



محتوای آموزشی فرایند ارزیابی اولیه بیمار

تعریف ارزیابی:

ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است. ارزیابی پایه و اساسی علمی برای طراحی و تامین مراقبت بیمار و خانواده محور تامین می کند 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

هدف

- 1- ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بخشهای بستری انجام شود.
 - ۲- در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است.
 - ۳- 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 این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست
 - ۴- ارزیابی اولیه توسط پرستار کارشناس و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی
 ۵. مصاحبه با یکی از افراد خانواده با یکی از بیشترین و دقیق ترین اطلاعات
 - ۶- ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود
 - ۷- حداکثر انتهای همان نوبت کاری انجام شود.
8. تبصره :

9. 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 شود
- ۱۰- استفاده از برگ پذیرش، خلاصه ترخیص و برگ شرح حال و معاینه بدنی

نکات ضروری:

خود را به بیمار معرفی کنید و هدف از مصاحبه را بیان کنید (کاهش اضطراب بیمار) در مورد ارزش ها به قضاوت نپردازید. از تلقین پاسخ خودداری کنید . رفتار غیر کلامی ، وضعیت اندامی ، ادا و اطوار و ظاهر فیزیکی بیمار را به دقت زیر نظر بگیرید. در مصاحبه با بیماران گوشه گیر و منزوی و کم حرف باید فعال بود و به رفتار غیر کلامی توجه کرد. در مصاحبه با بیماران پر خاشاک ، نکات ایمنی را در نظر بگیرید . در بیماران مانیک که حرف هستند ، حدود را برای بیمار مشخص کنید . در بیماران هیستریک در عین مهربان بودن باید جدی و قاطع بود و در بیمار افسرده باید سوالات اختصاصی و وجود افکار خودکشی مطرح شود.

اطلاعات پایه:

ساعت ورود بیمار به بخش و ساعت ارزیابی، میزان تحصیلات، دین و وضعیت تاهل، علائم حیاتی بدو ورود و لوله و اتصالات، مراجعه از کجا و نحوه ورود بیمار حتما باید ثبت گردد.

وضعیت ارتباطی:

شامل سطح هوشیاری بیمار و همکاری، زبان و گویش، ارتباط چشمی و کلامی، میزان و اختلال در تکلم می باشد که باید ثبت گردد.

بررسی تاریخچه سلامت و بیماری:

شامل شکایت اصلی بیمار از زبان بیمار، علت بستری، سابقه جراحی و بیماری زمینه ای، سابقه بیماری جسمی و روانی در خانواده، سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، سابقه سوء مصرف دارو. مواد مخدر و الکل و سیگار و ... خواب و استراحت و مشکلات خواب

حساسیت ها:

شامل حساسیت دارویی و غذایی است. سپس دستبند شناسایی بیمار قرمز رنگ می شود.

ارزیابی سیستم ها:

شامل سیستم عصبی، قلبی و عروقی و تنفسی، سیستم گوارش و ادراری و تناسلی، سیستم پوست و اسکلتی عضلانی، روحی و روانی وضعیت رفتاری و سابقه خود کشی و اختلال در سایر سیستم ها

ارزیابی سابقه دارویی:

شامل ذکر نام دارو، دوز دارو و ساعت مصرف دارو است. لازم به ذکر است حتما دوز و ساعت مصرف دارو ذکر است.



محدودیت ها و توانایی ها:

شامل محدودیت های شنوایی، بینایی و نقص و قطع عضو، استفاده از وسایل کمکی و پروتزها، توانایی به صدا در آوردن زنگ احضار پرستار و توانایی انجام کارهای روزانه زندگی

ارزیابی وضعیت تغذیه ای:

وزن و قد و نمایه توده بدنی بزرگسالان (BMI) وزد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال). برای محاسبه نمایه توده بدنی در بزرگسالان BMI و بالغین کمتر از ۱۹ سال از نمایه توده بدنی زد اسکور استفاده می شود و BMI کمتر از ۲۰ در بزرگسالان و در افراد کمتر از ۱۹ سال زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ ثبت و نیاز به مشاوره تغذیه می باشد. در صورت هر گونه کاهش وزن ناخواسته و بی اشتها و یا کاهش وزن در فرم ارزیابی اولیه ثبت و مشاوره تغذیه درخواست و پیگیری گردد. آیا بیمار از نوع بیماری های ویژه است؟ ۱۸ گانه (مادران باردار، بیماران دیابتی، بیماران با پر فشاری خون، کانسرها، سالمندان، کودکان، سوء تغذیه و کاشکسیک و بیماران دیالیزی و کلیوی و ...) هستند که در این موارد حتما نیاز به انجام و پیگیری مشاوره تغذیه می باشد. لازم به ذکر است فراموش نشود در صورت انجام مشاوره تغذیه و بستری بیشتر از یک هفته نیاز به اطلاع رسانی به پزشک معالج و کارشناس تغذیه جهت مشاوره و ارزیابی تخصصی است.

ارزیابی احتمال ابتلا به زخم فشاری:

در صورت وجود زخم فشاری، موقعیت آناتومیک، وسعت زخم، میزان ترشحات زخم ذکر شود. مقیاس اندازه گیری زخم بستر برادن است.

ارزیابی احتمال سقوط:

مقایس مورس جهت ارزیابی سقوط از تخت استفاده می شود

راهنمای ارزیابی و پیشگیری از زخم فشاری

ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری هر شیفت انجام می شود. برای شناسایی بیماران با ریسک بالا از دستبند زرد استفاده می شود.

مقیاس ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری (Braden Scale)

این مقیاس متشکل از شش مورد ارزیابی می باشد که هر کدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد. مجموع نمرات شش جزء نمره کل محاسبه می گردد که می توان براساس آن میزان ریسک احتمالی بروز زخم فشاری را تعیین کرد.

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرك	تغذیه	کشش/سایش
۱) کاملاً مختل	۱) دائماً خیس	۱) وابسته به تخت	۱) کاملاً بی حرکت	۱) خیلی مختل	۱) سر خوردن مکرر
۲) خیلی مختل	۲) اکثراً خیس	وابسته به صندلی	۲) تحرک خیلی محدود	۲) خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	۲) خودداری نسبی از سر خوردن
۳) نسبتاً مختل	۳) گاهاً خیس	۳) راه رفتن با کمک	۳) تحرک نسبتاً محدود	۳) خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	۳) خودداری از سر خوردن
۴) کاملاً سالم	۴) خشک	۴) راه رفتن بدون کمک	۴) کاملاً متحرک	۴) تغذیه کامل	
۹ < ریسک خیلی بالا ۱۰-۱۲ ریسک بالا ۱۳-۱۴ ریسک متوسط ۱۵-۱۸ ریسک پایین ۱۹ > کنترل معمول					

* در نمرات ۱۲ و یا کمتر، برای بیمار از دستبند زرد استفاده کرده و بایستی ارزیابی را در هر شیفت انجام داد.

ابزار اندازه گیری زخم

ابزار پوش (POSUH (pressure Ulcer Scale for Healing)

این ابزار یک مقیاس برای اندازه گیری میزان بهبودی زخم فشاری می باشد.

در این ابزار به آیتم های مساحت زخم (طول و عرض)، میزان ترشحات و انسجام پوستی نمره داده می شود.

نمرات هر آیتم عبارتند از:

-مساحت زخم از ۰ تا حداکثر ۱۰

-میزان ترشحات از ۰ تا حداکثر ۳ (بدون ترشح ۰ - ترشح کم ۱ - ترشح متوسط ۲ - ترشح زیاد ۳
 انسجام بافت پوست، از ۰ تا حداکثر ۴ (بافت سالم ۰ - بافت اپی..... ۱ - بافت کول... ۲ - بافت سلاف ۳ - بافت نکروز ۴)

برای اندازه گیری طول و عرض زخم

بزرگترین اندازه در حالت سر تا پا طول و بزرگترین اندازه در حالت از یک طرف به طرف دیگر عرض زخم محاسبه می شود.

ارزیابی ریسک سقوط بیمار مورس		
امتیاز	شاخص	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۱۵	بله	تشخیص ثانویه (سن – سابقه بیماری – مصرف دارو و ...)
۰	خیر	
۲۰	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (کمد – صندلی و ...)	وسایل کمک حرکتی
۱۵	واکر – عصا – عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار – استراحت در تخت – بی حرکت – بدون هیچ وسیله کمک حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی یا هپارین لاک
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت – استراحت در تخت – طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیت های حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود	

امتیاز ریسک افتادن بیمار	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۴۴-۲۵
ریسک کم	۲۴-۰

غربالگری و بررسی تسکینی:

در صورت وجود درد در بیمار هوشیار از صفر تا ده به بیمار نمره داده شود و جهت بیماران ICU معیار ریچموند استفاده می شود. نوع روش تسکینی درد (دارویی و غیر دارویی) ذکر شود.

ارزیابی نیاز به خدمات مددکار اجتماعی:

در فرم ارزیابی اولیه مشخص شود بیمار جزء گروه های پر خطر اجتماعی (هوم لس، خطر خود کشی و دگر کشی بیماران با سابقه بیماری اعصاب و روان و ...) است یا نه؟؟؟ و آیا مشکل در پرداخت هزینه های بستری دارند و آیا بیمار از اتباع غیر ایرانی هستند؟؟؟

ارزش های مذهبی و فرهنگی:

اقلیت های مذهبی از نظر بررسی تاثیر بر روند درمان یا آموزش به بیمار سوال شود.

نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیمار:

تاکید فراوان بر تکمیل نیازهای آموزشی بیمار و خانواده جهت آموزش های بدو ورود الزامی است.

سطوح مراقبتی و تشخیص های پرستاری:

توجه توجه

در صورت پذیرش بیمار از بخش های عادی به بخش های ویژه ثبت تشخیص های پرستاری جدید و با توجه به شرایط حال بیمار الزامی است.

با تشکر از حسن توجه شما (واحد آموزش بیمارستان کوثر خرداد ۱۴۰۰)