

# مفاهیم

## پرستاری

### فصل ۱

این مرحله از طریق تاریخچه بهداشتی<sup>۹</sup> و بررسی وضعیت سلامت، معاينه فیزیکی، خانواده وی، اعضاء دیگر گروه خدمات درمانی، گزارش اعضاء گروه درمانی، گزارشات بهداشتی (آزمایشات - رادیولوژیها و...) بدست می‌آید. سپس اطلاعات ثبت می‌شود.

نگارش اطلاعات بررسی باید توصیفی، مختصر و کامل باشد و تفسیر انجام نشود. فقط مشاهدات ثبت می‌شود. داده‌ها (اطلاعات) می‌توانند عینی<sup>۱۰</sup> یا ذهنی<sup>۱۱</sup> باشد.

**منبع و روش جمع‌آوری اطلاعات :** مددجو، خانواده، مصاحبه<sup>۱۲</sup>، معاينه، مطالعه گزارشات کتبی و شفاهی<sup>۱۳</sup>، اعضاء تیم درمان و مروری بر مطالعات است.

برای یک بررسی موفق پرستار باید ابتدا به صورت سیستمیک مشاهده کند. ارتباط مؤثر برقرار کند و بتواند ارتباط داده‌ها را با هم بسنجد و این نیاز به دانش و بکاربردن اصول و تکنیک ارتباط درمانی دارد در مرحله بعد بتواند اطلاعات را دسته‌بندی و مهم و غیرهمهم را از هم تفکیک کند. قضاووت و ارتباط دادن اطلاعات جمع‌آوری شده امری ذهنی است و به دانش، نگرش و تجارت پرستار بستگی دارد.

بعد از جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در واقع تفسیر و ارزش‌گذاری آنها، دو دسته مشکلات یا نیاز مددجو را دسته‌بندی می‌کند:

(۱) تشخیص پرستاری<sup>۱۴</sup>

(۲) مشکلات جانبی<sup>۱۵</sup>

### تشخیص پرستاری

یک قضاووت بالینی پرستار است درباره پاسخهای فرد - خانواده - جامعه به مشکلات احتمالی یا بالقوه‌ای که در سلامتی وجود دارد. پایه‌ای است برای انتخاب مداخلات جهت دستیابی به برایندوهای مورد انتظار. تشخیص‌های پرستاری در واقع مشکلات بالفعل و بالقوه مربوط به سلامتی بیمار هستند که با مداخلات پرستاری و مستقلانه قابل حل می‌باشند. به منظور قابل فهم بودن و کامل‌تر کردن تشخیص‌های پرستاری باید ویژگی‌ها و سبب‌شناسی

### فرآیند پرستاری<sup>۱</sup>

روشی است برای سازماندهی ارائه مراقبت پرستاری و حل مشکل که به منظور رفع نیازهای بهداشتی و مراقبتی افراد به کار می‌رود. هدف فرایند پرستاری تعیین نیازهای مراقبتی مددجو، طرح و برنامه‌ریزی و اجراء برنامه مراقبتی است که نهایتاً مؤثربودن مداخلات در ارزشیابی تعیین می‌شود.

### اجزاء فرآیند پرستاری

۱- بررسی<sup>۲</sup>

۲- تشخیص شامل تشخیص پرستاری<sup>۳</sup> و مشکلات جانبی (همراه)<sup>۴</sup>

۳- برنامه‌ریزی<sup>۵</sup>

۴- اجراء<sup>۶</sup>

۵- ارزشیابی<sup>۷</sup>

هر مرحله از فرایند با مرحله بعد ارتباط دارد. با بررسی اطلاعات جمع‌آوری و براساس آن تشخیص مشکل داده می‌شود. درست بودن تشخیص به درستی اطلاعات جمع‌آوری شده و دسته‌بندی صحیح اطلاعات بستگی دارد. طرح مراقبت که براساس تشخیص پی‌ریزی می‌شود بستگی به اطلاعات جمع‌آوری شده دارد. موقوفیت اجراء در مرحله ارزشیابی مورد امتحان قرار می‌گیرد و ارزشیابی و مورد تجدید نظر قراردادن طرح مراقبت به پرستار فرصت می‌دهد که به نیازهای در حال تغییر مددجو پاسخ دهد.

### بررسی<sup>۸</sup>

يعني جمع‌آوری سیستماتیک اطلاعات و ارتباطدادن داده‌ها به یکدیگر (تجزیه و تحلیل). هدف از اینکار به دست آوردن اطلاعات در مورد سطح سلامت مددجو و اقدامات بهداشتی، بیماری‌های گذشته و تجربیاتش در رابطه با آن و نگرش مددجو در مورد مراقبت بهداشتی است که از آنها در جهت طرح مراقبت انحصاری برای آن مددجوی خاص استفاده می‌شود. اطلاعات مورد نیاز برای

1- Nursing process

2 - Assessment

3- nursing diagnosis

4- collaborative problem

5 - planing

6 - implementation

7 - evaluation

8 - Assessment

منظور رفع نیازهای بیمار به بهترین شکل و توسط مناسب‌ترین فرد در اولویت‌بندی، اولویت بیشتر را باید به مسایل و مشکلاتی داد که نیاز به مداخلات هرچه سریع‌تر دارند هرم نیازهای مازلو یک چهارچوب مفید برای اولویت‌بندی مشکلات است.

بعد از اولویت‌بندی باید اهداف و برایندها نوشته شود. نوشتن هدف راهنمایی است برای انتخاب مداخله و منبع مقایسه برای ارزشیابی بعد از مداخلات. طبق تعریف برآیند مورد انتظار عبارت است از رفتار مورد انتظار بیمار که قابل اندازه‌گیری بوده و نشان‌دهنده میزان پیشرفت وی در جهت حل مشکل است. رفتارها و وضعیت‌هایی که انتظار داریم از مددجو یا خانواده‌اش بعد از مراقبت پرستاری سر بزند و کمک می‌کند که بتوانیم مناسب‌بودن و یا مقتضی‌بودن طرح مراقبت را تعیین کنیم. اگر علیرغم صحیح‌بودن تشخیص پرستاری به براینده نرسیدیم باید اهداف و یا طرح برنامه خود را تغییر دهیم و یا اگر این عوامل نیاز به تغییر نداشت مشورت با پزشک برای تجدیدنظر در دستورات الزامی است. در رابطه با مشکلات جانبی نیاز به نوشتن اهداف و برآیند نیست از اهداف بیمار<sup>۱</sup> برای مشکلات جانبی استفاده می‌کنیم که نیازی به ارزشیابی مؤثربودن اقدامات ندارد. پرستار وضعیت بیمار را با وضعیت‌های نرمال مورد سنجش قرار می‌دهد بعد از تعیین برآیندها مداخلات را طرح‌ریزی می‌کند، که می‌تواند مداخلات وابسته و یا مستقل باشد.

برای هر دو نوع مداخله قضاوت پرستار لازم است. مداخلات هر اقدام درمانی را که پرستار انجام می‌دهد را شامل می‌شود حال ناشی از تشخیص پرستاری یا تشخیص پزشکی. هدف از مداخلات در تشخیص پرستاری کمک به فعالیت مددجو - آموزش - مشاهده - رفع، کاهش یا حل مشکل سلامتی موجود و تعیین مشکلات جدید - کمک به مددجو برای فعالیت‌های کمک به خود - ... و در مشکلات جانبی هدف از مداخلات کنترل عدم ثابت فیزیولوژیک، مشورت با پزشک برای مداخلات مناسب، انجام اقدامات خاص در جهت کاهش شدت وضعیت موجود می‌باشد. پرستار مداخلات را با استفاده از داشن و مهارت حر斐های خود به مرحله اجرا در می‌آورد. اجرا مداخلات مستلزم داشتن قضاوت صحیح، تفکر انتقادی و مهارت‌های تضمیم‌گیری در پرستار است.

در محتوای ثبتی طرحهای مراقبت مداخلات پیشنهادی پزشک نباید مستقیماً نوشته شود بلکه ابتدا باید به کاردکس، برگه گزارش دارویی منتقل و سپس طرح مراقبت با توجه به این دستور<sup>۱۱</sup> به صورت غیروابسته و در قالب طرح پیشنهادی پرستار نوشته شود.

به یاد داشته باشیم هدف مداخلات بیمار مدار بوده و در جهت کسب نتایج و اهداف تعیین شده است. با انجام مداخلات برنامه‌ریزی شده مرحله اجرا فرایند پرستاری به اتمام می‌رسد.

**ارزشیابی** به پرستاران امکان بررسی پاسخ بیمار به مداخلات انجام شده و همچنین میزان دستیابی به اهداف تعیین شده را می‌دهد. به موازات انجام مداخلات پرستاری پاسخهای بیمار به اقدامات درمانی نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و برنامه درمانی براساس شرایط بیمار تعديل می‌شود.

مشکلات<sup>۱</sup> در آنها جای داده شود. تشخیص پرستاری نباید در غالب کلماتی که نشان‌دهنده علت، اهداف، نیاز بیمار، تشخیص پزشکی درمان‌های تجویزشده نوشته شود. نوشتن مشکل باید شامل مشکل و علت آن باشد. اتیولوژی مشکل می‌تواند به وسیله مداخلات پرستاری رفع شود.

## آنواع تشخیص پرستاری

### ۱ - واقعی<sup>۲</sup>

۲ - در معرض خطر<sup>۳</sup> و در معرض خطر بیشتر<sup>۴</sup> که نشان می‌دهد فرد، جامعه یا خانواده در معرض آسیب بیشتری از آن مشکل نسبت به بقیه در شرایط مساوی است که قبل از اینها مشکلات بالقوه<sup>۵</sup> می‌گفتند. اعتبار این تشخیص‌ها به عامل خطر<sup>۶</sup> آنها بستگی دارد.

۳ - تشخیص پرستاری احتمالی<sup>۷</sup> یک مشکل احتمالی را شرح می‌دهد که باید در مورد آن اطلاعات اضافه جمع شود.

۴ - **wellness nursing diagnosis** تشخیص پرستاری که نشان‌دهنده انتقال از یک سطح سلامت به سطح بالاتر است که برای نوشتن آن عامل در ارتباط نمی‌خواهد. در این تشخیص وضعیت‌های مثبت بررسی می‌شود.

۵ - **syndrome nursing diagnosis** تشخیص‌ها با علت واحد برای مجموع تشخیص‌ها یا گروهی از نشانه‌های یکسان. یک علت واحد برای مجموع تشخیص‌ها یا گروهی از ۱۹۸۵ در رده‌بندی تشخیص پرستاری وجود نداشته مثلاً در معرض خطر سندروم سوءاستفاده<sup>۸</sup>.

### مشکلات جانبی

عوارض فیزیولوژیکی هستند که پرستار شروع و یا تغییر وضعیت آنها را کنترل می‌کند و برای تدایر آن از پیشنهادات پزشک و مداخلات پیشنهادی خود هر دو برای به حداقل رساندن عوارض استفاده می‌کند. مشکلات جانبی عوارض بالقوه‌ای هستند که می‌توانند ناشی از درمان‌ها، داروها، ترموما و غیره باشند. تشخیص‌های پرستاری و مشکلات جانبی پس از مشخص شدن در برنامه مراقبت پرستاری ثبت می‌شوند.

### برنامه‌ریزی

#### مراحل برنامه‌ریزی

۱ - اولویت‌بندی تشخیص‌های پرستاری و مشکلات همراه (جانبی)

۲ - تعیین اهداف کوتاه‌مدت، بلندمدت و میان‌مدت

۳ - تعیین مداخلات مناسب با اهداف

۴ - مشخص کردن مداخلاتی که نیاز به همکاری سایر اعضاء گروه دارد

۵ - تعیین برآیندهای مورد انتظار<sup>۹</sup>

۶ - مستند کردن تشخیص‌های پرستاری، مشکلات جانبی، اهداف، مداخلات

پرستاری و برآیندهای مورد انتظار در برنامه مراقبت پرستاری

۷ - در میان گذاردن اطلاعات کسب شده از بیمار با اعضاء گروه ارائه خدمات به

1 - Etiology

2 - actual

3 - Risk

4- High Risk

5- Potential ND

6- risk factor

7- possible N.D

8- Risk for disuse syndrome

9- Expected outcome

باید توجه داشت که نیاز بیمار به کسب آگاهی و دانش به تنهایی موجب انگیزش بیمار برای ارتقاء دانش و پیروی از رژیم درمانی نخواهد بود. طرح ریزی اهداف دوچانبه و کیفیت ارتباط بین پرستار و بیمار به طور مستقیم روی آموزش و ایجاد تعییرات رفتاری تأثیرگذار هستند. تنظیم طرح درس نیز عاملی برای ایجاد انگیزه در فرآگیر است.

**طرح آموزش باید خصوصیات زیر را داشته باشد**

- واقع گرایانه باشد.

- اهداف قابل اندازه گیری داشته باشد.

- محدوده زمانی و سیستم بازخورد<sup>۱</sup> مشخص داشته باشد.

- روش هایی برای ارزیابی تعییرات رفتاری داشته و ثبت شده باشد.

- اهداف به ترتیب براساس سادگی و تقدم نوشته شده باشد.

مثال: در رابطه با هدف کاهش وزن: هدف منظم: کاهش ۲-۱ پوند وزن در هفته است.

هدف کلی و نامشخص: کاهش ۳۰ پوند وزن

### ماهیت آموزش و یادگیری

یادگیری<sup>۲</sup> عبارت است از کسب آگاهی و دانش، نگرش ها یا مهارت ها، و آموزش<sup>۳</sup> عبارت است از کمک به دیگری برای یادگیری. آموزش یک فرآیند تعاملی (متقابل) است که باعث توسعه و پیشبرد یادگیری می شود. باعث می شود، افراد آنچه را که نمی دانند یاد بگیرند و یا اطلاعات جدید به دست آورند. فرآیند یاددهی وقتی مؤثر خواهد بود که براساس نیازهای فرآگیر باشد و نیاز به تلاش همه جانبه فرآگیر و فرادهنده هر دو دارد. معلم نقش تسهیل کننده یادگیری را دارد. یادگیری می تواند تحت تأثیر عوامل متعددی باشد از جمله:

#### ۱ - آمادگی برای یادگیری

یکی از مهم ترین عوامل است که تحت تأثیر فرهنگ، ارزش های فردی، وضعیت جسمی و روحی و تجرب گذشته یادگیری فرد قرار دارد.

یادگیری وقتی تحریک می شود که اطلاعات برای یادگیرنده عملی و مفید باشد.

#### ۲ - تمایل به یادگیری<sup>۴</sup>

بازتابی از خواسته درونی فرد برای یادگیری است که وی را قادر به تمرکز و درک محرك می نماید. فرد تا زمانی که انگیزه نداشته باشد، مشکل خود را قبول نکند و یا متوجه ضرر آن نباشد برای یادگیری تلاش نمی کند. ارزشها، عقاید و رفتارها متأثر از عوامل فرهنگی می باشند. فرهنگ یک عامل تأثیرگذار مهم در یادگیری است و در محیط و زمان، نوع رفتارها، عکس العمل و آگاهی بهداشتی بیمار نشان دهنده نوع ارزش های وی است. بدون درنظر گرفتن ارزش های فرهنگی بیمار در زمینه سلامت، آموزش بهداشت نتایج مناسبی نخواهد داشت.

#### ۳ - آمادگی فیزیکی

آمادگی فیزیکی در یادگیری اهمیت دارد و تا زمانی که فرد به لحاظ فیزیکی آمادگی یادگیری نداشته باشد، اقدامات آموزشی مؤثر نخواهد بود. درد شدید، خستگی، گرسنگی، تشنگی، اضطراب، تنگی نفس .... از عواملی هستند که توانایی تمرکز در فرد را کم می کنند و در یادگیری اثر منفی دارند.

### آموزش بهداشت

آموزش یکی از عملکردهای پرستاری در تمام حیطه های فعالیتی پرستاران است. آموزش بهداشت مسئولیتی مستقل و اوایله در حرفه پرستاری است که هدف آن ارتقاء، حفظ و اعاده سلامتی، پیشگیری از بیماریها و کمک به افراد برای تطابق و سازگاری با بیماری و استفاده بهینه از توانایی های باقیمانده می باشد. امروزه افراد برای حفظ سلامت خود و مراقبت از آن آگاه شده اند و برای شرکت در امر مراقبت از خود نیاز به کسب اطلاعات از جانب پرستاران دارند. بنابراین نیاز استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی به اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت خود، یکی از دلایل اهمیت آموزش بهداشت در حیطه پرستاری است. که در این راستا توجه به نیاز آموزشی بیمار، خانواده او و نیز جامعه مهم است. پرستار می تواند در هر موقعیتی که با استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی برخوردار (اعم از مخاطبین بیمار یا غیربیمار) به امر آموزش آنان بپردازد. پرستار می تواند با ارائه اطلاعات مناسب، نیاز به یادگیری و کسب اطلاعات را در افراد تقویت کند و از این دیدگاه تمام محیطها اعم از منازل، بیمارستانها، مراکز بهداشت جامعه، مراکز تجاری، سازمانهای خدماتی، پناهگاهها، آسایشگاهها و ... می توانند مکان آموزشی محسوب شوند. یکی از گروههایی که نیاز زیادی به آموزش دارند افراد با بیماری های مزمن هستند که در جهت تطابق با بیماری، پیشگیری از عوارض، انجام اقدامات درمانی و حل مشکل، باید اطلاعات کافی کسب نمایند.

آموزش بهداشت جزئی از حقوق عمومی مردم محسوب می شود و هدف آن کمک به مردم برای زیستن در سالم ترین شکل است.

**فوائد آموزش بهداشت :** (۱) کاهش هزینه های بهداشتی از طریق پیشگیری از بیماریها، (۲) کاهش نیاز به خدمات بهداشتی گران قیمت، (۳) کاهش طول مدت بستری، ترخیص سریعتر بیماران (۴) افزایش رضایتمندی بیماران و کاهش شکایت بیماران در مورد کوتاهی در امر درمان.

#### اهداف آموزش به بیماران

۱ - ترغیب بیماران به رعایت رژیم درمانی از طریق تغییر در الگو یا شیوه زندگی<sup>۵</sup> شامل :

- مصرف منظم داروهای تجویز شده

- رعایت رژیم غذایی

- فعالیت مناسب با شرایط جسمانی

- بررسیهای دوره ای و منظم

- اقدامات و رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه

عواملی که در عدم پیروی بیمار از رژیم درمانی مؤثرند شامل موارد زیر می باشند :

- خصوصیات فردی مانند سن، جنس و نژاد

- عوامل مربوط به رژیم درمانی مانند پیچیدگی درمان و عوارض جانبی ناخواهایند

- عوامل روانی - اجتماعی و نوع نگرش افراد

- عوامل اقتصادی و هزینه های رعایت رژیم درمانی پرستار برای موقیت در امر آموزش باید اینگونه عوامل تأثیرگذار را به دقت بررسی کرده و در برنامه ریزی آموزشی خود را با توجه به این عوامل طرح ریزی کند.

### بررسی ارزیابی<sup>۴</sup>

در ارزیابی اطلاعاتی درباره نیازهای یادگیری، آمادگی برای یادگیری، نیازهای آموزشی بیمار و خانواده‌اش جمع‌آوری می‌شود و کلیه متغیرهای درونی و بیرونی مؤثر بر یادگیری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

موارد مورد بررسی در ارزیابی شامل بررسی:

- (۱) نیازهای آموزشی<sup>۵</sup> (۲) تمایل به یادگیری<sup>۶</sup> (۳) توانایی یادگیری<sup>۷</sup> (۴) محیط آموزش<sup>۸</sup> (۵) منابع آموزش می‌باشد.

### تشخیص پرستاری<sup>۹</sup>

تشخیص پرستاری، پرستار را برای توسعه یک طرح جهت رفع نیازهای آموزشی یک مددجوی خاص، راهنمایی می‌کند. بدون تشخیص، برنامه تدریس پرستار سازماندهی ضعیفی دارد و اطلاعات ممکن است از دست برود.

### برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی شامل مراحل زیر است:

- ۱- تعیین اولویت‌های آموزش<sup>۱۰</sup>
- ۲- تعیین اهداف رفتاری ویژه<sup>۱۱</sup>
- ۳- انتخاب روش تدریس<sup>۱۲</sup>
- ۴- زمانبندی<sup>۱۳</sup>
- ۵- نوشتن طرح آموزش<sup>۱۴</sup>

در برنامه‌ریزی اولویتهای تشخیص با همکاری پرستار، بیمار و اعضاء خانواده او مشخص می‌شود. لازم است به فوریت نیازهای آموزشی بیمار توجه شود اهداف رفتاری بایستی با نیاز تک‌تک بیماران منطبق بوده و بخصوص از نظر پرستار، بیمار و خانواده بیمار قابل قبول باشند. درک‌کردن بیمار و خانواده موجب همکاری آنان در اجرای برنامه آموزشی می‌شود. برآیندهای مورد انتظار و استراتژیهای آموزش با بکاربردن اصطلاحات مربوط به رفتار بیمار بیان می‌شوند. برآیندهای مورد انتظار باید واقع‌بینانه باشد. محدوده زمانی که باید طی آن مدت، برایند در بیمار مشاهده شود نیز معین می‌شوند. برآیندها و محدوده زمانی به عنوان معیاری برای ارزشیابی مؤثربودن آموزش مورد استفاده قرار می‌گیرد. در طی مرحله برنامه‌ریزی، و هنگامی که هر یک استراتژیها اجرا می‌شوند، باید دقت کرد به ترتیب اجرا شوند و از وسائل کمک آموزشی مناسب استفاده بشود.

### اجرا<sup>۱۵</sup>

مرحله اجرا در فرآیند آموزش، یادگیری به فرموله کردن برنامه آموزش می‌انجامد. بیمار و خانواده او و اعضاء تیم پرستاری و تیم مراقبت بهداشتی در اجرا شرکت دارند. اعمال هر یک از اینها به وسیله پرستار هماهنگ می‌شود و برنامه آموزش به عنوان پایه برای اجرا در نظر گرفته می‌شود. قابلیت انعطاف‌پذیری در مرحله اجرا فرآیند آموزش - یادگیری و بررسی باسخ بیمار به آموزش و انجام تغییرات در نحوه اجرا در صورت لزوم، حائز اهمیت است.

پرستار باید نیازهای آموزشی پس از تشخیص بیمار را وقتی او هنوز در

آمادگی روحی در یادگیری مؤثر است. اگرچه باید بیمار نیاز خود به یادگیری و توانایی‌هایش برای یادگیری را تشخیص دهد اما از آنجا که ممکن است خودش هیچگاه به این آمادگی عاطفی نرسد پرستار باید بیمار را ترغیب و تشویق نماید. اضطراب بر توجه شخص تأثیر می‌گذارد و در عین حال هر تغییری می‌تواند سبب ایجاد اضطراب شود پس یادگیری که تغییر رفتار به دنبال دارد خود به درجه‌اتی اضطراب‌آور است که در اکثر موارد نوعی عمل برانگیزندۀ به شمار می‌آید. پرستار می‌تواند با ارائه توضیحات لازم اضطراب بیمار را کاهش و انگیزش او را تقویت کند.

آمادگی روحی برای یادگیری را می‌توان با ایجاد یک محیط عاطفی، پذیرا با جو مناسب و تنظیم اهداف واقع‌گرایانه ایجاد نمود. ارائه بازخورد مثبت در رابطه با پیشرفت فرآگیر در ایجاد انگیزه او مهم است.

### ۵- توانایی یادگیری<sup>۱۶</sup>

از جمله شرایطی است که در یادگیری مؤثر است. همواره یک سطح حداقلی از بلوغ و تکامل شناختی باید موجود باشد تا فرد قادر به یادگیری اطلاعات بشود.

### ۶- محیط یادگیری

محیط باید مناسب باشد. گاهی لازم است یک پرستار حداقل در یک مقطع زمانی در آموزشها حضور دایم داشته باشد. عواملی چون نور، حرارت، سر و صدا و شرایط محیطی نیز باید تعديل گردد، انتخاب زمان مناسب و یا حضور اعضاء خانواده بیمار هنگام آموزش، در طرح‌ریزی جهت یادگیری ضروری است.

### ۷- روش‌های تدریس

روش تدریس و آموزش باید مناسب با نیازهای فرآگیر باشد. آموزش می‌تواند به روش سخترانی همراه با پرسش و پاسخ، آموزش گروهی به خصوص در شرایطی که افراد مشکلات مشابه دارند، روش نمایش و تمرین و استفاده از وسایل کمک آموزشی انجام شود. استفاده از روش نمایش و تمرین به خصوص در مواردی که آموزش برخی مهارتها به بیمار ضروری است بسیار مفید است.

### ۸- تقویت و پی‌گیری<sup>۱۷</sup>

نیز از عواملی هستند که در آموزش باید در نظر گرفت گاهی آموزش در یک نوبت کافی نیست و زمانی بیمار آنچه را که در بیمارستان یاد گرفته ممکن است نتواند در منزل مورد استفاده قرار دهد. پی‌گیری پس از تشخیص برای ایجاد حداکثر بازدهی در آموزش بیمارستانی، اهمیت اساسی دارد.

### نکاتی در مورد سالم‌مندان

باید در نظر داشت که تغییرات فیزیولوژیک در سالم‌مندان در یادگیری آنها اختلال ایجاد می‌کند. بررسی سطح عملکرد فیزیولوژیک و روانی سالم‌مندان پیش از شروع برنامه آموزشی ضروری است.

### آموزش و ارتقاء بهداشت

### فرایند پرستاری در آموزش بیمار

فرایند پرستاری چهارچوب مفیدی برای منحصری‌فرد کردن تدریس (یاددهی) ارائه می‌دهد.

فرایند آموزش، یادگیری بخش کاملی از فرایند پرستاری است با تمرکز بر یادگیری و با تکیه بر اصول، متغیرها، تکنیکها و استراتژیهای آموزش.

4- Assessment

5- Nursing diagnosis

6- Teaching priorities

7- Learning objectives

8- selection of teaching methods

9- timing

10- written teading plans

1- Emotional readiness

2- ability toleran

3- Fallow – up

بیمارستان است پیش‌بینی کند.

### از رژیمیابی<sup>۱</sup>

ارزشیابی آخرین جزء فرایند آموزش و یادگیری است و به تعیین واکنش بیمار نسبت به آموزشها توجه دارد. ارزشیابی به همان سؤالاتی که برای فرایند پرستاری استفاده می‌شد پاسخ می‌دهد ولی بر آموزش و یادگیری تأکید دارد. یکی از مراحل مهم در ارزشیابی «برای توسعه آموزش چه باید کرد» است؟ پاسخ به این سؤال می‌تواند تغییراتی را که می‌باشیست در برنامه آموزش داده شود، تعیین کند. نباید تصور نمود شخص یاد گرفته چون اینطور فکر می‌کند. یادگیری به طور خودکار به دنبال آموزش اتفاق نمی‌افتد. برای اندازه‌گیری تغییرات رفتار که نشانه‌های یادگیری هستند می‌توان از تکنیکهای مختلفی استفاده کرد. این معیارها عبارتند از: مشاهده مستقیم رفتار، استفاده از مقیاس چک‌لیست، یا یادداشت برای ضبط رفتارها و اندازه‌گیریهای غیرمستقیم مثل سؤالات شفاهی، و آزمونهای کتبی.

ارزشیابی آخرین مرحله فرایند آموزش - یادگیری نیست. از اطلاعات به دست آمده در حین ارزشیابی باید برای تصحیح فعالیتهای آموزشی و به منظور بهبودبخشیدن به واکنشها و نتایج مربوط به بیمار استفاده کرد.

هر یک از مراحل فرایند آموزش یادگیری مانند فرایند پرستاری دوره‌ای هستند. تداوم دارند و به سایر مراحل مرتبطند.

## شوك<sup>۲</sup>

شوك عبارت است از سندرمی که با کاهش خونرسانی به بافت‌های بدن (کاهش پرفیوژن) مشخص می‌شود. هر وضعیتی که پرفیوژن بافتی را کاهش داده و مانع خونرسانی کافی به سلولها شود می‌تواند در متابولیسم سلول، تداخل ایجاد کرده و منجر به شوك شود.

### اتیولوژی

شوك براساس اتیولوژی آن در سه طبقه مهم جای می‌گيرد:

۱ - هیپولیمیک

۲ - کاردیوژنیک

۳ - واژوژنیک

### شوك هیپولیمیک

شایعترین نوع شوك است. هر وضعیتی که حجم درون عروق را در حدود ۱۵٪ کاهش بدهد (حدود ۱۵۰۰-۵۰۰cc) می‌تواند منجر به شوك شود. از جمله علل آن:

- خونریزی

- دهیدراتاسیون و از دستدادن مایعات به غير از خون مانند اسهال و استفراغ - حرکت مایع به داخل حفره پریتوئن یا فضای بین‌سلولی. در انسداد روده ۵ تا ۱۰ لیتر مایع ممکن است در روده جمع شود. پریتوئت باعث تجمع مایع به میزان ۴ تا ۶ لیتر در حفره پریتوئن در عرض ۲۴ ساعت می‌گردد. سوختگی‌ها می‌توانند از دلایل شوك هیپولیمیک باشند.

### شوك کاردیوژنیک

به دلیل عدم توانایی قلب در پمپاز خون به وجود می‌آید.

از جمله علل آن: تامپوناد قلبی، آمبولی ریوی، اختلالات دریچه‌ای شدید،

### مراقبت و درمان در مرحله جبران اولیه

اقدامات در این مرحله شامل شناسایی علت زمینه‌ای و برطرف کردن آن است.

**مرحله پیشرونده:** مکانیسم‌های جبرانی توانایی حفظ فشار خون در محدوده طبیعی را ندارند و فشار خون و فشار متوسط شریانی کاهش می‌یابند. افزایش نشت مویرگی در این مرحله باعث ادم می‌شود. در سمع صدای ادم ریه کراکل<sup>۲</sup> شنیده می‌شود. در برخی موارد منجر به سندروم زجر تنفسی بالغین و ادم ریوی غیر قلبی می‌شود. گیجی، لتارزی، درد سینه، افزایش ضربان قلب، افزایش سطح اوره و کراتینین، کاهش برون ده ادراری به کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت، افزایش آمونیاک و سطح آنزیم‌های کبدی، زخم‌های گوارشی، انعقاد منتشره داخل عروقی<sup>۳</sup> از علائم این مرحله‌اند.

#### مرحله دیررس شوک<sup>۴</sup>

با پیشرفت شوک پروفیوزن بافتی مختلف می‌شود. سلولها در عروقی که منقبض شده‌اند اکسیژن ناکافی دریافت می‌دارند. در حضور متابولیسم بی‌هوایی ATP کافی تولید نمی‌شود. با تولید اسید لاکتیک و تجمع آن در خون اسیدوز ایجاد و متابولیتهای اسیدی کاهش بیشتر حجم خون را باعث می‌شوند. به دنبال بی‌کفايتی پمپ سدیم و پتانسیم آسیب و مرگ سلول به وجود می‌آید.

با کاهش جریان خون به کلیه: اولیگوری و آنوری، افزایش BUN و افزایش پتانسیم خون (هیپرکالمی) به وجود خواهد آمد که به نوبه خود قدرت انقباض قلب را کاهش می‌دهد. کاهش جریان خون به پانکراس (به دلیل انقباض عروق احتشایی) باعث تحریک آن و تولید ماده‌ای به نام فاکتور ضعیف‌کننده میوکارد (M.D.F) می‌شود که خود باعث کاهش قدرت انقباض قلب و اختلال الکتریکی می‌گردد.

شوک یک روند مکانیکی است که خود تولیدکننده شوک است لذا تمام تلاشها باید برای معکوس کردن پیشرفت شوک انجام گیرد.

#### بحث کلی درباره مراقبت و درمان شوک

تجویز مایعات وریدی استفاده از داروهای مؤثر بر عروق و بهبود عملکرد قلب، حمایت تغذیه‌ای درمان تمام انواع شوک است.

**۱ - مایعات تجویزی شامل: کریستالوئیدها:** که حاوی الکترولیت‌های ایزوتوونیک می‌باشند. نرمال سالین ۹/۰ و رینگر لاکتان بهترین مایعات در شوک هیپوولمیک می‌باشند، لاکتان موجود در رینگر لاکتان در بدن به بیکربنات تبدیل و به خشی کردن اسیدوز ناشی از شوک کمک می‌کند. در هنگام انفузیون سریع خطر ادم شدید وجود دارد.

**کولوئیدها** با داشتن مولکولهای بزرگ از دیواره مویرگی عبور نمی‌کنند و از طریق فشار انکوتیک مایعات را از فضای بینایین به فضای داخل عروقی می‌کشند آلبومین ۵٪ از متداولترین محلولهای کولوئیدی است.

**۲ - درمان با داروهای مؤثر بر عروق :** شامل داروهای مقلد سمتاپتیک (دوپامین - دوبوتامین) که باعث بهبود قدرت انقباضی قلب و افزایش حجم ضربه‌ای می‌شود.

گشادکننده‌های عروقی از قبیل نیتروپروپاپید که باعث کاهش پرده‌لود و افترلود و کاهش نیاز قلب به اکسیژن می‌شود. تنگ‌کننده‌های عروقی مانند فنیل افرین که از طریق تنگ‌کردن رگهای عروقی به افزایش فشارخون کمک می‌کند هنگام تجویز این داروها علایم حیاتی باید هر ۱۵ دقیقه یک بار کنترل گردد.

#### مراقبت و درمان شوک هیپولمیک

**۱ - برقراری ۲ یا ۳ خط وریدی برای حفظ حجم داخل عروقی با استفاده از**

بررسی مداوم وضعیت بیمار و در نظر گرفتن اولویت مانند وضعیت اورژانس می‌باشد. یعنی برقراری راه هوایی، تنفس، جریان خون و تشخیص و درمان مقتضی. در شوک ناشی از خونریزی تزریق خون، در شوک به علل عومنی، دادن آنتی‌بیوتیک مناسب و در شوک آنافیلاکتیک دادن اپی‌نفرین ضروری است.

جایگزینی با مایعات در شوک هیپولمیک تنها درمان مؤثر و در شوک واژوژنیک به دلیل کاهش مایع در اثر افزایش نفوذپذیری مویرگی از اقدامات مهم است. در شوک قلبی مایع درمانی با اندازه‌گیری فشار شریان ریوی (فشار کمتر از ۱۰) ضرورت دارد.

کنترل دقیق وضعیت همودینامیک و گزارش تغییرات به پزشک از مهم‌ترین مسئولیتهای پرستار است.

اغلب اولین علامت وقوع شوک تغییرات همودینامیکی است. نبض در مراحل اولیه افزایش یافته با پیشرفت شوک کاملاً سریع و لمس آن مشکل می‌شود. فشارخون در ابتدا شاید کمی هم بالا برود ولی با پیشرفت شوک BP کاهش می‌یابد.

اندازه‌گیری CVP بالرژترین معیار سنجش هیپولمی و جایگزینی صحیح مایعات است.

فشار شریان ریوی (PAP) کمتر از ۱۰mmHg نشانه کاهش حجم خون و کاهش پری‌لود قلب است.

#### آسیب ارگانها

**کلیه:** در فشار پایین ۷۰mmHg کاهش فیلتراسیون گلومرولی اختلال در عملکرد کلیه‌ها ایجاد می‌کند. کاهش برون ده ادراری در هر دو مرحله دیررس و زودرس شوک وجود دارد. ATN باعث آسیب کلیه در مرحله اولیه شوک می‌گردد. کاهش حجم ادرار از علایم اولیه شوک است.

مغز: به دلیل مکانیسم‌های جبرانی مغز در ابتدا آسیب زیادی نمی‌بیند ولی در مراحل پیشرفت شوک کاهش خونرسانی به مغز باعث هیبوکسمی مغزی و علایم خواب‌آلدگی، لتارزی و نهایتاً کما می‌گردد.

قلب: منهای شوک کاردیوژنیک که اختلال قلب مشکل اولیه است در بقیه شوک‌ها قلب نهایتاً آسیب می‌بیند. اختلال در فعالیت الکتریکی قلب منجر به دیس‌ریتمی کشنده می‌شود.

**ریه:** آسیب ریه عارضه دیررس است. وضعیت ریه ناشی از شوک را شوک ریه، ریه سفید و ARDS (سندرم دیسترس تنفسی بالغین) می‌گویند.

به دنبال ادم ریوی و کاهش سورفتکتان در ریه ابتدا هیبوکپنی و آکالاوز تنفسی و در انتها احتباس CO<sub>2</sub> باعث اسیدوز تنفسی می‌شود.

**سیستم گوارشی:** ایسکمی، زخم و خونریزی، فلچ ایلئوس<sup>۱</sup> از عوارض شوک در دستگاه گوارش است.

**کبد:** پیشرفت شوک به دلیل کاهش خونرسانی به کبد اختلال در عملکردهای متابولیک کبد به وجود می‌آید.

**خون و سیستم هماتولوژیک:** اختلال انقادی منتشر DIC به دلیل شوک یا علت شوک به وجود می‌آید و به دنبال آن ترومبوزهای متعدد در جریان عروق خونی کوچک باعث انسداد و ایسکمی می‌گردد. زمان PT و PTT طولانی و در پوست خونرددگی و خونریزی مشاهده می‌شود.

- ۲ - استفاده از داروهای مؤثر بر تون عروق  
 ۳ - تجویز آنتی‌هیستامین‌ها (جهت کاهش نفوذپذیری مویرگها)  
 ۴ - تجویز آمینوفیلین برای رفع اسپاسم برونژ ناشی از هیستامین  
 ۵ - کنترل بیمار از نظر واکنشهای آرژیک پس از تجویز هر نوع دارو  
 ۶ - آموزش به بیمار و خانواده برای جلوگیری از تماس‌های بعدی با مواد آلرژن  
**اقدامات در شوک سپتیک**  
 شایعترین شوک واژوژنیک به علت عفونتهای وسیع با باکتریهای گرم منفی که در دو مرحله عالمت می‌دهد. مرحله اول یا شوک گرم با عالیم افزایش برون‌ده قلب همراه با اتساع عروق خونی و مرحله دوم یا شوک سرد با کاهش برون‌ده قلب همراه با انقباض عروق  
 ۱ - کشت و آنتی‌بیوگرام از کلیه نمونه‌های خون، ادرار، خلط و ترشح زخم برای شناسایی علت زمینه‌ای  
 ۲ - تعویض کاتترهای داخل عروقی و سوند ادراری  
 ۳ - جایگزینی مایعات  
 ۴ - رژیم پرپرتوئین که ترجیحاً از طریق TPN باشد  
 ۵ - رعایت نکات استریل هنگام انجام اقدامات تهاجمی  
 ۶ - شناسایی افراد در معرض خطر (سالمدان، بیماران با نقص ایمنی، سوختگی و ...)  
 ۷ - کنترل تب و استفاده از اکسیژن هنگام بروز تب  
 ۸ - کنترل وضعیت همودینامیک - مایعات دریافتی و حجم ادرار، تغذیه، وزن روزانه

### تصویر ذهنی از خود<sup>۱</sup>

خودپنداشتی<sup>۲</sup> مجموعه احساساتی است که شخص نسبت به خود دارد و ترکیبی است از اعتماد به نفس<sup>۳</sup>، ایقای نقش<sup>۴</sup> و تصویر ذهنی از خود<sup>۵</sup>. تصویر ذهنی از خود به عنوان یک مفهوم، عبارت است از هرگونه اطلاعات آگاه یا خودآگاهانه، همچنین درک و احساسات فرد در پاره بدن خود که می‌تواند تحت تأثیر عقیده و نظر دیگران قرار گیرد. به تعبیر دیگر A.B عبارت است از ایده‌ای ذهنی که به صورت آگاه یا ناخودآگاه هر کس در مورد بدن خودش دارد و تحت تأثیر ادراک و احساسات فرد است. این تصور در طول زمان تکامل پیدا می‌کند و با هر ادراک و تجربه جدیدی تعدیل می‌شود.

تصویر ذهنی از خود (A.B)، هم شامل آگاهی و درک از شکل، اندازه، حجم، عمل، ساختار بدن، اهمیت فیزیکی آنها و زندگی بدن در رابطه با آن قسمتها می‌باشد و هم شامل چیزهای غیرزنده‌ای که روزانه با بدن فرد در تماس هستند نیز می‌شود (آرایش، جواهرات، عینک، لباس، صندلی چرخدار، عصاء، چوب زیرپنجه و ...).

تصویر ذهنی از خود، تصویر باطنی شده و درونی شده مجموعه این فاکتورهای است.

درک و برداشت از A.B تحت تأثیر متغیرهای متعددی شامل افزایش سن، فرهنگ، نقش جنسی و تکنولوژی می‌باشد. بسیاری از معیارهای اجتماعی و

- رنگر لاكتات و نرمال سالین %۹  
 ۲ - بالا قراردادن پاها (۲۰ درجه بالاتر از سطح بدن و سر کمی بالاتر از تنہ)  
 ۳ - استفاده از شلوارهای ضد شوک (MAST) در مواردی مانند خونریزی و تروما  
 ۴ - در خونریزیها تجویز خون کامل که البته تزریق مقدار زیاد خون عوارضی به دنبال دارد از جمله اینکه خون حاوی مواد ضد انعقاد است که می‌تواند باعث کمبود پلاکت و فاکتور ضد انعقادی در بیمار شود. تجویز مقدار زیاد خون باعث کاهش حرارت و اختلالات ریتم قلب می‌شود. در خونرسانی زیاد لازم است از میکروفیلترها برای جلوگیری از تجمع پلاکتی و فیبرینی استفاده شود. pH خون تزریقی کمتر از حد نرمال و وجود ضد انعقادهای داخل آن محیط را اسیدی می‌کند متابولیسم خون داخل کیسه بی‌هوایی است و حاوی اسید لاکتیک و اسید پیرویک می‌باشد که البته علیرغم تمام این عوارض در صورت نیاز باید خون تزریق شود.

### مراقبت و درمان شوک کاردیوژنیک

- ۱ - درمان و اصلاح علت زمینه‌ای جهت رساندن اکسیژن کافی به قلب  
 ۲ - اقدامات اولیه شامل:  
 - دادن اکسیژن (در ابتداء ۳ تا ۵ لیتر از طریق کانولا)  
 - کنترل درد قفسه سینه  
 - دادن داروهای مؤثر بر عروق  
 - دادن مایعات برحسب شرایط  
 - کنترل ABG همراه با پالس اکسیمتری  
 - مانیتورنگ وضعیت همودینامیک

هدف از درمان دارویی افزایش قدرت انقباضی قلب و کاهش پیش‌بار و پس‌بار و ثبیت ریتم قلبی است. لذا استفاده از داروهای مقلد سمپاتیک برای افزایش قدرت انقباضی قلب، داروهای گشادکننده عروق برای کاهش پیش‌بار و پس‌بار و کاهش نیاز قلب به اکسیژن و استفاده از داروهای ضد آریتمی در صورت وجود آریتمی ضروری است. در صورت عدم بهبود عملکرد پمپاژ قلب با استفاده از اقدامات قبلی، ممکن است از بالون پمپ داخل آئورت (IABP) استفاده شود.

### مراقبت و درمان شوک واژوژنیک

در تمام انواع شوک‌های واژوژنیک به دلیل تجمع خون در عروق محیطی و گشادی آن مقاومت عروق محیطی کاهش می‌یابد و ما با کاهش فشارخون و پریوژن بافتی مواجه هستیم.

### اقدامات در شوک نوروزنیک

- ۱ - قراردادن بیمار در وضعیت صحیح بدنی (در صورتی که صدمات نخاعی به علت شوک باشد).

۲ - تجویز گلوکز (در صورتی که علت هیپوگلیسمی باشد).

- ۳ - قراردادن سر بیمار در وضعیت ۱۵ الی ۲۰ درجه بالا (در بیحسی اپیدورال برای جلوگیری از شوک نخاعی).

۴ - استفاده از جورابهای الاستیک و بالا نگهداشت سر تخت جهت جلوگیری از تجمع خون در اندازه‌ای تحتانی Homans

- ۵ - کنترل و جلوگیری از عالیم ترومبوز وریدهای عمقی (تست از روزانه، استفاده از ضد انعقاد مناسب و استفاده از جوراب الاستیک).

### اقدامات در شوک آنافیلاکتیک

- ۱ - حذف آنتی‌ژنی که باعث واکنش آنتی‌ژن - آنتی‌بادی شده است

تکامل می‌باید. هرچه روابط احساسی بین افراد نزدیکتر باشد این افراد تأثیر متقابل بیشتری بر روی تکامل تصویر از خود دارند.

بدن سعی در رسیدن به ثبات در طی چرخه زندگی دارد، هر تجربه یا تغییر در زندگی که این ثبات را برآورده نسازد و یا آن را برهم بزند باعث ایجاد اضطراب و در نتیجه مقاومت در مقابل تغییر می‌شود.

#### تداخل در تصویر ذهنی<sup>۴</sup>

بیماری، حاد یا مزمن می‌تواند ظاهر فرد و عملکرد آن را تغییر دهد. بیماری مزمن بیشتر ناتوان‌کننده است و مستلزم دوباره‌سازی و بازسازی مداوم A.I در سیر بیماری می‌باشد.

دو نوع اصلی از اختلالات تصویر ذهنی و که به طور معمول در بیماری‌ها همراه با تخریب مرزی بدن مشاهده می‌شود عبارتند از:

(۱) دیوار بدن به دنبال حادثه یا صدمه‌ای تغییر می‌کند اما مددجو در حصار قبلی بدن خود باقی می‌ماند.

(۲) دیوار بدن بیمار کامل و بدون عیب است اما مددجو دیوار بدن خود را مثلا در سکته تغییر می‌دهد.

دیوار بدن<sup>۵</sup> شامل تغییر واقعی و فیزیکی بدن است و حصار بدن<sup>۶</sup> شامل تغییر روحی و تغییر در کار قسمتهای مختلف بدن است. این دو قسمت می‌باشند که یکدیگر در جهت به وجود آمدن یک تصویر ذهنی جدید در جواب به تغییر، ترکیب شوند. اگر این کار نشود تخریب تصویر ذهنی به وجود می‌آید.

#### تئوری‌ها در ارتباط با تطبیق دوباره I.B مختل شده

فرایندی که در طی تطبیق دوباره A.I رخ می‌دهد یک انتقال طولانی است که در طی زمان اتفاق می‌افتد و بلافصله بعد از صدمه یا بیماری ایجاد نمی‌شود. فرایند تطابق و سازگاری شامل واکنش‌های زیر است:

- ۱ - شوک روانی<sup>۷</sup>
- ۲ - کثاره‌گیری<sup>۸</sup>
- ۳ - پذیرش<sup>۹</sup>
- ۴ - یکپارچگی<sup>۱۰</sup>

#### عوامل تعیین‌کننده واکنش‌ها

- ۱ - اهمیت تغییر و تعبیر فرد از آن تغییر
- ۲ - واکنش افراد مهم
- ۳ - دسترسی به کمک دیگران
- ۴ - سابقه قبلی از عهده تغییر برآمدن و دسترسی به الگوهایی که نقش مثبت دارند.

#### شوک روانی

عكس العمل روحی اولیه وقتی فرد برای اولین بار از مشکل آگاه می‌شود از خود نشان می‌دهد. معمولاً ناشی از فشار ایجاد شده ناشی از تغییر است. ممکن است در زمان بروز حادثه یا بعداً وقتی تغییر بدنی دیده یا تجربه شد به وجود بیاید. شوک روانی یک مکانیسم دفاعی است که در عکس العمل به اضطراب بروز می‌کند.

فرهنگی بر تکامل A.I تأثیر دارد. طرز برخورد اجتماع، والدین و دوستان در طرز برخورد افراد با بدنشان تأثیر دارد.

فرایند طبیعی می‌تواند روی تصویر از خود تأثیر بگذارد. نقش تأثیر فرنگی می‌تواند از این نظر مهم باشد که در طی اجتماعی شدن، مردم یاد می‌گیرند که خودشان را با شرایط جامعه تطبیق دهند و طوری زندگی کنند مورد قبول جامعه‌شان باشد.

اگر فردی نتواند این انتظارات را برآورده کند احساس بی‌فایده‌بودن خواهد داشت و با شرایط نامناسبی مواجه خواهد شد.

نگرش منفی از جانب دیگران می‌تواند در شکل‌گیری یک تصویر ذهنی بد نقش داشته باشد. A.I ایده‌آل همیشه با آنچه در بدن مشاهده می‌شود منطبق نیست. ممکن است A.I ایده‌آل یک فرد از جوانی - زیبایی و باریک اندامی تشکیل شده باشد حال آنکه فرد با نگاه به آینه شوکه شود. نقش جنسی در اجتماع رل مهمی در A.I و چگونگی تکامل آن دارد. قطعاً پیامهای جنسی به شکل غالی بر A.I و تکامل آن تأثیر می‌گذارند.

هرگونه تغییر در ساختار، عملکرد یا ظاهر بدن نیازمند تعديل در A.I است و اختلال در A.I وقتی به وجود می‌آید که فرد نتواند خود را با تصویر جدید مثلاً بعد از قطع عضو هماهنگ کند. تمرکز مراقبتها بر این است که کمک شود تغییر در خودپنداشتی که هم شامل تغییر در A.I و هم اعتماد به نفس می‌شود را بشناسد و با آن تطابق باید و زندگی کند.

تجارب زندگی در تکامل یک خودپنداشتی مثبت، نقش دارند و از آنجایی که تصویر از خود، جزئی از مفهوم از خود است A.I نیز تحت تأثیر این تجارب مثبت قرار می‌گیرد. تئوری تعالی نفس مازلو<sup>۱۱</sup>، نیازهای انسان را در یک هرم که از نیازهای فیزیولوژیک شروع و به نیازها با تعالی نفس می‌رسد طبقه‌بندی کرده است.

فرد با تعالی نفس، ارزش بیشتری برای دیگران قائل است و احساس خودمقبولي (خود را قبول داشتن) را نشان می‌دهد. افراد با تعالی نفس (افراد واقعگرا)، کمبودهای خود را می‌پذیرند و به راحتی با آن زندگی می‌کنند. فرد با تصویری که از خود دارد راحت است و شاید مراقبتهاش برای دیگران است.

مازلو تأکید داشت که برآورده شدن نیاز اعتماد به نفس منجر به احساس اطمینان به خود، ارزش، قدرت، توانایی و کفايت می‌شود و در صورت برآورده شدن احساس حقارت، ضعف و بی‌کفايتی به وجود می‌آید. دریافت بازخورد منفی نسبت به A.I و خود<sup>۱۲</sup> باعث می‌شود نیازهای ارزش نفس برآورده نشده و درک منفی از هر دو (A.I و خود) به وجود می‌آید.

مفهوم A.I در رابطه با خود به وسیله (1950) اسچیلدر<sup>۱۳</sup> نیز مطرح شد. او A.I را در سه بعد مجزا مطرح نمود: فیزیولوژیک، سایکولوژیک و اجتماعی.

در بعد فیزیولوژیک سیستم عصبی مرکزی و گیرندهای حسی، درگیر هستند. گیرندهای حسی، آگاهی فرد را نسبت به ارتباط قسمتهای مختلف بدن با یکدیگر را افزایش می‌دهند. جزء روانی شامل ارزشی است که فرد به یک قسمت مشخص بدن، تحت تأثیر نگرش خود فرد یا دیگران به این قسمتهای می‌دهد. افراد مهم در زندگی شخص در توجه شخص به قسمتهای مختلف بدن تأثیر دارند.

بعد اجتماعی، احساساتی است که اجتماع مستقیماً بر فرد و A.I می‌گذارد. A.I دائماً از طریق تأمل بین ابعاد فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی، توسعه و

4- Alterations in body image

5- Body wall

6- Body boundary

7- Boundary