



QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

Quy trình điều dưỡng đã được chính thức hoá và là cơ sở thực hành cho điều dưỡng. Hội điều dưỡng Mỹ đã sử dụng quy trình điều dưỡng như là một chỉ dẫn để xây dựng tiêu chuẩn thực hành cho điều dưỡng. Quy trình điều dưỡng là khoa học điều dưỡng dựa trên cơ sở hiểu biết rộng về lý thuyết và là phương pháp áp dụng lý thuyết vào thực hành điều dưỡng.

Quy trình điều dưỡng gồm 5 bước: Đánh giá, chẩn đoán điều dưỡng, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc và lượng giá

1. ĐÁNH GIÁ

- Đánh giá là việc thu thập dữ liệu từ một số nguồn khác nhau để phân tích tình trạng sức khỏe của người bệnh. Đánh giá gồm hai phần : thu thập và ghi lại dữ liệu
- **1.1 Các điều kiện tiên quyết khi đánh giá người bệnh**
- **1.1.1. Có sự tự tin:**
 - Sự tự tin của người điều dưỡng bao gồm những triết lý về điều dưỡng, là việc vận dụng lý thuyết một cách sáng tạo vào thực hành điều dưỡng
- **1.1.2. Có kiến thức:**
 - Quá trình đánh giá người bệnh đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức cơ bản về cơ thể con người của một số môn học: giải phẫu, sinh lý, sinh lý bệnh, sinh hoá, dinh dưỡng, vi sinh, xã hội học, tâm lý học và bệnh học
 - Ngoài ra kiến thức cũng bao gồm các kiến thức về việc phân tích, giải quyết vấn đề và ra quyết định. Điều dưỡng phải có khả năng phân tích dữ liệu, nhận ra mối tương quan có ý nghĩa giữa các dữ liệu, phát triển thành các kết luận có ý nghĩa.
- **1.1.3. Có kỹ năng:**
 - Những kỹ năng cần thiết cho việc hoàn chỉnh việc đánh giá như kỹ năng liên quan đến kiến thức cơ bản, kỹ năng thao tác kỹ thuật, kỹ năng phối hợp với người bệnh, với đồng nghiệp...

1. ĐÁNH GIÁ

- **1.2. Thu thập dữ liệu**
- **1.2.1. Các loại dữ liệu:**
- Có 4 loại dữ liệu cần thu thập:
- - Dữ liệu chủ quan: là những dữ liệu do người bệnh cung cấp trong khi hỏi bệnh
- - Dữ liệu khách quan: là các dữ liệu quan sát được và đo lường được nhờ các giác quan như: nhìn, ngửi, nghe, sờ trong khi thăm khám lâm sàng
- - Dữ liệu hiện tại: Các triệu chứng đang có ở người bệnh
- - Dữ liệu tiền sử: Những bệnh tật đã mắc, các thói quen có hại cho sức khỏe trong quá khứ, tiền sử gia đình...

1. ĐÁNH GIÁ

- **1.2.2. Các nguồn để thu thập dữ liệu:**
- Người bệnh là nguồn dữ liệu đầu tiên, đây là nguồn dữ liệu chính xác nhất. Ngoài ra còn có các nguồn dữ liệu khác như: người thân, bạn bè, đồng nghiệp và các xét nghiệm...
- **1.2.3. Các phương pháp thu thập dữ liệu:**
- Có ba phương pháp thường dùng: hỏi bệnh, quan sát và khám thực thể.
- **1.2.3.1. Hỏi bệnh :**
- Các phần của hỏi bệnh bao gồm:
 - - Giới thiệu: điều dưỡng và người bệnh bắt đầu thiết lập và tăng cường mối quan hệ trong công việc chữa trị
 - - Nội dung chính: điều dưỡng tập trung vào hỏi các phần chuyên môn: lý do vào viện, bệnh sử, tiền sử bản thân và gia đình, dữ liệu về tôn giáo, văn hoá...
 - - Kết thúc: Cần báo cho người bệnh khi sắp kết thúc cuộc phỏng vấn. Nếu người bệnh muốn tiếp tục, hẹn tiếp một cuộc phỏng vấn khác. Cảm ơn người bệnh.
- **1.2.3.2. Quan sát:**
- Là sử dụng các giác quan để thu thập thông tin về người bệnh, về môi trường như: nhìn, ngửi, nghe, sờ.

1. ĐÁNH GIÁ

- **1.2.3.3. Khám thực thể:**
- Điều dưỡng sử dụng 4 kỹ thuật: nhìn, sờ, gõ, nghe trong quá trình thăm khám.
- Có 4 cách tiếp cận khám lâm sàng:
 - - Đánh giá từ đầu đến chân
 - - Đánh giá các hệ thống cơ thể
 - - Đánh giá các chức năng
 - - Đánh giá các kiểu phản ứng:
- Phương pháp này cho phép điều dưỡng thăm khám người bệnh dựa trên 9 kiểu phản ứng của con người, phản ánh sự ràng buộc giữa người bệnh và môi trường:

1. ĐÁNH GIÁ

- 1) Trao đổi (exchanging):
 - - Tim mạch
 - - Ngoại biên
 - - Trao đổi o xy
 - - Dinh dưỡng
 - - Não
 - - Da
 - - Điều hoà cơ thể
 - - Bài tiết
- 2) Giao tiếp (Communicating) : Đọc, viết, khả năng nói bị ảnh hưởng, các dạng giao tiếp khác...
- 3) Quan hệ (Relating) : Các mối quan hệ, các quan hệ xã hội.
- 4) Giá trị (Valuing) : ưa thích giao tiếp, sinh hoạt tôn giáo, các mối quan tâm về tinh thần, khuynh hướng về văn hoá, các tập tục văn hoá...
- 5) Chọn lựa (Choosing):
 - - Đối phó
 - - Tham gia chế độ chữa bệnh
 - - Phán xét

1. ĐÁNH GIÁ

- 6) Hoạt động (Moving):
 - - Vận động
 - - Giải trí
 - - Duy trì sức khỏe
 - - Nghỉ ngơi
 - - Duy trì môi trường
 - - Sự chăm sóc
- 7) Tiếp nhận (Receiving):
 - - Quan niệm của bản thân
 - - Cảm nhận của các giác quan
- 8) Hiểu biết (Knowing):
 - - Những vấn đề sức khỏe hiện tại
 - - Các thuốc đang dùng
 - - Sẵn sàng học tập
 - - Trí nhớ
 - - Bệnh sử
 - - Các yếu tố nguy cơ
 - - Tình trạng tâm thần
- 9) Cảm giác (Feeling):
 - - Đau, khó chịu, các yếu tố kết hợp hoặc làm giảm nhẹ, hoặc làm tăng thêm
 - - Trạng thái xúc cảm

1. ĐÁNH GIÁ

• 1.3. Ghi lại các dữ liệu

- Phần thứ hai của bước đánh giá là ghi lại dữ liệu
- - Mục đích:
 - + Thiết lập phương pháp trao đổi thông tin giữa các thành viên trong nhóm chăm sóc
 - + Chất lượng chăm sóc được đảm bảo
 - + Đảm bảo việc lượng giá chăm sóc cho từng người bệnh
 - + Tạo ra được văn bản pháp lý
 - + Là cơ sở để tiến hành nghiên cứu điều dưỡng
- - Cách ghi lại dữ liệu:
 - + Viết lại một cách khách quan: theo mô tả của người bệnh về bệnh tật
 - + Mô tả hoặc giải thích các dữ liệu khách quan với quan sát riêng
 - + Cần tránh ghi chung chung
 - + Các dấu hiệu được mô tả tỉ mỉ về đặc điểm, hình dạng...
 - + Ghi rõ ràng, chính xác tránh lan man, dài dòng

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

• 2.1. Định nghĩa

- Một chẩn đoán điều dưỡng:
 - - Là một mệnh đề về vấn đề của người bệnh
 - - Đề cập đến một trạng thái sức khỏe hoặc một nguy cơ của vấn đề sức khỏe
 - - Là một kết luận dựa trên các hội chứng và triệu chứng
 - - Dựa vào các dữ liệu khách quan và chủ quan
 - - Là một mệnh đề về đánh giá của điều dưỡng
 - - Là một mệnh đề ngắn và chính xác, gồm hai phần: sự phản ứng của cơ thể và các yếu tố liên quan đã biết
 - - Đề cập đến vấn đề mà điều dưỡng có bằng chứng để xử lý
 - - Có giá trị với người bệnh

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- **2.2. Các bước trong quá trình chẩn đoán điều dưỡng:**

- Gồm 4 bước:
- - Xử lý dữ liệu
- - Xây dựng mệnh đề chẩn đoán
- - Làm cho chẩn đoán có ý nghĩa
- - Ghi vào hồ sơ

- **2.2.1. Xử lý dữ liệu:**

- - Xếp loại: Qua quá trình đánh giá người bệnh, điều dưỡng thu được một lượng lớn các dữ liệu, rất khó xử lý. Xếp loại nhằm xếp các dữ liệu vào từng nhóm riêng giúp cho điều dưỡng không bỏ sót, cần thiết cho việc thảo luận, quan sát hoặc khám lâm sàng.
- - Suy luận: Với các gợi ý sự suy luận được đưa ra nhờ các hiểu biết khoa học của điều dưỡng, giúp cho điều dưỡng giải thích được các dữ liệu
- - Làm cho dữ liệu có ý nghĩa: Khi thấy dữ liệu chưa sáng tỏ, điều dưỡng cần hỏi người bệnh, người nhà, nhờ đồng nghiệp hoặc nhờ vào các nguồn khác

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- **2.2.2. Xây dựng mệnh đề chẩn đoán**
- **2.2.2.1. Thành phần của mệnh đề chẩn đoán**
- Một chẩn đoán điều dưỡng bao gồm 2 phần được nối với nhau bằng cụm từ " liên quan đến"
- Phần 1: xác định phản ứng của con người
- Phần 2: xác định các yếu tố liên quan
- - Phần 1: phản ứng của con người: Xác định con người phản ứng như thế nào đối với tình trạng sức khỏe hoặc bệnh tật.
- Khi viết phần 1, cần xem xét:
 - + Phản ứng của con người là gì qua các gợi ý của các dữ liệu đã đánh giá được
 - + Phản ứng của con người ở mức độ nào
- Phần này sẽ xác định kết quả mong đợi của người bệnh
- Theo phân loại của hiệp hội chẩn đoán điều dưỡng Bắc Mỹ (NANDA), con người có 9 kiểu phản ứng (nêu ở phần đánh giá)

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- - Phần 2: Các yếu tố liên quan (nguyên nhân)
- Để phòng ngừa, làm giảm nhẹ và biến đổi một phản ứng của người bệnh, điều dưỡng phải biết tại sao nó đang xảy ra. Các yếu tố liên quan gồm: các yếu tố sinh lý, tâm lý, văn hoá xã hội, môi trường hoặc các yếu tố tinh thần. Phần này gợi ý các can thiệp thích hợp khi chăm sóc người bệnh.
- Ví dụ:
- Giao tiếp bằng lời bị ảnh hưởng liên quan đến cản trở ngôn ngữ
- Nguy cơ chấn thương liên quan đến thị lực bị ảnh hưởng
- Thiếu hoạt động giải trí liên quan đến không có khả năng tham gia vào các hoạt động bình thường
- Tổn thương tính toàn vẹn của da liên quan đến sự thay đổi dẫn lưu vết mổ

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

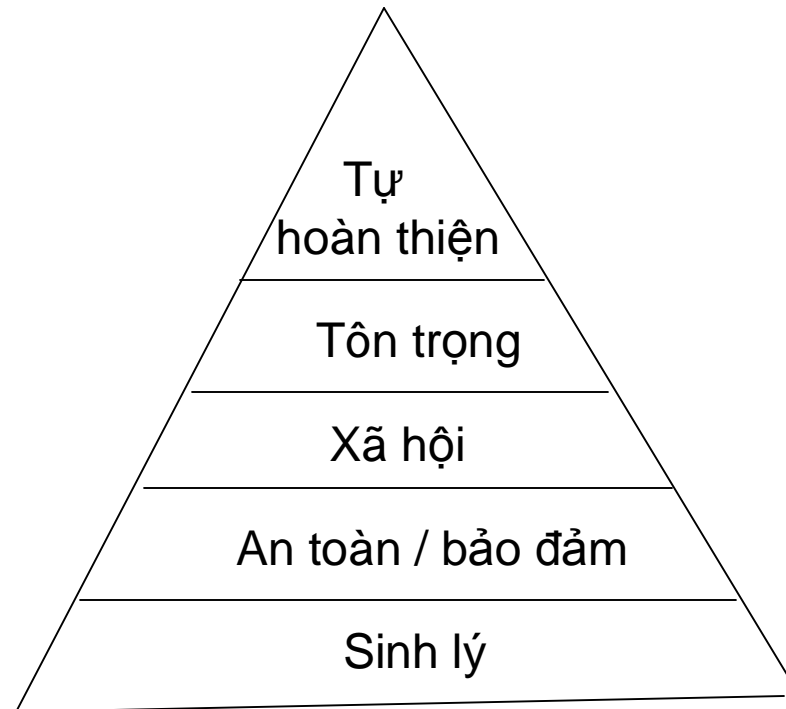
- **2.2.2.2. Cách viết chẩn đoán điều dưỡng:**
- Khi viết chẩn đoán điều dưỡng, người điều dưỡng cần phải tuân thủ 10 quy tắc:
 - 1) Viết chẩn đoán với thuật ngữ phản ứng của người bệnh (không phải là nhu cầu của người bệnh)
 - Ví dụ: Thiếu dịch liên quan đến nôn và ỉa chảy
 - 2) Dùng cụm từ "liên quan đến" (không dùng từ do, gây nên, bởi)
 - 3) Viết chẩn đoán với thuật ngữ thích hợp và hợp pháp
 - Ví dụ: Làm sạch đường thở không hiệu quả liên quan đến tác dụng của thuốc ngủ
 - 4) Viết chẩn đoán không nêu những vấn đề đánh giá về giá trị đạo đức
 - Ví dụ: Quan hệ bố mẹ bị ảnh hưởng liên quan đến sự cách ly lâu ngày với đứa trẻ
 - 5) Không được đảo ngược các phần của mệnh đề
 - 6) Tránh sử dụng duy nhất một dấu hiệu trong phần một của mệnh đề chẩn đoán
 - 7) Hai phần của mệnh đề chẩn đoán không thể có cùng một nghĩa giống nhau.
 - 8) Diễn đạt yếu tố liên quan bằng thuật ngữ có thể can thiệp được
 - 9) Không bao gồm cả chẩn đoán y khoa trong chẩn đoán điều dưỡng
 - 10) Chẩn đoán điều dưỡng cần rõ ràng và chính xác

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- **2.2.2.3. Các loại chẩn đoán điều dưỡng:** Có 3 loại:
 - - Có nhiều yếu tố liên quan: Thừa dịch có thể liên quan đến ăn nhiều muối, tăng lượng dịch đưa vào hoặc đái ít
 - - Có yếu tố liên quan chưa biết: Đau liên quan đến một yếu tố chưa rõ
 - - Chỉ có một phần của mệnh đề: Phản ứng sau chấn thương
- **2.2.3. Làm cho chẩn đoán có giá trị**
 - Trước khi viết chẩn đoán cần kiểm tra tính chính xác. Có thể tiến hành các câu hỏi sau:
 - - Dữ liệu cơ bản đã đủ và chính xác chưa?
 - - Các dấu hiệu nào gợi ý chẩn đoán?
 - - Các gợi ý đã đặc trưng chưa?
 - - Còn yếu tố liên quan nào nữa ảnh hưởng đến phản ứng của người bệnh?
 - - Chẩn đoán có thể thay đổi do can thiệp của điều dưỡng không?
 - - Các điều dưỡng khác có cùng chẩn đoán như mình không?
- **2.2.4. Ghi vào hồ sơ bệnh án**
 - Sau khi xây dựng và kiểm tra mệnh đề chẩn đoán, chẩn đoán điều dưỡng được ghi vào bệnh án của người bệnh. Thông thường chẩn đoán điều dưỡng được ghi ở bản kế hoạch chăm sóc, sổ của điều dưỡng, sổ theo dõi diễn biến, tóm tắt ra viện

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- Lập kế hoạch chăm sóc gồm 4 bước:
 - - Lựa chọn ưu tiên
 - - Trình bày kết quả mong đợi
 - - Thiết kế các can thiệp điều dưỡng
 - - Viết kế hoạch chăm sóc
- 3.1. Lựa chọn ưu tiên
- 3.1.1. Bậc thang Maslow



Maslow cho rằng người bệnh sẽ tiến triển theo bậc thang từ thấp lên cao khi cố gắng làm thoả mãn các nhu cầu

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **3.2. Cách viết các kết quả mong đợi:**
- 3.2.1. Kết quả mong đợi cần phải liên quan mật thiết với phản ứng của cơ thể:
 - Ví dụ: Chẩn đoán điều dưỡng: Nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến sức khỏe yếu và nằm bất động kéo dài.
 - Kết quả mong đợi: Không có dấu hiệu nhiễm trùng trong quá trình nằm viện.
- 3.2.2. Kết quả phải là vấn đề trọng tâm của người bệnh:
 - Ví dụ: Chẩn đoán điều dưỡng: nguy cơ tổn thương da liên quan đến bất động.
 - Kết quả mong đợi: Không có dấu hiệu tổn thương da ở vùng tỳ đè trong quá trình nằm viện
- 3.2.3. Kết quả cần viết rõ ràng, chính xác:
 - Chẩn đoán điều dưỡng: Làm sạch đường thở không hiệu quả liên quan đến ứ đọng dịch tiết
 - Kết quả mong đợi: Ho, thở sâu và thực hiện dẫn lưu theo tư thế 2 giờ/ngày.

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- 3.2.4. Kết quả cần mô tả sự ứng xử có thể đo lường và quan sát được.
- Chẩn đoán điều dưỡng: Không tuân thủ chế độ ăn 1800 Calo/ ngày.
- Kết quả mong đợi: Trước khi ra viện, khẳng định tầm quan trọng chế độ ăn hàng ngày đảm bảo 1800 Calo
- 3.2.5. Kết quả viết ra cần phù hợp với điều kiện thực tế
- 3.2.6. Kết quả mong đợi phải có giới hạn về thời gian.
- Chẩn đoán điều dưỡng: táo bón liên quan đến tác dụng phụ của codein
- Kết quả mong đợi : người bệnh ỉa trong vòng 2 ngày
- 3.2.7. Kết quả mong đợi cần phải được cả người bệnh và điều dưỡng quyết định

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **3.3. Đưa ra các can thiệp điều dưỡng**
- **3.3.1. Định nghĩa:**
 - Đưa ra các can thiệp điều dưỡng là thiết kế một chiến lược đặc hiệu nhằm giúp cho người bệnh đạt được kết quả mong đợi. Các can thiệp này dựa trên các yếu tố liên quan đã được xác định trong chẩn đoán điều dưỡng. Chính vì vậy can thiệp điều dưỡng xác định các hoạt động cần thiết để loại bỏ các yếu tố góp phần gây ra các phản ứng của cơ thể
- **3.3.2. Đặc điểm của can thiệp điều dưỡng:**
 - - Phù hợp với kế hoạch chăm sóc
 - - Dựa trên cơ sở khoa học
 - - Tuỳ theo tình trạng của từng người bệnh
 - - Được sử dụng để tạo ra một môi trường chữa trị an toàn
 - - Tận dụng các cơ hội để hướng dẫn (dạy học) cho người bệnh
 - - Sử dụng các nguồn lực thích hợp và sẵn có

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **3.3.3. Cách viết các can thiệp điều dưỡng:**
- - Các can thiệp điều dưỡng phải ghi rõ ngày, ký tên
- - Các can thiệp điều dưỡng phải dùng các động từ chính xác và liệt kê các hoạt động đặc biệt để đạt kết quả mong đợi
- - Các can thiệp điều dưỡng cần phải xác định các hoạt động sẽ diễn ra: Ai làm? làm cái gì? ở đâu? khi nào? bao nhiêu lần?...
- - Các can thiệp điều dưỡng phải phù hợp với từng người bệnh

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **3.4. Viết kế hoạch chăm sóc**

- Là bước cuối cùng của xây dựng kế hoạch gồm ghi lại chẩn đoán điều dưỡng, kết quả mong đợi và can thiệp theo một mẫu thống nhất

- **3.4.1. Định nghĩa:**

- Kế hoạch chăm sóc là một phương pháp truyền đạt thông tin quan trọng về người bệnh.

- Mẫu kế hoạch chăm sóc sẽ giúp cho điều dưỡng thu thập thông tin trong quá trình đánh giá và chẩn đoán đồng thời cung cấp một cách thức lượng giá về các chăm sóc đã được thực hiện.

- **3.4.2. Đặc điểm của kế hoạch chăm sóc:**

- - Được viết bởi một điều dưỡng có kinh nghiệm
- - Bắt đầu ngay khi tiếp xúc với người bệnh lần đầu
- - Luân sẵn có
- - Luân cập nhật

- **3.4.3. Các phần của kế hoạch chăm sóc:**

- - Chẩn đoán điều dưỡng
- - Kết quả mong đợi
- - Các can thiệp điều dưỡng

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- Thực hiện kế hoạch chăm sóc gồm 3 bước:
 - - Chuẩn bị
 - - Can thiệp
 - - Ghi hồ sơ
- **4.1. Bước 1: Chuẩn bị:**
 - - Xem xét trước các can thiệp điều dưỡng đã được xác định trong khi lập kế hoạch
 - - Phân tích các kiến thức và kỹ năng cần thiết
 - - Nhận rõ các biến chứng tiềm ẩn kết hợp với các hoạt động chăm sóc
 - - Đưa ra các quyết định và cung cấp những nguồn lực cần thiết
 - - Tạo ra một môi trường thuận lợi cho các hoạt động cần thiết

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

• **4.2.2. Truyền đạt thông tin:**

- Kiểu phản ứng này liên quan đến việc gửi các thông điệp
- - Chẩn đoán điều dưỡng: Giao tiếp bằng lời bị ảnh hưởng liên quan đến phẫu thuật
- - Kết quả: Truyền đạt được những điều cần thiết không bằng lời trong vòng 24 giờ
- - Thực hiện: Cung cấp cho người bệnh 2 phương pháp:
 - + Viết ra giấy hoặc dùng tranh vẽ để truyền đạt những điều cần thiết
 - + Đặt 1 chuông báo ở trong tầm với của người bệnh

• **4.2.3. Mối quan hệ:** Phản ứng của con người liên quan đến sự thiết lập các mối quan hệ

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| • <i>Chẩn đoán điều dưỡng</i> | <i>Các yếu tố liên quan</i> |
| • Quan hệ xã hội bị hạn chế | Hậu quả của bệnh mạn tính |
| • Vai trò thay đổi | Thay đổi về tài chính |
| • Nguy cơ quan hệ bố mẹ bị giảm sút | Thiếu kiến thức nuôi dạy trẻ |
- Sự thực hiện các can thiệp điều dưỡng có thể hướng tới:
 - - Giúp người bệnh xác định được vai trò
 - - Xác định được các cản trở để thực hiện vai trò
 - - Xác định các nguồn lực để giảm bớt các yếu tố liên quan
 - - Tiến hành được sự giáo dục sức khỏe phù hợp

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **4.2.4. Giá trị:** Phản ứng của con người liên quan đến việc đánh giá các giá trị của mỗi quan hệ
- *Chẩn đoán điều dưỡng* *Các yếu tố liên quan*
- Suy nhược tinh thần
 - Hậu quả của mất người thân, lòng tin bị giảm sút đối với gia đình và người cùng đơn vị
 - Thực hành tôn giáo bình thường bị cản trở
- Các can thiệp điều dưỡng tập trung vào:
 - Xác định các giá trị riêng và sự tin tưởng có liên quan
 - Xác định các nguồn gốc của mâu thuẫn
 - Sử dụng các nguồn lực sẵn có làm thuận lợi cho việc thực hành tôn giáo hoặc giải quyết mâu thuẫn
 - Cung cấp thông tin về quản lý sức khỏe giúp người bệnh lựa chọn được các thông tin cần thiết để tiếp tục thực hành sức khỏe

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **4.2.6 Hoạt động:** Phản ứng của con người liên quan đến sự hoạt động.
- - Chẩn đoán điều dưỡng: Thiếu khả năng tự chăm sóc vệ sinh cá nhân (tắm) liên quan đến cứng khớp.
- - Kết quả: Tự tắm với sự trợ giúp khi hết đau
- - Thực hiện: Các can thiệp điều dưỡng được thiết kế để giảm đau: chườm nóng với khớp bị cứng, chườm lạnh với khớp bị sưng. Điều dưỡng trao đổi với thầy thuốc để yêu cầu các loại thuốc thích hợp để giảm các triệu chứng. Điều dưỡng cũng cung cấp các dụng cụ thích hợp cho người bệnh: bàn chải có tay cầm dài, lược, quần áo phù hợp.
- **4.2.7. Tiếp nhận:** loại phản ứng của con người liên quan đến sự tiếp nhận thông tin
- - Chẩn đoán điều dưỡng: Thay đổi hình dạng cơ thể liên quan đến dậy thì
- - Kết quả: Nói được những mặt tích cực của bản thân trong một ngày
- - Thực hiện: Điều dưỡng tập trung vào các mối quan hệ giúp cho đối tượng đối phó với sự phát triển cơ thể nhanh. Điều dưỡng cũng giúp đối tượng thực hành các cách ứng xử để giúp em đối phó với áp lực của các bạn cùng lớp

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **4.2.8. Hiểu biết:** Phản ứng của con người liên quan đến hiểu biết ý nghĩa của các thông tin
 - - Chẩn đoán điều dưỡng: Thiếu hiểu biết (chế độ điều trị tăng huyết áp)
 - - Kết quả: trong 1 tháng, hiểu được về tăng huyết áp và nói được tầm quan trọng của việc điều trị tiếp tục.
 - - Thực hiện: + Cần phải theo dõi huyết áp thường xuyên
 - + Làm rõ các mối quan hệ giữa sang chấn tinh thần và tăng huyết áp
 - + Hướng dẫn cách điều trị tiếp tục
- **4.2.9. Cảm giác:** Kiểu phản ứng của con người liên quan đến nhận thức chủ quan về thông tin.
 - Ví dụ: Một thanh niên 17 tuổi bị suy nhược vì bị một người đồng tính luyến ái cưỡng dâm.
 - - Chẩn đoán điều dưỡng: Hội chứng cưỡng dâm chấn thương
 - - Kết quả: Xác định được cảm giác tích cực về bản thân trong vòng 1 tháng.
 - - Thực hiện: Điều dưỡng cần làm cho người bệnh an tâm, giúp anh ta có 1 kế hoạch thực tế trong tương lai. Tư vấn và xét nghiệm HIV có thể là cần thiết.

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **4.3. Bước 3: Ghi hồ sơ**
- Thực hiện các can thiệp điều dưỡng phải được theo dõi bằng việc ghi lại chính xác và đầy đủ các sự kiện xảy ra. Có 5 loại hệ thống ghi chép được sử dụng:
 - - Ghi hướng theo nguồn gốc
 - - Ghi hướng theo vấn đề
 - - Tập trung vào bảng biểu
 - - Bảng biểu ngoại lệ
 - - Ghi lại có sự hỗ trợ của máy tính

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- **4.4. Thực hiện theo các mô hình chăm sóc**
- **4.4.1. Chăm sóc theo chức năng**
 - Trách nhiệm chăm sóc được chia theo nhiệm vụ và được thực hiện theo trình độ của người chăm sóc tùy theo mức độ phức tạp của nhiệm vụ bao gồm kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm để hoàn thành nhiệm vụ
- **4.4.2. Chăm sóc theo đội**
 - Là hệ thống chuyển giao việc chăm sóc bởi một nhóm có chuyên môn và không có chuyên môn làm việc cùng với nhau để tiến hành chăm sóc một số người bệnh
- **4.4.3. Chăm sóc chính**
 - Là hệ thống chăm sóc được tiến hành khi một điều dưỡng chịu trách nhiệm ngay từ đầu và có tầm quan trọng đối với việc chăm sóc một nhóm người bệnh trong suốt quá trình nằm viện
- **4.4.4. Chăm sóc theo bệnh**
 - Những điều dưỡng chăm sóc theo bệnh là những điều dưỡng có kinh nghiệm trong một lĩnh vực lâm sàng riêng

5. LƯỢNG GIÁ

- Mặc dù lượng giá là bước cuối cùng của quy trình điều dưỡng, nhưng nó được lồng ghép vào từng bước. Lượng giá xảy ra bất cứ lúc nào điều dưỡng tiếp xúc với người bệnh. Lượng giá ở phần cuối của quy trình điều dưỡng so sánh tình trạng sức khỏe của người bệnh với kết quả được xác định rõ trong kế hoạch chăm sóc. Điều dưỡng xem xét kế hoạch chăm sóc liệu có phù hợp, thực tế, cập nhật hoặc cần phải sửa lại.
- Quá trình lượng giá gồm 4 bước:
 - - Thu thập dữ liệu về tình trạng sức khỏe của người bệnh
 - - So sánh dữ liệu thu được và kết quả
 - - Lượng giá tiến triển của người bệnh theo hướng đạt được kết quả mong đợi
 - - Sửa lại kế hoạch chăm sóc