

A close-up of a human hand, palm up, reaching towards the top of the frame. The background is a bright blue sky with scattered white, fluffy clouds. The lighting is bright, suggesting a sunny day.

IN THE NAME OF GOD

“His Name Shall Be Revered”



**Presentation by
Dr. rasoul raesi**

clinical reasoning

**Msc of Surgical
Internal Nursing**

**PhD in Health
Care Services
Management**

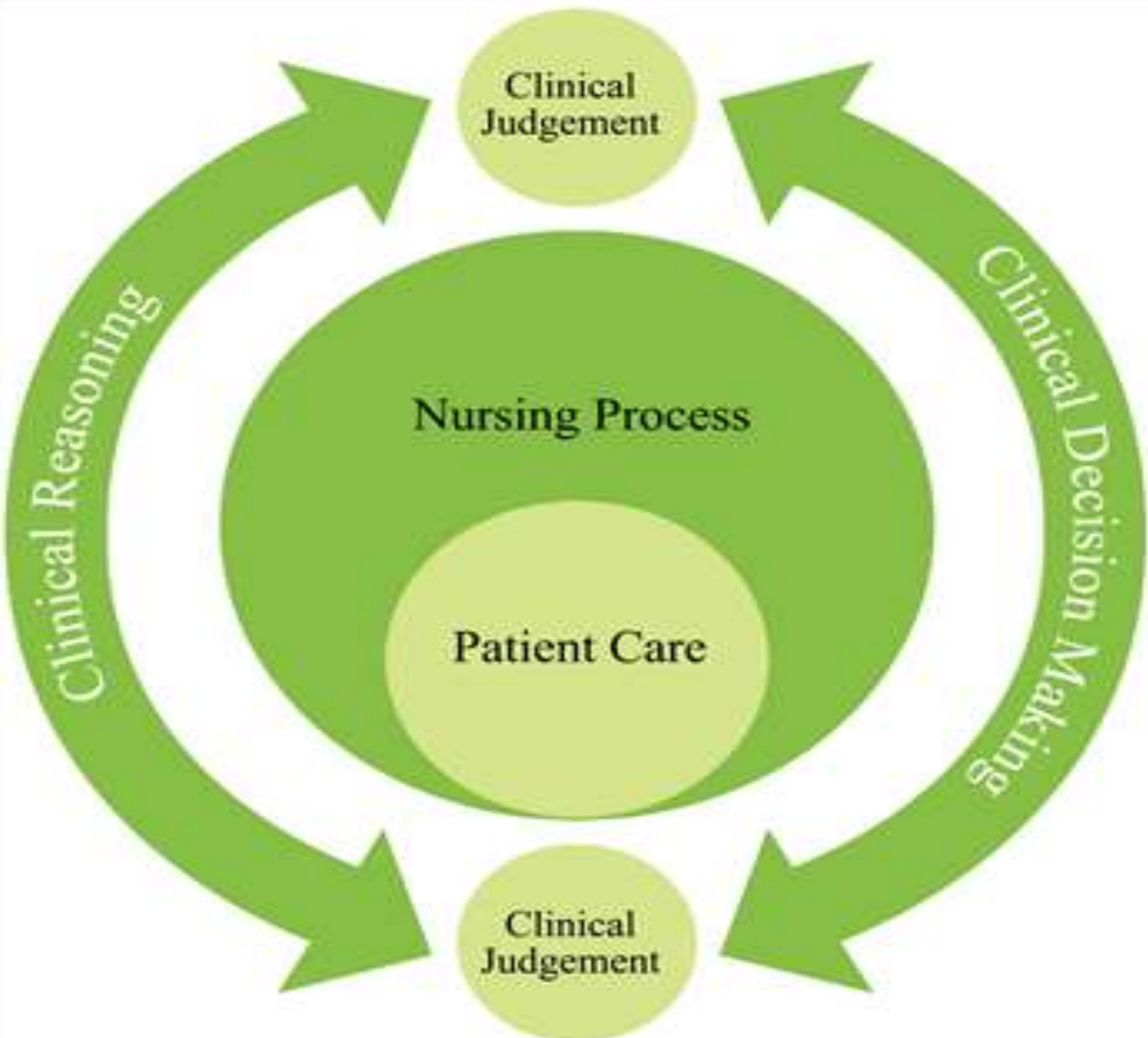



Definition



"Clinical Reasoning"


is the most key skill in healthcare providers and clinical reasoning competence is considered as one of the most important skills needed by doctors and nurses




- 
- In **medicine and nursing**, clinical reasoning means that you take a **history from the patient, see the patient's signs and symptoms, and by going through them**, you arrive at a **diagnosis** and clinical strategy by inference.
 - Therefore, **clinical reasoning** is a thinking process that guides the **doctor and nurse** to take wise and **purposeful steps** from the patient's signs and symptoms, to **diagnose and treat patients**.



- The general process of clinical reasoning consists of **data gathering**, **hypothesis** building, and **hypothesis evaluation**.
- The first pillar of clinical reasoning is to **collect correct, accurate** and **reliable information** from the **patient**.
- The **patient** is a **source of information** that the doctor tries to obtain **useful and relevant information** from among the multitude of patient information and make a **diagnostic hypothesis** from them with the help of his knowledge and experience.
- Then the **doctor and nurse evaluates his hypothesis(es)** and for this he needs new information to be obtained from the patient.

- 
- If the **doctor or nurse succeeds** in formulating the patient's **problem** in some way, he **enters the process of clinical planning**, which also requires obtaining new information to make hypotheses and evaluate them.
 - **Research has shown** that most doctor and nurse, even in **situations** where the **diagnosis is clear** They use the multi-step method of **clinical reasoning** and the general form of the clinical reasoning process of doctors does not differ according to the different problems of patients and different medical specialties.



- 
- Since the **most important part** in the **process of clinical reasoning** is the **collection of information**, the doctor must be able to collect information by using **communication skills**, during a targeted medical interview, take a complete history from the patient or any other source of information, and then in the process **Clinical reasoning leads to a diagnosis or differential diagnoses.**

CLINICAL REASONING CYCLE

Phases of Clinical Reasoning Cycle





- **History taking and effective communication** and interpersonal skills are among the basic clinical skills that **medical students and assistants** must learn.
- Proper communication requires special practice and attention. Success in managing a case of illness often depends on taking a history, establishing a **good and fast relationship with the patient, and gathering information from various sources.**
- **The basis of health care** is based on the **doctor and nurse-patient relationship.** A good relationship will increase the success in reaching the correct diagnosis and providing medical care.

The importance of the subject of clinical reasoning



- The goal of universities of medical sciences is to train graduates who will help maintain and improve the health of the society in the form of a health team.
- In this team, people produce the required knowledge (basic and clinical sciences), apply it (clinical decision-making), and manage the various components of the health system and society to maintain and improve people's health (health system management).



But studies show

Universities of medical sciences have few programs to develop problem-solving skills in the health system, and most pay attention to individual reservations.

While the first responsibility of any educational system is to lead learners from the stage of merely memorizing the content to reasoning and solving problems.


The general process of clinical reasoning includes the following sections:

- 1. Collect information
- 2. Making a hypothesis
- 3. Evaluation of the hypothesis
- 4. Diagnostic
- **Mr. Barrows** in his **book** titled "**Creating Skills in Solving Clinical Problems**" divides the stages of **clinical reasoning** as follows:
 - 1. Collect information
 - 2. Hypothesizing
 - 3. Data analysis
 - 4. Problem Study
 - 5. Diagnostic and therapeutic decision making

Assessing clinical reasoning

Key features test (Key Features-KF)

- This test is based on the premise that in solving a problem, all its parts do not have the same value, but there are key points that are the most important in solving the problem, and a mistake in it causes the inability to solve the problem correctly.

- 
- A 55-year-old male patient was hospitalized with a complaint of **severe epigastric pain** and **vomiting**. The patient's pain has been continuous for about **four hours** and has **not improved with vomiting**.
 - The patient's **blood pressure** is **110/70** mm Hg.
 - Which of the following do you need primarily for diagnosis? (Choose only four.)
 - A- Doing ECG
 - B- Performing gastroscopy
 - C- Abdominal ultrasound
 - D- Chest X-ray
 - E- Serum amylase assay
 - F- performing a CT scan of the abdomen
 - G- Calcium and phosphorus check

Example

- My heart is breaking out
- I can't breathe
- I have heart palpitations

Example

- I'm not feeling well at all
- I don't know what the problem is
- I don't feel like talking



Clinical reasoning in nursing

Nursing process

Triage

EMERGENCY SEVERITY INDEX

(ESI)

Basic concepts of triage

What is triage?

Triage comes from the French word Trier which means selection or classification

The purpose of its title is prioritization to identify patients who should not wait.

Triage

- Triage is a **prioritization system** for **managing** the **admission** of patients in the **emergency** department of the **hospital**, which by **adjusting** the **time** or **allocating** the **resources** and **facilities** needed for each patient, **looks for ways** to care for patients with the **minimum waiting time**.
- The **concept** of **triage** was originally **created** to **allocate resources** and **medical care** in cases of **disasters** and mass casualty incidents.

ESI Triage Algorithm

Decisions are based on 4 key questions:

- A. Is this patient dying?**
- B. Is this a patient who shouldn't wait?**
- C. How many resources are needed?**
- D. What are the vital signs?**



Resources

- Labs (blood, urine)
- Imaging
- Intravenous fluids (hydration)
- Intravenous, intramuscular, or nebulized medications
- Specialty consultation
- Simple procedure = 1 (laceration repair, foley catheter)
- Complex procedure = 2 (procedural sedation)

Not resources

- History and physical exam (including pelvic)
- Point-of-care testing
- Saline or heparin lock
- Oral medications
- Tetanus immunizations
- Prescription refills
- Contact with primary care physician
- Simple wound care (dressings, recheck)
- Crutches, splints, slings

Figure 3-1a. ESI Triage Algorithm

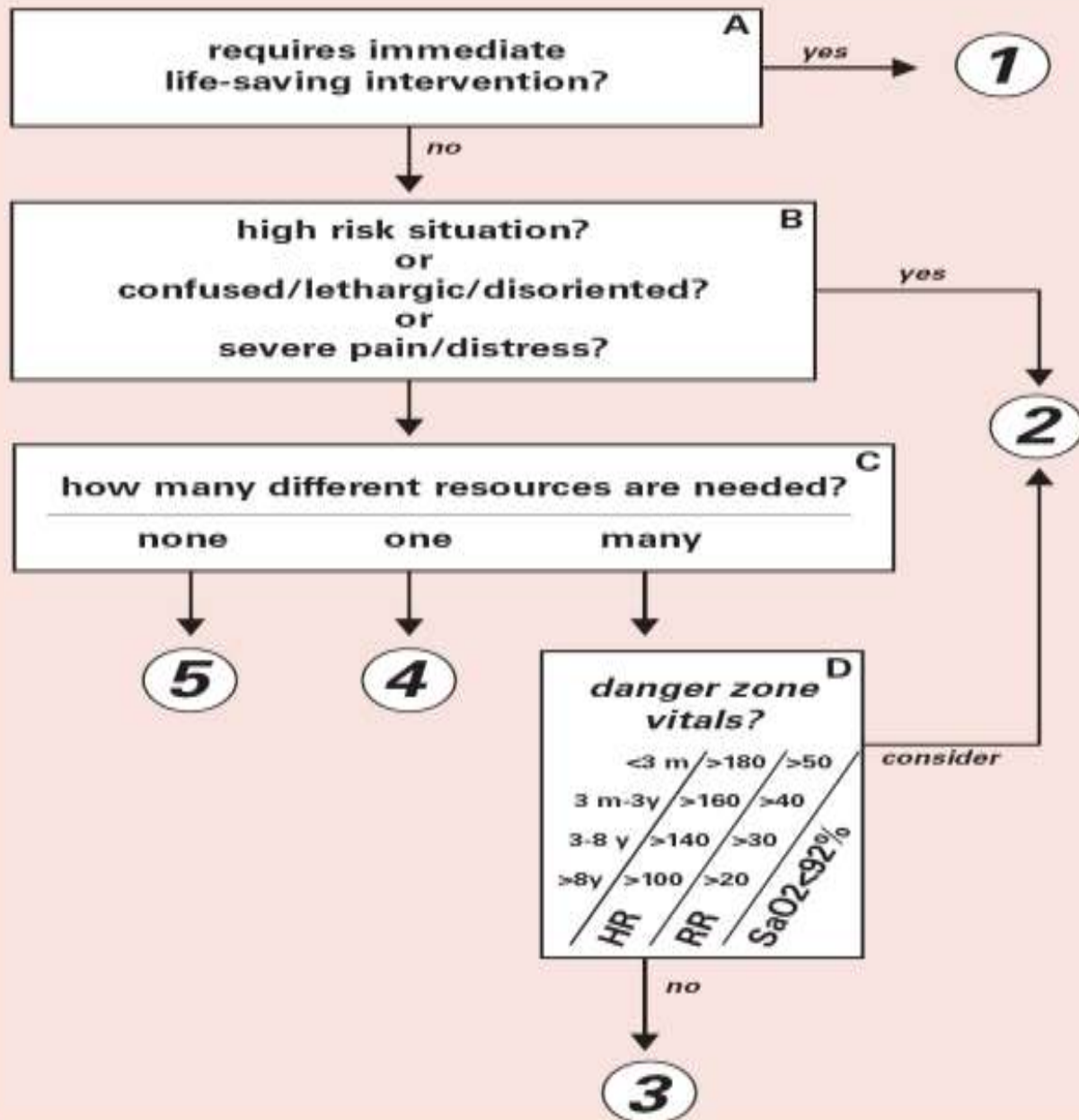
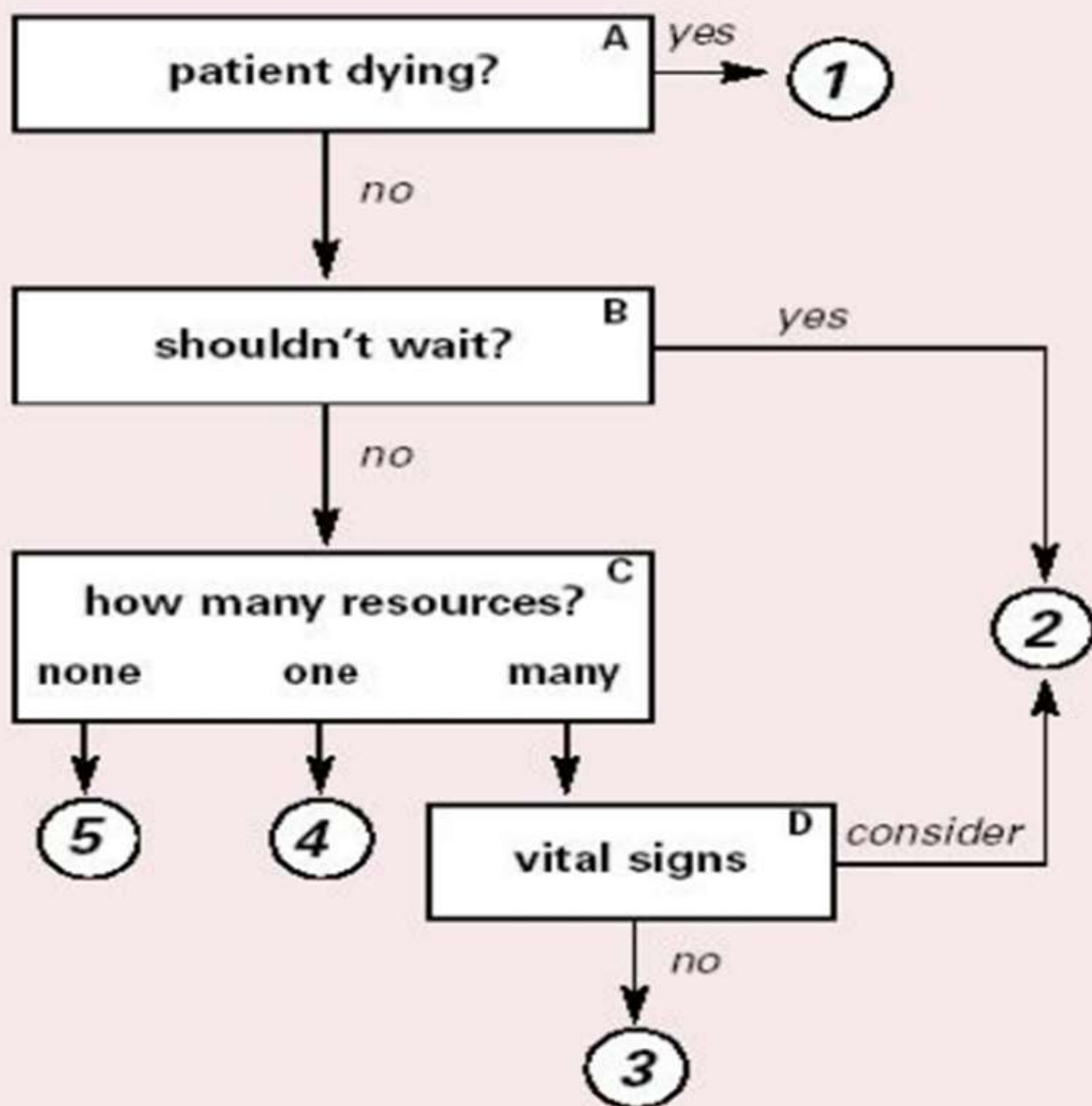


Figure 2-1. Emergency Severity Index Conceptual Algorithm, v. 4



Is the Patient in Severe Pain or Distress?

- The **third question** the **triage nurse** needs to answer at decision **point B** is whether this patient is **currently** in **pain** or **distress**.
- If the **answer** is "**no**," the triage nurse is able to move to the **next step in the algorithm**. If the **answer** is "**yes**," the triage nurse needs to assess the level of pain or distress.
- This is determined by **clinical observation** and/or a **self-reported pain** rating of **7** or **higher** on a scale of **0** to **10**.
- When **patients** report pain ratings of 7/10 or greater, the triage nurse may triage the patient as **ESI level 2**.

- Pain is one of the most common reasons for an ED visit, and clearly all patients reporting pain 7/10 or greater do not need to be assigned an ESI level-2 triage rating. A patient with a sprained ankle presents to the ED and rates their pain as 8/10.
- This patient's pain can be addressed with simple nursing interventions: wheelchair, elevation, and application of ice. This patient is safe to wait and should not be assigned to ESI level 2 based on pain.
- In some patients, pain can be assessed by clinical observation:
 - Distressed facial expression, grimacing, crying
 - Diaphoresis
 - Body posture
 - Changes in vital signs – hypertension, tachycardia, and increased respiratory rate

Examples of patients for whom the triage nurse could use severe pain criteria to justify an ESI level-2 rating include the following:

- A patient with 10/10 rating of flank pain who is writhing at triage
- An 80-year-old female with 7/10 rating of generalized abdominal pain with severe nausea
- A 30-year-old patient in acute sickle cell pain crisis
- An oncology patient with severe pain
- Any full- or partial-thickness burn that will require immediate pain control
- Patient with acute urinary retention.

Visual analogue scale



Patient Presentation

- A 17-year-old male, history of **suicidality**, found **unresponsive** by parents. There are several **bottles** of **liquor** and a number of **unidentified** empty **pill** bottles next to bed.
- Lifesaving intervention.
- No need to assess for resources.
- ESI level 1
- Life threatening situation – unresponsive

Patient Presentation

- A 16-year-old male brought in by parents who report patient was **out of control, screaming obscenities, and threatening to kill the family**. He is **cooperative** in triage and answers your questions calmly.
- High-risk situation. No need to assess for number of resources.
- ESI level 2
- High risk situation – danger to self and others

Patient Presentation

- A 15-year-old female presents to the ED with her friend claiming, "I think I'm pregnant. When I told my mom, she threw me out of the house and told me never to come back. I have no place to live, and now I might have a baby." VS: BP 126/85, HR 100, RR 16, T 37.1°C (98.7°F).
- More than one resource
- ESI level 3
- Will require labs and possibly more than one specialty consult

Patient Presentation

- A 10-year-old female presents to the ED with mother who states that she received a call from her teacher because the child has been disrupting the class with sudden outbursts. Mom has never witnessed this behavior, but she does state that she becomes very defiant when she does not get her own way. Currently, the child is laughing and playing with her little sister. VS: BP 98/72 mm Hg, HR 82 beats/minute, RR 22 breaths/minute, T 36.7°C (98.2°F).
- One resource
- ESI level 4
- Will require a consult

Patient Presentation

- A 13-year-old male walks into the ED with his mother. Mom states, "I didn't realize he was out of his medications for his ADHD, and I don't want him to miss a day." The patient is cooperative and pleasant. VS: BP 108/72 mm Hg, HR 78 beats/minute, RR 14 breaths/minute, T 37°C (98.6°F).
- No resources
- ESI level 5
- Will require a prescription filled
- Attention deficit hyperactivity disorder

Patient Presentation

- A 7-year-old male who was hit by a car arrives by ambulance. The child is **drowsy and appears pale**, with non difficult respirations.
- Lifesaving intervention
- no need to assess for number of resources
- ESI level 1

- Life threatening injury

Patient Presentation

- A 14-year-old female is brought in by ambulance after diving into the pool and hitting her head. She is awake, alert, and moving all extremities. She is currently on a back board with cervical collar in place. VS: BP 118/72 mm Hg, HR 76 beats/minute
- RR 14 breaths/minute.
- High risk injury, no need to assess for number of resources
- ESI level 2
- High risk injury due to the mechanism

Patient Presentation

- A 14-year-old male who was **tackled while playing football** arrives by ambulance. He has an **obvious deformity to his right lower leg**. He has +2 pedal pulses and his toes are warm and dry. He is able to wiggle his toes. **No head/neck injuries reported**. VS: BP 118/78 mm Hg, HR 88 beats/minute, RR 18 breaths/minute, T 36.7°C (98.2°F), **pain 6/10**.
- More than one resource
- ESI level 3
- Fracture will need reduction. He will need radiographs, labs, intravenous antibiotics, and pain medication.

Patient Presentation

- A 12-year-old female is brought into the ED by her mother. States she **cut her thumb while washing dishes.** She has a **2 cm superficial laceration to her right thumb.** VS: BP 110/70, HR 72, RR 14, T 36.6°C (98°F.)
- One resource
- ESI level 4

- Will require suturing

Patient Presentation

- 2. An ambulance presents to the ED with an 18-year-old female with a suspected medication overdose. Her college roommates found her lethargic and “not acting right,” so they called 911. The patient has a history of depression. On exam, you notice multiple superficial lacerations to both wrists. Her respiratory rate is 10 breaths/minute, and her SpO₂ on room air is 86 percent.
- ESI level 1: Requires immediate lifesaving intervention. The patient’s respiratory rate, oxygen saturation, and inability to protect her own airway indicate the need for immediate endotracheal intubation.

Patient Presentation

- 3. An ambulance arrived with an **unresponsive** 19-year-old male with a single self-inflicted **gunshot wound** to the **head**. **Prior to intubation**, his **Glasgow Coma Scale score was 3**.
- ESI level 1: Requires immediate lifesaving intervention. The patient is unresponsive and will require immediate lifesaving interventions to maintain airway, breathing, circulation, and neurological status. Specifically, the patient will require immediate confirmation of endotracheal tube placement.

Patient Presentation

- 4. "I ran out of my blood pressure medicine, and my doctor is on vacation. Can someone here write me a prescription?" requests a 56-year-old male with a history of high blood pressure. Vital signs: BP 128/84 mm Hg, HR 76 beats/minute, RR 16 breaths/minute, T 36.1°C (97°F).
- No resources.
- ESI level 5
- The patient needs a prescription refill and has no other medical complaints. His blood pressure is controlled with his current medication. If at triage his blood pressure was 188/124 mm Hg and he complained of a headache, then he would meet the criteria for a high-risk situation and be assigned to ESI level 2.

Patient Presentation

- 5. A 41-year-old male involved in a bicycle crash walks into the emergency department with his right arm in a sling. He tells you that he fell off his bike and landed on his right arm. His is complaining of pain in the wrist area and has a 2-centimeter laceration on his left elbow. "My helmet saved me," he tells you.
- ESI level 3: Two or more resources. At a minimum, this patient will require a radiograph of his right arm and suturing of his left elbow laceration.

Patient Presentation

- 17. An ambulance arrives with a **45-year-old woman with asthma** who has had a cold for week. She started **wheezing a few days** ago and then developed a **cough and a fever**. Vital signs: T 38.6°C (101.6°F), HR 92 beats/minute, RR 24 breaths/minute, BP 148/86 mm Hg, SpO2 97%.
- Two or more resources. This history is consistent with pneumonia. Because the patient is not in acute respiratory distress, he or she does not meet ESI level-2 criteria. This patient will require labs, a chest radiograph, and perhaps intravenous antibiotics.
- ESI level 3:

Patient Presentation

- 19. "I think I have food poisoning," reports an otherwise healthy 33-year-old female. "I have been vomiting all night, and now I have diarrhea." The patient admits to abdominal cramping that she rates as 5/10. She denies fever or chills. Vital signs: T 36°C (96.8°F), HR 96 beats/minute, RR 16 breaths/minute, BP 116/74 mm Hg.
- Two or more resources. Lab studies, intravenous fluid, and an intravenous antiemetic are three of the resources this patient will require. The patient is not high risk or in severe pain or distress.
- ESI level 3:

Nursing process

Nursing process

- Utilize the Nursing Process to construct an individualized plan of care for a patient based on a critical analysis of patient assessment data
- Nursing Process: Systematic method of giving humanistic care that focuses on achieving outcomes in a cost effective manner.

Nursing Care Plans

- Written guidelines for client care
- Organized so nurse can quickly identify nursing actions to be delivered
- Coordinates resources for care
- Enhances the continuity of care
- Organizes information for change of shift report

The Nursing Process is a Systematic Five Step Process

- Assessment
- Diagnosis
- Planning
- Implementation
- Evaluation



- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

فرایند پرستاری در سکته قلبی

Myocardial infarction

■ (۱) بررسی و شناخت (مرحله اول فرایند پرستاری در سکته قلبی):

■ بررسی پرستاری در انفارکتوس میوکارد شامل شناسایی منظم نیازهای بیمار و تعیین کردن اولویتهای نیاز آنان می باشد.

■ بررسی سیستماتیک شامل یک تاریخچه دقیق و توجه خاص به علائمی مانند درد یا ناراحتی قفسه سینه که با استراحت یا نیتروگلیسرین برطرف نمی شود و ممکن است ساعت ها طول بکشد، دردی که به طرف بازوها، گردن، فک، صورت، پشت و یا معده کشیده شود و حالت پیش روند داشته باشد، اشکال در تنفس (دیس پنه)، تپش قلب، ضعف و خستگی غیرعادی و بی دلیل، تعریق (دیافورزیس)، وجود علامت لووین، سرگیجه، اضطراب، رنگ پریدگی مورد ارزیابی قرار گیرد.

۱) بررسی و شناخت (مرحله اول فرایند پرستاری در سکتة قلبی):

■ همچنین تهوع و استفراغ (به دلیل تحریک عصب سمپاتیک)، هایپرتنشن (به علت افزایش آدرنالین و کاتکول آمین‌ها)، هایپوتنشن (ناشی از کم شدن قدرت انقباض‌پذیری شوک کاردیوژنیک یا داروها)، کاهش برون‌ده ادراری (نشان‌دهنده شوک کاردیوژنیک) و تشویش و احساس مرگ قریب‌الوقوع می‌باشد؛ هر علامت باید با در نظر گرفتن زمان شروع، مدت و عوامل به وجود آورنده و رفع‌کننده آن مورد ارزیابی قرار گیرد.

■ بررسی تغییرات ECG

■ بررسی آنزیم‌های قلبی

(۲) تشخیص‌های پرستاری در سکته قلبی:

- درد قفسه سینه در ارتباط با ایسکمی میوکارد ناشی از انسداد کرونر
- اختلال در پرفیوژن بافتی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی
- اختلال بالقوه الگوی تنفسی در ارتباط با افزایش حجم مایعات
- اضطراب به دلیل ترس از مرگ زودرس یا اضطراب مرگ
- دلیل تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک عصب سمپاتیک حین درد، اضطراب و درمان‌های دارویی
- بیوست در رابطه با مصرف نارکوتیک‌ها، کاهش فعالیت و تغییر در نوع تغذیه
- اختلال در الگوی خواب در رابطه با نارسایی پمپاژ خون و اضطراب
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با ضعف عضله میوکارد و کاهش برون ده قلبی (CO)
- اختلال در مراقبت از خود در ارتباط با ناآگاهی یا انکار تشخیص انفارکتوس میوکارد

۳) برنامه ریزی و تعیین اهداف

- شروع مراقبت فوری
- کاهش درد
- شروع درمان موفق در درد حاد و حفظ پرفیوژن مجدد میوکارد
- پیشگیری از عوارض
- پیشگیری از نارسایی قلبی
- بازتوانی و آموزش به بیمار و وابستگان او

۴) اقدامات پرستاری هر تشخیص:

- ناراحتی و درد قفسه سینه در ارتباط با ایسکمی میوکارد ناشی از انسداد کرونر
- – قرار دادن بیمار در پوزیشن نشسته
- – مراقبت در یک محیط آرام و راحت به دور از تنش و فشار روانی
- – آموزش در مورد داروهای مصرفی و عوارض آنها
- – استفاده از مورفین که ضد دردی خیلی قوی، آرامبخش و ضد اضطراب است و همچنین باعث گشادی شریان و ورید می‌شود

■ اختلال در پرفیوژن بافتی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی

■ - استراحت مطلق

■ - کاهش فعالیت بیمار

■ - بررسی مداوم پوست، پر شدگی مجدد کاپیلاری و سطح هوشیاری بیمار

■ - بررسی علائم حیاتی هر ۴ ساعت یک بار

■ - بررسی بیمار از نظر اختلالات رفتاری (چون کاهش خونرسانی به مغز این علائم را ایجاد می‌کند)

■ اختلال بالقوه الگوی تنفسی در ارتباط با افزایش حجم مایعات

■ – کنترل همه جانبه وضعیت ریه از نظر ریت تنفسی، عمق تنفس، سمع صداهاى غير طبيعى رال و ويزينگ

■ – تغيير پوزيشن بیمار که در رابطه با این تشخیص، پوزیشن نیمه نشسته توصیه می‌شود؛ چون بازگشت عروقی به قبل را کاهش داده، بار کاری قلب کم شده و به پاکسازی مؤثر راه هوایی کمک می‌کند.

■ – تشویق بیمار به انجام تنفس عمیق و سرفه جهت خروج خلط و همچنین در صورت لزوم اکسیژن تراپی ۲ تا ۳ لیتر انجام شود.

■ اضطراب به دلیل ترس از مرگ زودرس یا اضطراب مرگ

■ – برقراری یک رابطه مناسب و درمانی با بیمار

■ – استفاده از مشاوره‌های مذهبی – معنوی با در نظر گرفتن اعتقادات بیمار

■ – استفاده از روانشناس و ارجاع بیمار به آنها

■ – اجازه دهیم که بیمار عقاید و نظرات خود را بیان کند، این کار می‌تواند در حضور یک روان پرستاری انجام و بیمار تشویق به بیان احساسات شود.

■ یبوست در رابطه با مصرف نارکوتیک‌ها، کاهش فعالیت و تغییر در نوع تغذیه

■ – طبق دستور پزشک برای بیمار ملین تجویز شود.

■ – رژیم غذایی پرفیبر باشد (استفاده از سبزیجات).

■ – بیمار تشویق شود تا در هنگام دفع آرامش خود را حفظ کند و از انجام مانور والسالوا پرهیزد.

■ اختلال در الگوی خواب در رابطه با نارسایی پمپاژ خون

■ – کاهش کاهش اضطراب بیمار

■ – استفاده از روش‌های آرام‌سازی جهت تسکین اضطراب بیمار

■ – اجتناب از خوابیدن طولانی مدت در روز

■ – تشویق بیمار به مصرف نوشیدنی گرم قبل از خواب

■ – تشویق بیمار به تخلیه مثانه قبل از خواب

■ اختلال در تحرک بدنی در ارتباط با ضعف عضله میوکارد و کاهش برون ده قلبی (CO)

- سر و صداها و فعالیت‌های محیطی بیمار به حداقل رسانده شود.
- مراقبت‌های پرستاری باید طوری برنامه‌ریزی شود که استراحت بیمار را بر هم نزند.
- در صورت نیاز به افزایش فعالیت بیمار، فعالیت‌ها به تدریج زیاد شود.
- در صورت پیشرفت نمودن علائم و نشانه‌های عدم تحمل فعالیت، با پزشک مشورت شود.

- اختلال در مراقبت از خود در ارتباط با نا آگاهی یا انکار تشخیص انفارکتوس میوکارد
- – آموزش به بیمار در مورد فرایند بیماری و نحوه صحیح مراقبت از خود و مصرف داروها
- -اطلاعات کافی و مناسب در مورد روش‌های درمانی، جراحی و نتایج حاصل از آنها در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار داده شود.

۵) ارزشیابی (مرحله آخر فرایند پرستاری سکته قلبی):

- – درد بیمار تسکین یافته است.
- – نشانه‌ای از اشکال تنفسی و قلبی مشاهده نمی‌شود، یا بیمار وضعیت متعادل قلبی و ریوی را نشان می‌دهد.
- – خون‌رسانی کافی بافت حفظ شده است.
- – اضطراب کاهش یافته است.
- – بیمار برنامه خودمراقبتی را رعایت می‌کند.
- – بیمار از عوارض بیماری آگاه است و برای به حداقل رساندن عوارض بیماری تلاش می‌کند

Nursing process

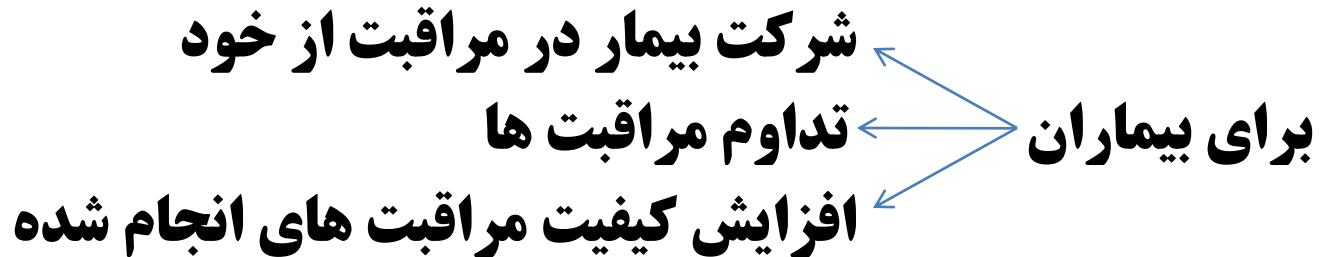
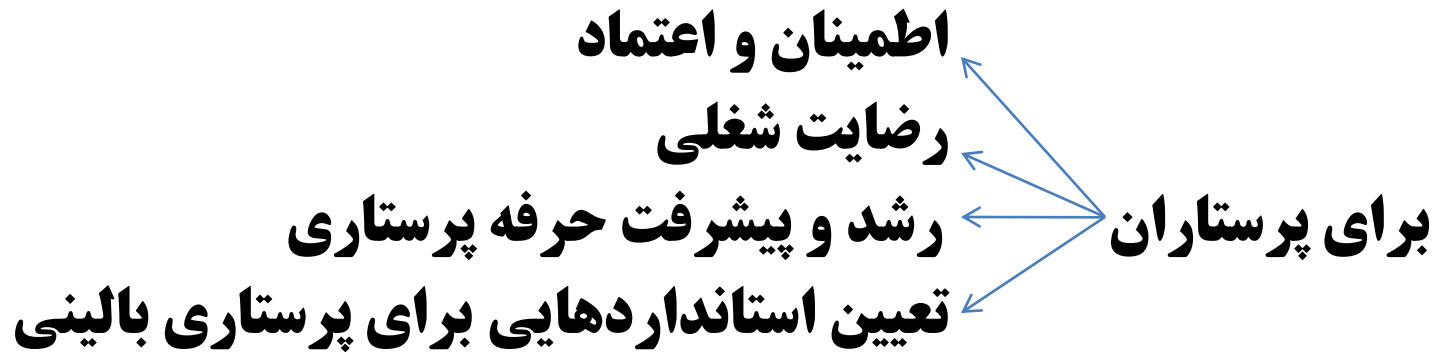
فرآیند پرستاری

فرآیند پرستاری

تعریف:

- ✓ فرآیند پرستاری روش حل مسأله در مراقبت از مددجو است.
- ✓ فرآیند پرستاری عبارت از فعالیت هایی است که در جهت حفظ حداکثر سطح سلامتی مددجویان مورد استفاده قرار بگیرد.
- ✓ فرآیند یک کار فکری است که بر اساس سلسله مراتب دنبال می شود.
- ✓ فرآیند برنامه ای پویا و انعطاف پذیر است.

مزیت فرآیند پرستاری





مراحل فرآیند پرستاری

- **Assessment**
- **Diagnose**
- **Planning**
- **Implementation**
- **Evaluation**

بررسی و شناخت

● جمع آوری منظم اطلاعات برای شناسایی وضعیت سلامتی
مددجو و تشخیص مشکلات بالقوه و بالفعل.
● اطلاعات جمع آوری شده دو نوع اند:

Objective ●

Subjective ●

نکته:

اطلاعات جمع آوری شده باید درست، کامل و مرتبط باشد تا
به تشخیص سریع و صحیح کمک کند.

بررسی شامل :

➤ اطلاعات بیوگرافیک.

➤ تاریخچه (خانوادگی، سوابق پزشکی قبلی و وضعیت فعلی)

➤ رفتارها و عادات بهداشتی (مصرف سیگار و دخانیات، رژیم غذایی، ورزش، الکل)

➤ عملکرد سیستم ها و اعضاء مختلف بدن و نوع وسایل
کمکی مثل سمعک، لنز،

جمع آوری اطلاعات

بطور کلی از طریق دو فرم تاریخچه پرستاری و بررسی وضعیت سلامت انجام می شود.

انواع داده ها ← عینی : علایم و رفتارهایی که پرستار مشاهده و بر اساس آن قضاوت می کند.
← ذهنی : اطلاعاتی که بیمار به پرستار می دهد.

انواع روش های جمع آوری داده ← مشاهده : Observation
← مصاحبه : Interview
← معاینه : Examination
(اندازه گیری) (Measurement)

جمع آوری اطلاعات

مهارت های لازم برای جمع آوری اطلاعات شامل :

الف - مشاهده : تمرین و تکرار

ب - مصاحبه

- گوش کنید و سؤال کنید.
- مشاهده کنید و تفسیر کنید.
- اطلاعات بدست آمده را با هم ترکیب کنید.
- اطلاعات را ثبت کنید.

ج - بکار بردن قدرت تعقل (Wisdom)، قضاوت (Judgment)، حضور ذهن (Tact) و استفاده از تجارب خود.



تشخیص پرستاری

تشخیص پرستاری : نشان دهنده‌ی قضاوت بالینی پرستار در مورد پاسخ بیمار به مشکلات یا نیازهای بالقوه و بالفعل سلامتی است.

I. تشخیص قطعی - بالفعل Present

II. تشخیص احتمالی - بالقوه Potential

در بیان تشخیص پرستاری حداقل دو جزء یعنی **برچسب تشخیص** و **عوامل خطر ساز**، یا **برچسب تشخیص** و **علل وابسته احتمالی** وجود دارد.

برای مرتبط کردن این دو جزء از کلمات ” **به واسطه‌ی** ” و ” **در ارتباط با** ” استفاده می‌شود.

اشاره کردن به علل مسبب باعث می‌گردد که پرستار اقدامات پرستاری خود را در جهت صحیح اجرا نماید.

علل می‌تواند فیزیولوژیک، وضعیتی، روانشناسی و عوامل وابسته به درمان و... بیان نمود.

نوشتن تشخیص پرستاری بر اساس الگوی PES به شکل زیر است:

• P: problem مشکل

• E: etiology علت

• S: sign & symptom علائم و نشانه‌ها

• حرف **P** نشانگر توصیف مختصر مشکل است که به عنوان برجسب تشخیصی در ناندا بین‌الملل استفاده می‌شود، برای مثال: «پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی»

• حرف **E** نشانگر اتیولوژی، یا علت مشکل است و با کلمه «در رابطه با» شروع می‌شود. مثال: «پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی در رابطه با کاهش میزان فعالیت»

• بخش آخر تشخیص پرستاری حرف **S** است که به معنی علائم و نشانه‌هاست و در ناندا بین‌الملل به آن ویژگی‌های تعیین‌کننده اطلاق شده است. مثال: «پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی در رابطه با کاهش میزان فعالیت با نشانه‌های وجود (حضور) صداها غیرطبیعی تنفسی، تغییر در تعداد و عمق تنفس»

انجمن تشخیص‌های پرستاری امریکای شمالی تشخیص‌های پرستاری را دسته بندی نموده است.

- **تشخیص‌های پرستاری: مشکلات بالقوه یا بالفعل** بهداشتی که می توان آنها را با **مداخلات مستقل پرستاری** تحت کنترل در آورد.

- **مشکلات جانبی:** عوارض و مشکلات فیزیولوژیکی که پرستاران به منظور تعیین نیاز به ایجاد تغییر و تحول برنامه آنها را مورد بررسی قرار می دهند. پرستاران از طریق مداخله مستقیم یا طبق سفارش پزشک، سعی در تخفیف و کاهش این عوارض دارند.

انتخاب تشخیص های پرستاری :

- ✓ نکات برجسته و با اهمیت در اطلاعات جمع آوری شده
- ✓ تشخیص های پرستاری همان تشخیص های پزشکی

نیست

- ✓ به منظور قابل فهم بودن و کامل تر کردن تشخیص های پرستاری، باید ویژگی ها و سبب شناسی مشکلات نیز در آنها جای داده شود.



برنامه ریزی

برنامه ریزی شامل:

۱- اولویت بندی

۲- تعیین اهداف یا نتایج مورد انتظار مراقبت از مددجو.

- بهترین راه برای اولویت بندی مراجعه به هرم مازلو است.
- نیازهای اولیه مثل آب و غذا و هوا در پایین ترین طبقه قرار دارند.



اجرا

- مرحله **فعالیت عملی** در روند فرآیند پرستاری است ، که طی آن مراقبت های پرستاری برای مددجو ارائه می شود.
- چنین فعالیت هایی می توانند دامنه گسترده ایی داشته باشند.
- **شامل** : تکنیک های مختلف پرستاری ، **حمایت های روانی و عاطفی** ، پروسیژرهای درمانی خاص مربوط به وضعیت مددجو ، آموزش ، اقدامات پیشگیری کننده و بازتوانی.
- اجرا نیز بر اساس **اولویت بندی** است.
- **ثبت فعالیت** های انجام شده و **گزارش نویسی** بخش ومهمی از مرحله اجرا است.

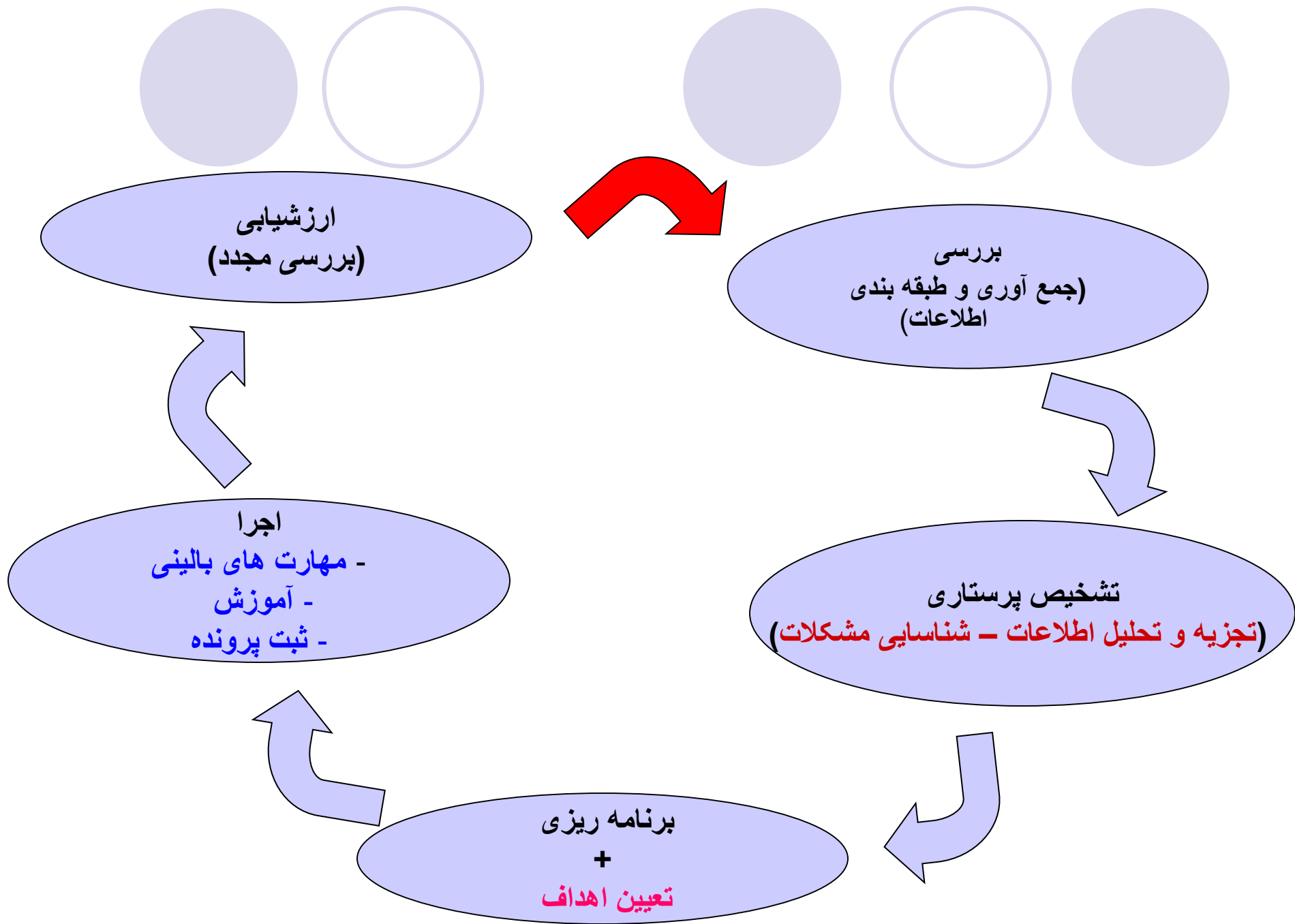


ارزشیابی

تعریف:

قضاوت در باره میزان کارآیی و تأثیر اقدامات پرستاری انجام شده، در تحقق اهداف تعیین شده مربوط به مرحله ی برنامه ریزی است.

- ارزشیابی در هر مرحله ای می تواند انجام شود.
- از طریق ارزشیابی پرستار می تواند هرگونه اشتباه در مراحل قبلی را شناسایی و اصلاح نماید.



مثال

الگوی تنفسی غیر موثر (تشخیص
پرستاری) در ارتباط با عفونت
ریوی (علت) با نشانه‌های وجود (حضور)
صداهای غیرطبیعی تنفسی، تغییر در
تعداد و عمق تنفس

برنامه ریزی در تشخیص پرستاری

1. اولویت بندی
2. تعیین برآیندهای مورد انتظار
3. تعیین اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت پرستاری
4. تعیین مداخلات پرستاری
5. مداخلات درمانی و مراقبتی که نیاز به همکاری با اعضاء دیگر گروه ارائه خدمات دارد.
6. مستند کردن
7. در میان گذاردن اطلاعات کسب شده از بیمار با اعضاء گروه مراقبت

الویت بندی تشخیص پرستاری:

✓ اولویت تشخیص پرستاری با پرستار و بیمار و خانواده

✓ اولویت اول با مشکلات با مداخلات سریع تر

✓ برآیند مورد انتظار، رفتار مورد انتظار بیمار (قابل اندازه گیری)

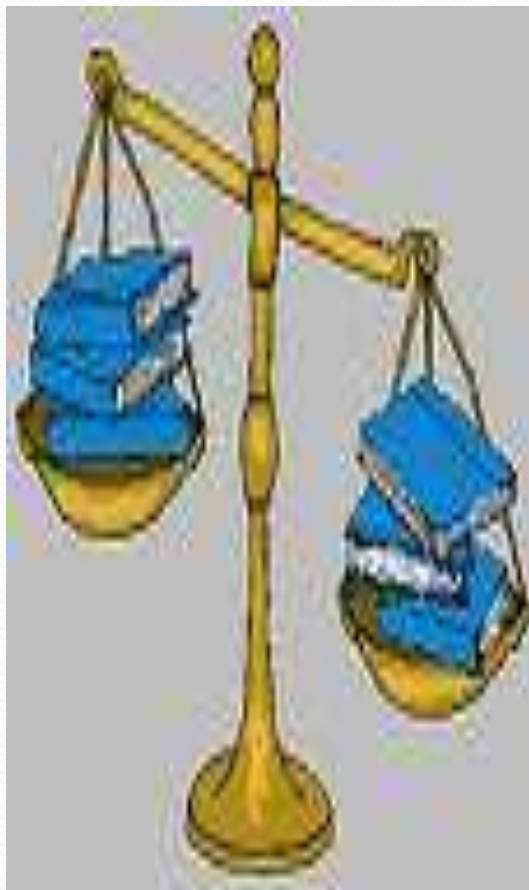
• اجرا

• پیاده کردن برنامه مراقبتی طرح ریزی شده که میتواند توسط پرستار، بیمار و..انجام گیرد.

• اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت

• پرستار به طور مستمر پاسخ بیمار به اقدامات پرستاری را بررسی می کند

ارزیابی



آخرین قدم در فرآیندهای پرستاری:
- بررسی پاسخ بیمار به مداخلات انجام شده

- میزان دستیابی به اهداف
اطلاعات عینی باشد
منابع اطلاعات (بیمار، آزمایشات و
خانواده....)

در این مرحله پرستار باید به این سوالات پاسخ بگوید:

آیا تشخیص های پرستاری مناسب بوده اند؟
آیا بیمار به نتایج مورد نظر دست یافته است؟
آیا مشکلاتی که در غالب تشخیص پرستاری مطرح شده بودند، حل شده اند؟

آیا نیازی به **تغییر** الویت بندی وجود دارد؟
آیا نیازهای بیمار برطرف شده است؟

آیا نیازی به **تداوم، قطع یا تغییر در مداخلات پرستاری وجود دارد؟**



*مستند سازی نتایج باید صریح، آشکار و مستند باشد.

*باید نتایج را با تشخیص های پرستاری مرتبط سازی کرد

*پاسخ بیمار به مداخلات انجام شده را شرح دهد

*بیانگر میزان دستیابی به نتایج باشد.



مثال

- آقای ۷۰ ساله با تشخیص سل ریوی فعال در بخش عفونی بستری شده است
- در بررسی وضعیت سلامت، در چند ماه اخیر لاغر شده است
- سرفه های شدید دارد
- تهوع استفراغ، کاهش اشتها دارد
- تنفس راحت ندارد
- در ارتباط با سل، درمان، پیش آگهی، ادامه درمان در خانه، تغذیه اطلاعی ندارد
- تنها زندگی می کند

بیان مشکل

تغییرات تغذیه ای، دریافت تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با ناتوانی در جذب مواد غذائی

برآیندهای مورد انتظار

بیمار قادر باشد:

رژیم غذائی و داروئی خود را تحمل کند- تهوع و استفراغ نداشته باشد- وزن بیمار در حد ایده آل باشد

توصیه های پرستاری

با متخصص تغذیه صحبت کند- به بیمار توصیه کند کربوهیدرات کنسانتره مصرف نکند- غذای داغ مصرف نکند- به قدر کافی مایعات مصرف کند- جذب و دفع مایعات را کنترل کنید-روزانه وزن کنید.

آموزش به بیمار

در مورد اهمیت برنامه غذایی توضیح دهید.

برحجم وعده غذایی کم ولی در دفعات زیاد تأکید شود

چه غذایی میل شود و چه غذایی برای او ممنوع است

غذا به آرامی جویده شود

جذب و دفع بیمار را اندازه بگیرید.

پس از صرف غذا به حالت نیمه نشسته و بعداً سمت چپ بخوابد

از موقعیت استرس زا دوری کند

در حین غذا خوردن آب مصرف نشود



فرآیند پرستاری

The nursing process

تعریف فرآیند پرستاری:



فرآیند پرستاری روشی سیستماتیک و علمی در حرفه پرستاری برای ارائه مراقبت‌های پرستاری است.

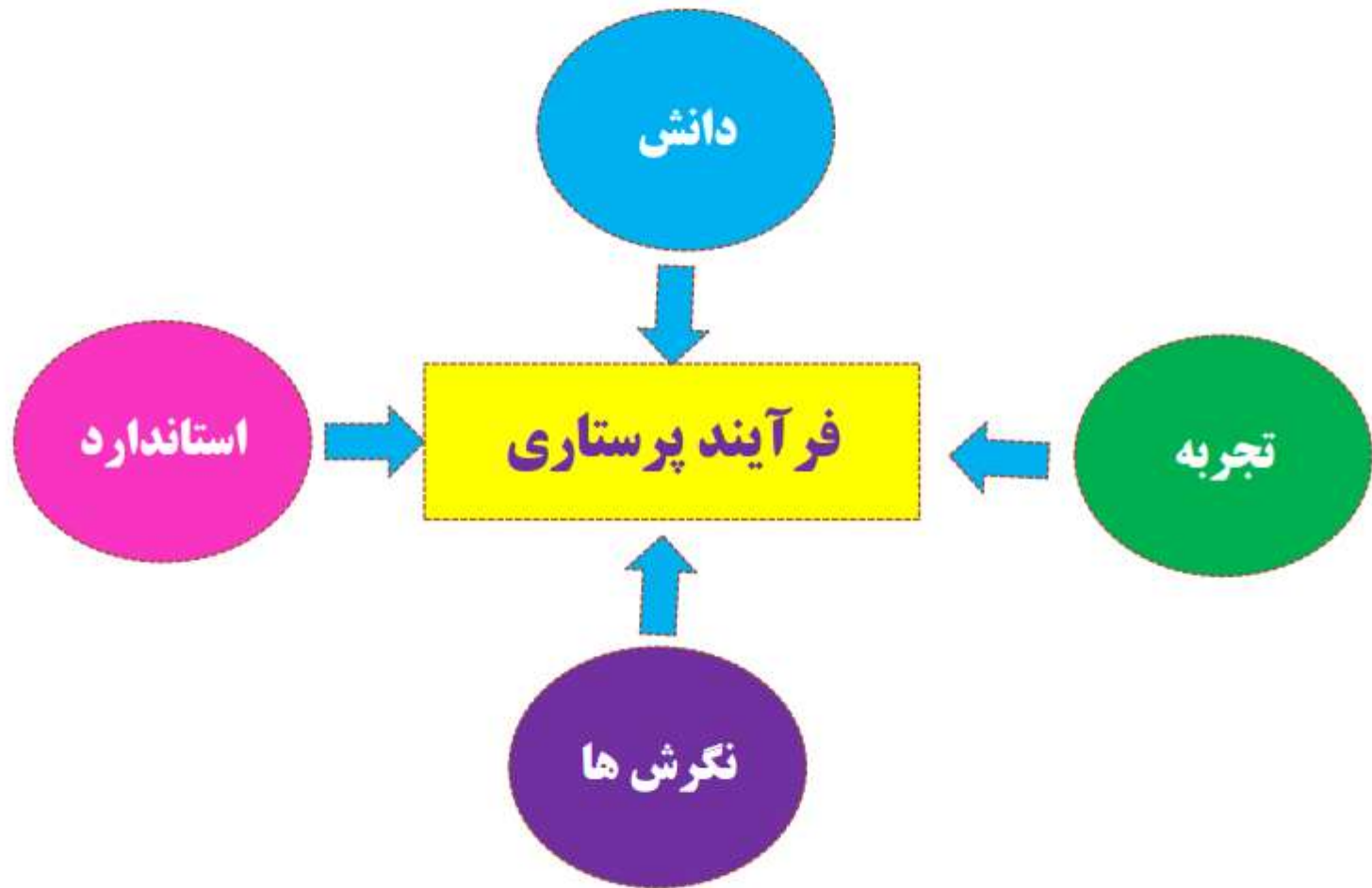
مبتنی بر تفکر انتقادی و روش حل مسئله است.

هدف از فرآیند پرستاری، شناسایی عکس العمل‌های مددجویان به مشکلات بالفعل و بالقوه تهدیدکننده سلامتی و برنامه ریزی و انجام مراقبت‌های پرستاری در راستای رفع نیازهای مددجو می‌باشد.

مراحل روش علمی حل مساله:

- ✓ تعیین مساله
- ✓ جمع آوری اطلاعات
- ✓ فرضیه سازی
- ✓ برنامه عملیاتی
- ✓ آزمون فرضیه
- ✓ تفسیر نتایج
- ✓ ارزشیابی یافته‌ها

تفکر انتقادی و فرآیند پرستاری



مشخصات فرآیند پرستاری:

مبتنی بر
ارتباط
بین فردی

پویا

کاربرد
همگانی

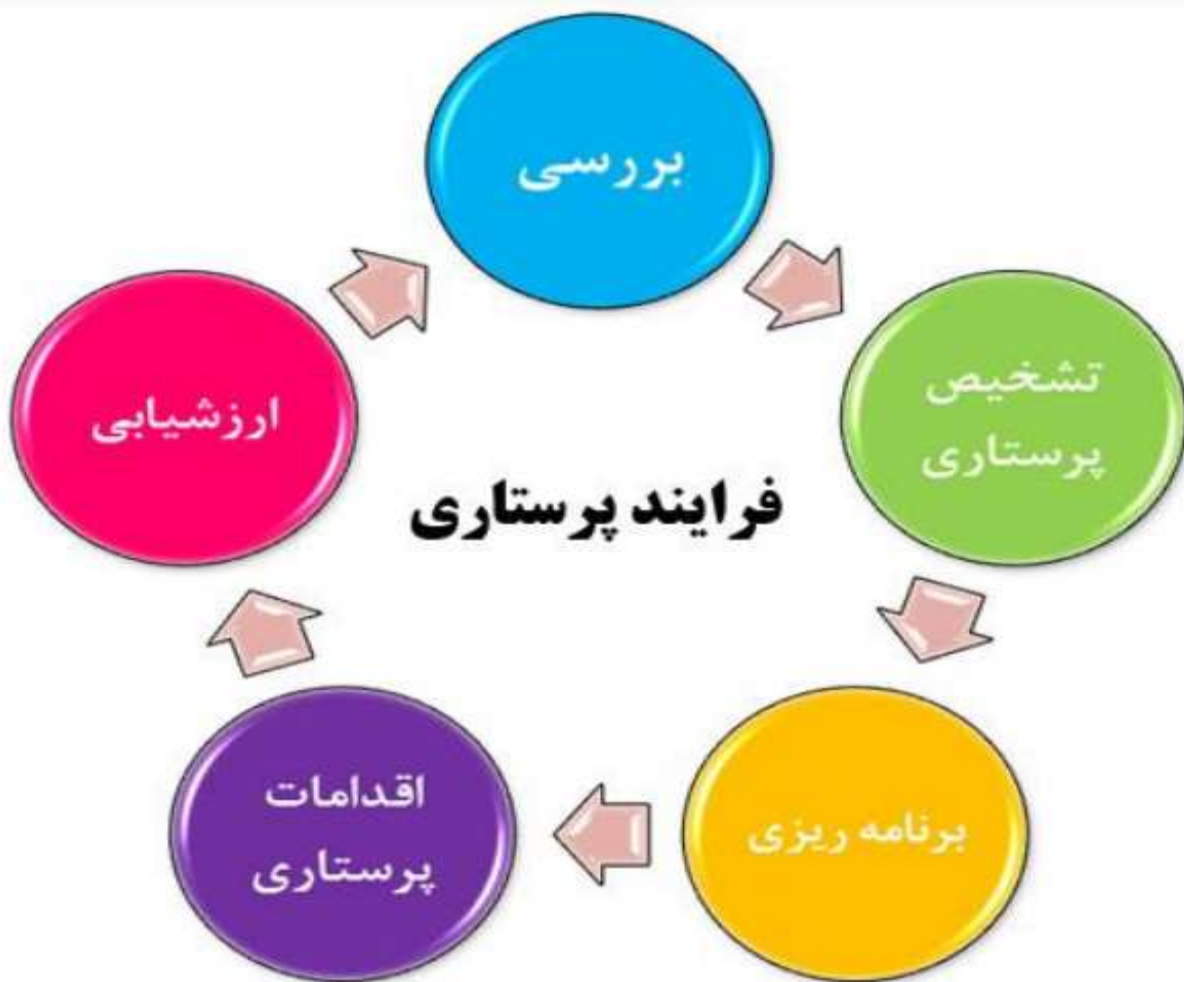
مددجو
محور

مشکل
مدار

هدف
گرا

مراحل فرآیند پرستاری





۱- بررسی (Assessment) :

اولین و مهم‌ترین مرحله از فرآیند پرستاری است و زیربنای سایر مراحل فرآیند محسوب می‌شود.

فرآیندی است سازمان‌یافته و نظام‌مند برای جمع‌آوری داده‌ها از منابع مختلف است.

بررسی متمرکز بر پاسخ‌های مددجو به یک مشکل سلامتی است.

مراحل بررسی شامل :

ثبت دادهها

(Document
data)

دسته‌بندی دادهها

(Organize data)

معتبرسازی دادهها

(Validate data)

جمع آوری دادهها

(Collect data)

انواع بررسی (Type of assessment):

۱- بررسی اولیه (Initial assessment):

در زمان پذیرش مددجو انجام و هدف جمع اوری اطلاعات پایه برای تعیین مشکلات ، ارجاع و مقایسه های آتی می باشد.

۲- بررسی متمرکز بر مشکل (Problem – focused assessment):

در زمان انجام مراقبت های پرستاری انجام و هدف تعیین وضعیت مشکلی است که در بررسی اولیه تشخیص داده شده است.

۳- بررسی اورژانسی (Emergency assessment):

در طی بحران های فیزیولوژیکی و روانی انجام و هدف تعیین مشکلات تهدید کننده سلامتی است.

۴- بررسی مجدد بعد از گذشت زمان (Time lapsed assessment):

چند ماه بعد از بررسی اولیه انجام و هدف مقایسه وضعیت فعلی مددجو با اطلاعات پایه ای قبلی است.

مهارت های لازم جهت بررسی (Assessment Skills):

۱- مشاهده (Observation):

جمع آوری اطلاعات بر اساس حواس پنجگانه

۲- مصاحبه (Interview):

ارتباط برنامه ریزی شده و هدفمند به منظور ارائه یا کسب اطلاعات جهت شناسایی مشکلات، آموزش، فراهم کردن حمایت یا مشاوره است.

مصاحبه به دو روش هدایت شده و غیر مستقیم انجام و شامل مراحل: آشنایی، مرحله عمل و مرحله نهایی می باشد.

۳- تاریخچه پرستاری (Nursing health history):

شامل اطلاعاتی است که در مورد سطح سلامتی مددجو با استفاده از مرور سیستم‌ها، تاریخچه خانوادگی، فرهنگی-اجتماعی و بهداشت روانی و ... جمع‌آوری می‌شوند.

۴- معاینه فیزیکی (Physical Examination):

اندازه‌گیری علائم حیاتی و معیارهای دیگر و معاینه قسمت‌های مختلف بدن با استفاده از روش‌های مشاهده (Inspection)، لمس (Palpation)، دق (Percussion)، سمع (Ausculation) و بویدن (Olfaction) است.

معاینه فیزیکی بعد از گرفتن تاریخچه پرستاری انجام می‌شود.

❖ جمع آوری اطلاعات (Collect data) در مورد وضعیت بهداشتی مددجو باید به صورت **مداوم و سیستماتیک** باشد .

انواع اطلاعات :

۱- داده های ذهنی (Subjective data):

به این اطلاعات (Symptom) یا اطلاعات پنهان گفته می شود. داده هایی که بیمار بیان می کند مانند: درد، خارش و احساس نگرانی

۲- داده های عینی (Objective data):

به این اطلاعات (Sign) یا اطلاعات آشکار گفته می شود. داده های واقعی و قابل مشاهده هستند مثل: علائم حیاتی، آزمایشات تشخیصی و تغییراتی در ظاهر یا رفتار بیمار

منابع جمع آوری اطلاعات (Source of data):

۱- **منابع اولیه (primary):** مددجو منبع اطلاعات اولیه می باشد.

۲- **منابع ثانویه (secondary):** تمام منابع دیگر به جز مددجو منبع ثانویه محسوب می شوند که شامل: خانواده یا افراد خاص دیگر، اعضای دیگر تیم درمانی، آزمایشات تشخیصی، تاریخچه پرستاری و تاریخچه پزشکی

❖ معتبرسازی داده ها (Validate data):

ارزیابی مجدد داده ها برای تعیین صحت داده ها می باشد.

❖ سازماندهی اطلاعات (Organize data): دسته بندی اطلاعات با استفاده از رویکردهای ساختارمند (سر تا پا و مرور سیستماتیک) و رویکرد مشکل مدار

۲- تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis) :

فرآیند تشخیص پرستاری عبارت است از تفسیر و تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده به منظور شناسایی مشکلات بالقوه یا بالفعل یا پاسخ های مددجو به مشکلات بهداشتی و توانایی های مددجو به منظور اتخاذ قضاوت بالینی (Clinical judgment) است.

عبارات می تواند دو قسمتی (شامل : مشکل و اتیولوژی) یا سه قسمتی (شامل: مشکل، اتیولوژی و علایم و نشانه ها باشد).

به منظور سهولت تعیین تشخیص های پرستاری و کاهش اشتباه در تعیین آنها یک زبان مشترک بین المللی ایجاد شده است.

تشخیص پرستاری بر اساس لیست تشخیص های پرستاری انجمن بین المللی آمریکای شمالی (NANDA) تعیین می گردد. تشخیص پرستاری خط دهنده اقدامات پرستاری است.

اجزای یک تشخیص پرستاری

:(Components of nursing diagnosis)

مشخصات تعریف
کننده
(Defining
Characteristics)

در ارتباط با
(Related to)

سبب

مشکل
(Problem)

جزء اول تشخیص پرستاری : مشکل یا برچسب تشخیصی (Diagnostic Label)

عبارت تشخیصی یا مشکل بهداشتی یا پاسخ مددجو به مشکلات بهداشتی است که برای آن مداخلات پرستاری ارائه می شود. لیست تشخیص های پرستاری NANDA برای این منظور تدوین شده اند.

چند مثال:

اختلال در الگوی تنفسی
اختلال در پاکسازی راه های هوایی
در معرض خطر آسپیراسیون
عدم تحمل فعالیت
اختلال در الگوی تغذیه

تشخیص‌های پرستاری NANDA بر حسب الگوهای سلامت عملی



Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory): تغییر حسی / ادراکی (بینایی، شنوایی، حرکتی، لامسه، بویایی)
 Unilateral oblivion: فراموشی یک طرفه
 Knowledge deficits: کمبود آگاهی
 Altered thought processes: تغییر در فرایندهای تفکر
 Difficult decision: تصمیم دشوار

۷- الگوی خود ادراکی و خود پنداری:

Fear: ترس
 Anxiety: نگرانی
 Despair: یأس
 Sense of powerlessness: حس بی‌قدرتی
 Body image Disorder: اختلال در تصویر بدنی
 High risk of automutilation: خطر بالای قطع عضو توسط خود
 Personal identity disorder: اختلال در هویت فردی
 Disorder of self-esteem: اختلال در عزت نفس
 Chronic low self-esteem: اعتماد به نفس پایین مزمن
 Situational low self-esteem: اعتماد به نفس پایین موقعیتی

۸- الگوی عملکرد و ارتباط:

Anticipatory grief: غم و اندوه قابل پیش بینی
 Dysfunctional grieving: غمگینی غیر کارکردی
 Altered performance of the function: تغییر در عملکرد بدن
 Tension in the role of caregiver: تنش در نقش پرستار
 High risk of stress on the role of caregiver: ریسک بالای استرس در نقش پرستار
 Social isolation: انزوی اجتماعی
 Impaired verbal communication: اختلال در ارتباط کلامی
 High risk of violence: ریسک بالای خشونت

۹- الگوی رابطه جنسی و تولید مثل:

Sexual dysfunction: اختلال در عملکرد جنسی
 Altered patterns of sexuality: تغییر در الگوهای جنسی
 Rape trauma syndrome: سندرم ضربه پس از تجاوز جنسی

۱۰- الگوی تحمل تنش و تطابق:

Ineffective individual coping: تطابق ناکارآمد فردی
 Ineffective family coping: تطابق ناکارآمد خانواده
 Defensive coping: تطابق دفاعی

۱۱- الگوی ارزشها و اعتقادات:

Spiritual Distress: تنش معنوی

Bowel incontinence: بی اختیاری رودهای
 Altered urinary excretion: تغییر در دفع ادرار
 Functional incontinence: بی اختیاری عملکردی
 Stress incontinence: بی اختیاری استرسی
 Urge incontinence: بی اختیاری فوری
 Total incontinence: بی اختیاری کلی
 Reflex incontinence: بی اختیاری رفلکسی
 Urinary retention: احتباس ادرار

۴- الگوی فعالیت و حرکت:

Activity intolerance: عدم تحمل فعالیت
 Inability to sustain spontaneous breathing: عدم توانایی در حفظ تنفس خودبخودی
 High risk of activity intolerance: ریسک بالای عدم تحمل فعالیت
 High risk for peripheral neurovascular dysfunction: ریسک بالای اختلال نورو واسکولار محیطی
 Impaired physical mobility: اختلال در تحرک فیزیکی
 High risk of syndrome of disuse: ریسک بالای سندرم عدم استفاده از اندام

۵- خستگی:

Forgot Unilateral: عدم تحرک یک طرفه بدن
 Self-care deficit: bathing / hygiene: ناتوانی در مراقبت از خود: استحمام / رعایت بهداشت
 Self-care deficit: dressing / under: ناتوانی در لباس پوشیدن
 Self-care deficit: feeding: ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه
 Self-care deficit: evacuation: ناتوانی در مراقبت از خود: دفع
 Deficit recreation: ضعف در تفریح و سرگرمی
 Household altered: تغییر در منزل
 Ineffective cleaning air: تنفس ناکارآمد هوای تازه
 Ineffective breathing pattern: الگوی ناکارآمد تنفس
 Altered gas exchange: تغییر در تبادل گازی
 Decreased cardiac output: کاهش خروجی قلب
 Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral): تغییر در خون‌رسانی به بافت (کلیه، مغز، قلب، گوارش و محیطی)
 High risk of trauma: ریسک بالای تروما

۵- الگوی خواب و استراحت:

Altered sleep patterns: تغییر در الگوهای خواب

۶- الگوی ادراک و شناخت:

Pain: درد
 Chronic Pain: درد مزمن

۱- الگوی درک و کنترل سلامت:

Altered health maintenance: تغییر در مراقبت سلامت
 Altered protection: تغییر در ایمنی
 Ineffective management of therapeutic regime: مدیریت ناکارآمد رژیم درمانی
 Infection: عفونت
 High risk of injury: ریسک بالای جراحت
 High risk of poisoning: ریسک بالای مسمومیت
 High risk of suffocation: ریسک بالای خفگی

۲- الگوی تغذیه و متابولیسم:

High risk of altered nutrition: intake exceeds the body's needs: ریسک بالای تغییر در تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد
 Altered nutrition: intake exceeds the body's needs: تغییر در تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.
 Altered nutrition: eating less than the body needs: تغذیه: غذا خوردن کمتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.
 Effective breastfeeding: شیردهی مؤثر
 Ineffective breastfeeding: شیردهی ناکارآمد
 Interrupted breastfeeding: شیردهی با وقفه
 Ineffective infant feeding pattern: الگوی ناکارآمد تغذیه کودک
 High risk of aspiration: ریسک بالای اسپیراسیون
 Swallowing disorder: اختلال در بلعیدن
 Altered oral mucosa: تغییر در مخاط دهان
 High risk of fluid volume deficits: ریسک بالای کمبود حجم مایعات بدن
 Fluid volume deficits: کمبود حجم مایعات بدن
 Excess fluid volume: حجم بیش از حد مایعات بدن
 High risk of impaired skin integrity: ریسک بالای اختلال در تمامیت پوست
 Impaired skin integrity: اختلال در تمامیت پوست
 Impaired tissue integrity: اختلال در تمامیت بافت
 High risk of altered body temperature: ریسک بالای تغییر دمای بدن
 Ineffective thermoregulation: تنظیم ناکارآمد دمای بدن
 Hyperthermia: هایپرترمی
 Hypothermia: هایپوترمی

۳- الگوی دفع:

Constipation: یبوست
 Constipation perceived: یبوست تشخیص داده شده
 Colonic constipation: یبوست کولونی
 Diarrhea: اسهال

جزء دوم تشخیص پرستاری: سبب شناسی (Etiology)

یک یا چند علت احتمالی مشکل را بیان می کند.

به منظور **پیشگیری از وقوع یک مشکل**، کاهش اثرات آن یا حل مشکل می بایست عوامل ایجاد کننده یا خطرزای آن مشکل را شناخت. این جزء از تشخیص پرستاری با واژه «در ارتباط با» به جزء اول متصل می شود.

- اختلال در تغذیه کم تر از نیاز بدن در رابطه با تهوع
- خطر کمبود حجم مایع در رابطه با پر ادراری
- خطر اختلال در تمامیت پوست در رابطه با بی حرکتی
- عدم پذیرش (رژیم غذایی) در رابطه با عصبانیت حل نشده نسبت به تشخیص
- عدم تحمل فعالیت در رابطه با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن، کاهش برون ده قلبی
- در معرض خطر صدمه در رابطه با اختلالات شناختی

جزء سوم تشخیص پرستاری: مشخصات تعریف کننده (Defining Characteristics)

علائم عینی و ذهنی مربوط به دو جزء اول می باشد.

به طور مثال:

❖ اختلال در تداوم پوست در ارتباط با بی حرکتی در تخت به صورت ایجاد قرمزی در ناحیه

باتکس

❖ اختلال در پاکسازی راه هوایی در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری و بی حرکتی به صورت

صداهای تنفسی غیر طبیعی

انواع تشخیص‌های پرستاری:

۱. واقعی (Actual)
۲. خطر (Risk/High Risk)
۳. احتمالی (Possible)
۴. سندرم (Syndrome)
۵. سلامتی (Wellness)

❖ واقعی (Actual) :

مشکلی که در حال حاضر توسط بیمار تجربه می شود.
اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن
پاکسازی ناموثر راه های هوایی
این نوع تشخیص ها می بایست توسط علائم و نشانه ها تایید شوند.

❖ بالقوه یا خطر (Risk/High risk):

مشکلی که به علت وجود برخی عوامل خطرزا در آینده اتفاق خواهد افتاد؛
مگر اینکه با یک سری اقدامات از وقوع آن پیشگیری شود.
خطر کمبود حجم مایع در رابطه اختلال در تمامیت پوستی
خطر اختلال در تمامیت پوست در رابطه با بی حرکتی
خطر عفونت در رابطه با دیابت و مصرف داروهای تضعیف کننده
سیستم ایمنی
این نوع تشخیص ها توسط وجود عوامل خطرزا تایید می شوند.

❖ تشخیص های احتمالی (Possible N.D) :

تشخیصی است که در آن احتمال بروز مشکل وجود دارد ولی علایم و عوامل خطرزا وجود ندارد.

به طور مثال:

احتمال انزوای اجتماعی

❖ تشخیص های سندرم (Syndrome Diagnoses) :

مجموعه ای از تشخیصهای پرستاری که در اثر یک واقعه مصداق پیدا کنند.

به طور مثال:

- « سندرم ترومای تجاوز » که در موارد وقوع تجاوز جنسی مصداق پیدا کرده و تشخیص های پرستاری ذیل را در بر می گیرد: اضطراب، بی خوابی، ترس، خطر الگوی جنسی ناموثر، غم و درد.
- سندرم عدم استفاده به دنبال بستری طولانی مدت که در برگیرنده : خطر تمامیت پوستی، عملکرد ریوی، یبوست، عفونت، عدم تحمل فعالیت، آسیب و ناتوانی است.

❖ تشخیص های سلامتی (Wellness Diagnoses):

یک قضاوت بالینی در مورد مددجویان سالمی است که منجر به تقویت رفتارهای بهداشتی می گردد.

مستلزم این است که فرد سالم باشد و علاقه به بهبود وضعیت سلامتی خود داشته باشد.

به طور مثال:

در خانمی که بدون مشکل به فرزند خود شیر می دهد « بهبود وضعیت شیردهی » یک

تشخیص پرستاری سلامتی است

تفاوت تشخیص های پزشکی و پرستاری

تشخیص پرستاری	تشخیص پزشکی
مشخص کننده پاسخ های مددجو به بیماری است	مشخص کننده بیماری است
هدف تعیین پاسخ های مددجو و انجام اقدامات پرستاری است	هدف تعیین بیماری و متمرکز بر درمان بیماری است
از روزی به روز دیگر تغییر می کند	برای مدت طولانی ثابت است

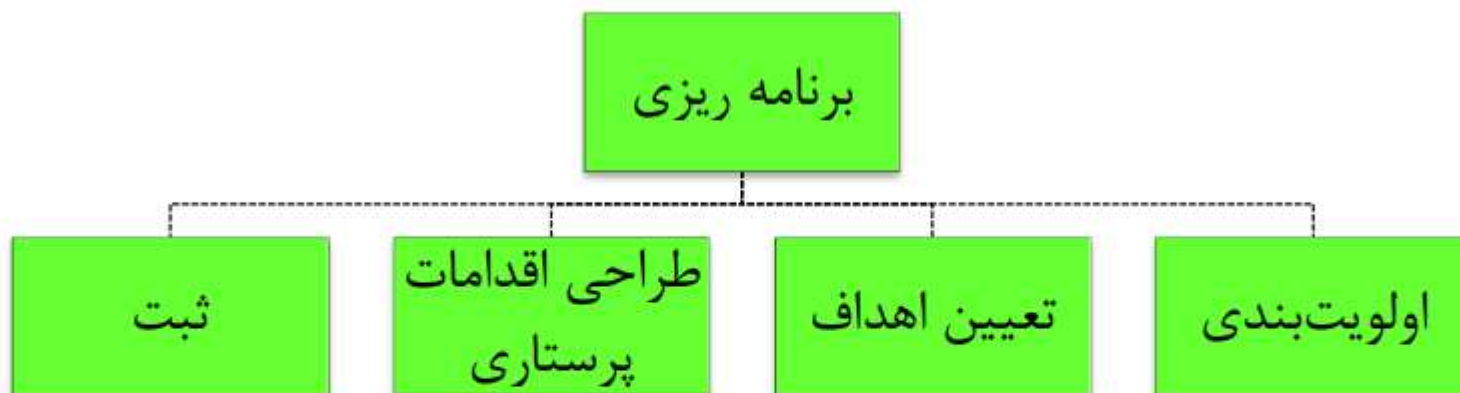
به طور مثال:

سکته قلبی یک تشخیص پزشکی است ولی درد، کمبود آگاهی، تغییر در اکسیژن رسانی بافتی و عدم تحمل فعالیت تشخیص های پرستاری محسوب می شود.
البته نوعی **مشکلات مشترک** وجود دارند که نیازمند اقدامات پزشکی و پرستاری هر دو هستند.

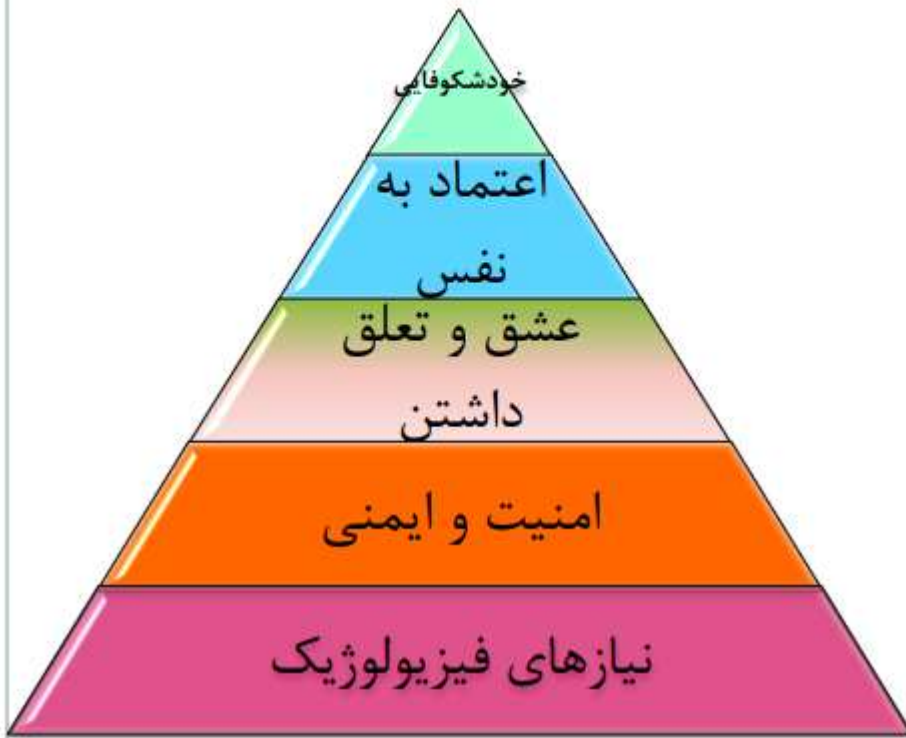
برنامه ریزی (Planning):

در مرحله برنامه ریزی پرستار بر اساس اطلاعات به دست آمده از مددجو و عبارات تشخیصی اهدافی را در نظر گرفته و اقدامات پرستاری را طرح ریزی می کند .

محصول مرحله برنامه ریزی یک طرح مراقبتی است.



اولویت بندی:



هرم نیازهای مازلو

باید به مشکلات به ترتیب نکات ذیل توجه ویژه شود :

الف) مشکلات تنفسی ، جریان خون ، تغذیه ،

هیدراتاسیون، دفع ، تنظیم درجه حرارت

ب) مشکلاتی که با ایمنی بیمار مرتبط است.

پ) مشکلاتی که با روحیات بیماران مرتبط است

(تنهایی ، گوشه گیری)

ت) مشکلاتی که با مراقبت های فردی بیمار مرتبط

است

تعیین اهداف:

اهداف پاسخ های قابل مشاهده مددجو است که پرستار امیدوار است با انجام اقدامات پرستاری به آنها دست یابد.

اهداف (goals): بیان وسیع تری از وضعیت مددجو است
برآیندهای مورد انتظار (desired outcoms): به معنی معیارهای اختصاصی تر برای ارزیابی دستیابی به اهداف می باشند.

به طور مثال:

هدف: بهبود وضعیت تغذیه

برآیند مورد انتظار: افزایش وزن به میزان ۵ کیلوگرم تا تاریخ...

هدف: بهبود تعادل مایعات

برآیند مورد انتظار: بیمار در طی مدت بستری در بخش روزانه حداقل ۶ لیوان مایعات مصرف کند.



اجزای هدف:

فاعل + فعل + موقعیت + معیار عمل مورد انتظار

فاعل: مددجو یا هر قسمتی که مربوط به مددجو (نبض و ...) است.
فعل: فعالیتی که مددجو انجام می دهد که باید رفتار قابل مشاهده را مشخص نماید مانند: بیان کند، حرکت دهد و ...

موقعیت: شرایطی که رفتار باید تحت آن شرایط بروز نماید. کجا، کی، چه، چگونه را توضیح می دهد. مثال: با کمک واکر یا نرده دو بار در روز قدمزند. بعد از شرکت در دو جلسه کلاس گروهی دیابت نشانه های دیابت را لیست نماید.

معیار عمل مورد انتظار: استانداردی که عمل با آن ارزیابی می شود. مثال: ۵ مورد از ۶ علامت دیابت را لیست نماید.
به اندازه ۵ متر در روز پیاده روی کند.
انسولین را با استفاده از تکنیک صحیح تزریق نماید.



مثالهایی از اهداف و برایندهای مورد انتظار :

۱. تشخیص پرستاری :

خطر پاکسازی غیر موثر راههای هوایی مرتبط با درد ناحیه برش جراحی

هدف:

عملکرد راههای هوایی در دوره پس از جراحی تا زمان ترخیص حفظ شود.

برآیند مورد انتظار:

مددجو هر ۴ ساعت با اسپرومتری انگیزشی به ۹۰ درصد از هدف تمرین دست یابد.

۲- تشخیص پرستاری :

درد حاد مرتبط با صدمه بافتی ناشی از برش جراحی بطوریکه منجر به ایجاد اختلال

خواب مددجو شده است

هدف:

طی ۴۸ ساعت درد مددجو کنترل شود.

برآیند های مورد انتظار:

طی ۴۸ ساعت مددجو درد خود را کمتر از عدد ۴ در مقیاس سنجش درد بیان کند.

طی ۴۸ ساعت مددجو گزارش کند که بدون هیچ مشکلی خواب راحت داشته است.

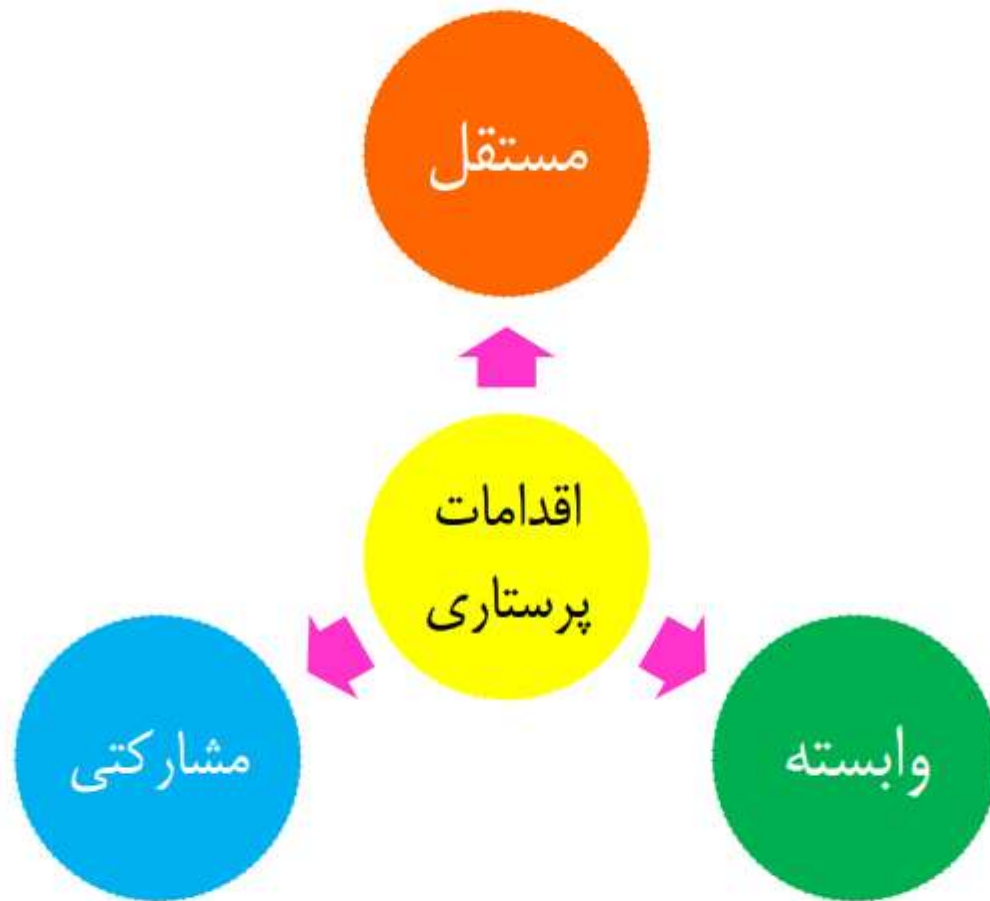
طراحی اقدامات پرستاری:

تعیین اقدامات یا فعالیت‌هایی که در راستای رسیدن به هدف است.

برای هر بیمار اختصاصی است.

برای طراحی اقدامات به جزء دوم تشخیص پرستاری (اتیولوژی) نگاه کنید. زمانی که امکان تغییر عوامل اتیولوژیکی وجود ندارد پرستار اقداماتی را در جهت رفع علایم و نشانه‌ها انجام می‌دهد.

در مرحله اجرا، اقدامات برنامه ریزی شده توسط پرستار انجام می‌شود.



❖ اقدامات پرستاری مستقل: بر اساس قضاوت بالینی پرستار است.

به طور مثال:

مراقبت فیزیکی، آموزش، مشاوره، کنترل عوامل محیطی و ارجاع به سایر اعضای تیم بهداشتی

❖ اقدامات پرستاری وابسته: طبق دستور پزشک انجام می شود ولی نیازمند مسئولیت پذیری و دانش پرستار است.

به طور مثال: دستورات دارویی و آزمایشات تشخیصی

❖ اقدامات پرستاری مشارکتی: در مشارکت با سایر اعضای تیم بهداشتی نظیر: فیزیوتراپ، متخصص تغذیه ، مددکار اجتماعی و ...



مثالی از اقدامات پرستاری :

عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

- بیمار در حالتی که احساس راحتی بیشتری می کند قرار گیرد.
- از اطرافیان یا وسایل کمکی مثل عصا برای راه رفتن کمک بگیرد.
- در بین فعالیتها زمانهایی را برای استراحت در نظر بگیرد.
- از تمرینات ورزشی فعال یا غیر فعال برای تقویت ماهیچهها استفاده کند.
- از انجام کارهای غیر ضروری خودداری کند.
- فعالیتها را تدریجاً زیاد کند.

...

ارزشیابی Evaluation



ارزشیابی : Evaluation

ارزشیابی آخرین مرحله در فرآیند پرستاری می باشد و در این جهت می باشد که بیمار تا چه حدی به اقدامات پرستاری پاسخ داده است. در مرحله ارزیابی ما میزان دستیابی به هدف را بررسی می کنیم.

ارزشیابی به سوالات زیر پاسخ می دهد:

- ✓ آیا تشخیص پرستاری صحیح بوده است؟
- ✓ آیا بیمار به نتایج قابل انتظار رسیده است؟ و آیا در زمان تعیین شده به آن دست یافته است؟
- ✓ آیا مشکل بیمار حل شده است؟
- ✓ چه عواملی باعث دسترسی یا عدم دسترسی به اهداف شده است؟
- ✓ آیا اهداف و نتایج قابل انتظار باید تغییر داده شود؟

مقایسه وضعیت سلامتی بیمار بعد از انجام اقدامات پرستاری با اهداف تعیین شده.
اگر هدف گذاری صحیح نباشد، ارزشیابی بسیار سخت و گاه غیر ممکن می شود.

۳ حالت ممکن است اتفاق بیفتد:

مشکل حل می شود.

مشکل نسبتاً حل می شود.

مشکل باقی می ماند، که باید بازنگری و تعدیل برنامه مراقبتی صورت پذیرد.



مزیت فرآیند پرستاری

اطمینان و اعتماد
رضایت شغلی
رشد و پیشرفت حرفه پرستاری
تعیین استانداردهایی برای پرستاری بالینی

برای پرستاران

شرکت بیمار در مراقبت از خود
تداوم مراقبت ها
افزایش کیفیت مراقبت های انجام شده

برای بیماران

خانمی ۳۸ ساله با شکایت ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده است. طرح مراقبت پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری در این بیمار تدوین نمایید.

مورمور
شدن
انگشتان

سرگیجه

رنگ
پریدگی

سردرد

Hb:
7.6

تنگی
نفس با
فعالیت

بی‌اشتهایی

ضعف

HR:
105

RR:
24

مدل های نظری و پنداشتی در پرستاری

مدل های نظری و پنداشتی در پرستاری

تعریف:

مدل ها یا نظریه های پنداشتی الگوهایی هستند که برای توضیح پدیده ای به نام **پرستاری** مورد استفاده قرار می گیرند.

از طرفی فرآیند پرستاری که روش مراقبت از مددجو می باشد در قالب چارچوب ادراکی خاصی صورت می گیرد که مدل پنداشتی نامیده می شود.

چهار مفهوم اساسی و متداول در تمامی تئوری های پرستاری که محوریت و مرکزیت مراقبت های پرستاری را تعیین می کند عبارتند از:

۱- فرد ۲- محیط ۳- سلامتی ۴- پرستاری

مدل های نظری و پنداشتی در پرستاری

◆ مدل کنترل محیطی ، فلورانس نایتینگل.

نقش پرستار: بررسی و دستکاری محیط برای اقدامات بهداشتی و پیشگیرانه، با تأکید بر استقلال عمل.

◆ مدل سازشی کالیستا روی.

نقش پرستار: بررسی رفتارهای تطابقی افراد و تعیین عوامل تأثیرگذار بر این رفتارها – انواع نیازها : **فیزیولوژیک**، **تصویر ذهنی مطلوب از خود**، **ایفای نقش و وظایف اجتماعی**، **ایجاد تعادل بین استقلال و وابستگی**.

◆ مدل پرستاری مراقبت از خود اورم.

نقش پرستار: اساس اولیه برانجام فعالیت های **خود مراقبتی مددجو از خود** است. اگر کسی قادر به انجام آن نباشد **پرستار با فعالیت های جبرانی** به وی کمک می کند.

مدل های نظری و پنداشتی در پرستاری

● مدل سیستم های مراقبتی بهداشتی بتی نیومن.

انسان بعنوان یک سیستم باز ، در حال تعامل با محیط بیرون است. وظیفه پرستار کم کردن استرس وارد به افراد از طریق پیشگیری اولیه، ثانویه، و ثالثیه است.

● مدل مراقبت انسانی جین واتسون.

فلسفه اصلی مراقبت از مددجو را تعالی روح و نفس انسانی می داند. پرستار باید علاوه بر بعد خارجی و جسمانی افراد به بعد درونی و روانی آنان نیز توجه کند.