



دانشگاه علوم پزشکی اراک

بیمارستان امام خمینی ره محلات

# فرایند پرستاری

تهیه کننده :

اولیاء بخشایشی

سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام خمینی ره محلات

## بسمه تعالی

### فرایند پرستاری:

فرایند پرستاری یک روش سیستماتیک و سازماندهی شده برای ارائه مراقبت پرستاری است که بر عمل و عکس العمل ویژه افراد یا گروهها نسبت به مشکلات بالقوه و موجود وضعیت بهداشتی آنها متمرکز است. فرایند پرستاری نوعی از توجهات پرستاری برای بیمار است که به کسب و ارتقاء سطح سلامت و بهبود بیمار کمک می کند. می توان گفت فرایند انجام یکسری کارهاست که از یک نقطه شروع و به یک نقطه یا هدف ختم می شود. در واقع فرایند پرستاری روش حل مسئله مراقبت از بیمار است.

فرایند پرستاری یکسری اعمال پویا (Dynamic)، مداوم (Contineus) و همبسته (Segnential) در جهت تعیین، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی توجهات پرستاری است. فرایند پرستاری فرد را قادر به سازمان دهی و ارائه مراقبتهای پرستاری می کند. فرایند پرستاری به منظور تعیین، تشخیص و درمان پاسخهای انسان به سلامت و بیماری استفاده می شود (انجمن پرستاران آمریکا ANA).

### تاریخچه فرایند پرستاری

فرایند پرستاری از سال ۱۹۵۰ شروع شد. سال ۱۹۵۵ هال Hall پرستاری را به صورت فرایند توضیح داد. در سال ۱۹۶۰ اورلندو Orlando بر تاکید ارتباط پرستار و بیمار اشاره کرد. در سال ۱۹۶۶ جانسون Johnson به بررسی سیستماتیک اشاره کرد.

در سال ۱۹۶۷ یورا و والش Yura & Walsh اولین کتاب فرایند را چاپ کردند و چهار مرحله را برای فرایند پرستاری تعیین کردند. در اواسط سالهای ۱۹۷۰ مرحله پنجم تشخیص پرستاری به آن اضافه شد و از آن زمان دیگر مراحل فرایند تغییر نکرده است. با تلاش افراد زیادی این حرفه با فرایند پرستاری از حالت غیر علمی و تجربی بر پایه علمی استوار شد.

### اهمیت و ارزش استفاده از فرایند:

- ۱- در هر شرایطی قابل استفاده است.
- ۲- قابل تطبیق برای هر بیماری است.
- ۳- باعث صرفه جویی در وقت و انرژی می شود افزایش کیفیت پرستاری.
- ۴- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای ارزشیابی مداوم است.
- ۵- با ایجاد هر تغییری در بیمار قابل تغییر خواهد بود.
- ۶- روشی منطقی و سازمان یافته است.
- ۷- ایجاد خلاقیت و ابتکار در پرستار می شود.
- ۸- وسیله ای است برای ایجاد تفکر انتقادی و تحلیل گرانه است.
- ۹- کمکی است برای پرستار در جهت تصمیم گیری صحیح و اصولی توجهات پرستاری در کیفیت بالا.

## مراحل فرایند پرستاری

نظرات متفاوتی در مورد مراحل فرایند پرستاری وجود دارد. بعضی آن را به چهار مرحله و بعضی به پنج مرحله تقسیم نموده اند که البته هر دو شکل صحیح است. در زیر مراحل پنج گانه فرایند پرستاری بیان شده است:

۱- بررسی و شناخت Assessment

۲- تشخیص پرستاری Nursing diagnosis

۳- برنامه ریزی Planning

۴- اجرا Implementation

۵- ارزشیابی Evaluation

### ۱- بررسی و شناخت:

اولین مرحله از فرایند پرستاری می باشد. این مرحله شامل گردآوری اطلاعات، دسته بندی و مرتبط ساختن داده ها درمورد مددجویست. برای استفاده از فرایند پرستاری پرستار باید اطلاعات کافی داشته باشد و بررسی و شناخت مددجو در سطوح مختلفی چون جسمی، روانی، اجتماعی، تغذیه، آموزش و.. صورت گیرد. در طول بررسی و شناخت پرستاری، پرستار به طور منظم اطلاعات مربوط به بیمار را جمع آوری، تحقیق، تجزیه و تحلیل و انتقال می دهد.

**مراحل بررسی:** این مرحله از فرایند پرستاری شامل دو قسمت است:

۱- گردآوری اطلاعات Data Gathering

۲- تجزیه و تحلیل اطلاعات Data Analysis

### گردآوری اطلاعات

اینکه هر گونه اطلاعاتی را جمع آوری کنیم درست نیست، بلکه پرستار باید در جمع آوری اطلاعات مهارت داشته باشد و فقط اطلاعات مربوط را جمع آوری کند. پرستار، اطلاعات توضیحی، مختصر و کامل را جمع آوری می کند. اطلاعات به شکل خلاصه با استفاده از اصطلاحات رایج پزشکی گزارش می شود. جمع‌آوری اطلاعات کامل منجر به کسب اطلاعات مربوط به مشکلات احتمالی و واقعی سلامتی بیمار می شود. اطلاعات ناکامل، نادرست و نامناسب منجر به تعیین نیازهای بهداشتی اشتباه و به دنبال آن تشخیص‌های پرستاری اشتباه می شود.

کارنوالی و توماس (۱۹۹۳) دو روش را در جمع آوری اطلاعات پیشنهاد می کنند: روش اول شکل سازمان دهی شده اطلاعات پایه می باشد و شامل الگوهای درک سلامتی، تغذیه و متابولیک، دفع، فعالیت، درک شناختی، استراحت و خواب، درک از خود، ایفای نقش، تولید مثل و جنسی، تطابق با استرس، اعتقادات و ارزشها است. مورد دیگر روش تمرکز بر مشکل با توجه به مشکل فعلی بیمار است. در هر دو مورد پرستار باید اطلاعات را دسته بندی کرده موارد فوری و مشکلات احتمالی را تعیین نماید. بررسی صحیح اهمیت زیادی در تعیین مناسب نیازها و طراحی اعمال صحیح پرستار دارد.

### منابع گرد آوری داده ها:

الف- منبع اولیه: بیمار (مددجو) که در اکثر موارد بهترین منبع اطلاعات می باشد.

ب- منبع ثانویه: شامل پرونده بیمار، فامیل و بستگان، سایر کارکنان تیم بهداشتی می باشد.

## انواع اطلاعات جمع آوری شده:

الف- اطلاعات یا داده های عینی (Objective Data): قابل مشاهده و اندازه گیری می باشد. اطلاعاتی است که از طریق معاینه دیده و یا شنیده می شود. مثل اندازه گیری درجه حرارت توسط پرستار.

ب- اطلاعات یا داده های ذهنی (Subjective Data): این اطلاعات توسط مصاحبه جمع آوری می گردد و شامل گفته ها و شنیده ها و افکار بیمار است. قابل مشاهده نمی باشد. مانند اضطراب، درد و...

## روشهای گردآوری داده ها:

این روشها شامل: مصاحبه، مشاهده، معاینه، مشاوره و مطالعه می باشد که پرستار از این روشها برای تنظیم اطلاعات پایه استفاده می کند.

## مصاحبه:

اولین اقدام در تنظیم اطلاعات پایه مصاحبه می باشد. مصاحبه الگوی برقراری ارتباط با هدف و در حیطه خاصی است. در پرستاری هدف از مصاحبه تنظیم تاریخچه پرستاری، تعیین نیازها و عوامل خطر و تغییرات ویژه در سطح سلامتی و الگوی زندگی می باشد. پرستار و بیمار هر دو در مصاحبه شرکت می کنند و پرستار کنترل کننده مصاحبه است.

## اهداف مصاحبه پرستار:

برقراری رابطه درمانی با مددجو

ایجاد حس مراقبت از مددجو به صورت منحصر به فرد در پرستاری.

معرفی روشهای ایمنی و تهدید کننده به مددجو.

به دست آوردن عقایدی درمورد تفکرات مددجو.

تعیین انتظارات مددجو از سیستم ارائه مراقبت.

درطول مصاحبه پرستار اطلاعات مربوط به ابعاد فیزیکی، رشد عاطفی، عضلانی، اجتماعی و روانی بیمار را به دست می آورد.

## روشهای مصاحبه:

سوالات باز (open ended question): این روش منجر به بحثی می شود که بیمار فعالانه وضعیت بهداشتی خود را شرح می دهد. سوالات باز به منظور به دست آوردن پاسخ بیش از یک یا دو کلمه استفاده می شود.

سوالات بسته (closed ended question): به منظور تصحیح و روشن شدن اطلاعات قبلی یا به دست آوردن اطلاعات بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد. این سوالات نیاز به پاسخ مختصر درحد یک یا دو کلمه دارند.

مدل تشریحی (explanatory model): مددجو تشویق به توضیح کامل بدون سعی در جهت دار کردن می شود.

جستجوی مشکل (problem seeking): بیمار تشویق به توضیح بیشتر راجع به مشکلات ویژه خود می شود.

## مراحل مصاحبه:

به طور کلی مصاحبه شامل سه مرحله زیر می باشد.

### مرحله آشنایی

قبل از آغاز، پرستار هدف از مصاحبه و نوع اطلاعاتی را که باید جمع‌آوری شود مرور می کند. در این مرحله بین پرستار و بیمار ارتباط برقرار می شود. پرستار خود را معرفی کرده و هدف از انجام مصاحبه را برای بیمار بیان می کند. در این مرحله پرستار باید به بیمار درمورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان دهد و حس اعتماد را در بیمار تقویت کند.

### مرحله عمل (انجام کار):

با پیشرفت مصاحبه پرستار سؤالاتی را جهت تنظیم اطلاعات پایه می پرسد که براساس آن طرح مراقبت پرستاری تنظیم می گردد. پرستار اطلاعات مورد نیاز را در این مرحله جمع آوری می کند.

### مرحله نهایی

در این مرحله پرستار باید اطلاعات را سازماندهی کرده و به صورت دوستانه مصاحبه را خاتمه دهد و اشاره به ملاقاتهای بعدی داشته باشد.

### ارتباط:

ارتباط عبارت است از فرایند تبادل اطلاعات بین افراد با استفاده از سیستم مشترک، سمبلها، علایم یا رفتار. ارتباط موفقیت آمیز زمانی صورت می گیرد که فرستنده و گیرنده پیام در درک پیام با یکدیگر اتفاق نظر داشته باشند، زیرا درک اطلاعات مبادله شده توسط طرفین برای حرکت از برنامه ریزی به سمت عمل و از تصمیم گیری تا اجرا ضروری است. ارتباط فرایندی دوجانبه بین پرستار و بیمار است. پرستار نیاز به مهارت در برقراری ارتباط دارد که این مهارت در گوش فرا دادن برای بررسی دقیق بیمار است. این مهارت باعث می شود که بیمار احساس کند پرستار برای او ارزش قائل است و بیمار احساس راحتی نماید. گوش کردن دقیق مهارتی است که یادگیری آن مشکل است. اکثر پرستاران متمایل به نشان دادن عکس العمل بعدی به بیمار خود هستند تا به گفته های او.

فرایند انتقال پیام و تفسیر معانی آن پایه تمام تعاملات انسانی و همچنین تمام امور پرستاری است. فن ارتباطات به عنوان یکی از مهارتهای مهم حرفه پرستاری از طریق مطالعه و تمرین قابل کسب است. اصول و تکنیکهای ارتباط موثر هسته اصلی حرفه پرستاری را تشکیل می دهد. ارتباط یک فرایند پویا، مداوم و غالباً پیچیده است.

پرستاران باید بتوانند پیامهای دریافتی دیگران را تفسیر کنند، معنای آن را تحلیل نمایند، درباره معنی آن نتیجه گیری کنند و آثار آن را ارزیابی کنند.

### عناصر اصلی فرایند ارتباط:

فرستنده: شخصی است که پیام را می فرستد. هنگامی که دو فرد با هم در ارتباط باشند نقش فرستنده و گیرنده تغییر می کند  
پیام: اطلاعات کلامی و غیر کلامی است که به وسیله فرستنده تصریح می شود. موثر ترین و واضحترین پیام به شیوه ای تنظیم و اراده می شود که گیرنده با آن آشنا باشد.

کانال: ابزار انتقال و دریافت پیام از طریق حواس بینایی، شنوایی و لامسه است. حالات صورت فرستنده یک پیام تصویری است. کلمات گفته شده یک پیام شنیداری. قرار دادن دست روی دست فرد دیگر از کانال لامسه استفاده می شود. هرچه که فرستنده از کانالهای بیشتری برای ارسال یک پیام استفاده کند، آن پیام با وضوح بیشتری دریافت می گردد.

گیرنده: شخصی است که پیام برای او ارسال می شود.

محیط: همان جو فیزیکی و روحی است که ارتباط در آن شکل می گیرد. برای یک ارتباط موثر محیط باید آرامش بخش بوده و مناسب با نیازهای طرفین باشد.

فیدبک (بازخورد): پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی ارسال می گردد. فیدبک مشخص می کند که تا چه حد معنی پیام فرستنده از طرف گیرنده درک شده است. قصد پرستار مبنی بر ارتباط به تنهایی برای تضمین دریافت پیام کافی نیست. پرستار باید برای اطمینان از درک صحیح پیام توسط گیرنده به جستجوی بازخوردهای کلامی و غیر کلامی پردازد.

**سطوح ارتباط**: ارتباط دارای سه سطح است:

ارتباط درونی: نوع قدرتمند ارتباط است که درون فرد رخ می دهد به اسامی سخن با خود، کلام درونی، تفکر درونی و گفتگوی درونی نامیده می شود. پرستاران باید سعی کنند افکار درونی منفی و بازدارنده را در مددجو با افکار مثبت جایگزین کنند.

ارتباط بین فردی: ارتباطی است که بین دو نفر یا در یک گروه کوچک واقع می شود. با توجه به این که پیامهای دریافتی ممکن است از نظر مفهوم با آنچه مورد نظر فرستنده است متفاوت باشد، بنابراین معانی باید از طریق مذاکره متقابل بین طرفین مورد نقد و بررسی قرار گیرد تا اعتبار یکسانی بین طرفین پیدا کند.

ارتباط عمودی: ارتباط یک فرد با گروههای بزرگ است. ارتباط عمودی به تطبیقات ویژه ای چون تطبیق نوع نگاه، اشاره های سرو دست، تغییر تن صدا و استفاده از ابزارهای رسانه ای برای انتقال موثر پیامها نیازمند است.

### **اشکال ارتباط**

ارتباط کلامی: با کلمات گفته شده یا نوشته شده همراه است. زبان کلامی زبانی است که با ترکیب کلمات معنای خاصی را منتقل می کند.

ارتباط غیر کلامی: شامل پیامهایی است که بدون استفاده از کلمات و از طریق زبان بدن ارسال می شود. تغییر حالات چهره، ادای صدهای خاص، تماس چشمی، اشارات و طرز ایستادن یا نشستن، سکوت و... از وسایل ارتباط غیر کلامی هستند.

فرا ارتباط: فرا ارتباط، پیامی در عمق پیامی دیگر است. آن علاوه بر بیان عقیده و احساس و قصد فرستنده نسبت به گیرنده شامل عقیده و احساس فرستنده نسبت به خودش نیز هست. فرا ارتباط می تواند یک عبارت صریح، غیر صریح و یا نمایی از احساسات باشد

### **تاریخچه پرستاری**

تاریخچه پرستاری شامل جمع‌آوری اطلاعات درمورد سطح سلامتی مددجو، تاریخچه خانوادگی، تاریخچه سلامتی قبلی، تغییرات الگوی زندگی، تاریخچه اجتماعی- فرهنگی، بهداشت روانی و واکنش‌های عاطفی و روانی بیمار و مروری بر سیستمها می باشد. تاریخچه پرستاری، قسمت عمده بررسی را شامل می شود و درطول مصاحبه به دست می آید.

## معاینه جسمی:

معاینه جسمی و جمع‌آوری اطلاعات تشخیصی و آزمایشگاهی شامل اطلاعات قابل مشاهده و عینی می باشد و شامل اندازه گیری علایم حیاتی و معیارهای دیگر، معاینه قسمتهای مختلف بدن با استفاده از روشهای مشاهده، لمس، دق، سمع و بوییدن می باشد و در طول معاینه اطلاعات با استفاده از استانداردها مورد سنجش قرار می گیرد. معاینه گر اطلاعات عینی به دست آمده را با استفاده از زبان گویا، مناسب و مختصر گزارش می کند.

## تفسیر اطلاعات:

در این مرحله تجزیه و تحلیل مداوم اطلاعات در مورد مددجو به منظور شناسایی مشکلات وی صورت می گیرد.

## ثبت اطلاعات

آخرین مرحله از تکمیل بررسی می باشد. اطلاعات به طور کامل و صحیح ثبت می شود و پس از آن پرستار اقدام به تدوین تشخیص پرستاری مناسب می کند. در گزارش اطلاعات پرستار باید به حقایق توجه کرده و سعی در شرح نماید. در شرایطی که وضعیت مددجو به سرعت تغییر می کند بهتر است اطلاعات به صورت تداومی جمع‌آوری و ثبت شوند.

## ۲- تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis)

بعد از تکمیل بررسی پرستاری، پرستار اقدام به تدوین تشخیص پرستاری مناسب می کند. تشخیص پرستاری عبارت است از بیان تغییرات موجود و احتمالی وضعیت بهداشتی یا سلامتی مددجویان که از بررسی و شناخت پرستاری مشخص شده و نیازمند تدابیر پرستاری است. در واقع تشخیص پرستاری بیان آن دسته از مشکلات بیمار است که با تدابیر پرستاری می توان آنها را برطرف نمود. تشخیص پرستاری یک قضاوت بالینی در مورد فرد، خانواده یا جامعه در پاسخ به مشکلات سلامتی واقعی و احتمالی می باشد. در این مرحله پرستار از اطلاعات علمی و تجربیات خود جهت تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات به دست آمده از مددجو استفاده می کند، سپس مشکلات مراقبتی مددجو را مشخص کرده و تشخیص پرستاری را می نویسد که پایه برنامه مراقبتی می باشد. هر تشخیص پرستاری تعریف دقیقی از نیازهای مددجو به اعضای تیم مراقبت بهداشتی می دهد. تشخیص پرستاری مشکلات واقعی یا احتمالی مددجو می باشد که پرستار می تواند با علم و تجربه خود آنها را تشخیص داده و از نظر قانونی و حرفه ای مسئول برطرف نمودن آنها می باشد.

تشخیص پرستاری برخلاف تشخیص پزشکی به پاسخ مددجو به ناخوشی یا بیماری می پردازد. نقش پرستار را از پزشک متمایز می کند و به پرستار جهت تمرکز بر نقش پرستاری کمک می کند. به منظور تشخیص نیازهای مددجو پرستار ابتدا مشکلات بهداشتی وی را تعیین می کند.

## اجزاء تشخیص پرستاری

۱- مسئله بیمار ۲- علت مسئله (فاکتورهای همراه با مشکل را توضیح می دهد) ۳- علایم و نشانه ها

## انواع تشخیص های پرستاری

### تشخیص پرستاری واقعی

قضاوتی است که براساس وجود مشکلات معین و موجود تأیید می شود

## Problem+ etiology+sign and symptom

مثال ۱: برهم خوردن آسایش بیمار به علت درد ناشی از افزایش فشار مغز

مثال ۲: اختلال در باز بودن راههای هوایی مربوط به تجمع ترشحات براساس شواهدی چون رال، رونکای، سرفه و کاهش تحمل فعالیت

تشخیص پرستاری احتمالی و ممکن

## Potential and possible problem + Etiology

تشخیص پرستاری احتمالی پاسخ انسان به فرایند زندگی و شرایط بهداشتی را شرح می دهد که ممکن است در فرد، خانواده، یا جامعه گسترش یابد.

تشخیص پرستاری ممکن، مشکل مشکوکی را بیان می کند که اطلاعات موجود برای تایید مشکل کافی نمی باشد.

مثال: احتمال بروز زخم فشاری در اثر عدم تحرک و استراحت مطلق.

معتبرترین مرجع برای تشخیص های پرستاری:

North of America Nursing Diagnosis Associatio یا NANDA می باشد

## مزایای تشخیصهای پرستاری

تشخیصهای پرستاری برای پرستاران و مددجویان دارای مزایایی هستند. بین پرستاران امکان برقراری ارتباط درمورد سطح بهبودی بیمار را فراهم می کند و در برنامه ریزی ترخیص کمک می کنند. با افزایش تعداد افراد درگیر در مراقبت از مددجو لزوم تسهیل برقراری ارتباط بین آنها درمورد مشکلات پرستاری مشخص می شود. تشخیص پرستاری برقراری ارتباط را به طرق مختلف تسهیل می کند.

تشخیص پرستاری همچنین به عنوان تمرکزی بر افزایش کیفیت مطرح است. تشخیص پرستاری روشی است برای تعیین تمرکز فعالیت های پرستاری. مزایای تشخیص پرستاری برای مددجو و خانواده اش اهمیت دارد. ارتباط بهتر بین افراد تیم بهداشتی به کاهش مشکلات و دستیابی به اهداف کمک می کند. به علاوه مددجو از منحصر به فرد بودن مراقبت پرستاری و اهداف مناسب، انتخاب اولویتها به طور صحیح، انتخاب اقدامات مناسب و دستیابی به برایندهای مورد انتظار نیز سود می برد.

## محدودیت های تشخیص پرستاری:

تشخیص پرستاری دارای محدودیتهایی است و فرد مبتدی باید از آنها آگاهی داشته باشد. به علت تکامل دائمی اصطلاحات و استفاده از تشخیصهای پرستاری زبان گاهی قادر به ادای کلام نیست و سخنان نامفهوم می شود. زبان غیر گویای تشخیص ممکن است برچسب اشتباه به مدجو بچسباند. بعضی از این گونه اصطلاحات فاقد ارزش بوده و نامفهوم هستند.

## ۳- برنامه ریزی (planing):

بررسی پرستاری و تنظیم تشخیص پرستاری جهت برنامه ریزی فرایند پرستاری ضروری است. برنامه ریزی طبقه ای از رفتارهای پرستاری است که اهداف بیمار محور و برایندهای مورد انتظار در آن جای دارد.

شامل تعیین اولویتها+ تعیین اهداف+ برنامه تدابیر پرستاری



## تعیین اولویتها

پس از تنظیم تشخیصهای پرستاری، پرستار سعی در اولویت بندی تشخیصهای پرستاری براساس اهمیت آنها می کند. در تعیین اولویتها باید به نکات زیر توجه شود: ۱- در نظر گرفتن نیازهای حیاتی ۲- تمرکز بر مشکلاتی که بیمار اظهار می کند ۳- در نظر گرفتن مشکلات بالقوه ۳- در نظر گرفتن منابع قابل دسترس، پرسنل و زمان مورد نیاز. هرم نیازهای مازلو روش مفید برای تعیین اولویتها است. اولین نیازهای فیزیولوژیک، دوم ایمنی و امنیت، سوم علاقه و تعلق داشتن، چهارم نیاز به اعتماد به نفس و پنجم نیاز به تعالی. اولویتها به صورت بالا، متوسط یا پایین تقسیم بندی می شوند. تشخیصهای پرستاری که برطرف نمی شوند و ممکن است منجر به صدمه مددجو یا دیگران شوند در ولایت بالا قرار دارند. به عنوان مثال: خطر خشونت، اختلال در تبادل گازی، کاهش برون ده قلبی اولویت بالای در تشخیص پرستاری دارند. تشخیصهای پرستاری با اولویت متوسط شامل موارد غیر فوری و نیازهایی که حیات را به خطر نمی اندازند هستند. تشخیصهای پرستاری با اولویت پایین شامل نیازهایی هستند که مستقیماً مرتبط با بیماری ویژه یا پیش آگهی آن نیستند.

### تعیین اهداف

تعیین اهداف به مرحله اجرایی فرایند کمک می کند و جهت می دهد. در واقع مشخص کردن هدف اساس ارزشیابی است. برای تعیین اهداف، رفتارهای بیمار + معیار انجام کار + موقعیت، نوشته می شود. مثال ۱: بیمار قادر باشد حداقل یک بار در روز بدون کمک راه برود.

مثال ۲: بیمار بتواند پس از دو هفته تزریق انسولین را با رعایت شرایط استریل انجام دهد.

منظور از نوشتن اهداف و برایندهای مورد انتظار عبارتند از: ۱- تعیین مسیر برای اقدامات پرستاری فردی ۲- تنظیم استانداردهایی برای تعیین تاثیر اقدامات

چه نکاتی را باید در نوشتن اهداف رعایت کرد؟ ۱- اهداف باید واقع بینانه و براساس نیازها و منابع در دسترس باشند. ۲- هدفها باید اختصاصی و در عین حال قابل سنجش و عینی باشد ۳- هدفها به صورت جمله ای که شامل فعل و فاعل و شرایط استاندارد برای ارزیابی باشد، نوشته شود ۴- مناسب است که اهداف به صورت رفتاری نوشته شود (Action verb) ۵- بیمار مدار باشد نه پرستار مدار

اهداف باید: قابل مشاهده، ویژه، قابل اندازه گیری، دارای محدودیت زمانی و واقع بینانه باشد.

### انواع اهداف

هدفهای کوتاه مدت (short term goal): طی مدت چند ساعت یا چند روز قابل دسترسی است.

هدفهای دراز مدت (long term goal): برای مدت طولانی، ماهها و یا سالها قابل اندازه گیری است.

### تدوین برنامه مراقبتی:

برنامه مراقبتی عبارت است از انتخاب بهترین و مناسبترین راه حل ممکن برای هر مشکل بیمار به منظور دستیابی به اهداف. تدابیر پرستاری دارای خصوصیات زیر می باشد: ۱- موافق برنامه کلی مراقبت ۲- براساس اصول عملی ۳- طراحی جهت ایجاد محیط درمانی مناسب و امن ۴- توجه به نیاز یادگیری و یاددهی ۵ فردی بودن برای مددجویان ۶- استفاده از منابع کافی برای تدوین آنها ۷- کاملاً واضح

تدابیر پرستاری ممکن است ۱- وابسته به دستور پزشک باشد ۲- غیر وابسته به دستور پزشک و برحسب قضاوت پرستار باشد ۳- نیمه وابسته براساس دستور پزشک و تصمیم پرستار باشد.

### انواع اقدامات سه دسته اند.

پرستاری: اقداماتی که توسط پرستار آغاز می گردند و درواقع پاسخ مستقل پرستار به نیازهای بهداشتی مددجو تشخیص پرستاری است

با دستور پزشک: اقداماتی که توسط پزشک آغاز می شوند. پرستار دستورات کتبی پزشک را اجرا می کند. تجویز درمان، اجرای روشهای تهاجمی درمان، تعویض پانسمان و... مثالهایی از این اقدامات هستند.

مشارکتی: نیاز به اطلاعات و مهارت و تخصص مراقبین مختلف بهداشتی دارد

یک اقدام پرستاری عملی است که توسط پرستار برای کمک به مددجو جهت حرکت از وضعیت بهداشتی کنونی به طرف وضعیت بهداشتی توضیح داده شده در برایندهای مورد انتظار انجام می شود.

هر مراقبت پرستاری که ذکر می شود شامل اطلاعات لازم در جهت اجرای اقدام می باشد که ممکن است به پرستاران کم مهارت درجهت پاسخگویی به سوالات زیر کمک کند: اقدام کدام است؟ در چه زمانی باید اجرا شود؟ چگونه باید انجام شود؟ توسط چه کسانی باید انجام شود؟ به علاوه پرستار بایستی علل علمی اقدامات را بداند. اقدامات پرستاری نامشخص منجر به مراقبت نادرست و ناکامل، عدم تداوم در اعمال و استفاده ضعیف از منابع می شود.

### ۴- اجرا (implementation):

اجرا بخشی از فرایند پرستاری است که بعد از تنظیم برنامه مراقبت پرستاری آغاز می گردد. درواقع به دسته ای از فعالیتهای اختصاصی که برای کمک به بیمار طرح ریزی شده و به منظور رسیدن به اهداف انجام می شود اجرای تدابیر پرستاری می گویند. اگر برنامه مراقبتی براساس تشخیصهای پرستاری، واضح و مرتب تنظیم شده باشد، پرستار قادر به انتخاب اقدامات مناسب جهت حمایت یا ارتقاء سطح سلامت فرد خواهد بود. اجرای اقدامات فرایندی مداوم بوده و با اجزای دیگر فرایند پرستاری در تداوم است. با اجرای اقدام توسط پرستار شرایط مددجو تغییر کرده و مددجو طبق انتظار به اقدامات پاسخ می دهد. به منظور موثر بودن اقدامات پرستار باید اطلاعات کافی درمورد انواع اقدامات پرستاری، فرایند و روش اجرای آنها را داشته باشد.

### چگونگی اجرای برنامه مراقبتی:

- انجام مستقیم توسط پرستار یا پرسنل واحد پرستاری
  - کمک به مددجو جهت انجام مراقبتها توسط خودش
  - نظارت بر کار مددجو یا فامیل وی به هنگام مراقبت توسط آنها
  - آموزش به مددجو یا فامیل وی درمورد مراقبت از خود
  - بررسی بیمار جهت پی بردن به مشکلات نهفته وی
- چه فعالیتی؟ چه وقت؟ چه مدت؟ چگونه باید انجام شود+ تاریخ و زمان انجام فعالیت قید شود.
- مثال ۱: تشویق بیمار به خوردن مایعات(هر ساعت یک لیوان)

مثال ۲: گزارش جذب و دفع مایعات (هر ۲۴ ساعت)

پرستار باید قبل از به اجرا گذاشتن اقدامات به طور کامل آمادگی داشته باشد. این آمادگی تاثیر بخشی، ایمنی و موثر بودن اقدامات پرستاری را فراهم می کند.

### مراحل اجراء در فرایند پرستاری:

اجرا در فرایند پرستاری دارای ۵ مرحله است:

#### ۱- بررسی مجدد مددجو

جمع آوری اطلاعات جدید و تعیین نیازهای جدید، بازنگری تشخیصهای پرستاری و بازنگری اهداف و برایندها از اقدامات این مرحله می باشد.

#### ۲- سازمان دهی منابع و مراقبت ارائه شده

بررسی تجهیزات و سالم بودن آنها و امکان دسترسی به آنها انجام شود، توانایی افراد و روش ارائه مراقبت در نظر گرفته شود، محیط ایمن باشد و معیارهای آسایش و راحتی مددجو قبل از آغاز اقدامات فراهم گردد.

#### ۳- پیش بینی و پیشگیری از عوارض

پرستار باید مزایا و خطرات روشهای درمانی را بررسی کند، روشهای پیشگیری از خطرات را آغاز نماید. مثال: مددجویی که از طریق لوله بینی معدی تغذیه می شود در معرض خطر آسپیراسیون قرار دارد. پرستار قبل از تغذیه سر تخت را بالا می برد و ساکشن حلق را کنار تخت قرار می دهد.

#### ۴- تعیین حیطة های کمک

گاهی اوقات پرستار باید با کمک گرفتن از مهارت و اطلاعات دیگران اعمال پرستاری را انجام دهد. بنابراین باید قبل از اجراء برنامه مراقبتی را به منظور تعیین کمکها مرور نماید.

#### ۵- اجرای اقدامات پرستاری

اجرای اقدامات پرستاری باید مناسب با شرایط مددجو باشد. روشهای اجرا شامل موارد زیر می باشد: نیاز به کمک در فعالیتهای روزمره زندگی، نیاز به آموزش، نیاز به مشاوره، نیاز به اقدامات پرستاری مستقیم، نیاز به نظارت و ارزشیابی.

### ۵- ارزشیابی (Evaluation):

ارزشیابی عبارت است از بررسی این که آیا به هدفهای تدوین شده رسیده ایم یا خیر؟ و چرا؟ ارزشیابی چگونگی پاسخ مددجو به برنامه مراقبتی تدوین شده است. ارزشیابی شامل مشاهده عکس عملهای بیمار، تاثیر توجهات پرستاری و انجام تغییرات ضروری در برنامه است. یکی از حساسترین مراحل فرایند پرستاری ارزشیابی است، زیرا مفید بودن یا نبودن پرستاری بالینی را مورد ارزشیابی قرار می دهد. جنبه دیگر ارزشیابی سنجیدن کیفیت مراقبتهای پرستاری که در آن مرکز ارائه شده است می باشد.

## روشها و منابع ارزشیابی:

همان روش مهارتها و روشهای بررسی و جمع اوری اطلاعات هستند. منبع اولیه اطلاعات در ارزشیابی مددجو است (مانند سمع صداها، ریه، مشاهده انجام مهارت در مددجو، مشاهده پوست و...)

### بازنگری برنامه مراقبتی:

با ارزشیابی اهداف، در صورت نیاز طرح مراقبت تغییر داده می شود و در صورت دستیابی به هدف، آن بخش از طرح مراقبتی بلافاصله قطع می شود. اهداف برآورده نشده نیاز به تداوم مراقبتها توسط پرستار دارند. بعد از بررسی مجدد مددجو، ممکن است تشخیصهای پرستاری تغییر یابند، یا اهداف، برایندها و اقدامات مناسب اضافه شوند.

### قطع برنامه مراقبتی:

اگر مددجو و پرستار در دستیابی به برایندهای مورد انتظار توافق داشتند، پرستار ادامه اقدامات را قطع می کند و قطع شدن برنامه مراقبتی باید ثبت شود تا پرستاران دیگر آن برنامه را ادامه ندهند.

### تصحیح برنامه مراقبتی:

در صورت دست نیافتن به اهداف، پرستار متغیرهای موثر بر دستیابی به اهداف را تعیین و برنامه مراقبتی را اصلاح می نماید.

## انواع ارزشیابی:

- ۱- مشکل حل شده (problem solving)
- ۲- مشکل کاملاً از بین نرفته، قسمتی از آن برطرف و تقلیل یافته و نیاز به ارزشیابی دوباره است (Reevaluation).
- ۳- مشکل حل نشده و نیاز به بررسی و برنامه ریزی مجدد می باشد (Reassessment & Replanning).
- ۴- مشکل جدیدی پیدا شده (New problem).

ارزشیابی مراقبت، مسئولیت حرفه ای است و قسمتی تفکیک ناپذیر از فرایند پرستاری است. ارزشیابی ممکن است بر طرح مراقبتی یک مددجو یا مراقبت ارائه شده توسط یک مرکز پرستاری تمرکز داشته باشد. توسط ارزشیابی مداوم پرستاران قادر به ارتقاء بخشیدن به مراقبت از بیماران هستند.