

# پروتکل آموزش سلامت به مددجو

دانشگاه علوم پزشکی تهران - دفتر پرستاری

مهشید هداوند / سوپروایزر آموزش سلامت / مرکز آموزشی - پژوهشی - درمانی بهارلو / پاییز ۹۹

# مراحل آموزش سلامت به مددجو

👉 برای موفقیت در امر آموزش، باید از یک روش سیستماتیک استفاده کنیم:

👉 ارزیابی فردی مددجو

👉 تعیین نیازهای آموزشی مددجو

👉 برنامه ریزی جهت آموزش

👉 اجرای برنامه آموزشی

👉 ارزشیابی فرایند آموزش

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

Attending Physician:	نام پزشک معالج:	نام خانوادگی:	نام:	Family Name:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: ۰۵:۰۰ ساعت شروع ارزیابی: ۰۵:۱۰ نام بريد: ساير نام بريد

میزان تحصيلات:  دین،  وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  ساير نام بريد

بیماران خانگی:  وقتت بارداری: بله  خیر  وضعیت شیر دهی: بله  خیر  خیر

منبع اطلاعات: بیمار  همراه  (با ذکر منبع) مشخصات فردی که در مواقع ضروری به تاون یا او تماس گرفته شود (شماره تماس):

علامت حیاتی عبور در وقت: T: ۳۷ PR: ۱۰ RR: ۱۵ BP: ۱۲۰/۸۰ نام بريد: ساير نام بريد

نحوه ورود: با پای خود  سندی چرخدار  برکتار  ساير نام بريد

نوع و اتصالات بیمار: [ ] نرسیده، یافه و دیگر نام و محل

وضعیت ارتشاقی

سطح هوشیاری:  هوشیار  خواب آلود  کما  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: **آرامش شدید بیمار**

تاریخچه تاریخچه سلامت و بیماری

شکایات اصلی: **عزت مستوی تشخیص اولیه پزشک معالج: آبرام شریعت لوت**

سابقه بستری: ندارد  دارد  تاریخ آخرین بستری: **سردرد شریعت**

سابقه جراحی: ندارد  دارد  ذکر نوع عمل جراحی: **عزت مستوی**

سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی): ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: **عزت مستوی**

سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): خیر  بله  نام بیماری: **عزت مستوی**

سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر  بله  سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: **عزت مستوی**

عادات و عوامل خطر:  سوء مصرف دارو  سوء مصرف مواد مخدر  مصرف الکل  مصرف سیگار  مصرف قلیان  سابقه کار با مواد شیمیایی  سابقه کار در معدن

داشتن حیوان خانگی: ساير نام بريد: **عزت مستوی**

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 بريد: **عزت مستوی**

حساسیت دارویی

حساسیت دارویی: خیر  بله  نام دارو: **هوع واکنش:**

حساسیت غذایی: خیر  بله  نام غذا: **هوع واکنش:**

سابقه بیماری

۱- عصبی: سرگیجه  عدم تعادل  سردرد  تشنج  کرختی و بیحسی  مردمک ها: قرینه  غیر قرینه  ساير توضیحات: **ADAF دارو**

۲- قلبی و عروقی: تپش  سیبوس  تاکی کاردی  برادیکاری  سیاهل  وارس  آنمی  ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۳- تنفسی: بدون مشکل  تنفس شیب  سریع  سطحی  آهسته  سرفه  خلط  دیس پنه  در زمان استراحت  از تنه  سايل توضیحات: **عزت مستوی**

۴- گوارشی: رژیم غذایی خاص: خیر  بله  نام بريد: **عزت مستوی**

ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۵- ادراری / تناسلی: بدون مشکل  با بی ادراری  اریگوری  سوزش ادرار  تکرر ادرار  هماچوری  عفونت  دیاپیز  سايل موارد: **عزت مستوی**

۶- پوست: بدون مشکل  رنگ پوست: سیاهل  رنگ پریده  زرد  درجه حرارت پوست: گرم  سرد  تعریق  تورگور پوست: طبیعی  ضعیف  زخم  ترشحات: ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۷- اسکلتی عضلانی: بدون مشکل  کمر  فنج  اسکلیوز  ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۸- روحی و روانی: ظاهر کلی: مرتب  زولیده  ساير نام بريد: **عزت مستوی**

وضعیت رفتاری: آرام  بی قرار  پرخاشگر  سايل: **عزت مستوی**

۹- سایر سیستم ها: وجود مشکل: **عزت مستوی**

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

Attending Physician:	نام پزشک معالج:	نام خانوادگی:	نام:	Family Name:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:

اطلاعات پایه

ساعت ورود به بخش: ۰۵:۰۰ ساعت شروع ارزیابی: ۰۵:۱۰ نام بريد: ساير نام بريد

میزان تحصيلات:  دین،  وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  ساير نام بريد

بیماران خانگی:  وقتت بارداری: بله  خیر  وضعیت شیر دهی: بله  خیر  خیر

منبع اطلاعات: بیمار  همراه  (با ذکر منبع) مشخصات فردی که در مواقع ضروری به تاون یا او تماس گرفته شود (شماره تماس):

علامت حیاتی عبور در وقت: T: ۳۷ PR: ۱۰ RR: ۱۵ BP: ۱۲۰/۸۰ نام بريد: ساير نام بريد

نحوه ورود: با پای خود  سندی چرخدار  برکتار  ساير نام بريد

نوع و اتصالات بیمار: [ ] نرسیده، یافه و دیگر نام و محل

وضعیت ارتشاقی

سطح هوشیاری:  هوشیار  خواب آلود  کما  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: **آرامش شدید بیمار**

تاریخچه تاریخچه سلامت و بیماری

شکایات اصلی: **عزت مستوی تشخیص اولیه پزشک معالج: آبرام شریعت لوت**

سابقه بستری: ندارد  دارد  تاریخ آخرین بستری: **سردرد شریعت**

سابقه جراحی: ندارد  دارد  ذکر نوع عمل جراحی: **عزت مستوی**

سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادر زادی): ندارد  دارد  در صورت داشتن سابقه نام بیماری: **عزت مستوی**

سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): خیر  بله  نام بیماری: **عزت مستوی**

سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: خیر  بله  سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی: **عزت مستوی**

عادات و عوامل خطر:  سوء مصرف دارو  سوء مصرف مواد مخدر  مصرف الکل  مصرف سیگار  مصرف قلیان  سابقه کار با مواد شیمیایی  سابقه کار در معدن

داشتن حیوان خانگی: ساير نام بريد: **عزت مستوی**

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 بريد: **عزت مستوی**

حساسیت دارویی

حساسیت دارویی: خیر  بله  نام دارو: **هوع واکنش:**

حساسیت غذایی: خیر  بله  نام غذا: **هوع واکنش:**

سابقه بیماری

۱- عصبی: سرگیجه  عدم تعادل  سردرد  تشنج  کرختی و بیحسی  مردمک ها: قرینه  غیر قرینه  ساير توضیحات: **ADAF دارو**

۲- قلبی و عروقی: تپش  سیبوس  تاکی کاردی  برادیکاری  سیاهل  وارس  آنمی  ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۳- تنفسی: بدون مشکل  تنفس شیب  سریع  سطحی  آهسته  سرفه  خلط  دیس پنه  در زمان استراحت  از تنه  سايل توضیحات: **عزت مستوی**

۴- گوارشی: رژیم غذایی خاص: خیر  بله  نام بريد: **عزت مستوی**

ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۵- ادراری / تناسلی: بدون مشکل  با بی ادراری  اریگوری  سوزش ادرار  تکرر ادرار  هماچوری  عفونت  دیاپیز  سايل موارد: **عزت مستوی**

۶- پوست: بدون مشکل  رنگ پوست: سیاهل  رنگ پریده  زرد  درجه حرارت پوست: گرم  سرد  تعریق  تورگور پوست: طبیعی  ضعیف  زخم  ترشحات: ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۷- اسکلتی عضلانی: بدون مشکل  کمر  فنج  اسکلیوز  ساير توضیحات: **عزت مستوی**

۸- روحی و روانی: ظاهر کلی: مرتب  زولیده  ساير نام بريد: **عزت مستوی**

وضعیت رفتاری: آرام  بی قرار  پرخاشگر  سايل: **عزت مستوی**

۹- سایر سیستم ها: وجود مشکل: **عزت مستوی**

نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو



<p>1- محدودیت ها:</p> <p>شناختی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع محدودیت و گوش هوش</p> <p>بینایی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع محدودیت و چشم هوش</p> <p>شنوایی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع شنوایی و اندام مربوطه (بم برده)</p> <p>2- وسایل کمکی و پروتزها: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نماید:</p> <p>3- توانایی استفاده از رنگ احشام پرستاری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت تشخیص</p> <p>4- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <p>تغذیه: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>دستبندی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p>	
وزن: ۹۵ کیلو	قد: ۱۷۵ سانتی متر
<p>نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): ۳۱</p> <p>زده اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):</p> <p>۱) آیا در بیمار بزرگسال BMI کمتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زده اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته وزن ناخواسته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار اشتهاهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>دیابت - نقرس</b></p> <p>نتیجه ارزیابی: <b>رجوع به کارشناس تغذیه لازم است؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>هر سوزنی که حتی یک جلهه 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 موارد باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پروپانکلاسی و آلداسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.</p> <p>در صورت وجود زخم فشاری موقیعت آناتومیست آن بر اساس (راهنما) قید شود</p> <p>احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p> <p>احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p>	
<p>در صورت وجود درد از سفر تا به نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد: <b>شکم</b></p> <p>طول مدت: <b>متناوب</b> <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/></p> <p>روش های تسکین درد: <b>دارویی (ذکر نام دارو):</b> <input type="checkbox"/> <b>غیر دارویی (ذکر روش):</b> <input type="checkbox"/></p> <p>تاثیر درد روی فعالیت بیمار: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p> <p>بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین، ترافیکی، مصدومین، شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>حضور همراه موثر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ارجاع از راهگهای قضایی و حمایتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بیون مشکل: <input type="checkbox"/></p>	
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار (خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد): <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب به توضیح دهید:</p> <p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب غیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:</p> <p>موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بریند: <b>دیابت - نقرس - آرتریت - واریس</b></p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بنویس و درود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>	
<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت به موارد مشخص شود) <b>مددکاری</b> <input type="checkbox"/> <b>تغذیه ای</b> <input type="checkbox"/> <b>بازرسی</b> <input type="checkbox"/> <b>روانشکسی</b> <input type="checkbox"/> <b>سایر موارد</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p>سطح مراقبتی: <input type="checkbox"/> سطح ۱ <input type="checkbox"/> سطح ۲ <input type="checkbox"/> سطح ۳ <input type="checkbox"/> سطح ۴ <input type="checkbox"/> سطح ۵ <input type="checkbox"/></p>	
<p>تشخیص های پرستاری بنویس و درود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- <b>بیماری مزمن</b></p> <p>۲- <b>بیماری مزمن</b></p> <p>۳- <b>بیماری مزمن</b></p>	
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار: <b>پرستار</b></p> <p>ساعت پایان ارزیابی: <b>۶:۰۰</b></p> <p>تاریخ: <b>۹۹/۲/۲۱</b></p>	

<p>1- محدودیت ها:</p> <p>شناختی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع محدودیت و گوش هوش</p> <p>بینایی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع محدودیت و چشم هوش</p> <p>شنوایی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ به درک نوع شنوایی و اندام مربوطه (بم برده)</p> <p>2- وسایل کمکی و پروتزها: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> بر اساس موارد زیر مشخص نماید:</p> <p>3- توانایی استفاده از رنگ احشام پرستاری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در صورت تشخیص</p> <p>4- انجام فعالیت روزانه زندگی:</p> <p>تغذیه: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>دستبندی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p> <p>تحرك و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (با کمک)</p>	
وزن: ۹۵ کیلو	قد: ۱۷۵ سانتی متر
<p>نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): ۳۱</p> <p>زده اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):</p> <p>۱) آیا در بیمار بزرگسال BMI کمتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زده اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته وزن ناخواسته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار اشتهاهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>دیابت - نقرس</b></p> <p>نتیجه ارزیابی: <b>رجوع به کارشناس تغذیه لازم است؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>هر سوزنی که حتی یک جلهه 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 موارد باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پروپانکلاسی و آلداسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.</p> <p>در صورت وجود زخم فشاری موقیعت آناتومیست آن بر اساس (راهنما) قید شود</p> <p>احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p> <p>احتمال خطر سقوط: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p>	
<p>در صورت وجود درد از سفر تا به نمره درد بیمار چند است؟</p> <p>محل درد: <b>شکم</b></p> <p>طول مدت: <b>متناوب</b> <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/></p> <p>روش های تسکین درد: <b>دارویی (ذکر نام دارو):</b> <input type="checkbox"/> <b>غیر دارویی (ذکر روش):</b> <input type="checkbox"/></p> <p>تاثیر درد روی فعالیت بیمار: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ندرکز <input type="checkbox"/></p> <p>بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین، ترافیکی، مصدومین، شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>حضور همراه موثر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ارجاع از راهگهای قضایی و حمایتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بیون مشکل: <input type="checkbox"/></p>	
<p>ارزشهای مذهبی و فرهنگی بیمار (خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تاثیر گذار باشد): <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت جواب به توضیح دهید:</p> <p>آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب غیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:</p> <p>موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نام بریند: <b>دیابت - نقرس - آرتریت - واریس</b></p> <p>ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بنویس و درود با توجه به ارزیابی انجام شده:</p>	
<p>آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> (در صورت به موارد مشخص شود) <b>مددکاری</b> <input type="checkbox"/> <b>تغذیه ای</b> <input type="checkbox"/> <b>بازرسی</b> <input type="checkbox"/> <b>روانشکسی</b> <input type="checkbox"/> <b>سایر موارد</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p>سطح مراقبتی: <input type="checkbox"/> سطح ۱ <input type="checkbox"/> سطح ۲ <input type="checkbox"/> سطح ۳ <input type="checkbox"/> سطح ۴ <input type="checkbox"/> سطح ۵ <input type="checkbox"/></p>	
<p>تشخیص های پرستاری بنویس و درود با توجه به ارزیابی اولیه:</p> <p>۱- <b>بیماری مزمن</b></p> <p>۲- <b>بیماری مزمن</b></p> <p>۳- <b>بیماری مزمن</b></p>	
<p>نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار: <b>پرستار</b></p> <p>ساعت پایان ارزیابی: <b>۶:۰۰</b></p> <p>تاریخ: <b>۹۹/۲/۲۱</b></p>	

# محور های اصلی آموزش به مددجو

## آموزش زمان پذیرش شامل:

۱- معرفی فرد آموزش دهنده به بیمار

۲- آشنایی با محیط فیزیکی بخش، مقررات بیمارستان، روتین بخش (زمان غذا دادن،

ساعات ملاقات، ساعات گرفتن علائم حیاتی روتین، زمان دارو دادن و...)

۳- آموزش استفاده از وسایلی مانند: زنگ اخبار، تخت، تلفن، کلید های چراغ

برق، تلویزیون و ...

★ پرستار ادمیت کننده، مسئول آموزش زمان پذیرش می باشد.



# آموزش حین بستری

۱-افزایش آگاهی بیماران در مورد خصوصیات بیماری (نام بیماری، فرایند بیماری، ریسک فاکتور ها، علائم و نشانه ها و عوارض)

۲-افزایش آگاهی بیماران در مورد درمان بیماری (معاینات لازم

برای تشخیص بیماری، درمان های موجود بیماری (دارویی، جراحی)، انواع

اقدامات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایشگاه)، عوارض دارویی و روش

برخورد با عوارض، مراقبت قبل و بعد از اعمال جراحی و بیهوشی در صورت

انجام و نحوه برخورد با آن، رژیم غذایی و ...)







# آموزش زمان ترخیص

با فرم ترخیص ایمن SMART (فرم راهنمای ترخیص شماره ۲)

- ۱- علائم هشدار مربوط به بیماری **S**
- ۲- نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل **M**
- ۳- مراجعه مجدد (در صورت نیاز و دستور پزشک) به درمانگاه **A**
- ۴- تاکید بر تداوم درمان و پیگیری تست های تشخیصی **R**
- ۵- سایر آموزشهای خودمراقبتی مورد نیاز **T**
- ۶- تحویل پمفلت آموزشی



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شماره پرونده: Unit Number:

فرم ثبت آموزش به بیمار (فرم شماره دو)  
PATIENT EDUCATION SHEET  
(راهنمای ترخیص بیماران)

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

عناوین آموزشی	تاریخ	ساعت	آموزش پزشک	آموزش پرستار
میزان، مدت زمان و نحوه ی صحیح مصرف دارو				
تغذیه (غذا های مجاز به مصرف و غیر مجاز و ...)				
مراقبت های لازم در منزل (مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده و ...)				

مکان مراجعه:

زمان مراجعه به پزشک:

نتایج معوقه تست های پاراکلینیک:

علائم و نشانه های هشدار دهنده که در صورت وقوع، لازم است سریعاً مراجعه شود:

امضای بیمار یا همراه:

مهر و امضای پرستار:

مهر و امضای پزشک:



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شماره پرونده: Unit Number:

فرم ثبت آموزش به بیمار (فرم شماره دو)  
PATIENT EDUCATION SHEET  
(راهنمای ترخیص بیماران)

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

عناوین آموزشی	تاریخ	ساعت	آموزش پزشک	آموزش پرستار
میزان، مدت زمان و نحوه ی صحیح مصرف دارو	۹۹/۴/۱۵	۱۱:۰۰	توسط پزشک محترم تکمیل گردد	آمیول انسولین ال بی ایج ۱۲ واحد صبح - ۱۲ واحد عصر از طریق زیر جلدی قرص وارفارین ۲/۵ میلی گرم یکبار در روز بخورانی (چک میزان PT-INR تا یکماه پس از ترخیص بصورت هفتگی)
تغذیه (غذا های مجاز به مصرف و غیر مجاز و ...)			توسط پزشک محترم تکمیل گردد	مایعات صاف شده از طریق لوله بینی سمعی
مراقبت های لازم در منزل (مراقبت از زخم، محل جراحی و عضو آسیب دیده و ...)			توسط پزشک محترم تکمیل گردد	بعد از دریافت غذا بیمار را در وضعیت نشسته حداقل به مدت ۱ ساعت قرار دهید اینکار به عضو جلوگیری از برگشت مواد غذایی از معده و احتمالاً ورود به ریه ها کمک خواهد کرد. ظهور هر گونه اسهال نیازمند مطلع کردن پزشک و توقف غذا رسانی به بیمار است

مکان مراجعه: درمانگاه جترال - درمانگاه پزشک داخلی

بک هفته پس از ترخیص ۹۹/۴/۲۲

نتایج معوقه تست های پاراکلینیک: پیگیری آزمایشات تیروئید در تاریخ ۹۹/۴/۲۰ از واحد آزمایشگاه با شماره داخلی ۲۵۵

علائم و نشانه های هشدار دهنده که در صورت وقوع، لازم است سریعاً مراجعه شود:

درد در محل ایلتا یا انتهای لوله بینی سمعی -

خروج لوله بینی سمعی

عدم عبور مایعات از لوله یا اسهال لوله

امضای بیمار یا همراه:

مهر و امضای پرستار:

مهر و امضای پزشک:

نام فرایند: آموزش سلامت به مدد جو

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

جزوات نیازهای آموزشی ، رسانه آموزشی (پمفلت، بروکلت، پلِفِلت، فولدر، تصویر، پوستر)

استاندارد مراحل انجام کار

۱- در بدو بستری مددجو در بخش آموزش شروع به آموزش (شامل قوانین و مقررات تدوین شده جهت هر بخش می باشد که بصورت پمفلت هایی تهیه شده است (توسط پرستارادامیت کتنده صورت گیرد). پرستار ادامیت کتنده پس از معرفی خود و سمت خود به بیمار شروع به آموزش می نماید کلداین سطح آموزش 00 می باشد ، سایر موارد این فرم طبق پروتکل پر گردد. آموزش داده شده در گزارش پرستاری فید گردد یا این عنوان (( آموزش مقررات بخش و منشور حقوق بیمار داده شد و رسانه آموزشی مربوطه ارائه گردید ))

۲- با توجه به نوع بیماری مددجو ، آموزش چین بستری توسط پرستار داده می شود. محتوای آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی بیمار در محدوده یک بیماری خاص فیلا تهیه شده و داخل زونکن آموزش سلامت در اختیار شما می باشد بر اساس کد مشخص شده ، توضیحات شفاهی به بیمار داده شود سپس رسانه آموزشی تهیه شده متناسب با نیازهای آموزشی بیمار به وی ارائه گردد سپس آموزش داده شده در فرم ثبت آموزش به مددجو ثبت گردد. آموزش داده شده در گزارش پرستاری فید گردد یا این عنوان ( آموزش مراقبت در مورد بیماری ..... داده شد و رسانه آموزشی مربوطه ارائه گردید ) به جای نظفه چین نام بیماری یا پروسیجر آموزش داده شده فید می گردد .

۳- جهت آموزش هنگام ترخیص نیز با توجه به نیازهای آموزشی زمان ترخیص، توسط پرستار کارشناس ، آموزش داده شده و رسانه آموزشی نیز به بیمار داده شود. در فرم ثبت آموزش به مددجو توسط پرستار ثبت شود ( فرم زمان ترخیص که به تفکیک هر بخش تهیه شده است در دو برگ تهیه شده یک نسخه داخل پرونده و نسخه دیگر به بیمار داده شود ) آموزش داده شده در گزارش پرستاری فید گردد یا این عنوان ( آموزش مراقبت در منزل به بیمار داده شد و رسانه آموزشی مربوطه ارائه گردید فرم زمان ترخیص نیز پر شده ، به انضمام خلاصه پرونده در اختیار بیمار قرار گرفت )





برگ گزارش پرستار  
NURSIES NOTE

Attending Physician : پزشک معالج :	Ward : بخش :	Name : نام :	Family Name : نام خانوادگی :
Date Of Admission : تاریخ پذیرش :	Room : اتاق :	Date Of Birth : تاریخ تولد :	Father's Name : نام پدر :
5800	99/4/10	6-6-66	نام خانوادگی: ... نام پدر: ...
مشاهدات، نظرات و امضاء پرستار	Observation & Consideration & Sign of Nurses	المدامات دارویی و درمانی	Medical Procedure :
		ساعت	تاریخ
		Time	Date
	بیمار آهسته آهسته در دست ۵۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۱۵۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۲۵۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۳۵۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۴۵۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۵۵۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۶۵۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۷۵۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۸۵۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۹۵۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	۹۹/۴/۱۰ ۱۹-۸
	تغذیه و مایعات به مقدار کافی در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	۹۹/۴/۱۰ ۷-۱۴
	تغذیه و مایعات به مقدار کافی در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	۹۹/۴/۱۰ ۱۳-۲۰
	تغذیه و مایعات به مقدار کافی در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	در دست ۱۰۰ میلی لیتر در دست ۲۰۰ میلی لیتر در دست ۳۰۰ میلی لیتر در دست ۴۰۰ میلی لیتر در دست ۵۰۰ میلی لیتر در دست ۶۰۰ میلی لیتر در دست ۷۰۰ میلی لیتر در دست ۸۰۰ میلی لیتر در دست ۹۰۰ میلی لیتر در دست ۱۰۰۰ میلی لیتر	۹۹/۴/۱۰ ۲۰-۸

ادامه در صفحه بعد

برگ گزارش پرستار  
NURSES NOTE

ادام گزارش صفحه ۱

مشاهدات، نظرات و اوضاع پرستار Observation & Consideration & Sign of Nurses	الیهامات دارویی و درمانی Medical Procedure :	ساعت Time	تاریخ Date
بیمار نیاز دارد در هر لحظه با دیابت کنترل شود.			
مصرف داروهای ... در روز آموزش آموزش دید			
بیمار لطفا در وقت کمی بدهی انجام این آموزش			
نتیجه آموزش			
بیمار ساعت ۶:۳۰ - ۶:۴۰ قفس داخلی استیل شد			
نتیجه آموزش			
بیمار ساعت ۶:۴۰ در ساعت ۶:۴۰			۹۹/۴/۲
در بخش داخلی بستری شد. ابراهیم در بخش			۶-۱۴
ارواح ضعیف بیمار است. آموزش			
در وقت صبح به عرض دیابت و قند			
در وقت صبح به بیمار داده شد. رسانه آموزشی هر روز			
ارواح ضعیف است. آموزش معمرات بخش داخلی انجام			
صورت بیمار داده شد.			
نتیجه آموزش			
آموزش به مریض با فشار خون بالا داده شد			۹۹/۴/۲
رسانه آموزشی هر روز ارائه کردید. نحوه آموزش آموزش			۱۳-۲۰
نصرت آموزش عملی در بیمار آموزش داده شد رسانه			
آموزش هر روز ارائه کردید.			
نتیجه آموزش			
بیمار در وقت GIBledy شد در وقت ...			۹۹/۴/۲
شربت جهت وی NGT تهیه شد. فلان NPO می باشد			۲۰-۸



Unit Number : \_\_\_\_\_  
شماره پرونده : \_\_\_\_\_

**یوزگ گزاش پوسنار**  
**NURSES NOTE**

Attending Physician : پزشک معالج :	Word : کلمه :	Name : نام :	Family Name : نام خانوادگی :
Date Of Admission : تاریخ پذیرش :	Room : اتاق :	Date Of Birth : تاریخ تولد :	Father's Name : نام پدر :
مشاهدات ، نظرات و افعال پرستار Observation & Consideration & Sign of Nurses		اقدامات کاروانی و فرماتی Medical Procedures	تاریخ Date
تا ساعت ۱۰:۳۰ بیمار در حالت عدم انقباض درد شکم در دو طرفه شکم از انقباض اندوکتوی آوردن به بیمارستان در ۱۰:۳۰ تغییر وضعیت بیمار			۹۹/۴/۳ M 7-14
بیمار در ساعت ۱۱:۰۰ با NGT بارها تهی مرضی شهر با اعلام دریا را در مرکز پذیرش بیمارستان آوردن به بیمارستان (اولین بار) به بیمارستان بیمار در ۱۱:۳۰ بخوابد و در حالت وادارگی در خواب ۳ IMR.P.R. در ۱۱:۳۰ هر ۴ ساعت بیمار در ۱۲:۰۰ در ۱۲:۰۰ ساعت آورده شد به مرکز پذیرش بیمار در ۱۲:۳۰ در ۱۲:۳۰ ساعت آورده شد به مرکز پذیرش تغییر وضعیت بیمار		آوردن بیمارستان بیمارستان	۹۹/۴/۱۵ M 7-14



چند نکته کلیدی برای موفقیت  
آموزش سلامت به مددجو

# بر موانع یادگیری غلبه کنید.

👉 موانع جسمی: درد، نقص شنوایی، بینایی

👉 موانع عاطفی: اضطراب

👉 زبان و فرهنگ

# توجه بیمار را جلب کنید.

👉 منظور خود را از آموزش بیان کنید.

👉 تن صدایتان را تغییر دهید.

👉 از وسایل کمک آموزشی استفاده کنید.

👉 از زندگی روزمره بیمار، مثال بیاورید.

👉 مطالب را خلاصه کنید.



# بر اطلاعات پایه و اساسی تاکید کنید.

**simple** ✓

**Specific** ✓

**short** ✓

👉 از زبان ساده روز مره استفاده کنید.

👉 اختصاصاً در مورد آنچه باید بیمار بداند صحبت کنید.

👉 جلسات آموزشی باید کوتاه و مکرر باشد که باعث هضم اطلاعات

شود. (۱۵-۳۰ دقیقه)

✓ آموزش به بیمار باید با کمک گرفتن از آنچه بیمار قبل از شروع آموزش می داند آغاز شود.

✓ انتقال مطالب سنگین و پیچیده عموماً موجب شکست در روند آموزش می شود.

✓ بیمار باید به راحتی بتواند مطالب را درک کند.

✓ هرگز نباید تصور کرد که یک بیمار باید همه چیز را در رابطه با یک موضوع بداند.

✓ آموزش باید به شیوه ای قابل فهم برای بیمار و اطرافیانش ارائه گردد.

✓ آموزش باید از ذکر مسایل ساده آغاز شده و به طرف مسایل پیچیده حرکت کند.

✓ سعی نکنید که انبوهی از اطلاعات را در زمان محدود به بیماران بدهید .

✓ جهت ارائه مطالب، آموزش باید از چیزهایی که اطمینان دارید می دانند به سمت چیزهایی که نمی دانند باشد.

# بیشترین استفاده را از زمان بکنید.

👉 آموزش و مراقبت را همزمان کنید.

👉 خانواده بیمار را در آموزش مشارکت دهید.

👉 از مواد نوشتاری کمک بگیرید.



# درک بیمار را از آموزش ارزشیابی کنید.

👉 از بیمار بخواهید مطالبی را که تاکنون به او آموخته اید تکرار کند.

👉 همواره یک متن آموزشی داشته باشید تا پس از آموزش آن را به

بیمار بدهید تا با خواندن آن از فراموش کردن مطالب جلوگیری

گردد.

# محل های ثبت آموزش به بیمار

■ فرم ثبت آموزش به مددجو توسط پرستار

■ گزارش پرستاری

■ فرم ویژه آمار بیماران آموزش دیده

برنامه آموزش به بیمار بخش .....

(ویژه آمار بیماران آموزش دیده)

ماه ..... سال .....

ردیف	نام و نام خانوادگی مددجو	تشخیص	نام پزشک	نوع آموزش داده شده	تاریخ و امضا پرستار آموزش دهنده
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					

امضا سر پرستار

# سوال

بیمار آقای ۶۰ ساله هوشیار، با تحصیلات دیپلم، متاهل، فارسی زبان، با ویلچر در ساعت ۵ صبح با شکایت سردرد و سرگیجه به بخش اورژانس جنرال مراجعه کرده است، هیچ محدودیت جسمی - روانی و حسی - حرکتی ندارد و فعالیت‌هایش را بطور مستقل انجام می‌دهد. مورد شناخته شده هایپرتنشن و دیابت بوده و تحت درمان با انسولین است و در ریتم قلبی دچار آریتمی بصورت AF می‌باشد و تحت درمان با داروی وارفارین است پس از بستری در بخش داخلی در ساعت ۷ صبح روز بعد به دلیل ابتلا به دیابت، بصورت پروتکل، انسولین دریافت می‌نماید و در مدتی که بستری است یکبار دچار GIBleeding شده است و جهت بیمار NGTube تعبیه شده است و درخواست انجام آندوسکوپی تحت بیهوشی دارد، در نهایت بیمار با دستور دارویی وارفارین و انسولین و با NGTube جهت ادامه درمان در مرکز دیگری با رضایت شخصی ترخیص می‌شود، مراحل آموزش به بیمار را بصورت ثبت و تکمیل فرم ارزیابی اولیه، ثبت در فرم آموزش به بیمار، گزارش پرستاری و آموزش زمان ترخیص شرح دهید.

T:۳۷/۸

PR:۸۵

R:۱۵

BP:۱۶۵/۱۰۰

BMI: ۳۱

وزن: ۹۵      قد: ۱۷۵



خسته نباشید