



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان  
مجتمع تخصصی و فوق تخصصی فارابی

# کتابچه راهنمای ثبت صحیح اقدامات پرستاری

کد شناسه: 1-F-GBCN-2

تاریخ تدوین: 98/8/1

تاریخ ابلاغ: 1400/9/1

تاریخ بازنگری بعدی: 1401/8/1

تهیه کننده: واحد بهبود کیفیت



## فهرست مطالب:

صفحه

3	خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
3	نکات قابل توجه در گزارش نویسی
3	گزارش تاخیری
6	اصول کاردکس نویسی
7	گزارش درد
8	گزارش دارو درمانی
9	گزارش درمان داخل وریدی
9	گزارش اکسیژن درمانی
9	گزارش لوله گذاری معده - روده ای
10	گزارش پانسمان وزخم
10	گزارش CPR
11	گزارش اولیه پرستاری
12	نکات قابل گزارش در سایر شیفت ها
13	گزارش انتقال بین بخشی
14	گزارش ترخیص
15	گزارش ترخیص با میل شخصی
15	گزارش انتقال موقت جهت اخذ خدمات به خارج از مرکز
16	گزارش اعزام
17	گزارش فوتی
17	گزارش تزریق خون
17	گزارش مهار فیزیکی
17	گزارش مهار شیمیایی
18	گزارش قبل و بعد از ECT
19	گزارش اختصاصی بخش های روانپزشکی
31	منابع مورد استفاده



### روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری

#### ۶۰ خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

- ✚ گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید؛ اطلاعات واقعی، منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی‌شوند.
- ✚ موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- ✚ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می‌گردد، بایستی کامل و در عین حال مختصر باشند.
- ✚ گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود.
- ✚ اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند.

#### ۶۱ نکات قابل توجه در گزارش نویسی:

- ✚ جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.
- ✚ گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ✚ تکمیل مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش به عهده اولین فرد شروع کننده گزارش می باشد.
- ✚ تا زمانیکه فرم قبلی کاملاً پر نشده است از شروع گزارش در صفحه بعدی و باقی گذاشتن فضای آزاد بین گزارش ها خودداری کنید.
- ✚ جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده نمایید.
- ✚ گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا باید نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد.
- ✚ در تهیه یک مورد گزارش باید تنها یک نوع دست خط وجود داشته باشد.
- ✚ در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی جهت مراقبت از بیمار (ونتیلاتور، مانیتورینگ، پیس میکر و...) توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- ✚ وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.

- ✚ بیانات و نشانه‌هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ✚ تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ✚ ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ✚ با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می‌کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
- ✚ از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ✚ پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت‌های خاص (ایزولاسیون، مهار فیزیکی و شیمیایی و ...) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- ✚ انحصاراً در گزارش، مراقبت‌هایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید.
- ✚ اقداماتی را که باید در شیفت‌های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید (آمادگی جهت آزمایشات، اقدامات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره‌ها و تاخیر در انتقال / انجام اقدامات پاراکلینیکی یا انجام مشاوره‌ها و ... با ذکر علت )
- ✚ انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- ✚ گزارشات دستور تلفنی و گزارش اعلام نتایج بحرانی پاراکلینیکی و اقدامات انجام شده را بطور دقیق ثبت نمایید.
- ✚ در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ✚ در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می‌کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- ✚ در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع (I&O) در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
- ✚ همکار شبکار بایستی در پایان شیفت خود جمع 24 ساعته جذب و دفع مایعات را در فرم کنترل میزان جذب و دفع مایعات و همچنین در گزارش پرستاری خود بنویسد.
- ✚ هرگونه علائم و نشانه‌ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده می‌شود ثبت نمایید.
- ✚ ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، فرار، درگیری بیماران با یکدیگر و صدمات وارد شده در درگیری، اشتباهات دارویی و ...) ضروری است.
- ✚ دستورات اجرا نشده پزشک را با ذکر علت ثبت نمایید.

✚ کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید. (نام دارو، دوز دارو، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز)

✚ کشیدن دایره دور ساعت تجویز دارو به معنی ندادن دارو به بیمار می‌باشد. در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و ...

✚ در صورت خروج از بخش (اعزام/حضور در جلسه، مرخصی ساعتی، ...) پس از تحویل کامل بیمار به همکار جانشین در گزارش پرستاری ثبت نموده و گزارش بسته شود سپس توسط پرستار جانشین ادامه گزارشات پرستاری در شیفت ثبت گردد.

✚ در گزارش نویسی باید از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش می‌نماید، جدا خودداری شود.

✚ از کلماتی مانند " به نظر می‌رسد، ظاهراً و ممکن است " نباید در متن گزارش استفاده کرد.

✚ اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

✚ هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

✚ جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد. گزارش صحیح را بعد از کلمه «Error» یا "اشتباه" در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه بنویسید و گزارش را ادامه دهید و لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

### ✚ از مواردی که منجر به تحریف گزارش می‌شود اجتناب کنید؛ از جمله:

➤ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

➤ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

➤ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

➤ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

➤ تحریف یا مخدوش نمودن گزارش‌های قبلی یا موجود

✚ در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش، جای خالی وجود نداشته باشد.

✚ در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

✚ در صورت مصرف نا کامل یا عدم مصرف غذا توسط بیمار ضمن اطلاع به مشاور تغذیه در گزارش ثبت نمایید.

✚ در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.

✚ در خصوص مشاوره‌های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتی که توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم اجازه اجرای آنها داده شده باشد قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

👉 نکته: مشاوره‌های درخواست شده بصورت اورژانسی بلافاصله پس از انجام، باید توسط پزشک معالج/ مقیم رویت و در برگ دستورات پزشک وارد شوند.

✚ انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود. ساعت بستن گزارش خود را درج نمایید.

✚ گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

### 🔗 گزارش تاخیری:

لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود

### 🔗 اصول کاردکس نویسی:

کاردکس وسیله ارتباطی پرستاران در شیفت های مختلف کاری می باشد و از طریق آن اطلاعات مراقبتی بیمار مبادله می گردد. هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس ایجاد سرعت در مراقبتهای بهداشتی و درمانی و به حداقل رسیدن اشتباهات احتمالی است. جهت یکسان سازی رویه کاردکس نویسی موارد ذیل را مدنظر قرار دهید.

✚ برای ثبت مواردی که می خواهیم همیشه در کاردکس بقی بمانند نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده، تاریخ و ساعت پذیرش، نوع بیمه، سن از **خودکار آبی** استفاده می کنیم.

✚ برای ثبت موارد مهم و ثابت مثل حساسیت به دارو یا غذای خاصی و موارد مربوط به احتمال خطر مانند خطر خودکشی، تزریق عضلانی ممنوع و ..... از **خودکار قرمز** استفاده می کنیم.

✚ برای ثبت موارد متغیر مانند دستورات پرستاری و پزشکی، داروهای تجویز شده، درخواست آزمایشات، نیازهای فیزیکی از **مداد** استفاده می کنیم.

✚ از نوشتن وسایل مصرفی بیمار در کاردکس اجتناب کنید

✚ برای هر دستور پزشکی و پرستاری بجای فاصله زمانی حتما **ساعت و تاریخ** قید شود. مثلا دو هفته آینده یا هر دو ساعت یکبار صحیح نیست.

✚ درج کلمه STAT تنها در مورد داروهایی به کار می رود که یکبار برای بیمار تزریق می شوند

✚ ثبت داروها در کاردکس باید با ذکر تاریخ، شکل دارویی، نام و دور دارو و تعداد دفعات استفاده، روش استفاده و ساعات استفاده همراه با ملاحظات خاص باشد. حتما هنگام ساعت تنظیم دارو به تداخلات و اثرات دارو توجه گردد

✚ مثال: مثلا لازیکس را نمی توان 10-22 تنظیم کردد چراکه منجر به اختلال در خواب بیمار می شود.

داروهایی که برهم تاثیر می گذراند همزمان تنظیم نگردد بعنوان مثال چند داروی تنظیم کننده فشار خون بصورت همزمان منجر به افت فشار خون می گردد.

در رونویسی دستورات پزشک مبهم و ناخوانا در کاردکس خودداری کنید و در اسرع وقت از طریق تماس با پزشک مربوطه ابهام را برطرف کنید سپس وارد کاردکس گردد. اصولا کار صحیح مرور دستورات پزشک در حضور وی می باشد تا از اتلاف وقت و تاخیر در روند اجرای دستورات پیشگیری گردد.

نوع آزمایشات انجام شده و تاریخ و ساعت ارسال و پیگیری جواب در کاردکس دارویی ثبت گردد.

دستورات پزشک باید با خودکار غیر هم رنگ بصورت شمارش گذاری معکوس و تیک چک گردد، انتهای آخرین دستور خط کشیده شود و در مهر چک بخش مربوطه تاریخ و ساعت چک به همراه تعداد موارد خط خوردگی، DC، HOLD ثبت و پرستار چک کننده مهر و امضای خود را ثبت کنند در موارد داروهای دابل چک حتما پرستار شاهد هم مهر و امضای خود را ثبت کند. به هیچ عنوان از **خودکار قرمز** و **سبز** جهت چک دستورات استفاده نگردد.

مثال:

1. 5 سرم نرمال سالین 1 لیتر INF Q8H ✓
2. 4 ویال پنتوپرازول 40 میلی گرم IV Q12H ✓
3. 3 قرص آ.اس.آ 80 میلی گرم PO QD ✓
4. 2 با کمک راه برود ✓
5. 1 تشویق به سرفه ✓

### 📌 گزارش درد:

در گزارش درد باید به موارد زیر توجه کرد:

کیفیت درد: تیز، مبهم، منتشر، ارجاع دهنده

شدت درد:

1 تا 3: خفیف / 4 تا 6: متوسط / 7 تا 8: شدید / 9 تا 10: بسیار شدید.

0 ----- 1-2-3 ----- 4-5-6 ----- 7-8 ----- 9-10

○ درد بسیار شدید      شدید      متوسط      خفیف      فقدان درد

دوره درد: درد مداوم، درد متناوب، درد زودگذر

عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده درد

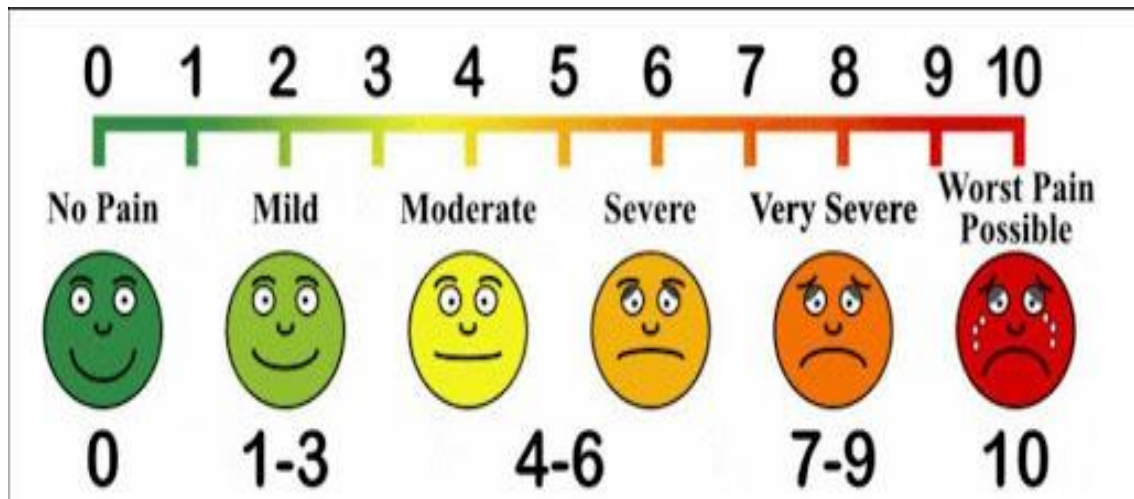
واکنش های رفتاری بیمار، آشکارسازی فیزیولوژیکی

علائم و واکنش های بیمار: تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس و فشارخون

ثبت اثر بخشی تسکین درد بیمار

در بخش ICU از معیار RASS جهت ارزیابی درد استفاده نگردد این معیار صرفا جهت ارزیابی میزان بیقراری و

سدیشن بیمار می باشد.



### گزارش دارو درمانی:



- ✚ نام دارو
- ✚ شکل دارو
- ✚ مقدار دارو
- ✚ راه مصرف دارو
- ✚ دوز مصرف دارو
- ✚ واکنش‌های دارویی در صورت بروز (در قسمت گزارش پرستاری ثبت شود)
- ✚ در صورت استفاده از داروهای هشدار بالا تایید توسط پرستار شاهد الزامی است.
- ✚ آموزش به بیمار در خصوص عوارض دارویی

✚ نکته: اگر برای بیمار از چند نوع روش برای دارو درمانی استفاده می شود همراه با رعایت توالی ساعت بدین ترتیب ثبت شوند:

✚ سرم

✚ آمپول

✚ قرص

✚ شربت

✚ اسپری

✚ پماد



## ☞ شیاف

روش گزارش نویسی داروها یا تماما به صورت فارسی و یا تماما به صورت لاتین نوشته شود.

مثال:

قرص ریسپریدون / 2 میلی گرم / 1 عدد / خوراکی

Tab Risperidon / 2 mg/ I /Po

- ☞ قطره‌های چشمی، گوشی و بینی، به همان صورتی که مصرف شده، نوشته و ثبت شوند.
- ☞ پس از مصرف داروهای جلدی، وضعیت زخم و موضع و چگونگی آن نوشته شود.
- ☞ در مورد شیاف‌ها روش استفاده (رکتال، واژینال، اورتال) و چگونگی تحمل بیمار نوشته شود.
- ☞ وقتی دارویی با دستور "در صورت نیاز" (PRN) توسط پزشک نوشته می‌شود و به بیمار داده می‌شود، دلیل تجویز دارو و پاسخ بیمار باید در گزارش پرستاری نوشته شود.
- ☞ باید تغییرات بیمار پس از دریافت دارو مورد توجه قرار گرفته و ثبت شوند.
- ☞ در صورتی که بیمار دارویی را مصرف نمی‌کند، این مورد با ذکر دلیل در گزارش ثبت شود.

## حروف اختصاری در نوشتن داروها:

OU: هر دو چشم	OS: چشم چپ	OD: چشم راست	Drop: قطره	PO: خوراکی	Tab: قرص
Spray: اسپری	Inh: استنشاقی	Amp: آمپول	Vial: ویال	Supp: شیاف	Cap: کپسول
Sc: تزریق زیرجلدی	IM: تزریق عضلانی	IV: تزریق وریدی	ID: تزریق داخل جلدی	Oint: پماد	Syr: شربت
			Perl: پرل	Inf: انفوزیون	Ser: سرم

## ☞ گزارش درمان داخل وریدی:

موارد ذیل باید در گزارش درمان داخل وریدی ثبت شوند:

- ☞ وسایل مورد استفاده برای رگ گیری مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، سی وی سی لاین و ....
- ☞ موضع وارد نمودن آنژیوکت یا اسکالپ وین.
- ☞ مقدار، نوع، تعداد قطرات سرم و وضعیت موضع تزریق در هر نوبت کاری.
- ☞ در صورت تغییر محل آنژیوکت، مجددا تاریخ نوشته شده و دلیل آن مثل زیر جلد رفتن مایع، التهاب عروق، انسداد، در آوردن آن توسط بیمار یا تعویض آن طبق روتین ذکر شود.
- ☞ عوارض ایجاد شده ناشی از وجود آنژیوکت.
- ☞ در صورت تزریق داروهای هشدار بالا تایید توسط دو پرستار (پرستار شاهد)
- ☞ مواردی که به بیمار و خانواده اش آموزش داده شده است.

## ☞ گزارش اکسیژن درمانی:

در گزارش اکسیژن درمانی باید موارد زیر ثبت شوند:

- ☞ دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- ☞ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی

✦ روش اکسیژن درمانی

✦ میزان فلوی اکسیژن

✦ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

✦ اثر بخشی اکسیژن درمانی

### 🔗 گزارش لوله گذاری معده - روده ای:

❖ ثبت موارد گزارش نویسی در لوله گذاری بینی معدی عبارت است از:

✦ نوع و اندازه NGT

✦ تاریخ، ساعت و راه ورود لوله " از راه دهان (OGT) یا از سوراخ راست یا چپ بینی "

✦ مواد ساکشن شده از نظر نوع، مقدار، قوام و بوی آن

✦ تحمل بیمار نسبت به جای گذاری لوله

✦ علائم و نشانه های عوارض مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم

✦ روش مطمئن شدن از محل لوله در معده (سمع هوای معده یا عکس برداری)

❖ مواردی که باید در گواژ ثبت شوند، عبارتند از:

✦ دلایل لوله گذاری معده

✦ نوع گواژ(متناوب یا مداوم)

✦ حجم و نوع محلول گواژ

✦ حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ

✦ رنگ ترشحات برگشتی از معده

✦ واکنش بیمار

✦ بررسی میزان گلوکز ادرار و سطح الکترولیت سرم، سطح نیترژن و اوره خون

✦ عوارض احتمالی مثل هیپرگلیسمی، هیپرگلیکوزوری و اسهال

✦ آموزش به بیمار/ خانواده

❖ پس از برداشتن لوله معده- روده ای مواردی که می بایست نوشته و ثبت شوند

عبارتند از:

✦ تاریخ و ساعت برداشتن لوله

✦ چگونگی تحمل بیمار(در صورت عدم تحمل اطلاع به مشاور تغذیه)

✦ مصرف نا کامل یا عدم مصرف غذا توسط بیمار و اطلاع به مشاور تغذیه

✦ حوادث غیر معمول در حین برداشتن لوله مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم

یا عدم تحمل غذا

### 🔗 گزارش پانسمان و زخم:

در انجام پانسمان و زخم مواردی که در گزارش باید به آن ها اشاره شود عبارتند از:

✦ ناحیه زخم

✦ علل ایجاد زخم(در منزل /بیمارستان) سن زخم(مدت زمانی که زخم ایجاد شده است)

✦ درجه زخم(مستعد،گرید 1-4)





- ✚ وسعت، اندازه (طول، عرض، عمق) و ظاهر زخم (رنگ؛ وضعیت لبه های زخم؛ وجود وسایل محدود کننده؛ نکروز پوست؛ وجود ترشحات و مشخصات ترشحات از قبیل بو، نوع، مقدار و قوام آن ها)
- ✚ نوع مراقبت از زخم
- ✚ مراحل انجام پانسمان (شستشو با ذکر محلول، درید، نوع پانسمان)
- ✚ وجود درن یا کیسه (در موارد استوما)
- ✚ داروهای استفاده شده در موضع
- ✚ آموزش هایی که به بیمار/ همراه وی داده شده است
- ✚ چگونگی تحمل بیمار نسبت به پانسمان و داروهای به کار برده شده
- ✚ اطلاع به کارشناس زخم جهت بررسی زخم

### 80 گزارش CPR (احیای قلبی ریوی):

- ✚ زمان دقیق و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- ✚ زمان دقیق شروع احیاء قلبی- ریوی
- ✚ زمان دقیق اطلاع به تیم احیاء و پیچ کد 115
- ✚ زمان حضور تیم احیا بر بالین بیمار
- ✚ ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرای دارو درمانی
- ✚ ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- ✚ لوله گذاری، اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی
- ✚ تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- ✚ دارودرمانی: نوع دارو، دوز، میزان و زمان دارو و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- ✚ واکنش مردمک ها
- ✚ طول مدت عملیات احیاء
- ✚ نام افراد عضو تیم احیاء (در فرم ثبت گزارش عملیات احیا)
- ✚ کلیه اقدامات انجام شده حین احیاء (برقراری IV line، سونداژ، اینتوباسیون و ... با ذکر نام فرد انجام دهنده)
- ✚ ثبت علائم حیاتی به دفعات انجام شده
- ✚ زمان خاتمه احیاء
- ✚ نتیجه احیاء (موفقیت آمیز و بازگشت بیمار/ فوت)

**۶۰ گزارش پذیرش:**

در اولین گزارش پرستاری موارد زیر قید شود: (به ترتیب)

**گزارش اولیه پرستاری:**

1. نام و سن بیمار
2. ساعت و تاریخ پذیرش بیمار
3. شکایت اصلی (از زبان بیمار/ همراه بیمار)
4. علت بستری بیمار (تشخیص پزشکی)
5. نحوه ورود به بخش
6. همراهان بیمار
7. تحویل لباس و بازدید بدنی بررسی (زخم، جراحت و ... در بدن بیمار و ثبت در گزارشات بخش های روانپزشکی)
8. نتیجه ارزیابی وضعیت هوشیاری از طریق معیار AVPU و ثبت آگاهی نسبت به زمان و مکان و شخص
9. نتیجه ارزیابی وضعیت جسمی طبق ارزیابی اولیه پرستاری (مطابق معاینه کل سیستم های بدن و معیار های معتبر ( کنترل و چارت علائم حیاتی، نتیجه ارزیابی با معیار های مشخص، خطر زخم فشاری(برادن)، نتیجه ارزیابی خطر سقوط(مورس)، ترومبو آمبولی و DVT (ولز)، نتیجه ارزیابی خطر فرار، نوع رژیم غذایی، وضعیت اشتها، الگوی اجابت مزاج معمول، خواب،... ثبت نتیجه محاسبه BMI با توجه به معیار های مربوطه و در صورت نیاز پیگیری مشاوره تغذیه.
10. نتیجه ارزیابی وضعیت روانی طبق ارزیابی اولیه پرستاری، بررسی وضعیت ظاهری بیمار و خود مراقبتی، تطابق سن ظاهری و تقویمی، تماس چشمی و ارتباط کلامی، نحوه برخورد با پرستار، همکاری درمانی، خلق و عافه، بینش، اختلال در درک و تفکر، ارزیابی خطر خودکشی (طبق معیار SAD PERSON) و دیگرکشی، وضعیت سیستم روانی حرکتی، تکلم (تن صدا، سرعت)، قضاوت، حافظه، توجه و تمرکز.
11. تعیین سطوح مراقبتی بیماران (در بخش های جنرال)
12. ثبت تشخیص های پرستاری بر اساس مشکلات جسمی و روانی بیمار و برنامه های مراقبتی جهت رفع مشکلات بیمار
13. برنامه ریزی و ثبت اقدامات جهت کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار
14. آموزش های بدو ورود به بیمار
15. ثبت برنامه های تشخیصی و درمانی پزشک و ثبت برنامه ریزی جهت پیگیری ها: شرح آزمایشات درخواستی، بررسی ها، مشاوره ها و سایر دستورات داده شده توسط پزشک با ذکر زمان انجام.
16. نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی (پیگیری های انجام شده و قابل پیگیری).
17. مهر و امضا پرستار مسئول بیمار با درج ساعت بستن گزارش

**۶۱ نکات قابل ثبت در گزارش نویسی سایر شیفت ها:**

1. تاریخ و شیفت (به صورت ساعت شروع و پایان شیفت)
2. نتایج ارزیابی بیمار( هوشیاری، جسمی، روانی) در هر شیفت
3. ثبت مشکلات بیمار حاصل از نتایج ارزیابی جسمی و روانی به صورت تشخیص پرستاری همراه با اقدامات انجام شده و آموزشهای داده شده به بیمار و ثبت پاسخ بیمار به اجرای برنامه های مراقبتی  
مثال:

اختلال در درک در ارتباط با بیماری اسکیزوفرنیا به صورت توهم شنوایی دارد. روش های مدیریت استرس آموزش داده شد و توصیه شد که از انجام فعالیتهایی که منجر به اضطراب می شوند، دوری کند و توصیه به شرکت در فعالیتهای ورزشی جهت انحراف فکر شد که همکاری داشت و از توهومات بیمار کاسته شده بود. لطفا در شیفتهای بعد آموزش ها پیگیری شود.

4. ارزیابی مجدد بیمار بر اساس پاسخ به برنامه های مراقبتی و درمانی
5. زمان ویزیت پزشک و پیگیری های انجام شده در رابطه با دستورات پزشک
6. شرح آزمایشات درخواستی، بررسی ها، مشاوره ها و سایر دستورات داده شده توسط پزشک با ذکر زمان انجام
7. نتایج اقدامات پاراکلینیک و پیگیری های آن جهت اطلاع به پزشک
8. ثبت کلیه مراقبت ها و اقدامات انجام شده
9. ثبت نتایج ارزیابی های مستمر بیمار مثال: (ثبت پاسخ بیمار به برنامه مراقبتی و درمانی برطرف کردن تب، فشار خون بالا، اختلال خواب و ... در فواصل زمانی منظم)
10. ثبت هرگونه تماس با خانواده با ذکر ساعت تماس، شخص مخاطب، نسبت وی با بیمار، شماره تماس، محتوای گفتگو و پاسخ دریافتی (مثلا اطلاع حضور جهت مشاوره روانشناسی، ترخیص، رضایت الکتروشوک، رخداد وقایع نظیر فرار، سقوط و ...)
11. مهر و امضا پرستار مسئول بیمار با درج ساعت بستن گزارش

### 🔗 گزارش انتقال بین بخشی:

#### ❖ گزارش پرستاری در بخش مبدا:

1. نام و سن بیمار
2. شرح حال روحی، روانی
3. شرح حال جسمی
4. وضعیت هوشیاری
5. نتایج ارزیابی وضعیت جسمی و روانی، هوشیاری به صورت تشخیص های پرستاری
6. برنامه ریزی درمانی بر اساس تشخیص های پرستاری، اقدامات انجام شده، آموزش های داده شده و ثبت نتایج این اقدامات و پاسخ بیمار به این اقدامات
7. کلیه اقدامات انجام شده در بخش مبدأ
8. بررسی و ثبت وضعیت اتصالات نظیر سوندها و کاتترها از نظر فیکس بودن، تاریخ و عملکرد صحیح
9. ثبت موارد خاص قابل ذکر به بخش مقصد نظیر بیماری های خاص بیمار (دیابت، بیماری های قلبی، ایدز، هپاتیت و ...)، حساسیت های دارویی و غذایی، رژیم خاص غذایی
10. ثبت و چارت علائم حیاتی قبل از خروج بیمار از بخش
11. ثبت هماهنگی با بخش مقصد و با سوپروایزر شیفت
12. ثبت آگاه سازی بیمار از انتقال به بخش دیگر
13. ساعت خروج از بخش و انتقال
14. ثبت نحوه خروج بیمار از بخش
15. در مورد بیماران در وضعیت بحرانی، ثبت انتقال با تجهیزات مورد نیاز نظیر اکسیژن، آمبوگ و ...
16. ثبت نحوه انتقال بیمار به صورت ایمن نظیر انتقال با ویلچر، آمبولانس و برانکارد با پای خود در صورت نیاز تیم همراه (تکنسین بیهوشی، بادیگارد، ...)
17. ثبت وضعیت هوشیاری و آگاهی بیمار
18. نام پرسنل همراهی کننده (بیمار باید توسط پرستار مسئول خود به بخش مقصد منتقل شود)

19. نام پزشک دستور دهنده انتقال بیمار
  20. ثبت علت انتقال بیمار به بخش دیگر
  21. ثبت خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده و اقدامات قابل پیگیری در بخش مقصد
  22. ثبت نام کلیه اوراق / CD پاراکلینیکی انجام شده برای بیمار (نظیر سی تی اسکن، نوار مغز، MRI و ...) که قبلاً انجام شده یا در طول بستری در بخش مبدأ انجام شده و در هنگام انتقال به بخش مقصد تحویل داده می‌شود.
  23. ثبت نام کلیه لوازم شخصی بیمار (نظیر دفترچه بیمه، دندان مصنوعی، عصا، سمعک، عینک و ...) که در هنگام انتقال به بخش مقصد تحویل داده می‌شود.
  24. ثبت داروهای تحویلی به بخش مقصد
- ❖ گزارش پرستاری در بخش مقصد:

1. نام و سن بیمار
2. ساعت ورود به بخش
3. نحوه تحویل بیمار
4. نحوه ورود بیمار به بخش
5. نام پرسنل همراهی کننده (بیمار باید توسط پرستار مسئول خود به بخش مقصد منتقل شود)
6. بررسی و ثبت وضعیت اتصالات نظیر سوندها، کاتتر و لوله‌ها از نظر فیکس بودن، تاریخ و عملکرد صحیح
7. ثبت انتقال بیمار به صورت ایمن نظیر انتقال با ویلچر، آمبولانس و برانکارد (در صورت نیاز) و با همراهی بادیگارد
8. ثبت کلیه اوراق پاراکلینیکی تحویلی (نظیر کلیشه سی تی اسکن، نوار مغز، MRI و ...)
9. ثبت کلیه لوازم شخصی تحویلی بیمار (نظیر دفترچه بیمه، دندان مصنوعی، عصا، سمعک، عینک و ...)
10. ثبت نتیجه بازدید بدنی (بررسی زخم، جراحت و ... در بدن بیمار)
11. ثبت شرح حال روانپزشکی (MSE)
12. ثبت شرح حال جسمی
13. نتایج ارزیابی وضعیت جسمی و روانی به صورت تشخیص‌های پرستاری
14. برنامه ریزی درمانی بر اساس تشخیص‌های پرستاری، اقدامات انجام شده، آموزش‌های داده شده و ثبت نتایج این اقدامات و پاسخ بیمار به این اقدامات
15. ثبت و چارت علائم حیاتی پس از تحویل بیمار
16. ثبت آموزش به بیمار در مورد آشنایی با قسمت‌های مختلف بخش مثل تخت، پزشک معالج، فضاهای مختلف بخش نظیر سرویس بهداشتی و... و قوانین بخش در بخش مقصد
17. ثبت کلیه اقدامات قابل پیگیری

#### 📌 نکات قابل توجه:

18. بیمار در غیر ساعات تغییر و تحویل بین شیفت باید منتقل شود. (مگر در موارد انتقال از اورژانس با هماهنگی سوپروایزر)
19. تکنیک SBAR در هنگام تحویل بیمار حتما رعایت شود.
20. نکته در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل و تحویل از اتاق عمل ذکر موارد ذیل الزامی است
21. انجام و ثبت کلیه آمادگی‌های قبل از عمل طبق دستور پزشک (آزمایشات - مشاوره ها - گرافی ها ...)
22. انجام سایر آمادگی‌های لازم قبل از عمل نظیر (انما، خالی بودن مثانه، خارج کردن وسایل فلزی و دندان مصنوعی و ...)
23. بررسی وضعیت محل عمل و درن‌ها و تیوب‌ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و ...

24. ثبت پوزیشن مناسب بیمار

25. بررسی و ثبت وضعیت عمومی و سطح هوشیاری و علائم حیاتی و کنترل درد،... (طبق راهنمای گزارش نویسی مربوطه)

### گزارش ترخیص:

علاوه بر ثبت گزارش معمول:

1. وضعیت ارزیابی جسمی و روحی
  2. آموزش‌های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره)
  3. آموزش‌های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت و استراحت، دارو، عوارض دارویی، علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کند، زمان مراجعه بعدی به پزشک، توصیه‌ها و احتیاطات خاص و ... (استفاده از تکنیک SMART جهت ارتقای ترخیص بیماران)
  4. وضعیت هوشیاری و آگاهی
  5. نام پزشک ترخیص کننده
  6. نوع ترخیص (با دستور پزشک / رضایت شخصی)
  7. وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی
  8. ساعت تحویل به خانواده و خروج از بخش
  9. نام و نسبت فرد تحویل گیرنده بیمار
  10. نحوه خروج از بخش (با پای خود، ویلچر و ...)
  11. ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه
- ✚ نکته: در مورد بیمارانی که به دلیل عدم مراجعه خانواده یا به هر دلیلی ترخیص نمی‌شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.

### گزارش ترخیص با میل شخصی:

در زمان ترخیص پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار، عواقب و عوارض ناشی از ترخیص با میل شخصی را به آگاهی بیمار می‌رساند و در صورتیکه بیمارمنتقاعد نشد و بر ترخیص خود اصرار ورزید موارد ذیل را انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد:

- ✚ ثبت توصیه‌های لازم توسط پزشک معالج
- ✚ اخذ رضایت نامه کتبی در فرم رضایت با میل شخصی
- ✚ ثبت عبارت ترخیص با میل شخصی در گزارش
- ✚ ارائه خلاصه پرونده و فرم آموزش حین ترخیص به بیمار و رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن

### گزارش انتقال موقت جهت اخذ خدمات به خارج از مرکز:

در صورت انتقال موقت بیمار جهت اخذ خدمات به خارج از مرکز لازمست کلیه موارد زیر در گزارش پرستاری ثبت گردد.

علاوه بر ثبت گزارش معمول:

- ✚ وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، IV line و غیره)

- ✚ نحوه اخذ پذیرش از مقصد
- ✚ آمادگی های لازم جهت انجام خدمات
- ✚ ساعت خروج بیمار از بخش
- ✚ نحوه خروج از بخش (با برانکارد، ویلچر و ...)
- ✚ نام پزشک دستور دهنده انتقال
- ✚ نوع خدمت درخواست شده (گرافی، MRI, CT scan، مشاوره، سونوگرافی و ...)
- ✚ اورژانسی / غیر اورژانسی بودن
- ✚ فرد همراه طبی (پرستار، تکنسین بیهوشی، بادیگارد)
- ✚ نام مرکز ارائه دهنده خدمت
- ✚ وضعیت هوشیاری و آگاهی
- ✚ آخرین علائم حیاتی قبل از انتقال
- ✚ نحوه انتقال و شرایط حفظ ایمنی بیمار
- ✚ کلیه مراقبت های انجام شده قبل و حین انتقال
- ✚ ساعت بازگشت بیمار
- ✚ نحوه ورود به بخش و شرایط حفظ ایمنی بیمار
- ✚ کلیه اقدامات تشخیصی / درمانی انجام شده در مرکز ارائه دهنده خدمت
- ✚ نکته: کلیه اقدامات پاراکلینیک / مشاوره های اورژانسی باید بلافاصله پس از انجام، باید توسط پزشک معالج / مقیم رویت و در برگ دستورات پزشک وارد شوند و زمان اطلاع به پزشک و زمان انجام ویزیت باید در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ✚ نکته: جهت اعزام بیماران اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج الزامی می باشد (مگر در موارد اورژانسی)

### ✚ گزارش اعزام:

علاوه بر ثبت گزارش معمول:

- ✚ وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، IV line و غیره)
- ✚ ساعت خروج بیمار از بخش
- ✚ نحوه خروج از بخش (با پای خود، ویلچر و ...)
- ✚ علت اعزام
- ✚ نام پزشک دستور دهنده اعزام بیمار
- ✚ فرد همراه طبی (پرستار، بادیگارد)
- ✚ نام بیمارستان مقصد
- ✚ وضعیت هوشیاری و آگاهی
- ✚ آخرین علائم حیاتی قبل از اعزام
- ✚ نحوه اعزام و شرایط حفظ ایمنی بیمار
- ✚ کلیه مراقبت های انجام شده قبل و حین اعزام
- ✚ کلیه اقدامات تشخیصی / درمانی انجام شده در بیمارستان مقصد
- ✚ اطلاع اعزام بیمار به پزشک معالج
- ✚ اطلاع به خانواده (ساعت اطلاع و توضیحات ارائه شده به خانواده)



✚ موارد تحویلی به بیمارستان مقصد نظیر: وسایل شخصی بیمار (عصا، عینک، دندان مصنوعی، دفترچه بیمه و ...)، کلیشه/ جواب آزمایشات، اقدامات پاراکلینیک و ...

### ✚ گزارش فوتی:

- ✚ وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ✚ ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ✚ تاریخ و ساعت فوت
- ✚ علت فوت
- ✚ نام پزشک تایید کننده فوت
- ✚ افراد حاضر بر بالین بیمار در هنگام فوت (اعم از تیم سلامت یا خانواده)
- ✚ نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می‌گردد)
- ✚ زمان انتقال به سردخانه
- ✚ ذکر این نکته که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

### ✚ گزارش تزریق خون:

- ✚ تاریخ و زمان آغاز تزریق خون
- ✚ شماره اهدای منحصر به فرد فرآورده ی خونی تزریق شده
- ✚ حجم خون تزریق شده (به صورت میلی لیتر)
- ✚ علائم حیاتی بیمار در مرحله قبل و حین و پس از تزریق خون (حداکثر 60 دقیقه قبل تزریق، 15 دقیقه بعد تزریق سپس هر یک ساعت تا یک ساعت بعد از تزریق)
- ✚ آموزشهای پرستاری به بیمار در صورت عوارض و واکنشهای همولیتیک حین تزریق خون و آموزش در مورد ایمنی بیمار
- ✚ ثبت وقایع ناخواسته تزریق خون و اقدامات انجام شده
- ✚ ساعت قطع تزریق خون به علت واکنشهای احتمالی
- ✚ نکته : نظارت مستمر در پنج دقیقه اول پس از تزریق با حضور پرستار بیمار بر بالین وی الزامی است.

### ✚ گزارش مهار فیزیکی:

- ✚ زمان شروع و خاتمه مهار
- ✚ شرایط رفتاری منجر به مهار فیزیکی
- ✚ طول مدت مهار فیزیکی
- ✚ ثبت کنترل سیستم عصبی، عروقی اندام مهار شده به صورت مستمر
- ✚ ذکر اندام مهار شده
- ✚ آسیب‌ها و عوارض احتمالی وارده به بیمار و ثبت وقایع ناخواسته
- ✚ سایر روش‌هایی که پیش از به کارگیری مهار به کار گرفته شده، اما منجر به کنترل بیمار نشده است،
- ✚ نوع داروهای تجویز شده در زمان مهار،

- ✚ شرایط باز کردن بیمار،
- ✚ ارزیابی وضعیت روانی و پاسخ‌های رفتاری بیمار در طول مهار.

### ✚ گزارش مهار شیمیایی:

کلید موارد مهار شیمیایی باید ثبت شوند:

- ✚ زمان
- ✚ شرایط رفتاری بیمار
- ✚ نوع داروهای تجویز شده
- ✚ تاثیر دارو
- ✚ تمهیدات ایمنی از قبیل (انجام مانیتورینگ، بالا کشیدن نرده کنار تخت ، ...)
- ✚ عوارض احتمالی دارو
- ✚ سایر روش‌هایی که پیش از به کارگیری مهار به کار گرفته شده، اما منجر به کنترل بیمار نشده است
- ✚ ارزیابی وضعیت روانی و پاسخ‌های رفتاری بیمار به درمان در طول مهار

### ✚ گزارش و اقدامات قبل از انتقال به واحد ECT:

- ✚ بررسی سابقه و آزمایشات بیمار
- ✚ آمادگی‌های انجام شده قبل از الکتروشوک نظیر NPO بودن بیمار، تخلیه مثانه و روده
- ✚ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به واحد الکتروشوک
- ✚ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید وضعیت هوشیاری و آگاهی
- ✚ ثبت دستورات دارویی قبل از الکتروشوک نظیر قرص‌های خوراکی ناشتا، انسولین و غیره طبق دستور پزشک.
- ✚ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، IV line و غیره)
- ✚ ثبت وسایل و تجهیزات قابل برداشت از بیمار (عینک، سمعک، دندان مصنوعی و ...)
- ✚ نحوه انتقال: پای خود، برانکارد، صندلی چرخدار، آمبولانس و غیره
- ✚ ثبت ساعت تحویل بیمار به واحد ECT
- ✚ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارش با قید ساعت و تاریخ

### ✚ گزارش بعد از انجام ECT:

- ✚ زمان بازگشت بیمار از ECT
- ✚ ثبت وضعیت هوشیاری و آگاهی
- ✚ NPO ماندن تا بازگشت رفلکس Gag
- ✚ مراقبت از بیمار بعلت خطر سقوط
- ✚ شروع رژیم مایعات پس از بازگشت بلع
- ✚ اقدامات مراقبتی در صورت سردرد، سرگیجه و تهوع

**۶۰ گزارش اختصاصی بخش‌های روانپزشکی:**

مراقبت پرستاری از مددجویان روانی مستلزم شناخت دقیق علائم، نشانه‌ها و الگوهای رفتاری آنها است. با توجه به اینکه علم روانپزشکی با کل و تمامیت انسان سر و کار دارد، لذا تظاهرات بالینی بیماری‌ها حاصل واکنش‌های پیچیده عوامل زیستی، روانی اجتماعی و روحی هستند. آگاهی از علائم و نشانه‌ها موجب می‌شود که پرستار در بررسی، معاینه و طرح یک برنامه مراقبتی مهارت لازم را داشته باشد. علائم و نشانه‌های اختلالات روانی به صورت اختلال در سیستم‌های تفکر، درک، خلق و عاطفه، شناخت، الگوهای رفتاری و ... بروز می‌کند که در این قسمت به توضیح آنها پرداخته می‌شود و لازم است در گزارشات پرستاری کلیه این موارد به طور دقیق ثبت شوند.

**+ توصیف وضعیت ظاهری مددجو (General appearance):**

پرستار در توصیف کلی وضع ظاهری مددجو بایستی به طرز لباس پوشیدن، آراستگی و بهداشت فردی، تماس چشمی، سن تقویمی و سن ظاهری، وضعیت بدنی، حالت چهره توجه نماید. آراستگی و بهداشت فردی در افسردگی، اسکیزوفرنی و دمانس اغلب مختل می‌باشد، که موارد فوق به طور کامل لازم است در گزارش ثبت شود.

**+ نگرش و نحوه برخورد بیمار با پرستار (Attitude toward nurse):**

منظور از نگرش نسبت به معاینه کننده نحوه برخورد بیمار با پرستار است که می‌تواند به صورت‌های ذیل باشد:

1. همکاری کننده (cooperative): بیمار در مصاحبه همکاری لازم را دارد.
2. پرخاشگرانه و تهاجمی (Aggressive and violent): بیمار طی مصاحبه حالت خشم و خصومت نشان می‌دهد و ممکن است حالت تهاجمی به خود گرفته و با معاینه کننده برخورد جسمی داشته باشد.
3. اغواگری (seductive): بیمار نسبت به معاینه کننده حالت عشوه‌گری و گمراه کننده نشان می‌دهد.
4. تدافعی (Guarded): بیمار حالت دفاعی به خود می‌گیرد.
5. رک گویی (Frank): بیمار مطالب را با صراحت بیان می‌کند.
6. بی تفاوت (Apathic): بیمار فاقد احساس، هیجان، علاقه و نگرانی است.
7. دست انداختن (Manipulative): بیمار سعی می‌کند کنترل جلسه مصاحبه را به دست گرفته و حالت دست انداختن و تمسخر مصاحبه گر را انجام دهد.
8. طفره رفتن (Evasive): بیمار از جواب دادن به سوالات طفره می‌رود.

**+ فعالیت روانی - حرکتی (Psychomotor activity):**

در این قسمت جنبه‌های کمی و کیفی رفتار حرکتی بیمار توصیف می‌شود. فعالیت‌های حرکتی ممکن است در جهت افزایش یا کاهش باشند که به شرح ذیل می‌باشد:

1. بیش فعالی (over activity): افزایش رفتارهای هدفدار اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا فعالیت جنسی.

2. بی‌قراری (Restlessness): زمانی است که بیمار از نظر سایکوموتور افزایش فعالیت را دارد ولی هدفدار نیست مثل راه رفتن مداوم در بخش.
3. کندی روانی - حرکتی (Psychomotor retardation): فعالیت حرکتی کمتر از حد معمول است.
4. وضعیت روانی حرکتی بیمار در گزارش ثبت می‌شود.
5. سایر اختلالات روانی حرکتی:
  - ✎ تیک: حرکات اسپاسمودیک تکراری و غیر ارادی بدون ارتباط با محرک‌های خارجی نظیر پرش گوشه پلک چشم، حرکت گوشه لب، بالا انداختن شانه‌ها یا گردن، گلو صاف کردن و غیره.
  - ✎ کاتالپسی: بیمار از نظر حرکتی به قدری افت می‌کند که حالت بی‌حرکتی پیدا می‌کند. بی‌حرکتی مداوم بیماران کاتاتونیک را کاتالپسی گویند.
  - ✎ انعطاف مومی شکل (Waxy flexibility): قرار دادن اندام‌های حرکتی بیماران کاتاتونیک در هر وضعیت تحمیلی.
  - ✎ منفی کاری (Negativism): در این حالت بیمار رفتار خلاف آنچه از او خواسته می‌شود را انجام می‌دهد.
  - ✎ بهت (Stupor): حالتی است که در آن شخص واکنش نشان نمی‌دهد و از محیط خود آگاه نیست.
  - ✎ سفتی و سختی اندام (Rigidity): انتخاب وضعیت سفت و ثابت و انعطاف ناپذیری ارادی.
  - ✎ انتخاب وضعیت خاص (Posturing): بیمار وضعیت غیر عادی نامتناسب خود را به طور ارادی به مدت طولانی حتی اگر دردناک باشد حفظ می‌کند.
  - ✎ پژواک رفتار (Echoparaxia): تقلید بیمار گونه اعمال درمانگر یا اشخاص دیگر.
  - ✎ رفتار کلیشه ای (Sterotypy): تکرار مداوم و ثابت یک رفتار و یا عمل و یا حرکت بی‌معنی.
  - ✎ ادا و اطوار (Manerism): برخی از حرکات کلیشه‌ای که به صورت ژست‌های خاص و یا شکلک درآوردن و یا راه رفتن به خصوص مشاهده می‌شود.
  - ✎ آتاکسی (Ataxia): ناتوانی برای هماهنگ سازی انجام حرکات ارادی.
  - ✎ عمل وسواسی (Compulsion): حالت اجباری که شخص برای انجام یک عمل غیر منطقی درخود احساس می‌کند.
  - ✎ اطاعت خودکار (Automatic obedience): بیمار دستورات را بدون هیچ گونه مقاومتی اجرا می‌کند.
  - ✎ آکینزی (Akynesia): انجام هر حرکتی بسیار آهسته بوده و بیمار تقریباً بی‌حرکت است.
  - ✎ آکاتیژی (Akathisia): بیمار به دلیل بی‌قراری، توان نشستن را ندارد حتی فکر نشستن باعث بروز اضطراب در وی می‌شود.

✚ خلق و عاطفه (Mood and affect):

خلق حالتی است که بیمار آن را در درون خود احساس، تجربه و یا بیان می‌کند و عاطفه تجلی خارجی هیجان یا نحوه نشان دادن احساس درونی است که توسط دیگران مشاهده می‌شود. پرستار در گزارشات خود باید دقیقاً به حالات بیمار اشاره کند. تقسیم بندی‌های خلق شامل موارد زیر است:

1. یوتایمیا (Euthymia): خلق عادی، طبیعی و قابل انتظار
2. دلتنگی (Dysphoria): فرد ملول و غمگین است و رضایتی از خود و زندگی ندارد و فرد از برقراری ارتباط با دیگران اجتناب می‌کند.
3. افسرده: خلق فرد زمانی که کاهش یابد خلق افسرده نامیده می‌شود فرد حال و حوصله و توان تماس با محیط را از دست می‌دهد. خصوصیت اصلی و مرکزی آن کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت بخش روزمره است.
4. سوگ یا داغدیدگی: واکنش نسبت به فقدان شخص عزیز یا فقدان چیزی که مهم بوده است. سوگ طبیعی معمولاً 2-6 ماه پس از فقدان برطرف می‌شود.
5. خوشی: احساس خوشحالی بیش از حد.
6. سرخوشی: پله‌ای بالاتر از خوشی است که فرد احساس اعتماد به نفس بالایی می‌کند و برخی از مواد نظیر تریاک و الکل، آمفتامین ممکن است این حالت را به وجود آورد.
7. وجد: مرحله‌ای بالاتر از سرخوشی است و با هذیان‌های بزرگ منشی همراه است.
8. جذبه: نقطه اوج عواطف خوشایند است و احساس تولدی دوباره می‌کند. در این حالت فرد خود را در دنیایی آرام و پر از صلح و صفا می‌بیند.

#### ✚ عاطفه:

تجلی خارجی هیجان یا نحوه نشان دادن احساس درونی که توسط دیگران مشاهده می‌شود. تقسیم بندی‌های عاطفه شامل موارد زیر است:

1. **عاطفه متناسب:** حالت طبیعی انسان است و طیف کاملی از هیجان‌ها به صورت متناسب ابراز می‌شود.
2. **عاطفه نامتناسب:** واکنش هیجانی بیمار متناسب با موقعیت و خلق وی نیست.
3. **عاطفه محدود:** حالتی است که عاطفه فرد از حد طبیعی محدود تر است.
4. **عاطفه کند:** شدت عاطفه که بیمار نشان می‌دهد کمتر از نوع محدود است.
5. **عاطفه سطحی:** بیمار فاقد هرگونه واکنش عاطفی است و صورت وی حالت ماسک دارد.
6. **عاطفه بی ثبات:** تغییر سریع، ناگهانی و شدید احساس هیجانی بدون ارتباط با محرک‌های خارجی به طوری که بیمار به صورت ناگهانی گریه می‌کند و چند دقیقه بعد می‌خندد.
7. **دوگانگی احساس:** شخص به طور همزمان احساسات متضادی نسبت به یک موضوع دارد. مثلاً فرد همانقدر که عاشق کسی است به همان اندازه از او متنفر است.

## درک:

درک عبارت است از معنا بخشی به محرک‌های حسی محیط که از طریق اعضای حسی دریافت می‌شود و اختلالات درک شامل توهم، اشتباه حسی، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت است.

### 1. توهم: درک بدون وجود محرک در دنیای خارج

☞ **توهم مرکب:** توهمی است که در آن بیش از یک عضو حسی درگیر است مثلاً بیمار اشکالی را می‌بیند و صدایش را می‌شنود.

☞ **توهم شنوایی:** شایع‌ترین نوع توهم است که ممکن است به صورت صدا (مثل صدای زنگ در گوش یا وزوز کردن) یا به صورت صدای صحبت کردن چند نفر با هم یا با بیمار باشد.

☞ **توهم آمرانه:** بیمار صدا یا صداهایی می‌شنود که به او انجام دادن کاری یا خودداری از انجام آن را دستور می‌دهد. نوعی از توهمات آمرانه سندرم وانگوک است که تحت تأثیر توهمات بیمار اقدام به آسیب رساندن به خود، نظیر قطع عضو می‌نماید.

### ☞ **توهم بینایی:**

تشکل یافته: بیمار تصاویر واضح یا روشنی نظیر جانوران و انسانها را می‌بیند که وجود خارجی ندارند.

تشکل نیافته (اولیه یا ابتدایی): شکل مشخصی نداشته به صورت جرقه های رنگی، دور شعله و ... مشاهده می‌شود.

توهم بویایی: اغلب به صورت بوهای ناخوشایند و به ندرت بوی خوشایند درک می‌شود.

توهم چشایی: نسبتاً نادر است و بیمار مزه خاصی را در دهان احساس می‌کند.

توهم لامسه: احساس یک شی گرم یا سرد، چنگ زدن، خزیدن حشرات روی اندام و ... بروز می‌کند.

توهم لی لی پوشن (ریز بینی): بیمار هر چیزی را در مقیاس کوچکتر از حالت طبیعی می‌بیند.

توهم اکستراکامبین: توهمی است که ماوراء محدوده فیزیکی فرد و یا خارج از میدان عملی یک عضو اتفاق می‌افتد. مثلاً بیمار می‌گوید من پشت سرم را می‌بینم.

2. خطای حسی: درک و تعبیر غلط از محرکات خارجی را خطای حسی یا ایلوژن گویند. مثلاً بیمار ساعت را شبیه انسانی حس می‌کند یا می‌بیند. گاهی این حالت در افراد سالم نیز دیده می‌شود.

☞ **خطای حسی عاطفی:** تحت تأثیر عواطف و هیجانات قوی نظیر ترس یا حالت انتظار شدید به وجود می‌آید. مثلاً فرد پرده را به صورت اسکلت و یا عصا را به صورت مار می‌بیند.

☞ **خطای حسی - کلامی:** درک اشتباه مفهوم و معنی حرف های دیگران یا گفتارهای رادیو و تلویزیون. مثلاً گل‌های روی کاغذ دیواری را به شکل مارمولکی هولناک می‌بیند.

3. مسخ واقعیت: احساس اینکه اشیاء محیط یا اعضای بدن خود بیمار غیر واقعی می‌باشند. مثلاً بیمار می‌گوید انگشتان من درازتر شده است و یا من یک طور دیگه‌ای شده‌ام.

4. مسخ شخصیت: احساس غیر واقعی بودن، گسیختگی و ناتوانی احساس هیجان است. فقدان پاسخ هیجانی می تواند موجب پریشانی زیاد شود. این افراد توصیف این حالت را مشکل دانسته و اغلب از ایماء و اشاره در صحبت استفاده می کنند مانند " مثل این است که توسط دیوار شیشه‌ای محصور شده‌ام" حالتی از این نوع یک مقایسه خیالی است نه توهم.

#### ✚ تفکر:

تفکر عبارت است از جریان هدفدار عقاید، رمزها و تداعی‌ها که در مواجهه با یک مسئله آغاز شده و به نتیجه‌ای منطقی منتهی می‌شود. تفکر شخص بالغ و سالم از نوع تفکر انتزاعی است؛ مثلاً قدرت تعبیر و تفسیر ضرب المثل‌ها و بیان وجه تشابهات دو چیز با یکدیگر از خصوصیات تفکر انتزاعی است. بنابراین توانایی تفکر انتزاعی را می‌توان به دو روش ارزیابی نمود.

مثلاً منظور مردم از ضرب المثلی نظیر قطره قطره جمع گردد وانگهی دریا شود چیست؟

1. محتوای تفکر: هذیانها (گزند و آسیب، پارانوئید، بزرگ منشی)، افکار وسواسی، فوبیا، افکار خودکشی، هیپوکندریا

عمدتاً اشتغالات ذهنی بیمار بررسی می‌شود.

✎ هذیان: عقیده غلط و مستحکمی که با منطق قابل استدلال نمی‌باشد.

✎ هذیان گزند و آسیب: بیمار معتقد است کسی، یا گروه یا سازمان یا نیرویی به طریقی قصد آسیب زدن به او را دارند.

✎ هذیان انتساب: به صورت عقیده ثابت بیمار مبنی بر اینکه هر چیزی با او ارتباط مستقیم دارد مثلاً بیمار می‌گوید اطرافیان به او می‌خندند یا پشت سر او حرف می‌زنند.

✎ هذیان مسموم شدن: عقیده بیمار گونه و ثابت مبنی بر اینکه کسی می‌خواهد مسمومش کند و بیمار به همین دلیل از خوردن امتناع می‌کند.

#### ✎ هذیان کنترل:

○ نوع پاسیو: فرد فکر می‌کند دیگران او را کنترل می‌کنند و از فاصله دور به وسیله هیپنوتیزم و الکتروسیته مراقب او هستند.

○ نوع اکتیو: بیمار عقیده دارد که من دیگران را کنترل می‌کنم.

هذیان کنترل ممکن است به اشکال دیگری دیده شود.

✎ ربایش فکر: بیرون کشیده شدن افکار شخص به وسیله اشخاص یا نیروهای دیگر

✎ کاشتن فکر: کاشته شدن افکار توسط اشخاص یا نیروهای دیگر در مغز

✎ پخش افکار: شنیده شدن افکار بیمار به وسیله دیگران به گونه‌ای که افکار او در هوا پخش می‌شوند.

✎ هذیان اتهام: بیمار عقیده دارد اطرافیان او وی را به دزدی، تجاوز جنسی و قتل متهم می‌کنند و او قادر به اثبات بی‌گناهی خود نیست.

- ۶۰ هذیان حسادت یا خیانت: بیمار به طور غیر منطقی نسبت به همسر خود دچار حسادت شده و تعیین می‌کند که همسرش به او بی وفایی یا خیانت می‌کند و برای تأکید گفته خود به دنبال جمع آوری مدارک و دلایل می‌گردد.
- ۶۰ هذیان شهوانی یا عاشقانه: بیمار احساس می‌کند، شخصی که از یک وجهه اجتماعی برجسته‌ای برخوردار است شدیداً عاشق او شده است اما از ترس رسوایی عشق خود را به طور مستقیم بیان نمی‌کند.
- ۶۰ هذیان محرومیت: بیمار عقیده دارد که دائماً از سوی اطرافیان غارت می‌شود. پول و اشیای او را می‌دزدند و لباس‌های او را می‌پوشند.
- ۶۰ هذیان شناخت عوضی و سوء تعبیر: عقاید باطل در مورد هویت اشخاص یا مکانها یا سوء تعبیر موقعیت‌ها، بیمار تصور می‌کند پرستاران جاسوس دولت خارجی هستند یا دستگاه الکتروشوک دستگاه شستشوی مغزی است.
- ۶۰ هذیان بزرگ منشی: در این نوع هذیان شخص تصور می‌کند از ارزش، قدرت، معلومات و هویت خاص برخوردار است و یا با فرد بسیار مشهور رابطه ویژه‌ای دارد.
- ۶۰ هذیان اختراع: بیمار معتقد است کشف بزرگی کرده است.
- ۶۰ هذیان دگرگون سازی: بیمار ادعا می‌کند اندیشه اصلاح و دگرگونی جهان را پیدا کرده است و انقلابی در تمام دنیا به وجود خواهد آورد.
- ۶۰ هذیان ثروت: بیمار عقیده دارد صاحب خزائن بی‌شماری است.
- ۶۰ هذیان گناه: عقیده بیمار گونه مبنی بر ارتکاب اشتباهات خیالی، گناهان بی اساس و جنایات انجام نگرفته، مثلاً بیمار می‌گوید در تمام زندگیم کار خوبی نکرده‌ام، برای هیچ کاری مفید نیستم و زندگی من سراسر گناه و جنایت است.
- ۶۰ هذیان نفی وجود: بیمار منکر وجود جسم، روان و دنیای اطراف خود است. به عقیده بیمار، زمین از بین رفته است، دنیا در شرف نابودی است، زمان از حرکت باز ایستاده است، خورشید دیگر نمی‌تابد یا به تصور اینکه بیمار معده و روده ندارد از خوردن امتناع می‌ورزند.
- ۶۰ هذیان منبع شرارت بودن: گاهی با هذیان نفی وجود همراه است و بیمار اعتقاد دارد که با عملی ساده می‌تواند سانحه ای بزرگ (تفکر جادویی) به وجود آورد. مثلاً بیماری از ادرار کردن خودداری می‌کرده چون می‌ترسیده که دنیا را سیل فرا گیرد.
- ۶۰ هذیان فقر: بیمار معتقد است دار و ندار خود را از دست داده است و سرنوشت خود و خانواده اش، مرگ از قحطی و گرسنگی است.
- ۶۰ هذیان هیپوکندریازیس: بیمار باور دارد به بیماری مهلکی دچار شده یا تمام بدن او یا قسمتی از آن خراب شده است. مثلاً بیمار می‌گوید چند روزی بیشتر زنده نیستم فقط قلبم مرا نگه داشته است که آن هم تک و توکی می‌زند. یا دو سال اجابت مزاج نکرده‌ام.
- ۶۰ هذیان جسمی: اعتقاد به اینکه بدن بیمار مسخ و دگرگون شده است مثلاً باور به اینکه مغز بیمار در حال پوسیدن و از کار افتادن است.



۶۰ هذیان عجیب و غریب: عقیده باطل محال، عجیب و دست نیافتنی

### ✚ فرآیند تفکر:

1. فشار تفکر: تفکر سریع به فشار صحبت منجر می‌شود و مجال تداخل به موقع را از شنونده می‌گیرد.
2. پرش افکار: تفکر بیمار سطحی و بی‌ثبات بوده، انحرافات سریع و ناگهانی دارد و هر چیزی که در میدان دید بیمار وارد شود توجه او را جلب کرده و فکرش را اشغال می‌کند و مسیر عقایدش را عوض می‌کند زمانی که پرش افکار شدت یابد منجر به بی‌ربطی کلام می‌شود.
3. شل شدن تداعی‌ها: جملاتی را که بیمار می‌گوید با یکدیگر ارتباط منطقی ندارند. به طوری که بیمار در پاسخ به یک سوال واحد موضوعات مختلفی را درهم می‌آمیزد.
4. بی‌ربطی کلام: کلام بیمار از یک سری کلمات مجزا که ارتباطی به هم ندارند تشکیل یافته است. کلام غیر قابل فهم است و انتخاب کلمات بیشتر حالت اتفاقی دارد تا ارادی. این حالت ظاهراً شبیه سالاد کلمات است.
5. از خط خارج شدن: هرگاه تداوم فکر بیمار به هم بخورد از خط خارج شدن نامیده می‌شود.
6. کندی تفکر: اندک بودن تداعیها و جریان آهسته و وقفه دار آنها مثلاً بیمار می‌گوید مغزم آرام آرام است یا چیزی به نظرم نمی‌رسد.
7. انسداد یا وقفه تفکر: زمانی که بیمار صحبت می‌کند به طور ناگهانی جریان تفکر و تکلم قطع می‌گردد و جمله را تمام نکرده رها می‌کند و در شروع مجدد کلام راجع به موضوع دیگری صحبت می‌کند.
8. حاشیه پردازی: شرح جزئیات نامربوط و غیر ضروری که به دور افتادن از موضوع اصلی منجر می‌شود ولی فرد به هدف گفتارش می‌رسد.
9. تفکر مماسی: در این جا از این موضوع به آن موضوع پریدن آن قدر زیاد است که بیمار به هدف گفتارش نمی‌رسد.
10. تداعی صوتی: تغییر کلام از موضوعی به موضوع دیگر در جهت قافیه سازی صورت می‌گیرد مثلاً بیمار با شنیدن کلمه تفنگ در مورد نهنگ شروع به صحبت کردن می‌کند.
11. تکرار یا در جا زدن: که مداومت و تکرار بیمار گونه یک فکر واحد بیمار به سوال اول پاسخ می‌دهد و برای سوالات بعدی همان پاسخ یا قسمتی از آن را تکرار می‌کند.
12. واژه سازی: به ابداع کلمات تازه اطلاق می‌گردد که از ترکیب چندین کلمه که مفهوم خاصی برای خود بیمار دارد صورت می‌گیرد این کلمات جدید فقط برای خود بیمار مفهوم دارد مثلاً کلمه سختخواب به معنی رختخواب است.
13. رفتار کلامی کلیشه ای: در این حالت چند کلمه و ندرتاً چند عبارت یا جمله کامل اغلب به طور ریتمیک توسط بیمار تکرار می‌شود.

14. سالاد کلمات: ترکیبی از کلمات نامفهوم که فاقد معنای جامع و رابطه منطقی است. تفاوت آن با بی ربطی کلام در این است که سالاد کلمات در زمینه هوشیاری صورت می‌گیرد (ولی بی ربطی کلام در ابر آلودگی هوشیاری است)

15. پژواک کلام: تکه‌ای از کلمات یا صحبت‌های درمانگر یا صحبت‌های شنیده شده مثلاً پرستار به بیمار می‌گوید لامپ را خاموش کن بیمار می‌گوید (لامپ، لامپ، لامپ)

### وضعیت حافظه:

وضعیت حافظه بیمار نیز باید بررسی و در گزارش پرستاری ثبت شود.

### اختلالات حافظه شامل:

1. افزایش حافظه: در بیماران مبتلا به مانیا، پارانویا و کاتاتونی و وسواس مشاهده می‌شود. این افزایش اغلب به دوره‌ها و اتفاقات معینی محدود بوده و تحت تأثیر هیجانات شخص است.
2. کاهش حافظه: به معنی فراموشکاری است و به ناتوانی نسبی یا کامل در به خاطر آوردن تجربیات و ادراکات قلبی ادراک می‌شود.
3. تخریب حافظه: به یادآوری نادرست و اشتباه اطلاق می‌شود. ممکن است بیمار خاطرات واقعی را به یاد آورده ولی آنها را به زمان‌هایی متفاوت نسبت دهد. مثلاً پیرمرد سالخورده‌ای که زمانی معلم بوده است هنگام معاینه اظهار نمود دیروز در مدرسه از بچه‌ها امتحان می‌گرفتم.

### توجه و تمرکز:

حواس پرتی: در این حالت تحت تأثیر اتفاقات جزئی و بی‌اهمیت اطراف توجه بیمار از مصاحبه کننده قطع می‌شود یا ممکن است به جای توجه به فرم‌های معاینه کننده به لباس و کفش او به سایر افراد حاضر، اشیاء داخل اتاق یا سر و صدای خارج از اتاق معطوف می‌شود.

### قضاوت:

به توانایی ارزیابی درست یک موقعیت و اقدام متناسب در آن موقعیت اطلاق می‌شود.

مثلاً: اگر شما شغلتان را از دست بدهید، زندگی خود را چگونه اداره می‌کنید؟

اگر همسرتان دوباره با شما بدرفتاری کند چه می‌کنید؟

پس از ترک بیمارستان چه برنامه‌ای برای کسب کمک‌های مورد نیاز خود دارید؟

### معلومات و هوش:

در بررسی معلومات و هوش می‌توان مثلاً از یک دانشجو درباره نحوه بررسی رشته تحصیلی، کارها، عادات، نوع مطالعات، برنامه‌های مورد علاقه یا وقایع روزمره سوال کرد. این موضوع از ابتدا با سوالات ساده و سپس با سوالات مشکل‌تر بررسی می‌شود. به طور مستقیم‌تر می‌توان درباره موضوعات اختصاصی سوال پرسید.

مثال : نام پنج شهر بزرگ کشور را بگویید. بلندترین قله ایران چه نام دارد؟

### ✚ بصیرت یا بینش:

به آگاهی و شناخت بیمار نسبت به بیماری و پذیرش درمان اطلاق می شود.

سطوح بینش بیمار به شرح زیر می باشد:

- I. انکار کامل بیماری
- II. آگاهی مختصر از بیمار بودن و نیاز به درمان، اما در عین حال انکار آن
- III. آگاهی از بیمار بودن، نسبت دادن آن به عوامل خارجی
- IV. آگاهی از اینکه بیماری به چیزی نامعلوم در وجود خود بیمار مربوط است.
- V. بینش عقلانی: بیمار علی رغم آگاهی و دانستن علت بیماری در صدد رفع آن بر نمی آید.
- VI. بینش عاطفی واقعی: در این سطح آگاهی، بیمار علاوه بر آگاهی و دانستن علت بیماری در صدد رفع و معالجه آن ب می آید.

### ✚ وضعیت هوشیاری:

1. هوشیار: زمانی که بیمار به وضوح به محیط و اطراف خود به طور کامل آگاهی داشته باشد.
2. گیجی: بیمار به طور کامل به اطراف آگاه نمی باشد و حالت گیجی وجود دارد و اگر تحریکی وارد نشود بیمار به خواب می رود.
3. ابرآلودگی هوشیاری: اختلال در ضبط خاطره، ادراک و جهت یابی که بیشتر در اختلالات مغزی حاد و مزمن دیده می شود.
4. بهت: وقتی که آگاهی بیمار به قدری مختل شده باشد که فقط به تحریکات نسبتاً شدید و مداوم پاسخ دهد.
5. اغما: زمانی که بیمار به تحریکات خارجی به هیچ وجه پاسخ ندهد در اغما به سر می برد.

### ✚ وضعیت جهت یابی:

آگاهی نسبت به زمان، مکان و شخص را تشخیص موقعیت و یا جهت یابی گویند. وقتی بیمار دچار فقدان جهت یابی می شود به ترتیب آگاهی به زمان بعد آگاهی به مکان در نهایت آگاهی به شخص مختل می شود و هنگامی که بهبودی پیدا می کند به عکس این حالت، یعنی ابتدا به شخص سپس به مکان و در نهایت به زمان آگاهی پیدا می کند.

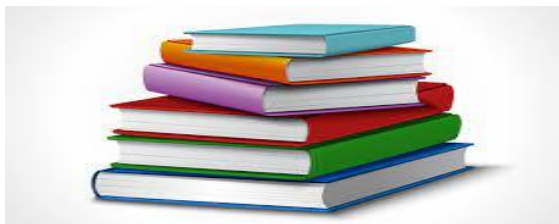
### ✚ حافظه:

1. حافظه فوری: به خاطر آوردن مطالب درک شده در طول لحظه ها و دقایق. جهت بررسی این نوع حافظه در حین مصاحبه به بیمار 3 یا 4 کلمه بگویید و سپس از بیمار بخواهید که این کلمات را بعد از 3-5 دقیقه تکرار کند.

2. حافظه اخیر نزدیک: یادآوری حوادث چند روز گذشته. جهت بررسی این نوع حافظه سوالاتی نظیر داروهای مصرفی آب و هوای روز، زمان های ملاقات و نوع غذایی مصرفی پرسیده شود.
3. حافظه گذشته نزدیک: یادآوری رخدادهای چند ماه گذشته است. جهت بررسی این نوع حافظه از بیمار پرسید در فصل گذشته چه اتفاقات مهمی برای شما رخ داده است.
4. حافظه دور: یادآوری رخدادهای گذشته بسیار دور است. در بررسی این نوع حافظه تاریخهای تولد اعضای خانواده، جشنهای سالانه، اسامی مدارس که فرد در آنها تحصیل کرده است پرسیده شود.

مناسب نامناسب	طرز لباس پوشیدن Dress	وضعیت ظاهری بیمار General Appearance
مناسب نامناسب	آراستگی و بهداشت فردی Grooming Hygien	
مناسب نامناسب	تماس چشمی Eye Contact	
متناسب با هم، سن ظاهری بیشتر یا کمتر از سن تقویمی	مقایسه سن ظاهری و سن تقویمی	
وضعیت بدنی: Body Posture خمیده قامت، راست قامت، دست به سینه، پاها روی هم		
شادی، غمگینی، ترس، عصبانیت، هیجان زده، بی تفاوت	حالت چهره Facial Expression	
همکاری کننده Cooperative، پرخاشگرانه و تهاجمی Aggressive And Violent، اغواگری Seductive، تدافعی Guarded، رک گویی Frank، بی تفاوت Apathic، دست انداختن Manipulative، طفره رفتن Evasive		نحوه برخورد بیمار با پرستار Nurse Toward Attitude
افزایش فعالیت حرکتی به صورت بیش فعالی و بی قراری Hyper Activity And Restlessness		فعالیت روانی حرکتی Activity Psychomotor
فعالیت حرکتی کمتر از حد معمول به صورت کندی روانی حرکتی		

Psychomotor Retardation	
سایر اختلالات روانی حرکتی مثل تیک، کاتالپسی، انعطاف مومی شکل، منفی کاری، سفتی اندام، انتخاب وضعیت خاص، پژواک رفتار، رفتار کلیشه ای، ادا و اطوار، آتاکسی، عمل وسواسی، اطاعت خودکار	
خلق پایین: دلتنگی Dysphoria، غمگین: Sad، افسرده: Depressed خلق بالا: خوشی Euphoria، سرخوشی Elation وجد Exaltation، جذبه Ecstasy	خلق Mood
متناسب: Appropriate، نامتناسب: Inappropriate، محدود: Restrict، کند: Blunted، سطحی: Flat، بی ثبات: Labile، دوگانگی احساس: Ambivalence	عاطفه Affect
شدت: طبیعی بلند ملایم	
تن: طبیعی یکنواخت	تکلم
سرعت: طبیعی با فشار آهسته مکث کردن	Speech
پر حرفی کم حرفی وقفه تفکر	
توهم Hallucination: شنوایی، بینایی، بویایی، چشایی، لامسه، لی لی پوشن، اکستراکامپین	درک
خطای حسی illusion: عاطفی کلامی تصویری	Perception
Depersonalization مسخ شخصیت	
Derealization مسخ واقعیت	
اختلال در محتوای تفکر: هذیانها (گزند و آسیب، پارانویید، بزرگ منشی)، افکار وسواسی، فوبیا، افکار خودکشی، هیپوکندریا	تفکر
اختلال در فرآیند تفکر: فشار تکلم، پرش افکار، شل شدن تداعی ها، بی ربطی کلام، کندی تفکر، حاشیه پردازی، تفکر مماسی، تداعی صوتی، واژه سازی، رفتار کلامی کلیشه ای، سالاد کلمات، پژواک کلام	Thought
وضعیت هوشیاری Consciousness: هوشیار، گیجی، بهت، اغما	وضعیت حسی و شناختی



وضعیت جهت یابی Orientation: زمان، مکان، شخص		Sensory And Cognition
کاهش حافظه، افزایش حافظه، تحریف حافظه	حافظه Memory: فوری، اخیر نزدیک، گذشته نزدیک، دور	
طبیعی Normal حواس پرتی Distractability		توجه و تمرکز Attention And Concentration
مختل طبیعی		قضات Judgement
غیر طبیعی		معلومات و هوش Information And Intelligence
طبیعی، دیر به خواب رفتن، بیدار ماندن در تخت، بی خوابی صبحگاهی، کم خوابی، پر خوابی، بی خوابی		Sleep خواب
کاهش افزایش طبیعی		اشتها Appetite
کاهش افزایش طبیعی		وضعیت جنسی Sexual Condition
I. انکار کامل بیماری		بینش نسبت به بیماری Insight
II. آگاهی مختصر از بیمار بودن و نیاز به درمان، اما در عین حال انکار آن		
III. آگاهی از بیمار بودن، نسبت دادن آن به عوامل خارجی		
IV. آگاهی از اینکه بیماری به چیزی نامعلوم در وجود خود بیمار مربوط است.		
V. بینش عقلانی: بیمار علی رغم آگاهی ودانستن علت بیماری در صدد رفع آن بر نمی آید.		
VI. بینش عاطفی واقعی: در این سطح آگاهی، بیمار علاوه بر آگاهی و دانستن علت بیماری در صدد رفع و معالجه آن بر می آید.		

## منابع:

- ✚ دستورالعمل مستندسازی پرونده های پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بیمارستانی، 1396
- ✚ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دستورالعمل گزارش پرستاری
- ✚ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان / راهنمای ثبت مشاهدات و مداخلات پرستاری / تابستان 1391
- ✚ فاطمه شیرازی و همکاران با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران / گزارش نویسی در پرستاری / بهمن 1388
- ✚ راهنمای طبابت بالینی تزریق خون تابستان 98
- ✚ تجربیات بیمارستانی