

فرایند پرستاری Nursing Process



مدرس: دکتر ملاحی نیک روان مفرد

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکی از مهم ترین ابزارهایی که یک پرستار می تواند برای مراقبت از آن استفاده کند،
فرآیند پرستاری است.

بدین منظور، از چارچوبی استفاده می شود
که تمام مراقبت های پرستاری مبتنی بر آن است.

اولین نسخه ی از فرآیند پرستاری در سال ۱۹۵۵ توسط لیدیا هال معرفی شد.

دوروتی جانسون Dorothy Johnson، در سال ۱۹۵۹، پرستاری را به عنوان "تقویت
عملکرد رفتاری بیمار" توصیف کرد. نسخه خانم جانسون از فرآیند پرستاری شامل سه
مرحله بود: بررسی، تصمیم گیری و اقدام پرستاری.

در سال ۱۹۵۸، ایدا ژان اورلاندو اقدام به توسعه ی فرآیند پرستاری کرد که امروزه در
مراقبت های پرستاری به طور وسیعی مورد استفاده قرار می گیرد.

بر اساس نظریه ی اورلاندو، رفتار بیمار،

مراقبت های پرستاری را از طریق دانش پرستار برای تجزیه و تحلیل، و تشخیص این
رفتارها، در جهت رفع نیازهای بیمار به جریان می اندازد.

این نسخه از فرآیند پرستاری که امروزه از آن استفاده می شود، شامل پنج مرحله است:
بررسی، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی.

پیش نیازهای اجرای فرایند پرستاری

برای اجرای صحیح فرایند پرستاری، ابتدا باید به سوالات زیر پاسخ داده شود:

- منظور ما از تفکر نقادانه چیست؟

- منظور ما از طوفان فکری چیست؟

- استدلال بالینی چیست؟

- چه زمانی می توانیم ادعا کنیم که آن چه را که "باید"، برای بیمارمان انجام داده ایم؟

تفکر انتقادی،

عبارتی است که برای بیشتر پرستاران، مبهم و غریب است،

در حالی روزانه در هنگام کار، بارها و بارها از آن استفاده می کنند.

بدون تفکر نقادانه، به تدریج

توانایی های ما برای استفاده از ایده های جدید کاهش پیدا می کند،

و به روش های روتین مشغول می شویم

و دریچه ی راه های جدید برای مراقبت از بیمار را به روی خودمان می بندیم.

پرستار می تواند هر روز، بدون فکر کردن،
همان مراقبت های همیشگی را برای بیمارانش انجام دهد!



اما پرستاری که نقادانه می‌اندیشد
قادر است پرسش‌های مناسبی را مطرح کرده،
اطلاعات مربوط به آن را جمع‌آوری کند.

سپس با خلاقیت آن‌ها را دسته‌بندی کرده
و با منطق و استدلال بیان کند.

و در پایان به یک نتیجه قابل اطمینان درباره مسئله برسد.



او می تواند از فکرش استفاده کند و بهترین مراقبت را، با توجه به وضعیت بیمارش ارائه دهد.

با پزشک یا
همکارتون
مشورت کند



بیمار رو
بررسی کند



به شواهد
موجود فکر
کند



به علائم
بیمار فکر
کند

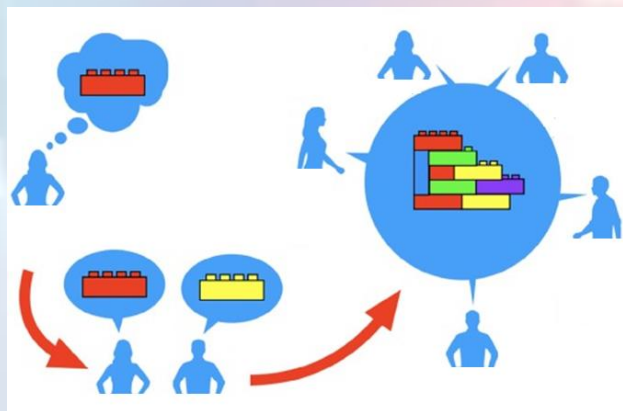


و اسم این کار در حرفه ی ما
اجرای فرایند پرستاری است!!



Nursing Process

بهترین روش های تدریس فرایند پرستاری



- روش گروه نجوا Buzz Group
(برای کلاس های نظری)



- روش بازاندیشی Reflection
(برای کارآموزی ها و بازآموزی ها)

هدف از اجرای فرایند پرستاری



پیشگیری از بیماری / ناخوشی



ارتقاء سطح سلامت



تسهیل سازگاری با تغییرات عملکرد



Eat
Healthy



Do More
Physical
Activities



Quit
Smoking &
Drinking



Keep a tab
on your
health

حفظ سلامت



چرخه فرایند پرستاری

مدرس : دکتر نیک روان

۱- بررسی مددجو:

۱- بررسی مددجو: Assessment:

- تعیین اولویت های بررسی بر اساس وضعیت مددجو
- تنظیم یا طبقه بندی اطلاعات جهت اطمینان از جمع آوری سیستماتیک آن ها
- ایجاد یک پایگاه اطلاعاتی:
 - تاریخچه پرستاری
 - معاینات پرستاری
 - بازنگری گزارشات بیمار
 - مشاوره با وابستگان اصلی بیمار و متخصصین تیم درمان
- به روز رسانی مداوم داده ها
- تجزیه و تحلیل داده ها برای دستیابی به نتایج

۲- تشخیص پرستاری

۳- برنامه ریزی

۴- اجرا

۵- ارزشیابی



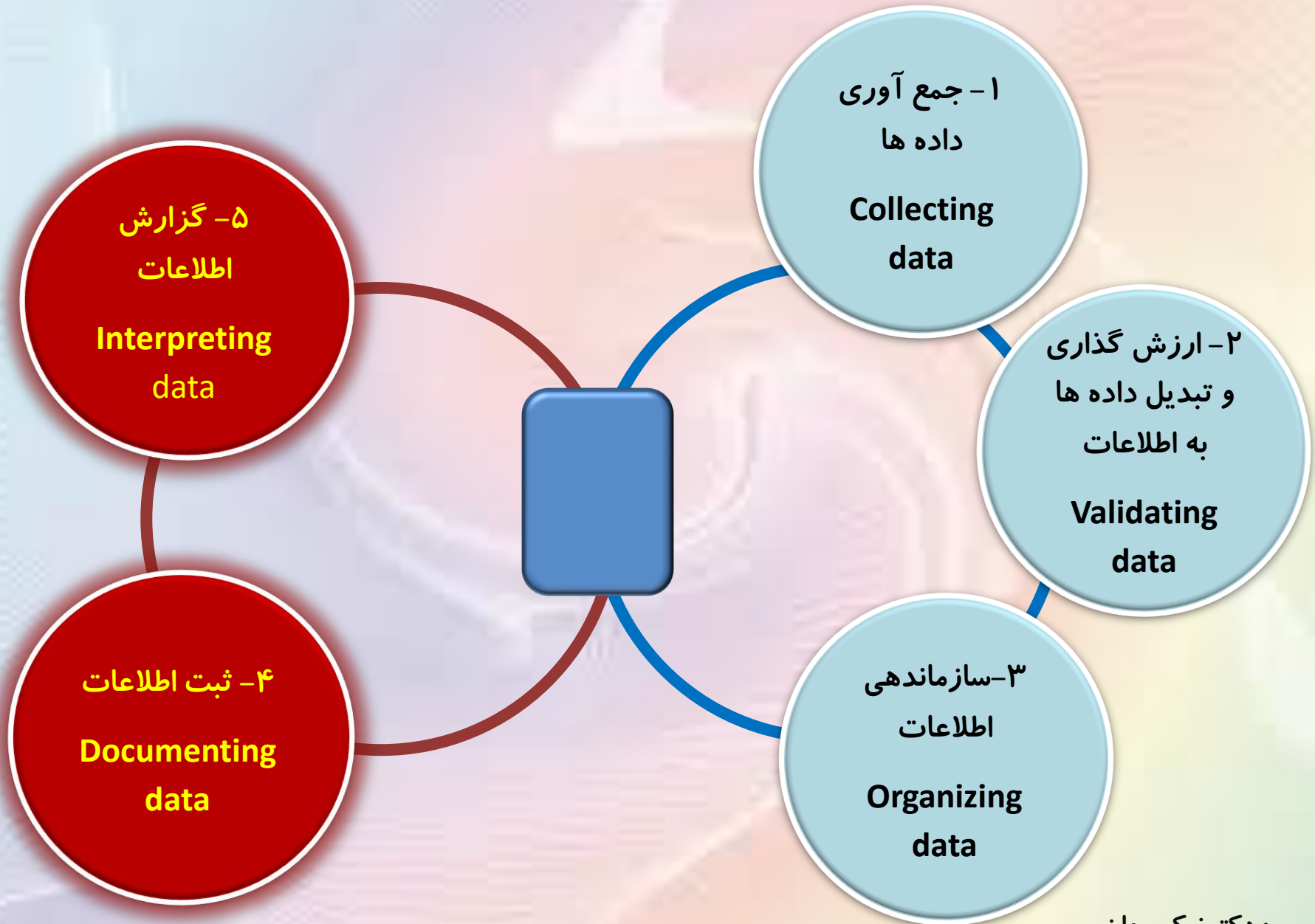
بررسی پرستاری اولین و مهم‌ترین مرحله در فرایند پرستاری است.

اگر این مرحله به خوبی انجام نشود،
پرستاران کنترل خود را روی مراحل بعدی فرایند پرستار از دست می‌دهند.

بدون بررسی کافی پرستاری،
رسیدن به تشخیص‌های پرستاری ممکن نخواهد بود،

و بدون تشخیص پرستاری،
هیچ اقدام مستقل پرستاری مطرح نخواهد شد.

مراحل بررسی پرستاری



چند اصطلاح مرتبط با بررسی بیمار

یافته های ذهنی یا subjective،

عبارت از آن چیزی است که بیمار بیان می کند.

در واقع بدون بیان او، پرستار نمی تواند از آن ها مطلع شود.

بنابراین برای به دست آوردن آن ها باید با بیمار مصاحبه کرد.

دیروز یه دفعه دیدم سرم تیر می کشه.
اینجاها انگار هی ضربه می زد.
راستش دو روز بود که قرص صورتیه که
برای فشارم می خوردم، تموم شده بود. وقت
نکردم برم بخرم.
آبغوره خوردم! سردردم بهتر شد. ولی مدام
تهوع دارم....



یافته های عینی یا objective،
شامل یافته هایی است که پرستار
هنگام مشاهده ی علائم بیماری و در طول معاینه به دست می آورید.



یافته های های غیرکلامی یا non verbal

شامل رفتارهای قابل مشاهده ای هستند که پیامی را بدون کلمات منتقل می کنند،
مانند زبان بدن بیمار، ظاهر عمومی، حالات چهره، حرکات،
تماس چشمی، حفظ فاصله، وضعیت بدن، لباس، هول کردن، لحن صدا،
قاطعیت، اضطراب، مشکل در یافتن کلمه ی مورد نظر، انکار و عناد.

داده های غیر کلامی به دست آمده می تواند گاهی قوی تر از داده های کلامی باشد،
زیرا زبان بدن مددجو، ممکن است
با آن چه واقعاً فکر می کند یا احساس می کند همخوانی نداشته باشد.

توجه کردن، و تجزیه و تحلیل داده های غیر کلامی
می تواند به کشف مشکلات واقعی مددجو،
و درک آن چه که بیمار واقعاً احساس می کند، کمک کند.

مفهوم علائم و نشانه ها Sign and Symptoms

علامت یا sign،

عبارت از یافته های فرد معاینه کننده است

که آن را از طریق معاینه یا تست های تشخیصی به دست می آورد.

در واقع علائم جزو یافته های عینی هستند.

مثال: مشاهده ی رنگ پریدگی یا سیانوز، سمع رال مرطوب، سمع صداهای روده، نحوه ی راه رفتن و تعادل و ...

نشانه یا symptom،

عبارت از آن چیزی است که بیمار در خود حس کرده،

آن را به زبان خود بیان می کند.

در واقع نشانه جزو یافته های ذهنی هستند.

مثال: تنگی نفس، تهوع، درد، خارش و ...

روش های جمع آوری اطلاعات

Data Collection

۱- مصاحبه
Interview



بررسی شکایت اصلی مددجو

۲- گرفتن شرح
حال از مددجو
History
collection



بررسی شکایت اصلی مددجو

۳- مشاهده
Observation



بررسی اولیه تظاهرات بیماری

۴- پایش ها
monitoring



بررسی مستمر تظاهرات بیماری

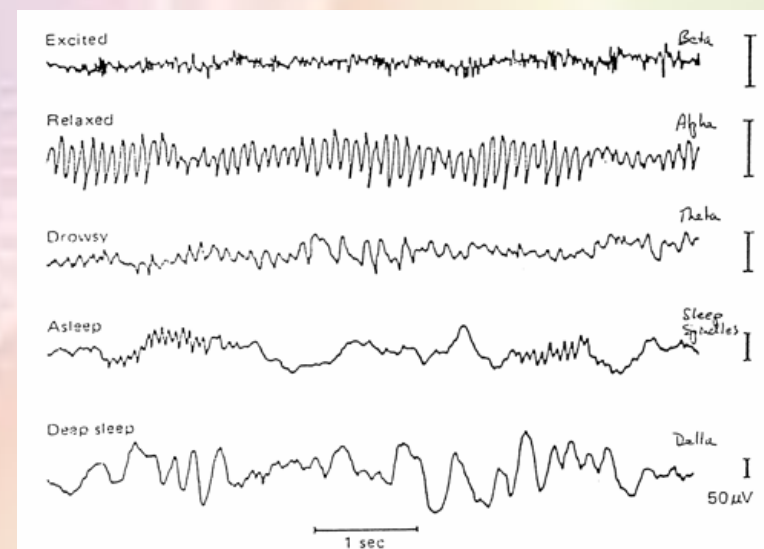
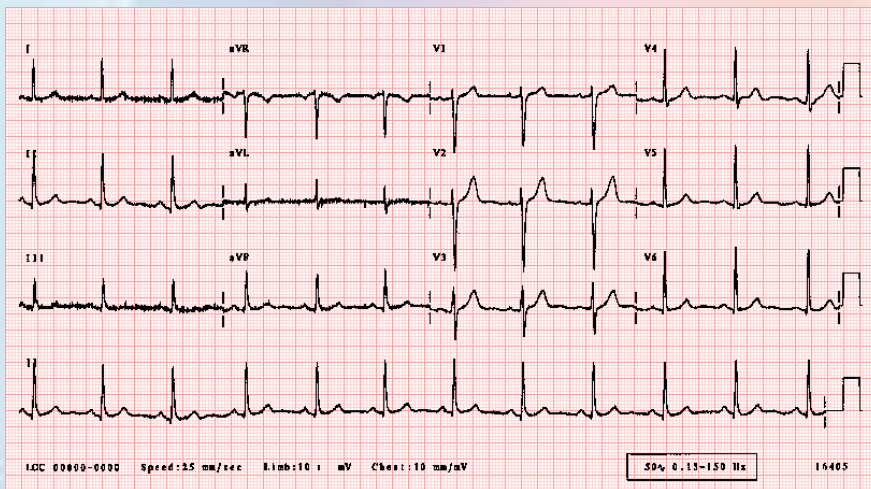
۵- معاینه فیزیکی
Physical
Examination



بررسی عمیق تظاهرات بیماری



۶- بررسی نتایج تست های تشخیصی Results of Lab & Diagnostic tests





مراحل بررسی بیمار

به طور کلی پرستاران باید به ترتیب، دو نوع بررسی را روی بیماران خود انجام دهند:

بررسی وضعیت عمومی			
وضعیت عمومی سلامتی	خوب	ضعیف	بد
وضع ظاهری و بهداشت	خوب	ضعیف	بد
تغییر وزن اخیر:	ضعیف و شفاف:		
بی اشتها:	تب و لرز:		
وضعیت سر	سابقه ی سردرد ☐ سابقه هریبه به سر ☐ سرگیجه ☐ توفیهات:		
سیستم قلب و تروق	درد قفسه سینه ☐ فشارخون بالا ☐ تپش قلب ☐ تنگی نفس ☐ ارتوپنه ☐ تنگی نفس حمله ای شبانه ☐ آدم پاهای ☐ توفیهات:		
تروق محیطی	سابقه لکین متناوب ☐ کرفکی پا ☐ وجود وینهای واریسی ☐ توفیهات:		
سیستم تنفس	سرفه ☐ خلط ☐ خس خس ☐ هموپتزی ☐ تنگی نفس ☐ توفیهات:		
سیستم گوارش	اشکال در بلع ☐ دیسفاژی ☐ درد هنگام بلع ☐ اینوفازی ☐ سوزش سردل ☐ بی اشتها ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ استفراغ خون ☐ عدم هضم غذا ☐ برگشت غذا ☐ یبوست ☐ اسهال ☐ خونریزی از مقعد ☐ مدفوع قیری سیاه رنگ ☐ درد شکمی ☐ آروغ زدن ☐ دفع گاز زیاد ☐ نفخ شکم ☐ زردی ☐ توفیهات:		
سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم ☐ افزایش تعداد دفعات دفع ادرار ☐ پلی اوری ☐ شب ادراری ☐ ناکچوری ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ سوزش یا درد در زمان ادرار ☐ قطره قطره ادرار کردن ☐ بی کنترلی ادرار ☐ سابقه سنگ ادرار ☐ توفیهات:		
سیستم اسکلتی	درد مفاصلی ☐ درد عضلانی ☐ کمر درد ☐ سابقه آرتروز ☐ نقرس ☐ توفیهات:		
عضلاتی	علامت همراه با درد تورم ☐ قرمزی ☐ خشکی ☐ ضعف ☐ محدودیت حرکتی ☐ توفیهات:		
سیستم عصبی	سابقه غش ☐ سابقه ی CVA ☐ اختلالات بینایی ☐ تشنج ☐ ضعف یا فلج بخش هایی از بدن ☐ کرختی و بی حسی یا فقدان حسی ☐ سوزن سوزن شدن ☐ ترمور یا حرکات غیر ارادی دیگر ☐ توفیهات:		

الف) بررسی غربالگری Screening Assessment



ب) بررسی عمیق In-depth Assessment

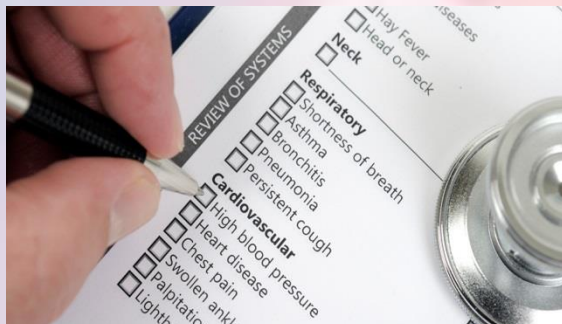
• غربالگری (The Screening Assessment)

مرحله ابتدایی جمع آوری اطلاعات است،
و احتمالا می توان آن را به سادگی و با یک فرم، تکمیل کرد.

• بررسی دقیق (In-depth Assessment)

بسیار متمرکز تر بوده
و پرستار را قادر به توضیح اطلاعاتی می کند که
در بررسی غربالگری اولیه شناسایی شده اند،
و به دنبال کلیدهای دیگری می گردد که از تشخیص های پرستاری حمایت کند.
بنابراین به سادگی پر کردن جاهای خالی در یک فرم بررسی نیست.

روند حرکت از بررسی بیمار به سمت تشخیص پرستاری در واقع خود دارای ۳ گام است که انتهای این روند به تشخیص پرستاری می انجامد.



الف) بررسی غربالگری
توسط چک لیست

ب) فکر کردن روی تشخیص های پرستاری احتمالی
(چه تشخیص هایی ممکن است برای بیمار مطرح شود)



ج) انجام بررسی عمیق
(معاینه، پایش، تست)

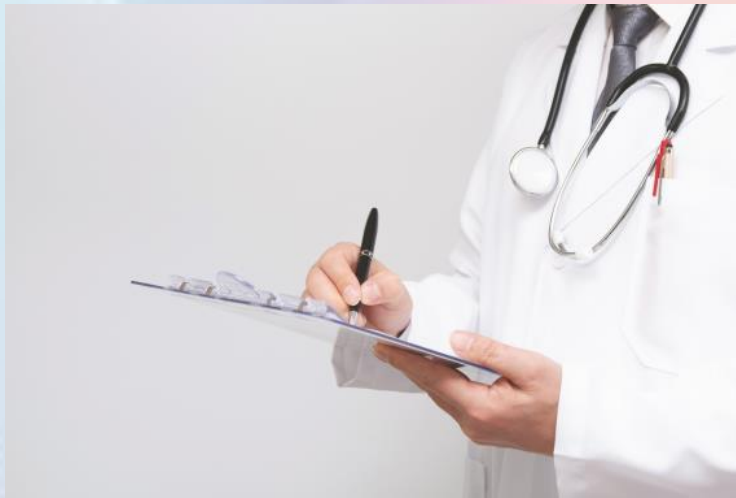
الف) بررسی غربالگری The Screening Assessment

در اغلب بیمارستان ها یک فرم استاندارد (کاغذی یا الکترونیکی) تهیه می شود که باید برای هر بیمار، در دوره ی زمانی خاصی تکمیل شود.



آماده سازی فرم بررسی غربالگری، نیازمند سطوح بالای مهارت ارتباط بین فردی است. بیمار باید قبل از این که به سوالات پاسخ دهد یا اجازه هر گونه دخالتی را بدهد، احساس امنیت و اعتماد به پرستار را کسب کند.

بررسی غربالگری به نظر ساده می آید
چون شبیه پر کردن یک فرم است.



این در واقع شامل
گرفتن شرح حال،
بررسی علائم حیاتی،
مروری بر سیستم های بدن است
که بر اساس روش SAMPLE
اطلاعات فوری را از بیمار جمع آوری می کند.

شامل پر کردن یک فرم دو یا سه صفحه ای است:

الف) فرم شرح حال بیمار

ب) فرم بررسی علائم حیاتی

پ) فرم بررسی سر تا پای بیمار

بررسی وضعیت عمومی			
وضعیت عمومی سلامتی	خوب	ضعیف	بد
وضع ظاهری و بهداشت	خوب	ضعیف	بد
تئیر وزن اخیر:	ضعف و ضعف:		
بی اشتها:	تب و لرز:		
وضعیت سر	سابقه ی سردرد ○ سابقه ضربه به سر ○ سرگیجه ○ توضیحات:		
سیستم قلب و عروق	درد قفسه سینه ○ فشارخون بالا ○ تپش قلب ○ تنگی نفس ○ ارتوپنه ○ تنگی نفس حمله ای شبانه ○		
عروق محیطی	سابقه لنگیدن متناوب ○ گرفتگی پا ○ وجود وریدهای واریسی ○ توضیحات:		
سیستم تنفس	سرفه ○ خلط ○ خس خس ○ هموپتیزی ○ تنگی نفس ○ توضیحات:		
سیستم گوارش	اشکال در بلع (دیسفاژی) ○ درد هنگام بلع (ادینوفاجی) ○ سوزش سر دل ○ بی اشتها ○ تهوع ○ استفراغ ○ استفراغ خون ○ عدم هضم غذا ○ برگشت غذا (ترش کردن) ○ یبوست ○ اسهال ○ خونریزی از مقعد ○ مدفوع قیری سیاه رنگ ○ درد شکمی ○ آروغ زدن ○ دفع گاز زیاد ○ نفخ شکم ○ زردی ○ توضیحات:		
سیستم ادراری	درد پهلوی یا زیر شکم ○ افزایش تعداد دفعات دفع ادرار ○ پلی اوری ○ شب ادراری (ناکجوری) ○ تغییر رنگ ادرار ○ سوزش یا درد در زمان ادرار ○ قطره قطره ادرار کردن ○ بی کنترلی ادرار ○ سابقه سنگ ادرار ○ توضیحات:		
سیستم اسکلتی	درد مفصلی ○ درد عضلانی ○ کمردرد ○ سابقه آرتری ○ نقرس ○ توضیحات:		
سیستم عصبی	سابقه غش ○ سابقه ی CVA ○ اختلالات بینایی ○ تشنج ○ ضعف یا فلج بخش هایی از بدن ○ کرختی و بی حسی یا فقدان حس ○ سوزن سوزن شدن ○ ترمور یا حرکات غیر ارادی دیگر ○ توضیحات:		
چشم و بینایی	استفاده از عینک یا لنز ○ چشم درد ○ قرمزی ○ ترشح ○ اشک ریزش ○ دوبینی ○ تاری دید ○ گلوکوم ○ کاتاراکت ○ توضیحات:		
گوش و شنوایی	سمک ○ کم شنوایی ○ وزوز گوش ○ سرگیجه ○ گوش درد ○ عفونت ○ ترشح ○ توضیحات:		
دهان و حلق	خون ریزی از لته ○ دندان مصنوعی ○ پوسیدگی دندان ○ زخم زبان ○ گلودرد ○ خشکی دهان ○ خرخر کردن ○ خضونت صدا ○ توضیحات:		
بینی و سینوس ها	ترشح از بینی ○ خارش ○ خونریزی بینی ○ گرفتگی بینی ○ گرفتاری سینوس ها ○ توضیحات:		
خون	سابقه کم خونی ○ به سادگی کیود شدن یا خونریزی کردن (پتشی یا اکیموز) ○ تزریق خون در گذشته ○ واکنش های متعاقب تزریق خون ○ توضیحات:		
اندوکراین	عدم تحمل نسبت به سرما و گرما ○ ترمیق بیش از حد ○ تشنگی یا گرسنگی بیش از حد ○ مشکلات تیروئید ○ تغییر در اندازه دستکش یا کفش ○ توضیحات:		
پستان ها	وجود توده ○ درد ○ ترشح از نوک پستان ○ توضیحات:		
سیستم تناسلی	وجود قفق ○ ترشح یا زخم ○ درد یا توده در بیضه ○ سابقه بیماری های جنسی ○ عفونت HIV ○ مردانه ○ توضیحات:		
سیستم تناسلی زنانه	منوپوز ○ بارداری ○ هفته بارداری: هفته ○ خونریزی غیر طبیعی ○ ترشح ○ خارش ○ زخم، توده ○ سابقه بیماری جنسی ○ عفونت HIV ○ توضیحات:		

اطلاعات دموگرافیک بیمار Demographic data			
تاریخ:	ساعت:	بخش:	بیمارستان:
نام بیمار:	وضع تاهل:	زبان گویشی:	منبع شرح حال:
سن:	سطح تحصیلات:	مذهب:	قابلیت اعتماد به حرف های
جنس:	شغل:	نوع بیمه:	منبع شرح حال:
آدرس	تلفن ثابت:		
تلفن همراه:	تلفن وابسته نزدیک:		
شکایت اصلی بیمار Chief Complaint			
(به زبان بیمار)			
- آیا می توانید علائم خود را توضیح دهید؟ - چه مدت است که این علائم را دارید؟ - چند بار تکرار شده است؟ - چه مدت ادامه داشته است؟ - آیا قبلا هم این مشکل را در گذشته داشته اید؟ - با شروع مشکل فعلی، چه اقدامی انجام داده اید؟ - آیا کار یا چیزی هست که وضعیت شما را بهتر کند؟ - آیا موردی هست که باعث وخیم تر شدن وضعیت شود؟ - این مشکل چه قدر روی فعالیت و کارهای روزانه شما تاثیر داشته؟ - آیا علامت دیگری هم دارید؟ - آیا در خانواده ی شما کسی به این مشکل گرفتار بوده است؟			
سوابق خانوادگی Family History			
بیماری قلبی ○ پرفشاری خون ○ حمله مغزی ○ دیابت ○ سرطان ○ چاقی ○ اختلالات خونی ○ صرع ○ بیماری روانی ○ مرگ بر اثر موارد خاص (سن و علت مرگ) ○ سایر موارد:			
شیوه و عادات زندگی و وضعیت اجتماعی Personal and Social History			
- چند وعده و چه قدر غذا می خورد؟ - میزان فعالیت چه قدر است؟ ورزش هم می کنید؟ - سیگار می کشید؟ چند سال؟ چند نخ در روز؟ - آیا نود سیگار را در ریه نگه می دارید؟ - آیا الکل مصرف می کنید؟ (مقدار و سبک مصرف) - آیا ماده مخدر یا داروی خاصی مصرف می کنید؟ - وضعیت محل زندگی شما چگونه است؟ - با چه افرادی زندگی می کنید؟ - آیا در خانه موردی برای استرس وجود دارد؟ - وضع اقتصادی چگونه است؟ - آیا عادات مذهبی خاصی دارید که شما را مقید کند؟ - رژیم غذایی معمول شما چیست؟			
بررسی وضعیت روانی mental statues			
داشتن حالت عصبی ○ سابقه بحران یا فشار روحی ○ تغییر خلق (افسردگی، اشکال در حافظه، خشم...) ○ اختلال در درک و حافظه ○ اختلال در شناخت موقعیت و افراد ○ توضیحات:			

الف) گرفتن شرح حال از بیمار

Patient History

جهت گرفتن شرح حال باید موارد زیر را مورد سوال قرار داد:

- مشخصات دموگرافیک بیمار
- شکایت اصلی بیمار
- سوابق خانوادگی
- عادات و سبک زندگی
- سوابق اجتماعی

اطلاعات دموگرافیک بیمار Demographic data			
تاریخ:	ساعت:	بخش:	بیمارستان:
نام بیمار:	وضع تاهل:	زبان گویشی:	منبع شرح حال:
سن:	سطح تحصیلات:	مذهب:	قابلیت اعتماد به حرف های
جنس:	شغل:	نوع بیمه:	منبع شرح حال:
آدرس		تلفن همراه:	
تلفن ثابت:		تلفن وابسته نزدیک:	
شکایت اصلی بیمار Chief Complaint			
(به زبان بیمار)			
• آیا می توانید علائم خود را توضیح دهید؟ • چه مدت است که این علائم را دارید؟ • چند بار تکرار شده است؟ • چه مدت ادامه داشته است؟ • آیا قبلاً هم این مشکل را در گذشته داشته اید؟ • با شروع مشکل فعلی، چه اقدامی انجام داده اید؟ • آیا کار یا چیزی هست که وضعیت شما را بهتر کند؟ • آیا موردی هست که باعث وخیم تر شدن وضعیت شود؟ • این مشکل چه قدر روی فعالیت و کارهای روزانه شما تاثیر داشته؟ • آیا علامت دیگری هم دارید؟ • آیا در خانواده ی شما کسی به این مشکل گرفتار بوده است؟			
سوابق خانوادگی Family History			
بیماری قلبی ☐ پرفشاری خون ☐ حمله مغزی ☐ دیابت ☐ سرطان ☐ چاقی ☐ اختلالات خونی ☐ صرع ☐ بیماری روانی ☐ مرگ بر اثر موارد خاص (سن و علت مرگ) ☐ سایر موارد:			
شیوه و عادات زندگی و وضعیت اجتماعی Personal and Social History			
• چند وعده و چه قدر غذا می خورید؟ • میزان فعالیت چه قدر است؟ ورزش هم می کنید؟ • سیگار می کشید؟ چند سال؟ چند نخ در روز؟ • آیا دود سیگار را در ریه نگه می دارید؟ • آیا الکل مصرف می کنید؟ (مقدار و سبک مصرف) • آیا ماده مخدر یا داروی خاصی مصرف می کنید؟		• وضعیت محل زندگی شما چگونه است؟ • با چه افرادی زندگی می کنید؟ • آیا در خانه موردی برای استرس وجود دارد؟ • وضع اقتصادی چگونه است؟ • آیا عادات مذهبی خاصی دارید که شما را مقید کند؟ • رژیم غذایی معمول شما چیست؟	
بررسی وضعیت روانی mental statues			
داشتن حالت عصبی ☐ سابقه بحران یا فشار روحی ☐ تغییر خلق (افسردگی، اشکال در حافظه، خشم...) ☐ اختلال در درک و حافظه ☐ اختلال در شناخت موقعیت و افراد ☐ توهینات:			

مفهوم شکایت اصلی بیمار Chief Complaint

زمانی که از شکایت اصلی بیمار صحبت می شود،
منظور، ادعای بیمار در رابطه با مشکل کنونی وی است.

برای ثبت شکایت اصلی بیمار،
پرستار باید عیناً کلمات به کار برده شده توسط بیمار را
برای توصیف مشکلش مورد استفاده قرار دهد.

به عبارت دیگر، در ثبت شکایت اصلی بیمار،
نباید از اصطلاحات علمی و تخصصی استفاده شود.
بلکه باید عیناً کلمات به کار برده شده توسط بیمار ثبت گردد.

اطلاعات دموگرافیک بیمار Demographic data

تاریخ:	ساعت:	بخش:	بیمارستان:
نام بیمار:	وضع تاهل:	زبان گویشی:	منبع شرح حال:
سن:	سطح تحصیلات:	مذهب:	قابلیت اعتماد به حرف های
جنس:	شغل:	نوع بیمه:	منبع شرح حال:
آدرس	تلفن همراه:	تلفن ثابت:	تلفن وابسته نزدیک:

شکایت اصلی بیمار Chief Complaint

(به زبان بیمار)

- آیا می توانید علائم خود را توضیح دهید؟
- چه مدت است که این علائم را دارید؟
- چند بار تکرار شده است؟
- چه مدت ادامه داشته است؟
- آیا قبلا هم این مشکل را در گذشته داشته اید؟
- با شروع مشکل فعلی، چه اقدامی انجام داده اید؟
- آیا کار یا چیزی هست که وضعیت شما را بهتر کند؟
- آیا موردی هست که باعث وخیم تر شدن وضعیت شود؟
- این مشکل چه قدر روی فعالیت و کارهای روزانه شما تاثیر داشته؟
- آیا علامت دیگری هم دارید؟
- آیا در خانواده ی شما کسی به این مشکل گرفتار بوده است؟

سوابق خانوادگی Family History

- ☐ بیماری قلبی ☐ پرفشاری خون ☐ حمله مغزی ☐ دیابت ☐ سرطان ☐ چاقی ☐ اختلالات خونی
☐ صرع ☐ بیماری روانی ☐ مرگ بر اثر موارد خاص (سن و علت مرگ) ☐ سایر موارد:

شیوه و عادات زندگی و وضعیت اجتماعی Personal and Social History

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • چند وعده و چه قدر غذا می خورید؟ • میزان فعالیت چه قدر است؟ ورزش هم می کنید؟ • سیگار می کشید؟ چند سال؟ چند نخ در روز؟ • آیا دود سیگار را در ریه نگه می دارید؟ • آیا الکل مصرف می کنید؟ (مقدار و سبک مصرف) • آیا ماده مخدر یا داروی خاصی مصرف می کنید؟ | <ul style="list-style-type: none"> • وضعیت محل زندگی شما چگونه است؟ • با چه افرادی زندگی می کنید؟ • آیا در خانه موردی برای استرس وجود دارد؟ • وضع اقتصادی چگونه است؟ • آیا عادات مذهبی خاصی دارید که شما را مقید کند؟ • رژیم غذایی معمول شما چیست؟ |
|---|--|

بررسی وضعیت روانی mental statues

- ☐ داشتن حالت عصبی ☐ سابقه بحران یا فشار روحی ☐ تغییر خلق (افسردگی، اشکال در حافظه، خشم،...) ☐ اختلال در درک و حافظه ☐ اختلال در شناخت موقعیت و افراد ☐ توضیحات:

ب) بررسی علائم حیاتی

Vital Signs

بررسی علائم حیاتی						
MAP	فشارخون	شدت	نظم	تعداد	محل کنترل	نبض
وجود رتروکسیون	حرکت پره‌ی بینی	وجود آپنه	نظم	تعداد	نحوه‌ی صحبت کردن	تنفس
زمان پرشدگی مویرگی	GCS	سطح پاسخ دهی		دما	محل کنترل	دمای بدن
		U	P	V	A	
عامل تسکین	عامل تشدید	ماهیت درد	تکرار	تداوم	زمان شروع	بررسی درد
☐ تعریق ☐ بی قراری ☐ تغییر گریم صورت ☐ حفظ‌پوزیشن خاص ☐ سایر علائم: ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ رنگ‌پریدگی						علائم همراه
شدت درد: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Pain Mild Moderate Severe Very Severe Worst Pain Possible  0 1-3 4-6 7-9 10						با درد

پ) بررسی سر تا پای بیمار

Head to Toe Assessment

SAMPLE

-S : Systematic review

-A: Allergies

-M: Medication History

-P: Past health history

-L: Last meal (آخرین وعده غذا)

-E: Event/Environment preceding illness or injury (وقایع / محیط قبل از وقوع بیماری یا صدمه)

SAMPLE

S : Systematic review

شامل یک بررسی اجمالی
روی همه ی سیستم های بدن،
به منظور کشف نکات اثر گذار بر بدن است
که توسط یک فرم از پیش تنظیم شده
صورت می گیرد.

بررسی وضعیت عمومی

وضعیت عمومی سلامتی	خوب	ضعیف	بد	وزن	قد:
وضع ظاهری و بهداشت	خوب	ضعیف	بد	18/5 >	غیر طبیعی
تغییر وزن اخیر:	ضعف و بی حالی:		18/5 - 24/9		
بی اشتها بی:	تب و لرز:		25/0 - 29/9		
BMI = $\frac{\text{وزن}}{\text{قد}^2}$					
وضعیت سر					
سیستم	درد قفسه سینه	فشار خون بالا	تپش قلب	تنگی نفس	ارتوپنه
قلب و عروق	تنگی نفس حمله ای شبانه				
عروق محیطی	سابقه لنجیدن متناوب	گرفتگی پا	وجود وریدهای واریسی		
سیستم تنفس	سرفه	خلط	خس خس	هموپتیزی	تنگی نفس
سیستم گوارش					
اشکال در بلع (دیسفاژی)	درد هنگام بلع (ادینوفاژی)	سوزش سر دل	بی اشتها بی	تهوع	
استفراغ	استفراغ خون	عدم هضم غذا	برگشت غذا (ترش کردن)	یبوست	اسهال
خونریزی از مقعد	مدفوع قیری سیاه رنگ	درد شکمی	آروغ زدن	دفع گاز زیاد	نفخ شکم
زردی					
سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم	افزایش تعداد دفعات دفع ادرار	بلی اوری	شب ادراری (ناکچوری)	
	تغییر رنگ ادرار	سوزش یا درد در زمان ادرار	قطره قطره ادرار کردن		
	بی کنترلی ادرار	سابقه سنگ ادرار	توضیحات:		
چشم و بینایی	استفاده از عینک یا لنز	چشم درد	قرمزی	ترشح	اشک ریزش
	تاری دید	گلوکوم	کاتاراکت	توضیحات:	
گوش و شنوایی	سمم کم شنوایی	وزوز گوش	سریجه	گوش درد	عفونت
توضیحات:					
دهان و حلق	خون ریزی از لثه	دندان مصنوعی	پوسیدگی دندان	زخم زبان	گلودرد
	خرخر کردن	خشونت صدا	توضیحات:		
بینی و سینوس ها	ترشح از بینی	خارش	خونریزی بینی	گرفتگی بینی	گرفتاری سینوس ها
توضیحات:					
خون	سابقه کم خونی	به سادگی کبود شدن یا خونریزی کردن (پنشی یا اکیموز) تزریق خون در گذشته			
واکنش های متناقض تزریق خون					
توضیحات:					
اندوکراین	عدم تحمل نسبت به سرما و گرما				
	تورق بیش از حد				
مشکلات تیرولید					
تغییر در اندازه دستکش یا کفش					
توضیحات:					
پستان ها	وجود توده	درد	ترشح از نوک پستان	توضیحات:	
سیستم تناسلی مردانه	وجود فتق	ترشح یا زخم	درد یا توده در بیضه	سابقه بیماری های جنسی	
عفونت HIV					
توضیحات:					
سیستم تناسلی زنانه	منوپوز	باردار	هفته بارداری:	 هفته	
	زخم، توده	سابقه بیماری جنسی	عفونت HIV	توضیحات:	

بررسی وضعیت عمومی

بررسی وضعیت عمومی						
وضعیت عمومی سلامتی		خوب		ضعیف		بد
وضع ظاهری و بهداشت		خوب		ضعیف		بد
تغییر وزن اخیر:		ضعف و بی حالی:		تب و لرز:		
بی اشتتهایی:						
$BMI = \frac{\text{وزن}}{\text{قد}^2} =$						
	لاغر	$18/5 >$				
	طبیعی	$18/5 - 24/9$				
	اضافه وزن	$25/0 - 29/9$				
	چاق	$< 30/0$				

وضعیت سر	سابقه ی سردرد ☐ سابقه ضربه به سر ☐ سرگیجه ☐ توضیحات:
سیستم قلب و عروق	درد قفسه سینه ☐ فشارخون بالا ☐ تپش قلب ☐ تنگی نفس ☐ ارتوپنه ☐ ادم پاها ☐ تنگی نفس حمله ای شبانه ☐ توضیحات:
عروق محیطی	سابقه لنگیدن متناوب ☐ گرفتگی پا ☐ وجود وریدهای واریسی ☐ توضیحات:
سیستم تنفس	سرفه ☐ خلط ☐ خس خس ☐ هموپتیزی ☐ تنگی نفس ☐ توضیحات:
سیستم گوارش	اشکال در بلع (دیسفاژی) ☐ درد هنگام بلع (ادینوفاژی) ☐ سوزش سر دل ☐ بی اشتهایی ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ استفراغ خون ☐ عدم هضم غذا ☐ برگشت غذا(ترش کردن) ☐ یبوست ☐ اسهال ☐ خونریزی از مقعد ☐ مدفوع قیری سیاه رنگ ☐ درد شکمی ☐ آروغ زدن ☐ دفع گاز زیاد ☐ نفخ شکم ☐ زردی ☐ توضیحات:
سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم ☐ افزایش تعداد دفعات دفع ادرار ☐ پلی اوری ☐ شب ادراری (ناکچوری) ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ سوزش یا درد در زمان ادرار ☐ قطره قطره ادرار کردن ☐ بی کنترلی ادرار ☐ سابقه سنگ ادرار ☐ توضیحات:

سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم ☐ افزایش تعداد دفعات ادرار ☐ پلوی اوری ☐ شب ادراری (ناکچوری) ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ سوزش یا درد در زمان ادرار ☐ قطره قطره ادرار کردن ☐ بی کنترلی ادرار ☐ سابقه سنگ ادرار ☐ توضیحات:
سیستم اسکلتی	درد مفصلی ☐ درد عضلانی ☐ کمر درد ☐ سابقه آرتریت ☐ نقرس ☐ توضیحات: علائم همراه با درد: تورم ☐ قرمزی ☐ خشکی ☐ ضعف ☐ محدودیت حرکتی ☐
سیستم عصبی	سابقه غش ☐ سابقه CVA ☐ اختلالات بینایی ☐ تشنج ☐ ضعف یا فلج بخش هایی از بدن ☐ کرختی و بی حسی یا فقدان حس ☐ سوزن سوزن شدن ☐ ترمور یا حرکات غیر ارادی دیگر ☐ توضیحات:
چشم و بینایی	استفاده از عینک یا لنز ☐ چشم درد ☐ قرمزی ☐ ترشح ☐ اشک ریزش ☐ دوبینی ☐ تاری دید ☐ گلوکوم ☐ کاتاراکت ☐ توضیحات:
گوش و شنوایی	سمعک ☐ کم شنوایی ☐ وزوز گوش ☐ سرگیجه ☐ گوش درد ☐ عفونت ☐ ترشح ☐ توضیحات:
دهان و حلق	خون ریزی از لثه ☐ دندان مصنوعی ☐ پوسیدگی دندان ☐ زخم زبان ☐ گلودرد ☐ خشکی دهان ☐ خرخر کردن ☐ خشونت صدا ☐ توضیحات:
بینی و سینوس ها	ترشح از بینی ☐ خارش ☐ خونریزی بینی ☐ گرفتگی بینی ☐ گرفتاری سینوس ها ☐ توضیحات:
خون	سابقه کم خونی ☐ به سادگی کبود شدن یا خونریزی کردن (پتشی یا اکیموز) ☐ تزریق خون در گذشته ☐ واکنش های متعاقب تزریق خون ☐ توضیحات:
اندوکراین	عدم تحمل نسبت به سرما و گرما ☐ تعریق بیش از حد ☐ تشنگی یا گرسنگی بیش از حد ☐ مشکلات تیروئید ☐ تغییر در اندازه دستکش یا کفش ☐ توضیحات:
پستان ها	وجود توده ☐ درد ☐ ترشح از نوک پستان ☐ توضیحات:
سیستم تناسلی مردانه	وجود فتق ☐ ترشح یا زخم ☐ درد یا توده در بیضه ☐ سابقه بیماری های جنسی ☐ عفونت HIV ☐ توضیحات:
سیستم تناسلی زنانه	منوپوز ☐ باردار ☐ هفته بارداری: هفته ☐ خونریزی غیر طبیعی ☐ ترشح ☐ خارش ☐ زخم، توده ☐ سابقه بیماری جنسی ☐ عفونت HIV ☐ توضیحات:

SAMPLE

A: Allergies

بررسی سابقه ی آلرژی، جزو یکی از مهم ترین بررسی های پرستاری است، زیرا با مرگ و زندگی افراد در ارتباط است.

حساسیت به یک دارو، غذا، یا ماده می تواند به سادگی بیمار را در معرض تهدید حیات قرار دهد، و یا روند اقدامات درمانی و جراحی را دچار مشکل سازد.

بنابر این باید با دقت مورد سوال قرار گیرد.

به منظور بررسی آلرژی ها، باید از ۸ سوال زیر استفاده شود:

۱- آیا بعد از دندان پزشکی، معاینات رکتال یا واژینال، بازی با بادکنک، و پوشیدن دستکش ظرف شویی، دچار التهاب، خارش، کهیر، یا سایر عوارض مرتبط شده اید؟

۲- آیا هیچ وقت به واسطه ی آلرژی، دچار دیسترس تنفسی، تپش قلب، یا ادم صورت و لب ها شده اید؟

۳- آیا دچار خارش، تورم و تحریک چشم، ویزینگ و کهیر بعد از تماس با لاتکس بوده اید؟ (مثلا بعد از دندان پزشکی، معاینات رکتال یا واژینال، بازی با بادکنک، پوشیدن دستکش ظرف شویی)

۴- آیا هیچ وقت در کف دست ها سابقه ی راش بیش از یک هفته را داشته اید؟

۵- آیا به موز، آووکادو، کیوی یا بادام زمینی حساسیت دارید؟

۶- آیا به ماهی و میگو حساسیت دارید؟

۷- آیا اپیزودهای آنافیلاکتیک داشته اید؟

۸- آیا به داروی خاصی حساسیت داشته اید؟

۱- آیا بعد از دندان پزشکی، معاینات رکتال یا واژینال، بازی با
بادکنک، و پوشیدن دستکش ظرف شویی، دچار التهاب، خارش،
کهیر، یا سایر عوارض مرتبط شده اید؟



۲- آیا هیچ وقت به واسطه ی آلرژی، دچار دیسترس تنفسی، تپش قلب، یا ادم صورت و لب ها شده اید؟



۳- آیا دچار خارش، تورم و تحریک چشم، ویزی‌نگ و کهیر بعد از تماس با لاتکس بوده اید؟

(مثلا بعد از دندان پزشکی، معاینات رکتال یا واژینال، بازی با بادکنک، پوشیدن دستکش ظرف شویی)



۴- آیا هیچ وقت در کف دست ها سابقه ی راش بیش از یک هفته را داشته اید؟



۵- آیا به ماهی و میگو حساسیت دارید؟



۶- آیا به موز، آووکادو، کیوی یا بادام زمینی حساسیت دارید؟
۷- آیا اپیزودهای آنافیلاکتیک داشته اید؟



۸- آیا به داروی خاصی حساسیت داشته اید؟



SAMPLE

M: Medication History

معمولا زمانی که بیماران به بیمارستان رجوع می کنند،
با تصور این که در یک مرکز درمانی هستند
و همه چیز در مورد آن ها تحت کنترل سیستم درمانی است،
ذکر داروهایی را که روزانه مورد مصرف آن ها است
و یا سابقه ی مصرف آن ها را دارند، به فراموشی می سپارند.
این جا است که پرستار باید این سوابق را دقیقا مورد سوال قرار دهد.
زیرا عدم تداوم مصرف بعضی از داروها می تواند عوارض جدی برای بیمار ایجاد کند.

در بررسی سابقه ی داروهای مورد مصرف بیمار باید موارد زیر مورد سوال قرار گیرد:

- داروهای با نسخه ی پزشک
- داروهای بدون نسخه ی پزشک
- داروهای گیاهی و سنتی



SAMPLE

P:Past health history

سابقه بیماری های مهم (در کودکی و بزرگسالی):

علت بستری:	• تاریخچه بستری در بیمارستان ☐
علت جراحی:	• سابقه جراحی ☐
جراحت وارده:	• سابقه تصادف ☐
تعداد و واحد انتقال خون:	• سابقه انتقال خون ☐
• سابقه واکسیناسیون: ☐ سل ☐ کزاز ☐ هپاتیت ☐ آنفلوآنزا ☐	
توضیحات:	

SAMPLE

L:Last meal

این بررسی به ویژه در رابطه با بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی قرار گیرند، بسیار مهم است. به ویژه در اعمال جراحی اورژانس، حتما باید دو نکته ی زیر مورد سوال قرار گیرد:

- آخرین وعده غذایی چه بوده؟
- چند ساعت از روی آن گذشته است؟



SAMPLE

**E:Event/Environment preceding
illness
or injury**

• وقایع / محیطی که بیمار قبل از وقوع بیماری یا صدمه در آن قرار داشته است:

شرایطی نظیر استرس، تغییرات دما، سموم، و

حاصل ادمیت اولیه ی شما

بررسی علائم حیاتی									
نبض		محل کنترل	تعداد	نظم	شدت	فشار خون	MAP	زمان پرشدن مویرگی	
		رادیال	۶۷	منظم	+۳	۱۴۰/۹۵	۱۱۰	۱ ثانیه	
تنفس		نحوه صحبت	تعداد	پره‌های بینی	رترکسیون	دمای بدن	محل کنترل	سطح پاسخ دهی	
		طبیعی	۱۶	طبیعی	ندارد	۳۶/۵	زیر زبان	U	P
								V	X
بررسی		زمان شروع	تداوم	تکرار	ماهیت درد	عامل تشدید	عامل تسکین	زمان پایان	
درد		شب گذشته	۵ دقیقه	دو بار	فشارنده			۵ صبح	
0 No Pain 0 1 Mild 1-3 2 Moderate 4-6 3 Severe 7-9 4 Very Severe 10 5 Worst Pain Possible 10 شدت: ۸ علائم همراه با درد ☐ حفظ پوزیشن خاص ☒ تعریق ☐ رنگ پریدگی ☐ بی قراری ☒ تهوع ☐ استفراغ ☐ تغییر گریم صورت									

بررسی وضعیت عمومی

وضعیت عمومی سلامتی	خوب	ضعیف ☒	بد	وزن ۹۸	قد: ۱۶۶												
وضع ظاهری و بهداشت	خوب	☒	ضعیف	بد	$BMI = \frac{\text{وزن}}{\text{قد}^2} = \frac{۲۵}{۵} = ۲۵/۵$												
تغییر وزن اخیر:	ضعف و ضعف:			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">لاغر</td> <td style="width: 33%;">۱۸/۵ ></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>طبیعی</td> <td>۱۸/۵ - ۲۴/۹</td> <td></td> </tr> <tr> <td>اضافه وزن</td> <td>۲۵/۰ - ۲۹/۹</td> <td></td> </tr> <tr> <td>چاق</td> <td>< ۳۰/۰</td> <td>☒</td> </tr> </table>		لاغر	۱۸/۵ >		طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹		اضافه وزن	۲۵/۰ - ۲۹/۹		چاق	< ۳۰/۰	☒
لاغر	۱۸/۵ >																
طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹																
اضافه وزن	۲۵/۰ - ۲۹/۹																
چاق	< ۳۰/۰	☒															
بی اشتهايي:	تب و لرز:																
وضعیت سر	سابقه ی سردرد ☐ سابقه ضربه به سر ☐ سرگیجه ☐ توضیحات:																
سیستم قلب و عروق	درد قفسه سینه ☐ فشارخون بالا ☒ تپش قلب ☐ تنگی نفس ☒ ارتوپنه ☐ تنگی نفس حمله ای شبانه ☐ ادم پاها ☒ توضیحات:																
عروق محیطی	سابقه لنگیدن متناوب ☐ گرفتگی پا ☐ وجود وریدهای واریسی ☐ توضیحات:																
سیستم تنفس	سرفه ☒ خلط ☒ خس خس ☐ هموپتیزی ☐ تنگی نفس ☐ توضیحات:																
سیستم گوارش	اشکال در بلع (دیسفاژی) ☐ درد هنگام بلع (ادینوفاژی) ☐ سوزش سر دل ☐ بی اشتهايي ☒ تهوع ☐ استفراغ ☐ استفراغ خون ☐ عدم هضم غذا ☐ برگشت غذا (ترش کردن) ☐ یبوست ☒ اسهال ☐ خونریزی از مقعد ☐ مدفوع قیری سیاه رنگ ☐ درد شکمی ☐ آروغ زدن ☐ دفع گاز زیاد ☐ نفخ شکم ☒ زردی ☐ توضیحات:																
سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم ☐ افزایش تعداد دفعات دفع ادرار ☐ پلی اوری ☐ شب ادراری (ناکچوری) ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ سوزش یا درد در زمان ادرار ☐ قطره قطره ادرار کردن ☐ بی کنترلی ادرار ☐ سابقه سنگ ادرار ☐ توضیحات:																
سیستم اسکلتی عضلانی	درد مفصلی ☐ درد عضلانی ☐ کمر درد ☒ سابقه آرتريت ☐ نقرس ☐ توضیحات: علائم همراه با درد: تورم ☐ قرمزی ☐ خشکی ☐ ضعف ☐ محدودیت حرکتی ☐																
سیستم عصبی	سابقه غش ☐ سابقه ی CVA ☐ اختلالات بینایی ☐ تشنج ☐ ضعف یا فلج بخش هایی از بدن ☐ کرختی و بی حسی یا فقدان حس ☐ سوزن سوزن شدن ☐ ترمور یا حرکات غیر ارادی دیگر ☐ توضیحات:																

بر اساس
 نقاط علامت
 گذاری شده،
 پرستار باید
 جهت بررسی
 عمیق،
 به معاینه
 بیمار
 بپردازد.

اکنون پرستار باید داده ها را با استفاده از دانش پرستاری خود،
به اطلاعات تبدیل کند.

مهم

اطلاعات ، در واقع داده های عینی و ذهنی هستند
که روی آن ها قضاوت خاصی صورت گرفته است،
یا معنی خاصی به آن ها داده شده است.

مانند "زیاد" یا "کم"، "طبیعی" یا "غیر طبیعی"، و "مهم" یا "بی اهمیت"

پس از تبدیل داده ها به اطلاعات، سوال بعدی این است که:

**پاسخ بیمار به این وضعیت ها چه می تواند باشد
(تشخیص پرستاری)؟**

این مرحله نیازمند نیازمند دانش در مورد مفاهیمی است که
تحت تشخیص های پرستاری قرار می گیرد.

تکنیک های بررسی، در صورتی که ندانیم چگونه از داده ها استفاده کنیم،
بی معنی هستند.

برای مثال اگر پرستار مفهوم برون ده طبیعی قلب را
در گروه سنی بزرگسالان نداند،

نمی تواند وضعیت همودینامیک بیمار را به درستی گزارش کند.



ب) فکر کردن به تشخیص های احتمالی پرستاری [فرضیه های تشخیصی]

در این گام، پرستار با مشاهده ی اطلاعات جمع آوری شده،
به یک الگو می رسد.

این اطلاعات به او می گوید پاسخ بیمار به وضعیت حاضر چیست
و او در حال تجربه ی چه مشکلات یا عواطفی است.

در ابتدا پرستار باید کلیه ی **تشخیص های احتمالی** را در ذهن خود تصور کند.

متأسفانه اکثر پرستاران در این گام متوقف می شوند
و پس از تعیین تشخیص های احتمالی،
وارد گام بعدی که همان بررسی عمیق است نمی شوند.
در حالی که این یک گام بسیار مهم
برای تعیین تشخیص های پرستاری قطعی است.

اگر شما بیماری را بررسی کرده اید و متوجه شده اید که او دچار مشکل در تنفس بوده، اکسی متری نبض نیز مقدار ۸۸٪ را نشان می دهد،

استفاده از عضلات کمکی برای تنفس مشهود بوده،

رترکسیون سوپرا کلاویکولار دیده می شود، به چه نتیجه ای می رسید؟



تا زمانی که درک درستی از الگوی طبیعی تنفس، تبادل طبیعی گاز، و تهویه نداشته باشید، چیز زیادی دستگیرتان نمی شود.

البته شما متوجه می شوید که تنفس این بیمار مشکل دار است.

ولی نمی توانید عوامل مرتبط با این وضعیت را شناسایی کنید.

در واقع در این مرحله، شما فقط جلوی تشخیص هایی که به نظرتان با وضعیت بیمار مرتبط است، بر روی لیست تشخیص ها تیک می زنید.

و یا حتی گاهی روی بیمار به جای تشخیص پرستاری،

تشخیص پزشکی می گذارید.

توجه داشته باشید:

مهم

آن چه تا کنون جمع آوری کرده اید
به استثنای علائم حیاتی،
در برگیرنده ی بیانات بیمار است
(یعنی داده های subjective).

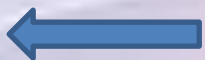
مهم

از این به بعد، بررسی های پرستار
شامل جمع آوری داده های عینی یا objective است.

مهم

به عبارت دیگر از این قسمت به بعد،
پرستار باید توسط معاینات و بررسی هایش
مشکلات موجود و احتمالی بیمار را ارزیابی کند

(یعنی ورود به مرحله ی بررسی عمیق و دادن تشخیص پرستاری قطعی)



ت) بررسی عمیق

معاينه ی فيزيکی Physical Exam



در این مرحله، پرستار مجدداً به بررسی اطلاعات حاصل از بررسی غربالگری می پردازد تا تعیین کند که آیا وضعیت موجود، طبیعی، غیر طبیعی، یا خطرناک است.

بررسی وضعیت عمومی			
وضعیت عمومی سلامتی	خوب	ضعیف ☒	بد
وضع ظاهری و بهداشت	خوب ☒	ضعیف	بد
تغییر وزن اخیر:	ضعف و ضعف:		
بی اشتها:	تب و لرز:		
وضعیت سر	سابقه ی سردرد ☐ سابقه ضربه به سر ☐ سرگیجه ☐ توضیحات:		
سیستم قلب و عروق	درد قفسه سینه ☐ فشارخون بالا ☒ تپش قلب ☐ تنگی نفس ☒ ارتوپنه ☐ تنگی نفس حمله ای شبانه ☐ ادم پاها ☒ توضیحات:		
عروق محیطی	سابقه لنگیدن متناوب ☐ گرفتگی پا ☐ وجود وریدهای واریسی ☐ توضیحات:		
سیستم تنفس	سرفه ☒ خلط ☒ خس خس ☐ هموپتیزی ☐ تنگی نفس ☐ توضیحات:		
سیستم گوارش	اشکال در بلع (دیسفاژی) ☐ درد هنگام بلع (ادینوفاجی) ☐ سوزش سر دل ☐ بی اشتها ☒ تهوع ☐ استفراغ ☐ استفراغ خون ☐ عدم هضم غذا ☐ برگشت غذا (ترش کردن) ☐ یبوست ☒ اسهال ☐ خونریزی از مقعد ☐ مدفوع قیری سیاه رنگ ☐ درد شکمی ☐ آروغ زدن ☐ دفع گاز زیاد ☐ نفخ شکم ☒ زردی ☐ توضیحات:		
سیستم ادراری	درد پهلوها یا زیر شکم ☐ افزایش تعداد دفعات دفع ادرار ☐ پلی اوری ☐ شب ادراری (ناکچوری) ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ سوزش یا درد در زمان ادرار ☐ قطره قطره ادرار کردن ☐ بی کنترلی ادرار ☐ سابقه سنگ ادرار ☐ توضیحات:		
سیستم اسکلتی عضلانی	درد مفصلی ☐ درد عضلانی ☐ کمر درد ☒ سابقه آرتریت ☐ نقرس ☐ توضیحات:		
سیستم عصبی	سابقه غش ☐ سابقه ی CVA ☐ اختلالات بینایی ☐ تشنج ☐ ضعف یا فلج یخش هایی از بدن ☐ کرختی و بی حسی یا فقدان حس ☐ سوزن سوزن شدن ☐ ترمور یا حرکات غیر ارادی دیگر ☐ توضیحات:		

داده های عینی مواردی هستند که پرستار در بیمار می بیند.

این داده ها از طریق معاینه فیزیکی و نتایج تست های تشخیصی به دست می آید.

در این جا، مشاهده به معنای دیدن نیست.

بلکه نیاز به استفاده از کلیه حواس دارد.

مثلا پرستار باید ظاهر عمومی را ببیند، به صدای ریه گوش دهد،

بوی درناژ زخم را استشمام کند، و درجه حرارت پوست را از طریق لمس حس کند.
به علاوه پرستار از ابزارهای مختلفی برای جمع آوری اطلاعات از بیمار استفاده می کند (وزن بدن، فشار خون، اشباع اکسیژن و...).

مهم

به منظور کسب داده های عینی معتبر و قابل اعتماد،

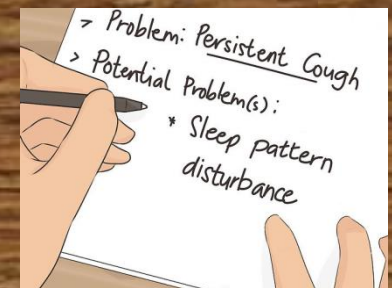
پرستار باید دانش و مهارت کافی برای **معاینه فیزیکی** و استفاده از ابزارهای استاندارد و ابزارهای مانیتورینگ را داشته باشد.

مهم ترین معایناتی که پرستار باید بر آن ها مسلط باشد:



- معاینه ی ریه (مشاهده، لمس، دق، سمع)
- معاینه ی قلب (لمس و سمع)
- معاینه ی شکم (مشاهده، سمع، لمس، دق)
- معاینه ی اندام ها (لمس، همودینامیک، ادم، تورگور)
- معاینه ی پوست (صدمات، رنگ، حرارت، رطوبت)
- معاینه ی اعصاب (سطح هوشیاری و پاسخ دهی، رفلکس ها، اعصاب جمجمه ای)
- معاینه ی اسکلتی عضلانی (تون، تعادل، حس و حرکت)

تشخیص های پرستاری:



۲- تشخیص پرستاری :Nursing Diagnosis

- شناسایی مشکلات واقعی یا احتمالی مددجو
- مشکلاتی که می توانند با فعالیت های مستقل پرستاری اداره شوند
- راهنمایی برای شناسایی اولویت های پرستاری و جهت دادن به پرستار

۱- بررسی مددجو

۳- برنامه ریزی

۵- ارزشیابی

۴- اجرا

تشخیص پرستاری عبارت از یک قضاوت بالینی است
که در رابطه با پاسخ های فرد به وضعیت سلامتی / روند زندگی،
یا آسیب پذیری فرد، خانواده، گروه یا جامعه
نسبت به یک پاسخ است.

اساس تشخیص های پرستاری،
استدلال بالینی است.

استدلال بالینی برای:

- افتراق بین اطلاعات طبیعی و غیر طبیعی
- دسته بندی داده ها
- تشخیص داده های جا افتاده
- شناسایی داده های بی ارتباط
- و نتیجه گیری به کار می رود.



CONCLUSION

قضاوت بالینی عبارت از

نتیجه گیری در رابطه با نیازهای بیمار، نگرانی ها، یا مشکلات سلامتی ، و یا تصمیم برای اقدام است.

بررسی پرستار



استدلال
بالینی



تفکر
نقادانه



دانش و تجربه
پرستار

تشخیص
پرستاری
/ قضاوت
بالینی

و در انتهای این مرحله:

الف) تأیید / رد تشخیص پرستاری احتمالی

- آیا بررسی های عمیق، داده های جدیدی را ارائه می دهد که یک یا چند تشخیص احتمالی را رد کند؟
- آیا بررسی های عمیق به تشخیص های جدید اشاره می کنند که شما قبلا آن ها را در نظر نگرفته بودید؟
- چگونه می توانید بین تشخیص های مشابه را از هم افتراق دهید؟

ب) حذف تشخیص های اضافی

- تشخیص هایی که به خوبی توسط حیطه های بررسی حمایت نشوند، تشخیص های مناسبی نیستند و باید حذف شوند.

ج) افتراق گذاشتن بین تشخیص های مشابه

- آیا تشخیص ها روی موارد مشابهی تمرکز دارند؟
- آیا یک تشخیص بالقوه منجر به دیگری می شود؟
- آیا تشخیص پرستاری شما از یک الگو پیروی می کند؟
- چه چیز دیگری می تواند نادیده گرفته شده باشد؟

انواع تشخیص های پرستاری

تشخیص های مبتنی بر مسئله:

- تغییر در الگوی تنفسی در رابطه با.....
- افزایش درجه حرارت بدن در رابطه با.....
- درد در رابطه با....

تشخیص های مبتنی بر خطر:

- خطر بروز عفونت در رابطه با.....
- خطر اختلال در تعادل مایعات بدن در رابطه با.....
- خطر کاهش برون ده قلبی در رابطه با....

انواع تشخیص های پرستاری

تشخیص های مبتنی بر ارتقاء سلامت:

- آمادگی برای بهبود خواب
- آمادگی برای افزایش سطح مراقبت از خود
- آمادگی برای افزایش برقراری ارتباط

تشخیص های مبتنی بر سندرم:

- سندرم عدم تحرک
- سندرم درد مزمن
- سندرم آسیب تجاوز

مرحله برنامه ریزی مداخلات پرستاری:



۱- بررسی مددجو

۲- تشخیص پرستاری

۳- برنامه ریزی مداخلات پرستاری :Nursing Care Planning

- اولویت بندی مشکلات / تشخیص ها
- نوشتن اهداف / برایندهای مورد انتظار از مراقبت ها
- انتخاب مداخلات پرستاری
- نوشتن دستورات پرستاری

۵- ارزشیابی

۴- اجرا

مراقبت ها مستقیماً در راستای مهم ترین و حیاتی ترین تشخیص ها
و بر اساس اولویت تعیین می گردد.

توسط تشخیص های پرستاری می توان
پیامدهای مورد انتظار بعد از انجام مراقبت های پرستاری
را نیز تعیین کرد.

پیامد مورد انتظار عبارت از
رفتارها یا وضعیت های قابل اندازه گیری است که در
فرد، خانواده، گروه، یا جامعه در پاسخ به مداخله پرستاری
ایجاد می شود.

پرستاران اغلب به اشتباه،
مستقیماً از تشخیص پرستاری به مداخلات پرستاری می پردازند،

بدون آن که پیامد مورد انتظار را تعیین کرده باشند.

در حالی که، پیامدها و اهداف مراقبتی
باید پیش از طراحی مداخلات شناسایی شوند.

**خیلی
مهم**

اهداف یا پیامدهای کوتاه مدت:

می توان تاثیر آن ها را در کم تر از چند دقیقه، و یا تا چند روز مشاهده کرد.

مثال:

- ۸ ساعت پس از مداخله ی پرستاری، بیمار علائم پاکسازی راه هوایی را به صورت از بین رفتن دیسپنه، سیانوز، و تعداد تنفس بین ۱۲ تا ۱۶ بار در دقیقه نشان دهد.
- پس از آموزش مهارت های کنترل ادرار، بیمار روش ها و تکنیک های نگه داشتن ادرار، و جلوگیری از عفونت ادراری را نشان دهد.
- ۳۰ دقیقه پس از تجویز مسکن مخدر، شدت درد بیمار به کم تر از ۳ تا ۴ از ۱۰ برسد.

اهداف یا پیامدهای بلند مدت:

رسیدن به آن ممکن است هفته ها، ماه ها یا حتی سال ها طول بکشد.

مثال:

- دامنه ی حرکتی مفصل شکسته ی آرنج بعد از سه هفته فیزیوتراپی، به محدوده ی طبیعی بازگردد.
- بیمار طی ۶ ماه پس از وقوع سکتة مغزی، بتواند با کمک قاشق، بدون کمک غذای خود را در دهان بگذارد.

توجه به شرایط بیمار:

- سن و سوابق روانی
- توانایی و قابلیت شرکت در برنامه مراقبتی

خلاصیت پرستار

منابع در دسترس:
پرسنل، ابزار، خدمات

عوامل تاثیر گذار
بر برنامه ریزی مداخلات پرستاری

استانداردهای
مراقبتی

یافته های پژوهش
های پرستاری

توجه به مسائل
اخلاقی و قانونی



انواع برنامه ریزی

۱- برنامه ریزی اولیه

این برنامه ریزی، توسط پرستاری که بررسی های مربوط به پذیرش بیمار در بخش (ادمیت بیمار) را انجام می دهد، صورت می گیرد. معمولاً همان پرستار است که طرح جامع اولیه مراقبت را ایجاد می کند.



۲- برنامه ریزی مداوم

این برنامه ریزی، توسط تمام پرستارانی که در هر شیفت با بیمار کار می کنند، انجام می شود.

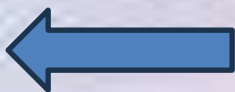
از آن جایی که پرستار مسئول بیمار،

به طور مستمر اطلاعات جدیدی در رابطه با بیمار دریافت می کند،

و پاسخ های مددجو به مراقبت را مورد ارزیابی قرار می دهد،

می تواند طرح مراقبت اولیه را

تبدیل به طرح مراقبتی مخصوص هر بیمار کند.





برنامه ریزی مداوم به پرستار اجازه می دهد که:

- تعیین کند که آیا وضعیت سلامتی بیمار تغییر کرده است یا خیر.

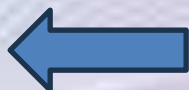
- اولویت ها را برای مراقبت از بیمار در طول شیفت تعیین کند.

- تصمیم بگیرد که در طول شیفت، روی کدام مشکل متمرکز شود.

- مراقبت ها را با سایر پرستاران هماهنگ کند.

۳- برنامه ریزی ترخیص

این برنامه ریزی، در واقع مربوط به فرآیند پیش بینی و برنامه ریزی برای آموزش در زمینه ی نیازهای پس از ترخیص بیمار است.



به منظور تداوم مراقبت ها در منزل، پرستاران باید موارد زیر را انجام دهند:



- از همان لحظه ی بستری شدن، برنامه ریزی ترخیص را برای همه ی بیماران آغاز کنند.

- بیمار، خانواده، یا افراد حمایت کننده را در فرآیند برنامه ریزی مشارکت دهند.

- در صورت نیاز، با سایر متخصصین مراقبت های بهداشتی در زمینه ی برنامه ریزی برای رفع نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی بیمار همکاری کنند.

مرحله اجرای مداخلات پرستاری:



۱- بررسی مددجو

۲- تشخیص پرستاری

۳- برنامه ریزی

۴- اجرای مداخلات پرستاری :Implementation

- پیاده سازی مداخلات پرستاری طراحی شده
- بررسی مجدد بیمار
- نظارت بر مراقبت های سایر اعضای تیم درمان
- نظارت بر مراقبت های سایر اعضای تیم مراقبتی
- ثبت گزارشات پرستاری

۵- ارزشیابی

مداخله عبارت از هر نوع اقدام درمانی و مراقبتی
بر اساس قضاوت بالینی و دانش است،
که پرستار برای دستیابی به پیامدها از آن ها استفاده می کند.



مثلا جهت این بیمار خاص:

- برای کاهش تب بیمار چه اقداماتی موثر است؟
- برای بهبود تنگی نفس بیمار چه اقداماتی موثر است؟
- برای پیشگیری از عفونت زخم پای دیابتیک چه اقداماتی موثر است؟
- برای پیشگیری از زخم فشاری، چه اقداماتی موثر است؟

مرحله ی اجرای مداخلات پرستاری شامل اقدامات زیر است:

۱- پیاده سازی مداخلات پرستاری طراحی شده

۲- ارزیابی مستمر و بررسی مجدد بیمار، حین یا پس از اجرای مداخلات

۳- تعیین اولویت های مراقبتی

۴- نظارت بر مراقبت های سایر اعضای تیم مراقبت و درمان (پزشکان، سایر پرستاران، تراپیست ها)

۵- ثبت گزارش پرستاری

دو مسئولیت بسیار مهم پرستار در این مرحله عبارتند از:

• اجرای ایمن مداخلات پرستاری



• ثبت گزارش اقدامات پرستاری و پیامدهای آن در پرونده ی بیمار، بر اساس اصول گزارش نویسی



سه مهارت ضروری برای اجرای مداخلات

۱- مهارت‌های روانی حرکتی.

مهارت‌های فنی،

مهارت‌های عملی هدفمندی مانند تعویض پانسمان استریل، تزریق، استفاده از تجهیزات، بانداژ کردن، جابه‌جایی، و تجویز دارو هستند. همه این فعالیت‌ها نیاز به عملکرد ایمن و شایسته و **استاندارد** دارند.



۲- مهارت های بین فردی.

اثربخشی یک اقدام پرستاری
معمولاً به توانایی پرستار در برقراری ارتباط با بیمار
و اعضای تیم مراقبت بهداشتی بستگی دارد،

و به پرستاران کمک می کند تا ارتباط درمانی مناسب را با بیمار را برقرار کند، و
همکاری بین رشته ای را ارتقا دهد.



۳- مهارت های شناختی.

مهارت های شناختی

به عنوان مهارت های فکری نیز شناخته می شوند،
و شامل یادگیری و درک دانش بنیادی،
از جمله علوم پایه، پروسیجرهای پرستاری،
و منطق اجرایی آن ها قبل از مراقبت است.

این مهارت ها شامل حل مسئله، تصمیم گیری، تفکر انتقادی،
استدلال بالینی و خلاقیت است.



چالش های مرحله ی اجرای مداخلات پرستاری

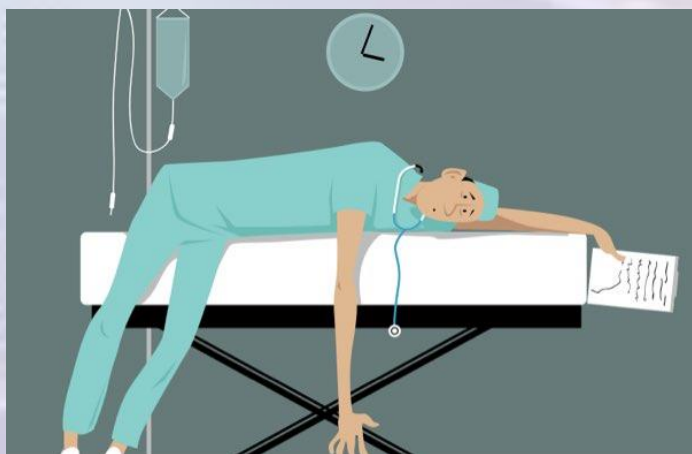


- نداشتن تجربه ی بالینی

- عدم انطباق بیمار با برنامه ی مراقبتی

- عوامل روانی اجتماعی

- نامناسب بودن برنامه ی مراقبت پرستاری در رابطه با تشخیص های پرستاری

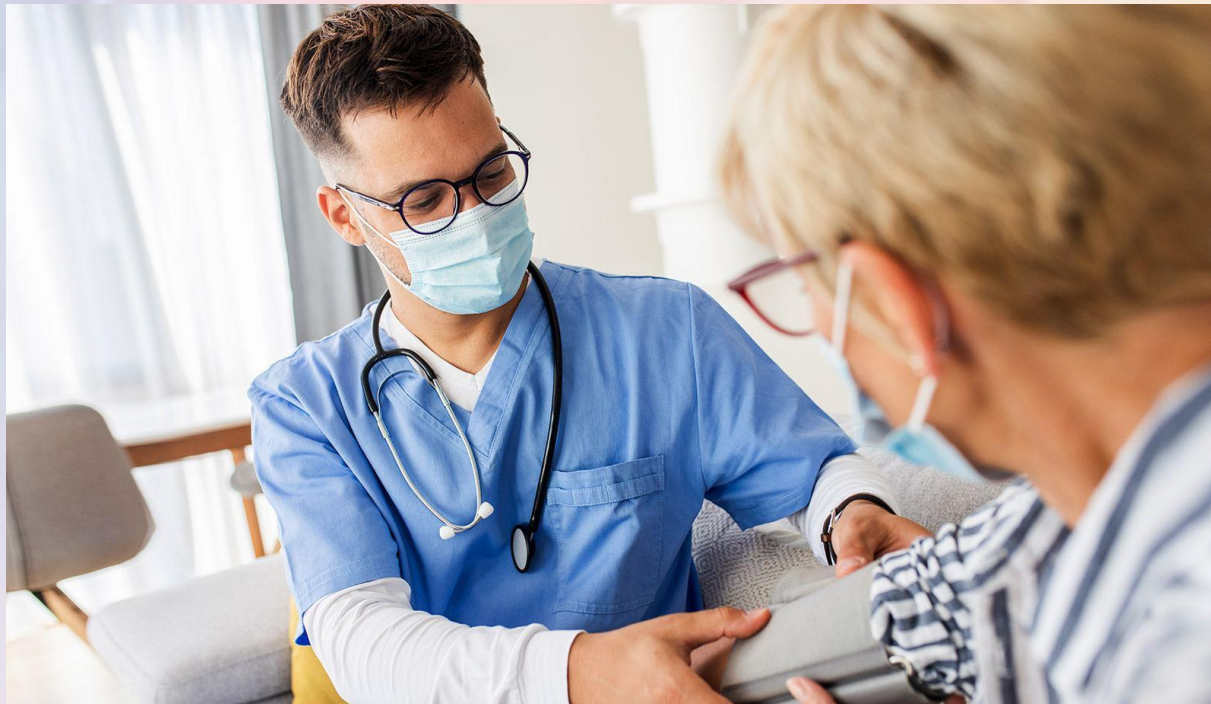


- کمبود پرستار

انواع مداخلات پرستاری

۱- مداخلات پرستاری مستقل یا Independent:

مانند نظارت بر علائم حیاتی یا ارزیابی سطح درد بیمار،
جزو مداخلات پرستاری مستقل هستند.



۲- مداخلات وابسته یا Dependent:

شامل اقداماتی است که نیازمند دستور یا نظر پزشک است.



۳- مداخلات مشارکتی یا collaborative:

شامل مداخلاتی است که همه ی اعضای تیم درمان را در بر می گیرد.
به عنوان مثال، اگر بیمار تعویض کامل زانو داشته باشد،
برنامه ی بهبودی او ممکن است شامل تجویز دارو از سوی پزشک،
کمک به پانسمان توسط پرستار،
و فیزیوتراپی یا کاردرمانی توسط فیزیوتراپ یا کاردرمانگر باشد.



نحوه ی اولویت بندی مداخلات پرستاری

۱- هر تشخیص پرستاری که حاکی از **خطر یا تهدیدی برای بقای بیمار** باشد، باید اولویت اول پرستار محسوب شود.

۲- سایر نیازهای فیزیولوژیکی **لازم برای بقا**، باید اولویت دوم در نظر گرفته شود.

۳- سپس باید به **نیازهای روانی اجتماعی** پرداخته شود، که شامل احساس عشق یا تعلق، عزت نفس و خودشکوفایی است.

۵-

مرحله ارزشیابی مداخلات پرستاری:



مدرس : دکتر نیک روان

۱- بررسی مددجو

۲- تشخیص پرستاری

۳- برنامه ریزی

۴- اجرا

۵- ارزشیابی مداخلات پرستاری :Evaluation

- جمع آوری اطلاعات مرتبط با برایندهای مورد انتظار
- مقایسه این اطلاعات با برایندهای مورد انتظار
- مرتبط کردن مداخلات پرستاری با این برایندها
- نتیجه گیری در بازه وضعیت مشکل بیمار
- ادامه، تعدیل، یا به پایان رساندن برنامه مداخله پرستاری

۶ هدف اصلی برای ارزیابی مداخلات

۱. تعیین اثربخشی مداخلات پرستاری



۲. بررسی کیفیت مراقبت های پرستاری ارائه شده



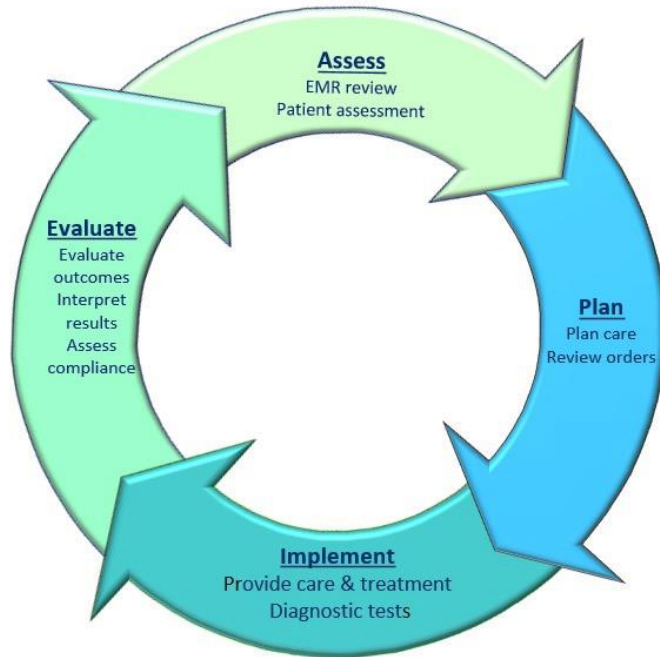
۳. ارتقاء مسئولیت پذیری در میان پرستاران



۴. تجزیه و تحلیل داده های موجود



۵. تداوم مراقبت پرستاری



۶- اصلاح برنامه ی مراقبت پرستاری



مهارت های مورد نیاز برای ارزیابی بیمار

مرحله ی ارزیابی فرآیند پرستاری
در درجه اول مبتنی بر استفاده دقیق و کارآمد پرستار
از مشاهده، تفکر انتقادی و مهارت های ارتباطی است.
در واقع ارزیابی، خود یک بررسی مجدد از بیمار است.



چالش های مرحله ی ارزیابی مداخلات پرستاری

۱- ناقص بودن مستندات و گزارشات (به خصوص ادمیت اولیه)



۲- سرخوردگی بیمار (عدم پیشرفت وضعیت بیمار طبق انتظار او)



۳- پنهان کاری بیمار (جهت ترخیص زودتر)

حالم کاملاً خوبه.
مشکلی ندارم!



۴- تمایل بیمار به پایان دادن به مراقبت قبل از رسیدن به اهداف ترخیص (رضایت برای ترخیص)



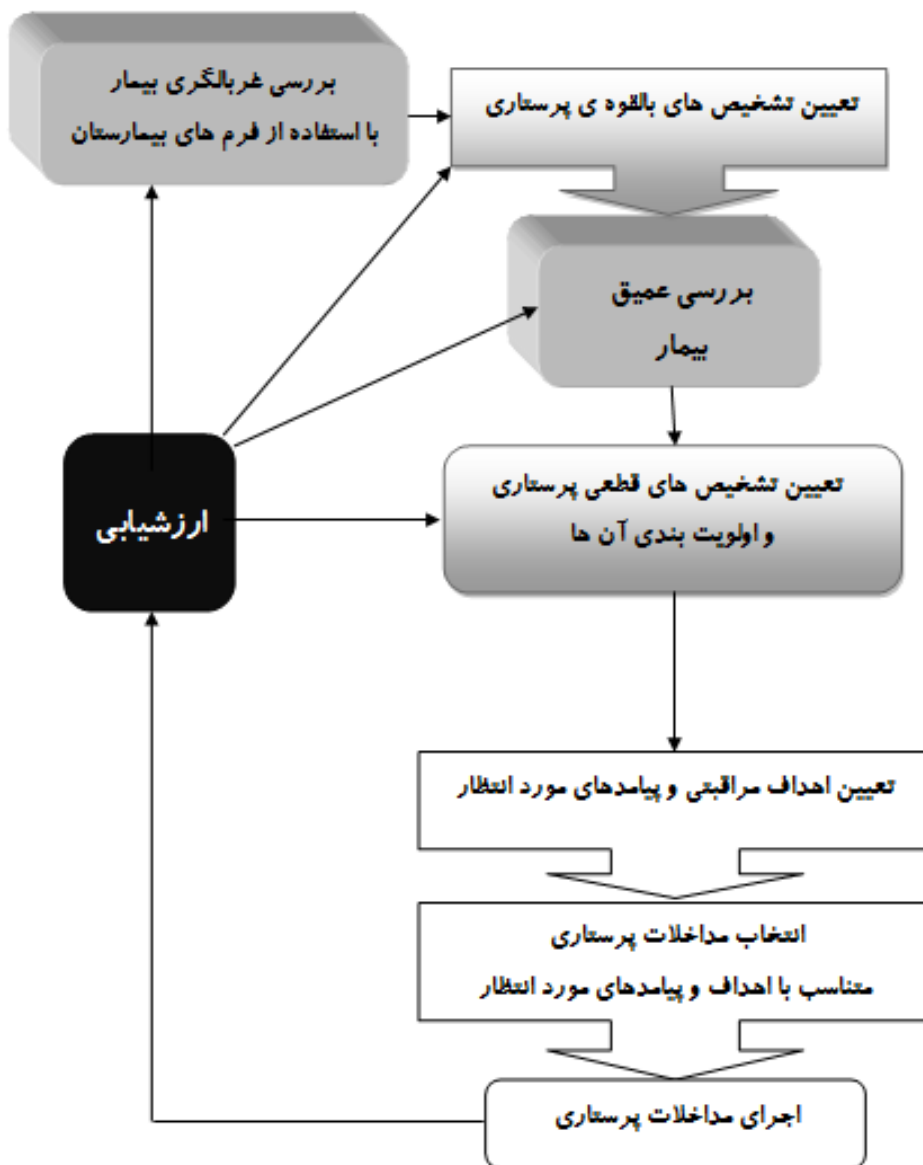
در زمان ارزیابی سوالات متعددی در این
رابطه مطرح می شود
که شامل موارد زیر هستند:

- چه اطلاعاتی از قلم افتاده است؟
- آیا قضاوت و استدلال من کافی بوده است؟

- چه قدر به این تشخیص اعتماد دارم؟
- آیا نیاز به مشورت با فردی با تجربه بیشتر
وجود دارد؟

- آیا در شرایط کنونی، پیامدهای مورد انتظار
برای این بیمار، با توجه به واقعیت موجود،
وضعیت و منابع در دسترس، مناسب است؟

- آیا مداخلات طراحی شده مبتنی بر شواهد
است یا بر اساس وضعیت روتین تعیین شده
است (آن چه که ما همیشه انجام می دهیم)؟





باسپاس از توجه شما...