



اصول فرآیند پرستاری

برنامه دوره‌ی مجازی آموزشی ، هر سه شنبه یک آموزش
ویژه توانمند سازی مدیران / کادر پرستاری دانشگاه

سه شنبه ۱۸ / ۰۶ / ۱۴۰۴

ساعت ۸ تا ۹ صبح



زهرا کبیری (کارشناسی ارشد ویژه)

کارشناس ایمنی بیمارستان کاشانی

[HTTPS://WEBINAR1.SKUMS.AC.IR/ROOMS/8MR-DUO-OU6-U1L](https://webinar1.skums.ac.ir/rooms/8MR-DUO-OU6-U1L)

آشنایی با فرآیند پرستاری



فرآیند پرستاری بر مبنای تئوری خانم اورلاندو در اواخر دهه ۱۹۵۰ شکل گرفت.

خانم اورلاندو پرستاری را در عمل مورد مشاهده قرار داد و دید که پرستاری «خوب» و پرستاری «بد» وجود دارد.

خانم اورلاندو متوجه شد بیمار می‌بایست در مرکز فعالیت‌ها باشد و اقدامات پرستاری در جهت هدایت شوند که نتایج آن را بیمار درک کند.

فرآیند پرستاری چیست؟

فرآیند پرستاری روشی منظم برای ارائه مراقبت‌های پرستاری است.

فرآیند پرستاری چهارچوب منظمی را برای برنامه‌ریزی، انجام و ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری ایجاد می‌کند.

فرآیند پرستاری بر اساس روش علمی «حل مسأله» پایه‌گذاری شده است.

مراحل روش علمی حل مسأله

تشخیص مسأله

جمع آوری اطلاعات

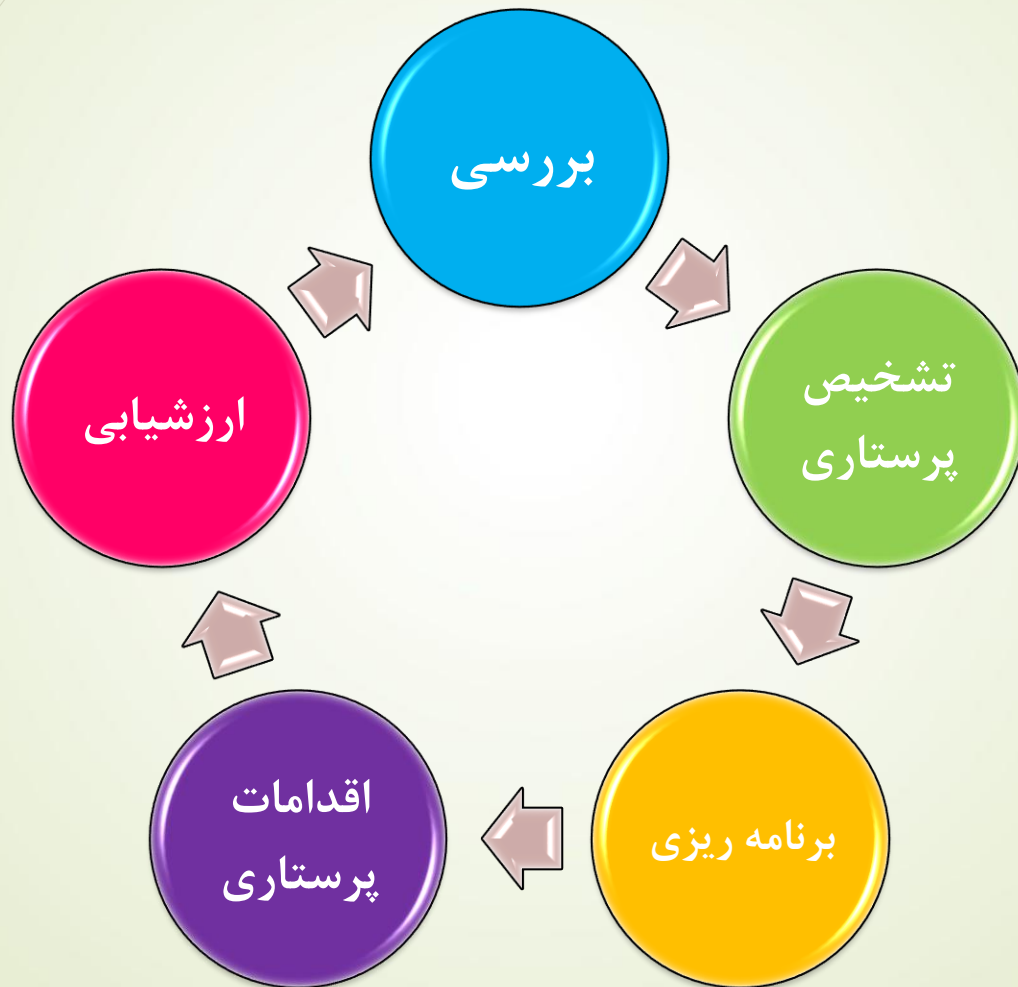
فرضیه سازی

برنامه عملیاتی

آزمون فرضیه

تفسیر نتایج

ارزشیابی یافته‌ها



۱- بررسی (Assessment)

فرآیندی است سازمان‌یافته و نظام‌مند برای جمع‌آوری داده‌ها از منابع مختلف به منظور ارزیابی سطح سلامت مددجو
اولین و مهم‌ترین مرحله از فرآیند پرستاری است و زیربنای سایر مراحل فرآیند محسوب می‌شود.
از دیدگاهی کل‌نگر انجام می‌شود.
یک فرآیند پیوسته است.



خانمی ۳۵ ساله با ضعف، بی حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم خونی فقر آهن در بخش بستری شده است.

HR:
105

کاهش
سطح
آهن

عدم
تمرکز

Hb:
6.7

ضعف

مورمور
شدن
انگشتان

سرگیجه

تحریک
پذیری

رنگ
پریدگی

بی حالی

RR:
24

تنگی نفس با
فعالیت

سردرد

کاهش
وزن

بی اشتهاپی

خانمی ۳۵ ساله با ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده است.

بی‌اشتهایی

کاهش
سطح
آهنکاهش
وزنرنگ
پریدگیHb:
6.7

سردرد

سرگیجه

عدم
تمرکز

بی‌حالی

تحریک
پذیریتنگی نفس با
فعالیتRR:
24

ضعف

HR:
105مورمور
شدن
انگشتانرنگ
پریدگیHb:
6.7

۲- تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis)

تشخیص پرستاری عبارتی است که وضعیت فعلی سلامتی بیمار و نگرانی‌های وی را به صورتی که با اقدام پرستاری قابل حل شدن باشد نشان می‌دهد.

تشخیص‌های پرستاری در حقیقت مشکلات **بالفعل** و **بالقوه** مربوط به سلامتی بیمار هستند که با مداخلات پرستاری قابل حل شدن هستند.

تشخیص پرستاری قضاوت پرستار در مورد وضعیت سلامتی مددجو است.

تشخیص پرستاری خط دهنده اقدامات پرستاری است.



سبب
(etiology)

در ارتباط با
(Related to)

مشکل
(problem)

(etiolojy)

(Related to)

(briopiem)

ضعف بینایی و کاهش حرکت

در ارتباط با

در معرض خطر صدمه

جزء اول تشخیص پرستاری: مشکل

مشکل مربوط به سلامتی یا پاسخ بیمار را توصیف می کند.
چند مثال:

اضطراب

در معرض خطر آسپیراسیون

عدم تحمل فعالیت

احتمال افزایش حجم مایع

در معرض خطر ضربه

شیردهی موثر

سندرم ضربه تجاوز

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

تشخیص‌های پرستاری NANDA بر حسب الگوهای سلامت عملی 2012-2014

۱- الگوی درک و کنترل سلامت:

Altered health maintenance: تغییر در مراقبت سلامت

Altered protection: تغییر در ایمنی

Ineffective management of therapeutic regime: مدیریت ناکارآمد رژیم درمانی

Infection: عفونت

High risk of injury: ریسک بالای جراحات

High risk of poisoning: ریسک بالای مسمومیت

High risk of suffocation: ریسک بالای خفگی

۲- الگوی تغذیه و متابولیسم:

High risk of altered nutrition: intake exceeds the body's needs: ریسک بالای تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می گیرد.

Altered nutrition: intake exceeds the body's needs: تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می گیرد.

Altered nutrition: eating less than the body needs: تغذیه: خوردن کمتر از نیازهای بدن صورت می گیرد.

Effective breastfeeding: شیردهی مؤثر

Ineffective breastfeeding: شیردهی ناکارآمد

Interrupted breastfeeding: شیردهی با وقفه

Ineffective infant feeding pattern: الگوی ناکارآمد تغذیه کودک

High risk of aspiration: ریسک بالای آسپیراسیون

Swallowing disorder: اختلال در بلعیدن

Altered oral mucosa: تغییر در مخاط دهان

High risk of fluid volume deficits: ریسک بالای کمبود حجم مایعات بدن

Fluid volume deficits: کمبود حجم مایعات بدن

Excess fluid volume: حجم بیش از حد مایعات بدن

High risk of impaired skin integrity: ریسک بالای اختلال در تمامیت پوست

Impaired skin integrity: اختلال در تمامیت پوست

Impaired tissue integrity: اختلال در تمامیت بافت

High risk of altered body temperature: ریسک بالای تغییر دمای بدن

Ineffective thermoregulation: تنظیم ناکارآمد دمای بدن

Hyperthermia: هایپرترمی

Hypothermia: هایپوترمی

۳- الگوی دفع:

Constipation: یبوست

Constipation perceived: یبوست تشخیص داده شده

Colonic constipation: یبوست کولونی

Diarrhea: اسهال

Bowel incontinence: بی اختیاری رودهای

Altered urinary excretion: تغییر در دفع ادرار

Functional incontinence: بی اختیاری عملکردی

Stress incontinence: بی اختیاری استرسی

Urge incontinence: بی اختیاری فوری

Total incontinence: بی اختیاری کلی

Reflex incontinence: بی اختیاری رفلکسی

Urinary retention: احتباس ادرار

۴- الگوی فعالیت و حرکت:

Activity intolerance: عدم تحمل فعالیت

Inability to sustain spontaneous breathing: عدم توانایی در حفظ تنفس خودبخودی

High risk of activity intolerance: ریسک بالای عدم تحمل فعالیت

High risk for peripheral neurovascular dysfunction: ریسک بالای اختلال نورو واسکولار محیطی

Impaired physical mobility: اختلال تحرک فیزیکی

High risk of syndrome of disuse: ریسک بالای سندرم عدم استفاده از اندام

Fatigue: خستگی

Forgot Unilateral: عدم تحرک یک طرفه بدن

Self-care deficit: bathing / hygiene: ناتوانی در مراقبت از خود: استحمام / رعایت بهداشت

Self-care deficit: dressing / under پوشیدن

Self-care deficit: feeding: ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه

Self-care deficit: evacuation: ناتوانی در مراقبت از خود: دفع

Deficit recreation: ضعف در تفریح و سرگرمی

Household altered: تغییر در منزل

Ineffective cleaning air: تنفس ناکارآمد هوای تازه

Ineffective breathing pattern: الگوی ناکارآمد تنفس

Altered gas exchange: تغییر در تبادل گازی

Decreased cardiac output: کاهش خروجی قلب

Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral): تغییر در خون رسانی به بافت (کلیه، مغز، قلب، گوارش و محیطی)

High risk of trauma: ریسک بالای تروما

۵- الگوی خواب و استراحت:

Altered sleep patterns: تغییر در الگوهای خواب

۶- الگوی ادراک و شناخت:

Pain: درد

Chronic Pain: درد مزمن

Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory): تغییر حسی / ادراکی (بینایی، شنوایی، حرکتی، لامسه، بویایی)

Unilateral oblivion: فراموشی یک طرفه

Knowledge deficits: کمبود آگاهی

Altered thought processes: تغییر در فرایندهای تفکر

Difficult decision: تصمیم دشوار

۷- الگوی خود ادراکی و خود پنداری:

Fear: ترس

Anxiety: نگرانی

Despair: یأس

Sense of powerlessness: حس بی قدرتی

Body image Disorder: اختلال در تصویر بدنی

High risk of automutilation: خطر بالای قطع عضو توسط خود

Personal identity disorder: اختلال در هویت فردی

Disorder of self-esteem: اختلال در عزت نفس

Chronic low self-esteem: اعتماد به نفس پایین مزمن

Situational low self-esteem: اعتماد به نفس پایین موقعیتی

۸- الگوی عملکرد و ارتباط:

Anticipatory grief: غم و اندوه قابل پیش بینی

Dysfunctional grieving: غمگینی غیر کارکردی

Altered performance of the function: تغییر در عملکرد بدن

Tension in the role of caregiver: تنش در نقش پرستار

High risk of stress on the role of caregiver: ریسک بالای استرس در نقش پرستار

Social isolation: انزوای اجتماعی

Impaired verbal communication: اختلال در ارتباط کلامی

High risk of violence: ریسک بالای خشونت

۹- الگوی رابطه جنسی و تولید مثل:

Sexual dysfunction: اختلال در عملکرد جنسی

Altered patterns of sexuality: تغییر در الگوهای جنسی

Rape trauma syndrome: سندرم ضربه پس از تجاوز جنسی

۱۰- الگوی تحمل تنش و تطابق:

Ineffective individual coping: تطابق ناکارآمد فردی

Ineffective family coping: تطابق ناکارآمد خانواده

Defensive coping: تطابق دفاعی

۱۱- الگوی ارزشها و اعتقادات:

Spiritual Distress: تنش معنوی

Nursing Diagnoses by Functional Health Patterns

2012-2014

1. – Pattern Perception and Control of Health:

Altered health maintenance
Altered protection
Ineffective management of therapeutic regimen
Infection
High risk of injury
High risk of poisoning
High risk of suffocation

2. – Pattern Nutrition and Metabolic:

High risk for altered nutrition: intake exceeds the body's needs.
Altered nutrition: intake exceeds the body's needs
Altered nutrition: eating less than the body needs.
Effective breastfeeding
Ineffective breastfeeding.
Interrupted breastfeeding.
Ineffective infant feeding pattern.
High risk of aspiration
Swallowing disorder.
Altered oral mucosa.
High risk for fluid volume deficits.
Fluid volume deficits.
Excess fluid volume.
High risk for impaired skin integrity.
Impaired skin integrity.
Impaired tissue integrity.
High risk for altered body temperature.
Ineffective thermoregulation.
Hyperthermia.
Hypothermia.

3. – Elimination pattern:

Constipation
Constipation perceived

Colonic constipation.
Diarrhea.
Bowel incontinence.
Altered urinary excretion
Functional incontinence
Stress incontinence
Urge incontinence
Total incontinence
Reflex incontinence
Urinary retention

4. – Pattern of Activity and Exercise:

Activity intolerance.
Inability to sustain spontaneous breathing.
High risk of activity intolerance.
High risk for peripheral neurovascular dysfunction.
Impaired physical mobility.
High risk of syndrome of disuse.
Fatigue.
Forgot Unilateral
Self-care deficit: bathing / hygiene.
Self-care deficit: dressing / under
Self-care deficit: feeding.
Self-care deficit: evacuation.
Deficit recreation
Household altered.
Ineffective cleaning air.
Inefficient breathing pattern.
Altered gas exchange.
Decreased cardiac output.
Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral)
High risk of trauma

5. – Standard of Rest and Sleep:

Altered sleep patterns.

6. – Cognitive and Perceptual Pattern:

Pain.
Chronic Pain
Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory).
Unilateral oblivion.
Knowledge deficits.
Altered thought processes.
Difficult decision

7. – Self-perception and self-concept pattern:

Fear
Anxiety
Despair
Sense of powerlessness.
Body Image Disorder
High risk of automutilation.
Personal identity disorder.
Disorder of self-esteem.
Chronic low self-esteem
Situational low self-esteem

8. – Pattern Function and Relationship:

Anticipatory grief
Dysfunctional grieving
Altered performance of the function.
Tension in the role of caregiver
High risk of stress on the role of caregiver.
Social isolation.
Impaired verbal communication.
High risk of violence.

9. – Pattern of Sexuality and Reproduction:

Sexual dysfunction.
Altered patterns of sexuality.
Rape trauma syndrome.

10. – Pattern of Coping and Stress Tolerance:

Ineffective individual coping.
Ineffective family coping.
Defensive coping.

11. – Pattern of Values and Beliefs:

Spiritual Distress

انواع «مشکل» در تشخیص‌های پرستاری

واقعی (Actual)

خطر (Risk/High Risk)

احتمالی (Possible)

سلامتی (Wellness)

سندرم (Syndrome)

انواع «مشکل» در تشخیص‌های پرستاری

واقعی (Actual):

مشکلی که در حال حاضر توسط بیمار تجربه می‌شود.
اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن
پاکسازی ناموثر راه‌های هوایی
این نوع تشخیص‌ها می‌بایست توسط علایم و نشانه‌ها تایید شوند.

خطر (Risk/High risk):

مشکلی که به علت وجود برخی عوامل خطرزا در آینده اتفاق خواهد افتاد؛ مگر اینکه با یک سری اقدامات از وقوع آن پیشگیری شود.
خطر کمبود حجم مایع
خطر اختلال در تمامیت پوست
این نوع تشخیص‌ها توسط وجود عوامل خطرزا تایید می‌شوند.

جزء دوم تشخیص پرستاری: سبب

یک یا چند علت احتمالی مشکل را بیان می کند.

به منظور پیشگیری از وقوع یک مشکل، کاهش اثرات آن یا حل مشکل می بایست عوامل ایجاد کننده یا خطرزای آن مشکل را شناخت.

این جزء از تشخیص پرستاری با واژه «در ارتباط با» (related to) به جزء اول (مشکل) متصل می شود.

اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن **در ارتباط با** تهوع

خطر کمبود حجم مایع **در ارتباط با** استفراغ طولانی مدت

خطر اختلال در تمامیت پوست **در ارتباط با** بی حرکتی

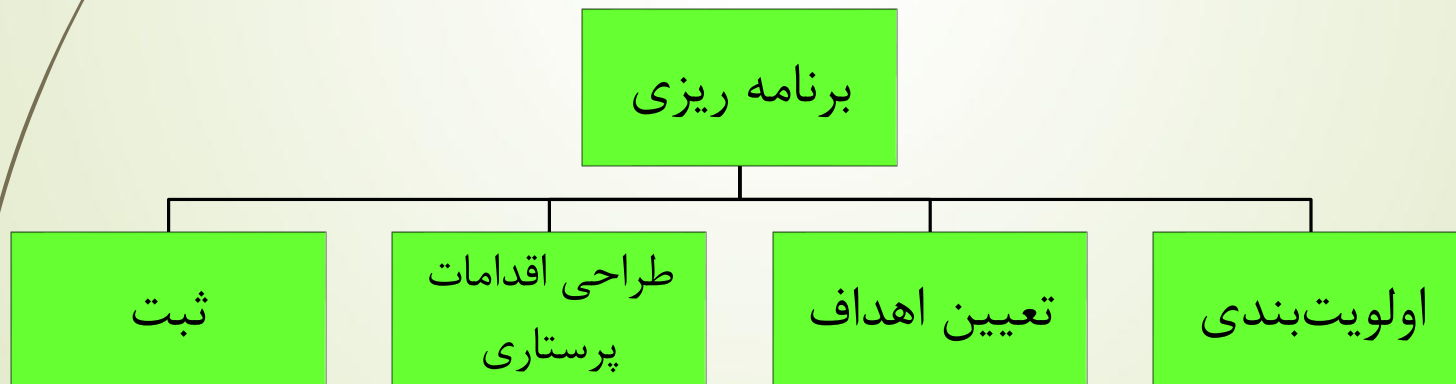
نقص در مراقبت های شخصی **در ارتباط با** وجود IV در دست راست

تغییر در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با مقدار ناکافی آهن در جیره غذایی
در معرض خطر صدمه در ارتباط با اختلالات شناختی
تغییر در حس و شناخت در ارتباط با هایپوکسی سیستم عصبی
عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

۳- برنامه ریزی (Planning)

چگونه می توان مشکل را برطرف کرد؟

برنامه ریزی، نحوه رویکرد به مشکل بیمار در جهت کاهش اثرات یا برطرف کردن آن را بیان می کند.



الگوی تنفسی نامناسب در ارتباط با اثرات
داروهای بی‌هوشی

سازگاری ناموثر در ارتباط با تشخیص نامعلوم
بیماری



1

2

-1

اختلال در الگوی خواب در ارتباط با سرفه‌های مکرر

-2

الگوی تنفسی ناموثر در ارتباط با ضعف و خستگی

-3

عدم تحمل فعالیت در ارتباط با سرفه‌های مکرر

-4

پاکسازی ناموثر راه هوایی در ارتباط با ترشحات غلیظ

-5

کمبود حجم مایع در ارتباط با از دست دادن اشتهای

-6

اضطراب در ارتباط با تغییر در عملکرد نقش

-7

تغییر در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با کاهش اشتهای

نتیجه‌ای مشخص و قابل اندازه‌گیری که به گونه‌ای تعیین می‌شود تا بازتابی از سطح سلامت بالاتر بیمار باشد.

اهداف تعیین شده می‌بایست واضح و مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقعی و دارای زمان مشخص باشند.

بیمار از روز چهارم بعد از عمل اظهار کند که دردی ندارد

بیمار تا دو روز آینده تقاضای داروی مسکن نکند

بیمار در طول مدت بستری دچار عفونت نشود.

بیمار در طی مدت بستری در بخش روزانه حداقل ۶ لیوان مایعات مصرف کند.

دمای بدن بیمار در پایان شیفت در محدوده طبیعی باشد.

ج- طراحی اقدامات پرستاری

تعیین اقدامات یا فعالیت‌هایی که در جهت رسیدن به هدف ضروری است.
برای طراحی اقدامات به جزء دوم تشخیص پرستاری (اتیولوژی) نگاه کنید.
احتمال اختلال در سلامت پوست در ارتباط با استراحت طولانی در تخت
برای هر بیمار اختصاصی است.
از کتاب‌های راهنما کمک بگیرید.

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

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

...

۴- اقدامات (Implementations)

اجرای مستقیم

کمک به اجرا

نظارت بر اجرا

آموزش

تحت نظر گرفتن بیمار از نظر عوارض یا بیماری

۵- ارزشیابی (Evaluation)

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

۳ حالت ممکن است اتفاق بیفتد:

مشکل حل می شود.

مشکل نسبتاً حل می شود.

مشکل باقی می ماند.

- signs & symptoms
- nursing diagnosis
- expected outcome
- intervention
- pt's goal

*Don't start
Keep up!
she needs work!*

Go home as soon as possible

Risk for ineffective coping R/T Polypharmacy & Comorbidity

about to be d/c

pt will verbalize when to call for help / medical assistance

hyper & hypo-glycemia

risk for activity intolerance

discuss w pt & family about the signs & symptoms when ↑ BP & reoccurrence of CVA, hypo & hyper glycemia, call 911 if necessary

discuss w pt abt his health status and suggest mild activities eg walking instead of running

pt will be able to identify alternative option to achieve his activity level

schedule for follow-up visit

CVA / hypoglycemic allergic to PCN & Iodine

remarkable injection on abdomen area

HTN

G.C. 75

enlarged prostate

rash on upper chest & shoulder

Risk for Fall R/T risk of fainting d/t CVA & hypo/hyperglycemia

skin integrity R/T medication administration AMB remarkable injection site & rash

Free of injury

provide slippers while pt's in hospital

the floor should be dry all the time

pt will demonstrate behaviors & lifestyle to ↓ risk factors and protect self from injury

pt will verbalize understanding of risk factors

pt will verbalize the importance of rotating site of insulin & Lovenox injection

pt will verbalize the importance of self examining of the skin

Remove objects that are blocking the way on the floor

review the medication & the effectiveness w the pt and encourage the pt to carry a piece of candy w him

teach the pt to inject insulin in one side of the abdomen but different spots for 10 shots and switch to the other side

demonstrate how to use the mirror to examine the skin after shower

Find out the cause of the rash

بیمارستان حضرت علی (ع)

بخش

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن:

شماره پرونده:

تشخیص پزشکی:

علائم و نشانه‌ها

تشخیص پرستاری

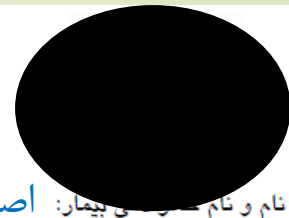
اهداف

اقدامات

ارزشیابی

نام و امضای پرستار:

تاریخ و شیفت:



بخش

نام و نام خانوادگی بیمار: اصغر اصغری

سن: ۶۸

شماره پرونده:

تشخیص پزشکی:

علائم و نشانه‌ها	تشخیص پرستاری	اهداف	اقدامات	ارزشیابی
بیمار می‌گوید من پوست و استخوان هستم. پوست مرطوب اما سالم است. پوست تحلیل رفته است. قد: ۱۷۷ سانتی‌متر وزن: ۵۵ کیلوگرم	خطر اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با بی‌حرکتی، زخم و سوء تغذیه	از ساعت ۷ تا ۱۴ روز ۱۸ تیر نشانه‌ای از زخم و قرمزی پوست مشاهده نشود.	- هر ۲ ساعت یک‌بار وضعیت بیمار تغییر کرد. - در طول شیفت ۲ بار ملحفه‌های زیر تنه بیمار صاف شد. - پوست بیمار تمیز و خشک شد. - یک‌بار در طول شیفت از تخت پایین آمد. - تشویق به مصرف مایعات شد. - به بیمار توصیه شد از غذاهای پر پروتئین، پر ویتامین و پر کربوهیدرات استفاده کند.	- هیچ نشانه‌ای از زخم و قرمزی مشاهده نشد. - بیمار می‌گوید: «من می‌دانم زخم بستر چقدر زجرآور است، قبلاً هم گرفتارش بوده‌ام و دیگر نمی‌خواهم دوباره دچارش شوم»

نام و امضای پرستار: اکبر اکبری

تاریخ و شیفت: ۹۱/۴/۲۵ صبح



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)

بخش داخلی

تشخیص پزشکی: pneumonia

شماره پرونده: ۱۶۷۵۸۶

سن: ۲۸

نام و نام خانوادگی بیمار: محسن ا. - منگی

علائم و نشانه‌ها	تشخیص پرستاری	اهداف	اقدامات	ارزشیابی
بیادگی نسبی دارد. صداهای تنفسی شل و سوز. تأثر از انجام تنفس عمیق.	آلوی تنفسی غیر مؤثر در ارتباط با عفونت ریه	صداهای تنفسی، سوز و خلط تنفسی بعد از طول دوره درمان محدود می نوال به کم‌ترین شود.	بررسی دقیق از کینیت، سوزش، خلط تنفسی، صداهای تنفسی و تغییر آن در طول دوره درمان و در پایان انجام می‌دهد.	بیمار تا آخر شیفت تنفسی به سوزند تنفس عمیق می‌کند.
تأثر از انجام تنفس عمیق عنی دارد.	بیمار قادر به انجام تنفس و سوزش نمی‌باشد بعد از اطمینان حاصل می‌گردد.	بیمار قادر به انجام تنفس و سوزش نمی‌باشد بعد از اطمینان حاصل می‌گردد.	بیمار را در ایستگاه تنظیم دستگاه تنفس و تنفس عمیق در سوزش سوز تشخیصی سوز.	بیمار از اسپی های خود در شیفت به صورت صحیح استفاده می‌کند.
		- بیمار توانا از اسپی های خود تا پایان شیفت بصورت صحیح استفاده کند.	دارد و بیمار به موقع داده شود مخصوصاً اسپی های تنفسی بیمار در وضعیت راحت به منظور آهسته آهسته تنفسی تر آید. نیز برای تنفسی سوزش در روزش هم به استیکار انجام می‌دهد.	

تاریخ و شیفت: ۹۱، ۵/۹ (۷-۱۴)

نام و امضای پرستار: نور



با تشکر از توجه شما

توروزه