



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دستور العمل های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد

بارویکروفراند پرستاری

www.ketab.ir

دکتر سید محمد خادم الحسینی (استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز... ۱۴۰۰ هجری قمری)

دکتر جمیله مختاری نوری (استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز... ۱۴۰۰ هجری قمری)

سرشناسه	:	خادم الحسینی، محمد، ۱۳۴۳ -
عنوان و نام پدیدآور	:	دستورالعمل های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد فرایند پرستاری / سیدمحمد خادم الحسینی، جمیله مختاری نوری.
مشخصات نشر	:	تهران: انتشارات حیدری، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	:	۴۳۲ ص: جدول، نمودار؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۷۸۱۵-۳۴-۲
وضعیت فهرست نویسی	:	فیبای مختصر
یادداشت	:	فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است
موضوع	:	پرستاری مبتنی بر شواهد
شناسه افزوده	:	مختاری نوری، جمیله
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۴R۱۳۵/خ
رده بندی دیویی	:	۶۱۰/۷۳
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۹۵۸۰۶۴



دستورالعمل های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد فرایند پرستاری

مؤلفین: سیدمحمد خادم الحسینی، جمیله مختاری نوری

مدیر تولید: سیده مریم حیدری

نوبت و سال چاپ: اول ۱۳۹۴

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: چاپ طرح و نقش

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۸۱۵-۳۴-۲

بهاء: ۲۸۰۰۰ تومان

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هرکس تمام یا قسمتی

از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر)، منتشر یا پخش کند، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مراکز پخش

دفتر مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهناز ژاندارمری غربی، روبروی اداره پست، پلاک ۱۲۴، طبقه اول، واحد ۲ | تلفن: ۶۶۹۷۶۶۷۸/۶۶۹۷۶۴۹۹

فروشگاه ۱: خیابان انقلاب، روبروی دانشگاه، پاساژ فروزنده، طبقه همکف، پلاک ۳۲۳ | تلفن: ۶۶۴۷۸۹۴۷

فروشگاه ۲: خیابان انقلاب، بین ۱۲ فروردین و فخر رازی، روبروی نشر جیحون، فروشگاه کتب پزشکی، ۶۶۴۹۹۲۱۴

فروشگاه ۳: قلهک، خیابان زرگنده، دانشگاه آزاد اسلامی، کتابفروشی دانشگاه | تلفن: ۲۲۶۲۲۶۰۵

فروشگاه ۴: اراک، خیابان دکتر حسابی، فروشگاه نشر حیدری | تلفن: ۰۸۶۳-۲۲۳۴۸۸۳

فروشگاه ۵: بجنورد، خیابان ۱۷ شهریور جنوبی، نبش کوچه پرتانی، پلاک ۳۱۳، فروشگاه نشر حیدری، تلفن ۰۵۸-۲۲۲۶۲۵۵۸

فروشگاه ۶: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی کمالوند- فروشگاه نشر حیدری | تلفن: ۰۸۶۳-۲۲۳۴۸۸۳

و کتابفروشی های معتبر سراسر کشور

پیشگفتار

با این که صاحب نظران، اندیشمندان، اسوه‌ها، رهبران و ... درباره پرستاری و پرستاران سخنانی به تعریف، تمجید و قدردانی ایراد کرده‌اند. ولی عموم پرستاران بر این امر واقف هستند که این رشته مقدس توسط اقشار جامعه شناخته شده نیست و ارزش‌ها و اهداف آن مبهم است. به جرات می‌توان گفت نه تنها افراد عادی و عوام و یا تحصیل کرده‌ها، بلکه حتی بعضی از همکاران درک صحیح از پرستاری علمی ندارند. دیده شده بعضی از همکاران برای بالا بردن جایگاه پرستاری سعی دارند، پرستاران را با همکاران پزشک مقایسه کنند. بعضی می‌نویسند «امروزه یک پرستار خوب هم‌پای یک پزشک خوب محسوب می‌شود!» اگرچه تیم درمانی بخصوص پزشک و پرستار با یکدیگر همکاری بسیار نزدیک دارند ولی هر کدام وظایفی را دنبال می‌کنند که گاه از اصولی جداگانه پیروی می‌کنند.

همچنان که پرستار خوب نمی‌تواند نقش پزشک خوب را ایفا کند، پزشک خوب نیز نمی‌تواند نقش پرستار خوب را ایفا کند. هیچ شنیده‌اید که بگویند یک فیزیک‌دان خوب هم‌پای یک شیمی‌دان خوب است؟

نقش کل‌بینی و جامع نگری پرستار که باید همکاران پرستار برای به عهده‌گیری آن تلاش بیش از پیش کنند از سوی مدیران جدی گرفته نشده است. این در حالی است که اصول و قواعد آن خوشبختانه در دانشکده‌های پرستاری کشور جزو طرح درس دانشجویان پرستاری است. متأسفانه ادامه تحصیل در این رشته برای بعضی راهی برای جدایی از بالین بیمار شده است. شاید علل بروز مشکلات عدیده پرستاری و پرستاران را در همین جدایی محققین این رشته از بطن کار و عدم درگیری مستقیم با مددجویان ببایم.

علوم و فنون بسیاری را در طول دوره های کاردانی و کارشناسی به دانشجویان آموزش می‌دهند ولی همان دانشجویان در محیط کار درصد کمی از این علوم و فنون را بکار می‌بندند. در بسیاری از مراکز درمانی معیار اصلی شرح وظایف پرستاری و حتی ارزشیابی کار پرستاری فقط به اجرای دستور پزشک یا روتین‌های عهد قدیم مسولین پرستاری برمی‌گردد. طبق بررسی که در سال ۱۳۶۵ درمورد عوامل موثر بر ترک حرفه پرستاری انجام شده، نامساعد بودن محیط برای ابداع، ابتکار و ایده‌های جدید را جزو عوامل موثر و مهم بر ترک پرستاری ذکر کرده‌اند به طوری که ۷۹ درصد از پرستارانی که این رشته را ترک کرده‌اند این علل را موثر بر ترک حرفه خود می‌دانستند.

پرستاری که بعد از چهار الی هفت سال تحصیل دانشگاهی با چنین وضع نابسامانی مواجه می‌شود، چگونه می‌تواند به حرفه خود علاقه‌مند بماند. چنین محیطی برایش خفه کننده محسوب می‌شود. یا از این محیط می‌گریزد، یا در آن حل می‌شود و آموخته‌هایش را کنار می‌گذارد. تشخیص‌های پرستاری را فراموش می‌کند و یا تشخیص پرستاری را با تشخیص پزشکی مخلوط می‌کند و یا به عبارت دیگر هدف خود را گم می‌کند. برای تشخیص اشتباه و هدف گم شده چه برنامه‌ای بریزد و کار خود را چگونه ارزشیابی کند؟

مشکل ناشناخته بودن این رشته اختصاصی نیست، بدین معنی که رشته های تحصیلی دیگری هم بوده اند که حتی با سابقه چند ده ساله دانشگاهی شدن برای توجیه علمی بودن، هنری بودن و یا مفید بودن و موثر بودن دچار مشکل هستند و یا قبلاً مرحله‌ای را برای حل این مشکلات طی نموده‌اند.

در خصوص آموزش و پرورش به گزیده‌ای از مقاله «هدف‌های رفتاری برای تدریس به عنوان یک داروی تلخ» که در سال ۱۳۵۳ در مجله تکنولوژی آموزشی منتشر شد توجه کنید:

«دنیای آموزش روز به روز بیشتر با دنیای اقتصاد و حساب و کتاب پیوند می‌یابد. در تمام جهان شامل کشورهای پیش رفته و کشورهای جهان سوم سهم آموزش در بودجه های ملی سال به سال افزایش می‌یابد و این افزایش بودجه، خاصه در شرایطی که منابع مالی بی‌حساب و کتاب نباشد موجب طرح سوالاتی از جمله مالیات دهندگان می‌شود. از طرف دیگر معلمان نیز در اثر گسترده شدن افق های ارتباطی، خاصه به وسایل ارتباط جمعی و مشاهده مستقیم دنیا بویژه دنیایی که باید فرد را در آن موجودیت فردی و اجتماعی خود را به ثبوت برساند، بیش از پیش نگران جنبه های مفید آموزش‌ها می‌شوند».

بیان فوق به درستی گویای نگرانی روز افزون مردم درباره‌ی بازدهی کار آموزش و پرورش است یکی از تدابیری که برای پاسخگویی این نگرانی مورد استفاده قرار گرفته، بکارگیری هدف‌های رفتاری در نهادهای پرورشی است. با استفاده از هدف‌های رفتاری می‌توان منظور و مقصود یک دوره آموزشی را به طور صحیح روشن کرد و به طور آشکار به مردم و مسئولان جامعه نشان دهند که تا چه میزان موفق بوده‌اند.

رفته رفته با تلاش معلمان و مسئولین دل‌سوزشان در خصوص برنامه‌ریزی منظم آموزشی و میزان دستیابی به اهداف نه در ایران که ابتدا در سطح جهان ارزش این رشته شناسانده شد. به طوری که امروزه در ایران موسسات آموزشی خصوصی بسیاری را شاهدیم که برای ثبت نام در آن‌ها باید شرایط خاص و هزینه‌های گزافی را متحمل شویم. یکی از علل موفقیت این رشته، هدف‌گرایی است بطوری که برخی از صاحب نظران آن از جمله علی‌اکبر سیف اهداف نویسی را -که شامل اهداف غایی، کلی، رفتاری است- از علل موفقیت رشته تعلیم و تربیت می‌شمارند.

صاحب نظران رشته مدیریت نیز هنوز ساعاتی را در ابتدای شروع درس و یا صفحاتی را در کتب مدیریت برای شناساندن این رشته صرف می‌کنند. قبالجو به نقل از مقدسی و کاشفی می‌نویسد: مدیر کسی است که بتواند در حل مسایل سازمانی که با آن رو به رو است، تصمیماتی سریع اتخاذ کنند زیرا به گمان موافقین این عقیده، مدیریت هنر است. مسایلی که مدیران با آن سرکار دارند بسیار پیچیده و گوناگون بوده و دارای تغییرات فراوانی است به همین دلیل وضعیتی را که لازم به اثبات رسانیدن واقعیت خاص است در سایر موارد نمی‌توان تعمیم داد.

شاید با استناد به بیانات فوق بتوان چنین نتیجه گرفت که مدیریت صفت ذاتی است و علم نیست. پس قابل آموزش نیست و نیاز به دانشگاه و آموزش عالی هم ندارد، تا جایی که برخی دانشگاهی شدن مدیریت را زیر سوال برده‌اند. ولی در مقابل مشاهده می‌کنیم برای ارتقای حرفه مدیریت، بزرگان این حرفه بر فرایندی بودن مدیریت تکیه کرده و علمی بودن این رشته را به این طریق اثبات می‌کنند. آنان روند خاصی را برای اجرای مدیریت قایل شده، تاثیرات تجربه را در اداره سازمان‌ها متذکر می‌شوند و مدیریت مبتنی بر هدف را گسترش می‌دهند. به وضوح می‌بینیم که ایجاد روندی در راستای هدف یعنی همان روش کار منظم و هدفمند در همه جا موفق بوده است و در پرستاری نیز این شیوه کار می‌تواند تنها در اجرای فرایند پرستاری متجلی شود.

تعداد پرستاران تحصیل کرده بعد از پیروزی انقلاب اسلامی افزایش یافت ولی این افزایش هنوز کفاف بیمارستان‌های کشور را نمی‌دهد. از سوی دیگر پرستاران تحصیل کرده در کار حل شده‌اند، به طوری که در بعضی از بخش‌های درمانی شاهدیم که تمامی پرسنل دارای تحصیلات دانشگاهی بوده ولی به ندرت اصول پرستاری علمی در بخش اجرا می‌شود و صرفاً همان اجرای دستورات پزشک مد نظر است.

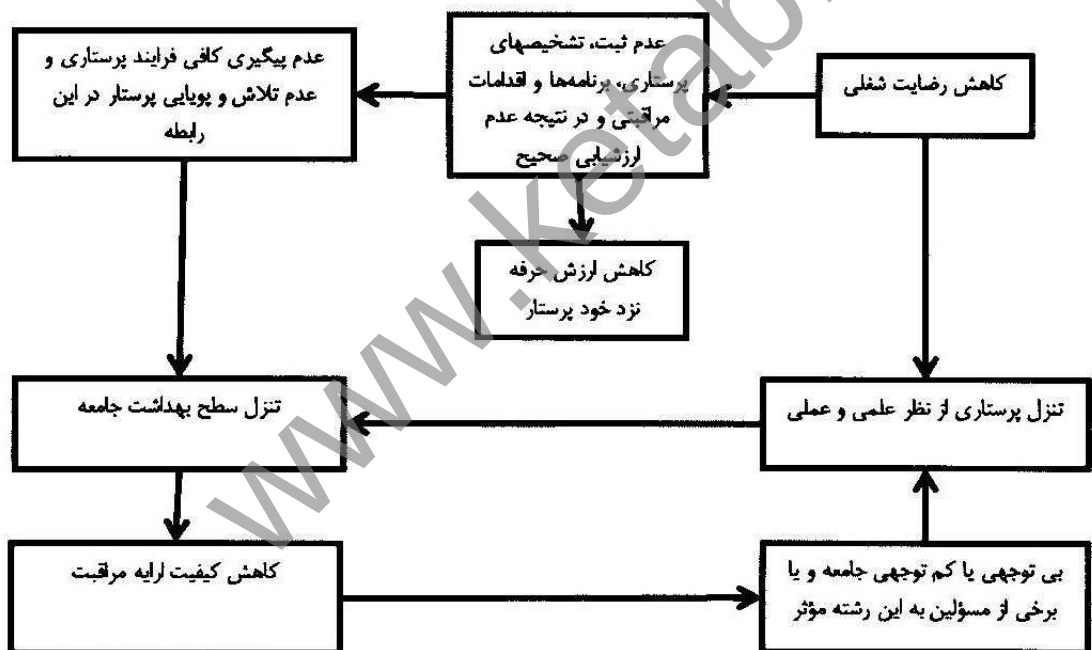
چگونه می‌توان با این شرایط پرستار را به محیط کار خود و به حرفه علاقه‌مند کرد و او را نگه داشت؟ در این خصوص نیکپور عوامل نگهدارنده پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی واقع در تهران را مورد بررسی قرار داده و از جمله نتایج می‌توان به جدول زیر اشاره کرد.

درصد اراام	عوامل نگهدارنده پرستاران
۸۲٪	حرفه‌ام به من اجازه می‌دهد که خود را مسئول انجام بخشی از کار بدانم؛
۷۶٪	در تصمیم‌گیری برای مراقبت از بیمارم آزادی عمل دارم؛
۵۱٪	مدیرانی دقیق، مرا ارزشیابی می‌کنند؛

باید توجه داشت که نتایج مذکور نشان‌دهنده درصد انگیزه و خواسته‌های منطقی پرستاران برای انجام وظیفه است و دلیل موجود بودن آن‌ها در نظام پرستاری نخواهد بود.

همچنین می‌توان نتیجه گرفت که ایجاد یک روند و فرایند مناسب و نظامی با ارزشیابی کیفی صحیح در امر نگهداری و افزایش رضایت شغلی پرسنل پرستاری مهم و موثر است. شکل صفحه بعد چگونگی کاهش رضایت شغلی، تنزل پرستاری از نظر علمی و عملی و کاهش کیفیت ارایه مراقبت را به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

همان‌گونه که از شکل ارایه شده و مباحث گذشته در بیان مشکلات حرفه پرستاری بر می‌آید، در انتها می‌توان اذعان داشت که یکسری عوامل اثرگذار زیربنایی وجود دارد که مانع ارتقای سطح کمی و کیفی مراقبت‌ها می‌شود. از جمله این عوامل عدم اجرای یک الگوی نظری متناسب با امکانات محیط‌های بالینی (بیمارستان‌ها) است؛ اگر بتوان نظامی در ارایه مراقبت‌های پرستاری بر اساس یک الگوی نظری شبیه فرایند پرستاری را به گونه‌ای عملی و کاربردی تنظیم



سیکل معیوب ناشی از عدم اجرای فرایند نظام دار در پرستاری

کرد، آن‌زمان می‌توان مدعی شد که این مسایل در پرستاری حل شده‌اند. انضباط در ارتش برای اهمیت امنیت کشور است. آیا امنیت بیمار در بیمارستان آن‌قدر مهم نیست که بیمارستان منظم باشد. چون پرستاران بیشترین ارتباط را با بیماران دارند نه تنها باید از همه منظم‌تر باشند بلکه همه را نیز به نظم وادار کنند. چرا که پاسخگوی بیماران در مقابل همه کادر بیمارستان حتی بی نظمی پزشکان هستند. پزشکان و سایر همکاران باید نیاز به اطلاعات پرستاری داشته باشند چرا که بیشترین مشاهده‌گر هستند. باید پرستاران وادار شوند تا با دقت واکنش‌های مددجویان را مشاهده و به آن‌ها رسیدگی کنند.

نظم از دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها رخت بر بسته است. علت راضی بودن پزشکان و پرستاران زمان قدیم (چهل سال قبل) چیزی جز نظام سینیور و جینیور نبود. علت نارضایتی دانشجویان پرستاری ترم پنج به بعد نیز چیزی جز مشاهده حرفه‌ای بدون نظام در بالین نیست. بیایید قبل از این که حرفه را متلاشی کنند به خود بازگردیم و جمله رهبری را سرلوحه امور خود قرار دهیم که:

«کارایی هر جامعه در حد نظم مطلوب آن جامعه است»

تجربیات اینجانب در اجرای فرایند پرستاری (بیش از بیست سال سابقه اجرا) نشان داد که ما نیازمند سه تخصص یا رده در بخش‌های بیمارستانی هستیم. گروه اول متخصص امور هتلینگ و کارهای اولیه، گروه دوم متخصصین امور فنی پرستاری (رگ‌گیری، تزریق سرم، تزریقات عضلانی، پانسمان و ...) و گروه سوم متخصصین اجرای پرستاری علمی، فرایند پرستاری، نظریه‌های علمی و برقراری ارتباط بین بیمار و سایر همکاران گروه پزشکی و کادر بیمارستان.

مسئولیت گروه اخیر مشخص است؛ این افراد باید حداقل دوره کارشناسی پرستاری را گذرانده باشند، تا بتوانند به واکنش‌های بیمار نسبت به مشکلات مسلط بوده و به آن‌ها رسیدگی کنند. بحث در ایجاد دو گروه دیگر است که به طور رسمی وجود ندارند.

انجام وظایف دو گروه مادون توسط پرستاران کارشناس، عوارض زیر را ایجاد می‌کند:

۱. ضربه اقتصادی: با هزینه کارشناسی، کار بهیار و تکنیسین را از او می‌خواهیم.
۲. افت کیفیت مراقبت: بطور قطع وقتی پرستار کارشناس این امور را وظیفه خود نمی‌داند با کیفیت انجام نمی‌دهد.
۳. نارضایتی پرستاران و دانشجویان پرستاری و در نهایت بیماران و همکاران پزشک: امثال من با سی سال تجربه اطمینان دارند که همه اعمال ما در بارگاه الهی محاسبه شده و عملی که بی‌ریا و خالص و سخت‌تر باشد پاداش بیشتری دارد. بنابراین برآورده کردن پیش‌پا افتاده ترین مراقبت از بیمار نیز برایمان افتخار است. ولی معمولاً پرستاران تازه‌کار و دانشجویان این برداشت را نداشته و بخصوص اگر علاقه قبلی هم وجود نداشته باشد، موجب نارضایتی آن‌ها می‌شود.

اما راهکارهای لازم برای شکل‌گیری دو گروه (بهیاران و تکنیسین‌های پرستاری)

• تشکیل و تقویت مدرسه بهیاری.

ارزش انسان در فرهنگ ما از کعبه هم والاتر است. نباید افرادی بدون آموزش تئوری و عملی کافی یا دوره‌های کوچک چهار ماهه یا کمتر تحت عنوان کمک بهیار و یا کمک پرستار وارد پرستاری شده و از انسان مراقبت کنند. در حال حاضر حدود بیست مدرسه بهیاری در حال فعالیت است که می‌توان از تجربیاتشان استفاده کرد. محاسن ایجاد مدرسه پرستاری شامل موارد زیر است:

۱. پس از یک سال تحصیل می‌توانند برای انجام کارهای اولیه بکارگیری شوند.
۲. پس از پایان دوره تعهد در صورت عدم علاقه می‌توانند از حرفه خارج شوند و تنها برای ادامه تحصیل پرستارانی علاقه‌مند می‌مانند که امروز الگوهای فراوانی می‌توان از آن‌ها نام برد.
۳. خود کارآفرینی آن‌ها چون بورسیه هستند، قابل توجه خواهد بود.

نباید فکر کرد که دوباره نظام پرستاری به بهیاری قدیم باز می‌گردد. علت مشکل ساز شدن بهیارهای قدیم عدم برنامه نظام پرستاری برای ارتقای آن‌ها بود. وظیفه هر سازمان داشتن برنامه ارتقا، آموزش مداوم و تشویق پرسنل خود در این امر مهم است.

• مرحله بعدی تربیت گروه تکنیسین‌های پرستاری:

همه بهیاران دانش آموخته پس از دو سال خدمت می‌توانند در دوره تکنیسین‌های پرستاری شرکت کنند و دوره را به صورت نیمه‌حضور به اتمام برسانند. این دوره‌ها در دانشکده‌های پرستاری برنامه‌ریزی و اجرا خواهد شد. تکنیسین‌های پرستاری در این حالت هم می‌توانند تحصیل خود را در رشته‌های دیگر به جز پرستاری نیز ادامه دهند. آن‌ها نیز پس از دو سال خدمت می‌توانند دوره کارشناسی پرستاری را به اتمام برسانند.

دانش آموختگان کارشناسی با حداقل هشت سال تجربه کاری، دارای تعهد و علاقه‌مندی بی‌نظیری خواهند بود؛ چرا که حرفه خود را با آگاهی کامل انتخاب کرده‌اند.

چینش سه تخصص فوق: سی درصد بهیاری، سی درصد تکنیسین و چهل درصد پرستاری پیشنهاد می‌شود که البته بسته به نوع بخش تغییر خواهد داشت. در حال حاضر بیش از هفتاد درصد بخش‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی را کارشناسان پرستاری تشکیل می‌دهند. حتماً داستان آن شرکت الکترونیکی که هشتاد درصد کادر آن را مهندسین تشکیل می‌دادند و کیفیت محصولات پایین بود و با کاهش مهندسین از هشتاد درصد به بیست درصد باعث شد کیفیت افزایش یابد را شنیده‌اید.

همه پرستاران لیسانس هم پس از دو سال کار بالینی می‌توانند در صورت تمایل در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری شرکت کرده و به امور تحقیقاتی بپردازند. این پرستاران با تجربه بطور قطع موفق‌تر خواهند بود. شاید خودتان هم سراغ دارید دانشجوی دکتری پرستاری که تجربه مراقبت از بیمار را ندارد. بدیهی است این محدودیت‌ها در ادامه تحصیل باید با حقوق و مزایا طوری جبران شود که موجب رضایت و ماندگاری پرستاران در حرفه خود شود. انضباط باید همه جانبه و بسیار جدی گرفته شود. همچنان که وظایف هر گروه مشخص است، رنگ لباس، اتیکت، کفش، ورود و خروج افراد مختلف به بخش، ساعت مراقبت معمول روزانه، روبه‌ها، ساعت ویزیت پزشک، احترام به مافوق، شناخت جایگاه‌ها و ... امری ضروری است.

کنترل و نظارت مدیران برای حسن اجرای وظایف هر رده، تیغه دیگر فیچی است که موجب ایجاد نظام در پرستاری خواهد شد. بطور قطع این نظام باعث افزایش انگیزش در پرستاران، دانشجویان و نظارت مددجویان خواهد شد. این نظام آن قدر تاثیرگذار خواهد بود که بتواند سایر همکاران بیمارستانی را نیز به نظم بکشد، طوری که پرستاری ایران الگویی جهانی شود.

بدیهی است هنگامی می‌توان به این مهم دست یافت که در طراحی ابزارهای اجرایی تثبیت آن‌ها در محیط‌های بالینی به گونه‌ای که دانستنی‌های علمی پرستاران توسط آن‌ها به نمایش در آید، کوشش شود. آن چه هدف عمده این کتاب است، تکامل ابزار اجرایی فرایند پرستاری به عنوان یک الگوی مستدل علمی در ارایه مراقبت پرستاری است. برای همین منظور در فصل اول مراحل فرایند پرستاری بالینی سپس در فصل دوم دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد که حاصل پایان نامه دانشجویان پرستاری است و در نهایت به تجربیات اشاره شده است.

در اینجا لازم است از همه همکاران که به نحوی یاری رسانده‌اند بخصوص فاطمه امیری، مهناز پیرهادی، محمدعلی خوشنویس، خدیجه زمانی بابگهری، فروغ سرهنگی، زهرا صالحی، فاطمه طاهری، عباس عبادی، مریم عزیزی، مرتضی کاملی، الهه متحدیان، علی مرادی و مریم نظام‌زاده، تشکر و قدردانی کنیم.

نویسندگان

۱	فصل اول (مروری بر مراحل فرایند پرستاری).....
۲	بخش اول (تعریف).....
۳	تعریف فرایند پرستاری
۵	مراحل فرایند پرستاری
۵	ثبت پرستاری
۷	بخش دوم (بررسی).....
۸	انواع بررسی
۸	منابع جمع آوری اطلاعات
۹	روش های گردآوری اطلاعات
۱۱	اعتبار اطلاعات
۱۱	سازمان دهی اطلاعات
۱۳	ثبت اطلاعات
۱۴	نمونه سوالات بررسی مددجو بر اساس چهارچوب وحدت فردی
۲۳	برگ بررسی نوزاد
۲۷	برگ بررسی کودکان
۳۱	برگ بررسی بیماران اعصاب و روان
۳۷	برگ بررسی بیماران ویژه
۴۱	برگ بررسی داخلی جراحی
۵۷	بخش سوم (تشخیص پرستاری).....
۵۸	تاریخچه
۵۸	تعریف
۵۸	ارتباط بین مرحله اول و دوم
۵۹	انواع تشخیص های پرستاری
۵۹	روش نگارش تشخیص های پرستاری
۶۰	مشکلات همراه
۶۱	تشخیص های پرستاری اشتباه و تاثیرات آن
۶۲	کاربرد تشخیص پرستاری مصوب ناندا
۶۴	لیست تشخیص های پرستاری شایع
۷۲	لیست کامل تشخیص های پرستاری
۷۵	بخش چهارم (برنامه ریزی).....
۷۶	تعیین اولویت ها

۷۶	تعیین اهداف
۷۷	اقدامات پرستاری
۷۷	ثبت طرح مراقبت پرستاری
۷۹	برنامه‌های مراقبتی استاندارد
۸۰	برگه ثبت برنامه مراقبت
۸۱	بخش پنجم (اجرا).....
۸۲	تعیین اولویت‌ها
۸۲	انجام اقدامات پرستاری
۸۳	ثبت مراقبت‌های پرستاری
۸۳	راهنمای ثبت محتوی
۸۴	شاخص‌های مرحله اجرا
۸۴	گزارش کتبی پرستاری
۸۵	گزارش شفاهی پرستار به پرستار
۸۵	گزارش شفاهی پرستار به پزشک
۸۶	کاردکس
۹۱	بخش ششم (ارزشیابی).....
۹۲	نتایج بررسی متمرکز
۹۳	میزان دستیابی به اهداف
۹۳	علل عدم اجرای برنامه مراقبتی
۹۴	نتایج مشاوره و ارجاع
۹۴	نتایج آموزش
۹۴	برگه ثبت ارزشیابی
۹۴	برگه خلاصه ترخیص
۹۷	فصل دوم (دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد).....
۹۸	بخش اول (مقدمات تهیه دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری).....
۹۹	عناصر اصلی مورد توجه برای تمام استانداردهای پرستاری
۱۰۰	استاندارد سیستم مراقبتی
۱۰۴	مدل‌های ارتقای عملکرد مبتنی بر شواهد در پرستاری
۱۱۱	بخش دوم (دستورالعمل‌های پرستاری مبتلایان به آنژین قفسه صدری)
۱۳۰	بخش سوم (دستورالعمل‌های پرستاری مبتلایان به انفارکتوس میوکارد)
۱۴۵	بخش چهارم (دستورالعمل‌های پرستاری مبتلایان به نارسایی مزمن قلب)
۱۶۱	بخش پنجم (دستورالعمل‌های پرستاری نوزاد پرخطر)
۱۹۹	بخش ششم (دستورالعمل‌های پرستاری بیماران تحت تهویه مکانیکی)
۲۳۵	بخش هفتم (دستورالعمل‌های پرستاری مبتلایان به اختلالات تنفسی)

۲۵۹	بخش هشتم (دستورالعمل‌های پرستاری بیماران با اختلالات اضطرابی)
۲۹۳	بخش نهم (دستورالعمل‌های پرستاری جراحی اعصاب)
۳۳۵	بخش دهم (دستورالعمل‌های پرستاری در بیماران تحت‌شیمی درمانی)
۳۷۱	فصل سوم (تاریخچه اجرای فرایند پرستاری).....
۳۷۲	گزارش عملکرد سال ۷۰
۳۷۲	گزارش عملکرد سال ۷۱
۳۷۳	گزارش عملکرد سال ۷۲
۳۷۹	گزارش عملکرد سال ۷۳
۳۸۰	گزارش عملکرد سال ۷۴
۳۸۰	گزارش عملکرد سال ۷۵
۳۸۰	گزارش عملکرد سال ۷۶
۳۸۰	گزارش عملکرد سال ۷۷
۳۸۲	گزارش عملکرد سال ۹۲
۳۸۷	گزارش عملکرد سال ۹۳
۳۸۸	پیشنهاد برای پژوهش