



دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

تشخیص های پرستاری

(NANDA) 2013

و برنامه مراقبت پرستاری (عمومی)

فرآیند پرستاری روش منظم و سازماندهی شده ارائه مراقبت پرستاری است که به شناسایی و درمان واکنش های اشخاص یا گروه ها ، نسبت به تغییرات احتمالی وضعیت سلامت آنها متمرکز می شود. پس از بررسی اولیه از بیمار براساس تجزیه و تحلیل جمع آوری شده مشکلات واقعی و احتمالی بیمار به عنوان تشخیص پرستاری تعیین و بر اساس طرح مراقبتی تهیه می شود.

در راستای رعایت استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها و لزوم مراقبت هرچه بهتر از بیماران با توجه به افزایش رو به رشد آگاهی دریافت کنندگان مراقبت ها، راهنمای تشخیص های پرستاری عمومی مطابق با آخرین نسخه تشخیص های انجمن پرستاری آمریکای شمالی ( NANDA ) ۲۰۱۳ به همراه برنامه های مراقبتی توسط مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری اعضای هیئت علمی و پرستاران پژوهش تهیه و تدوین شده است.

امید است این راهنما هویت علمی پرستاری را بعنوان یک حرفه تخصصی نشان دهد و به بهترین شیوه ممکن در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت های پرستاری مؤثر واقع گردد.

مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمستان ۱۳۹۲

شماره	عنوان تشخیص	صفحه
1	کاهش سطح هوشیاری (کانفیوژن)	۳
2	عدم تحمل فعالیت	۵
3	اختلال در تحرک جسمانی	۷
4	ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه، حمام کردن، لباس پوشیدن و دستشویی رفتن	۸
5	خستگی	۹
6	ناتوانی	۱۰
7	کاهش حجم مایعات	۱۱
8	افزایش حجم مایعات بدن	۱۳
9	تغذیه کمتر از نیاز بدن	۱۳
10	تغذیه بیشتر از نیاز بدن	۱۵
11	احتمال بروز عفونت	۱۵
12	احتمال بروز صدمه و تروما	۱۸
13	احتمال بروز مسمومیت	۲۰
14	اختلال در آرامش به دلیل تهوع و استفراغ	۲۰
15	اختلال در آرامش به دلیل اتساع شکم و درد حاصل از تجمع گاز	۲۱
16	اختلال در آرامش به دلیل سکسکه	۲۲
17	اختلال در آرامش به دلیل خارش	۲۳
18	اختلال در آرامش به دلیل سردرد	۲۶
19	درد	۲۷
20	افزایش درجه حرارت بدن	۳۱
21	کاهش درجه حرارت	۳۲
22	اختلال در الگوی خواب	۳۳
23	تغییر در حس و درک ( کاهش یا افزایش دریافت تحریکات حسی	۳۶
24	اهمال یک طرفه بدن	۳۸
25	اختلال در فعالیت جنسی	۳۹
26	اختلال در برقراری ارتباط: کاهش شنوایی	۴۱
27	اختلال در برقراری ارتباط: ناآشنایی با زبان	۴۲
28	اختلال در برقراری ارتباط کلامی	۴۳
29	معرض خطر سندرم عدم استفاده	۴۳
30	تغییر در روند زندگی خانواده	۴۴
31	کمبود اطلاعات	۴۵
32	عدم رعایت رژیم درمانی	۴۵
33	در معرض خطر شوک	۴۷
34	معرض خطر غرق شدگی	۵۰
35	در معرض خطر اختلال در سطح قند خون (هیپرگلیسمی، هیپوگلیسمی)	۵۱
36	واکنش حساسیتی به لاتکس	۵۲
37	تهوع	۵۳
38	در معرض خطر اختلال در الکترولیتها	۵۳

۵۵	در معرض خطر سقوط	39
۵۶	اختلال در مراقبت در منزل	40
۵۷	سبک زندگی کم تحرک	41
۵۸	در معرض خطر آسیب حرارتی	42
۶۰	فعالیت بدنی ناکافی	43

۱- کاهش سطح هوشیاری (کانفیوژن) در رابطه با:

- ۱ - هایپوکسی مغز
- ۲ - اختلالات مایعات و الکترولیتها
- ۳ - اختلالات اسید - باز
- ۴ - سوء تغذیه
- ۵ - انمی
- ۶ - انفارکتوس میوکارد
- ۷ - نارسایی احتقانی قلب
- ۸ - دیسریتمی های قلبی
- ۹ - بلوک قلبی
- ۱۰ - COPD
- ۱۱ - آمبولی ریه
- ۱۲ - پنومونی
- ۱۳ - سپسیس
- ۱۴ - ARDS
- ۱۵ - مننژیت و انسفالیت
- ۱۶ - عفونتهای مجاری ادراری
- ۱۷ - تغییرات اندوکرین و متابولیک
- ۱۸ - هایپوتانسیون وضعیتی
- ۱۹ - هایپوترمی
- ۲۰ - هایپرترمی
- ۲۱ - نارسایی کلیه
- ۲۲ - نارسایی کبد
- ۲۳ - ضربه مغزی
- ۲۴ - تومور مغزی
- ۲۵ - صرع
- ۲۶ - لوپوس اریتماتوز
- ۲۷ - جراحی
- ۲۸ - داروهای نورولپتیک و نارکوتیک
- ۲۹ - بیهوشی عمومی
- ۳۰ - عوارض دارویی
- ۳۱ - وابستگی به الکل و مواد مخدر

- ۳۲ درد
- ۳۳ عدم تحرک
- ۳۴ افزایش سن

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بصورت حاد یا مزمن، تغییرات بارزی در سطح هوشیاری، توجه، درک، حافظه، آگاهی نسبت به زمان و مکان و فرد، تفکر، سیکل خواب و بیداری و رفتارهای روانی ایجاد می شود.

**مشخصات:** تغییر در سطح هوشیاری، توجه، درک، حافظه، اوربانتاسیون، تفکر، سیکل خواب و بیداری، رفتارهای روان حرکتی، شب زنده داری، هذیان

#### برایند مورد انتظار:

- ۱ - بیمار علائم کاهش سطح هوشیاری را از خود نشان دهد.
- ۲ - شناسایی کامل روی محیط، افراد و زمان داشته باشد.

#### اقدامات پرستاری:

- ۱ - نتایج آزمایشات، CBC، K، Na، BUN، کراتینین، BS، FBS، کلسیم، فسفر، ABG، VDRL، آنزیمهای کبدی، کامل ادرار، سطح سمیت دارویی در پلاسما، CXR، و CT scan را مورد بررسی قرار دهید.
- ۲ - توجه فرد را به محیط، زمان و اطرافیان بسنجید.
- ۳ - وضعیت روانی بیمار را ارزیابی کنید.
- ۴ - کلیه مراقبتهای خاص در رابطه با اختلال موجود در هر یک از سیستمهای گرفتار را به انجام رسانید (برای مثال تغییر در پرفوزیون بافت مغز، کاهش برون ده قلبی و...).
- ۵ - اقدامات لازم را جهت جلب توجه بیمار بکار ببندید.
  - ✓ به آنچه که او میگوید توجه کامل کنید.
  - ✓ از میان صحبتهای او، حرفهای معنی دار را جدا کنید.
  - ✓ بیمار را با اسم صدا کنید.
  - ✓ هر نوبت که به بیمار نزدیک می شوید و کاری برای او انجام میدهید خود را معرفی کنید.
  - ✓ بیمار را لمس کنید.
  - ✓ مهم است با بیمار با لبخند صحبت کنید.
  - ✓ به احساساتی که در پس صحبتها و رفتارهای بیمار وجود دارد توجه نمایید.
- ۶ - از خانواده بیمار کمک گرفته تا جای امکان خاطرات او را بیادش بیاورید.
- ۷ - به خانواده بیمار در مورد بکارگیری روشهای موثر مقابله آموزش دهید.
- ۸ - از محرکهای معنی دار برای بیمار استفاده کنید.
  - ✓ زمان و مکان را به او یادآور شوید.
  - ✓ تقویم و ساعت در اختیار بیمار قرار دهید.
  - ✓ چراغ بالای سر بیمار را شبها روشن و روزها خاموش کنید.
  - ✓ از خانواده بیمار بخواهید عکسهای خانوادگی بیمار را بیاورند و سپس از بیمار بخواهید در مورد آن عکسها به شما توضیح بدهد.
- ۹ - در مورد حوادث اخیر با بیمار صحبت کنید.
- ۱۰ - کلیه روشهای مراقبتی و درمانی را به بیمار توضیح دهید.
- ۱۱ - هنگام اتمام شیفت، رفتن خود را به بیمار اعلام کنید و به او بگویید که چه زمانی باز میگردید.
- ۱۲ - اعتماد به نفس بیمار را افزایش دهید.
- ۱۳ - بیمار را در برنامه مراقبت از خود شرکت دهید.
- ۱۴ - هرگز با بیمار بحث نکنید.
- ۱۵ - صحبتهای نادرست بیمار را تایید نکنید.

<p>۱۶- بیمار را به واقعیت برگردانید.</p> <p>۱۷- مراقبت بروز صدمه و تروما به بیمار باشید.</p> <p>۱۸- تا جای ممکن از بستن دست و پای بیمار به تخت اجتناب کنید.</p> <p>۱۹- از اولین فرصت ممکن لوله ها و سیمهایی را که به بیمار وصل هستند، جدا نمایید(مانند سوند فولی)</p> <p>۲۰- منابع ترس و اضطراب بیمار را شناسایی کرده، تا جای امکان کاهش دهید.</p> <p>۲۱- از راحتی جسمانی و رفع نیازهای اساسی بیمار تا جای امکان مطمئن شوید.</p> <p>۲۲- تحریکات محیطی را در حد اعتدال حفظ کنید.</p>
<p><b>۲-عدم تحمل فعالیت در رابطه با:</b></p> <p>۱. هایپوکسی بافتی به دلیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ اختلال در تبادلات گازی در سطح آلوئولی</li> <li>✓ کاهش برون ده قلب</li> <li>✓ آنمی، کاهش RBC و HB و خونریزی</li> </ul> <p>۲. افزایش مصرف انرژی به دلیل افزایش کار تنفس و سرفه</p> <p>۳. کاهش ناگهانی ذخیره قلبی به دلیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ افزایش کار قلب در نتیجه افزایش بازگشت خون وریدی</li> <li>✓ کاهش جریان خون کرونری در نتیجه کوتاه شدن زمان پرشدن دیاستولیک</li> <li>✓ ضعف عضله میوکارد (بعد از گذشت ۳ هفته از عدم تحرک)</li> </ul> <p>۴. تغذیه ناکافی</p> <p>۵. اختلال در خواب و استراحت ثانویه به دیسپنه، ترس، اضطراب، محیط ناآشنا و بررسیها و مراقبتهای مکرر از بیمار</p> <p>۶. کاهش توده، تون و قدرت عضلانی به دلیل سوء تغذیه</p> <p>۷. کاهش انرژی در دسترس به دلیل بدکاری کبد</p> <p>۸. کاهش انرژی در دسترس به دلیل آهسته شدن ریت متابولیسم</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار به صورت فیزیولوژیک یا سایکولوژیک قادر به تامین انرژی برای ادامه یا تکمیل کردن فعالیت‌های روزانه خود نباشد.</p>
<p><b>مشخصات:</b> اظهار خستگی یا ضعف، غیرطبیعی بودن ریت قلب و فشارخون در پاسخ به انجام فعالیت، تنگی نفس در حین فعالیت، تغییرات ECG به صورت آریتمی یا ایسکمی</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>بیمار علائم افزایش مقاومت برای فعالیت را به صورت زیر نشان هد:</p> <p>۱ - به صورت کلامی بگوید که احساس ضعف و خستگی کمتری میکند.</p> <p>۲ - توانایی انجام کارهای روزانه خود را بدون ایجاد دیسپنه، درد قفسه سینه، تعریق، گیجی و تغییرات چشمگیر در علائم حیاتی داشته باشد.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱ - علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ضعف و خستگی</li> <li>✓ تنگی نفس فعالیتی، درد قفسه سینه، تعریق یا گیجی.</li> <li>✓ افزایش ریت نبض بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت.</li> <li>✓ عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت.</li> <li>✓ کاهش فشار خون سیستولیک، و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان 10-15mmHg با فعالیت.</li> </ul> <p>۲ - علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.</p>

- ۳ - بیمار را تشویق به انجام فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید.
- ۴ - سرو صدا و فعالیتهای محیطی را به حداقل برسانید.
- ۵ - مراقبتهای پرستاری را طوری برنامه ریزی نمایید که استراحت بیمار را بهم نزنند.
- ۶ - تعداد ملاقاتها و طول مدت ملاقات را محدود کنید.
- ۷ - در صورت نیاز به بیمار جهت انجام مراقبت از خود کمک کنید.
- ۸ - وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس او قرار دهید.
- ۹ - مواردی که موجب ترس و اضطراب بیمار میشود را کاهش دهید:
- ✓ بیمار را نسبت به محیط بیمارستان، ابزارها، و روشهای درمانی و مراقبتی آشنا کنید.
- ✓ در مورد هدف از انجام کلیه روشهای تشخیصی و درمانی توضیح دهید.
- ✓ پرسنلی را که مسئول مراقبت از بیمار هستند معرفی کنید. سعی کنید همیشه افراد خاصی مراقبت از بیمار را بر عهده بگیرند.
- ✓ بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس هستند و با صدای زنگ، هرچه سریعتر بر بالین او حاضر خواهند شد.
- ✓ هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن، توام با رازداری استفاده کنید.
- ✓ بیمار را تشویق به بیان ترسها و اضطراب خود کرده، بازخورد مناسب به او بدهید.
- ✓ توضیحات پزشک را مجدداً به بیمار گوشزد کرده، اشتباهات و سوء تفاهمهای بیمار در مورد تشخیص، درمان پیش آگاهی را تصحیح کنید.
- ✓ در صورت نیاز روشهای آرامسازی را به بیمار آموزش دهید.
- ✓ به بیمار کمک کنید روشهای تطابق موثر با استرس را در خود پیدا کند.
- ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اضطراب در بیمار را مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۰ - مواردی که موجب افزایش خواب بیمار میشود به انجام رسانید:
- ✓ ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید.
- ✓ از اقداماتی که میتواند در بهبود خواب موثر باشد مثل نوشیدن شیر یا مایعات گرم استفاده کنید.
- ✓ از بخواب رفتن طولانی در روز جلوگیری کنید.
- ✓ بیمار را تشویق به روشهای آرامسازی قبل از خواب نمایید.
- ✓ از مصرف مواد کافئین دار مثل کاکائو، قهوه و چای بخصوص در شب اجتناب کنید.
- ✓ محیط گرم و آرام و خوبی برای خواب ایجاد کنید.
- ✓ مراقبتهای پرستاری را طوری برنامه ریزی کنید که بیمار لااقل ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه خواب مداوم داشته باشد.
- ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای خواب آور در صورت تجویز مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۱ - وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۲ - در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار :
- ✓ فعالیتهای را بتدریج زیاد کنید.
- ✓ به بیمار روشهای ذخیره سازی انرژی را آموزش دهید (استفاده از صندلی، هنگام مسواک زدن، حمام کردن و شانه زدن موها).
- ۱۳ - به بیمار آموزش دهید :
- ✓ هرگونه کاهش مقاومت به فعالیتهای را گزارش دهد.
- ✓ هرگونه فعالیتی که منجر به بروز درد قفسه سینه، کوتاهی تنفس، گیجی یا خستگی یا ضعف شدید میشود فوراً قطع نمایید.
- ۱۴ - اقداماتی جهت اکسیژناسیون بافتی انجام دهید:
- ✓ طبق دستور از اکسیژن استفاده کنید.
- ✓ بیمار را تشویق به ترک سیگار نمایید.
- ✓ از بروز عفونت در بیمار جلوگیری کنید.



- ✓ به بیمار کمک کنید هر ۲-۱ ساعت تغییر پوزیشن داده، از نفس عمیق و سرفه استفاده کند.
- ✓ از بیمار بخواهید هر ۲ ساعت یکبار ورزشهای تنفسی را انجام دهد.
- ✓ مراقبتهای بیمار را بتدریج و براساس اجازه پزشک افزایش دهید.
- ✓ به بیمار کمک کنید که هنگام سرفه کردن بنشیند.
- ✓ سرفه را با گذاشتن یک دست روی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم تقویت کنید.
- ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای ایزوتوپ مثبت، وازودیلاتورها و آنتی آریتمی ها را که جهت افزایش برون ده قلبی تجویز میشوند مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۵ - در صورت نداشتن منع سر تخت را بالا بیاورید.
- ۱۶ - در صورتیکه علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت پیشرفت نمود و رو به وخامت گذاشت با پزشک مشورت نمایید.

### ۳- اختلال در تحرک جسمانی در رابطه با:

- ۱ - درد، ضعف و خستگی
- ۲ - ترس از بروز اسهال و یا تهوع
- ۳ - ترس از بروز درد قفسه سینه و حمله قلبی
- ۴ - عدم تحمل فعالیت بدلیل هایپوکسی بافتی و کاهش پرفوزیون بافت
- ۵ - اختلال در خواب و استراحت
- ۶ - درد، ضعف و خستگی
- ۷ - ترس از بروز اسهال و یا تهوع
- ۸ - ترس از بروز درد قفسه سینه و حمله قلبی
- ۹ - عدم تحمل فعالیت بدلیل هایپوکسی بافتی و کاهش پرفوزیون بافت
- ۱۰ - اختلال در خواب و استراحت
- ۱۱ - سوء تغذیه
- ۱۲ - تغییرات نورولوژیک حاصل از فقر ویتامین B12
- ۱۳ - عدم تمایل به فعالیت به دلیل ترس از افتادن
- ۱۴ - عدم تمایل به فعالیت به دلیل ترس از جابجاشدن و یا خارج شدن در نها و لوله ها و پاره شدن بخیه ها
- ۱۵ - کاهش بازدهی تنفسی و دیسپنه
- ۱۶ - کاهش بازدهی قلب و نارسایی قلب
- ۱۷ - اثرات کاهنده داروهای بیهوشی، مسکن مخدر، و شل کننده عضلانی
- ۱۸ - عدم حفظ تعادل بدن به دلیل اثرات سمی الکل روی سیستم عصبی
- ۱۹ - عدم حفظ تعادل بدن به دلیل افزایش سطح سرمی سموم نیتروژنی
- ۲۰ - عدم حفظ تعادل بدن به دلیل تغییر در مرکز ثقل بدن به دنبال آمپوتامسیون عضو
- ۲۱ - ناتوانی در کنترل پروتز
- ۲۲ - محدودیتهای حرکتی مربوط به برنامه ریزی درمانی
- ۲۳ - پیشرفت فرایندهای ناتوان کننده بیماری
- ۲۴ - اختلالات نوروماسکولار (پارزی و فلج)
- ۲۵ - فقدان حس و حرکت
- ۲۶ - کاهش قدرت عضلانی در نتیجه کاهش تعداد فیبرهای عضله و آتروفی
- ۲۷ - آهسته شدن پاسخهای فیزیکی به دلیل روند بیماری یا کهولت
- ۲۸ - کاهش تحرک مفصلی و درد مفاصل بدلیل تغییرات دژنراتیو مفاصل
- ۲۹ - عدم تحمل فعالیت به هر دلیل
- ۳۰ - وجود تراکشن

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار برای فعالیتهای جسمانی مستقل خود، احساس محدودیت نماید.

**مشخصات:** اختلال حرکت در تخت، اشکال در انتقال و تحرک، محدودیت در حرکات، محدودیت دامنه حرکتی مفاصل، کاهش قدرت عضلانی، وجود وسایل محدودکننده بیمار نظیر تراکشن، دستبندها و پابندها، اختلال در هماهنگی عضلانی، بی میلی به حرکت

#### برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار با توجه به محدودیتهای حاصل از روشهای درمانی و جراحی، حداکثر فعالیت جسمانی را داشته باشد.

#### اقدامات پرستاری:

- ۱ - عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (نظیر کاهش تحمل فعالیت، درد، تهوع، ترس از افتادن، ترس از جابه جایی لوله ها و ترس از باز شدن بخیه ها)
- ۲ - اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت انجام دهید. (مانند تنظیم دوره فعالیت و استراحت)
- ۳ - درد بیمار را طبق دستور پزشک کاهش دهید.
- ۴ - اقداماتی را جهت تسکین تهوع و استفراغ بیمار بعمل آورید.
- ۵ - زمانی اقدام به حرکت دادن بیمار نمایید که حداکثر اثرات ضد درد مسکنها وجود داشته باشد.
- ۶ - بیمار را در مقابل افتادن، حمایت کنید.
- ۷ - هنگام تحرک از پانسمانها، لوله ها و درنهای بیمار مراقبت کامل بعمل آورید.
- ۸ - بیمار را براساس اجازه پزشک و حد تحمل وی، تشویق به انجام فعالیت و شرکت در امر مراقبت از خود نمایید.
- ۹ - از همراهان بیمار برای به حرکت درآوردن بیمار کمک بگیرید.
- ۱۰ - اقداماتی جهت حفظ برون ده قلبی مناسب در بیمار بعمل آورید.
- ۱۱ - اقداماتی جهت بهبود وضعیت تنفس و اکسیژناسیون بیمار انجام دهید.
- ۱۲ - به منظور افزایش قدرت و تون عضلات، تمرینات ROM را هر ۴ ساعت بصورت اکتیو یا پاسیو انجام دهید (مگر در موارد منع)
- ۱۳ - پیش از شروع فعالیت، به بیمار استراحت کافی بدهید.
- ۱۴ - به بیمار آموزش دهید که چگونه بطور صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر استفاده کند.
- ۱۵ - اثرات درمانی و عوارض داروهای شل کننده عضلانی، مسکن ها، و داروهای بیهوشی را مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۶ - در غیر از موارد درد شدید، از مسکن های غیرمخدر استفاده کنید.
- ۱۷ - در صورتیکه قدرت تحرک بیمار افزایش پیدا نکرد، با پزشک مشورت کنید.

#### ۴- ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه، حمام کردن، لباس پوشیدن و دستشویی رفتن در رابطه با:

۱. اختلال در فعالیت جسمانی به دلیل درد، ضعف و خستگی
۲. اختلال در فعالیت جسمانی به دلیل عدم تعادل بدن
۳. محدودیت در حرکات به دلیل استفاده از تراکشن، گچ و سایر وسایل محدودکننده بیمار
۴. کاهش تحمل فعالیت در نتیجه هایپوکسی بافتی
۵. کاهش تحمل فعالیت در نتیجه سوء تغذیه
۶. کاهش تحمل فعالیت در نتیجه اختلال در خواب و استراحت
۷. اختلالات حسی و حرکتی (مثلا در CVA و MS)
۸. دیسپنه
۹. نارسایی قلبی
۱۰. ترس از بروز حمله قلبی
۱۱. کاهش سطح هوشیاری
۱۲. وجود زخم جراحی
۱۳. اختلال در حس بینایی
۱۴. اختلال در راه رفتن (aprexia)
۱۵. کوادری پلژی و همی پلژی
۱۶. اثرات کاهنده بعضی از داروها

<p>۱۷. تغییر در فرایند تفکر</p> <p>۱۸. کاهش سطح هوشیاری</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار قادر به مراقبت از خود برای حمام کردن، حفظ بهداشت، لباس پوشیدن، غذا خوردن و رفتن به دستشویی نیست.</p>
<p><b>مشخصات:</b> ناتوانی در پوشیدن لباس های ضروری، بستن دگمه یا زیپ لباس، درآوردن لباس، ناتوانی در شستن بدن، بازوبسته کردن شیرآب، تنظیم درجه حرارت آب، ناتوانی در رساندن غذا به دهان، ناتوانی در رفتن به دستشویی، نشستن روی دستشویی، حفظ بهداشت، کشیدن سیفون</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>✓ بیمار فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود را با توجه به محدودیتهايش انجام دهد.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - میزان توانایی های بیمار را در امر مراقبت از خود مورد بررسی قرار دهید.</li> <li>۲ - عواملی را که میتوانند روی توانایی های بیمار تاثیر بگذارند بررسی کنید (نظیر خستگی، ضعف، درد و...)</li> <li>۳ - بیمار را تشویق کنید تا جای ممکن بدون تکیه به کمک پرسنل پرستاری، به فعالیتهای روزمره خود بپردازد.</li> <li>۴ - مراقبتها را زمانی انجام دهید که بیمار حداکثر علاقه و توانایی را برای شرکت در آنها داشته باشد (برای مثال بعد از یک دوره استراحت، در زمانیکه حداکثر اثر داروهای مسکن وجود دارد و نه بلافاصله بعد از غذا خوردن یا اقدامات درمانی نظیر درناژ وضعیتی)</li> <li>۵ - وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس وی قرار دهید.</li> <li>۶ - به بیمار زمان کافی برای انجام مراقبت از خود بدهید.</li> <li>۷ - اقداماتی جهت افزایش تحرکات فیزیکی بیمار بعمل آورید.</li> <li>۸ - در صورتیکه بیمار هر کدام از اقدامات مربوط به مراقبت از خود را به تنهایی انجام داد به او بازخورد مثبت بدهید.</li> <li>۹ - در فعالیتهایی که بیمار توانایی انجام آنها ندارد به او کمک کنید.</li> <li>۱۰ - به سایر افراد خانواده بیمار نیز آموزش دهید که بیمار را تشویق به انجام کارهای خودش نمایند.</li> </ol>
<p><b>۵-خستگی در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - اختلال در تغذیه بافتی در نتیجه نارسایی پمپ خون</li> <li>۲ - اختلال در انتقال اکسیژن به سمت سلول های بافتی</li> <li>۳ - اختلال در خواب و استراحت در نتیجه ترس و اضطراب و ناراحتی</li> <li>۴ - افزایش مصرف انرژی در نتیجه بالا رفتن ریتم متابولیسم پایه</li> <li>۵ - افزایش مصرف انرژی به دلیل افزایش کار تنفس</li> <li>۶ - افزایش استرس روانی به دلیل سیر منفی علایم و نشانه های بیماری</li> <li>۷ - اضطراب و دپرسیون بدلیل تشخیص، روش های درمان، عوارض و پیش آگهی بیماری</li> <li>۸ - تجمع محصولات ضایعات سلولی بدلیل تخریب سلول های در معرض مواد سیتوتوکسیک با رادیوتراپی</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار دچار احساس کاهش طاقت، ظرفیت جسمانی و نیروی روانی میشود.</p>
<p><b>مشخصات:</b> احساس ناتوانی در انجام کارهای روزمره، کاهش تمرکز، خواب آلودگی، عدم علاقه به محیط اطراف، بیان احساس خستگی و بی طاقتی</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>بیمار بطور کلامی کاهش احساس خستگی را بیان کند:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- اظهار کند که انرژی اش افزایش یافته است.</li> <li>۲- تحریک پذیری روانی بیمار کاهش یافته ویا از بین برود.</li> </ol>

### اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی علایم و نشانه های خستگی و عوامل زمینه ساز مثل تغذیه ناکافی، اختلال خواب، روش های درمانی.
- ۲ - بررسی جهت شناسایی الگوی خستگی (چه زمانی از روز، با چه حد از فعالیت)
- ۳ - تنظیم برنامه استراحت بیمار: دفعات استراحت کوتاه در طول روز، کنترل محیط، تنظیم برنامه های مراقبتی، محدودیت رفت و آمد.
- ۴ - اقدامات پرستاری برای کنترل اضطراب
- ۵ - استفاده از اقدامات حمایتی برای ذخیره انرژی: نشستن روی صندلی در انجام ADL، تغییرات محیطی برای راحتی در انجام ADL
- ۶ - کاهش مصرف انرژی لازم برای هضم غذا از طریق تغذیه با حجم کم دفعات زیاد
- ۷ - حفظ درجه حرارت محیط در حد  $22^{\circ}\text{C}$
- ۸ - اقدامات لازم برای افزایش برونده قلب
- ۹ - اقدامات لازم برای حفظ اکسیژناسیون بافتی
- ۱۰ - مراقبت های عاطفی و روانی برای پذیرش بیماری، روش های درمانی

### ۶-ناتوانی در رابطه با:

- ۱ - عدم تحرک یا محدودیت حرکت
- ۲ - انزوای اجتماعی
- ۳ - خود کوچک بینی
- ۴ - موانع موجود در برقراری ارتباط
- ۵ - نحوه زندگی
- ۶ - ناآگاهی و نداشتن مهارت
- ۷ - عدم تحرک یا محدودیت حرکت
- ۸ - انزوای اجتماعی
- ۹ - خود کوچک بینی
- ۱۰ - موانع موجود در برقراری ارتباط
- ۱۱ - نحوه زندگی
- ۱۲ - ناآگاهی و نداشتن مهارت
- ۱۳ - افزایش وابستگی به دیگران جهت رفع نیازهای اولیه
- ۱۴ - ناتوانی در حرکت و کاهش قدرت تحمل فعالیت
- ۱۵ - احساس کاهش کنترل روی عملکرد بدن
- ۱۶ - تغییر در ایفای نقش، ارتباطات و برنامه ریزی آینده
- ۱۷ - اختلال در ارتباط کلامی
- ۱۸ - تغییر در فرایند درک
- ۱۹ - نیاز به بازتوانی طولی المدت
- ۲۰ - قرار گرفتن در معرض یک بیماری کشنده
- ۲۱ - اختلالات روانی
- ۲۲ - اعتیاد
- ۲۳ - تغییر شکل عضو
- ۲۴ - از دست دادن عضوی از بدن
- ۲۵ - از دست دادن عملکرد عضوی از بدن

<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار قدرت کنترل روی موقعیتهای خاص را ندارد به عبارت دیگر فرد نتایج مطلوب را از اقدامات خود بدست نمی آورد.</p>
<p><b>مشخصات:</b> بیان اینکه بیمار کنترلی روی موقعیتهای ندارد، بیان اینکه بیمار کنترلی روی پیامدها ندارد، بیمار قدرت مراقبت از خود را ندارد، عدم شرکت در مراقبت از خود و تصمیم گیری ها، وابستگی غیر عادی به دیگران برای مراقبت از خود، عصبانیت، رفتار خصومت آمیز، اضطراب، افسردگی، بی تفاوتی، عذرخواهی های غیر ضروری، ناامیدی، بی ارزش جلوه دادن نظرات خود، دودلی و تردید در مورد انجام وظایف، رفتار متغیر، آپاتی</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بیمار وضعیتهایی را که قادر است روی آنها کنترل داشته باشد شناسایی کند.</li> <li>۲. فعالانه در برنامه مراقبتی و درمانی شرکت کند.</li> <li>۳. با وجود محدودیتهایش در فعالیتهای مراقبت از خود شرکت کند.</li> </ol>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - بررسی رفتارهای حاکی از ناتوانی: بیان کلامی، عصبانیت بی جا، آپاتی، خصومت، وابستگی شدید، عدم شرکت در مراقبت از خود</li> <li>۲ - تشویق به برقراری ارتباط، بیان وضعیت خود، پرسش از وضعیت موجود و تغییرات حاصله و برنامه درمانی.</li> <li>۳ - افزایش سطح دانش و آگاهی: بیماری، درمان، روش های برقراری ارتباط، روش های مقابله مؤثر</li> <li>۴ - مشارکت بیمار در برنامه های درمانی و برنامه ریزی مراقبتی</li> <li>۵ - اقدامات پرستاری در عدم تحرک</li> <li>۶ - برنامه ریزی برای حداکثر مراقبت از خود</li> </ol>
<p><b>۷- کاهش حجم مایعات در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - افزایش دفع مایعات و الکترولیتها به دلیل استفراغ، درناژ لوله معده، اسهال</li> <li>۲ - افزایش برونده ادراری به دلیل مصرف دیورتیک ها و دیورزاسموتیک</li> <li>۳ - افزایش دفع مایعات و الکترولیتها از طریق درناژ شدید زخم، ایلئوستومی</li> <li>۴ - افزایش دفع مایعات بدلیل تعریق شدید، هایپرونتیلیاسیون، افزایش ترشحات ریوی و تنفس دهانی</li> <li>۵ - تب و افزایش میزان متابولیسم پایه</li> <li>۶ - نشست مایع به فضای سوم</li> <li>۷ - مصرف ناکافی مایعات از طریق دهان به دلیل درد، تهوع، خستگی و ترس و محدودیت های غذایی</li> <li>۸ - مصرف ناکافی مایعات از طریق دهان به دلیل خستگی، تنگی نفس، ضعف و کاهش سطح هشیاری</li> <li>۹ - کاهش جذب مایعات خوراکی در نتیجه دیسفاژی، درد دهان، حلق و ازوفاژی به دنبال شیمی درمانی</li> <li>۱۰ - کاهش جذب مایعات خوراکی در نتیجه دیسفاژی به دنبال کانسر ازوفاژ</li> <li>۱۱ - اختلال در جذب مایعات و الکترولیتها به دلیل التهاب و زخم روده کوچک</li> <li>۱۲ - عدم تعادل بین مایعات جذب و دفع شده</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار کاهش حجم مایعات را در سطح عروقی، بافتی و داخل سلولی تجربه میکند.</p>
<p><b>مشخصات:</b> تغییر در برونده ادراری، تغییر در غلظت ادرار، کاهش ناگهانی وزن، کاهش زمان پرشدگی وریدها، افزایش غلظت خون، افزایش غلظت سدیم سرم، افزایش تعداد نبض، کاهش تورگور پوستی، تشنگی، تهوع و بی اشتها، کاهش حجم یا فشار نبض، تغییر در وضعیت روانی، افزایش درجه حرارت بدن، خشکی پوست و غشاهای مخاطی، ضعف، کاهش فشار خون.</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>تعادل مایعات و الکترولیتها در بیمار حفظ شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- تورگور پوستی طبیعی شود.</li> </ol>

۲- مخاطهای موکوسی مرطوب باشد.

۳- وزن بیمار ثابت بماند.

۴- فشار خون و نبض بیمار در حد طبیعی بوده با تغییر پوزیشن ثابت باقی بماند.

۵- وزن مخصوص ادرار بین ۱۰۱۰ تا ۱۰۳۰ حفظ شود.

۶- شواهدی دال بر کانفیوژن، تحریک پذیری و خواب آلودگی وجود نداشته باشد.

۷- علایمی نظیر تشنگی شدید، ایلوس، دیس ریتمی های قلبی و ضعف عضلانی وجود نداشته باشد.

۸- اسمولالیت، سطح الکترولیتها و میزان گازهای خونی بیمار در حد طبیعی حفظ شود.

### اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی علایم هیپوولمی: کاهش تورگور پوستی، کاهش وزن، تاکیکاردی یا هیپوتانسیون، افزایش S-G ادرار
- ۲ - بررسی علایم هیپوناترمی: کرامپ های شکمی، تهوع و استفراغ، انقباض و کشش ناگهانی عضلات، ضعف و خواب آلودگی، تشنج.
- ۳ - بررسی علایم هیپوکالمی: نبض نامنظم (PVC مکرر)، ضعف عضلانی، پارستزی، تهوع استفراغ، عدم وجود صدای شکمی
- ۴ - بررسی علایم هیپوکلرمی: انقباض و کشش ناگهانی عضلات، دپرسیون تنفسی
- ۵ - بررسی علایم آلکالوز متابولیک: سرگیجه و کانفیوژن، برادی پنه، گزگز انگشتان، کشش ناگهانی عضله، تشنج
- ۶ - استفاده از مایعات مناسب در هنگام شستشوی معده
- ۷ - اقدامات لازم برای کنترل تهوع و استفراغ
- ۸ - مصرف مایعات کافی روزانه
- ۹ - تجویز مواد حاوی سدیم و پتاسیم در تغذیه

### ۸- افزایش حجم مایعات بدن در رابطه با:

- ۱ - افزایش ترشح آلدوسترون و ADH در نتیجه کاهش جریان خون کلیوی
- ۲ - افزایش ترشح آلدوسترون به دلیل ضربه، درد، داروهای بیهوشی و نارکوتیک
- ۳ - تجویز اشتباه مایعات وریدی زیاد
- ۴ - اختلال در عملکرد قلب
- ۵ - احتباس سدیم و آب در اثر نارسایی اولیگوریک کلیه
- ۶ - باز جذب مایعات از فضای سوم

**تعریف:** وضعیتی که در آن بیمار دچار احتباس و افزایش حجم مایعات میشود.

**مشخصات:** ادم محیطی، افیوژن، افزایش وزن، کوتاهی تنفس، دریافت مایعات بیشتر از دفع آن، حضور صدای S3، رال، تغییر در الگوی تنفس، تغییر در وضعیت روانی، کاهش هموگلوبین و هماتوکریت، تغییر در فشارخون، تغییر در CVP، تغییر در PAP، اتساع وریدهای گردنی، مثبت شدن رفلکس هپاتوژگولار، اولیگوری، تغییر در وزن مخصوص ادرار، ازتمی، تغییر در الکترولیتها، اضطراب

### برآیند مورد انتظار:

بیمار علایم افزایش حجم را نشان ندهد:

- ۱- وزن بیمار ثابت باشد.
- ۲- فشارخون و نبض در حد طبیعی حفظ شود.
- ۳- صدای S3 شنیده نشود.
- ۴- ۴۸ ساعت بعد از جراحی میزان جذب و دفع مایعات متعادل باشد.
- ۵- صداهای تنفسی طبیعی باشد.
- ۶- اسمولالیت و هموگلوبین و سدیم سرم در حد طبیعی باشد.
- ۷- وزن مخصوص ادرار در حد ۱۰۱۰-۱۰۳۰ حفظ شود.
- ۸- CVP در حد طبیعی باشد.
- ۹- شواهدی از دیسپنه، ادم و اتساع وریدهای گردنی وجود نداشته باشد.

### اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی علائم مسمومیت با آب: افزایش وزن، افزایش BP، زیاد بودن جذب مایع نسبت به دفع بعد از عمل، تغییر وضعیت روانی، رال، کاهش هماترکریت، هیپوتاترمی و کاهش اسمولایت خون، کاهش S.G ادرار، دیس پنه ادم محیطی، افزایش CVP، اتساع وریدهای گردنی، افزایش قطر شکم
- ۲ - ثبت جذب و دفع مایعات و جایگزینی مایعات با دقت و احتیاط
- ۳ - محدودیت مصرف مایعات و سدیم
- ۴ - پوزیشن به پشت خوابیده به تناوب جهت افزایش دیورز و شیفت مایع به فضای داخل عروقی
- ۵ - بررسی اثرات داروها: دیورتیک، اینوتروپ مثبت، وازودیلاتور، آلبومین
- ۶ - مصرف و تجویز غذاهای پر پروتئین با محدودیت نمک
- ۷ - افزایش تحرک بدنی

### ۹- تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با:

- ۱- افزایش ریت متابولیسم در نتیجه فرایند ترمیم زخم
- ۲- افزایش ریت متابولیسم در نتیجه عفونت
- ۳- افزایش ریت متابولیسم در نتیجه تغییرات هورمونی
- ۴- افزایش ریت متابولیسم در نتیجه رشد سلولهای سرطانی
- ۵- کاهش تغذیه از راه دهان در نتیجه بی اشتها، تهوع، ضعف، خستگی، و دوست نداشتن غذا
- ۶- کاهش تغذیه از راه دهان در نتیجه دیسپنه و درد
- ۷- کاهش تغذیه از راه دهان بدلیل وجود ترک گوشه لب، عفونت زبان و دهان، استئوماتیت
- ۸- بی اشتها در نتیجه کاهش فعالیت و بیبوست
- ۹- بی اشتها در نتیجه ترس و اضطراب
- ۱۰- از دست رفتن مواد غذایی در نتیجه اسهال و یا استفراغ
- ۱۱- درد دهان و دیسفاژی در نتیجه اسهال و یا استفراغ
- ۱۲- اجتناب از مصرف غذا بدلیل آنکه موجب تشدید درد معده معده می شود
- ۱۳- زود سیر شدن بدلیل کاهش فعالیت روده و معده
- ۱۴- عدم عبور مواد غذایی از دئودنوم در نتیجه گاستروژنوستومی
- ۱۵- تخلیه سریع غذا بداخل روده کوچک بدنبال گاسترکتومی
- ۱۶- اختلال در هضم غذا در نتیجه کاهش ترشح HCL بدلیل واگوتومی و برداشتن سلولهای مترشحه گاسترین و بخشی از سلولهای پاریتال در گاسترکتومی
- ۱۷- تغییر در متابولیسم چربی، پروتئین و کربو هیدرات
- ۱۸- فقر متابولیسم گلوکز و تهی شدن ذخیره چربی، پروتئین سلولی و گلیکوژن کبد بدلیل فقر انسولین
- ۱۹- هایپوگلیسمی در نتیجه بالا بودن سطح انسولین خون بیشتر از نیاز بدن
- ۲۰- سوء جذب چربی و ویتامینهای محلول در چربی بدلیل اختلال در جریان صفرا
- ۲۱- کمبود آهن در نتیجه مصرف ناکافی آهن یا سوء جذب
- ۲۲- کمبود vitB12 در نتیجه مصرف ناکافی یا سوء جذب B12
- ۲۳- کمبود اسید فولیک در نتیجه مصرف ناکافی یا اختلال جذب آن
- ۲۴- انمی
- ۲۵- اختلال در حمل و جذب مواد غذایی در نتیجه کاهش پرفیوژن بافتی
- ۲۶- تغییر در حس بویایی و چشایی
- ۲۷- محدودیت نمک، قند، چربی، و اسانس
- ۲۸- ناتوانی در خوردن مواد غذایی بدلیل لرزش و ضعف و عدم هماهنگی عضلات بدن مثلا در CVA و MS

**تعریف:** وضعیتی که بیمار مواد غذایی را کمتر از حد نیازهای متابولیک بدن دریافت می کند

**مشخصات:** کاهش وزن بیشتر از ۲۰٪ از حد ایده ال، کاهش وزن همراه با تغذیه به میزان کافی، مصرف ناکافی غذا زیر حد مورد نیاز، ضعف عضلات مورد نیاز برای جویدن و بلع، بی میلی نسبت به غذا، تغییر در حس چشایی و بویایی، احساس سیری بلافاصله بعد از مصرف غذا، درد شکمی، زخم و التهاب در حفره دهانی، اسهال یا استئاتوره، کرامپ شکمی، استفراغ، ناتوانی برای خوردن غذا، رنگ پریدگی ملتحمه و مخاطها، کاهش تون عضلات، کمبود اطلاعات در مورد مواد غذایی و یا داشتن اطلاعات غلط

**برآیند مورد انتظار:** تغذیه بیمار در حد طبیعی حفظ شود:

- ۱ - وزن بیمار به حد طبیعی برگردد.
- ۲ - مقادیر BUN، البومین، پروتئین، HB، HCT، کلسترول و لنفوسیت‌های خون به حد طبیعی برگردند.
- ۳ - قدرت و تحمل بیمار برای فعالیت افزایش یابد.
- ۴ - غشاهای مخاطی سالم باشند.

### **اقدامات پرستاری:**

۱-علائم و نشانه های سوءتغذیه را در بیمار مورد بررسی قرار دهید:

- ✓ عدم تطابق وزن با سن، قد و ساختمان بدن بیمار
- ✓ غیر طبیعی بودن مقادیر HB, HCT, BUN، البومین، پروتئین، کلسترول، لنفوسیت خون
- ✓ خستگی و ضعف
- ✓ استئوماتیت

۲-کنترل کنید که بیمار چه مقدار از غذایش را مصرف می کند .

۳-علائمی نظیر بی اشتها، سوءهاضمه، ضعف، خستگی، درد، دیسفاژی را در بیمار مورد بررسی قرار دهید.

۴-میزان اضطراب، ترس، افسردگی را در بیمار بررسی کنید.

۵-اقدامات زیر را جهت راغب کردن بیمار به تغذیه به کار بندید:

- ✓ تهوع و استفراغ را در بیمار کنترل کنید .
- ✓ قبل از شروع تغذیه مراقبتهای لازم را از دهان بیمار به عمل آورید نظیر دهانشویه
- ✓ جهت تامین علائق و نیازهای بیمار با متخصص تغذیه مشاوره کنید .
- ✓ مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار بدهید.
- ✓ جهت کنترل دیسپنه پیش از شروع تغذیه محیط اطراف بیمار را تمیز و آرام نموده تحریکات زیان آور محیطی را حذف کنید بخصوص ظرف جمع اوری خلط و رسیورهای الوده را از جلوی دید بردارید.
- ✓ به منظور تحمل بهتر رژیمهای کم نمک از سبزی ادویه جات، ابلیمو ترشی و ماست استفاده کنید.
- ✓ زمان کافی جهت تغذیه به بیمار بدهید در صورت نیاز غذا را مجددا گرم کنید.
- ✓ در صورت اجازه از اطرافیان بیمار بخواهید که مواد غذایی مورد علاقه بیمار را برای او فراهم کنند.

۶-اقدامات زیر را جهت کاهش سوءهاضمه بعمل آورید:

✓ بیمار را تشویق و کمک کنید که مکررا در تخت تغییر پوزیشن داده در اولین فرصت ممکن طبق دستور از تخت پایین بیاید و راه برود.

✓ به منظور کاهش بلعیدن هوا به بیمار آموزش دهید از جویدن اداس مکیدن آب نباتهای سفت و سیگار کشیدن خودداری کند .

✓ جهت تحریک پرستالتیسم بیمار را تشویق کنید که مایعات گرم بنوشد.

✓ به بیمار آموزش دهید از مصرف مایعات و غذاهایی که تولید گاز می کنند اجتناب نماید (نظیر غلات، حبوبات، پاپکورن، نوشابه های کربنات دار)

۷-جهت تسهیل عمل بلع اقدامات زیر را به عمل آورید :

- ✓ بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.
- ✓ به بیمار کمک کنید غذاهایی را که از نظر بلع راحت تر هستند انتخاب کند.
- ✓ بیمار را تشویق کنید که غذا را به دقت جویده روی عمل بلع خود تمرکز داشته باشد.



<p>✓ غذاهای خشک را توسط سس یا ابگوشت نرم کنید.</p> <p>۸- جهت حداقل رساندن خستگی بعد از خوردن غذا بیمار را تشویق به استراحت نمایید .</p> <p>۹- به بیمار آموزش دهید تا یک ساعت قبل و بعد از مصرف قرص آهن و یا غذاهای آهن دار از مصرف موادی که جذب آهن را دچار اختلال می کند، اجتناب نماید (انتی اسید، شیر، سبوس غلات، حبوبات)</p> <p>۱۰- میزان فعالیتهای بیمار را طبق اجازه و بر اساس تحمل وی افزایش دهید.</p> <p>۱۱- اقداماتی جهت افزایش برون ده قلبی و پرفیوژن بافتی انجام دهید.</p> <p>۱۲- در صورت نیاز میزان کالری ۷۲ ساعته بیمار را محاسبه کنید.</p> <p>۱۳- اثرات درمانی و عوارض داروهای موثر روی عمل معده و جذب ویتامینها را بررسی کنید.</p> <p>۱۴- اقداماتی جهت کنترل اسهال و استفراغ بیمار بعمل آورید.</p> <p>۱۵- از غذاهای پر کالری و پر کربو هیدرات استفاده کنید (۲۵۰۰-۳۰۰۰ کالری در روز)</p> <p>۱۶- از غذاهایی که اسید فولیک، تیامین، آهن بالا و ویتامین B12 دارد، مصرف کند.</p> <p>۱۷- در صورت عدم توفیق و یا همکاری بیمار با پزشک مشورت کنید .</p>
<p><b>۱۰- تغذیه بیشتر از نیاز بدن در رابطه با:</b></p> <p>کاهش سوخت و ساز مواد غذایی در نتیجه کاهش ریت متابولیسم</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار مواد غذایی را بیشتر از حد نیازهای متابولیک بدن دریافت می کند.</p>
<p><b>مشخصات:</b> افزایش وزن بیشتر از ۱۰٪/ایده ال بدن، چین پوستی روی عضله تری سپس بیشتر از ۱۵ میلیمتر در مردان و ۲۵ میلیمتر در زنان، الگوی مصرف نامناسب غذا</p>
<p><b>بر آیند مورد انتظار:</b></p> <p>۱ - بیمار بصورت تدریجی کاهش وزن را تجربه کند.</p> <p>۲ - وزن بیمار با در نظر گرفتن سن و قد و ساختمان بدن به حد طبیعی برسد.</p> <p>۳ - چین پوستی روی عضله تری سپس کاهش یابد .</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱- بیمار را از نظر علائم افزایش وزن کنترل کنید:</p> <p>✓ افزایش وزن بیش از ۱۰-۲۰٪ حد طبیعی</p> <p>✓ افزایش اندازه چین پوستی روی عضله تری سپس از حد نرمال</p> <p>۲- وضعیت تغذیه بیمار را هر ۲-۳ روز یکبار بررسی کرده افزایش وزن و اندازه چین پوستی روی عضله تری سپس را گزارش کنید.</p> <p>۳- مقدار مایعات و مواد غذایی مورد مصرف بیمار را مورد مشاهده و بررسی قرار دهید .</p> <p>۴- مقدار کالری مواد غذایی مورد مصرف بیمار را اندازه گیری کنید.</p> <p>۵- نتایج آزمایشات هورمونی بیمار را بررسی کنید بخصوص هورمونهای تیروئید .</p> <p>۶- جهت کاهش تدریجی وزن طبق دستور به بیمار محدودیت مصرف کالری بدهید.</p> <p>۷- به منظور کنترل کالری مصرفی نیلزهای غذایی و ترجیح بیمار با متخصص تغذیه مشورت کنید .</p> <p>۸- بر اساس اجازه پزشک و تحمل بیمار میزان فعالیت او را افزایش دهید.</p> <p>۹- اثرات درمانی و عوارض داروهای هورمونی تیروئید را روی تغییر در ریت متابولیسم بدن مورد بررسی قرار دهید.</p> <p>۱۰- در صورت عدم تغییر در وزن و یا افزایش مجدد آن با پزشک مشورت کنید .</p>
<p><b>۱۱- احتمال بروز عفونت در رابطه با:</b></p> <p>۱- در سیستم تنفسی:</p> <p>✓ تجمع ترشحات ریوی در نتیجه پاکسازی نامناسب راه هوایی، کاهش قدرت سرفه و کاهش فعالیت</p> <p>✓ کاهش مقاومت بدن نسبت به عفونت بدلیل سوء تغذیه، ضعف عمومی</p> <p>✓ استاز ترشحات ریوی در نتیجه کاهش فعالیت سیلیاری و کاهش تحرک</p>

- ✓ اختلال در عمل ماکروفاژهای آلوئولی
- ✓ مقاوم شدن ارگانیزمهای بیماریزا به داروهای ضد عفونت
- ✓ آسپیراسیون ترشحات بداخل ریه
- ۱ - سیستم کلیوی :
- ✓ دستکاری مجرای ادرار در طول جراحی
- ✓ سوند گذاری دائم یا موقت مثانه
- ✓ شستشوی مکرر مثانه
- ✓ احتباس ادرار
- ✓ استاز ادرار در نتیجه انسداد مجرا، کاهش تون مثانه و کاهش یا عدم تحرک
- ✓ کاهش مصرف مایعات
- ✓ برگشت ادرار از طریق سوند یا کیسه ادراری به داخل مثانه
- ✓ قلیایی شدن ادرار
- ✓ دپرسیون پاسخهای ایمنی بدلیل بالا بودن سطح سمومات نیتروژنی در خون
- ۲ - سیستم گوارشی:
- ✓ کاهش مقاومت بدن در نتیجه لکوپنی حاصل از عفونت ویرال و احتقان طحال (در هپاتیت و سیروز)
- ✓ زخم دیواره روده
- ✓ کاهش مقاومت عمومی بدلیل سوء تغذیه، آنمی و اختلال در تبادلات گازی
- ✓ تغییر در سیستم ایمنی بدن در نتیجه درمان طولیل مدت با کورتیکو سترئوئید ها و ایمونوسوپرسیوها
- ✓ کاهش مقاومت بدن در نتیجه کاهش عملکرد سلولهای کوپر کبد
- ✓ سوء تغذیه
- ۴-در نتیجه آنمی:
- ✓ کاهش مقاومت بدن بدلیل هایپوکسی بافتی
- ✓ کاهش ساخت لکوسیتها در آنمی مگالوبلاستیک
- ✓ تغذیه ناکافی
- ۵-در نتیجه شکستگی:
- ✓ آسیب پوستی بدلیل ورود پین یا سیم به داخل عضو
- ✓ استئومیلیت حاصل از ورود ارگانیزمهای پاتوژن از طریق زخم یا محل ورد پین و سیم
- ✓ گانگرن گازی حاصل از رشد CLOSTRIDIA در زخمهای عمیق
- ✓ تتانوس حاصل از رشد clostridium tetuni در زخمهای عمیق
- ✓ ورود ارگانیزمهای پاتوژن به زخم در حین یا بعد از عمل
- ✓ رشد ارگانیزمهای پاتوژن در محل تشکیل هماتوم در مفاصل
- ۶-در نتیجه عوامل ایمو ساپرسیو :
- ✓ سرکوب ایمنی بدنبال رادیوتراپی، شیمی درمانی و استفاده طولیل مدت از کورتیکواستروئید ها
- ✓ کاهش ساخت و افزایش کاتابولیسم ایمونوگلوبولینهای طبیعی
- ✓ کاهش ساخت لکوسیتها توسط مغز قرمز استخوان
- ✓ آسیب به عمل فاگوسیتوزی نوتروفیلها
- ۷-در نتیجه دیابت:
- ✓ سطح بالای گلوکز که عامل مناسبی برای رشد باکتری و قارچ است.
- ✓ دپرسیون عمل لکوسیتها بدلیل هایپرگلیسمی
- ✓ تاخیر در ترمیم هر نوع زخم پوستی

**تعریف:** وضعیتی که در آن بیمار در معرض صدمه توسط ارگانیزمهای پاتوژن قرار می گیرد.

**مشخصات:** حضور ریسک فاکتورهایی نظیر از بین رفتن تمامیت پوست، صدمه بافتی، کاهش فعالیت سیلیاری در ریه، استاز مایعات بدن، تغییر در پرستالتیسم، کاهش HB، لکوپنی، سرکوب پاسخهای التهابی، ایمنونوسوپرشن، سطح ایمنی ناکافی، بیماریهای مزمن، روشهای تهاجمی درمانی و تشخیصی، سوء تغذیه، عوامل دارویی، تروما، پارگی پرده آمیون، عدم حفظ بهداشت

**بر آیند مورد انتظار:** بیمار علائم عفونت را از خود نشان ندهد:

- ۱ - عدم حضور تب و لرز
- ۲ - تعداد نبض بین ۶۰-۱۰۰ ضربه در دقیقه
- ۳ - طبیعی بودن صداهای تنفسی و عدم حضور صداهای غیر طبیعی
- ۴ - طبیعی بودن وضعیت روانی
- ۵ - عدم حضور قرمزی، التهاب، درناژ و بوی غیر طبیعی در هر منطقیهای که دچار آسیب پوستی شده باشد.
- ۶ - سلامت غشا موکوسی دهان
- ۷ - عدم حضور هر نوع ترشح واژینال
- ۸ - دفع ادرار شفاف، زرد، بدون تکرر، فوریت و سوزش
- ۹ - طبیعی بودن مقادیر WBC و تقسیمات آن ۳-۵ روز بعد از صدمه
- ۱۰ - منفی بودن نتایج کشتها

#### **اقدامات پرستاری:**

- ۱ - علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی کنید:
  - ✓ افزایش درجه حرارت بدن
  - ✓ بروز لرز
  - ✓ افزایش تعداد تنفس
  - ✓ افزایش تعداد نبض به بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه
  - ✓ حضور صداهای غیر طبیعی تنفسی
  - ✓ قرمزی، تورم، التهاب، درناژ و بوی غیر طبیعی در هر منطقه ای که آسیب پوستی وجود دارد.
  - ✓ افزایش ترشحات ریوی خروج ترشحات بد بو و حجیم از واژن همراه با خارش
  - ✓ کدورت و بوی بد ادرار
  - ✓ تکرر، سوزش و احساس فوریت در دفع ادرار
  - ✓ التهاب یا زخم در غشا موکوسی دهان
  - ✓ افزایش شمارش WBC و تغییرات مهم در تقسیمات آن
- ۲- طبق دستور اقدام به تهیه نمونه کشت از خون، خلط، ادرار، ترشحات واژن و زخم نمایید.
- ۳- اقدامات زیر را جهت کاهش خطر بروز عفونت بکار بندید.
  - ✓ از روش صحیح شستشوی دستها استفاده کنید.
  - ✓ در کلیه روشهای تهاجمی نظیر تزریقات و وارد کردن سوندها نکات استریل را دقیقاً رعایت کنید .
  - ✓ روزانه حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات به بیمار تجویز نمایید مگر در موانع منع
  - ✓ بیمار را از سایر افراد عفونی حفظ و جدا کنید.
  - ✓ دقت کنید که تغذیه بیمار در حد ایده ال باشد.
  - ✓ بین استراحت و فعالیت بیمار تعادل برقرار کنید.
- ۴- اقدامات زیر را جهت جلوگیری از بروز عفونت در هر نوع زخمی بکار برید:
  - ✓ به روند طبیعی ترمیم زخم توجه کنید .
  - ✓ از بیمار بخواهید از دستکاری و لمس زخم و پانسمان اجتناب نماید .
  - ✓ هنگام تعویض پانسمان از روش استریل استفاده کنید.
  - ✓ در حضور زخمهای حاصل از صدمات اتفاقی اقدام به تزریق توکسوئید کزاز نمایید .

- ✓ به جریان درناژ از درنهای خارج شده از ناحیه زخمها توجه کنید.
  - ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد عفونت را مورد بررسی قرار دهید .
  - ✓ از بیمار و خانواده او حمایت روانی به عمل آورید.
- ۵- اقدامات زیر را جهت پیشگیری از عفونت ریوی بعمل آورید :
- ✓ به بیمار آموزش دهید که تا زمانی محدودیت حرکت دارد هر دو ساعت در تخت بچرخد و سرفه و تنفس عمیق انجام دهد.
  - ✓ به بیمار آموزش دهید هر دو ساعت از اسپیرومتر استفاده کند.
  - ✓ فعالیتهای بیمار را طبق تحمل او و اجازه پزشک افزایش دهید.
  - ✓ بیمار را جهت حفظ بهداشت دهان کمک کنید .
  - ✓ بیمار را تشویق کنید که از کشیدن سیگار اجتناب کند.
- ۶- اقدامات زیر را جهت پیشگیری از بروز عفونت ادراری بعمل آورید :
- ✓ از احتباس و استاز ادرار در مثانه جلوگیری کنید.
  - ✓ جهت حفظ اسیدیته ادرار در حد طبیعی اقدامات زیر را انجام دهید:
  - ✓ PH ادرار را روزانه کنترل کنید که بالاتر از ۶ نباشد.
  - ✓ فعالیتهای عضلانی را در بیمار تقویت کنید.
  - ✓ بیمار را به افزایش مصرف غذاها یا مایعاتی که ایجاد اسید می کنند نظیر گوشت، تخم مرغ، ماهی، آب الو، مرغ، انگور، حبوبات تشویق نمایید .
  - ✓ به بیماران زن آموزش دهید بدنبال دفع ادرار یا مدفوع خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کنند .
  - ✓ جهت سوند گذاری مثانه از روش استریل استفاده کنید.
  - ✓ بهتر است برای سوند گذاری طولانی مدت بجای سوند های لاتکس از سوندهای سیلیکونی استفاده کنید .
- در حضور سوند دائم ادراری :
- ✓ سوند را با چسب روی شکم یا ران بیمار ثابت کنید تا خطر کشیدگی به حداقل برسد.
  - ✓ محل خروج کاتتر از مجرا را از وجود ترشحات موکوسی پاک کنید.
  - ✓ کیسه ادرار را پایین تر از سطح مثانه قرار دهید تا از برگشت ادرار از کیسه به مثانه جلوگیری گردد.
  - ✓ سوند را هر سه هفته و یا طبق روتین بخش تعویض نمایید .

## ۱۲- احتمال بروز صدمه و تروما در رابطه با:

۱. ضعف و خستگی
۲. ضعف ناش از کاهش اکسیژناسیون و پر فوزیون بافتی
۳. ضعف ناشی از آنمی
۴. ضعف ناشی از عدم تعادل الکترولیتی و سوء تغذیه
۵. سرگیجه ناشی از هایپوتانسیون وضعیتی
۶. حضور لوله ها و ابزار های محدود کننده بیمار
۷. اختلالات حسی و حرکتی
۸. سوختگی یا بریدگی حاصل از اختلالات حسی
۹. احتمال بروز تشنج
۱۰. اثرات کاهنده داروهای نظیر نارتیکها، شل کننده های عضلانی
۱۱. ناتوانی یا اشتباه در استفاده از پروتز
۱۲. تغییر در مرکز ثقل بدن ناشی از قطع عضو
۱۳. کاهش هوشیاری نسبت به آسیبهای محیطی

**تعریف:** وضعیتی که در آن بیمار در معرض صدمات بافتی ناشی از سقوط، سوختگی، بریدگی، و عوارض پاتولوژیک بیماریها قرار می گیرد.

**مشخصات:** وجود ریسک فاکتورهای نظیر: ضعف، کاهش حس بینایی، کاهش حس لامسه و درجه حرارت، اختلال در ایجاد تعامل با محیط، کاهش هماهنگی در عضلات بزرگ یا کوچک، کاهش هماهنگی دست و چشم، اختلالات شناختی یا روانی، مسمومیتها

### برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار دچار صدمات حاصل از سقوط، سوختگی و عوارض پاتولوژیک بیماریها نشود.

### اقدامات پرستاری:

- ۱- بیمار را از نظر وجود خطر آسیب مورد بررسی قرار دهید (ضعف، خستگی، هایپو تانسیون وضعیتی، استفاده از مخدر، سداتیو و شل کننده عضلانی، وصل بودن لوله های بلند به بیمار)
- ۲- خطرات محیطی را که ممکن است بیمار را تهدید کند مورد بررسی قرار دهید (نظیر لغزنده بودن زمین، نداشتن حفاظ تخت)
- ۳- اقدامات زیر را جهت جلوگیری از سقوط بیمار انجام دهید:
  - ✓ زمانیکه بیمار در تخت است نرده های کنار تخت را بالا بکشید.
  - ✓ وسایل مورد نیاز را در دسترس بیمار قرار دهید.
  - ✓ از بیمار بخواهید در صورت نیاز برای کارهای خود کمک بخواهد.
  - ✓ زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.
  - ✓ به بیمار آموزش دهید از دمپایی هایی با کفه مناسب و پاشنه کوتاه استفاده کند.
  - ✓ ابزارهای اضافی را از اتاق خارج کنید.
  - ✓ لوله و ابزارهایی که به بیمار متصل است طوری پوزیشن دهید که مانع حرکت بیمار نشود.
  - ✓ بیمار را به آرامی از وضعیت خوابیده به حالت نشسته یا ایستاده در آورید تا دچار افت فشار خون وضعیتی نشود.
  - ✓ به بیمار در راه رفتن کمک کنید.
  - ✓ هنگام حرکت کردن به بیمار وقت کافی بدهید و او را هل ندهید.
  - ✓ از فعالیت هایی که نیاز به قدرت عضلانی بیشتر دارد اجتناب کنید.
- ۴- در صورتیکه بیمار کانفیوز یا آژیته است اقدامات زیر را به عمل آورید:
  - ✓ مکرراً بیمار را نسبت به محیط اطراف خود آشنا کنید.
  - ✓ بیمار را دائماً تحت نظر قرار دهید (حتی توسط یکی از همراهانش)
  - ✓ در صورت لزوم دستها و پاها را توسط دستبند به تخت ببندید.
  - ✓ کلیه اقدامات مربوط به جلوگیری از سقوط از تخت را به کار بسته به خانواده بیمار آموزش دهید.
- ۵- جهت پیشگیری از بروز سوختگی اقدامات زیر را انجام دهید:
  - ✓ غذا و مایعات گرم را قبل از سرو کردن سرد کنید.
  - ✓ هنگام سیگار کشیدن بیمار را تحت نظر قرار دهید.
  - ✓ به همراهان بیمار آموزش دهید پیش از حمام کردن درجه حرارت آب را کنترل کنند.
- ۶- در صورتیکه بیمار از پروتز استفاده می کند:
  - ✓ در حرکت کردن با پروتز و جابجایی به بیمار کمک کنید.
  - ✓ روش استفاده از چوب زیر بغل و واکر را به بیمار آموزش دهید.
- ۷- جهت افزایش برون ده قلبی و جریان خون مغز اقدامات لازم را بعمل آورید.
- ۸- جهت افزایش قدرت و تحمل فعالیت آموزشهای لازم را به بیمار بدهید.
- ۹- بیمار و خانواده او را در اقدامات مراقبتی سهیم کنید.
- ۱۰- در صورت بروز آسیب اقدامات اولیه را بعمل آورده سپس پزشک را مطلع سازید.

<p><b>۱۳-احتمال بروز مسمومیت در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱-عدم رعایت نکات ایمنی در مورد داروها وسموم</li> <li>۲-فقدان آموزشهای ایمنی در مورد داروها وسموم</li> <li>۳-اختلالات روانی یا هیجانی</li> <li>۴-مصرف داروها و الکل با هم</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن فرد بیش از شرایط عادی در معرض خطر تماس یا خوردن داروها یا مواد خطرناک و مسمومیت قرار می گیرد .</p>
<p><b>مشخصات:</b>اختلالات بینایی،اختلالات شنوایی،اختلالات بویایی،اختلالات روانی و هیجانی،تغییر در وضعیت تحرک،خستگی،درد،هیپوتانسیون وضعیتی،تهوع و استفراغ،سنکوپ،هایپوگلیسمی</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱-مددجو و خانواده آموزشهای لازم در مورد رعایت نکات ایمنی را دقیقاً کسب کنند.</li> <li>۲-مددجو و خانواده او خطرات ناشی از مصرف نادرست داروها و سموم را توضیح دهند.</li> </ol>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- میزان اطلاعات مددجو را در مورد صدمات ناشی از مصرف داروها و سموم بررسی کنید .</li> <li>۲-میزان اطلاعات مددجو را در مورد رعایت نکات ایمنی مورد بررسی قرار دهید .</li> <li>۳-علاوم مربوط به مسمومیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید (مشخصات مسمومیت )</li> <li>۴-در صورت وجود علائم مسمومیت بیمار را سریعاً به مرکز مسمومین ارجاع دهید.</li> <li>۵-آموزشهای لازم را به خانواده و مددجو در مورد حفظ مواد سمی دور از دسترس اطفال بدهیم.</li> <li>۶-روش استفاده از انتی دوتهای داروها و سموم را به والدین آموزش دهید.</li> <li>۷-به خانواده کمک کنید مواد خطرناک و آسیب رسان را در منزل شناسایی کنند.</li> </ol>
<p><b>۱۴-اختلال در آرامش به دلیل تهوع و استفراغ در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱-تحریک واگ و یا سمپاتیک در نتیجه تحریک احشاء بدلیل دیستانسیون شکم</li> <li>۲ - تحریک واگ و یا سمپاتیک در نتیجه احتقان عروق قلب و مجاری گوارشی</li> <li>۳ - تحریک واگ و یا سمپاتیک در نتیجه تحریک گیرنده های ویرال قلب</li> <li>۴ - تحریک واگ و یا سمپاتیک در نتیجه التهاب پانکراس</li> <li>۵ - تحریک شیمیایی مرکز استفراغ در نتیجه مسمومیت دارویی</li> <li>۶ - تحریک شیمیایی مرکز استفراغ در نتیجه افزایش سطح سرمی سمومات نیتروژنی</li> <li>۷ - تحریک شیمیایی مرکز استفراغ در نتیجه اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل اسید -باز</li> <li>۸ - تحریک کورتیکال بدلیل درد،ترس و اضطراب</li> <li>۹ - افزایش فشار داخل جمجمه</li> <li>۱۰-بوی خلط و درمان با ائروسولها</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار احساس سنگینی در شکم،حالت اشوب و تمایل به استفراغ را تجربه می کند.</p>
<p><b>مشخصات:</b>احساس ناراحتی در شکم ،تمایل به استفراغ،بی اشتهایی،تعریق،افزایش ترشح بزاق،لرز،رنگ پریدگی،بروز استفراغ</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - بیمار حالت تهوع و استفراغ را نداشته باشد .</li> <li>۲ - بگوید که حالت تهوع ندارد .</li> <li>۳ - استفراغ نداشته باشد.</li> </ol>

## اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های ایجاد تهوع و استفراغ را در بیمار مورد بررسی قرار دهید (نظیر دیستانسیون شکم، درد، ترس، اضطراب، سردرد، افزایش فشار خون، مصرف غذاها یا داروهای خاص)
  - ۲- اقداماتی جهت کاهش تجمع مایع و گاز در روده و معده بعمل آورید .
  - ۳- درد بیمار را تسکین دهید.
  - ۴- اقداماتی جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار انجام دهید.
  - ۵- مناظر و بوهای نامطبوع را از محیط اطراف بیمار حذف کنید.
  - ۶- بیمار را تشویق کنید که هنگام تهوع به آرامی نفس عمیق بکشد .
  - ۷- به بیمار آموزش دهید به آرامی تغییر پوزیشن دهد.
  - ۸- به بیمار جهت حفظ بهداشت دهان هر ۲ ساعت قبل از تغذیه یا بعد از استفراغ کمک کنید.
  - ۹- بعد از فیزیوتراپی ریه به بیمار دهانشویه بدهید.
  - ۱۰- جهت تخلیه خلط به بیمار ظرف در دار بدهید و هنگام صرف غذا انرا بردارید.
  - ۱۱- اقداماتی جهت افزایش برون ده قلبی و کاهش احتقان عروقی بعمل آورید.
  - ۱۲- سطح الکترولیت های خون را کنترل کنید.
  - ۱۳- بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد .
  - ۱۴- اقداماتی جهت کنترل هایپر تانسیون و افزایش مقاومت عروق انجام دهید :
- ✓ کنترل اثرات درمانی و عوارض داروهای کاهنده BP (دیورتیکها، مهارکننده های ادرنرژیک ،وازدیلاتورها، مهارکننده های انژیو تانسین، کلسیم بلوکر ها)
- ✓ کاهش ترس و اضطراب
- ✓ افزایش میزان استراحت
- ✓ عدم مصرف غذاهای پر کافئین
- ✓ محدود کردن مصرف سدیم و مایعات طبق دستور
- ۱۵- اقداماتی جهت کنترل سردرد بیمار به عمل آورید.
- ۱۶- هنگام شروع تغذیه از راه دهان:
- ✓ تغذیه را با مایعات صاف شده به مقدار کم آغاز کرده در صورت تحمل غذاهای نرم را تجویز کنید.
- ✓ مواد غذایی را با وعده های زیاد (۵ وعده ای) و به مقدار کم به بیمار بدهید.
- ✓ به بیمار آموزش دهید اب و غذا را به آرامی بخورد .
- ✓ از بیمار بخواهید از خوردن غذاهایی که موکوس معده را تحریک می کند اجتناب کند.
- ✓ بیمار را تشویق کنید در هنگام تهوع غذاهای خشک را مصرف کند از نوشیدن مایعات همراه با غذا خودداری کند.
- ✓ به بیمار آموزش دهید بعد از مصرف غذا در حالی که سر تخت بالا است استراحت کند.
- ۱۷- اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد استفراغ مثل متوکلو پرامید را مورد بررسی قرار دهید .
- ۱۸- در صورت تداوم تهوع و استفراغ با پزشک مشورت کنید.

## ۱۵- اختلال در آرامش به دلیل اتساع شکم و درد حاصل از تجمع گاز در رابطه با:

- ۱ - کاهش پرستالتیسم به دلیل بدکاری روده ها در طول جراحی شکم، اثرات کاهنده داروهای بیهوشی و مصرف مسکن های مخدر
- ۲ - کاهش فعالیت
- ۳ - کاهش سطح پتاسیم خون

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل تجمع مایع یا گاز در دستگاه گوارش، احساس ناراحتی، پری شکم و درد شکم دارد.

**مشخصات:** اتساع و افزایش محیط شکم، درد شکم ناشی از تجمع گازها در روده، احساس پری در شکم ، کاهش صداهای روده ای.

## برآیند مورد انتظار:

بیمار علائم برطرف شدن دیستانسیون و درد حاصل از تجمع گاز را نشان دهد:

۱- بیان کند که احساس پری و درد شکمی برطرف شده است.

۲- حالت فشردگی عضلات صورت و بدن بیمار برطرف شود.

۳- محیط دور شکم کاهش یابد.

۴- صداهای شکم طبیعی باشند.

## اقدامات پرستاری:

۱- بررسی اظهارات بیمار در مورد احساس پری شکم و درد ناشی از تجمع گاز در روده ها

۲- توجه به علائم غیرکلامی ناشی از اتساع شکم و درد (چنگ زدن به ملافه، حساسیت به لمس شکم، نا آرامی، فشردگی عضلات صورت)

۳- بررسی افزایش صدای تمپان در دق شکم

۴- کنترل مقدار پتاسیم سرم خون و اطلاع به پزشک

۵- تشویق بیمار به تغییر پوزیشن

۶- پایین آوردن بیمار از تخت طبق دستور

۷- آموزش به بیمار برای اجتناب از اقداماتی که موجب بلع هوا می شوند مانند آدامس جویدن و سیگار کشیدن

۸- اطمینان از باز بودن لوله معده یا روده در صورت وجود

۹- در صورت شروع مجدد تغذیه از راه دهان قطع مجدد آن و NPO کردن بیمار

۱۰- در صورت اجازه برای تغذیه از راه دهان، آموزش بیمار برای اجتناب از مصرف نوشابه های گاز دار و غذاهای نفاخ مثل غلات و حبوبات

۱۱- آموزش بیمار برای دفع گاز در هر زمان که احساس آن را داشت

۱۲- مشورت با پزشک در مورد گذاشتن رکتال تیوب و یا انجام انما

۱۳- اجتناب از تجویز مسکنهای مخدر پس از اتمام دوره حاد بعد از عمل

۱۴- استفاده از داروهای نظیر متوکلوپرامید و بیزاکودیل جهت افزایش تحریک معدی - روده ای با تجویز پزشک

۱۵- مشورت با پزشک در صورت برطرف نشدن علائم دیستانسیون و درد شکمی

## ۱۶- اختلال در آرامش به دلیل سکسکه در رابطه با:

۱. تحریک عصب فرنیک و واگ در نتیجه دیستانسیون معده شکم، یا تومور شکمی

۲. تحریک عصب فرنیک و واگ در نتیجه لوله های درناژ شکمی

۳. تحریک عصب فرنیک و واگ در نتیجه بدکاری پیسمیکر قلبی



**تعریف:** وضعیتی است که در آن آرامش و استراحت بیمار به دلیل سکسکه های مکرر و متناوب برهم می خورد

**مشخصات:** سکسکه های مکرر و متناوب

**بر آیند مورد انتظار:**

✓ بیمار حالت سکسکه را تجربه نکند.

**اقدامات پرستاری:**

۱- بررسی وقوع سکسکه و تعداد دفعات آن در بیمار

۲-انجام اقدامات زیر جهت جلوگیری از تحریک عصب فرنیک :

✓ انجام اقداماتی جهت کاهش تجمع مایع و گاز در معده ورودی

✓ آموزش به بیمار جهت اجتناب از نوشیدن مایعات بسیار گرم یا بسیار سرد برای جلوگیری از رفلکس تحریک عصب فرنیک  
وواگ

✓ ثابت کردن لوله ها و درن های شکمی و معدی و حداقل رساندن حرکت لوله ها

۳-انجام اقدامات زیر برای کنترل سکسکه در صورت وقوع :

✓ از بیمار بخواهید چند نفس عمیق بکشد .

✓ به بیمار بگویید درون کیسه یا پاکت تنفس کند.

✓ از بیمار بخواهید تاجای ممکن نفس خود را نگه دارد.

✓ درحالی که چشمهای بیمار بسته است، با انگشت به مدت چند دقیقه روی پلک های او را فشار دهید.

✓ یک قاشق چای خوری شکر به بیمار بدهید.

✓ از بیمار بخواهید درحالی که نفس خود را نگه داشته است ، آب بنوشد.

✓ اثرات درمانی و عوارض آرام بخش ها و فنوتیازین ها بررسی کنید.

۴-بررسی عملکرد پیسمیکر قلبی

۵- مشورت با پزشک در صورت تداوم سکسکه

۶-آمادگی برای کمک به انجام اقدامات زیر توسط پزشک :

✓ لاواژ یا ساکشن معده جهت کاهش دیستانسیون شکم

✓ خارج کردن لوله ها و درن های شکمی معدی

✓ تنفس CO2

✓ چرخش آرام سند ساکشن بعد از وارد کردن به حلق

✓ بلوک عصب واگ

**۱۷-اختلال در آرامش به دلیل خارش در رابطه با:**

۱-خشکی پوست در نتیجه کاهش حجم مایعات

۲-تجمع بیلیروبین در زیر پوست به دلیل انسداد جریان صفرا

۳-خشکی پوست به دلیل اثرات سمی داروها روی غدد سباسه و عرق

۴-تجمع کریستال های فسفات کلسیم در بافت زیر جلد

۵-حضور کریستالهای اوره در سطح پوست ( شبنم اورمیک) بدلیل بالا بودن سمومات نیتروژنی در خون

**تعریف:** وضعیتی است که دران بیمار احساس نا خوشایند تحریک پوستی رابه صورت خارش یا سوزش تجربه می کند.

**مشخصات:** پنجه کشیدن بیمار روی ناحیه، بیان احساس خارش از طرف بیمار ، خستگی ، ایجاد اریتم در ناحیه ، نا آرامی و تحریک پذیری، برآمدگی منطقه ، ایجا د لزیون ها یا خراشهای ناشی از خاراندن روی ناحیه

**بر آیند مورد انتظار:**

بیمار احساس خارش نداشته باشد :

۱-بگوید که احساس خارش ندارد.

۲-اثرات ناشی از خاراندن روی سطح پوست مشاهده نشود .

## اقدامات پرستاری:

۱- بررسی خصوصیات ، محل و علائم وجود خارش

۲- مشاهده ی اثرات ناشی از خاراندن روی سطح پوست

۳- بررسی عواملی که موجب کاهش یا افزایش احساس خارش می شوند

۴- بررسی علل احتمالی ایجاد خارش

۵- انجام اقدامات زیر به منظور خلاصی از خارش :

- ✓ استفاده از کمپرسهای سرد و مرطوب روی ناحیه جهت ایجاد انقباض عروقی
- ✓ استفاده از امولسیون های مرطوب کننده جهت جلوگیری از خشکی پوست
- ✓ آموزش بیمار در مورد استفاده از آب نیم گرم و صابون ضعیف برای استحمام
- ✓ خشک کردن پوست بدن پس از شستشو
- ✓ تشویق بیمار به استفاده از فعالیت های سرگرم کننده جهت انحراف فکر
- ✓ آموزش روشهای آرام سازی به بیمار در صورت لزوم
- ✓ آموزش بیمار در مورد لزوم پوشیدن لباسهای نخی
- ✓ استفاده از روشهای جایگزین خاراندن در ناحیه ( نظیر فشار، ماساژ، لرزش )
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض آنتی هیستامین ها و ولوسيون های ضد خارش

۶- در صورت هایپر کلسمی :

- ✓ آموزش بیمار در مورد عدم استفاده از غذاهای حاوی کلسیم
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای زیر:
- ✓ کلسی تونین ( جهت افزایش باز جذب کلسیم به استخوان)، اتا کربنیک اسید و فورسماید ( جهت افزایش دفع کلیوی کلسیم ، کورتیکو استروئید ها ( جهت افزایش دفع کلیوی کلسیم و کاهش جذب کلسیم از روده ها) ، میترامایسین ( جهت محدود کردن برداشت کلسیم از روی استخوان )
- ✓ آماده کردن بیمار برای دیالیز در صورت لزوم

۷- در صورت هایپر فسفاتمی :

- ✓ آموزش بیمار جهت اجتناب از غذاهای حاوی فسفر مانند ماهی، گوشت قرمز، شیر، تخم مرغ و غلات
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای باندشونده با فسفات ها مانند هیدروکسید آلومینیوم و ژل کربنات آلومینیوم

۸- در صورت افزایش سمومات نیتروژنی در خون :

- ✓ کنترل تهوع و استفراغ بیمار
- ✓ مشورت با پزشک قبل از تجویز داروهای نظیر آمینوگلیکوزید ها، سولفانامیدها و ضد التهابی های غیر استروئیدی
- ✓ استفاده از رژیم های غذایی که کاتابولیسم پروتئین را در بدن کاهش دهد ( محدودیت پروتئین)

۹- پاک کردن شبنم اورمیک از سطح پوست توسط آب و صابون

۱۰- مشورت با پزشک در صورت بدتر شدن وضع بیمار

## ۱۸- اختلال در آرامش به دلیل سردرد در رابطه با :

۱- افزایش فشار عروق مغز در نتیجه ی هایپر تانسیون شدید

۲- افزایش ICP در نتیجه گشادی عروق جمجمه

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار ناراحتی و درد شدید را در نواحی مختلف سر تجربه و گزارش می کند.

**مشخصات:** درد ضربان دار پس سر ( در هایپر تانسیون،) درد بالای حدقه ی چشم و شقیقه ها، حالت تهوع ، افتادگی پلک چشم ، بی میلی برای حرکت دادن سر ، فشردن شقیقه ها ، اجتناب از نور و صدا، اسپاسم عضلات صورت و بدن ، آهسته صحبت کردن ، ناتوانی در تمرکز

### بر آیند مورد انتظار:

بیمار علائم سردرد را نداشته باشد:

۱- بگوید که سردرد ندارد.

۲- حالت فشردگی عضلات صورت و بدن از بین برود در فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود شرکت کند .

### اقدامات پرستاری:

۱- بررسی پاسخ های معمول بیمار نسبت به درد

۲- بررسی علائم غیر کلامی سردرد (بی میلی برای حرکت دادن سر، فشار دادن سر، اجتناب از نور و صدا، چنگ زدن به ملافه ها، ممشت کردن دست ها)

۳- بررسی عواملی که سردرد را تشدید یا تعدیل می کند (مثل پوزیشن های مختلف )

۴- سوال از بیمار در مورد خصوصیات ، نوع ، محل و شدت سردرد

۵- انجام اقدامات جهت کاهش مقاومت عروقی و کنترل هایپر تانسیون

۶- انجام اقداماتی جهت به حداقل رساندن تحریکات محیطی:

✓ ایجاد یک محیط آرام و کم صدا

✓ ملایم کردن نور

✓ محدود کردن زمان و تعداد ملاقات ها

۷- اجتناب از دادن حرکات سریع ، تکان و تغییر وضعیت ناگهانی به بیمار

۸- انجام اقدامات غیر دارویی زیر برای رهایی از درد :

✓ گذاشتن پارچه سرد روی سر

✓ ماساژ پشت و گردن

✓ بالا بردن سر

✓ استفاده از روش های آرام سازی

✓ استفاده از روش هدایت تصورات

۹- بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای مسکن روی بیمار

۱۰- مشورت با پزشک در صورت عدم تسکین درد

## ۱۹- درد

**درد ناحیه عمل در رابطه با:**

۱- صدمه بافتی و اسپاسم رفلکسی عضلات در نتیجه عمل جراحی

**درد قفسه سینه در رابطه با:**

۱- کاهش اکسیژناسیون میوکارد

۲- کاهش پرفیوژن ریوی در ناحیه ای که دچار آمبولی شده است.

۳- ترومای حاصل از جراحی و یا حوادث

۴- وجود CHEST TUBE در قفسه سینه

۵- کشش عضلات کمکی تنفس و سرفه شدید در نتیجه آسم

۶- درد پلورتیک در نتیجه التهاب پلورای پریتنال

۷- درد پستان و زیر بغل در نتیجه فشار غدد لنفاوی بزرگ شده (در بدخیمی ها)

**درد شکمی در رابطه با:**

۱- التهاب و ادم ناحیه زخم معده، درد ناحیه اپی گاستر

۲- ایجاد کرامپ در نتیجه التهاب و زخم روده کوچک

۳- ادم و دیستانسیون کبد، اسپاسم مجاری صفراوی و دیستانسیون پریتون به دلیل تجمع زیاد مایعات در نواحی فوقانی شکم

۴- التهاب و دیستانسیون پانکراس و انسداد اسپاسم مجاری پانکراتیک و صفراوی، در ناحیه اپیگاستر، پشت، پهلوها و شانه ها

۵- دیلاتاسیون، ترومبوز، یا پرخونی عروق هموروئید در ناحیه ی انال و رکتال

**درد استخوانها و مفاصل در رابطه با :**

۱- شکستگی استخوان، صدمه بافت نرم و اسپاسم عضله در ناحیه صدمه دیده

۲- تغییرات دژنراتیو در غضروف های مفاصل

۳- تجمع مایع و یا هماتوم در فضای مفصلی

## درد و پاراستزی در اندامها در رابطه با :

۱- نوروپاتی محیطی و نارسائی عروق محیطی ( نظیر دیابت و ام اس )

۲- فشار استخوان شکسته ، بانداژ و گچ روی عصب و عروق دیستال نسبت به ناحیه آسیب دیده

۳- نوروپاتی محیطی حاصل از تغییرات الکترولیتی ( کمبود کلسیم و کالوز )

۴- بالابودن سطح سرمی سمومات نیتروژنی در نارسایی کلیه

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار احساس ناراحتی شدید را تجربه می کند.

**مشخصات:** بروز رفتارهای کلامی و غیر کلامی برای بیان درد ، محافظت از ناحیه دردناک ، متمرکز شدن روی خود ، تغییر در تن عضلات ، بروز پاسخ های اتونومیک در دردهای حاد ( تعریق ، تغییر در نبض ، تنفس ، فشارخون ، گشادی مردمک ) ، گارد گرفتن در مقابل لمس ناحیه

### بر آیند مورد انتظار:

بیمار علائم رهایی از درد را نشان دهد:

۱- بیان کند که درد ندارد .

۲- حالت انقباض و فشردگی در صورت و بدن از بین برود .

۳- بیمار در فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود شرکت کند .

۴- علائم حیاتی بیمار ثابت باشد.

۵- الگوی تنفس بیمار طبیعی شود.

### اقدامات پرستاری:

۱- بررسی پاسخ های معمول بیمار نسبت به درد

۲- بررسی علائم غیر کلامی حضور درد ( انقباض عضلات صورت ، مشت کردن دست ، چنگ زدن ، بی میلی برای حرکت ، نارامی ، تعریق ، رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت ، تغییر در فشارخون ، تاکی کاردی ، تغییرات تنفسی )

۳- توضیح خواستن از بیمار در مورد کیفیت ، محل و انتشار درد

۴- بررسی عواملی که منجر به تشدید یا بهبود درد می شود

۵- انجام اقدامات زیر برای رهایی از درد

✓ زدن مسکن به بیمار طبق دستور پیش از آنکه درد شدید شود ، و نیز قبل از انجام هر نوع اقدام درد ناک ( نظیر پانسمان یا شستشوی زخم )

✓ انجام اقدامات لازم جهت کاهش ترس و اضطراب

۶- انجام اقدامات غیر دارویی زیر برای رهایی از درد:

✓ ماساژ پشت

- ✓ تغییر پوزیشن
- ✓ استفاده از روشهای آرام سازی
- ✓ هدایت تصورات ذهنی
- ✓ آموزش بیمار درمورد اینکه هنگام سرفه کردن، چرخیدن و تنفس عمیق توسط یک بالش و یابادست روی ناحیه ی انسریون را بگیرد
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای مسکن بر روی بیمار

۷-انجام اقدامات زیر جهت تسکین درد قفسه سینه :

- ✓ بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار داده ، به او استراحت مطلق بدهید.
- ✓ طبق دستور برای بیمار اکسیژن تجویز کنید.
- ✓ به منظور تسکین درد قلبی از داروهای گشادکننده عروق ( TNG ) استفاده کنید.
- ✓ در صورت عدم تسکین درد طی ۱۰الی ۱۵ دقیقه طبق دستور از مسکن مخدر استفاده کنید.
- ✓ به بیمار آموزش دهید از انجام مانورهای والسالوا اجتناب کند ( مثل حبس کردن نفس حین حرکت و یا گرفتن پوزیشن اجابت مزاج)
- ✓ مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار بدهید.
- ✓ به بیمار آموزش دهید که از غذاهای کافئین دار مثل قهوه ، کولا ، شکلات استفاده نکنند.
- ✓ فعالیت های بیمار را طبق اجازه پزشک و براساس تحمل وی افزایش دهید.
- ✓ بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد.
- ✓ اقدامات لازم جهت کنترل هایپر تانسیون ، هایپو تانسیون ، هایپر تیروئیدیسم ، COPD و انمی راطبق دستور بعمل آورید.
- ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای آنتی ادرنرژیک ، کلسیم بلوکر ، ضد انعقاد و فیبرینولیتیک را بررسی کنید .
- ✓ نتایج ABG را بررسی و کنترل کنید .
- ✓ در صورت تشدید یا عدم تسکین درد با پزشک مشورت کنید.

۸-انجام اقدامات زیر در حضور دردهای معدی :

- ✓ جهت تخلیه ترشحات معده برای بیمار NGT بگذارید.
- ✓ قبل از تجویز داروهای محرک معده نظیر اسپرین و کورتیکو استروئیدها با پزشک مشورت کنید بهتر است اینگونه داروهای رابا آنتی اسید یا همراه غذا تجویز نمایید.
- ✓ اقداماتی جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار به عمل آورید.
- ✓ به بیمار آموزش دهیداز مصرف غذاهای کافئین دار اجتناب کند .
- ✓ به بیمار بگوئید به آهستگی و به درستی غذا را بجود .
- ✓ به بیمار آموزش دهید از خوردن غذاهای خیلی گرم یا خیلی سرد اجتناب نماید.
- ✓ برای بیمار رژیم غذایی سبک ، نرم و چند وعده ای تجویز نمایید.
- ✓ از بیمار بخواهید سیگار نکشد.

۹-اثرات درمانی و عوارض داروهای زیر را بررسی کنید:

- ✓ آنتاگونیست گیرنده های هیستامینی جهت مهار ترشح اسید معده
- ✓ آنتی اسیدها جها طبیعی کردن PH ترشحات معده
- ✓ داروهای آنتی موسکارینی جهت کنترل ترشح اسید معده
- ✓ سوکرافیت جهت حمایت از نواحی زخم از التهاب بعدی

✓ در صورت عدم تسکین درد معدی با پزشک مشورت کنید

۱۰- جهت تسکین درد ناشی از هموروئید اقدامات زیر را انجام دهید:

- ✓ آموزش بیمار برای اجتناب از نشستن به مدت طولانی
- ✓ آموزش بیمار برای اجتناب از زور زدن هنگام دفع مدفوع
- ✓ تشویق بیمار به خوابیدن بر روی شکم تا جای امکان
- ✓ قرار دادن بالش یا رینگ بادی زیر بیمار هنگام نشستن
- ✓ مشورت با پزشک در مورد گرما درمانی یا سرما درمانی ناحیه آنال
- ✓ در صورت تجویز انما ی تمییز کننده قبل از عمل، ژل زدن کاتتر و آهسته وارد کردن آن
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض پمادهای بی حس کننده، شیاف ها و مسکن ها
- ✓ مشورت با پزشک در صورت عدم تسکین درد

۱۱- اقدامات زیر را در حضور شکستگی ها انجام دهید:

- ✓ قرار دادن عضو شکسته در وضعیت طبیعی و حفظ کردن تراکشن در راستای آن
- ✓ کمک گرفتن از پرستار دیگر هنگام بالا کشیدن بیمار در تخت و جابجا کردن او
- ✓ عدم برداشتن وزنه هنگام بالا کشیدن بیمار در تخت و جابجا کردن او (کاهش ناگهانی کشش می تواند منجر به اسپاسم شدید عضله و تغییر شکل ناحیه شکسته شود)
- ✓ اجتناب از ضربه زدن به پین، سیم و طنابهای متصل به تراکشن و وزنه ها
- ✓ تجویز مسکن برای بیمار پیش از انجام مراقبت های دردناک

۱۲- در صورت بروز ترومبوفلیت اقدامات زیر را به عمل آورید:

- ✓ محدودیت حرکتی برای بیمار به مدت ۴-۷ روز طبق دستور
- ✓ بالاتر قرار دادن عضو از سطح قلب به منظور بهبود جریان خون وریدی
- ✓ خودداری از قرار گرفتن بیمار در وضعیت هایی که در بازگشت خون وریدی اختلال ایجاد می کنند (مانند گذاشتن پاها روی هم، گذاشتن بالش زیر زانو، استفاده از زانوبند، نشستن به مدت طولانی)
- ✓ استفاده از کمان تخت به منظور کاهش فشار روی انتهای گرفتار
- ✓ توصیه به بیمار در مورد نوشیدن حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات در روز
- ✓ تشویق بیمار به عدم مصرف سیگار
- ✓ راه بردن بیمار به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه هر دو ساعت یک بار طبق دستور پزشک
- ✓ استفاده از بانداژ یا جوراب واریس طبق دستور پزشک
- ✓ حمایت از انتهای بیمار توسط بالش هنگام تغییر پوزیشن بیمار در تخت
- ✓ آموزش بیمار در مورد اینکه انتهای گرفتار را به آرامی و با احتیاط حرکت دهد
- ✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد انعقاد

۲۰- افزایش درجه حرارت بدن در رابطه با:

- ۱- تحریک مرکز تنظیم درجه حرارت در هیپوتالاموس توسط پیروژنهای اندوژن که در فرآیند عفونی آزاد می شوند
- ۲- ضربه مستقیم به هیپوتالاموس یا فشار روی هیپوتالاموس به دلیل تشکیل هماتوم، ادم بافت اطراف آن و یا تومور مغزی.



<p>۳-دهیدراسیون</p> <p>۴-قرار گرفتن در محیط گرم</p> <p>۵-عدم تعریق در محیط گرم و مرطوب(شرجی)</p> <p>۶-افزایش ریت متابولیسم</p> <p>۷-فعالیت شدید</p> <p>۸-مصرف داروهایی نظیر دیورتیک ها، آنتی کولیندژیک ها، ضد افسردگی ها و تضعیف کننده های CNS</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن درجه حرارت بدن فرد به بالاتر از ۳۷/۸ درجه سانتی گراد دهانی و یا ۳۸/۸ درجه سانتی گراد رکتالی برسد.</p>
<p><b>مشخصات:</b> افزایش درجه حرارت از ۳۷/۸ درجه دهانی، برافروختگی پوست، گرم بودن پوست در لمس،افزایش تعداد تنفس،تاکی کاردی،تشنج ، ایجاد دردهای خاص به ویژه سردرد، خستگی و ضعف، کاهش اشتها</p>
<p><b>بر آیند مورد انتظار:</b></p> <p>درجه حرارت بیمار در حد طبیعی حفظ شود</p> <p>۱-رنگ پوست به حالت طبیعی برگردد.</p> <p>۲-تعداد ننض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد.</p> <p>۳-تعداد تنفس بین ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه باشد.</p> <p>۴-درجه حرارت به زیر ۳۷/۸ درجه از راه دهانی برگردد.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱ - بررسی علائم و نشانه های افزایش درجه حرارت در بیمار</p> <p>۲-بررسی علل احتمالی افزایش درجه حرارت</p> <p>۳-کنترل درجه حرارت بیمار هر ۳ ساعت و یا در صورت لزوم</p> <p>۴-اندازه گیری میزان جذب و دفع مایعات</p> <p>۵-انتخاب لباس و روانداز بیمار بر اساس گرمای محیط</p> <p>۶-تهویه کردن هوای اتاق</p> <p>۷-پاشویه کردن یا حمام در تخت برای بیمار</p> <p>۸-استفاده از پتوهای خنک کننده طبق دستور</p> <p>۹-بررسی وضع تغذیه بیمار</p>

۱۰- تخلیه ترشحات ریوی بیمار

۱۱- مشاهده کلیه کاتترهای متصل به بیمار از نظر بروز علائم فلبیت یا عفونت

۱۲- بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای موثر در کاهش تب :

✓ آنتی بیوتیک ها

✓ تب برها

✓ کورتیکو استروئیدها(جهت کاهش ادم اطراف هیپوتالاموس)

۱۳- گرفتن کشت خون در سه نوبت در صورت تجویز

۱۴- مشورت با پزشک در صورت باقی ماندن درجه حرارت بالاتر از ۳۷/۸ درجه سانتی گراد

### ۲۱- کاهش درجه حرارت در رابطه با:

۱- بیماری های نوروواسکولار و عروق محیطی

۲- وازودیلاتاسیون و شوک

۳- کاهش ریت متابولسم

۴- آنمی

۵- انفوزیون مایعات سرد

۶- قرار گرفتن در معرض سرما، باران، برف و باد

۷- مرطوب شدن انتهاها

۸- مصرف الکل

۹- سوء تغذیه

**تعریف:** وضعیتی است که در آن درجه حرارت بدن فرد به زیر ۳۵/۵ درجه رکتالی می رسد.

**مشخصات:** کاهش درجه حرارت زیر ۳۵/۵ درجه رکتالی، لرز خفیف، سردی پوست، رنگ پریدگی متوسط، آهسته شدن زمان پر شدن کاپیلرها، برادی کاردی، برادی پنه، سیانوتیک شدن بستر ناخن ها، هایپرتانسیون، راست شدن موها، کانفیوژن ونا آرامی

### بر آیند مورد انتظار:

درجه حرارت بیمار در حد طبیعی حفظ شود:

۱- رنگ پوست به حالت طبیعی برگردد.

۲- تعداد ریض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد.

۳-تعداد تنفس بین ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه باشد.

۴-درجه حرارت به بالاتر از ۳۵/۵ درجه رکتالی برسد.

### اقدامات پرستاری:

۱ - بررسی علائم و نشانه های کاهش درجه حرارت در بیمار

۲-بررسی علل احتمالی کاهش درجه حرارت

۳-کنترل درجه حرارت محیط(باید به ۲۹ درجه برسد)

۴-مشاهده مرتب بیمار از نظر بروز لرز

۵-انتخاب لباس و روانداز بیمار بر اساس درجه حرارت محیط

۶-دادن نوشیدنی گرم به بیمار

۷-گرم کردن مایعات تزریقی در حد ۳۷/۸ درجه و سپس تزریق کردن آنها

۸-بررسی وجود پرفیوژن کافی در بافت ها(با کنترل نبض های محیطی)

۹-عدم مصرف نوشابه های الکلی توسط بیمار

۱۰-مشورت با پزشک در صورت عدم افزایش درجه حرارت

### ۲۲-اختلال در الگوی خواب در رابطه با:

۱-ترس و اضطراب

۲-محیط ناآشنا

۳-نداشتن پوزیشن مناسب و راحت برای خوابیدن به دلیل وجود لوله ها، تراکشن و..

۴-دیس پنه و ارتوپنه

۵-تهوع و استفراغ

۶-درد

۷-اسهال

۸-شب ادراری

۹-سرفه و درد قفسه سینه

۱۰-کرامپهای عضلانی و پاراستزی

۱۱-خارش

۱۲-توهم و کابوس شبانه

۱۳-دپرسیون

۱۴-اختلال در اجرای الگوی طبیعی خواب

۱۵-بررسی ها ،مراقبت ها ودرمان های مکرر در طول شب

۱۶-کاهش فعالیت جسمانی

۱۷-تغییر در ریتم بیولوژیک

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل اختلال در زمان طبیعی خواب، دچار ناراحتی و اشکال در انجام فعالیتهای روزمره می شود.

**مشخصات:** شکایت بیمار از بی خوابی،سخت به خواب رفتن، بیدار شدن زودتر یا دیرتر از زمان مقرر، از خواب پریدن مکرر، نارضایتی از خواب و استراحت، تغییرات رفتاری به صورت افزایش تحریک پذیری، ناآرامی ، عدم شناسایی زمان و مکان و شخص، خواب آلودگی و بی حالی، علائم جسمانی( احساس نیستاگموس ضعیف ، لرزش خفیف دست، افتادگی پلک ها، فشردگی عضلات صورت، حلقه سیاه زیر چشم، خمیازه کشیدن مکرر، تغییر در وضعیت بدن)، اشکال در صحبت کردن و به کار بردن الفاظ و کلمات غلط.

#### برآیند مورد انتظار:

بیمار از خواب خود رضایت داشته باشد و به میزان متعارف بخوابد:

۱-بعد از بیدار شدن از خواب، احساس سرحال بودن داشته باشد.

۲-رفتارهای طبیعی از خود نشان دهد.

۳-مکررا خمیازه نکشد.

۴-اشکال در تکلم نداشته باشد.

۵-زیر چشم های بیمار حاله سیاه وجود نداشته باشد.

#### اقدامات پرستاری:

۱ - بررسی علائم و نشانه های اختلال در الگوی خواب:

✓ شکایت کلامی بیمار از به خواب رفتن

✓ احساس عدم رضایت از خواب

✓ از خواب پریدن

✓ بیدار شدن زودتر یا دیرتر از موعد

۲-مشاهده تغییرات رفتاری نظیر تحریک پذیری و لتارژی

۳-برآورده کردن نیازهای اولیه بیمار پیش از به خواب رفتن او مانند گرسنگی، تشنگی ، دفع

۴-کاهش ترس و اضطراب بیمار

۵- به حداقل رساندن صداها و فعالیتهای اضافی

۶- در صورت امکان اجازه دادن به بیمار برای به اجرا درآوردن عادات خواب خود(وضعیت بدن، زمان خواب، فعالیت های پیش از خواب و..)

۷- استفاده از یک نوشیدنی گرم پیش از خواب

۸- استفاده از روش های آرام سازی پیش از خواب( آرام سازی پیشرونده عضلات، ماساژ پشت، موزیک ملایم، هدایت تصورات)

۹- خودداری از خوابیدن طولانی مدت بیمار در طول روز زیرا بر خواب شب اثر می گذارد

۱۰- آموزش بیمار برای اجتناب از مصرف مواد غذایی کافئین دار قبل از خواب( مانند شکلات ، چای ، قهوه، کولا)

۱۱- تخلیه کردن مثانه بیمار قبل از خواب

۱۲- انجام اقدامات زیر جهت بهبود وضعیت تنفس بیمار:

✓ قرار دادن بیمار در راحت ترین وضعیت ممکن و استفاده از بالش

✓ استفاده از اکسیژن درمانی در طول خواب

✓ استفاده از تهویه مناسب اتاق در طول خواب

۱۳- فراهم کردن حداقل ۱۲۰ دقیقه خواب مداوم برای بیمار:

✓ هماهنگ انجام دادن مراقبت ها و درمان ها به گونه ای که برای خواب بیمار مزاحمت ایجاد نکند.

✓ محدود کردن ملاقاتی های بیمار در زمان خواب

۱۴- بررسی اثرات درمانی و عوارض مسکن ها و ضد دردها

۱۵- مشورت با پزشک در صورت بدتر شدن وضعیت خواب بیمار

## ۲۳- تغییر در حس و درک ( کاهش یا افزایش دریافت تحریکات حسی) در رابطه با:

۱- تغییرات نورولوژیکی در حواس بینایی ، شنوایی، بویایی ، لامسه ، چشایی و حس موقعیت فضایی اندام های بدن

۲- تغییرات متابولیک

۳- اختلال در انتقال اکسیژن

۴- تغییرات عصبی - عضلانی

۵- آمپوتاسیون عضو

۶- درمان های جراحی و دارویی

۷- محدودیت حرکتی
۸- ایزوله بودن
۹- درد
۱۰- اضطراب
۱۱- محیط بخش (مثل ICU)
<b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار تغییراتی را در مقدار، شکل و تعبیر تحریکات وارده را تجربه می کند. (شامل کاهش شنوایی، تشدید، حذف، یا اختلال در پاسخ به یک محرک واحد)
<b>مشخصات:</b> عدم شناسایی نسبت به زمان، مکان و شخص، تغییر در توانایی حل مساله، تغییر در دریافت های حسی، تغییر در الگوهای رفتاری، اضطراب، تغییر در ارتباط، آپاتی، تغییر در پاسخ های معمول به محرکات، تغییر در تصویر ذهنی بیمار از خود، ناآرامی، تحریک پذیری، خستگی، تغییر در وضعیت بدن، تغییر در کشش عضلانی، پاسخ های ناکافی، توهم بینایی و شنوایی، اختلال در الگوی خواب.
<b>برآیند مورد انتظار:</b> بیمار علائم و نشانه های اختلال در دریافت تحریکات حسی را از خود نشان ندهد: ۱- پاسخ های کلامی و غیر کلامی مناسب نسبت به محرک های محیطی از خود نشان دهد. ۲- به میزان مورد قبول در فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود شرکت کند. ۳- توهم نداشته باشد. ۴- قادر به شناسایی زمان و مکان و شخص باشد.
<b>اقدامات پرستاری:</b> ۱- بررسی بیمار از نظر اختلالات بینایی (نظیر کوری کامل یا نسبی، همی آنوپسی و دوبینی) ۲- بررسی بیمار از نظر اختلال شنوایی (نظیر صحبت با صدای بلند، خیره شدن به لب ها هنگام صحبت کردن، نزدیک شدن به افراد هنگام حرف زدن با آنها، حالت عجز در صورت) ۳- بررسی تغییرات حس بویایی و چشایی بیمار (نظیر استفاده زیاد از شکر یا اسانس ها) ۴- بررسی تغییرات حس لامسه بیمار (نظیر کاهش حس انتهاها نسبت به اجسام داغ) ۵- بررسی میزان اضطراب، ترس و تمرکز بیمار ۶- بررسی عوامل موثر بر روی ایجاد اختلالات حسی (نظیر جراحی های اخیر، اختلالات نورولوژیکی، اختلال در عمل ارگانهای حسی، تغییر در ریتم های بیولوژیکی، محدودیت حرکتی، ایزولاسیون محیطی، مصرف زیاده از حد دارو یا الکل، زیاد بودن تحریکات محیطی، نور و صداهای شدید) ۷- مشاهده وضعیت خواب و استراحت بیمار

۸- در صورت اختلال شنوایی:

- ✓ مشاهده کانال خارجی گوش از نظر تجمع سرومن
- ✓ مناسب کردن نور محیط تا بیمار راحت تر بتواند لب خوانی کند
- ✓ کاهش صداهای اضافی محیط
- ✓ بلندتر و آهسته تر صحبت کردن با بیمار
- ✓ استفاده از جملات ساده
- ✓ گرفتن کامل صورت به سمت بیمار هنگام صحبت کردن با او
- ✓ تشویق بیمار به استفاده از سمعک

۹- در صورت ضعف بینایی:

- ✓ آگاه کردن بیمار نسبت به محیط اطراف، اتاق و وسایل موجود در اتاق جهت جلوگیری از افتادن بیمار و ایجاد حادثه
- ✓ روشن نگه داشتن اتاق به میزان کافی
- ✓ اجتناب از استفاده از نورهای درخشان و خیره کننده
- ✓ تشویق بیمار به استفاده از عینک
- ✓ استفاده از میله کنار تخت هنگامی که بیمار بر روی تخت می باشد.
- ✓ در دسترس قرار دادن زنگ اخبار برای بیمار
- ✓ قرار دادن وسایل مورد نیاز بیمار در حوزه ی دید او

۱۰- در حضور علائم افزایش دریافت تحرکات حسی:

- ✓ حذف صداها و نورهای اضافی از محیط
- ✓ خاموش کردن آلارم های غیر ضروری
- ✓ تاریک نگه داشتن اتاق در طول خواب
- ✓ اجتناب از صحبت کردن با صدای بلند

۱۱- جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار:

- ✓ توضیح دادن کلیه ابزارها و وسایل موجود در اطراف بیمار و شرح دادن هدف استفاده از آنها و علت صدای آنها
- ✓ پرسیدن تصورات بیمار از این صداها

۱۲- به منظور آگاه کردن بیمار به زمان و مکان وشخص:

- ✓ معرفی کردن پرسنل مراقب بیمار با نام
- ✓ بازگو کردن مکرر نام خود بیمار به او
- ✓ تکرار مرتب اینکه بیمار کجاست و چرا در اینجا بستری شده است
- ✓ گوشزد کردن دائم زمان به بیمار
- ✓ استفاده از ساعت بزرگ و تقویم در دیدرس بیمار
- ✓ قرار دادن تخت بیمار کنار پنجره تا تغییرات شبانه روز را حس کند.

۱۳- دادن توضیح ساده برای هر کار به بیمار

۱۴- شرکت دادن بیمار در مراقبت از خود واستفاده ازوسایل اطرافش

<p>۱۵- تشویق بیمار برای خروج از تخت خواب</p> <p>۱۶- دادن ورزش های ایزومتریک و ایزوتونیک به بیمار در تخت</p> <p>۱۷- راهنمایی تفکرات بیمار به سمت واقعیات موجود</p> <p>۱۸- مشورت با پزشک در صورت بروز علائم سایکوز</p>
<p><b>۲۴- اهمال یک طرفه بدن در رابطه با :</b></p> <p>۱- همی آنوپسی یک طرفه همراه با ایسکمی عصب بینایی</p> <p>۲- ایسکمی بخش هایی از نیمکره آسیب دیده مغز</p> <p>۳- بیماری ها و صدمات نورولوژیک</p> <p>۴- تومور مغزی</p> <p>۵- آنوریسم مغزی</p> <p>۶- CVA</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار نسبت به سمت مبتلای بدن خود ، و نیز وسایل ، افراد و صداهایی که در سمت مبتلا قرار دارند، کاملاً بی توجه است.</p>
<p><b>مشخصات:</b> بی توجهی کامل و مداوم نسبت به سمت مبتلای بدن، نگاه نکردن به سمت مبتلا، عدم مراقبت از خود، عدم رعایت موارد احتیاط در ارتباط با سمت مبتلای بدن، قرار گرفتن در پوزیشن نامناسب، دست نخورده ماندن غذای درون بشقاب در سمت مبتلا.</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>کاهش تدریجی اهمال یک طرفه بدن را تجربه کرده، توضیح دهد که با آن سازگار شده است.</p> <p>۲- نسبت به تحریکات در سمت ناحیه متأثر توجه نشان دهد.</p> <p>۳- نسبت به ناحیه موثر توجه نشان دهد.</p> <p>۴- اظهار نماید که توانایی نگاه کردن به سمت ناحیه مبتلا را دارد.</p> <p>۵- آسیب های محیطی موجود را شناسایی کند.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱- بررسی بیمار از نظر علائم اهمال یک طرفه بدن</p> <p>۲- انجام اقدامات لازم برای افزایش پرفیوژن بافت مغز جهت پیشگیری از ایسکمی مغزی</p> <p>۳- اطمینان از قرار گرفتن انتهای آسیب دیده در وضعیت مناسب</p> <p>۴- حفظ انتهای آسیب دیده بیمار از صدمات</p>



۵- تشویق بیمار به حمل انتهای آسیب دیده هنگام حمام ، لباس پوشیدن، پوزیشن دادن و توجه نشان دادن به کل بدن

۶- قرار دادن بعضی وسایل مانند تلویزیون و ساعت در طرف آسیب دیده بیمار تا نگاه بیمار بیشتر به سمت آسیب دیده معطوف شود.

۷- مشورت با پزشک و کادر درمان در مورد سایر روش هایی که می تواند بیمار را با وضعیت کنونی سازگار نماید.

۸- آموزش خانواده بیمار برای افزایش توجه بیمار نسبت به ناحیه متاثر

۹- مطلع ساختن پزشک در صورت وخیم تر شدن علائم اهمال یک طرفه بدن و عدم تطابق بیمار با آن

## ۲۵- اختلال در فعالیت جنسی در رابطه با:

- ۱ - کاهش لیبیدو
- ۲ - خستگی، ناراحتی جسمی، اضطراب، ترس و اندوه
- ۳ - اختلال در اعتماد به نفس، درک از خود و تصویر ذهنی از بدن
- ۴ - تغییر در تعادل هورمونی بدن
- ۵ - نارسایی تخمدان ها یا بیضه ها به دلیل اثرات سمی داروهای شیمی درمانی
- ۶ - حاملگی
- ۷ - کاهش عملکرد حسی و حرکتی به دلیلی که به سطوح پایین طناب نخاعی
- ۸ - کاهش حس ژنیتال
- ۹ - ترس از عدم کنترل ادرار و مدفوع
- ۱۰ - حضور سوند ادرار
- ۱۱ - ترس از مرگ حین مقاربت
- ۱۲ - ترس از خونریزی از محل عمل
- ۱۳ - ترس از عدم پذیرش توسط جفت خود
- ۱۴ - تاثیر داروهای بتابلاکر
- ۱۵ - آپاتی عمومی

### ایمپوتنس به دلیل:

- ۱ - ترس، اضطراب، افسردگی و ناراحتی جسمی
- ۲ - عدم تحرک
- ۳ - بیماری
- ۴ - اسپهال غیرقابل کنترل
- ۵ - کاهش سطح تستوسترون به دلیل اشعه درمانی
- ۶ - کاهش سطح تستوسترون به دلیل اختلال در هیپوتالاموس
- ۷ - کاهش سطح تستوسترون به دلیل مصرف بی رویه الکل
- ۸ - ناتوانی کبد در متابولیزه کردن استروژن
- ۹ - بالابودن سطح سمومات اورات
- ۱۰ - صدمات طناب نخاعی
- ۱۱ - ترکیب کتومی دو طرفه
- ۱۲ - ترس از انتقال بیماری AIDS
- ۱۳ - صدمه به فیبرهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک

### دیسپارونیا بدلیل:

- ۱ - خشکی موکوس واژن بدنبال کاهش سطح استروژن

<p>۲ - موکوسیت و زخم واژن ناشی از رادیوتراپی</p> <p>۳ - تنگی واژن</p> <p>۴ - واژینیت</p> <p>۵ - تغییر در فعالیت جنسی بدلیل:</p> <p>۶ - درک اشتباه از مسائل جنسی در سنین بالا</p> <p>۷ - واکنش های روحی و روانی</p> <p>۸ - عدم تحرک</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار در معرض تغییر در فعالیت جنسی به صورت نامطلوب و یا ناکافی قرار می گیرد.</p>
<p><b>مشخصات:</b> تغییر در ایفای نقش جنسی، محدودیت فعالیت جنسی به دلیل درمان و یا فرآیند بیماری، مداخله ارزش ها، تغییر در ارضای جنسی، ناتوانی در رسیدن به ارضای جنسی، تغییر در رابط با جفت، تغییر در علاقه به جفت، کمبود اطلاعات نسبت به مسائل جنسی</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <p>۱ - ارتباط مناسب بیمار با جفت خود</p> <p>۲ - قبول نمودن تغییرات حاصله در مسائل جنسی</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱- به بیمار قلبی آموزش خودداری از مقاربت تحت شرایط زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ در محیط های با درجه حرارت بالا</li> <li>✓ بلافاصله بعد از خوردن یا آشامیدن</li> <li>✓ بعد از مصرف مشروبات الکلی</li> <li>✓ هنگام خستگی</li> <li>✓ بهتر است بیماران قلبی مقاربت را هنگام صبح و قبل از خارج شدن از رختخواب انجام دهند.</li> <li>✓ قطع مقاربت در صورت بروز درد قفسه سینه و یا دیسپنه</li> <li>✓ مصرف از TNG زیر زبانی پیش از شروع مقاربت</li> </ul> <p>۲ - در بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی نظیر آسم، آموزش های زیر را بدهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ در وضعیت خوابیده به پشت قرار نگیرد.</li> <li>✓ استفاده از اکسیژن در طول فعالیت جنسی</li> <li>✓ انجام مقاربت بعد از انجام درناژ وضعیتی</li> <li>✓ استراحت کافی پیش از مقاربت</li> </ul> <p>۳ - به منظور کاهش یا محدود کردن درد حین مقاربت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ استفاده از ژل لوبریکانت برای مرطوب کردن واژن</li> <li>✓ مراجعه به پزشک زنان در صورت وجود واژینیت</li> <li>✓ استفاده از مسکن قبل از مقاربت</li> <li>✓ استفاده از حمام گرم یا کیسه آب گرم به منظور کنترل درد و ریلکس کردن عضلات، پیش از مقاربت</li> <li>✓ اجتناب از مقاربت در صورت التهاب موکوس واژن به دلیل رادیوتراپی</li> </ul> <p>۴ - در صورت عدم کنترل ادرار یا مدفوع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ خودداری از مصرف مایعات ۲ ساعت قبل از مقاربت</li> <li>✓ خالی نمودن مثانه پیش از مقاربت</li> <li>✓ استحمام پیش از مقاربت به منظور کاهش بوهای نامطبوع ناشی از وجود استوما</li> <li>✓ در صورت داشتن سوند فولی، ناحیه را توسط ژل لوبریکانت مرطوب کرده، سوند را توسط چسب به ران (در زنان) و یا</li> </ul>

<p>پنیس (در مردان) بچسباند.</p> <p>✓ خارج نمودن سوند در صورت لزوم هنگام مقاربت</p> <p>۵- در صورت ایمپوتنس:</p> <p>✓ بررسی اثرات درمانی و عوارض داروهای مصرفی بیمار</p> <p>✓ تشویق بیمار را به مشورت با پزشک</p> <p>✓ کاهش ترس و اضطراب بیمار</p> <p>✓ توضیح در مورد تغییر در عملکرد جنسی ناشی از افزایش سن به بیمار</p> <p>✓ توصیه به استفاده از کاندوم در صورت احتمال انتقال بیماری های منتقله از راه جنسی بیمار</p> <p>✓ توضیح در مورد استرس، خستگی و تغییرات حاصل از حاملگی روی لیبیدو و عملکرد جنسی در زنان حامله</p>
<p><b>۲۶- اختلال در برقراری ارتباط: کاهش شنوایی</b></p> <p>۱ - کاهش درک شنوایی</p> <p>۲ - ناشنوایی</p> <p>۳ - کانفیوژن</p> <p>۴ - صدمه به عصب شنوایی</p> <p>۵ - بدکاری سمعک</p> <p>۶ - پارگی پرده تمپان</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل اشکال در شنوایی قادر به برقراری ارتباط با محیط خود نیست.</p>
<p><b>مشخصات:</b></p> <p>بیمار به سختی می شنود، نیار به سمعک، استفاده از زبان اشاره، عدم پاسخ به صحبت ها و صداها، دادن جواب اشتباه و ناکافی، بی توجهی به محیط، تکان دادن سر در موقعی که با او حرف میزنند، نمود حالت عجز و عدم تفهیم در صورت بیمار صحبت کردن بدون وقفه، نزدیک شدن بیش از حد به فرد صحبت کننده</p>
<p><b>بر آیند مورد انتظار:</b></p> <p>۱ - استفاده بیمار از سمعک مناسب</p> <p>۲ - ارتباط با محیط اطراف به طرق مختلف مانند نوشتن و زبان اشاره</p> <p>۳ - توانایی برقراری ارتباط به بهترین نحو</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱. بررسی توانایی بیمار برای دریافت پیام های کلامی</p> <p>۲. در صورت استفاده از سمعک:</p> <p>✓ اطمینان از روشن بودن سمعک</p> <p>✓ کنترل باتری</p> <p>✓ بررسی درجه بندی بلندی صدا توسط سمعک</p> <p>۳. تشویق بیمار به استفاده از سمعک</p> <p>۴. در صورتیکه بیمار فقط با یک گوش می تواند بشنود:</p> <p>✓ صحبت کردن به آرامی و وضوح در سمت گوش سالم</p> <p>✓ شمرده و صحبت کردن واضح بجای بلند صحبت کردن</p> <p>✓ قرار گرفتن در سمت گوش سالم بیمار در حین صحبت کردن</p> <p>✓ قرار دادن تخت بیمار در وضعیتی که گوش سالم به سمت در ورودی باشد</p> <p>۵. در صورتی که بیمار توانایی لب خوانی دارد:</p> <p>✓ قرار گرفتن صورت به سمت بیمار و صحبت کردن آرام و واضح با وی</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ اجتناب از ایستادن به پشت نور</li> <li>✓ محدود و حذف عوامل مداخله گر تاثیر گذار روی تمرکز بیمار</li> <li>✓ قرار دادن کاغذ و قلم در اختیار بیمار در صورت داشتن سواد خواندن و نوشتن</li> <li>✓ استفاده از مترجم در صورت استفاده بیمار از زبان اشاره</li> <li>✓ حذف صداهای محیطی تا جای امکان</li> <li>✓ تکرار جملات برای بیمار در صورت لزوم</li> <li>✓ استفاده از لمس برای برقراری ارتباط</li> <li>✓ آشنایی بیمار با سایر بیماران ناشنوا برای خارج کردن او از ایزولاسیون اجتماعی</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>۲۷- اختلال در برقراری ارتباط: ناآشنایی با زبان در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - اشکال در یافتن کلمه مناسب برای صحبت کردن</li> <li>۲ - ناتوای برای صحبت به زبان بیگانه</li> <li>۳ - ناآشنایی به زبان بیگانه</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل ناآشنایی به زبان مراقبت دهنده ها و یا ناتوایی در پاسخ به زبان آن ها دچار اختلال در برقراری ارتباط می شود.</p>
<p><b>مشخصات:</b> بیمار زبان شما را نمی فهمد، جواب نمی دهد، فقط با زبان بدن و اشارات قادر به فهم کلمات است.</p>
<p style="text-align: center;"><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - قادر بودن بیمار به برطرف کردن نیاز های اولیه خود</li> <li>۲ - عدم گوشه گیری بیمار و توانایی انتقال احساسات</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - بررسی توانایی بیمار برای صحبت به زبان رایج</li> <li>۲ - توجه به نوع زبان مورد تسلط بیمار</li> <li>۳ - بررسی میزان درک بیمار از زبان رایج</li> <li>۴ - قرار گرفتن روبروی بیمار و صحبت کردن با او با صدای طبیعی</li> <li>۵ - صحبت کردن با وضوح بیشتر و آرام تر با بیمار</li> <li>۶ - استفاده از سایر روش های برقراری ارتباط در صورتی که بیمار منظور شما را نمی فهمد:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ استفاده از پانتومیمی و زبان اشاره</li> <li>✓ استفاده از عکس</li> <li>✓ تشویق بیمار به استفاده از پانتومیم و زبان بدن</li> <li>✓ آموزش کلمات ضروری که برطرف کننده نیاز های بیمار است.</li> <li>✓ استفاده از مترجم بویژه هنگام معاینه و گرفتن شرح حال</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>۲۸- اختلال در برقراری ارتباط کلامی در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - نارسایی تنفسی و دیس پنه</li> <li>۲ - ادم یا عفونت حنجره</li> <li>۳ - دفورمیتی دهان</li> <li>۴ - لب شکری</li> <li>۵ - شکستگی یا دررفتگی فک</li> <li>۶ - نداشتن دندان</li> <li>۷ - اینتوباسیون داخل تراشه</li> <li>۸ - تراکئوستومی</li> <li>۹ - جراحی سر، گردن، صورت و دهان</li> </ol>

<p>۱۰ - درد دهان و حلق</p> <p>۱۱ - مصرف داروهای تضعیف کننده CNS و بیهوشی</p> <p>۱۲ - خستگی</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی است که در آن بیمار قادر به ابراز نظرات خود از طریق کلامی نیست.</p>
<p><b>مشخصات:</b> ناتوانی برای صحبت کردن، به سختی و کلمه به کلمه صحبت کردن، عدم تکلم، کوتاهی نفس، ناتوانی در صحبت اما درک صحبت دیگران، ناتوانی در ایجاد صدا، برآیند مورد انتظار، توانایی بیمار برای ابراز منظور خود، توانایی برقراری ارتباط مناسب با اطرافیان خود</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. قادر بودن بیمار به برطرف کردن نیاز های اولیه خود</li> <li>۲. عدم گوشه گیری بیمار و توانایی انتقال احساسات</li> </ol>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - بررسی توانایی بیمار از نظر درک پیام های کلامی، صحبت، خواندن و نوشتن</li> <li>۲ - استفاده از روش های مختلف برقراری ارتباط (نظیر استفاده از کاغذ و مداد، حروف الفبا، اشارات دست، بستن پلک ها و تکان دادن سر)</li> <li>۳ - استفاده از کارت های مخصوص حاوی اشکال خاص یا کلمات و جملات خاص</li> <li>۴ - تشویق بیمار به استفاده از پانتومیم</li> <li>۵ - استفاده از سوالاتی که ترجیحا جواب آن ها بله یا خیر است</li> <li>۶ - استفاده از لمس برای برقراری ارتباط</li> <li>۷ - استفاده از لب خوانی</li> <li>۸ - صحبت کردن به آرامی و واضح</li> <li>۹ - اطمینان به بیمار که بعد از برداشتن تراکتوستومی یا لوله تراشع قادر به صحبت کردن خواهد بود.</li> </ol>
<p><b>۲۹- در معرض خطر سندرم عدم استفاده در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - کاهش سطح هوشیاری (از دست دادن کنترل) متغیر</li> <li>۲ - بیحرکتی توصیه شده</li> <li>۳ - بیحرکتی مکانیکال</li> <li>۴ - درد شدید</li> <li>۵ - فلج دوطرفه</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> خطر بدکار کردن سیستمهای بدن یا از کار افتادگی غیر قابل اجتناب سیستم عضلانی اسکلتی به دنبال تجویز بی حرکتی توسط پزشک</p>
<p><b>مشخصات:</b> به هم خوردن تمامیت پوستی، یبوست، تغییر شکل الگوی تنفسی، خطر پرفیوژن بافتی غیر موثر، عفونت، عدم تحمل فعالیت، حرکت بدنی نامتناسب، در معرض خطر جراحی، ادراک حسی تغییر یافته، ناتوانی، تصویر بدنی مختل</p>
<p><b>برآیند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - شواهدی از تغییر در توانایی حرکتی حسی روانی نشان ندهد.</li> <li>۲ - شواهدی از ترومبوز یا استاز عروقی نشان ندهد.</li> <li>۳ - شواهدی از کاهش حرکات قفسه سینه، تحریک به سرفه، تهویه عمیق، ترشحات فراوان یا علائم عفونت رانسان ندهد.</li> <li>۴ - حفظ الگوی نرمال از دفع روده ای</li> <li>۵ - حفظ وزن، آب بدن و دریافت رژیم</li> <li>۶ - هیچ شواهدی از احتباس ادراری و عفونت و کولیک کلیوی نشان ندهد.</li> <li>۷ - حفظ کشیدگی و تون عضلات و دامنه حرکات مفصلی</li> <li>۸ - هیچ شواهدی از ترک و چروک پوستی دیده نشود.</li> </ol>

### اقدامات پرستاری:

۱. بررسی پوست در هر شیفت به منظور پیشگیری از زخم فشاری یا کاهش ترک پوستی.
۲. در صورت تجویز داروهای ضد انعقاد خون، بیمار را از نظر علائم و نشانه های خونریزی کنترل کنید.
۳. صداهای تنفسی و میزان تنفسی، ریتم و عمق برای پیشگیری از مشکلات تنفسی بررسی کنید.
۴. بررسی و کنترل میزان گازهای خون شریانی، بیمار، سطح اکسیژن اشباع شده و وضعیت متابولیک
۵. بررسی مشخصات ادرار و شکایات بیمار از عفونت ادراری نظیر سوزش و تکرر و فوریت در دفع ادرار
۶. فراهم کردن حداکثر سطح عملکرد برای بیمار به منظور پیشگیری از عوارض بی حرکتی و بهبود اعتماد به نفس
۷. تغییر پوزیشن بیمار حداقل هر ۲ ساعت در محدوده حرکتی تعیین شده
۸. استفاده از تجهیزات مخصوص کاهش فشار یا توزیع کننده فشار در صورت تجویز

### ۳۰- تغییر در روند زندگی خانواده در رابطه با:

۱ - یک فرد بیمار در خانواده

**تعریف:** وضعیتی است که در آن افراد خانواده با عامل تنش زایی روبرو می شوند که توانایی های موثر عملی آنها در گذشته را تحت تأثیر قرار می دهد.

**مشخصات:** عدم به کارگیری روش های موثر سازگاری توسط خانواده، ناتوانی افراد خانواده در برقراری ارتباط موثر با یکدیگر مواجهه با نیازهای جسمانی اعضای خانواده، مواجهه با نیازهای روحی و احساسی اعضای خانواده، بروز دادن احساسات مختلف، نیاز به کمک از جانب دیگران، بیان احساس ترس و اضطراب یا عصبانیت از طرف خانواده و ناتوانی خانواده در تصمیم گیری

### بر آیند مورد انتظار:

اعضای خانواده بیمار:

- ۱ - قادر باشند احساسات خود را به پرستار و یکدیگر بیان کنند.
- ۲ - در برنامه مراقبت از بیمار خود شرکت کنند.
- ۳ - از سیستم های حمایت کننده قابل دسترسی استفاده کنند.
- ۴ - هنگام نیاز از منابع خارجی کمک کننده بهره گیرند.

### اقدامات پرستاری:

اقدامات مربوط به بررسی خانواده:

- ۱ - علل بیماری و عوامل مداخله گر در روند زندگی خانواده را مورد بررسی قرار دهید.
- ۲ - عوامل مربوط به عادات خانواده را بررسی کنید
- ۳ - تغییر در ایفای نقش را در اعضای خانواده مورد بررسی قرار دهید.
- ۴ - عوامل تأثیرگذار وابسته به بیماری را روی خانواده مورد بررسی قرار دهید.
- ۵ - عوامل تأثیرگذار اجتماعی را ارزیابی کنید.

اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری:

- ۶ - اعضای خانواده را تشویق به بیان احساساتشان نمایید.
- ۷ - محیط خصوصی و حمایتی را در بیمارستان برای خانواده تدارک ببینید.
- ۸ - توانایی های خانواده را پرورش دهید.
- ۹ - اعضای خانواده را به شرکت در برنامه های مراقبتی تشویق کنید.
- ۱۰ - در صورت ضعف خانواده در انجام هر یک از مراقبتها با مداخله خود به آنها آموزش دهید.
- ۱۱ - احساسات فرد بیمار را برای خانواده او توضیح دهید و آنها را تشویق به درک این احساسات نمایید.
- ۱۲ - به خانواده کمک کنید که از روش های موثر سازگاری استفاده نمایند.
- ۱۳ - موسسات حمایتی قابل دسترسی را به خانواده معرفی کنید.
- ۱۴ - آموزش های لازم را در مورد مراقبت از بیمار در منزل و نحوه پیگیری درمانها به خانواده بدهید.

<p><b>۳۱- کمبود اطلاعات در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - محیط بیمارستان و روتین آن</li> <li>۲ - مراقبت قبل حین و بعد عمل</li> <li>۳ - درمانها،</li> <li>۴ - تمرینها و فعالیت ها</li> <li>۵ - پیگیری ها</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار کمبود اطلاعات در وضعیت خود و برنامه درمانی را تجربه می کند.</p>
<p><b>مشخصات:</b></p> <p>بیمار بیان کند که مهارت و اطلاعات لازم را ندارد، در مقابل وضعیت خود دچار ترس و اضطراب شود، نیاز به آموزش را بیان کند، رفتارهای نامناسب و ناکافی در مقابل وضعیت خود نشان دهد، قادر به شرکت در برنامه مراقبتی خود نباشد.</p>
<p><b>برایند مورد انتظار:</b></p> <p>✓ بیمار اطلاعات صحیح و کافی در مورد بیماری، روشهای درمانی و مراقبتی، و نحوه پیگیری بعد از ترخیص داشته باشد.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - اطلاعات کافی و در حد درک بیمار از روتین بیمارستان به وی بدهید.</li> <li>۲ - اطلاعات کافی و در حد درک بیمار در مورد بیماری و فرایند آن به وی بدهید.</li> <li>۳ - اطلاعات کافی و در حد درک بیمار در مورد روشهای درمانی و جراحی، و نتایج حاصل از آن به وی بدهید.</li> <li>۴ - اطلاعات کافی و در حد درک بیمار مراقبت های بعد از عمل به وی بدهید.</li> <li>۵ - اطلاعات کافی و در حد درک بیمار پیگیری های بعد ترخیص به وی بدهید.</li> <li>۶ - آموزش های لازم در مورد مراقب از خود در منزل به وی بدهید.</li> </ol>
<p><b>۳۲- عدم رعایت رژیم درمانی در رابطه با:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - آگاهی نا کافی از رژیم درمانی تجویز شده</li> <li>۲ - تغییر در شیوه زندگی</li> <li>۳ - کمبود امکانات مالی</li> <li>۴ - انکار بیماری مزمن</li> </ol>
<p><b>تعریف:</b> رژیم درمانی توسط فرد بیمار و یا اطرافیانش رعایت نمی شود و در نتیجه نتایج ناشی از برنامه درمانی و یا مراقبتی مطلوب نیست و اهداف نایل نمیگردد.</p>
<p><b>مشخصات:</b> عدم نیل اهداف درمانی، عدم دستیابی به اهداف مراقبتی، تاخیر در بهبود بیماری، عدم پیگیری و مراجعه مجدد به مراکز درمانی، عدم رعایت رژیم غذایی</p>
<p><b>برایند مورد انتظار:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱ - خانواده بیمار قادر باشد:</li> <li>۱ - از بیمار خود به طرز صحیح مراقبت کند.</li> <li>۲ - برای بیمار خود برنامه مراقبتی روزانه تهیه کند.</li> <li>۳ - با موسسات حمایتی در دسترس ارتباط برقرار کند.</li> <li>۴ - نتایج ارزشیابی برنامه مراقبتی از بیمار خود را پایش کند.</li> <li>۵ - بیمار اظهار دارد که خانوادهاش در امر مراقبت به وی کمک میکنند.</li> </ol>

## اقدامات پرستاری:

۱- مددجو را از نظر نشانه های عدم رعایت رژیم درمانی بررسی کنید:  
نارسایی در رعایت برنامه های درمانی (مانند عدم رعایت رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات، عدم قبول داروها، غیر طبیعی بودن آزمایشات مددجو، افزایش غیر عادی وزن، عدم مراجعه جهت درمان یا عدم انجام پروسیجرهای درمانی مراقبتی در منزل، ابراز بی اطلاعی از عواملی که سبب آسیب بیشتر بدن می گردند، ابراز عدم توانایی در اصلاح عادات خود و تلفیق درمان های لازم با شیوه زندگی بیان این نکته که آسیب جسمی، خودبخود بهبود می یابد یا وضعیتی نا امید کننده است و تلاش برای اجرای مراقبت های تجویز شده فایده ای ندارد.

۲- اقداماتی را برای رعایت موثر رژیم درمانی توسط مددجو اجرا نمایید:

- ✓ بیماری را در حد فهم و درک مددجو شرح دهید و بر این واقعیت که این بیماری مزمن است و رعایت برنامه درمانی باعث به تعویق انداختن یا پیشگیری از عوارض می شود، تاکید کنید.
- ✓ مددجو را به شرکت در مراقبت های تجویز شده تشویق کنید (مانند کنترل جذب و دفع، محاسبه میزان مصرف مایعات، انتخاب غذا یا مایعات بر اساس رژیم غذایی)، با یک مشاور تغذیه برای انتخاب غذاها و میوه های مجاز مشورت کنید و عادات شخصی و
- ✓ مددجو را به صحبت در مورد نگرانی های خود در مورد هزینه دارو و ... تشویق نمایید .
- ✓ اطلاعاتی را در مورد منابع سودمند موجود در جامعه که می تواند به مددجو کمک کند، فراهم نمایید.
- ✓ رفتارهای پذیرش رژیم درمانی را تقویت کنید (مانند بیان برنامه هایی برای تغییر شیوه زندگی، شرکت فعالانه در برنامه های درمانی و تغییر در عادات شخصی)
- ✓ مهارت های سازگاری را که در گذشته موفقیت آمیز بوده اند شناسایی و تقویت نمایید .
- ✓ همراهان بیمار را در جلسات توجیهی و آموزشی شرکت دهید و آن ها را تشویق به حمایت مددجو کنید .
- ✓ با مراقبان تیم بهداشتی متخصص مانند مددکار اجتماعی و پزشک در مورد ارجاع مددجو به مراکز بهداشتی مشورت کنید.
- ✓ به منظور افزایش حس کنترل، آموزش به مددجو را شروع و نکات مثبت را تقویت کنید .
- ۳- درک بیمار را از علایم و نشانه های بیماری ارزیابی کنید.
- ۴- زمانی را با بیمار بگذرانید و به آنها فرصت کافی برای عکس العمل بدهید.
- ۵- بررسی کنید که آیا استفاده از انکار در مراقبت از بیمار نقش کمک کننده یا بازدارنده دارد.
- ۶- به بیمار اجازه بدهید که افکار خود را بیان کند و از آن بعنوان یک مکانیسم مقابله استفاده کند.
- ۷- علایم جزئی افکار را بررسی کنید (بعنوان مثال خوش بینی غیرواقعی یا کوچک شمردن علایم، و ناتوانی در پذیرش ترس های خود).
- ۸- از رویارویی مستقیم پرهیز کنید.
- ۹- یک ارتباط درمانی مبتنی بر اعتماد را با بیمار و خانواده او برقرار کنید.
- ۱۰- اعضای خانواده بیمار را به بیان ترس و نگرانی ها تشویق کنید.
- ۱۱- هم تراز با بیمار بنشینید و از لمس در صورت امکان و با در نظر داشتن شرایط فرهنگی و مذهبی و با اجازه بیمار استفاده کنید.
- ۱۳- در صورت لزوم بیمار یا خانواده را به یک مشاوره بهداشت روان مجرب ارجاع دهید تا به آن ها در برنامه ریزی مداخلاتی که از افکار بعنوان یک مکانیسم دفاعی موثر استفاده کرده یا در حال استفاده است، کمک نماید.

## ۳۳- در معرض خطر شوک در رابطه با:

- ۱ - کاهش حجم مایعات بدن
- ۲ - عدم کفایت تون عروقی
- ۳ - کاهش فشارخون
- ۴ - عفونت
- ۵ - آلرژی
- ۶ - آسیب به نخاع



**تعریف:** یک موقعیت تهدید کننده حیات در پزشکی محسوب شده و حالتی است که به علت افت فشار خون سرخرگی و کم شدن حجم خون و پیامد آن افت اکسیژن در بافتها و وقوع هیپوکسی اتفاق می افتد.

**مشخصات:** علل شوک از نظر اتیولوژی (علت شناسی) شامل انواع زیر است.

۱. **شوک هیپوولمیک:** کاهش ناگهانی حجم خون موثر، به دلیلهایی مانند خونریزی شدید و بدنبال آن افت شدید فشار خون عامل این نوع شوک میباشد.
۲. **شوک کاردیوژنیک:** ناتوانی قلب در پمپاژ خون بعلا نارسایی شدید قلبی و یا وقوع یک سکتة قلبی را شامل میگردد.
۳. **شوک وازوژنیک یا توزیعی:** ناشی از توزیع نادرست خون و عدم کفایت تون عروقی می باشد. اتساع و تنگی شدید رگها باعث کاهش فشارخون و کاهش برگشت وریدی می شود این نوع شوک می تواند به دلایل زیر ایجاد شود:
  ۱. **شوک سپتیک:** که با نام شوک اندوتوکسیک و شوک عفونی هم شناخته میشود، با ورود باکتری به بدن به ویژه باسیل گرم منفی که سیستمی اتفاق می افتد.
  ۲. **شوک آنافیلاکتیک:** واکنش شدید آنافیلاکسی و در پاسخ به یک عامل آلرژیک وارد شده به بدن تعریف میگردد.
  ۳. **شوک نورولوژیک:** به دلیل اختلال در سیستم عصبی سمپاتیک مثلاً آسیب به طناب نخاعی، تون وازوموتور در رگها تغییر کرده و بدنبال آن افت فشار و شوک ایجاد می گردد.

#### برآیند مورد انتظار:

- ۱- صداهای ریوی صاف و تعداد تنفس از ۱۲ تا ۲۰ بوده و بیمار در مرحله بعد از عمل فاقد تنگی نفس باشد.
- ۲- برون ده ادراری بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت باشد.
- ۳- فشار خون، ریت نبض، درجه حرارت و پالس اکسی متری در محدوده مورد انتظار باشد.
- ۴- مقادیر تست های آزمایشگاهی در محدوده مورد انتظار باشد.
- ۵- اندام ها و نواحی مجاور آن ها عاری از ادم باشند.
- ۶- وضعیت هوشیاری بیمار نسبت به مرحله قبل از عمل بدون تغییر بوده باشد.

#### اقدامات پرستاری:

- ۱- علائم حیاتی مددجوی دارای اختلال حجم مایعات را در صورت عدم تثبیت، هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت و در صورت تثبیت هر ۴ ساعت ارزیابی کنید.
- ۲- مددجو را از نظر افزایش نبض، افزایش ریت تنفس، و کاهش فشار نبض که در مراحل اولیه بعد از عمل اتفاق می افتد به دقت بررسی نموده و سپس از نظر کاهش فشار خون، کاهش حجم نبض، و افزایش یا کاهش درجه حرارت بدن مورد مشاهده قرار دهید.
- ۳- فشار خون اورتو استاتیک مددجو را چک کنید.
- ۴- مددجو را از نظر تورگور پوستی بدون حالت الاستیک، تشنگی، زبان و غشاهای مخاطی خشک، شیارهای طولی زبان، دشواری در صحبت کردن، پوست خشک، کره چشم گود افتاده، ضعف مخصوصاً در قسمت های بالای بدن سردرد و سرگیجه ها که نشانه های کاهش حجم مایعات بدن می باشند، بررسی کنید.
- ۵- انجام دهان شویه بطور مکرر حداقل ۲ بار در روز ضروری است. اگر دهان مددجو، خشک و دردناک است، لازم است دهان شویه در ساعات بیداری مددجو هر ساعت انجام گیرد.
- ۶- اگر مددجو نیاز به جایگزینی مایعات وریدی دارد یک راه وریدی خوب برای او بر قرار نموده و آنرا حفظ کنید.
- ۷- مددجو را از نظر وجود عواملی که باعث کاهش حجم مایعات می شوند مانند استفراغ، اسهال، مشکل در کنترل نشده، درمان با داروهای مدر و آماده سازی روده ها قبل از عمل II دریافت مایعات دهانی، تب، دیابت تیپ کنترل کنید.
- ۸- در صورت تجویز پزشک برای جایگزینی حجم داخل وریدی، یک برنامه مایع درمانی با مقادیر مشخص شده بصورت سریع شروع کنید و پاسخ مددجو را با توجه به علائم / محلول داخل وریدی مانند سالین نرمال ۹ درصد

حیاتی، صداهای ریوی، برون ده ادراری و در صورت دسترسی، فشار انت‌های مویرگی ریوی یا فشار ورید مرکزی، ارزیابی کنید.

۹- کلیه مایعات داخل وریدی را با استفاده از پمپ انفوزیون تزریق کنید.

۱۰- میزان مایعات جذب و دفع شده را اندازه بگیرید.

۱۱- هر ساعت میزان برون ده ادراری را اندازه گیری کنید. اگر میزان برون‌ده ادراری کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت ۵ میلی لیتر به ازاء هر کیلو در ساعت باشد، پزشک را مطلع سازید

۱۲- مددجو را از نظر وضعیت دفع مایعات شامل تمام راه‌های دریافت و دفع مایعات و توجه به رنگ و وزن مخصوص ادرار به مدت ۳ روز مورد مشاهده قرار دهید.

۱۳- مخصوصاً در مواردی که بیمار با کاهش برون‌ده ادراری یا از دست دادن سریع مایعات مواجه است، توزین روزانه را برای کنترل کاهش ناگهانی حجم انجام دهید. مددجو را با همان ترازو با همان نوع لباس و در همان زمان و روز و ترجیحاً قبل از صبحانه وزن کنید.

۱۴- میزان اسید لاکتیک سرم و کمبود باز را که با تجزیه گازهای خونی بدست می‌آید طبق دستور بررسی کنید.

۱۵- یک بررسی قبل از عمل برای شناسایی بیماری‌هایی که در معرض خطر بالای خونریزی یا کاهش حجم هستند انجام دهید. این موارد شامل افرادی است که اخیراً دچار آسیب تروماتیک، خونریزی غیرطبیعی یا زمان انعقاد غیرطبیعی، بیماری‌های کلیوی - کبدی پیشرفته یا پیوند اعضای اساسی، سابقه مصرف داروهای ضد الت‌هاب غیر استروئیدی داشته‌اند و یا اخیراً تحت درمان با داروهای ضد انعقاد بوده‌اند، سابقه هموفیلی دارند و مبتلا به بیماری (DIC) یا انعقاد منتشر داخل عروقی Ven Will brand's هستند.

۱۶- بیمار را از نظر علائم کاهش حجم خون حین عمل مانند کاهش برون‌ده ادراری، کاهش فشار ورید مرکزی، هیپرتانسیون، افزایش ریت نبض و یا افزایش ریت تنفس بررسی کنید.

۱۷- بیمار را از نظر علائم هیپرولمی حین عمل مانند تنگی نفس، رال‌های خشن، افزایش نبض و تنفس، کاهش برون‌ده ادراری که همه آن‌ها می‌توانند دال بر پیشرفت ادم ریوی باشند، بررسی کنید.

۱۸- بیمار را از نظر علائم third - spacing حین عمل بررسی کنید.

۱۹- در بیماران جراحی با بیماری بحرانی که دارای کاتتر شریان ریوی هستند، فشارها مخصوصاً فشار Wedge را ارزیابی کنید.

۲۰- بیماری‌هایی را که تحت پروسجرهای لاپاراسکوپیک یا هیستروسکوپیک قرار می‌گیرند و دکستران به عنوان محلول شستشو در آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای ایجاد و پیشرفت ادم ریوی ارزیابی کنید.

۲۱- انفوزیون دکستران و ریت‌های recovery را هر ۱۵ دقیقه ارزیابی کنید.

۲۲- اگر مقادیر زیادی از محلول‌های شستشوی هیپوتونیک مانند گلیسین بکار برده می‌شود در حین جراح، بدقت میزان جریان مایع ورودی و خروج را کنترل کنید.

۲۳- بیماری‌هایی را که تحت عمل جراحی رزکسیون پروستات قرار می‌گیرند نشانه‌های سندرم transurethral مانند سردرد، تغییرات بینایی، آرتیاسیون، بی‌قراری، استفراغ، برادی‌کاردی، رفلکس‌های مردمک، هیپرتانسیون و دشواری در تنفس بررسی کنید.

۲۴- بیماری‌هایی را که تحت پروسجر Percutaneous nephrolithotomy برای جذب مایعات اضافی قرار می‌گیرند و افزایش حجم بررسی کنید.

۲۵- اگر بیمار با بیهوشی عمومی تحت اندومتريال ابلیش قرار می‌گیرد، او را از نظر نشانه‌های کاهش دمای بدن، کاهش اکسیژن اشیاء شده، مردمک گشاد شده، و لرزش بررسی کنید.

۲۶- بیمار جراحی را برای علائم هیپوکالمی، مانند اختلال ریتم قلبی، بلوک قلبی، آسیستول، نفخ شکم و ضعف بررسی کنید.

۲۷- بیماری‌هایی را که تحت عمل جراحی دو طرفه تیروئید قرار می‌گیرد از نظر هیپوکسی کنترل کنید.

۲۸- بیماران جراحی را بدقت از نظر علائم هیپوکالمی مشاهده کنید.

۳۰- بیمار جراحی را برای علائم و نشانه‌های کاهش سدیم خون مانند نهوع، سرگیجه، عدم آگاهی به زمان مکان و شخص، تکان‌های غیر ارادی، تشنج و یا هیپوتانسیون بررسی کنید.

۳۱- در حین عمل بطور دقیق و صحیح میزان خون از دست رفته را اندازه‌گیری کنید.

مراقبت در منزل:

- ۳۲ - بررسی کنید که آیا لازم است که برای کاهش حجم مایعات مداخله ای انجام گیرد یا اگر بیمار مایل بود می توان به او اجازه داد که تغذیه راحت بدون مایعات اضافی انجام دهد.
- ۳۳ - اعضاء خانواده بایستی در مورد چگونگی اندازه گیری برون ده ادراری در خانه با وسایلی مانند دستشویی متحرک در توالت، توالت سیار و استفاده از سوند آموزش داده شوند.

#### سالمندان:

- ۳۴ - زمانی که علائم حیاتی و مایعات را در بیماران سالمند تحت عمل جراحی بررسی می کنید، مراقب و هوشیار باشید.
- ۳۵ - بیمار را قبل از عمل از نظر نشانه های دهیدراتاسیون مانند ضعف، سرگیجه، دهان خشک با شیارهای طولی در زبان بررسی کنید.
- ۳۶ - تورگور پوست بیماران مسن را در ناحیه پیشانی، استرنوم یا سطح میانی ران چک کنید. همچنین بیمار را برای وجود شیارهای طولی در زبان و خشکی غشاهای مخاطی بررسی کنید.
- ۳۷ - بیمارانی را که دچار اختلال وضعیت شناختی هستند، تشویق کنید که بطور منظم مایعات مصرف کنند.
- ۳۸ - در مراکز نگه داری سالمندان، مایع درمانی منظم مانند دادن یک لیوان اضافی مایعات همراه با دارو، پیشنهادهای مصرف نوشیدنی توسط یک فرد مسئول توزیع مایعات برای دادن نوشیدنی ها به بیماران در حین فعالیت های اجتماعی را در برنامه روزانه مددجویان مد نظر قرار دهید.
- ۳۹ - به رنگ ادرار توجه کنید و آنرا با چارت رنگ ادرار مقایسه کنید تا دریافت کافی مایعات را چک کنید.
- ۴۰ - بیماران مسن را از نظر احتمال دریافت حجم مایعات بیشتر از حد مورد نیاز در طی درمان کاهش حجم مایعات بررسی کنید. به صداهای ریوی گوش دهید، بیمار را از نظر ادم مشاهده کنید، و علائم حیاتی را مورد توجه قرار دهید.

#### کودکان:

- ۴۱ - بیماران جراحی خردسال را بدقت از نظر علائم از دست دادن مایعات بررسی کنید.
- ۴۲ - اگر در نظر است که بیمار در وضعیت NPO باشد، مایعاتی را قبل از عمل تجویز کنید بطوری که با کمبود مایعات مقابله شود.
- ✓ بیمار را در مورد نحوه دریافت مایعات در طول مدت بستری و پس از ترخیص آموزش دهید.
  - ✓ علائم و نشانه های کاهش یا افزایش حجم مایعات بدن را به بیمار و مراقبین وی قبل از ترخیص آموزش دهید.
  - ✓ اهمیت ایجاد تعادل در مایعات بدن و خطرات کاهش یا افزایش حجم مایعات را به بیمار توضیح دهید.
  - ✓ در بیماران با احتمال خطر هیپوتانسیون اورتواستاتیک، توصیه های لازم راجب اجتناب از سرگیجه و ضعف در موقع تغییر حالت از خوابیده به نشسته، و از حالت نشسته به حالت ایستاده ارائه دهید.

#### ۳۴- در معرض خطر غرق شدگی در رابطه با :

۱. خوردن الکل
۲. عدم توانایی در شنا کردن
۳. صدمات غواصی
۴. کاهش دمای بدن و خستگی

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار به مدت حداقل ۲۴ ساعت بعد از غوطه ور شدن در آب زنده مانده است.

**مشخصات:** فرایند غرق شدگی در پی ظهور هیپوکسی، هیپر کاپنی، برادی کاردی و دیس ریتمی رخ میدهد. فرد شدیداً تقلا میکند. آسپیراسیون و اسیدوز نیز رخ می دهد. در نهایت افت سطح هوشیاری و آپنه و مرگ میشود.

#### برآیند مورد انتظار:

- ۱ - حفظ خونرسانی و اکسیژن رسانی مغز
- ۲ - حصول اطمینان از باز بودن راههای هوایی
- ۳ - بهبود اسیدوز تنفسی

- ۴ - حمایت تنفسی در صورت لزوم
- ۵ - پیشگیری از آسپیراسیون
- ۶ - اصلاح اختلالات تهویه\_ خون رسانی ناشی از آسپیراسیون آب
- ۷ - اصلاح هیپوترمی
- ۸ - اصلاح کاهش فشار خون
- ۹ - اصلاح دیس ریتمی

### اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفس را بررسی کنید. تنفسهای سایه مانند و کوتاه هایپرونتیلیاسیون، دیسپنه، استفاده از عضلات کمکی تنفس.
- ۲ - احیای فوری قلبی ریوی
- ۳ - از باز بودن راههای هوایی اطمینان حاصل گردد.
- ۴ - ABG بیمار را کنترل کرده، مقادیر غیرطبیعی آنرا گزارش کنید.
- ۵ - تغییرات مهم در کاپنوگرافی و اکسیمتری را کنترل و گزارش نمایید.
- ۶ - نوع حمایت تنفسی مشخص گردد( اکسیژن تراپی با ماسک و یا تهویه مکانیکی با فشار مثبت).
- ۷ - کنترل دمای بدن با استفاده از دماسنج رکتال انجام گردد.
- ۸ - در طی احیا، روشهای گرم کردن شامل گرم کردن خارج بدن، دیالیز صفاقی توسط مایعات گرم، استنشاق اکسیژن گرم آغاز شود.
- ۹ - عوامل افزایش دهنده حجم داخل عروقی و اینوتروپ برای درمان کاهش فشار خون و اختلال خون رسانی بافتها به کار گرفته میشود.
- ۱۰ - کنترل الکتروکاردیوگرام به دلیل بروز اختلال ریتم قلب آغاز میشود.
- ۱۱ - سوند ادراری برای اندازه گیری برون ده ادراری گذاشته میشود.
- ۱۲ - برای کاهش فشار از معده و پیشگیری از آسپیراسیون محتویات معده، لوله بینی- معدی قرار داده میشود.
- ۱۳ - ترس و اضطراب بیمار را با اقدامات زیر کاهش دهید.
  - ✓ محیط آرام ایجاد کنید.
  - ✓ در مورد محیط اطراف بیمار اطلاعات لازم ارائه شود.
  - ✓ در صورت تجویز، از IPPB استفاده کنید.
  - ✓ بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع).
  - ✓ در حضور هایپوونتیلاسیون، بیمار را تشویق به انجام تنفسهای آرام نمایید.
  - ✓ در صورت CBR بودن بیمار، حداقل هر ۲ ساعت به او کمک کنید تا در تخت بچرخد.
  - ✓ اقداماتی در جهت تصحیح اسیدوز یا آلکالوز بعمل آورید.
- ۱۴ - در صورت تداوم علائم و نشانه های اختلال در تبادلات گازی(کانفیوژن، ناآرامی، تحریک پذیری، سیانوز، کاهش  $PaO_2$ ) با پزشک مشورت کنید.

### ۳۵- در معرض خطر اختلال در سطح قند خون(هیپرگلیسمی، هیپوگلیسمی) در رابطه با:

۱. جراحی
۲. تروما
۳. حاملگی
۴. استرس
۵. بلوغ
۶. عفونت
۷. تزریق مقادیر کم انسولین
۸. حذف یک دوز از انسولین

<p>۹. در معرض خطر هیپوگلیسمی در رابطه با:</p> <p>۱۰. فعالیت شدید بدنی</p> <p>۱۱. تهوع و استفراغ</p> <p>۱۲. مصرف الکل</p> <p>۱۳. روزه داری یا حذف یک وعده غذایی</p> <p>۱۴. استفاده از دوز بالای انسولین</p> <p>۱۵. هایپر انسولینی</p>
<p><b>تعریف:</b> بالا بودن یا پایین بودن غیر طبیعی سطح خونی گلوکز</p>
<p><b>مشخصات:</b></p> <p>در هیپو گلیسمی: عدم تمرکز، سردرد، احساس سبکی سر، تیرگی شعور، اختلال حافظه، کرختی لبها و زبان، تکلم مبهم، عدم هماهنگی عضلات، تغییرات هیجان و عاطفی، رفتارهای نامعقول یا خصمانه، دوبینی، خواب آلودگی، اختلالات رفتاری، تشنج، کاهش سطح هوشیاری</p> <p>در هایپر گلیسمی: پلی اوری، پلی دیپسی، پلی فاژی، خستگی و ضعف، گزگز، بی حسی دست و پاها، خشکی پوست، تهوع، استفراغ</p>
<p><b>برایند مورد انتظار:</b></p> <p>✓ طبیعی شدن سطح قند خون</p>
<p><b>اقدامات پرستاری:</b></p> <p>۱ - بیمار را از نظر علائم بالینی اختلال در سطح قند خون مورد بررسی قرار دهید.</p> <p>۲ - قند خون بیمار را با گلوکومتر چک کنید.</p> <p>۳ - بیمار را از نظر علائم افت قند خون بررسی نمایید:</p> <p>✓ افت خفیف علائم تحریک سیستماتیک: تعریق لرزش، تاکیکاردی، تپش قلب، گرسنگی، عصبانیت، رنگ پریدگی</p> <p>✓ افت متوسط علائم سیستم عصبی مرکزی: سردرد، سبکی سر، گیجی، اختلال عاطفه، عدم توانایی تمرکز سوزن سوزن شدن لبها و زبان تکلم کند، اختلال بینایی و دوبینی، ضعف خواب آلودگی، اختلال هماهنگی، تجهیزات هیجانی و تحریک پذیری</p> <p>✓ افت شدید علائم اختلال شدید سیستم عصبی مرکزی: کاهش هوشیاری، گیجی، بیخوابی، اشکال در برخاستن از خواب تشنج، کما</p> <p>۴ - در صورت غلظت قند خون کمتر از ۵۰ تا ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر از ۱۵-۱۰ گرم قند سریع الاثر خوراکی در بیمار هوشیار (۱۰-۶ آبنات یا ۳-۲ قاشق مرباخوری شکر یا عسل یا نصف لیوان آب میوه) استفاده کنید.</p> <p>۵ - در صورت ادامه علائم بیش از ۱۵-۱۰ دقیقه، درمان تکرار را کنید تا زمانی که قند خون به بیش از ۱۰۰ گرم در دسی لیتر برسد.</p> <p>۶ - در صورت عدم هوشیاری یا قادر به بلع نبودن بیمار ۲۵ تا ۵۰ میلی لیتر محلول دکستروز ۵۰٪ در آب به صورت داخل وریدی طبق دستور پزشک تزریق نمایید.</p> <p>۷ - قبل از تجویز وریدی دکستروز از باز بودن راه وریدی بیمار مطمئن شوید.</p> <p>۸ - همچنین، در بیماران غیر هوشیار از تزریق زیر جلدی یا داخل عضلانی ۱ میلی گرم گلوکاگون با تجویز پزشک استفاده نمایید.</p> <p>۹ - چک قند خون بیمار هر ۱۵ دقیقه تا رسیدن قند خون به بالای ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر ادامه دهید.</p> <p>۱۰ - در صورت دیابتی بودن بیمار توصیه کنید که فعالیت منظم و در حد متوسط داشته باشد و از انجام فعالیت و ورزش بیش از حد بعد از مصرف انسولین بپرهیزد.</p> <p>۱۱ - در صورت دیابتی بودن بیمار به وی توصیه کنید در صورت بروز هیپوگلیسمی از خوردن داروی ضد دیابت خودداری کند.</p> <p>۱۲ - به بیمار علائم افت قند خون و نحوه استفاده از کربوهیدراتهای سریع الاثر در صورت بروز علائم افت قند خون را آموزش دهید.</p> <p>۱۳ - به بیماران دیابتی توصیه کنید برای جلوگیری از هیپوگلیسمی شبانه از خوردن میان وعده غذایی هنگام خواب استفاده</p>

<p>نمایند.</p> <p>۱۴- بیمار را از نظر علائم افزایش قند خون (پرنوشی و پر ادراری) بررسی کنید.</p> <p>۱۵- در صورت بروز هیپرگلیسمی در مورد سابقه دیابت و مصرف داروهای ضد دیابت سوال کنید.</p> <p>۱۶- در صورت بروز هیپرگلیسمی در بیمار دیابتی، توصیه کنید داروها (انسولین و داروهای ضد دیابت خوراکی) خود را طبق دستور پزشک مصرف نماید،</p> <p>۱۷- درباره ی تاثیر استرس روی افزایش قند خون با بیمار صحبت کنید و راهکارهای کاهش استرس را به بیمار بیاموزید.</p> <p>۱۸- قند خون و کتون های ادرار را به خصوص در بیمار دیابتی به طور مرتب چک نمایید.</p> <p>۱۹- بیمار را از نظر احتمال بروز DKA و HHNS تحت مراقبت قرار دهید.</p>
<p><b>۳۶- واکنش حساسیتی به لاتکس در رابطه با:</b></p> <p>مصرف محصولات تولید شده از لاتکس</p>
<p><b>تعریف:</b></p> <p>حساسیتی که به لاتکس به واسطه ایمنوگلوبولین IGE در اثر کاربرد محصولات تولید شده از لاتکس ایجاد می شود.</p>
<p><b>مشخصات:</b> واکنش حساسیت تاخیری به صورت اگزمای تماسی که ۱۲-۳۶ ساعت بعد از تماس با محصولات حاوی لاتکس روی می دهد و بیشتر در افرادی که دستکش لاتکس استفاده می کنند دیده می شود به طوری که روی دستها یا حتی قسمتهای دیگر بدن که در تماس بوده ضایعات ایجاد می شوند . البته اگزمای تماسی به دنبال حساس شدن به مواد شیمیایی که حین تولید محصولات حاوی لاتکس استفاده می شود نیز رخ می دهد .</p> <p>واکنش حساسیت فوری یا با واسطه IGE شدیدترین و جدی ترین واکنش آلرژیک به لاتکس است و مثل انواع دیگر آلرژی وابسته به IGE بیماران قبلاً در معرض لاتکس قرار گرفته اند و IGE اختصاصی علیه لاتکس در آنها وجود دارد . در مواجهه های بعدی علائمی چون :خارش ، قرمزی ، تورم ، عطسه ، حس خس ممکن است رخ دهد و ندرتاً بیمار ممکن است واکنش های مهلک مثل آنافیلاکسی به صورت شوک تنفسی شدید ، افت فشار خون و ... نشان بدهد که اگر سریعاً درمان نشود ، می تواند کشنده باشد.</p>
<p><b>بر آیند مورد انتظار</b></p> <p>✓ عدم بروز واکنش حساسیتی در فردی که سابقه حساسیت به لاتکس دارد.</p>
<p><b>اقدامات پرستاری</b></p> <p>۱ - بررسی افراد از نظر سابقه بیماریهای آلرژیک (الرژی غذایی-کهیر-آسم-سابقه شخصی و خانوادگی)</p> <p>۲ - انجام آزمون پوستی</p> <p>۳ - گرفتن تاریخچه مناسب</p> <p>۴ - انجام آزمونهای لازم و بررسی دقیق حساسیت به لاتکس</p> <p>۵ - معرفی دستکشهای ونیل و استفاده از ضد عفونی کننده ه ابا غلظتهای استاندارد و خشک کردن دستها با دو حوله</p>
<p><b>۳۷- تهوع در رابطه:</b></p> <p>۱ - با تحریک واگ و یا سمپاتیک در نتیجه تحریک احشاء بدلیل دیستانسیون شکم</p>
<p><b>تعریف:</b> وضعیتی که در آن بیمار احساس سنگینی در شکم و آشوب و تمایل به استفراغ را تجربه می کند</p>
<p><b>مشخصات:</b> احساس ناخوشایندموجی شکل در پشت حلق، بالای معده یا سراسر شکم که ممکن است منجر به استفراغ یا عدم استفراغ گردد.</p>
<p><b>برایند مورد انتظار :</b></p> <p>✓ بیمار بگوید که دیگر حالت تهوع ندارد</p>

### اقدامات پرستاری:

۱. حذف مناظر و بوهای نامطبوع از محیط اطراف
۲. آموزش در مورد کشیدن نفس عمیق هنگام تهوع
۳. پرهیز از خوردن غذاهای محرک و مصرف غذاهای خشک هنگام تهوع و مصرف غذا در وعده های زیاد و مقدار کم

### ۳۸- در معرض خطر اختلال درالکترولیتها در رابطه با:

- ۱-افزایش دفع الکترولیت ها به دلیل استفراغ، درناژ از NGT، اسهال
- ۲-افزایش دفع الکترولیتها از طریق درناژ زخم، ایلئوستومی و سایر درن ها
- ۳-افزایش برون ده ادراری به دلیل مصرف دیورتیک ها
- ۴-افزایش دفع مایعات به دلیل تعریق شدید، هایپرونتیلیسیون
- ۵-تب و افزایش میزان متابولیسم
- ۶-سوختگی و آسیت
- ۷-مصرف ناکافی مایعات از طریق دهان به دلیل درد، تهوع ، خستگی ، ترس و محدودیت غذایی و کاهش سطح هوشیاری
- ۸-کاهش جذب مایعات خوراکی به دلیل دیسفاژی ، درد دهان ،حلق و ازوفاژ به دنبال شیمی درمانی
- ۹-اختلال در جذب الکترولیت ها به دلیل التهاب و زخم روده کوچک
- ۱۰-عدم تعادل بین مایعات جذب و دفع شده

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار اختلال در الکترولیتها را در سطح سرمی و ادراری تجربه می کند.

**مشخصات:** تغییر غلظت سدیم و دیگر الکترولیتهای سرم، تغییر در علائم حیاتی ،تهوع ، بی اشتهایی ،تغییر تورگور پوستی ،ضعف، تغییر وزن،تغییر در حجم و فشار نبض ، تغییر در فشار خون و در جه حرارت بدن

### برآیند مورد انتظار:

- تعادل الکترولیتها در بیمار حفظ شود:
- ۱ - مخاطهای موکوسی مرطوب باشند.
  - ۲ - وزن بیمار ثابت بماند.
  - ۳ - فشار خون و نبض بیمار در حد طبیعی باشد.
  - ۴ - وزن مخصوص ادرار در حد طبیعی حفظ شود.
  - ۵ - اسمولالیتیه، سطح الکترولیتها و میزان ABG بیمار در حد طبیعی حفظ شود.

### اقدامات پرستاری:

- ۱ - کنترل مقادیر غیرطبیعی سرمی و ادراری الکترولیت ها
- ۲ - تهیه نمونه های آزمایشگاهی برای کنترل اختلال در سطوح الکترولیت ها
- ۳ - توزین روزانه بیمار وپایش روند تغییر آن
- ۴ - در صورت وجود هایپوناترمی (کاهش سدیم به کمتر از ۱۳۰ میلی اکی والان)، محدود کردن دریافت مایعات توسط بیمار
- ۵ - برای بهبود دریافت مایعات در صورت لزوم مایعات خوراکی که بیمار ترجیح می دهد را فراهم کنید.

- ۶ - تنظیم دریافت مایعات توسط بیمار در طول ۲۴ ساعت
- ۷ - مصرف فیبر در بیمارانی که به علت اسهال، الکترولیت از دست داده اند.
- ۸ - تنظیم سرعت مناسب برای محلول های وریدی یا ترانسفوزیون خون
- ۹ - گذاشتن کاتتر ادراری برای بیمار در صورت تجویز
- ۱۰ - تهیه گزارش صحیح از وضعیت intake/output بیمار
- ۱۱ - کنترل دقیق علائم حیاتی بیمار
- ۱۲ - کنترل وضعیت هیدراتاسیون بیمار (مانند میزان رطوبت غشاهای مخاطی، کفایت نبض ها، فشار خون وضعیتی)
- ۱۳ - تصحیح مناسب دهیدراتاسیون
- ۱۴ - شروع مایعات وریدی همراه با الکترولیت ها در صورت تجویز
- ۱۵ - بررسی پاسخ بیمار به الکترولیت های تجویز شده
- ۱۶ - کنترل علائم عدم تعادل الکترولیت ها
- ۱۷ - کنترل علائم و نشانه های احتباس مایعات (مانند کراکل ریوی ، افزایش فشار ورید مرکزی، ادم ، تورم وریدهای گردن و آسیت )
- ۱۸ - کنترل نتایج آزمایشگاهی مربوط به احتباس مایعات (مانند افزایش وزن مخصوص ادرار، افزایش اوره، کاهش هماتوکریت و افزایش سطح اسمولالیته ادرار)
- ۱۹ - کنترل وضعیت تغذیه ای و میزان دریافت غذا و مایعات توسط بیمار
- ۲۰ - فراهم کردن رژیم غذایی تجویز شده بری عدم تعادل الکترولیت ها(مانند کم سدیم ، مایعات محدود شده ، رژیم بدون نمک)
- ۲۱ - محاسبه میزان کالری دریافتی روزانه بیمار
- ۲۲ - بررسی بیمار از نظر عوارض جانبی الکترولیت های تجویز شده
- ۲۳ - بررسی غشاهای دهانی، صلبیه چشم و پوست از نظر علائم اختلال در الکترولیت ها (مانند خشکی ، سیانوز ، یرقان)
- ۲۴ - مشورت با پزشک در صورت وجود یا بدتر شدن علائم و نشانه های عدم تعادل در الکترولیت ها

### ۳۹-در معرض خطر سقوط در رابطه با:

- ۱- ضعف و خستگی
- ۲- سرگیجه ناشی از هایپوتانسیون وضعیتی
- ۳- اختلالات حسی و حرکتی
- ۴- احتمال بروز تشنج
- ۵- اثرات داروهایی مانند نارتوتیکها،شل کننده های عضلانی
- ۶ - ناتوانی در استفاده از عصا یا ویلچر

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار در معرض صدمات بافتی ناشی از سقوط قرار می گیرد.

**مشخصات :** وجود ریسک فاکتورهایی مانند ضعف ، کاهش حس بینایی،کاهش هماهنگی در عضلات،اختلالات شناختی یا روانی، مسمومیتها.



## برآیند مورد انتظار:

۱ - بیمار دچار صدمات حاصل از سقوط نشود.

## اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی بیمار از نظر احتمال سرگیجه و سقوط
- ۲ - بالا آوردن نرده کنار تخت بیمار در صورت لزوم جهت کاهش احتمال سقوط
- ۳ - تشویق بیمار به آرام دراز کشیدن و عدم بلند شدن از بستر بدون کمک
- ۴ - شناسایی خطرات احتمالی و ایمن کردن محیط بیمار برای کاهش خطرات احتمالی ناشی از سقوط
- ۵ - بررسی و ارزیابی بیمار از نظر وجود هرگونه ناتوانی که احتمال سقوط را در بیمار افزایش می دهد
- ۶ - توجه به عوامل مستعد کننده احتمال سقوط بیمار ( مانند سن ، اشکال در تحرک ، تاریخچه سقوط از تخت ، وضعیت تغذیه، مشکلات شناختی و روحی بیمار )
- ۷ - آموزش کافی به بیمار و خانواده او در مورد احتمال سقوط از تخت و راه های پیشگیری از آن
- ۸ - در نظر داشتن اثرات و عوارض احتمالی که ممکن است به دنبال داروهای تجویزی برای بیمار رخ دهد ( مانند سرگیجه عدم تعادل ،دوبینی ،تاری دید )
- ۹ - آموزش نحوه صحیح استفاده از وسایل کمک حرکتی مانند عصا و واکر برای کاهش احتمال سقوط بیمار
- ۱۰ - اطمینان از مناسب بودن کف پوش ها ، نور اتاق ،صندلی و تخت بیمار

## ۴۰- اختلال در مراقبت در منزل در رابطه با:

۱- اختلال در فعالیت جسمانی به دلیل درد ،ضعف و خستگی ، عدم تعادل بدن

۲- محدودیت در حرکات به دلیل استفاده از تراکشن ، گچ،و سایر وسایل محدود کننده

۳- کاهش تحمل فعالیت در نتیجه سو تغذیه،اختلال در خواب و استراحت

۴- اختلال حسی و حرکتی

۵- کاهش سطح هوشیاری

۶- وجود زخم جراحی

۷- اختلال در حس بینایی

۸- اختلال در راه رفتن

۹- فلج یک طرفه یا دو طرفه بدن

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار قادر به حمایت و مراقبت از خود در منزل نیست.

**مشخصات:** ناتوانی در پوشیدن لباس ، حمام کردن،غذا خوردن ، دستشویی رفتن ،حفظ بهداشت، پیگیری رژیم درمانی در منزل، مصرف داروها

## برآیند مورد انتظار:

۱-بیمار فعالیتهای مربوط به خود و مراقبت از خود را با توجه به محدودیت هایش در منزل انجام دهد.

## اقدامات پرستاری:

- ۱ - تعیین میزان و سطح فعالیت فیزیکی بیمار
- ۲ - تعیین میزان کمک و حمایت مورد نیاز بیمار (مثلا آیا بیمار خود قادر به انجام فعالیت های روزمره خود می باشد و یا دچار محدودیت بوده و در فعالیت های روزانه خود همکاری ندارد)
- ۳ - بررسی محیط بیمار از نظر لزوم تغییرات برای کمک به بیمار جهت مراقبت از خود (مثلا جابه جایی بیمار به طبقات پایین منزل)
- ۴ - بررسی منابع مالی موجود برای کمک و حمایت از بیمار و وجود سیستم های حمایت کننده از بیمار (مانند اقوام، دوستان یا همسایگان)
- ۵ - آموزش بیمار یا سایر اعضای خانواده جهت ایجاد یک محیط تمیز و سالم برای بیمار
- ۶ - اطمینان از وجود تجهیزات لازم در منزل برای بیمار (مانند آسانسور ، توالت فرنگی، ویلچر)
- ۷ - در صورت لزوم معرفی بیمار به تیم های بازتوانی یا کار درمانی
- ۸ - بررسی نیاز بیمار به گروه های حمایت کننده، پرستار، مددکار اجتماعی و موسسات خیریه در منزل

## ۴۱- سبک زندگی کم تحرک در رابطه با:

- ۱- درد، ضعف و خستگی
- ۲- ترس از بروز درد قفسه سینه و حمله قلبی
- ۳- عدم تحمل فعالیت به دلیل هایپوکسی بافتی و کاهش پرفیوژن بافت
- ۴- اختلال در خواب و استراحت
- ۵- سو تغذیه
- ۶- عدم تمایل به فعالیت به دلیل ترس از افتادن
- ۷- محدودیت های حرکتی مربوط به برنامه ریزی درمانی
- ۸- فقدان حس و حرکت
- ۹- کاهش قدرت عضلانی
- ۱۰- کاهش تحرک مفصلی و درد مفاصل
- ۱۱- عدم تحمل فعالیت به هر دلیل

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار سبک زندگی با حداقل تحرک و فعالیت جسمانی دارد.

**مشخصات:** اشکال در انتقال و تحرک، محدودیت در حرکات، بی میلی به حرکت

## برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار با توجه به محدودیت های حاصل از روشهای درمانی حداکثر فعالیت جسمانی را داشته باشد.

## اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی موانع و تمایلات بیمار برای افزایش سطح فعالیت (مانند مدیریت زمان، رژیم غذایی، سبک زندگی، دسترسی بیمار به

امکانات، ایمنی محیط)

- ۲ - برطرف کردن موانع فعالیتی بیمار تا حد امکان و ایجاد فرصت هایی برای فعالیت بیشتر بیمار
- ۳ - طراحی برنامه فعالیتی برای بیمار متناسب با شرایط بیمار
- ۴ - تشویق بیمار به حفظ یک برنامه روزانه فعال برای خود
- ۵ - آموزش خطرات ناشی از سبک زندگی کم تحرک به بیمار (مانند پرفشاری خون، افزایش چربی و قند خون، مقاومت به انسولین) برای ایجاد انگیزه در بیمار
- ۶ - آموزش حرکات ورزشی قدرتی و کششی به بیمار برای افزایش طول عمر او و پیشگیری از تحلیل رفتن سیستم عضلانی و اسکلتی او
- ۷ - آموزش بیمار در مورد اینکه فقط هنگام خوابیدن از تخت خواب استفاده کند و نه در حین فعالیت هایی مانند تماشای تلویزیون، مطالعه یا غذا خوردن
- ۸ - آموزش بیمار برای ترک رفتارهایی مانند مصرف زیاد کربوهیدرات، کافئین، نیکوتین، الکل، داروهای خواب آور و آرام بخش
- ۹ - معرفی بیمار به مراکز اجتماعی که با عضویت در آنها سطح فعالیت او افزایش میابد (مانند باشگاههای ورزشی)

#### ۴۲- در معرض خطر آسیب حرارتی در رابطه با:

۱. سوختگی پوست در اثر تماس بافت با منبع حرارتی، الکتریکی، شیمیایی یا اشعه مثلا اشعه رادیواکتیو
۲. اختلال در ساختار پوست، تخریب لایه های پوستی در رابطه با گرما، سرما، مواد شیمیایی و غیره

**تعریف:** وضعیتی که بر اثر حرارت تخریب و آسیب به بافت پوست حادث شود.

**مشخصات:** آسیب به لایه های پوست. درد، سوزش، التهاب پوست

#### بر آیند مورد انتظار:

۱. جلوگیری از پیشرفت آسیب ناشی از سوختگی
۲. فراهم ساختن امکان انتقال سریع مصدوم یا مصدومین به مراکز درمانی تخصصی
۳. دستیابی به امکانات درمانی دردسترس هر چه سریعتر
۴. احیاء قلبی - ریوی در صورت لزوم
۵. اقدامات جهت افزایش شانس بقاء مصدوم یا مصدومین
۶. پیشگیری از عوارض احتمالی (عدم تعادل آب و الکترولیت ها، ابتلا به عفونت...)
۷. آغاز برنامه مراقبتی و درمانی فوری سلامت بافت حفظ شود.
۸. حفظ سلامت پوست و غشاهای مخاطی
۹. بهبود زخم
۱۰. آگاهی بیمار از ضرورت اطلاع دادن هرگونه درد یا احساس ناراحتی در پوست
۱۱. تنظیم مجدد برنامه مراقبتی برای بهبود پوست و پیشگیری از آسیب مجدد آن
۱۲. آگاهی پرستار از معیارهای حفظ و بهبود پوست و مراقبت از هرگونه آسیب پوستی

## اقدامات پرستاری:

تدابیر پرستاری در مرحله اورژانس سوختگی های شدید:

- مراقبت های قبل از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی:
- ۱ -مصدوم را از صحنه دور کنید.
- ۲ - عامل سوزاننده را برطرف کرده و با آن مقابله کنید.
- ۳ - ناحیه سوختگی را سرد کنید، فقط به مدت ۵ دقیقه در آب سرد فرو رود.
- ۴ - در صورت لزوم احیاء تنفسی و قلبی را انجام دهید.
- ۵ - لباسهای مصدوم خصوصا لباسهای تنگ، حلقه، انگشتر ... را خارج کنید.
- ۶ - مصدوم را بپوشانید.
- ۷ - در صورت امکان زخم را شستشو دهید.
- ۸ - از پماد و کرم های خانگی استفاده نکنید.
- ۹ - اندامها را بالاتر از سطح قلب نگه دارید.
- ۱۰ - وضعیت مناسب به بیمار صاف به پشت خوابیده ، قرار دادن پاها بالاتر بدهید.
- ۱۱ - در صورت مشکوک بودن به صدمات گردن از قرار دادن بیمار در وضعیت شوک اجتناب کنید.
- ۱۲ - علائم حیاتی را در فواصل کوتاه کنترل کنید.

از انجام موارد زیر اجتناب کنید :

- کاربرد پماد، یخ، داروها، کرم، اسپری های روغنی یا مواد خانگی.
- پاره کردن تاول ها.
- درآوردن لباس های چسبیده.
- دادن هر چیزی از راه دهان به بیمار در سوختگی های شدید
- غوطه ور کردن بیمار در آب سرد.
- قرار دادن بالش زیر سر در سوختگی های گردن و مسیر راه هوایی.

**مراقبت های بعد از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی:**

- ۱ - تاریخچه دقیق از بیمار گرفته و بررسی های لازم را انجام دهید.
- ۲ - وسعت وعمق و شدت سوختگی را تعیین کنید.
- ۳ - در صورت لزوم احیاء قلبی - ریوی را انجام دهید:
- ۴ - باز نگه داشتن راه هوایی.
- ۵ - لوله گذاری داخل نای در سوختگی های قسمت فوقانی دستگاه تنفسی.
- ۶ - دادن اکسیژن ۱۰۰% با ماسک و یا لوله در مورد سوختگی های استنشاقی.
- ۷ - جبران مایعات تجویز مایعات وریدی را انجام دهید:
- ۸ - ۱۰۰۰ میلی لیتر در ساعت در بزرگسالان
- ۹ - ۵۰۰ میلی لیتر در کودکان
- ۱۰ - به بیمار وضعیت مناسب بدهید وضعیت صاف به پشت خوابیده و پاها کمی بالاتر.
- ۱۱ - در سوختگی های سر و گردن بیمار را در وضعیت شوک قرار ندهید.
- ۱۲ - بیمار را از نظر نیاز به اسکاروتومی و یا فاشیاتومی کنترل کنید.
- ۱۳ - درد بیمار را کنترل کنید.
- ۱۴ - لوله معدی - روده ای بگذارید.
- ۱۵ - سوند فولی برای بیمار گذاشته و برگه جذب و دفع را آماده کنید.
- ۱۶ - توکسوئید و ایمونوگلوبولین کزاز را تجویز کنید.

- ۱۷

۱. محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آنرا تعیین کنید شامل حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی....
- مرحله زخم مثلاً زخم فشاری درجه یک، درجه دو..را تعیین کنید.
۲. محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، یا سایر علائم عفونت کنترل و پایش کنید.
۳. روش مراقبت بیمار از پوست خود مانند نوع صابون یا شوینده های مورد استفاده، درجه حرارت آب و میزان بهداشت پوست را کنترل و پایش کنید. توجه: آب داغ، مواد شوینده قوی، فشار یا مالش زیاد پوست، و شستشوی بیش از حد برای پوست مضر است
۴. برنامه مراقبتی را برای هر بیمار بصورت اختصاصی با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار طرح کنید.
۵. تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید.
۶. ارزیابی سیستماتیک بیماران دچار محدودیت حرکتی را برای پیشگیری از عوارض پوستی ناشی از بی حرکتی انجام دهید.
۷. بیمار را حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از خواباندن بیمار روی پوست آسیب دیده، اجتناب کنید.
۸. مناسب بودن تشک و بالش بیمار را بررسی و از فشار روی ناحیه آسیب دیده جلوگیری کنید.
۹. در صورت آسیب شدید پوست از ماساژ اطراف زخم اجتناب کنید زیرا شواهد نشان داده است که این عمل آسیب را تشدید می کند.
۱۰. میزان درد یا حساسیت در بیمار را تعیین کنید.
۱۱. به محل های در معرض خطر برای ایجاد زخم مانند قسمت های استخوانی، پاشنه پا، ساکروم ... توجه کنید.

#### ۴۳-فعالیت بدنی ناکافی در رابطه با:

- ۱ - هیپوکسی بافتی
- ۲ - کاهش ناگهانی ذخیره قلب
- ۳ - تغذیه ناکافی
- ۴ - اختلال در خواب و استراحت ثانوی به دیسپنه ، ترس و اضطراب و...
- ۵ - ضعف
- ۶ - فلج خفیف عضلات
- ۷ - اسپاسم و سفتی
- ۸ - ضعف حرکتی و عضلانی
- ۹ - مشکلات تنفسی
- ۱۰ - تغییرات مفصلی ناشی از سالمندی و غیره.
- ۱۱ - آنمی
- ۱۲ - ضعف عضله میوکاردا
- ۱۳ - کاهش توده، تون و قدرت عضلانی بدن ثانویه به تغذیه کمتر از نیاز بدن
- ۱۴ - افزایش نیاز متابولیک ثانوی به عفونت حاد و مزمن، اختلالات متابولیک، جراحی و مطالعات تشخیصی
- ۱۵ - درد
- ۱۶ - عدم تحرک ناشی از افسردگی و کاهش انگیزه

**تعریف:** وضعیتی است که در آن بیمار قادر به تحرک نیست و یا با تحرک دچار آسیب می شود.

**مشخصات:** اختلال فعالیت، سالمندی، بیماری های مفاصل و عضلات و بیماری های قلبی و ...

### برآیند مورد انتظار:

- ۱- تحرک بدنی بهبود پیدا کند.
    - ✓ در برنامه های آموزشی مربوط به راه رفتن و برنامه های توان بخشی شرکت کند.
    - ✓ برنامه ای متعادل شامل ورزش و استراحت برقرار کند.
    - ✓ از وسایل کمکی به طور صحیح و مطمئن استفاده کند.
  - ۲- برای بهبود وضعیت تحرک تلاش کند.
    - ✓ در برنامه روزانه ورزشی شرکت کند.
    - ✓ هنگام قدم برداشتن، پاها را بیش از معمول باز کند و حین راه رفتن بیش از حد دست را تکان دهد.
    - ✓ داروها را طبق تجویز مصرف کند.
  - ۳- مددجو حداکثر دامنه حرکتی را در محدوده توانایی خود داشته باشد.
  - ۴- مددجو موارد زیر را بیان کند:
    - ✓ عدم خستگی و ضعف
- توانایی در انجام فعالیت های زندگی روزانه در محدوده طبیعی بدون تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق، سرگیجه و تغییر قابل توجه در علائم حیاتی

### اقدامات پرستاری:

- ۱- معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
- ۲- تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
- ۳- علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی نمایید از جمله ضعف و خستگی، تنگی نفس فعالیتی، درد سینه و تعریق و سرگیجه، افزایش ضربان قلب بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه نیست به حالت استراحت، عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت، کاهش فشارخون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۵-۱۰ میلی متر جیوه و نیز عوامل محدودکننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (کاهش تحمل فعالیت، تهوع، ترس از باز شدن بخیه ها).
- ۴- بیمار را تشویق به فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید.
- ۵- سرو صدا و فعالیت محیطی را به حداقل برسانید.
- ۶- مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که استراحت بیمار را برهم نزنند.
- ۷- تعداد ملاقاتی ها و طول مدت ملاقات را محدود نمایید.
- ۸- در صورت نیاز به بیمار در جهت انجام مراقبت از خود کمک نمایید.
- ۹- وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس وی قرار دهید.
- ۱۰- مواردی که موجب ترس و اضطراب بیمار میشود را کاهش دهید:
  - ✓ بیمار را با محیط بیمارستان، ابزار و روش های تشخیصی و درمانی و مراقبتی آشنا سازید.
  - ✓ در مورد هدف از انجام کلیه اقدامات درمانی و تشخیصی توضیح دهید.
  - ✓ پرسنلی که مسئول مراقبت از بیمار هستند را معرفی نمایید.
  - ✓ هنگام برقراری ارتباط با بیمار از روش آرام و توأم با رازداری استفاده نمایید.
  - ✓ بیمار را تشویق به بیان ترس و اضطراب نمایید.
- ۱۱- اقداماتی را که موجب بهبود خواب بیمار میشود فراهم نمایید:
  - ✓ ترس و اضطراب وی را کاهش دهید.
  - ✓ وی را تشویق به نوشیدن مواد گرم و شیر قبل از خواب نمایید.
  - ✓ از به خواب رفتن طولانی در طی روز جلوگیری نمایید.
- ۱۲- در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار:

- ✓ فعالیت ها را به تدریج زیاد نمایید.
- ✓ به بیمار روش دخیره انرژی را آموزش دهید.
- ۱۳ - به بیمار کمک کنید هر ۱-۲ ساعت تغییر پوزیشن دهد و از تنفس عمیق و سرفه استفاده نماید.
- ۱۴ - از بیمار بخواهید که هنگام سرفه کردن بنشیند.
- ۱۵ - در صورت نداشتن منع، سر تخت را بالا آورید.
- ۱۶ - درد بیمار را کاهش دهید.
- ۱۷ - اقداماتی در جهت کاهش تهوع و استفراغ برای بیمار فراهم کنید.
- ۱۸ - هنگام تحرک از پانسمان، لوله و کاتتر های بیمار مراقبت کامل به عمل آورید.
- ۱۹ - از همراهان برای به حرکت درآوردن بیمار کمک بگیرید.
- ۲۰ - اقداماتی در جهت حفظ برون ده قلبی یا تنفسی مناسب برای بیمار به عمل آورید.
- ۲۱ - اقداماتی برای جلوگیری از افتادن بیمار به عمل آورید.

۱. حیدری، حمیدرضا و همکاران. پرستاری در بخش مراقبت های ویژه قلبی. تهران ۱۳۹۰. انتشارات حیدری.
۲. نیکروان نبرد. ملاحظه. تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری چاپ سوم. تهران ۱۳۹۲. نوردانش.
۳. حجتی، حمید. روانشناسی فردی و اجتماعی برای پرستاران، ۱۳۸۹، نشر حکیم.
۴. موسوی، اشرف السادات. خانواده درمانی، ۱۳۸۹، نشر مهر کاویان.
۵. ثنائی، باقر. روان درمانی و مشاوره گروهی. ۱۳۹۰، انتشارات چهر.
۶. محتشمی، جمیله، مددی، عباس، نوغانی، فاطمه. درسنامه روان شناسی فردی و اجتماعی. ۱۳۸۷، نشر سالمی.
6. Potter P, Perry A, Hall E. Fundamentals of Nursing. 8th ed .Philadelphia: Mosby; 2013.
7. Brunner & Suddarth. medical-surgical nursing. Philadelphia: Mosby; 2009.
8. Herdman, TH (Ed.) Nursing Diagnoses: Definitions and classification. Singapore :Wiley-Blackwell; 2009-2011.
9. Gulanick M, L. Myers J.. 8<sup>th</sup> ed .Philadelphia: Elsevier Science Health Science Division; 2013
10. Nursing Diagnoses 2009-2011, Custom: Definitions and Classification NANDA International
11. John Wiley & Sons