

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران

دفتر پرستاری

دستورالعمل ثبت ارزیابی جسمی و روانی در گزارشات حین بستری

(پرستار از بیمار)
پی

بسمه تعالی

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخشی آن در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، یکی از اهداف مهم نظام اعتبار بخشی محسوب می شود. از آن جا که ارزیابی پرستار از بیمار یکی از ملزومات نظام اعتبار بخشی می باشد، لذا دستورالعمل ثبت ارزیابی جسمی و روانی در گزارشات پرستاری توسط جمعی از کارشناسان دفتر پرستاری (آقای فرید امامی سوپروایزر آموزشی-بابک وفایی سوپروایزر بالینی -زهرا طالب نیا مدیر پرستاری) تنظیم شد. شایان ذکر است این فرم از طریق این دفتر به سوپروایزران و سرپرستاران و پرستاران ارسال گردید و کلیه کارشناسان پرستاری ملزم به ثبت ارزیابی جسمی و روانی و ثبت مداخلات انجام شده و نتایج اثربخشی اقدامات در گزارشات پرستاری پرونده پزشکی بیمار بر اساس دستورالعمل ذیل در کلیه بخش های اورژانس و بستری می باشند لازم به ذکر است در صورت مشاهده و معاینه و بررسی و گزارشات و ارزیابی ها...در صورتیکه هر گونه مشکلات جسمی و روانی غیر از موارد ذیل وجود داشته باشد باید ثبت گردد.

۱- دستورالعمل ثبت وضعیت سطح مراقبتی بیمار بر اساس پنج سطح تعریف شده:

- ✓ سطح ۱=خود مراقبت که نیاز به ۲-۱ ساعت مراقبت پرستاری در روز دارد. می تواند به تنهایی از تخت خارج شده و به تنهایی حمام و کارهای دیگرش را انجام دهد
- ✓ سطح ۲=حداقل مراقبت که نیاز به ۴-۳ ساعت مراقبت پرستاری در روز دارد. برای استفاده از حمام و دستشویی نیاز به کمک دارد.
- ✓ سطح ۳=مراقبت متوسط که نیاز به ۶-۵ ساعت مراقبت پرستاری در روز دارد.
- ✓ سطح ۴=مراقبت ویژه تعدیل شده که نیاز به ۶-۵ ساعت مراقبت پرستاری در روز دارد.
- ✓ سطح ۵=مراقبت ویژه که نیاز به ۱۴-۱۰ ساعت مراقبت پرستاری در روز دارد.

۲- دستورالعمل ثبت وضعیت عمومی و ظاهری بیمار مواردی چون :

- ✓ خلق بیمار: آرام، مضطرب، افسرده، ترس، شاد و بی قراری و...
- ✓ هوشیاری، خواب آلودگی، گیج، بدون پاسخ و آگاه به زمان و مکان بودن
- ✓ وضعیت تعادل در هنگام راه رفتن و خواب و..
- ✓ آراستگی ظاهر
- ✓ میزان توجه بیمار به بهداشت فردی خود
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثربخشی اقدامات قید گردد.

۳- دستورالعمل ثبت وضعیت روانی شامل موارد ارتباطی و رفتار بیمار مواردی چون :

✓ اختلال در تفکر:

اختلال تفکر، اغلب در آسیب های مغزی و سایکوزها مشاهده می شود، اما ممکن است علائمی همچون پرش افکار در بیماران مانیک نیز مشاهده شود. اختلال در تفکر، معمولاً از طریق اختلالاتی که در تکلم یا نوشتن نمودار می شود، تشخیص داده می شود.

تفکر، جریان هدفدار عقاید، نمادها و تداعی‌ها که در مقابل یک مساله یا کار شروع شده و به نتیجه‌ای واقع‌گرایانه منتج می‌شود. توالی منطقی این جریان حاکی از طبیعی بودن تفکر است. انحراف‌های گاه به گاه از منطق که لغزش‌های فرویدی نیز خوانده می‌شود، جزئی از تفکر نرمال خوانده می‌شود. اختلال در تفکر به دو بخش تقسیم می‌شود که عبارتند از:

اول) اختلالات خاص در فرم تفکر که شامل اختلالات زیر است:

الف. واژه‌سازی: ساختن واژه‌های جدید توسط بیمار، معمولاً با ترکیب سیلاب‌های سایر کلمات، اغلب در اسکیزوفرن مشاهده می‌شود.

ب. سالاد کلمات: ترکیب نامربوط کلمات و عبارات.

ج. حاشیه‌پردازی: گفتار غیرمستقیمی که با تأخیر در ادای مطلب همراه است. شخص، بالاخره از مبداء به مقصد مورد نظر می‌رسد و با اضافه کردن مفرط جزئیات و اشارات داخل پراکنش مشخص می‌شود.

د. تفکر مماسی ناتوانی در داشتن تداعی‌های هدفدار در تفکر که در آن سخنگو هرگز به مقصد نمی‌رسد.

ه. بی‌ربطی افکاری که عموماً قابل فهم نیست. در کنار هم بودن افکار و کلمات بدون هیچ ارتباط گرامری یا منطقی که منجر به آشفتگی می‌شود.

و. درج‌زدن تداوم پاسخ به محرک قبلی، بعد از آنکه محرک جدید ارائه شده است.

ز. وراجی: تکرار بی‌معنی کلمات یا عبارات خاص.

ح. پژواک کلام: تکرار کلمات یا عبارات یک شخص توسط شخص دیگر.

ط. ادغام [ترکیب مفاهیم متفاوت به شکل واحد.

ی. پاسخ نامربوط پاسخی که با سوال هماهنگی ندارد.

ک. خروج از خط: انحراف تدریجی یا ناگهانی در رشته افکار بدون انسداد.

ل. شل شدن تداعی‌ها: جریان افکار که در آن، فکر به طریقی کاملاً نامربوط از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شود.

م. پرش افکار/ایراد سریع کلمات یا بازی با کلمات که موجب انحراف مکرر از موضوعی به موضوع دیگر می‌شود.

نژ. تداعی صوتی تداعی کلماتی که صدای یکسان ولی معنای متفاوتی دارند؛ کلمات هیچ ارتباط منطقی با هم ندارند.

س. انسداد قطع ناگهانی در رشته افکار قبل از آنکه فکری به پایان برسد. بعد از یک وقفه کوتاه، شخص از آنچه مورد بحث بوده، چیزی به خاطر نمی‌آورد.

ع. گلو سولالی: ابراز پیامی مکاشفه‌ای از طریق کلماتی نامفهوم. سخن گفتن زیرزبانیم گفته می‌شود. اگر در متن مذهب صورت بگیرد، اختلال تفکر شمرده نمی‌شود. زبان کلامی خصوصیم گفته می‌شود

دوم) اختلالات خاص در محتوای تفکر که شامل اختلالات زیر است:

الف. فقر محتوای کلامی که به علت ابهام، تکرارهای بی‌معنی و عبارات نامفهوم اطلاعاتی به شنونده منتقل نمی‌کند.

ب. عقیده بیش بها داده شده: باور اشتباهی غیرمعقول ثابت، که ثبات آن کمتر از تفکر هذیانی است.

ج. هذیان: عقیده باطلی که بر استنباط نادرست شخص از واقعیت بیرونی متکی است، هماهنگ با هوش و زمینه فرهنگی بیمار نیست و با منطق اصلاح نمی‌گردد و شامل انواع گوناگونی است.

د. گرایش فکری یا اشتغال فکری: تمرکز فکر روی عقیده‌ای به خصوص، همراه با یک مایه عاطفی قوی، مثل گرایش پارانوئید یا اشتغال ذهنی انتحاری.

- ه. ایگومانی اشتغال ذهنی بیمار گونه با خود.
- و. مونومانی: اشتغال ذهنی با موضوعی واحد.
- ز. خودبیمارانکاری نگرانی مبالغه آمیز در مورد سلامت جسمی که مبنای عضوی ندارد، بلکه بر تعبیر غیر واقعی نشانه‌ها یا غیر طبیعی بودن احساس‌ها متکی است.
- ح. وسواس فکری: دوام بیمار گونه یک فکر یا احساس غیر قابل مقاومت که با سعی منطقی قابل رفع از هشیاری نیست و با اضطراب همراه است.
- ط. وسواس عملی: نیاز بیمار گونه برای به انجام رساندن یک تکانه، که اگر مقاومت شود، ایجاد اضطراب می‌کند. رفتار تکراری در واکنش به یک فکر وسواسی یا انجام آن طبق آدابی خاص که فی‌نفسه هدفی ندارد مگر جلوگیری از وقوع اتفاقی در آینده.
- ی. بددهنی: ادای جبری کلمات زشت.
- ک. فوبی: ترس بیمار گونه، مقاوم، غیر منطقی و اغراق آمیز از محرک یا موقعیتی خاص که نتیجه آن میل شدید به اجتناب است و شامل انواع گوناگونی می‌باشد.
- ل. نوسیز: حالتی وحی گونه که در آن، نور شدیدی پدید می‌آید و شخص این احساس را پیدا می‌کند که برای هدایت و فرماندهی برگزیده شده است.
- م. وحدت عرفانی: احساسی نامحدود از اتحادی اسرار آمیز با قدرتی لایتناهی. اگر هماهنگ با مذهب و محیط فرهنگی بیمار باشد، اختلال محتوای فکر شمرده نمی‌شود.

- ✓ و وضعیت همکاری بیمار به صورت (دارد - ندارد - متغیر است)
- ✓ داشتن یا نداشتن بصیرت به بیماری
- ✓ نحوه صحبت کردن بیمار به صورت واضح، اشکال در تکلم با ذکر نوع آن، عدم توانایی در صحبت کردن
- ✓ مصرف سیگار، سوء مصرف داروها، الکل
- ✓ میزان و نحوی برقراری ارتباط (چشمی و کلامی)
- ✓ نحوی برقراری ارتباط با سایرین (داشتن و یا عدم حضور در جمع و فعالیت های گروهی-درگیری و...)
- ✓ مسئولیت پذیری
- ✓ وجود رفتارهای غیر طبیعی مانند پر خاشگری و تمایلات جنسی ، self-talking & self-laughing رفتارهای کلیشه ای و ...
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثربخشی اقدامات قید گردد.

۴- **دستور العمل ثبت وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی مواردی چون :**

- ✓ علائم حیاتی شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت به صورت روزانه و یا ساعتی طبق دستور پزشک
- ✓ اطلاع رسانی به پزشک در صورت علائم حیاتی غیر طبیعی و ثبت زمان اطلاع و دستورات داده شده و اثر بخشی اقدامات انجام شده
- ✓ وزن بیمار به صورت هفتگی جمعه ها و در صورت دستور پزشک طبق دستور در زمان درخواست شده

- ✓ اطلاع رسانی به پزشک در صورت تغییرات وزن غیر طبیعی (کمتر یا بیشتر از ۲ کیلوگرم در هر بار کنترل وزن) و ثبت زمان اطلاع و دستورات داده شده و اثر بخشی اقدامات انجام شده

۵- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت جذب و دفع و وضعیت دفعی مواردی چون:

- ✓ در صورت کنترل جذب و دفع ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای شیفت جمع ۲۴ ساعت را محاسبه و قید نمایید .
- ✓ در صورتی که بیمار استفراغ یا هر گونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ ، محتوا و مقدار آن ثبت شود
- ✓ در مورد استفراغ و لاواژ ، دفعات نیز باید ذکر شود.
- ✓ بروز مشکلات ادراری (احتباس ، سوزش و بی اختیاری روزانه یا شبانه و...)
- ✓ بروز مشکلات دفعی (یبوست و اسهال و ..)
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثر بخشی اقدامات قید گردد.

۶- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت خواب و فعالیت مواردی چون:

- ✓ خواب و استراحت بیمار بر حسب آرام و یا داشتن مشکلات خواب
- ✓ میزان زمان خواب نیمروزی (ساعت خواب)
- ✓ میزان و نحوی خواب شبانه‌گاهی شامل: دیر خوابیدن با ذکر ساعت ، زود بیدار شدن با ذکر ساعت، خواب منقطع ، راه رفتن در خواب و... و اقدامات انجام شده مانند ویزیت پزشک و تجویز دارو و دادن تمرینات آرام بخش و کاهش محرک ها و اثر بخشی
- ✓ میزان تحرک شامل: پرتحرکی ، کم تحرکی و کندی در حرکات و داشتن ورزش و...
- ✓ توانایی انجام کار های روزانه: حرکت، لباس پوشیدن، غذا خوردن
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثر بخشی اقدامات قید گردد.

۷- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت تغذیه مواردی چون :

- ✓ میزان اشتها و نحوی صرف غذا در کلیه شیفتها (کم - زیاد..)
- ✓ رعایت رژیم غذایی خاص
- ✓ مصرف مکمل های غذایی و نوع آن
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثر بخشی اقدامات قید گردد.

۸- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت علائم و نشانه های مشکلات جسمی مواردی چون :

- ✓ الف) نشانه بیماری یا (Symptom)، یک پدیده ذهنی و سو بژکتیو است و به اظهار درک و تغییراتی در حالات بدن گفته می‌شود که نشان از ابتلاء به بیماری دارند و توسط بیمار گزارش می‌شوند مانند:
- ✓ سردرد - درد مزمن - کسالت/خستگی (ضعف بدن، بی‌رمقی - عرق مفرط - خشکی دهان - نفس‌تنگی ، ، سکسکه، - سینه‌درد - - ، نفس‌نفس زدن، بی‌قراری و...)
- ✓ ب) علائم بیماری (SIGN) آن دسته از نشانه‌های تخصصی که تنها توسط پزشک و پرستار تشخیص داده می‌شود مانند:

- ✓ ناهنجاری ضربان قلب - شوک (شوک قلبی) - ناهنجاری تنفسی (مانند تاکی پنه و...) - مشکلات پوستی (تورم، قرمزی و...)
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثربخشی اقدامات قید گردد.

۹- دستورالعمل ثبت وضعیت محدودیت های جسمی مواردی چون :

- ✓ مشکل شنوایی و استفاده داشتن سمعک در گوش راست یا چپ
- ✓ داشتن مشکل بینایی و ذکر نوع آن به صورت نابینایی، کم بینایی و استفاده از عینک و لنز تماسی
- ✓ توانایی صحبت کردن، خواندن، نوشتن
- ✓ نقص و قطع عضو و ذکر عضو مبتلا
- ✓ استفاده از وسایل کمکی در حرکت
- ✓ داشتن هر گونه پروتز و ذکر نام آن
- ✓ داشتن دندان مصنوعی
- ✓ داشتن هر گونه درن، پانسمان، آتل، گچ، تراکشن و ذکر محل آن
- ✓ کلیه موارد فوق می بایست ذکر گردد و مداخلات انجام شده ضمن اثربخشی اقدامات قید گردد.

۱۰- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت موارد پاراکلینیکی مواردی چون :

- ✓ نوع(نام) آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نماید .
- ✓ پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت را گزارش و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و موضوع را در گزارش ثبت نمایید..

۱۱- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت موارد قابل پیگیری مواردی چون :

- ✓ روند پیگیری و ثبت آزمایشات ، عکسبرداری ها گرافیاها ، در کاردکس بیمار درج و تیک می گردد اما ذکر اقدامات انجام شده در هر شیفت و پیگیری آن در شیفت بعدی باید در گزارشات پرستاری نیز موجود باشد

۱۲- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت اقدامات دارویی مواردی چون :

- ✓ کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید (نام دارو ، دوز دارو ، راه تجویز دارو ، تاریخ شروع ، زمان استفاده دارو ، نام دهنده دارو و ...)
- ✓ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک به علی اجرا نشد ، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید
- ✓ Drug Error و امتناع از مصرف دارو گزارش اشتباه و دز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دز و داروی تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار

۱۳- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت دارو های STAT/PRN:

✓ علت اجرای دستور STAT/PRN با ذکر علت، زمان و تاثیر

۱۴- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت اقدامات ایمنی مواردی چون:

✓ اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار تخت یا سایر محدود کننده ها، بعلوه زمان استفاده از این ابزارها، دلیل استفاده از آنها و وضعیت محدود کننده ها (بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد

✓ انجام مهار فیزیکی و استفاده از اتاق امن با ذکر علت، زمان شروع و ختم و تاثیر

۱۵- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت دستورات تلفنی:

لازم به ذکر است در این مرکز به علت حضور پزشکان دستورات تلفنی داده نمی شود مگر بر اساس خط مشی موجود در بخش لذا در موارد محدود دستورات داده شده توسط پزشک بصورت تلفنی و بعضا شفاهی صورت می گیرد که در چنین مواردی باید دستور تلفنی به طور کامل در پرونده بیمار تحت عنوان (Tel Order) با ذکر نام پزشک و ساعت دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی در قسمت دستورات پزشک درج شده و سپس مهر و امضا پرستار و شاهد ثبت اجرا گردد. دستورات تلفنی باید در اولین فرصت (حداکثر ۲ ساعت) توسط پزشک معالج امضا گردد. جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

✓ چه موقع تماس گرفته است؟

✓ چه کسی تماس گرفته است؟

✓ با چه کسی صحبت شد؟

✓ چه اطلاعاتی داده شد؟

۱۶- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت حوادث و خطاها و عوارض مراقبتی و دارویی مواردی چون:

✓ ثبت گزارش حوادث اتفاقی ایجاد شده توسط بیماران مانند:

آسیب به خود و دیگران، خودکشی و دگرکشی و آتش سوزی سوئی مصرف مواد، دارو، الکل و تخریب اموال و فرار و ..
✓ ثبت عوارض مراقبتی و دارویی مانند:

خطا در چک دستورات پزشک-خطا در اجرای دستورات پزشک-زخم بستر-سقوط-احیای ناموفق-سونداژ مکرر-انتقال غیر ایمن-نمونه گیری اشتباه-تزریق دارو زیر جلد-ADR عوارض ناخواسته دارویی-تب بعد از سنداژ-عفونت زخم-سلولیت-آبسه بعد از تزریقات-

✓ گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه در گزارش پرستاری و فرم مربوطه که در اختیار بخش ها قرار دارد ثبت گردد.

✓ گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

✓ توصیف دقیق واقعه

- ✓ زمان حادثه
- ✓ اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- ✓ زمان اطلاع به پزشک مسئول
- ✓ زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- ✓ درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

۱۷- دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت اقدامات پرستاری *Procedures Record*:

بہتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک W6 استفاده شود و برای هر پروسیجر قید شود که اولاً چه پروسیجر اجرا شده (What) چرا (Why) چه زمانی (When) کجا (Where) توسط چه کسی (Who) و چگونه (How) ولی همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی ۶ مورد رعایت شود. زمانی که مسئله ای بریا دانش حرفه ای پرستاری بسیار واضح باشد مثل سوند در داخل مجرای ادراری گذاشته شد که در این جا هر پرستاری می داند که سوند فولی درون مجرا گذاشته می شود ولی زمانی که کاتتر سوپراپوبلیک استفاده می شود، محل آن باید قید شود.

مواردی چون:

Oxygen Therapy ✓

۱. دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
۲. زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
۳. روش اکسیژن درمانی
۴. میزان اکسیژن درمانی
۵. واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

Wound Dressing ✓

۱. ناحیه زخم
۲. وسعت و اندازه زخم
۳. نزدیک بودن لبه های زخم
۴. وجود یا عدم وجود ترشح
۵. رنگ و نوع و میزان ترشح
۶. وجود درن
۷. نوع محلول شستشو
۸. واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی

Bladder Catheterization ✓

۱. هدف از سنداژ مثانه
۲. نوع سند جهت سنداژ

۳. سایز سند
۴. ثبت مانورها قبل از سنداژ
۵. حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
۶. حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
۷. در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

✓ N.G.T insertion

۱. گاواژ:
 - ۱- دلایل لوله گذاری معده
 - ۲- نوع گاواژ: متناوب و مداوم
 - ۳- حجم و نوع محلول گاواژ
 - ۴- حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ
 - ۵- رنگ ترشحات برگشتی از معده
 - ۶- واکنش مددجو
۱۱. لاواژ:
 - ۱- دلایل لاواژ
 - ۲- نوع و حجم محلول لاواژ
 - ۳- حجم و رنگ موارد برگشت
 - ۴- واکنش مددجو

✓ ثبت گزارش CPR

- ۱- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- ۲- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ۳- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ۴- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- ۵- لوله گذاری و اکسیژن درمانی
- ۶- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- ۷- دارو درمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- ۸- واکنش مردمکها
- ۹- افراد عضو تیم احیاء
- ۱۰- زمان خاتمه CPR

۱۸- **دستورالعمل ثبت وضعیت ثبت آموزش به بیمار و همراهان وی:**

بر اساس مصاحبه، مشاهده، مستندات پرستار از بیمار تکمیل می گردد.

✓ تمایل بیمار به یادگیری

- ✓ توانایی یادگیری بیمار
- ✓ موانع یادگیری بر حسب نوع آن شامل: جسمی، خواندن، زبان، شناختی، انگیزشی و روانی
- ✓ نیاز بیمار به بررسی های جامع تر بر حسب بررسی اولیه پرستار از بیمار شامل: مدیریت درد، تغذیه، روانپزشکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، شنوایی سنجی و ذکر سایر سیستم های مورد نیاز در قسمت سایر موارد
- ✓ ذکر نوع نیاز آموزشی بیمار بر حسب: فرایند بیماری، مراقبت، درمان، داروها و مصرف آن، تجهیزات و وسایل، تغذیه، پروسجر های تشخیصی- درمانی، روند ترخیص، فعالیت، پیگیری، معرفی سیستم های حمایتی

منبع:

۱. دستورالعمل ارزیابی اولیه مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا؛ خلاصه روان پزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران، شهرآب، ۱۳۸۴، چاپ دوم، جلد ۱، ص ۴۰۲.
۳. ثبت و گزارش نویسی مهری عباسی ۱۳۸۰

دی ماه ۱۳۹۲