



نشر سلول

بازدید منزل و فرآیند پرستاری

تألیف:

سارا ترکانی

کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه

ویراستار علمی:

دکتر شهزاد پاشایی‌پور

دکترای پرستاری هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه تهران

در سال‌های اخیر تمرکز سیستم بهداشت و درمان در تمام جوامع بر پیشگیری متمرکز شده است و اولویت پیشگیری بر درمان به‌عنوان یک مهم و اصل بر همه‌ی افراد جامعه، حتی کسانی که در سیستم ارائه‌ی خدمات درمانی و بهداشتی نقشی ندارند، پوشیده نمی‌باشد. اما نحوه‌ی پرداختن بر این اصل مهم هنوز در جوامع جهان سوم تا حد زیادی مورد کم‌توجهی واقع شده است و علی‌رغم اجرای طرح‌هایی همچون بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پیشگیری سطح دوم و سوم در این جوامع نمود بیشتری داشته و اجرایی‌تر به نظر می‌رسد.

آموزش مؤثر به‌عنوان مهم‌ترین راه پیشگیری همواره موردتوجه مسئولین و پرسنل بهداشتی - درمانی بوده است. واژه‌ی مؤثر در کنار آموزش بر این اصل تأکید می‌نماید که تمام آموزش‌ها منجر به نتیجه‌ی دلخواه که تغییر در رفتار است، نمی‌شود. انتخاب راهکارهای مناسب برای اثربخشی آموزش یکی از دغدغه‌ی پرسنل بهداشت و درمان و همچنین محققانی است که در این زمینه فعالیت می‌نمایند. در این میان استفاده از نظریه‌های مختلف آموزش مؤثر بوده و در اکثر این نظریه‌ها آموزش در سطوح اولیه، تقسیم محتوای آموزشی به واحدهای کوچک، اخذ بازخورد از فراگیران، تجربه‌ی عملی فعالیت‌های صحیح در حضور آموزش‌دهنده، ارائه‌ی بازخورد مثبت به رفتارهای صحیح و اصلاح موارد غلط، از موارد مهمی است که می‌تواند در آموزش مؤثر مفید باشد.

خانواده، به‌عنوان کوچک‌ترین و درعین‌حال مؤثرترین واحد اجتماعی در تربیت و پرورش افراد، موجب انتقال رفتارها و عادات بهداشتی درست گردیده و از گذشته در سیستم بهداشت و درمان مورد توجه قرار داشته است. راهکارهایی که در زمینه‌ی اثربخشی آموزش بیان شد تا حد زیادی در محیط خانه و در حضور و مساعدت افراد خانواده قابل تحقق می‌باشد و این در حالی است که در سیستم بهداشت و درمان ما، آموزش این گروه تنها با مراجعه‌ی خود آنها به مراکز بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر است. در اکثر مواقع مراجعه‌ی خانواده زمانی صورت می‌گیرد که یکی از اعضاء درگیر یک مشکل یا بیماری است که پیشگیری سطح دوم و سوم را امکان‌پذیر می‌کند و در اینجا خانواده از مزایای پیشگیری سطح اول که از نظر هزینه‌ها به صرفه‌تر است و دشواری‌ها، مشکلات و درد و رنج کمتری را به دنبال دارد، محروم شده است. بنابراین در نظر گرفتن محیط خانه و اعضای خانواده برای ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی اولیه با نتایج سودمندی همراه خواهد بود.

در حال حاضر ارائه‌ی خدمات در منزل، در سیستم بهداشت و درمان کشورمان رو به افزایش است و گروه‌های مختلف از جمله سالمندان، افراد دچار محدودیت حرکتی و نیازمند مراقبت از این خدمات بهره می‌گیرند. از تمام گروه‌های درگیر در ارائه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی، پرستاران دارای نقش برجسته‌تری می‌باشند و نقش هماهنگ‌کننده بین خانواده و سایر رشته‌ها را دارند. این در حالی است که خانواده در آموزش پرستاران کشورمان مورد اغماض قرار گرفته و تنها در قالب یک واحد درس تئوری و متعاقب آن کارآموزی مورد توجه است. در این واحد درسی، بهداشت جامعه، بررسی خانواده

توسط پرستاران در قالب بازدید منزل و فرآیند پرستاری انجام شده و پس آموزش‌های لازم و مداخلات صورت می‌گیرد. آموزش داده می‌شود. اهداف بازدید منزل با مراقبت در منزل کاملاً متفاوت است، آنچه در این فرآیند مورد تأکید است پیشگیری سطح اول است ولی در مراقب در منزل پیشگیری سطح دوم و سوم قابل اجرا می‌باشد و بر مراقبت از فرد بیمار تأکید می‌گردد. بازدید منزل، فرآیندی است که در کشورهای دیگر به‌عنوان یکی از راه‌های ارائه‌ی خدمات به خانواده، مورد توجه بوده و در زمینه‌ی فواید و هزینه اثربخشی آن بحث‌های فراوانی مطرح شده است. تجارب نگارنده که سال‌هاست عهده‌دار تدریس این واحد درسی است و در کنار آن با خانواده‌ها در سایر مراکز ارائه‌ی خدمات ازجمله بیمارستان در تعامل است، خارج از روند تحقیقات و نتایج آماری، بیانگر نتایج مطلوب است. احساس نیاز به منبعی که به تفصیل این روند را بیان نماید، سبب گردآوری کتاب حاضر گردید. امید است که در آینده‌ای نه چندان دور در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی به بازدید منزل نیز به‌عنوان رویکردی برای ارائه‌ی خدمات به خانواده توجه شود.

سارا ترکانی

۷	فصل اول بازدید منزل و فرآیند پرستاری
۷	تعریف بازدید منزل
۱۰	اهداف بازدید منزل
۱۲	مراحل یا اجزاء بازدید منزل
۱۲	مرحله ی آغازین
۱۳	مرحله قبل از بازدید منزل
۱۵	مرحله ی ملاقات در منزل
۱۷	مرحله پایانی
۱۸	مرحله بعد از بازدید منزل
۱۹	تعریف فرآیند پرستاری
۲۱	فرآیند پرستاری و فرآیند بازدید منزل
۲۴	فصل دوم مرحله ی بررسی در بازدید منزل
۲۵	جمع آوری اطلاعات
۲۷	سازمان دهی اطلاعات
۴۳	معتبرسازی اطلاعات
۴۴	مستندسازی اطلاعات
۴۵	راهنما برای بررسی سلامت خانواده
۴۹	فصل سوم مرحله ی تشخیصی در بازدید منزل
۵۱	نحوه به کارگیری تشخیص های پرستاری
۵۳	فرآیند تشخیصی
۵۷	تفاوت بین تشخیص های پرستار، تشخیص های پزشکی و مشکلات مشترک
۶۴	خانواده و تشخیص های پرستاری رایج در بازدید منزل
۶۶	نظریه ی چرخه ی زندگی خانواده و تکامل
۶۷	وظایف تکاملی خانواده
۷۰	تشخیص های پرستاری مربوط به هر دوره ی تکاملی
۷۹	خانواده های آسیب پذیر

۸۴.....	فصل چهارم مرحله ی برنامه ریزی در بازدید منزل
۸۵	انواع برنامه ریزی
۸۶	توسعه برنامه های مراقبتی پرستاری
۹۰	راهنما برای نوشتن برنامه های مراقبتی پرستاری
۹۱	فرآیند برنامه ریزی
۱۰۲	طبقه بندی مداخلات پرستاری
۱۰۴.....	فصل پنجم مرحله ی اجرا و ارزشیابی در بازدید منزل
۱۰۴	مرحله ی اجرا در بازدید منزل
۱۰۶	فرآیند اجرا
۱۰۹	مرحله ارزشیابی در بازدید منزل
۱۱۰	رابطه ی ارزشیابی با سایر مراحل فرآیند پرستاری
۱۱۰	فرآیند ارزشیابی پاسخ های خانواده
۱۱۸.....	فصل ششم تشخیص های پرستاری خانواده همراه با اهداف و مداخلات
۲۵۶.....	فصل هفتم زوایای مختلف بازدید منزل
۲۵۶	اثر بخشی بازدید منزل
۲۵۷	مزایا و معایب بازدید منزل
۲۶۱	چالشهای بازدید منزل
۲۶۳	آشفته گی ها در محیط منزل
۲۶۵	مهارت های پرستاری مورد نیاز در طول بازدید منزل
۲۶۸	ایمنی فردی در بازدید منزل
۲۷۰	تفاوت بازدید منزل و مراقبت در منزل
۲۷۷.....	منابع انگلیسی
۲۷۸.....	منابع فارسی
۲۷۹.....	کلید واژه

فصل اول

بازدید منزل و فرآیند پرستاری

اتاق گفتگوی
خوانندگان این فصل



ارسال نظر
برای نویسنده و ناشر



تعریف بازدید منزل

بازدید منزل به مفهوم ملاقات پرستار با خانواده و کل اعضای آن در محیط عادی زندگی آنها یعنی خانه است. لانکستر و استن^۱ هوپ بازدید منزل را تدارک مراقبت پرستار بهداشت جامعه در محلی که فرد زندگی می‌کند، تعریف می‌کنند. مائورر و اسمیت^۲ بیان کردند که بازدید منزل یک تعامل هدفمند در خانه یا محیط اقامتی است که بر ارتقاء و حفظ سلامت افراد و خانواده یا سایر افراد مهم معطوف می‌شود. به عبارت دیگر منظور از بازدید منزل رفتن به خانه و برقراری تماس نزدیک با خانواده می‌باشد که طی آن بررسی خانواده صورت می‌گیرد. در واقع بازدید منزل بهترین روش ارتباطی پرستار با خانواده است چون ارزیابی و شناخت خانواده در محیط طبیعی صورت می‌گیرد. هدف از بازدید منزل خودکفایی خانواده بوده و اگر پرستار به این منظور دست یابد به‌عنوان عامل تغییر^۳ محسوب می‌گردد. پرستار بهداشت جامعه و پرستار بهداشت خانواده، دو گروه از پرستارانی هستند که با خانواده کار می‌کنند، این پرستاران بازدید منزل را به‌منظور بررسی وضعیت سلامت خانواده، نیازها و محیطشان در راستای ایجاد مداخلات ویژه و تعیین منابع در دسترس تدارک می‌بینند. آنها از خانه به‌منظور تعیین ایمنی، وضعیت تغذیه، نیازهای عاطفی و نیازهای حمایتی بازدید می‌کنند. سپس آموزش، مشاوره و ارجاع را برای رفع نیازهای تعیین شده فراهم می‌نمایند. بنابراین بازدید منزل بیش از آنکه یک محیط

^۱ Stanhope & Lancaster

^۲ Maurer & Smith

^۳ Change Agent

جایگزین برای خدمات باشد، یک مداخله^۱ است. تمام سطوح پیشگیری در طول بازدید منزل مورد خطاب می‌باشند. پرستاران بهداشت جامعه در صدد پیشگیری از بیماری‌های ویژه، صدمات و مرگ زودرس و کاهش درد و رنج افراد هستند. در طول بازدید منزل پرستاران بهداشت جامعه فرصت‌هایی برای خانواده فراهم می‌نمایند تا آنها از مشکلات سلامتی بالقوه‌ای که دارند آگاه شوند، آموزش‌های پیش‌بینی شده را دریافت کنند و بسیج منابع برای ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری را یاد بگیرند. لازم به ذکر است پرستار بهداشت جامعه به جای اینکه خانواده را مقصر موقعیت خود بدانند، اثر شرایط محیطی، اقتصادی و اجتماعی بر انتخاب‌های بهداشتی و پیامدهای آن را مورد توجه قرار می‌دهد.

طبق مدل بررسی کیفی دونا‌بدیان^۲ هر برنامه‌ی بازدید منزل دارای سه جزء شامل؛ ساختار، فرآیند و نتیجه می‌باشد. ساختار شامل مشخصات فرد ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، مشخصات مددجو و محیط مراقبت می‌باشد، فرآیند به محتوا و شکل مراقبتی که ارائه می‌شود اشاره دارد که برای مثال در مورد سالمندان می‌تواند شامل: خدمات بیمارستان در منزل، انتقال مراقبت، ترخیص زودرس سالمند و برنامه‌های ویژه بیماری‌ها باشد که برنامه‌ی آخر خود شامل آیتم‌هایی مانند خود مراقبتی، ناتوانی می‌باشد. فرآیند در واقع نوع و میزان مداخلات ارائه شده را نشان می‌دهد. نتیجه آخرین جزء این مدل است که تحت تأثیر دو آیتم قبلی است و می‌تواند شامل نتایج کلینیکی، رضایت مددجو و نتایج کاربردی باشد.

پرستار باید آگاه باشد که برداشت خانواده‌ها از بازدید منزل متفاوت می‌باشد. ممکن است خانواده احساس کند که هدف از بازدید منزل بررسی آنها می‌باشد، یا اینکه احساس کنند به‌عنوان افراد بی‌کفایت یا ناکارآمد مورد مشاهده قرا گرفتند، یا اینکه بازدید منزل را تجاوز به حریم خصوصی‌شان تلقی نمایند. این حیطه‌ها نشان‌دهنده‌ی نگرانی‌های بالقوه‌ی افراد و حساسیت آنها به این بخش است و به همین دلیل در اینجا نیاز به بیان واضح اطلاعات راجع به دلیل انجام بازدید منزل و پایه‌گذاری ارتباط توأم با تشریک مساعی و اعتماد با خانواده حس می‌شود.

پرستارانی که در سطح لیسانس آموزش می‌بینند یکی از معدود کارکنان خدماتی و حرفه‌ای هستند که به‌طور رسمی درباره‌ی انجام بازدید منزل آموزش داده می‌شوند، بعضی از دانشجویان رشته‌ی مددکاری اجتماعی به‌خصوص آنهایی که به مراقبت خانگی و خدمات حمایتی علاقمندند نیز چنین آموزش‌هایی را دریافت می‌کنند.

پرستارانی که بازدید منزل را انجام می‌دهند، باید مکانی فیزیکی برای کار داشته باشند که امکان دسترسی به تلفن و هرگونه منبع حمایتی ضروری و موردنیاز دیگر مانند مواد آموزشی (مثل پمفلت، بروشور، رایانه و آدرس‌های وبسایت‌های مرتبط برای دسترسی به اطلاعات آموزشی)، ابزارهای چارت بندی شده و سایر لوازم موردنیاز برای بازدید منزل، وجود داشته باشد. پرستار همچنین به یک کتابچه‌ی راهنما یا دفترچه‌ی تلفن نیاز دارد که در آن لیستی از منابع برای جامعه‌ی وسیع‌تر چاپ شده است و یا به یک دفترچه تلفن یا کتابچه‌ی راهنمای پرستار ساخته‌ای نیاز دارد که طی سال‌ها کار با

¹ Intervention

²Donabedian

۱. ارتقاء سیستم‌های حمایتی که کافی و مؤثر هستند و تشویق به کاربرد منابع مرتبط با سلامتی.
 ۲. ارتقاء مراقبت‌های مؤثر برای عضوی از خانواده که دارای مشکلات ویژه‌ی مرتبط با بیماری یا ناتوانی است
 ۳. ارتقاء رشد و تکامل اعضاء خانواده و خانواده، آموزش به خانواده در زمینه‌ی ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری
 ۴. تقویت عملکردها و روابط خانواده
 ۵. ارتقاء محیط سالم
- در مطالعه‌ای پایلوت برای تعیین مشکلات شایع محیط‌های عملکردی پرستاران بهداشت جامعه، معلوم شد که مشکلات خانواده به چهار گروه تقسیم شدند: (۱) منابع حیاتی و سبک زندگی، (۲) شرایط و انحرافات سلامتی شایع، (۳) الگوها و دانش حفظ سلامتی و (۴) پویایی و ساختار خانواده. پنج هدف بیان شده در فوق می‌توانند با مشکلات شایع خانواده‌ها پیوسته باشد یعنی هر یک از چهار هدف اول در مقابل حل یکی از مشکلات قرار دارد. بازدید منزل یکی از ابزارهایی است که به وسیله‌ی آن پرستاران بهداشت جامعه می‌توانند این مشکلات و رسیدن به اهداف برای سلامتی خانواده را مورد رسیدگی قرار دهد.
- کارن و شرین^۱ با دیدگاه متفاوت اهداف بازدید منزل را براساس هدف از به کارگیری آن و هدف نهایی که دنبال می‌شود و به صورت زیر بیان نموده‌اند:

موردیابی^۲

- بهداشت عمومی و محافظت
- موارد سوء رفتار و غفلت یا مسامحه
- بیماری‌های واگیردار
- شرایط بهداشتی مرتبط با مدارس

پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامتی

- مراقبت دوره‌ی پیش از زایمان و کودک سالم
- رشد و تکامل کودکان
- مراقبت‌های سالمندی

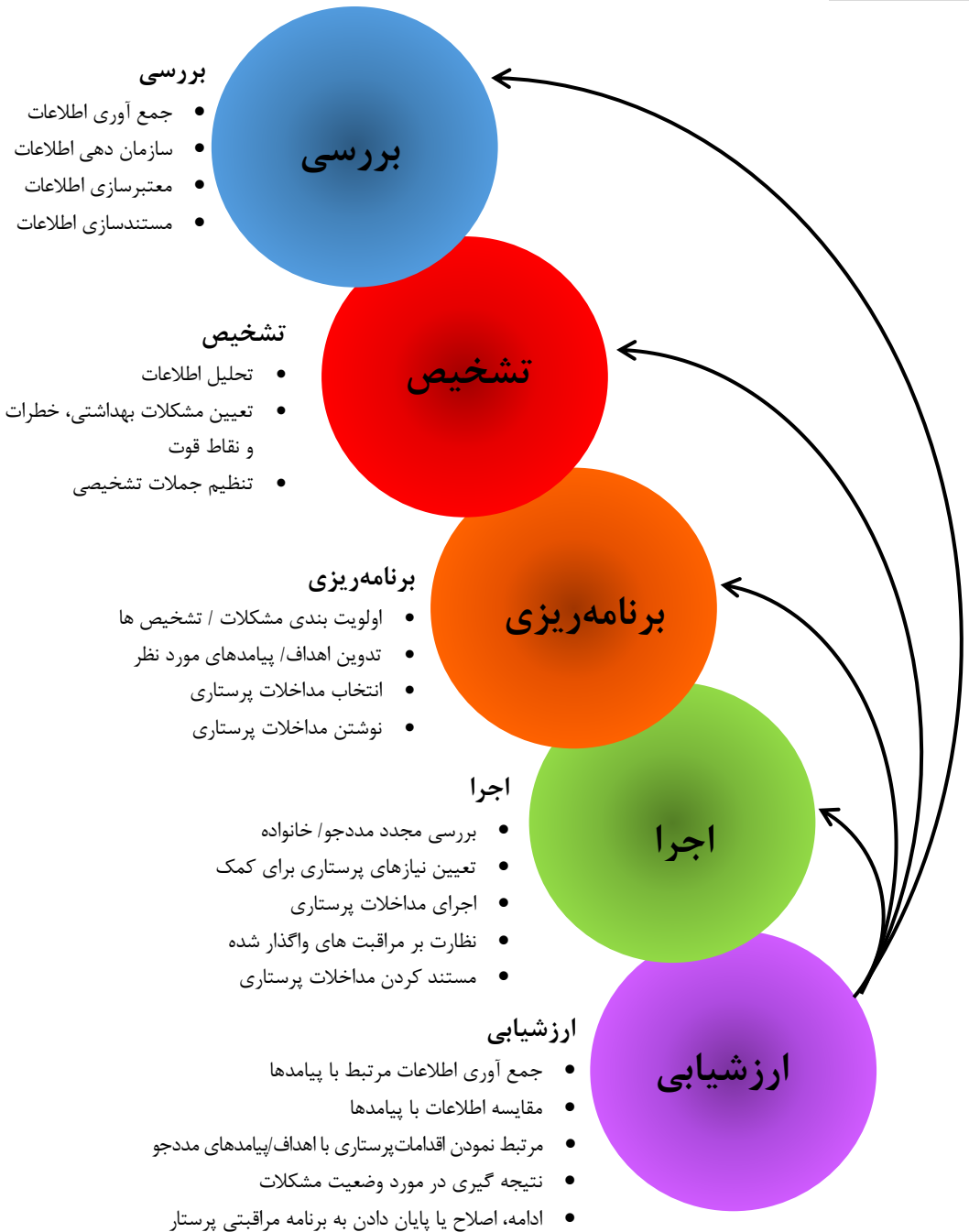
مراقبت از بیماران و مرحله‌ی پایانی بیماری

- مراقبت بهداشتی در خانه
- مراقبت‌های بیمارستانی در منزل^۳

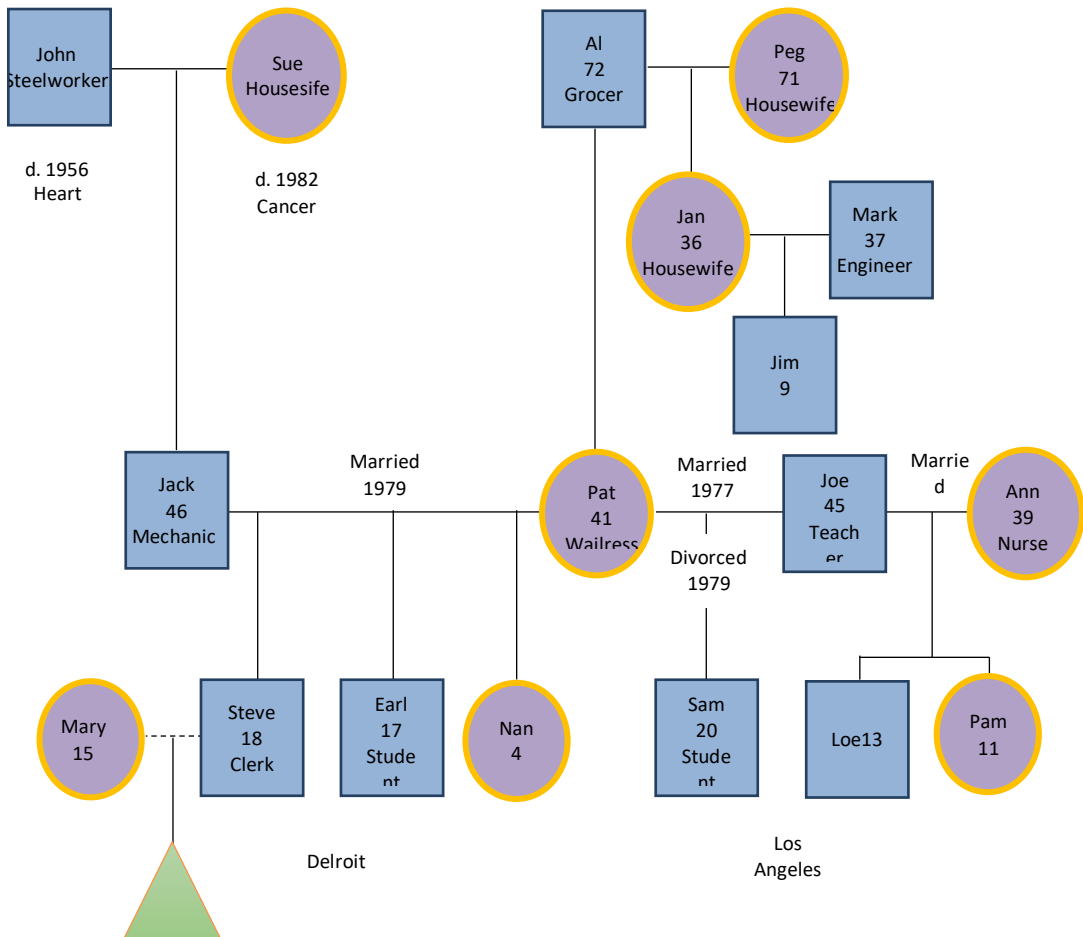
^۱ Karen & Sharyn

^۲ casefinding

^۳ hospice



شکل ۱-۱: مراحل فرآیند پرستاری



شکل ۲۱-۲: نمودار ژنوگرام خانواده که سه نسل از تاریخچه‌ی خانواده را نشان می‌دهد. مربع: مرد،

دایره: زن، مثلث: نوزاد، خطوط توپر: ازدواج، خطوط شکسته: مجرد را نمایش می‌دهند.

بررسی جزئیات خانواده مستلزم ابزارهای مختلف برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه‌ی ساختار، عملکرد و تکامل خانواده می‌باشد. معمولاً مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات به خانواده برای تداوم و تسهیل مکتوب سازی، ابزارهایی برای خود طراحی کرده‌اند که اغلب به شکل پرسشنامه، چک لیست، فلوشیت یا راهنمای مصاحبه می‌باشد. فرم ابزارها متناسب با نیاز سازمان متفاوت است. برای مثال اکثر مراکز فرم‌ها را به سیستم‌های مدیریت اطلاعات یارانه‌ای، تغییر داده‌اند و جمع‌آوری اطلاعات برای سازگاری با فناوری تطابق یافته است. در ادامه سه نمونه از ابزارهای بررسی نشان داده شده‌اند.

کادر ۱-۲: کادر ۱-۲ یک ابزار به شکل چک لیست با امکان درج نمره و تاریخ جمع‌آوری اطلاعات را نشان می‌دهد. این چک لیست در یک بازه‌ی زمانی برای مشاهده‌ی رشد و زوال خانواده مفید می‌باشد،

- عملکردها در زمان صرف غذا و نگرش آنها نسبت به غذا و زمان صرف غذا - خرید و برنامه‌ریزی برای خرید مواد غذایی - مسئولیت افراد برای برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا - عادت‌های مربوط به خواب و استراحت - فعالیت‌های فیزیکی و عملکردهای تفریحی خانواده (غیر از موارد بالا) - عادات دارویی خانواده - نقش خانواده در عملکردهای خود مراقبتی - اقدامات پیشگیرانه که جنبه طبی دارد (فعالیت فیزیکی، معاینه چشم، بررسی شنوایی، واکسیناسیون یا ایمن‌سازی) - عملکرد در زمینه بهداشت دندان‌ها - تاریخچه سلامتی خانواده (هم بیماری‌های ویژه و هم بیماری‌های عمومی - بیماری‌های مربوط به محیط و ژنتیکی) - دریافت خدمات مراقبت بهداشتی - احساس و ادراک خانواده راجع به خدمات بهداشتی - خدمات بهداشتی فوری - منبع پرداخت برای خدمات بهداشتی و دیگر خدمات - استدلال در مورد دریافت مراقبت					
استرس‌های خانواده و سازگاری					
موارد استرس‌زای طولانی و کوتاه‌مدت خانواده					
- میزان توانایی خانواده برای پاسخ به موقعیت‌های استرس‌های بر پایه ارزشیابی عینی					
استراتژی‌های سازگاری به کاررفته (حال / گذشته)					
- تفاوت‌های موجود در روش سازگاری اعضای خانواده - راهکارهای سازگاری داخل خانواده - راهکارهای سازگاری خارج خانواده					
استراتژی‌های سازگاری ناکارآمد به کار رفته (حال / گذشته/ میزان کاربرد)					
فرم ترکیب خانواده					
نام	جنسیت	نسبت	زمان و مکان تولد	شغل	تحصیلات
۱. پدر:					
۲. مادر:					
۳. بزرگ‌ترین فرزند:					
۴.					
۵.					
۶.					

در همین راستا دانشکده‌ها نیز با استفاده از منابع فوق اقدام به تهیه‌ی ابزارهایی برای بررسی خانواده‌ها نمودند که بسیاری از قسمت‌ها به‌صورت چک لیست و با علامت‌گذاری و مشاهده تکمیل شده و سایر قسمت‌ها با طرح سؤالات باز تکمیل می‌شود. این ابزارها با توجه به فرهنگ حاکم طراحی شده و به

- فرزند آوری نامؤثر
- الگوی خواب آشفته
- تغذیه نامتعادل
- حفظ سلامت ناکارآمد
- کشش نقشی ارائه‌ی دهنده مراقبت
- اختلال در الگوی جنسی
- اختلال در دفع ادرار
- در معرض خطر خونریزی
- در معرض خطر عفونت
- کمبود دانش

۳- خانواده با کودک قبل از مدرسه

در این دوران بزرگ‌ترین فرزند خانواده ۲/۵ تا ۶ ساله می‌باشد و خانواده دارای نقش‌های همسر، پدر، مادر، دختر، پسر، خواهر، برادر می‌باشد. وظایف تکاملی خانواده در این مرحله شامل:

۱. درک رشد و تکامل نرمال
 ۲. اگر خانواده بیش از یک فرزند داشته باشد، تطابق با خلق‌وخو و سبک‌های متفاوت فرزندان
 ۳. سازگاری با تحلیل انرژی
 ۴. حفظ پیوند و صمیمیت بین زوجین
- هنگامی که خانواده عملکرد خود را برای حفظ کنترل انجام می‌دهند، محدودیت‌های مشخصی را به وضوح برای کودک در سن قبل از مدرسه تعیین می‌نماید؛ «از خیابان عبور نکن»، «شما فقط بعد از اینکه غذایتان را خوردید می‌توانید دسر بخورید»، یا «ساعت ۸ زمان خواب است». نیاز کودکان در این سن، یادگیری درباره‌ی ایمنی در محیط خانه می‌باشد و والدین نیاز به نظارت مستقیم و مداوم نسبت به فعالیت‌های آنها دارند. کودکان در این سن مقلدهای ماهری هستند بنابراین والدین نمونه و سرمشق مهمی هستند. اعتقادات والدین در مورد سلامتی، احساسات بدنی کودک و توانایی آنها برای انجام فعالیت‌های زندگی روزانه به تکامل نگرش کودکان در زمینه‌ی سلامتی‌شان کمک می‌کند. کودکان پیش‌دبستانی معمولاً در شستشو، لباس پوشیدن و غذا خوردن کاملاً مستقل هستند. تناوب در این استقلال، احساس آنها در زمینه‌ی سلامتی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- تشخیص‌های پرستاری که در این مرحله پرستار بیشتر با آن مواجه می‌شود شامل:

- تغذیه نامتعادل
- تأخیر در رشد و تکامل / در معرض خطر برای تأخیر در رشد
- در معرض خطر برای رشد غیرمتناسب
- یبوست

- خستگی
 - یبوست
 - یبوست درک شده
 - کمبود حجم مایعات / خطر کاهش حجم مایع
 - تغذیه نامتعادل
 - افسردگی
 - گیجی حاد / مزمن
 - در معرض خطر صدمه و آسیب
 - ترس
 - اضطراب
 - در معرض خطر تنهایی
 - سوگ
 - ناامیدی
 - اختلال در الگوی خواب
 - اختلال در دفع ادرار
 - در معرض خطر نقص خود مراقبتی
 - اختلال در تحرک جسمی
 - غفلت از خود
 - ناتوانی
 - اختلال حافظه
 - استرس جابجایی
- در انتهای فصل در جدول تشخیص‌های پرستاری مربوط به هر مرحله‌ی تکاملی خانواده نشان داده شده است.

خانواده‌های آسیب‌پذیر

در خانواده‌های آسیب‌پذیر^۱ که معمولاً گروه هدف برای بازدیدهای منزل در کشور ما می‌باشند، علاوه بر تشخیص‌های مربوط به مرحله‌ی تکاملی، پرستار با تشخیص‌های دیگری نیز روبرو خواهد شد که از شرایط خاص خانواده نشأت می‌گیرد. جمعیت آسیب‌پذیر به‌عنوان گروه‌هایی تعریف می‌شوند که محدودیت منابع را تجربه کرده و در نتیجه در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری و مرگ زودرس هستند. خانواده‌های آسیب‌پذیر، خانواده‌هایی را شامل می‌شود که به علت شدت و رده‌بندی موارد استرس‌زای مرتبط با وقایع زندگی، در معرض خطر بیشتری هستند. برای مثال خانواده‌ای که

^۱ Vulnerable Families

اثرات قرار گرفتن در معرض حشره‌کش‌ها

ریوی

- واکنش‌های آنافیلاکسی
- دیس پنه یا تنفس مشکل
- آسم
- سوزش بینی و گلو
- برونشیت یا التهاب نایژه‌ها
- احساس سوزش در گلو و قفسه‌ی سینه
- فایبروز ریوی
- ادم ریوی
- بیماری‌های انسدادی ریه
- التهاب نایژک‌ها
- تنفس کوتاه
- تحریک‌پذیری بیش‌ازحد راه هوایی
- پنومونی
- صدمه به غشاء مخاطی مجرای تنفسی
- تحریک راه هوایی فوقانی

عصبی

- سندرم ریز لایک^۱
- نوروپاتی محیطی
- گیجی
- تنگ شدن مردمک‌ها
- اضطراب
- تاری دید
- تشنج
- سردرد
- کاهش سطح هوشیاری
- سرگیجه
- کما
- تحریک سیستم عصبی مرکزی
- انقباضات عضلانی
- افسردگی
- افزایش تون عضلات اسکلتی
- مور مور شدن یا بی‌حسی

معددهای روده‌ای

تهوع، استفراغ، اسهال و علائم مشابه آنفلوانزا

علائم پوستی

کلرآکنه

قلبی

دیس ریتمی قلبی، تاکی کاردی، برادی کاردی، بلوک مسیر هدایتی و کاهش فشارخون

کبدی

سوء عملکرد کبد

اثرات قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی

ریوی

سوزش بینی و گلو، دیس پنه، برونشیت، ادم ریوی، سرفه

^۱ Reye's-Like syndrome

اهداف

- ممدجو وزن مخصوص ادرار در محدوده‌ی نرمال طبق شاخص‌های زیر حفظ خواهد نمود:
- افزایش دریافت مایعات به میزان تعیین شده طبق سن و نیازهای متابولیک
- شناسایی عوامل خطر برای کاهش مایعات و بیان نیاز برای افزایش دریافت مایعات همان‌طور که بیان شده است.
- بیان علائم و نشانه‌های دهیدراسیون (کاهش مایعات)

مداخلات پرستاری (NIC)

مدیریت الکترولیت‌ها/ مایعات، پایش مایعات

مداخلات

- بررسی عوامل مسبب
- پیشگیری از دهیدراسیون در ممدجویان در معرض خطر
- شروع آموزش بهداشت

خطر کاهش حجم مایعات

تعریف ناندا

در معرض خطر برای تجربه‌ی کاهش مایعات بین عروقی، بینابینی، داخل سلولی. این حالت به دهیدراسیون، از دست دادن آب به تنهایی بدون تغییر در سدیم اشاره دارد.

در رابطه با (عوامل مرتبط)

- انحرافات‌ی که بر دسترسی به مایعات تأثیر می‌گذارند.
- انحرافات‌ی که بر دریافت مایعات تأثیر می‌گذارند.
- انحرافات‌ی که بر جذب مایعات تأثیر می‌گذارند.
- اتلاف بیش از حد مایع از طریق مسیرهای طبیعی (برای مثال اسهال)
- افزایش سن (سالخورده‌ها)
- افزایش بیش از حد وزن
- عوامل‌ی تأثیرگذار بر نیاز به دریافت مایع (برای مثال وضعیت‌های که با افزایش متابولیسم همراهند)
- از دست دادن مایع از راه‌های غیرطبیعی (برای مثال از لوله‌هایی که در بدن تعبیه شده است)
- نقص دانش
- عوامل دارویی (برای مثال دیورتیک‌ها)

پیامدهای پرستاری (NOC)

به کاهش حجم مایعات ارجاع شود.

- رابطه‌ی مسامحه کارانه با دیگر اعضای خانواده
- رفتارهای خانواده که برای احساس خوب بودن زیان‌آور است
- موارد جزئی یا خرد (ممکن است وجود داشته باشد)**
- تحریف واقعیت در مورد مشکل سلامتی مددجو
- عدم تحمل
- طرد کردن یا عدم پذیرش
- ترک یا واگذاری
- بی‌قراری
- افسردگی
- پرخاشگری
- خصومت و دشمنی
- نقص در سازمان‌دهی مجدد واحد خانواده

در رابطه با (عوامل مرتبط)

عوامل بیوپاتولوژیک

در رابطه با اختلال در توانایی برای انجام مسئولیت‌های نقشی ثانویه به:
هرگونه بیماری حاد یا مزمن

عوامل موقعیتی (عوامل شخصی، محیطی)

در رابطه با اختلال در توانایی برای مدیریت ساختاریافته‌ی استرس‌ها ثانویه به:

- سوءمصرف مواد (برای مثال الکلیسم)
- الکلیسم
- مدل نقشی منفی
- سابقه‌ی رابطه‌ی ناکارآمد با والدین خود
- سابقه‌ی رابطه‌ی توهین‌آمیز با والدین
- در رابطه با انتظارات غیرواقعی از کودک از جانب والدین
- در رابطه با انتظارات غیرواقعی از والدین از جانب کودک
- در رابطه با نیازهای روانشناختی برآورده نشده‌ی کودک توسط والدین
- در رابطه با نیازهای روان‌شناختی برآورده نشده‌ی والدین توسط کودک
- در رابطه با استرس‌های ازدواج ثانویه به:
- مشکلات مالی
- کودک مشکل‌دار
- جدایی
- بستگان مشکل‌دار
- خیانت

پیامدهای پرستاری (NOC)

سلامت عاطفی ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، استرس‌های ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، سازگاری خانواده، هنجارسازی خانواده

۵. لیست منازل را به ترتیب بازدید، آدرس، شماره تلفن، تاریخ و ساعت بازدید در اختیار مسئول بهداشت قرار دهید.
۶. برای تلفن پول همراه داشته باشید.
۷. از حرکت در محلهایی که گروه‌ها تجمع کرده‌اند، پرهیز نمایید.
۸. اگر در یک حادثه ناخواسته درگیر شده‌اید، سریعاً گزارش کنید.
۹. همیشه به قوهی درک خود اعتماد کنید.

راه رفتن

۱. در صورت امکان دو نفر یا گروهی باشید.
۲. در خیابان اصلی حرکت کنید.
۳. در پیاده‌رو حرکت کنید نه در خیابان.
۴. محل‌های عمومی مثل رستوران‌ها، دفتر پلیس یا محل تجاری را بشناسید.
۵. در مسیر خود مکان تلفن‌های عمومی را بدانید.
۶. سوار ماشین‌های ناشناس نشوید.
۷. از افرادی که در خیابان یا پیاده‌رو جمع شده‌اند دوری کنید.
۸. از افرادی که سر راه شما هستند دوری کرده و مشاجره نکنید.

محیط خانه

۱. قبلاً ساعت تقریبی ملاقات خود را به خانواده بگویید.
۲. حداقل وسایلی که نیاز دارید به همراه داشته باشید.
۳. وقتی وارد آپارتمان می‌شوید مدیر ساختمان و تمام امکانات موجود را بشناسید.
۴. از آسانسور با احتیاط استفاده کنید.
۵. بعد از زنگ زدن درب منزل، کنار در بایستید.
۶. همیشه خودتان را معرفی کنید، نام مرکز بهداشت را گفته و کارت شناسایی را نشان دهید.
۷. از وجود افراد دیگر غیر از اعضای خانواده آگاه باشید.
۸. از صاحب‌خانه بخواهید حیوانات را در طول مدت ملاقات دور کنند یا در قفس نگه دارند.
۹. اگر اسلحه مشاهده شد بخواهید آن را خارج کنند.

ایمنی بازدید منزل به‌طور کلی زیاد است، به هر حال در تمام محیط‌های کاری امکان خشونت وجود دارد. بنابراین پرستاران نیاز است که موارد احتیاط را رعایت نمایند و اگر تردید معقولی در مورد ایمنی انجام بازدید منزل وجود داشت، نباید بازدید منزل را انجام دهد.