



مراقبت علمی از بیمار

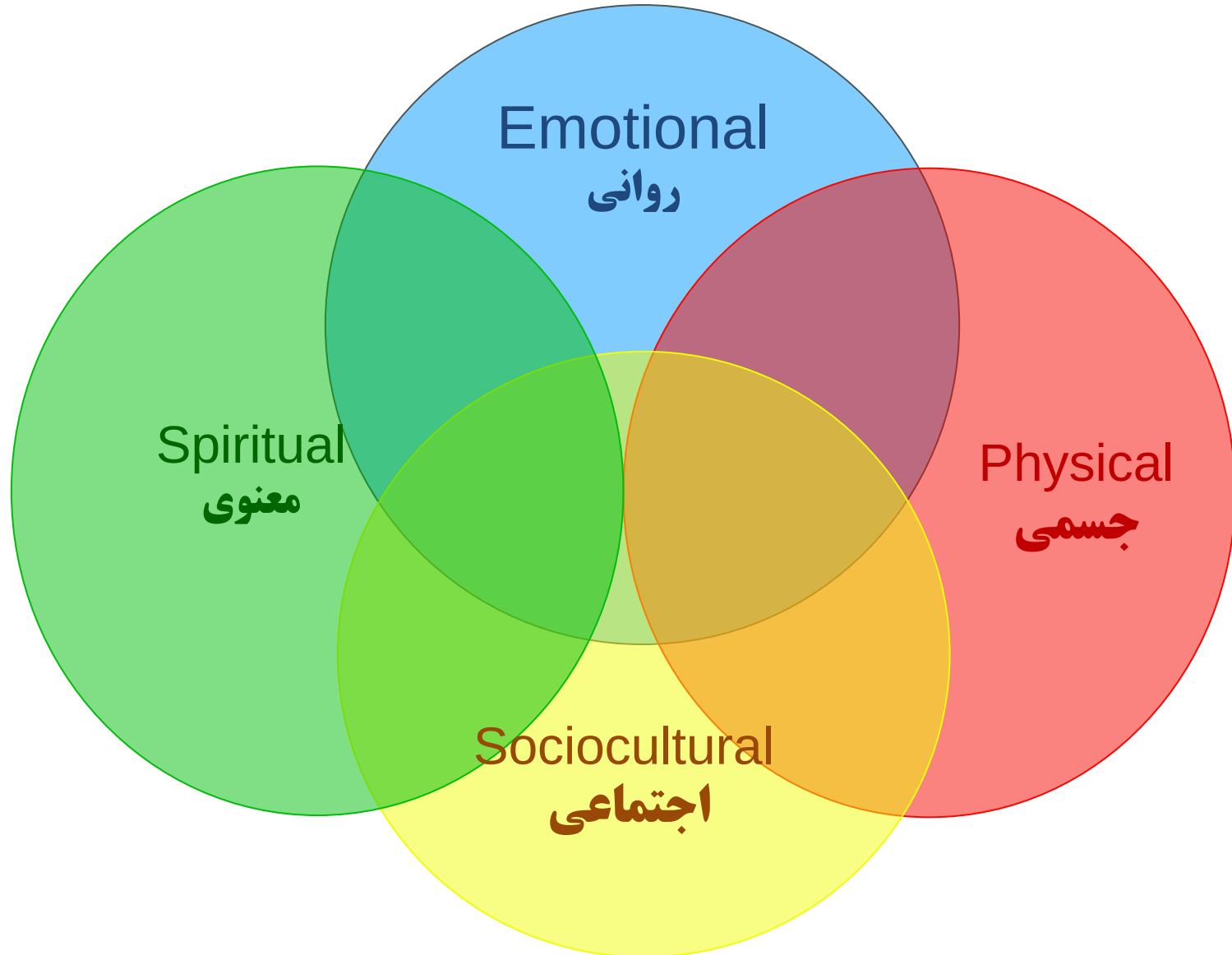
Patient Scientific Care

Dr. S. A. Naji, BsN. MScN. PhD.
Faculty member of Islamic Azad University
Isfahan(Khorasgan) Branch

Health

• آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

Aspects of Health: ابعاد سلامتی



بیماری : Disease

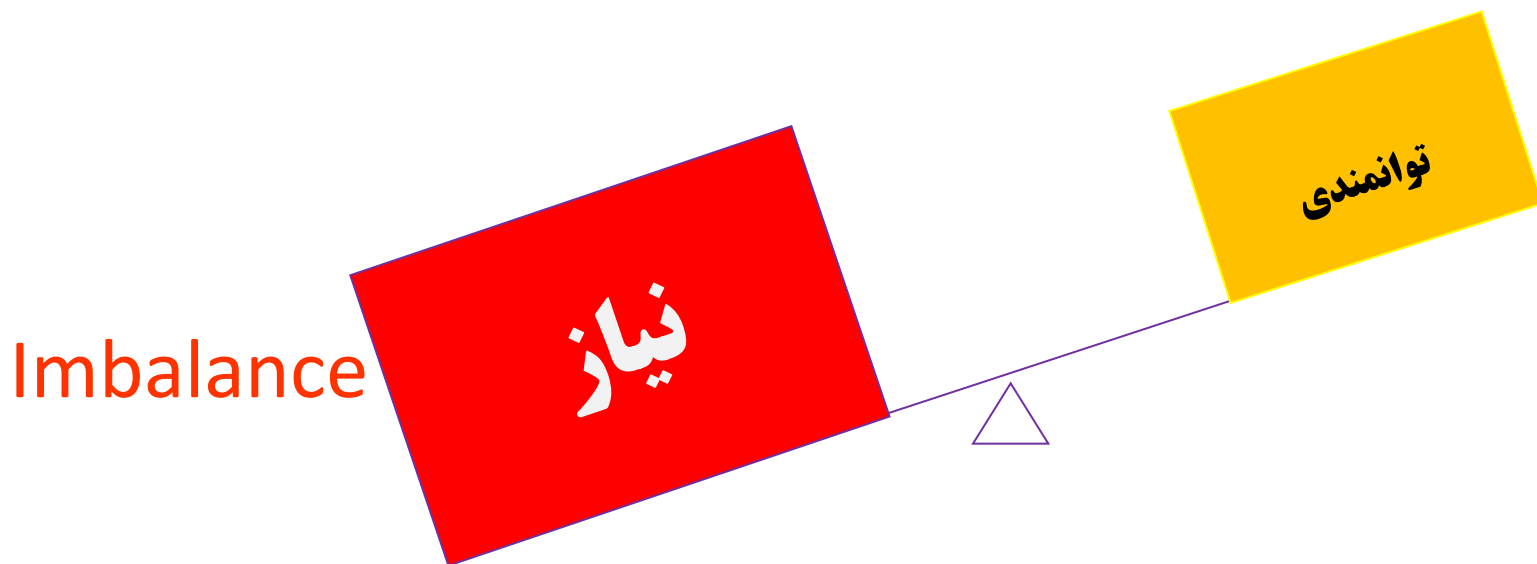


یک اختلال جسمی و یا روحی که سبب تغییر در
ساختمان یا عملکرد سیستم های مختلف بدن و یا
رفتارهای فرد می شود .

بیمار Patient

- از کلمه لاتین **patients** آمده است که در اصل به معنای : **"صبور و کسی است که رنج می برد"**.
- بیمار کسی است که به مراقبت ، توجه و حمایت نیاز دارد.

تعادل نیاز و توانمندی



تعادل نیاز و توانمندی



Care

- مراقبت، اصل ارزشی و اساسی در اقدامات پرستاری محسوب می‌شود.
- اما این مفهوم هنوز در هاله‌ای از ابهام است.

مفهوم لغوی مراقبت

- محافظت کردن
- نگهداری کردن
- رعایت کردن

• مراقبت یک موقعیت منحصر به فرد و اقدامی
ارزشی و نیز فرصتی برای تجلی **عاطفه،**
نوع دوستی و غم خواری و بلکه فراتر از آن
ظهور انسانیت و معنویت است.

مراقبت بهداشتی و مراقبت از بیمار

مراقبت بهداشتی Surveillance: عبارت است از گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی و استفاده از اطلاعات حاصل از آن برای مداخله های لازم در نظام سلامت یک جامعه.

• **مراقبت از بیمار** Care:

Nursing Care

- **ویرجینیا هندرسن:** اقدامات منحصر به فرد برای افراد سالم یا بیمار در انجام اقداماتی که به **تداوم سلامتی، بهبود از بیماری (ویا مرگ توام با آرامش)** منجر می گردد. اقداماتی که فرد در صورت بهره مندی از دانش، اراده و آگاهی، خود قادر به انجام آن می باشد.
- The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength or knowledge.

ویژگی های مراقبت

- علم مراقبت، هسته بنیادین پرستاری است.
- **مراقبت بیشتر سلامت بخش است تا علاج بخش.**
- مراقبت مؤثر موجب پیشبرد التیام، سلامت، رشد فردی و خانوادگی، احساس هماهنگی، آگاهی و آرامش درونی می شود که باعث فائق شدن بر بحران و ترس از بیماری، صدمات، تغییرات زندگی و... می شود.
- **علم مراقبت، مکمل علم درمان است.**
- هدف از مراقبت، کمک به افراد برای رسیدن به درجه بالایی از هماهنگی (Harmony) است که موجب پرورش خودشناسی، احترام به خود، مراقبت از خود، خودکنترلی و فرایندهای خود التیامی می شود.

اصول مراقبت از بیمار

- مراقبت باید **بیمار محور** و خانواده محور باشد.
- مراقبت از بیمار به صورت **مشارکتی** اجرا شود.
- مراقبت از بیمار مستلزم **رویکرد علمی** است.

• از دهه ۱۹۵۰ تمرکز حرفه پرستاری بر
مراقبت های بیمار محور و علمی قرار
گرفت.

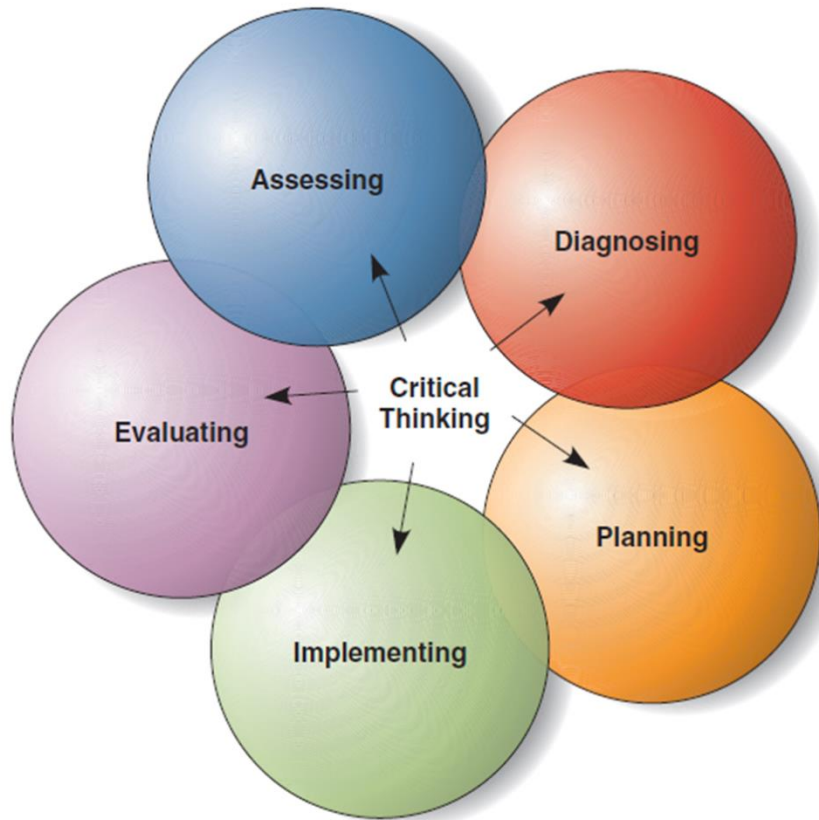
• روشی که انجام مراقبت ها را بر اساس نیاز
بیمار به طور سیستماتیک تدوین و اجرا
نماید.

فرآیند پرستاری ، مراحلی است که توسط
پرستار، برای شناسایی ، تشخیص و درمان
پاسخ های انسان به حالات سلامت و بیماری
استفاده می شود. (ANA، ۱۹۹۵)

تاریخچه فرایند

- Hall**: اصطلاح فرآیند پرستاری را در سال ۱۹۵۵ به وجود آورد.
- Orlando** (۱۹۶۱) مراحل فرایند پرستاری را شامل ۴ مرحله: بررسی، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی معرفی کرد.
- Yura & Walsh** (۱۹۶۷): اولین کتاب در زمینه فرایند پرستاری را تدوین کردند.
- Levin & Gebbie** (۱۹۷۴) مرحله تشخیص پرستاری را به مراحل فرایند اضافه کردند
- استفاده از فرآیند پرستاری در سال **۱۹۷۳** هنگامی که این مراحل در استاندارد پرستاران انجمن پرستاران آمریکا ANA گنجانده شد، مشروعیت بیشتری به دست آورد.
- NANDA** : (۱۹۸۳): انجمن تشخیص های آمریکای شمالی، به عنوان مرجع بین المللی تعیین تشخیص های پرستاری شناخته شد.

مراحل فرایند پرستاری



۱. بررسی و شناخت

۲. تشخیص پرستاری

۳. برنامه ریزی

۴. اجرا

۵. ارزشیابی

مقایسه فرایند پزشکی و فرایند پرستاری

• فرایند پزشکی:

۱. دیدگاه باریک بین
۲. بررسی آناتومی، فیزیولوژی و پاتوفیزیولوژی سیستم ها
۳. تشخیص اختلالاتی که در سیستم های بدن ایجاد شده است.
۴. هدف: رسیدن به حد اعلاى عملکرد در سیستم های بدن
۵. استفاده از روش های درمانی از طریق طبى، جراحى و فیزیکی

• فرایند پرستاری:

۱. دیدگاه گسترده و جامع به انسان با جنبه های جسمی، روانی، اجتماعى و معنوى
۲. بررسی وضعیت عملکرد جسمی، روانی، اجتماعى و معنوى فرد
۳. تشخیص مشکلاتی که فرد در انجام فعالیت های روزمره با آن مواجهه است
۴. هدف: رسیدن به حد اعلاى عملکرد فرد برای انجام فعالیت ههای روزمره و ایجاد استقلال
۵. استفاده از روش های مراقبتی و آموزش به مددجو برای اصلاح زندگى روزمره

Assessment

بررسی

دستیابی به اطلاعات پایه و جامع از وضعیت سلامت مددجو
در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بر اساس دیدگاه
پرستاری

مجموعه ای منظم و مداوم، سازماندهی شده، اعتبار سنجی
شده و مستند است.

بررسی، فرایندی مداوم است که در تمام مراحل فرآیند
پرستاری انجام می شود.

جمع آوری اطلاعات

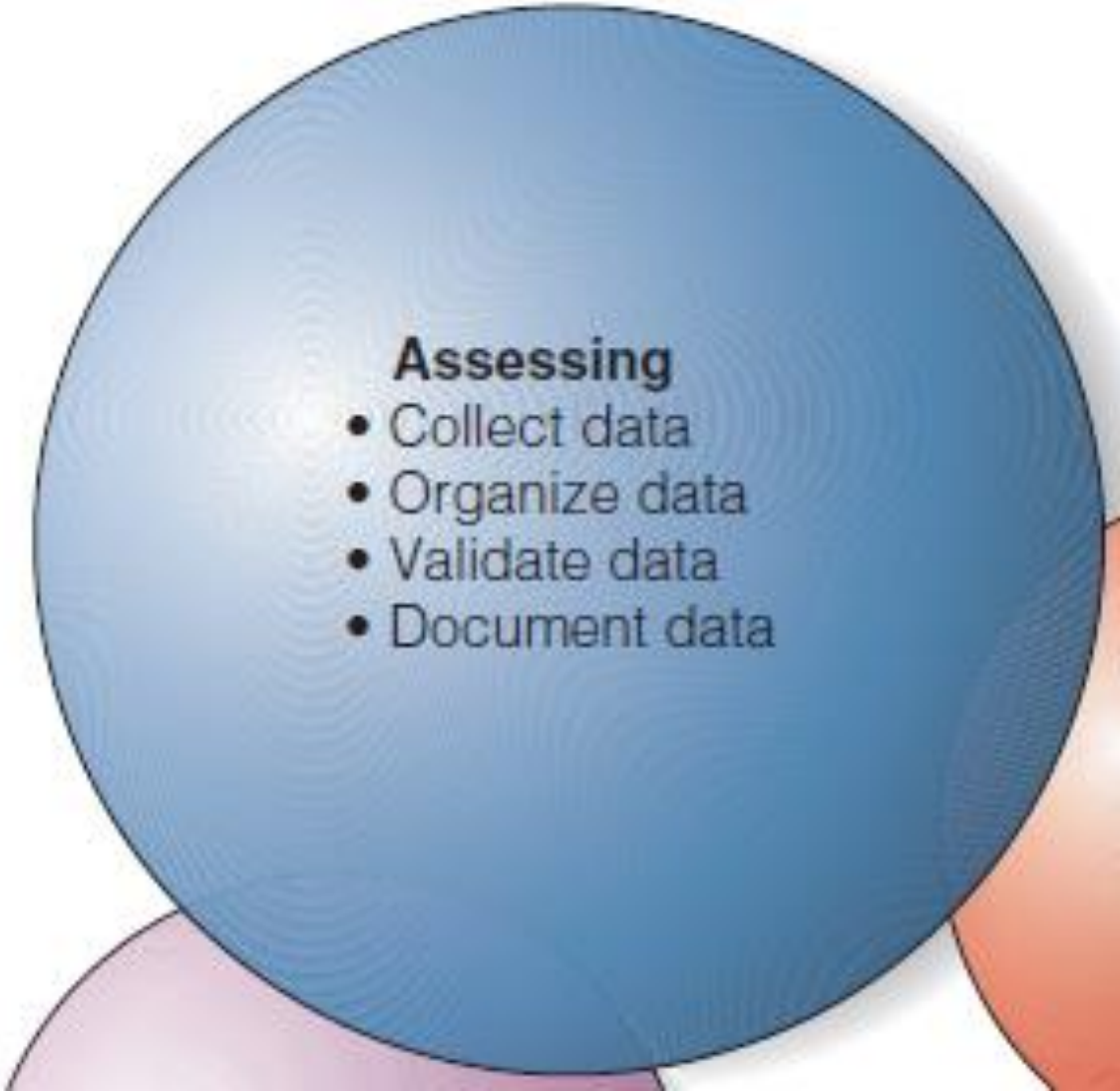
اطلاعات پایه (Database) : شامل کلیه اطلاعات مربوط به مددجو می باشد. شامل ارزیابی فیزیکی، تاریخچه سلامتی پرستاری، تاریخچه معاینه جسمی ارائه دهنده های مراقبت های اولیه ، نتایج آزمایشگاهی، تشخیصی و اطلاعات تهیه شده توسط سایر پرسنل بهداشتی است.

انواع بررسی

TABLE 11-3 Types of Assessment

Type	Time Performed	Purpose	Example
Initial assessment	Performed within specified time after admission to a health care agency	To establish a complete database for problem identification, reference, and future comparison	Nursing admission assessment
Problem-focused assessment	Ongoing process integrated with nursing care	To determine the status of a specific problem identified in an earlier assessment	Hourly assessment of client's fluid intake and urinary output in an ICU Assessment of client's ability to perform self-care while assisting a client to bathe
Emergency assessment	During any physiological or psychological crisis of the client	To identify life-threatening problems To identify new or overlooked problems	Rapid assessment of an individual's airway, breathing status, and circulation during a cardiac arrest Assessment of suicidal tendencies or potential for violence
Time-lapsed reassessment	Several months after initial assessment	To compare the client's current status to baseline data previously obtained	Reassessment of a client's functional health patterns in a home care or outpatient setting or, in a hospital, at shift change

ASSESSING



Assessing

- Collect data
- Organize data
- Validate data
- Document data

گردآوری داده ها

انواع داده ها

Subjective داده های ذهنی: داده های

پنهانی یا نشانه ها

Objective داده های عینی: داده های آشکار

یا علائم

انواع داده ها

داده های ثابت (Constant Data): اطلاعاتی هستند که با گذشت زمان تغییر نمی کنند. مانند نژاد یا گروه خونی

داده های متغیر (Variable Data): می توانند به سرعت ، به دفعات ، یا به ندرت تغییر کنند مانند فشار خون ، میزان درد و سن

منابع داده ها

منبع اولیه (مستقیم):

مددجو: بهترین منبع داده

ثانویه (منابع غیر مستقیم):

اعضای خانواده یا سایر افراد حمایت کننده: برای مددجویانی که بسیار جوان ،

بیهوش یا گیجی هستند ، به ویژه مهم هستند

سایر متخصصان بهداشت : مانند مددکاران اجتماعی ، متخصصان تغذیه یا

فیزیوتراپی ، به پرستار کمک می کند تا داده های مربوطه را که توسط مددجو

بیان نشده است ، به دست آورد.

سوابق پزشکی: ارائه شده توسط پزشک و پرستاران

سوابق درمانی: ارائه شده توسط سایر متخصصان بهداشت و درمان

آنالیزهای آزمایشگاهی و تشخیصی :

مستندات مربوطه

تجارب پرستار

Data Collection Methods

- A. Observing,**
- B. Interviewing,**
- C. Examining**

سازماندهی داده ها

گوردون (۲۰۱۰): ۱۱ الگوی سلامت عملکردی

۱. ادراک و مدیریت سلامت
۲. تغذیه و سوخت و ساز بدن
۳. دفع
۴. فعالیت و ورزش
۵. خواب و استراحت
۶. شناخت و ادراک
۷. درک از خود و مفهوم خود
۸. نقش ها و روابط
۹. فعالیت جنسی و تولید مثل
۱۰. مقابله و مدیریت استرس
۱۱. ارزش ها و اعتقادات

اعتبار سنجی داده ها

اعتبار سنجی داده ها

- اطمینان حاصل کنید که اطلاعات کامل است.
- از ابزار سالم استفاده شده است.
- اطمینان حاصل کنید که داده های ذهنی و عینی مرتبط، هماهنگ هستند.
- اطلاعات اضافی که ممکن است نادیده گرفته شده باشند را به دست آورید.
- بین نشانه ها و استنباط ها تفاوت قائل شوید.
- از نتیجه گیری سریع خودداری کنید.

مستند سازی داده ها

مستند سازی داده ها

داده ها به صورت واقعی ثبت شوند و توسط
پرستار تعبیر نشوند.

Diagnosing

تشخیص پرستاری

**NANDA: " . . قضاوت بالینی در مورد پاسخ
فرد ، خانواده یا گروه به شرایط سلامتی /
فرآیندهای زندگی .**

تشخیص پزشکی

فرآیند شناسایی یک بیماری مبتنی بر
ارزیابی ویژه علائم جسمی، علائم،
تاریخچه، آزمایشات و روشهای تشخیصی.

تشخیص پزشکی	تشخیص پرستاری
بیماری مزمن انسداد ریوی	الگوهای تنفس ، بی اثر
صدمه مغزی و عروقی	عدم تحمل فعالیت
آپاندیسیت	درد
اسکواموس سل کارسینومای صورت	اختلال در تصویر بدن
سپتی سمی	درجه حرارت بدن ، خطر تغییر

تشخیص بیماریهای پرستاری از تشخیص پزشکی

تشخیص پزشکی

توسط پزشک معالجه می شود.
یک بیماری را مشخص کنید.
تا زمانی که بیماری وجود داشته باشد ، پایدار است.
واقعی هستند.
فقط مربوط به بیماری است.

تشخیص پرستاری

توسط پرستاران قابل درمان است.
پاسخ به بیماری را مشخص کنید.
ممکن است روز به روز تغییر کند.
واقعی ، بالقوه و ارتقای سلامت هستند.
ممکن است برای تغییر در افراد یا گروه ها اعمال شود

مراحل تشخیصی

۱. تجزیه و تحلیل داده ها
۲. جداسازی مشکلات و توانمندی ها
۳. جداسازی مشکلات زمینه ای، تشخیص پزشکی و مشکلات قابل مداخله
۴. تدوین عبارات تشخیصی برای مکات قابل مداخله

مشکلات زمینه ای (همکار)

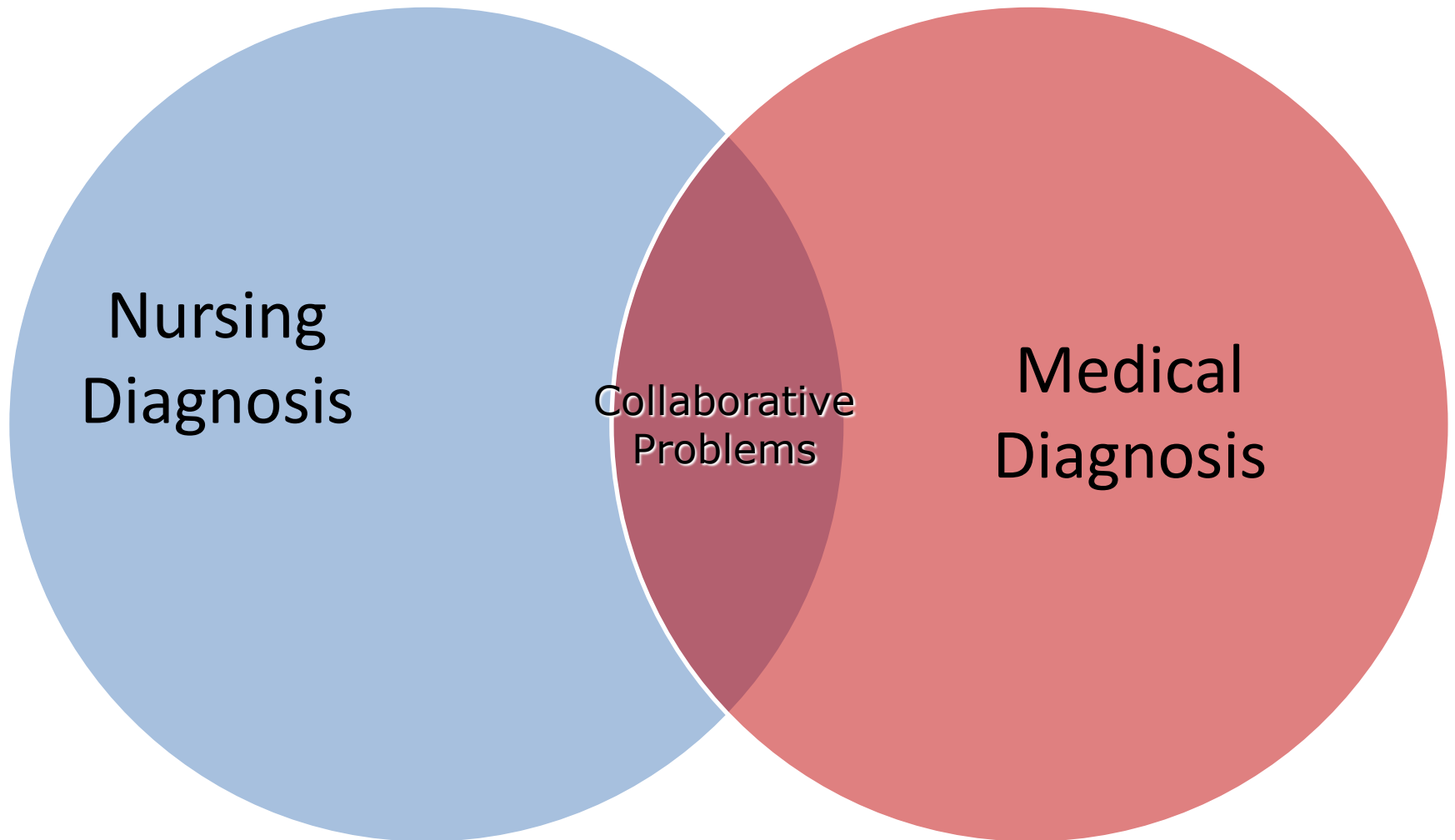
Collaborative Problems

نوع خاصی از مشکلات بالقوه که به عوارض بیماری مربوط بوده و پرستاران با استفاده از **مداخله مستقل و وابسته با همکاری پزشک** انجام می دهند.

اقدامات مستقل پرستاری برای مشکلات زمینه ای، عمدتاً شامل ارزیابی مددجو و پیشگیری از عوارض احتمالی است.

به عنوان مثال ، مجموعه ای از "عوارض بالقوه پنومونی : آتلکتازی ، نارسایی تنفسی ، افیوژن پلور ، پریکاردیت و منژیت".

Collaborative Problems:



نمونه ای از مشکلات همکار (زمینه ای، مشترک)

دیس ریتمی

ادم ریوی

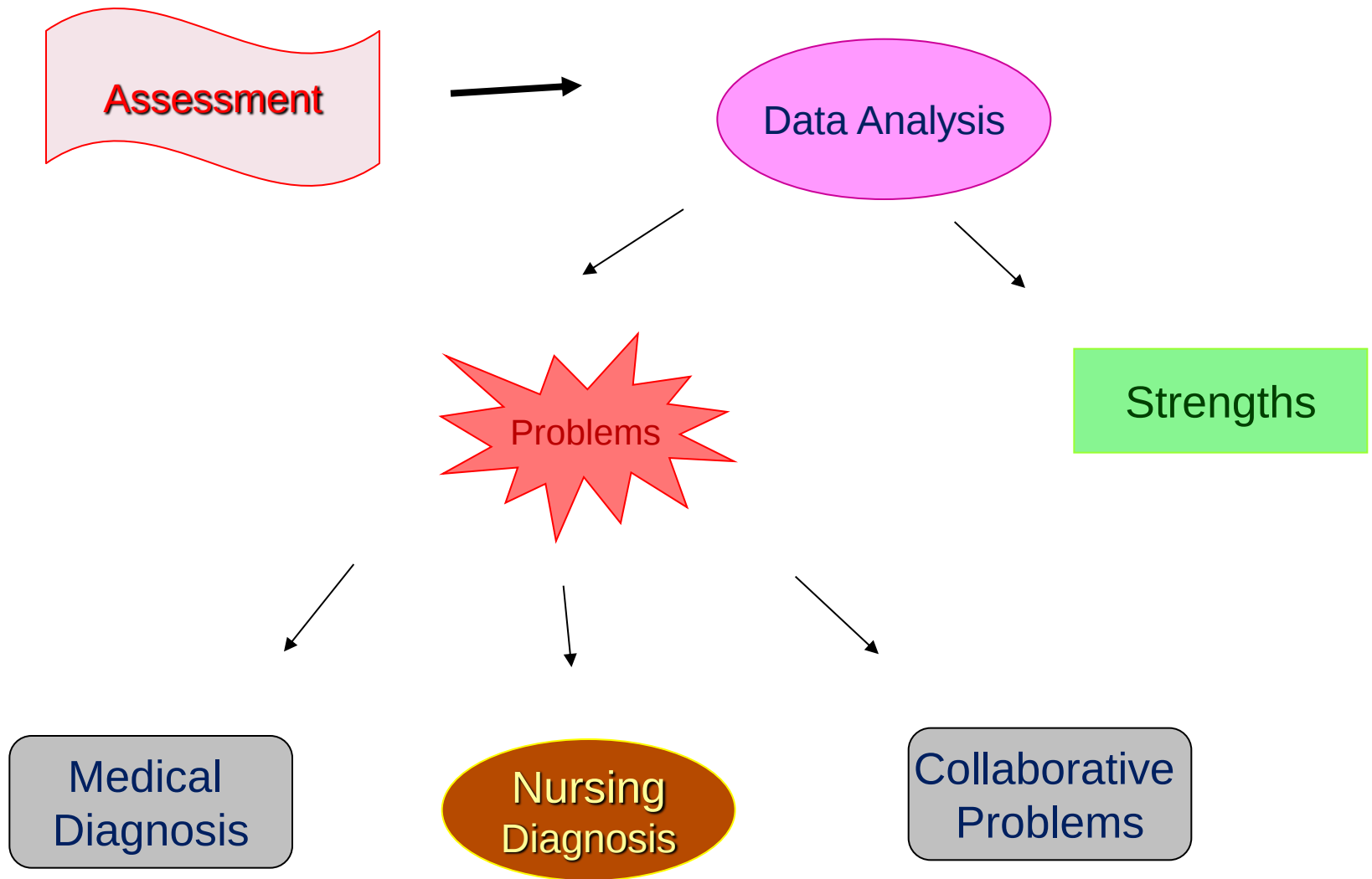
شوگ هیپوولمیک

نقص ایمنی

آلکالوز

عدم تعادل الکترولیت

خونریزی



تدوین عبارت تشخیصی

تشخیص های پرستاری حد اکثر سه مؤلفه دارند: (P.E.S)

(۱) مشکل Problem

(۲) علل Etiology

(۳) علایم و نشانه ها Signs & Symptoms

عبارت مشکل (برچسب تشخیصی)

عبارت مشکل یا برچسب تشخیصی: بر اساس استانداردهای NANDA می باشد.

این عبارات، وضعیت سلامت مددجو را با چند کلمه به روشنی و مختصر توصیف می کند.

هدف از عبارت مشکل: هدایت در شکل گیری اهداف مددجو و نتایج مطلوب است.

اتیولوژی (عوامل مرتبط و عوامل خطر)

علت شناسی تشخیص پرستاری، یک یا چند
عامل احتمالی ایجاد مشکل مددجو را
شناسایی می کند.

خصوصیات

مجموعه ای از علائم و نشانه ها هستند که
نشان دهنده وجود یک برچسب تشخیصی
خاص است.

Types of nursing diagnosis :

Actual

Risk

Possible

Wellness

Syndrome

تشخیص واقعی

تشخیص واقعی یک مشکل مددجو است که در زمان
ارزیابی پرستار وجود دارد.

Actual

- **Diarrhea**
- **Altered nutrition :Less than body requirements**
- **Social isolation**
- **Pain**
- **Chronic sorrow**
- **Spiritual distress**

تشخیص های موجود سه جزئی هستند:

- کاهش حجم مایعات در رابطه با استفراغ مکرر با
تظاهرات فشار خون ۵۰/۸۵، نبض ۱۰۸، برون ده
ادراری ۹۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت گذشته، خشکی
مخاط دهان
- انزوای اجتماعی در رابطه با تغییر در تصویر ذهنی از
خود ثانویه به سوختگی با تظاهرات گوشه گیری و عدم
تمایل به برقراری ارتباط

تشخیص خطر

تشخیص پرستاری خطر، قضاوت در مورد مشکلی است که وجود ندارد ولی عوامل ایجاد آن وجود دارند.

فاقد جزی سوم تشخیص

خطر عفونت در رابطه با نقص ایمنی

خطر آسیب (شکستگی) مربوط به بی تحرکی

خطر

خطر عفونت در رابطه با ...

خطر آسیب دیدگی در رابطه با ...

خطر مسمومیت در رابطه با ...

خطر آسیب‌رسانی در رابطه با ...

خطر فشار نقش مراقبین در رابطه با ...

تشخیص احتمالی

عبارتی در مورد یک مشکل سلامتی که ممکن است مددجو اکنون داشته باشد ، اما پرستار هنوز اطلاعات کافی برای تشخیص واقعی ندارد.

این تشخیص ها هر سه جزئی یک تشخیص استاندارد را دارا می باشند.

احتمال افزایش حجم مایعات در رابطه با کاهش دفع کلیوی با تظاهرات BP:140/100

احتمالی

- احتمال تعارض در نقش والدین در رابطه با ...
- احتمال سازگاری غیر موثر اجتماعی در رابطه با ...
- احتمال اضطراب مرگ در رابطه با ...
- احتمال تغییر در الگوهای جنسی در رابطه با ...

تشخیص ارتقای سلامت (سلامتی)

به آمادگی مددجو برای انجام رفتارهایی برای بهبود وضعیت سلامت مربوط می شود.

این برچسب های تشخیصی با عبارت آمادگی برای ارتقای... ، شروع می شوند.

آنها بیانیه یک بخشی هستند.

تشخیص ارتقای سلامت (سلامتی)

آمادگی برای ارتقای تغذیه با شیر مادر

آمادگی برای ارتقای بهزیستی معنوی

آمادگی برای ارتقای سازگاری اجتماعی

تشخیص سندرم

برای توصیف مجموعه ای از مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مددجو که مداخلات مشترکی نیاز دارند ، انجام می شود.

سندرم تجاوز به عنف در رابطه با عوامل پیچیده با تظاهرات درد، اضطراب، ترس، زجر معنوی، انزوای اجتماعی

تشخیص سندرم

سندرم سوی مصرف

سندرم استرس تغییر مکان

سندرم پس از آسیب

سندرم آسیب تجاوز

انواع مختلفی از الگوی نگارش

نوشتن علت ناشناخته: عدم سازگاری (رژیم دارویی) مربوط به علت ناشناخته.

استفاده از عبارت عوامل پیچیده: عزت نفس مزمن پایین مربوط به عوامل پیچیده

استفاده از کلمه احتمال: احتمال عزت نفس پایین مربوط به از دست دادن شغل و طرد خانواده

استفاده از ثانویه برای تقسیم علت به دو بخش: خطر آسیب به تمامیت پوست مربوط به کاهش گردش خون محیطی ثانویه به دیابت

افزودن توضیحات به برجسب NANDA برای دقیق تر شدن آن: اختلال در تمامیت پوست (مچ پا سمت چپ) مربوط به کاهش گردش خون محیطی

خطاهای مربوط به تشخیص پرستاری

- ۱. پاسخ مددجو به بیماری یا مشکلات مربوط به سلامتی را مطرح کنید نه تشخیص پزشکی:
- غلط: کاهش حجم مایعات در رابطه با گاستروآنتریت
- درست: کاهش حجم مایعات در رابطه با اسهال
- ۲. از عبارات تشخیصی استاندارد NANDA_I استفاده کنید نه از نشانه های بیماری
- غلط: تنگی نفس در رابطه با تجمع ترشحات راه هوایی
- درست: الگوی تنفس غیر موثر در رابطه با تجمع ترشحات راه هوایی

خطاهای مربوط به تشخیص پرستاری

۳- سعی کنید عوامل قابل درمان را به عنوان علت مطرح کنید نه مشکلاتی که با مراقبت قابل حل نیست.

غلط: اختلال و تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با متابولیسم بالا

درست: اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با افزایش نیاز به کالری

۴- به جای بیان مطالعات تشخیصی و اقدامات درمانی، عملکرد بیمار، عکس العمل مددجو به آن ها را بیان کنید.

غلط: افزایش مصرف مایعات در رابطه با درمان وریدی

درست: افزایش حجم مایعات در رابطه با درمان وریدی

خطاهای مربوط به تشخیص پرستاری

۵- مشکلات مددجو را بنوسید نه مشکلات پرستار

غلط : خطر عفونت در رابطه با عدم دسترسی به ورید محیطی مناسب

درست : خطر عفونت در رابطه با وجود خط وریدی

۶- مشکلات مددجو را بیان کنید نه اهداف را

غلط : نیاز مددجو به مصرف پروتیین فراوان در رابطه با اختلال تغذیه ای

درست : اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با دریافت ناکافی پروتیین

خطاهای مربوط به تشخیص پرستاری

۷- از میان عباراتی که از نظر قانونی می تواند شما را زیر سوال ببرد اجتناب کنید.

غلط: آنژین صدری مرتبط با دارو درمانی ناقص

درست: درد حاد در رابطه با عدم استفاده از دارو

۸- از عبارت « در رابطه با» به عنوان عبارت ربطی استفاده کنید نه عبارت « به علت»

غلط: انزوای اجتماعی به علت اضطراب ناشی از تغییر چهره

درست: انزوای اجتماعی در رابطه با اضطراب ناشی از تغییر چهره

Planning

برنامه ریزی

تعیین اهداف مددجو و طراحی مداخلات
پرستاری مورد نیاز

مراحل برنامه ریزی

۱. تشخیص اولویت ها
۲. تدوین اهداف و برایندها
۳. تعیین اقدامات مراقبتی
۴. مستد سازی برنامه مراقبتی

۱- تعیین اولویت

- پرستار هنگام اختصاص اولویت ها باید عوامل مختلفی را در نظر بگیرد ، از جمله موارد زیر:
۱. ارزشها و باورهای سلامتی مددجو.
 ۲. اولویت های مددجو.
 ۳. منابع در دسترس پرستار و مددجو.
 - ۴- فوریت مشکل سلامتی.
 - ۵- برنامه درمانی پزشکی.

اولویت بندی

رتبه بندی تشخیص های پرستاری بر اساس اهمیت آن ها یا مشکلات بیمار

اولویت بالا: عدم مداخله موجب خطراتی برای بیمار شود. حیطه های روانی یا فیزیولوژیک

اولویت متوسط: فوریت نداشته و برای حیات مددجو مخاطره آمیز نیست .

اولویت پایین: مستقیماً به یک بیماری خاص مربوط نیستند ولی سلامت و بهداشت مددجو را متاثر می کنند. معمولاً مربوط به نیازهای بلند مدت مددجو هستند.

Priorities

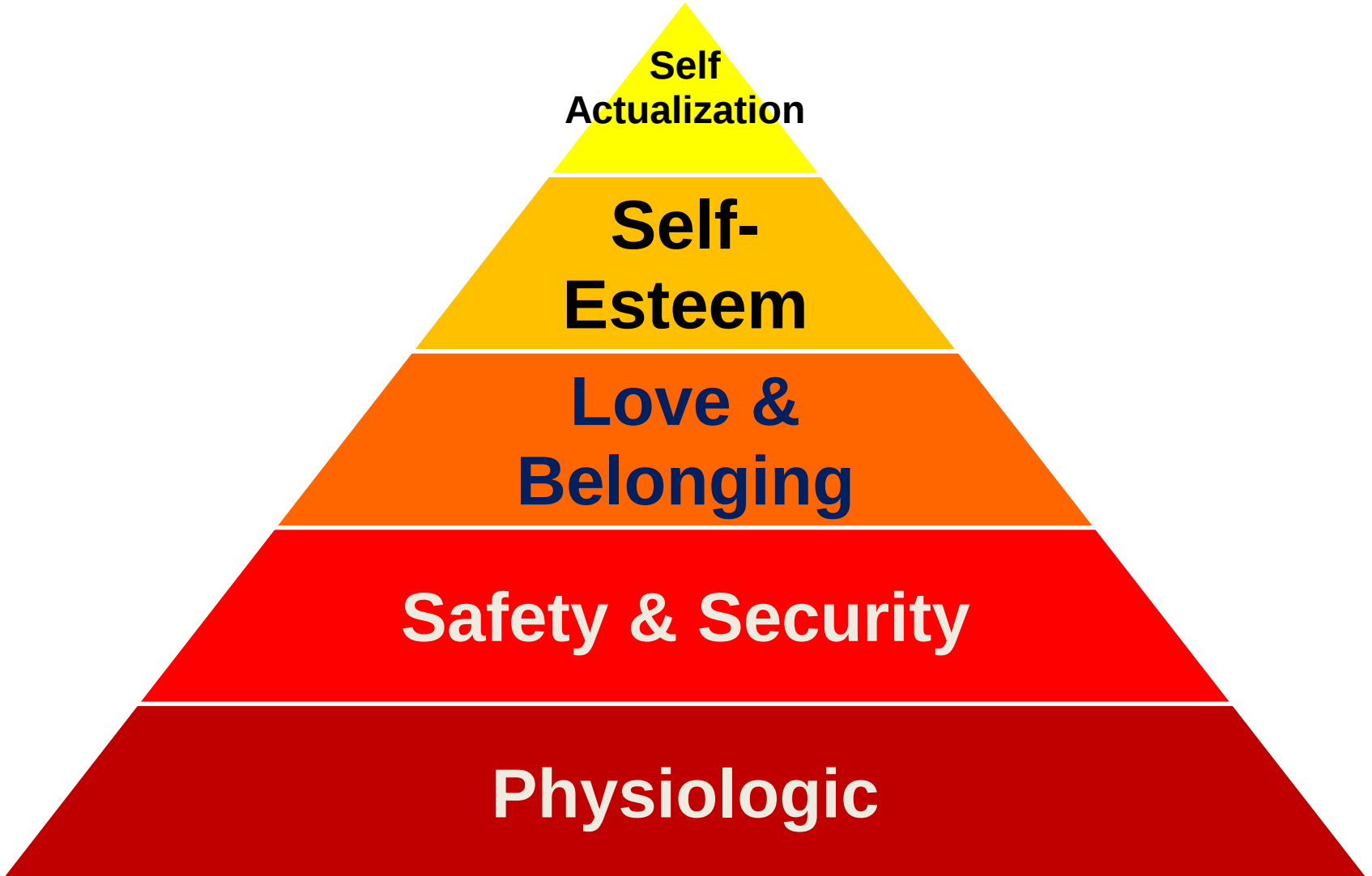
**Self
Actualization**

**Self-
Esteem**

**Love &
Belonging**

Safety & Security

Physiologic



- **Physiologic:**

- Ineffective Breathing Pattern

- Pain

- Urinary Retention

- **Safety and Security:**

- Risk for Injury

- Anxiety

- Fear

- **Love and Belonging:**

- Social Isolation

- Parental Role Conflict

- Impaired Social Interaction

■ Self – Esteem :

Disturbed Body Image

Powerlessness

■ Self-actualization:

Spiritual Distress

Delayed Growth and Development

۲- تعیین اهداف بیمار / برایندها

Goal/ Outcome

اهداف / برایندها: آنچه پرستار امیدوار است با اجرای مداخلات پرستاری به آن برسد.

اهداف: توصیف کلی در مورد وضعیت مددجو
برایندها: معیارهای خاص و قابل مشاهده تر که برای ارزیابی مددجو و میزان تحقق هدف مورد استفاده قرار می گیرد.

انواع اهداف

۱- کوتاه مدت (کمتر از یک هفته) : بیشتر جنبه درمانی دارند.

۲- اهداف بلند مدت (بیش از یک هفته و ماه ها) : بیشتر جنبه پیشگیری ، بازتوانی یا آموزش بهداشت دارند.

خصوصیات اهداف و برایندهای مورد انتظار

Specific

Measurable

Attainable

Realistic

Timely

S M A R T

مؤلفه های اهداف

اهداف باید پنج مؤلفه زیر را داشته باشند:

۱. موضوع

۲. فعل.

۳. شرایط یا اصلاح کننده ها.

۴. معیار عملکرد

۵. زمان

وضعیت تغذیه ای بهبود یافته به نحوی که پس از دریافت
رژیم پر کالری / پر پروتئین، افزایش وزن ۵ کیلو گرم تا سه
روز آینده مشهود باشد.

دستور العمل برای نگارش اهداف / نتایج دلخواه

اهداف و نتایج را از نظر پاسخ مددجو بنویسید ، نه فعالیت های پرستاری.
صحیح: مددجو در هر ساعت ۱۰۰ میلی لیتر آب (رفتار مشتری) بنوشد.
نادرست: حفظ هیدراتاسیون مددجو (عمل پرستاری)

اطمینان حاصل کنید که اهداف و نتایج مورد نظر با روشهای درمانی سایر متخصصان سازگار است.

اطمینان حاصل کنید که هر هدف فقط از یک تشخیص پرستاری حاصل می شود.

از نتایج قابل مشاهده و قابل اندازه گیری برای نتایج استفاده کنید و از عبارات مبهم که به تفسیر یا قضاوت نیاز دارد، خودداری کنید.

به عنوان مثال: افزایش وزن روزانه، بهبود دانش در مورد تغذیه، افزایش ادرار، تسکین درد

اطمینان حاصل کنید که مددجو اهداف / نتایج مطلوب را مهم می داند و برای آنها ارزش قائل است.

اصول نگارش برایندهای مورد انتظار

معمولاً برای هر تشخیص پرستاری یک هدف و چندین برآیند نوشته می شود.

تشخیص: مدیریت نامناسب رژیم غذایی در رابطه با عدم دسترسی به منابع غذایی مناسب با تظاهرات کاهش ۳ کیلوگرم وزن در هفت روز گذشته

هدف: مددجو قادر باشد تا ۷۲ ساعت آینده رژیم غذایی خود را مدیریت نماید.

برایندهای مورد انتظار: فواصل صرف غذا را طبق برنامه رعایت نماید.

از رژیم غذایی پر پروتئین و پرکالری استفاده نماید.
حداقل روزانه ۱۸۰۰ کیلو کالری مصرف نماید.

۳- تعیین مداخلات و فعالیت های پرستاری

مداخلات خاص باید بر حذف یا کاهش علت تشخیص پرستاری متمرکز باشد.

هنگامی که امکان تغییر عوامل بیماری زایی وجود ندارد ، پرستار مداخلات را برای تسکین علائم و نشانه ها انتخاب می کند: **درد مربوط به برش جراحی**

مداخلات برای تشخیص های پرستاری در معرض خطر باید بر اقداماتی در جهت کاهش عوامل خطر برای مددجو، متمرکز کنند.

انواع مداخلات پرستاری

مداخلات مستقل : آن دسته از فعالیت هایی که پرستاران بر اساس دانش و مهارت های خود مجاز به شروع آن هستند.

مداخلات وابسته : فعالیتهایی است که تحت دستور یا نظارت پزشک یا سایر ارائه دهنده خدمات بهداشتی انجام می شود.

مداخلات مشارکتی: اقداماتی است که پرستار با همکاری سایر اعضای تیم بهداشتی انجام می دهد ، مانند فیزیوتراپ ها ، مددکاران اجتماعی ، متخصصین رژیم های غذایی و ارائه دهندگان مراقبت های اولیه.

نوشتن مداخلات پرستاری

- قالب نوشتن مداخلات: موضوع، فعل، شرایط، عنصر زمان.

در ساعت ۱۰ صبح طی یک جلسه آموزشی ۲۰ دقیقه ای در
مورد نحوه مصرف داروهای تجویزی آموزش داده شود.

-

4-Nursing Care Plan :

DATE	ASSESSMENT	NURSING DIAGNOSIS	GOLE & OUTCOME	NURSING INTERVENTION	NURSING ORDER

Implementing

فرایند مداخلات پرستاری

۱. بررسی مددجو
۲. مرور و تجدید نظر برنامه
۳. اجرا
۴. ثبت مداخلات

ملاک های لازم برای انتخاب مداخلات پرستاری

- ویژگی های تشخیص پرستاری
- برایندهای مورد انتظار
- دانش پرستار
- عملی بودن اقدامات
- قابل قبول بودن برای مددجو

C.W.I.P.A.T. Stage

- *Checking*
- *Washing*
- *Identifying*
- *Providing*
- *Assessing*
- *Teaching*

Evaluating

ارزیابی

ارزیابی یک فعالیت برنامه ریزی شده ، جاری و هدفمند است که تعیین می کند:

۱. پیشرفت مددجو به سمت دستیابی به اهداف / نتایج
۲. اثربخشی برنامه مراقبت های پرستاری.

ارزشیابی

- شاخص مهم ارزشیابی : **خود مدیریتی** است.
- **خود مدیریتی** : به حداقل رساندن اثر بیماری مزمن یا حاد بر وضعیت جسمی و عملکردی و نیز توانمند نمودن افراد برای سازگاری با اثرات روان شناختی بیماری

فرآیند ارزیابی

۱. جمع آوری داده های مربوط به نتایج مورد نظر
۲. مقایسه داده ها با نتایج مطلوب
۳. تعیین میزان مطابقت اقدامات پرستاری با نتایج
۴. تشخیص مشکل و Miss Cares احتمالی
۵. خود انعکاسی: ادامه ، اصلاح و یا خاتمه برنامه مراقبت

COLLECTING DATA

- The client's statements
- Objective indicators

COMPARING DATA WITH DESIRED OUTCOMES

- The nurse can draw one of three possible conclusions:
- **1.** The goal was met;
- **2.** The goal was partially met;
- **3.** The goal was not met

نتیجه گیری در مورد وضعیت مسئله

با دستیابی به اهداف ، پرستار می تواند یکی از نتیجه گیری های زیر را در مورد وضعیت مشکل مشتری بگیرد:

۱. مشکل واقعی برطرف شده است ، یا از مشکل بالقوه جلوگیری شده و دیگر عوامل خطر وجود ندارد:
اهداف برآورده شده و متوقف می شوند.

۲. مشکل بالقوه پیشگیری شده ، اما عوامل خطر هنوز وجود دارد:
این مشکل را در برنامه مراقبت نگه دارید.

۳. مشکل واقعی هنوز وجود دارد، هرچه برخی از اهداف برآورده شده اند. مداخلات پرستاری باید ادامه یابد.

تصمیم‌گیری در مورد وضعیت مسئله

هنگامی که اهداف تا حدی برآورده شده‌اند یا وقتی اهداف تحقق نیافته‌اند، دو نتیجه‌گیری ممکن است نتیجه‌گیری شود:

۱- برنامه مراقبت ممکن است نیاز به بازنگری داشته باشد، زیرا مشکل فقط تا حدی برطرف شده است. اصلاحات ممکن است در مراحل ارزیابی، تشخیص یا برنامه ریزی و همچنین اجرای آن اتفاق بیفتد.

۲- برنامه مراقبت نیاز به تجدیدنظر نیاز ندارد، زیرا مددجو صرفاً به زمان بیشتری برای دستیابی به هدف (های) قبلی تعیین شده نیاز دارد.