پرستاری بهداشت جامعه ۱

بهداشت جامعه

❖ در بیشترتعاریف سه مفهوم انسان ، مکان و عملکرد (اهداف و فعالیت ها) مشترک می باشد.

❖ **جامعه شایسته یا سالم :**

- **دارای اعضایی است که می توانند مسائل و علاقه مندیهای جامعه را تشخیص دهند.**
- **اولویت های مسائل را طوری مشخص کنند که امکانی برای حل آنها بوجود بیاید.**
- **می توانند بطور موثر با تشریک مساعی استراتژیهای پیش بینی شده را به مرحله عمل در آورند.**

❖ **اسپرادلی = مشخصات جامعه سالم:**

۱) اعضاء خود را در جهت آگاهی از اینکه «یک جامعه واحد» هستند، جهت می دهند.
۲) از منابع طبیعی خود استفاده کرده و در حفظ آن برای آیندگان می کوشند.
۳) زیر گروهها را آزادانه می پذیرد و از مشارکت آنها در جامعه استقبال می کند.
۴) برای مقابله با بحران ها آماده است.
۵) مشکلات و نیازهای خود را تشخیص می دهد و با تجزیه و تحلیل برای رفع آنها برنامه ریزی می کند.
۶) کانال های ارتباطی بازی دارد و اجازه می دهد زیرگروهها و افرادش در جریان اخبار و اطلاعات قرار گیرند.
۷) تمام منابع را در دسترس افراد قرار می دهد.
۸) علاقه مند به مشارکت کامل افراد در تصمیم گیری ها است.
۹) برای تمام اعضاء خود، بالاترین سطح سلامت را در نظر دارد.

❖ **نکته: در واقع چنین جامعه ای در جهت شکوفایی پیش می رود.**

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖ ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح

– سال ۱۵۰۰ م. نیاز به توسعه بهداشت عمومی در اروپا

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖قبل از ۱۹۰۰ میلادی

✓رابینسون، اولین پرستار بازدیدکننده

✓فرانس روت: برنامه مراقبت در منزل

✓ ویلیام رتبون؛ تاسیس انجمن پرستاران بازدیدکننده

✓سال ۱۵۱۶ توماس مور در اشاعه این فکر که بهداشت حافظ سلامتی است و طبابت ترمیم کننده آن کوشش بسیار نمود

✓برای اولین بار گرانت در سال ۱۶۶۲ مبادرت به تجزیه و تحلیل آمار مرگ و میر در انگلستان نمود .

✓در حدود سالهای ۱۷۰۰ یک پزشک ایتالیائی به نام رامازینی شروع به نوشتن مقالاتی درباره بیماریهای حرفه ای نمود.

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖قبل از ۱۹۰۰ میلادی

✓توسعه و تکامل بهداشت عمومی در قرن نوزدهم نتیجه پیشرفت دانش و احساس مسئولیت اجتماعی جوامع اروپائی بود در این دوره ادوین چادویک و جان پیتر فرانک در اجرای برنامه های بهداشتی کوشش فراوان نمودند.

✓ در سال ۱۸۴۰ فرانسه اولین شبکه ملی خدمات بیمارستانی را طرح ریزی نمود و در حدود همین دهه ، دانمارک خدمات بیمارستانی را جزو وظایف شهرداریها دانست و برخی دیگر از کشورهای اروپائی طرفدار سیستم بیمه خدمات درمانی شدند.

✓اولین کنگره بین المللی بهداشت عمومی در سال ۱۸۵۱ در پاریس تشکیل گردید. در فاصله بین سالهای ۱۸۴۹ تا ۱۸۵۴ جان–اسنو که در لندن طبابت می کرد اپیدمیولوژی وبا را مورد مطالعه قرار داد و در سال ۱۸۵۶ ویلیام باد نظیر همین مطالعه را در مورد تیفوئید انجام داد.

✓ درنیمه دوم قرن نوزدهم مطالعات و آزمایشات پاستور در زمینه میکروبشناسی، تصویری دقیق از نحوه انتقال بیماریهای عفونی ارائه داد و با رونق عصر باکتریولوژی و یافتن انواع واکسنها ، اکثر بیماریهای عفونی قابل کنترل گردید.

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖ ۱۹۰۰ تا ۱۹۶۰

- تصویب برنامه های بهداشت عمومی
- رفاه کودکان، بهداشت مدارس، کنترل سل، کنترل بیماریهای مقاربتی و بهداشت کار
- دانشکده یل اولین دانشکده ای بود که دروس پرستاری بهداشت را در سال ۱۹۲۳ در کلیه برنامه های لیسانس پرستاری گنجانید
- سال ۱۹۱۸= دوره تکمیلی (بطور مثال، بعد از دیپلم پرستاری) برای پرستاری بهداشت و برنامه آموزش لیسانس برای پرستاران.
- پرداخت دستمزد با کمک لیلیان والد
- لیلیان والد؛ وضع اصطلاح پرستاری بهداشت عمومی
- ۱۹۱۲؛ اولین سازمان پرستاری سلامت جامعه
- ۱۹۳۵؛ موسسه خدمات کودکان معلول،بازتوانی
- ۱۹۳۸؛ کنترل بیماری سفلیس
- ۱۹۴۲؛ پرستاری بهداشت مدارس
- ۱۹۵۰؛ پرستاری بهداشت مادر و کودک، سالمندان، غربالگری و بیماریابی، پرستاری بیماریهای واگیر

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖۱۹۶۰ تا کنون

- افزایش تعداد برنامه های لیسانس پرستاری
- محسوب شدن دروس پرستاری بهداشت جزء دروس الزامی برنامه های آموزش پرستاری و اعتبار مدارک پرستاری
- پرستاری بهداشت جامعه
- لورتاجی فورد و هنریک سیلور برای اولین بار برنامه پرستار کلینیکی کودکان را در کلرادو بنیان گذاری کردند
- جنبش پرستاران درمانگر
- جنبش خدمات پرستاران کلینیکی
- پرستاری بهداشت روانی
- برنامه تنظیم خانواده
- ۱۹۹۰ – ۱۹۸۰؛ غربالگری بیماریهای ژنتیکی

(کم خونی داسی شکل، فنیل کتونوری، هیپوتیروئیدسم)

- بذر بهداشت که ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح کاشته شده بود ، پس از فراز و نشیب های بسیار و پیشرفت تدریجی و آرام، در سال ۱۹۴۶ ، عالی ترین ثمرات خود را ببار آورد. در این سال اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسید و در سال ۱۹۴۸ به مرحله اجرا گذاشته شد .بیش از ۱۵۰ کشور جهان عضو این سازمان هستند

منشاء و تاریخچه پرستاری بهداشت جامعه

❖پرستاری قرن ۲۱

- موقعیت مناسب جهت مشارکت فعال در تصمیم گیری و سیاست گذاری ها
- توانمند شدن پرستاران سلامت جامعه در حیطه های اپیدمیولوژی، ارزیابی تحلیلی، اعلام احتمال خطر، نظارت و پایش وضعیت بهداشتی

بهداشت در ایران

- سال ۱۳۲۰؛ تاسیس وزارت بهداری
- سال ۱۳۶۵؛ تغییر نام وزارت
- در دوران هخامنشیان رعایت بهداشت همواره مورد نظر بوده .
- در دین زرتشت ، آتش رمز پاکی و شایسته احترام بوده و آلوده کردن آب و خاک به پلیدی ممنوع بوده است.
- مطالب و دستورات بهداشتی زیادی در دین اسلام وجود دارد.
- در اصول سوم ، بیست و نهم و چهل و سوم از قانون اساسی بر ضرورت تامین بهداشت و درمان برای آحاد مردم ایران تاکید شده است

پرستاری بهداشت جامعه

-پرستاری = تشخیص و درمان عکس العمل انسان به مسائل واقعی و احتمالی

-مسائل بهداشتی که مورد توجه پرستاران بهداشت قرار می گیرد، هم احتمالی است و هم واقعی

-پرستاری در درجه اول عبارتست از مراقبت از بیمار و در آموزش پرستاری قسمت اعظم کارورزی آن عبارتند از علومی که در آن به درک انسانها و مراقبت از بیمار و مددجو توجه شده است.

-آرچر و فلشمن ۱۹۷۹ مقصود اصلی پرستاری بهداشت را اعتلای سلامت مددجو به حدی که به مطلوب ترین حد فعالیت خود برسند تعیین کرده و آن را با کلمات اختصاری OLOF نشان داده است.

Optimum Level of Functioning

تعاریف پرستاری بهداشت جامعه

❖پرستاری بهداشت جامعه ترکیبی است از پرستاری و بهداشت همگانی که جهت اعتلاء و نگهداری سلامت مردم بکار می رود.

❖جامع و غیر تخصصی

❖به گروه یا سن معین یا بیماری خاصی اختصاص نداشته

❖منقطع نبوده بلکه مداومت دارد

❖مسئولیت اصلی آن نسبت به تمامی آحاد جامعه است

❖مراقبتهای پرستاری که جهت افراد، خانواده ها یا گروه ها، انجام می گیرد برای کمک به تمام مردم است.

❖از اعتلای سلامت، نگهداری سلامت، آموزش بهداشت و اداره امور، هماهنگی، و ادامه مراقبت ها همگی به صورت کلی و جامع جهت عرضه مراقبتهای بهداشتی به افراد، خانواده ها و گروه ها در جامعه استفاده می شود.

❖پرستاری بهداشت جامعه می تواند خدمات مستقیم و غیرمستقیم به مددجویان عرضه کند و مشارکت مصرف کننده نیز مهم است.

بخش بهداشت همگانی پرستاری بهداشت

- **علم و هنر پیشگیری از بیماری، افزایش طول عمر، ارتقای سلامتی و توانمندی بشر از طریق تلاش منظم و همگانی (وینسلو ۱۹۲۰)**

- **رویکرد اجتماعی سازمان یافته به منظور پیشگیری از بیماری، مراقبت از افراد و ارتقای سلامت جامعه**

❖**هندرسون و نایت**

- **پرستار بهداشت جامعه کسی است که برای نقش ویژه ای آموزش دیده است**
- **نقش او عبارت از مددرسانی به افراد اعم از بیمار و تندرست در انجام فعالیت هایی که سلامت یا بهبود یا مرگ آرام او را تضمین می کند**
- **فعالیت هایی که انسان توان، اراده و دانش کافی می داشت می توانست خود به تنهایی بدون یاری گرفتن از دیگری عهده دار آنها شود.**
- **ارائه خدمات بهداشتی به تمامی گروههای اجتماعی از وظایف پرستار بهداشت جامعه می باشد**
- **تا مددجویان به استقلال دست یابند که به منظور به عهده گرفتن مراقبت از خود، حفظ وارتقاء سطح سلامت آنها می باشد.**

بخش بهداشت همگانی پرستاری بهداشت

- خانواده واحد اصلی جهت ارائه خدمات بهداشت می باشد.
- جمعیت آسیب پذیر براساس خصوصیات جمعیتی مانند توزیع سنی ، جنسی ومکانی، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و..... مشخص می شود.
- سن و جنس از همه مهمتر است.
- کودکان، زنان وسالمندان گروه آسیب پذیر به شمار می روند.
- ایجاد رفتار مطلوب در مددجویان جهت پیشگیری از بروز بیماری و آگاه کردن آنان از عوامل موثر بر سلامتی، است.
- وراثت، محیط و سبک زندگی سه عامل مهم در رابطه با سلامتی هستند. تداخل این سه عامل می تواند باعث افزایش یا کاهش خطر سلامتی شود.
- وضعیت اقتصادی میزان تقاضا را در افراد نشان می دهد و عامل مهم در دستیابی افراد به خدمات بهداشتی است.
- نشانه بارز تعهد سیاسی دولت اختصاص ۵٪ از درآمد سرانه کشور به بخش خدمات بهداشتی می باشد.

بخش بهداشت همگانی پرستاری بهداشت

- **اهداف بهداشت جامعه**

۱ – افزایش امید به زندگی.

۲ – کاهش میزان مرگ و میر به خصوص در کودکان زیر یک سال و مادران باردار.

۳ – کاهش میزان ناخوشی.

۴ – افزایش احساس خوب بودن از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی.

۵ – افزایش تطابق شخص با محیط.

۶ – ارائه مراقبت بهداشتی جهت ارتقاء کیفیت زندگی.

Public Health

- برنامه های بهداشت عمومی

- مراقبت بهداشتی، ارزیابی بهداشت جامعه، تجزیه و تحلیل آماری، آموزش همگانی، ثبت گزارشات، نظارت

- بر پایه مشارکت و همکاری
- مرتبط با سایر علوم
- بر اساس هسته علم اپیدمیولوژی

پرستاری بهداشت جامعه

- کار با افراد، خانواده ها، گروه ها و جوامع
- حل مسائل بهداشتی
- رفع نیازهای اساسی برای رسیدن به سلامت در حد مطلوب
- توجه به مددجو و محیط در طول زمان
- داشتن فرصت منحصر به فرد برای برقراری ارتباط و کنش و واکنش با مددجو
- مشارکت در تغییرات مثبت و پیشرفت مددجویان
- تلفیق بازسازی از کلیه تخصص های پرستاری و علوم بهداشت همگانی

مقایسه پرستاری با پرستاری بهداشت جامعه

پرستاری بیمارستان	پرستاری بهداشت جامعه
تمرکز به بیمار بستری در بیمارستان	تمرکز روی خانواده ها، جوامع و گروههای موجود در آن
تامین مراقبتهای پرستاری منقطع	تامین مراقبتهای پرستاری بطور گسترده و مداوم
خدمات در واحدهای تخصصی بیمارستان	کار در کلیه ابعاد سلامتی و بیماری در بسیاری از مکانها
داشتن کار در یک بیمارستان یا موسسه	سروکار با تمام موسسات، جوامع و سازمانهای دنیا
هم آهنگی مراقبتهای پرستاری در داخل موسسه و یا در زمان ترخیص بیمار با سایر موسسات بهداشتی جامعه	هماهنگ کردن خدمات عرضه شده توسط کارکنان سازمانهای مختلف موجود در جامعه، اعم از خدمات پزشکی یا غیر پزشکی
کسب دستورات درمانی از پزشکان	کسب دستورات محدود برای خدمات پرستاری، اختیارات پزشکان با فاصله و غیرمستقیم مگر در موارد موسسات تامین کنندگان مراقبتهای درمانی

مقایسه پرستاری با پرستاری بهداشت جامعه

پرستاری بیمارستان	پرستاری بهداشت جامعه
طراحی و تامین مراقبتهای پرستاری	ترغیب بیماران به استقلال و خود کنترلی، باستثنای موارد خاص مانند موارد بیماریهای واگیر
محدود کردن استقلال بیمار در محیط بیمارستان	طراحی و تامین مراقبت خانواده محور
فرصت محدودی صرف مشاهده روابط خانوادگی و سایر شاخص های سلامتی می کند	کلیه عوامل محیطی موثر بر سلامت را مورد مشاهده قرار می دهد
محدودیت امکان مشاهده روابط معمول بین اعضاء و خانواده، زیرا بیمارستان محیطی است مصنوعی، حتی به لباس و حریم بیمار دخالت شده و از او گرفته می شود	امکان مشاهده روابط اعضاء خانواده زیرا رفتارهای عادی محدود نیست
ارتباط با سایر نیروهای انسانی بیمارستان محدود است	ارتباط حرفه با مردم و مقررات مختلف حتی غیر از گروه پزشکی را تسهیل می کند، نقش او هماهنگی با سایر عرضه کنندگان مراقبتهای بهداشتی و با دارندگان حرفه های مختلف است

تعریف و نقش پرستاری بهداشت همگانی در ارائه مراقبتهای بهداشتی

- در سال ۱۹۸۰ قسمت پرستاری بهداشت همگانی انجمن بهداشت آمریکا پرستاری بهداشت همگانی علوم بهداشتی و تئوریهای پرستاری حرفه را بمنظور بهبود سطح سلامت جامعه با یکدیگر ترکیب می کند.
- این هدف در راس پیشگیری اولیه و اعتلای سلامت قرار گرفته و پایه و اساس خدمات پرستاری بهداشت همگانی را تشکیل می دهد.
- برای رسیدن به این مقاصد، پرستاران بهداشت همگانی با گروهها، خانواده ها و افراد و همچنین با تیمهای متشکل از دیسپلین ها و برنامه های مختلف کار می کنند.
- مشخص کردن گروه هائی که در بین جمعیت در معرض خطر بیماری قرار دارند یا ممکنست با مرگ زودرس روبرو شوند و بسیج منابع بطرف این گروه ها موثرترین شیوه است برای انجام مقاصد پرستاری بهداشت همگانی.
- موفقیت در کاهش خطر و بهبود سلامت جامعه بستگی به همکاری و تشریک مساعی مصرف کنندگان خدمات بهداشتی در برنامه ریزی و فعالیتهای خودیاری دارد، بخصوص همکاری گروهائی که در معرض خطرات احتمالی باشند.

مراقبتهای اولیه

مراقبتهای اولیه مربوط می شود به توسعه نقش پرستاری، بطوریکه بیان شده دارای دو بعد است:

(الف) اولین تماس هر فردی در موقع بیماری با یک نظام مراقبتی که منجر به تصمیم گیری در زمینه حل مسئه می گردد

(ب) مسئولیت ادامه مراقبت، بطور مثال نگهداری سلامت، ارزشیابی و رفع علائم، و ارجاع مناسب به منابع موجود.

مراقبتهای اولیه

- عبارتند از مراقبتهای بهداشتی که براساس علوم علمی و عملی صحیح و با روشها و تکنولوژی قابل قبول برای جامعه در دسترس عامه بوده و قابل دستیابی برای افراد و خانواده ها می باشد.
- این مراقبتها با مشارکت و خودیاری و تصمیم گیری افراد جامعه با هزینه مناسب با درآمد جامعه و کشور در کلیه مراحل پیشرفت تأمین میگردد.
- این مراقبتها اولین سطح تماس افراد، خانواده ها و جامعه با نظام های بهداشتی درمانی است، که مراقبتهای بهداشتی را به نزدیکترین محل ممکن در جاهائیکه افراد زندگی کرده یا کار میکنند آورده که شامل اولین عنصر در فرآیند مراقبتهای مداوم و پی گیر است.

اعتلای سلامت

- عبارت از فعالیتهایی است که بیمار را بطرف منابعی که سلامت و بنیه او را حفظ می کند و بهبود می بخشد هدایت کند.
- مثالی از اعتلای سلامت، آموزش روش صحیح اولیاء بودن است که کیفیت ولی بودن اولیاء آینده و حال را بهبود بخشد.
- بگفته پندر «پیش گیری عبارتست از فعالیتهایی که جهت حفاظت مددجو در مقابل مسائل واقعی و احتمالی که او را تهدید کرده و نتایج و اثرات سوء بر سلامت او دارد انجام می گیرد.
- مثال: مصون سازی کودکان در مقابل بیماریها.

سطوح پیشگیری:

❖پیشگیری **مقدماتی یا نخستین (primordial prevention)**

"ممانعت از ظهور یا رشد عامل خطر بیماری درجامعه"

چگونه؟

- ✓ با حذف عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی که با بیماری یا عامل خطر بیماری مرتبط هستند (هرچند غیر مستقیم)
- ✓ تغییر فرهنگ مردم در مورد سیگار کشیدن در محیطهای بسته (افزایش آگاهی جامعه در مورد خطرات passive smoker)
- ✓ حذف گازهای فرئون دار در صنایع یخچال سازی (کاهش تخریب اوزون و درنتیجه ممانعت از ورود اشعه UV به جامعه)

تغییر در نگرش، باورها و ارزشهای اجتماعی در پیشگیری مقدماتی مهم هستند

در این نوع از پیشگیری، بیشترکوشش ها معطوف به کودکان است تا آنان را از یادگیری شیوه بد و مضرّ زندگی باز دارند.

مهمترین اقدام مداخله ای در این نوع پیشگیری، آموزش شخصی و آموزش همگانی است.

اثرات پیشگیری مقدماتی غیر مستقیم و غیر اختصاصی است و به راحتی قابل اندازه‌گیری نیست.

بر پیشگیری از بیماریهای مزمن توجه ویژه ای دارد.

مفهومی واقعی دارد: یعنی پیشگیری مانع از ایجاد و گسترش عوامل خطر در کشور یا گروه های جمعیتی خواهد شد که عوامل خطر هنوز در آنها بروز نکرده اند.

دو شاخص IMR و امید به زندگی برای بررسی تأثیر آن مناسب هستند.

پیشگیری سطح اول (Primary Prevention)

شامل دو نوع فعالیت است :

۱ – ارتقاء سطح سلامت (آموزش بهداشت، استانداردهای مناسب تغذیه متناسب با مراحل تکامل زندگی، توجه به تکامل فردی، فراهم کردن امکانات کافی زندگی،اوقات فراغت و شرایط کاری قابل قبول، مشاوره ازدواج و آموزش مسائل جنسی، مشاوره ژنتیک، راهنمایی و تربیت فرزندان).

۲ – حفاظت اختصاصی (واکسیناسیون، توجه به بهداشت فردی، استفاده از بهداشت محیط، حفاظت در برابر خطرات شغلی، حفاظت در برابر حوادث، استفاده از مواد غذایی ویژه، حفاظت در برابر مواد سرطان زا، اجتناب از مواد آلرژن و تغییر شیوه زندگی).

نکته :

در پیشگیری نوع اول روابط درونی بین عامل بیماری زا، میزبان و محیط وجود دارد و در نتیجه محرک تولید می شود.

در پیشگیری نوع اول بیمار در مرحله پیش از بیماری زایی قرار دارد.

پیشگیری سطح اول (Primary Prevention)

"کاهش مواجهه با عامل خطر"

پیشگیری از بیماری با کنترل علل و عوامل خطر زا است.

عمدتًا شامل مداخله در مرحله پیش از بیماری زایی است.

تفاوت با پیشگیری مقدماتی:

پیشگیری مقدماتی: عوامل زمینه‌ای کلی بیماری (به منظور حذف عامل خطر)

پیشگیری سطح اول: عوامل خطر اختصاصی بیماری

در پیشگیری سطح اول آگاهی از مرحله پیش از بروز علائم بالینی، از جمله عامل بیماریزا، میزبان و محیط زیست ضرورت دارد.

- سازمان جهانی بهداشت، برای پیشگیری اولیه از بیماریهای غیر واگیر با عوامل خطرزای مشخص، **دو خط مشی** را توصیه می کند. این دو غالباً مکمل یکدیگرند.

الف) راهبرد جمعیتی (همگانی) Population (Mass) Strategy

ب) راهبرد گروه های پرمخاطره (High - risk Strategy)

پیشگیری

- پیشگیری نوع اول عبارتست از پیشگیری بمعنی واقعی کلمه.
- این نوع پیشگیری قبل از بیماری یا اختلالات انجام می شود و معمولاً برای جمعیت سالم از پیشگیری اولیه استفاده می شود.
- پیشگیری اولیه شامل اعتلای سلامت بطور کلی و عمومی و همچنین حفاظت در مقابل بیماریها بطور اختصاصی است.
- پیشگیری نوع دوم تاکید بر تشخیص بموقع و اقدام فوری برای متوقف کردن فرآیند بیماری داشته و نیز توجه بر کاهش دوره بیماری و شدت آن دارد...
- بیماریابی بهر ترتیبی ... برای تعاریف پیشگیری نوع دوم نامیده می شود.

پیشگیری نوع سوم یا ثالثیه

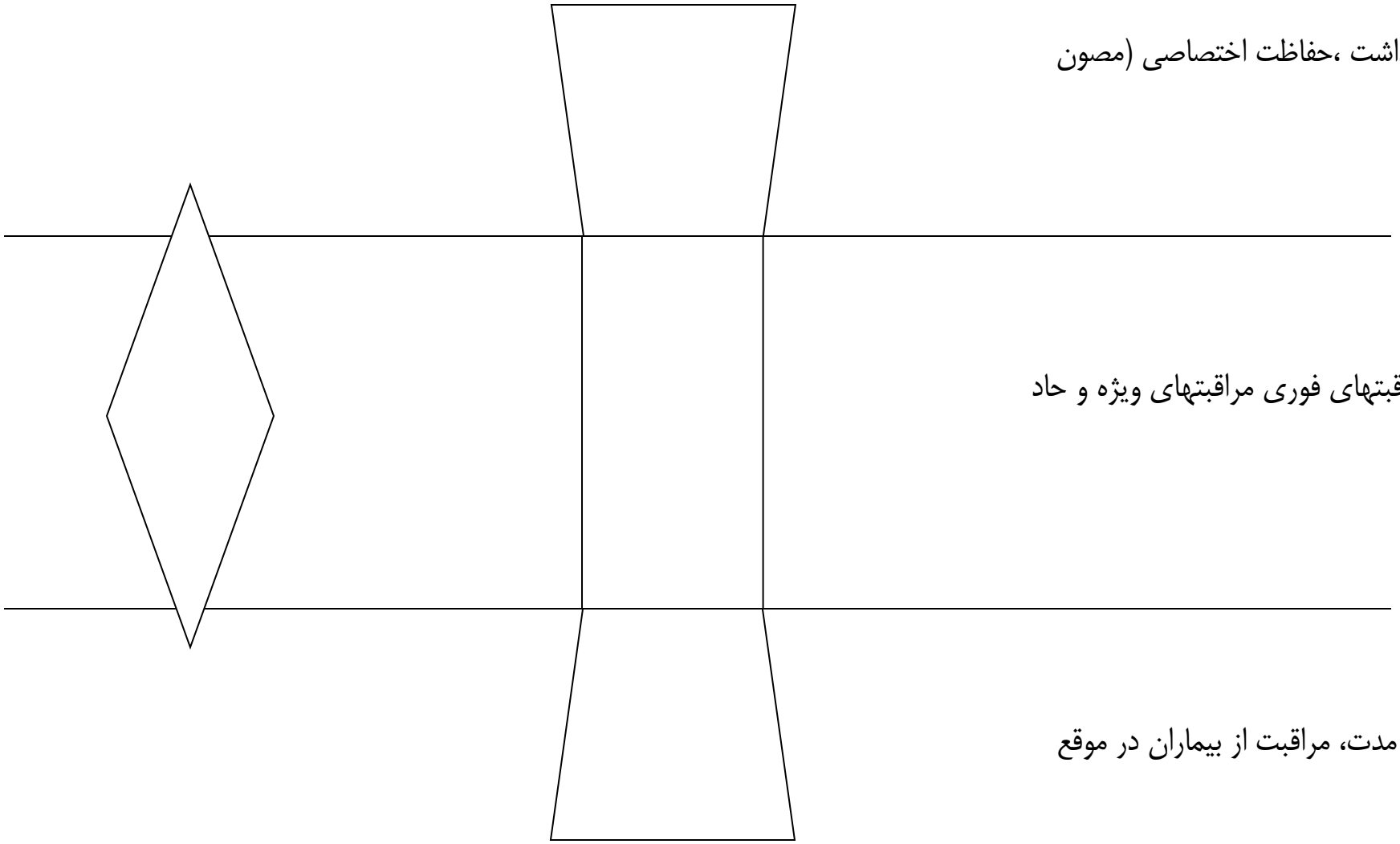
- زمانی از پیشگیری سطح سوم یا نهائی استفاده می شود که اثرات آسیب تثبیت شده و غیر قابل برگشت باشد.
- توان بخشی و مقصود از پیشگیری نهائی فقط متوقف کردن فرآیند بیماری نیست
- این نوع پیشگیری شامل آماده کردن فرد در محدوده ناتوانی خود برای انجام فعالیت در سطح مطلوب است.

آموزش بهداشت بهترین و موثرترین روش و هسته مرکزی کلیه خدمات بهداشتی است.

سطوح پیشگیری

نیازهای مراقبتهای بهداشتی مردم

تمرکز فعلی فعالیتها و آموزش پرستاری



سطح اول :

اعتلای سلامت ،آموزش بهداشت ،حفاظت اختصاصی (مصون سازی)، حفاظت محیط

سطح دوم:

تشخیص و درمان بموقع مراقبتهای فوری مراقبتهای ویژه و حاد
تشخیص و درمان کامل

سطح سوم یا نهائی:

توان بخشی ،مراقبتهای دراز مدت، مراقبت از بیماران در موقع مرگ

سلامتی

- مقصود نهایی از مراقبتهای بهداشتی دستیابی به سلامتی است.
- سلامتی را می توان با چهار الگو نگریست:

۱- الگوی ایده آلی

۲- سازگاری

۳- ایفای نقش

۴- کلینیکی

۱- الگوی ایده آلی: ادیومنیستیک یا خودشکوفایی Eudaimonistic Model

در الگوی اول ادیومنیستیک سلامتی بوضع ایده آلی اطلاق شده که در آن فرد خودیابی و حد کمال رسیده و تواناییهای خود را از قوه به فعل در می آورد.

۲- سازگاری:

در الگوی دوم سازگاری بوضعی اطلاق می شود که انسان بطور موثر قادر به کنش و واکنش با محیط فیزیکی و اجتماعی خود است. در این الگو نشان داده می شود چگونه انسان می تواند با محیط در حال تغییر خود را تطبیق دهد.

سلامتی فرآیندی خلاقانه است.

هدف از درمان ، بازگرداندن توانایی فرد در انطباق ، یعنی مقابله است.

۳- ایفای نقش:

سلامتی عبارتست از میزان توانائی فرد در ایفای نقش اجتماعی خود بطور موثر و رضایت بخش

افرادی که می توانند نقش خود را انجام دهند ، حتی اگر بیماری بالینی داشته باشند ، سالم هستند.

۴- کلینیکی: مدل بالینی

الگوی کلینیکی سلامتی عبارتست از فقدان علائم و نشانه های بیماری و ناتوانی که قابل تشخیص با علم پزشکی باشد.

- اسمیت (۱۹۸۱) بیان کرد که سلامتی در ارتباط مستقیم با آموزش ، پژوهش و فعالیت پرستاری می باشد.
- سطحی ترین آن الگوی کلینیکی و الگوی ادیومنیستیک جامع ترین الگوها.

مدل اعتقاد بهداشتي

❖تئوريهايي را از علوم رفتاري وارد حيطه بهداشت كرد.

❖ابتدا توسط گروهي از روانشناسان در سال 1950 براي كمک به توضيح اين مسئله كه چرا مردم از خدمات بهداشتي مانند آزمون x-rayقفسه سينه براي غربالگري سل و ايمن سازي بر عليه آبله استفاده نمي‌كنند؟ بكار رفت.

❖اين تحقيقات نشان داد كه مردم از بيماري مي‌ترسند و درجه ترس يا همان تهديد درک شده مردم را براي انجام اعمال بهداشتي ترغيب مي‌كند.

مدل اعتقاد بهداشتي

❖مفاهيم اساسي كه در مدل اعتقاد بهداشتي وجود دارند عبارتند از:

1) حساسيت درک شده: عقيده شخص در مورد شانس ابتلا به شرايط خاص

2) شدت درک شده: عقيده شخص در مورد اينكه وخامت و شدت اوضاع در چه حد است؟

3) مزاياي درک شده: تصور شخص از اينكه بعضي از كارهايي كه براي پيشگيري از بيماري انجام مي‌دهد تا چه حد موثر واقع مي شوند؟

4) موانع درک شده: هزينه هاي اقتصادي و موانع رواني اعمال توصيه شده براي پيشگيري بسيار در اتخاذ اعمال پيشگيري موثر هستند

5) راهنما براي انجام عمل : اينها عمدتاً رويدادهايي دروني يا خارجي هستند كه آمادگي فرد را براي عمل و تحريک رفتار معين مي كنند. نمونه هاي استراتژيهاي خارجي براي تحريک آمادگي عبارتند از رسانه هاي گروهي و مشاوره فرد با فرد هستند

6) مفهوم ديگر كه در سال 1988 براي ارضاي بهتر و برخورد مناسب‌تر با مشكلات بهداشتي مانند پرخوري، سيگار كشيدن و عدم تحرک اضافه شد، خود كارآمدي است. خود كارآمدي مفهومي است كه نخست توسط آلبرت بندورا در تئوري شناخت اجتماعي يا يادگيري اجتماعي بكار رفت و به اطمينان شخص به توانايي‌اش براي انجام موفقيت‌آميز كارهايش، اشاره مي كند.

مدل اعتقاد بهداشتي

❖دو ضعف اصلي در مدل HBM

1) موانع بهداشتي با ساير عقايد و نگرشهاي فرد و افراد محيط پيرامونش در رقابت هستند

2) تحقيقات دهه اخير در زمينه روانشناسي اجتماعي نشان داده كه روند شكل گيري عقايد هميشه هم مقدم بر تغيير رفتار نمي باشد در حقيقت شكل گيري عقايد ممكن است پس از تغيير رفتار رخ بدهد

3) سوالات مختلف در مطالعات متفاوت براي تعيين عقايد يكسان بكار مي رود در نتيجه هم طراحي آزمونهای مناسب براي مدل اعتقاد بهداشتي و هم براي مقايسه نتايج مشكلات متعددي پيش روي ماست.

4) عوامل ديگري بجزء اعتقادات بهداشتي نيز بر رفتار بهداشتي تاثير مي گذارند كه فرهنگ، موقعيت هاي اجتماعي و اقتصادي و تجارب قبلي از آن جمله هستند.

- اجزاي اصلي مدل HBM از تئوري روانشناسي و رفتار حاصل شده است. بر اساس اين تئوري رفتار انسان به دو متغير بستگي دارد:

الف) ارزشي كه توسط شخص بر روي يک هدف نهاده مي شود كه به تئوري انتظار ارزش مشهور است يعني فرد وقتي رفتارش را تغيير مي دهد كه به اين نتيجه رسيده باشد كه انجام رفتار براي او سود داشته باشد.

ب) تخمين فرد از احتمال اجراي رفتاري است كه باعث دست يافتن به هدف مورد نظر مي شود.

در كل بر اساس اين تئوري تغيير در اعتقاد لازمه تغيير رفتار است.

مدل اعتقاد بهداشتي

❖مدل اعتقاد بهداشتي غالبا براي تفسير پاسخهاي افرادي كه در معرض خطر بيماري هستند ولي علايم بيماري را تجربه نكردند و افرادي را كه با وجود اينكه از خطرات بيماري آگاهي دارند ولي براي كاهش آن كاري نمي كنند، مناسب است.

❖اين مدل عمدتا بر پيشگيري از بيماريها و رفتارهاي اتخاذ شده براي اجتناب از زنجيره ناخوشي ها و بيماري ها متمركز است.

❖بيشترين كاربرد اميدبخش مدل اعتقاد بهداشتي براي كمک به توسعه پيامدهايي است كه افراد را براي تصميم گيري بهداشتي ترغيب مي كنند.

❖در واقع اين مدل كمک مي كند تا رفتارها را بشناسيم، نقاطي كه بايستي تغيير رفتاري داده شود را شناسايي كنيم و تصميم گيري را آسان سازيم.

❖اين مدل براي تغيير رفتار در زمينه بيماريهايي مانند پرفشاري خون، اختلالات تغذيه اي، قرص هاي پيشگيري از حاملگي و خودآزمايي پستان كاربرد دارد.

مدل مراحل تغيير :

- پروچاسکا
- تغيير در رفتار بعنوان فرايند نه يک حادثه
- فرد در سطوح مختلف انگيزه و آمادگي براي تغييرات قرار دارد.

1) مرحله قبل از تفکر- شخص از مشکل آگاه نيست و يا بطور جدي در مورد مسئله بهداشتي فکر نکرده است.

2) مرحله تفکر- شخص بطور جدي در مورد مسئله حادث شده فکر مي کند.

3) مرحله آمادگي يا قصد- شخص برنامه براي عمل دارد و آخرين انطباق‌ها را قبل از تغيير رفتار صورت مي دهد

4) مرحله عمل- شخص برنامه عملياتي ويژه‌اي را براي اصلاح رفتار و محيطش انجام مي‌دهد.

5) مرحله ماندگاري- فرد رفتار مورد علاقه و جايگزين شده جديد را ادامه مي‌دهد

6) مرحله نهايي- فرد هيچ تلاشي و هيچ مقاومتي براي عود رفتار نادرست انجام نمي‌دهد.

- در عود شخص به رفتار سابقش رجوع مي‌کند و عود مي‌تواند در هر کدام از مراحل عمل و ماندگاري رفتار اتفاق بيافتد.
- اين مدل بيشتر از آنکه مدلي خطي باشد، مدلي دوار و چرخشي است.

مدل قصد رفتاري

❖ فيش بين

❖ بر اساس تئوري عمل منطقي و تئوري انتظار ارزش

❖ فرد وقتي رفتاري را از خود بروز مي دهد كه براي او سودآور باشد.

❖ هدف نهايي اين مدل پيش بيني رفتار است

❖ فرض بر اين است كه قصد رفتاري تعيين كننده مستقيم رفتار است و بقيه عوامل غير مستقيم روي رفتار تاثير مي گذارند.

❖ قصد لازمه رفتار است ولي براي انجام رفتار هميشه كافي نيست و همواره رابطه قطعي و صددرصدي بين رفتار و قصد نيست.

❖ قصد حاصل دو عامل است:

الف) نگرش نسبت به رفتار يا همان ارزشيابي منفي يا مثبت در مورد انجام يک رفتار

✓ اعتقاد درباره نتيجه رفتار و ارزيابي از نتايج، شكل دهنده نگرشها هستند.

✓ اعتقادات زيربناي نگرش بوده و براي يک رفتار ابتدا، ارزشيابي مثبت يا منفي از نتيجه كار بعمل آورده و سپس نسبت به انجام آن اعتقاد مثبت يا منفي پيدا مي كند.

ب) نرمهاي انتزاعي يا فشارهاي اجتماعي: افراد در جامعه تحت تاثير اطرافيان، كاركنان بهداشتي، رهبران مذهبي و غيره هستند و مجبورند خواست خود را بر مبناي نظر ديگران استوار كنند.

مدل پرسید

- لارنس گرین و مارشال کروتر
- فرايندي براي تغيير رفتار

1- مستعد کننده P=predisposing

2- تقویت کننده R=reinforcing

3- قادر سازنده E=enabling

4- علتها و موجبات ايجاد توانايي C=causes

5- آموزشي E=educational

6- تشخيصي D=diagnosis

7- ارزشيابي E=evaluation

مدل پرسید

- نتيجه احتمالي يک برنامه آموزشي را پيش بيني کرده و منظر آتي اجراي يک برنامه را مشاهده مي کنيم.
- از کل به جزء و از انتها به ابتدا برنامه ريزي مي کنيم.
- مدلي راهنما براي تجزيه و تحليل مسائل و مشکلات بهداشتي يا رفتارهاي بهداشتي است و عوامل موثر بر وضع سلامت افراد را مشخص کرده و به برنامه ريزان در راه رسيدن به اهداف برنامه کمک مي کند
- بر دو جزء مداخله و ارزشيابي تاکيد مي کند.
- طراحي برنامه آموزش بهداشت گروههاي هدف و برنامه هاي بازآموزي پرسنل بهداشتي
- بر اساس علومي نظير اپيدميولوژي، علوم رفتاري، اجتماعي، مديريت و آموزش

مرحله اول : تشخيص اجتماعي يا ارزيابي كيفيت زندگي

- در اين مرحله بر اساس ارزيابي برخي مشكلات عمومي مانند مسايل مربوط به كاركنان، كليه اقشار اجتماع و غيره به بررسي كيفيت زندگي مردم و اجتماع مي پردازيم.

- شاخص اجتماعي نظير رفاه، بيكاري، مشكلات محيط زيست، علل مرگ،... و كلا مسايل بهداشتي موثر بر كيفيت زندگي مردم در اين مرحله بررسي مي‌شود.

- اولين وظيفه طراح اين است كه بفهمد مشكلات اجتماعي چه هستند و چه تاثيري بر سلامتي دارند؟

- اصولا هدف از برنامه هاي بهداشتي در نهايت ارتقاء كيفيت زندگي است

- كيفيت زندگي از دو طريق مورد بررسي قرار مي گيرد:

الف) عواملي كه بر كيفيت زندگي تاثير مي گذارند و به صورت آمار و ارقام قابل بيان هستند مانند درصد بيكاري، ميزان سواد

ب) با پرسش از جمعيت مورد مطالعه مي توان به عواملي كه به نظر آنها مانعي در راه ارتقاء كيفيت زندگي شان است پي برد. اين كار از طريق پرسشنامه و بحث گروهي مي تواند انجام گيرد.

مرحله دوم: تشخيص اپيدميولوژيكي

- شناخت مسائل بهداشتي كه در ايجاد مشكلات اجتماعي دخالت دارند و مستقيما به سلامتي ارتباط پيدا مي كنند

أ) يكسري آمار و ارقام و اطلاعات مانند بروز و شيوع

ب) اطلاعات اتيولوژيک

ت) اطلاعات حاصل از نتايج تحقيقات و بررسي‌هاي سازمان‌ها و آژانس‌هايي كه در زمينه بهداشت در جامعه فعال هستند.

- تعيين شدت و توزيع مسائل بهداشتي براي جمعيت هدف

- اولويت بندی مسائل بهداشتي

- دو مورد را بايد در نظر گرفت:

الف) مشكلات مهم بهداشتي كه در ايجاد مشكلات اجتماعي دخالت دارند و نهايتا بر كيفيت زندگي موثرند

ب) عوامل غير بهداشتي مانند شغل، عوامل محيطي و غيره.

مرحله سوم: تشخيص رفتاري

- تشخيص و طبقه بندي رفتارها بر اساس اهميت مسايل بهداشتي مورد نظر با تاكيد بر روي علل رفتار و تشخيص رفتار

- تعيين و تشخيص رفتارهايي كه با مشكل بهداشتي مورد نظر ارتباط داشته و اولويت بيشتري براي حل كردن دارند.

- در نظر گرفتن دو عامل يا علت مهم است:

الف) عوامل رفتاري كه آن دسته عوامل يا رفتارهايي هستند كه روي سلامتي و وضع بهداشت در جامعه تاثير گذارند.

ب) عوامل غير رفتاري كه منظور عواملي هستند كه به رفتار خود فرد مربوط نمي شوند يعني بوسيله رفتار كنترل نمي شوند مانند عوامل محيطي من جمله آب و هوا، محل كار، محل سكونت همچنين عوامل شخصي مانند سن، جنس، مسايل ژنتيكي و عوامل اقتصادي يا تكنولوژيكي مثل ارايه صحيح خدمات بهداشتي و امكانات موجود مناسب.

- در مدل پرسيد متاسفانه به عوامل غير رفتاري توجه نمي شود.

مرحله چهارم: شناخت عوامل بالقوه موثر در رفتار بهداشتي

- ضروري ترين قسمت مدل پرسيد

- براي آموزش و تغيير رفتار مورد استفاده قرار مي گيرد.

1- عامل مستعد كننده: عواملي هستند كه انگيزه يا دليل اساسي را براي رفتار فراهم مي كنند و بعنوان مزيت فردي محسوب مي شوند. اين عوامل شامل معلومات، نگرشها، دانش و برخي از عوامل دموگرافيک نظير سن، جنس، وضعيت اقتصادي-اجتماعي مي باشند. اينها در فرد انگيزه ايجاد مي كنند و همچنين در القاء نگرش مثبت و منفي موثرند.

2- عامل قادركننده عواملي هستند كه يک خواسته يا آرزوي فرد، شناخته شده و به حد نهايي درآيد. مهارتهاي شخصي و منابع در اين طبقه بندي جاي مي گيرند. اين عوامل گاهي بصورت مانع هستند مانند امكانات محدود شده، نداشتن اطلاعات جهت انجام رفتار و نداشتن پول و وقت.

3- عامل تقويت كننده: عواملي كه پاداشهاي مستمر يا تنبيهي را براي انجام يک رفتار فراهم مي كنند؛ مربوط به عكس العملي است كه اطرافيان در مورد انجام يک رفتار توسط فرد نشان مي دهند. عوامل حمايت كننده يا تنبيه كننده شامل خانواده، همسالان، معلمين، فراهم كنندگان بهداشت هستند.

در فرايند انتخاب عوامل فوق الذكر **سه مرحله اساسي** وجود دارد كه عبارتند از: الف) تعيين كردن و دسته بندي فاكتورهاي مورد نياز براي تغيير رفتار، ب) تعيين اولويت از ميان دسته بنديها، ج) اجراي اولويتها

مرحله پنجم: تشخيص آموزشي(تعيين روش و مواد)

- تشخيص و تصميم در مورد اينكه كدام يک از سه عامل مستعد كننده، قادر سازنده و تقويت كننده داراي اهميت بيشتري است تا در برنامه ريزي آموزشي روي آن تاكيد بيشتري شود.

- مرحله 4 و 5 با هم مطرح مي شوند و در واقع اين دو مرحله تشخيص آموزشي هستند.

- بايستي كليه هدفها را ريز به ريز مشخص نموده و از مطرح كردن هدف بطور كلي پرهيز نمود.

مرحله ششم: تشخيص مديريتي و اجرايي

❖اين مرحله همان آموزش بهداشت است

❖وظيفه آن تعيين نوع دخالتي است كه متخصص آموزش بهداشت جهت ايجاد تغيير رفتاري مي بايد انجام دهد.

- تعيين بودجه به عنوان روشي براي برآورد منابع لازم براي تحقق اهداف برنامه بصورت ايده آل
- فعاليتهايي مانند بررسي كاركنان مورد نياز و تعداد آنان به عنوان مهمترين اقدام ارزيابي بودجه در مورد پرسنل
- تعيين مهارتهايي كه افراد آموزش ديده بايد كسب كنند
- تعيين مواد مورد نياز و تخمين مدت زمان اجراي برنامه
- بررسی ظرفيت ها و منابع مديريتي و اجرايي براي تنظيم و اجراي يک برنامه درسي

مرحله هفتم: ارزشيابي

- برنامه به هدف خودش رسيده يا نه
- آيا تغيير رفتاري مدنظر ايجاد شده

الف) ارزشيابي جريان برنامه(فرايند)

مقايسه روند انجام مراحل مختلف برنامه با استانداردهاي مشخص شده

تشخيص زودرس و به موقع مشكلات اجرايي = مطالعه مقدماتي

ب) ارزشيابي تاثير برنامه(ارزشيابي اثر)

اثرات فوري برنامه آموزشي

آيا برنامه روي عوامل قادر سازنده، مستعد كننده و تقويت كننده تاثير داشته يا خير؟

ارزشيابي تاثير برنامه بر آگاهي، نگرش و عملكرد افراد

ج) ارزيابي بازده برنامه(نتيجه)

آيا برنامه در درازمدت روي ميزانهاي بروز و شيوع تاثير داشته است يا خير؟

موضوعات مورد نظر ارزشيابي = نشانگرهاي كيفيت زندگي و وضعيت بهداشتي

❖ **مددجو:** واژه مددجو نه تنها بمعنی دریافت کننده خدمات است بلکه یک فرد طرف مذاکره و معامله فعال در زمینه خدمات و مقاصد مراقبتها می باشد.

❖ چهار نوع مددجو دریافت کنندگان خدمات پرستاری بهداشت می باشند:

- افراد، خانواده ها، گروه ها و جوامع .
- گروه ها ممکنست جوامع در معرض خطر باشند یا افرادی با مسائل و نیازهای مشابه.

خصوصیات فرآیند پرستاری بهداشت جامعه :

1. متفکرانه : یعنی فرایند پرستاری هدف دار است و به دقت در مورد آن تفکر شده است .
2. انعطاف پذیر : ذات پویای فرایند ، پرستار را قادر می کند که اقدام مناسب با توجه به شرایط به عمل آورد .
3. تکرار پذیر (چرخشی) : مراحل آن ممکن است بارها و بارها تکرار شود .
4. مددجو محور
5. تعاملی : یعنی پرستار و مددجو با هم در تعامل دائم هستند .
6. متمرکز بر نیاز

بررسی و شناخت سلامت جامعه

در بررسی سه گام وجود دارد:

1) جمع آوری اطلاعات
2) تکمیل اطلاعات و مرور اطلاعات
3) تنظیم اطلاعات جهت شناخت مشکلات و نقاط قوت و ضعف جامعه

هدف اولیه :

جمع آوری اطلاعات ، کسب اطلاعات جامع و مفید در خصوص جامعه و وضعیت بهداشتی آن است .

فرآیند پرستاری

- ❖ مقصود از فرآیند پرستاری تهیه چهارچوبی منطقی است برای مراقبت از مددجو
- ❖ روش های بررسی جامعه

- بررسی ویندشیلد : بررسی ذهنی است، که با مشاهده شیوه زندگی و محیط جمع آوری می شود.
- بررسی اجتماعی : انتخاب افراد جامعه و بررسی نظرات آنها. (نتایج بهتر برای شناسایی مشکلات گروه‌های خاص)
- مشاهده ضمن مشارکت: کسب اطلاعات و تعمق در روند جریانات اجتماعی (محیط زندگی، ریتم زندگی، ارتباط با همسایگان، مکان‌های گردهمایی، وضعیت میادین، کوچه‌ها و خیابان‌ها)، عده معدود و در محدوده خاصی و غیرقابل تعمیم
- مصاحبه با افراد کلیدی جامعه: تأمین کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی، مددکاران اجتماعی، متصدیان قانون، معلمان مدارس و. . . (مطلعین کلیدی)
- شاخص های اجتماعی و بهداشتی: قضاوت کلی درباره وضع جامعه در منطقه خاصی، یکی از محاسن این روش اقتصادی بودن آن است، زیرا اطلاعات از قبل آماده و در دسترس است. ضمناً استفاده از شاخص‌های اجتماعی، روش مفیدی جهت دستیابی به نیازهای جامعه است.
- فرایند اعتبار گروهی : راه مؤثری برای دستیابی به نیازهای بهداشتی جامعه
- گروه های متمرکز: از گروه های به خصوصی از طبقات اجتماعی و فرهنگی استفاده می شود . اعضاء گروه معمولا همگن بوده و مشکلات مشابهی دارند . Focus group

۱- مشخص کردن موجودیهای بهداشتی و آمادگی جامعه

۲- مشخص کردن جمعیت های در معرض خطر در جامعه

۳- جمع آوری اطلاعات در مورد برنامه ریزی های بهداشتی در جامعه.

بررسی ویندشیلد :

ویندشیلد به معنی استفاده از حواس پنج گانه به خصوص در جمع آوری اطلاعات است. این بررسی شامل استفاده از حواس زیر است :

❖بینایی برای درک احساسات افراد و مشاهدهٔ ارتباطات غیر کلامی(زبان بدن)و مشاهده خطوط چهره، شیوهٔزندگی مردم و محیط آنها، روابط آنها با یکدیگر و بررسی وضعیت موجود و مقایسه آن با استانداردها، به طور مثال با مشاهده اجتماع جوانان در کوچه‌ها و معابر عمومی در طی ساعات مختلف روز ،مسئله بیکاری جوانان و عدم توجه به مسائل فرهنگی تفریحی برای آن جامعه مطرح می‌شود.

❖شنوایی برای استفاده از این حس برای بررسی نحوه گفتار افراد با یکدیگر یا شناسایی آلودگی‌های صوتی در محیط زیست(سروصدای کارخانه‌ها و ...)

❖بساوایی برای لمس زبری پوست کودکان که نشانه کمبود ویتامین A است یا اندازه‌گیری طحال یا غده تیروئید در برنامه‌های بیماریابی و غربالگری .

❖چشایی برای چشیدن غذای خانواده یا رستوران‌ها برای اندازه‌گیری نمک آن یا چشیدن آب برای تشخیص املاح.

❖بویایی برای استشمام بوی نامطبوع گازهای منتشره از فاضلاب‌یا لجن که به صورت غیر بهداشتی در محیط وجود دارد.

محورهای بررسی و شناخت جامعه:

- مشخصات دموگرافیک
- محیط فیزیکی
- آموزش
- حمل و نقل
- سیاست و دولت
- خدمات اجتماعی و بهداشت
- ارتباطات
- اقتصاد
- تفریحات

فرآیند پرستاری

❖ **تشخیص پرستاری جامعه محور**

- **تشخیص پرستاری پایه برنامه ریزی**
- **در تشخیص سه کلمه بیان شود :**

✓ **خطر : مشکل**

✓ **در بین : گروهی از جامعه که مشکل دارند**

✓ **مربوط به : بیان علت**

تشخیص پرستاری کامل:

۱- خلاصه وضع سلامت جامعه

۲- گزارش در مورد مناطق آسیب پذیر در جامعه

۳- تهیه فهرست مخصوص برای افراد و خانواده های در معرض خطر

۴- خلاصه از شایستگی ها، تواناییها و منابع بهداشتی جامعه

- تشخیص پرستاری بهداشت جامعه
- مسائل بهداشتی عمومی
- مسائل بهداشتی اختصاصی

انواع تشخیص‌های پرستاری

❑ ***تشخیص‌های مشکل مدار***

- ***تشخیص‌های پرستاری واقعی*** **یا مشکلات و نیازهای موجود**
- ***تشخیص‌های پرستاری پرخطر*** **یا احتمالی**

❑ ***تشخیص‌های سلامتی***

- ***تشخیص‌های پرستاری ارتقاء سلامت***
- ***تشخیص‌های پرستاری مثبت***

تشخیص‌های مشکل مدار

تشخیص‌های پرستاری واقعی یا مشکلات و نیازهای موجود که بیشتر بر لیست مشکلات موجود در جامعه تأکید می‌کند و شامل خطرات محیطی مانند آلودگی هوا ،میزان‌های ابتلا، مرگ و میر، بروز و شیوع بیماری‌ها و میزان دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی است یا می‌تواند به صورت کمبود و نقص‌های اطلاعات بهداشتی تعریف شود. این تشخیصها به طور کامل باید شامل مشکل،علت و علامت باشد. مانند:

«کمبود درآمد جامعه مربوط به بالا بودن میزان بیکاری به صورت استفاده ناکافی از خدمات و پایین بودن

تشخیص‌های پرستاری پرخطر یا احتمالی که فقط به صورت جمله‌ای مشتمل بر مشکل احتمالی یا خطر وقوع یک مشکل در آینده به همراه علت یا علل احتمالی آن نوشته می‌شود. مانند:

«خطر (افزایش) بیکاری در آینده به علت رشد سریع جمعیت جوان و عدم برنامه‌ریزی کافی»

تشخیص‌های سلامتی

تشخیص‌های پرستاری ارتقاء سلامت که به صورت جمله ای خبری از توانمندیها و امکانات مددجو برای ارتقاء سلامت در ابعاد مختلف بیان می‌شود. پرستار از این توانمندیها برای برنامه‌ریزی و کمک به رفع مشکلات و نقصان‌ها استفاده می‌نماید.

تشخیص‌های پرستاری مثبت که نکات مثبت را بر شمرده و بر ادامه و تقویت آن‌ها تأکید دارد مانند:

« روابط اجتماعی مناسب یا همبستگی و مهارت‌های سازگاری مؤثر در سطح خانواده مناسب برای مقابله با بحران‌های اجتماعی»

فرآیند پرستاری

- ❖ **برنامه ریزی = فرآیند تصمیم گیری منطقی (آینده نگر): تلاشی است برای مداخله و حل مشکلات موجود همچنین اجتناب از مسائل و مشکلات در آینده**

1. **تحلیل مشکل (منشاء، عوامل و راه حل مشخص می شود) + اولویت بندی**
2. **تعیین اهداف و برآیندهای مورد انتظار**
3. **انتخاب بهترین راه حل جهت حل مشکل**
4. **تعیین برنامه اجرایی و استراتژی های رسیدن به هدف**

- **هدف: طراحی یک نظام مداخله پرستاری با شرکت مددجو و همچنین تهیه چارچوبی برای ارزشیابی مراقبت پرستاری**

- ❖ **معیارهای تعیین اولویت :**

- **میزان آگاهی جامعه از مشکل**
- **انگیزه جامعه جهت حل مشکل**
- **توانایی پرستار درحل مشکل**
- **وجود منابع مورد نیاز**
- **شدت عوارض در صورت باقی ماندن مشکل**
- **سرعت حل مشکل**

اجرا

- برنامه‌ها به صورت علمی به اجرا در می‌آید.
- مددجو و پرستار، شرکت کنندگان این مرحله بوده و هر دو دارای وظایف محول شده در طول فرآیند برنامه‌ریزی خواهند بود.
- مداخله جزء عملی برنامه است که منجر به ایجاد تغییر می‌شود.
- تغییر می‌تواند برای اعضای جامعه تنش زا و تهدید کننده باشد.
- مقاومت جامعه در برابر روند تغییر امری طبیعی است زیرا هر سیستم برای حفظ تعادل پویا تلاش می‌کند.
- پرستار باید در صورت نیاز از نقشهای مختلف خود جهت ایجاد تغییر و اجرای مداخلات به منظور بازگرداندن، حفظ و ارتقاء سلامت افراد،گروه‌ها و جوامع استفاده کند.

1. آموزش بهداشت، مشاوره ۴ مداخلات یا تدابیر پرستاری:
2. وراهنمایی
3. مراقبتهای مستقیم درمانی و پروسیجر ها
4. مدیریت موردی
5. نظارت و مراقبت

فرآیند پرستاری

- ❖ اجراء بر اساس فرهنگ جامعه است تا مقاومت کم شود.
- ❖ عوامل موثر در اجرای تدابیر پرستاری عبارت است از :

۱) نقش پرستار (پرستار با نقش های متعدد خود، کار را به گروه آموزش می دهد).

۲) میزان مشارکت مددجویان

۳) میزان تغییر پذیری جامعه

۴) مهارت و علم پرستار در زمینه مشکل

- ❖ ارزشیابی = میزان دسترسی به اهداف

- قضاوتهایی درباره «فرآیند» و «برآیند» مراقبت پرستاری
- فرآیند = آنچه که در حین مراقبت نمایان می‌شود و باعث اصلاح مرحله به مرحله در فرآیند پرستار ی می‌شود
- برآیند = رفتار و موقعیت مددجو در پایان مراقبت، رابطه بین عمل پرستار و پاسخ مددجو را توصیف می‌کند (مقایسه واکنش و موقعیت مددجو در دستیابی به اهداف و مقاصد طرح مراقبتی)
- مقایسه ای میان سطح سلامت مددجو با اهداف کلی و ویژه

- ✓ ارزیابی تکوینی
- ✓ ارزیابی نهایی

نقشهای پرستاری بهداشت جامعه

- بهداشت جامعه (بهداشت همگانی) پرستاران
- پرستاران کلینیک
- پرستار متخصص مراقبتهای اولیه

۸ اصل پرستاری سلامت جامعه

1. فرآیند ارزیابی بر اساس جمعیت، سیاست گذاریها وبیمه
2. مشارکت نمایندگان مردم در تمام فرآیندها
3. اولویت با پیشگیری اولیه
4. اجرای استراتژی جهت تامین شرایط بهداشتی محیطی
5. در نظر گرفتن تمام افراد
6. ارتقای توانمندی تمام مردم بصورت یک کل
7. مدیریت و تخصیص منابع موجود
8. مشارکت با سایر حرفه ها

حیطه های عملکرد پرستاری سلامت جامعه

- **آموزش بهداشت**
- **تنظیم خانواده**
- مراقبت بهداشتی از مادر و نوزاد
- **ایمن سازی**
- پیشگیری از بیماری های شایع
- بهداشت حرفه ای
- **بهداشت مدارس**

مقایسه پرستاری سلامت جامعه و بالین

CHN

- پیشگیری
- ارائه خدمات (جامعه)
- بررسی تمام عوامل محیطی بر سلامت
- عدم آگاهی مددجویان
- واگذاری مراقبت به افراد
- مددجو: فرد،خانواده،جامعه

CN

- درمان
- ارائه خدمات (بیمارستان)
- فرصت محدود جهت بررسی
- آگاهی مددجویان
- انجام مراقبت توسط پرستار
- مددجو: بیمار

ایفای نقش بدون وابستگی مستقیم به پزشک

دیدگاه کلی تر از پرستاران بالین

Public Health Nursing

- ترکیب تئوری پرستاری و بهداشت عمومی
- هدف ارتقا و حفظ سلامت جمعیت ها
- تاکید بر جامعه به عنوان کل

Community Health Nursing

- ترکیب تئوری پرستاری و بهداشت عمومی
- هدف ارتقا و حفظ سلامت جمعیت ها
- تاکید بر سلامت افراد، خانواده ها و گروه ها

Community Based Nursing

- دهه ۱۹۹۰
- عملکرد پرستاری در موقعیتهای خاص (مراقبت به مددجویان و خانواده ها در محل زندگی)
- تاکید بر مراقبت های حاد و مزمن
- پرستاران عمومی یا متخصص
- نقش : ارائه مراقبت از بیمار بطور فردی یا به خانواده ها در جامعه

Community Oriented Nursing

- فلسفه ارائه خدمات توسط پرستار بهداشت عمومی و جامعه
- انجام مراقبت های بهداشتی
- نقش : پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت جوامع

تغییر در جامعه

❖تغییر **سه مرحله** دارد :

1 - رهایی از سکون unfreezing

2 – تحرک moving to word change

3 - ثبات مجدد refreezing

❖**روش های کاهش مقاومت :**

- حفظ رهبری قدرتمند
- جلب اعتماد و مشارکت مردم
- همکاری بخش خصوصی و دولتی
- جلب همکاری متخصصین
- تمرکز بر بهداشت و سلامت و نه خود برنامه

آموزش بهداشت

❖تعریف وود :

- آموزش بهداشت عبارت است از مجموعه تجربیاتی که تاثیری مثبت بر روی دانش، بینش و کنش در زمینه بهداشت **فردی** و **اجتماعی** دارد.

❖درآموزش بهداشت، تاکید بر تغییر رفتار است.

❖**اهداف آموزش بهداشت :**

- افزایش اهمیت بهداشت در اجتماع
- راهنمایی مردم در کسب معلومات و دانش بهداشتی
- برخورداری همه افراد جامعه از یک زندگی سالم و مولد
- فراهم آوردن شرایط لازم برای توسعه خدمات بهداشتی

❖در آموزش بهداشت با افزایش آگاهی بهداشتی، رفتار افراد تغییر یافته و به سمت الگوهای رفتار بهداشتی صحیح سوق می یابد.

ارتباط آموزش بهداشت با سطوح پیشگیری:

❖**مدل پرسید** موارد زیر را پیشنهاد می دهد:

- **عوامل آماده سازی :** شناخت باورها، نگرش ها و ارزش ها
- **عوامل تقویت کننده :** حمایت خانواده و همکاران و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی
- **عوامل قادرکننده :** کسب مهارت برای رعایت بهداشت فردی و دسترسی به منابع بهداشتی

❖نکته : استفاده از این مدل در برنامه ریزی کمک کننده است

• معیارهای ارزشیابی آموزش بهداشت

- مرتبط بودن : (Relative ness)یعنی تطابق آموزش با نیازهای آموزشی جامعه.
- میزان پوشش : (Coverage) یعنی پوشش افراد و مطالب کافی بوده یا خیر.
- کارآیی : (Efficiency) باید در مقایسه با هزینه صرف شده کارآیی مطلوب حاصل شود.

ارتباط و آموزش بهداشت

❖ موانع ارتباط :

- موانع فیزیولوژیک : مشکلات گفتاری و شنیداری
- موانع روان شناختی : اختلالات عاطفی
- موانع محیطی : شلوغی محیط، گرما و سرما
- موانع فرهنگی : آداب و ارزش ها ، سطح آگاهی ومذهب

❖ اجرای آموزش بهداشت

۱ – آموزش مستقیم

۲ – آموزش غیر مستقیم

❖ آموزش مستقیم موثرترین روش آموزشی است

❖ آموزش بهداشت موفق مستلزم همکاری گروهی و بین بخشی است.

❖ مهمترین اصل در موفقیت آموزش بهداشت مشارکت مردم است.

HEALTHY PEOPLE 2020

❖پایه و اساس بیانیه افراد سالم 2020 = سلامت فردی با سلامت جامعه و بالعکس، ارتباط تنگاتنگی دارد.

- سلامت جامعه متاثر از اعتقادات ، نگرشها و رفتارهای افرادی است که در جامعه زندگی می کنند.

- مشارکت = بهبود سلامتی فرد و جامعه

Healthy People 2020 Framework

چشم انداز: جامعه ای که در آن همه مردم زندگی طولانی و سالم دارند.

ماموریت: افراد سالم 2020 تلاش می کند تا:

- اولویت های بهبود سلامت در سراسر کشور را مشخص کنید.
- افزایش آگاهی و درک عمومی از عوامل مؤثر بر سلامت ، بیماری و ناتوانی و فرصتهای پیشرفت.
- تدوین اهداف قابل اندازه گیری و اجرا در سطح ملی ، ایالتی و محلی.
- مشارکت بخشهای مختلف جهت تقویت سیاست ها و بهبود شیوه هایی با بهترین شواهد و دانش موجود.
- شناسایی نیازهای تحقیق ، ارزیابی و جمع آوری داده های مهم.

اهداف کلی:

- زندگی باکیفیت و طولانی و عاری از بیماری های قابل پیشگیری ، معلولیت ، آسیب دیدگی و مرگ زودرس.
- عدالت در سلامت، از بین بردن نابرابری ها و بهبود سلامت همه گروه ها.
- محیط های اجتماعی و جسمی تقویت کننده سلامتی برای همه.
- ارتقاء کیفیت زندگی ، پیشرفت سلامت و رفتارهای سالم در تمام مراحل زندگی.

DEFINING HEALTH PROMOTION

❖پیشگیری

- جلوگیری از پیشرفت بیماری در آینده
- مداخلات برای محدود کردن پیشرفت یک بیماری است

❖ارتقاء سلامت

- رفتار با انگیزه برای تقویت بهزیستی و به وجود آوردن پتانسیل سلامت انسان

❖انگیزه = مهمترین تفاوت

Differences Between Health Promotion and Health Protection

Health Promotion	Health Protection
بیمار محور نیست	آسیب یا بیماری محور
انگیزه "نگرش" مثبت شخصی به سلامتی	انگیزه "اجتناب" از بیماری
به دنبال توسعه مثبت	به دنبال متوقف کردن پتانسیل بروز اختلالات سلامتی و بهزیستی

HEALTH PROMOTION MODEL

- نسخه اولیه مدل ارتقاء سلامت (HPM) اوایل دهه 1980
- به جای حمایت از سلامت یا رفتارهای پیشگیری از بیماری ، بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت متمرکز شد.
- منبع انگیزشی برای تغییر رفتار مبتنی بر ارزش ذهنی فرد از تغییر
- چگونگی درک مددجو از مزایای تغییر رفتار بهداشتی معین
- شامل "ترس" یا "تهدید" به عنوان منبع انگیزشی برای تغییر رفتارهای بهداشتی نمی شود

Individual Characteristics and Experiences

❖پرستار:

تمرکز بر مزایای مثبت رفتار

آموزش نحوه غلبه بر موانع

ارائه بازخورد مثبت برای موفقیت های مددجو

❖مداخلات پرستاری معمولاً بر عواملی تمرکز دارد که قابل اصلاح هستند.

❖ انگیزش = "هسته اصلی" برای مداخله

THE NURSE’S ROLE IN HEALTH PROMOTION

(الف) انتشار اطلاعات

(ب) ارزیابی ریسک سلامتی و ارزیابی سلامتی

(ج) تغییر شیوه زندگی و رفتار

(د) برنامه های کنترل محیط زیست

❖انتشار اطلاعات اساسی ترین نوع برنامه تحول سلامت است.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از Health :

- وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط عدم وجود بیماری یا معلولیت
- .....به نحوی که فرد یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی داشته باشد

❖ **امروزه برای توصیف خدمات بهداشتی به جای سطوح درمان در مورد سطوح برقراری سلامتی Health promotion یا سطوح پیشگیری از بیماری بحث می شود.**

اشکالات وارد به تعریف WHO از سلامت:

- **آرمان گرایانه است و نه واقع بینانه (یعنی همه ما به نوعی بیمار هستیم!):**

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد.

- **گسترده است (سلامتی یک طیف است و وضعیت ثابتی نیست)**
- **ضمن این که در عمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمیتواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی طیفی قائل شد.**

1= اولین سطح برقراری سلامتی

- ✓ تشویق مردم و حفظ سلامتی و تناسب تا حد امکان
- ✓ بتوانند از زندگی به بهترین نحو لذت ببرند
- ✓ تغذیه - مشاوره ورزشی و بهداشتی-واکسیناسیون

2= دومین سطح برقراری سلامتی

A. تشخیص زودرس حالت های انحراف از حدود طبیعی رشدوتکامل وعلائم بهداشت نا مناسب.

B. تدابیر سریع برای پیشگیری از ناهنجاری و بیماری و یا کاهش شدت آنها.

- ✓ برنامه های گسترده غربالگری در گروه های خاص برای تشخیص افراد مبتلا به سل و فشار خون بالا که توسط انجمن قلب وعروق انجام می گیرد(بیماران بستری در بیمارستان ومراجعین به درمانگاه).

3= سومین سطح برقراری سلامتی

- ✓ در درجه اول = توان بخشی
- ✓ باز گرداندن بیماران و معلولین و (خانواده آنان) به سطح خود کفایی و استقلال در زندگی با توجه به محدودیت های ناشی از بیماری.
- ✓ باز آموزی مهارتهای اساسی زندگی از قبیل راه رفتن، تکلم، تطابق با ناتوانی ها و گاهی تغییر مسیر زندگی در جهت سازگازی با آثار باقی مانده بیماری یا جلوگیری از عود مجدد آن.

اهداف پرستاری

- پیشبرد بهبودی
- پیشگیری از بیماری
- حفظ سلامتی
- تسهیل در تطابق

عوامل خطر یا عوامل موثر بر بروز بیماری

- عامل خطر ساز یا Risk factor عبارت است از عاملی در یکی از ابعاد انسانی شخص که شانس فردی را برای ابتلا به بیماری یا آسیب افزایش می دهد

- مثل چاقی و سیگار کشیدن

- جنبه های اساسی = مسئولیت پذیری

1. **ویژگی یا مواجهه‌ای که به طور معنی‌داری با ایجاد بیماری در ارتباط است.**

2. **عامل تعیین کننده‌ای که می‌توان آن را با مداخله تغییر داد و در نتیجه احتمال وقوع بیماری یا دیگر نتایج حاصل از آن را کم کرد.**

گروهای عمده خطر ساز

1. سن – کودکان سنین مدرسه در معرض ابتلاء به بیماریهای واگیر هستند یا امکان بروز بیماری قلبی بعد از یائسگی در خانم ها

2. ژنتیک – تاریخچه فامیلی از سرطان یا دیابت

3. فیزولوژیک – چاقی و حاملگی وسیگار-فقر غذایی –استرس –محیط کاری

Health determinants :

1- Environmental , social , and economical status 20%

2- Health care services 20%

3- Life style 50%

4- Genetic factors 10%

مراحل بیماری:(Stages of Disease)

1. **آمادگی** (Susceptibility)
2. **دوره کمون** (Incubation or Induction period)
3. **دوره قبل از علایم** (Presymptomatic period)
4. **دوره علامتدار**(Symptomatic period)
5. **پیامد** (Outcome) شامل:

Death, Recovery, Immunity, Carriage, Disability &…

۱- آمادگی (Susceptibility)

-هنوز بیماری ظاهر نشده است ولی فرد در معرض عوامل خطر بیماری قرار دارد.

-عوامل خطر=عواملی که حضور آنها احتمال پیدایش یک بیماری را در زمانهای بعدی افزایش می دهد. (تغییر پذیر و تغییر ناپذیر)

-اهمیت شناخت عوامل خطر

۲- دوره کمون (Incubation or Induction period)

(Incubation در بیماریهای عفونی- Induction در بیماریهای غیرعفونی)

-تغییرات بیماریزایی شروع شده، ولی علائم واضحی از بیماری مشاهده نمی شود و بیماری با هیچ روش پاراکلینیک (آزمایشگاهی، تصویربرداری، ...) نیز قابل تشخیص نیست.

۳- دوره قبل از علایم (Presymptomatic period)

-تغییرات بیماریزایی شروع شده

-علائم واضحی از بیماری مشاهده نمی شود

- می توان با روشهای پاراکلینیک (آزمایشگاهی، تصویربرداری...) بیماری را تشخیص داد. (مثل آترواسکلروز که با آنژیوگرافی یا اسکن هسته ای یا روشهای دیگر (قبل از بروز سکته قلبی) قابل تشخیص است)

۴- دوره علامتدار(Symptomatic period)

- تغییرات ساختمان و عملکرد بدن
- ظهور علائم و نشانه های بیماری (Sign & Symptom)

-Sign :علایمی که پزشک در معاینه پیدا می کند و قابل اندازه گیری است

(عینی و objective است)

-Symptom مشکلاتی که بیمار احساس می کند و قابل اندازه گیری و معاینه توسط پزشک نیست. (مانند سردرد و ...)

(ذهنی و Subjective است)

-معمولاً به مراحل جزئی تر تقسیم تا درمان و بررسی راحتتر شود.

۵- پیامد (Outcome)

آثار باقیمانده بیماری که ممکن است طی یک دوره کوتاه یا طولانی فرد را دچار درجات متفاوتی از ناتوانی می کند

مفهوم ناتوانی:

بیماری(Disease)

↓

آسیب(Impairment)

↓

ناتوانی(Disability)

↓

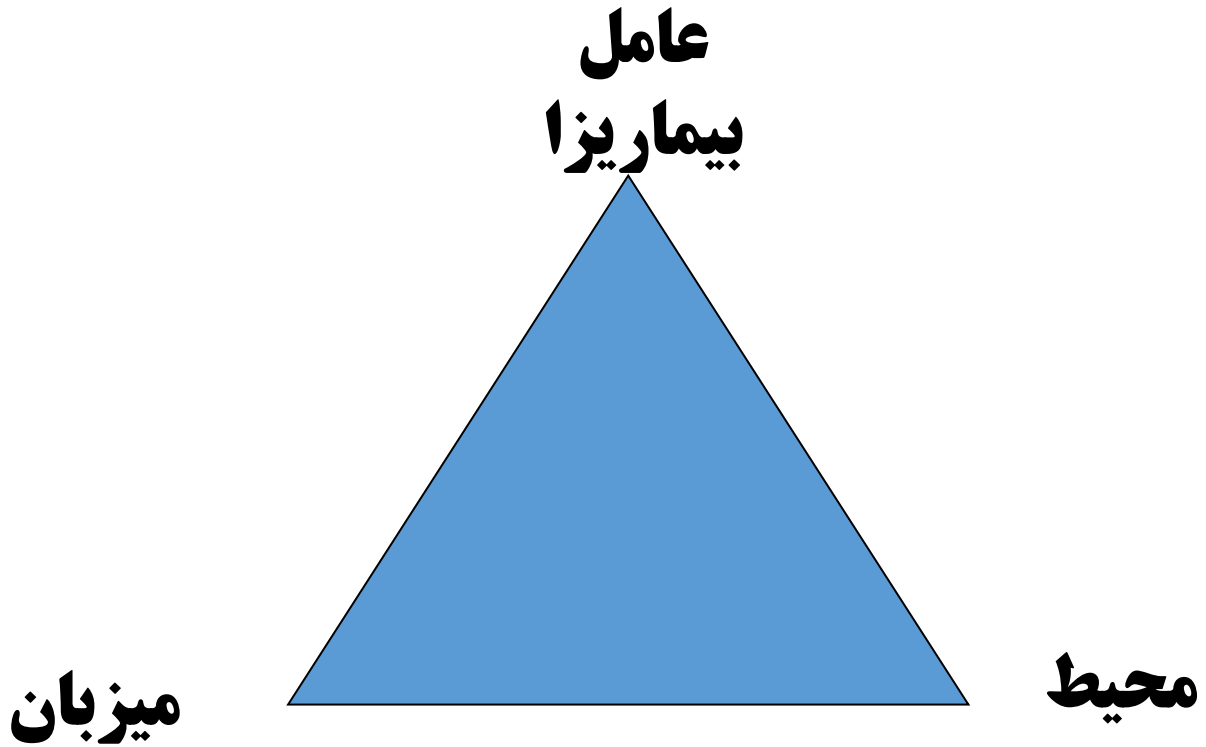
معلولیت(Handicap)

- **آسیب** (Impairment): رخ دادن هرگونه روند غیر طبیعی در ساختار یا عملکرد روانشناختی، فیزیولوژیک یا کالبدشناختی

- **ناتوانی** (Disability): هر گونه محدودیت یا ضعف در هر اندازه یا به هر طریق، در انجام فعالیتهایی که برای انسان طبیعی تلقی می‌شود

- **معلولیت** (Handicap): محرومیت یک فرد خاص که حاصل از آسیب یا ناتوانی می‌باشد و باعث محدودیت یا جلوگیری از ایفای نقش طبیعی فرد در جامعه (بسته به سن، جنس و عوامل اجتماعی فرهنگی) می‌شود

مثلث اپیدمیولوژی
Epidemiologic Triangle



مثلث اپیدمیولوژی:

- سالها مورد استفاده بوده است.
- عامل بیماریزا جدا از محیط در نظر گرفته شده است.
- در گذشته بیشتر برای بیماریهای عفونی کاربرد داشته است.
- برای بیماریهای مزمن مناسب نیست. (چرا؟)



شکل ۲ ـ مدل چرخ

مدل چرخ (Wheel Model)

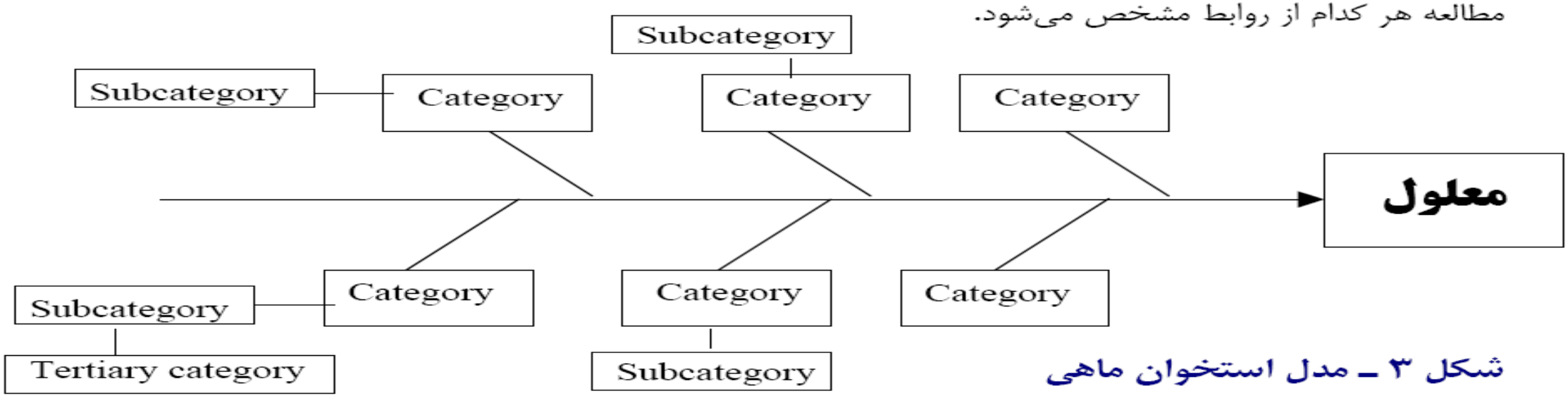
این مدل بر هماهنگی و تعامل ژن‌ها، و میزبان با محیط تاکید دارد. دارای یک **هسته مرکزی** است که حاوی ساختار ژنتیکی میزبان که در بروز بیماری نقش دارد، می‌باشد. در اطراف آن **عوامل مربوط به میزبان** و حول آن **عوامل محیط اجتماعی، عوامل شیمیایی** و **فیزیکی** و **عوامل بیولوژیک** محیط قرار دارند. اندازه نسبی اجزای چرخ با توجه به نقش هر عامل در رخداد بیماری‌های مختلف فرق می‌کند. برای مثال در مورد بیماری‌های اسهالی هسته چرخ بسیار کوچک ولی در مورد بیماری هموفیلی یا تالاسمی که عامل ژنتیک نقش مهمی در رخداد بیماری دارد هسته مرکزی به نسبت بسیار بزرگ خواهد بود. روی هم افتادن منطقه مربوط به اجزای محیط تاکید بر رجحان مطلق آنها دارد. این مدل نیز برای تفسیر ساده‌تر علّیّت، کاربرد دارد و ابتدا برای بررسی علّیّت بیماری فنیل کتونوریا که یک بیماری اتوزومال (غیر وابسته به جنسیت) است از آن استفاده شد.

مدل استخوان ماهی

این مدل نیز یکی از مدل‌های مربوط به تفسیر رابطه علّت و معلولی بیماری‌هاست که مجموعه عوامل ممکن که در ایجاد بیماری، ناتوانی یا مرگ، سهیم هستند را توضیح می‌دهد. دیاگرام استخوان ماهی به اپیدمیولوژیست‌ها در زمانی که می‌خواهند علل ممکن بیماری را تعیین یا اندازه‌گیری کنند، کمک میکند. تدوین این مدل شامل چند مرحله زیر است:

- **مرحله اوّل** در این مدل شامل فهرست کردن تمامی علل اساسی یا عوامل خطر موثر در ایجاد بیماری است. سپس قرار دادن گروه‌هایی از علل روی استخوان‌های دیاگرام است تا بتوان با قابل مشاهده کردن آنها علل را به آسانی بررسی و تجزیه و تحلیل کرد.
- **مرحله دوم** گسترش زیر گرو ه‌هایی (subcategories) از علل ایجاد کننده بیماری برای هرکدام از مناطق دیاگرام است. هر شاخه از استخوان ماهی یک برچسب (Label) که عوامل مرتبط با بیماری را نشان می‌دهد، خواهد گرفت.
- **سطح سوم** علل را نیز ممکن است به استخوان‌ها اضافه کرد.
- سر ماهی را معلول (بیماری، ناتوانی، مصدومیت یا مرگ) تشکیل می‌دهد.

تعیین رابطه علّت و معلولی برای هر کدام از گروه‌ها با پاسخ ‘‘بلی’’ یا ‘‘خیر’’ یا ‘‘True’’و ‘‘Not true’’ با مطالعه هر کدام از روابط مشخص می‌شود.



شکل ۳ ـ مدل استخوان ماهی

شبکه علیت (تار عنکبوت)
Web of Causation

- **معلول (بیماری) نتیجه یک علت مشخص و مجزا نیست، بلکه حاصل زنجیری از علل می باشد.**

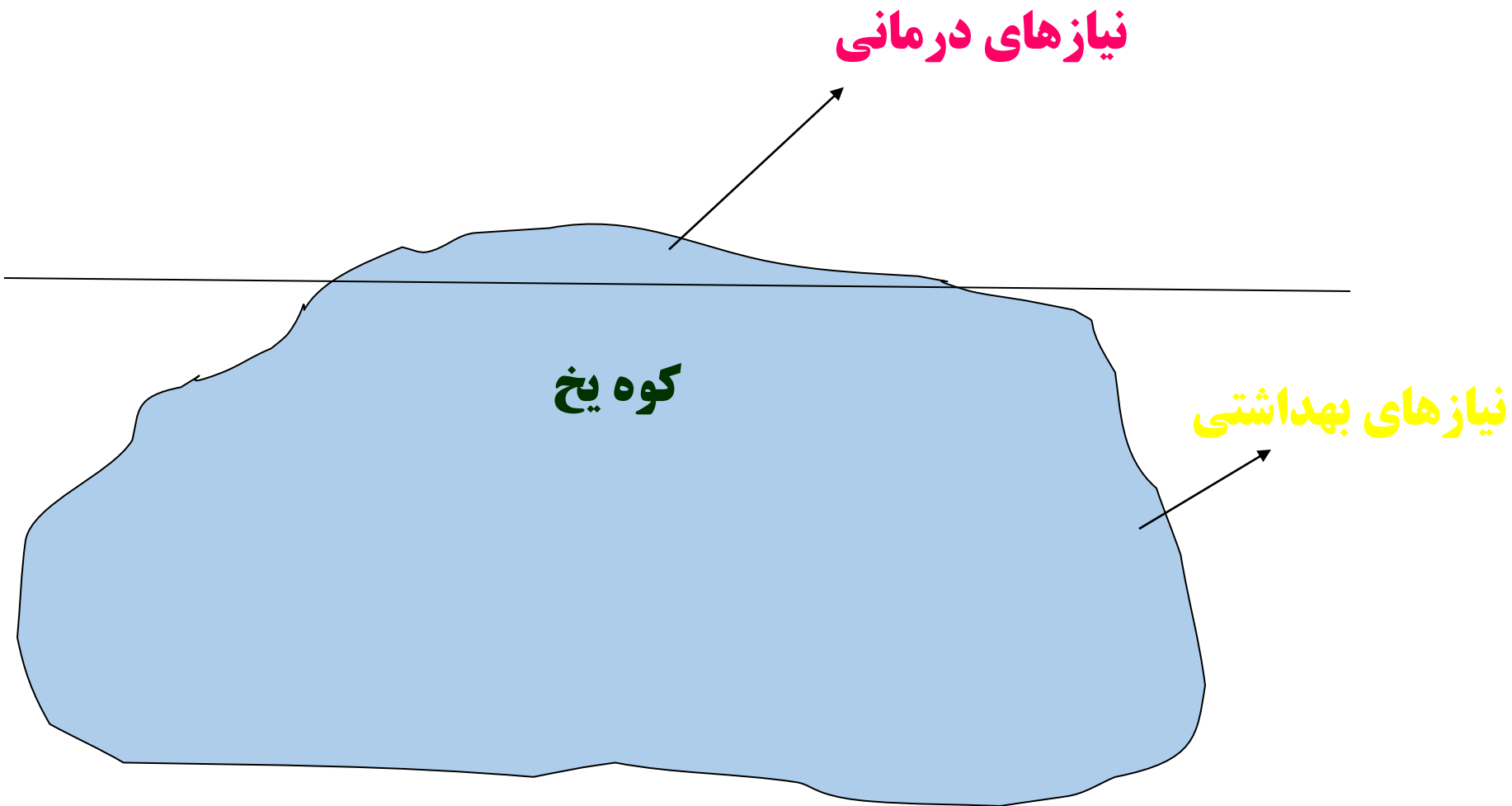
- **نمی توان یک عامل معین را به عنوان تنها علت بیماری دانست (حتی در بیماریهای عفونی مثل سل، هپاتیت و ...).**

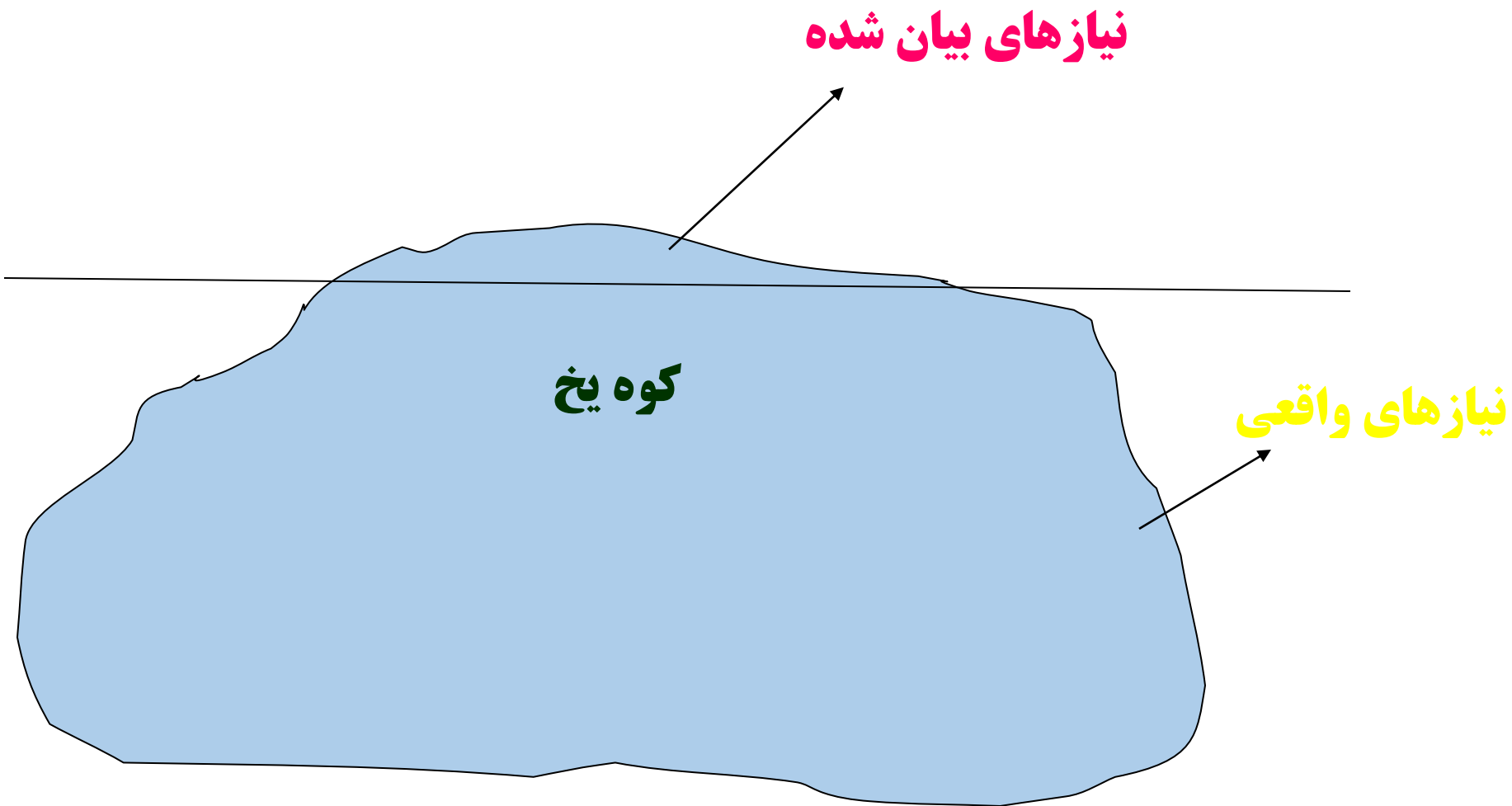
- **میتوان زنجیره علل را در نقاط مختلف قطع و از بروز بیماری جلوگیری کرد.**

- **برای پیشگیری موفق از بروز بیماریها لزومی به شناسایی کامل تمام اجزاء شبکه علیت نیست.**

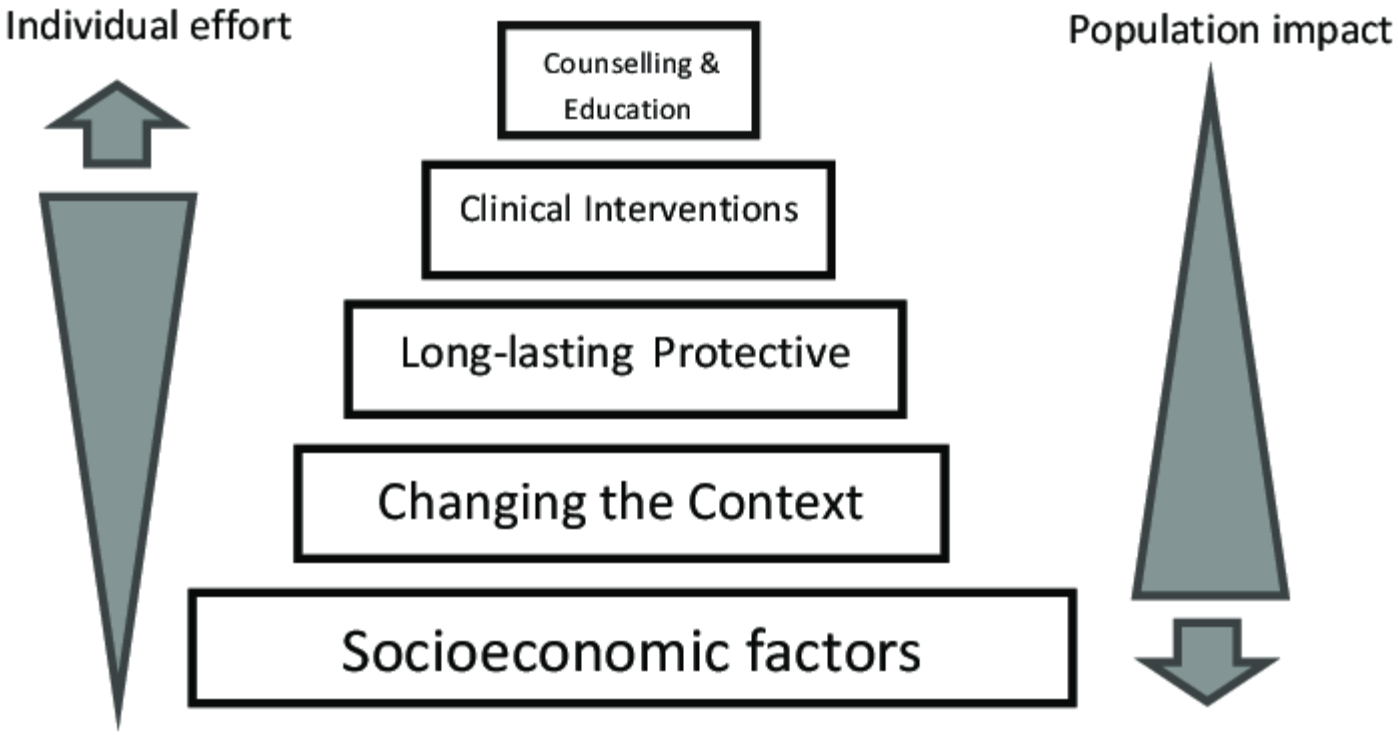
پدیده کوه یخ Iceberg

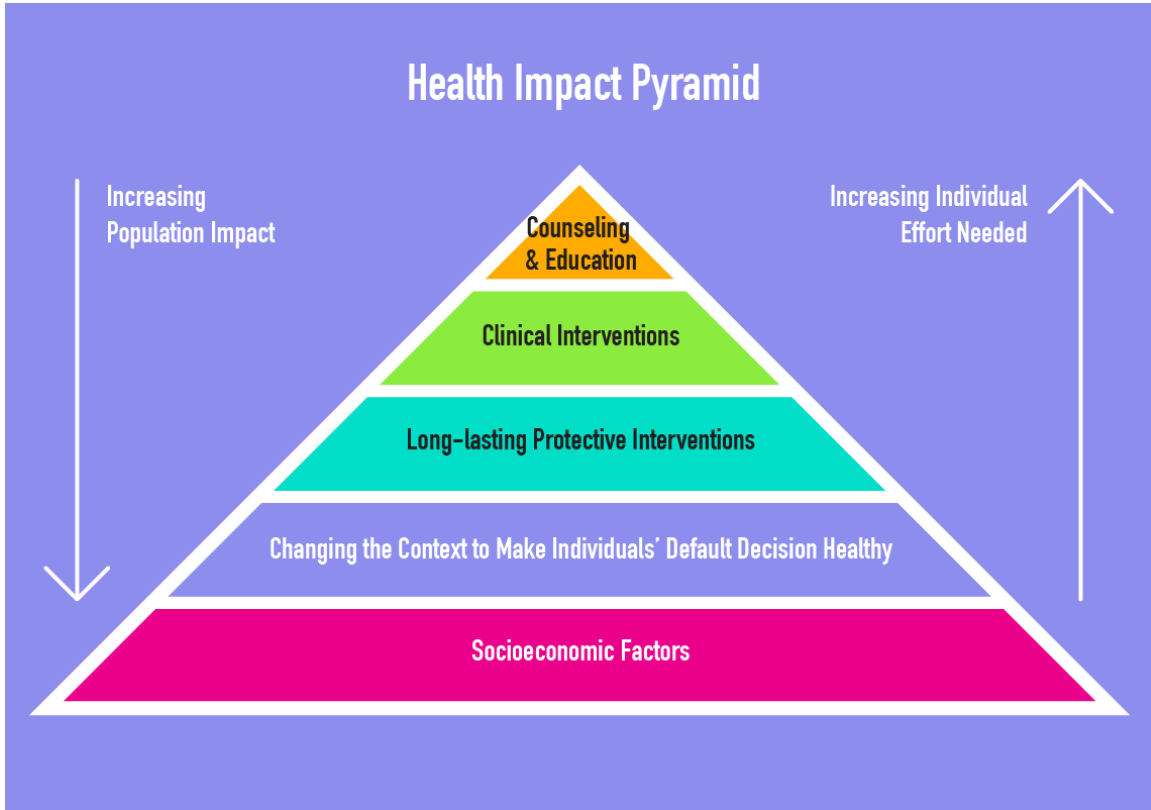
- اپیدمیولوژیستها و دیگر کسانی که بیماریها را مطالعه می‌کنند درمی‌یابند که الگوی بیماری در بیمارستانها با آنچه در جامعه است متفاوت می‌باشد.
- یعنی: بخش بزرگی از هر بیماری (دیابت و فشار خون و...) بیش ازآنچه که به نظر پزشکان و کارکنان بهداشتی می‌آید در جامعه مخفی می‌باشد.
- بخش زیر آب کوه یخ نشان دهنده توده پنهان بیماری است: (بیماران بدون علامت، اشخاص حامل و موارد تشخیص داده نشده)
- بخش روی آب آن نشانه بخشی از بیماری است که در عمل پزشکان آن را مشاهده می کنند. (موارد بالینی)


نیازهای درمانی
کوه یخ
نیازهای بهداشتی


نیازهای بیان شده
کوه یخ
نیازهای واقعی

هرم پنج سطحی تاثیر بهداشتی فریدن
Friden's five-tier health impact pyramid





فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

این فرم توسط پرستاران برای ارزیابی جامع مددجو و طراحی فرایند پرستاری مورد استفاده قرار می گیرد

درک و مدیریت سلامت

سوالات زیر که توسط پرستار پرسیده می شود یک دید کلی از وضعیت سلامتی فرد و عملکردهای بهداشتی که توسط فرد برای رسیدن به سطح فعلی سلامت مورد استفاده قرار گرفته است ارائه می کند.

شرح حال(داده های ذهنی)

وضعیت سلامتی کلی فرد چگونه است؟

آیا در یکسال گذشته سرماخوردگی داشتید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ آیا غیبت از کار یا مدرسه داشتید؟

مهمترین کارهایی که برای حفظ سلامتی تان انجام می دهید چیست ؟ (درمان های خانوادگی و سنتی نیز پرسیده شود)

آیا انجام این کارها تغییری در سلامت شما ایجاد کرد؟

استفاده از سیگار، الکل، داروها و مواد مخدر؟

آیا خود آزمایی(معاینه) پستان انجام می دهید(زنان)؟

ایا خودآزمایی(معاینه) بیضه ها انجام می دهید(مردان) ؟

سابقه حوادث و تصادف (در منزل ،حین کار ، مدرسه ، رانندگی)؟

آیا پیگیری کردن و انجام دادن توصیه های پزشک و پرستار برای تان آسان بوده است ؟

آیا راه ساده ای برای انجام توصیه های پزشک و پرستار پیدا کرده اید ؟

فکر می کنید علت بیماری تان چیست ؟

وقتی که متوجه علائم بیماری شدید چه اقدامی انجام دادید ؟

نتایج اقدامات شما چگونه بود ؟

چیزهایی که برای شما در مراقبت از سلامتی تان مهم است چیست؟

ما چه کمکی می تونیم برای شما انجام دهیم ؟

هر چند وقت ورزش می کنید؟

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

ظاهر کلی سلامت فرد

الگوی تغذیه ای – متابولیک

این الگو درباقت مواد غذایی را نسبت به نیازهای متابولیک بررسی می کند

شرح حال(داده های ذهنی)

بطور معمول روزانه چه غذایی مصرف می کنید ؟

ایا از مکمل ها ، ویتامین ها و انواع تنقلات استفاده می کنید؟

روزانه بطور متوسط چقدر مایعات می نوشید؟

آیا کاهش یا افزایش وزن داشتید؟

آیا قدتان کوتاه شده است؟ یا افزایش یافته است؟

اشتهایتان چطور است؟

آیا هیچگونه محدودیتی در رژیم غذایی تان دارید؟

آیا هیچ مشکلی موقع مصرف غذا دارید (ناراحتی، مشکل در بلع و...)

آیا بهبودی به خوبی انجام گرفته یا نه ؟

سابقه مشکلات پوستی داشتید ؟ ضایعه – خشکی

سابقه مشکلات مشکلات دندانی؟

داده های عینی : معاینه پوست

ارزیابی پوست : معاینه محل برجستگی های استخوانی ، ضایعه ، تغییر رنگ ، رطوبت

ارزیابی غشاهای مخاطی دهان: رنگ / وجود ضایعه ، رطوبت

ارزیابی دندان ها: ظاهر کلی و چیدمان آن ؟ دندان مصنوعی/ پوسیدگی دندان/ دندان های از دست داده

وزن / قد/ درجه حرارت.

تغذیه داخل وریدی / تغذیه از طریق CVP

ارزیابی شکم.

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon’s)

الگوی دفع

با بررسی این الگو پرستاری می تواند از الگو و کمیت و کیفیت دفع ادرار و مدفوع اطلاع حاصل نماید

شرح حال(داده های ذهنی)

الگوی دفع مدفوع ؟

تعداد دفعات دفع ؟

ویژگی های مدفوع ؟

درد هنگام دفع ؟

هر گونه مشکل در کنترل دفع مدفوع ؟

مصرف داروهای ملین ؟

الگوی دفع ادرار؟ تعداد دفعات دفع ؟

ویژگی های ادرار؟

هر گونه مشکل در کنترل ادرار ؟

تعریق زیاد ؟

بوی نامطبوع بدن ؟

درناژ حفرات بدن ؟ ساکشن و غیره ؟

معاینه فیزیکی(داده های عینی)

مواد دفعی و ترشحات از نظر رنگ ، بو و غلظت بررسی و گزارش شود

بررسی شکم انجام شود و یافته ها گزارش شود

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (G ordon’s)

ورزش و فعالیت

این الگو بر سطح فعالیت، برنامه های ورزشی و اوقات فراقت تمرکز دارد

شرح حال(داده های ذهنی)

آیا انرژی کافی برای انجام فعالیت های ضروری و مورد نظر دارید

الگوی ورزش به چه صورت است؟ چه نوع ورزشی انجام می دهید ؟ آیا بطور منظم انجام می دهید؟

در اوقات فراغت چه کاری انجام می دهید ؟

در کودکان: چه بازی هایی انجام می دهید؟

توانایی انجام کارهای زیر را دارید ؟
تغذیه
نظافت
استحمام
تحرک عمومی
تحرک در تخت
لباس پوشیدن
دستشویی رفتن
خرید
خانه داری

سطح ۱: نیازمند استفاده از وسایل و تجهیزات
سطح ۲: نیازمند کمک یا نظارت شخص دیگر
سطح ۳:نیازمند کمک یا نظارت فرد دیگر و استفاده از وسایل و تجهیزات
سطح ۴: مستقل و عدم نیاز به کمک

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

ورزش و فعالیت

داده های عینی:

الف) توانایی برای نشان دادن معیارهای فوق
تغذیه
نظافت
استحمام
تحرک عمومی
لباس پوشیدن
دستشویی رفتن
خرید

ب) راه رفتن — استقرار بدن — نداشتن بخشی از بدن

ج) محدوده حرکات مفاصل — عضلات — ثبات بدن

د) گرفتن با دست — توانایی برداشتن مداد

ه) تعداد نبض — ریتم نبض

و) تعداد تنفس — ریتم تنفس — صداهای تنفسی

ز) فشار خون

ح) ظاهر عمومی بدن

ط) ارزیابی وضعیت ، نظافت، بهداشت ، سطح انرژی

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (**Gordon's**)

خواب و استراحت

ارزیابی الگوهای خواب و استراحت

شرح حال(داده های ذهنی)

آیا در حد معمول استراحت می کنید و بعد از خواب آماده فعالیت می شوید؟

آیا در شروع خواب مشکل دارید؟

ایدز ؟

خواب می بینید (کابوس)؟

زود از خواب بیدار می شوید ؟

دوره های استراحت و آرامبخشی دارید؟

معاینه : داده های عینی

در یک زمان مناسب الگوی خواب مشاهده شود ؟

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

الگوی درکی شناختی

ارزیابی توانایی فرد برای درک و اطاعت از دستورات، حفظ کردن اطلاعات، تصمیم گیری و حل مشکلات و ارزیابی حواس پنج گانه

شرح حال(داده های ذهنی)

مشکلات شنوایی؟ استفاده از سمعک؟

وضعیت بینایی چگونه است؟ استفاده از عینک؟

تاریخ آخرین معاینه چشم ؟

اخرین باری که عینک خود را تغییر داده اید؟

هر گونه تغییر در حافظه در این اواخر داشته اید؟

به آسانی درباره امور مهم تصمیم می گیرید یا به سختی ؟

ساده ترین راه شما برای یادگیری چیزها چیست ؟

هرگونه عدم راحتی؟ درد؟ چطور آن را مدیریت می کنید؟

معاینه :

جهت یابی
آزمون نجوا
خواندن روزنامه
فهم ایده ها و سوالات (انتزاعی ، عینی)
زبان گفتاری
سطح لغات
فاصله توجه

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

مفهوم از خود و درک از خود

شرح حال(داده های ذهنی)

خودتان را چطور توصیف می کنید؟

آیا بشتر اوقات در باره خودتان احساس خوبی (یا نسبتا خوب) دارید؟

آیا می تواند در بدن خود یا دیگر چیزها تغییر بوجود بیاورید ؟ چه مشکلی دارد؟

بعد از شروع بیماری چه تغییری در خود و بدن تان ایجاد کرده اید ؟

آیا بعضی چیزها مکررا شما را عصبانی می کنند؟ آزرده می کنند؟ می ترسانند؟ نگران می کنند؟

آیا همیشه احساس می کنید که امیدتان را از دست داده اید ؟

معاینه (داده های عینی)

آیا تماس چشمی برقرار می کند – فاصله توجه چگونه است (حواس پرتی)
الگوی صحبت و صدا وضعیت بدن مددجو چگونه است
آیا مددجو عصبی است (۵) یا آرام است (۱) میزان نمره بین ۱ تا ۵
آیا مددجو مدعی و جسور است (۵) یا غیر فعال است (۱) میزان نمره بین ۱ تا ۵

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

الگوی ارتباط نقش ها

شرح حال(داده های ذهنی)

تنها زندگی می کنید یا با خانواده ؟ ساختار خانواده (دیاگرام رسم شود)

آیا مشکلی در خانواده دارید که قادر به حل کردن آن نیستید (خانواده هسته ای یا گسترده)

۳- خانواده بر سر چه چیزهایی به شما وابستگی دارند؟ چطور آن را مدیریت می کنید؟

۴- خانواده یا دیگران چه احساسی درباره بیماری و بستری شدن تان در بیمارستان دارند؟

۵- چه مشکلاتی با فرزندان دارید؟

۶- آیا به هیچ گروه اجتماعی وابستگی دارید؟ وابستگی به دوستان چطور؟

۷- آیا همیشه احساس تنهایی می کنید؟

۸- آیا همه چیز در محیط کار یا مدرسه به خوبی پیش می رود؟

۹- آیا درآمد کافی برای رفع نیازهایتان دارید؟

۱۱- آیا احساس می کنید بخشی از محله ای که در آن زندگی می کند هستید یا اینکه گوشه گیر هستید؟

معاینات

نحوه تعامل فرد با خانواده یا دیگر افرادی که الان در کنارش هستند چگونه است؟

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

الگوی جنسی و تولید مثل:

شرح حال(داده های ذهنی)

بر حسب سن و شرایطی که دارید آیا از روابط جنسی خود رضایت دارید؟

آیا هیچ تغییری در روابط جنسی تان بوجود آمده است؟

چه مشکلاتی در روابط جنسی تان دارید؟

اگر رضایت دارید آیا از داروهای ضد بارداری استفاده می کنید ؟ چه مشکلاتی به همراه دارد ؟

زنان: تاریخ شروع قاعدگی ؟

تاریخ آخرین قاعدگی ؟

مشکلات قاعدگی؟

تعداد دفعات حاملگی/ تعداد فرزندان متولد شده؟

معاینه:

معاینه لگن و گزارش آن

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

الگوی سازگاری – تحمل استرس

شرح حال(داده های ذهنی)

هر گونه تغییر بزرگ در زندگی در سال گذشته یا دو سال گذشته ؟ وجود هر گونه بحران ؟

آیا کسی را دارید که درباره چیزها با او صحبت کنید ؟ آیا در حال حاضر در دسترس شما هست؟

اکثر اوقات آرام هستید یا عصبی ؟

موقعی که عصبی هستید چه چیزی به شما کمک می کند؟

آیا از دارو، مواد مخدر یا الکل استفاده می کنید؟

وقتی در زندگی دچار مشکلات بزرگ می شوید چگونه آن را مدیریت می کنید؟

آیا همیشه این راه حل مفید واقع می شود؟

معاینه

ندارد

فرم بررسی الگوهای سلامت عملکردی گوردون (Gordon's)

الگوی ارزشی اعتقادی

شرح حال(داده های ذهنی)

بطور کلی چه چیزهایی را در زندگی می خواهید بدست بیاورید؟

چه برنامه مهمی برای آینده دارید؟

آیا دین برای شما مهم است؟

آیا موقعی که دچار مشکل می شوید اعتقادات دینی تان کمکی به شما می کند؟

آیا حضور شما در اینجا با فعالیت های مذهبی شما تداخل نمی کند؟

معاینه : ندارد

دیگر نگرانی ها

آیا چیز دیگری هست که ما در باره آن صحبت نکرده باشیم و شما می خواهید درباره آن صحبت کنید؟

آیا سوالی دارید؟

نشانه ها و علائم تشخیص داده شده در مصاحبه و معاینه :

Moral Frameworks

❖نظریه های اخلاقی چارچوب های مختلفی را ارائه می دهند = مشاهده و تبیین شرایط مخدوشگر مراقبت از مددجو

❖توضیحات برای تصمیمات و اقدامات اخلاقی و گفتگو در مورد اوضاع با دیگران

❖سه تاکید متفاوت تئوری های اخلاقی = (الف) پیامدها (ب) اصول و وظایف (ج) روابط

❖نظریه های مبتنی بر پیامد (غایت شناسی = teleological)

- نتایج (عواقب) یک عمل در قضاوت در مورد درست یا غلط بودن
- مثال، فایده گرایی (Utilitarianism) = مفیدترین عمل به عنوان عمل خوب، یعنی عملی که بیشترین خوبی و کمترین آسیب را به بیشترین تعداد افراد برساند.

✓در تصمیم گیری در مورد بودجه و ارائه خدمات درمانی

✓تمرکز بر موضوعات مربوط به انصاف (fairness)

Moral Frameworks

❖نظریه های مبتنی بر اصول (deontological)

- فرآیندهای منطقی و رسمی با تاکید بر حقوق ، وظایف و تعهدات شخصی

- تعیین اخلاق یک عمل = آیا براساس یک اصل بی طرفانه و عینی انجام می شود

✓پیروی از قاعده "دروغ نگو" = باید حقیقت را به مددجو در حال مرگ بگوییم ، حتی اگر پزشک دستوراتی برای این کار ندهد؟

Moral Frameworks

❖نظریه های مبتنی بر روابط (caring)

- تاکید بر شجاعت ، سخاوت ، تعهد و لزوم پرورش و حفظ روابط
- دو تئوری قبلی = قضاوت در مورد مسائل از نظر عدالت (انصاف) و استدلال رسمی
- تئوری های مراقبت = قضاوت اقدامات مطابق با دیدگاه مراقبت و مسئولیت
- نظریه های مبتنی بر اصول ، بر حقوق فردی تأکید دارند ، اما تئوری های مراقبت موجب تقویت منافع مشترک یا رفاه گروهی می شوند.