

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



افسر امیرسادات کارشناس ارشد پرستاری

تعريف گزارش‌نویسی

- عبارت است از به تحریر در آوردن:
- اخبار
- اطلاعات
- حقایق
- علل مسائل و رویدادها
- و تجزیه و تحلیل منطقی و متوالی آنها
- برای رسیدن به راه‌حل‌های صحیح، که همراه با اختصار و روشنی تدوین شده و بر دو اصل «ساده نویسی» و «سالم نویسی» استوار باشد.

بدیهی است که گزارشات پرستاری هنگامی که از نظر قانون مورد بحث قرار گیرند، دلالت بر تاکید دوباره بر حفظ جان بیمار، امنیت حقوقی پرستار و امنیت جانی جامعه دارند. در واقع گزارش نویسی، فنی است که با آگاهی از آن فن، مطالب هر موضوعی را می‌توان، طوری طبقه‌بندی کرد و نظم بخشید که هدف مورد نظر را در کوتاه‌ترین زمان و با ساده‌ترین کلام به دست آورد.

گزارش پرستاری جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است و طبعا "نارسایی در گزارش پرستاری می تواند عاملی برای تائید اتهام تلقی شود. از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد قابل اثبات است و موردی پذیرفته می شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد.

نگارش

- خوب اندیشیدن و تمرکز داشتن، و نگارش خوب به سرمایه‌های علمی، مطالعه، آگاهی، احاطه به موضوع، دقت و تمرین و ممارست نیاز دارد، و گزارش، اثربخش نخواهد بود مگر آنکه علاوه بر شیوایی سخن، به نکات اساسی برشمرده زیر توجه نماید:
 - 1- فکر کردن قبل از نوشتن.
 - 2- توجه به هدف، موضوع و طرح ربط منطقی.
 - 3- در نظر گرفتن خواننده.
 - 4- آگاهی به نکات دستوری و جمله‌بندی در حد لزوم.
 - 5- ترجیح ساده نویسی به پیچیده نویسی.
 - 6- پرهیز از به کار بردن لغات و ترکیبات دور از ذهن.
 - 7- به کار بردن لغات، اصطلاحات یا عبارات با معانی قطعی و مشخص.
 - 8- بیان حقایق، بی آنکه قصد برانگیختن احساسات را داشته باشیم.

خصوصيات يك گزارش علمي و صحيح

1. حقيقت Actual

2. دقت Accuracy

3. كامل و مختصر Completeness Concise

4. پويا Currents

5. سازماندهي Organization

6. محرمانه Confidential



حقیقت در گزارش نویسی

- گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به درک اشتباه نمی گردد.
- گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود و احساس می کند.
- - از کاربرد کلماتی که ایجاد شك، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری شود و به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نشود.
- **گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.**
- **گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.**
- هم چنین استفاده از میزانها و واحدهای اندازه گیری به صحت و درستی گزارش کمک می کند. مثال: بیمار در ساعت 18:00، 300 میلی لیتر آب و چای نوشیده است به جای عبارت، موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است.

دقت در گزارش نویسی

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
مثال:

گزارش صحیح: بیمار 360 cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.


گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ است.

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد خودداری نمایید.

- علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

دقت در گزارش نویسی

- - در ثبت گزارشات پرستاري به هیچ عنوان نبايستی اقدامات مراقبتي و درمانی که توسط يك پرستار انجام مي شود، توسط پرستار ديگري ثبت يا چارت گردد.
- - در گزارشات پرستاري در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتي بايستي به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- - چنانچه پرستار گزارشش دقيق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شك و ابهام مي گردند.
- - عامل ديگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضای گزارش دهنده مي باشد. امضای شخص بايستي داراي مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگي، سمت، رتبه، تاريخ و ساعت
-



روشهای ثبت و گزارش نویسی

روش های مختلف گزارش نویسی

❖ تشریحی (Narrative)

❖ مشکل محور (Problem focus)

❖ فرآیند محور (Process focus)

مزیت گزارش نویسی تشریحی

■ بصورت جمله یا عبارت نوشته می شود.

■ بر اساس ترتیب زمانی sequence time

■ یادگیری آن آسان است learn to easy

■ به آسانی بر اساس زمان در دسترس است می توان جزئیات را به تفصیل شرح داد

اشكال مختلف گزارش نویسی تشریحی

(Subjective, objective, assessment, plan) SOAP ✓

(DATA, , Action, Resp) ones DAR ✓

(Problem, intervention, Evaluation) PIE ✓

ثبت الکترونیکی Electronic Documentation

سیستم الکترونیکی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد PCIS می باشد .

Patient Care Information System

اطلاعات شامل موارد زیر است :

- دستورات وارده
- نتایج گزارشات
- ثبت دستورات پزشک
- برنامه ریزی مراقبتی و چارت بیمار



Support & Advice for Caregivers.

GET STARTED

Ad
ONLINE

AARP

در نوشتن گزارش پرستاری پرستاری باید به موارد زیر توجه نمود:

1. مندرجات
2. زمان بندی
3. قالب
4. جوابگویی
5. رازداری

Guide line for Documentation

- Document what you see آنچه دیده اید ثبت کنید
- Be specific صریح و واضح باشید
- Use direct quote نقل قول مستقیم Use direct quote
- Be prompt → late entry آماده باش باشید
- Be clear & consistent منطقی، درست، صحیح و واضح بنویسید. رعایت گرامر نقطه گذاری، تلفظ صحیح.
- Neatly مرتب و تمیز بنویسید.
- Standard abbreviation
- Use policy

ترتیب نوشتن سیستم های بدن در گزارش پرستاری

- CNS
- Respiratory
- CVS
- Skin
- GU
- GI
- MS
- Behavior



ثبت در سیستم CNS

- سطح هوشیاری هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو GCS
- اندازه مردمک ها و واکنش آن به نور
- آگاهی به مکان ، زمان ، اشخاص
- صحبت کردن ، درک و فهم
- داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان
- بررسی حافظه
- بررسی حس و حرکت اعضاء بدن
- داشتن پاسخ کلامی مناسب بدست آمده
- بررسی مشکل - تشخیص پرستاری پرستاری ، اقدامات انجام شده ، نتایج بدست آمده ، اقداماتی که باید پی گیری شود و ثبت کلیه داده ها با اقداماتی که باید پی گیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ و فرد انجام دهنده

ثبت در سیستم Respiratory

- تعداد ، نوع تنفس ، Retraction ، داشتن یا نداشتن سرفه ، انواع سرفه ، داشتن یا نداشتن چست تیوب
- وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی
- (I E Ratio, PAWP, PEEP ,TV, Mode)
- میزان دریافت اکسیژن اکسیژن (min/L) بوسیله ETT، تراکیاستومی CPAP, MASK, Nasal ,....
- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج
- انجام ساکشن ، دفعات ، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان بیمار
- صداهاي تنفسي ، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن ، میزان تحمل یا پیشرفت بیمار
- بررسی و ثبت مسائل غیر طبیعی ، نتایج آزمایشات آزمایشات ، و گرافی ها داروهای داروهای مصرفی و اقدامات انجام شده ، پروسیجرهای انجام شده ، نتایج و ثبت دقیق کلیه اطلاعات.
- انجام پروسیجرهای پروسیجرهای تشخیصی درمانی و نتایج آن (بخصوص /CPCR زمان صدا کردن، شروع و اختتام، اقدامات، داروهای مصرفی، نتایج)
- آموش، مشاوره ها، نتایج، اقدامات

CVS

- تعداد ضربان قلب در دقیقه ، ریتم و فشارخون، محل گرفتن
- صدای قلب، نوار قلب و مشخصات نوار قلب
- مانیتورینگ بیمار / زمان شروع مانیتورینگ / مقادیر مانیتور شده / لید مانیتور شده
- - تزریق خون و فراورده های خونی
- تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی-عروقی، ثبت اقدامات و نتایج
- مقدار داروهای مصرفی، عوارض و نتایج
- کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی ، ن اقدامات تیم CPR و نتایج مداخلات
- داشتن یا نداشتن (Chest pain نوع، انتشار ، مداخلات و نتایج)
- نمونه های خون گرفته شده، نتایج گرافی ها و آزمایشات
- پروسیجرها (آمادگی های قبل و بعد)
- داروهای مصرفی، عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده
- ثبت آموزش، اقدامات، مشاوره ها و نتایج
- نبض های محیطی و کیفیت آن
- کاربرد وسایل داروها و اقدامات ضد تشکیل لخته (مانند کاربرد تورنیکت ، جوراب های ضد آمبولی داروها) کلیه مراقبت های پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج

SKIN

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی و التهاب و سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خونمردگی و ورم و خراش
- وضع پوست (condition)، خشک و مرطوب و زخمی و ترشحات (نوع آن) و پوسته پوسته بودن، گرمی، سردی و ...
- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندام های محیطی)
- قوا پوست (خوب، بد)
- داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول و عرض و عمق) زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ و شستشوی زخم، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب
- داشتن بخیه، کشیدن آن، نزدیک کردن پوست به هم
- گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذیه، حمام
- ترشحات زخم، حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب، اقدامات
- حمام و شست و شوی پوست

GU

- وضع ظاهری اندام های تناسلی و یافته های غیرطبیعی
 - رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی ، علائم و نشانه ها (مانند تکرر ادرار، هماچوریا، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک، چرک در ادرار، تهوع و استفراغ و لرز و اتساع مثانه، پر ادراری و الیگوری و آنوری
 - خارش و ترشحات بدبو و نتایج پاپ اسمیر و خونریزی و درد و مشکلات در ارتباط با Sexual function
 - داشتن اختیار و کنترل ادرار و وسایل کمکی ، اقدامات انجام شده
 - نتایج تست حاملگی با انجام دوش و اژینال، معاینه واژن و ... و انجام مراقبت در خصوص کاتترها (فولی ، سوپراپیوبیک و جایگزینی مایعات خون و فراورده های free بیمار) cc در ساعت
 - زمان زدن آنژیوکت و تعویض آن و تعویض پانسمان و ذکر محل آن و در آمدن فولی
 - زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت و توجهات خاص مربوط به آن و بررسی علائم عفونت TPN
 - کاربرد آموزش های داده شده به بیمار و ثبت نتایج آن
 - شکایات بیمار، گزارش به پزشک، اقدامات انجام شده ، نتایج داروهای مصرفی – عوارض

• ثبت I&o

GI

- اشتها، NPO بودن یا نبودن ، مقدار و نوع غذای مصرفی
- علائم و نشانه ها (مانند بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال ، وجود خون در مدفوع ، نفخ، آسیت و ...)
- نوع رژیم غذایی ، داشتن NGT و یا نداشتن ، کلاستومی تیوب
- زمان و تاریخ گذاشتن ، تعویض یا قطع NGT
- داشتن یا نداشتن مدفوع / کیفیت / رنگ / بو / شکل مدفوع / نوع اسهال
- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیرطبیعی و گزارش به پزشک و اتفاقات
- داشتن یا نداشتن دندان ، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و ...
- ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج
- اقدامات تشخیصی و درمانی و گزارش موارد غیرطبیعی به پزشک و ... (تنقیه و کولونوسکوپی)
- مراقبت از استوما و تعویض کیس های آن ، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و ...
- کاربرد داروها، ثبت و عوارض و مراقبت های خاص
- مراقبت های پرستاری انجام شده، نتایج (زمان، فرد انجام دهنده ، شرح پروسیجر، آزمایشات ، نتایج ، اقدامات و ...)
- آموزش های مربوط به این سیستم

MS

■ رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبضهای محیطی، پرشدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها

■ داشتن حس و حرکت اندامها، فلج و سستی و محدودیت حرکتی

■ توانایی انجام کار یا فعالیت های روانه

■ تعویض، پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول، داشتن ورم

■ داشتن درد و بی قراری

■ استفاده از وسایل کمکی مانند عصا و

■ اتصالات، تراکشن، پروسیجرها و داروهای مصرفی آزمایشات و گرافی های غیر طبیعی مربوط به این سیستم

Behavior

❖ داشتن یا نداشتن فرآیند فکری نرمال

❖ اختلال خواب از قبیل : زود از خواب بیدار شدن، بی خوابی، خواب آلودگی، بیدار شدن مکرر در شب، تاخیر در خواب رفتن، خستگی

❖ اضطراب، وسواس، دیلیریوم، حافظه، افکار خودکشی

❖ توهم، هذیان

❖ اعتیاد، ترک اعتیاد

❖ نقش های اجتماعی

❖ سابقه مشکلات روانی با نوع داروهای مصرفی

❖ داشتن پاسخ کلامی مناسب

❖ سابقه روان درمانی، ECT



نکات تکمیلی:

- ❑ اختلالات بینایی ، شنوایی ، بویایی و چشایی باتوجه به ریشه اختلال در سیستم مربوطه ثبت گردد .
- ❑ اختلالات الکترولیتی نظیر تغییرات سدیم ، پتاسیم ، منیزیم ، کلسیم باتوجه به علت وتظاهرات بالینی ذکرگردد.
- ❑ اختلالات مربوط به غدد ، کبد و مجاری صفراوی و دیابت نظیر (قند خون ، آلبومین ، آنزیم های کبدی و... (در سیستم گوارش واختلالات سایرغدد بایستی در سیستم مربوطه ذکر گردد.❑
- ❑ اختلالات ویروسی و عفونی و پاسخ های غیر طبیعی کشت ها در صورتی که هر سیستم را درگیر کرده باشد در همان سیستم ثبت گردد.

روشهای گزارش کلامی پرستاری



change of shift report 🌟

Telephone reports 🌟

Transfer reports 🌟

Incident Reports 🌟

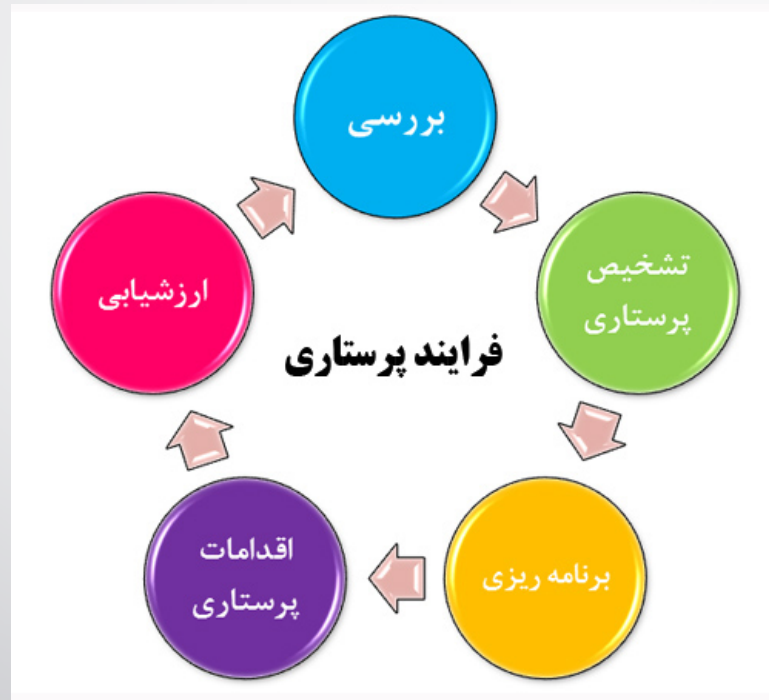
مشخصات فرآیند پرستاری :

- 1- پویا است
- 2- بیمارمحور است
- 3- هدف گراست
- 4- انعطاف پذیر است
- 5- مشکل مدار است
- 6- فرآیند پرستاری ، فرآیند تفکر است

فرآیند پرستاری :

- 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.
- این راهنما هویت علمی پرستاری را بعنوان یک حرفه تخصصی نشان می‌دهد.

فرآیند پرستاری



Slide 1

Slide 1

darman.sums.ac.ir/nursing/images/nursing/Amoresh/maani.pdf

توضیحی کوتاه در ارتباط با فرآیند پرستاری
مراحل فرآیند پرستاری به صورت زیر می باشد:

```
graph TD; A(ارزیابی) --> B(تشخیص); B --> C(برنامه ریزی); C --> D(اجرا); D --> E(ارزیابی); B --> F(NANDA); F --> C; C --> G(راهنمای بالینی); G --> C;
```

ارزیابی

تشخیص

برنامه ریزی

اجرا

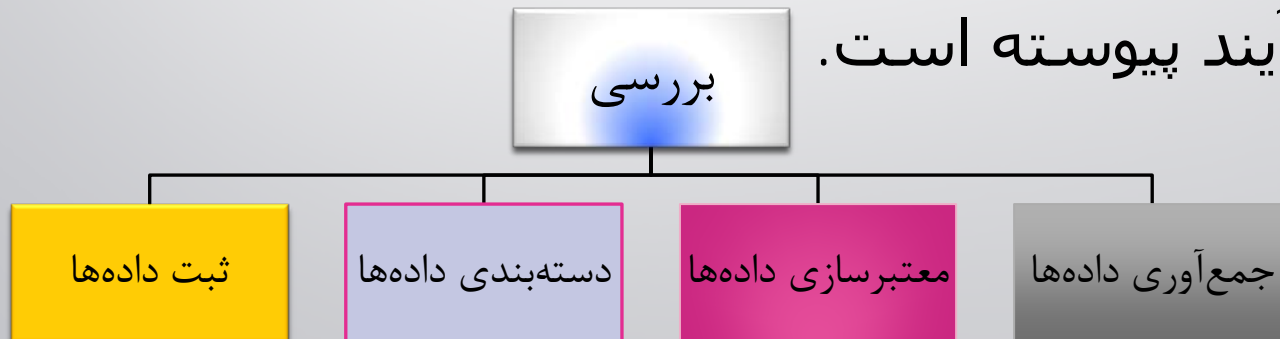
ارزیابی

NANDA

راهنمای بالینی

1- 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.



مثال

HR:
105

کاهش
سطح
آهن

عدم
تمرکز

Hb:
6.7

ضعف

مورمور
شدن
انگشتان

● خانمی 35 ساله با ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده است.

RR:
24

سرگیجه

تحریک
پذیری

رنگ
پریدگی

بی‌حالی

تنگی نفس با
فعالیت

کاهش
وزن

بی‌اشتهایی

سردرد

2- 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.



فرمول‌بندی تشخیص پرستاری

سبب
(etiology)

در ارتباط با
(Related to)

مشکل
(problem)

(etiologia)

(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 می‌کند.

● 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 تشخیص‌های پرستاری و کاهش اشتباه در تعیین آن‌ها یک زبان مشترک بین‌المللی ایجاد شده است.
(NANDA)

۳- برنامه ریزی:

پس از جمع آوری و تفسیر اطلاعات بیمار و تعیین توانایی ها و مشکلات سلامتی بیمار ، این زمان وقت مناسبی برای برنامه ریزی اعمال پرستاری می باشد.

اجزاء برنامه ریزی شامل:

اولویت بندی: اولویت ها بر اساس تشخیص های پرستاری تعیین می شود. در طی فرآیند تعیین اولویت، پرستار به کمک بیمار مشخص می نماید کدامیک از مشکلات تعیین شده نیاز به توجه فوری دارند و کدامیک از مشکلات در فاصله زمانی طولانی تر می توانند مورد رسیدگی قرار گیرند

۱ الگوی تنفسی نامناسب در ارتباط با اثرات داروهای بی هوشی

۲ سازگاری ناموثر در ارتباط با تشخیص نامعلوم بیماری



تعیین اهداف: هدف، حل مشکل بیمار است که در تشخیص پرستاری مشخص شده است. تشخیص های پرستاری نشان دهنده ی نوع هدف است. اهداف ممکن است بلند مدت یا کوتاه مدت باشد.

تعیین برآیند های مورد انتظار: معیار برآیند، اظهارات یا بیاناتی است که ویژگی ها، مشاهدات و پاسخ های قابل اندازه گیری مددجو را توصیف می کند.

مثال: مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر بدست می آورد:

۱- صدای تنفسی طبیعی ۲- فقدان تنگی نفس

شما در این نوع گزارش نویسی برنامه خود را نمی نویسید و فقط تصمیم به برنامه می گیرید اما برنامه انجام شده را در قسمت مداخلات بیاورید.

۴- اجرا:

اجرا یعنی ارائه مراقبت از بیمار بر اساس گامهای قبلی که در فرآیند پرستاری مشخص شده است. اقدامات پرستاری طی مرحله اجرای فرآیند پرستاری، از قبل طراحی می شوند.

مثال: الف) بررسی علائم و نشانه های عدم پاک بودن موثر راههای هوایی مثل سرفه، تنگی نفس

ب) اجرای اقداماتی به منظور ارتقا و بهبود پاکي موثر راههای هوایی مثل ساکشن ترشحات، استفاده از نبولایزر جهت رقیق سازی ترشحات، تغییر وضعیت هر ۱-۲ ساعت

۵- ارزیابی نهایی :

ارزیابی میزان دستیابی به اهداف پرستاری جهت مددجو می باشد. ارزیابی پنجمین و آخرین مرحله از فرآیند پرستاری است. ارزشیابی بر اساس معیارهای برآیند انجام می شود.

مثال: مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر بدست آورده است:

۱- صدای تنفسی طبیعی ۲- فقدان تنگی نفس

قانون نوشتن تشخیص های واقعی :

با عبارت سه قسمتی نوشته می شود:

*Problem *Related to *Signs and symptoms

بطور مثال :

*اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با بی حرکتی در تخت و ایجاد قرمزی در

ناحیه باتکس

*اختلال در ارتباطات در رابطه با نوع گویش با مشاهده ناتوانی در فهمیدن

مطالب

نکات قابل توجه :

۱- استفاده صحیح از اصطلاحات تشخیص پرستاری :

: تغییر از حد طبیعی - اختلال Altered-

: کوچکتر ، کمتر ، کاهش یافته ، کوچک شده از نظر اندازه ، مقدار یا Decreased-

درجه


: بزرگتر ، وسیع تر شده ، بزرگتر از اندازه ، میزان و درجه ، افزایش Increased-

: بدتر شده ، ضعیف تر شده ، آسیب دیده ، وخیم تر شده Impaired-

: غیر طبیعی ، بدتر شده ، یا عملکرد ناقص Dysfunctional-

: اثر مطلوب یا قابل انتظار را ندارند - غیر موثر Ineffective-

: شدید اما کوتاه مدت - حاد Acute-

- 
- **طولانی مدت ، عود کننده ، مزمن ، پایدار Chronic**
 - **قطع و شروع ، بطور متناوب و شروع دوره ای Intermittent**
 - **استعداد بالقوه Potential**
 - **کمبود Deficit**
 - **بیش از حد Excess**

34- Hypo kalemia R/T

- **Diuretic therapy**
- **Vomiting**
- **malabsorbtion**
- **Hemolysis**
- **Hyperglycemia**
- **Decreased potassium in take**

35- Hyper kalemia R/T

- **Renal failure**
- **↑Potasium in diet**
- **Potasium sparing diuretic use**
- **Post transplant**
- **Metabolic Acidosis**
- **Transfusion of old Blood**
- **Internal hemorrhage**

36- Hypo calcemia R/T

- Renal failure (↑phosphoras)
- protein malnutrition
- Diarrhea
- Hypo parathyroidism
- Excessive Anti acid use

37- Hyper calcemia

- CRF
- Hyperparathyroidism
- ↓ phosphorus
- Prolong use of thiazide diuretics
- Hemodialysis

سپاس

