بیمار
- اجتناب از تغییرات و یا انجام مرحله به مرحله تغییرات برای بیمار
- بهره گیری از ارتباطات شفاف و آگاهانه
- ایجاد ثبات در کارکنان و فعالیت ها
- فراهم کردن تقویم و ساعت به منظور دسترسی
- افزایش نور به میزان استاندارد
- تعیین لزوم مراقبت تمام وقت
- تشویق همراه بیمار جهت ماندن نزد بیمار و حمایت از وی

□ مداخلات (فیزیکی)

- در دسترس گذاشتن عینک یا سمعک بیمار
- ترغیب کردن بیمار جهت منظم کردن برنامه سرویس بهداشتی
- مهیا نمودن **Bed Side**
- کاهش حجم مایعات دریافتی پس از شام (منطبق با رژیم درمانی بیمار)
- تشویق بیمار جهت استفاده از دستگیره و محافظ قبل از ایستادن و راه رفتن
- تشویق بیمار جهت فشار دادن مچ پا در وضعیت نشسته قبل از قدم زدن
- تشویق بیمار که احساس گیجی می کند برای نشستن

- دسترسی آسان به کنترل تلویزیون و رادیو و یا زنگ اخبار
- مناسب بودن نور فضا
- نصب نمودن نرده برای پله ها
- استفاده از لغزش گیر جلوی درب حمام و سرویس دستشویی
- مشخص نمودن مسیر ایمن جهت حمام و سرویس دستشویی
- استفاده از **Bed Side**
- تمیز و خشک بودن کف اتاق
- جمع آوری نمودن سیم ،لوله و مواردی از این قبیل از مسیر عبور و مرور بیمار

- • در دسترس قرار دادن زنگ هشدار پرستار در هر زمان
- • قرار دادن بیماران با ریسك بالا نزدیک ایستگاه پرستاري
- • در صورت نیاز به حمام بستري نمودن بیماران با ریسك بالا در اتاق هاي داراي حمام
- • تعبیه ترمز مناسب براي وسایل کمک حرکتی
- • تشویق نمودن بیمار در جهت استفاده از پوشش یا لباس مناسب
- • قرار دادن سطل زباله زیر سینك و نه در مسیر عبور و مرور
- • جمع آوري نمودن وسایل بلا استفاده
- • قرار دادن سرم و پایه سرم و... در بالاي سر بیمار (در صورت امکان)
- • سالم بودن وسایل روشنایی شب
- • نصب نمودن دستگیره داخل حمام و دستشویی
- • اتکا نکردن به جا حوله ای یا جابابونی در حمام
- • قرار دادن حداقل يك طرف تخت بیمار در کنار دیوار در صورت احتمال خروج از تخت و خطرساز بودن

□ مداخلات (حرکت - راه رفتن)

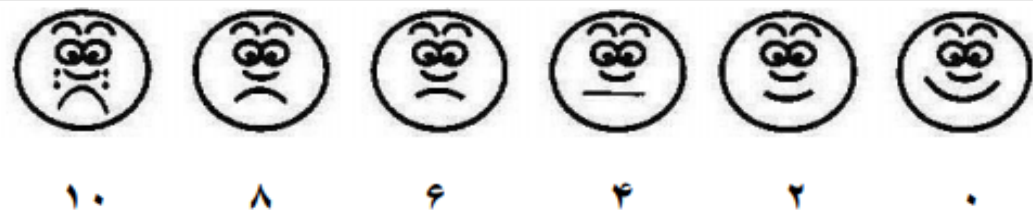
- اطمینان از استفاده بیمار از ابزارهای کمکی
- قرار دادن ابزارهای کمکی راه رفتن نزدیک بیمار
- ارتفاع مناسب ابزارهای کمکی راه رفتن
- مهیا نمودن علائم هشدار ایمنی به بیمار هنگام جابجایی
- اطمینان از پوشش دمپایی یا کفش مناسب بیمار در زمان راه رفتن

• □ مداخلات دارویی

- • تهیه کردن فهرست داروهای خطرآفرین
- • دادن داروهای ادرار آور را با مشورت پزشك در شیفت صبح ها به بیمار
- • بررسی اتصالات بیمار و پیش بینی های لازم هنگام حرکت
- • شناسایی بیماران پر خطر (مصرف کنندگان داروهای بالا برنده احتمال خطر سقوط) و اعلام هشدار به پزشك ، پرستار ، سایر کارکنان و همراهان بیمار

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.



در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟

محل درد:

طول مدت: ☐ مداوم ☐ متناوب

روش های تسکین درد: ☐ دارویی (ذکر نام دارو):

☐ غیردارویی ذکر روش:

تاثیر درد روی فعالیت بیمار: ☐ دارد ☐ ندارد

نشانگر	برابر با
فقدان ناراحتی	صفر
درد خفیف	۲
درد اندکی بیشتر	۴
درد باز هم بیشتر	۶
درد تمام عیار	۸
بدترین درد	۱۰

✓ 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

بخش ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی

* بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: ☐ بله ☐ خیر

* مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): ☐ دارد ☐ ندارد

* حضور همراه موثر: ☐ بله ☐ خیر

* ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی: ☐ بله ☐ خیر

* بدون مشکل ☐

- 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.

- بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
- بیماریهای صعب العلاج مثل MS ، دیابت و سرطان
- بیماریهای نادر شامل PKU و EB (سندرم پوست پروانه ای)

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

عدم حضور همراه موثر

ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی

ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد:
بله ☐ خیر ☐ غیر قابل ارزیابی ☐
در صورت جواب بله توضیح دهید.

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

بخش نیاز های آموزشی و خود مراقبتی بیمار:

آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:

موانع یادگیری: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید:

ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بدو ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:

✓ تمایل بیمار به یادگیری

✓ توانایی یادگیری بیمار

✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی (محدودیت های جسمی و فیزیکی)، خواندن، زبان، انگیزشی و روانی

✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسیجر های

تشخیصی- درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

سیستم طبقه بندی براساس شدت بیماری بیماران (۵ سطح مراقبتی)

• سطح اول : قادر به مراقبت از خود

• سطح دوم : مراقبت جزئی

• سطح سوم : مراقبت متوسط

• سطح چهارم: مراقبت شدید

• سطح پنجم : مراقبت ویژه

سطوح مراقبت و میزان نیاز بیمار به مراقبین براساس نگرش نظام گرا

سطح 5 Intensive care	سطح 4 Moderate i. c	سطح 3 Total care	سطح 2 Partial care	سطح 1 Self care	
نیاز به مشاهده و مراقبت 1 به 1 بررسی دقیق و مداوم در هر شیفت	- اشکال در بلع و جویدن - نیاز به تغذیه از راه لوله معده	- نیاز به دادن غذا - قادر به بلع و جویدن می باشد	- نیاز به کمک در آماده کردن غذا تشویق به خوردن -	بدون کمک	خوردن
	- نیاز به حمام - مراقبت کامل	- قادر به انجام مراقبت از خود نمی باشد	با حدا اقل کمک	بدون کمک	بهداشت فردی
	- نیاز به کمک در دفع	- نیاز به مراقبت جهت دفع دارد. - می تواند بچرخد و بلند شود	- قادر به کنترل بی اختیاری ناشی از استرس - نیاز به کمک مختصر	بدون کمک	وضعیت دفع
	به 2 نفر جهت تغییر پوزیشن	- کاملاً وابسته می باشد - نیاز به یک نفر در تغییر پوزیشن	با کمک مختصر حرکت می کند به تشویق نیاز دارد	بدون کمک	پوزیشن
	به شدت بدحال است نیاز به مشاهده دقیق و ارزشیابی مکرر در کمتر از 1 ساعت	- هر 2 تا 3 ساعت وضعیت عاطفی و روانی بررسی شود - هر 1 ساعت بررسی دقیق I&O	- نیاز به مشاهده دقیق اندازه گیری علایم حیاتی کنترل I&O	- جهت اقدامات تشخیص - پرسیجریهای ساده	سلامت عمومی
	- بیش از 60 دقیقه در هر شیفت جهت دارو - بیش از 1 بار در هر شیفت به درمان پیچیده	30 تا 60 دقیقه در هر شیفت نیاز دارویی دارد. - مشاهد دقیق عوارض	- به 20 تا 30 دقیقه کمک دارویی در هر شیفت - ارزشیابی اثر دارو	نیاز به درمان مختصر	دارو و درمان
8-24 ساعت 20 ساعت	12 ساعت 15 ساعت	3:30 10 ساعت	2:30 5 ساعت	1 ساعت 2 ساعت	زمان مراقبت

معیار_ولز Wells_score

- معیار ولز از جمله معیارهایی است که جهت تعیین ریسک آمبولی_ریه در موارد اورژانس استفاده می شود.
- بر اساس این معیار بیماران به سه دسته ریسک پایین ، متوسط و بالا تقسیم می شوند و تشخیص قطعی در این بیماران بر اساس این ریسک است.
- به عنوان مثال تایید قطعی در بیماران با ریسک متوسط و بالا با آنژیوگرافی عروق ریه و یا اسکانتیلاسیون_پرفیوژن انجام می شود.

نحوه تعیین ریسک با کرایتریای Wells

- 1 وجود شواهد ترومبوز وریدهای عمقی هم زمان = ۳ امتیاز
- 2 عدم وجود تشخیص دیگری که علایم بیمار را توجیه کند = ۳ امتیاز
- 3 تاقیکاردی بالای $100 = 1/5$ امتیاز
- 4 بیحرکتی ظرف سه روز اخیر یا جراحی در چهار هفته گذشته = $1/5$ امتیاز
- 5 سابقه قبلی DVT یا $PE =$ معادل $1/5$ امتیاز
- 6 وجود هموپتزی = ۱ امتیاز
- 7 وجود سرطان = ۱ امتیاز

تفسیر معیار ولنز:

امتیاز بالای ۶ = ریسک بالا

امتیاز بین ۲ تا ۶ = ریسک متوسط

امتیاز کمتر از ۲ = ریسک پایین



تشخیص های پرستاری:

تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:

۱-

۲-

۳-

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار

تاریخ

ساعت پایان ارزیابی