

بیمارستان حضرت علی (ع)

نگاهی به

فرایند و برنامه مراقبت پرستاری

(ویرایش دوم)

مهران حجت‌کوبهرمی

دی‌ماه ۱۳۹۳

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

در گذشته‌های دور حرفه‌ی پرستاری مبنای علمی چندانی نداشت. کارهایی که یک پرستار انجام می‌داد با عرف جامعه و اقدامات سنتی پذیرفته شده از جانب عموم مردم فرق چندانی نمی‌کرد. آنان همان کارهایی را تکرار می‌کردند که پرستاران قبل از آن‌ها انجام داده بودند. پرستاران بدون اینکه هیچ اختیاری در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی داشته باشند، اجرا کننده‌ی دستورات مراقبتی بودند که پزشکان تعیین می‌کردند. نمی‌توان کتمان کرد که در دنیای امروز هم علی‌رغم تمام پیشرفت‌های صورت گرفته، پرستاری وابسته به سایر حرفه‌های علوم پزشکی است؛ همانطور که نمی‌توان وابستگی سایر حرفه‌های علوم پزشکی به پرستاری را کتمان کرد. با وجود این وابستگی متقابل، باید اذعان کرد که در دنیای امروز برنامه‌ریزی و اقدامات پرستاری در مقایسه با دیروز از استقلال بیش‌تری برخوردار است. حتی می‌توان پا را کمی فراتر گذاشت، و با اطمینان اعلام کرد که از بین تمام کارکنان حرفه‌ی بهداشتی، پرستار کلیدی‌ترین نقش را در مراقبت از بیماران بر عهده دارد. امروز پرستاران را «مسئول» و «پاسخ‌گوی» مراقبت از بیماران می‌دانند و این امر نتیجه‌ی استانداردهای پذیرفته شده‌ی حرفه‌ی پرستاری است. فرآیند پرستاری استاندارد پذیرفته شده‌ی مراقبت از بیماران می‌باشد.

فرآیند پرستاری چیست؟

مجموعه‌ای از اقدامات پشت سر هم را که به نتیجه‌ای مشخص منتهی می‌شود، «فرآیند» می‌گویند. همه ما روزانه به طور ناخودآگاه، فرآیندهای نانوشته‌ی زیادی را اجرا می‌کنیم. به طور مثال آماده‌سازی مواد مورد نیاز، ریختن آب خنک در لیوان، اضافه کردن شکر و آبلیمو به آب، و هم زدن آن، مراحل هستند که تکرار پشت سر هم آن‌ها منجر به تهیه‌ی شربت آبلیمو می‌شود. مجموع این مراحل را فرآیند تهیه‌ی شربت آبلیمو می‌گویند. با کمی دقت در کارهای روزانه، بسیاری از این فرآیندها قابل تشخیص هستند.

«فرآیند پرستاری»¹ مجموعه‌ای پشت سر هم و منظم از مراحل «حل مشکل» می‌باشد که برای شناسایی و برطرف کردن مشکلات سلامتی مددجویان به کار می‌رود. فرآیند پرستاری در حقیقت روشی منظم برای ارائه‌ی خدمات پرستاری است. فرآیند پرستاری چهارچوب یا قالبی را برای مراقبت‌های پرستاری ایجاد می‌کند و در تمام محیط‌هایی که پرستار حضور دارد اعم از بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های سرپایی، آسایشگاه‌ها، خانه‌های سالمندان، کلینیک‌های مشاوره و پرستاری در منزل قابل اجرا است. فرآیند پرستاری باعث سامان یافتن و استاندارد شدن خدمات پرستاری ارائه شده به بیماران می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند هنگامی که مراقبت‌های پرستاری بر مبنای فرآیند پرستاری شکل می‌گیرند، کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و تاثیر آن‌ها بیش‌تر، و زمان ارائه خدمات کاهش می‌یابد.

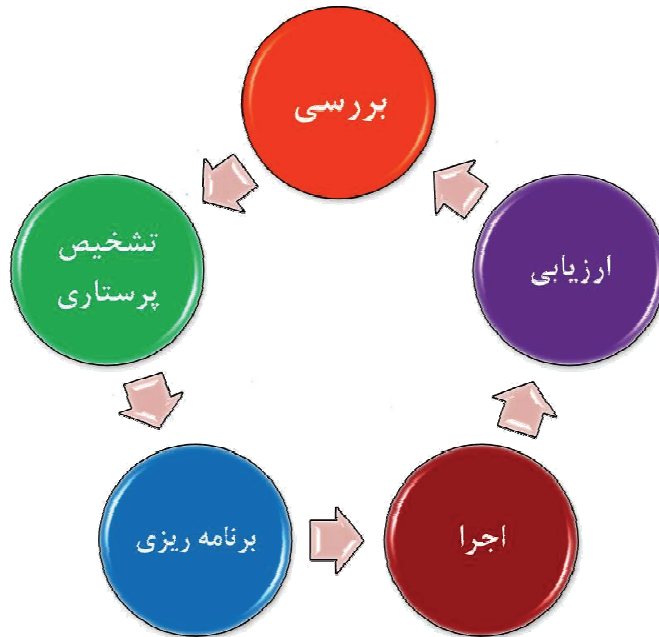
¹ Nursing Process

مراحل فرآیند پرستاری

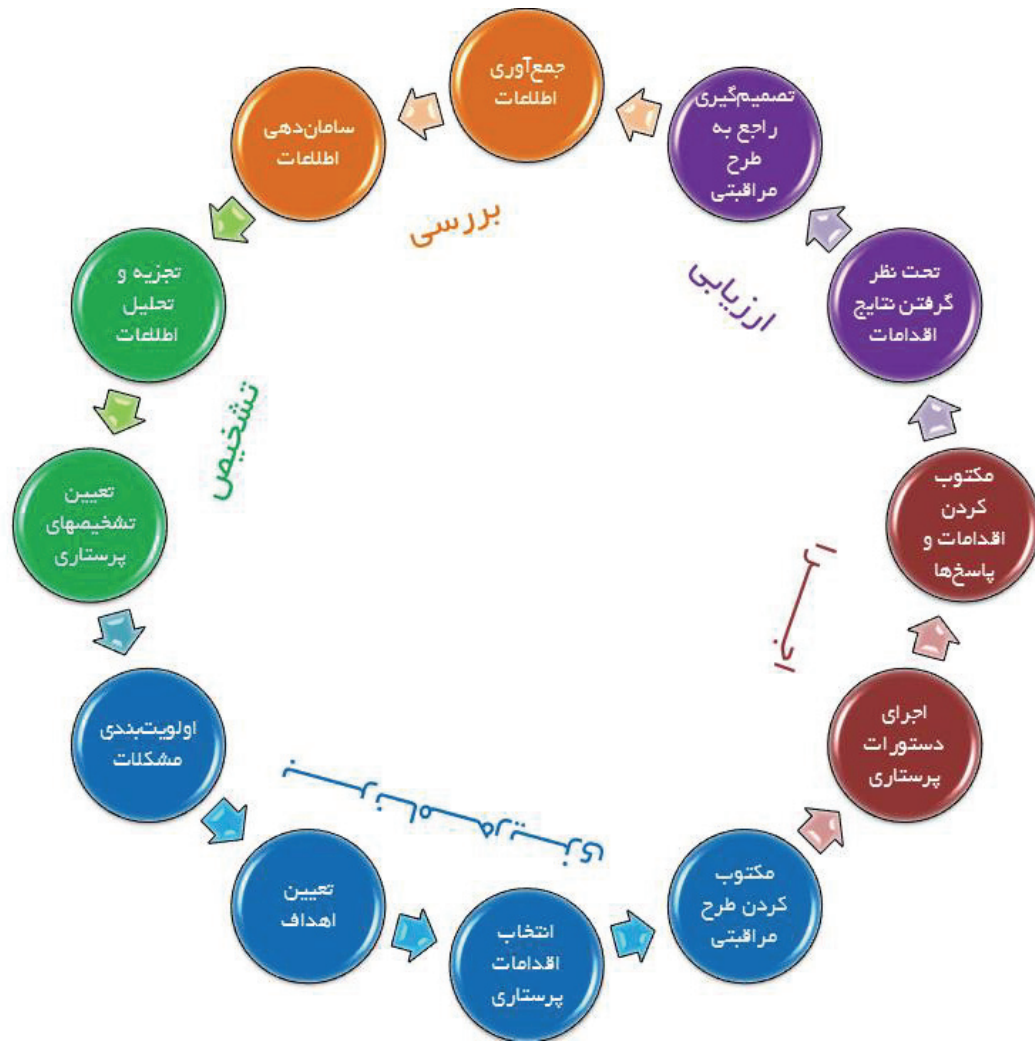
فرآیند پرستاری از ۵ مرحله تشکیل شده است. این مراحل عبارتند از:

۱. بررسی
۲. تشخیص
۳. برنامه‌ریزی
۴. اجرا
۵. ارزیابی

قبل از اینکه در مورد تک تک مراحل توضیح مختصری داده شود، ذکر چند نکته ضروری است: اول از همه اینکه تفکیک مراحل فرآیند پرستاری به ۵ مرحله‌ی جدا از یکدیگر امری کاملاً قراردادی است. در برخی از منابع ممکن است فرآیند پرستاری را سه مرحله‌ای، چهار مرحله‌ای یا شش مرحله‌ای نیز ببینید. در حقیقت نه فرآیند سه مرحله‌ای چیزی از پنج مرحله‌ای کم دارد و نه شش مرحله‌ای چیز زیادی اضافه. در هرکدام از شیوه‌ها، اقداماتی که باید انجام شوند با اندکی تفاوت مشترک هستند. فقط در گذر زمان برای تاکید بر اهمیت بعضی اقدامات، آن‌ها را به شکل مرحله‌ای جداگانه برجسته کرده‌اند. نکته‌ی دوم اینکه مراحل مختلف فرآیند پرستاری در عمل اینقدرها هم که در کتاب‌ها می‌بینید مرز واضح و مشخصی ندارند. مراحل فرآیند پرستاری توالی پشت سر همی از اقدامات هستند که در بسیاری موارد با هم، هم‌پوشانی دارند. نمی‌توان قسم خورد که با شروع مرحله‌ی تشخیص، مرحله‌ی بررسی به اتمام رسیده باشد؛ و یا تضمینی ایجاد کرد که ارزیابی فرآیند پرستاری تا طی تمام مراحل و فرا رسیدن آخرین مرحله به تعویق افتاده شود. جداسازی این مراحل بیش از اینکه جنبه‌ی عملی داشته باشد، جنبه‌ی آموزشی و سهولت در به خاطر سپاری دارد. مرحله‌بندی کردن گام‌های فرآیند باعث می‌شود تا با شکل‌گیری چهارچوبی ذهنی، اجرای فرآیند ساده‌تر گردد. نکته‌ی سوم اینکه فرآیند پرستاری فرآیندی خطی نیست. فرآیند پرستاری فرآیندی پویا است. چون وضعیت بیماران دائماً در حال تغییر است، مراحل فرآیند پرستاری نیز به شکل چرخه‌ای دائماً در حال تکرار هستند. ارزیابی که آخرین مرحله از سلسله مراحل فرآیند پرستاری تلقی می‌گردد، در حقیقت باعث به دست آوردن اطلاعاتی است که شروع دوباره‌ی فرآیند محسوب می‌شود.



هرکدام از این مراحل، از چندین گام کوچک‌تر تشکیل شده‌اند. این گام‌ها را در شکل صفحه بعد ملاحظه می‌کنید.



۱- بررسی

بررسی^۱، ابتدایی‌ترین و زیربنایی‌ترین مرحله از سلسله مراحل فرآیند پرستاری است. مرحله‌ی بررسی خود از دو گام تشکیل شده است:

۱- جمع‌آوری واقعیت‌ها یا داده‌های اطلاعاتی

۲- سامان‌دهی اطلاعات جمع‌آوری شده

در طی بررسی، پرستار به دنبال یافتن عملکردهای غیرطبیعی در بیمار، عوامل خطرزا برای سلامت وی و نقاط قوت او می‌باشد. بررسی با اولین برخورد پرستار و بیمار شروع، و تا زمان ارائه‌ی خدمات مراقبتی ادامه می‌یابد. سایر مراحل فرآیند پرستاری بر اساس اطلاعاتی که طی بررسی به دست می‌آیند شکل می‌گیرند؛ از این رو پرستار برای به دست آوردن اطلاعاتی کامل، موثق، صحیح و معتبر باید نهایت تلاش خود را به کار ببندد. جمع‌آوری اطلاعات، احتیاج به آشنایی با تکنیک‌های بررسی وضعیت سلامت و کسب مهارت در زمینه‌ی اخذ شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی دارد. دانستن این مطالب برای تمام پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی ضروری

¹ assessment

است و در دوران تحصیلات دانشگاهی نیز کم و بیش به پرستاران آموزش داده شده است. با این وجود، متأسفانه دانش و مهارت عملی اغلب فارغ‌التحصیلان پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها در این زمینه جای کار زیادی دارد و جزوه‌ی مختصر حاضر نیز مجال پرداختن به جزئیات این موضوع را ندارد. توصیه می‌گردد به سراغ جزوه‌ها و کتب دانشگاهی خود بروید و قبل از هرچیز با مرور دروس دانشگاهی گذرانده شده مشکلات خود را در این زمینه مرتفع کنید.

اطلاعات جمع‌آوری شده از بررسی چند نوع است؟

اطلاعاتی که در طی بررسی به دست می‌آیند از یک دیدگاه، به دو گروه کلی «بیرونی» و «درونی» تقسیم‌بندی می‌شوند. اطلاعات «بیرونی»^۱ که گاهی «عینی» نیز ترجمه می‌شوند، آن دسته از واقعیت‌هایی هستند که جنبه‌ی بیرونی داشته و علاوه بر خود بیمار برای دیگران از جمله فرد بررسی‌کننده نیز قابل مشاهده، درک یا اندازه‌گیری باشند. این دسته از اطلاعات را به نام «علامت»^۲ نیز نام می‌برند. وزن، قد، دمای بدن، فشار خون، رنگ پوست، تعداد گلبول‌های قرمز خون، استفراغ و خون‌ریزی از جمله مثال‌های این دسته از اطلاعات هستند. در مقابل، اطلاعات «درونی»^۳ که گاهی «ذهنی» نیز ترجمه می‌شوند قرار دارند. این واقعیت‌ها فقط و فقط توسط شخص بیمار، احساس و بیان می‌شوند. شخص بررسی‌کننده غیر از اطمینان کردن به گفته‌های بیمار راه دیگری برای مشاهده، درک یا اندازه‌گیری این اطلاعات ندارد. این دسته از اطلاعات را «نشانه»^۴ نیز می‌نامند. درد، تهوع، خستگی، بی‌حالی، اضطراب و احساس تنهایی مثال‌هایی از اطلاعات درونی هستند.

اطلاعات از چه منابعی به دست می‌آیند؟

از دیدگاه منبع اطلاعاتی نیز اطلاعات به دو گروه «دست اول» و «دست دوم» تقسیم‌بندی می‌شوند. اطلاعات دست اول آن دسته از اطلاعاتی هستند که از منابع دست اول، و اطلاعات دست دوم آن دسته از اطلاعاتی هستند که از منابع دست دوم به دست می‌آیند. منبع دست اول همان شخص بیمار است و اطلاعاتی که مشاهده، مصاحبه یا معاینه‌ی او در اختیار ما می‌گذارد، اطلاعات دست اول محسوب می‌شوند. خانواده، اطرافیان، گزارشات پزشکی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی، پرونده بیمار و صحبت‌های سایر همکاران جزء منابع اطلاعاتی دست دوم هستند. در نگاه کلی، اعتبار اطلاعات دست اول از اطلاعات دست دوم بیشتر است.

بررسی به چند شکل انجام می‌شود؟

دو نوع بررسی وجود دارد: یکی بررسی برای ایجاد یک مبنای اطلاعاتی^۵ و دیگری بررسی متمرکز^۶. چنانچه بررسی در ابتدای برخورد پرستار و بیمار و به منظور به دست آوردن یک سری اطلاعات پایه‌ای در مورد وضعیت سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی فرد انجام شود، از نوع اول می‌باشد. این نوع بررسی جامع، اما وقت‌گیر می‌باشد. پرستار این نوع بررسی را فقط یک‌بار و در زمان پذیرش بیمار در بخش انجام می‌دهد. برای این منظور تعداد نسبتاً زیادی سوالات از پیش تعیین شده از بیمار پرسیده می‌شود و سر تا پای وی مورد معاینه قرار می‌گیرد. به دلیل وسعت دامنه‌ی بررسی و احتمال غفلت از بعضی جنبه‌های سلامتی، فرم‌های مخصوصی تحت عنوان «فرم‌های ارزیابی اولیه پرستار» در بیمارستان‌ها تدوین شده و پرستاران در زمان پذیرش تمام بیماران در بخش‌ها

1 objective

2 sign

3 subjective

4 symptom

5 data base assessment

6 focus assessment

موظف به تکمیل این فرم برای هر بیمار می‌باشند. از این اطلاعات می‌توان به عنوان منبعی برای مقایسه با اطلاعات آینده بهره برد. با این مقایسه می‌توان پیشرفت یا پسرفت وضعیت سلامتی بیمار را مورد سنجش قرار داد.

نوع دیگر بررسی، بررسی متمرکز است. در این نوع بررسی، مشکلات خاصی که در بررسی نوع اول شناسایی شده‌اند، با جزئیات بیشتری مورد بررسی و کنکاش قرار می‌گیرند. این نوع بررسی اختصاص به زمان خاصی نداشته در تمام طول مدت بستری بودن بیمار ادامه دارد و باعث توسعه‌ی پایگاه اطلاعاتی ایجاد شده از بررسی نوع قبل می‌گردد. به عنوان مثال اگر در بررسی ابتدایی، بیمار از یبوست شکایت داشته باشد، پرستار در بررسی نوع دوم جزئیات بیشتری از این مشکل را بررسی می‌کند و سؤالاتی را در مورد عادات غذایی، میزان فعالیت، مقدار مصرف مایعات در طول روز، داروهایی که احتمالاً مصرف می‌کند، فواصل اجابت مزاج، خصوصیات مدفوع و ... از بیمار می‌پرسد تا اطلاعات خود را راجع به مشکل یبوست بیمار توسعه دهد.

بررسی‌های متمرکز معمولاً به طور پی‌درپی و گاه چندین بار در طی یک شیفت کاری تکرار می‌شوند تا روند بهبودی یا عدم پاسخ‌دهی وی به اقدامات انجام شده مشخص شود. مثلاً فشار خون بیماری که با فشار خون بالا در بخش بستری شده است، ممکن است در طی یک شیفت کاری، ساعت به ساعت اندازه‌گیری شود تا پاسخ‌دهی بیمار مورد سنجش قرار گیرد.

اطلاعات به دست آمده از بررسی‌های متمرکز معمولاً در گزارشات پرستاری ثبت می‌شوند. جمع‌آوری اطلاعات در این نوع بررسی معمولاً چندان وقت‌گیر نیست و دامنه‌ی اطلاعات نیز محدود به یک یا چند مشکل خاص می‌باشد.

قدم بعد از جمع‌آوری اطلاعات چیست؟

قدم دوم در بررسی، سامان دادن به اطلاعات جمع‌آوری شده می‌باشد. اگر اطلاعات جمع‌آوری شده سامان یافته و منظم شوند، از پراکندگی ذهنی جلوگیری شده و تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات با سهولت بیشتری انجام خواهد شد. مفهوم سامان‌دهی به اطلاعات را با ذکر یک مثال دنبال می‌کنیم. به شش کلمه‌ی زیر نگاه کنید:

سیب، چرخ، باغ، رکاب، درخت، فرمان

در نگاه اول این‌ها مجموعه‌ای درهم و آشفته از کلماتی بی‌ربط به نظر می‌رسند که در کنار هم ردیف شده‌اند. اما با مختصری دقت متوجه می‌شویم که می‌توان این شش کلمه را در دو گروه، مرتب کرد؛ به طوری که در بین کلمات هر گروه نوعی تناسب و ارتباط وجود داشته باشد:

• باغ، درخت، سیب

• چرخ، رکاب، فرمان

در بررسی‌های پرستاری نیز اطلاعات به دست آمده چنین حالتی دارند. علایم و نشانه‌های جمع‌آوری شده از بررسی، برای یافتن مشکلات بالفعل یا بالقوه بیمار در یک یا چند گروه در کنار هم قرار می‌گیرند. اطلاعات موجود در هر گروه می‌بایست دارای ارتباطی منطقی با یکدیگر و نشان دهنده‌ی مشکلی واحد باشند. دانش و تجربه‌ی پرستار در طبقه‌بندی و سامان دادن به اطلاعات بسیار کمک کننده می‌باشد. حال به یک مثال پرستاری دقت کنید:

در قدم اول از بررسی یک نفر بیمار بستری در بخش داخلی، اطلاعات مثبت زیر به دست آمده‌اند:

بی‌حالی، سفتی و برجستگی شکم، مدفوع سفت و خشک، تب، سرفه و خلط غلیظ

پرستار در قدم دوم، اطلاعات فوق را در سه گروه به شکل زیر قرار می‌دهد:

• بی‌حالی و تب

• سرفه و خلط غلیظ

• سفتی و برجستگی شکم و مدفوع خشک و سفت

حال برای تمرین، علایم و نشانه‌های زیر را در دو گروه مرتب کنید:

سرفه، پوست خشک، ادرار کم، تب، گرفتگی بینی، تشنگی

۲- تشخیص پرستاری

مرحله‌ی دوم از فرآیند پرستاری، یافتن مشکلات مرتبط با سلامتی است. این مرحله نیز از دو گام تشکیل شده است:

- ۱- تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده و قضاوت در مورد طبیعی یا غیر طبیعی بودن آن
- ۲- تعیین مشکلات بیمار و نوشتن آن در قالب تشخیص‌های پرستاری یا مشکلات مشارکتی

تشخیص پرستاری چیست؟

تشخیص پرستاری یک مشکل یا موضوع مرتبط با سلامتی است که با اقدامات مستقل پرستاری قابل اداره کردن می‌باشد. پرستار می‌تواند در مورد این مشکلات با اقدام مناسب و به موقع خود و بدون مشارکت پزشک و سایر اعضای تیم پزشکی، یا از بروز مشکل پیشگیری کند، یا مشکل را به طور کامل برطرف کند، یا شدت آن را کاهش دهد و یا باعث بهبود سطح عملکردی فرد گردد. مثلاً احساس تهوع مشکلی است که پرستار در بسیاری از موارد می‌تواند بدون دارو یا دستور پزشکی خاص و تنها با اقدامات خالص پرستاری آن را برطرف کند. پس تهوع را می‌توان یک تشخیص پرستاری دانست. تشخیص‌های پرستاری به ۵ دسته تقسیم می‌شوند:

- ۱- واقعی^۱
- ۲- اخطاری^۲ یا بالقوه^۳
- ۳- احتمالی^۴
- ۴- سندرم^۵
- ۵- سلامتی^۶

۱- تشخیص‌های پرستاری واقعی

مشکلاتی هستند که در زمان بررسی به صورت آشکارا یا بالفعل در بیمار وجود دارند. مثلاً «اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با درد که به شکل کاهش محدوده‌ی حرکت و ناتوانی در راه رفتن خود را نشان داده است» در یک نفر بیمار دچار سکته‌ی مغزی، یک تشخیص پرستاری واقعی است.

۲- تشخیص‌های پرستاری اخطاری یا بالقوه

مشکلاتی هستند که در زمان بررسی در بیمار وجود ندارند، اما پرستار در طی بررسی خود عوامل خطرزایی را کشف کرده است که در صورت ادامه یافتن آن‌ها، در آینده می‌توانند منجر به بروز مشکل شوند. پس تشخیص‌های اخطاری به صورت بالقوه در بیمار وجود دارند و هنوز به فعلیت نرسیده‌اند. به عنوان مثال «خطر کمبود حجم مایع در ارتباط با استفراغ مداوم» در بیماری که تحت شیمی‌درمانی قرار گرفته است و استفراغ می‌کند، یک تشخیص

1 actual

2 risk

3 potential

4 possible

5 syndrome

6 wellness

پرستاری اخطاری است. در این تشخیص هرچند بیمار در حال حاضر مشکلی از نظر کم‌آبی ندارد، اما استفراغ یک عامل خطرزا است که ادامه‌ی آن منجر به کم‌آبی بدن می‌گردد.

۳- تشخیص‌های پرستاری احتمالی

مشکلاتی هستند که در زمان بررسی، احتمالاً به صورت بالفعل در بیمار وجود دارند، اما شواهد و مستندات کافی برای تایید آن وجود ندارد. تبدیل شدن یک تشخیص احتمالی به تشخیص واقعی و یا رد کردن این تشخیص نیازمند بررسی‌های بیش‌تر و جمع‌آوری اطلاعات زیادتر می‌باشد. به عنوان مثال «احتمال تعارض در نقش والدینی در ارتباط با طلاق قریب‌الوقوع» در خانمی که قصد جدایی از همسر خود را دارد و می‌خواهد بعد از طلاق از فرزند خود نگهداری کند، می‌تواند یک تشخیص احتمالی باشد.

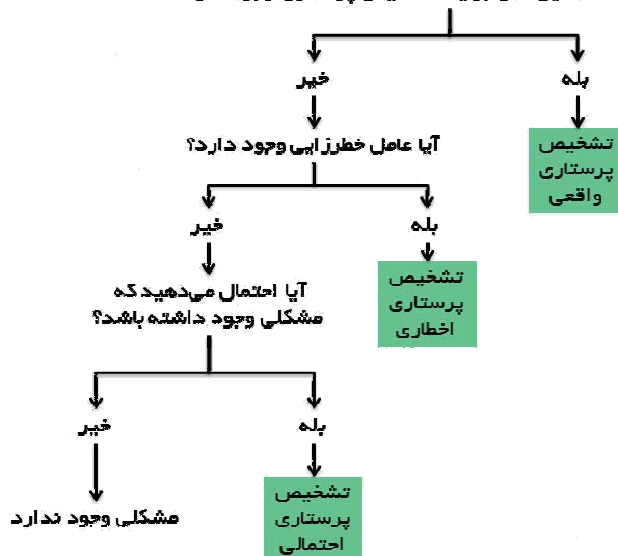
۴- تشخیص‌های پرستاری سندرم

گروهی از مشکلات هستند که به علت وقوع یک حادثه یا وضعیت خاص به وجود آمده‌اند. به بیان دیگر، وقتی مجموعه‌ای از تشخیص‌های پرستاری واقعی و اخطاری در اثر یک واقعه یا وضعیت مصداق پیدا کنند، یک تشخیص پرستاری سندرم، تمام تشخیص‌های قبلی را پوشش می‌دهد. مثلاً «سندرم آسیب تجاوز» یک تشخیص پرستاری سندرم است که در موارد وقوع تجاوز جنسی مصداق پیدا کرده و شش عنوان تشخیص پرستاری ذیل را در بر می‌گیرد: اضطراب، بی‌خوابی، ترس، خطر الگوی جنسی ناموثر، غم و درد. در فهرست ۲۰۱۷-۲۰۱۵ تشخیص‌های پرستاری «ناندا»، ۱۰ تشخیص پرستاری سندرم وجود دارد. با مراجعه به ضمیمه‌ی انتهای جزوه آن‌ها را پیدا کنید.

۵- تشخیص‌های پرستاری سلامتی

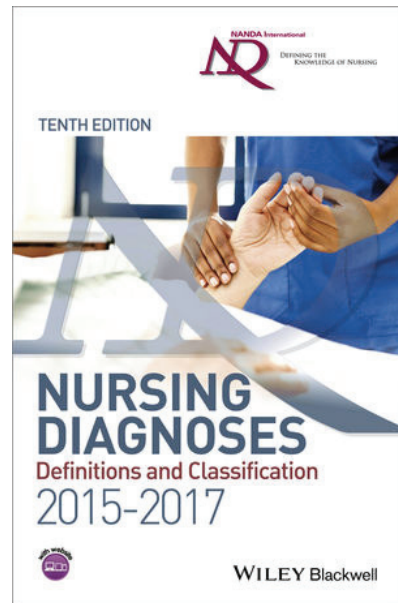
یک قضاوت بالینی در مورد مددجویان سالمی می‌باشد که می‌خواهند از یک سطح سلامتی به سطحی بالاتر منتقل شوند. به بیان دیگر تشخیص سلامتی، یک موضوع سلامتی است که انسان سالم به خاطر آن به پرستار مراجعه می‌کند تا با کمک پرستار عملکرد سالم خود را به سطح بالاتری از سلامتی ارتقاء دهد. برای اینکه یک تشخیص سلامتی در مورد فرد صدق کند باید دو شرط وجود داشته باشد: اول اینکه فرد از آن نظر سالم تلقی شود، و دوم اینکه علاقه به بهبود وضعیت سلامتی خود داشته باشد. مثلاً «مستعد بهبود وضعیت شیردهی» در خانمی که بدون مشکل به فرزند خود شیر می‌دهد و علاقه به ارتقای شیردهی دارد یک تشخیص پرستاری سلامتی است.

آیا علائم و نشانه‌هایی دال بر یک تشخیص پرستاری وجود دارد؟



فهرست تشخیص‌های پرستاری «ناندا» چیست؟

«انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکای شمالی»^۱ که به طور اختصار «ناندا»^۲ نامیده می‌شود، معتبرترین نهاد مسؤول برای تایید و تصویب تشخیص‌های پرستاری است. این نهاد که مورد تایید مجامع بین‌المللی پرستاری می‌باشد، پیشنهادات مربوط به تشخیص‌های پرستاری را (تشخیص‌هایی که در حیطه‌ی عملکرد حرفه‌ای و مستقل پرستاری قرار می‌گیرند؛ به تعریف تشخیص پرستاری مراجعه کنید)، دریافت و مورد بررسی و مطالعه قرار می‌دهد. «ناندا»، یافته‌های ناشی از مطالعه و بررسی‌های خود را هر ۲ سال یک‌بار در کتابی تحت عنوان «تشخیص‌های پرستاری، توصیف‌ها و طبقه‌بندی» منتشر می‌کند. جدیدترین فهرست تشخیص‌های پرستاری در ضمیمه انتهای جزوه قرار داده شده است.^۳



امروزه مجامع حرفه‌ای پرستاری به این باور رسیده‌اند که پرستاری رشته‌ای است - هرچند در ارتباط - اما مستقل از پزشکی، و هر رشته‌ی مستقلی دارای یک سری واژه‌های تخصصی برای خود می‌باشد. لذا برای تاکید بر استقلال حرفه‌ی پرستاری، به جای استفاده از واژه‌های پزشکی می‌بایست در محاوره‌ها و مستندات از زبان بین‌المللی و مشترکی که ناندا در اختیار ما می‌گذارد استفاده کرد. شایسته است حتی‌الامکان از به‌کار بردن واژه‌های مربوط به حرفه‌ی پزشکی در تشخیص‌های پرستاری اجتناب کرد و پرستاران تنها در زمان‌های محدودی که مشکل بیمار با هیچ‌یک از تشخیص‌های مصوب ناندا تطبیق نمی‌کند، می‌توانند برای بیان مشکل بیمار از واژه‌های دیگری که خودشان به‌کار می‌برند، استفاده کنند. متأسفانه برخی از همکاران به دلیل عدم آشنایی و اشراف کافی بر فهرست تشخیص‌های پرستاری ناندا، به وفور از الفاظ غیر پرستاری در تشخیص‌های خود استفاده می‌کنند. به خاطر داشته باشید که عدم آشنایی با تشخیص‌های پرستاری ناندا، مجوزی برای استفاده از واژه‌های غیر نیست. لطفاً فهرست تشخیص‌های پرستاری ناندا را که در انتهای این جزوه نیز قرار گرفته است، چندین بار مرور کنید تا تشخیص‌های پرستاری این لیست برای شما غریبه نباشند. در زمان مراقبت از بیماران نیز مراجعه به فهرست ناندا به مرور اطلاعات شما کمک خواهد کرد.

البته ذکر این نکته نیز ضروری است که ردیف کردن فهرستی از عناوین تشخیص پرستاری، به تنهایی فایده‌ی چندانی ندارد. هرکدام از تشخیص‌های پرستاری دارای تعاریف مخصوص، نکات تشخیصی و تایید کننده، عوامل ارتباط دهنده و عوامل خطرزای خاص خود می‌باشند که بدون دانستن آن‌ها عنوان تشخیصی بی‌معنا است. استفاده از عنوان تشخیص پرستاری بدون دانستن معنای آن، باعث برداشت اشتباه و استفاده نادرست و نابجا از تشخیص‌ها می‌گردد. هرچند دانستن جزئیات هر عنوان تشخیصی برای پرستارانی که اجرا کننده‌ی فرآیند پرستاری هستند ضروری است، اما پرداختن به آن از حوصله و رسالت این جزوه خارج است. تعریف مختصری از هرکدام از تشخیص‌های پرستاری در ضمیمه‌ی انتهای جزوه قرار گرفته است. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به کتاب‌های ویژه‌ای که اختصاصاً در مورد تشخیص‌های پرستاری نوشته شده‌اند، از جمله کتاب «Nursing diagnoses:

¹ North American Nursing Diagnosis Association

² NANDA

³ از امروز، ۲/۱۰/۹۳ که این جزوه در دست بازبینی است، تا شروع سال ۱۵۰۱ میلادی هنوز بیش یک هفته دیگر باقی مانده است. با این حال نسخه جدید تشخیص‌های پرستاری ناندا منتشر شده است. از قرار معلوم، فهرست جدید از ۲۳۵ تشخیص پرستاری تشکیل شده و ۲۶ تشخیص آن به تازگی به تصویب رسیده است و برای اولین بار در این نسخه به فهرست اضافه شده‌اند. هنوز تا انتشار فراگیر این فهرست در کتاب‌ها، زمان باقی است و در حال عدم دسترسی ما به این منابع، فهرست تشخیص‌های پرستاری انتهای این جزوه با ترفند و حیکی به دست آمده است. صحت و کامل بودن آن می‌بایست در آینده مورد تایید قرار گیرد.

که انجمن تشخیص‌های پرستاری امریکای شمالی منتشر کرده است و در بالا به آن اشاره شد، و یا کتاب «Nursing diagnosis: Application to clinical practice» نوشته‌ی خانم Carpenito مراجعه کرد^۱.

عبارت تشخیص پرستاری چگونه نوشته می‌شود؟

عبارت تشخیص پرستاری طبق قاعده و فرمول خاصی نوشته می‌شود. این عبارت بسته به نوع تشخیص، از یک تا سه جزء تشکیل می‌شود:

۱. عنوان مشکل یا موضوع مرتبط با سلامتی یا همان عبارت تشخیصی که در فهرست ناندا ذکر شده است.
۲. سبب یا اتیولوژی آن
۳. علائم و نشانه‌ها

جزء اول (عنوان مشکل) با واژه‌ی «در ارتباط با^۲» به جزء دوم (سبب مشکل) متصل می‌شود. علائم و نشانه‌ها نیز که جزء سوم تشخیص تلقی می‌گردند، با این عبارت در انتهای تشخیص آورده می‌شوند: «که به شکل خود را نشان داده است^۳». به جای نقطه چین علائم و نشانه‌ها نوشته می‌شوند.



مثلاً «اختلال در الگوی خواب در ارتباط با مصرف زیاد قهوه که به شکل دشواری در به خواب رفتن، بی‌حوصلگی و احساس خستگی در طول روز خود را نشان داده است»

فرمول فوق، به طور کامل با تشخیص‌های پرستاری واقعی منطبق می‌باشد و همان‌طور که اشاره شد، فرمول نوشتن عبارت تشخیصی بسته به نوع تشخیص پرستاری اندکی متفاوت است. در تشخیص‌های پرستاری اخطاری، عبارت «خطر^۴» در ابتدای عبارت تشخیصی قرار می‌گیرد. اتیولوژی تشخیص نیز در اینجا عوامل خطرزای مرتبط با تشخیص هستند. همان‌طور که مشخص است، تشخیص‌های اخطاری در حالت بالقوه بوده و هنوز به فعلیت نرسیده‌اند، پس نیازی به نوشتن جزء سوم تشخیص پرستاری (علائم و نشانه‌ها) نیست. مثلاً «خطر اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با بی‌حرکتی».

در تشخیص‌های پرستاری احتمالی عبارت «احتمال^۵» در ابتدای عبارت تشخیصی قرار می‌گیرد تا عدم قطعیت تشخیص را نشان دهد. این نوع تشخیص‌های پرستاری نیز همانند تشخیص‌های پرستاری اخطاری، دو قسمتی بوده و به جزء سوم احتیاج ندارد (حدس بزنید چرا؟). مثلاً «احتمال اختلال در عملکرد جنسی در ارتباط با اضطراب».

^۱ بدبختانه نویسنده‌ی این سطور از ترجمه‌ی این کتب یا کتاب‌های مشابه دیگر به زبان فارسی اطلاعی ندارد؛ اما می‌داند که کتاب manual of nursing diagnosis را که یکی از نظریه‌پردازان معروف پرستاری و مبدع نظریه‌ی «الگوهای سلامت عملکردی» یعنی خانم «مارژوری گوردون»، سال‌ها پیش تالیف کرده‌اند، آقای علی فخر موحدی و خانم فاطمه احدی از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی سمنان به فارسی برگردانده‌اند و این کتاب در سال ۱۳۸۱ تحت عنوان «دستنامه تشخیص پرستاری» توسط انتشارات بُشری به چاپ رسیده است. هرچند از آن زمان تاکنون تشخیص‌های پرستاری تغییرات زیادی کرده‌اند، اما کتاب هنوز هم برای افرادی که به منابع دست اول دسترسی نداشته و یا به هر دلیلی تمایل به استفاده از آن‌ها ندارند، قابل استفاده است.

^۲ related to

^۳ as evidenced by ...

^۴ risk for

^۵ possible

در تشخیص‌های پرستاری سلامتی، عبارت «**مستعد ارتقای^۱**» در ابتدای عبارت تشخیصی آورده می‌شود. مثلاً «**مستعد ارتقای** فرآیندهای خانوادگی». هم تشخیص‌های پرستاری سلامتی و هم تشخیص‌های پرستاری سندرم به صورت عبارتی یک قسمتی نوشته می‌شوند و احتیاج به اجزاء دوم و سوم ندارند.

دقت کنید که واژه‌های «**خطر**»، «**مستعد ارتقای**» و «**سندرم**» در خود عنوان تشخیصی در فهرست ناندا وجود دارند. اضافه کردن هرکدام از این الفاظ به ابتدای سایر عناوین تشخیص واقعی، اشتباه است. پس، از دستکاری و اضافه و کم کردن عبارات به عناوین تشخیصی و ساخت تشخیص‌های پرستاری جدید خودداری و این امر را به خود ناندا واگذار کنید!

حالا در صورتی که نحوه‌ی نوشتن تشخیص‌های پرستاری را یاد گرفته‌اید، پاراگراف زیر را بخوانید و به سوال مطرح شده پاسخ دهید:

«بیمار فقط چند قاشق از ناهار خود را خورد. او در سه هفته‌ی گذشته، ۶ کیلو وزن کم کرده است و الان ۵۸ کیلوگرم می‌باشد، که نسبت به وزن ایده‌ال خود نزدیک به ۱۵ کیلوگرم وزن کم دارد. او در سه ماه گذشته بعد از غذا خوردن دچار استفراغ می‌شده و الان بسیار ضعیف است.»

کدام عبارت تشخیص پرستاری زیر در مورد بیمار فوق صحیح است؟

الف) خطر عدم تعادل در تغذیه: کم‌تر از نیاز بدن در ارتباط با استفراغ

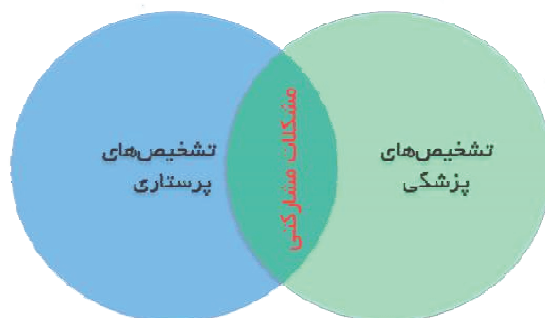
ب) اختلال در تغذیه: کم‌تر از نیاز بدن در ارتباط با دریافت ناکافی غذا در اثر استفراغ که به شکل دریافت کالری روزانه کم‌تر از نیاز بدن، کاهش وزن ۶ کیلویی اخیر و ضعف خود را نشان داده است.

ج) کاهش وزن در ارتباط با استفراغ که به شکل کاهش مصرف غذا خود را نشان داده است.

د) احتمال سوء تغذیه به خاطر دریافت ناکافی ریزمغذی‌ها

مشکلات مشارکتی چیست؟

در تعریف تشخیص پرستاری گفته شد که تشخیص‌های پرستاری مشکلاتی هستند که با اقدام مستقل پرستاری قابل پیشگیری، رفع، بهبود یا تخفیف هستند. ولی آیا تمام مشکلات بیمار در همین تشخیص‌ها خلاصه می‌شوند؟ و آیا پرستار وظیفه‌ی دیگری در قبال بیمار ندارد؟ مشکلات مشارکتی، عوارض جسمانی هستند که درمان آن‌ها نیازمند اقدامات مشترک پزشکی و پرستاری است. این مشکلات حیطه‌ی مشترک کار پرستار با سایر حرفه‌های علوم پزشکی را تشکیل می‌دهند.



پرستار در مواجهه با این عوارض، می‌بایست ضمن مرتبط کردن خطرات احتمالی تشخیص‌های پزشکی یا پروسیجرهای تشخیصی-درمانی، بررسی‌های لازم را در مورد بیمار انجام داده و با مکتوب کردن عوارض و گزارش‌دهی صحیح آن‌ها، اقدامات مشارکتی را با سایر اعضای تیم درمانی در جهت اصلاح این عوارض به کار ببندد. به عنوان مثال سکتته‌ی قلبی، نارسایی قلبی، سوختگی‌های شدید، HIV، ساکشن کردن محتویات معده و آنژیوگرافی قلب نمونه‌هایی از تشخیص‌های پزشکی یا پروسیجرهای تشخیصی-درمانی پزشکی هستند که

¹ readiness for enhanced

مشکلات مشارکتی زیر به ترتیب در مورد آن‌ها صدق می‌کند: دیس‌ریتمی، ادم ریوی، شوک هیپوولمیک، نقص ایمنی، آلكالوز و خون‌ریزی. مشکلات مشارکتی در طرح‌های مراقبت پرستاری تحت عنوان «عوارض بالقوه»¹ نیز نامیده می‌شوند.

۳- برنامه‌ریزی

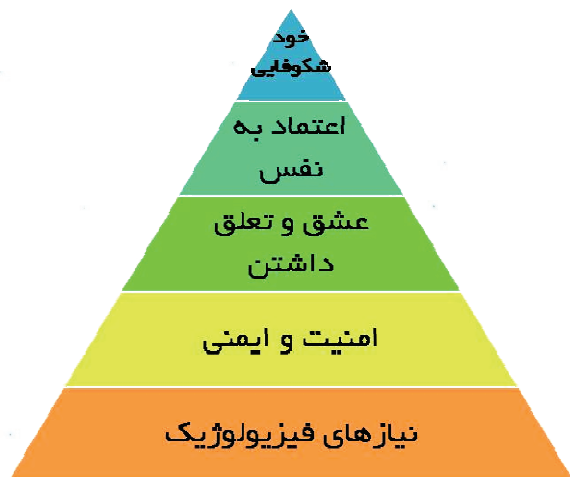
سومین مرحله از فرآیند پرستاری، برنامه‌ریزی است. در این مرحله چهار کار انجام می‌شود:

۱. اولویت‌گذاری تشخیص‌های پرستاری و مشکلات مشارکتی
۲. تعیین اهداف یا نتایج مورد انتظار
۳. انتخاب اقدامات پرستاری مناسب
۴. مکتوب کردن طرح مراقبتی

از قبل دانستیم که فرآیند پرستاری بیمار محور است. پرستار حق ندارد به جای بیمار و برای بیمار تصمیم بگیرد. در زمان طراحی طرح مراقبت پرستاری، پرستار می‌بایست دائماً با بیمار در تماس باشد و ضمن صحبت و مطرح کردن طرح با وی، از نظراتش در طراحی و اصلاح طرح مراقبتی استفاده کند. طرح‌هایی که پرستار از دیدگاهی قیّم‌مآبانه برای بیمار می‌نویسد به احتمال فراوان با شکست روبه‌رو خواهند شد.

چگونه تشخیص‌های پرستاری را اولویت‌گذاری کنیم؟

پرواضح است که تمام مشکلات بیمار در طی مدت زمان کوتاه بستری بودن وی در بیمارستان قابل مرتفع شدن نیستند. بنابراین باید مشخص شود که از بین تمام مشکلات بیماران، کدامیک به اقدامی فوری‌تر نیاز دارد. اولویت‌گذاری به معنای ردیف کردن مشکلات به ترتیب پراهمیت یا فوری، تا کم اهمیت می‌باشد.



یک روش انحصاری برای اولویت‌بندی مشکلات بیمار وجود ندارد. اما یکی از بهترین و پذیرفته‌شده‌ترین روش‌های اولویت‌گذاری، استفاده از «هرم نیازهای مازلو» است. بر اساس نظر مازلو، نیازهای فیزیولوژیک نسبت به سایر نیازها اولویت بیشتری دارند. از بین نیازهای فیزیولوژیک نیز آن دسته از نیازها که به سیستم‌های حیاتی بدن مربوط هستند وزن بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند.

اختلال در تغذیه: کم‌تر از نیاز بدن، الگوی ناموثر تنفس، درد، اختلال در بلع و احتباس ادراری مثال‌هایی از تشخیص‌های پرستاری در حیطه‌ی فیزیولوژیک هستند.

خطر صدمه، اختلال در ارتباطات کلامی، اختلال در فرآیندهای فکری، اضطراب و ترس نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری هستند که به ایمنی و امنیت بیمار مرتبط هستند. انزوای اجتماعی، اختلال در تعاملات اجتماعی، وقفه در فرآیندهای خانوادگی و تضاد در نقش والدینی مثال‌هایی از تشخیص‌های پرستاری مطرح در حیطه‌ی عشق و تعلق داشتن می‌باشند. اختلال در تصویر بدنی، ناتوانی، احساس فشار در نقش مراقبت دهنده‌گی و

¹ potential complications

شیردهی ناموثر از جمله تشخیص‌های پرستاری هستند که به حیثی اعتماد به نفس مربوطند. تاخیر در رشد و تکامل و پریشانی معنوی دو تشخیص پرستاری هستند که نشان دهنده‌ی مشکل در حیثی خودشکوفایی فرد می‌باشند.

چگونه برای طرح مراقبت پرستاری هدف بنویسیم؟

تعیین هدف به پرستار کمک می‌کند تا در مورد مفید بودن یا نبودن اقدامات پرستاری طراحی شده قضاوت کند. تعیین اهداف صحیح، ارزیابی اقدامات انجام شده را راحت می‌کند. اهداف می‌توانند کوتاه مدت، میان مدت یا بلند مدت باشند. اهداف کوتاه مدت، اهدافی هستند که در طی چند روز تا یک هفته قابل دسترسی باشند. معمولاً اهدافی که برای طرح‌های مراقبت پرستاری بیماران بستری در بیمارستان نوشته می‌شوند، از این دست هستند.

اهداف بلند مدت، اهدافی هستند که دستیابی به آن‌ها به هفته‌ها تا ماه‌ها زمان احتیاج دارد. این دسته از اهداف برای بیمارانی که دارای مشکلات مزمن هستند، مفید می‌باشند و معمولاً در بیمارستان‌ها کاربرد ندارند. استفاده از این اهداف در خانه‌های سالمندان، آسایشگاه‌های بیماران و پرستاری در منزل معنا می‌یابد. مثلاً بازگشتن تحرک اندام فلج شده در بیمار دچار سکته‌ی مغزی، هدفی بلند مدت می‌باشد که دستیابی به آن در زمان بستری بودن کوتاه مدت بیمار در بیمارستان قابل دستیابی نیست.

اهداف نوشته شده، باید دارای خصوصیات زیر باشند:

- با توجه به مشکل ذکر شده در عبارت تشخیص پرستاری نوشته شوند.
- واضح و مشخص باشند. دقیقاً معلوم باشد که پرستار و بیمار بعد از انجام اقدامات پرستاری باید انتظار چه چیزی را داشته باشند.
- از دید بیمار نوشته شوند نه از دید پرستار؛ یعنی هدفی باشد که بیمار به آن دست می‌یابد.
- قابل اندازه‌گیری باشند. تعیین دست یافتن بیمار به هدف مورد نظر با خصوصیت ذکر شده قابل تشخیص باشد.
- واقعی باشند. اهداف می‌بایست با در نظر گرفتن محدودیت‌های زمانی و امکاناتی شما تعیین شوند. تعیین اهداف بلندپروازانه نتیجه‌ای جز فرسودگی و از بین رفتن اعتماد به نفس ندارند.
- دارای زمان دستیابی باشد. تعیین زمانی که پرستار انتظار دارد بیمار به هدف مورد نظر دست یابد، زمان مورد انتظار برای ارزیابی طرح مراقبتی را فراهم می‌کند.

مثلاً در مورد تشخیص پرستاری «یبوست در ارتباط با کاهش مصرف مایعات، کمبود فیبر در غذای دریافتی و کاهش فعالیت که به شکل ناتوانی در اجابت مزاج در ۳ روز گذشته، کرامپ‌های شکمی و فشار برای دفع مدفوع خود را نشان داده است»، هدف ذیل مناسب می‌باشد: «بیمار در طی ۲ روز آینده اجابت مزاج خواهد داشت».

نوشتن هدف برای مشکلات مشارکتی با نوشتن هدف برای تشخیص‌های پرستاری اندکی متفاوت است. اهداف مشارکتی به جای اینکه از دید بیمار نوشته شوند، از دید پرستار نوشته می‌شوند؛ و معمولاً بر آنچه پرستار برای تشخیص و برطرف کردن زوددهنگام مشکل می‌بیند، گزارش می‌کند، ثبت می‌کند یا انجام می‌دهد، متمرکز هستند به عنوان مثال اگر پرستار خون‌ریزی گوارشی را به عنوان مشکلی مشارکتی تشخیص دهد، هدف ذیل را برای آن خواهد نوشت: «از وقوع خون‌ریزی گوارشی با استناد به آزمایش خون مخفی در مدفوع، تعداد گلبول‌های قرمز بیش‌تر از ۲/۵ میلیون در دسی‌لیتر و علائم حیاتی طبیعی، پیشگیری خواهد شد».

چه اقداماتی را برای رسیدن به اهداف تعیین شده انتخاب کنیم؟

اقدامات پرستاری که برای حل یک مشکل انتخاب می‌شوند می‌بایست در وهله‌ی اول اتیولوژی (علت) مشکل را هدف قرار دهند. پرستار بر اساس دانش و تجربه‌ی خود اقدامات پرستاری را که بیمار را به هدف تعیین شده برسانند انتخاب می‌کند. هر اقدام پرستاری که انتخاب می‌شود باید واجد شرایط زیر باشد:

- از ایمنی کافی برخوردار باشد.
- مبنای علمی داشته باشد.
- با توجه به شرایط بیمار و امکانات محیطی قابلیت اجرایی داشته باشد.
- در محدوده‌ی اختیارات قانونی پرستار باشد.
- با دستورات پزشکی مغایرت نداشته باشد.

با در نظر گرفتن این خصوصیات، انتخاب اقدامات پرستاری مناسب، وظیفه‌ای حساس است که نیازمند دانش و دقت فراوان می‌باشد. از انتخاب اقدامات پرستاری بر مبنای حدس و گمان و روتین‌های بیمارستان اکیداً خودداری کنید. همانطور که گفته شد، اقدامات پرستاری باید مبنای علمی صحیحی داشته و از نظر علمی قابل دفاع باشند. قبل از کسب تبخّر کافی در زمینه‌ی نوشتن طرح مراقبت پرستاری، می‌توانید در زمان انتخاب اقدامات پرستاری به کتب مرجع پرستاری از جمله به کتاب‌های معروف و معتبر برونر، بلک و فیپس در زمینه‌ی بیماری‌های داخلی و جراحی، یا کتاب وونگ یا مارلو در زمینه‌ی بیماری‌های اطفال مراجعه کنید. کتاب جالب و کم‌نظیر «راهنمای برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری اولریچ» که تحت همین نام به فارسی نیز ترجمه شده است، نیز اختصاصاً از تشخیص‌های پرستاری و اقدامات مربوطه به تفکیک بیماری‌های مختلف بحث می‌کند و برای پرستاران در زمان انتخاب طرح مراقبتی می‌تواند بسیار مفید و راه‌گشا باشد و ذهن آن‌ها را در زمینه‌ی دامنه‌ی اختیارات یک پرستار بازتر کند.

یکی از منابع نسبتاً خوب و در دسترس دیگر، کتاب سه جلدی «راهنمای بالینی پرستاری» است که در سال ۱۳۸۸ توسط جمعی از اساتید برجسته‌ی پرستاری از دانشگاه‌های سرتاسر کشور و با استفاده از منابع معتبر، نوشته و توسط دفتر امور پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر و نسخه‌های چاپی آن در اختیار بیمارستان‌ها قرار گرفته است. فایل‌های کامل این مجموعه‌ی سه جلدی نیز بر روی وبسایت اداره‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز قرار گرفته و در آدرس http://darman.sums.ac.ir/nursing/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=63 قابل مشاهده و دانلود می‌باشند. در این کتب، که بر اساس حیطه‌های مختلف کاری پرستاران فصل‌بندی شده است، تشخیص‌های پرستاری شایع در هر حیطه با ذکر عوامل مرتبط با اتیولوژی تحت عنوان «بیان مشکل» آورده شده‌اند. در ادامه، اهداف مورد انتظار برای هر تشخیص پرستاری، تحت عنوان «برآیندهای مورد انتظار» و اقدامات پرستاری تحت عنوان «توصیه‌های پرستاری» و «آموزش به بیمار» ردیف شده‌اند.

مراجعه‌ی مکرر به منابع در شروع اجرای فرآیند پرستاری ضروری است. اما به خاطر داشته باشید که طرح مراقبت پرستاری برای هر بیمار اختصاصی است و تقلید کورکورانه و رونویسی از منابع معرفی شده به هیچ وجه جایز نمی‌باشد. مطالب ذکر شده در منابع فوق‌الذکر و نمونه‌های ارائه شده در آن‌ها فقط راهنمای نوشتن طرح مراقبتی هستند و نباید باعث مسدود شدن جریان تفکر و نوآوری شما شوند. انتخاب عوامل مرتبط برای نوشتن تشخیص‌های پرستاری، نوشتن اهداف یا انتخاب اقدامات پرستاری همه با توجه به وضعیت بیمار و شرایط و امکانات محیطی صورت می‌گیرند. ممکن است بسیاری از توصیه‌های ارائه شده برای یک مشکل، به دلایل مختلف در مورد بیمار شما قابل اجرا نباشند؛ دلیلی ندارد این اقدامات را در طرح مراقبتی خود بیاورید. از طرف دیگر، ممکن است با استفاده از دانش و خلاقیت خود و در نظر گرفتن شرایط، اقدامی به ذهن شما خطور کند که

علی‌رغم مفید و کاربردی بودن، به ذهن نویسندگان کتب نرسیده و در این راهنماها وارد نشده باشد. اگر چنین اقدامی را از هر نظر علمی، عملی و درست می‌دانید، چرا بیمار خود را از آن محروم کنید؟

طرح مراقبت پرستاری چگونه مکتوب می‌شود؟

اقدامات پرستاری طراحی شده باید بر روی کاغذ یا به شکل رایانه‌ای ثبت شوند تا هم جنبه‌ی قانونی داشته و هم توسط پرستاران دیگر قابل مشاهده و پیگیری باشند. طرح مراقبت پرستاری پس از نوشته شدن باید امضاء شوند تا اعتبار داشته باشند. معمولاً طرح مراقبت پرستاری توسط یک پرستار ارشد در بخش، نوشته و توسط سایر همکاران یا رده‌های پایین‌تر پرستاری در طی یک بازه‌ی زمانی در شیفت‌های مختلف برای بیمار اجرا می‌گردد. هر جا که نیاز باشد طرح مراقبتی بازنگری و اصلاح می‌شود.

چون نوشتن طرح مراقبتی دست‌نویس، وقت‌گیر می‌باشد، برخی از بیمارستان‌ها از روش‌های دیگر مکتوب‌سازی و ثبت فرآیند پرستاری، مثل «طرح‌های مراقبتی استاندارد»^۱، «طرح‌های مراقبتی رایانه‌ای»^۲، «طرح‌های نوشته شده بر مبنای استانداردهای مکتوب سازمانی»^۳ یا «مسیرهای بالینی»^۴ استفاده می‌کنند. در صورت علاقمندی می‌توانید توضیحات تکمیلی در مورد هر کدام از این روش‌ها را در کتاب‌های تخصصی که از مستندسازی در پرستاری بحث می‌کنند، پیدا کنید. انتخاب روش مکتوب‌سازی طرح مراقبت پرستاری در اختیار بیمارستان‌ها و موسسات درمانی می‌باشد که با در نظر گرفتن شرایط و امکانات خود، نوعی روش را که برای آن‌ها سهولت و کارایی بیشتری دارد، انتخاب و اجرا کنند.

دستیابی به اهداف طرح‌های مراقبت پرستاری نیازمند تداوم و پیگیری در اجرای اقدامات و اصلاح پی‌درپی آن‌ها می‌باشد. طرح‌های مراقبت پرستاری می‌بایست درون پرونده بیماران یا در محلی از بخش که برای پرستاران مراقبت‌کننده از بیمار قابل دسترس باشد قرار داده شوند.

۴- اجرا

تا الان همه چیز بر روی کاغذ است و هنوز در عمل هیچ کاری انجام نشده است. پس از مکتوب کردن طرح مراقبت پرستاری حالا نوبت اجرای آن فرا رسیده است. پرستار همانگونه که دستورات پزشکی را اجرا می‌کند، باید دستورات پرستاری را نیز که در طرح مراقبتی نوشته شده‌اند اجرا کند. اقدامات پرستاری و پزشکی می‌بایست هر دو مکمل همدیگر باشند.

اجرای دستورات پرستاری یا به طور مستقیم و بدون واسطه توسط پرستار برای بیمار انجام می‌شوند؛ یا اقدام توسط خود بیمار یا فرد دیگری انجام می‌شود و پرستار به اجرای آن کمک می‌کند؛ یا توسط خود بیمار یا فرد دیگری انجام می‌شود و پرستار فقط ناظر اجرای کار است. گاهی در اجرای اقدامات پرستاری، پرستار نقش آموزش دهنده را ایفا می‌کند و یک سری مسایل مرتبط با سلامتی را به بیمار یا اطرافیان وی آموزش می‌دهد. برخی اوقات هم پرستار صرفاً علایم، نشانه‌ها، مقادیر و نتایج پاراکلینیکی را تحت نظر می‌گیرد. تمام این‌ها حیطه‌های اجرای اقدامات پرستاری هستند.

1 standardized care plans

2 computer-generated care plans

3 care plans based on an agency's written standards

4 clinical pathways

پس از اجرا، زمان ثبت اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به اقدامات می‌باشد. اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به اقدامات، در قالب گزارشات پرستاری در پرونده‌ی بیمار ثبت می‌شوند. این گزارشات مدرکی هستند دال بر اینکه فرآیند پرستاری اجرایی شده است.

۵- ارزیابی

آخرین مرحله از مراحل پنج‌گانه فرآیند پرستاری، ارزیابی است. در این مرحله پرستار مشخص می‌کند که بیمار به اهدافی که در مرحله‌ی برنامه‌ریزی مشخص شده بود، رسیده است یا نه؟ هرچند این مرحله را به طور کلاسیک مرحله‌ی انتهایی فرآیند پرستاری تلقی می‌کنند، اما همانطور که در ابتدای بحث نیز اشاره شد، فرآیند پرستاری فرآیندی پویا و چرخه‌ای است. اطلاعات به دست آمده از ارزیابی، خود بررسی برای شروع یک فرآیند پرستاری جدید است.

ارزیابی مشخص می‌کند که آیا اقدامات اجرا شده برای بیمار نفعی را به دنبال داشته است یا نه؟ سه حالت ممکن است ایجاد شود:

- بیمار به طور کامل به اهداف از پیش تعیین شده دست یافته است.
- دستیابی بیمار به اهداف از پیش تعیین شده به طور نسبی بوده است.
- اهداف تعیین شده اصلاً محقق نشده‌اند.

حالت اول نشان دهنده‌ی صحیح بودن اقدامات طراحی شده و اجرای درست آن‌ها می‌باشد. در این حالت نیازی به ادامه یافتن اقدامات طراحی شده نیست. حالات دوم و سوم بیانگر نقص در بررسی، طراحی و اجرای طرح مراقبتی است. علل مختلفی ممکن است باعث بروز این نقص شده باشند. از اطلاعات ناصحیح در زمان بررسی بیمار گرفته تا تشخیص پرستاری غلط، هدفگذاری نامناسب، انتخاب اقدامات ناموثر یا اجرای ناقص اقدامات طراحی شده همه از دلایل عدم دسترسی به اهداف می‌باشند. در این صورت باید دلایل عدم دستیابی به اهداف به دقت مورد بررسی قرار گیرند. پس از تشخیص علل نقص، باید طرح مراقبتی اصلاح گردد. قبل از اصلاح طرح مراقبتی می‌بایست نتایج ارزیابی در اختیار بیمار قرار گیرد و در مورد دلایل عدم موفقیت طرح با وی صحبت کرد و از نظرات وی در نوشتن طرح مراقبتی جدید استفاده کرد.

اکنون که بحث به انتهای خود رسیده است، بیایید مراحل اجرای فرآیند پرستاری را در هجده جمله خلاصه

کنیم:

۱. با مشاهده، مصاحبه و معاینه، اطلاعات را جمع‌آوری کنید.
۲. اطلاعات مرتبط با هم را در چند گروه، جمع‌بندی و منظم کنید.
۳. ببینید کدام یک از اطلاعات طبیعی و کدام غیرطبیعی هستند.
۴. از خلال اطلاعات، مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار را شناسایی کنید.
۵. مشکلات را در قالب تشخیص‌های پرستاری و مشکلات مشارکتی بنویسید.
۶. لیست تشخیص‌های پرستاری را به ترتیب اولویت مرتب کنید.
۷. اهداف مورد انتظار را تعیین کنید.
۸. با رجوع به منابع معتبر، اقدامات پرستاری را که در مورد بیمار قابلیت اجرا دارند انتخاب کنید.

۹. راهکارهای اجرایی شدن اقدامات پرستاری را به وضوح تعیین کنید.
۱۰. طرح را مکتوب کنید.
۱۱. طرح را با سایر همکاران، خود بیمار و اطرافیان وی در میان بگذارید و نظرات آنها را جویا شوید.
۱۲. دستورات پرستاری را اجرا کنید.
۱۳. پاسخ بیمار را زیر نظر داشته باشید.
۱۴. تمام اقدامات انجام شده و پاسخ‌های بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کنید.
۱۵. پاسخ‌های بیمار را با اهداف تعیین شده مقایسه کنید.
۱۶. پیشرفت طرح را با بیمار، خانواده و سایر همکاران در میان بگذارید.
۱۷. طرح مراقبتی را در حیطه‌هایی که موفقیت‌آمیز نبوده‌اند اصلاح کنید.
۱۸. اجرا و ارزیابی طرح را تا وصول نتیجه ادامه دهید.

ضمائم

پیوست یک: فهرست تشخیص‌های پرستاری مصوب ناندا ۲۰۱۷-۲۰۱۵
پیوست دو: تعاریف تشخیص‌های پرستاری منتخب
پیوست سه: نمونه یک طرح مراقبت پرستاری

فهرست تشخیص های پرستاری مصوب NANDA-I مربوط به سالهای ۲۰۱۷-۲۰۱۵

ترجمه: ناهید علیزاده

سرپرستار بخش جراحی بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)

۱- حوزه ارتقای سلامت

دسته ۱: آگاهی از سلامت

- Deficient diversional activity: کمبود فعالیت تفریحی
- Sedentary lifestyle: سبک زندگی راکد

دسته ۲: مدیریت سلامت

- Frail elderly syndrome: سندرم ضعف در سالمندان
- Risk for frail elderly syndrome: خطر ابتلا به سندرم ضعف در سالمندان
- Deficient community health: کمبود سلامت جامعه
- Risk-prone health behavior: رفتار سلامت در معرض خطر
- Ineffective health maintenance: حفظ ناکارآمد سلامت
- Ineffective health management: مدیریت ناکارآمد سلامت
- Readiness for enhanced health management: آمادگی مدیریت بهتر سلامت
- Ineffective protection: حفاظت ناکارآمد
- Ineffective family health management: مدیریت ناکارآمد سلامت خانواده
- Noncompliance: تمرد و نافرمانی
- Ineffective protection: حفاظت ناکارآمد

۲- حوزه تغذیه

دسته ۱: بلعیدن

- Insufficient breast milk: کمبود شیر مادر
- Ineffective breastfeeding: شیردهی ناکارآمد
- Interrupt breastfeeding: شیردهی منقطع
- Readiness for enhanced breastfeeding: آمادگی شیردهی بهتر
- Ineffective infant feeding pattern: الگوی ناکارآمد تغذیه کودک
- Imbalanced nutrition: less than body requirements: تعذیه نامتعادل: کمتر از حد نیاز بدن
- Readiness for enhanced nutrition: آمادگی تعذیه بهتر
- Obesity: چاقی
- Overweight: اضافه وزن
- Risk for overweight: خطر داشتن اضافه وزن
- Impaired swallowing: اختلال در بلعیدن

دسته ۲: هضم

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۳: جذب

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۴: متابولیسم

- Risk for unstable blood glucose level: خطر بروز سطح ناپایدار گلوکز خون
- Neonatal jaundice: یرقان نوزادی
- Risk for neonatal jaundice: خطر ابتلا به یرقان نوزادی
- Risk for impaired liver function: خطر بروز اختلال عملکرد کبد

دسته ۵: جذب آب بدن

- Risk for electrolyte imbalance: خطر بروز عدم تعادل الکترولیت
- Readiness for enhanced fluid balance: آمادگی تعادل بهتر مایع
- Deficient fluid volume: کمبود حجم مایع
- Risk for deficient fluid volume: خطر کمبود حجم مایع
- Excess fluid volume: حجم بیش از حد مایع
- Risk for imbalanced fluid volume: خطر بروز حجم نامتعادل مایع

۳- حوزه تبادلات و دفع

دسته ۱: ارزیابی سیستم ادراری

- Impaired urinary elimination: اختلال در دفع ادرار
- Readiness for enhanced urinary elimination: آمادگی دفع بهتر ادراری
- Functional urinary incontinence: بی اختیاری عملکردی ادراری
- Overflow urinary incontinence: بی اختیاری سرریزی ادراری
- Reflex urinary incontinence: بی اختیاری رفلکسی ادراری
- Stress urinary incontinence: بی اختیاری استرسی ادراری
- Urge urinary incontinence: بی اختیاری اورژانسی ادراری
- Risk for urge urinary incontinence: خطر بروز بی اختیاری اورژانسی ادراری
- Urinary retention: احتباس ادراری

دسته ۲: ارزیابی دستگاه گوارش

- Constipation: یبوست
- Risk for constipation: خطر ابتلا به یبوست
- Chronic functional constipation: یبوست مزمن عملکردی
- Risk for chronic functional constipation: خطر ابتلا به یبوست مزمن عملکردی
- Perceived constipation: احساس یبوست
- Diarrhea: اسهال
- Dysfunctional gasterointenstinal motility: اختلال در تحرک گوارشی
- Risk for dysfunctional gasterointenstinal motility: خطر ابتلا به اختلال در تحرک گوارشی
- Bowel incostinence: بی اختیاری روده ای

دسته ۳: بیماریهای پوستی

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۴: ارزیابی دستگاه تنفسی

- Impaired gas exchange: اختلال تبادلات گازی

۴- حوزه فعالیت / استراحت

دسته ۱: خواب / استراحت

- Insomnia: بی خوابی
- Sleep deprivation: محرومیت از خواب
- Readiness for enhanced sleep: آمادگی خواب بهتر
- Disturbed sleep pattern: الگوی خواب مختل شده

دسته ۲: فعالیت / تمرین

- Risk for disuse syndrome: خطر ابتلا به سندروم تنبلی / عدم تحرک
- Impaired bed mobility: اختلال تحرک در بستر
- Impaired physical mobility: اختلال در تحرک فیزیکی
- Impaired wheelchair mobility: اختلال تحرک با ویلچیر
- Impaired sitting: اختلال در نشستن
- Impaired standing: اختلال در ایستادن
- Impaired transfer ability: اختلال در عدم توانایی فرد برای جابجایی
- Impaired walking: اختلال در راه رفتن فرد

دسته ۳: تعادل انرژی

- Fatigue: خستگی
- Wandering: سرگردانی

دسته ۴: واکنشهای قلبی و عروقی / ریوی

- Activity intolerance: عدم تحمل فعالیت
- Risk for activity intolerance: خطر بروز عدم تحمل فعالیت
- Ineffective breathing pattern: اختلال در الگوی تنفس
- Decreased cardiac output: کاهش خروجی قلب
- Risk for decreased cardiac pattern: خطر بروز کاهش خروجی قلب
- Risk for impaired cardiovascular function: خطر بروز اختلال در عملکرد قلبی عروقی
- Risk for ineffective gasteriointestinal perfusion: خطر بروز اختلال در خون رسانی گوارشی
- Risk for ineffective renal perfusion: خطر بروز اختلال در خون رسانی کلیوی
- Impaired spontaneous ventilation: اختلال در ونتیلاسیون خود به خود
- Risk for decreased cardiac tissue perfusion: خطر در کاهش خون رسانی بافت قلب
- Risk for ineffective cerebral tissue perfusion: خطر بروز اختلال در خون رسانی به بافت مغز
- Ineffective peripheral tissue perfusion: اختلال در خون رسانی بافتی محیطی

- Risk for ineffective peripheral tissue perfusion: خطر بروز اختلال در خون رسانی بافتی محیطی
- Dysfunctional ventilatory weaning response: عدم واکنش به اختلال کارکرد ونتیلاتور

دسته ۵: مراقبت از خود

- Impaired home maintenance: اختلال مراقبت در منزل
- Bathing self-care deficit: ناتوانی فرد در استحمام خود
- Dressing self-care deficit: ناتوانی فرد در لباس پوشیدن خود
- Feeding self-care deficit: ناتوانی فرد در تغذیه خود
- Toileting self-care deficit: ناتوانی فرد در توالیت رفتن و نظافت خود
- Readiness for enhanced self-care: آمادگی بیمار در مراقبت بهتر از خود
- Self-neglect: غفلت از خود

۵- حوزه ادراک و شناخت

دسته ۱: توجه

- Unilateral neglect: غفلت یکطرفه

دسته ۲: گرایش

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۳: احساس / ادراک

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۴: شناخت

- Acute confusion: سردرگمی حاد
- Risk for acute confusion: خطر بروز سردرگمی حاد
- Chronic confusion: سردرگمی مزمن
- Labile emotional control: کنترل ناپایدار احساس
- Ineffective impulse control: اختلال در کنترل انگیزه
- Deficient knowledge: کمبود آگاهی
- Readiness for enhanced knowledge: آمادگی برای درک بهتر
- Impaired memory: اختلال حافظه

دسته ۵: ارتباط

- Readiness for enhanced communication: آمادگی برای ارتباط بهتر
- Impaired verbal communication: اختلال ارتباط کلامی

۶- حوزه خود ادراکی

دسته ۱: خودپنداره

- Readiness for enhanced hope: آمادگی برای امید بهتر
- Hopelessness: ناامیدی
- Risk for compromised human dignity: خطر نزول کرامت انسانی

- Disturbed personal identity: اختلال در هویت فردی
- Risk for disturbed personal identity: خطر بروز اختلال در هویت فردی
- Readiness for enhanced self-concept: آمادگی برای خود پنداری

دسته ۲: عزت نفس

- Chronic low self-esteem: عزت نفس پایین مزمن
- Risk for chronic low self-esteem: خطر بروز عزت نفس پایین مزمن
- Situational low self-esteem: عزت نفس پایین موقعیتی
- Risk for situational low self-esteem: خطر بروز عزت نفس پایین موقعیتی

دسته ۳: تصویر بدنی

- Disturbed body image: اختلال در تصویر بدنی

۷- حوزه روابط نقش

دسته ۱: نقشهای مراقبتی

- Caregiver role strain: فشار ناشی از ایفای نقش مراقبت کننده
- Risk for caregiver role strain: خطر فشار ناشی از ایفای نقش مراقبت کننده
- Impaired parenting: اختلال در فرزند داری
- Readiness for enhanced parenting: آمادگی بهبود فرزند داری
- Risk for impaired parenting: خطر بروز اختلال در فرزند داری

دسته ۲: روابط خانوادگی

- Risk for impaired attachment: خطر بروز اختلال در وابستگی
- Dysfunctional family processes: فرایندهای ناکارآمد خانوادگی
- Interrupted family processes: فرایندهای خانوادگی منقطع
- Readiness for enhanced family processes: آمادگی بهبود فرایندهای خانوادگی

دسته ۳: عملکرد نقش

- Ineffective relationship: رابطه ناکارآمد
- Readiness for enhanced relationship: آمادگی ایجاد رابطه بهتر
- Risk for ineffective relationship: خطر ایجاد رابطه ناکارآمد
- Parent role conflict: تعارض در ایفای نقش والدین
- Ineffective role performance: عملکرد ناکارآمد نقش
- Impaired social interaction: اختلال در تعامل اجتماعی

۸- حوزه رابطه جنسی

دسته ۱: هویت رابطه جنسی

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۲: عملکرد رابطه جنسی

- Sexual dysfunction: اختلال در عملکرد جنسی

• Ineffective sexuality pattern: الگوی ناکارآمد جنسی

دسته ۳: تولید مثل

- Ineffective childbearing process: فرایند ناکارآمد بچه زایی
- Readiness for enhanced childbearing process: آمادگی بهبود فرایند بچه زایی
- Risk for ineffective childbearing process: خطر فرایند ناکارآمد بچه زایی
- Risk for disturbed maternal-fetal dyad: خطر بروز اختلال در زوج مادر - جنین

۹- حوزه تحمل تنش و تطابق

دسته ۱: واکنش‌های پس از تروما

- Post-trauma syndrome: سندرم پس از تروما
- Risk for post-trauma syndrome: خطر ابتلا به سندرم پس از ترما
- Rape-trauma syndrome: سندرم ترومای ناشی از تجاوز جنسی
- Relocation stress syndrome: سندرم استرس تغییرمکان
- Risk for relocation stress syndrome: خطر ابتلا به سندرم استرس تغییرمکان

دسته ۲: واکنش‌های تطابق

- Ineffective activity planning: برنامه ریزی ناکارآمد فعالیت
- Risk for ineffective activity planning: خطر انجام برنامه ریزی ناکارآمد فعالیت
- Anxiety: نگرانی
- Defensive coping: تطابق دفاعی
- Ineffective coping: تطابق ناکارآمد
- Readiness for enhanced coping: آمادگی بهبود وضعیت تطابق
- Ineffective community coping: تطابق اجتماعی ناکارآمد
- Readiness for enhanced community coping: آمادگی بهبود تطابق جامعه
- Compromised family coping: اختلال در تطابق خانواده
- Disabled family coping: ناتوانی خانواده برای انجام تطابق
- Readiness for enhanced family coping: آمادگی بهبود وضعیت تطابق در خانواده
- Death anxiety: نگرانی از مرگ
- Ineffective denial: انکار ناکارآمد
- Fear: ترس
- Grieving: غم و اندوه
- Complicated grieving: غم و اندوه پیچیده
- Risk for complicated grieving: خطر بروز غم و اندوه پیچیده
- Impaired mood regulation: اختلال در کنترل خلق و خو
- Readiness for enhanced power: آمادگی بهبود توان
- Powerlessness: ناتوانی
- Risk for powerlessness: خطر بروز ناتوانی
- Impaired resilience: اختلال در تاب آوری

- Readiness for enhanced resilience: آمادگی بهبود تاب آوری
- Risk for impaired resilience: خطر بروز اختلال در تاب آوری
- Chronic sorrow: غم و اندوه مزمن
- Stress overload: استرس بیش از حد

دسته ۳: استرس عصبی رفتاری

- Decreased intracranial adaptive capacity: ظرفیت تطابقی کاهش یافته داخل مغزی
- Autonomic dysreflexia: دیس رفلکسی اتونومی
- Risk for autonomic dysreflexia: خطر ابتلا به دیس رفلکسی اتونومی
- Disorganized infant behavior: آشفتگی رفتار کودک
- Readiness for enhanced organized infant behavior: آمادگی بهبود رفتار سازمان یافته کودک
- Risk for disorganized infant behavior: خطر بروز آشفتگی در رفتار کودک

۱۰- حوزه اصول زندگی

دسته ۱: ارزشها

- None at present time: فعلاً موردی وجود ندارد

دسته ۲: اعتقادات

- Readiness for enhanced spiritual well-being: آمادگی برای بهبود سلامت روحی

دسته ۳: تناسب بین ارزش / اعتقاد / عمل

- Readiness for enhanced decision-making: آمادگی برای بهبود تصمیم گیری
- Decisional conflict: تعارض در تصمیم گیری
- Impaired emancipated decision-making: اختلال در تصمیم گیری آزادانه
- Decision-making: تصمیم گیری
- Risk for impaired emancipated decision-making: خطر بروز اختلال در تصمیم گیری آزادانه
- Moral distress: تنش اخلاقی
- Impaired religiosity: اختلال تعصب مذهبی (دینداری)
- Readiness for enhanced religiosity: آمادگی بهبود وضعیت تعصب مذهبی (دینداری)
- Risk for impaired religiosity: خطر اختلال تعصب مذهبی (دینداری)
- Spritual distress: تنش معنوی
- Risk for spritual distress: خطر بروز تنش معنوی

۱۱- حوزه امنیت / حفاظت

دسته ۱: عفونت

- Risk for infection: خطر بروز عفونت

دسته ۲: آسیب جسمانی

- Ineffective airway clearance: پاکیزگی ناکارآمد راههای هوایی
- Risk for aspiration: خطر مشکلات تنفسی

- Risk for bleeding: خطر خونریزی
- Risk for dry eye: خطر خشکی چشمها
- Risk for falls: خطر وقوع سقوط
- Risk for injury: خطر مصدومیت
- Risk for corneal injury: خطر بروز آسیب به قرنیه
- Risk for perioperative positioning injury: خطر ناشی از وضعیت بدن حین عمل جراحی
- Risk for thermal injury: خطر آسیب حرارتی
- Risk for urinary tract injury: خطر آسیب به دستگاه ادراری
- Impaired dentition: اختلال در ساختمان دندانها
- Impaired oral mucous membrane: اختلال غشای مخاطی دهان
- Risk for impaired oral mucous membrane: خطر بروز اختلال در غشای موکوزی
- Risk for peripheral neurovascular dysfunction: خطر اختلال محیطی عملکرد عصبی عروقی
- Risk for pressure ulcer: خطر بروز زخم فشاری
- Risk for shock: خطر بروز شوک
- Impaired skin integrity: اختلال در تمامیت پوستی
- Risk for impaired skin integrity: خطر بروز اختلال در تمامیت پوستی
- Risk for sudden infant death syndrome: خطر بروز سندرم مرگ ناگهانی کودک
- Risk for suffocation: خطر بروز خفگی
- Delayed surgical recovery: تأخیر در بهبودی پس از جراحی
- Risk for delayed surgical recovery: خطر بروز تأخیر در بهبودی پس از جراحی
- Impaired tissue integrity: اختلال در تمامیت بافتی
- Risk for impaired tissue integrity: خطر بروز اختلال در تمامیت بافتی
- Risk for trauma: خطر بروز تروما
- Risk for vascular trauma: خطر بروز ترومای عروقی

دسته ۳: خشونت

- Risk for other-directed violence: خطر اعمال خشونت با هدایت دیگران
- Risk for self-directed violence: خطر اعمال خشونت با هدایت خود
- Self-mutilation: آسیب رسانی به خود
- Risk for self-mutilation: خطر آسیب رسانی به خود
- Risk for suicide: خطر خودکشی

دسته ۴: خطرات محیطی

- Contamination: آلودگی
- Risk for contamination: خطر آلودگی
- Risk for poisoning: خطر مسمومیت

دسته ۵: فرایندهای دفاعی

- Risk for adverse reaction to iodinated contrast media: خطر واکنش مضر نسبت به مواد حاجب

یددار

- Risk for allergy response: خطر بروز حساسیت به آلرژی
- Latex allergy response: حساسیت به لاتکس
- Risk for latex allergy response: خطر حساسیت به لاتکس

دسته ۶: تنظیم حرارت بدن

- Risk for imbalanced body temperature: خطر بروز درجه نامتعادل بدن
- Hyperthermia: هایپرترمی
- Hypothermia: هایپوترمی
- Risk for hypothermia: خطر بروز هایپوترمی
- Risk for perioperative hypothermia: خطر بروز هایپوترمی حین عمل جراحی
- Ineffective thermoregulation: تنظیم ناکارآمد دمای بدن

۱۲- حوزه آسایش

دسته ۱: آسایش جسمانی

- Impaired comfort: اختلال در آسایش
- Readiness for enhanced comfort: آمادگی بهبود وضعیت آسایش
- Nausea: تهوع
- Acute pain: درد حاد
- Chronic pain: درد مزمن
- Impaired comfort: اختلال در آسایش
- Labor pain: درد زایمان
- Chronic pain syndrome: سندرم درد مزمن

دسته ۲: آسایش محیطی

- Impaired comfort: اختلال در آسایش
- Readiness for enhanced comfort: آمادگی بهبود وضعیت آسایش

دسته ۳: آسایش اجتماعی

- Impaired comfort: اختلال در آسایش
- Readiness for enhanced comfort: آمادگی بهبود وضعیت آسایش
- Risk for loneliness: خطر بروز تنهایی
- Social isolation: انزوای اجتماعی

۱۳- حوزه رشد / توسعه

دسته ۱: رشد

- Risk for disproportionate growth: خطر بروز رشد نامناسب

دسته ۲: توسعه

- Risk for delayed development: خطر بروز توسعه تأخیری
- Disturbed energy field: اختلال در میدان انرژی

Activitv/Resil
Activity intolerance: insufficient physiological or psychological energy to endure or complete required or desired daily activities

Activity intolerance, risk for: at risk for experiencing insufficient physiological or psychological energy to endure or complete required or desired daily activities

Disuse syndrome, risk for: at risk for deterioration of body systems as the result of prescribed or unavoidable musculoskeletal inactivity

Diversional activity, deficient: decreased stimulation from or interest or engagement in recreational or leisure activities

Fatigue: an overwhelming, sustained sense of exhaustion and decreased capacity for physical mental work at usual level

Insomnia: a disruption in amount and quality of sleep that impairs function

Mobility: bed, impaired: limitation of independent movement from one bed position to another

Mobility: physical, impaired: limitation in independent, purposeful physical movement for the body or of one or more extremities

Mobility: wheelchair, impaired: limitation of independent operation of wheelchair within the environment

Sedentary lifestyle: reports a habit of life that is characterized by a low physical activity level

Sleep deprivation: prolonged periods without sleep (sustained natural, periodic suspension of relative unconscious)

***Sleep pattern disturbed:** time-limited interruptions of sleep amount and quality due to external factors

Sleep, readiness for enhanced: a pattern of natural, periodic suspension of consciousness that provides adequate rest, sustains a desired lifestyle, and can be strengthened

Transfer ability, impaired: limitation of independence movement between two nearby surfaces

Walking, impaired: limitation of independent movement within the environment on foot (or artificial limb)

Circulation
***Bleeding, risk for:** at risk for a decrease in blood volume that may compromise health

Cardiac output, decreased: inadequate blood pumped by the heart to meet metabolic demands of the body

***Tissue perfusion, decreased cardiac tissue, risk for:** risk for a decrease in cardiac (coronary) circulation

***Tissue perfusion, ineffective, cerebral, risk for:** risk for decrease cerebral tissue circulation

***Tissue perfusion, ineffective, renal, risk for:** at risk for a decrease in blood circulation to the kidney that may compromise health

***Tissue perfusion, ineffective, gastrointestinal, risk for:** at risk for decrease I gastrointestinal circulation

Tissue perfusion, ineffective, peripheral: decrease in blood circulation to the peripheries that may compromise health

***Shock, risk for:** at risk for an inadequate blood flow to the body's tissues which may lead to life-threatening cellular dysfunction

Ego Integrity
Anxiety: vague, uneasy feeling of discomfort or dread accompanied by an autonomic response, with the source often nonspecific or unknown to the individual; a feeling of apprehension caused by anticipation of danger. It is an alerting signal that warns of impending danger and enables the individual to take measures to deal with threat.

Anxiety, death: vague uneasy feeling of discomfort or dread generated by perceptions of a real or imagined threat to one's existence

Body image, disturbed: confusion in mental picture of one's physical self

Coping, community, ineffective: pattern of community activities (for adaptation and problem solving) that is unsatisfactory for meeting the demands or needs of the community

Walking, impaired: a normal complex process that includes emotional, physical, spiritual, social and intellectual responses and behaviors by which individuals, families and communities incorporate an actual, anticipated or perceived loss into their daily lives

Grieving, complicated: a disorder that occurs after the death of a significant other, in which the experience of distress accompanying bereavement fails to follow normative expectations and manifest in functional impairment

Grieving, risk for complicated: a t risk for a disorder that occurs after the death of a significant other, in which the experience of distress accompanying bereavement fails to follow normative expectations and manifest in functional impairment

Health behavior, risk prone: impaired ability to modify lifestyle/behaviors in a manner consistent with a change in health status

Human dignity, risk for compromised: at risk for perceived loss of respect and honor

Personal identity, disturbed: inability to maintain an integrated and complete perception of self

Post trauma syndrome: sustained maladaptive response to a traumatic, overwhelming event

Post trauma syndrome, risk for: at risk for sustained maladaptive response to a traumatic, overwhelming event

Power, readiness for enhanced: a pattern of participating knowingly in change that is sufficient for well-being and can be strengthened

Powerlessness: perception that one's own actions will not significantly affect an outcome, perceived lack of control over current situation or immediate happening

Powerlessness, risk for: at risk for perceived lack of control over a situation and/or one's ability to significantly affect an outcome

Rape-trauma syndrome: sustained sexual act (penetration may not actually occur) against victim's will and consent

Coping, community, readiness for enhanced: pattern of community activities for adaptation and problem solving that is unsatisfactory for meeting the demands or needs of the community but that can also be improved for management or current and future problems/stressors

Coping, defensive: repeated projection of falsely positive self-evaluations based on self-protective pattern that defends against perceived threats to positive self regard

Coping, family, compromised: usually supportive primary person (family member or close friend) provides insufficient, ineffective, or compromised support, comfort, assistance, or encouragement that may be needed to manage or master adaptive tasks related to health challenge

Coping, family, disabled: behavior of significant person (family member or other primary person) that disables his or her capacity to effectively address tasks essential to either person's adaptation to health challenges

Coping, family, readiness for enhanced: effective management of adaptive tasks by family member involved with client's health challenge, who now exhibits desire and readiness for enhanced health and growth with regard to self in relation to client

Coping, (individual), readiness for enhanced: pattern of cognitive and behavioral efforts to manage demands that is sufficient for wellbeing and can be strengthened

Coping, ineffective: inability to form a valid appraisal of internal or external stressors, inadequate choices of practical responses, and/or to access or use available resources

Denial, ineffective: conscious or unconscious attempt to disavow anxiety the knowledge or meaning of an event, to reduce anxiety/fear, but leading to the detriment of health

Energy field disturbed: a disruption of the flow of energy surrounding a person's being, which results in a disharmony of mind and spirit

Fear: response to perceived threat that is consciously recognized as a danger

Relocation stress syndrome: physiological and/or psychological disturbances that result from transfer from one environment to another

Relocation stress syndrome, risk for: at risk for physiological and/or psychological disturbances that result from transfer from one environment to another

***Resilience, impaired individual:** decreased ability to sustain a pattern of positive responses to an adverse situation or crisis

***Resilience, readiness for enhanced:** a pattern of positive responses to an adverse situation or crisis that can be strengthened to optimize human potential

***Resilience, risk for compromised:** at risk for decreased ability to sustain a pattern of positive responses to an adverse situation or crisis

Self-concept readiness for enhanced: a pattern of perceptions or ideas about the self that is sufficient for well-being and can be strengthened

Self-esteem, chronic low: long-standing negative self-evaluations/feelings about self or self-capabilities

Self-esteem, situational low: development of a negative perception of self-worth in response to a current situation

Self-esteem, risk for situational low: at risk for developing negative perception of self-worth in response to a current situation

Sorrow, chronic: cyclical, recurring and potentially progressive pattern of pervasive sadness that is experienced (by parent, or caregiver, or individual with chronic illness or disability) in response to continual loss throughout the trajectory of an illness or disability

Stress, overload: excessive amounts and types of demands that require action

Endo
Blood glucose, risk for unstable: risk for variation of blood glucose/sugar levels from the normal range

<p>Elimination Bowel incontinence: change in normal bowel elimination habits characterized by involuntary passage of stool</p> <p>Constipation: decrease in normal frequency of defecation, accomplished by difficult or incomplete passage of stool and/or passage of excessively hard, dry stool</p> <p>Constipation, risk for: at risk for decrease normal frequency of defecation accompanied by difficult or incomplete passage of stool and/or passage of excessively hard, dry stool</p> <p>Constipation, perceived: self-diagnosis of constipation and abuse of laxatives, enemas, and/or suppositories to ensure a daily bowel movement</p> <p>Diarrhoea: passage of loose, unformed stools</p> <p>*Motility, dysfunctional gastrointestinal: increased, decreased, ineffective or lack of peristaltic activity within the gastrointestinal system</p> <p>*Motility, risk for dysfunctional gastrointestinal: risk for increased, decreased, ineffective or lack of peristaltic activity within the gastrointestinal system</p> <p>Urinary elimination, readiness for enhanced: a pattern of urinary functions that is sufficient for meeting eliminatory needs and can be strengthened</p> <p>Urinary elimination, impaired: disturbance in urine elimination</p> <p>Urinary incontinence, functional: inability of usually continent person to reach toilet in time to avoid unintentional loss of urine</p> <p>Urinary incontinence, overflow: involuntary loss of urine associated with over distention of the bladder</p> <p>Urinary incontinence, reflex: involuntary loss of urine at somewhat predictable intervals when a specific bladder volume is reached</p> <p>Urinary incontinence, stress: sudden leakage of urine with activities that increase intra-abdominal pressure</p>	<p>Urinary incontinence, urge: involuntary passage of urine occurring soon after strong sense of urgency to void</p> <p>Urinary incontinence, risk for urge: at risk for involuntary loss of urine associated with a sudden, strong sensation or urinary urgency</p> <p>Urinary retention: incomplete emptying of the bladder</p> <p>Food/fluid Breastfeeding, effective: mother-infant dyad/family exhibits adequate proficiency and satisfaction with the breastfeeding process</p> <p>Breastfeeding, ineffective: dissatisfaction or difficulty a mother, infant or child experiences with the breastfeeding process</p> <p>Breastfeeding, interrupted: break in the continuity of the breastfeeding process as a result of inability or inadvisability to put baby to breast for feeding</p> <p>Electrolyte imbalance, risk for: at risk for change in serum electrolyte levels that may compromise health</p> <p>Failure to thrive, adult: progressive functional deterioration of a physical and cognitive nature. The individuals ability to live with multisystem diseases, cope with ensuring problems and manage his/her care is remarkably diminished</p> <p>Fluid volume, readiness for enhanced: a pattern of equilibrium between fluid volume and chemical composition of body fluids that is sufficient for meeting physical needs and can be strengthened</p> <p>Fluid volume, deficient: decreased intravascular, interstitial and/or intracellular fluid (refers to dehydration, water loss alone without change in sodium level)</p> <p>Fluid volume, deficient, risk for: at risk for experiencing vascular, cellular, or intracellular dehydration</p> <p>Fluid volume, excess: increased isotonic fluid retention</p> <p>Fluid volume, imbalanced, risk for: at risk for decrease, increase, or rapid shift form one to the other of intravascular, interstitial and/or intracellular fluid (refers to body fluid loss, gain or both)</p>	<p>Growth and development, delayed: deviations from age-group norms</p> <p>Health and promotion/Education: Health maintenance, ineffective: inability to identify, manage, or seek out help to maintain health</p> <p>Health management, self, ineffective: pattern of regulating and integrating into daily living a therapeutic regime for treatment of illness and its sequelae that is unsatisfactory for meeting specific health goals</p> <p>Health-seeking behaviors (specify): active seeking (by individual in stable health) of ways to alter personal health habits and/or environment to move toward higher level of health</p> <p>Immunization status, readiness for enhanced: a pattern conforming to local, national, and/or international standards of immunization to prevent infectious disease/s that is sufficient to protect a person, family or community and can be strengthened</p> <p>Knowledge deficient (specify): absence or deficiency of cognitive information related to a specific topic</p> <p>Knowledge (specify), readiness for enhanced: the presence or acquisition of cognitive information related to a specific topic is sufficient for meeting health-related goals and can be strengthened</p> <p>Therapeutic regime management: family ineffective: pattern of regulating and integrating into family processes a program for treatment of illness and its sequelae that is unsatisfactory for meeting specific health goals</p> <p>Hygiene *Neglect, self: a constellation of culturally framed behaviors involving one or more self-care activities in which there is a failure to maintain a socially acceptable standard of health and well-being</p> <p>Self care, readiness for enhanced: a pattern of performing activities for oneself that helps to meet health-related goals and can be strengthened</p> <p>Self-care deficit, feeding: impaired ability to perform or complete feeding activities</p>	<p>Self-care deficit, bathing: impaired to perform or complete bathing/hygiene activities for self</p> <p>Self-care deficit, dressing: impaired ability to perform or complete dressing and grooming activities for self</p> <p>Self-care deficit, toileting: inability to perform or complete toileting activities for self</p> <p>Life principles *Activity planning, ineffective: inability to prepare for a set of actions fixed in time and under certain conditions</p> <p>Decisional conflict: uncertainty about course of action to be taken when choice among competing actions involves risk, loss or challenge to values and beliefs</p> <p>Decision making, readiness for enhanced: a pattern choosing courses of action that is sufficient for meeting short and long-term health-related goals and can be strengthened</p> <p>Moral distress: response to the inability to carry out one's chosen ethical/moral decision/action</p> <p>Noncompliance (specify): behavior of person and/or caregiver that fails to coincide with a health-promoting or therapeutic plan agreed on by the person (and/or family and/or community) and health care professional; in the presence of an agreed-on, health promoting, or therapeutic plan, person's or caregiver's behavior is fully or partially nonadherent and may lead to clinically ineffective or partially ineffective outcomes</p> <p>Hope, readiness for enhanced: a pattern of expectations and desires that is sufficient for mobilizing energy on one's own behalf and can be strengthened</p> <p>Hopelessness: subjective state in which individuals sees limited or unavailable alternatives or personal choices and is unable to mobilize energy for problem solving on his or her own behalf</p> <p>Religiosity, impaired: impaired ability to exercise reliance on beliefs and/or participate in rituals of a particular faith tradition</p>
--	---	--	--

<p>Religiosity, readiness for enhanced: ability to increase reliance on religious beliefs and/or participate in rituals of a particular faith tradition</p> <p>Religiosity, risk for impaired: at risk for an impaired ability to exercise reliance on beliefs and/or participate in rituals of a particular faith tradition</p> <p>Spiritual distress: impaired ability to experience and integrate meaning and purpose in life through the individual's connectedness with self, others, art, music, literature, nature or a power greater than oneself</p> <p>Spiritual distress, risk of: at risk for an impaired ability to experience and integrate meaning and purpose in life through the individual's connectedness with self, others, art, music, literature, nature or a power greater than oneself</p> <p>Spiritual well being, readiness for enhanced: ability to experience and integrate meaning and purpose in life through connectedness with self, others, art, music, literature, nature, or a power greater than oneself that can be strengthened</p> <p>Neuro Autonomic dysreflexia: life threatening, uninhibited sympathetic response of the nervous system to a noxious stimulus after spinal cord injury at T7 or above</p> <p>Autonomic dysreflexia, risk for: at risk for life threatening, uninhibited response of the sympathetic nervous system; post-spinal shock; in an individual with spinal cord injury or lesion at T6 or above (has been demonstrated in clients with injuries at T7 or T8)</p> <p>Communication, impaired verbal: decreased, delayed or absent ability to receive, process, transmit, and use a system of symbols</p> <p>Communication, readiness for enhanced: pattern of exchanging information and ideas with others that is sufficient for meeting one's needs and life's goals and can be strengthened</p> <p>Confusion, acute: abrupt onset of reversible disturbances of consciousness, attention, cognition and perception that develop over a short period of time</p> <p>Confusion, acute, risk for: at risk for reversible disturbances of consciousness, attention, cognition, and perception that develop over a short period of time</p> <p>Confusion, chronic: irreversible, long-standing, and/or progressive deterioration of intellect and personality characterized by decreased ability to interpret environmental stimuli and decreased capacity for intellectual thought processes, and manifested by disturbances of memory, orientation, and behavior</p> <p>Environmental interpretation syndrome, impaired: consistent lack of orientation to time/place/person/circumstances over more than 3-6 months necessitating a protective environment</p> <p>Infant behavior, disorganized: disintegrated physiological and neurobehavioral responses to the environment</p> <p>Infant behavior, disorganized, risk for: risk for alteration in integrating and modulation of the physiological and neurobehavioral systems of functioning (i.e. autonomic, motor, state, organization, self-regulatory, and attentional-interactional systems)</p> <p>Infant behavior, organized, readiness for enhanced: a pattern of modulation of the physiological and behavioral systems of functioning (i.e. autonomic, motor, state, organization, self-regulatory, and attentional-interactional systems) in an infant that is satisfactory but that can be improved</p> <p>Intracranial adaptive capacity, decreased: intracranial fluid dynamic mechanisms that normally compensate for increases in intracranial volumes are compromised, resulting in repeated disproportionate increases in intracranial pressure (ICP) in response to a variety of noxious and non-noxious stimuli</p> <p>Memory, impaired: inability to remember or recall bits of information or behavioral skills</p> <p>Neurovascular dysfunction, peripheral risk for: at risk of disruption in circulation, sensation or motion of an extremity</p> <p>Confusion, perception, disturbed (auditory, gustatory, kinesthetic, olfactory, tactile, visual): change in the amount or patterning of incoming stimuli accompanied by a diminished, exaggerated, distorted, or impaired response to such stimuli (auditory-hearing) (gustatory- taste) (kinesthetic-muscle sense) (olfactory- smell) (tactile-touch) (visual- see)</p> <p>Unilateral neglect: impaired sensory and motor response, mental representation and spatial attention of the body, and the corresponding environment characterized by inattention to one side and over attention to the opposite side. Left side neglect is more severe than persistent right side neglect</p> <p>Pain/discomfort *Comfort, impaired: perceived lack of ease, relief and transcendence in physical, psychospiritual, environmental and social dimensions</p> <p>Comfort, readiness for enhanced: a pattern of ease, relief and transcendence in physical, psychospiritual environmental and/or social dimensions that can be strengthened</p> <p>Pain, acute: unpleasant sensory and emotional experience arising from actual or potential tissue damage or described in terms of such damage; sudden or slow onset of any intensity from mild to severe with anticipated or predictable end and a duration of less than 6 months</p> <p>Pain, chronic: unpleasant sensory and emotional experience arising from actual or potential tissue damage or described in terms of such damage; sudden or slow onset of any intensity from mild to severe, constant or recurring without an anticipated or predictable end and a duration of more than 6 months</p> <p>Respiration Airway clearance, ineffective: inability to clear secretions or obstructions from the respiratory tract to maintain a clear airway</p> <p>Aspiration, risk for: at risk for entry of gastrointestinal secretions, oropharyngeal secretions, solids or fluids into the tracheobronchial passages</p> <p>Breathing pattern, ineffective: inspiration and/or expiration that does not provide adequate ventilation</p> <p>Gas exchange, impaired: excess or deficit in oxygenation and/or carbon dioxide elimination at the alveolar-capillary membrane</p> <p>Spontaneous ventilation, impaired: decreased energy reserve result in an individual's ability to maintain breathing adequate to support life</p> <p>Ventilatory weaning response, dysfunctional (DVWR): inability to adjust to lowered levels of mechanical ventilator support that interrupts and prolongs the weaning process</p> <p>Safety Body temperature, imbalanced, risk for: at risk for failure to maintain body temperature within normal range</p> <p>Contamination: exposure to environmental contaminants in doses sufficient to cause adverse health effects</p> <p>Contamination, risk for: accentuated risk of exposure to environmental contaminants in doses sufficient to cause adverse health effects</p> <p>Falls, risk for: increased susceptibility to falling that may cause physical harm</p> <p>Home maintenance ineffective: inability to independently maintain a safe and growth-promoting immediate environment</p> <p>Hyperthermia: body temperature elevated above normal range</p> <p>Hypothermia: body temperature below normal range</p> <p>Infection, risk for: at increased risk for being invaded by pathogenic organisms</p> <p>Injury, risk for: at risk of injury as a result of the interaction of environmental conditions interacting with the individual's adaptive and defensive resources</p> <p>*Maternal/fetal dyad, risk disturbed: at risk for disruption of symbiotic maternal/fetal dyad as a result of comorbid or pregnancy related complications</p> <p>Latex allergy response: a hypersensitive reaction to natural latex rubber products</p> <p>Latex allergy response, impaired: damage to mucous membrane, corneal, integumentary or subcutaneous tissue</p> <p>Latex allergy response, risk for: risk of hypersensitive reaction to natural latex rubber products</p> <p>Perioperative positioning injury, risk for: at risk for inadvertent anatomical and physical changes as a result of posture or equipment used during an invasive/surgical procedure</p> <p>Poisoning, risk for: accentuated risk for accidental exposure to, or ingestion of, drugs or dangerous products in doses sufficient to cause poisoning</p> <p>Protection, ineffective: decreased in the ability to guard self from internal or external threats such as illness or injury</p> <p>Self mutilation: deliberate self-injurious behavior causing damage with the intent of causing on-fatal injury to attain relief of tension</p> <p>Self mutilation, risk for: at risk of deliberate self-injurious behavior causing damage with the intent of causing on-fatal injury to attain relief of tension</p> <p>Skin integrity, impaired: altered epidermis and/or dermis</p> <p>Skin integrity, impaired, risk for: at risk for skin being adversely altered</p> <p>Sudden infant death syndrome, risk for: presence of risk factors for sudden death of an infant under 1 year of age</p> <p>Suffocation, risk for: accentuated risk of accidental suffocation (madequate air available for inhalation)</p> <p>Suicide, risk for: at risk for self-inflicted, life-threatening injury</p> <p>Surgical recovery, delayed: extension of number of postoperative days required to initiate and perform activities that maintain life, health, and well-being</p> <p>Thermoregulation, ineffective: temperature fluctuation between hypothermia and hyperthermia</p> <p>Tissue integrity, impaired: damage to mucous membrane, corneal, integumentary or subcutaneous tissue</p>	<p>Gas exchange, impaired: excess or deficit in oxygenation and/or carbon dioxide elimination at the alveolar-capillary membrane</p> <p>Spontaneous ventilation, impaired: decreased energy reserve result in an individual's ability to maintain breathing adequate to support life</p> <p>Ventilatory weaning response, dysfunctional (DVWR): inability to adjust to lowered levels of mechanical ventilator support that interrupts and prolongs the weaning process</p> <p>Safety Body temperature, imbalanced, risk for: at risk for failure to maintain body temperature within normal range</p> <p>Contamination: exposure to environmental contaminants in doses sufficient to cause adverse health effects</p> <p>Contamination, risk for: accentuated risk of exposure to environmental contaminants in doses sufficient to cause adverse health effects</p> <p>Falls, risk for: increased susceptibility to falling that may cause physical harm</p> <p>Home maintenance ineffective: inability to independently maintain a safe and growth-promoting immediate environment</p> <p>Hyperthermia: body temperature elevated above normal range</p> <p>Hypothermia: body temperature below normal range</p> <p>Infection, risk for: at increased risk for being invaded by pathogenic organisms</p> <p>Injury, risk for: at risk of injury as a result of the interaction of environmental conditions interacting with the individual's adaptive and defensive resources</p> <p>*Maternal/fetal dyad, risk disturbed: at risk for disruption of symbiotic maternal/fetal dyad as a result of comorbid or pregnancy related complications</p> <p>Latex allergy response: a hypersensitive reaction to natural latex rubber products</p> <p>Latex allergy response, impaired: damage to mucous membrane, corneal, integumentary or subcutaneous tissue</p>	<p>Latex allergy response, risk for: risk of hypersensitive reaction to natural latex rubber products</p> <p>Perioperative positioning injury, risk for: at risk for inadvertent anatomical and physical changes as a result of posture or equipment used during an invasive/surgical procedure</p> <p>Poisoning, risk for: accentuated risk for accidental exposure to, or ingestion of, drugs or dangerous products in doses sufficient to cause poisoning</p> <p>Protection, ineffective: decreased in the ability to guard self from internal or external threats such as illness or injury</p> <p>Self mutilation: deliberate self-injurious behavior causing damage with the intent of causing on-fatal injury to attain relief of tension</p> <p>Self mutilation, risk for: at risk of deliberate self-injurious behavior causing damage with the intent of causing on-fatal injury to attain relief of tension</p> <p>Skin integrity, impaired: altered epidermis and/or dermis</p> <p>Skin integrity, impaired, risk for: at risk for skin being adversely altered</p> <p>Sudden infant death syndrome, risk for: presence of risk factors for sudden death of an infant under 1 year of age</p> <p>Suffocation, risk for: accentuated risk of accidental suffocation (madequate air available for inhalation)</p> <p>Suicide, risk for: at risk for self-inflicted, life-threatening injury</p> <p>Surgical recovery, delayed: extension of number of postoperative days required to initiate and perform activities that maintain life, health, and well-being</p> <p>Thermoregulation, ineffective: temperature fluctuation between hypothermia and hyperthermia</p> <p>Tissue integrity, impaired: damage to mucous membrane, corneal, integumentary or subcutaneous tissue</p>
--	---	--

Trauma, risk for: accentuated risk of accidental tissue injury (eg: wound, burn, fracture)

***Trauma, risk for vascular:** at risk for damage to a vein and its surrounding tissues related to the presence of a catheter and/or infused solutions

Violence, self-directed risk for: at risk for behaviors in which an individual demonstrates that he or she can be physically, emotionally, and/or sexually harmful to self

Violence, other-directed, risk for: at risk for behaviors in which an individual demonstrates that he or she can be physically, emotionally, and/or sexually harmful to others

Wandering: meandering, aimless or repetitive locomotion that exposes the individual to harm; frequency incongruent with boundaries, limits or obstacles

Sexuality (component of ego integrity and social interaction)

***Childbearing process, readiness for enhanced:** a pattern of preparing for, maintaining and strengthening a healthy pregnancy an childbirth process and care of newborn

Sexual dysfunction: the state in which an individual experiences a change in sexual function during sexual response phases of desire, excitation, and/or orgasm, which is viewed as unsatisfying, unrewarding, inadequate

Sexuality patterns, ineffective: expressions of concern regarding own sexuality

Social Interaction

Attachment, parent/infant/child, risk for impaired: disruption of the interactive process between parent/significant other and infant/child that fosters the development of a protective and nurturing reciprocal relationship

Care giver role strain: difficulty in performing family caregiver role

Care giver role strain, risk for: caregiver is vulnerable for felt difficulty in performing family caregiver role

Family processes, dysfunctional: psychosocial, spiritual and physiological functions of the family unit are chronically disorganized, which leads to conflict, denial of problems, resistance to change, ineffective problem solving and a series of self-perpetuating crises

Family processes, interrupted: change in family relationships and/or functioning

Family processes, readiness for enhanced: a pattern of family functioning that is sufficient to support the well-being of family members and can be strengthened

Loneliness, risk for: at risk of experiencing discomfort associated with a desire or need for more contact with others

Parenting, impaired: inability of primary caretaker to create, maintain or regain an environment that promotes optimum growth and development of the child

Parenting, readiness for enhanced: pattern of providing environment for children or other dependent person/s that is sufficient to nurture growth and development and can be strengthened

Parenting, risk for impaired: risk for inability of primary caretaker to create, maintain, or regain an environment that promotes optimum growth and development of the child

***Relationships, readiness for enhanced:** a pattern of mutual partnership that is sufficient to provide each other's needs and can be strengthened

Role conflict, parental: parent experience of role confusion and role in response to crisis

Role performance, ineffective: patterns of behavior and self-expression that do not match the environmental context, norms and expectations

Social interaction, impaired: insufficient or excessive quantity or ineffective quality of social exchange

Social isolation: aloneness experienced by the individual and perceived as imposed by others and as a negative or threatened state

Readiness to enhance = willingness to strengthen or improve

DISCHARGE GOALS:

Client will be discharged home with approximated incision, pain within tolerable level, normal vital signs, voiding well, able to eat sufficient food, clear lungs, and active bowel sounds

DIRECTIONS: Each entry must be signed with nurse's name and title.

DATE	PATIENT PROBLEM/NURSING DIAGNOSIS	GOAL/EXPECTED OUTCOMES	GOAL REVIEWED WITH PT./I.O.	NURSING ORDER/ACTIONS	DATE RESOLVED
1/7	Risk for infection related to impaired skin integrity 2° to surgical incision	Client will remain free of infection as evidenced by absence of redness, swelling, drainage from wound and afebrile for length of stay	1/7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observe appropriate handwashing before and after client care. 2. Keep dressing dry and intact. 3. Provide aseptic wound care. D. Miller, LPN 	
1/7	Risk for ineffective breathing pattern related to abdominal incisional pain	Client's respiratory rate will remain within normal limits (16-20/min) for length of stay.	1/7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Give analgesic for pain rated 7.5 on a scale of 1-10 2. Instruct to splint incision when turning and deep breathing. D. Miller, LPN 	

در صورتی که نسبت به مطالب نوشته شده در این جزوه انتقاد، پیشنهاد یا نظری دارید، خوشحال خواهیم شد، نظرات خود را از طریق رایانامه زیر با ما در میان بگذارید:

haghgoum@sums.ac.ir