

راهنمای بالینی پرستاری

Nursing Practice Guideline

زیر نظر

دکتر سید حسن امامی رضوی و اعظم گیوری

سرپرست گروه

دکتر مهوش صلصالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر امور پرستاری

گرد آوری و تنظیم:

دکتر مهوش صلصالی: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ندا مهرداد: استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر منصوره زاغری تفرشی: استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سونیا آرزومانیان: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

همکاران دفتر امور پرستاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی:

خانم ها: آذر محمودی- رفعت رضاپور- زهره کوهی رستمکلانی

آقایان: مهدی ذهبی- حاتم احمدوند- داود امین نسب

همکارانی که در گردآوری این مجموعه در حیطه های مختلف ما را یاری نمودند:

دانشگاه	حیطه ها	گردآوری کنندگان
دانشگاه علوم پزشکی تهران	مراقبت های پرستاری در CCU، کودکان، سیستم عضلانی- اسکلتی، گوارش، زنان	خانم ها فاطمه بهرام نژاد- سونیا آرزومانیانس- میترا ذوالفقاری- منصوره علی اصغر پور- نسرین رسول زاده
دانشگاه علوم پزشکی ایران	مراقبت پرستاری در سیستم تنفس و گردش خون	خانم ژاله محمد علیها آقای محمد تقی صفدری
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	مراقبت های پرستاری در پوست و سوختگی	خانم زهرا صفوی بیات
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	مراقبت پرستاری در سیستم غدد مترشحه داخلی و سرطان	خانم ها دکتر فریبا طالقانی- صیوحی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	مراقبت پرستاری در مشکلات اعصاب و روان	خانم ها دکتر فرخنده شریف – مریم شایگان
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	مراقبت پرستاری در اورژانس و اتاق عمل	خانم ها مژگان بهشید- فرانک جبار زاده تبریزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	مراقبت پرستاری در سیستم ادراری- تناسلی، مایعات و الکترولیت ها	خانم ها سکینه سیزواری- بتول تیرگری آقای دکتر عباس عباس زاده
دانشگاه علوم پزشکی همدان	مراقبت پرستاری در چشم، گوش، حلق و بینی	آقای دکتر محمد علی چراغی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان	مراقبت پرستاری در سیستم مغز و اعصاب	آقای دکتر فرهاد رضانی بدر
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	مراقبت پرستاری در دوران سالمندی، توانبخشی و بحران	خانم ها دکتر سید باقر سادات مداح- مریم نخعی آقایان دکتر حمید رضا خانکه- شاهرخ علی نیا
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	اقدامات عمومی پرستاری	خانم ها دکتر لیلا جویباری- دکتر اکرم ثناگو
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	مراقبت های پرستاری در ICU و دیالیز	آقای دکتر عباس حیدری خانم ها: نیره داودی- فاطمه حاجی آبادی

بسمه تعالی

مقدمه:

تاریخچه غنی علم پرستاری در مورد استفاده از نتایج پژوهش در عملکرد، به زمانی برمی گردد که فلورانس نایتینگل از اطلاعات مربوط به میزان مرگ و میر بالای مجروحان جنگی متوجه ضرورت تغییر در روش مراقبت از بیماران شد. عملکرد مبتنی بر شواهد که در چند دهه اخیر مورد توجه صاحب نظران و متخصصان پرستاری واقع شده است در واقع کاربرد آگاهانه بهترین نتایج تحقیق در بالین به منظور ارائه خدمات هزینه اثربخش و با کیفیت بالا همراه با حفظ ارزش ها و ترجیحات بیماران است. تدوین راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد رویکردی مشکل محور بوده و تجارب ارائه دهندگان مراقبت را مورد توجه قرار می دهد .

پرستار متخصص بالینی ضروری است علاوه بر دسترسی به منابع علمی و نتایج پژوهش ها، قدرت نقد و قضاوت برای بکارگیری نتایج در بالین بیمار را با توجه به ترجیحات و ارزشهای مددجو داشته باشد. در این رویکرد، بهترین دلایل و شواهد از طریق تلفیق پژوهش، دانش و تئوری، جهت انجام فعالیت ها ارائه می شود و کنار گذاشتن تجارب غیر سیستماتیک بالینی، قدیمی و سنتی مورد تاکید می باشد. بنابراین از پرستاران متخصص و با تجربه کشور انتظار می رود از این راهنما به بهترین شیوه ممکن در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت های پرستاری استفاده نمایند تا از این طریق هویت علمی پرستاری به عنوان يك حرفه تخصصی، بیش از پیش تقویت شود .

دکتر کامران باقری لنکرانی

وزیر

پیش گفتار

کتاب راهنمای مراقبت بالینی که با سعی و تلاش بی دریغ سرکار خانم دکتر صلصالی و تعدادی از اساتید مجرب و اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی تدوین شده است، نه تنها می تواند به مراقبت های سنتی و روتین وار در بخش های بالینی پایان دهد بلکه تضمین کننده کیفیت مراقبت بیماران بر اساس آخرین پیشرفت ها و نتایج مطالعات و تحقیقات در علوم پرستاری است.

با بکارگیری شایسته این کتاب، اتفاق نظر و هماهنگی بیشتر در ارائه مراقبت های بالینی فراهم آمده و پرستاران عزیز را در راه ارتقاء عملکرد حرفه ای و تولید علم و دانش پرستاری با تمرکز بر محوری ترین فعالیت پرستاری که همانا "مراقبت" است، رهنمون می سازد.

این کتاب مشتمل بر مشکلات متداول در سیستم های مختلف بدن و راهکارها و توصیه های مختلف پرستاری مبتنی بر شواهد و با استفاده از جدیدترین منابع موجود می باشد. امید است این مجموعه بتواند کمکی موثر در جهت ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت مناسب باشد.

اعظم گیوری

مدیر کل دفتر امور پرستاری

۱-۳۶	فصل اول: اقدامات عمومی در پرستاری
۳۷-۱۱۹	فصل دوم: مراقبت پرستاری از مشکلات سیستم مغز و اعصاب
۱۲۰-۱۳۸	فصل سوم: مراقبت پرستاری از مشکلات چشم، گوش، حلق و بینی
۱۳۹-۱۴۱	فصل چهارم: مراقبت پرستاری از مشکلات سیستم تنفسی
۱۴۲-۱۶۲	فصل پنجم: مراقبت پرستاری از مشکلات سیستم قلب و عروق و بیماری های خون
۱۶۳-۲۷۵	فصل ششم: مراقبت پرستاری از مشکلات سیستم گوارش
۲۷۶-۳۷۷	فصل هفتم: مراقبت پرستاری از مشکلات غدد مترشحه داخلی
۳۷۸-۴۵۷	فصل هشتم: مراقبت پرستاری از مشکلات عضلانی- اسکلتی
۴۵۸-۴۹۱	فصل نهم: مراقبت پرستاری در اختلال مایعات بدن و سیستم ادراری- تناسلی
۴۹۲-۵۰۲	فصل دهم: مراقبت پرستاری از مشکلات پوست و سوختگی
۵۰۳-۵۴۹	فصل یازدهم: مراقبت پرستاری از مشکلات اعصاب و روان
۵۵۰-۵۷۵	فصل دوازدهم: مراقبت پرستاری در بیماران مبتلا به سرطان
۵۷۶-۵۸۸	فصل سیزدهم: مراقبت پرستاری از سالمندان
۵۸۹-۵۹۳	فصل چهاردهم: پرستاری در بحران
۵۹۴-۷۱۵	فصل پانزدهم: مراقبت پرستاری در بخش های ویژه
۷۱۶-۷۹۰	فصل شانزدهم: مراقبت پرستاری در اورژانس و اتاق عمل

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اقدامات عمومی در پرستاری

مراقبت عمومی ارزیابی سطح فعالیت

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت ناشی از هیپوکسی بافتی، کاهش ناگهانی ذخیره قلب، تغذیه ناکافی، اختلال در خواب و استراحت ثانویه به دیس پنه، ترس و اضطراب و...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱- هر گونه اختلال فعالیت را به موقع تشخیص دهد.	
۲- ارزیابی صحیحی از وضعیت فعالیت بیمار انجام دهد.	
۳- وضعیت بیمار را بر اساس شواهدی نظیر بیان احساس ضعف و خستگی و عدم توانایی در انجام مراقبت از خود، احساس درد سینه و تنگی نفس و طپش قلب و هرگونه تغییر در علائم حیاتی هنگام انجام فعالیت، مورد بررسی قرار دهد.	
۴- اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی فعالیتی موثر را فراهم نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی اولیه بیمار دچار اختلال در سطح فعالیت:	
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 بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت، عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت، کاهش فشار خون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۰-۱۵ میلی متر جیوه و نیز عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (کاهش تحمل فعالیت، تهوع، ترس از افتادن، ترس از جابجایی لوله و کانتور ها، 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 نزند.	
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.
 - بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس وی هستند و با صدای زنگ بر بالین وی حاضر خواهند شد.
 - 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.
 - مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که بیمار لااقل ۹۰-۱۲۰ دقیقه خواب مداوم داشته باشد.
- ۱۲- در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار:
 - فعالیت ها را به تدریج زیاد نمایید.
 - به بیمار روش ذخیره انرژی را آموزش دهید (مثل استفاده از صندلی هنگام مسواک، حمام و شانه زدن موها).
- 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 کاتترهای 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- به منظور افزایش قدرت و تونسیته عضلانی، تمرینات ورزشی را در دامنه حرکتی مفصل به صورت فعال یا غیرفعال انجام دهید.
- ۲۲- اقداماتی برای جلوگیری از افتادن بیمار به عمل آورید.
- ۲۳- پیش از شروع فعالیت به بیمار استراحت کافی دهید.
- ۲۴- در موارد درد شدید، از مسکن های مخدر استفاده نمایید.

۲۵- اثرات درمانی و عوارض داروهای شل کننده عضلانی، مسکن ها و داروهای بیهوشی را مورد بررسی قرار دهید.
Patient Education آموزش به بیمار
۱- به بیمار در مورد رفع عدم تحمل فعالیت و نحوه پیشگیری از آن به شرح ذیل آموزش دهید: - مددجو را به تغییر وضعیت آهسته در تخت تشویق نمایید. - مددجو را به انجام فعالیت بر حسب تحمل تشویق نمایید. - مددجو را به رعایت بهداشت پوست تشویق نمایید. ۲- به بیمار آموزش دهید هرگونه کاهش مقاومت نسبت به فعالیت را گزارش نماید. ۳- به بیمار آموزش دهید هر نوع فعالیتی که منجر به درد سینه و تنگی نفس، گیجی و خستگی می شود را فوراً قطع نماید. ۴- به بیمار چگونگی استفاده صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر را آموزش دهید.
منابع مورد استفاده:
• Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier, • سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵ • نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲ • Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

بررسی قلب و عروق

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش برون ده قلبی به دلیل:	- کاهش تخلیه بطن ها در نتیجه نارسایی قلب - ترومای قلبی - افزایش پس بار قلب در نتیجه انقباض عروقی حاصل از هیپرترمی، انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکول آمین ها در اثر استرسورهایی نظیر ترس و اضطراب - کاهش پیش بار قلبی در نتیجه هیپوولمی (از دست دادن خون، شیفت مایع از فضای درون رگی به فضای بینابینی، از دست دادن مایع از طریق سوند معده، کاهش دریافت مایعات، دیورز شدید و اسهال) - هیپوتانسیون به دلیل گرم شدن سریع بدن بعد از جراحی قلب، تاثیر داروی بیهوشی، مسکن مخدرو وازودیلاتورها - ریتم های غیر طبیعی قلب - دیلاتاسیون و یا هیپرتروفی بطن ها، ناتوانی قلب در بکارگیری مکانیزم های جبرانی - ایست قلبی
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. هرگونه تغییر در وضعیت خون پمپ شده از قلب را به موقع تشخیص دهد. ۲. ارزیابی صحیحی از علائم حیاتی خصوصا فشارخون، ضربان قلب و تنفس برآورد نماید. ۳. بر اساس شواهد زیر برون ده قلبی بیمار را افزایش دهد از جمله: - فشارخون در حد طبیعی باشد، - تعداد ضربان قلب در محدوده طبیعی باشد. - ریتم گالوپ از بین برود. - تعداد تنفس در محدوده طبیعی باشد. - با تغییر پوزیشن تغییری در فشار خون و نبض دیده نشود. - صدای تنفسی طبیعی باشد و بیمار دارای سطح هوشیاری طبیعی باشد. - حالت سبکی یا سنکوپ سر از بین برود. - نبض محیطی قابل لمس و نبض کاروتید قوی باشد. - رنگ پوست و دمای بدن طبیعی باشد. - برون ده ادراری یک سی سی به ازای هر کیلو وزن در ساعت داشته باشد.

- ادم محیطی و آسیت و... کاهش یابد. - وزن بیمار در حد طبیعی باشد. - مقادیر همودینامیک نظیر فشار ورید مرکزی و برون ده قلبی به حد طبیعی برگردد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations - ارزیابی اولیه از مددجوی مبتلا به کاهش برون ده قلبی انجام دهید: - تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید. - معاینات کامل بالینی را انجام دهید. - علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را مورد بررسی قرار دهید: - کاهش به میزان ۲۰ میلی متر جیوه در فشار خون سیستول همراه با فشار سیستول زیر ۸۰ میلی متر جیوه. - سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان ۵-۱۰ میلی متر جیوه. - نبض نامنظم. - تعداد نبض کمتر از ۶۰ و یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه. - کوتاه شدن صداهای قلبی و یا حضور سوفل. - حضور ریتم گالوپ. - کاهش فشار خون سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه همراه با افزایش نبض هنگامی که بیمار به وضعیت نشسته درآید. - تنفس تند و نامنظم. - حضور رال همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی. - کاهش سطح هوشیاری، نارامی و گیجی. - سنکوپ، کاهش یا محو نبضهای محیطی، کاهش قدرت نبض کاروتید، پوست سرد و مرطوب و رنگ پریده، زمان پرشدگی کاپیلاری بیش از ۳ ثانیه، برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت، ادم محیطی و اتساع گردنی، افزایش قابل توجه وزن، کاهش برون ده قلبی، افزایش اوره و کراتنین سرم. - نوار قلب بیمار را توسط مانیتورینگ مداوم کنترل و آریتمی را گزارش نمایید. - عکس سینه را کنترل و یافته هائی نظیر کاردیومگالی، افیوژن پلور و ادم ریه را گزارش نمایید. - اقداماتی در جهت کاهش بار قلب بکار برید از جمله بیمار را در وضعیت نشسته و نیمه نشسته قرار دهید. - در صورت لزوم پای بیمار را از تخت آویزان کنید. - به بیمار توصیه کنید از انجام مانور والسالوا خودداری نماید. استراحت جسمی و روانی برای بیمار بکار ببرید. - بیمار را به مصرف غذا در حجم کم و متناوب تشویق کنید. - از بیمار بخواهید که غذا و مایعات حاوی کافئین را مصرف ننماید. - طبق دستور در صورت شوک مایع و خون را انفوزیون کنید.	

۱۱. خونریزی بیمار را کنترل و یا از آن پیشگیری کنید. ۱۲. در صورت مطرح بودن هیپوتانسیون، فشارخون را قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی، وازودیلاتورها و مسکنهای مخدر کنترل نمایید. ۱۳. در صورت بروز ایست قلبی عملیات احیا را آغاز نمایید. ۱۴. محیط بیمار را گرم نگه دارید. ۱۵. پوشش مناسب بر روی بیمار از جهت فراهم کردن گرمای مناسب بکار برید. ۱۶. علائم حیاتی را کنترل نمایید. ۱۷. جذب و دفع را کنترل نمایید.	آموزش به بیمار
۱. به بیمار توصیه کنید از کشیدن سیگار خودداری نماید. ۲. به بیمار توصیه کنید فعالیت های خود را به تدریج و با توجه به سطح تحمل افزایش دهد. ۳. به بیمار توصیه کنید داروهای خود را به موقع مصرف نماید و درمورد عوارض دارویی و... نکات لازم به بیمار گوشزد شود.	منابع مورد استفاده:
• Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier, • سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵ • نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲ • Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.	

بررسی وضعیت تنفس

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال آسپیراسیون در رابطه با کاهش سطح هوشیاری، کاهش رفلکس gag، کاهش رفلکس سرفه، اختلال در عمل بلع، پوزیشن خوابیده به پشت بعد از عمل، استفراغ بعد از بیهوشی و...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. هر گونه عواملی را که سبب آسپیراسیون و خفگی می شود را به موقع تشخیص دهد.	
۲. ارزیابی صحیحی را از وضعیت تنفس بیمار از جمله تعداد، الگو و ریتم و علائم دیسترس تنفسی انجام دهد.	
۳. بر اساس وضعیتهائی نظیر کاهش سطح هوشیاری، دپرسیون رفلکس سرفه، لوله تراشه یا تراکئوستومی، تغذیه از راه لوله معده، تجویز داروهای استفراغ آور، جراحی در ناحیه صورت و فک، سیم پیچی فک، پوزیشن خوابیده به پشت و...، احتمال آسپیراسیون را مورد بررسی قرار دهد.	
۴. اقدام مناسب جهت باز نگه داشتن راه هوایی و تهویه مناسب را به طور موثر فراهم نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.	
۲. تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.	
۳. عواملی را که دلالت بر آسپیراسیون دارند مانند کاهش سطح هوشیاری و فقدان رفلکس بلع و.. را مورد بررسی قرار دهید.	
۴. علائم و نشانه های آسپیراسیون ترشحات یا مواد غذایی و مایعات (شامل سمع صدای رونکوس، صدای مات هنگام دق قفسه سینه، تاکی کاردی، تنفس تند، دیس پنه و سیانوز) را ارزیابی نمایید.	
۵. نتایج عکس سینه و گزارش یافته های مربوط به انفیلتراسیون را کنترل نمایید.	
۶. بیمار را تا زمان هوشیاری کامل در وضعیت یک پهلو بخوابانید.	
۷. از مانورهای مانند هیملیخ، نلسون و ... برای بازکردن راه هوایی در صورت لزوم استفاده نمایید.	
۸. وسایل مربوط به ساکشن کردن را در کنار بیمار قرار دهید.	
۹. در صورت تجمع ترشحات در دهان، ساکشن به عمل آورده و مراقبت از دهان را به عمل آورید.	
۱۰. اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز استفراغ به عمل آورید.	
۱۱. در صورت نداشتن رفلکس gag و یا عدم هوشیاری کامل، تغذیه از راه دهان را شروع ننمایید.	
۱۲. در هنگام و حداقل ۳۰ دقیقه بعد از تغذیه بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید مگر ممنوعیت داشته باشد.	
۱۳. در صورت بروز آسپیراسیون اقدامات ذیل را انجام دهید: ساکشن تراشه، اطلاع پزشک، آماده کردن بیمار جهت گرافی سینه.	

۱۴. در صورتیکه بیمار از راه لوله معده تغذیه می شود، اصول صحیح هنگام گاوژ را رعایت نمایید.
۱۵. در بیماران مبتلا به سکنه مغزی، در صورت اجازه تغذیه اقدامات زیر را بکار ببرید:
- به بیمار تمریناتی را جهت افزایش قدرت جویدن آموزش دهید.
- در طول تغذیه تا جای امکان تحریکات محیطی را کم نمایید تا بیمار حواس خود را روی جویدن و بلع متمرکز کند.
- وعده غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد در نظر بگیرید.
- مدت زمان کافی برای تغذیه در نظر بگیرید.
۱۶. اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت نمایید.
آموزش به بیمار
Patient Education
۱. بیمار را به داشتن استراحت کافی قبل از تغذیه تشویق کنید.
۲. بیمار را به رعایت بهداشت فردی خصوصا بهداشت دهان تشویق کنید.
۳. به بیمار توصیه کنید در هنگام تغذیه از حرف زدن و خندیدن خودداری نماید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تنفس به صورت اختلال در تبادل گازی در ارتباط با الگوی نامناسب تنفسی، پاکسازی نامناسب راه هوایی، ضخیم شدن غشا آلونولی، کاپیلاری در نتیجه ادم ریه و فیبروز ریه و غیره	اختلال در تنفس به صورت اختلال در تبادل گازی در ارتباط با الگوی نامناسب تنفسی، پاکسازی نامناسب راه هوایی، ضخیم شدن غشا آلونولی، کاپیلاری در نتیجه ادم ریه و فیبروز ریه و غیره
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بایستی قادر باشد:	پرستار بایستی قادر باشد:
۱- هر گونه اختلال تنفسی را به موقع تشخیص دهد.	۱- هر گونه اختلال تنفسی را به موقع تشخیص دهد.
۲- ارزیابی صحیحی از وضعیت تنفسی بیمار انجام دهد.	۲- ارزیابی صحیحی از وضعیت تنفسی بیمار انجام دهد.
۳- براساس شواهدی نظیر تعداد و عمق تنفس، صدا های تنفسی، رنگ پوست، الگوی تنفسی، میزان استفاده از عضلات کمک تنفسی، سطح هوشیاری و بیداری، عملکرد تنفسی را مورد بررسی قرار دهد.	۳- براساس شواهدی نظیر تعداد و عمق تنفس، صدا های تنفسی، رنگ پوست، الگوی تنفسی، میزان استفاده از عضلات کمک تنفسی، سطح هوشیاری و بیداری، عملکرد تنفسی را مورد بررسی قرار دهد.
۴- اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی تنفسی موثر فراهم نماید.	۴- اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی تنفسی موثر فراهم نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.	۱- معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
۲- تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.	۲- تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
۳- الگوی تنفسی بیمار را ارزیابی و ثبت نمایید (وضعیت تنفسی از لحاظ سطحی بودن، کند یا سریع بودن، تنگی نفس، ارتوپنه، استفاده از عضلات کمکی هنگام تنفس، سمع صداهای ریوی از لحاظ کاهش و یا قطع صدا، خس خس مجرای تنفسی و یا رال، سرفه، بی قراری، گیجی و بی خوابی، سیانوز انتهاها یا سیانوز مرکزی).	۳- الگوی تنفسی بیمار را ارزیابی و ثبت نمایید (وضعیت تنفسی از لحاظ سطحی بودن، کند یا سریع بودن، تنگی نفس، ارتوپنه، استفاده از عضلات کمکی هنگام تنفس، سمع صداهای ریوی از لحاظ کاهش و یا قطع صدا، خس خس مجرای تنفسی و یا رال، سرفه، بی قراری، گیجی و بی خوابی، سیانوز انتهاها یا سیانوز مرکزی).
۴- مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید تا تبادل هوا به حاکثر برسد مانند: نیمه نشسته، کاملاً نشسته.	۴- مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید تا تبادل هوا به حاکثر برسد مانند: نیمه نشسته، کاملاً نشسته.
۵- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید.	۵- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید.

۶- پالس اکسیمتری انجام داده و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش کنید. ۷- ABG را انجام داده و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش کنید. ۸- اکسیژن درمانی را طبق دستور پزشک تجویز نمایید. ۹- اقداماتی جهت کاهش درد بکار ببرید. ۱۰- اقداماتی برای کاهش خستگی بکار ببرید. ۱۱- به انجام روش های فشار هوای مثبت (مانند تنفس با فشار مثبت متناوب مداوم، فشار مثبت بی فازیک و فشار مثبت بازدمی) طبق دستور پزشک کمک نمایید. ۱۲- اقداماتی برای تسهیل خروج ترشحات ریه از جمله تشویق مددجو به سرفه هر یک الی دو ساعت، مرطوب ساختن هوای دمی، تشویق مددجو به دریافت مایعات ۲۵۰۰ میلی لیتر روزانه مگر اینکه منع مصرف داشته باشد، انجام دهید. ۱۳- به تجویز داروهای موکولیتیک و داروهای رقیق کننده ترشحات با استفاده از نبولایزر، کمک کنید. ۱۴- درناژ وضعیتی را طبق دستور انجام دهید. ۱۵- در صورت لزوم ساکشن انجام دهید. ۱۶- داروهائی نظیر برونکودیلاتور و کورتیکو استروئیدها را طبق دستور، تجویز کنید. ۱۷- در صورت ضرورت به انجام پونکسیون پلورکمک نمایید. ۱۸- مددجو را برای درمان بدخیمی آماده نمائید. ۱۹- اقداماتی در جهت رفع اسیدوز و الکالوز طبق دستور انجام دهید. ۲۰- گرافی سینه طبق دستور انجام و هرگونه موارد غیر طبیعی گزارش گردد. ۲۱- کنترل دقیق جذب و دفع را انجام دهید. ۲۲- علائم حیاتی را کنترل کرده و هرگونه موارد غیر طبیعی را گزارش نمایید. ۲۳- سطح هوشیاری مددجو بطور مرتب کنترل شود و هرگونه گیجی و کندی ذهن را مورد توجه قرار دهید. ۲۴- فیزیوتراپی قفسه سینه را انجام دهید. ۲۵- توضیحات لازم را در خصوص اقدامات درمانی و تشخیصی به بیمار بدهید. ۲۶- تب بیمار را با استفاده از پاشویه و استفاده از تب بر بنا به ضرورت، کنترل کنید. ۲۷- چنانچه بیمار به علت بیماری زمینه ای عفونت، دچار اختلال تنفسی شده است از داروی آنتی بیوتیک استفاده نمایید.	آموزش به بیمار
به بیمار در مورد رفع اختلال تنفسی و پیشگیری از آن آموزش دهید: ۱- مددجو را به انجام تنفس آرام تشویق کنید. ۲- مددجو را به تنفس عمیق یا استفاده از اسپیرومتری تشویقی هر یک الی دو ساعت تشویق کنید. ۳- مددجو را به انجام تنفس دیافراگمی در صورت تحریک عصب فرنیک تشویق کنید.	Patient Education

- ۴- به مددجو در مورد اجتناب از دریافت غذاهای ایجاد کننده گاز، آشامیدنی های حاوی کربنات و غذاهای سنگین برای پیشگیری از اتساع معده و کاهش فشار روی دیافراگم، آموزش دهید.
- ۵- مددجو را به عدم استعمال دخانیات، عطر و گرده گل و... تشویق کنید.
- ۶- مددجو را به انجام فعالیت بر حسب تحمل تشویق کنید.
- ۷- عدم استفاده از غذای الرژن را آموزش دهید.
- ۸- مددجو را به عدم استفاده از مایعات سرد برای جلوگیری از برونکواسپاسم تشویق کنید.
- ۹- مددجو را به تخلیه ترشحات با سرفه تشویق کنید.
- ۱۰- رعایت بهداشت دهان را به بیمار آموزش دهید.

منابع مورد استفاده:

- Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier,
- سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵
- نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

بررسی وضعیت حرکتی

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تحرک جسمانی در رابطه با (درد، ضعف و خستگی)، ترس از بروز اسهال و حالت تهوع، اختلال در خواب و استراحت، سوء تغذیه، تغییرات نرولوژیک حاصل از فقر ویتامین ب ۱۲، عدم تمایل به فعالیت به دلیل ترس از افتادن، عدم تحمل فعالیت به دلیل ترس از جابجا شدن و یا خارج شدن درنها و لوله ها و ترس از پارگی بخیه ها و غیره.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. هر گونه اختلال فعالیت را به موقع تشخیص دهد. ۲. ارزیابی صحیح از وضعیت فعالیت بیمار انجام دهد. ۳. بر اساس شواهدی نظیر بیان احساس ضعف و خستگی از جانب بیمار و عدم توانایی در انجام مراقبت از خود، احساس درد سینه و تنگی نفس و طپش قلب و هرگونه تغییر در علائم حیاتی هنگام انجام فعالیت را مورد بررسی قرار دهد. ۴. اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی فعالیتی موثر فراهم نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی اولیه بیمار دچار اختلال در سطح فعالیت:	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 بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت. - عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت. - کاهش فشار خون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۰-۱۵ میلی متر جیوه. ۴. عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (کاهش تحمل فعالیت، تهوع، ترس از افتادن، ترس از جابجایی لوله و کاتتر ها، ترس از باز شدن بخیه ها). ۵. بیمار را تشویق به فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید. ۶. مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که استراحت بیمار را برهم نزنند.

۷. در صورت نیاز به بیمار در جهت انجام مراقبت از خود کمک نمایید. ۸. وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس قرار دهید. ۹. در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار: - فعالیت ها را به تدریج زیاد نمایید. - به بیمار روش دخیره انرژی را آموزش دهید (مثل استفاده از صندلی هنگام مسواک، حمام و شانه زدن مو ها). ۱۰. به بیمار کمک کنید که هر ۱-۲ ساعت تغییر پوزیشن دهد و از نفس عمیق و سرفه استفاده نماید. ۱۱. از بیمار بخواهید که هنگام سرفه کردن بنشیند. ۱۲. در صورت نداشتن منع، سر تخت را بالا آورید. ۱۳. درد بیمار را کاهش دهید. ۱۴. هنگام تحرک از پانسمان، لوله و کاتتر های بیمار مراقبت کامل به عمل آورید. ۱۵. از همراهان برای به حرکت درآوردن بیمار کمک بگیرید. ۱۶. به منظور افزایش قدرت و تونوس عضلانی تمرینات ورزشی را در دامنه حرکتی مفصل به صورت اکتیو یا غیر اکتیو انجام دهید. ۱۷. اقداماتی برای جلوگیری از افتادن بیمار به عمل آورید. ۱۸. پیش از شروع فعالیت به بیمار استراحت کافی دهید. ۱۹. پوست نواحی تحت فشار را روزانه مورد ارزیابی قرار دهید.	آموزش به بیمار
Patient Education ۱. به بیمار در مورد رفع عدم تحمل فعالیت و پیشگیری از آن آموزش دهید: • تشویق مددجو به تغییر وضعیت آهسته در تخت • تشویق مددجو به انجام فعالیت بر حسب تحمل • رعایت بهداشت پوست ۲. به بیمار توصیه کنید که هرگونه کاهش مقاومت نسبت به فعالیت را گزارش نماید. ۳. به بیمار توصیه کنید که هر نوع فعالیتی که منجر به درد سینه و تنگی نفس، گیجی و خستگی می شود را فوراً قطع نماید. ۴. چگونگی استفاده صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر را آموزش دهید.	

- Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier,
• سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵
- نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

بررسی و کنترل جذب و دفع

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش و یا افزایش حجم مایعات	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱- هرگونه اختلال الکترولیتی را به موقع تشخیص دهد.	
۲- ارزیابی صحیحی از میزان جذب و دفع برآورد نماید.	
۳- تعادل مایعات و الکترولیت مددجو را حفظ نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ارزیابی اولیه از مددجوی مبتلا به اختلال الکترولیتی را انجام دهید:	
- تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید.	
- معاینات کامل بالینی را انجام دهید.	
۲- علائم و نشانه های هیپوولمی را مورد بررسی قرار دهید:	
- کاهش تورگور پوستی، خشکی مخاط و تشنگی.	
- کاهش وزن بیشتر از نیم کیلوگرم در روز.	
- کاهش فشارخون و افزایش نبض.	
- هرگونه افت فشار خون سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه وقتی بیمار به وضعیت نشسته در می آید.	
- نبض تند و ضعیف.	
- افزایش وزن مخصوص ادرار بیشتر از حد طبیعی.	
۳- علائم و نشانه های هیپوناترمی را مورد بررسی قرار دهید:	
- تهوع	
- استفراغ	
- کرامپ شکمی	
- انقباض و کشش ناگهانی عضلات	
- ضعف	
- خواب آلودگی و گیجی	
- تشنج	

۴- علائم و نشانه های هیپوکالمی را مورد بررسی قرار دهید:

- نبض نامنظم
- ضعف عضلانی
- کرامپ عضلانی
- پarestزی
- تهوع و استفراغ
- عدم حضور یا هایپواکتیو شدن صداهای شکمی
- چرت زدن

۵- علائم و نشانه های هیپوکلرمی را مورد ارزیابی قرار دهید:

- انقباض و کشش ناگهانی عضلات
- تتانی
- دیپرسیون تنفسی

۶- علائم و نشانه های آکالوز متابولیک را بررسی نمایید:

- سرگیجه
- برادی پنه و هیپوونتیلاسیون
- گزگز انگشتان دست و پا
- کشش و انقباض ناگهانی عضله
- تشنج

۷- علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات و مسمومیت با آب را بررسی کنید:

- افزایش قابل توجه وزن (بیشتر از نیم کیلوگرم در روز)
- افزایش فشارخون و نبض
- واضح شدن صدای S3, S4
- زیادی جذب مایع نسبت به دفع آن
- تغییر در وضعیت روانی
- ایجاد رال و کوتاه شدن و یا محو صدای تنفسی
- کاهش هماتوکریت
- کاهش سدیم و اسمولالیتیه خون
- کاهش وزن مخصوص ادرار
- دیس پنه و ارتوپنه
- ادم محیطی ناشی از افزایش حجم مایعات و ادم سلولی ناشی از مسمومیت با آب
- اتساع ورید های گردنی و افزایش CVP

- افزایش قطر شکم در اثر آسیت ۸- اسمولالیتیه سرم، میزان الکترولیت و گازهای خونی مددجو را کنترل کرده و مقادیر غیر طبیعی را گزارش نمایید. ۹- تهوع و استفراغ بیمار را کنترل نمایید. ۱۰- در صورت لزوم شستشوی معده انجام دهید. ۱۱- اثرات درمانی و عوارض سرم ها و داروهای الکترولیتی را مورد بررسی قرار دهید. ۱۲- روزانه در صورت منع مصرف، حد اقل ۲۵۰۰ سی سی مایعات به مددجو بدهید. ۱۳- در صورت اجازه مصرف غذا از راه دهان، بیمار را تشویق به مصرف مواد حاوی سدیم، پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع). ۱۴- در بیماران نارسایی کلیه از حداکثر مایعات در روز استفاده نمایید (برون ده ادراری- ۵۰۰ سی سی). ۱۵- وزن بیمار را روزانه کنترل نمایید. ۱۶- در صورت آسیت، دور شکم را اندازه گیری و روزانه چارت نمایید. ۱۷- وزن مخصوص ادرار را کنترل نمایید. ۱۸- در صورت اجازه و بر اساس تحمل مددجو میزان تحرک وی را افزایش دهید. ۱۹- درجه حرارت محیط را کنترل نمایید. ۲۰- نتایج عکس سینه را از نظر وجود احتقان و ادم ریه و افیوژن پلور بررسی نمایید. ۲۱- بهداشت دهان را حفظ کرده و دهان شویه را در صورت لزوم انجام دهید. ۲۲- مددجو را در وضعیت مناسب قرار دهید. ۲۳- در صورت لزوم نوار قلب از جهت بررسی هرگونه آریتمی صورت گیرد. ۲۴- علائم حیاتی را کنترل نمایید. ۲۵- جذب و دفع را کنترل نمایید.	آموزش به بیمار ۱- به مددجو در مورد پیشگیری از بروز اختلال الکترولیتی آموزش دهید. ۲- حرکت در تخت با کمک پرستار را به بیمار توصیه کنید. ۳- مصرف مقدار کافی مایعات را به بیمار توصیه کنید. ۴- مصرف برخی مواد غذایی را از جهت رفع اختلالات الکترولیتی به بیمار توصیه کنید. ۵- علائم هشداردهنده اختلال الکترولیتی را به بیمار آموزش دهید. ۶- ناشتا ماندن به مدت حداقل ۶ ساعت به دنبال استفراغ و سپس شروع رژیم غذایی در حجم کم و متناوب را به بیمار توصیه کنید. ۷- رعایت بهداشت فردی را به بیمار آموزش دهید. ۸- مصرف دارو طبق دستور پزشک را به بیمار توصیه کنید.
---	--

- Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier,
 - سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵
 - نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

بررسی وضعیت و کنترل درجه حرارت

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال درجه حرارت در رابطه با دهیدراتاسیون، قرار گرفتن در محیط گرم، عدم تعریق، آنمی، انفوزیون مایعات سرد، قرار گرفتن در معرض سرما و غیره.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱- هر گونه تغییر در دمای بدن نسبت به وضعیت طبیعی را به موقع تشخیص دهد. ۲- ارزیابی صحیح از وضعیت درجه حرارت مددجو انجام دهد. ۳- بر اساس شواهدی نظیر تغییر رنگ پوست، تعداد نبض، تعداد تنفس، درجه حرارت و تغییر در پرشدهگی مویرگی، وضعیت دمای بدن را مورد بررسی قرار دهد. ۴- اقدام مناسب جهت حفظ درجه حرارت مددجو در حد طبیعی را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱- مددجویی را که دچار تغییر در وضعیت درجه حرارت شده است ارزیابی اولیه کنید. ۲- معاینه کامل بالینی از مددجو به عمل آورید. ۳- تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید. ۴- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید. ۵- علائم و نشانه های افزایش یا کاهش درجه حرارت مددجو را بررسی نمایید. ۶- علل احتمالی افزایش یا کاهش درجه حرارت را مورد بررسی قرار دهید. ۷- درجه حرارت مددجو را هر سه ساعت یکبار و یا در صورت لزوم کنترل نمایید. ۸- میزان جذب و دفع را اندازه گیری نمایید. ۹- پوشش بیمار را متناسب با درجه حرارت بیمار کم یا زیاد کنید. ۱۰- در صورت تب، هوای اتاق را تهویه نمایید. ۱۱- درجه حرارت محیط را کنترل نمایید. ۱۲- در صورت افزایش درجه حرارت مددجو را پاشویه نمایید. ۱۳- طبق دستور از پتوهای خنک کننده یا گرم کننده استفاده نمایید.

۱۴- وضعیت تغذیه ای مددجو را مورد بررسی قرار دهید. ۱۵- ترشحات ریوی را تخلیه نمایید. ۱۶- کلیه کاتترهای متصل به مددجو را از نظر علائم فلیبیت و عفونت مشاهده نمایید. ۱۷- تکنیک آسپتیک را در اجرای برخی پروسیجرها از جمله تعویض پانسمان و... رعایت نمایید. ۱۸- اثرات درمانی و عوارض داروهای موثر در کاهش تب از جمله تب برها، آنتی بیوتیک ها، کورتیکواستروئیدها و ... را مورد بررسی قرار دهید. ۱۹- در صورت لزوم کشت خون از مددجو به عمل آید. ۲۰- در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی و با درجه حرارت مناسب تشویق نمایید. ۲۱- پرفوزیون بافتی را از لحاظ کفایت ارزیابی نمایید. ۲۲- کلیه مایعات تزریقی را از نظر گرم بودن یا سرد بودن متناسب با وضعیت درجه حرارت بیمار انفوزیون نمایید. ۲۳- هرگونه لرز در مددجو را مورد مشاهده قرار دهید.	آموزش به بیمار
۱- به مددجو در مورد رفع افزایش یا کاهش درجه حرارت و پیشگیری از آن آموزش دهید. ۲- توجه کنید که بیمار پوشش مناسب داشته باشد. ۳- درجه حرارت محیط را متناسب با شرایط بدنی حفظ نمایید. ۴- در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی و با درجه حرارت مناسب تشویق نمایید. ۵- به مددجو آموزش دهید که از مصرف مشروبات الکلی بپرهیزد. ۶- نحوه کنترل درجه حرارت را به مددجو آموزش دهید. ۷- هرگونه علائم هشداردهنده مربوط به تغییر در کنترل درجه حرارت بدن را به بیمار آموزش دهید. ۸- به مددجو آموزش دهید تا بهداشت فردی را رعایت نماید.	Patient Education

- Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier,
• سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵
- نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

اقدامات عمومی در سرمازدگی

بیان مشکل	Problem Definition
	کاهش درجه حرارت به کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتی گراد از راه رکتال در ارتباط با: - بیماری نوروواسکولار و عروقی، - وازودیلاتسیون و شوک، - کاهش میزان متابولیسم، آنمی، - انفوزیون مایعات سرد، - قرار گرفتن در معرض سرما، باران و برف و باد، - مرطوب شدن انتهاها، - مصرف الکل، سو تغذیه.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. هر گونه تغییر در دمای بدن نسبت به وضعیت طبیعی را به موقع تشخیص دهد. ۲. ارزیابی صحیح از وضعیت درجه حرارت مددجو انجام دهد. ۳. بر اساس شواهدی نظیر تغییر رنگ پوست، تعداد نبض، تعداد تنفس، درجه حرارت و تغییر در پرشدگی مویرگی، وضعیت دمای بدن را مورد بررسی قرار دهد. ۴. اقدام مناسب جهت حفظ درجه حرارت مددجو در حد طبیعی را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	- ارزیابی اولیه مددجویی که دچار کاهش درجه حرارت شده است: ۱. معاینه کامل بالینی از مددجو به عمل آورید. ۲. تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید. ۳. اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید. ۴. علائم و نشانه های کاهش درجه حرارت مددجو را بررسی نمایید، شامل: کاهش درجه حرارت رکتالی به کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتی گراد، لرز خفیف، سردی پوست، رنگ پریدگی متوسط، آهسته شدن زمان پرشدگی مویرگی، برادی کاردی، برادی پنه، سیانوتیک شدن بستر ناخن ها، سیخ شدن موها، گیجی و نارامی. ۵. علل احتمالی افزایش یا کاهش درجه حرارت را مورد بررسی قرار دهید از جمله: قرار گرفتن در معرض سرما، باد و باران و برف، بیماری یا تروما، نامناسب بودن لباس، سوء تغذیه و مصرف الکل، مصرف داروی وازودیلاتور، تعریق در محیط سرد و کاهش متابولیسم، بی تحرکی، بالا بودن سن. ۶. درجه حرارت مددجو را هر سه ساعت یکبار و یا در صورت لزوم کنترل نمایید.

۷. میزان جذب و دفع را اندازه گیری نمایید. ۸. پوشش بیمار را متناسب با درجه حرارت بیمار زیاد کنید. ۹. درجه حرارت محیط را کنترل نمایید (باید به ۲۹ درجه برسد). ۱۰. طبق دستور از پتوهای گرم کننده استفاده نمایید. ۱۱. وضعیت تغذیه ای مددجو را مورد بررسی قرار دهید. ۱۲. در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی و با درجه حرارت گرم تشویق نمایید. ۱۳. پرفوزیون بافتی را از لحاظ کفایت ارزیابی نمایید (با کنترل نبض محیطی). ۱۴. کلیه مایعات تزریقی را در حد ۳۷/۸ درجه گرم کرده و انفوزیون نمایید.	آموزش به بیمار
- به مددجو در مورد رفع کاهش درجه حرارت و پیشگیری از آن آموزش دهید: ۱. پوشش مناسب داشته باشد. ۲. درجه حرارت محیط را متناسب با شرایط بدنی حفظ نماید. ۳. در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی گرم تشویق نماید. ۴. از مصرف مشروبات الکلی بپرهیزد. ۵. نحوه کنترل درجه حرارت را به مددجو آموزش دهید. ۶. هرگونه علائم هشدار دهنده مربوط به تغییر در کنترل درجه حرارت بدن را به مددجو آموزش دهید. ۷. به مددجو آموزش دهید بهداشت فردی را رعایت نماید.	منابع مورد استفاده:
• Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier, • سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵ • نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲ • Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.	

اقدامات عمومی در گرمازدگی

بیان مشکل	Problem Definition
	افزایش درجه حرارت در رابطه با: • تحریک مرکز کنترل درجه حرارت در هیپوتالاموس توسط پیروژن های اندوژن که در فرایند عفونت آزاد می شوند. • ضربه مستقیم به هیپوتالاموس در اثر فشار ناشی از توده، تومور و ادم بافت اطراف و هماتوم. • دهیدراتاسیون. • قرار گرفتن در محیط گرم. • عدم تعریق در محیط گرم و مرطوب، افزایش متابولیسم پایه. • فعالیت شدید. • مصرف داروهای نظیر دیورتیک ها، آنتی کلینرژیک ها و ضد افسردگی ها، تضعیف کننده سیستم عصب مرکزی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	پرستار باید قادر باشد: ۱. هر گونه تغییر در دمای بدن نسبت به وضعیت طبیعی را به موقع تشخیص دهد. ۲. ارزیابی صحیح از وضعیت درجه حرارت مددجو انجام دهد. ۳. بر اساس شواهدی نظیر تغییر رنگ پوست، تعداد نبض، تعداد تنفس، درجه حرارت و تغییر در پرشدهگی مویرگی، وضعیت دمای بدن را مورد بررسی قرار دهد. ۴. اقدام مناسب جهت حفظ درجه حرارت مددجو در حد طبیعی را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	ارزیابی اولیه مددجویی که دچار تغییر در وضعیت درجه حرارت شده است: ۱. معاینه کامل بالینی از مددجو به عمل آورید. ۲. تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید.

۳. اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید.
۴. علائم و نشانه های افزایش درجه حرارت مددجو را بررسی نمایید از جمله: افزایش درجه حرارت دهانی بالاتر از ۳۷/۸ درجه سانتی گراد، گرم بودن پوست در لمس، افزایش تعداد تنفس، تاکی کاردی، تشنج، ایجاد دردهای خاص خصوصاً سردرد، خستگی و ضعف، کاهش اشتها.
۵. علل احتمالی افزایش را مورد بررسی قرار دهید از جمله: قرار گرفتن در محیط گرم، فعالیت شدید، دارو درمانی، نامناسب بودن لباس، افزایش میزان متابولیسم، بیماری و تروما، دهیدراتاسیون، عدم تعریق و ناتوانی در تعریق مانند قرار گرفتن در محیط شرجی.
۶. درجه حرارت مددجو را هر سه ساعت یکبار و یا در صورت لزوم کنترل نمایید.
۷. میزان جذب و دفع را اندازه گیری نمایید.
۸. پوشش بیمار را متناسب با درجه حرارت بیمار کم کنید.
۹. در صورت تب هوای اتاق را تهویه نمایید.
۱۰. درجه حرارت محیط را کنترل نمایید.
۱۱. در صورت افزایش درجه حرارت مددجو را پاشویه نمایید.
۱۲. طبق دستور از پتوهای خنک کننده استفاده نمایید.
۱۳. وضعیت تغذیه ای مددجو را مورد بررسی قرار دهید.
۱۴. ترشحات ریوی را تخلیه نمایید.
۱۵. کلیه کاتتر های متصل به مددجو را از نظر علائم فلیپیت و عفونت مشاهده نمایید.
۱۶. تکنیک آسپتیک را در اجرای برخی پروسیجرها از جمله تعویض پانسمان و ... رعایت نمایید.
۱۷. در صورت لزوم گشت خون از مددجو به عمل آورید.
۱۸. اثرات درمانی و عوارض دارویی موثر در کاهش تب را مورد بررسی قرار دهید.
۱۹. در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی و با درجه حرارت مناسب تشویق نمایید.
۲۰. پرفوزیون بافتی در بافت ها را از لحاظ کفایت ارزیابی نمایید.
۲۱. کلیه مایعات تزریقی را از نظر گرم بودن یا سرد بودن متناسب با وضعیت درجه حرارت بیمار انفوزیون نمایید.
۲۲. هرگونه لرز در مددجو را مورد مشاهده قرار دهید.

آموزش به بیمار	Patient Education
به مددجو در مورد رفع افزایش درجه حرارت و پیشگیری از آن آموزش دهید: ۱. پوشش مناسب داشته باشد. ۲. درجه حرارت محیط را متناسب با شرایط بدنی حفظ نماید.	

۳. در صورت نداشتن منع، مددجو را به مصرف مایعات کافی و با درجه حرارت مناسب تشویق نمایید. ۴. نحوه کنترل درجه حرارت را به مددجو آموزش دهید. ۵. هرگونه علائم هشدار دهنده مربوط به تغییر در کنترل درجه حرارت بدن را به مددجو آموزش دهید. ۶. به مددجو آموزش دهید بهداشت فردی را رعایت نماید.
منابع مورد استفاده:
• Ulrich, S. W., & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier, • سازمان نظام پرستاری ایران. کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری. ۱۳۸۵ • نیکروان، ملاحظت. تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری در بیماری های داخلی جراحی. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۲ • Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). Fundamental of Nursing: the art and sciences of nursing care. 5th ed. Philadelphia, Lippincott.

مراقبت های عمومی در مسمومیت با مواد مخدر

بیان مشکل	Problem Definition
قرار داشتن در معرض خطر مسمومیت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد بیمار در معرض خطر مسمومیت را به طور صحیح بررسی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بر حسب نوع مسمومیت علائم هم فرق می کند. خواب آلودگی یا کما (در مسمومیت با مواد مخدر)، شکم درد، استفراغ و اسهال (در مسمومیت با تحریک کنندگان روده ای، افزایش بزاق دهان، انقباض و کوچک شدن مردمک چشمها (در مسمومیت با حشره کشها)، سوختگی اطراف لب و دهان (در مسمومیت با مواد سفیدکننده)، اسپاسمهای عضلانی (در مسمومیت با استریکنین)، تشنج (در مسمومیت با محرکهای سیستم عصبی)، ریزش عرق و تند شدن تنفس (در مسمومیت با داروها اعصاب)، صورتی شدن رنگ پوست (در مسمومیت با منواکسید کربن)، تاولهای پوستی (در مسمومیت با منواکسیدکربن و داروهای ضد افسردگی). ۲. عوامل خطر را تعیین کنید. ۳. میزان مسمومیت با سرب را ارزیابی کنید. • مسمومیت با سرب یکی از شایع ترین مسمومیت ها در کودکان است. ۴. داروها را به طور صحیح برچسب بزنید. ۵. احتمال فعل و انفعالات، اثرات جانبی یا سایر عوارض ناخوشایند بین داروهای تجویز شده، داروهای مصرف شده به طور خودسرانه و درمان های خانگی انجام شده را بررسی کنید. ۶. در صورت رخ دادن مسمومیت در محیط کار، بررسی را به طور کامل انجام دهید. • نشانه های مسمومیت با الکل عبارتند از: * هوشیاری فرد مختل شده و یا حتی بیهوش است. * تنفس عمیق می شود. * استفراغ. * برافروختگی صورت و عرق ریزش.	

- مسمومیت غذایی با استافیلوکوک:

بعد از ۲ تا ۶ ساعت که از خوردن غذای حاوی میکروب استافیلوکوک گذشت، نشانه های

مسمومیت آشکار می شود که عبارتند از :

* تهوع ، استفراغ و اسهال.

* شکم درد.

* سردرد.

* در مواردی شوک.

نشانه های مسمومیت غذایی با سالمونلا بعد از یک تا دو روز خود را نشان می دهد و عبارتند از :

* تهوع ، استفراغ و اسهال.

* شکم درد.

* سردرد.

* تب.

* و در مواردی شوک.

- نشانه های مسمومیت با سرب عبارتند از :

کم اشتها، کم خونی، درد شکمی و عضلانی، فلج تدریجی بدن، خط آبی در محل اتصال دندان ها به لثه.

- علائم و نشانه های مسمومیت با گروه مهمی از حشره کش ها (موسوم به ترکیبات ارگانوفسفره) عبارتند از:

تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، اسهال، اشک ریزش، آبریزش از بینی، تعریق، تنگی نفس، افت فشارخون، تنگی مردمک چشم، اختلالات قلبی و عصبی همراه است.

- علائم مسمومیت با مونواکسید کربن عبارتند از:

مونواکسید کربن را گاهی مقلد بزرگ می نامند زیرا علائم مسمومیت آن شبیه آنفولانزای خفیف است. گاهی تشخیص بین آنفولانزا و مسمومیت با CO بسیار سخت است.

علائم شدید	علائم متوسط	علائم خفیف
علائم متوسط به علاوه	علائم خفیف به علاوه	سر درد
افزایش سرعت تپش قلب	خواب آلودگی	تهوع
عدم توان تکلم	احساس ضعف	استفراغ
آسیب مغزی مداوم	سرگیجه	تحريك پذیری
گرما	بی حالی	درد قفسه سینه و قلب
تشنج	سر درد شدید	تاری دید
مرگ	مشکل در فکر کردن	

معمولاً مشخص مسموم متوجه علائم ضعیف نمی گردد و به سرعت به سمت علائم شدید و حتی مرگ، پیش می رود. به همین دلیل نشانگر مونواکسید کربن در منزل حتماً باید وجود داشته باشد.

• چه افرادی در معرض خطر بیشتری قرار دارند؟

- ۱- جوشکارها.
- ۲- مکانیک ها.
- ۳- آتش نشانها.
- ۴- افرادی که با مواد آلی شیمیایی کار می کنند.
- ۵- افراد شاغل در صنعت سفید کننده های فلزی.
- ۶- افراد شاغل در ترمینالهای اتوبوس.
- ۷- افسران پلیس.
- ۸- رانندگان تاکسی و تمام کارگرانی که در محیط های بسته از چراغهای نفتی جهت گرم کردن محیط کار استفاده می کنند.

علائم مسمومیتهای شایع دارویی:

مسمومیت نپرسانت (Depressant Poisoning)	مسمومیت محرک (Stimulating Poisoning)
۱- مسمومیت با علائم سمپاتولیتیک * برادیکاری، کاهش فشار خون (هیپوتانسیون)، ویزینگ یا خس ناشی از انقباض برونش ها، تسکین، افسردگی، توهم (هالوسیناسیون) * نوع مسمومیت: مسمومیت با داروهای بلوکر آدرنرژیک، داروهای ضدآریتمی، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای (TCAs)، داروهای ضدافزایش فشار خون (داروهای ضد هیپرتانسیون)، داروهای بلوکر کانال کلسیم، دیگوکسین	۱- مسمومیت با علائم سمپاتومیمیک * علائم: بی قراری، تعریق، تاکیکاردی، مردمک های گشاد، برافروختگی (فلاشینگ)، چنگ زدن و کندن موها * نوع مسمومیت: مسمومیت با آمفتامین، کافئین، کوکائین (Cocaine)، داروهای ضد احتقان، داروهای مهار کننده MAO، تنوفیلین
۲- مسمومیت با علائم کولینرژیک * علائم: تهوع، استفراغ، کرامپ های شکمی، اسهال، بی اختیاری ادرار و مدفوع، تعریق، افزایش ترشح بزاق، اشک ریزش، افزایش ترشحات برونش (برونکوره)، تیرگی دید ناشی از تنگی خفیف مردمک ها * نوع مسمومیت: مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفره، کاربامات ها، پیریدوستیگمین	۲- مسمومیت با علائم آنتی کولینرژیک * علائم: تاکیکاردی، پوست گرم و برافروخته، افزایش درجه حرارت بدن (هیپرترمی)، مردمک های گشاد، کاهش صداها، روده، احتباس ادرار * نوع مسمومیت: مسمومیت با آکالونیدهای بلادونا، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای، داروهای آنتی هیستامین، داروهای ضدپارکینسون، داروهای ضد سایکوز، داروهای ضداسپاسم، داروهای گشاد کننده مردمک (میدریاتیک)، قارچ ها (Mushrooms)

۳- مسمومیت با آثار نارکوتیسم (Narcotism) * علایم: الف) علایم مسمومیت خفیف با مواد مخدر: سرخوشی، توهم، تاکیکاردی، استفراغ، خواب آلودگی، مردمک های منقبض، بیوست؛ ب) علایم مسمومیت شدید با مواد مخدر: استوپور تاکما، شلی عضلات (تکانه های میوکلونیک و تشنج در مسمومیت شدید با پنتیدین)، کاهش فشار خون همراه با نبض و باریک، پوست سرد و مرطوب (کاهش درجه حرارت بدن یا هیپوترمی همراه با افزایش تعریق)، دپرسیون تنفسی همراه با تنفس آهسته و آه کشیدن، سیانوز اندامها، مردمک های باریک و ته سنجاقی (و احتمالاً گشاد در مراحل نهایی)، مرگ ناشی از نارسایی تنفسی و احیاناً همراه با تشنجات قلبی * نوع مسمومیت: مسمومیت با داروهای مخدر ضد درد و ضد اسپاسم	۳- مسمومیت با علایم توهم را * علایم: توهمات (هالوسیناسیونهای) گوناگون * نوع مسمومیت: مسمومیت با LSD و آنالوگهای صنعتی آن، ماری جوانا (Marijuana)، مسکالین (Mescaline) و آنالوگهای صنعتی آن، فن سیکلیدین (Phencyclidine)
۴- مسمومیت با علایم مسکن – خواب آور * علایم: تسکین تاکما، خواب آلودگی * نوع مسمومیت: مسمومیت با الکل، داروهای ضد صرع، بنزودیازپین ها، باربیتورات ها، هیدروکربن ها، گلوئتیمید (Glutethimide)	۴- مسمومیت با علایم سندرم قطع (Withdrawal) * علایم: تعریق، اشک ریزش، افزایش ترشح از بینی (رینوره)، خمیازه، گشادی مردمک ها، تحریک پذیری، اضطراب، عطسه، ضعف، استفراغ، کرامپ های شکمی، اسهال، تاکیکاردی، اسپاسم های عضلانی، کاهش وزن، دهیدراسیون، کتوز، اختلال تعادل اسید – باز * نوع مسمومیت: مسمومیت با الکل، داروهای ضدافسردگی، داروهای مسدود گیرنده بتا (بتابلوکرها)، داروهای مخدر (نارکوتیک، داروهای مسکن خواب آور (سداتیو – هیپونتیک))

Patient Education	آموزش به بیمار
در برخورد با مسمومیت ها به نکات زیر توجه کنید : ۱- تحقیق کنید که چه ماده ای باعث مسمومیت فرد شده. ۲- اگر نشانه هایی از سوختگی در اطراف دهان فرد مسموم مشاهده نمودید، به آهستگی یک لیوان آب یا شیر به او بدهید . ۳- مصدوم را در وضعیت ریکاوری قرار دهید (چه بیهوش باشد و چه هوشیار) . ۴ - ظروفی که ماده سمی در آن قرار دارد را برای بررسی همراه مصدوم به بیمارستان ببرید.	

Problem Definition	
*7 3 U 13 01 3 4 4\$)p "1\$ 1 J!" K 0 * 0> 5 . + 03 I 8 +13134 46%) d\$` S\$N 0 . *W 0] g M * !.1 J	
Expected Outcomes	
3 @ :43 \$ 34 ": + 3 0\$; . 4 A B C" * 3 - KL6 * (\$. 4 F 3 ? K 0 * #43 1 0>D U E + .4\$J 3 q # d\$` 4 + 1 13 4 2,Q ?\$ H ; 'Q 34 3</p> <p>.4\$J 3 q # d\$` 4 + 1 13 4 4 4' 'Q 3 .4\$J 3 q 3 * \$ Q 0> ?\$y(!Q 'Q 34 3	
Nursing Recommendations	
0\$ E	

U1#4 / d\$ /` / \*/ Q \$ / # / d\$ /` #44 Y }-* (\$

. 4 3 \$" +d\$`43

61> * Q4! q+U-D*:+

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد
سیستم مغز و اعصاب

افزایش ICP

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در پرفیوژن بافتی در ارتباط با افزایش ICP ناشی از ادم مغزی، هیپوکسی، هیپروکاپنی، اختلال در بازگشت وریدی، افزایش فشار شکمی یا داخل قفسه سینه.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- سطح هوشیاری بیمار طبیعی باشد. - تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار نظیر بی قراری بدون علت مشخص، گیجی، یا افزایش خواب آلودگی دیده نشود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ارزیابی اولیه در بیمار مبتلا به افزایش ICP: - داده های ذهنی در مورد علل افزایش ICP را جمع آوری نمایید. - معاینات کامل بالینی از بیمار به عمل آورید. - تاریخچه کاملی از بیمار را کسب کنید. ۲- ارزیابی کامل سیستم عصبی بیمار: - وضعیت ذهنی و فکری را ارزیابی کنید. - وضعیت هوشیاری بیمار را بررسی کنید. - عملکرد اعصاب جمجمه ای را بررسی کنید. - عملکرد مخچه (تعادل و هماهنگی) را مورد ارزیابی قرار دهید. - رفلکس ها و عملکرد حسی و حرکتی را بررسی کنید. - علائم حیاتی بیمار را مکرراً بررسی کنید. ۳- دیورتیک های اسموتیک را طبق دستور پزشک تجویز کنید. ۴- در صورت تجویز دیورتیک های اسموتیک اسمولالیته سرم را کنترل کنید. ۵- سر را در امتداد تنه قرار دهید و این حالت را حفظ کنید. ۶- PaO₂ به میزان بیش از ۶۰ mmHg حفظ شود. ۷- اکسیژن درمانی را ادامه دهید. ۸- مقادیر گازهای خونی شریانی را دقیقاً کنترل کنید. ۹- فقط در صورت نیاز را هوایی بیمار را ساکشن کنید. ۱۰- راه تنفسی بیمار را باز نگاه دارید.	

۱۱- Paco2 از طریق هیپرونتیلیسیون در محدوده طبیعی حفظ شود. ۱۲- سر را در امتداد بدن قرار دهید. ۱۳- سر تخت در حدود ۳۰ درجه بالا برده شود. ۱۴- برای تسهیل در ساکشن یا دفع خلط، ترشحات راه هوایی باید رقیق شود. ۱۵- با پیشگیری از یبوست از زور زدن یا ایجاد مانور والسالوا جلوگیری کنید. ۱۶- در صورت تجویز پزشک از ملین ها استفاده کنید. ۱۷- اکسیژن درمانی را با اکسیژن مرطوب شروع کنید. ۱۸- در صورت لزوم با قرار دادن لوله بینی- معدی و تخلیه محتویات معده از اتساع شکم، استفراغ و آسپیراسیون پیشگیری نمایید. ۱۹- تعادل مایعات را با کنترل جذب و دفع همراه با کنترل روزانه وزن ارزیابی کنید. ۲۰- به صورت روزانه الکترولیت ها بررسی شود. ۲۱- بیمار را با حرکات آهسته و آرام جابه جا کنید. ۲۲- بیمار را از نظر صدمات احتمالی کنترل کنید. ۲۳- محیط آرام و بدون تنش را برای بیمار فراهم کنید. ۲۴- بین محرومیت حسی و تحریکات بیش از حد تعادل لازم را ایجاد کنید. ۲۵- حتی در وضعیت کما با بیمار صحبت کرده و او را لمس کنید. ۲۶- با بررسی نیازهای اطرافیان، شرایط مشارکت آنان را در مراقبت از بیمار فراهم کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. در مورد تشخیص و یا پیش آگهی به بیمار و اطرافیانش آموزش دهید.	
منابع مورد استفاده:	
• Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co. • Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. • دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضوانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷	

جراحی داخل جمجمه ای

Problem Definition	بیان مشکل
الگوی تنفسی غیر مؤثر در ارتباط با ادم مغزی ایجاد شده بعد از عمل جراحی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- دستیابی به کارکرد تنفسی مناسب و کافی. - داشتن الگوی تنفسی طبیعی. - عدم وجود خس خس. - وجود رفلکس های سرفه و بلع فعال.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- برای کاهش ادم مغزی ناشی از هیپراکپنه و هیپوکسی ترتیبی دهید تبادل گاز های تنفسی به نحو صحیح انجام گیرد. ۲- تا زمانی که بیمار هوشیاری خود را به دست نیاورده برای آسانتر نمودن تبادل گاز های تنفسی وی را در وضعیت نیمه دمر یا به پهلو بخوابانید مگر اینکه این وضعیتها برای وی ممنوع باشد. ۳- ترشحات نای و حلق را با احتیاط ساکشن نمایید چون ساکشن می تواند ICP را بالا ببرد. ۴- اگر بیمار از تنفس مصنوعی استفاده می کند آن را کنترل نمایید تا وضعیت تنفسی وی در حد طبیعی حفظ شود. ۵- برای تعیین وضعیت تنفسی بیمار گاز های خون شریانی را کنترل کنید. ۶- بعد از آن که بیمار هوشیاری خود را به دست آورد سر تخت را حدود ۳۰ cm بالا آورید تا به درناژ وریدی مغز کمک شود. ۷- تا فعال شدن رفلکسهای سرفه و بلع و برای پیشگیری از بروز آسپیراسیون، هیچ چیز از راه دهان به بیمار داده نشود.	

Problem Definition	بیان مشکل
احتمال اختلال در آب و الکترولیت در ارتباط با اختلالات ناشی از افزایش فشار داخل جمجمه یا مصرف داروهای ادرار آور.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- دستیابی / حفظ تعادل مایعات، مصرف مایعات از راه دهان ، حفظ وزن بدن در محدوده مورد انتظار	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بیمار را از نظر وجود پلی اوری، خصوصاً طی هفته اول بعد از عمل کنترل نمایید. ۲- طی فواصل زمانی مشخص ، وزن مخصوص ادرار را اندازه بگیرید.	

۳- سطح الکترولیتهای سرم و ادرار را کنترل نمایید.
۴- وضعیت الکترولیتهای بدن بیمار را ارزیابی کنید، بیماران ممکن است دچار احتباس آب و سدیم گردند.
۵- وزن بیمار را از ساعات اولیه پس از عمل کنترل کنید.
۶- بیمار را از نظر ضعف و خستگی بررسی نمایید.
۷- وضعیت هوشیاری بیمار را کنترل کنید.
۸- میزان جذب و دفع را ثبت نمایید.
۹- تجویز مایعات داخل وریدی دستور داده شده را به دقت کنترل نمایید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در ادراک حسی (بینایی/ شنیداری) در ارتباط با پانسمان سر و ادم دوره حلقه چشم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- پیشگیری از آسیب دیدگی، - جبران محرومیت های حسی ایجاد شده، - شناخت نیاز های خود، - بهبود وضعیت بینایی	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- تا زمانی که بیمار بتواند مراقبت از خود را انجام دهد، اقدامات حمایتی را در مورد وی به عمل آورید. ۲- در صورت لزوم وضعیت بدن بیمار را تغییر دهید. ۳- در صورت تغییر وضعیت بدن بیمار، علائم و نشانه های افزایش ICP را مورد توجه قرار دهید. ۴- داروهای مسکن تجویز شده را (کدئین) به مصرف بیمار برسانید طوری که وضعیت پاسخ دهی وی را دچار تغییر ننماید. ۵- اقدامات لازم جهت رفع علایم مربوط به ادم دور چشم را انجام دهید. ۶- با وازلین پلک ها و دور چشم را چرب کنید. ۷- طی فواصل زمانی خاص، از کمپرس آب سرد، اما به مدت کوتاه بر روی چشم استفاده نمایید. ۸- اگر قرنیه فاقد حس بود، علایم مربوط به التهاب قرنیه را مورد بررسی قرار دهید. ۹- اندامهای انتهایی را وادار به انجام فعالیتهای ورزشی در محدوده حرکتی معین نمایید. ۱۰- بیمار را در خلال مراحل بی قراری، حمایت نموده و مورد ارزیابی قرار دهید. ۱۱- بیمار را از نظر انسداد راه تنفسی کنترل کنید. ۱۲- بیمار را از نظر اتساع مثانه کنترل کنید. ۱۳- برای دسته ها و میله های تخت از بالشک های مخصوص استفاده کنید تا از آسیب دیدگی بیمار جلوگیری شود.	

- ۱۴- برای جلوگیری از عفونت پانسمان های آغشته به خون را با پانسمان استریل تعویض نمایید.
- ۱۵- بیمار را به طور مکرر نسبت به زمان ، مکان و شخص آگاه نمایید.

بیان مشکل	Problem Definition
پرفیوژن غیر مؤثر بافت مغز در ارتباط با ادم مغز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- کنترل ادم مغزی، - عدم وجود شواهد مبنی بر افزایش ICP ، - باز کردن چشم ها با تقاضای دیگران، - اطاعت از دستورات ، - داشتن واکنش های حرکتی مناسب ، - افزایش میزان هوشیاری و آگاهی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- سطح هوشیاری و میزان پاسخ دهی بیمار را مورد بررسی قرار دهید. ۲- باز کردن چشم ها (خود به خود، با صدا کردن ، در اثر درد) ، واکنش مردمک ها نسبت به نور و واکنش نسبت به دستورات را بررسی کنید. ۳- بررسی و شناخت رفلکس های حرکتی نخاع (ضربه زدن به تاندون آشیل، بازو یا سایر نقاط بدن). ۴- فعالیتهای خود به خود بیمار را مشاهده و بررسی نمایید. ۵- داشتن فرم پیگیری عصبی جهت بررسی و ثبت وضعیت عصبی ، مایعات مصرف مصرف شده، اطلاعات آزمایشگاهی ، داروهای تجویزی و درمان ها. ۶- علایم و نشانه های افزایش ICP را ارزیابی نمایید. ۷- موارد زیر را دقیقه به دقیقه و ساعت به ساعت در بیمار مورد بررسی قرار دهید: کاهش واکنش نسبت به محرک ها، نوسانات علایم حیاتی، بی قراری، ضعف و فلج اندام های انتهایی، افزایش سر درد، اختلالات بینایی. ۸- برای پیشگیری از افزایش بیشتر ICP، اقدامات پرستاری جهت رسیدگی به بیمار را تعدیل نمایید. ۹- ادم مغزی که بعد از عمل جراحی به وجود آمده را طبق دستور، کنترل کنید.	

۱۰-	با تجویز پزشک، از کورتیکواستروئیدها و دیکورتیکهای اسموتیک استفاده نمایید.
۱۱-	مصرف مایعات را کنترل کنید، از هیدراسیون بیش از اندازه اجتناب نمایید.
۱۲-	برای کاهش نیازهای متابولیکی مغز دمای بدن را در حد طبیعی نگه دارید.
۱۳-	در فواصل زمانی مشخص، دمای بدن را از طریق مقعد کنترل کنید.
۱۴-	دمای اندامهای انتهایی را بررسی کنید.
۱۵-	هنگام پایین آوردن تب اقدامات ذیل را انجام دهید: گذاشتن کیسه های یخ در ناحیه کشاله ران و زیر بغل و استفاده از پتوی هیپوترمی .
۱۶-	از ECG برای شناسایی اختلالات ایجاد شده در ریتم ضربانات قلب در خلال انجام روشهای پایین آوردن درجه حرارت استفاده کنید.
۱۷-	در صورت دستور پزشک از هیپرونتیلیسیون برای بیمار استفاده کنید.
۱۸-	سر تخت را جهت کم کردن میزان ICP و تنفس آسان تر بالا ببرید.
۱۹-	از تحریک بیش از حد بیمار بپرهیزید.
۲۰-	اگر بیمار در معرض خطر افزایش فشار داخل جمجمه ای است ICP را تحت نظارت دقیق قرار دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
خونریزی داخل جمجمه ای	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار دچار خونریزی داخل جمجمه ای نگردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اختلال پیشرونده در وضعیت هوشیاری فرد و سایر علایم مربوط به افزایش ICP را بررسی نمایید.	
۲- بیماری که حال وی رو به وخامت است را برای جراحی مجدد جهت تخلیه هماتوم آماده نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تشنج (خطر آن در جراحی های فوق چادرینه ای بیشتر است)	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- نبود حملات تشنجی	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- از داروهای ضد تشنج تجویز شده استفاده نمایید.	
۲- مقادیر داروهای ضد تشنج را در خون کنترل نمایید.	
بیمار را از نظر بروز احتمالی صرع پایدار بعد از هر جراحی داخل جمجمه ای مورد بررسی قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- فقدان تب ، عدم وجود التهاب یا عفونت در ناحیه جراحی	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های عفونتهای دستگاه ادراری را مورد بررسی قرار دهید. ۲- از آسپیراسیون ناشی از پایین آمدن میزان پاسخ دهی بیمار پیشگیری کنید. ۳- بیمار را از نظر علائم و نشانه های مننژیت بعد از جراحی کنترل کنید. ۴- ناحیه عمل را از نظر عفونت کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
ترومبوز عروقی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار دچار ترومبوز عروقی نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علامت هومن را مورد بررسی قرار دهید. ۲- از جوراب های الاستیکی استفاده کنید. ۳- در صورت دستور پزشک درمان با ضد انعقاد ها را آغاز نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نشت CSF	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- عدم وجود شواهد دال بر وجود ترشحات بینی، ترشحات گوش یا نشت CSF	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بین CSF و مخاط تفاوت قایل شوید. ۲- مایع به دست آمده را در دکستروز تیکس چک کنید (اگر CSF وجود داشته باشد به دلیل دارا بودن گلوکز، واکنش شاخص مربوطه مثبت خواهد بود). ۳- بالارفتن دمای بدن در حد متوسط و سفتی خفیف گردن را بررسی نمایید. ۴- بیمار را از دمیدن در بینی یا بو کشیدن شدید بر حذر دارید.	

- ۵- در صورت دستور پزشک سر تخت را بالا بیاورید.
- ۶- برای کارگذاری سیستم درناژ CSF از راه کمر که به منظور کاهش فشار CSF صورت می گیرد، همکاری های لازم را مبذول دارید.
- ۷- برای بیماری که متحمل جراحی در حفره خلفی شده است از سوند های بطنی می توان استفاده کرد، سوند به سیستم درناژ بسته ای متصل می گردد.
- ۸- در صورت تجویز پزشک از آنتی بیوتیک استفاده نمایید.
- ۹- زخم های دستگاه گوارش، علایم و نشانه های خونریزی، سوراخ شدن یا هر دو مورد را (که احتمالاً در اثر واکنش های استرسی به وجود آمده اند) تحت نظارت دقیق قرار دهید.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رمضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

تشنج

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال بروز تشنج
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- نبود حملات تشنجی
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- اطراف بیمار را خلوت کنید. ۲- بیمار را از دید افراد کنجکاو دور نگه دارید. ۳- در صورت امکان بیمار را بر روی زمین قرار دهید. ۴- سر را با استفاده از یک بالش محافظت نموده و از بروز آسیب دیدگی سر پیشگیری نمایید. ۵- لباسهای تنگ که بر بدن فشار وارد می کند را باز کنید. ۶- هر نوع اسباب و اثاثیه منزل که ممکن است هنگام بروز تشنج به بیمار آسیب برساند را به سمت کناره های اتاق بکشانید. ۷- اگر بیمار بر روی تخت قرار دارد، بالش ها را برداشته و نرده های کناری را بالا ببرید. ۸- اگر قبل از بروز حمله، او را وجود دارد، برای کاهش احتمال گاز گرفتگی زبان یا لب، یک ایروی دهانی برای بیمار کار بگذارید . ۹- هرگز سعی نکنید تا فک های بیمار را که در اثر اسپاسم به هم فشرده شده را به زور باز کرده و چیزی بین آنها قرار دهید. نتیجه چنین عملی می تواند شکستن دندان ها و آسیب دیدگی زبان و لب ها باشد. ۱۰- هیچ کوششی در جهت مهار یا محدود کردن بیمار در خلال تشنج نباید صورت گیرد چون انقباضات عضلانی قوی بوده و مهار بیمار می تواند سبب آسیب دیدگی شود. ۱۱- در صورت امکان بیمار را به یک پهلو خوابانده و سر وی را اندکی به طرف جلو خم نمایید تا زبان به سمت جلو متمایل شده، تخلیه بزاق و موکوس به راحتی صورت گیرد. ۱۲- اگر دستگاه ساکشن موجود می باشد، در صورت ضرورت برای پاک کردن ترشحات از آن استفاده نمایید. ۱۳- به بیمار ان توصیه کنید داروهای تجویز شده را به طور روزانه مصرف کنند تا میزان مورد نیاز دارو جهت پیشگیری از تشنج به طور دایم در خون موجود باشد. ۱۴- به بیمار ان توصیه کنید مصرف دارو هرگز نباید قطع شود حتی اگر حملات تشنجی دیگر وجود نداشته باشد. ۱۵- نموداری از (دارو و وقوع حمله) تهیه نموده و داروهای مصرفی و بروز هر گونه فعالیت تشنجی را ثبت نمایید.

۱۶-	در صورتی که بیمار به دلیل بیماری قادر به خوردن دارو ها نمی باشد به پزشک مربوطه گزارش دهید.
۱۷-	به طور منظم سطح سرمی داروهای ضد تشنج را کنترل نمایید. وقتی انجام تست توصیه می شود، بیمار باید قبل از مصرف دوز صبحگاهی دارو، آزمایشگاه را جهت گرفتن نمونه خون مطلع سازد.
۱۸-	تا زمانی که اثرات دارو مورد ارزیابی قرار نگرفته است از انجام فعالیت هایی که نیازمند هماهنگی و هوشیاری است پرهیز نمایید (رانندگی، کار با ماشین آلات).
۱۹-	علائم بروز سمیت شامل خواب آلودگی، سست و بی حال شدن، سر گیجه، اشکال در راه رفتن، افزایش فعالیت، کانفیوژن، خواب نامناسب، و اختلالات بینایی را گزارش کنید تا بتوان دوز دارو را تنظیم کرد.
۲۰-	به بیماران توصیه کنید از مصرف داروهایی که بدون نسخه به فروش می رسند تا زمانی که توسط پزشک تایید نشده اجتناب نمایند.
۲۱-	از دست بند مخصوص هشدار پزشکی یا کارت شناسایی شخصی که نام داروهای ضد تشنجی مصرف شده و اسم پزشک بیمار در آن ثبت گردیده، استفاده نمایید.
۲۲-	به بیماران توصیه کنید به منظور اجتناب از غرق شدن در آب، به جای وان از دوش جهت استحمام استفاده کنند. هرگز تنها اقدام به شنا کردن ننمایند.
۲۳-	به بیماران توصیه کنید برای پرهیز از گرمای بیش از حد، در محیطی با دمای معتدل و کنترل شده ورزش کنند.
۲۴-	به بیماران توصیه کنید برای به حداقل رساندن خستگی و بی خوابی، جهت خوابیدن از الگوی منظمی متابعت نمایند.
۲۵-	به بیماران توصیه کنید از سرویس های خدماتی بنیاد صرع استفاده نمایند که شامل فراهم آوردن دارو، نو توانی در زمینه های شغلی و مقابله با صرع می باشد.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز صدمه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- حفظ حیات و پیشگیری از صدمات احتمالی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای پیشگیری از بروز آسیب راسیون، بیمار را در همان وضعیت خوابیده به پهلو نگاهدارید.	
۲- از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید.	
۳- از صدمه احتمالی به بیمار پیشگیری کنید (معمولا پس از صرع های بزرگ، بیمار طی دوره ای دچار	

کانفیوز می گردد).

۴- از نظر تنفس بیمار را کنترل کنید (در خلال بروز تشنج های عمومی یا بلا فاصله پس از آن، ممکن است دوره کوتاه قطع تنفس به وجود آید).

۵- بعد از این که بیمار بیدار شده و هوشیاری خود را به دست آورد وی را نسبت به محیط آشنا کنید.

۶- اگر بیمار پس از تشنج (یا پس از غش) دچار هیجانات شدید شد، وی را به خونسردی و آرامش دعوت کنید.

Patient Education

آموزش به بیمار

وارد زیر را به بیمار آموزش دهید:

- ۱- داروها باید طبق دستور مصرف شوند.
- ۲- هر گونه عارضه جانبی داروها باید گزارش شود.
- ۳- در صورت لزوم برای اطمینان از سطوح درمانی دارو باید نمونه خون تهیه شود.
- ۴- برای کاهش بروز تشنج می توان از شیوه های غیر دارویی نظیر آرام سازی و بیوفیدبک استفاده نمود.
- ۵- آگاهی از منابع کمک کننده در دسترس جامعه.
- ۶- لزوم استفاده از دستبندهای هشدار دهنده طبی، گردنبند و کارت شناسایی.
- ۷- پرهیز از مصرف زیاد الکل، خستگی و کاهش میزان خواب.
- ۸- خوردن منظم وعده های غذایی و میان وعده در صورت احساس ضعف، غش یا گرسنگی.
- ۹- آموزش کمک های اولیه تشنجات تونی-کلونیک به اعضای خانواده و سایر نزدیکان بیمار.
- ۱۰- آموزش به بیمار و کمک به وی برای سازش با بیماری.
- ۱۱- آموزش به بیمارانی که دارای اورا می باشند تا مکانی خلوت و ایمن بیابند.
- ۱۲- به بیمار آموزش دهید تا از عوامل (آغاز گر) حملات نظیر نوشابه های الکلی، شوک های الکتریکی، استرس، کافئین، بیوست، تب، هیپرونتیلیسیون و کاهش گلوکز خون دوری گزینند.
- ۱۳- برای حفظ بیمار از صدمه در طی تشنجات حاد به خانواده بیمار آموزش دهید. این آموزش ها شامل: حمایت و تصحیح وضعیت سر، قرار دادن بیمار به پهلو، شل نمودن لباس های تنگ و در صورت وضعیت ایستاده یا نشسته قرار دادن وی در وضعیت خوابیده.

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر
فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

اختلالات مغزی-عروقی

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در حرکات فیزیکی در ارتباط با بروز همی پارزی، همی پلژی، عدم تعادل و هماهنگی، اسپاستیسیتی و آسیب دیدگی مغز.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱- بهبود وضعیت حرکت و پیشگیری از تغییر شکل مفاصل. ۲- جلوگیری از نزدیک شدن شانه به بدن. ۳- قرار دادن دست و انگشتان در وضعیت مناسب. ۴- تغییر وضعیت بدن. ۵- برقرار نمودن برنامه ورزشی. ۶- آمادگی برای راه رفتن. ۷- عدم وجود بد شکلی ها، فقدان کنتراکتور ها و افتادگی. ۸- شرکت در برنامه ورزشی توصیه شده. ۹- دستیابی به تعادل حین نشستن. ۱۰- استفاده از نیمه سالم بدن برای جبران فقدان عملکرد های نیمه دچار همی پلژی.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- اشیاء را نزدیک نیمه سالم بدن بیمار قرار دهید. ۲- بیمار را ترغیب نمایید تا با نیمه مبتلا به فلج ورزشهایی را در محدوده حرکتی مشخص انجام دهد. ۳- در صورت نیاز نیمه فلج بدن را ثابت نمایید. ۴- وضعیت بدن را بسته به وظایف هر یک از اعضاء حفظ نمایید. ۵- با ورزش دادن دست یا پای آسیب دیده، قدرت، تحرک و کاربری آن ها را افزایش دهید. ۶- در مراحل اولیه حرکت، به بیمار کمک کنید. ۷- اقدام به تهیه وسایلی نمایید که در امر حرکت به بیمار کمک نماید (عصا، واکر). ۸- بدن بیمار را در وضعیت صحیح قرار دهید. ۹- از وارد آمدن فشار به خصوص در اعصاب اولنار و پروئنال خودداری شود. ۱۰- برای حفظ وضعیت صحیح بدن طی خواب بهتر است در طول شب برای اندام های انتهایی آسیب دیده از یک آتل خلفی استفاده شود. ۱۱- برای جلوگیری از نزدیک شدن شانه آسیب دیده به بدن، بالشی در ناحیه زیر بغل قرار دهید. ۱۲- بالشی را زیر دست بیمار قرار دهید. ۱۳- مفاصل انتهایی را بالاتر از مفاصل نزدیک به بدن قرار دهید (آرنج بالاتر از شانه و مچ نیز بالاتر از	

آرنج قرار می گیرد).

- ۱۴- انگشتان را در وضعیت خمیده قرار دهید.
- ۱۵- دستهای بیمار را کمی به طرف خارج چرخانده تا کف دست روبه طرف بالا باشد.
- ۱۶- در صورت لزوم از یک آتل ثابت و بدون حرکت مخصوص کف دست استفاده کنید.
- ۱۷- هر ۲ ساعت یک بار وضعیت بدن بیمار را تغییر دهید.
- ۱۸- قبل از چرخاندن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلوی بالشی مابین پاهایش قرار دهید.
- ۱۹- برای جلوگیری از بروز ادم نباید مفصل ران بیمار خیلی خم شود.
- ۲۰- بیمار را از یک پهلوی دیگر بچرخانید.
- ۲۱- مدت زمانی که بیمار بر روی نیمه آسیب دیده بدن می خوابد باید محدود شود.
- ۲۲- در صورت امکان، بیمار را روزانه چند بار و هر بار به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه در وضعیت دمر بخوابانید.
- ۲۳- بالش کوچکی را زیر لگن قرار دهید، به طوری که از حد ناف تا یک سوم فوقانی ران ادامه داشته باشد.
- ۲۴- از اعمال فشار زیاد حین وضعیت دادن به بدن بیمار خودداری کنید.
- ۲۵- برای پیشگیری از تشکیل زخم های فشاری مرتباً وضعیت بدن را تغییر دهید.
- ۲۶- اندامهای انتهایی آسیب دیده را ۵-۴ دقیقه در روز در محدوده حرکتی کامل به طور غیر فعال ورزش دهید.
- ۲۷- در صورت سفتی اندام ها از ورزش های در محدوده حرکتی مفاصل استفاده نمایید.
- ۲۸- در خلال انجام ورزش ها، بیمار را از نظر وجود علایم و نشانه هایی که می توانند نشان دهنده تشکیل آمبولی ریوی یا کارکرد بیش از اندازه قلب باشد نظیر کوتاه شدن تنفس، درد قفسه سینه، سیانوز و افزایش ضربانات نبض بررسی کنید.
- ۲۹- دوره های کوتاه اما مکرر ورزش همیشه بر دوره های طولانی مدت ارجحیت دارد.
- ۳۰- ورزش ها باید به طور منظم انجام گیرد.
- ۳۱- بیمار را تشویق نمایید تا در طول روز به انجام ورزش در نیمه آسیب دیده بدن بپردازد.
- ۳۲- برای یادآوری به بیمار جهت انجام فعالیت های ورزشی، جدول زمان بندی شده تهیه کنید.
- ۳۳- ورزش عضلات چهار سر و گلوئتنال را خیلی زود شروع کنید.
- ۳۴- ورزش عضلات چهار سر و گلوئتنال حداقل ۵ بار در روز و هر بار ۱۰ دقیقه باید انجام شود.
- ۳۵- هر چه زودتر به پایین آمدن از تخت کمک کنید.
- ۳۶- در بیماری که دچار خونریزی مغزی شده تا زمان بر طرف شدن کلیه شواهد دال بر خونریزی از انجام ورزش خودداری کنید.
- ۳۷- در صورتی که بیمار در دستیابی به تعادل در حالت ایستاده دچار مشکل شد، از سطوح شیب داری که به سمت بالا و پایین حرکت می کند، استفاده کنید.

- ۳۸- در اولین تلاش های بیمار جهت راه رفتن از میله های موازی استفاده کنید.
- ۳۹- یک صندلی یا صندلی چرخ دار باید در دسترس قرار داشته باشد تا در صورت خستگی یا احساس سرگیجه در بیمار بتوان از آنها استفاده کرد.
- ۴۰- تلاش برای حرکت و راه رفتن بیمار باید طی زمانهای کوتاه و مرتب صورت گیرد.
- ۴۱- در مراحل اولیه انجام برنامه های آموزشی برای راه رفتن، از عصاهای ۳ یا ۴ پایه استفاده کنید تا بیمار به شکلی مطمئن حفاظت شود.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به بیمار می توان آموزش داد که حین چرخیدن یا انجام ورزش، پای سالم خود را زیر پای آسیب دیده قرار داده و آن را به حرکت در آورد.	
۲- ابتدا به بیمار آموزش داده می شود تا تعادل خود را در حالت نشسته حفظ نماید.	
۳- اگر بیمار به صندلی چرخ دار نیاز پیدا کرد، انواع تاشوی آن که دارای ترمز دستی است کارایی بیشتری دارد.	
۴- وقتی بیمار قصد جا به جایی و انتقال از روی صندلی را دارد، ترمز های هر دو طرف صندلی باید کشیده شوند.	
۵- به بیمار آموزش دهید بدون کمک یا وسایل کمکی اقدام به راه رفتن ننماید.	
۶- به بیمار آموزش دهید تا ورزش کند و قدرت خود را در نیمه سالم افزایش دهد.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقایص حرکتی (دیس آرتری).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار بتواند ارتباط برقرار کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- روش های مختلف بر قراری ارتباط را به بیمار ارائه نمایید.	
۲- برای پاسخگویی به ارتباطات کلامی، وقت کافی در اختیار بیمار قرار دهید.	
۳- در رفع محرومیت های ایجاد شده به دلیل اشکالات موجود در برقراری ارتباط، بیمار و خانواده اش را حمایت نمایید.	
بیان مشکل	Problem Definition
نقایص عصبی (دیس فازری) اختلال در بلع	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بهبود در توانایی بلع	

- ۱- قبل از دادن غذا یا مایعات به بیمار، رفلکسهای حلقی وی را آزمایش کنید.
- ۲- در خوردن غذا به بیمار کمک کنید.
- ۳- زمان کافی جهت صرف غذا، در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۴- غذا را در قسمت سالم دهان قرار دهید.
- ۵- بیماران دچار سکت، باید از نظر بروز حملات شدید سرفه، جمع کردن غذا در یک طرف دهان یا بیرون ریختن قطعات مواد غذایی، نگاه داشتن غذا در دهان برای مدت طولانی یا برگرداندن مایعات از راه بینی حین بلع آن ها، مورد بررسی قرار گیرند.
- ۶- رفلکس های اق زدن و توانایی بیمار را در بلع مورد ارزیابی قرار دهید.
- ۷- به بیماران روش های مختلف بلع را آموزش دهید.
- ۸- به آن ها توصیه نمایید تا غذا را به صورت لقمه های کوچک میل نمایند.
- ۹- مواد غذایی را به گونه ای تهیه کنید که بلع آن آسان تر باشد.
- ۱۰- ابتدا ممکن است رژیم غذایی بیمار را با پوره یا مایعات غلیظ آغاز کنید چون این نوع غذا ها راحتتر از مایعات رقیق بلعیده می شوند.
- ۱۱- بیمار را در وضعیت قائم نشانده و ترجیحاً خارج از تخت و بر روی صندلی قرار دهید تا بدین ترتیب از بروز آسپیراسیون جلوگیری شود.
- ۱۲- وی را خارج از تخت و بر روی صندلی قرار داده و هم چنین به او آموزش دهید هنگام بلع غذا، چانه را به سوی قفسه سینه پایین آورد تا از بروز آسپیراسیون جلوگیری به عمل آید.
- ۱۳- وقتی بیمار مهارت کافی جهت عمل بلع به دست آورد در آن صورت رژیم غذایی وی را تغییر دهید.
- ۱۴- در صورتی که بیمار نتواند مصرف مواد غذایی از راه دهان را دوباره آغاز نماید، برای ادامه تغذیه از یک لوله معده ای- روده ای استفاده کنید.
- ۱۵- مسئولیت های پرستار در هنگام غذا دادن به بیمار شامل: بالا بردن سر تخت در حدود حداقل ۳۰ درجه جهت پیشگیری از بروز آسپیراسیون، کنترل وضعیت قرار گیری لوله قبل از تغذیه، اطمینان از پر باد بودن بالون لوله تراکئوستومی (در صورت موجود بودن)، داخل نمودن مواد غذایی به آهستگی می باشد.
- ۱۶- لوله مخصوص تغذیه را باید طی فواصل زمانی مشخص آسپیره نمود تا از عبور و انتقال مواد غذایی به داخل مجرای روده ای اطمینان حاصل شود.
- ۱۷- در بیمارانی که لوله بینی- معده ای دارند، لوله مخصوص تغذیه باید به دئودنوم منتهی شود تا خطر بروز آسپیراسیون کمتر شود.

Problem Definition	بیان مشکل
نقایص حسی (پارستزی در نیمه مخالف محل آسیب دیده).	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- عدم آسیب دیدگی طرف مبتلا.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ناحیه مبتلا را از نظر هر گونه آسیب مورد بررسی قرار دهید. ۲- مناطق آسیب دیده را در محدوده حرکتی مشخص ورزش دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- به بیمار آموزش دهید تا از این اندام انتهایی خود به عنوان اندام غالب استفاده نکند. ۲- به بیمار آموزش دهید تا از این نیمه بدن به عنوان عضو غالب استفاده ننماید.	

Problem Definition	بیان مشکل
نقایص کلامی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- ارتباط برقرار می کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بیمار را ترغیب نمایید تا حروف الفبا را تکرار کند. ۲- به آرامی و وضوح صحبت کنید تا به بیمار در شکل دادن به اصوات کمک نماید. ۳- کا ملا واضح صحبت کنید و جملات ساده به کار ببرید.	

Problem Definition	بیان مشکل
نقایص شناختی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار قادر باشد : - ارتباط برقرار می کند. - مراقبت از خود را بعهده می گیرد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- مرتب بیمار را نسبت به زمان، مکان و موقعیت خویش آگاه نمایید. ۲- برای آگاهی بیمار، از نشانه های گفتاری و شنیداری استفاده کنید.	

۳- اشیاء و وسایلی که برای بیمار آشنا هستند را در اختیار وی قرار دهید (مثل عکسهای خانوادگی، وسایل مورد علاقه).
۴- به زبان ساده صحبت کنید.
۵- اشارات کلامی را با نشانه های بصری تلفیق نمایید، مثلا مسواکی را در دست نگه دارید و وانمود کنید که مسواک می زنید در همان حال به بیمار بگویید " من می خواهم دندان های شما را مسواک بزنم" .
۶- حین آموزش به بیمار، اصوات و اشیایی که موجب حواس پرتی وی می شوند را به حداقل میزان ممکن برسانید.

بیان مشکل	Problem Definition
نقایص احساسی- هیجانی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار قادر باشد:	
- با دیگران ارتباط برقرار می کند.	
- مراقبت از خود را بعهده می گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را در خلال طغیان های احساسی کنترل نشده حمایت نمایید.	
۲- با بیمار و خانواده وی پیرامون رابطه میان بیماری و ظهور طغیان های احساسی به بحث و گفتگو بپردازید.	
۳- بیمار را تشویق کنید تا در فعالیت های گروهی شرکت نماید .	
۴- محرک هایی را برای بیمار در نظر بگیرید.	
۵- در صورت امکان موقعیت های استرس زا را مهار کنید.	
۶- محیطی امن برای بیمار فراهم آورید.	
۷- بیمار را ترغیب نمایید تا احساسات و محرومیت های خود را که در اثر فرایند بیماری ایجاد شده، بیان نماید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد (شانه دردناک) در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو مربوطه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- عدم شکایت از درد شانه.	
۲- حرکت دادن شانه، ورزش دادن شانه.	

بلند کردن بازو و دست طی فواصل معین	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- هرگز نباید از شانه بیمار که حالت سست و آویزان دارد بیمار را از جا بلند کنید. ۲- از طرف شانه و دست آسیب دیده بیمار را جا به جا نکنید. ۳- از طرف شانه و دست آسیب دیده وی را نکشید. ۴- در وضعیت نشسته، دستی که حالت شل و آویزان دارد، بر روی میز یا بالش قرار داده شود. ۵- هنگام حرکت و راه رفتن، با استفاده از پارچه ای دست آسیب دیده به گردن بسته شود. ۶- در محدوده حرکتی مشخص اندام ها را ورزش دهید. ۷- نباید به سختی و با تلاش زیاد مبادرت به حرکت دست نمود. ۸- بیمار را باید ترغیب کرد تا به هر دو دست خود نگاه کند، آن ها را لمس نموده، بمالد و تکان دهد. ۹- به منظور ورزش اندام ها، برآمدگی کف دست را محکم بر روی یک سطح فشار دهد. ۱۰- برای پیشگیری از بروز ادم اندام ها فوقانی، دست ها باید بالا قرار گیرد. ۱۱- در صورت تداوم درد بیمار بعد از انجام حرکات و تغییر وضعیت بدن، برای تجویز مسکن با پزشک معالج مشورت کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- به بیمار آموزش دهید که روزانه انگشتان خود را به هم قلاب کند، کتف به جلو کشیده شود و هر دو دست را به سمت بالای سر بلند کند. ۲- به بیمار آموزش دهید که مچ دست آسیب دیده را طی فواصل زمانی مشخص خم نماید و تمامی مفاصل انگشتان آسیب دیده را حرکت دهد.	
Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در امور مربوط به مراقبت از خود (نظافت، توالت رفتن، جا به جا شدن، تغذیه) در ارتباط با پیامدهای ناشی از سکته.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱- انجام فعالیت های مربوط به مراقبت از خود. ۲- انجام مراقبت های مربوط به نظافت.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- در صورت توانایی بیمار برای نشستن، بیمار را تشویق نمایید تا به بهداشت و نظافت شخصی خود	

بپردازد. ۲- برای حرکت کردن به بیمار کمک کنید. ۳- در صورت امکان وظایف جدیدی را هر روز به و وظایف بیمار اضافه نمایید. ۴- قدم اول، انجام کلیه فعالیت های مربوط به مراقبت از خود توسط نیمه سالم بدن می باشد که این فعالیت ها عبارتند از : شانه زدن موها، مسواک زدن، تراشیدن موهای صورت با کمک ریش تراش برقی، استحمام و خوردن غذا که با یک دست نیز می توان آنها را انجام داد. ۵- اطمینان حاصل کنید که بیمار نیمه آسیب دیده بدن خود را فراموش نمی کند. ۶- برای جبران نقایص ایجاد شده، بیمار را تشویق کنید تا از وسایل کمکی استفاده نماید . ۷- از خانواده بیمار بخواهید لباس هایی را برای بیمار بیاورند که ترجیحاً یک شماره بزرگتر از اندازه طبیعی فرد باشد. ۸- برای بازگشت به مهارت های عملی گذشته برنامه ریزی کنید. ۹- جهت برنامه ریزی گروهی و تبیین اهداف مراقبتی در رابطه با بیمار، توانایی های عملی بیمار را مورد بررسی قرار دهید. ۱۰- محیط اطراف بیمار مرتب و منظم باشد. ۱۱- ابتدا باید لباس را از طرف آسیب دیده بر تن بیمار نمود.	آموزش به بیمار
به بیمار آموزش دهید که : ۱- فراگیری مهارت های حرکتی مختلف با تکرار صورت می پذیرد. ۲- برای خشک کردن بدن بعد از استحمام از حوله کوچک استفاده کند. ۳- بجای استفاده از دستمال لوله ای از دستمال کاغذی استفاده کند. ۴- هنگام راه رفتن برای حفظ روحیه، بهتر است لباس بیرون بر تن داشته باشد. ۵- لباسهایی که اندازه آنها از جلو یا پهلو توسط زیپ یا دکمه باز می شود، مناسب می باشند. ۶- برای حفظ تعادل بیشتر، در وضعیت نشسته لباس بپوشد. ۷- استفاده از یک آئینه بزرگ حین پوشیدن لباس، بیمار را نسبت به پوشش ناحیه آسیب دیده آگاه می سازد.	Patient Education

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در ادراک حس ها در ارتباط با تغییر در گیرنده های حسی و یا انسجام و هماهنگی پیام های حسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار ارتباط برقرار می کند. - بیمار دچار صدمه نمی شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- حین قرار دادن اشیاء در کنار بیمار، محل آن را برای وی تشریح کنید. ۲- وسایل مورد نیاز برای مراقبت از بیمار را پیوسته در همان مکان های همیشگی قرار دهید. ۳- با توجه به اختلال در دید محیطی، اشیاء را محدوده دید مرکزی فرد قرار دهید. ۴- بیمار را ترغیب نمایید تا برای شناسایی اشیاء پیرامون میدان بینایی، از عصا یا وسایل دیگر استفاده کند. ۵- از رانندگی یا سایر فعالیتهای خطر آفرین در شب پرهیز شود. ۶- اشیاء را در محدوده میدان بینایی سالم فرد قرار دهید. ۷- از سمتی که میدان بینایی فرد سالم است به وی نزدیک شوید. ۸- بیمار را ترغیب کنید تا از عینک استفاده نماید. ۹- حین آموزش به بیمار در محدوده میدان بینایی سالم وی قرار گیرید. ۱۰- تمامی محرک های بینایی (ساعت، تقویم، تلویزیون) باید در سمت سالم بیمار گذاشته شوند. ۱۱- با بیمار تماس چشمی داشته باشید. ۱۲- با تشویق بیمار به چرخاندن سر، وی را متوجه نیمه آسیب دیده نمایید. ۱۳- در ارتباط با بیمار در وضعیتی بایستید که بیمار برای آگاهی و دیدن این که چه کسی در اتاق است، مجبور شود بچرخد یا حرکت نماید. ۱۴- نور طبیعی یا مصنوعی اتاق را زیاد کنید. ۱۵- بطور مداوم وجود نیمه دیگر بدن را به بیمار خاطر نشان کنید. ۱۶- اندام های انتهایی وی را در یک امتداد قرار دهید. ۱۷- در صورت امکان، اندام های انتهایی را در جایی قرار دهید که بیمار قادر به دیدن آن ها باشد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- برای جبران فقدان ایجاد شده در میدان بینایی به بیمار آموزش دهید برای دیدن اشیاء، سر خود را به جهتی که اختلال بینایی وجود دارد بچرخاند.	

بیان مشکل	Problem Definition
بی اختیاری در ارتباط با شل شدن مثانه، بی ثبات بودن عضله دترسور مثانه، کانفیوز، اشکال در برقراری ارتباط.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
دستیابی به دفع ادرار و مدفوع.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با استفاده از روش های استریل اقدام به سوند گذاری متناوب نمایید. ۲- الگوی دفع ادرار را مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار دهید. ۳- بر طبق این الگو یا طبق جدول زمان بندی شده به بیمار لگن یا ظرف ادراری داده شود. ۴- قرار گرفتن در وضعیت قائم و وضعیت ایستاده از نظر توان بخشی برای بیماران مرد مفید است. ۵- در صورت عدم ممنوعیت، از رژیم پر فیبر و میزان مایعات کافی (۲-۳ لیتر در روز) استفاده کنید. ۶- برای عمل دفع نیز ساعات منظمی (معمولاً بعد از صبحانه) در نظر گرفته شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در فرایند های مربوط به تفکر در ارتباط با تخریب مغز، کانفیوز، عدم توانایی در پیگیری فرامین.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
حضور و مشارکت در برنامه بهبود وضعیت شناختی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای تعیین مشکلات مربوط به تفکر، بیمار را بررسی کنید. ۲- برنامه آموزشی را با همکاری پزشک متخصص اعصاب و روان، روان شناس، پرستار و سایر متخصصین تدوین نمایید. ۳- از بیمار حمایت کنید. ۴- برای بررسی عملکرد بیمار و پیشرفت وی، نتایج حاصله از تست های عصبی روانی را مرور کنید. ۵- از فیدبک های مثبت استفاده نمایید. ۶- رفتاری امیدوار کننده و اطمینان بخش داشته باشید. ۷- تدابیر اتخاذ شده بر مبنای قدرت بیمار و حفظ توانایی های وی زمانی که سعی در اصلاح عملکرد های آسیب دیده دارد، تنظیم شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در برقراری ارتباطات کلامی به علت تخریب مغز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بهبود در نحوه برقراری ارتباط.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نیازهای بیمار دچار سکتة را در برقراری ارتباط مورد بررسی قرار دهید. ۲- نقایص ایجاد شده را به طور دقیق تشریح نمایید. ۳- بهترین روش را جهت ارتباط برقرار کردن به بیمار پیشنهاد دهید. ۴- در بسیاری از تدابیر اتخاذ شده برای بیماران بزرگسال دچار آفازی، برنامه ای طراحی کنید که متناسب با وضعیت بیمار باشد. ۵- بیمار به عنوان عضوی فعال در روند تعیین اهداف در نظر گرفته شود. ۶- تدابیر پرستاری شامل انجام هر نوع اقدام ممکن در ایجاد محیطی است که بیمار را به سمت ارتباط با دیگران هدایت نماید. ۷- نسبت به نیازها و واکنش های بیمار حساسیت نشان داده و با شیوه های مناسب به آن ها پاسخ دهید. ۸- همیشه با بیمار مانند یک فرد بزرگسال رفتار کنید. ۹- برای فرو نشاندن اضطراب بیمار، پرستار می بایست با روحیه ای قوی به حمایت از وی پرداخته و او را درک نماید. ۱۰- از کامل نمودن به افکار یا جملات بیمار خودداری کنید. ۱۱- با طراحی یک جدول زمان بندی شده دایمی، تکراری و عادت دادن بیمار به امور روزمره، وی را در انجام وظایف یاری دهید. ۱۲- برای کمک به حافظه و تمرکز بیمار، رونوشتی مکتوب از برنامه های روزانه، خلاصه ای از اطلاعات شخصی (تاریخ تولد، آدرس، نام بستگان)، چک لیست ها و نوارهای صوتی تهیه نمایید. ۱۳- از تابلوی ارتباطی که شامل تصاویری از نیازهای معمول بیمار و عباراتی که عموماً به طور روزمره مورد استفاده قرار می گیرند، استفاده کنید. ۱۴- هنگام گفتگو با بیمار آهسته صحبت کنید. ۱۵- در زمان های مشخص به بیمار آموزش دهید. ۱۶- استفاده از ایماء و اشاره می تواند درک مفاهیم توسط بیمار را تقویت نماید. ۱۷- برای ارایه جواب زمان کافی به بیمار داده شود. ۱۸- حین کار کردن با بیمار دچار آفازی، در خلال انجام فعالیت های مراقبتی با وی صحبت نمایید. ۱۹- حین صحبت با بیمار رو به روی بیمار قرار گرفته و ارتباط چشمی با وی برقرار نمایید.	

۲۰- لحن و آهنگ صدا حین صحبت باید طبیعی باشد.
۲۱- از عبارات کوتاه استفاده کنید و بین عبارات مکث نمایید تا بیمار فرصت کافی برای درک آنچه گفته اید داشته باشد.
۲۲- صحبت و مکالمات را به موضوعات عملی و غیر خیالی محدود نمایید.
۲۳- از عکس، اشیاء یا اشارات حین صحبت کردن استفاده نمایید.
۲۴- وقتی بیمار وسیله ای را بر می دارد و از آن استفاده می کند، نام آن شیء را به وی بگویید.
۲۵- در هر بار آموزش به بیمار یا پرسیدن سؤال، بر استفاده از لغات و اشارات یکسان یا فشاری نمایید.
۲۶- اصوات و سر و صدای بیرون باید در کمترین حد ممکن حفظ شوند.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز اختلال در سلامت پوست در ارتباط با همی پارزی، همی پلژی و کاهش تحرک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- حفظ سلامت پوست بدون تخریب و نابودی آن. - طبیعی بودن پوست از نظر قابلیت ارتجاعی. - شرکت در فعالیت های مربوط به تغییر وضعیت بدن و چرخیدن. - تشویق بیمار در انجام برنامه های ورزشی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- پوست روی نواحی استخوانی و نواحی اتکایی بدن را مکرراً بررسی کنید. ۲- در خلال مراحل حاد بیماری، از تختهای مخصوص استفاده نمایید تا بیمار بتواند به طور مستقل یا به کمک دیگران حرکت کند. ۳- وضعیت بدن بیمار را به طور منظم تغییر دهید. ۴- از وسایل بر طرف کننده فشار و تشک های موج استفاده کنید. ۵- از وسایل بر طرف کننده فشار باید توام و همراه با جدول زمان بندی برای جابه جایی بیمار (حداقل هر ۲ ساعت) استفاده شود. ۶- پوست بیمار باید خشک و تمیز نگاه داشته شود. ۷- پوست سالم (پوستی که قرمز نباشد) با ملایمت ماساژ داده شود. ۸- بیمار را از نظر تغذیه مناسب کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در فرایندهای مربوط به خانواده در ارتباط با بروز این بیماری مصیبت بار و سنگینی مسئولیت مراقبت از بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- استفاده از برنامه های استراحت حین مراقبت از بیمار یا واگذار کردن برخی مسئولیتها به دیگر اعضای خانواده. - مشاهده رفتار و نگرشی مثبت در اعضای خانواده به علاوه اجرای مکانیسم ها یا روش های تطابقی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برخی سیستم های حمایتی و مشورتی باید در دسترس خانواده باشد. ۲- اعضای خانواده را در مراقبت از بیمار مشارکت دهید. ۳- به بهداشت شخصی بیمار توجه نمایید. ۴- بر توانایی های باقی مانده بیمار تمرکز کنید. ۵- در ایجاد اهدافی موفق و قابل دستیابی برای بیمار در خانه، هماهنگی لازم با تیم توان بخشی، تیم پزشکی و پرستاری، خود بیمار و خانواده وی برقرار کنید. ۶- خانواده را باید آماده نمود تا گهگاه انتظار بروز نوسانات و تغییراتی را در حالات روحی بیمار داشته باشند. - برای خانواده بیمار شرح دهید که خنده بیمار ضرورتاً حاکی از خوشحالی وی نیست همان طور که گریه وی دال بر اندوه و غم نمی باشد.	

آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود:	
۱- روش های کنترل کننده استرس را آموزش دهید. ۲- پیرامون پیامدهای قابل انتظار اطلاعات کافی در اختیار خانواده قرار دهید. ۳- به خانواده آموزش دهید تا از انجام کارهایی که بیمار قادر به انجام آن است، خودداری ورزند. ۴- به خانواده اطمینان دهید که علاقه و صحبت ابراز شده از سوی آن ها در واقع قسمتی از درمان بیمار است. ۵- آموزش به خانواده در مورد طولانی بودن (چندین ماه) فعالیت های توان بخشی بیمار دچار همی پلژی.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فعالیت های جنسی در ارتباط با نقائص عصبی به وجود آمده یا ترس از ناتوانی در انجام فعالیت جنسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
دارا بودن نگرشی مثبت در رابطه با روش های مختلف بیان احساسات جنسی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ارائه اطلاعات مربوطه. ۲- تسلی خاطر دادن. ۳- در نظر گرفتن داروهای مناسب. ۴- مشاوره در زمینه مهارت های تطابقی. ۵- پیشنهاد وضعیت های بدنی دیگر جهت انجام فعالیت جنسی و دیگر روشهای ارضاء تمایلات جنسی.	

بیان مشکل	Problem Definition
خون رسانی غیر موثر به بافت مغزی در اثر خونریزی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- وضعیت عصبی و الگوهای تنفسی و علایم حیاتی طبیعی است. ۲- وجود هوشیاری و تشخیص موقعیت نسبت به زمان، مکان و اشخاص. ۳- الگوهای گفتاری طبیعی است و فرآیند های شناختی بیمار سالم می باشد. ۴- قدرت، حرکت و حس طبیعی و برابر در هر ۴ اندام انتهایی، وجود دارد. ۵- رفلکس های تاندون عمقی و واکنش مردمک ها طبیعی است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر وخامت وضعیت عصبی در اثر خونریزی مجدد، افزایش ICP یا اسپاسم عروقی تحت نظارت قرار دهید. ۲- وضعیت عصبی بیمار را به طور مداوم ثبت کنید. ۳- فشار خون، نبض، میزان پاسخ دهی به محرک ها، واکنش مردمک ها و عملکرد حرکتی بیمار را ساعت به ساعت کنترل کنید. ۴- هر گونه تغییر در وضعیت تنفسی بیمار را بلافاصله گزارش کنید. ۵- برای پیشگیری از افزایش ICP و خونریزی بیشتر، محیطی غیر محرک، آرام و بدون استرس فراهم کنید. ۶- بیمار باید بلافاصله تحت استراحت مطلق قرار گیرد. ۷- تعداد افراد ملاقات کننده به استثنای خانواده، باید محدود باشد.	

۸- سر تخت را ۳۰-۱۵ درجه بالا ببرید. ۹- توجه نمایید که برخی متخصصین اعصاب ترجیح می دهند که بیمار در وضعیت کاملاً صاف قرار بگیرد تا خونسازی به مغز افزایش یابد. ۱۰- از انجام هر گونه فعالیتی که سبب افزایش ناگهانی فشار خون شده و یا از برگشت جریان عروق ممانعت به عمل می آورد شامل: مانور والسالوا، زور زدن، عطسه های شدید، فشار وارد آوردن برتخت حین بلند شدن، خم کردن یا چرخش شدید سر و گردن و کشیدن سیگار باید اجتناب شود. ۱۱- هرگونه فعالیتی که نیازمند تلاش و کار بدنی سخت باشد، ممنوع است. ۱۲- انجام تنقیه مجاز نبوده اما استفاده از ملین های سبک توصیه می شود. ۱۳- به علت فتوفوبی نور اتاق بیمار را کم کنید. ۱۴- چای و قهوه، به استثنای انواع غیر کافئینه آن، معمولاً از رژیم روزانه حذف می شوند. ۱۵- پاها را از نظر وجود علایم و نشانه های DVT (حساسیت، ورم، گرمی، تغییر رنگ، علامت هومن مثبت) بررسی کنید و یافته های غیر طبیعی را گزارش نمایید. ۱۶- کلیه مراقبت های شخصی نظیر استحمام و تغذیه بیمار باید توسط پرستار صورت گیرد. ۱۷- محرک های خارجی در پایین ترین سطح ممکن نگاه داشته می شوند به طور مثال بیمار حق دیدن تلویزیون، شنیدن رادیو و مطالعه را نداشته و برای ملاقات کنندگان نیز محدودیت هایی در نظر گرفته می شود. ۱۸- این اقدامات احتیاطی اختصاصی بوده و بر مبنای وضعیت بیمار و واکنش وی نسبت به ملاقات کنندگان اتخاذ می گردد. ۱۹- علامتی که نشان دهنده این محدودیت باشد را بر روی در اتاق نصب کنید و علت اعمال این محدودیت ها را باید به بیمار و خانواده وی توضیح دهید.	آموزش به بیمار موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- به بیمار آموزش داده دهید تا حین دفع ادرار و مدفوع جهت کاهش فشار و خستگی، از راه دهان نفس بکشد. ۲- برای کاهش وقوع DVT ناشی از عدم تحرک، جوراب های الاستیک مخصوص که تمامی پا را می پوشانند یا چکمه های مخصوص که فشار مداوم ایجاد می نمایند را به بیمار توصیه کنید. ۳- هدف از انجام اقدامات احتیاطی در رابطه با موارد آنوریسم را به طور کامل برای بیمار و خانواده وی تشریح نمایید.
--	--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در ادراک حس ها در ارتباط با محدودیت های اعمال شده از نظر پزشکی (اقدامات احتیاطی مربوط به آنوریزم).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) ادراک حسی بیمار طبیعی است. ۲) بیمار دلایل منطقی برای انجام اقدامات احتیاطی در رابطه با آنوریزم بیان می کند. ۳) فرایندهای تفکر وی واضح است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱) تحریکات حسی در حداقل میزان ممکن نگاه داشته شوند. ۲) برای بیماری که هوشیار و آگاه بوده و قادر به تشخیص موقعیت خود می باشد، می توان محدودیت های در نظر گرفته شده را شرح داد. ۳) بیمار را با وضعیت واقعی خویش آشنا کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در ارتباط با بیماری و / یا محدودیت های اعمال شده از نظر پزشکی (اقدامات احتیاطی مربوط به آنوریزم).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- بیمار کاهش میزان اضطراب را نشان دهد. ۲- بی قراری کمتر شود. ۳- شاخص های فیزیولوژیکی اضطراب وجود نداشته باشد (علایم حیاتی طبیعی، سرعت طبیعی تنفس، بیش از حد کند یا تند صحبت نکردن).	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را نسبت به برنامه مراقبتی کاملاً آگاه کنید. ۲- برای کاهش ترس و اضطراب در مورد برنامه های درمانی و مراقبتی به بیمار اطمینان دهید. ۳- از خانواده حمایت کنید و اطلاعات لازم را در اختیار آنها قرار دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
عوارض احتمالی/ اسپاسم عروقی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
اسپاسم عروقی وجود ندارد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱) بیمار را باید از نظر علائم احتمال بروز اسپاسم عروقی مورد بررسی قرار دهید. بروز علائم اسپاسم عروقی را بلا فاصله گزارش کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
عوارض احتمالی/ تشنج.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- علائم حیاتی طبیعی و فعالیت عصبی عضلانی طبیعی و بدون بروز تشنج باشد. - برداشت خود را از اقدامات احتیاطی صورت گرفته برای تشنج بیان کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱) اقدامات احتیاطی مربوط به تشنج را انجام دهید. ۲) با وقوع تشنج، راه هوایی را باز نگه دارید. ۳) از آسیب دیدگی جلوگیری کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار در اختلالات مغزی-عروقی
- حیطه های آموزشی برای مراقبت در منزل عبارتند از: تکنیک های ورزش و فعالیت، نیازمندی های تغذیه ای، بازشناسی علائم نشان دهنده بروز سکتة مغزی مجدد(نظیر سردرد، سر گیجه، کاهش حس ها ، اختلالات بینایی)، درک اختلالات عاطفی و احتمالاً افسردگی، روتین های دارو درمانی و فعالیت های پیگیرانه (با مشخص نمودن زمان و مکان آن) نظیر کار درمانی و فیزیوتراپی . ۱- آموزش های لازم در مورد مراقبت در منزل را هنگامی که بیمار در بیمارستان بستری است به وی آموزش دهید. ۲- آموزش به بیمار جهت از سر گیری فعالیت های مربوط به مراقبت از خود (تا آنجا که امکان دارد) ، تکیه می شود. ۳- استفاده از وسایل کمکی یا تعدیل و اصلاح محیط خانه را آموزش دهید. ۴- در مورد ایجاد تغییرات در منزل نظیر برداشتن درب برخی اتاق ها برای استفاده راحت تر از ویلچر به خانواده بیمار آموزش دهید. ۵- استفاده از نظریات یک متخصص کار درمانی، جهت بررسی محیط خانه بیمار و توصیه هایی جهت	

- انجام اصلاحات در آن به طوری که به استقلال و عدم وابستگی بیمار کمک کند.
- ۶- دوش برای بیمار دچار همی پلژی مناسب تر از وان است.
 - ۷- نشستن بر روی صندلی توالت فرنگی که ارتفاع آن در حد متوسط بوده به بیمار اجازه می دهد تا خود را آسان تر بشوید.
 - ۸- استفاده از برس های دسته بلند مخصوص حمام که همراه با ظرف صابون می باشد مفید است.
 - ۹- در صورتی که دوش در دسترس نباشد، یک چارپایه در درون وان گذاشته می شود و یک دوش دستی دارای لوله لاستیکی به شیر آب متصل می گردد.
 - ۱۰- از نرده های مخصوص برای کناره وان و توالت استفاده می شود.
 - ۱۱- سایر وسایل کمکی عبارتند از: ظروف مخصوص غذا، وسایل مخصوص پیرایش، و تجهیزاتی جهت کمک به پوشیدن لباس .
 - ۱۲- به خانواده خاطر نشان شود که بیمار خیلی زود دچار خستگی می گردد.
 - ۱۳- بیمار ترغیب می شود تا عادات، سرگرمی ها، و تفریحات مورد علاقه خود را در اوقات فراغت دنبال کند و تماس با دوستان را قطع ننماید.
 - ۱۴- باید بیمار تشویق شود تا فعال باشد.
 - ۱۵- برنامه های ورزشی را دنبال کند و تا آنجا که ممکن است به خود متکی باشد.
 - ۱۶- برای آموزش مناسب، تاثیر احتمالی مراقبت از بیمار را بر خانواده شناسایی کنید.
 - ۱۷- به خانواده آموزش داده شود حین مراقبت از بیمار دوره های استراحت داشته باشند.
 - ۱۸- باید نیاز به ادامه برنامه های ارتقاء سلامتی و عملکرد های غربالگری را به بیماران و اعضای خانواده یادآوری نمود.
 - ۱۹- آموزش به بیمار و خانواده شامل ارائه اطلاعات در زمینه علل بروز سکتها و عواقب و پیامدهای احتمالی ناشی از این سکتها می باشد.
 - ۲۰- در مورد درمان های پزشکی نظیر تدابیر جراحی، اهمیت اقدامات و تدابیر انجام شده در زمینه شناسایی و پیشگیری از بروز عوارض به بیمار و خانواده وی اطلاعات لازم داده شود.
 - ۲۱- در آموزش های ارائه شده، استفاده از وسایل کمکی یا تغییر و اصلاح وضعیت و ساختار محیط خانه مد نظر قرار می گیرد تا بیمار بتواند در صورت معلولیت و ناتوانی به زندگی خود ادامه دهد.
 - ۲۲- ممکن است برای ایجاد محیطی امن و بی خطر برای بیمار، انجام تغییراتی ساختاری در وضعیت خانه ضروری باشد.
 - ۲۳- به بیمار و خانواده پیگیری و توصیه های به عمل آمده جهت پیشگیری از بروز سکتها را آموزش دهید.
 - ۲۴- برای آموزش مؤثر، محیط خانه و توانایی بیمار را بررسی کنید.
 - ۲۵- وضعیت جسمی و روانی بیمار و توانایی خانواده جهت تطابق با هر گونه تغییر در وضعیت بیمار، تحت کنترل دقیق قرار گیرد .

۲۶- نیاز به ادامه شرکت در برنامه های ارتقاء سلامت و غربالگری را یادآوری نمایید.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر
فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

آسیب های سیستم عصبی : آسیب دیدگی مغزی

بیان مشکل	Problem Definition
عدم پاکسازی مجرای تنفسی به نحو موثر و اختلال در تبادل گازها در ارتباط با آسیب دیدگی مغزی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
دستیابی یا حفظ پاکسازی موثر راه تنفسی، ونتیلیسیون و اکسیژن رسانی به مغز.	
۱. طبیعی بودن مقادیر گازهای خونی و داشتن صداهای طبیعی حین سمع ریه.	
۲. خارج کردن و تمیز بودن ترشحات ریه.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار باید از نظر باز بودن راه هوایی، تغییر الگوهای تنفسی و ایجاد هیپوکسمی و پنومونی تحت نظارت دقیق قرار گیرد.	
۲- در صورت لزوم و با مشورت تیم پزشکی از لوله گذاری داخل نای، تنفس مصنوعی و فشار مثبت انتهای بازدمی (PEEP) استفاده نمایید.	
۳- بیمار بیهوش را در وضعیت لترال قرار دهید تا تخلیه ترشحات دهان به راحتی صورت گیرد.	
۴- برای کاهش فشار عروق داخل مغزی، سر تخت را حدود ۳۰ درجه بالا ببرید.	
۵- عوارض ریوی نظیر سندروم دیسترس حاد تنفسی (ARDS) و پنومونی را دقیقاً کنترل کنید.	
۶- در صورت لزوم بیمار را به طور موثر ساکشن کنید.	
۷- در برابر آسیبهای تنفسی و نارسایی تنفسی از بیمار محافظت کنید.	
۸- گازهای خونی شریانی را به دقت کنترل کنید.	
۹- بیماری که تحت تنفس مصنوعی است را به طور دقیق مورد بررسی و ارزیابی قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
پرفیوژن غیر موثر بافت مغزی در ارتباط با افزایش ICP .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. بیمار هوشیار باشد.	
۲. عملکرد سیستم عصبی طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- قست های مختلف سیستم عصبی را بررسی کنید.	
۲- سر تخت را حدود ۳۰ درجه بالا بیاورید.	
۳- سر و گردن در امتداد خط راست و بدون تمایل به جهات راست و چپ قرار گیرد (کج نشوند).	

۴- اقدامات پیشگیری کننده از مانور والسالوا را آغاز کنید (مثلا استفاده از ملین ها).
۵- دمای بدن را در حد طبیعی نگاه دارید.
۶- به بیمار اکسیژن برسانید.
۷- با محلول نرمال سالین عادی تعادل مایعات را حفظ کنید.
۸- از محرک های دردناک اجتناب نمایید (ساکشن کردن، انجام روشهای درد آور).
۹- برای کاهش آشفته گی و بی قراری بیمار از آرام بخش ها استفاده کنید.
۱۰- فشار پرفیوژن مغزی را بیش از ۷۰ mmHg نگاه دارید.
۱۱- استفاده از دیورتیک های اسموتیک، بالا بردن سر تخت و هیپرونتیلیسیون در جهت کاهش ادم مغز و افزایش جریان خروجی سیاهرگ ها از مغز ، صورت می گیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در حجم مایعات در ارتباط با اختلال در عملکرد هورمون ها و وضعیت هوشیاری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
دستیابی به تعادل در میزان مایعات و الکترولیت ها در حد رضایت بخش.	
الف) اثبات وجود مقادیر الکترولیتی سرم در محدوده طبیعی.	
ب) عدم وجود علائم بالینی دهیدراتاسیون یا هیدراسیون بیش از اندازه.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- الکترولیت های سرم، مقادیر گلوکز خون و میزان جذب و دفع و عملکرد اندوکرینی بدن را مورد ارزیابی قرار دهید.	
۲- ادرار، از نظر وجود استون، به طور منظم تست شود.	
۳- وزن بیمار باید به طور روزانه اندازه گیری و ثبت شود خصوصاً اگر اختلالات هیپوتالاموسی در وی به وجود آمده باشد یا در معرض خطر ابتلا به دیابت بی مزه قرار داشته باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در وضعیت تغذیه، کمتر از آنچه که بدن بدان احتیاج دارد، در ارتباط با تغییر در سوخت و ساز و محدودیت در مصرف مایعات و جذب نا کافی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
دستیابی به وضعیت تغذیه ای مناسب:	
الف) وجود کمتر از ۵۰ ml مایع آسپیره شده در معده، قبل از هر بار تغذیه از طریق لوله.	
ب) عدم وجود استفراغ و نفخ معده.	
ج) به حداقل رساندن کاهش وزن.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اگر بیمار قادر به غذا خوردن نباشد، ظرف ۲۴ ساعت اول پس از آسیب دیدگی باید از لوله های تغذیه استفاده و یا اقدام به تغذیه کامل وریدی نمود.	
۲- هر چه سریع تر روند تغذیه بیمار باید از سر گرفته شود.	
۳- برای تغذیه بیمار می توان از تغذیه وریدی توسط لاین مرکزی یا تغذیه از راه لوله بینی – معده ای یا بینی – ژژنومی استفاده کرد.	
۴- در موارد ترشح CSF از بینی (رینوره CSF) باید به جای کار گذاشتن لوله تغذیه در بینی، لوله را از راه دهان داخل بدن نمائید.	
۵- برای بیمارانی که به صورت وریدی تغذیه می شوند باید مقادیر آزمایشگاهی به دقت تحت کنترل و نظارت قرار گیرند.	
۶- بالا بردن سر تخت و اسپیره کردن لوله تغذیه قبل از غذا دادن به بیمار (جهت اطمینان از باقی نماندن غذا).	
۷- برای تنظیم تغذیه بیمار، ممکن است از روش تزریق قطره ای پیوسته و یا یک پمپ استفاده شود.	
۸- لوله مخصوص تغذیه، تا زمان برگشت رفلکس و تا وقتی که بیمار بتواند نیاز بدن به کالری را با خوردن مواد از راه دهان تأمین نماید، در محل باقی می ماند.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب (به خود یا دیگران) در ارتباط با بروز حملات تشنجی، عدم آگاهی از زمان و مکان، بی قراری، آسیب مغزی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
اجتناب از آسیب دیدگی:	
الف) وجود بی قراری و آشفتگی کمتر.	
ب) آگاهی نسبت به زمان، مکان و اشخاص.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در صورت امکان باید به جای مهار کننده های حرکتی از اقدامات و روش های دیگر استفاده کنید.	
۲- بیمار را از نظر کفایت میزان اکسیژن رسانی و عدم اتساع مثانه، مورد بررسی قرار دهید.	
۳- باند ها و گچ ها را از نظر تنگ بودن کنترل نمایید.	
۴- بیمار را از آسیب رساندن به خود و بیرون آوردن لوله های متصل به بدن، محافظت نمایید.	
۵- از بالشتک های مخصوص برای نرده های کنار تخت استفاده کنید یا به دست بیمار دستکش بپوشانید.	

۶- از بستن بیمار اجتناب کنید چرا که کوشش و تقلای وی جهت رهایی از این موانع سبب افزایش ICP شده و یا آسیب های دیگری را به وجود می آورد.
۷- ممکن است استفاده از تخت های مخصوص هم سطح با زمین و محصور شده ضرورت پیدا کند.
۸- برای کنترل بی قراری از مخدر ها استفاده نکنید.
۹- با کاهش صداهاى محیطی، محدود کردن تعداد ملاقات کنندگان، آرام صحبت کردن و آگاه نمودن بیمار از موقعیت خود (نظیر شرح این مسئله که بیمار کجاست و چه اتفاقی برای وی افتاده است) محرک های محیطی را به حداقل برسانید.
۱۰- ترتیبی دهید تا نور اتاق مناسب باشد تا از توهّمات بینایی جلوگیری شود.
۱۱- سیکل خواب – بیداری بیمار را بر هم نزنید.
۱۲- پوست را با پماد یا لوسیون نرم کننده، چرب نمایید تا از تحریک آن در اثر تماس با ملافه، جلوگیری شود.
۱۳- در صورت بروز بی اختیاری، برای بیماران مرد از سوند خارجی استفاده کنید.
۱۴- ممکن است برای بیمار از برنامه سوند گذاری متناوب استفاده شود.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز افزایش درجه حرارت بدن در ارتباط با صدمات وارده به مکانیسم تنظیم درجه حرارت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
عدم وجود تب.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- دمای بدن بیمار را هر ۴ ساعت یک بار مورد بررسی قرار دهید.	
۲- در صورت بالا رفتن درجه حرارت، از داروهای ضد تب و پتوهای خنک کننده (در صورت دستور پزشک) استفاده نمایید.	
۳- علت افزایش دما را مشخص کنید.	
۴- با توجه به اینکه سرما و لرز می تواند ICP را افزایش دهد، حین استفاده از پتوهای خنک کننده احتیاط نمایید.	
۵- در صورت احتمال بروز عفونت، از مکان های مورد نظر کشت تهیه کنید.	
۶- علائم حیاتی را نیز جهت بررسی بررسی وضعیت داخل جمجمه ای به طور متناوب و در فواصل زمانی معین، کنترل نمایید.	
۷- نوسانات سریع در علائم حیاتی را سریعاً گزارش کنید.	
۸- افزایش سریع درجه حرارت بدن ثبت و گزارش شود.	
۹- دمای بدن کمتر از ۳۸ C نگاه داشته شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز اختلال در سلامت پوست در ارتباط با استراحت در بستر، همی پارزی و عدم تحرک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
الف) عدم وجود قرمزی یا پارگی در سطح پوست.	
ب) عدم وجود زخم های فشاری.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- کلیه سطوح بدن را مورد بررسی قرار داده و سلامت پوست را حداقل هر ۸ ساعت یک بار کنترل و ثبت نمایید.	
۲- بیمارانی که در اثر وارد آمدن ضربه دچار آسیب دیدگی شده اند برای چرخیدن یا تغییر وضعیت بدن نیاز به کمک دارند.	
۳- مناطقی که احتمال بروز آسیب های پوستی در آنها بیشتر است باید سریعاً شناسایی شوند تا از تشکیل زخم های فشاری جلوگیری گردد.	
۴- وضعیت بدن بیمار را هر ۲-۴ ساعت تغییر دهید.	
۵- هر ۴ ساعت یک بار مراقبت های مربوط به پوست را انجام دهید.	
۶- در صورت توانایی جسمانی به بیمار کمک کنید تا در روز سه بار از تخت پایین آمده و بر روی صندلی قرار گیرد.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در فرایند تفکر (اختلال در عملکرد های عقلانی، برقراری ارتباط، حافظه و پردازش اطلاعات) در ارتباط با آسیب دیدگی مغز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
آشکار شدن بهبودی در عملکردهای شناختی و حافظه.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- فعالیت های توان بخشی شناختی، به سمت ایجاد توانایی مجدد در بیمار برای پیدا کردن روش های جدید حل مشکلات، هدایت می شوند.	
۲- تعلیم و آموزش دوباره بیمار، طی دوره ای طولانی صورت گرفته و شامل استفاده از محرک های حسی و تقویت آنها، تغییر و اصلاح رفتار ها، آگاهی نسبت به واقعیات، برنامه های آموزشی کامپیوتری و بازی های ویدیویی می باشد.	
۳- در این مرحله از بهبودی، کمک گرفتن از روش های متعدد درمانی، ضروری به نظر می رسد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در الگوی خواب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
وجود چرخه طبیعی خواب ، بیداری.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مراقبت های پرستاری را دسته بندی و برنامه ریزی نمائید تا کمتر برای بیمار مزاحمت ایجاد گردد. ۲- سر و صداهاى محیط را کاهش دهید. ۳- نور اتاق ملایم باشد. ۴- می توانید برای آرامش بیشتر بیمار از ماساژ درمانی استفاده نمائید.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال غیر موثر بودن شیوه های انطباق خانواده در ارتباط با عدم واکنش بیمار و غیر قابل پیش بینی بودن وضعیت بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
رفتارهای خانواده بیمار حاکی از سازگاری با شرایط موجود است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای کمک به تطابق مؤثر خانواده شرایط موجود را مورد بررسی قرار دهید. ۲- برای بررسی شرایط موجود می توان از سؤالات زیر استفاده نمود: • در حال حاضر چه تغییراتی در بیمار به وجود آمده است ؟ • چه چیزهایی از بین رفته است؟ • در تطابق با این وضعیت چه چیز بیشتر از همه مشکل ایجاد می کند؟ ۳- در رابطه با شرایط موجود، اطلاعات صحیح و دقیقی را به اعضای خانواده ارائه نمایید. ۴- در تحقق بخشیدن به اهداف کوتاه مدت، دو جانبه و مشخص به طور مداوم اعضای خانواده را ترغیب نمایید. ۵- جلسات مشاوره در ارتباط با احساس نا امیدی و شکست می تواند به خانواده کمک کند. ۶- گروههای حمایتی در دسترس را به خانواده معرفی کنید. ۷- اعضای خانواده این بیماران در طول چنین دوران فوق العاده تنش زایی نیازمند کمک بوده و باید آنها را در زمینه تصمیم گیری پیرامون اجازه اهداء عضو و اقدامات حمایتی مراحل پایانی زندگی بیمار یاری نمود. ۸- افراد عضو تیم های تهیه اعضای اهدایی بدن و مشاورین مربوطه در زمینه های غم و اندوه تا حد زیادی	

به خانواده ها کمک می نمایند تا در مورد مسائلی چون اهداء عضو به تصمیم گیری بپردازد و با تنیدگی به وجود آمده تطابق حاصل کنند.	
Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- آموزش در مراحل اولیه صدمات سر، غالباً ارایه اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار و پیش آگهی آن به خانواده بیمار است. ۲- باید به بیمار و خانواده وی در مورد محدودیت ها و عوارض احتمالی آموزش دهید. ۳- کنترل دقیق عوارضی که نیاز به تماس با پزشک دارد را به بیمار و فامیل وی به صورت شفاهی و کتبی یا آور شوید. ۴- بیمار ممکن است در ارتباط با پیش آگهی و وضعیت جسمی و ذهنی و در خصوص خط مشی های رسیدگی و مراقبت از خود نیاز به آموزش داشته باشد. ۵- بیمار و خانواده وی در خصوص عوارض جانبی داروهای ضد تشنج و اهمیت مصرف درست آن نیاز به آموزش دارند. ۶- در طول مراقبت های حاد و مراقبت های توان بخشی، روند آموزش بر نیازها، پیامدها و نقایص به وجود آمده معطوف می گردد. ۷- پرستار باید به بیمار و اعضای خانواده نیاز به تداوم برنامه های ارتقای سلامت و نیز شرکت در برنامه های غربالگری پس از سپری شدن مراحل اولیه آسیب دیدگی را یاد آوری نماید. ۸- بیمارانی که در گذشته در چنین برنامه هایی حضور نداشته اند باید در رابطه با اهمیت برنامه های مذکور آموزش ببینند و به مراقبین بهداشتی مربوط ارجاع داده شوند. ۹- براساس درجه آسیب دیدگی مغز، بیمار را به مراکز توان بخشی ارجاع دهید. ۱۰- بیمار را به ادامه برنامه توان بخشی بعد از ترخیص از بیمارستان ترغیب کنید، تغییرات ایجاد شده در بیمار دچار آسیب دیدگی سر و اثرات ناشی از اقدامات توان بخشی طولانی مدت به خانواده و توانایی های سازش و مقابله در آنها، نیازمند بررسی و شناخت مکرر است. ۱۱- جنبه های مختلف آموزشی در رابطه با خانواده بیمار، آموزش و تداوم حمایت از آنها، امری ضروری به شمار می آید. ۱۲- بر اساس وضعیت بیمار، وی را تشویق نمایید تا به تدریج فعالیت های طبیعی خود را از سر بگیرد. ۱۳- پرستار باید به بیمار و اعضای خانواده نیاز به تداوم برنامه های ارتقای سلامت و نیز شرکت در برنامه های غربالگری پس از سپری شدن مراحل اولیه آسیب دیدگی را یادآوری نماید.	

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رمضان‌ی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

آسیب های سیستم عصبی : آسیب دیدگی حاد طناب نخاعی

بیان مشکل	Problem Definition
- الگوی تنفسی غیر موثر در ارتباط با ضعف یا فلج عضلات شکمی و بین دنده ای و عدم توانایی در پاکسازی ترشحات. - پاکسازی غیر موثر راه تنفسی در ارتباط با ضعف عضلات بین دنده ای .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- اثبات بهبودی در وضعیت تبادلات گازی و پاکسازی ترشحات، از طریق طبیعی بودن صداهای تنفسی حین سمع ریه. - الف) تنفس آسان بدون کوتاه شدن تنفس. ب) انجام ورزش از طریق تنفس عمیق، سرفه های موثر و پاکسازی ترشحات ریوی. پ) عدم بروز عفونت تنفسی (طبیعی بودن درجه حرارت، سرعت تنفس و نبض، صداهای طبیعی تنفسی، عدم وجود خلط های چرکی).	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- الگوی تنفسی را بررسی کنید. ۲- قدرت سرفه بیمار را ارزیابی کنید. ۳- صداهای ریه را سمع کنید. ۴- احتمال قریب الوقوع بودن نارسایی تنفسی با معاینه بیمار، اندازه گیری ظرفیت حیاتی، نظارت O2 اشباع شده از طریق پالس اکسی متری و کنترل مقادیر گازهای خون شریانی، مشخص می گردد. ۵- توجه سریع و جدی به پاکسازی ترشحات برونشی و حلقی می تواند از تجمع ترشحات و آتلکتازی ناشی از آن، پیشگیری نماید. ۶- در صورت نیاز بیمار را ساکشن کنید. ۷- بیمار را از نظر عوارض ساکشن کنترل کنید. ۸- در صورت لزوم بیمار را تحت فیزیوتراپی قفسه سینه قرار دهید. ۹- بیمار را برای انجام سرفه موثر تشویق کنید. ۱۰- برای افزایش قدرت عضلات تنفسی از تنفس دیافراگماتیک استفاده کنید. ۱۱- اطمینان از وضعیت هیدراسیون و مرطوب سازی مناسب فضا، از اهمیت خاصی برخوردار است. ۱۲- بیمار را از نظر وجود علایم مربوط به عفونت تنفسی (سرفه، تب، تنگی نفس) مورد بررسی قرار دهید. ۱۳- بیمار را به ترک مصرف سیگار تشویق کنید. ۱۴- در مرحله حاد آسیب دیدگی ، مداخلات باید به سرعت انجام گیرد. ۱۵- وضعیت تنفسی بیمار را به طور مکرر کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در حرکات بدنی در ارتباط با اختلالات حسی و حرکتی ایجاد شده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- داشتن تحرک در محدوده اختلالات عملی ایجاد شده - انجام تمرینات ورزشی به طور کامل با در نظر گرفتن محدودیت های کارکردی به وجود آمده.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اعضای بدن باید تمام مدت در امتداد مناسب خود قرار داشته باشند. ۲- وضعیت بدن بیمار را به طور مکرر تغییر دهید. ۳- به محض ثابت شدن ستون مهره ها، بیمار را از تخت پایین بیاورید. ۴- انواع مختلف تخته های شکسته بندی جهت پیشگیری از افتادگی پا می توانند مورد استفاده قرار گیرند. ۵- در صورت استفاده از این تخته ها باید هر ۲ ساعت یک بار آنها را برداشته و مجدداً سر جای خود قرار داد. ۶- برای جلوگیری از چرخش رو به خارج مفاصل هیپ، از غلتک های تروکانتر که از ستیغ ایلئوم تا قسمت وسط ران هر دو پا قرار می گیرند، استفاده کنید. ۷- حین تغییر وضعیت فشار خون بیمار را دقیقاً کنترل کنید. ۸- بیمار را هر ۲ ساعت یک بار جابه جا کنید. ۹- ورزش های غیر فعال مربوط به دامنه حرکتی را باید هر چه زودتر پس از بروز آسیب دیدگی آغاز کرد. ۱۰- انگشتان پا، استخوان های کف پا، قوزک پا، زانو و مفصل هیپ باید حداقل ۴ بار و یا به طور ایده ال ۵ بار در روز، در محدوده حرکتی کامل قرار گیرند. ۱۱- به بیمار اجازه دهید تا به تدریج حرکت نموده و در وضعیت قائم قرار گیرد. ۱۲- بعد از برداشتن کشش، وقتی بیمار شروع به حرکت می کند از قالب های گردنی یا بریس های چهار وجهی گردن استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات در ادراک حس ها در ارتباط با نقایص حسی و حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
تطابق با تغییرات حسی و ادراکی: الف) استفاده از وسایل کمکی (عینک های منشوری، سمعک، کامپیوتر) در صورت لزوم. ب) تشریح تغییرات حسی و ادراکی به عنوان پیامد آسیب دیدگی.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر بروز هر گونه تغییر در کارکردهای حسی یا حرکتی و نشانه های صدمات پیشرونده عصبی، به دقت تحت نظر قرار دهید.	
۲- یافته های بدست آمده را ثبت کنید تا هر گونه تغییر در وضعیت عصبی پایه، به دقت ارزیابی شود.	
۳- هر گونه کاهش در عملکرد عصبی باید بلافاصله گزارش شود.	
۴- ناحیه بالای سطح آسیب دیده با بوهای مطبوع، لمس، غذاها و نوشیدنی های خوش طعم، انجام مکالمات و موسیقی تحریک شود.	
۵- سایر تدابیر شامل:	
• تهیه عینک های منشوری برای آن که بیمار در وضعیت طاقباز قادر به دیدن باشد.	
• تشویق به استفاده از وسایل کمک شنوایی برای شنیدن صداهاى محیطی.	
• حمایت عاطفی از بیمار .	
• آموزش تدابیری که به جبران نقایص به وجود آمده پرداخته یا روش مقابله با آن را به بیمار نشان می دهد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال در سلامت پوست در ارتباط با عدم تحرک و فقدان حس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
نگهداشتن سلامت پوست در وضعیت مطلوب :	
الف) داشتن تورگور طبیعی پوست، عدم وجود قرمزی یا ترک خوردگی در پوست.	
ب) شرکت در فعالیت های مراقبت از پوست و روش های نظارتی در محدوده عملی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمارانی که برای مدت طولانی از گردن بندهای طبی استفاده می کنند ممکن است به دلیل فشار وارده توسط گردن بند در نواحی شانه، زیر چانه و پس سر دچار آسیب دیدگی بافت پوستی شوند.	
۲- وضعیت بدنی بیمار را باید حداقل هر ۲ ساعت یک بار تغییر دهید.	
۳- بعد از هر با چرخاندن بیمار پوست وی را به دقت بررسی کنید.	
۴- پوست نواحی که بر روی آنها فشار وارد می آید از نظر قرمزی و ترک خوردگی کنترل شود.	
۵- پرینه را از لحاظ آلودگی چک کرده و درناژ مناسب سوند ها را مورد بررسی قرار دهید.	
۶- وضعیت عمومی قرارگیری اعضای بدن و راحتی آنها تحت کنترل قرار گیرد.	
۷- بر مناطق فشار که در تماس با تخته های جابه جا کننده بیمار هستند باید توجه خاصی مبذول کنید.	
۸- هر چند ساعت یک بار، پوست بدن بیمار باید با صابون ملایم شسته شده و خشک گردد.	
۹- مناطق حساس به فشار را با کرم ها یا لوسیون های ساده و بدون بو، کاملاً چرب نموده و پوست این	

نواحی را نرم نگاه دارید.
۱۰- بیمار را نسبت به خطر زخم های فشاری آگاه ساخته و به شرکت در اقدامات پیشگیری کننده ترغیب نمایید.
۱۱- هرگز نواحی ران یا پشت ساق پا را ماساژ ندهید چرا که خطر جا به جایی DVT تشخیص داد نشده وجود دارد.

بیان مشکل	Problem Definition
احتباس ادرار در ارتباط با عدم توانایی تخلیه خود به خود ادرار .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- دستیابی مجدد به عملکرد طبیعی مثانه:	
	الف) عدم وجود علائم مربوط به عفونت دستگاه ادراری (طبیعی بودن دمای بدن، به راحتی ادرار کردن، رقیق بودن ادرار).
	ب) مصرف مایعات در حد کافی.
	پ) شرکت در برنامه های آموزشی مربوط به مثانه، علیرغم محدودیت های ایجاد شده در نحوه عملکردها.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نواحی پایین شکم را از نظر وجود علائم احتباس ادراری و اتساع بیش از حد مثانه لمس کنید.	
۲- برای اجتناب از اتساع بیش از حد مثانه و عفونت دستگاه ادراری، از سوند گذاری متناوب استفاده کنید.	
۳- در صورت عدم امکان سوند گذاری متناوب می توان به طور موقت از سوندهای ماندنی استفاده نمود.	
۴- در مراحل اولیه، به اعضای خانواده چگونگی انجام سوند گذاری متناوب را نشان دهید.	
۵- به بیمار آموزش دهید تا میزان مایع مصرفی، الگوی دفع ادرار، میزان ادرار باقی مانده پس از گذاشتن سوند، ویژگی های ادرار و وجود هر گونه حس غیر طبیعی و نا معمول را ثبت نماید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود:	
- خانواده بیمار را ترغیب کنید تا در فعالیت های مراقبتی شرکت جویند.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با آتونی روده ناشی از وقفه در فعالیت های خود کار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- دستیابی مجدد به عملکرد طبیعی روده: الف) داشتن الگوی منظم در حرکات روده. ب) مصرف رژیم غذایی حاوی فیبر در حد کافی و خوردن مایعات از راه دهان. پ) شرکت در برنامه های آموزشی مربوط به روده، علیرغم محدودیت های ایجاد شده در نحوه عملکردها.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر اتساع معده و فلج ایلئوم ناشی از آتونی بررسی کنید. ۲- برای از بین بردن نفخ و پیشگیری از آسیب راسیون، از لوله بینی معدی استفاده کنید. ۳- به محض آن که صداهای روده سمع شد، رژیم پر فیبر، پر پروتئین و پر کالری به همراه مقداری غذا که به تدریج به رژیم مربوطه اضافه می شود را برای بیمار شروع کنید. ۴- برای مقابله با اثرات ناشی از عدم تحرک و داروهای مسکن، پرستار می تواند از ملین های تجویز شده برای بیمار استفاده کند. ۵- برنامه مخصوص روده باید هر چه زود تر به اجرا در آید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد و ناراحتی در ارتباط با درمان های انجام شده و عدم تحرک به مدت طولانی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- عدم وجود درد و ناراحتی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- دمای بدن تحت نظارت دقیق قرار گیرد. ۲- جمجمه از نظر بروز علائم عفونت مثل ترشح در اطراف انبرک های کشش، مورد بررسی قرار گیرد. ۳- ناحیه پشت سر را بدون آن که سبب حرکت و تکان خوردن گردن شود، به صورت دوره ای از نظر بروز علائم فشار کنترل کنید. ۴- موهای اطراف انبرک ها جهت سهولت در امر بازبینی و معاینه ناحیه تراشیده شود. ۵- از تحرک و معاینه نواحی دلمه بسته باید اجتناب نمایند. ۶- در مورد سازگاری با قاب فلزی به بیمار اطمینان دهید. ۷- نواحی اطراف میله های کار گذاشته شده باید روزانه شسته شوند. ۸- نواحی اطراف میله ها را از نظر قرمزی، ترشح و درد مورد بررسی قرار دهید.	

۹- از شلی میله ها خودداری کنید، زیرا به بروز عفونت کمک می کند. ۱۰- در صورت بیرون آمدن یکی از میله ها، در حالی که مراتب را به جراح اعصاب گزارش می کنید به کمک همکار خود سر بیمار را در حالت صاف و بدون تمایل به راست یا چپ، ثابت نگاه دارید. ۱۱- یک عدد پیچ گوشتی در دسترس باشد تا در صورت نیاز پیچ های روی قاب سفت شوند. ۱۲- نواحی پوستی که در زیر جلیقه واقع هستند را باید از نظر تعریق بیش از اندازه، قرمزی و جوش های زیر پوستی خصوصاً در برجستگی های استخوانی معاینه نمود. ۱۳- آستر جلیقه نباید خیس شود چون رطوبت سبب بروز مشکلات پوستی خواهد شد. ۱۴- به منظور پیشگیری از تشکیل زخم های فشاری، به داخل جلیقه پودر نزنید. ۱۵- برای رعایت بهداشت و به منظور مراقبت مناسب از پوست، باید آستر جلیقه را به صورت دوره ای تعویض نمود.	
Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: - در صورت ترخیص بیمار با جلیقه، باید دستور العمل های دقیق و مفصلی در رابطه با این جلیقه ها به خانواده ها ارائه گردد.	

Problem Definition	بیان مشکل
ترومبوز ورید عمقی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
الف) فقدان علائم مربوط به ترومبوفلیت، ترومبوز ورید عمقی یا آمبولی ریه. ب) عدم وجود تظاهرات مربوط به آمبولی ریوی (نداشتن درد در قفسه سینه یا کوتاه بودن تنفس ها، طبیعی بودن مقادیر گاز های خونی شریانی).	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بیمار را از نظر نشانه های آمبولی ریه و ترومبوفلیت مورد بررسی قرار دهید. ۲- درد قفسه سینه، کوتاه بودن تنفس و تغییر در مقادیر گاز های خونی شریانی باید سریعاً به پزشک گزارش شوند. ۳- محیط ران و ساق پا باید روزانه اندازه گیری و ثبت شود. ۴- در صورت افزایش قابل ملاحظه محیط ران و ساق پا، بررسی های تشخیصی بیشتری انجام دهید. ۵- انجام ورزش در محدوده حرکتی معین، استفاده از جوراب های الاستیک که تا بالای ران امتداد می یابند و مصرف آب به میزان کافی، از جمله اقدامات مهم پیشگیری کننده هستند. ۶- دستگاه های ایجاد کننده فشار هوا نیز برای کاهش تجمع خون در عروق و بهبود وضعیت بازگشت خون وریدی، مورد استفاده قرار می گیرند.	

۷- از فشارهای وارده بر اندام های تحتانی ناشی از خم کردن زانو اجتناب نمایید.

بیان مشکل	Problem Definition
افت فشار خون وضعیتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- باقی ماندن فشار خون در محدوده طبیعی. - عدم بروز سر گیجه در اثر تغییر وضعیت بدن.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نظارت دقیق بر علائم حیاتی ، قبل و بعد از تغییر وضعیت ضروری است. ۲- برای بهبود باز گشت خون وریدی از اندام های انتهایی تحتانی، باید از جوراب های الاستیکی مخصوص که تا بالای ران امتداد می یابند استفاده شود. ۳- فعالیت های بیمار باید از قبل برنامه ریزی شود و برای تغییر وضعیت بدن، به ترتیب از حالت خوابیده به نشسته و سپس ایستاده، زمان کافی در اختیار وی قرار گیرد. ۴- سطوح شیب دار با حرکات نوسانی، اغلب به بیمار در این انتقال و جا به جایی کمک می کنند.	

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش فعالیت های رفلکسی خود کار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
فقدان تظاهرات مربوط به دیس رفلکسی خود کار و افزایش فعالیت های رفلکسی خود کار (نداشتن سر درد، تعریق زیاد، احتقان بینی، کند شدن ضربانات قلب).	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر وجود شوک نخاعی بررسی کنید. ۲- برای پایین آوردن فشار خون، بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. ۳- بررسی شناخت سریع جهت شناسایی و رفع علت به وجود آورنده عارضه، لازم الاجرا است. ۴- مثانه فوراً از طریق سوند های ادراری تخلیه شود. ۵- اگر مجرای سوند بسته شده بود آن را شستشو داده یا سوند دیگری برای بیمار قرار دهید. ۶- راست روده از نظر وجود توده های مدفوع معاینه شود. ۷- در صورت وجود توده های سخت مدفوع، ۱۵- ۱۰ دقیقه قبل از برداشتن توده از بی حس کننده موضعی استفاده کنید. ۸- پوست را از نظر وجود نواحی تحت فشار، تحریک شدگی و یا ترک خوردگی معاینه نمایید. ۹- هر نوع محرک دیگر پوست مثل وجود شیء بر روی پوست یا انتقال هوای سرد، باید بر طرف گردد.	

۱۰- در صورت عدم بهبودی سر دردهای شدید و افزایش فشار خون، در مشورت با پزشک از عوامل مسدود کننده گانگلیونی (هیدرالازین هیدروکلراید [آپزولین]) به آرامی به صورت داخل وریدی استفاده کنید. ۱۱- وضعیت طبی بیمار باید به طور واضح ثبت شده و در آن خطر بروز افزایش فعالیت های رفلکسی خود کار قید شده باشد.	آموزش به بیمار Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- به بیمار باید در رابطه با اقدامات پیشگیری کننده و کنترل کننده آموزش های لازم داده شود. ۲- به هر بیماری که دچار ضایعه در قسمت بالای T6 شده است باید آگاهی دهید که بروز چنین وضعیتی برای وی امکان پذیر است و حتی احتمال دارد سالیان متمادی بعد از آسیب دیدگی اولیه، به وقوع پیوندد. ۳- آموزش به بیمار در مرحله اول بر مبنای آسیب وارده و اثرات ناشی از آن بر تحرک، لباس پوشیدن عملکرد روده و مثانه و فعالیت های جنسی پایه ریزی می شود. ۴- بعد از این که بیمار و خانواده اش نسبت به پیامدهای آسیب دیدگی، شناخت کافی پیدا کردند، آن گاه اصول آموزشی گسترش یافته و بر معرفی موضوعات ضروری جهت انجام وظایف روزانه زندگی فرد، متمرکز می گردند. ۵- به بیمار و خانواده وی در ارتباط با تأثیرات روانی آسیب دیدگی و پیامدهای آن آموزش دهید. ۶- پرستار باید به بیماران زن دچار صدمات نخاعی اطمینان خاطر دهد که حاملگی در رابطه با آنها ممنوع نمی باشد اما زنان حامله دچار صدمات حاد یا مزمن باید به شیوه های خاص و منحصر به فرد تحت کنترل قرار گیرند. ۷- به افراد مبتلا پیرامون روش زندگی سالم آموزش داده و نیاز به شرکت در برنامه غربالگری های بهداشتی را یاد اوری نمایید.	
منابع مورد استفاده:	
• Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co. • Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. • دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضائی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷	

پاراپلژی یا کوادری پلژی

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز سندروم عدم استفاده از اندام.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کنترل بیشتر در بیمار به وجود نیاید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- حداقل ۴ مرتبه در روز باید به انجام ورزش های مربوط به دامنه حرکتی اقدام نمود. ۲- با انجام این نوع تمرینات، به کشیدگی تاندون آشیل توجه نمایید. ۳- بیمار باید بر روی تخت یا بر روی صندلی چرخ دار، از لحاظ بدنی در وضعیت صحیح قرار گیرد. ۴- وضعیت بدنی بیمار را به طور مکرر تغییر دهید. ۵- جهت پیشگیری از بروز کنتراکتورها، ورزش های غیر فعال در دامنه حرکتی عضو را انجام دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحرک در ارتباط با عدم توانایی در راه رفتن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به حداقل تحرک دست یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- فعالیت های حرکتی را زمانی آغاز نمایید که ستون فقرات از ثبات کافی برخوردار بوده و بیمار اجازه قرار گرفتن در وضعیت قائم را داشته باشد. ۲- با توجه به سطح آسیب دیده از جلیقه یا بریس استفاده کنید. ۳- هر چه زودتر عضلات باید مورد استفاده قرار گیرند. ۴- هر چه سریع تر بیمار را تشویق به ایستادن نمایید. ۵- بیمار را تشویق به تحمل وزن کنید. ۶- بریس ها و چوب های زیر بغل سبب می شوند تا بیمار پاراپلژی بتواند مسیرهای کوتاه را طی کند. ۷- کلیه تلاش ها باید در جهت تشویق بیمار به داشتن تحرک و فعالیت در حد امکان صورت گیرد. ۸- عضلات دست، بازو، شانه، قفسه سینه، ستون فقرات، شکم و گردن در بیمار پاراپلژی باید تقویت گردد. ۹- عضله سه سر و عضله پهن پشتی برای استفاده از چوب زیر بغل هنگام راه رفتن باید تقویت شود. ۱۰- عضلات شکمی و پشتی برای حفظ تعادل و باقی ماندن در وضعیت قائم باید تقویت شود. ۱۱- برای افزایش قدرت مچ و انگشتان دست، فشار دادن توپ پلاستیکی یا پاره کردن و خرد کردن روزنامه مفید است.	

۱۲- برای افزایش توانایی راه رفتن و فعالیت های حرکتی بیمار، همکاری کلیه اعضای گروه توان بخشی را جلب نمایید. ۱۳- باید اهمیت حفظ سلامت و تندرستی قلبی – عروقی را به بیمار تاکید نمائید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سلامت پوست در ارتباط با فقدان دائمی حس و عدم تحرک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بهداشت و سلامت پوست را حفظ کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار دچار پاراپلژی یا کوادری پلژی را تشویق کنید تا مسئولیت مراقبت از پوست خود را بر عهده بگیرد. ۲- وضعیت بیمار باید هر دو ۲ ساعت باید تغییر کند. ۳- از مراقبت و پاکیزگی دقیق پوست اطمینان حاصل نمایید. ۴- مناطق حساس و آسیب پذیر پوست بیمار را مشخص کنید. ۵- پوست بیمار را از نظر وجود قرمزی که با فشار دادن از بین نمی رود، بررسی کنید. ۶- ملافه زیرین بیمار نباید چروک یا خیس باشد. ۷- به منظور تامین نیاز های بدنی، باید برای صندلی چرخدار بیماران بالشتکهای تهیه و تعبیه نمود. ۸- برای اندازه گیری میزان فشار و تأمین بالشتک ها و سایر وسایل کمکی، بیمار را به مهندسین توان بخشی ارجاع نمایید. ۹- رژیم غذایی بیماران پاراپلژی یا کوادری پلژی باید سرشار از پروتئین ، ویتامین و کالری باشد. ۱۰- بیمار را تشویق به مصرف مایعات نمایید. ۱۱- از چاقی و افزایش وزن باید اجتناب شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتباس ادرار در ارتباط با سطح آسیب دیده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به کنترل مثانه و عدم وجود عفونت دستگاه ادراری دست یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار باید روزانه ۲/۵ لیتر آب و مایعات مصرف نماید. ۲- برای به حداقل رساندن میزان ادرار باقی مانده ، بیمار باید به طور متناوب مثانه خود را خالی نماید. ۳- بیمار باید به بهداشت و نظافت شخصی خود توجه داشته باشد.	

۴- پربنه باید تمیز و خشک نگه داشته شود.
۵- لباس های زیر، کتانی انتخاب شده (به دلیل خاصیت جذب بیشتر) و حداقل روزی یک بار تعویض شوند.
۶- در صورت استفاده از سوند های خارجی (سوند کاندوم)، آلت تناسلی باید شسته و به دقت خشک گردد.
۷- به سلامت کیسه جمع آوری ادرار توجه نمایید.
۸- نشانه های مربوط به عفونت دستگاه ادراری را بررسی نمایید.
۹- بیماران زنی که در آنها کنترل رفلکسی مثانه وجود نداشته و قادر به سوند گذاشتن برای خود نمی باشند، باید از پد یا لباس های زیر ضد آب استفاده نمایند.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با اثرات ناشی از اختلال در عملکرد نخاع.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار به کنترل روده دست یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اگر آسیب دیدگی نخاع در بالای بخش خاجی یا ریشه های اعصاب ایجاد شده و فعالیت های رفلکسی وجود داشته باشد، برای تحریک عمل دفع می توان اسفنکتر مقعد را ماساژ داد.	
۲- اگر صدمات وارده به نخاع، بخش خاجی یا ریشه های اعصاب را نیز در بر گرفته باشد، در آن صورت نباید اقدام به ماساژ مقعد نمود.	
۳- انجام ماساژ در صورت سفت شدن و اسپاسم اسفنکتر مقعد نیز، ممنوع می باشد.	
۴- این روش باید هر دفعه در همان حدود زمانی (معمولاً هر ۴۸ ساعت یک بار)، بعد از وعده های غذایی و در ساعتی مشخص که برای بیمار هنگام بازگشت به خانه مناسب باشد، انجام گیرد.	
۵- برای موفقیت در برنامه آموزشی روده، وجود رژیم غذایی حاوی فیبر و مصرف مایعات در حد کافی، اجتناب از یبوست و کاهش خطر دیس رفلکسی خودکار ضروری می باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فعالیت های جنسی در ارتباط با آسیب های عصبی ایجاد شده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار باید از نحوه فعالیت های جنسی اظهار رضایت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علاوه بر سرویس های خدمات توان بخشی، سرویس های مشاوره ای و آموزشی مربوط به فعالیت های جنسی نیز در مراکز آسیب دیدگی های نخاعی وجود دارند.	
۲- در گرهمایی هایی که با حضور گروه های کوچک صورت می گیرد، بیماران می توانند احساسات	

خود را با یکدیگر در میان گذارند، اطلاعات دریافت نموده و پیرامون موضوعات مربوط به مسایل جنسی و اقدامات عملی مفید و قابل استفاده در ایجاد تطابق و ارایه نگرشی مثبت و موثر، بحث نمایند.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تطابق موثر فرد با عارضه به وجود آمده در ارتباط با تأثیر اختلالات بر زندگی روزانه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- تطابق بیمار با محیط و سایر مسائل بهبود یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به توانایی های بیمار اطمینان دهید تا بتوانند فعالیت های مربوط به مراقبت از خود را انجام داده و به نوعی استقلال نسبی دست یابند. ۲- در بسیاری از موارد خانواده درمانی می تواند در رفع بسیاری از مشکلات به وجود آمده مفید واقع گردد. ۳- خانواده نیز معمولاً به مشاوره، سرویس های خدمات اجتماعی و سایر سیستم های حمایتی نیاز دارند تا به آن ها جهت تطابق با تغییرات ایجاد شده در روش زندگی و وضعیت اقتصادی اجتماعی، یاری رسانند. ۴- استفاده از روشهای نامناسب تطابقی نظیر استفاده از الکل و مواد مخدر را بررسی کنید. ۵- در صورت لزوم بیمار و خانواده را جهت انجام مشاوره در مورد روش های مؤثر تطابقی به مراکز مربوطه ارجاع دهید. ۶- روش های مناسب و موثر تطابقی را در بیمار تقویت کنید. ۷- محیط خانه را از نظر ایمنی و انجام فعالیت های مراقبتی، مورد بررسی قرار دهید. ۸- قبل از آمدن بیمار به منزل، تغییرات و اصلاحات لازم در محیط خانه داده شده و تجهیزات لازم فراهم گردد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اسپاسم و سفتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- حالت اسپاسم و سفتی کاهش یابد. - الف) عوامل تسریع کننده را گزارش کند. ب) اقدامات کاهش دهنده اسپاسم را اعلام نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- وضعیت اسپاسم را بر مبنای شدت نشانه ها و میزان ناتوانی ایجاد شده کنترل نمایید. ۲- در محدوده حرکتی معین به طور غیر فعال اندام های بیمار را ورزش دهید. ۳- به طور مداوم وضعیت بدن بیمار را تغییر دهید. ۴- برای پیشگیری از بروز کنتراکتورها، زخم های فشاری و اختلالات روده و مثانه ورزش های غیر فعال اندام ها و تغییر پوزیشن را انجام دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت و سپسیس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- عدم وجود عوارض.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اجتناب از تماس با بیمارانی که نشانه های عفونت تنفسی را در خود دارند. ۲- برای پیشگیری از تجمع ترشحات تنفسی، بیمار را به انجام ورزش و فعالیت، سرفه و تنفس عمیق تشویق نمایید. ۳- به بیمار توصیه نمایید که برای پیشگیری از ابتلا به آنفولانزا به طور سالانه واکسن دریافت کند. ۴- بیمار را تشویق به ترک سیگار نماید. ۵- برای حفظ سیستم ایمنی در وضعیت مناسب، باید از رژیم غذایی پر پروتئین استفاده نمود. ۶- به بیمار توصیه نمایید از عوامل پایین آورنده عملکرد سیستم ایمنی مثل استرس های شدید، سوء استعمال مواد مخدر و مصرف الکل فراوان اجتناب کنند. ۷- در صورت بروز عفونت، بیمار پاراپلژی یا کوادری پلژی نیازمند بررسی و شناخت کامل و درمان سریع می باشد. ۸- درمان با آنتی بیوتیک ها و هیدراسیون مناسب، به علاوه اقدامات موضعی (بسته به محل بروز عفونت) باید بلافاصله آغاز گردند.	

۹- برای پیشگیری از بروز عفونت های دستگاه ادراری یا تأخیر در وقوع آن اقدامات زیر را انجام دهید:

- رعایت نکات استریل در هنگام سوند گذاری.
- هیدراسیون مناسب .
- برنامه آموزشی مربوط به مثانه.
- جلوگیری از اتساع بیش از حد مثانه و رکود ادرار در آن.
- ۱۰- از عفونت و آسیب دیدگی های پوست نیز با رعایت موارد زیر می توان جلوگیری کرد:
 - تنظیم برنامه زمانی مشخص برای برگرداندن بیمار.
 - مراقبت مداوم از ناحیه پشت بیمار.
 - بررسی و شناخت پوست کلیه نواحی بدن به طور منظم.
 - شستشوی پوست به طور منظم و چرب کردن آن.
 - برطرف نمودن فشار به خصوص در نواحی دچار ترک خوردگی ، پاشنه پا و برآمدگی استخوانی .
 - استفاده از ملافه هایی بدون چرک .
- ۱۱- عفونت های ریوی را می توان با در نظر گرفتن اصول زیر کنترل نموده یا از بروز آن پیشگیری کرد:
 - سرفه، چرخیدن و انجام ورزش، تنفس عمیق و فیزیوتراپی سینه، به طور مکرر.
 - مراقبت شدید از سیستم تنفسی و ساکشن راه تنفسی در صورت تراکئوستومی.
 - ایجاد سرفه های کمکی .
 - هیدراسیون کافی .

Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: (۱) به بیمار یادآوری نمایید که مشکل اصلی که مراقبت روزانه از وی را دشوار می سازد، فقدان توانایی حرکت و اشکال در تغییر وضعیت بدنی است. (۲) باید به بیمار آموزش داد که زخم های فشاری در اثر وارد آمدن فشار مداوم بر روی برآمدگی های استخوانی حین خوابیدن یا قرار گرفتن در وضعیت نشسته ایجاد می شوند. (۳) به بیمار پاراپلژی آموزش دهید که در صورت امکان برای مشاهده نواحی مستعد زخم، صبح و شب از آینه استفاده کند تا در صورت بروز قرمز شدگی، ادم خفیف یا هر نوع خراشیدگی، به وجود آنها پی ببرد. (۴) بیماران کوادری پلژی که قادر به مراقبت از پوست نیستند، تشویق می شوند تا نیاز برای کنترل این مناطق و پیشگیری از بروز زخم های فشاری را به دیگران اطلاع دهند. (۵) به بیمار آموزش دهید تا زمانی که بر روی صندلی چرخ دار قرار دارد، با بلند شدن از طریق فشار دادن	

دست ها بر کف صندلی و پهلوی به پهلوی شدن جهت رفع فشار و خم شدن به طرف جلو وقتی که به میز تکیه دارد، فشار وارده بر بدن را بر طرف نماید.

۶) برای اجتناب از عوارض باید به بیمار و اعضای خانواده پیرامون مراقبت از پوست، مراقبت از سوند، انجام ورزش در محدوده حرکتی معین، انجام ورزش های تنفس و سایر شیوه های مراقبتی، آموزش های لازم را ارائه داد.

۷) آموزش هر چه سریع تر باید آغاز گشته و در طول فعالیت های توان بخشی و مراقبت های طولانی مدت در خانه و مراکز مربوطه ادامه یابد.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

Problem Definition	بیان مشکل
مننژیت.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
علائم و نشانه های مننژیت وجود نداشته باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- وضعیت عصبی و علایم حیاتی باید به طور مداوم مورد بررسی قرار گیرند. ۲- از پالس اکسیمتری و تعیین مقادیر گازهای خونی شریانی استفاده کنید. ۳- برای حفظ اکسیژن رسانی کافی به بافت ها در مشورت با پزشک می توان به قرار دادن لوله داخل تراشه دارای کاف مخصوص (یا تراکئوتومی) و تنفس مصنوعی اقدام نمود. ۴- فشارهای شریانی را جهت اطلاع از شروع شوک، که می تواند مقدمه نارسایی قلبی یا تنفسی باشد، تحت کنترل دقیق قرار دهید. ۵- مایعات داخل وریدی را در مشورت با پزشک سریعاً برای بیمار آغاز کنید. ۶- برای جلوگیری از ورود بیش از حد مایع به داخل بدن، میزان ورود و دفع مایعات را دقیقاً کنترل کنید. ۷- باید هر چه سریع تر نسبت به کاهش دمای بدن اقدام نمود. ۸- وزن بدن، حجم ادرار و الکترولیت های سرم، وزن مخصوص و اسمولالیت به دقت کنترل شوند. ۹- باید بیمار را از آسیب دیدگی های ناشی از فعالیت های تشنجی یا تغییر در وضعیت هوشیاری محافظت نمود. ۱۰- از عوارضی که در اثر عدم تحریک ایجاد می شوند (مثل زخمهای فشاری و پنومونی) ، باید پیشگیری کرد. تا ۲۴ ساعت پس از آغاز درمان با آنتی بیوتیک ها در زمینه ترشحات دهان و بینی اقدامات احتیاطی باید رعایت گردد. ۱۱- باید خانواده را از وضعیت بیمار مطلع نمود و به آنها اجازه داد تا به تنایب بیمار را ملاقات کنند . ۱۲- نقش مهم پرستار، حمایت از بیمار و نیز کمک به خانواده جهت شناسایی دیگر افرادی است که می توانند در طول این بحران به آنها کمک کنند.	

Problem Definition	بیان مشکل
	آبسه مغزی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- علائم و نشانه های آبسه مغزی وجود نداشته باشد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- وضعیت عصبی بیمار را به طور مداوم بررسی کنید. ۲- پاسخ نسبت به دارو درمانی را بررسی نموده و ثبت نمایید. ۳- در موارد استفاده از کورتیکواستروئیدها، نتیجه تست های آزمایشگاهی خون به ویژه سطح گلوکز و پتاسیم سرم باید به دقت تحت کنترل قرار گیرد. ۴- تامین ایمنی و سلامت بیمار از جمله مسئولیتهای اصلی پرستار است. ۵- توانایی خانواده را در بیان فشارهای روحی ناشی از وضعیت بیمار، همچنین تطابق با بیماری و نقائص به وجود آمده در بیمار و نیز جلب حمایت و کمک دیگران را مورد بررسی قرار دهید.
	منابع مورد استفاده:
	• Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co. • Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. • دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

اختلالات اتوایمیون : اسکروز متعدد

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تحرک بدنی در ارتباط با ضعف، فلج خفیف عضلات، اسپاسم و سفتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) تحرک بدنی بهبود پیدا می کند. الف) در برنامه های آموزشی مربوط به راه رفتن و برنامه های توان بخشی شرکت می کند. ب) برنامه ای متعادل شامل ورزش و استراحت بر قرار می کند. پ) از وسایل کمکی به طور صحیح و مطمئن استفاده می کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای افزایش کارایی عضلات به بیمار توصیه نمایید از ورزش های تعادلی و آرام سازی استفاده نماید. ۲- از ورزش های مقاومتی به صورت مرحله به مرحله، جهت تقویت قدرت عضلات ضعیف استفاده نمایند. ۳- به بیمار توصیه نمایید برای بهبود راه رفتن پیاده روی کند. ۴- در صورت ابتلا غیر قابل برگشت گروهی از عضلات معین، سایر عضلات مرتبط را تقویت نمایید. ۵- برای کاهش اسپاسم از کیف آب گرم استفاده کنید. ۶- برای به حداقل رساندن بروز کنتراکتورهای مفصلی، روزانه از کشش عضلانی به صورت ورزش استفاده کنید. ۷- باید نسبت به زرد پی پشت زانو، عضلات دو قلو، نزدیک کننده مفصل هیپ، عضلات دو سر، و خم کننده های مچ و انگشت دست، توجه خاصی مبذول داشت. ۸- برای درمان و شل کردن عضلات دچار اسپاسم، عضلت را به نحوی ورزش دهید که ابتدا عضله کشیده شده، در همین حالت نگه داشته شود و سپس مجدداً شل گردد. ۹- به بیمار توصیه نمایید از شنا و دوچرخه های ثابت استفاده نماید. ۱۰- تحمل وزن به صورت تدریجی می تواند اسپاسم پا ها را بر طرف نماید. ۱۱- برای پیشگیری از اسپاسم بیمار نباید هیچ کدام از فعالیت ها تقویت عضلانی را با سرعت انجام دهد. ۱۲- بیمار را ترغیب نمایید تا جایی که فقط کمی احساس خستگی کند، فعالیت نماید. ۱۳- انجام ورزش های بدنی سخت را توصیه نکنید. ۱۴- به بیمار توصیه می شود تا از دوره های متناوب و کوتاه استراحت، ترجیحاً به صورت دراز کشیدن استفاده نماید.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر آسیب دیدگی در ارتباط با اختلالات حسی-حرکتی و بینایی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
از آسیب دیدگی پیشگیری می کند. الف) از نشانه های بصری برای جبران کاهش حس لامسه یا حس وضعیت استفاده می کند. ب) در موارد ضروری تقاضای کمک می نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- به بیمار توصیه نمایید از حمام داغ به دلیل خطر سوختگی ناشی از فقدان حس و خطر افزایش دمای بدن اجتناب نماید. ۲- محیط منزل و مسیر حرکت بیمار باید از نظر ایمنی بررسی شده و تغییرات لازم صورت گیرد. ۳- در صورت نامناسب بودن وضعیت راه رفتن، به بیمار توصیه نمایید، از صندلی چرخ دار یا اسکوتر استفاده نماید. ۴- در صورت مشکل آفرین بودن عدم هماهنگی در عضلات و لرزش اندام های انتهایی فوقانی حین انجام حرکات ارادی (لرزش هدف دار)، از دستبند های سنگین یا کاف های مخصوص مچ می توان استفاده نمود.	
Patient Education	آموزش به بیمار
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- به بیمار آموزش دهید، نشستن بر روی صندلی چرخ دار برای مدت طولانی می تواند خطر بروز زخم های فشاری را افزایش دهد. ۲- باید در رابطه با استفاده از وسایل کمکی، آموزش های لازم ارائه گردد تا از نحوه استفاده صحیح و ایمن آنها اطمینان حاصل شود. ۳- اگر بیمار فاقد حس وضعیت می باشد، به وی آموزش دهید تا حین راه رفتن به پاهای خود نگاه کند. ۴- راه رفتن با وسایل کمکی (واکر، عصا، بریس، چوب زیر بغل و میله های موازی) را به بیمار آموزش دهید. ۵- برای آموزش راه رفتن با وسایل کمکی می توان بیمار را به فیزیوتراپی ارجاع نمود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در دفع ادرار و مدفوع (احساس دفع فوری ادرار، تکرر، بی اختیاری، یبوست) در ارتباط با اختلال در عملکرد سیستم عصبی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بهبود کنترل بر مثانه و روده خود را به دست آورده و یا حفظ می کند. الف) جهت انجام سوند گذاری متناوب به علت احتباس ادرار بر نظارت و کنترل دارد. ب) علائم و نشانه های عفونت مجرای ادراری را تعیین می کند. پ) مایعات و فیبر را در حد کافی مصرف می کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به احساس نیاز بیمار جهت تخلیه ادرار باید بلافاصله توجه نمود. ۲- بدین یا ظرف ادرار باید در دسترس بیمار باشد. ۳- برنامه زمان بندی شده منظمی برای دفع ادرار تهیه کنید: ابتدا هر ۲-۱/۵ ساعت، سپس به تدریج فاصله زمانی آن افزایش می یابد. ۴- برای بیمارانی که فاقد حس کافی برای تخلیه مثانه هستند، از تایمر یا ساعت مچی زنگ دار می توان استفاده نمود. ۵- بیمار را تشویق به خوردن داروهای تجویز شده نمایید تا حالت اسپاسم مثانه درمان شود. ۶- به منظور کنترل مثانه، سوند گذاری متناوب توسط خود شخص را توصیه نمایید. ۷- به بیماران مرد توصیه نمایید برای جمع آوری ادرار می توانند از کاندوم های مخصوص استفاده نمایند. ۸- به بیمار توصیه نمایید مایعات کافی مصرف نموده و از فیبر در رژیم غذایی استفاده نماید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- بیمار آموزش داده می شود تا هر ۲ ساعت یک بار مقادیر معینی مایع بنوشد، سپس ۵/۰ ساعت بعد به دفع ادرار اقدام نماید. ۲- تکنیک صحیح سوند گذاری متناوب را به بیمار آموزش دهید. ۳- برنامه آموزشی روده و مثانه را برای بیمار انجام دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در بلع و وضعیت گفتاری در ارتباط با درگیر شدن اعصاب جمجمه ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
در تدابیر اتخاذ شده جهت بهبود وضعیت گفتاری و بلع، شرکت می کند. الف) ورزش های توصیه شده توسط گفتار درمان را انجام می دهد. ب) مواد غذایی کافی را بدون بروز آسپیراسیون مصرف می نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با همکاری فرد گفتار درمان، وضعیت بلع و گویایی بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید. ۲- به علت احتمال آسپیراسیون، دستگاه ساکشن در دسترس باشد. ۳- دقت حین غذا دادن به بیمار دقت شود بیمار آسپیره نکند. ۴- حین غذا خوردن، بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. ۵- برای بیمار از غذاهای با قوام نیمه جامد استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در فرایندهای تفکر (از بین رفتن حافظه، دمانس، خوشی غیر طبیعی) در ارتباط با اختلال در عملکردهای مغزی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تغییر در فرایندهای فکری را جبران می کند. ۲. از فهرست ها یا سایر وسایل کمک کننده جهت جبران از دست دادن حافظه استفاده می کند. ۳. پیرامون مشکلات به وجود آمده با یک دوست یا یک مشاور مورد اطمینان بحث می کند. ۴. فعالیت های جدید را به جای آن دسته از فعالیت هایی که امکان انجامشان وجود ندارد، جایگزین می کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای بلوکه کردن ایمپالس های یکی از چشم ها، وقتی بیمار دچار دو بینی است می توان از چشم بند یا عینک های مخصوص برای آن چشم استفاده کرد. ۲- برای بیماران زمین گیری که در وضعیت خوابیده به پشت قادر به خواندن نمی باشند، توصیه کنید از از عینک های منشوری استفاده کنند. ۳- بیمارانی که به دلیل محدودیت های بدنی قادر به خواندن مطالب چاپ شده نیستند می توانند از کتاب هایی را که با حروف درشت تایپ شده استفاده نمایند.	

- ۴- حمایت های روحی و عاطفی به بیماران و خانواده های آنها کمک می کند تا با تغییرات و بلا تکلیفی ایجاد شده در اثر MS تطابق حاصل نموده و با اختلالات به وجود آمده در زندگیشان مقابله کنند.
- ۵- به بیمار کمک کنید تا اهدافی واقع گرا نه و با اهمیت برگزیند و بدین ترتیب عزم و اراده را در خود تقویت کرده، تا آن جا که ممکن است فعال باشد و علایق و فعالیت های اجتماعی را در سطحی بالا حفظ نماید.
- ۶- به بیمار توصیه کنید تا از سرگرمی های مختلف برای تقویت روحیه خود استفاده نماید.
- ۷- خانواده را باید نسبت به ماهیت و درجه اختلالات شناختی آگاه نمود.
- ۸- محیط اطراف بیمار باید منظم باشد.
- ۹- از وسایل کمک کننده به حافظه بیمار استفاده کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
انطباق فردی غیر موثر در ارتباط نا مشخص بودن سیر MS .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) بهبود روش های تطابق را نشان می دهد. ۲) کنترل وضعیت به وجود آمده را حفظ می کند. ۳) در روش زندگی به منظور هماهنگی با اهداف و محدودیت ها تعدیل ایجاد می کند. ۴) تمایل خود را نسبت به پی گیری اهداف و وظایف پیشرفته تر بیان می دارد. ۵) از برنامه های مربوط به کنترل و اداره امور خانه پیروی می نماید. ۶) برای حفظ استقلال و عدم وابستگی از تکنیک های مناسب مراقبت از خود استفاده می کند. ۷) در موارد مقتضی در فعالیت های ارتقای سلامتی و برنامه های غربالگری بهداشتی شرکت می نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در این موارد، مداخلات پرستاری شامل تسکین یا بر طرف نمودن استرس است. ۲- بیمار را جهت مشاوره و حمایت به منظور کم کردن اثرات نا مطلوب ناشی از بیماری مزمن به روانپزشک ارجاع کنید. ۳- افرادی که با بیماری مزمن زندگی می کنند نیازمند فهرستی از وسایل کمکی جدید، سرویس های خدماتی و مراکز قابل دسترس می باشند. ۴- تطابق از طریق حل مشکل شامل کمک به بیمار در مشخص نمودن مشکل و ارائه راههای گوناگون برای کنترل آن می باشد. ۵- برنامه ریزی دقیق، انعطاف پذیری و داشتن نگرشی مثبت و امید بخش می تواند برای تطابق فیزیکی و روانی بیمار سودمند واقع شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در کنترل امور مربوط به خانه در ارتباط با محدودیت های جسمی، روانی و اجتماعی ایجاد شده در اثر MS.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
فعالیت های معمول مراقبت از خود را در حد امکان انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- تغییراتی که امکان استقلال و عدم وابستگی را در انجام فعالیت های مراقبت از خود برای فرد فراهم می آورند را (مثل وسایل کمک کننده به غذا خوردن، استفاده از توالت فرنگی، وسایل کمک کننده برای استحمام، تغییرات مربوط به تلفن، استفاده از برس های دسته بلند، انبرک های مخصوص و وسایل کمکی مربوط به لباس پوشیدن) به کمک بیمار و خانواده وی اجرا کنید. ۲- به بیمار توصیه کنید از استرس های جسمی و روحی تا حد امکان پرهیز نماید. ۳- حداقل در یکی از اتاق ها از دستگاه تهویه استفاده شود. ۴- به بیمار توصیه کنید از قرار گرفتن در معرض سرمای شدید که باعث اسپاسم می شود خودداری کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز اختلالات جنسی در ارتباط با درگیر شدن نخاع یا واکنش های روانی نسبت به بیماری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
از روابط جنسی احساس رضایت داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به بیمار توصیه نمایید، برای دریافت درمان های حمایتی و اطلاعات مربوطه به مشاور متخصص و مجرب در امور جنسی مراجعه نماید. ۲- بیمار را تشویق نمایید تا با افراد مورد نظر ارتباط برقرار کرده و احساسات خود را با آنها در میان بگذارد. ۳- جهت کم کردن اثرات ناشی از خستگی، برنامه ریزی برای فعالیت های جنسی مفید است. ۴- بررسی پیرامون روش های مختلف ابراز احساسات جنسی می تواند دامنه وسیعی از لذات و تجارب را برای بیمار فراهم کند.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- آموزش به بیمار باید متمرکز بر ایجاد مقاومت عمومی نسبت به بیماری باشد: ۱- به بیمار آموزش دهید از خستگی، گرما یا سرمای شدید اجتناب نموده و از عفونت پیشگیری نماید. ۲- برای کسب تعادل مناسب فعالیت و استراحت، مصرف مواد مغذی و وعده های غذایی مناسب و اجتناب	

- از عوارض بی حرکتی (کنتراکچرها و زخم های فشاری) به بیمار آموزش دهید.
- ۳- در مورد عوارض جانبی داروها به بیمار آموزش دهید.
 - ۴- بیمار باید از رژیم درمانی خود اطلاع داشته باشد.
 - ۵- به بیمار توصیه نمایید برای تنظیم عادات روده ای، فیبر غذای مصرفی را افزایش دهد.
 - ۶- نحوه انتقال و انجام فعالیت های روزانه زندگی را به بیمار آموزش دهید.
 - ۷- در رابطه با مراقبت از خود در رابطه با استفاده از وسایل کمکی، سوند گذاری توسط خود فرد و نحوه مصرف داروهای موثر بر روند MS یا عوارض MS آموزش دهید.
 - ۸- تمرین هایی را که می تواند سبب ادامه برخی فعالیت ها توسط بیمار شده یا عملکردهای تنفسی، گفتاری و بلع را حفظ کند یا بهبود بخشد، باید به وی و خانواده اش آموزش داد.
 - ۹- به بیمار آموزش دهید در صورت بروز هر گونه تغییر در بیماری یا روند آن، با اولین مراقب درمانی خود تماس بگیرد.
 - ۱۰- تداوم مراقبت های بهداشتی و پیگیری توصیه شود.
 - ۱۱- بیمار را تشویق نمایید تا با گروههای محلی انجمن ملی بیماران MS تماس داشته باشد.
 - ۱۲- در مجامع عمومی حاضر شود و با دیگر افراد مبتلا به MS ملاقات نماید.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضوانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

میاستنی گراو

Problem Definition	بیان مشکل
	کمبود آگاهی
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار از مراقبت های لازم درمورد بیماری آگاهی داشته باشد
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	به بیمار توصیه نمایید: ۱- اتومبیل خود را به پلاک های مخصوص معلولین مجهز سازد و با این عمل میزان پیاده روی به محل پارک اتومبیل را به حداقل رساند. ۲- فعالیت های خود را به گونه ای تنظیم کند که همزمان با اوج میزان قدرت و انرژی اش انجام گیرند. ۳- برای به حداقل رساندن خطر آسیب رسانی، زمان صرف غذا را باید مقارن با زمان حداکثر تاثیر دارو های آنتی کولینرژیک انتخاب نمود. ۴- برای سهولت در بلعیدن غذا، بیمار باید در وضعیت قائم و کاملاً صاف نشسته و گردن وی اندکی خم شود. ۵- برای راحت تر بلعیدن غذا از غذاهای نرم استفاده کند. ۶- اگر به طور مکرر به بیمار حالت خفگی دست می دهد، بهتر است از غذاهای پوره شده با قوامی نرم استفاده نماید. ۷- بیمار را به استراحت قبل از هر وعده غذایی تشویق کنید. ۸- در صورت نامناسب بودن وضعیت تغذیه ای بیمار، برای تغذیه از طریق گاستروستومی با پزشک معالج مشورت کنید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	- آموزش باید متمرکز بر اهمیت پیروی از رژیم درمانی، عوارض جانبی بالقوه برخی داروها، برنامه ریزی برای فعالیت های روزانه زندگی بدون ایجاد خستگی، معرفی منابع در دسترس جامعه و عوارض بیماری و درمان (وضعیت های بحرانی) و اقدامات لازم برای کنترل آنها باشد. سایر موارد آموزش به بیمار عبارتند از: ۱- به بیمار و خانواده نحوه استفاده از دستگاه ساکشن را آموزش دهید. ۲- برای پیشگیری از آسیب دیدگی قرنیه می توان به بیمار آموزش داد برای فواصل زمانی کوتاهی چشم های خود را با نوار ببندد یا از قطره های اشک مصنوعی استفاده کرده و آنها را به داخل چشم بچکاند. ۳- بیمارانی که عینک دارند می توانند از (قالب های نگهدارنده) برای بالا نگهداشتن پلک استفاده کنند. ۴- بستن چشم بند بر روی یک چشم در موارد دو بینی مفید است.

- ۵- باید به بیمار اهمیت ادامه عملکردهای ارتقای سلامتی و پیگیری توصیه های ارائه شده در زمینه حضور در غربالگری های بهداشتی را یاد آور شد.
- ۶- بیمار از عوامل و علل مذکور که شامل: آشفتگی های روحی، عفونت (بویژه عفونت دستگاه تنفس) فعالیت بدنی شدید، برخی داروها و درجه حرارت های بالای محیطی می باشند باید اجتناب ورزید.
- ۷- تماس با انجمن میاستنی گراویس یا گروه های حمایتی برای بیمار و خانواده مفید خواهد بود.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

سندروم گیلن باره

بیان مشکل	Problem Definition
غیر موثر بودن الگوی تنفسی در ارتباط با ضعف عضلات تنفسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
الف) صداهای تنفسی به شکلی موثر حفظ شده و راه هوایی پاکسازی می شود. ب) در عملکرد تنفسی بهبود تدریجی نشان داده می شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با کمک اسپرومتری تحریکی و فیزیوتراپی قفسه سینه می توان عملکرد های تنفسی را به حداکثر رساند. ۲- تغییرات ظرفیت حیاتی و نیروی دم منفی را پایش کنید. ۳- در صورت کاهش ظرفیت حیاتی، عدم امکان تنفس های خود بخودی و اکسیژن رسانی نا کافی به بافت ها، با مشورت پزشک معالج از تهویه مکانیکی استفاده شود. ۴- برای پاک نگهداشتن راه تنفسی در صورت لزوم راه هوایی را ساکشن کنید. ۵- فشار خون، ریتم و سرعت ضربان قلب را به طور مکرر بررسی نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- هنگام پذیرش نیاز احتمالی به تهویه مصنوعی را برای بیمار و خانواده اش شرح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در حرکات بدنی ناشی از ضعف عضلات ارادی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- توانایی های حرکتی افزایش یافته است. الف) از اندام های انتهایی مجدداً استفاده می شود. ب) در برنامه توان بخشی مشارکت می کند. ج) کنتراکتور در وی به وجود نیامده و اتروفی عضلات در حداقل میزان ممکن خواهد بود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اندام های انتهایی دچار فلج را در وضعیت کار کردی و صحیح خود نگاه دارید. ۲- حداقل روزی ۲ بار به انجام ورزش های غیر فعال در محدوده حرکتی هر عضو، اقدام نمایید. ۳- از دریافت مایعات کافی اطمینان حاصل نمایید. ۴- به منظور کاهش خطر DVT، استفاده از جوراب های الاستیک بلند یا پوتین های فشار دهنده، انجام	

ورزش در محدوده حرکتی، تغییر وضعیت بدنی و استفاده از داروهای ضد انعقاد برنامه ریزی شود. ۵- برای کاهش خطر بروز زخم های فشاری از پد هایی بر روی بر جستگی های استخوانی نظیر آرنج و پاشنه پا استفاده کنید. ۶- تغییر مداوم وضعیت بدنی هر ۲ ساعت یک بار ضروری است. ۷- نتایج تست های آزمایشگاهی را که نشان دهنده سوء تغذیه یا دهیدراسیون می باشند ارزیابی کنید. ۸- برای تأمین نیاز های تغذیه ای بیمار و هیدراسیون با پزشک و متخصص تغذیه مشورت کنید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در وضعیت تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با عدم توانایی در بلع.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مواد غذایی و مایعات به اندازه کافی دریافت می کند.	
الف) مواد غذایی کافی جهت رفع نیاز های تغذیه ای مصرف می کند.	
ب) انجام بلع مواد غذایی بدون وجود خطر آسپیراسیون صورت می گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- از مایعات داخل وریدی و تغذیه غیر دهانی (در صورت تجویز) استفاده نمایید.	
۲- بازگشت صداهای روده را در بیمار کنترل نمایید.	
۳- در صورتی که بیمار به دلیل فلج بولبار (عدم تحرک عضلات) قادر به بلع مواد نمی باشد، از لوله تغذیه بینی-معده ای استفاده گردد .	
۴- قبل از آغاز مجدد تغذیه از راه دهان، به دقت باز گشت رفلکس اق زدن و صداهای روده را بررسی نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در برقراری ارتباطات کلامی در رابطه با ضعف عضلات گفتاری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
وضعیت تکلم بهبود می یابد.	
الف) نیازهای خود را به دیگران از طریق روش های گوناگون انتقال می دهند.	
ب) تمرینات توصیه شده توسط متخصص گفتار درمان را انجام می دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- برای برقراری ارتباط با بیمار از کارت های عکس دار، پلک زدن با چشم برای نشان دادن جواب های بله یا نه استفاده کنید.	
۲- برای برقراری یک مکانیسم ارتباطی مناسب با متخصص گفتار درمان مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
ترس و اضطراب کمتری را نشان می دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ارجاع بیمار و خانواده وی به گروه های حمایتی علاوه بر حمایت های لازم، اطلاعات کافی نیز در این رابطه در اختیار آنها قرار خواهد داد. ۲- در صورت تعلیم و حمایت از سوی پرستار خانواده مجاز به انجام مراقبت های جسمی هستند. ۳- آن دسته از اقدامات پرستاری که حس کنترل را در بیمار افزایش می دهند عبارتند از: ارائه اطلاعات در رابطه با وضعیت بیمار، تاکید به داشتن نگرش و برداشتی مثبت از روش ها و منابع تطابقی. ۴- برای کاهش احساس تنهایی و طرد شدگی، فعالیت هایی که موجب تفریح و سرگرمی بیمار می گردند، توصیه شود. ۵- بستگان را به ملاقات بیمار تشویق نماید. ۶- خواندن کتاب برای بیمار توسط ملاقات کنندگان یا افراد داوطلب، گوش دادن بیمار به موسیقی یا کتب ضبط شده بر روی کاست و تماشای تلویزیون مفید است.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱. آموزش ورزش های آرام سازی و تکنیک های انحراف مسیر فکر.	

بیان مشکل	Problem Definition
بحران میاستنی و بحران کلینرژیک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
عوارض ایجاد نمی شود. الف) تنفس به طور خود به خود انجام می گیرد. ب) ظرفیت حیاتی در محدوده طبیعی است. پ) پالس اکسی متری و گازهای خونی شریانی طبیعی است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ظرفیت حیاتی بیمار به علاوه سرعت تنفس و کیفیت آن، باید به دفعات و طی فواصل زمانی منظم تحت مراقبت دقیق قرار گیرد.	

- ۲- شاخص های تعیین کننده آغاز نارسایی تنفسی باید حین پذیرش بیمار مشخص گردد تا امکان لوله گذاری و شروع تنفس مصنوعی در وضعیتی غیر از اورژانس فراهم آید.
- ۳- بیمار را از نظر اشکال در عمل بلع و ایجاد سرفه (نشانه‌دهنده قریب الوقوع بودن نارسایی تنفس) پایش کنید.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضائی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

اختلالات انکولوژیک عصبی: متاستازهای مغزی یا تومورهای مغزی

بیان مشکل	Problem Definition
نقصان در فعالیت های مربوط به مراقبت از خود (غذا خوردن، استحمام و توالیت رفتن) در ارتباط با از بین رفتن یا اختلال در عملکرد های حسی و حرکتی و کاهش توانایی های شناختی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
(۱) فعالیت های مربوط به مراقبت از خود را تا هر زمان ممکن انجام می دهد. (الف) استفاده از وسایل کمکی یا قبول کمک دیگران در صورت نیاز. (ب) تنظیم جدول زمان بندی دوره ای برای استراحت، جهت بالا بردن میزان مشارکت در فعالیت های مراقبت از خود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ترغیب خانواده به حفظ استقلال بیمار تا جایی که امکان دارد و تا هر زمان که ممکن است. ۲- به بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود کمک کنید. ۳- بیمار را تشویق نمایید تا برای هر روز خود برنامه ریزی کنند و از بیشتر اوقات روز استفاده نماید. ۴- جهت انجام ورزش های فردی برای بیمار برنامه ریزی نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در وضعیت تغذیه، کمتر از آن چه بدن به آن احتیاج دارد، در ارتباط با کاشکسی ناشی از درمان و اثرات تومور، کاهش مصرف مواد غذایی و سوء جذب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
(۱) وضعیت تغذیه ای در حد مطلوب حتی الامکان حفظ شود. (الف) پذیرفتن و خوردن مواد غذایی با رعایت محدودیت های تعیین شده در مصرف غذاهای مورد علاقه و در رابطه با بیماری . (ب) پذیرش روش های گوناگون تغذیه در صورتی که ایجاب نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- وعده های غذایی بیمار را در ساعت هایی که وی از آرامش بیشتری برخوردار است و درد یا اثرات ناشی از درمان کمتر می باشد، برنامه ریزی نمایید. ۲- در صورت امکان محیطی زیبا و جذاب برای بیمار فراهم کنید. ۳- بهداشت و نظافت دهان قبل از غذا خوردن فراهم شود. ۴- مناظر آزار دهنده و ناخوشایند، اصوات و بوهای نا مطلوب رفع شود. ۵- به مواردی نظیر خوش طعم و خوش مزه نمودن غذا، تأمین میزان مایعات کافی و برنامه ریزی جهت غذا خوردن بیمار به صورت دسته جمعی توجه نمایید.	

۶- از خانواده بخواهید تا بیمار را روزانه وزن نموده و آن را بر روی نمودار وارد کنند. ۷- مقادیر غذای خورده شده را جهت تعیین میزان کالری روزانه ثبت نمایید. ۸- در صورت پذیرش بیمار از مکمل های غذایی استفاده کنید. ۹- غذاهای مورد علاقه بیمار باید تهیه شود. ۱۰- در صورت تجویز روش های غیر خوراکی تغذیه، مراقبت های ذیل را انجام دهید: • بررسی لوله های غذا. • کنترل راههای داخل وریدی و مرکزی از نظر باز بودن مسیر آن ها. • مراقبت از محل ورود تجهیزات مربوطه از نظر بروز عفونت. • کنترل سرعت انفوزیون. • کنترل جذب و دفع. • تعویض لوله های داخل وریدی و پانسمان.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- در صورت مراقبت از بیمار در خانه توسط اعضای خانواده، باید تکنیک های مربوط به روش های غیر خوراکی را به آنها آموزش داد. ۲- ادامه تغذیه درمانی باید با خواسته ها و انتخاب بیمار و خانواده وی متناسب گردد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در ارتباط با بلا تکلیفی، پیش بینی نمودن مرگ، تغییر در ظاهر و تغییر در شیوه زندگی .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار کم شدن میزان اضطراب را گزارش کند. الف) بی قراری کمتر و وضعیت خواب بهتر ب) بیان نگرانی های مربوط به مرگ پ) شرکت در فعالیت های مهم شخصی تا آنجا که امکان دارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- حضور خانواده، دوستان، افراد روحانی و متخصص بهداشت و سلامت حمایت کننده است. ۲- بیمار را به گروه های حمایتی ارجاع کنید. ۳- ساعاتی را با بیمار سپری کنید تا به صحبت و گفتگو پرداخته و ترس و نگرانی های خود را در میان گذارد. ۴- برقراری ارتباط آزاد و اقرار به ترس توسط بیمار اغلب جنبه درمانی دارد.	

۵- نسبت به تداوم مراقبت ها و طرد نشدن به بیمار اطمینان دهید.
۶- در صورت شدید یا طولانی بودن واکنشهای روحی بیمار، از افراد روحانی، مددکاران اجتماعی یا متخصصین بهداشت و سلامت روانی کمک بخواهید.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز تغییر در فرایند های خانواده در ارتباط با غم و تاسف عمیق و بار مسئولیت مربوط به مراقبت از فردی که مراحل پایانی بیماری را سپری می نماید.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
اعضای خانواده در صورت نیاز تقاضای کمک می کنند.	
الف) تشریح توانایی ها جهت حمام دادن، تغذیه و مراقبت از بیمار و مشارکت در روش های کنترل درد و پیشگیری از عوارض .	
ب) بیان احساسات و نگرانی ها به متخصصین بهداشتی مربوطه.	
پ) جستجو و صحبت پیرامون مراقبت های آسایشگاهی به عنوان یک انتخاب.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به خانواده اطمینان خاطر دهید که فرد مورد علاقه شان از وضعیت مراقبتی مطلوبی برخوردار است.	
۲- به خانواده اطمینان دهید به تغییر نشانه ها در بیمار توجه می شود.	
۳- بر اساس نگه داشتن اضطراب بیمار در سطحی قابل کنترل، اهداف مراقبتی را برنامه ریزی نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود:	
۱- تدابیر مربوط به کنترل درد.	
۲- پیشگیری از عوارض مربوط به روش های درمانی.	
۳- آموزش روش های اطمینان از مصرف کافی مایعات.	
۴- در مورد تغییر مراقبت ها با پیشرفت بیماری، به بیمار و خانواده وی آموزش دهید.	
۵- بررسی تغییرات ایجاد شده در نیازهای آموزشی بیمار و خانواده را مورد بررسی قرار دهید.	
۶- در مورد سرویس ها و مراکزی که به اعضای خانواده در کنار آمدن با تغییرات بیمار کمک می نمایند، اطلاعات کافی ارائه نمایید.	
۷- در مورد عوارض ناشی از درمان و چگونگی کنترل آن آموزش دهید.	
۸- کنترل و استفاده از شیوه های خاص درمانی نظیر تغذیه از راه تزریق را تا حد امکان آموزش دهید.	

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رمضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

اختلالات دژنراتیو: پارکینسون

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در حرکات بدنی در ارتباط با سفتی عضلانی و ضعف حرکتی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	۱) برای بهبود وضعیت تحرک تلاش می کند الف) در برنامه روزانه ورزشی شرکت می کند. ب) هنگام قدم برداشتن، پاها را بیش از معمول باز می کند و حین راه رفتن بیش از حد دست را تکان می دهد. پ) داروها را طبق تجویز مصرف می کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- برای افزایش قدرت عضلانی، بهبود هماهنگی و مهارت، کاهش سفتی عضلات و پیشگیری از بروز کنتراکتورها در اثر عدم استفاده از عضلات، یک برنامه ورزش روزانه را برای بیمار برنامه ریزی کنید. ۲- برای کمک به حفظ تحرک مفاصل، ورزش هایی نظیر پیاده روی، استفاده از دوچرخه های ثابت، شنا و باغبانی را توصیه نمایید. ۳- برای افزایش قابلیت انعطاف مفاصل، کشش عضلات (ایجاد کشش، نگه داشتن عضله در همان حالت، سپس شل کردن آن) و انجام ورزش هایی در محدوده حرکتی معین کمک کننده است. ۴- بیمار را تشویق نمایید تا فعالیت های ورزشی را به طور مداوم و دقیق انجام دهد. ۵- به منظور شل شدن عضلات و رفع اسپاسم های دردناک عضلانی حمام آب گرم و ماساژ به علاوه ورزش های فعال و غیر فعال توصیه می شود. ۶- به بیمار توصیه نمایید تا تمرین های خود را برای راه رفتن همگام با موسیقی انجام دهد چون این عمل سبب تقویت حس ها می گردد. ۷- به بیمار توصیه نمایید تا حین راه رفتن، ورزش های تنفسی را انجام دهد. ۸- به بیمار توصیه نمایید تا از دوره های متناوب استراحت استفاده کند.
Patient Education	آموزش به بیمار
	موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: ۱- روش های ویژه راه رفتن را برای جلوگیری کشیدن پا بر روی زمین و تمایل بدن برای خم شدن به جلو، به بیمار تعلیم دهید. ۲- به بیمار آموزش دهید تا حین راه رفتن بدن خود را راست نگه دارد، به روبروی خود نگاه کند و با قدم های باز حرکت نماید. ۳- به بیمار آموزش دهید تا به طور آگاهانه دست ها را حین حرکت تکان داده و پاها را به اندازه کافی از زمین بلند کند.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فعالیت های مراقبت از خود (خوردن، آشامیدن، لباس پوشیدن، نظافت شخصی) در ارتباط با لرزش و اختلالات حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) در فعالیت های مراقبت از خود پیشرفت می کند. الف) جهت انجام فعالیت های مراقبت از خود وقت صرف می کند. ب) از وسایل کمکی استفاده می کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در خلال انجام فعالیت های روزانه بیمار را حمایت و تشویق نمایید. ۲- محیط زندگی بیمار باید تعدیل و اصلاح شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با مصرف دارو و کاهش فعالیت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) عملکرد روده را حفظ می کند. الف) در حد کافی مایعات مصرف می کند. ب) مصرف رژیم های غذایی حاوی فیبر را افزایش می دهد. پ) وجود الگوی منظم در عملکرد روده را گزارش می کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را به پیروی از یک الگوی زمانی منظم برای دفع تشویق نمایید. ۲- به بیمار توصیه نمایید مصرف مایعات را افزایش داده و از غذاهای پر فیبر استفاده کند. ۳- بیمار باید از توالت فرنگی با نشیمنگاه بلندتر استفاده نماید. ۴- به بیمار توصیه نمایید از مصرف ملین ها خودداری کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در وضعیت تغذیه، کمتر از آن چه که بدن بدان احتیاج دارد، در ارتباط با لرزش، آهسته غذا خوردن، اشکال در جویدن و بلع.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) وضعیت تغذیه ای بیمار بهبود می یابد. الف) مواد غذایی را بدون بروز آسپیراسیون قورت می دهد. ب) برای خوردن وقت می گذارد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- هر هفته بیمار را وزن کنید.	
۲- از روش های کمکی برای غذا دادن به بیمار استفاده نمایید.	
۳- با پیشرفت بیماری و برای حفظ وضعیت تغذیه ای مناسب، برای استفاده از لوله بینی-معدی یا گاستروسکوپی با پزشک معالج مشورت نمایید.	
۴- در مورد نیازهای تغذیه ای بیمار با متخصص تغذیه مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در برقراری ارتباطات کلامی در ارتباط با کاهش میزان سخن گفتن، عدم توانایی در حرکت دادن عضلات صورت و کند و آهسته صحبت کردن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) روشی جهت برقراری ارتباط به دست می آورد.	
الف) نیازهای خود را در میان می گذارد.	
ب) تمرین های گفتاری را انجام می دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به بیمار توصیه نمایید تا حین صحبت به فرد شنونده نگاه کند، لغات را به دفعات تلفظ نماید، از جملات کوتاه استفاده کند و قبل از صحبت، چند نفس عمیق بکشد.	
۲- برای طراحی تمرینات اصلاح کننده گفتار و کمک به خانواده و پرسنل بهداشتی- درمانی جهت ایجاد و استفاده از روش های مناسب برای برقراری ارتباط با بیمار با متخصص گفتار درمان مشورت نمایید.	
۳- در صورت اشکال در شنوایی بیمار از دستگاه تقویت کننده الکتریکی استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تطابق فرد به طور موثر در ارتباط با افسردگی و اختلال در عملکرد ها به دلیل پیشرفت بیماری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱) با اثرات ناشی از بیماری پارکینسون تطابق حاصل می کند.	
الف) اهدافی واقع گرایانه را در نظر می گیرد.	
ب) در انجام فعالیت های هدفمند پشتکار نشان می دهد.	
پ) احساسات خود را با افراد مربوطه در میان می گذارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را تشویق نمایید تا در فعالیت ها، مشارکت فعالانه داشته باشد.	
۲- برای کاهش افسردگی مجموعه ای از اقدامات فیزیوتراپی، روان درمانی، درمان های دارویی و شرکت	

در جلسات گروه‌های حمایتی را برنامه ریزی نمایید.
۳- بیماران را برای رسیدن به اهداف قابل دستیابی (مانند بهبود وضعیت تحرک) یاری رسانده و تشویق نمایید.
۴- بیمار را تشویق نمایید تا در برنامه های درمانی خود که شامل فعالیت های تفریحی و اجتماعی است، حضوری فعال داشته باشد.
۵- برنامه ای روزانه جهت فعالیت بیمار طرح ریزی کنید تا از خوابیدن زیاد در طول روز و بی علاقه‌گی و بی تفاوتی پیشگیری گردد.
۶- بیمار را تشویق نمایید تا با انجام وظایف مربوط به نیازهای روزانه خود به حفظ استقلال خود و عدم وابستگی به دیگران کمک نماید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلا در بلع.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- وضعیت تغذیه بیمار بهبود یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را تشویق نمایید تا حین صرف غذا در حالت راست و قائم بنشیند.	
۲- به بیمار توصیه نمایید از مایعات غلیظ و غذاهای نیمه جامد بجای مایعات رقیق و غذاهای جامد استفاده کند.	
۳- بیمار تشویق می شود تا ابتدا غذا را در یک طرف دهان بجود و بعد به طرف دیگر انتقال داده و جویدن را ادامه دهد.	
۴- برای کنترل بزاق جمع شده، به بیمار یاد آوری کنید که سر خود را صاف نگاه دارد و تلاش نماید تا آب دهان را فرو برد.	
۵- ماساژ عضلات گردن و صورت قبل از هر وعده غذا می تواند به عمل بلع کمک نماید.	
۶- به بیمار توصیه نمایید برای پیشگیری از خستگی حین غذا خوردن مدتی را استراحت کند.	
۷- به بیمار توصیه نمایید برای گرم ماندن غذا از ظروف برقی گرم کننده غذا استفاده نماید.	
۸- بیمار را تشویق نمایید از ظروف مخصوص نظیر بشقاب هایی که در یک جا ثابت می گردند، فنجان هایی که مایعات از آنها سر ریز نمی شود و ظروف غذای دسته دار مخصوص برای غذا خوردن استفاده نماید.	
۹- برای استفاده از وسایل تطبیق دهنده مناسب با متخصص کار درمانی مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- برنامه ریزی آموزشی شامل توصیف دقیق و روشن از بیماری و کمک به بیمار جهت حفظ استقلال می	

باشد.

- ۲- تصویر دقیقی از ماهیت بیماری برای کنترل ترس و اضطراب ناتوان کننده ارائه می شود.
- ۳- آموزش تمرینات حرکتی به بیمار جهت پیاده روی عبارتند از: تفکر آگاهانه در مورد گام برداشتن بر روی یک خط فرضی بر روی زمین، ریختن دانه های برنج روی زمین و راه رفتن روی آنها، چرخیدن از یک سمت به سمت دیگر، بلند کردن نوک انگشتان پا در هنگام گام برداشتن و راه رفتن به صورت یک گام به عقب و دو گام به سمت جلو.
- ۴- جهت تسهیل در برخاستن از صندلی می توان از صندلی های صاف دسته دار استفاده نمود.
- ۵- برای پرهیز از سقوط بیمار قالیچه ها و اسباب اضافه باید از سر راه وی برداشته شود.
- ۶- استفاده از لباس های زیپ دار به جای لباس های دکمه دار و استفاده از پاشنه کش برای پوشیدن کفش می تواند برای بیمار راحتی بیشتری ایجاد کند.
- ۷- بالا آوردن نشیمنگاه توالت می تواند نشستن و برخاستن بیمار در توالت را تسهیل کند.
- ۸- پرستار باید ارتباط نزدیکی با خانواده بیمار داشته باشد و به بیمار و خانواده اش در سازگاری هایی که به استقلال بیمار و مراقبت بهتر از خودش منجر می شود، راهنمایی هایی ارائه کند.
- ۹- از مصرف مایعات رقیق باید اجتناب نماید.
- ۱۰- ترتیب و توالی مراحل بلع را بشناسد.
- ۱۱- به بیمار آموزش دهید تا غذا را بر روی زبان قرار دهد، لبها و دندان ها را ببندد، زبان را به سمت بالا و عقب بلند کند، سپس غذا را ببلعد.
- ۱۲- بیمار و خانواده باید در رابطه با تاثیر داروها و عوارض جانبی آنها، همچنین اهمیت گزارش بروز عوارض جانبی به پزشک آموزش ببینند.
- ۱۳- ارایه اطلاعات پیرامون درمان و مراقبت می تواند از بروز مشکلات غیر ضروری ممانعت به عمل آورد.
- ۱۴- به خانواده و سایر مراقبین بیمار در مورد روش های کاهش استرس، استفاده از دوره های استراحت و بررسی سالیانه سلامتی آموزش دهید.
- ۱۵- به خانواده آموزش دهید که برای کنترل بیمار از نظر پزشکی یا درمان عوارض، ممکن است پذیرش بیمار در مرکز مراقبت های شدید و بحرانی ضروری باشد.
- ۱۶- ضرورت شناسایی نیازهای ارتقاء سلامتی نظیر غربالگری از نظر وجود فشار خون و خطرات سکته مغزی را آموزش دهید.
- ۱۷- تشویق بیمار و خانواده برای برقراری تعاملات اجتماعی و مراجعه به انجمن بیماری پارکینسون مفید است.

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رمضانی بدر
فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

هانتینگتون

Problem Definition	بیان مشکل
احتمال آسیب دیدگی ناشی از زمین خوردن و احتمال تخریب پوست (زخم های فشاری ، و ساییدگی) در اثر حرکت مداوم.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱. احتیاط های لازم برای پیشگیری از زمین خوردن رعایت می شود. ۲. محیط زندگی بیمار اصلاح می شود. ۳. از زخم های فشاری پیشگیری می شود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- در طرفین و قسمت سر تخت بالشتک هایی قرار دهید. ۲- مطمئن شوید که بیمار از بالای لبه های کناری تخت قابل رؤیت می باشد. ۳- از بالشتک های مخصوص برای محافظت از پاشنه پا و آرنج استفاده کنید. ۴- پوست را کاملاً تمیز نگه دارید . ۵- به طور متناوب از کرم های نرم کننده و لوسیون های مخصوص پوست استفاده کنید. ۶- ملافه و وسایل خواب باید از جنس نرم انتخاب شوند. ۷- از پدهای مخصوص برای بیمار استفاده کرد. ۸- بیمار را تشویق نمایید تا با کمک دیگران حرکت نماید. ۹- وضعیت ایمنی بیمار را (فقط در موارد کاملاً ضروری) در تخت یا صندلی با گذاشتن بالشتک های محافظ تامین نموده و به دفعات از شل بودن آنها و تحت فشار قرار نگرفتن بیمار اطمینان حاصل کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
عدم تعادل وضعیت تغذیه، کمتر از حد مورد نیاز بدن به دلیل عدم کفایت مصرف مواد غذایی و دهیدراسیون ناشی از مشکل بلع یا جویدن و وجود خطر خفگی یا آسپیراسیون غذا.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- وضعیت تغذیه ای بیمار بهبود می یابد. - خطر آسپیراسیون وجود ندارد. - دچار کاهش وزن نمی شود. - علامت دهیدراسیون وجود ندارد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- برای ایجاد آرامش در برخی بیماران و در صورت تجویز، قبل از وعده های غذایی از فنوتیازین ها استفاده کنید.	

- ۲- به بیمار توصیه نمایید مواد غذایی را به صورت گرم مصرف کند.
- ۳- برای آرام نمودن بیمار قبل از غذا با وی صحبت کنید.
- ۴- از زمان صرف غذا جهت برقراری تعامل اجتماعی استفاده نمایید.
- ۵- به بیمار کمک کنید تا از زمان صرف غذا لذت ببرد.
- ۶- سعی کنید تا آن جا که ممکن است بیمار حین غذا خوردن در وضعیت نزدیک به قائم قرار داشته باشد.
- ۷- هنگام غذا خوردن با یک دست، سر بیمار را به آرامی ثابت کنید.
- ۸- غذاها را به بیمار نشان داده و سرد یا گرم بودن آن را به وی بگویید.
- ۹- بروز سفتی، چرخش به سمت خارج و چرخش ناگهانی سر همانند حالت رد کردن را عدم پذیرش تعبیر نکنید.
- ۱۰- برای غذا دادن از قاشق هایی با دسته بلند (قاشق شربت خوری) استفاده کنید.
- ۱۱- قاشق را در میانه زبان قرار دهید.
- ۱۲- از مایعات غلیظ استفاده کنید.
- ۱۳- به دلیل تولید موکوس در راههای هوایی از دادن شیر بیش از حد لازم خودداری کنید.
- ۱۴- محترمانه با بیمار رفتار کنید.
- ۱۵- قبل از آن که قاشق دیگری از غذا به بیمار بدهید صبر کنید تا لقمه قبلی را کاملاً جویده و فرو دهد.
- ۱۶- از کوچک بودن لقمه های غذا اطمینان حاصل کنید.
- ۱۷- ما بین وعده های غذایی اصلی به بیمار غذا دهید.
- ۱۸- در صورتی که بیمار قادر به جویدن نیست، غذا را در مخلوط کن ریخته و به صورت مخلوط شده در اختیار وی قرار دهید.
- ۱۹- به تدریج ترکیبات و قوام رژیم غذایی را افزایش دهید.
- ۲۰- برای بلع بهتر، انگشتان خود را بر روی محیط دایره ای شکل گونه ها بمالید.
- ۲۱- در انجام مانور هیملیخ مهارت های لازم را کسب نمایید.

Patient Education

آموزش به بیمار

موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود:

- قرار گرفتن در بهترین وضعیت بدنی را به بیمار آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب و اختلال در برقراری ارتباط ناشی از غیر قابل فهم بودن گفتار و شکلک در آوردن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- برای رفع نیازهای فردی ارتباط برقرار می کند. - اضطراب بیمار کاهش می یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مطالب خواندنی را شما برای بیمار بخوانید. ۲- از بیوفیدبک ها و درمان از طریق آرام سازی برای کاهش استرس در بیمار استفاده کنید. ۳- برای کمک به حفظ و ادامه توانایی های فرد در برقراری ارتباط، با متخصص گفتار درمان مشورت نمایید. ۴- قبل از آن که برقراری ارتباط کلامی بسیار دشوار شود، وسایلی برای برقراری ارتباط نظیر کارتهای لغات یا تصاویر اشیای آشنا طراحی نمایید. ۵- توجه نمایید چگونه این بیماران خاص نیازها و خواسته های خود را به خصوص از طریق پیام های غیر کلامی (مثل اشاره با چشم، یا نشان دادن واکنش) مطرح می سازند. ۶- با توجه به اینکه بیماران مسایل را به خوبی درک می نمایند، با قطع ارتباط سبب گوشه گیری و انزوای آنها نشوید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر به بیمار آموزش داده می شود: - به بیمار آموزش دهید تا با ضربه دست، ادای صدای (هوم) یا با پلک زدن چشم، کارت های صحیح ارتباطی را نشان دهد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فرایند های فکری و روابط متقابل اجتماعی .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- روابط اجتماعی در حد توان برقرار می کند. - به زمان، مکان و شخص آگاه است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ساعت، تقویم و پوستره های دیواری را در معرض دید بیمار قرار دهید. ۲- در ابداع روش های خلاق با بیمار همکاری نمایید. ۳- از هر فرصتی برای تماس فرد به فرد استفاده کنید.	

- ۴- جهت آرام سازی بیمار از موسیقی استفاده نمایید.
- ۵- بعد از هر بار بیدار شدن بیمار، موقعیت وی را دوباره یادآوری کنید.
- ۶- بیمار باید دست بند مشخص کننده هویت را که شامل اسم، شماره تلفن و ذکر (مبتلا به اختلال در حافظه) می باشد، به دست خود ببندد.
- ۷- حضور بیمار را در اجتماع و مسایل اجتماعی حفظ کنید.
- ۸- برای برقراری روابط اجتماعی، از افراد دعوت به همکاری نموده و داوطلبین را آموزش دهید.
- ۹- برای برقراری ارتباطی مناسب، نقش مدل را ایفا نمایید.
- ۱۰- هیچ گاه بیمار را تنها رها نسازید چون سرانجام بیماری به مرحله انتهایی می رسد.
- ۱۱- در برنامه ریزی ها توجه نمایید که بیماران تا زمان پایان بیماری باید زندگی مناسبی داشته باشند.

منابع مورد استفاده:

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH. Brunner & Suddarth's (2008). Textbook of Medical and Surgical Nursing. Eleventh Edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- دایرکسن و همکاران. همراه بالینی داخلی و جراحی پرستاری. ترجمه: صلصالی مهوش، رضانی بدر فرهاد، مدنی حسین و شرفی فریبا. تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۸۷

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

چشم، گوش و حلق و بینی

بیان مشکل	Problem Definition
	۱. احتمال خطر اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با مداخله جراحی و حالت غیر طبیعی احتمالی پلک‌ها. ۲. درد حاد در ارتباط با بی حفاظ ماندگی قرنیه و ملتحمة ثانویه به حالت غیر طبیعی پلک ها و یا مداخله جراحی. ۳. اضطراب در ارتباط با ترس از دست دادن بینایی یا تغییر قیافه‌ی احتمالی. ۴. احتمال خطر عفونت پلک‌ها، قرنیه و ملتحمة ثانوی به ترمیم جراحی یا محل بخیه ها. ۵. اختلال در ادراک حسی به صورت اختلال بینایی در ارتباط با اختلالات زمینه‌ای یا بستن چشم‌ها با پد به دنبال جراحی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. ارزیابی جامعی از علایم و نشانه های جسمی، روانی، اجتماعی و روحی از بیمار به عمل آورد. ۲. نیازهای مراقبتی قبل و بعد از عمل بیمار را ارزیابی و لیست نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
قبل از جراحی:	۱. قرنیه و ملتحمة را از نظر علایم التهاب و سائیدگی سطحی قرنیه شامل قرمزی، تاری دید، کدورت و ارتشاحات بافتی، بررسی کنید. ۲. حالت پلک ها را با استفاده از بستن با نوار چسب مخصوص در صورت برگشتن پلک به داخل (آنتروپیون) تثبیت کنید. ۳. بستن و گذاشتن پد روی چشم جهت محافظت قرنیه و ملتحمة به دنبال برگشتن پلک به خارج (اکتروپیون)، حالت افتادگی پلک (پتوز) و بازماندن نسبی پلک ها با رعایت نکات استریل. ۴. از مرطوب کننده های مصنوعی چشمی طبق دستور و خواست مطلوب بیمار استفاده کنید.
بعد از جراحی:	۱. از پماد آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت احتمالی طبق دستور با رعایت نکات استریل استفاده کنید.
در مورد درد بیمار:	۱. سطوح درد و احساس ناراحتی بیمار را پایش و ثبت کنید. ۲. ضد درد را طبق دستور تجویز کنید.

۳. عدم تسکین درد با داروی ضد درد تجویزی را گزارش کنید. در مورد اضطراب بیمار: ۱. سطح اضطراب بیمار یا احساس اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویش را ارزیابی کنید. ۲. به دغدغه و نگرانی‌های بیمار گوش دهید. ۳. تدارک مشاوره حمایتی و توضیحات لازم در مورد نوع اختلال، روش جراحی و برآیندهای مورد انتظار در بیمار.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. از میزان تفهیم بیمار از مراقبت محل جراحی شامل تمیز کردن محل با آب و صابون ملایم و نمایش چگونگی مصرف پمادهای ضد التهاب و آنتی بیوتیک در محل جراحی و روی خط بخیه، اطمینان حاصل کنید. ۲. بر برداشتن کروت با استفاده از قرار دادن گاز خیس شده با نرمال سالین بر روی آنها و اجتناب از برداشتن آنها با انگشتان، تاکید کنید. ۳. بیمار را به انجام فعالیت‌های روزمره زندگی خود تا حد امکان و سعی در استقلال خود از دیگران در این موارد تشویق کنید. ۴. بر دریافت غذای کافی و مناسب جهت تسریع در جریان بهبودی تاکید کنید. ۵. بر کاهش سطح فعالیت و تحرک غیر ضروری در ۲۴ تا ۷۲ ساعت نخست و سپس شروع فعالیت بر اساس سطح تحمل تاکید کنید. ۶. بیمار را به استفاده از کمپرس سرد برای کاهش تورم و ارتقاء احساس راحتی با تاکید بر اصول کاربردی کمپرس تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
۱. اختلال در تمامیت بافتی قرنیه و ملتحمه در ارتباط با انتشار ناکافی اشک. ۲. اضطراب در ارتباط با ترس ناشی از اختلال در ترشح و انتشار یکنواخت اشک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: ۱. ارزیابی جامعی از علائم و نشانه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و روحی از بیمار به عمل آورد. ۲. توانایی مددجو در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی را تعیین و آموزش‌های لازم را ارائه نماید.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. چشم را از نظر نشانه‌های مرتبط با خشکی چشم بررسی کنید. ۲. از اشک‌های مصنوعی استفاده و قرارگیری وسیله مصنوعی ترشح مداوم اشک در چشم را بررسی و پمادهای چرب کننده چشم را طبق دستور برای ایجاد لینت بخشی مناسب در سطوح قرنیه و ملتحمه استفاده کنید. ۳. از بسته بودن پلک‌ها در صورت پانسمان چشمی برای پیشگیری از آسیب به قرنیه اطمینان کسب کنید.	

در مورد اضطراب:	
۱. سطح اضطراب و عوامل مشوّش کننده (استرسورها) را بررسی کنید. ۲. به دغدغه‌ها و نگرانی‌های مددجو گوش فرا دهید. ۳. تدارک مشاوره حمایتی.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. در مورد اختلال در ترشح، توزیع و انتشار یکنواخت اشک در چشم توضیح دهید. ۲. در مورد طرح مراقبتی جایگزین، استدلال پایه‌ای رویکردهای جایگزین و پیامدهای مراقبتی بحث و تبادل نظر کنید. ۳. از توانایی کامل و دقیق بیمار در استفاده درست از قطره‌ها، پمادها و وسیله مصنوعی مترشح اشک درون چشمی حصول اطمینان کنید و بر شستشوی دستها قبل و بعد از روش تأکید کنید. ۴. به مددجو در خصوص اجتناب از مالش یا هرگونه ناخن زنی چشم‌ها اخطار دهید. ۵. بیمار را برای اجتناب از بوهای محرک، دود و بخارات محرک همچون دود سیگار ترغیب کنید. ۶. استفاده از رطوبت ساز خانگی (بخور) را در صورت خشکی هوای خانه پیشنهاد کنید. ۷. چگونگی پایش چشم از نظر علائم و نشانه‌های خشکی یا تحریک چشمی را برای بیمار نمایش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
۱. احتمال خطر اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با ضایعات و زخم‌های کناره آزاد پلک‌ها در بلفاریت. ۲. احتمال خطر عفونت بافت چشمی ثانویه به انتقال ارگانیسم از بینی و دهان.	
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: توانایی مددجو در انجام فعالیت‌های خود-مراقبتی را تعیین و آموزش‌های لازم را ارائه نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه‌های پرستاری
۱. پلک‌ها و ملتحمه را از نظر کروت بستن یا التهابات موجود بررسی کنید. ۲. بهداشت چشم و پلک‌ها را جهت تقلیل هر گونه آسیب پوستی در محل پلک و کناره آزاد پلک‌ها تأمین کنید. ۳. فعالیت خودمراقبتی و عادات بهداشتی مددجو از قبیل شستشوی دستها و مالش چشم را بررسی کنید. ۴. چگونگی فعالیت خود مراقبتی در استفاده از پمادها و مواد آرایشی و بهداشتی برای جلوگیری از عفونت و آلودگی را نمایش دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. از انجام مراقبت‌های بهداشتی در استفاده از پمادهای آنتی بیوتیکی به روش صحیح اطمینان حاصل کنید. ۲. بر شستشوی دستها قبل و بعد از استفاده از قطره و پمادهای چشمی و اجتناب از بوها، دود و بخارات محرک چشمی همچون سیگار تأکید کنید.	

۳. بر اجتناب از آرایش چشمی در دوره حاد بیماری پلک به جهت تشدید التهاب و زمینه سازی برای جایگزینی عوامل میکروبی عفونت را تأکید کنید.
۴. بر استفاده از کمپرس گرم با رعایت نکات استریل و تمیز بودن گاز یا پد مورد استفاده به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، سه بار در روز جهت تسریع جریان گردش خون و بهبودی در بلفاریت، گل مژه و شالازیون تأکید کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
۱. احتمال خطر اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با عفونت ثانوی آلودگی ارگانیسمی پاتوژن.	
۲. احتمال خطر اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با فرآیند التهابی مفرط.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcome
پرستار باید قادر باشد:	توانایی مددجو در انجام فعالیت‌های خود مراقبتی را تعیین و آموزش‌های لازم را ارائه نماید.
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. چشم‌های بیمار را از نظر وجود ترشحات چرکی جهت تأیید وجود عفونت باکتریایی، گونوکی و یا کلامیدیایی بررسی کنید.	۲. جداسازی (ایزولاسیون) بیمار از دیگران در بیمارستان را جهت پیشگیری از انتشار عفونت انجام دهید.
۳. پمادهای آنتی بیوتیکی موضعی یا سیستمیک تجویزی را بدهید.	
۴. چشم را در صورت ترشحات زیاد برای پیشگیری از کروت بستن و تسریع در بهبودی التهاب با نرمال سالین شستشو دهید.	
۵. تمیز کردن چشم‌ها با مخلوطی از آب و شامپوی ملایم و مرطوب کردن مژه‌ها جهت پاک کردن کروت.	
۶. از کمپرس گرم با رعایت نکات استریل در صورت درد شدید به همراه ضد درد تجویزی استفاده کنید.	

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. چگونگی شستشوی چشم با محلول نمکی معمولی را برای بیمار نمایش دهید.	۲. چگونگی استفاده از کمپرس گرم و سرد به روش تمیز را نمایش داده و بر اجتناب از کمپرس سرد مستقیم بر روی پلک‌ها تأکید کنید.
۲. چگونگی استفاده از کمپرس گرم و سرد به روش تمیز را نمایش داده و بر اجتناب از کمپرس سرد مستقیم بر روی پلک‌ها تأکید کنید.	
۳. بر شستن دستها قبل و بعد از تکنیکهای مراقبتی از چشم تأکید کنید.	
۴. بیمار را به اجتناب از دست زدن به چشم‌ها تشویق کنید.	
۵. بیمار را به دوری گزیدن از محیط‌های شلوغ و پر جمعیت جهت جلوگیری از انتشار عفونت احتمالی تشویق کنید.	
۶. به بیمار و خانواده جهت اجتناب از تماس دست به دست یا بوسیدن و دست دادن با دیگران و نهایتاً شستن کامل دستها بعد از هر تماس احتمالی تأکید کنید.	

۷. بر اجتناب از دود و بخارات محرک چشم تأکید کنید.
۸. بر عدم استفاده از لنزهای تماسی در دوره حاد بیماری تا فروکش کردن کامل جریان التهابی و عفونی تأکید کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
۱. احتمال خطر عفونت در ارتباط با ضایعه اپی تلیال قرنیه.	۴. اختلال در ادراک حسی (بصورت اختلال در بینایی) در ارتباط با استفاده دو طرفه از تکنیک بستن چشم ها یا دید کاهش یافته.
۲. اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با ضایعه اپی تلیال قرنیه.	
۳. درد حاد در ارتباط با التهاب کانونی در قرنیه.	
۴. اختلال در ادراک حسی (بصورت اختلال در بینایی) در ارتباط با استفاده دو طرفه از تکنیک بستن چشم ها یا دید کاهش یافته.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	ضمن بررسی علایم و نشانه های اختلال در بینایی ثانویه به کراتیت، اقدامات مراقبتی و درمانی لازم را انجام دهد.
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. فعالیت های خود مراقبتی در خصوص ضایعات و آسیب های سطحی قرنیه را تشریح کنید.	۹. بر توجه به افزایش درد، ترشح و تغییرات بینایی و مراجعه به پزشک تأکید کنید.
۲. چگونگی ریختن قطره یا استفاده از پمادهای چشمی تجویزی را نمایش دهید.	
۳. در خصوص استفاده از عینک های دودی در صورت تجویز و استفاده از داروهای سیکلوپلژیک توضیح دهید.	
۴. چگونگی استفاده از کمپرس سرد و گرم را به بیمار نمایش دهید.	
۵. بر شستشوی دستها قبل و بعد از هر تکنیک مراقبتی چشم تأکید کنید.	
۶. بر دوری دستهای بیمار از صورت و چشم ها مگر در مواقع لزوم و عدم مالش چشم ها تأکید کنید.	
۷. به عدم استفاده از دستمال پارچه ای یا دستمال کاغذی بر روی چشم ها تأکید کنید.	
۸. بیمار را به اجتناب از تماس با بو و دود محرک مثل سیگار ترغیب کنید.	
۹. بر توجه به افزایش درد، ترشح و تغییرات بینایی و مراجعه به پزشک تأکید کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
۱. درد حاد در ارتباط با صدمه به قرنیه ثانویه به حوادث تروماتیک.	۵. اختلال در ادراک حسی (اختلال بینایی) در ارتباط با استفاده از پد چشمی و بینایی کاهش یافته در یک یا
۲. اختلال در تمامیت بافتی در ارتباط با گسیختگی سطحی قرنیه.	
۳. احتمال خطر عفونت در ارتباط با گسیختگی سطحی قرنیه.	
۴. ترس در ارتباط با درد و ناراحتی و عدم اطمینان از وضعیت کنونی و آینده از دست دادن بینایی.	
۵. اختلال در ادراک حسی (اختلال بینایی) در ارتباط با استفاده از پد چشمی و بینایی کاهش یافته در یک یا	

هر دو چشم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. علایم و نشانه های ترومای قرنیه را بررسی کرده و اقدامات اولیه مراقبتی و محافظتی را انجام دهد.	
۲. نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و روحی لازم را برنامه ریزی نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سطح ناراحتی و درد بیمار را ارزیابی و گزارش کنید. در صورت وجود درد شدید چشمی، هرگونه تست یا بررسی چشمی را تا استفاده از بی حس کننده های موضعی و سیستمیک و یا ضد درد تجویزی و اطمینان از اثر این داروها به تأخیر بیندازید.	
۲. در استفاده از داروهای تجویزی طبق دستور جهت تسکین درد شدید بیمار تعجیل کنید.	
۳. بانداژ فشاری بعد از درمان اولیه را انجام و از بسته شدن چشم قبل از بانداژ اطمینان حاصل کنید.	
۴. از کمپرس گرم به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه طبق تجویز و دستور برای کاهش ناراحتی و التهاب استفاده کنید.	
۵. از داروهای سیکلوپلژیک طبق دستور جهت پیشگیری از درد ناشی از انقباضات التهابی مردمک و ابریدیت استفاده کنید.	
۶. از ایمنی و آسایش بیمار بستری اطمینان حاصل کنید.	
در مورد عوارض ناشی از گسیختگی احتمالی سطح قرنیه:	
۱. از بانداژ یا شیلد بر روی چشم بیمار استفاده کنید تا اینکه مورد معاینه قرار گیرد.	
۲. به بیمار در مورد عدم دست زدن به چشم جهت پیشگیری از صدمه به خود تا زمان استفاده از بی حس کننده موضعی اخطار دهید.	
۳. از داروهای سیستمیک و موضعی طبق دستور جهت پیشگیری از عفونت احتمالی استفاده کنید.	
۴. درد بیمار را در اسرع وقت تسکین دهید.	
۵. علایم و نشانه های ترس در بیمار را بررسی کنید.	
۶. تدارک آسایش و اطمینان واقعیت گرا برای غلبه بر ترس مفرط.	
۷. در مورد تکنیک های کاربردی در حد فهم بیمار برای رهایی از وضعیت ابهام ترس انگیز در بیمار توضیح دهید.	
در مورد اختلال در ادراک حسی ناشی از ترومای قرنیه:	
۱. در مورد احتمال از دست دادن ادراک عمقی بینایی و از بین رفتن احتمالی ۵۰ درصد بینایی محیطی در سمت صدمه دیده، گوشزد نمائید.	
۲. به بیمار در مورد حرکت آهسته دست جهت لمس اشیاء از نظر ایمنی بیشتر گوشزد نمائید.	
۳. به بیمار جهت چرخش سر از سمت چشم آسیب دیده به آهستگی و اجتناب از حرکت ناگهانی و شدید سر توضیح دهید.	

۴. به بیمار جهت حرکات آهسته سر در جهات بالا و پایین آموزش دهید.
۵. سطح ترس و عدم آگاهی نسبت به زمان و مکان و شخص در ارتباط با فقدان ناگهانی بینایی را بررسی نمایید.
۶. از نرده کنار تخت جهت افزایش سطح ایمنی بیمار استفاده کنید.
۷. صدا زدن بیمار با نام خودش و معرفی خود به او جهت کاهش اضطراب احتمالی در بیمار.
۸. بیمار را همراه با صدا زدن او جهت معطوف سازی بیمار به اینکه کاملاً نزدیک او هستید لمس کنید.
۹. نشان دادن زنگ اخبار به صورت لمس آن توسط بیمار برای مواقع اضطراری.
۱۰. به بیمار در مورد رعایت فضای خصوصی و خلوت او اطمینان بخشید.
۱۱. تلویزیون و رادیو برای بیمار جهت حفظ تحریک ذهنی و حافظه تدارک ببینید.
۱۲. ساعتی را برای بیمار که قابل درک و حس باشد جهت آگاهی از زمان (ساعت دارای خط بریل) تدارک ببینید.
۱۳. بیمار را از نظر شواهدی از علایم و نشانه های محرومیت ادراکات حسی از قبیل انزوا، اضطراب و افسردگی بررسی کنید.
۱۴. به بیمار جهت صرف غذا کمک کنید.
۱۵. به بیمار در هنگام راه رفتن جهت افزایش سطح ایمنی بیمار کمک کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
۱. احتمال خطر اختلال تمامیت بافتی در ارتباط با نقصان آگاهی در مورد رژیم درمانی یا عدم پذیرش رژیم درمانی ثانویه به عوارض ناخواسته داروهای تجویزی در گلوکوم.	۱. احتمال خطر اختلال تمامیت بافتی در ارتباط با نقصان آگاهی در مورد رژیم درمانی یا عدم پذیرش رژیم درمانی ثانویه به عوارض ناخواسته داروهای تجویزی در گلوکوم.
۲. اختلال در ادراک حسی (اختلال بینایی) در ارتباط با نشانه های بیمار یا عوارض جانبی داروهای مصرفی در گلوکوم.	۲. اختلال در ادراک حسی (اختلال بینایی) در ارتباط با نشانه های بیمار یا عوارض جانبی داروهای مصرفی در گلوکوم.
۳. نقصان آگاهی در ارتباط با اطلاعات مربوط به رویکردهای جراحی در گلوکوم.	۳. نقصان آگاهی در ارتباط با اطلاعات مربوط به رویکردهای جراحی در گلوکوم.
۴. درد حاد ثانویه به جراحی در گلوکوم.	۴. درد حاد ثانویه به جراحی در گلوکوم.
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	پرستار باید قادر باشد:
▪ نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و روحی بیمار را به درستی شناسایی کرده و اقدامات مراقبتی لازم را برنامه ریزی نماید.	▪ نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و روحی بیمار را به درستی شناسایی کرده و اقدامات مراقبتی لازم را برنامه ریزی نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نیازهای بیمار و نوع پاسخ به داروهای تجویزی را پایش و در صورت عدم پاسخ مناسب یا پاسخ های منفی به پزشک اطلاع دهید و تغییر در داروها در صورت بروز عوارض جانبی را پیگیری کنید.	۱. نیازهای بیمار و نوع پاسخ به داروهای تجویزی را پایش و در صورت عدم پاسخ مناسب یا پاسخ های منفی به پزشک اطلاع دهید و تغییر در داروها در صورت بروز عوارض جانبی را پیگیری کنید.
۲. میزان آگاهی بیمار از بیماری و فرآیند مرموز آن را جهت برنامه ریزی برای موارد عدم پذیرش رژیم درمانی ارزیابی کنید.	۲. میزان آگاهی بیمار از بیماری و فرآیند مرموز آن را جهت برنامه ریزی برای موارد عدم پذیرش رژیم درمانی ارزیابی کنید.
۳. به بیمار در مورد احساس سردرگمی، عدم سهولت در پیگیری و فراموشی در مورد تعدد داروهای تجویزی؛	۳. به بیمار در مورد احساس سردرگمی، عدم سهولت در پیگیری و فراموشی در مورد تعدد داروهای تجویزی؛

- تدارک دفترچه آموزشی در مورد داروها، عوارض جانبی و جدول زمانی مصرف داروها به صورت جداگانه برای هر بیماری بر حسب شرایط خاص هر بیمار و نوع رژیم دارویی او، توضیح دهید.
۴. از دانستن عوارض جانبی برخی از داروهای عمومی در گلوکوم توسط بیمار حصول اطمینان کنید؛ عوارض شایع برخی از داروها عبارتند از: میوتیک‌ها: تاری دید به مدت ۱ الی ۲ ساعت پس از تجویز، اسهال؛ تیمولول: خستگی، ضعف و افسردگی؛ دیپموکس: احساس کمرخی و بی‌حسی، احساس خارش و سوزش در انتهایها و لبها، کاهش اشتها یا تهوع، سرد مزاجی جنسی.
۵. به بیمار برای مراجعه به پزشک جهت بررسی عوارض دارویی که ممکن است با افزایش داخل چشمی، تاری دید ناگهانی یا التهابات درون چشمی همراه باشد، تأکید کنید.

در مورد اختلال ادراک حسی:

۱. جلسات آموزشی با بیمار به همراه خانواده جهت تقویت سیستم حمایتی در خصوص تشریح ادراکات طرفین در خصوص کاهش یا فقدان بینایی و حساس سازی خانواده جهت پیگیری رژیم درمانی تجویزی، برگزار کنید.
۲. الگوی زندگی بیمار را مرور و راه‌حل‌های لازم در خصوص سازگاری با اثر داروهای میوتیک چشمی را پیشنهاد دهید.
۳. مطلع کردن بیمار در خصوص روند پیش‌رونده‌ی کاهش دید محیطی به عنوان علامتی از نوع پیشرفته گلوکوم و تأکید به مراجعه به پزشک در صورت بروز چنین حالتی.
۴. از بیمار برای کاهش فضای درهم و برهم مثل سیم برق، سطوح لغزنده و امثالهم جهت جلوگیری از زمین خوردن درخواست کنید.
۵. نور کافی و مناسب جهت راه‌پله‌ها تأمین و بیمار را از کاهش قدرت تطابق چشم در نور کم، هوای گرد و غبار گرفته و تاریک که موجب افزایش خطر برای بیمار می‌شود، آگاه نمایید.

در مورد نقصان آگاهی در مورد تکنیک جراحی:

۱. توصیف دقیق روش جراحی به بیمار و اعضای خانواده شامل توضیح در مورد تجهیزات، طول مدت جراحی، ماهیت جراحی و وقایع بعد از عمل.
۲. به بیمار در مورد پیگیری استفاده از داروهای تجویزی به دلیل اینکه ممکن است بعد از جراحی، عنبیه ملتهب شود و فشار داخل چشمی افزایش یابد، آموزش دهید.
۳. قطره‌های چشمی استروئیدی، ممکن است تا یک هفته بعد از جراحی جهت فروکش نمودن التهاب استفاده شود ولی احتمال افزایش فشار داخل چشمی وجود دارد که بیمار باید در مورد علایم افزایش فشار داخل چشمی آگاهی یابد شامل: افزایش اشک ریزش، ترس از نور (فتوفوبی) و درد شدید کاسه چشمی و سر درد.
۴. به بیمار گوشزد کنید که موقتاً به مدت یک یا دو روز بعد از عمل ممکن است تاری دید عارض شود؛ ولی باید پس از آن رفع شده و بهبود یابد.

در مورد درد چشمی و احساس ناراحتی بعد از عمل:

۱. از ضد دردهای سیستمیک طبق دستور برای سردرد که ممکن است یک یا دو روز بعد از عمل عارض شود،

استفاده کنید.	
۲. از بستن چشم یا عینک آفتابی برای کاهش تماس با نور محرک چشمی موجد درد و احساس ناراحتی استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بیمار تأکید کنید که گلوکوم درمان قطعی ندارد ولی قابل کنترل می باشد که منوط به پیگیری دستورات مراقبتی و استفاده منظم از داروهای تجویزی است. ۲. بیمار را به ویزیت مرتب توسط پزشک معالج تشویق کنید. ۳. در خصوص عوارض جانبی داروها و گزارش آنها به پزشک جهت تغییر رژیم دارویی مبتنی بر نوع پاسخ بیمار به داروها آموزش دهید. ۴. در مورد علایم مهمی که باید نسبت به آنها حساس بوده و در صورت بروز به پزشک معالج خود مراجعه نماید شامل درد شدید چشمی، چشم ملتهب، اشک ریزش مفرط، فتوفوبی مشخص و هرگونه محدودیت در دید محیطی، آموزش دهید. ۵. در مورد رعایت اصول ایمنی در محیط منزل تأکید کنید. ۶. در مورد عوامل موجد افزایش فشار داخل چشمی شامل پوشش سفت در محل گردن، پیوست، زور زدن، فعالیت شدید بدنی و یا بلند کردن وزنه‌ی سنگین، عطسه یا سرفه شدید و مداوم در عفونتهای فوقانی تنفسی، سجده طولانی (خواندن نماز به حالت نشسته، خصوصا دوره‌ی بعد از عمل) آموزش دهید. ۷. به معاینه دوره‌ای اعضای خانواده از نظر وجود گلوکوم به دلیل وجود سابقه خانوادگی مشکل تأکید کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
۱. نقصان آگاهی در ارتباط با اطلاعات مربوط به مراقبت بعد از عمل در کاتاراکت.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و روحی بیمار را تعیین و ضمن برنامه ریزی، آموزش‌های لازم را نیز ارائه نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. به بیمار جهت اجتناب از مواردی از قبیل بلند کردن اشیاء سنگین، زور زدن هنگام دفع و فعالیت شدید به مدت ۶ هفته تأکید کنید تا از افزایش فشار داخل چشمی اجتناب شده و بهبودی بعد از عمل تسریع گردد. ۲. به بیمار جهت استفاده از شیلد شبانه بر روی چشم به مدت ۲ تا ۶ هفته جهت جلوگیری از آسیب چشمی، گوشزد کنید. ۳. به بیمار در خصوص استفاده از عینک آفتابی در طول روز جهت جلوگیری از انقباض مردمک ثانویه به نور شدید که بعد از جراحی چشمی، امری شایع می باشد، اطلاع دهید.	

۴. شیوه صحیح استفاده از قطره، پماد چشمی و شیلد را نمایش داده و به اجتناب از فشار بر روی کره چشم هنگام قرار دادن شیلد بر روی چشم از نظر جلوگیری از آسیب به خود تأکید کنید.
۵. با خانواده بیمار در خصوص کاهش فعالیت های چشمی و تغییر در الگوی زندگی بیمار از نظر محدودیت استفاده شدید و طولانی مدت از چشم ها گفتگو کنید؛ به دلیل اینکه برای تجویز نهایی عینک و یا لنزهای تماسی در دروه بعد از عمل، ۴ تا ۸ هفته زمان لازم می باشد.
۶. به بیمار در مورد بزرگنمایی حدود ۳۰ درصدی اشیاء، محدودیت یا تاری دید محیطی و دید دو یا سه کانونی با عینک تجویزی بعد از عمل و کنار آمدن با این مسئله و مشورت با پزشک معالج جهت گزینه های جایگزین توضیح دهید. از این رو، تغییر در الگوی زندگی و تأمین موارد ایمنی لازم از قبیل تذکر در مورد تخمین فاصله با اشیاء، تخمین ارتفاع پله و چرخش سر به ملایمت به طرفین جهت اطلاع کامل از موقعیت خود نسبت به اشیاء و محیط جهت جلوگیری از هر گونه خطر احتمالی، ضروری می باشد.
۷. بر احتیاط در هنگام رانندگی به دلیل محدودیت در دید محیطی تأکید کنید. در برخی از کشورها، بعد از بررسی و وجود اختلال در دید محیطی، تجدید صدور گواهینامه ی رانندگی قدغن می باشد.
۸. به بیمار در مورد لنزهای تماسی که بزرگنمایی حدود ۷ تا ۱۰ درصدی داشته، دید محیطی حفظ می شود و ممکن است که عینک مطالعه نیز تجویز شود، توضیح دهید. تدارک آموزش های مراقبتی لازم در مورد چگونگی استفاده از لنز ضرورت دارد.
۹. در مورد علایم و نشانه هایی که باید بیمار و خانواده نسبت به آنها حساس بوده و در صورت بروز به پزشک معالج مراجعه نمایند از قبیل شروع ناگهانی درد چشمی، قرمزی و پر اشکی کره چشم، فتوفوبی و شروع ناگهانی تغییرات بینایی آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
۱. اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با آلودگی با ترشحات چرکی گوش ثانویه به اوتیت میانی.	
۲. درد حاد در ارتباط با تجمع چرک در پشت پرده ی صماخ.	
۳. اختلال در ادراک حسی (اختلال شنوایی) در ارتباط با تجمع مایع در گوش میانی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcome
پرستار باید قادر باشد:	
۱. به بررسی اولیه علایم و نشانه های اختلال در گوش پرداخته و قضاوت اولیه بالینی را داشته باشد.	
۲. به برنامه ریزی مراقبتی و درمانی لازم در مورد مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و روحی بیمار بپردازد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. کانال گوش را از نظر وجود ترشحات چرکی بررسی و گزارش نمایید.	
۲. در صورتی که برای بیمار میرنگوتومی انجام شده باشد باید گوش بیمار خشک و تمیز نگهداشته شود.	

۳. يك پنبه استريل در كانال گوش خارجي جهت جذب ترشحات و پيشگيري از آلودگي ثانويه كانال گوش خارجي و اوتيت اكسترنال قرار دهيد.

۴. علايم حياتي بيمار مخصوصاً دماي بدن را پايش و هرگونه تب را گزارش كنيد.

۵. به بيمار و خانواده در مورد اجتناب از ورود آب به گوش كه ممكن است محيطي مناسب براي رشد باكتريايي را فراهم نمايد، آموزش دهيد.

در مورد درد:

۱. نياز به ضد درد در بيمار را تعيين و گزارش کرده و ضد درد را طبق دستور تجويز و اثربخشي دارو را ارزيابي و گزارش كنيد.

۲. از آرامبخش طبق دستور براي بچه‌ها جهت بهبود استراحت و خواب بيمار استفاده كنيد.

۳. به والدين در مورد مقدار داروي مصرفي و پيگيري درمان طبق دستور آموزش دهيد.

۴. بيمار را به استراحت در صورت وجود احساس ضعف، كاهش وزن مفرط، تهوع و استفراغ تشويق كنيد.

در مورد اختلال شنوايي:

۱. هر گونه كاهش شنوايي را در بيمار بررسي كنيد.

۲. در بچه‌ها بايد به والدين گوشزد كنيد كه هرگونه علايم دال بر كاهش شنوايي از قبيل عدم توجه به اصوات، خيرگي بي مورد به يك جا، عدم واكنش به پرسش‌ها و كشيدن گوش يك سمت (سمت مبتلا)؛ به دليل اينكه درد گوش به قدری شديد است كه توجهی به كاهش شنوايي نمی‌شود.

۳. از آنتي‌بيوتيك تجويزی طبق دستور استفاده و به بيمار و خانواده در مورد مقادير دارويي صحيح و برگشت شنوايي عادي بيمار به عنوان پاسخ درماني مناسب تأكيد و هرگونه موارد غير طبيعي را گزارش كنيد.

Patient Education	آموزش به بيمار
-------------------	----------------

۱. بر پيگيري درمان دارويي كافي جهت جلوگیری از مقاومت دارويي و عوارض بيماري به بيمار و خانواده تأكيد كنيد.

۲. به والدين تأكيد كنيد كه فرزندان خود را در حالت قائم در بغل گرفته و شير دهند و از شير دادن در حالت خوابيده اجتناب كنند تا از برگشت فلور دهاني – حلقی از طريق استنشاق به گوش مياني پيشگيري شود.

۳. به افراد براي اجتناب از تخليه شديد بيني كه موجب ورود مواد آلوده به گوش مياني می‌شود، تأكيد كنيد.

۴. در صورتي كه بيمار، ميرنگوتومي شده باشد، نحوه صحيح تعويض پنبه درون گوشي را به بيمار و خانواده نمايش دهيد تا حداقل روزي دو بار انجام شود.

۵. به اجتناب از ورود آب به درون گوش با استفاده از گوش بند يا گذاشتن پنبه چرب شده در كانال گوش در هنگام دوش گرفتن و شامپو كردن سر تأكيد كنيد.

بیان مشکل	Problem Definition
۱. درد حاد در ارتباط با سوراخ شدگی صماخ و نکروز زائده ماستوئید در ماستوئیدیت.	
۲. اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با نکروز استخوانی زائده‌ی ماستوئید.	
۳. اختلال در ادراک حسی (اختلال شنوایی) در ارتباط با پارگی پرده صماخ یا جراحی روی گوش.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
به برنامه ریزی مراقبتی و درمانی لازم در مورد مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و روحی (برقراری ارتباط مطلوب) بیمار بپردازد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نیاز به ضد درد را بررسی و تجویز آن طبق دستور پزشک و بررسی و گزارش اثر بخشی دارو را انجام دهید.	
از آنتی بیوتیک طبق دستور استفاده کنید.	
۲. بررسی پانسمان بعد از عمل جراحی ماستوئیدکتومی و قرار دادن گاز بین لاله گوش و سر جهت جلوگیری از تحت فشار بودن لاله‌ی گوش و تسهیل جریان گردش خون.	
۳. مقدار و رنگ ترشحات زخم و درجه حرارت بیمار را ثبت و موارد غیر طبیعی را گزارش کنید.	
۴. محل انسزیون جراحی ماستوئیدکتومی را از نظر گسیختگی، آبرسه، قرمزی و اریتم و تندرست و حساس بودن محل بررسی کنید.	
۵. از ورود مایع و آب به درون کانال گوش اجتناب کنید.	
۶. سطح شنوایی بیمار را قبل و بعد از میرنگوتومی و ماستوئیدکتومی بررسی کنید.	
۷. به هنگام قدم زدن با بیمار با وی آهسته و شمرده صحبت کنید.	
۸. از اینکه، خانواده و پرسنل از کاهش شنوایی بیمار مطلع هستند اطمینان حاصل کنید و روش مناسب برقراری ارتباط با بیمار را انتخاب کنید.	
۹. به بیمار به هنگام نشستن و حرکت به دلیل وجود سرگیجه احتمالی کمک کرده و از داروهای ضد سرگیجه طبق دستور استفاده کنید.	
۱۰. به بیمار گوشزد کنید که وجود حالتی شبیه به شکسته شدن حباب در درون گوش بعد از جراحی امری عادی است که پس از چند روز رفع می‌شود و جای نگرانی نمی‌باشد.	
۱۱. به بیمار جهت مشورت با پزشک معالج در مورد تدابیر خاص، در صورت نیاز به مسافرت با هواپیما در دوره‌ی بعد از عمل، تأکید کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
۱. احتمال خطر عدم تحمل فعالیت در ارتباط با استراحت در بستر و سرگیجه بعد از استاپدکتومی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را از نظر علایمی همچون درد، تهوع و سرگیجه بررسی کنید.	
۲. بیمار را به انجام سطوحی از فعالیت مجاز بر اساس پروتکل پزشک معالج تشویق کنید. برخی از بیماران در همان روز عمل می‌توانند از بستر برخیزند و برخی نیز، حداقل یک روز استراحت در بستر را سپری می‌کنند.	
۳. به بیمار آموزش دهید که به صورت دراز کش خوابیده و سرش به یک طرف باشد و برای حفظ وضعیت پروتز جایگزین شده، گوش عمل شده باید بالاتر باشد.	
۴. به بیمار توضیح دهید که ممکن است حالاتی از قبیل درد، سرگیجه، تهوع و استفراغ را تجربه نماید.	
۵. از ضد درد، سرکوب کننده فعالیت دهلیزی و ضد استفراغ در صورت نیاز استفاده کنید.	
۶. احتیاطات لازم را برای جلوگیری از سقوط ناشی از احساس سرگیجه اتخاذ کنید.	
۷. مراقبت دوره نقاهت شامل کمک به بیمار جهت شروع تدریجی حرکت در راستای تقلیل وقوع سرگیجه را انجام دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. بیمار را به اجتناب از سرفه، عطسه یا تخلیه شدید بینی، حداقل به مدت یک هفته بعد از عمل جهت پیشگیری از انتقال فشار زیاد از طریق لوله استاش به گوش میانی تشویق کنید زیرا این اعمال ممکن است باعث جابجایی پروتز و گسیختگی گرافت بر روی پنجره بیضی شود. در صورتی که بیمار قادر به اجتناب از سرفه یا عطسه کردن نمی‌باشد، تأکید کنید که با دهان باز، سرفه یا عطسه نماید. تخلیه بینی هم باید به آرامی انجام شود.	
۲. بیمار را به پرهیز از تماس با صداهای بلند تشویق کنید.	
۳. در مورد افت گذرای شنوایی بعد از جراحی به علت پانسمان خاص بیمار، ادم و تجمع و افزایش مایع در گوش میانی توضیح دهید.	
۴. به بیمار به مشاوره در مورد سفر هوایی به علت تأثیر احتمالی تغییرات فشار هوا بر روی جابجایی پروتز و گسیختگی گرافت، تأکید کنید. نظرات پزشکان کاملاً متفاوت بوده و از ۲ تا ۳ روز بعد از عمل تا یک الی ۲ ماه بعد از جراحی متفاوت می‌باشد.	
۵. به بیمار در مورد خطرات ناشی از ورود آب به داخل گوش اخطار نمایند. چگونگی قرار دادن پنبه چرب شده داخل کانال گوش در موقع دوش گرفتن و یا شامپو زدن را نمایش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
	۱. پرفوزیون نامؤثر بافت مغزی در ارتباط جراحی نورومای اکوستیک. ۲. پرفوزیون نامؤثر بافتی در ارتباط با پرفشاری (هیپرتانسیون) بازتابی ثانویه به جراحی نوروم اکوستیک. ۳. احتمال خطر نقصان در حجم مایع در ارتباط با ضرورت دهیدراته کردن بیمار جهت کاهش احتقان عروقی به منظور تقلیل دادن اثرات ادم ثانوی به بعد از عمل جراحی نوروم اکوستیک. ۴. درد حاد در ارتباط با جراحی. ۵. اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با انسزیون جراحی. ۶. الگوی تنفسی نامؤثر در ارتباط با کاهش عملکرد رفلکس عق زدن و تهویه مکانیکی. ۷. عدم تعادل در تغذیه به صورت کمتر از نیاز بدن در ارتباط با وضعیت ناشتای بیمار، کاهش رفلکس عق زدن و ناراحتی ثانویه به جراحی. ۸. اختلال در ادراک حسی (اختلال چشایی) در ارتباط با روش جراحی. ۹. اختلال در ادراک حسی (اختلال بینایی و شنوایی) در ارتباط با روش جراحی. ۱۰. اختلال در تصویر ذهنی از جسم در ارتباط با احساس ضعف در صورت و فلج صورت.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	پرستار باید قادر باشد: ▪ هرگونه عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و روحی بیمار را بموقع تشخیص دهد. ▪ برنامه ریزی لازم برای مدیریت عوارض پیچیده بعد از جراحی نوروم اکوستیک را بنماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	در مورد تغییر در پرفوزیون بافت مغزی و بافتی سایر قسمت‌ها (مشکل ۱ و ۲): ۱. برقراری برنامه بررسی عصبی پایه و علایم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا تثبیت؛ سپس هر یک و بعد از ثبات کامل در علایم حیاتی و عصبی، هر ۴ ساعت و بلافاصله، اطلاع هرگونه تغییرات به پزشک معالج. ۲. پایش و ثبت مقادیر درناژ یا تخلیه بطنی و توصیف کامل مشخصات و بلافاصله، اطلاع موارد غیر طبیعی به پزشک معالج. ۳. بررسی علایم نشانگر افزایش فشار داخل مغزی و گزارش سریع موارد شامل: پهن شدگی فشار نبض (افزایش اختلاف فشار سیستول و دیاستول بیمار)، کاهش سطح هوشیاری، ادم پایی، تشنج، رفلکس تاندونی عمیق افزایش یافته، شکایت از سردرد و استفراغ. ۴. محدود سازی یا اجتناب از هر گونه فعالیت موجد افزایش فشار داخل مغزی. ۵. از داروهای مدر اسمزی یا دگزامتازون طبق دستور برای کاهش ادم مغزی استفاده کنید. ۶. نشانه های دال بر هیدروسفالی ثانوی به ادم یا خونریزی داخل بطنی که بعد از جراحی، محتمل می باشد را بررسی نمایید.

۷. بیمار را از نظر وجود نشت مایع مغزی - نخاعی بررسی کنید.
۸. به پایش قلبی از نظر بروز اختلالات ریتم قلبی (دیس ریتمی ها) ثانوی به ادم مغزی یا تحریک عصب واگ در حین عمل جراحی، توجه نمائید.
۹. سر تخت را تا حدود ۴۵ درجه به منظور بهبود درناژ وریدی و تقلیل ادم مغزی بالا آورید.
۱۰. بیمار را از نظر تظاهراتی از شروع فعالیت تشنجی بررسی کنید.
۱۱. بررسی مکرر فشارخون و دقت در بروز پرفشاری خون که می تواند علامت قابل توجهی بعد از عمل باشد.

۱۲. داروی ضد فشارخون تجویزی را بر اساس پروتکل مورد نظر پایش نمائید.

در مورد مشکل نقصان در حجم مایع (مشکل ۳):

۱. تورگور پوستی، غشاهای مخاطی و صداهای ریوی را جهت پایش وضعیت مایع بررسی کنید.
۲. حفظ و ثبت سرعت جریان انفوزیون وریدی طبق دستور. ادامه‌ی انفوزیون تا حفظ اسمولالیتیه سرم در حد ۳۰۰ تا ۳۰۰ میلی اسمول در لیتر.
۳. ناشتا بودن بیمار در مراحل اولیه بعد از عمل را حفظ کنید.
۴. میزان دقیق مایعات دریافتی و دفعی را ثبت کنید.
۵. سطوح الکترولیتی را به لحاظ دریافت داروهای مدر جهت کاهش حجم مغز، ناشی از ادم مغزی پایش کنید.
۶. پروتکل مراقبتی از سوند فولی را جهت پیشگیری از بروز عفونت ادراری تا برقراری دفع عادی ادرار، اجرا نمائید.
۷. پروتکل مراقبت دهانی را به جهت استفاده از مواد مکیندی مورد تجویز برقرار نمائید.

در مورد درد حاد (مشکل ۴):

۱. بررسی وجود درد و دادن داورى ضد درد، طبق دستور و در صورت نیاز جهت کاهش درد، تهوع و استفراغ. ارزیابی و ثبت اثر بخشی دارو.

در مورد اختلال در تمامیت پوستی (مشکل ۵):

۱. پانسمان زخم را از نظر درناژ و خونریزی و افزایش لایه های پانسمان یا تعویض آن بررسی نمائید.
۲. برداشتن پانسمان، ۳ تا ۵ روز بعد از جراحی. مشاهده محل از نظر قرمزی، التهاب، درناژ یا ادم در اطراف محل جراحی و گزارش موارد غیر عادی به پزشک معالج. ادم، ممکن است در نتیجه‌ی تجمع مایع ساب گالیال به دلیل ورود به سخت شامه بوجود بیاید که باید ظرف چند روز اول فروکش نماید. بیمار در وضعیت راحتی باید قرار داد و برای جلوگیری از گسیختگی پوست سر، باید تغییر پوزیشن مناسب سر تا زمان به حرکت در آمدن بیمار انجام شود.
۳. حمایت کافی از سر و گردن در هنگام تغییر وضعیت بیمار به دلیل ضعف احتمالی در عضلات گردن بعمل آورید.

در مورد الگوی نامؤثر تنفسی (مشکل ۶):

۱. گازهای خون شریانی بیمار و میزان اتساع قفسه سینه را جهت تخمین وضعیت تهویه کافی بررسی کنید.
۲. حفظ تهویه مکانیکی و انجام ساکشن دهانی تا زمان مورد نیاز؛ ممکن است، بیمار به مدت ۱ الی ۲ روز بعد از عمل، تحت تهویه مکانیکی باشد.
۳. بیمار را از نظر برگشت رفلکس عق زدن و انجام سرفه مؤثر بعد از برداشتن لوله داخل تراشه مشاهده و بررسی نمائید.

۴. دادن اکسیژن از طریق ماسک، طبق دستور، بعد از خارج کردن لوله داخل تراشه.

۵. در صورت نیاز ساکشن یا فیزیوتراپی قفسه سینه را ادامه دهید.

در مورد عدم تعادل تغذیه و اختلال در حس چشایی (مشکل ۷ و ۸):

۱. از آنتی اسید جهت کاهش اسیدیته معده و پیشگیری از زخم های ثانوی به فشار روانی (استرس اولسر) استفاده نمائید.
۲. بیمار را تا زمان برگشت رفلکس عق زدن، ناشتا نگهدارید.
۳. رفلکس عق زدن، قرینگی و حرکات زبان، کام نرم و حنجره را بررسی نمائید.
۴. ارزیابی توانایی بلع بدون تظاهری از اسپیراسیون یا تجمع غذا در دهان جهت بهبود بلع بیمار.
۵. تدارک تغذیه لوله ای، طبق دستور تا زمانی که بیمار قادر به بلع باشد تا از اسپیراسیون جلوگیری شود.
۶. شروع غذاهای آبکی و پوره ای مورد دلخواه بیمار با برگشت رفلکس عق زدن و استفاده از سمت غیر مبتلا، چنانچه فرد در سمت مبتلا احساس ضعف یا کرخی نماید.
۷. نیاز به انجام مشاوره تغذیه برای بهبود دریافت غذایی در بیمار را ارزیابی نمائید.
۸. حفره دهان را مشاهده و مراقبت از دهان را بعد از هر بار غذا خوردن انجام دهید.
۹. با متخصص تغذیه و درمانگر بلع جهت تعیین ثبات غذایی مورد تحمل بیمار مشاوره و تدابیر بهبود بخش بلع بیمار را اتخاذ نمائید.

در مورد اختلال در تصویر ذهنی از جسم (مشکل ۱۰):

۱. بیمار را به بیان احساسات و نگرانی هایش تشویق نمائید.
۲. در مورد ادراک بیمار از جسم خویش گفتگو کنید.
۳. بیمار را به مشارکت در انجام فعالیت های خود – مراقبتی تشویق نمائید.
۴. تعاملات اجتماعی با سایر بیماران، خانواده و پرسنل را تسهیل کنید.
۵. به بیمار در تعیین اهداف واقعی در جریان مراقبت از خود و راههای حصول به اهداف تنظیمی توسط خود بیمار کمک کنید.
۶. اطلاعاتی در مورد انجمن حمایتی در مورد نوروم آکوستیک و یا انجمن های حمایتی – مشاوره ای مشابه تدارک ببینید.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد علایم و نشانه‌های عفونت زخم به بیمار و خانواده توضیح دهید. ۲. در مورد علایم و نشانه‌های هیدروسفالی یا افزایش فشار داخل جمجمه‌ای به بیمار و خانواده که در موارد نادری، چند هفته بعد از عمل به وقوع می‌پیوندد (شامل شروع ضعف حرکتی جدید، سفتی گردن، تب، اختلال بینایی، تشنجات، درناژ از محل جراحی یا گوش) گفتگو کنید. ۳. از درک عمق اهمیت پیگیری درمان توانبخشی فیزیکی و گفتار درمانی احتمالی اطمینان کسب کنید. ۴. به بیمار و خانواده در مورد اهمیت نگهداری جریان مناسب تغذیه؛ خصوصاً اگر همچنان مشکل جویدن و بلع در بیمار وجود دارد توضیح دهید. در صورت ترخیص بیمار به همراه تغذیه لوله‌ای، به بیمار و خانواده، در مورد ایمنی تغذیه از این روش را باید آموزش دهید. ۵. به بیمار و خانواده گوشزد نمائید که برخی از نقائص، ممکن است چندین ماه نیاز داشته باشند تا رفع گردند و یا ممکن است به کلی برطرف نشوند. مکانیسم‌های سازگاری بیمار و خانواده را بررسی و مساعدتهای حمایتی و مشاوره‌ای لازم را در مواقع ضروری تأمین نمائید. ۶. به بیمار برای اجتناب حضور در مکانهای پرجمعیت و دروری از افراد دارای عفونتهای فوقانی تنفسی آموزش دهید. ۷. تدارک آموزش‌های لازم در خصوص اتخاذ تدابیر مراقبتی / محافظتی از چشم در صورت وجود ضعف عضلات صورت. ۸. اطلاعات مکثوب در مورد انجمن‌های حمایتی – مشاوره‌ای و گروههای حمایتی با مشکل مشابه را تدارک ببینید.	

بیان مشکل	Problem Definition
۱. احتمال خطر تروما در ارتباط با سقوط ناشی از حملات سرگیجه ثانویه به بیماری منییر.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	نیازهای مراقبتی لازم را تعیین و برنامه ریزی مراقبتی و آموزشی را اجرا نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را از نظر سرگیجه، نیستاگموس، تهوع و استفراغ بررسی نمائید.	
۲. نرده کنار تخت بالا آورده شود تا از سقوط احتمالی بیمار جلوگیری گردد.	
۳. بیمار را به دراز کشیدن آرام و عدم بلند شدن از بستر بدون کمک در جریان حملات سرگیجه تشویق نمائید.	
۴. از آنجایی که حملات بدون علایم خاصی شروع می‌شوند؛ به بیمار آموزش دهید که از حرکات ناگهانی سر یا تغییر پوزیشن‌های آنی اجتناب نماید.	

۵. دادن داروهای ضد استفراغ و ضد سرگیجه یا آرامبخش‌های دهلیزی طبق دستور برای کمک به جلوگیری از وقوع استفراغ و بهبود آرامش بیمار.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. با بیمار در مورد نظریات مرتبط با اتیولوژی بیماری و بروز حملات شدید گفتگو کنید.	
۲. به بیمار در مورد روند پیشرونده کاهش شنوایی، مگر پیگیری درمان موفقیت آمیز تأکید کنید.	
۳. به بیمار در مورد راههای کاهنده وزوز گوش توضیح دهید.	
۴. به بیمار توضیح دهید که حملات ممکن است تا چند ساعت به طول انجامد و به خودی خود فروکش نماید، ولی در صورت نیاز باید از تدابیر درمانی کاهندهی حملات استفاده شود.	
۵. به بیمار تأکید کنید که اصرار به راه رفتن بدون کمک در جریان حملات، عملی خطرناک بوده و احتمال سقوط بیمار وجود دارد.	
۶. به بیمار در تعیین خطرات خانگی در حین حملات که باید آنها را در محیط منزل تقلیل داد تا محیط ایمنی ایجاد کرد، کمک کنید.	
۷. با بیمار در مورد محدودیتهای غذایی و راههای جراحی که می تواند با پزشک مورد مشورت قرار گیرد، گفتگو کنید.	
۸. تقویت فعالیت متعادل کننده فعالیت دهلیزی در صورت تجویز.	

بیان مشکل	Problem Definition
۱. اختلال در ادراک حسی (اختلال شنوایی) در ارتباط با وزوز گوش و اختلال شنوایی.	
۲. اضطراب در ارتباط با وزوز گوش مداوم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
نیازهای مراقبتی لازم را تعیین و برنامه ریزی مراقبتی و آموزشی را اجرا نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به بیمار توضیح دهید که وزوز گوش، همواره نشانه‌ای از یک بیماری سیستمیک یا بیماری گوش است که نیازمند معاینه کامل توسط پزشک می باشد.	
۲. بیمار را به اجتناب از صداهاى بلند که ممکن است علت ترومای آکوستیک باشد و وزوز گوش را ایجاد یا تشدید نماید، تشویق نمائید.	
۳. در مورد اثرات سمی بر روی گوش برخی از داروها توضیح دهید. به انجام معاینات دوره‌ای شنوایی سنجی در صورت دریافت این دسته از داروها تأکید کنید.	
۴. گروه‌ها و انجمن‌های حمایتی با مشکل مشابه و مراکز مشاوره را به بیمار معرفی نمائید.	
۵. مکانیسم‌های سازگاری بیمار را بررسی و به انتخاب رویکرد مناسب و اثربخش با کمک بیمار کمک	

نمائید.

۶. تدارک اطلاعاتی در مورد ماهیت بیماری، علل و شقوق درمانی و مراقبتی.

۷. تشویق بیمار به بیان نگرانی‌های خویش و اتخاذ تدابیر موثر با معرفی انجمن‌های حمایتی و مشاوره.

منابع مورد استفاده:

1. Acoustic Neuroma Association: Treatment choices for acoustic neuromas, <http://anausa.org/treat.htm>, 2008.
2. Andresen, H. G et al: Auditory conditions and care. In Harris LL, Huntoon MB, editors: Core Curriculum for Otorhinolaryngology and Head-Neck Nursing, New Smyrna Beach, Fla, 1998, Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses.
3. Donna, D. Ignatavicius, M. Linda Workman. (2006). Medical-Surgical Nursing: Critical thinking for collaborative care. 5th edition. Elsevier Saunders publication. Newell FW.
4. Ophthalmology: Principles and Concepts,(1996). 8th edition. Philadelphia: St. Louis, Mosby.
5. Thompson, J. M.; McFarland, G. K.; Hirsch, J. E. & Tucker, S. M. (2002). Clinical Nursing. 5th edition. Philadelphia: St. Louis Mosby Co.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم : تنفس

Problem Definition	بیان مشکل
الگوی تنفس غیر موثر در ارتباط با تنگی نفس، تجمع مخاط، تنگی برونش و تحریک راههای هوایی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
۱- الگوی تنفس موثر را به همراه نتایج گازهای خون شریانی طبیعی، توصیف نماید. ۲- الگوی تنفس ناموثر را به موقع تشخیص دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بررسی دقیقی از معیار های تعیین کننده الگوی تنفس موثر نظیر سرعت، عمق تنفس، استفاده از عضلات کمکی تنفس، صداهای تنفسی، احساس تنگی نفس، وجود سیانوز در زبان، مخاط دهان و پوست، گازهای خون شریانی، سرفه، سطح انرژی و تغییرات وضعیت ذهنی، گزارش تصویربرداری از قفسه سینه، و غیره را انجام دهید. ۲- محیطی آرام و راحت وبا حداقل تنش را برای بیمار فراهم کنید. ۳- در طول مدت دیسترس تنفسی در کنار بیمار بمانید. ۴- بیمار را در وضعیت راحت به منظور تهویه مناسب قرار دهید. ۵- انرژی بیمار را از طریق آموزش به بیمار جهت استراحت در بستر و انجام تنفس های دیافراگمی ذخیره نمایید. ۶- میزان اشباع اکسیژن خون شریانی را در سطح بالاتر از ۹۰٪ حفظ و نگه دارید. ۷- در صورت نیاز ترشحات راه هوایی را ساکشن کنید. ۸- کلیه اعضاء تیم مراقبتی، درمانی را در جریان وضعیت دیسترس تنفسی بیمار قرار دهید. ۹- داروهای تجویز شده را بطور دقیق و منظم بدهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- از بیمار بخواهید که دیسترس تنفسی خود را به موقع به پرستار گزارش کند. ۲- از بیمار بخواهید که از قرار گرفتن در وضعیت های ایجاد کننده اختلال در الگوی تنفس خودداری کند.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در تبادلات گازی بدلیل عدم تجانس نسبت تهویه به خونرسانی ریه، افزایش فضای مرده	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	

۱- نتایج گازهای خون شریانی بیمار را بدرستی تجزیه و تحلیل کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بررسی دقیقی از کیفیت، سرعت، الگو، عمق تنفس، تلاشهای تنفسی، صداهای تنفسی با توجه به تغییرات آن، تغییر در سطح هوشیاری و آگاهی، نشانه های حیاتی، رنگ پوست و بروز سیانوز انجام دهید.	
۲- با استفاده از روش پالس اکسیمتری میزان اشباع اکسیژن و سرعت نبض را به طور مداوم مورد پایش قرار دهید و در تمام مدت زنگ خطر آن را فعال نگه دارید.	
۳- نتایج ABG را بدقت مورد پایش قرار داده و به تغییرات آن توجه کنید.	
۴- ریتم قلب را از نظر بروز آریتمی ها ارزیابی کنید.	
۵- بیمار را از نظر نشانه های غیر کلامی عدم راحتی نظیر تحریک پذیری، تاکیکاردی و افزایش فشارخون مورد پایش قرار دهید.	
۶- بیمار را از نظر میزان اضطراب، سطح فعالیت، خستگی و وضعیت مایعات و الکترولیتها مورد ارزیابی قرار دهید.	
۷- به گزارشات تصویر برداری از قفسه سینه و تغییرات آن توجه نمائید.	
۸- هر ۱ تا ۲ ساعت یکبار در صورت کم تحرکی، بیمار را تغییر وضعیت دهید.	
۹- سر تخت را بیش از ۳۰ درجه بالا نگه دارید.	
۱۰- در صورت نیاز ترشحات راه هوایی را ساکشن کنید.	
۱۱- داروهای بیمار را بموقع بدهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- بیمار را به قرار گرفتن در وضعیت تسهیل کننده تنفس موثر تشویق کنید.	
۲- نحوه انجام تنفس لب غنچه ای را به بیمار آموزش دهید.	
۳- بیمار را به استفاده از شکم و عضلات کمکی تنفس به منظور برقراری تنفس موثر تشویق کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
پاکیزگی ناموثر راه هوایی در ارتباط با تنگی برونش، افزایش تولید خلط، سرفه ناموثر و عفونت برونش	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
۱- راه هوایی بیمار را از ترشحات پاک کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- صداهای تنفسی، سرعت و عمق تنفس، مشخصات یا تغییرات ترشحات (از نظر کیفیت، قوام، رنگ، بو)، وضعیت مایعات بدن (تورگور پوستی، غشاء مخاطی و زبان و وزن) اشباع اکسیژن، و نتایج ABG و توانایی	

فعالیت فیزیکی روزانه به منظور خارج سازی ترشحات به کمک سرفه را ارزیابی کنید. ۲- صداهای تنفسی را بعد از سرفه یا ساکشن سمع کنید و به تغییرات مهم مثل کاهش یا فقدان صداهای تنفسی، وجود رال یا ویزینگ توجه نمایید. ۳- بیمار را به انجام تنفس عمیق و سرفه موثر با کمک از بکار گیری عضلات شکم و اسپلینت قفسه سینه، تشویق کنید. ۴- به جابجایی و به حرکت در آوردن ترشحات در مسیر راه هوایی از طرق زیر کمک کنید: الف- افزایش رطوبت اتاق ب- فیزیوتراپی قفسه سینه (درناژ وضعیتی، دق، و لرزش) ج- تشویق به دریافت ۲ تا ۳ لیتر مایعات در روز مگر در صورت محدودیت د- تشویق به فعالیت و تغییر وضعیت هر ۲ ساعت یکبار. ۵- در صورت نیاز ترشحات راه هوایی را ساکشن کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- بیمار را به قرار گرفتن در وضعیت تسهیل کننده تنفس موثر تشویق کنید. ۲- نحوه انجام تنفس لب غنچه ای را به بیمار آموزش دهید. ۳- بیمار را به استفاده از شکم و عضلات کمکی تنفس به منظور برقراری تنفس موثر تشویق کنید. ۴- بیمار را به انجام منظم و مکرر تنفس عمیق و سرفه موثر تشویق کنید.	
منابع مورد استفاده:	
Gulanick,M. (2007). Nursing care plans: Nursing diagnosis and intervention. 6th ed, St.louis, Mosby-Elsevier co. 2- Swearingen, P. (2008). All-In - One, care planning resource. 2nd ed, St.louis, Mosby – Elsevier, Co. 3- Ulrich , S; Canale ,S (2001) .Nursing care planning guide . 5nd ed. Philadelphia . W.B.Saunders, Co.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم : قلب و عروق

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش برون ده قلب ناشی از تغییر در سرعت ضربان قلب، ریتم قلب، حجم ضربه ای، تغییر در پیش بار، پس بار و انقباض پذیری قلب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- برون ده کافی قلب حفظ شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر علایم نارسایی قلب و کاهش برون ده قلب و صدای قلب و ریه بررسی کنید.	
۲- بیمار را از نظر درد قفسه سینه، معیارهای PQRST و علایم همراه آن شامل تهوع، سوء هاضمه، تعریق و غیره بررسی کنید.	
۳- در صورت وجود درد در قفسه سینه بیمار، باید:	
الف- وی را در وضعیت طاقباز قرار دهید.	
ب- به وی اکسیژن بدهید.	
ج- نشانه های حیاتی وی را کنترل کنید.	
ه- بطور مداوم بیمار را مانیتور کنید.	
و- درد بیمار را تسکین دهید.	
ی- به پزشک اطلاع دهید.	
۴- جذب و دفع مایعات را در بیماران بدحال کنترل کنید.	
۵- برون ده ادرار را هر یک ساعت کنترل کنید و به کاهش برون ده ادرار توجه نمایید.	
۶- به نتایج ECG و تصویربرداری قفسه سینه توجه کنید.	
۷- نتایج آزمایشگاهی نظیر ABG و الکترولیت ها شامل پتاسیم، CBC و سطح کراتینین خون را بررسی و پیگیری کنید.	
۸- در صورت نیاز بر طبق تجویز پزشک به بیمار اکسیژن دهید.	
۹- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته با پاهای پائین تر از سطح قلب و وضعیت راحت قرار دهید.	
۱۰- فشار خون، نبض و شرایط بیمار را قبل از دادن داروهای قلبی نظیر بازدارنده های ACE، دیگوکسین، بلوک کننده های کانال کلسیم و بتابلوکرها مثل Carvedilol، بررسی کنید.	
۱۱- به بیمار توصیه کنید که در طی وقایع حاد، در بستر استراحت کند.	
۱۲- در صورتی که شرایط بیمار ثابت شده باشد، در صورت تحمل، وی را به افزایش تدریجی فعالیتها تشویق کنید. توجه داشته باشید که قبل و بعد از فعالیت BP و P بایستی کنترل شود و تغییرات ثبت گردد.	

۱۳- رژیم محدودیت دریافت سدیم و کلسترول را برای بیمار رعایت کنید.
۱۴- در صورت درخواست بیمار قهوه یا کافئین به مقدار کم داده شود (حداکثر ۴ فنجان در ۲۴ ساعت آنهم در صورت عدم وجود آریتمی).
۱۵- عملکرد روده بیمار را پایش کنید و نرم کننده های مدفوع را به موقع و بر طبق دستور به بیمار بدهید.
۱۶- یک محیط راحت و آرام بخش را به منظور کنترل عوامل تنش زا، برای بیمار فراهم کنید.
۱۷- وزن بیمار را هر روز و در یک ساعت مشخص (بعد از دفع ادرار) کنترل کنید.
۱۸- از جوراب های الاستیکی بر طبق دستور پزشک استفاده کنید و از مناسب بودن اندازه آن اطمینان حاصل کنید.
۱۹- وضعیت اندامها را بطور مکرر بررسی کنید.
۲۰- وجود اضطراب را در بیمار بررسی کنید و از موسیقی به منظور کاهش اضطراب در جهت بهبود عملکرد قلب، استفاده نمائید.
۲۱- مایعات دریافتی بیمار را بطور دقیق پایش کنید و در صورت دستور پزشک محدودیت دریافت مایعات را حفظ کنید.
۲۲- در صورت برقرار بودن انفوزیون داخل وریدی، مایعات را با احتیاط بدهید و از نظر نشانه های افزایش حجم مایعات در گردش بررسی کنید.
۲۳- بیمار را از نظر علائم شوک قلبی شامل اختلال در تمرکز، هیپوتانسیون یا فشار خون کمتر از mm Hg ۹۰، کاهش نبض های محیطی، پوست سرد، نشانه های احتقان ریه و کاهش عملکرد ارگانها بررسی کرده و در صورت مشاهده علائم فوق، فوراً به پزشک اطلاع داده دهید.
۲۴- در صورت وجود شوک، پارامتر های همودینامیک را از نظر افزایش PCWP، افزایش مقاومت عروق سیستمیک و کاهش برون ده قلب یا شاخصهای قلبی کنترل کنید.
۲۵- داروهای اینوتروپ و Vocative را بر طبق دستور پزشک تنظیم نموده و به بیمار بدهید.
۲۶- از طرز استفاده از روش IABP در جهت درمان شوک قلبی توسط کاهش بار کاری بطن چپ قلب و بهبود خون رسانی میوکارد، آگاه باشید.
۲۷- در مورد اثرات کاهنده برون ده قلب توسط تهویه مکانیکی، آگاه باشید.

بیان مشکل	Problem Definition
خون رسانی ناکافی بافت ناشی از نارسایی تغذیه بافتی در رابطه با کاهش اکسیژن رسانی مویرگی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- بیمار از درد شکایت نکند.	
۲- نبض های محیطی در اندام ها حس شود.	
۳- پرشدگی مجدد مویرگی اندام ها در کمتر از ۳ ثانیه مشاهده شود.	

۴- اندام های بیمار گرم باشند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بررسی خون رسانی محیطی: - به رنگ پوست ، حس لمس و درجه حرارت پوست توجه کنید. - پرشدگی مجدد مویرگی را کنترل کنید. - به بافت پوست و حضور مو، زخم، گانگرن در نواحی اندام ها از جمله پاها توجه کنید. - به وجود ادم در اندام ها، اندازه گیری قطر در قوزک و ساق پا هر روز و در یک ساعت مشخص (صبح زود) توجه کنید. ۲- بررسی درد اندام ها و بررسی های PQRST درد. بررسی عدم کفایت شریانی: - نبض های محیطی را بررسی کنید. - اندام را پائینتر از سطح قلب قرار دهید. - در مراحل اولیه عدم کفایت شریانی، بیمار را به راه رفتن و تمرین دوچرخه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در روز بر طبق دستور پزشکی، تشویق کنید. - به بیمار توصیه کنید که اندام را گرم نگه داشته و جوراب بپوشد. - به بهداشت و سلامت پا توجه کنید. - به بیمار توصیه کنید که در صورت استعمال سیگار، فوراً آنرا قطع کند. ۳- عدم کفایت وریدی: - اندام را بالا نگه داشته و از عدم وجود فشار در زیر زانو اطمینان حاصل کنید. - از جوراب های الاستیک و مناسب اندازه پا استفاده کنید. آنرا حداقل ۲ بار در روز (صبح و شب) خارج کرده و اندام را بطور مرتب بررسی کنید. - بیمار را به راه رفتن به همراه جوراب الاستیک تشویق کنید. - در صورت اضافه وزن بیمار، وی را به کاهش وزن در جهت کاهش شدت احتقان وریدی تشویق کنید. - در صورت وجود زخم پای وریدی، بیمار را به اجتناب از نشستن و ایستادن طولانی مدت و بالا نگه داشتن اندام مبتلا تشویق کنید. - نشانه ها و علائم ترومبوز ورید عمقی شامل درد، حساسیت به لمس، تورم در ساق و ران پا و قرمزی اندام درگیر را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز اختلال در عملکرد عصبی عروقی محیطی ناشی از انسداد عروق بدنبال کاتتریزاسیون قلب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- نبض های محیطی بیمار قابل لمس باشند.	
۲- اندام های بیمار گرم باشد.	
۳- پرشدگی مجدد مویرگی کمتر از ۳ ثانیه باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- وضعیت عصبی عروقی بیمار را هر ۴-۱ ساعت یا هر ۱۵ دقیقه بر طبق دستور پزشک بررسی کنید.	
۲- از شش P در بررسی خود (شامل Pain ،Pulslessness ،Pallor ،Paresthesia ،paralysis ،Pressure) استفاده کنید.	
۳- بیمار را از نظر علایم سندرم کمپارتمنت (به صورت درد بیش از حد انتظار و تحمل و عدم پاسخ به دارو، درد در پی حرکات غیر فعال، کاهش حس، ضعف، از دست دادن حرکت، فقدان نبض) بررسی کنید.	
۴- اندام بیمار را در وضعیت و راستای آناتومیک قرار دهید.	
۵- به بیمار توصیه کنید که در اسرع وقت در صورت مجاز بودن از تخت خارج شود.	
۶- علایم DVT را کنترل و پایش کنید.	
۷- از جوراب الاستیک استفاده کنید.	
۸- بر طبق دستور پزشک به بیمار در انجام تمرینات بدنی هر ۴ ساعت کمک کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد قفسه سینه ناشی از انفارکتوس میوکارد و یا آنژین صدری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- بیمار بطور کلامی تسکین درد را بیان کند.	
۲- بیمار ظاهری آرام و فاقد اضطراب را نشان دهد .	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- درد بیمار را از نظر معیار PQRST بررسی کنید.	
۲- وضعیت قلب را از طریق ECG سریعاً بررسی کنید.	
۳- به اولین زمان شروع بروز واقعه درد قفسه سینه توجه کنید.	
۴- biomarkers میوکارد، تروپونین، میوگلوبین را کنترل و بررسی کنید.	
۵- یک محیط آرام و ساکت را برای بیمار فراهم کنید، و وی را به استراحت در تخت تشویق کنید.	
۶- به بیمار آموزش دهید که در صورت بروز هر دردی در اسرع وقت، گزارش دهد.	
۷- بر طبق دستور اکسیژن داده و اشباع اکسیژن را ارزیابی کنید.	

۸- TNG را بر طبق دستور تا تسکین درد و حفظ فشار خون تزریق کنید.	
۹- هپارین را بر طبق دستور بصورت داخل وریدی در بیماران در معرض خطر تزریق کنید.	
بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایعات بدن ناشی از احتباس آب و سدیم در بدن بدنبال نارسایی احتقانی قلب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تضاهرات بالینی زودرس و علل افزایش حجم مایعات شناسایی شود. ۲. تضاهرات بالینی ناشی از افزایش حجم مایعات کاهش یابد. ۳. در صورت امکان از بروز افزایش حجم مایعات جلوگیری شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اندامها را از نظر عمق و وسعت ادم بررسی کنید. ۲- وزن بیمار را روزانه در يك ساعت مشخص و ترجیحاً قبل از صبحانه، از نظر افزایش ناگهانی وزن کنترل کنید. ۳- صداهای ریه را از نظر رال، تلاش های تنفس، وجود و شدت ارتوپنه بررسی کنید. ۴- سر ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا نگه داشته شود و از نظر ورید ژوگودار جهت وجود اتساع در وضعیت نشسته بررسی شود. ۵- فشار ورید مرکزی، فشار متوسط شریانی، فشار شریانی ریوی (PCWP) و برون ده قلب را کنترل و به پزشک گزارش دهید. ۶- نشانه های حیاتی، کاهش فشار خون، تاکیکاردی، تاکی پنه را بررسی و در صورت وجود نارسایی قلب اقدامات لازم را در جهت تشخیص پرستاری کاهش برون ده قلب بعمل آورید. ۷- میزان جذب و دفع مایعات را کنترل کنید. ۸- در صورت وجود ادم در اندام های وابسته، مرتباً بیمار را (حداقل هر ۲ ساعت) تغییر وضعیت دهید. ۹- محدودیت دریافت سدیم و مایعات را در برنامه غذایی روزانه اعمال کنید.	
منابع مورد استفاده:	
Gulanick,M. (2007). Nursing care plans: Nursing diagnosis and intervention. 6th ed, St.louis, Mosby-Elsevier co. 2- Swearingen, P. (2008). All-In - One, care planning resource. 2nd ed, St.louis, Mosby – Elsevier, Co. 3- Ulrich, S; Canale ,S (2001) .Nursing care planning guide . 5nd ed. Philadelphia . W.B.Saunders, Co.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیماریهای خون

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت ناشی از کم خونی و کاهش ظرفیت عملی اکسیژن خون و کاهش مقاومت RBC	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت بیمار را توصیف نماید. - تعادلی میان فعالیت و استراحت بیمار فراهم کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نشانه های عدم تحمل فعالیت بیمار را بررسی نمائید. ۲- بیمار را از نظر خطر افتادن بررسی کرده و راهکارهای مناسب را اجرا کنید. ۳- در صورت نیاز از پالس اکسی متری استفاده و ۹۲% sat یا کمتر را گزارش کنید. ۴- در صورت تجویز پزشک، اکسیژن بدهید و بیمار را تشویق به تنفس عمیق نمائید. ۵- فراهم کردن و اجازه زمانی برای داشتن حداقل ۹۰ دقیقه استراحت بدون مزاحمت. ۶- بیمار را به افزایش تدریجی فعالیت ها در جهت تحمل بر اساس ارتقاء و بهبود شرایط تشویق کنید. ۷- مجدداً بیمار را از نظر علایمی که نمایانگر تسکین یافتن علائم و افزایش حد تحمل فعالیت بدن بال درمان است، بررسی نمائید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - تعادلی میان فعالیت و استراحت ایجاد نماید. - علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت را بیان نماید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خون رسانی ناکافی بافتی، قلبی ریوی، بطنی، کلیه و مغزی ناشی از اختلال فرآیند انعقاد خون، فیبرینولیز و افزایش وزیکوزیته خون، قطع گردش خون بطور ثانویه در پی فعال شدن عوامل ترومبوتیک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علائم و نشانه های اختلال در خون رسانی بافتی، قلبی ریوی، بطنی، کلیه و مغزی ناشی از اختلال فرآیند انعقاد خون را توصیف کند. ۲. پیشگیری از بروز اختلال در خون رسانی خون رسانی بافت، قلبی ریوی، بطنی، کلیه و مغزی ناشی از

اختلال فرآیند انعقاد خون را در برنامه مراقبت از بیمار لحاظ نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- انعقاد خون و خونریزی را با معیارهای ذیل بررسی کنید: الف – پایش نشانه های حیاتی. ب – کنترل عصبی شامل آگاهی، وضعیت عقلانی، واکنش مردمک به نور و سطح هوشیاری و پاسخ حرکتی. ج – پایش جذب و دفع، گزارش یافته های قابل توجه و مهم. د – پایش زخم های جراحی: مسیرهای معده روده ای، ادراری تناسلی و غشاهای مخاطی از نظر خونریزی. هـ - پایش اشباع اکسیژن از طریق پالس اکسی متری هر ۲ ساعت یا بر طبق نیاز، گزارش اشباع اکسیژن ۹۲٪ یا کمتر از آن. ۲- بیمار را به تغییر وضعیت هر ساعت در بستر یا انجام فعالیت بدنی و حرکت کردن در حد تحمل تشویق نمائید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: ۱- اجتناب از پوشیدن لباس تنگ و فشاری. ۲- در صورت استعمال سیگار، برقراری برنامه قطع سیگار.	

بیان مشکل	Problem Definition
حفاظت ناموتر بدلیل افزایش خطر خونریزی بطور ثانویه ناشی از خونریزی در پی بروز DIC و کاهش شمارش پلاکتها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - رعایت نکات حفاظتی مورد توجه در برنامه مراقبتی از بیمار در معرض خطر خونریزی را شرح دهد. - علائم و نشانه های اختلالات خونریزی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نشانه های حیاتی و سطح هوشیاری را در فواصل مکرر و منظم پایش و تغییرات قابل توجه را گزارش نمائید. ۲- درد شکم، اتساع شکم، تغییرات صداهای روده و شکم همانند board like را بررسی نمائید. ۳- محل های تزریق را بطور منظم بررسی نمائید. ۴- در صورت امکان، محل های خونریزی را توسط یخ، فشار، استراحت و بالا نگهداشتن عضو درمان نمائید.	

آموزش به بیمار	۵- به تغییرات بینایی، سردرد و درد مفاصل آگاه باشید. ۶- انعقاد خون و سایر معیارهای آزمایشگاهی خونی را پایش کنید. ۷- پیشگیری، کنترل اوغ زدن، تهوع، سرفه، فشار و زور به همراه حرکات روده، اجتناب از تزریق عضلانی، به حداقل رساندن vein puncture. ۸- به نشانه های بعد از رعایت احتیاطات خونریزی، توجه کنید.
Patient Education	
آموزش به بیمار	به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: ۱- به بیمار در مورد استفاده از Shaver الکتریکی و مسواک نرم و اجتناب از خروج ترشحات بینی با فشار، خم شدن (پائین آوردن سر پائین تر از قلب) و پروسیجرهای تروماتیک (مثل تنقیه، کنترل درجه حرارت از طریق رکتوم) توصیه کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز اختلال در تمامیت پوست یا اختلال در تمامیت بافت ناشی از اختلال در گردش خون بطور ثانویه متعاقب خونریزی و ترومبوز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. علائم و نشانه های اختلال در تمامیت پوست و بافت را شرح دهد و به موقع تشخیص دهد.	
۲. اقدامات پیشگیری کننده در بروز اختلال در تمامیت بافت و پوست را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- پوست بیمار را از نظر تغییرات رنگ، درجه حرارت و حس بررسی کنید.	
۲- از چرخاندن بیمار هر ۲ ساعت و توجه به استفاده از (پوستین) sheepskin درنواحی آرنج و پاشنه ها، افزایش توزیع فشار توسط پدهای پنبه ای و کشیده نشدن اندام ها در هنگام چرخاندن بیمار اطمینان حاصل نمائید.	
۳- بر اساس دستور، بیمار را به حرکات در دامنه حرکتی فعال در تمام اندام ها هر ۲ ساعت، تشویق نمائید.	
۴- گرم نگهداشتن اندام های بیمار.	
۵- بطور متناوب از نوارهایی برای نگه داشتن پانسمان در محل، نظیر گازهای پوشاننده استفاده نمائید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید:	
۱- انجام حرکات بدنی فعال بطور منظم.	
۲- اجتناب از قرار گرفتن در معرض سرما.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد بدلیل سردرد، آنژین، خارش، عدم راحتی شکم و مفاصل بطور ثانویه در ارتباط با اختلال گردش خون رخ داده ناشی از افزایش وزیکوزیته خون، واقعه خونریزی در پی آن نشت خون در بافت ها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. اقدامات پیشگیری کننده در بروز درد ناشی از اختلال در گردش خون متعاقب افزایش وزیکوزیته خون، واقعه خونریزی در پی آن نشت خون در بافت ها را شرح داده و در برنامه مراقبتي قرار دهد. ۲. معیارهای بررسی درد را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- وجود سردرد، آنژین، درد شکم و مفاصل را بررسی و از ابزار ارزیابی درد و عدم راحتی بیمار استفاده کنید. ۲- به بروز شکایت درد و حساسیت به لمس ساق پای بیمار توجه کنید. ۳- در صورت وجود عدم راحتی مفاصل و یا پوست، مفاصل را استراحت داده و اندام را بالا قرار دهید. استفاده آرام از دامنه حرکتی مفاصل در حد تحمل. اجتناب از روی هم انداختن پاها و پوشیدن لباس های تنگ ضروری است. از کمپرس سرد یا یخ استفاده کنید. ۴- در صورت تجویز پزشك مسکن و ضد درد بدهید. از ضد درد حاوی آسپرین یا ضد التهاب غیر استروئیدی مگر در صورت دستور پزشك اجتناب کنید. ۵- به بیمار مبنی بر درخواست ضد درد قبل از تشدید درد آموزش دهید. ۶- بیمار را به استفاده از روش های کنترل درد غیر دارویی نظیر آرام سازی و انحراف فکر تشویق کنید. ۷- از کمان تختی، بالا نگه داشتن اندام و حمایت پا توسط بالش، در صورت نیاز گرم نگه داشتن اندام، ایجاد يك محیط آرام در بیمار مبتلا به ترومبوسایتوپنی، استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - شناسایی و بررسی درد و گزارش فوری آن نسبت به درخواست ضد درد پیش از تشدید درد.	
بیان مشکل	Problem Definition
عدم تعادل تغذیه، کمتر از نیاز بدن بدلیل بی اشتهايي بطور ثانویه در ارتباط با احساس پری، ناشی از احتقان سیستم ارگانیگ درپلي سایتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - نیازهای تغذیه ای بیمار را بررسی نماید.	

- روشهای ارتقاء دهنده کیفیت تغذیه را در برنامه مراقبتي لحاظ نماید.	توصیه های پرستاري Nursing Recommendations
۱- وزن بیمار را بطور روزانه کنترل کنید. ۲- پایش جذب مایعات، تشویق به دریافت مایعات در صورت ضرورت. ۳- بیمار را به خوردن غذا در وعده های کوچک، مکرر و ثبت جذب و دریافت غذا تشویق کنید. ۴- بررسی و دریافت اطلاعات در مورد غذاهای مورد علاقه در صورت عدم دسترسی، در بیمارستان به آن غذاها. ۵- به بیمار به اجتناب از غذاهای محرک و خوردن غذاهای سالم توصیه کنید. ۶- به بیمار در مورد اجتناب از دریافت آهن و مرکبات همراه غذا آموزش دهید. ۷- در صورت نیاز مشاوره تغذیه انجام دهید. ۸- به بیمار و اطرافیان در مورد چگونگی ثبت و حفظ جذب مایعات و غذای روزانه آموزش دهید.	آموزش به بیمار Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - چگونگی ثبت و حفظ جذب مایعات و غذای روزانه توسط بیمار و اطرافیان. - اجتناب از دریافت آهن و مرکبات همراه غذا. - اجتناب از دریافت غذاهای محرک و خوردن غذاهای سالم.	

بیان مشکل Problem Definition	خون رسانی ناکافی بافت مغزی و قلبی و عروقی در ارتباط با کاهش حجم خون بطور ثانویه بدنبال فلبوتومی.
برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes	پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های اختلال در خونرسانی بافت بدنبال فلبوتومی را شرح و لیست نماید. - اقدامات پیشگیری کننده از بروز اختلال در خونرسانی بافت در برنامه مراقبتي بیمار را شرح دهد.
توصیه های پرستاري Nursing Recommendations	۱- تاکیکاردی، افت فشارخون، درد قفسه سینه یا گیجی در طی روش را بررسی و در صورت بروز این علائم به تیم مراقبت بهداشتی اطلاع دهید. ۲- بیمار در هنگام انجام روش فلبوتومی باید بخوابد. ۳- بعد از انجام روش، بمدت ۱۰-۵ دقیقه قبل از حرکت در وضعیت نشسته قرار گیرد.
آموزش به بیمار Patient Education	به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید:

- رعایت احتیاطاتی بخصوص بیماران افراد سالمند و مبتلا به بیماریهای مزمن در مورد احتمال بروز افت فشارخون وضعیتی و نیاز به در هنگام ایستادن حداقل ۳-۲ روز بعد از انجام فلبوتومی.
--

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز عفونت ناشی از اختلال در عملکرد مغز استخوان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- علائم و نشانه های بروز عفونت های موضعی و سیستمیک را نام برده و لیست کند.	
- اقدامات پیشگیری کننده از بروز عفونت را توصیف کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- پایش WBC.	
۲- نشانه های عفونتهای موضعی و سیستمیک نظیر تب، لرز، کسالت، تورم و درد را بررسی کنید.	
۳- به داشتن بهداشت و مراقبت از دهان و پرینه بطور روزانه تاکید کنید.	
۴- از تماس با افراد مبتلا به سرماخوردگی یا عفونت اجتناب کنید.	
۵- به بیمار در مورد گزارش علائم و نشانه های عفونت آموزش دهید.	
۶- در صورت بستری شدن در بیمارستان، بیمار را در اتاق خصوصی و اتاق ایزوله قرار داده و از ایزوله محافظتی استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید:	
- گزارش علائم و نشانه های عفونت.	
- اجتناب از تماس با افراد مبتلا به سرماخوردگی یا عفونت.	

بیان مشکل	Problem Definition
خون رسانی ناکافی بافت در ارتباط با قطع جریان خون شریانی بطور ثانویه در پی پارگی یا آمبولی شریان در بیمار مبتلا به آنوریسم و آمبولی متعاقب تشکیل ترومبوز وریدی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- علائم و نشانه های اختلال در خونرسانی بافت در ارتباط با قطع جریان خون شریانی بطور ثانویه در پی پارگی یا آمبولی شریان در بیمار مبتلا به آنوریسم و آمبولی متعاقب تشکیل ترومبوز وریدی را توصیف کند.	

- پیشگیری از بروز اختلال در خونرسانی بافت در ارتباط با قطع جریان خون شریانی بطور ثانویه در پی پارگی یا آمبولی شریان در بیمار مبتلا به آنوریسم و آمبولی متعاقب تشکیل ترومبوز وریدی در برنامه مراقبت از بیمار توضیح دهد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- نبض های محیطی را حداقل هر یک ساعت بررسی و کاهش یا فقدان نبض را گزارش کنید. ۲- حس محیطی به همراه نشانه های حیاتی را بررسی و به بیمار در مورد گزارش اختلال در حس و گزارش علائم به افراد تیم درمانی آموزش دهید. ۳- از اندازه گیری دقیق جذب و دفع و توجه خاص به برون ده ادرار اطمینان حاصل کنید. ۴- هرگونه تغییراتی در رنگ اندام ها، پرشدگی مجدد مویرگی و عملکرد حرکت یا تشدید درد را گزارش کنید. ۵- بیمار در وضعیت راحت و استراحت در بستر نگه دارید. ۶- هر نوع اسهال خونی را به افراد تیم درمانی گزارش کنید. ۷- در صورت تجویز پزشک، بتابلوکرها را در جهت کاهش تحریک پذیری و انقباض پذیری میوکارد بدهید. ۸- به گزارش درد، اریتم، افزایش قطر اندام، گرمای موضعی، رنگ پریدگی بخش دیستال اندام، اتساع وریدها در ترومبوز ورید توجه کنید. در صورت وجود این علائم، بیمار باید استراحت نموده به تیم درمان اطلاع دهد. ۹- پایش و گزارش خونریزی، درد قفسه سینه ناگهانی، تنگی نفس، افزایش سرعت نفس، تاکیکاردی، افت فشار خون، غلظ خون و تنفس سطحی، رال O2 sat کمتر از ۹۲٪ و کاهش صداهای تنفس و تعریق. در صورت DVT از انجام تمرینات بدنی در دامنه حرکتی مفاصل خودداری شود.	

آموزش به بیمار	Patient Education به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - گزارش هر نوع اسهال خونی به افراد تیم درمانی. - به گزارش درد، اریتم، افزایش قطر اندام، گرمای موضعی، رنگ پریدگی بخش دیستال اندام، اتساع وریدها در ترومبوز ورید توجه شود. در صورت وجود این علائم، بیمار استراحت نموده به تیم درمان اطلاع دهد.
-----------------------	---

بیان مشکل	Problem Definition اختلال در تمامیت بافت در ارتباط با اختلال در گردش خون شریانی بطور ثانویه در پی فرآیند آترواسکلروزیس و صدمات دیواره وریدی، افزایش انعقاد پذیری ناشی از ترومبوفلیت.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes پرستار باید قادر باشد:

علائم و نشانه های اختلال در تمامیت پوست و بافت را شرح دهد و به موقع تشخیص دهد. اقدامات پیشگیرانه کننده در بروز اختلال در تمامیت بافت و پوست را توضیح دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ساق پا و یا فضای مابین انگشتان را از نظر وجود زخم بررسی کنید. ۲- به بیمار در مورد اهمیت راه رفتن و داشتن تمرینات در دامنه حرکتی مفاصل لگن، زانو و قوزک آموزش دهید. ۳- در مورد برنامه تمرین از سوی افراد تیم درمانی توضیح دهید. ۴- به بیمار در مورد چگونگی بررسی نبض های محیطی، گرما، حس، رنگ اندام تحتانی، تشویق به مشاهده روزانه پا توسط بیمار و اعضاء خانواده در صورت وجود اختلال بینایی بیمار آموزش دهید. ۵- به قطع استعمال سیگار و تنباکو تشویق کنید. ۶- در مورد اهمیت گرم نگه داشتن پاها و محافظت توسط پوشیدن جوراب در هنگام راه رفتن یا در بستر توضیح دهید. ۷- نکات احتیاطی در مورد استفاده از پدهای گرمایی را رعایت کنید. ۸- در مورد اهمیت نور چراغ در اتاق خواب و حمام توضیح دهید. ۹- نکات احتیاطی در اجتناب از ایجاد فشار در نواحی استخوانی را رعایت کنید. ۱۰- نکات احتیاطی در پوشاندن تمام نواحی در تماس با محیط و هوای سرد را رعایت کنید. ۱۱- بررسی علائم و نشانه های DVT، ترمبوز ورید سطحی، بررسی عوامل موثر در بروز ترومبوفلیت نظیر کم تحرکی، تروما به پا، کم آبی، سیگار، واریس ورید، بارداری، چاقی، جراحی، بدخیمی و استفاده از OCP. ۱۲- در صورت بروز ترمبوز بیمار را به استراحت و بالانگه داشتن پای مبتلا، گرم نگه داشتن اندام و بانداز الاستیک و دریافت مایعات کافی تشویق کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
درد مزمن در ارتباط با انسداد و ایسکمی آترواسکلروتیکی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
- اقدامات پیشگیرانه کننده در بروز درد در ارتباط با انسداد و ایسکمی آترواسکلروتیکی را شرح داده و در برنامه مراقبتی قرار دهد. - معیارهای بررسی درد را توضیح دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. وجود درد را بررسی و از معیار بررسی درد استفاده کنید.	

- در صورت وجود دستور پزشك ضد درد بدهید. - تسكين درد را در هنگام استفاده از مقياس بررسي درد ثبت كنيد. - آموزش به بیمار و داشتن استراحت هنگام لنگیدن (درد شديد و كرامپس) ضروري است. در صورت لنگیدن و درد در هنگام استراحت، تشويق بیمار در قراردادن پاها در وضعيت وابسته و اطمینان از گرم نگه داشتن اندام توسط پوشیدن جوراب و پتو بطور مناسب.
--

آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید:	
- آموزش به بیمار و داشتن استراحت هنگام لنگیدن (درد شدید و کرامپس) ضروري است. در صورت لنگیدن و درد در هنگام استراحت، تشویق بیمار در قراردادن پاها در وضعیت وابسته و اطمینان از گرم نگه داشتن اندام توسط پوشیدن جوراب و پتو بطور مناسب.	

بیان مشکل	Problem Definition
خونساني ناکافي بافت محيطي در ارتباط با کاهش جريان خون شرياني بطور ثانويه در پي کلفتي ديواره داخلي و نازکي لومن شرياني يا انسداد حاد بطور ثانويه بدنبال آمبولي گرافت پس از جراحي، قطع گردش خون وریدي ناشي از ادم و احتقان وریدي.	

برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علائم و نشانه های اختلال در خونرسانی بافت محیطی در ارتباط با کاهش جریان خون شریانی بطور ثانویه در پی کفתי دیواره داخلی و نازکی لومن شریانی یا انسداد حاد بطور ثانویه بدنبال آمبولی گرفت پس از جراحی، قطع گردش خون وریدی ناشی از ادم و احتقان وریدی را توصیف کند. ۲. پیشگیری از بروز اختلال در خونرسانی خونرسانی بافت محیطی در ارتباط با کاهش جریان خون شریانی بطور ثانویه در پی کفתי دیواره داخلی و نازکی لومن شریانی یا انسداد حاد بطور ثانویه بدنبال آمبولی گرفت پس از جراحی، قطع گردش خون وریدی ناشی از ادم و احتقان وریدی در برنامه مراقبت از بیمار توضیح دهد.

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بررسی وجود درد و تغییرات درجه حرارت پوست، رنگ، عملکرد حسی و حرکتی، بالا نگه داشتن اندام در صورت وجود تشکیل ترومبوز و استفاده از بانداژ الاستیک و بازکردن آن تقریباً بمدت ۱۵ دقیقه هر ۸ ساعت و تشویق بیمار به انجام تمرینات بدنی در مفاصل به صورت فعال و غیرفعال را انجام دهید.	
۲- بررسی نبض های محیطی و اندام درگیر از نظر 6P و گزارش یافته های مهم ضروری است.	
۳- پیشگیری و ایجاد فشار بر بافت، استفاده از کمان تختی یا محافظت کننده ها در تخت.	
۴- فشار خون را بررسی و هر گونه افزایش یا کاهش بیش از ۲۰-۱۵ میلی متر جیوه را گزارش کنید.	

۵- به مدت ۷۲-۴۸ ساعت اول بعد از جراحی، از خم شدن حاد مفصل در صورت وجود گرافت پیشگیری کنید.
۶- در صورت فقدان نارسایی حاد قلب یا کلیه، تشویق به دریافت مایعات به میزان کافی.
Patient Educationآموزش به بیمار
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: -انجام تمرینات بدنی در مفاصل به صورت فعال. - پیشگیری از خم شدن حاد مفصل در صورت وجود گرافت. - دریافت مایعات به میزان کافی.

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد در ارتباط با فرآیند التهابی بدنبال تشکیل ترومبوز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- اقدامات پیشگیری کننده در بروز درد ناشی فرآیند التهابی بدنبال تشکیل ترومبوز را شرح داده و در برنامه مراقبتی قرار دهد. - معیارهای بررسی درد را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر وجود درد، ثبت درجه درد و استفاده از مقیاس ارزیابی درد پایش کنید و در صورت وجود دستور پزشک ضد درد بدهید. ۲- از داشتن استراحت در بستر در طی مرحله حاد اطمینان یابید. ۳- در صورت وجود دستور، استفاده از کمپرس گرم و مرطوب انجام شود. اطمینان از بکار کردن گرما (نه خیلی گرم)، پیشگیری از ایجاد سرما ضروری است. ۴- بالا نگه داشتن پا در صورت امکان. ۵- از خم کردن لگن و زانو اجتناب کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - بالا نگه داشتن پا در صورت امکان. - اجتناب از خم کردن لگن و زانو.	

Problem Definition	بیان مشکل
حفاظت ناموثر در ارتباط با ضد انعقاد درمانی جهت درمان DVT.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - رعایت نکات حفاظتی مورد توجه در برنامه مراقبتی از بیمار در معرض خطر خونریزی را شرح دهد. - علائم و نشانه های اختلالات خونریزی را شرح دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- پایش اثرات جانبی مصرف زیاد ضد انعقاد از نظر: الف- افزایش خونریزی از محل های نظیر GU، GI، وریدی، تنفسی و زخم ها. ب- توسعه پورپورا و پتشی و یا هماتوم جدید. ج- درد استخوانی و مفاصل. د- تغییرات وضعیت ذهنی. هـ در صورت PTT بیشتر از ۲-۲/۵ در مصرف هپارین و یا افزایش INR/PT در صورت مصرف وارفارین. ۲- پایش بیمار از نظر اثرات جانبی بصورت کمتر و کم ضد انعقاد از نظر: الف- تشکیل لخته (علائم و نشانه های آمبولی ریه و یا ترومبوز ورید محیطی) ب- PTT و INR/PT پائین از از میزان مورد نظر. ج- بررسی ترومبوسیتوپنی، پلاکت کمتر از ۱۰/۰۰۰ ناشی از ایجاد آنتی بادی، ایجاد ضد پلاکت در پی مصرف هپارین.	
Patient Education	آموزش به بیمار
به بیمار در زمینه های ذیل آموزش دهید: - شناسایی علائم و نشانه های اختلالات خونریزی و در صورت بروز آن گزارش به موقع آن علائم.	

منابع مورد استفاده:	
Gulanick,M. (2007). Nursing care plans: Nursing diagnosis and intervention. 6th ed, St.louis, Mosby-Elsevier Co. Swearingen, P. (2008). All-In - One, care planning resource. 2nd ed, St.louis, Mosby – Elsevier, Co. Ulrich, S; Canale ,S (2001) .Nursing care planning guide . 5nd ed. Philadelphia.. W.B.Saunders, Co.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

ایدز (AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome

بیان مشکل	Problem Definition
نقص ایمنی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عفونت کنترل شود. ۲. خدمات تخصصی در موارد زیر ارائه گردد: - درمان مشکلات پوستی، - درمان زخمهای دهان و حلق، - کنترل تب و درد، - کنترل سرفه و مشکلات تنفسی، - درمان و مراقبت در مواردیکه بیمار اسهال دارد، - تنظیم رژیم غذایی مناسب، - کاربرد درمانهای موضعی و درمانهای حمایتی، - پیگیری دستورات دارویی، - پیشگیری از انتقال بیماری به سایرین.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- کنترل عفونت: ۱. درمان های ضد ویروسی را برحسب وضعیت خاص بیمار ارائه کنید. ۲. بیمارها و عفونتهای مرتبط با HIV از جمله عفونتهای فرصت طلب را درمان کنید. ۳. درمان و کنترل سل؛ مرور و بررسی وضعیت سل در کلیه بیماران، فراهم ساختن مراقبت بالینی و درمان علائم؛ پیگیری درمانهای ضد سل، استفاده از کوتریماکسازول و یا فلوکونازول ۴. عفونت های منتقله از راه جنسی (STI) را درمان و کنترل نمایند. - ارائه خدمات تخصصی در موقعیت های خاص مرتبط با HIV/AIDS: ۱. درمورد پیگیری مراقبت و رعایت ART و درمان پیشگیری کننده، بیمار را بررسی و حمایت نمایند. ۲. در رابطه با یافتن علائم و نشانه های جدید، مصرف داروها و اثرات جانبی داروها بررسی بالینی مجدد بعمل آورید. ۳. وضعیت بارداری را مرور و بررسی نمایند.	

۴. خانم باردار را جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری ارجاع دهید.
۵. حمایت و پیگیری ARV تراپی.
۶. مشکلات مزمن از قبیل اسهال مداوم، کاندیدیازیس شدید یا عود کننده، تب مداوم و کاهش وزن را درمان نمایند.
۷. تنظیم و مرتب نمودن برنامه درمان از طریق:
 - توزیع و ثبت داروها،
 - برنامه ریزی جهت پیگیری،
 - پیوستن به سرویسهای موجود در جامعه،
 - ثبت اطلاعات روی کارت مخصوص،
 - پیشگیری درمورد PLHA (مشاوره درمورد روابط جنسی ایمن و فراهم ساختن کاندوم)،مشاوره درمورد انتخاب همسر و زندگی زناشویی، بچه دار شدن، توصیه به هم خانه ها درمورد رعایت احتیاطات لازم.
- ارائه خدمات پرستاری به بیماران در هنگام بستری شدن:
 ۱. موقعیت ها و مشکلات بیمار را بررسی نمایند.
 ۲. بیمار را سریعاً از نظر علائم اورژانسی کنترل نمایند.
 ۳. مشکلات زیر را در همه بیماران کنترل نمایند:
 - سرفه یا تنفس مشکل،
 - سوء تغذیه و مشکلات تغذیه ای یا آنمی،
 - زخم ها و عفونتهای دهان و حلق،
 - درد.
 ۴. درمانهای خاص را طبق تجویز اجرا نمایند.
 ۵. درمان و برطرف کردن علائم از جمله:
 - درمان درد برطبق طرح درمانی.
 - فراهم ساختن مداخلات پیشگیری کننده: مراقبت از دهان، پیشگیری از زخم بستر، حمام کردن بیمار، پیشگیری از سفتی و انقباضات عضلات.
 - درمان علائم کلیدی از جمله کاهش وزن، تهوع و استفراغ، زخم های دهانی، درد در هنگام بلع، بیوست، بی اختیاری ادرار و مدفوع، اسهال، اضطراب و افسردگی.
 - ۶- موارد زیر را در طی درمان کنترل نمایند:
 - طبق راهنمای توصیه شده، بیمار باید حداقل هر ۳ ماه یکبار از نظر CBC، بیوشیمی خون و آزمونهای عملکرد کبدی ارزشیابی شود.
 - کنترل بالینی.

- درك و احساس بیمار از نحوه درمان.
- تغییرات وزن بدن.
- تغییراتی در دفعات یا شدت علائم مربوط به HIV مثل تب ، اسهال ، ...
- کنترل آزمایشگاهی:
- کاهش سطح : Viral load حداقل 1 log تا ۴ هفته بعد از درمان.
- CD4 cells/mm3 در اولین سال بعد از تکمیل درمان ضد ویروسی سطح CD4 به ۲۰۰ - ۱۰۰ cells/mm3 افزایش می یابد.
- ارائه توجهات خاص در مورد مسائل جنسی.
- فراهم ساختن و ارائه مراقبت در مراحل پایانی.
- برنامه ریزی جهت ترخیص.

- راهبردهای پیشگیری از HIV/AIDS :

۱. به منظور تغییر رفتار ارتباط برقرار کنید (Behavior Change Communication (BCC)).
۲. ارائه اطلاعات، آموزش و برقراری ارتباط (IEC).
۳. در مورد روابط جنسی ایمن آموزش دهید.
۴. راهبرد دورستی با نوجوانان و جوانان در پیش بگیرید.
۵. در مورد مهارتهای زندگی آموزش دهید.
۶. میزان آسیب را کاهش دهید.
۷. حمایت و آموزش از سوی گروههای همسان.
۸. درگیر ساختن PLHA به عنوان مربی.
۹. مراقبت و پیشگیری از STI را انجام دهید.
۱۰. مشاوره داوطلبانه برای انجام آزمایشات (VCT).

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. در مورد اثرات نجات بخش ARV آموزش دهید.
 ۲. در مورد اینکه این داروها فقط باعث کنترل بیماری می گردد و باعث علاج و ریشه کنی دائمی نمی شود، تاکید نمایید.
 ۳. در مورد اینکه مصرف داروها از انتقال بیماری به دیگران جلوگیری نکرده و بنابراین هنوز در هنگام انجام مقاربت های جنسی باید از کاندوم استفاده نماید، تاکید نمایید.
 ۴. در مورد اهمیت مصرف صحیح روزانه داروها برای حفظ سطح مناسب پلاسمایی تاکید نمایید.
 ۵. در مورد اینکه داروها باید روزانه دو بار در زمان معین (حتما هر ۱۲ ساعت) مصرف شوند و به هیچ وجه خودسرانه قطع نشوند، آموزش دهید.
- ✓ Abacavir , Videx , ddI حداقل ۳۰ دقیقه قبل یا يك ساعت بعد از صرف غذا مصرف شوند.

✓ : Saquinavir با غذاهاي پر چرب مصرف شوند، چنانچه با گريپفورت خورده شود جذب آن افزايش مي يابد.

✓ : Indinavir , Ritonavir با يك وعده غذا يا ميان وعده سيك مصرف شوند.

- نگهداري داروها:

۱. كليه ضد ويروسها ي فعلي را مي توان در درجه حرارت اتاق نگهداري كرد به جز Ritronavir يا Norvir.
۲. بايد بدانيد كه شيشه هاي حاوي كپسول هاي ضد ويروسي را بايد در يخچال نگهداري نماييد.
۳. يك دوز را حداكثر به مدت ۱۲ ساعت مي توانيد در درجه حرارت اتاق نگهداري نماييد.
۴. در صورت بروز تهوع بيمار را به دريافت داروها همراه با غذا تشويق كنيد.
۵. در صورت بروز سردرد علائم مننژيت را بررسي كنيد، در صورت مثبت بودن نياز به درمان دارد. دادن مسكن براي تخفيف درد موثر است. به بيمار توصيه كنيد در صورت تداوم بيشتر از ۲ هفته گزارش به پزشك يا پرستار لازم است.
۶. به بيمار توصيه در صورت بروز اسهال افزايش مصرف مایعات، مایعات وریدی يا ORS ضروري است. اسهال معمولاً ۴-۶ هفته طول مي كشد، در صورت طولاني تر شدن تماس براي درمان لازم است.
۷. به بيمار توصيه خستگي معمولاً ۴-۶ هفته طول مي كشد. در صورت شديد بودن تماس با تيم درمانی - بهداشتی لازم است.
۸. به بيمار توصيه اضطراب و افسردگي معمولاً كمتر از سه هفته طول مي كشد در صورت شدت آن و يا افكار خودكشي بايد با روانپزشك مشاوريه گردد.

1. Shapiro, K. Benatar, S. R. (2005). "HIV prevention research and global inequality: steps towards improved standards of care" __BMJ Publishing Group Ltd & Institute of Medical Ethics ; 31:39 – 47
2. Machtinger E. L, Bangsberg D. R. (2005). Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. In: Peiperl L, Coffey S, Volberding PA, eds. *HIV In Site Knowledge Base* [textbook online]; San Francisco: UCSF Center for HIV Information; May 2005.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. May 4, 2006. Available online at [aidsinfo.nih.gov/Guidelines/ GuidelineDetail.aspx?GuidelineID=7](http://aidsinfo.nih.gov/Guidelines/GuidelineDetail.aspx?GuidelineID=7).

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم گوارش

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه‌ای، دریافت تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با ناتوانی در جذب مواد غذایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. رژیم غذایی خود را تحمل کند و تجربه‌ای از تهوع و نفخ شکم نداشته باشد.	
۲. وزن در حد ایده‌آل باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با پزشک و متخصصین تغذیه در مورد رژیم غذایی، فراهم نمودن ۶ وعده غذا در یک روز، تهیه غذاهای خشک مثل نان تست، ذرت، و کراکرها، تهیه غذاهای کم کربوهیدرات و نمک و چربی متوسط و پر پروتئین، همکاری کنید.	
۲. به بیمار توصیه کنید از مصرف کربوهیدرات کنسانتره خودداری کند.	
۳. مصرف غذاهای داغ را توصیه نکنید.	
۴. از پودر پکتین مخلوط با آب استفاده کنید. اگر که به قدر کافی مخلوط با آب نشود بیمار ممکن است احساس خشکی در دهان را تجربه کند.	
۵. به بیمار توصیه کنید بین وعده‌های غذایی آب استفاده کند و از نیم ساعت قبل از غذا تا یک ساعت پس از غذا، آب مصرف نکند.	
۶. از داروی آنتی کولی نرژیک ۳۰ دقیقه قبل از وعده غذایی استفاده و اثرات دارو را بررسی کنید.	
۷. سطح گلوکز را کنترل کنید.	
۸. جذب و دفع را هر ۸ ساعت اندازه گیری کنید.	
۹. روزانه وزن را کنترل کنید.	
۱۰. پس از صرف غذا، بیمار به وضعیت خوابیده قرار گیرد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد اهمیت برنامه غذایی توضیح دهید و تأکید بر وعده غذایی در هر بار کم و به دفعات باشد.	
توضیح دهید چه غذاهایی را مصرف کند و چه غذایی برای مددجو ممنوع می‌باشد.	
۲. تأکید کنید که غذا را به آرامی خورده و کاملاً بجود.	
۳. در مورد اینکه سندرم معمولاً موقتی است و ۲-۳ هفته ادامه می‌یابد، توضیح دهید.	
۴. به مددجو آموزش دهید پس از صرف غذا به سمت چپ بخوابد و خصوصاً در موقع غذا خوردن از	

موقعیت های استرس زا بپرهیزد.
۵. به استفاده از روش های آرام بخش تأکید کنید.
۶. مددجو را به پیگیری های مجدد تشویق کنید.
۷. برنامه غذایی پروتئین و کم چربی و کم کربوهیدرات تهیه کنید.
۸. بر اهمیت عدم مصرف مایعات در حین غذا خوردن تأکید کنید.
۹. تلفن و اسامی مراقبین در منزل و تیم های درمانی را فراهم کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با افزایش حجم خون درون پریتون، استفراغ و یا سوراخ شدن معده ایی روده ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. برآوردن مایعات به حد کافی با مشاهده ی تورگور طبیعی پوست و مرطوب بودن پوشش مخاطی.	
۲. ثابت شدن علائم حیاتی.	
۳. حفظ تعادل بین جذب و دفع.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت مایعات را بررسی کنید.	
۲. مددجو را در وضعیت ناشتا قرار دهید.	
۳. هر یک ساعت و یا در صورت لزوم علائم حیاتی و فشار ورید مرکزی را کنترل نموده و علائم شوک را مشاهده نمایید.	
۴. الکترولیتها، آنتی بیوتیکها و ویتامین ها را به مدد جو برسانید.	
۵. وزن را روزانه اندازه گیری کنید (از نظر زمان و لباس و طریقه وزن گیری هر روز یکسان باشد).	
۶. هر یک یا دو ساعت جذب و دفع را اندازه گیری کنید. در صورت کمتر از ۳۰cc در ساعت به پزشک اطلاع داده شود (زیرا ممکن است دچار عوارض کلیوی شود).	
۷. به آسپراسیون (کشیدن) مایعات از حفره صفاقی و یا لاولژ کمک کنید، درن را به وسیله دراژر (تخلیه کننده) اتصال دهید و:	
- مقدار محتویات تخلیه شده را اندازه گیری کنید.	
- برای بررسی از نظر کشت و حساسیت، نمونه ها را به آزمایشگاه بفرستید.	
۸. مایعات و گازهای خونی و هموگلوبین و هماتوکریت را مرتباً بررسی کنید.	
۹. انجام دادن حرکات فعال و غیر فعال اندام ها هر ۴ ساعت آموزش داده شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی نامنظم به دلیل درد و اتساع شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تنفس و صداهای تنفس به حد طبیعی برسد. ۲. مددجو توانایی انجام تمرینات تنفسی را داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تنفسی را از نظر عمق، مقدار تنفس و سرعت آن بررسی کنید. ۲. مددجو را در محیطی آرام و با بالا قرار دادن سر وی در زاویه ۳۵ - ۴۵ درجه در حالت استراحت قرار دهید. ۳. مددجو را از نظر اکسیژن درمانی کنترل کنید. ۴. به مددجو برای حرکت کردن هر ۴ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ۱ - ۲ ساعت یک بار کمک کنید. ۵. هر ۴ ساعت صداهای تنفسی را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه ای بصورت دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن به علت استفراغ و نقص در جذب آن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تهوع و استفراغ وجود نداشته باشد. ۲. تحمل مواد غذایی به حد کافی وجود داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. لوله معدي روده ای را بررسی کنید. الف) لوله را به ساکشن متناوب با فشار کم متصل کنید. ب) مشخصات، مقدار، رنگ و بوی مواد دفع شده (تخلیه شده) را کنترل کنید. ج) بطور مکرر بهداشت دهان و بینی را فراهم کنید. ۲. حرکت گازهای روده و نفخ شکم را کنترل کنید. ۳. صداهای روده ای را هر ۸ ساعت کنترل کنید. ۴. هپیرالیمانتاسیون وریدی را پایش کنید. ۵. پس از برداشتن لوله معده، مایعات صاف شده را در حد تحمل برای بیمار فراهم کنید. ۶. در صورت انجام جراحی مراقبت پس از عمل را انجام دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با التهاب و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. درد را در حدّ تحمل بیان کند.	
۲. استفاده از وسایل متفاوت برای رهایی از درد را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی نوع، محل و شدّت درد با استفاده از معیار درد انجام دهید.	
۲. مصرف ضدّ درد را برای مددجو فقط پس از تشخیص انجام دهید.	
۳. بررسی مداخلات مؤثر برای کاستن درد بیمار را انجام دهید.	
۴. وضعیت مناسب را برای به حداقل رساندن فشار در شکم به مددجو بدهید.	
۵. وضعیت بیمار را در زمان های مناسب تغییر دهید (تغییر وضعیت با کمترین ناراحتی برای مددجو صورت گیرد).	
۶. دوره های استراحت برای مددجو برنامه ریزی کنید.	
۷. تکنیک های متفاوت کاهش درد را به کار ببرید.	
۸. فعالیت های انحراف فکر و کاهش توجه به درد را به کار ببرید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب به دلیل بحران موقعیتی (در حال حاضر).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساس و درک راه های مثبت انطباق را بیان نماید.	
۲. آرامش و راحتی را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را از نظر درک اطلاعات در مورد بیماری بررسی کنید.	
۲. در مورد تدابیر برای برطرف کردن درد و استفاده از روش آرام سازی بحث کنید.	
۳. بر اهمیت علائم و نشانه ها تأکید و در صورت وجود، آنها را به پزشک اطلاع دهید.	
۴. اطلاعاتی در مورد رژیم غذایی (رژیم غذایی در حدّ تحمل، خودداری از مصرف غذاهای محرک) فراهم کنید.	
۵. در مورد داروها و عوارض جانبی آنها توضیح دهید.	
۶. بیمار را به پیگیری های مجدّد تشویق نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با اسهال و از دست دادن مایعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی شود. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. تورگور پوستی در حد کفایت باشد. ۴. الکترولیت ها در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین ها را کنترل نمایید. ۲. علائم کم آبی و شوک را بررسی و سطح هوشیاری را (LOC) هر ۲ ساعت کنترل نمایید. ۳. علائم حیاتی را هر ۲ - ۴ ساعت مانیتور نمایید. ۴. جذب و دفع مایعات را هر ۸ ساعت اندازه گیری نمایید. ۵. وزن روزانه را (در زمان، معیار و مقیاس یکسان) اندازه گیری نمایید. ۶. الکترولیت ها، هموگلوبین و هماتوکریت را مانیتور نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با کاهش سطح جذب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تکرر دفع کاهش یابد. ۲. قوام مدفوع در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اثرات داروهای ضد اسهال، آنتی اسیدها، آنتاگونیست های گیرنده ی هیستامین را بررسی کنید. ۲. مدفوع، رنگ و قوام و مقدار و تکرر آن را مانیتور (پایش) کنید. ۳. مراقبت از ناحیه پرینه را پس از دفع انجام دهید. ۴. صداهای روده را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۵. مدفوع را از نظر خون بررسی و آنرا گزارش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه بصورت دریافت کمتر از نیاز بدن به دلیل از دست دادن سطح جذب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مددجو در حد طبیعی حفظ شود. ۲. تغییرات مورد نیاز در مورد رژیم غذایی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. همپیرالیمانتاسیون دستور داده شده را برقرار کنید. ۲. قند و استون ادرار را ۴ بار در روز مانیتور کنید. ۳. خط ورید مرکزی را از نظر عفونت مشاهده و در صورت نیاز و روزانه پانسمان را تعویض کنید. ۴. از رژیم غذایی دستور داده شده از طریق لوله معده و یا خوراکی و با توجه به اشتها مددجو هر دو ساعت ۳۰۰ cc تا ۳۵۰ cc ، استفاده کنید. ۵. در مورد بررسی برنامه تغذیه ای به صورت دوره ای، با مددجو و افراد فامیل مددجو صحبت کنید. ۶. از همکاری متخصص تغذیه استفاده و به مددجو در مورد رژیم غذایی و مواد غذایی مشاوره دهید. ۷. اثرات و عوارض جانبی آنتی اسیدها و آنتی کلي نرژیک ها را بررسی و پایش کنید. ۸. دریافت مواد غذایی را اندازه گیری و کالری لازم را برقرار کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
اطلاعات لازم در مورد برنامه غذایی به مددجو داده شود : ۱. به مددجو توصیه کنید معمولا رژیم غذایی کم لاکتوز و پر کالری مصرف کند. ۲. مددجو را به جویدن کامل غذا تشویق کنید. ۳. به مددجو توصیه کنید در صورت مشاهده علائم ذیل به پزشک گزارش نماید: تهوع، استفراغ، اسهال و دیگر مشکلات گوارشی. ۴. هدف از کاربرد و نام و دوز، زمان مصرف دارو و عوارض جانبی داروها را برای وی توضیح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات بطور ثانویه در رابطه با استفراغ و تهوع و تب و تعریق زیاد.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. تورگور پوستی طبیعی و تشنگی نداشته و وزن ثابت باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم حیاتی و سطح هوشیاری و شوک هیپوولمیک را بررسی کنید.	

۲. مددجو را ناشتا قرار داده و سطح مایعات وی را اندازه گیری کنید.
۳. جذب و دفع مایعات را اندازه گیری کنید.
۴. برای دریافت الکترولیت ها و آنتی بیوتیک ها و ویتامین ها راه غیر خوراکی (پارنترال) را برقرار و حفظ کنید.
۵. لوله ی معدي روده اي را وارد و کنترل نموده و به ساکشن مداوم متصل و دفع را هر ۸ ساعت اندازه گیری ، همچنین محتویات، رنگ و قوام مواد ساکشن شده را مشاهده کنید.
۶. لوله را هر ساعت پایش کنید.
۷. قرار دادن سوندفولی و گزارش دفع ادراری به پزشک در صورتیکه ادرار کمتر از ۳۰ cc در ساعت باشد.
۸. الکترولیت ها، هموگلوبین ها و هماتوکریٹ را پایش کنید.
۹. در صورتی که دستور داده شود مددجو را برای جراحی آماده نمایید.
۱۰. مددجو را از نظر اتساع و درد یا سفت و سخت شدن شکم بررسی و این موارد را به پزشک گزارش کنید.
۱۱. دور شکم را هر ۸ ساعت برای کنترل نفخ و اتساع شکم اندازه گیری کنید.
۱۲. به بیمار توصیه کنید تا ۲۵۰۰ cc در روز از طریق خوراکی مایعات مصرف کند مگر اینکه کنترا اندیکاسیون داشته باشد.
۱۳. مددجو را به حرکت تشویق نمایید.
۱۴. مواد دفعی را از نظر رنگ، قوام و مقدار مشاهده و از بیوست پیشگیری کنید.
۱۵. وزن مددجو را روزانه اندازه گیری کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با اتساع و سفتی شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو شکایتی از درد نداشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱) مددجو را در وضعیتی قرار دهید که وی راحت باشد، البته زانو ها هیپرفلکسیون نداشته باشد.	
۲) شدت و محل و نوع درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید.	
۳) اثرات و عوارض جانبی داروهای ضد درد را بررسی و کنترل و از مصرف مرفین برای پیشگیری از کاهش حرکات روده اجتناب کنید.	
۴) دوره های استراحت را برای بیمار فراهم کنید.	
۵) به مددجو کمک و به وی برای انجام حرکات فعال و غیر فعال Rom و تمرینات هر ۴ ساعت، آموزش دهید.	
۶) مددجو را بطور مکرر تغییر وضعیت داده و ماساژ پشت و مراقبت از پوست مددجو را انجام دهید.	

(۷) بهداشت دهان را در فواصل منظم براي بیمار فراهم کنید. (۸) صداهای روده را سمع و به افزایش رژیدیتی شکم و یا درد توجه کنید. (۹) عدم وجود صداهای روده را به پزشک گزارش نمایید. (۱۰) به بیمار برای انجام مداخلات لازم برای رهایی از درد آموزش دهید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسي غير موثر در رابطه با اتساع شکم و سختي آن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو تمرینات تنفسي را انجام دهد. ۲. ریت و ریتم تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
(۱) وضعیت تنفس را بررسی و از نظر عمق و سرعت تنفس مشاهده کنید. (۲) برای افزایش اتساع ریه سر بیمار را به میزان ۴۰-۶۰ درجه بالا قرار دهید. (۳) در مورد حرکت کردن و سرفه هر ۴ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ساعت، به بیمار کمک و آموزش دهید. (۴) برای بررسی تنفسي هر ۴ ساعت سمع ریوی را انجام دهید. (۵) اکسیژن درمانی را مانیتور کنید. (۶) در هنگام استفاده از اسپیرومتری هر یک ساعت تا ۲ ساعت، از بیمار حمایت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در ارتباط با بحران موقعیتی تغییرات و وضعیت جسمی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد: ۱. درک از بیماری اش را بیان کند. ۲. مهارت های انطباق مثبت را در هنگام اضطراب شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
(۱) رفتارهای انطباقی بیمار را بررسی و وی را به استفاده از مهارت های تطابقی موفق قبلی تشویق کنید. (۲) به بیمار اجازه دهید در مورد اضطراب و ترسش صحبت کند و محیط آرامی را برایش فراهم کنید. (۳) پروسیجرها و معالجات در حال انجام را به مددجو توضیح دهید. (۴) محیطی آرام ایجاد کنید و خانواده و افراد نگه دارنده وی را تشویق و حمایت کنید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
(۱) رژیم غذایی مددجو را برایش توضیح دهید و بر اهمیت پیروی از رژیم غذایی و آهسته غذا خوردن، جویدن غذا بطور کامل و خوردن در فواصل منظم، تاکید کنید. (۲) نحوه پیشگیری از یبوست را به بیمار توضیح دهید: - استفاده از لاکسانو طبیعی و یا نرم کننده ی مدفوع، - دریافت مایعات به میزان ۲۵۰۰ سی سی در روز، - افزایش فعالیت در حد تحمل، (۳) در مورد علائم و نشانه هایی نظیر درد شکم، کرامپ، اتساع شکم و تهوع و استفراغ آموزش بدهید و از بیمار بخواهید تا در صورت بروز آن ها به پزشک گزارش کند. (۴) بیمار را به ادامه معالجات و پیگیری آن تشویق کنید. (۵) از بیمار بخواهید تا در صورتی که جراحی لازم داشته باشد به بخش جراحی مراجعه کند. • آموزش هنگام ترخیص (۱) بیمار را به انجام تمرینات بدنی در منزل برای افزایش قدرت عضلانی تشویق کنید. (۲) بیمار را به پیشرفت دادن فعالیت ها به آهستگی تشویق کنید. (۳) بیمار را به راه رفتن کوتاه مدت تشویق کنید. (۴) به دریافت مواد غذایی و مایعات در حد کافی تاکید کنید. (۵) از بیمار بخواهید تا وزنش را هر هفته کنترل کند. (۶) بیمار را به پیگیری مجدد تشویق کنید. (۷) اگر جراحی نیاز دارد در این مورد به وی آموزش دهید. • آموزش ترخیص و منزل (۱) وی را به انجام تمرینات Rom در منزل و افزایش آن تشویق کنید. (۲) وی را به افزایش فعالیت به آهستگی تشویق کنید. (۳) وی را به راه رفتن تشویق کنید. (۴) اهمیت دریافت کامل مایعات را برای بیمار توضیح دهید. (۵) از بیمار بخواهید تا وزنش را هر هفته مانیتور کند.	

Problem Definition	بیان مشکل
الگوی تنفسی نا مؤثر در رابطه با درد محل برش جراحی و یا بیهوشی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱. تعداد و ریتم تنفس طبیعی شود. ۲. صداهای تنفسی بطور واضح شنیده شود.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تنفسی را از نظر تعداد، نوع و مشخصات تنفس بررسی کنید.	
۲. سر بیمار را در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار دهید.	
۳. صداهای ریوی را هر ۲ ساعت سمع کنید.	
۴. به مددجو برای حرکت کردن و سرفه هر ۲ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ساعت و حمایت محل برش جراحی همیاری و کمک و آموزش دهید.	
۵. هر ۱-۲ ساعت برای بیمار اسپیرومتری انجام دهید.	
۶. قبل از انجام مداخلات درمانی- مراقبتی از داروی ضد درد تجویز شده برای بیمار استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در ارتباط با ساکشن معده، اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد.	
۲. جذب و دفع متعادل باشد.	
۳. نبض های محیطی قابل لمس باشد.	
۴. مصرف مایعات با توجه به تورگور پوست و پرشدن مویرگی به حد کفایت برسد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در هنگام ناشتا بودن مددجو، او را از نظر وضعیت مایعات بررسی کنید این موارد شامل تورگور پوست، مرطوب بودن مخاط پوششی و پرشدن مویرگی است.	
۲. مایعات وریدی، الکترولیت ها، ویتامین ها و آنتی بیوتیک ها را حفظ کنید.	
۳. علائم حیاتی بیمار را هر ۲-۴ ساعت یکبار کنترل کنید.	
۴. پانسمان را از نظر تخلیه ترشحات زیاد و خونریزی کنترل کنید.	
۵. در صورت نیاز از وسایل و کیسه مخصوص استومی استفاده کرده و محتویات آنرا هر ۸ ساعت یکبار اندازه گیری کنید.	
۶. لوله بینی- معده ای- روده ای را کنترل و آنرا به ساکشن متناوب متصل کنید و اقدامات زیر را انجام دهید:	
- اندازه گیری مواد تخلیه شده هر ۸ ساعت،	
- بررسی رنگ و قوام مواد تخلیه شده،	
- شستشو با مقداری نرمال سالین اندازه گیری شده.	
۷. جذب و دفع مایعات را اندازه گیری و مددجو را از نظر اضافه وزن، ادم و رال ریوی بررسی کنید.	

۸. الکترولیت‌های سرم را کنترل کنید.
۹. مددجو را به تغییر وضعیت برای تحریک نمودن جریان گردش خون تشویق، سوند فولی و سیستم بسته آنرا پایش، دفع ادراری را هر ۲ تا ۴ ساعت اندازه‌گیری و اگر ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت باشد به پزشک گزارش دهید.
۱۰. در صورت ضرورت آزمایش گایاک را برای بررسی خون ریزی روده‌ای انجام دهید.
۱۱. طی ۲-۳ روز پس از عمل شکم را از نظر اتساع مشاهده و صداهاي روده ای را بررسی کنید.
۱۲. نبضهای محیطی، علائم ادم و پرشدگی مویرگی را کنترل و بررسی کنید.
۱۳. بیمار را به پوشیدن و در آوردن جوراب‌های ضد آمبولی و مراقبت از پوست آن تشویق کنید.
۱۴. بیمار را به حرکت دادن پاها و انگشتان برای بهبود جریان گردش خون وریدی تشویق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. درد بیمار بصورت قابل تحمل گزارش شود.	
۲. مددجو ظاهری آرام و راحت را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محیطی آرام در هنگام استراحت مددجو فراهم نمایند.	
۲. محل، مشخصات و شدت درد را با استفاده از معیار رتبه بندی بررسی کنید.	
۳. مداخلات انجام شده برای برطرف نمودن درد را بررسی و عوارض جانبی آن‌ها را مشاهده کنید.	
۴. درد بیمار را با دادن داروهای تجویز شده توسط پزشک در طی ۴/۸ ساعت اولیه پس از جراحی کنترل نمایند.	
۵. بیمار را به حرکت برای کاستن از ناراحتی وی به دلیل وجود گازهای روده‌ای تشویق کنید.	
۶. فواصل زمانی مناسب استراحت برای بیمار که چندین اقدام مراقبتی پی در پی دارد فراهم نمایند (گذارن فاصله زمانی مناسب برای استراحت بین چند اقدام مراقبتی برای بیمار).	
۷. بطور مکرر مددجو را تغییر وضعیت داده و از ماساژ پشت برای رفع خستگی بیمار و فراهم کردن آسایش و راحتی بیمار استفاده کنید.	
۸. به بیمار در مورد استفاده از روش‌های برطرف کردن درد بدون مصرف دارو مانند تنفس عمیق و آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال خطر آسیب به پوست در ارتباط با افزایش ترشحات محل زخم، تغییرات جریان خون و تغذیه بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. محل زخم بدون وجود هیچ‌گونه عارضه بهبود یابد. ۲. بافت تمیز، خشک و سالم اطراف محل بخیه و زخم را بپوشاند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بهداشت بینی و دهان را بطور مکرر رعایت نموده و رطوبت دهان و بینی مددجو را حفظ کنید. ۲. پانسمان را در صورت نیاز تعویض نموده و از چسب‌های ضد حساسیت استفاده کنید. ۳. فرآیند ترمیم و بهبودی زخم را بررسی کنید. ۴. علائم تخلیه عفونت را بررسی و در صورت نیاز از محل زخم کشت تهیه کنید. ۵. اطراف محل بخیه‌ها را حفظ کنید به صورتی که ناحیه تمیز و خشک باشد. ۶. هنگامی که مددجو سرفه می‌کند محل بخیه‌ها را ثابت نگه دارید تا از باز شدن آن‌ها پیشگیری شود. ۷. لوله و سوندها را با استفاده از نوارچسب راحت و مطمئن بطور دائم حفظ کنید. ۸. اگر زخم درناژ دارد از یک سیستم تخلیه زخم استفاده کنید. ۹. رنگ و وضعیت استوما و سلامت پوست اطراف استوما را بررسی کنید. ۱۰. اگر رکتوم بسته شده باشد ناحیه پرینه را بدین صورت بررسی کنید: - حفظ نمودن تمیزی و خشکی پوست، - تعویض نمودن پانسمان در صورت لزوم. ۱۱. درناژ زخم را از نظر افزایش محتویات تخلیه شده مشاهده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
بی‌اختیاری روده در ارتباط با بی‌حرکتی، تغییر در دریافت مواد غذایی و محل جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو باید قادر باشد عواملی را که موجب تغییر در دفع شده را دریابد (درک کند). ۲. مواد دفعی نرم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. برای پیشگیری از استفراغ داروهای تجویز شده را بدهید و برای خنثی نمودن اسید معده، آنتی اسید و مهار کننده هیستامین تجویزی، داده شود. ۲. بررسی عادات روده‌ای قبل از عمل و مواد غذایی دریافتی را انجام دهید، سپس علت تغییر توضیح داده شود.	

۳. مشاهده از نظر دفع گازها را انجام دهید.
۴. صداهای روده‌ای را هر ۸ ساعت تا برگشت به وضعیت معمول سمع کنید:
۵. اولین حرکات دودی روده را پس از عمل مشاهده کنید و همچنین از نظر رنگ قوام، مقدار، دفعات دفع بررسی کنید.
۶. در صورت تجویز، ویتامین K داده شود.
۷. در مورد شستشوی استومی و کاربرد وسایل آن به بیمار آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با ناشتا بودن، ساکشن معدي، روده‌ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مناسب داشته باشد.	
۲. تحمل مواد غذایی بدون ناراحتی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از برگشت صداهای روده، کلمپ (بستن) لوله روده‌ای و یا برداشتن آن و شروع نمودن رژیم غذایی مایعات صاف شده با میزان معین شده، با پزشک متخصص تغذیه هماهنگی و همکاری نمائید و مددجو را از نظر تحمل و یا ناراحت بودن در مورد مواد دریافتی بررسی نمائید.	
۲. پس از تحمل رژیم مایع، رژیم نرم یا معمولی را در حد تحمل تجویز کنید.	
۳. در تهیه رژیم غذایی پر پروتئین و غذاهای پر از ویتامین C برای پیشرفت در بهبودی محل جراحی همکاری کنید.	
۴. بیمار را بطور دائم از نظر سندرم سوء جذب پس از جراحی روده کوچک و استئاتوره، اسهال و از دست دادن وزن، بررسی نمائید.	
۵. وزن را بطور روزانه اندازه‌گیری نمائید.	
۶. جذب و دفع را پایش نمائید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. مواد آموزشی نوشتاری در مورد رژیم غذایی و محدودیت‌های آن را تهیه نمائید.	
۲. چگونگی تعویض پانسمان، مراقبت از زخم و تکنیک تمیز کردن را برای بیمار شرح دهید.	
۳. در مورد علائم عفونت محل زخم مثل درد، قرمزی، تورم، بو و درناژ با بیمار صحبت کنید.	
۴. مطالب لازم در مورد مراقبت از استومی را آموزش دهید.	
۵. اهمیت پیشگیری از یبوست و استفاده از ملین‌ها یا داروی تجویز شده را توضیح دهید.	
۶. در مورد فعالیت و نیاز به استراحت و انجام ورزش و جا به جا نمودن اشیاء سنگین (بیش از ۱۰-۵ پوند) به مدت ۶-۸ هفته توضیح دهید.	

۷. توصیه‌های پزشك در مورد جراحي و نتايج آنرا تكرر كنيد.
۸. اسامي داروها، تعداد، هدف استفاده از آن، زمان مصرف و عوارض جانبي آنها را توضيح دهيد.
۹. بيمار را به پيگيري و مراجعه به پزشك تشويق كنيد.
آموزش در هنگام ترخيص:
۱. در مورد پيگيري رژيم غذايي توضيح دهيد اين موارد شامل:
- مصرف ويتامين C و غذاي پرپروتئين.
- دريافت ۶ وعده غذاي كم حجم، براي كاستن احساس پري.
- نوشيدن مايعات.
- خوردن آهسته و جويدن غذاها بطور كامل.
۲. در مورد نوع پانسمان‌هاي مورد نياز و هزينه آن اطلاعاتي را فراهم كنيد.
۳. چگونگي رعايت بهداشت، شستن دست‌ها و استفاده از تكنيك تميز و تعويض پانسمان را توضيح دهيد.
۴. در مورد علائم و نشانه‌ها و گزارش آن به پزشك در موارد ذيل توضيح دهيد:
- تندرns، درناژ، قرمزي اطراف انسزيون.
- افزايش درد، اتساع شكم.
- خونريزي از محل برش محل جراحي.
- تهوع و استفراغ.
۵. براي كمك گرفتن در مورد غذاهاي آماده، مراقبت شخصي و مسافرت كردن بيمار را به منابع حمايت كننده ارجاع دهيد.

Problem Definition	بيان مشكل
	درد در ارتباط با التهاب آپانديس و يا مداخلات جراحي.
Expected Outcomes	برآيندهاي مورد انتظار
	- درد كاهش يابد
Nursing Recommendations	توصيه هاي پرستاري
	۱. وضعيت راحت و استراحت نسبي را فراهم كنيد.
	۲. مراقبت از پوست و ماساژ پشت را براي راحتي مددجو انجام دهيد.
	۳. مددجو را گرم و خشك حفظ كنيد.
	۴. شدت درد را بررسي كنيد.
	۵. فعاليت‌هاي انحراف فكر را انجام دهيد و از تكنيك‌هاي درماني تصوري و تنفس عميق استفاده كنيد.
	۶. اثرات مداخلات انجام شده را بررسي كنيد.

۷. فعالیت مددجو در حد تحمل وي زياد شود.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال عفونت در ارتباط با برش محل جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. برش محل جراحی خشک و تمیز و سالم باشد.	
۲. محل برش لا پاروسکوپی بدون قرمزی و التهاب باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل پانسمان را از نظر علائم عفونت (تب، تخلیه ترشحات، اریتم و بوي بد) بررسی کنید.	
۲. هر ۴-۲ ساعت یکبار درجه حرارت را پایش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در رابطه با مداخلات جراحی و ترس از ناشناخته ها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید ترس خود را بیان کند و اضطراب وي برطرف شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در مورد معالجات و شیوه های مورد استفاده برای مددجو توضیح دهید.	
۲. توضیحات پزشک در مورد جراحی و تدابیر درمانی را مرور کنید.	
۳. مددجو را به صحبت کردن و بیان نمودن احساساتش تشویق کنید.	
۴. رفتارهای انطباقی و حمایت های مثبت و پاسخ های وي را ثبت کنید.	
۵. تکنیک های برطرف کردن استرس را به بیمار آموزش دهید.	
۶. بیمار را در مورد برقراری ارتباط با دیگران تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد آموزش ها و دستورالعمل های پزشکی با بیمار صحبت کنید.	
۲. به بیمار توصیه کنید فعالیت هایش را در حد تحمل افزایش دهد و از جابجا نمودن اجسام سنگین به مدت ۶-۴ هفته خودداری کند.	
۳. به بیمار توصیه کنید در صورت بروز درد در موقع حرکت کردن (احتمال آبسه رتروسکال)، گزارش دهد.	
۴. به بیمار توصیه کنید تب و افزایش درد شکم، لرز و درد محل برش جراحی، قرمزی، تورم یا خروج ترشحات از محل زخم را گزارش کند.	
۵. مراقبت از برش محل جراحی و یا زخم را به مددجو آموزش دهید.	

۶. استفاده از انما ممنوع می‌باشد معمولاً از سومین روز بعد از عمل نرم کننده مدفوع (ملین) داده می‌شود.

بیان مشکل	Problem Definition
ناموثر بودن الگوی تنفسی در رابطه با سختی و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. بیمار توانایی انجام تمرینات تنفسی را بیان کند.	
۲. صداهای ریوی و تنفس طبیعی شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید تا تنفسش آسان‌تر شود. از خم کردن زانو بر روی شکم خودداری کنید.	
۲. وضعیت تنفسی را بررسی کنید.	
۳. صداهای تنفسی را هر ۴ ساعت سمع کنید.	
۴. اکسیژن درمانی را مانیتور کنید.	
۵. به مددجو آموزش داده و کمک کنید که هر ۴ ساعت سرفه کند و تغییر وضعیت دهد و هر ساعت تنفس عمیق داشته باشد.	
۶. به مددجو آموزش داده و کمک کنید هر ۲ ساعت اسپرومتری انجام دهد.	
۷. تعادل بین فعالیت و استراحت را برقرار کنید.	
۸. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت پایش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در ارتباط با استفراغ و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مایعات در حد طبیعی باشد و تور گور پوست آن را نشان دهد.	
۲. جذب و دفع متعادل باشد.	
۳. صداهای روده‌ای طبیعی باشد.	
۴. الکترولیت‌ها در حد طبیعی باشند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را ناشتا قرار داده و وضعیت مایعات مددجو را بررسی کنید.	
۲. مایعات پرنترال به همراه الکترولیت‌ها را در حد طبیعی برقرار کنید.	
۳. لوله بینی معدی را حفظ نموده و به ساکشن متناوب با فشار کم وصل کنید.	

۴. لوله معده را با چسب به بینی بچسبانید و هر ساعت لوله را مانیتور کنید. ۵. مشخصات، مقدار و اسیدیته و رنگ محتویات تخلیه شده را هر ۴ ساعت پایش کنید و هر گونه تغییرات را به پزشك گزارش کنید. ۶. لوله معدي- روده‌اي ممکن است به ایلئوم وارد شود و به ساکشن با فشار کم وصل شود. شستشوي معده با مقدار نرمال سالین دستور داده شده را انجام دهید و رنگ و مقدار محتویات را گزارش کنید. ۷. جذب و دفع را اندازه‌گیری و ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت را به پزشك گزارش کنید. ۸. الکترولیت‌ها را پایش کنید. ۹. هنگامی که دفع معدي و روده‌اي کاهش یابد و صداهای روده‌اي به حالت طبیعی برگردد طبق دستور پزشك لوله را ببندید و مایعات را به اندازه دستور داده شده (آب ولرم، ۳۰ سی سی در هر ساعت) برای مددجو تجویز کنید. در صورتی که نفخ شکم و کرامپ روی داد، کلمپ را باز کنید و در صورت تحمل تغذیه، لوله را بردارید. ۱۰. بطور مداوم جذب و دفع مایعات را تا به حد کفایت رسیدن اندازه گیری کنید. ۱۱. هر روز مددجو را در يك زمان و با لباس یکسان وزن کنید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در رابطه با کاهش دریافت مواد غذایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. شناسایی عواملی که موجب یبوست می‌شود.	
۲. مواد دفعی نرم شده و شکل گرفته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اثرات و عوارض جانبی داروهای استفاده شده برای افزایش پرستالسیس را مورد بررسی قرار دهید.	
۲. استفاده از نرم کننده مدفوع را توصیه کنید.	
۳. هر ۴ ساعت صداهای روده‌اي را سمع کنید.	
۴. به بیمار توصیه کنید با پیشرفت حرکات دودی روده، رژیم غذایی پر فیبر و مایعات لازم را دریافت کند.	
۵. بیمار را به حرکت کردن تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. توضیحات پزشك در مورد ایلئوس فلجی را مجدداً به مددجو توضیح دهید.	
۲. تدابیر و درمانها را برای بیمار توضیح دهید.	
۳. در مورد روشهایی که موجب کاهش تجمع هوا در روده ها می‌شود، توضیح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با تهوع، اسهال، بی‌اشتهایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مایع درمانی کافی انجام شود. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. علائم حیاتی در حیطه طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۴ ساعت در صورت نیاز علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. در صورت ناشتا بودن، سطح مایعات بدن را بررسی کنید. ۳. مایع درمانی همراه با آنتی بیوتیک و الکترولیت‌ها را برقرار کنید. ۴. مقادیر الکترولیت‌ها را کنترل کنید. ۵. با پزشک و متخصصین تغذیه همکاری کنید تا پس از برداشتن لوله معده و یا برطرف شدن تب و درد رژیم غذایی مایعات شروع شود و در صورت تحمل تبدیل به مایعات نرم و سپس رژیم پر فیبر شود. ۶. ۲۵۰۰ سی‌سی در روز مایعات بدهید مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد. ۷. مقدار خونریزی در مدفوع را بررسی و مانیتور کنید. ۸. پایش هموگلوبین و هماتوکریت را انجام دهید. ۹. کنترل انتقال خون را انجام دهید. ۱۰. به مددجو برای حرکت دادن پاها هر ۴ ساعت یکبار، کمک کنید. ۱۱. جذب و دفع مایعات را اندازه‌گیری و در صورت دفع کمتر از ۳۰ سی‌سی در یکساعت به پزشک گزارش کنید. ۱۲- بیمار را روزانه وزن کنید (لباس و ساعت و معیار یکسان باشد).	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در رابطه با بی‌اشتهایی و دریافت رژیم غذایی کم فیبر و بی‌حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. رژیم غذایی پر فیبر را تحمل کند. ۲. مدفوع نرم و شکل گرفته دفع شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. لوله معدی - بینی را بررسی و ساکشن کم فشار متناوب را انجام دهید تا لوله باز شود. لوله را با مقداری نرمال سالین شستشو کنید و محتویات دفع شده معده را هر ۸ ساعت اندازه‌گیری نمایید.	

۲. سمع صداهای روده را هر ۴ ساعت انجام دهید.
۳. پایش مدفوع از نظر قوام، رنگ و مقدار و دفعات دفع و سفت شدن آنرا انجام دهید.
۴. در صورت تحمل مددجو را تشویق کنید تا حرکت کند تا حرکات دودی روده افزایش یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با التهاب و تحریک روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. درد در حد تحمل گزارش شود.	
۲. بیمار ظاهری آرام داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به بیمار در وضعیت آرامی، استراحت دهید.	
۲. محل، مشخصات و شدت درد را بررسی کنید.	
۳. از ضد درد دستور داده شده استفاده کنید و از مصرف مرفین خودداری کنید سپس اثرات داروها را بررسی کنید.	
۴. از مددجو بخواهید تا هر ۲ ساعت تنفس عمیق انجام دهد و جابجا شود.	
۵. دوره های استراحت برنامه ریزی شده برای بیمار تعیین و آنرا حفظ کنید.	
۶. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت دهید.	
۷. بیمار را به استفاده از روش های غیر دارویی درد مانند تکنیک ریلکسیشن با تنفس عمیق و حمام گرم تشویق کرده و آموزش دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. درک مددجو از بیماری را بررسی کنید.	
۲. دستورات غذایی و ارتباط بین مصرف غذاها و بیماری را برای مددجو توضیح دهید.	
۳. لیستی از غذاهای پرفیبر مانند میوه ها و سبزیجات را برای مددجو فراهم کنید.	
۴. اهمیت غذا خوردن منظم و آهسته و جویدن کامل غذا را توضیح دهید. به بیمار توصیه کنید از مصرف الکل و کافئین ها خودداری کند و در هر روز ۸ لیوان آب مصرف کند مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد.	
۵. در مورد اهمیت دفع برای وی توضیح دهید مثل برقراری عادات دفعی منظم، جلوگیری از ایجاد یبوست، سفت شدن مدفوع، مصرف ملین ها و انما.	
۶. استفاده از پسلیوم و رژیم غذایی پر فیبر را به مددجو توصیه کنید.	
۷. بطور منظم به پزشک مراجعه کند.	
- آموزش ترخیص:	
۱. در مورد تنظیم دفع روده ای صحبت کنید و بیمار را به خودداری از اضطراب، نوشیدن مایعات، ساعت	

منظم براي دفع و مصرف رژيم غذايي پرفيبر تشويق كنيد. ۲. علائم و نشانه‌هاي برگشت بيماري را توضيح دهيد همانند: درد در ربع تحتاني چپ شکم، کرامپ، اسهال، يبوست، خون در موفوع.

بيان مشكل	Problem Definition
كمبود حجم مايعات در رابطه با از دست دادن مايعات شكم (اسهال).	
برآيندهاي مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حياتي ثابت شود.	
۲. كم آبي برطرف شده بدین‌صورت كه تورگور پوست طبيعي و پوشش مخاطي مرطوب باشد.	
۳. جذب و دفع متعادل باشد.	
توصيه هاي پرستاري	Nursing Recommendations
۱. بيمار را ناشتا قرار داده و از نظر وضعيت مايعات بررسي كنيد.	
۲. الكتروليت‌ها و مايعات و ويامين ها را از طريق غير خوراكي تجويز كنيد.	
۳. علائم افزايش حجم جريان خون را بررسي كنيد.	
۴. جذب و دفع مثل استفراغ را هر ۸ ساعت اندازه‌گيري كنيد.	
۵. الكتروليت‌ها را پايش كنيد.	
۶. وزن را روزانه كنترل كنيد (وسيله اندازه‌گيري زمان و لباس يکسان باشد).	
۷. علائم حياتي را هر ۴ ساعت پايش كنيد. درجه حرارت ركتالي گرفته نشود و از نظر تغيير وضعيت ارتوسناتيك بررسي شود.	
۸. از ضد استفراغ و ضد تب تجويز شده استفاده كنيد.	

بيان مشكل	Problem Definition
اسهال در رابطه با التهاب روده.	
برآيندهاي مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. از دفعات دفع روده‌اي كاسته شود.	
۲. مددجو ابراز كند دفعش به حالت طبيعي و قبل از بيماري برگشته است.	
توصيه هاي پرستاري	Nursing Recommendations
۱. استراحت نسبي براي بيمار برقرار كنيد.	
۲. بررسي و پايش مقدار، دفعات و قوام و رنگ مدفوع را انجام دهيد.	
۳. مدفوع را از نظر وجود خون بررسي كنيد.	

۴. صداهای روده را هر ۸ ساعت سمع کنید.
۵. اثرات و عوارض جانبی داروهای مصرفی مثل ضد اسهال، آنتی بیوتیک‌ها و استروئیدها را بررسی کنید.
۶. بین استراحت و فعالیت تعادل برقرار نمایید.
۷. محیط بدون بوی نامطبوع و تمیز باشد (پس از دفع).
۸. علائم پرفوراسیون روده شامل تب، تکی کاردی، خواب‌آلودگی و درد را پایش کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه، دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با اسهال و تغییرات جذب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مددجو طبیعی شود.	
۲. تستهای آزمایشگاهی در حد طبیعی باشند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تغذیه‌ای را بررسی و به مددجو برای شناسایی مواد محرک روده مانند میوه‌های خام و سبزیجات، نوشابه گازدار، شیرها کمک کنید.	
۲. رژیم غذایی پرکالری، پروتئین همراه با ویتامین‌ها تهیه کنید که دارای چربی و فیبر کم باشد ۶، وعده غذایی در روز مناسب است. در صورت نیاز هیپرالیمانتاسیون وریدی انجام شده و عناصر معدنی آماده هم داده شود.	
۳. مددجو را به شرکت در تهیه برنامه غذایی تشویق کنید تا احساس کنترل و افزایش دریافت مواد غذایی را داشته باشد.	
۴. دریافت مواد غذایی را ثبت کنید و از مصرف غذاهایی که کرامپ و اسهال ایجاد می‌کند، خودداری شود.	
۵. آنتی کلی نرژیک، ویتامین ب، ۱۲ تجویز شده، مصرف شود.	
۶. بیمار را به خوردن غذا به آهستگی، جویدن کامل و خوردن لقمه‌های کوچک تشویق کنید.	
۷. بهداشت دهان را رعایت کنید.	
۸. به بیمار توصیه کنید غذا را در محیط جذاب میل کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب به پوست در رابطه با کمبود تغذیه و تحریک پوست به علت اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. پوست اطراف مقعد تمیز و سالم باشد.	
۲. تورگور پوست و رنگ آن طبیعی باشد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناحیه اطراف رکتوم (مقعد) را از نظر التهاب، آبسه یا فیستول مورد بررسی قرار دهید.	
۲. به بیمار توصیه کنید پس از هر بار دفع ناحیه اطراف رکتوم را تمیز کند و با استفاده از آب و صابون شستشو دهد و از پماد محافظت کننده پوستی و پد خشک استفاده کند.	
۳. از حمام نشینگاهی تجویز شده استفاده کنید.	
۴. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت دهید.	
۵. از تشک هوا برای بیمار استفاده کنید.	
۶. با پرستار استومیت و زخم مشاوره کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در ارتباط با التهاب و تحریک روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱- اثرات داروهای آرام کننده را شرح دهد.	
۲- قابل تحمل بدون درد را بیان کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشخصات، شدت و محل درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید.	
۲. اثرات و عوارض جانبی سداتیوها، ضد دردها، شیاف رکتالی و پمادها را بررسی کنید.	
۳. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت داده و ماساژ پشت را انجام دهید.	
۴. فعالیت های انحراف فکر از درد را بکار برید.	
۵. مددجو را با کمک و در حد تحمل وی حرکت دهید.	
۶. استفاده از تدابیر و روش های غیر دارویی درد مثل تنفس عمیق، تکنیک های آرام بخش، تصویر سازی را به بیمار آموزش داده و وی را به انجام آنها تشویق کنید.	
۷. استراحت و فعالیت متعادل برقرار کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
انطباق ناموثر در رابطه با استرسورهای متعدد و تغییر در سبک زندگی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساسات و آمادگی بیشتر خود را بیان کند.	

۲. درك و نیاز به تغییر در سبك زندگی را شرح دهد.	
۳. رفتارها و مهارتهای انطباقی مؤثر را بیان کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. الگوهای انطباقی گذشته و در حال حاضر را بررسی کنید.	
۲. زمانی را برای ارتباط با مجامع و افراد دارای شك فراهم کنید.	
۳. ارتباط حمایتی با مددجو و دیگر افراد خانواده برقرار کنید.	
۴. اطلاعاتی در مورد گروه‌های حمایتی فراهم کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال جنسی در رابطه با تغییر در عملکرد بدن، بیماری و نقص در اطلاعات.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد:	
۱. در مورد احساسات خود صحبت کند.	
۲. در مورد درك از اختلالات جنسی صحبت کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. در مورد بدست آوردن اطلاعات کافی در مورد مشکلات جنسی صحبت کنید.	
۲. مددجو را به مطالعه در مورد وضعیت خود و کاربرد تکنیک‌های لازم در مشکلات جنسی، تشویق کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بیمار نحوه مراقبت از پوست را آموزش دهید.	
۲. بر رعایت بهداشت و خشك نگه داشتن پوست تأکید کنید.	
۳. عوارض جانبی داروهای مثل استروئید (ادم صورت، اولسرها، عفونت) را توضیح دهید.	
۴. اطلاعاتی در مورد هزینه وسایل لازم و مراکز حمایتی، در اختیار مددجو قرار دهید.	
۵. در صورتی که مددجو از هیپرالیمانتاسیون استفاده می‌کند استفاده از روش‌های آسپینک را توضیح دهید.	
۶. وی را به ترك سیگار تشویق کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات بدن بطور غیر طبیعی از راه ایلئوستومی، کشیدن محتویات معده و ناشتا بودن.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد.	
۲. جذب و دفع مایعات متعادل باشد.	

۳. دفع از طریق ایلئوستومی در حد طبیعی باشد.	
۴. الکترولیت‌ها در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم کم آبی در مددجو شامل کاهش تورگوپوست، خشکی مخاط، ... را بررسی کنید. ۲. مددجو در حالت ناشتا قرار دهید. ۳. مایعات غیر خوراکی با الکترولیت‌ها و ویتامین‌های مورد نیاز را حفظ کنید. ۴. سوند ادراری و میزان مواد دفعی آنرا بررسی کنید. ۵. لوله معدي – بینی که به ساکشن با فشار کم متصل است را کنترل و در صورت نیاز آنرا شستشو کنید. ۶. مواد دفعی ایلئوستومی را کنترل کنید که در روز از ۱۲۰۰ – ۸۰۰ سی سی بیشتر نشود. ۷. سوند اطراف ساکرال را اگر به سیستم تخلیه‌ای متصل است هر ۲ تا ۱۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت تا زمانی که کاملاً مواد دفعی خارج شده باشد، بررسی کنید. ۸. هر ۸ ساعت جذب و دفع را بررسی کنید و از نظر احتباس ادراری مددجو کنترل شود. ۹. علائم حیاتی را هر ۲ ساعت تا ثابت شدن وضعیت و سپس هر ۴ ساعت کنترل کنید. ۱۰. روزانه وزن را کنترل کنید. ۱۱. با پزشک در موقع درآوردن لوله معدي- بینی و شروع تغذیه مددجو همراهی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. مراقبت از پوست را آموزش دهید. ۲. بر رعایت بهداشت و خشک نگه داشتن پوست تأکید کنید. ۳. عوارض جانبی داروهای مثل استروئید (ادم صورت، اولسرها، عفونت) را توضیح دهید. ۴. در مورد هزینه وسایل لازم و مراکز حمایتی، اطلاعاتی در اختیار مددجو قرار دهید. ۵. در صورتی که مددجو از هیپرالیماتناسیون استفاده می‌کند استفاده از روش‌های آسپیتک را برایش توضیح دهید. ۶. مددجو را به ترک سیگار تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب به پوست در رابطه با درناژ به اطراف مقعد و ایلئوسیتون.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. بهبود زخم‌ها دیده شود و زخم خشک و سالم و تمیز باشد. ۲. بیمار افزایش توان در مراقبت از ایلئوستومی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناحیه پرینه را از نظر درناژ و مخاط و بو بررسی کنید.	

۲. در صورت نیاز تعویض پانسمان را انجام دهید و ناحیه را تمیز کنید. ۳. پوست اطراف ساکروم را تمیز کرده و در صورت نیاز تعویض پانسمان انجام شود. ۴. در صورتی که دستور داده شده باشد روزانه محل جمع‌آوری مواد دفعی شستشو شود و از التهاب پوشیت^۲ جلوگیری شود. ۵. از پدهای ضد آب در شب و یا در موقع حرکت کردن استفاده کنید. ۶. در مورد مراقبت ایلئوستومی به بیمار کمک کنید و هم چنین در موقعی که از نظر جسمانی و فیزیکی آماده باشد آنرا آموزش دهید. ۷. از وسایل مناسب و در دسترس استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. بر مراقبت از پوست اطراف پرینه و محل ایلئوستن تأکید کنید. ۲. در مورد ورزش کیگل و همچنین ورزش‌هایی که تون اسفنکتر آنال را افزایش می‌دهد به مددجو آموزش دهید. ورزش‌ها ۶ هفته پس از عمل شروع می‌شود. ۳. توضیحات پزشکی در مورد روش جراحی II را تکرار و به سؤالات مددجو جواب دهید. ۴. بر استفاده از رژیم غذایی مناسب و تمرینات ورزشی تأکید کنید. ۵. در مورد افزایش اسهال و درناژ و نفخ شکم، عدم وجود مدفوع و بوی بد آن، آموزش دهید. ۶. مددجو را به پیگیری مجدد تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن غیر طبیعی مایعات از طریق ساکشن معدي و محل جمع‌کننده در ایلئوم و وضعیت ناشتا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی ثابت شود. ۲. جذب و دفع در حد متعادل باشد. ۳. وزن ثابت باقی بماند. ۴. مایعات در حد کافی باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
مشابه موارد ۱ تا ۵ مرحله ۱ می‌باشد. موارد دیگر عبارتند از: ۶. جذب و دفع را هر ۸ ساعت اندازه‌گیری کنید. ۷. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت کنترل کنید.	

۸. وزن را روزانه کنترل کنید.
۹. مددجو را به حرکت پاها هر يك ساعت تشويق کنید.
۱۰. در مورد تنفس عميق و سرفه در هر ساعت آموزش دهید.
۱۱. كنترل هموگلوبين و هماتوكريت و الكتروليتها را انجام دهید.
۱۲. علائم احتباس ادراري و عفونت را پس از درآوردن سوند ادراري بررسی کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب پوست اطراف پرینه در رابطه با اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. زخم پرینه بهبود یابد.	
۲. پوست پرینه تمیز، خشك و سالم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در صورت نیاز پرینه را با آب شستشو داده و خشك کرده و از لباس نخی و نرم برای بیمار استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب پوستی (اطراف استوما) در رابطه با درناژ از محل استومی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. پوست اطراف استوما خشك و سالم باشد.	
۲. بیمار بتواند عملکرد استومی را بیان کند.	
۳. بیمار بتواند وسایل مورد نیاز در مراقبت از استومی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از عمل جراحی مراقبت از استومی و وسایل (کیسه و...) را شروع کنید.	
۲. اندازمگیری صحیح سوراخ کیسه استومی را در هر بار تعویض کیسه انجام دهید. اندازه آن $\frac{1}{4}$ اینچ بزرگتر از سوراخ استوما باشد.	
۲. در صورت لزوم کیسه استومی را تعویض و از نظر رنگ، مقدار و قوام مدفوع و رنگ استوما و پوست اطراف آن مشاهده کنید.	
۳. سلامت پوست اطراف استوما را به طریق زیر حفظ کنید:	
– شستشو با آب.	
– خشك نگه داشتن پوست استوما و استفاده از محافظ پوستی در زیر کیسه.	
۴. به بیمار زمانی که از نظر جسمی و روحی آمادگی داشت در مورد مراقبت از خود آموزش دهید.	

۵. از کیسه‌های شفاف بر روی استوما استفاده کنید.
۶. با پرستار استومیت مشاوره انجام دهید.
۷. برای کنترل بو از قطره دئودورانت مخصوص با بیسموت و کلروفیل استفاده کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تصور ذهنی از خود در رابطه با ایلئوستومی، کله‌سومی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساسات خود را بیان کند.	
۲. راهکارهای انطباق مثبت را برای تطابق با استومی توصیف کند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به مددجو برای قبول استومی کمک کنید و زمانی را به وی بدهید تا در مورد آن صحبت کند.	
۲. به سؤالات در مورد نوع درمان و شیوه بکار برده شده پاسخ دهید.	
۳. علائم انکار، ترس یا عصبانیت را مشاهده کنید.	
۴. مددجو را به مراقبت از خود بدون کمک گرفتن از دیگران تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال جنسی در رابطه با استومی و کمبود اطلاعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مرحله انطباق با استومی را در مددجو بررسی کنید.	
۲. مددجو را به برقراری ارتباط با دیگران تشویق کنید.	
۳. در مورد روش‌های کنترل بوی کیسه و فراهم کردن بهداشت برای وی توضیح دهید.	
بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با افزایش از دست دادن مایعات (ایلئوستومی).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی ثابت باشد.	
۲. جذب و دفع مایعات متعادل باشد.	
۳. وزن ثابت باقی بماند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations

۱. بیمار را از نظر کم آبی بررسی کنید.
۲. هر ۸ ساعت الکترولیتها و جذب و دفع را پایش کنید.
۳. مدفوع را از نظر تکرر دفع، حجم زیاد مواد دفعی کنترل کنید و در صورت وجود این علائم به پزشک گزارش کنید.
۴. روزانه مددجو را وزن کنید.
۵. هر ۸ ساعت علائم حیاتی را کنترل کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست (کلتومی) یا دفع زیاد (از ایلئوستومی) ثانویه در رابطه با کوتاه شدن روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
عملکرد درست کلتومی و یا ایلئوستومی	
بیمار باید قادر باشد:	
۱. عملکرد استومی را درک کند.	
۲. به مراقبت از استوما بپردازد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. عادات و سبک زندگی قبلی مددجو را بررسی نمایید.	
۲. توضیحات پزشک در مورد آناتومی و فیزیولوژی و روش جراحی را مجدداً برای مددجو بازگو و تأکید نمایید.	
۳. به مددجو آموزش دهید که مدفوع کلتومی قوام بیشتری داشته و مدفوع ایلئوستومی بیشتر شل است.	
۴. به مددجو آموزش دهید که ایلئوستومی هرگز شستشو داده نمی‌شود و کلتومی سیگمئید و روده پایین‌رو را می‌توان شستشو داد تا دفع نزدیک به حالت طبیعی باشد.	
۵. روش شستشوی کلتومی را برای مددجو شرح دهید.	
۶. اطلاعاتی در مورد وسایل مورد نیاز و نشانه‌های انسداد روده و یابرولیس استوما به مددجو بدهید و در صورت وجود نشانه‌های ذکر شده به پزشک اطلاع دهید.	
۷. با متخصصین تغذیه در مورد رژیم غذایی و آموزش‌های لازم در مورد رژیم غذایی همیاری کنید. در موقع ترخیص، لیست مواد غذایی که ایجاد نفخ و یا اسهال می‌کند را به مددجو بدهید. بیشتر مددجویان رژیم غذایی معمول خود را می‌توانند استفاده کنند.	
۸. موارد ذیل را پیگیری کنید:	
- مددجویانی که دارای ایلئوستومی هستند باید غذاهایی که دارای سدیم و پتاسیم بالاست مثل موز، آب گوشت، مرکبات، چای، آب میوه استفاده کنند.	
- مددجویان ایلئوستومی از مصرف غذاهایی که گاز تولید می‌کنند، خودداری کنند و غذاهای آماده و غذاهای پرادویه و آجیل، جوز، کشمش و سبزیجات خام و میوه‌های خام به جز موز، غذاهای فیبری مانند	

کرفس، ذرت و نارگیل که ممکن است استوما را بلوک کند. - مددجویان که کلهستومي دارند از مصرف غذاهايي مانند کاهو، باقلا، لوبيا، ذرت، کلم بروکلي، و گل کلم چون توليد گاز ميکنند، خودداري کنند (در صورتي که گازها موجب ناراحتي و شرمساري مددجو ميشود). - هر مددجو با روش آزمون و خطا مي تواند غذاهايي را که تحمل ميکنند، تشخيص دهد. - در هر بار مصرف غذا يك نوع غذا اضافه شود. ۹. به استفاده از مایعات و غذا به قدر کافي تأکيد شود. ۱۰. به آرام خوردن غذا و جویدن کامل غذا و منظم بودن فواصل در دریافت غذا تأکيد کنید. ۱۱. به مددجو توصیه کنید از مصرف نوشابههاي گازدار و غذاهاي با درجه حرارت بالا خودداري کند. ۱۲. در تهیه برنامه غذايي خانواده و مددجو در گير شويد. ۱۳. صدهاي روده اي را هر ۸ ساعت کنترل کنید و عدم وجود صدهاي روده اي را به پزشک گزارش دهيد. ۱۴. در مورد علائم و نشانه هاي انسداد يا سخت شدن مدفوع توضيح دهيد مثل کاهش درناژ، يبوست، اسهال، کرامپ، اتساع شکم، تهوع ، استفراغ.	آموزش به بیمار Patient Education
۱. مراحل مراقبت از استوما را براي مددجو و خانواده اش توضيح دهيد. ۲. وسايل مورد استفاده و محل خريد وسايل را توضيح دهيد، تهیه وسايل براي چند روز پس از ترخيص انجام شود. ۳. اطلاعات در مورد رژیم غذايي را به صورت نوشتاري در اختيار مددجو قرار دهيد. ۴. اطلاعاتي در مورد گروه هاي حمايت انجمن هاي استومي در اختيار مددجو قرار دهيد. ۵. علائم عفونت زخم، انسداد، پرولاپس را براي مددجو توضيح داده و از وي بخواهيد تا در صورت مشاهده به پزشک گزارش کند. ۶. وي را به مراجعه مجدد و پيگيري تشويق کنید. ۷. اطلاعات مربوط به موارد ذيل را به صورت نوشتاري به مددجو ارائه کنید: - رنگ استوماي طبيعي صورتي تا قرمز باشد و در صورت تغيير به پزشک اطلاع دهد. - اندازه و شکل استوما در طي ۶- ۸ هفته اول کوچک تر مي شود. - بطور مکرر سوراخ کيسه اندازه گيري شود. - در صورت نشت از کيسه و يا احساس سوزش، کيسه تعويض شود. - هميشه از محافظ پوستي استفاده کند. ۸. به وي توصيه کنید به ميزان لازم مایعات مصرف کند تا از کم آبي روده اي جلوگیری شود. ۹. در مورد تغيير در سبک زندگي براي وي توضيح دهيد. ۱۰. به وي توصيه کنید از جابجا نمودن وسايل تا ۶ هفته خودداري کند.	

۱۱. مددجو را به گروه‌ها و انجمن‌های استومی ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو سطح آرامش بیشتری را بیان نماید.	
۲. مددجو آرامش داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به مددجو توصیه کنید وقتی که استراحت نسبی دارد هر ۲ ساعت به پهلو بچرخد.	
۲. در صورت استفاده از ضد دردهای تجویز شده برطرف شدن درد را بررسی کنید.	
۳. به مددجو توصیه کنید در صورتی که بتواند به پهلو بخوابد، بالش را بین دو زانو قرار دهد و تا حد امکان به پشت بخوابد.	
۴. اثرات کمپرس مرطوب و گرم یا کیسه یخ را پایش نمایید.	
۵. هنگام حرکت دادن بیمار به وی کمک کنید و هنگام نشستن از ژل فوم و یا پد شناور استفاده کنید و از حلقه هوا استفاده نشود.	
۶. به مددجو توصیه کنید از نشستن طولانی بر روی صندلی و وضعیت نشسته خودداری نماید.	
۷. قبل از برداشتن پانسمان فشاری، به مددجو ضد درد تجویز شده را بدهید.	
۸. تأثیر حمام نشیمنگاهی را در مددجو پایش نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر یبوست در ارتباط با وضعیت ناشتا بودن و دفع دردناک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. صداهای روده‌ای طبیعی باشد.	
۲. مدفوع نرم و شکل گرفته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تا برطرف شدن وضعیت استفراغ مددجو را ناشتا نگهدارید.	
۲. رژیم غذایی کم باقیمانده (کم تفاله)، نرم و در حد تحمل برای مددجو فراهم کنید.	
۳. مایعات ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ cc در روز بدهید مگر اینکه منع داشته باشد.	
۴. صداهای روده‌ای را هر ۴ ساعت یکبار پایش کنید.	
۵. نرم کننده مدفوع تجویز شده را به مددجو بدهید و در هنگام دفع محیط مناسبی برای وی فراهم کنید.	

۶. اثرات داروهای نرم کننده مدفوع را بررسی کنید.
۷. در صورت امکان، مددجو را به فعالیت و حرکت تشویق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در دفع ادرار در ارتباط با نوع روش جراحی روده و دستیابی به مثانه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو ادرار شفاف و زرد رنگ و مقدار مناسب را گزارش کند.	
۲. مددجو توانایی دفع ادرار بدون ناراحتی و کمک را بیان کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. جذب و دفع مایعات ۲۴ ساعته را اندازه گیری و از نظر رتانیسیون ادراری بررسی کنید.	
۲. در صورت نیاز مداخلات ضروری برای دفع ادرار را انجام دهید مانند بازکردن شیر آب، استفاده از آب گرم بر روی قسمت تحتانی شکم، گذاشتن دست در آب.	
۳. در هنگام ادرار کردن به مددجو کمک کنید. در هنگام ادرار کردن مردان به حالت ایستاده و استفاده از توالت فرنگی مخصوص و بالا قرار دادن سرمددجو در خاتمه ها استفاده شود.	
۴. حرکت دادن مددجو باعث می شود دفع به راحتی صورت گیرد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در ارتباط با ناکافی بودن سیستم دفاع اولیه بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. زخم بهبود یابد.	
۲. بافت اطراف برش محل جراحی خشک، تمیز و سالم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت پایش و در صورت افزایش درجه حرارت گزارش کنید.	
۲. پانسمان را هر ۴-۲ ساعت یکبار مشاهده و از نظر خونریزی، درناژ و بو بررسی کنید.	
۳. در صورت نیاز پانسمان را تعویض کنید.	
۴. پس از هر بار دفع، اطراف محل پرینه را تمیز و خشک کنید.	
۵. برای پیشگیری از تحریک و عفونت ناحیه تراشیده شود.	
۶. اگر لازم باشد نحوه شستشوی زخم را آموزش دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد اهمیت تغذیه توضیح دهید:	

- رژیم غذایی باقیمانده طی يك هفته. - افزایش پید زیر تحمل شود. - در موقع مناسب میوه تازه داده شود. - مایعات ۲۵۰۰ سی سی در روز داده شود مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد. - کنترل وزن هر هفته صورت گیرد. ۲. مراقبت از محل برش جراحی و مراقبت از پرینه را توضیح دهید: - از حمام نشیمنگاهی دستور داده شده، استفاده شود. - از کمپرس گرم استفاده شود. - از پدهای وازلینی استفاده شود. - پس از هر بار دفع ناحیه کاملاً خشک و تمیز نگه داری شود. - پانسمان لازم بکار برده شود. ۳. نشانه‌های عفونت زخم را توضیح داده و از بیمار بخواهید علائم تنگی مقعد مثل قرمزی، حساسیت، تورم و درناژ از زخم را به پزشک گزارش دهد. ۴. توضیح در مورد اینکه دفع روده‌ای با استفاده از نرم کننده‌های مدفوع و ملین‌های تیوهای طبیعی، نرم باشد. ۵. اهمیت خودداری از برداشتن اشیاء سنگین و کشیدن آن‌ها را شرح دهید. ۶. مددجو را به پیگیری‌های مجدد و مراجعه به پزشک تشویق کنید. برنامه مراقبت در منزل/ ترخیص ۱. در مورد شستشوی زخم اگر مقدور باشد و حمام کردن توضیح دهید. ۲. چگونگی بررسی محل با استفاده از آینه را توضیح دهید. ۳. اطلاعاتی در مورد نوع و محل تهیه وسایل مورد نیاز داده شود.	
---	--

Problem Definition	بیان مشکل
	اسهال در ارتباط با فرایند التهاب روده.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	۱. برقراری دفع طبیعی در بیمار. ۲. برقراری و تعادل مایعات و الکترولیت‌ها. ۳. حفظ تغذیه مطلوب.

۱. در مرحله حاد جهت کاهش فعالیت و التهاب روده بهتر است بیمار را NPO نگه دارید.
 ۲. بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد (نیکوتین موجب تحریک GI می شود).
 ۳. از مصرف غذاهایی که به سختی جذب می شوند برای بیمار اجتناب کنید.
 ۴. از مصرف غذاهای خیلی سرد یا گرم برای بیمار اجتناب کنید.
 ۵. در حضور هایپوکالمی اقدامات لازم برای کنترل سطح پتاسیم را به کار بندید.
 ۶. در صورت تغذیه از راه NGT جهت تحمل بیمار ابتدا مقدار غذا را از نصف شروع کرده و سپس بتدریج به مقدار تجویز اضافه نمایید.
 ۷. طبق دستور پزشک از داروهای ضد اسهال استفاده کنید.
- مداخلات پرستاری در ارتباط با اختلالات الکترولیتی :**
- ۱- اسمولالیت سرم، میزان الکترولیت ها را کنترل کرده و موارد غیر طبیعی را گزارش دهید.
 - ۲- تهوع و استفراغ بیمار را کنترل کنید.
 - ۳- روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی مایعات به بیمار بدهید (مگر در موارد منع مصرف).
 - ۴- در صورت NPO بیمار وی را تشویق به مصرف سدیم و پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع).
 - ۵- در صورت تداوم یا بدتر شدن علائم هایپوکالمی با پزشک مشورت کنید.
- مداخلات پرستاری در ارتباط با حفظ تغذیه مطلوب :**
- ۱- قبل از شروع تغذیه مراقبت های لازم از دهان بیمار را به عمل آورید.
 - ۲- مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار دهید.
 - ۳- محیط بیمار را تمیز و آرام نموده و تحریکات زیان آور محیطی را حذف کنید.
 - ۴- به بیمار آموزش دهید از مصرف مایعات و غذاهایی که تولید گاز می کنند اجتناب کند.
 - ۵- با مشورت متخصص تغذیه به بیمار اجازه دهید از غذاهای مورد علاقه خود استفاده کند.
 - ۶- از غذاهای پر کالری، پر ویتامین و پر پروتئین استفاده کنید.
 - ۷- جهت به حداقل رساندن خستگی بعد از خوردن غذا بیمار را تشویق به استراحت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
	۱. عدم تعادل تغذیه ای کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با تهوع و بی اشتها. ۲. خطر کمبود حجم مایعات در ارتباط با استفراغ و دهیدراسیون. ۳. اضطراب در ارتباط با جراحی و تشخیص سرطان . ۴. اختلال در سلامت پوست در ارتباط با برش جراحی، تشکیل استوما و آلودگی پوست اطراف استوما به وسیله ماده مدفوعی. ۵. اختلال در تصویر بدنی در ارتباط با کولوستومی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	۱. تامین بهترین سطح تغذیه ای. ۲. حفظ تعادل مایع و الکترولیت. ۳. کاهش اضطراب. ۴. آموزش درباره تشخیص پروسیجر جراحی و مراقبت از خود پس از ترخیص. ۵. حفظ التیام بافتی و حفاظت از پوست اطراف استوما. ۶. بیان احساسات و نگرانی ها درباره کولوستومی و تاثیر آن بر فرد و اجتناب از عوارض.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	آماده کردن بیمار برای جراحی: ۱. بیمار را از نظر فیزیکی جهت جراحی آماده کنید (رژیم غذایی پرکالری و پرپروتئین و پر کربوهیدرات و میزان کم بقیه مواد رژیم پر مایع ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از جراحی یا در صورت تجویز تغذیه غیر دهانی). ۲. آنتی بیوتیکها، شل کننده ها، انماها یا شستشو دهنده کولون را در صورت تجویز برای بیمار بکار ببرید. ۳. میزان مایعات دریافتی و برون ده بیمار (شامل استفراغ) را محاسبه کنید و لوله نازوگاستریک و میزان مایع داخل وریدی را کنترل نمایید. ۴. وضعیت هیدراتاسیون فرد (مانند توگور پوستی غشاهای مخاطی) را بررسی کنید. ۵. علایم انسداد یا پرفوراسیون (افزایش اتساع شکم، افت صداهای روده ای، درد یا رژیديتي) را کنترل کنید. ۶. آگاهی بیمار را در زمینه تشخیص پیش آگهی روش جراحی و سطح عملکردی مورد انتظار بعد از عمل را بالا برده و از او حمایت کنید و اطلاعاتی در زمینه زخم بعد از عمل و مراقبت استومی، محدودیت های رژیم غذایی، کنترل درد و کنترل طبی فراهم کنید.

- حفظ تغذیه مطلوب :

۱. یک رژیم پرپروتئین و پرکربوهیدرات و با میزان اندک بقیه فرآورده ها تهیه کنید.
۲. در صورت درخواست یک رژیم پرمایع ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از جراحی تامین کنید.
۳. برای بیماران بستری روش غیر خوراکی تجویز کنید.
۴. دریافت و برون ده را محاسبه کرده، مایعات داخل وریدی و الکترولیت ها را در صورت درخواست تجویز و پایش کنید.
۵. لوله نازوگاستریک را گذاشته و کنترل کنید و میزان درناژ آنرا یادداشت کنید.

- حفظ تعادل مایع و الکترولیت:

۱. ضد استفراغ ها را تجویز نموده و دریافت مایعات و غذاها را جهت جلوگیری از ایجاد استفراغ محدود نمایید. شکم را از نظر نفخ، از بین رفتن صداهای روده ای یا درد یا رژیذیتی (نشانه های انسداد یا سوراخ شدگی) پایش کنید.
۲. دریافت و برون ده را ثبت نموده و میزان مایعات و غذاهای خوراکی را به منظور جلوگیری از استفراغ محدود کنید.
۳. الکترولیت های سرم را جهت تشخیص هیپوکالمی و هیپوناترمی چک کنید.
۴. علائم حیاتی را به منظور تشخیص نشانه های هیپوولمی یعنی تاکی کاردی، هیپوتانسیون و افت حجم پالس ارزیابی کنید.
۵. وضعیت هیدراسیون بیمار را بررسی نموده و کاهش تورگور پوستی، خشکی غشاهای مخاطی و غلیظ بودن ادرار را گزارش کنید.

- تامین حمایت روانی:

۱. سطح اضطراب بیمار را بررسی نموده و مکانیسم های به کار رفته جهت مقابله با استرس را پایش کنید.
۲. در صورت تمایل محیط را خلوت کنید، نحوه تمرین های ریلکس شدن و تمرکز نگاه را به بیمار یاد دهید. به ابراز احساسات بیمار گوش دهید.
۳. در صورت تمایل، گفتگو با یکی از اعضای خانواده وی را ترتیب دهید.
۴. جلساتی را که پزشک و پرستار در آن حضور داشته باشد برای بیمار و خانواده وی و در مورد پیش آگهی

و درمان بیماری برگزار کنید گفتگو با یک درمانگر گوارش ممکن است مفید باشد .

۵. با حفظ آرامش و رفتار حرفه ای راحتی بیمار را بیشتر کنید.

۶. به شکلی که بیمار قادر به فهم مطالب باشد تمام تست ها و روشها را برای وی توضیح دهید و در صورت نیاز تکرار کنید.

- حمایت از تصویر بدنی مثبت:

۱. بیمار را به ابراز احساسات و نگرانی های خود تشویق کنید.

۲. به منظور تقویت سازگاری با تغییرات سبک زندگی که مرتبط با مراقبت از استوما است محیطی حمایتی فراهم کنید.

- تامین مراقبت پس از عمل:

۱. کنترل درد.

۲. کنترل بیمار از نظر عوارض (آناستوموز، پرولاپس، استوما، پرفوراسیون، تراکم مدفوع، تحریک پوست، عوارض تنفسی توام با جراحی شکمی).

۳. بررسی و کنترل شکم بیمار از نظر برگشت حرکات دودی روده و خصوصیات اولیه مدفوع.

۴. بیمارانی که کولوستومی شده اند در روز اول پس از عمل از رختخواب خارج شده و به مشارکت در مراقبت از کولوستومی تشویق شوند.

- حفظ بهترین وضعیت تغذیه ای:

۱. رژیم غذایی باید طوری تنظیم شود که موجب اسهال و یبوست نشود و برگشت به رژیم غذایی نرمال سریع صورت گیرد.

۲. بیمارانی که کولوستومی باید از خوردن غذاهایی که موجب بوی زیاد و دفع گاز می شوند اجتناب کنند (خانواده کلم، تخم مرغ، ماهی، حبوبات و محصولات پسرلولز).

۳. مصرف حداقل دو لیتر مایعات در روز.

۴. یک رژیم پرپروتئین و پرکربوهیدرات و با میزان اندک بقیه فرآورده ها تهیه نمایید.

۵. دیفنوکسیلات همراه با آتروپین برای کنترل اسهال ممکن است تجویز شود.

۶. برای رفع یبوست آب سیب یا یک ملین خفیف موثر است.

- تامین مراقبت از زخم:

۱. پانسمان شکم را از نظر خونریزی در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی بررسی کنید.
۲. به بیمار کمک کنید تا در هنگام سرفه و تنفس عمیق برای کاهش فشار بر لبه های برش شکمی شکم را ثابت نگه دارد.
۳. درجه حرارت، نبض و تنفس را از نظر افزایش کنترل کنید زیرا ممکن است نشان دهنده یک فرآیند عفونی باشد.
۴. اگر بیمار کولوستومی شده است استوما باید از نظر تورم (ادم جزئی ناشی از دستکاری جراحی طبیعی است)، رنگ (رنگ استوما صورتی یا قرمز است)، خونریزی (یک علامت غیرطبیعی) کنترل شود.

- آموزش به بیمار:

۱. نیاز و تمایل بیمار به کسب اطلاعات را بررسی نموده و اطلاعاتی به بیمار و خانواده وی بدهید.
۲. هنگام ترخیص اطلاعات مربوط به نیازهای بیمار را در اختیار وی قرار دهید.
۳. در صورتی که بیمار استومی داشته باشد آگاهی هایی در مورد مراقبت از استومی و عوارضی که باید مدنظر باشند مثل انسداد، عفونت، تنگی استومی، رتراکسیون یا پرولاپس یا تحریک پوست اطراف استومی به بیمار بدهید.
۴. به منظور کمک به بیمار در تشخیص و حذف غذاهایی که می توانند باعث اسهال یا یبوست شوند آموزش هایی درباره رژیم غذایی ارائه دهید.
۵. مجموعه ای از داروهای نسخه شده را همراه با اطلاعاتی در مورد اثر، هدف و احتمال عوارض جانبی آنها به بیمار ارائه دهید.
۶. نحوه استفاده از درمان ها و پانسمان ها را نشان داده و مرور کنید و خانواده بیمار را جهت مشارکت با آن تشویق کنید.
۷. آگاهی های لازم در مورد زمان های خاصی که بیمار باید با پزشک تماس بگیرد و عوارضی که نیاز به توجه ویژه دارند (مثل خونریزی نفخ شکمی رژیذیتی اسهال سندرم دامپینگ) را به بیمار بدهید.
۸. در صورت لزوم عوارض جانبی رادیوتراپی (بی اشتهایی، استفراغ، اسهال و خستگی) را به او بگویید.
۹. بیمار را در صورت نیاز به مراجع بهزیستی ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد و هایپرترمی ناشی از تشکیل آبسه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- در مددجو بر اساس شواهد زیر آبسه تشکیل نخواهد شد:	

۱. درجه حرارت ثابت و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ۲. عدم افزایش درد شکمی یا حساسیت. ۳. عدم افزایش بیشتر شمارش گلبول های سفید.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱. نشانه ها و علائم تشکیل آبسه را بررسی و گزارش کنید: - افزایش بیشتر درجه حرارت بالای ۳۸ درجه - افزایش درد شکمی و حساسیت موضعی - وجود توده قابل لمس در شکم - شمارش گلبول های سفید (بیش از ۱۵۰۰۰ باید گزارش شود) - اقدامات زیر را برای کاهش خطر سوراخ شدگی و تشکیل آبسه انجام دهید: - اعمال زیر را برای جلوگیری از افزایش بیشتر فشار درون شکم انجام دهید : ۱- در صورت دستور تغذیه دهانی را منع کنید. ۲- طبق دستور لوله معده بگذارید و ساکشن نمایید. ۳- انما تجویز نکنید. ۴- از تجویز داروهای ضد یبوست اجتناب کنید. ۵- از اعمال حرارت روی شکم خودداری کنید. - اگر علائم و نشانه های تشکیل آبسه ایجاد شد: ۱. در صورتی که برنامه ریزی شده است، مددجو را برای مطالعات تشخیصی مهیا کنید (توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی). ۲. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید. ۳. مددجو را برای جراحی یا درناژ زیر پوستی آبسه آماده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش وزن بدنبال اختلالات بلع (دیسفاژی).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. کفایت مایعات و غذای مصرفی از نظر کمی و کیفی. ۲. بدست آوردن وزن مطلوب. ۳. عدم کاهش وزن.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مراقبت های تغذیه از راه دهان را در افرادی که دچار اختلال در بلع (دیسفاژی) می باشند انجام دهید. ۲- بررسی اختلال بلع بر اساس نشانه های دیسفاژی و مداخلات بلع. ۳- به فاکتورهای مهم قبل از تغییر روند روش های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی توجه کنید. ۴- حمایت تغذیه ای از راه دهان. ۵- نشانه های واضح دیسفاژی عبارتند از: - اشکال یا درد در هنگام بلع یا جویدن. - برگشت مواد غذایی هضم نشده. - اشکال در کنترل غذا یا مایعات در داخل دهان. - تجمع بزاق در دهان. - خشونت صدا. - سرفه یا حالت خفگی قبل، حین و پس از بلع. - برگشت مواد به بینی. - احساس انسداد. ۶- نشانه های غیر واضح دیسفاژی عبارتند از: - تغییر در الگوی تنفس. - افزایش درجه حرارت بدون توجیه. - سوزش سردل.	

	- تغییر در عادات خوردن برای مثال آهسته خوردن.
	- پاک کردن مکرر گلو.
	- عفونت های اخیر سینه.
۷. فاکتور هایی که قبل از تغییر روند روش های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی بایستی مورد توجه قرار داد عبارتند از:	- عفونت های اخیر سینه.
	- تحرک.
	- وابستگی به افراد جهت خوردن.
	- دریافت خوشمزگی و ظاهر غذا یا آشامیدنی.
	- سطح هوشیاری.
	- سازگاری فیزیولوژیکی.
	- بهداشت ضعیف دهان.
	- وضعیت پزشکی.
	- نیازهای متابولیسمی و تغذیه ای.
	- آسیب پذیری.
توجه : در افرادی که دچار دیسفاژی می باشند بایستی داروها از نظر ترکیبات، نحوه و زمان مصرف و عدم تداخل با رژیم غذایی و فرایند بلع بررسی شوند.	۸. شاخصهایی برای حمایت تغذیه ای از راه دهان :
	- جذب کلی غذا از مسیر دهان شامل ترکیبات ذیل می باشد:
پروتئین- انرژی - فیبر-الکترو لیت ها - ویتامین ها - مواد معدنی - توجه به دریافت ریز مغذی ها و مکمل های غذایی	۹. زمان قطع تغذیه دهانی :
	- حمایت تغذیه از راه دهان زمانی که بیمار قادر به مصرف مواد غذایی از راه دهان می باشد و این مسئله تثبیت شده باشد، متوقف می شود.

۱۰. توصیه های مهم :

- دیسفاژی و اختلال در بلع با یا بدون آسپیراسیون نیاز به مداخلات بلع و تغییر در غلظت غذا دارد.
- مداخلات سریع شامل درگیر کردن خانواده جهت:
- حضور یا کمک در هنگام دادن وعده های غذایی.
- جایگزین کردن مواد غذایی.
- ارزیابی غذاها.
- مشخص کردن مواد غذایی مورد علاقه بیمار.
- استفاده از غذاهای پرکالری.
- انجام ورزش (مصرف مواد غذایی را افزایش می دهد).
- استفاده از مکمل های غذایی (مصرف غذا را افزایش می دهند و موجب افزایش وزن می گردند).
- مکمل های غذایی باید در بین وعده های غذایی داده شود (جایگزین کالری مصرفی در وعده های غذایی نمی باشد).

بیان مشکل	Problem Definition
التهاب صفاق مربوط به آزاد شدن محتویات روده به درون حفره.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• بر اساس شواهد زیر در مددجو پریتونیت ایجاد نخواهد شد: - الف) درجه حرارت پایدار و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ب) شکم نرم و غیر متورم. ج) عدم افزایش درد شکم و حساسیت، تهوع و استفراغ. د) صداهای طبیعی روده . ه) علائم حیاتی ثابت. و) عدم افزایش بیشتر در شمارش گلبول سفید خون.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه های التهاب صفاق را بررسی و گزارش نمائید شامل: - افزایش بیشتر درجه حرارت یا درجه حرارت بالای ۳۸ درجه.	

- اتساع و سفت شدن شکم.
- افزایش شدت درد شکمی.
- حساس شدن منطقه فشار داده شده.
- افزایش تهوع و استفراغ.
- کاهش یا فقدان صداهای روده ای.
- تاکی کاردی.
- افزایش تاکی پنه تعداد تنفس.
- کاهش فشار خون.
- افزایش در میزان WBC.
- در صورتی که علائم و نشانه های التهاب صفاق به وجود آمد :

۱. تغذیه دهانی را طبق دستور منع کنید.
۲. به منظور کمک به جمع کردن و متمرکز کردن محتویات گوارشی در حفره لگن خاصره تا اینکه در زیر دیافراگم جمع شوند، مددجو را در تخت در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.
۳. در صورتی که طرح ریزی شده است، مددجو را برای آزمون های تشخیصی آماده کنید (رادیوگرافی شکمی، توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی).
۴. لوله بینی- معده ای یا روده ای را طبق دستور وارد کنید و ساکشن را ادامه دهید.
۵. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید.
۶. در صورت دستور پزشک به منظور جلوگیری یا درمان شوک، مایعات داخل وریدی و یا افزایش دهنده های حجم خون، تجویز کنید.
۷. در صورتی که برنامه ریزی شده باشد، مددجو را برای جراحی آماده کنید (آپاندکتومی یا درناژ و شستشوی صفاق).

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در ارتباط با فرایند التهاب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
داشتن اجابت مزاج طبیعی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در مرحله حاد جهت کاهش فعالیت و التهاب روده بهتر است بیمار را NPO نگه دارید. ۲. بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد (نیکوتین موجب تحریک GI می شود). ۳. از مصرف غذاهایی که به سختی جذب می شوند اجتناب کنید. ۴. از مصرف غذاهای خیلی سرد یا گرم برای بیمار اجتناب کنید. ۵. در حضور هایپرکالمی اقدامات لازم برای کنترل سطح پتاسیم را به کار بندید. ۶. در صورت تغذیه از راه NGT جهت تحمل بیمار ابتدا مقدار غذا را از نصف شروع کرده و سپس بتدریج به مقدار تجویز اضافه نمایید. ۷. طبق دستور پزشک از داروهای ضد اسهال استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد مزمن در ارتباط با التهاب روده ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش یا عدم احساس درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - اقدامات غیر دارویی زیر را برای رهایی از درد به انجام برسانید: ماساژ، تغییر پوزیشن، روش های آرام سازی، هدایت تصورات ذهنی. ۲ - عواملی را که سبب تشدید یا بهبود درد می شوند مورد بررسی قرار دهید. ۳ - اثرات درمانی و عوارض جانبی داروهای مسکن را روی بیمار مورد بررسی قرار دهید. ۴ - مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار بدهید. ۵ - استفاده از یک کیسه آب گرم بر روی شکم می تواند تا حدودی از درد بکاهد.	
بیان مشکل	Problem Definition
عدم تعادل تغذیه ای کمتر از نیاز بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
حفظ تغذیه مطلوب.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - قبل از شروع تغذیه مراقبت های لازم از دهان بیمار را به عمل آورید.	
۲ - مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار دهید.	
۳ - محیط بیمار را تمیز و آرام نموده و تحریکات زیان آور محیطی را حذف کنید.	
۴ - به بیمار آموزش دهید از مصرف مایعات و غذاهایی که تولید گاز می کنند اجتناب کند.	
۵ - با مشورت متخصص تغذیه به بیمار اجازه دهید از غذاهای مورد علاقه خود استفاده کند.	
۶ - از غذاهای پر کالری پر ویتامین و پر پروتئین استفاده کند.	
۷ - جهت به حداقل رساندن خستگی بعد از خوردن غذا بیمار را تشویق به استراحت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات و الکترولیت ها.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
برقراری و تعادل مایعات و الکترولیت ها.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - اسمولالیت سرم، میزان الکترولیت ها را کنترل کرده و موارد غیر طبیعی را گزارش دهید.	
۲ - تهوع و استفراغ بیمار را کنترل کنید.	
۳ - روزانه حداقل ۲۵۰۰ مایعات به بیمار بدهید (مگر در موارد منع مصرف).	
۴ - در صورت PO بودن بیمار وی را تشویق به مصرف سدیم و پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع).	
۵ - در صورت تداوم یا بدتر شدن علائم هایپوولمی با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
انجام فعالیتهای روزمره بدون احساس خستگی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - بیمار را تشویق به انجام فعالیت همراه با دوره های استراحت کنید.	
۲ - در صورت نیاز به بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود کمک کنید.	
۳ - اقداماتی را که موجب افزایش میزان خواب بیمار می شود به انجام رسانید.	
۴ - وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	
۵ - در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار، فعالیت را به تدریج زیاد کنید.	
۶ - اقداماتی در جهت اکسیژناسیون بیمار انجام دهید (ترک سیگار، استفاده از اکسیژن).	

۷. در صورت پیشرفت عدم فعالیت با پزشک مشورت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
وجود اضطراب در بیمار.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
عدم وجود اضطراب.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱ - در مورد هدف کلیه روش های درمانی و تشخیص توضیح دهید.	
۲ - بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند.	
۳ - هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش مطمئن همراه با رازداری استفاده کنید.	
۴ - بیمار را تشویق به بیان ترس ها و اضطراب های خود کرده، بازخورد مناسب به او بدهید.	
۵ - در صورت نیاز روش آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.	
۶ - به افراد نزدیک بیمار آموزش های لازم جهت حمایت از بیمار را بدهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سازگاری.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بهبود معیارهای سازگاری.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. در صورت امکان با دستکاری محیط استرس بیمار را کاهش دهید.	
۲. با ایجاد یک رابطه مثبت با بیمار و خانواده اش، آنها را در برنامه مراقبتی و تصمیم گیری سهیم کنید.	
۳. افراد، وسایل و موقعیت های تنش زا را تا جای ممکن از فرد دور کنید.	
۴. به بیمار اجازه دهید تا جای ممکن احساسات خود را بیان کند.	
۵. به خانواده بیمار آموزش دهید جلوی فرایند غم و اندوه را نگیرند.	
۶. ترسهای بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
داشتن پوست سالم و عاری از آسیب و شکنندگی.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری

۱- پوست بیمار مخصوصا پوست ناحیه پرینه باید مکررا معاینه شود.
۲- مراقبت از پرینه شامل استفاده از محافظ های پوست است که پس از هر بار حرکات روده ای مورد بررسی قرار می گیرد.
۳- مناطق قرمز تحریک شده در بالای برجستگی های استخوانی باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد.
۴- وسایل کاهنده فشار برای اجتناب از شکنندگی پوست مورد استفاده قرار گیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود آگاهی در ارتباط با فرایند بیماری و درمان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار آگاهی لازم در مورد بیماری و اقدامات درمانی مربوطه را بداند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اطلاعات کافی در حد درک بیمار را در مورد روتین بیمارستان به او بدهید.	
۲- اطلاعات کافی و مناسب را در مورد بیماری و فرایند آن به بیمار بدهید.	
۳- اطلاعات کافی را پیرامون روشهای درمانی و جراحی و نتایج حاصل از آن را در اختیار بیمار قرار دهید.	
۴- مراقبت های قبل از عمل را برای بیمار توضیح دهید.	
۵- آموزش های لازم در مورد مراقبت از خود در منزل را به بیمار بدهید.	
نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در بیماری کرون :	
۱- انجام فعالیت فیزیکی و نرمال به جز زمانی که علائم نیاز به استراحت کامل در بستر دارند.	
۲- داروها همان طور که تجویز شده اند مصرف شوند.	
۳- استفاده از یک پد گرمایی یا کیسه آب گرم بر روی شکم ممکن است به تخفیف درد و کرامپها کمک کند.	
۴- در بیماری ناشی از کرون برای تخفیف درد ناشی از فیشر رکتال می توان از لگن آب گرم استفاده کرد.	
۵- اجتناب از مصرف چربی در رژیم غذایی .	
۶- اجتناب از خوردن غذاهای ادویه دار، قهوه و الکل.	
نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در بیماری کولیت اولسراتیو:	
۱- ارزیابی کولون به وسیله کولونوسکوپی برای تشخیص تغییرات سرطانی.	
۲-اجتناب از مصرف آسپرین زیرا می تواند باعث خونریزی شود.	
۳-اجتناب از مصرف داروهای ضد اسهال زیرا می تواند باعث مگا کولون شود.	
۴-اجتناب از مصرف میوه های نارس و سبزیجات زیرا می تواند نشانه ها را بدتر کند.	
۵-اجتناب از مصرف غذاهای ادویه دار زیرا می تواند نشانه ها را بدتر کند.	

۶- انجام فعالیت فیزیکی و نرمال به جز زمانی که علائم نیاز به استراحت کامل در بستر دارند.

۷- داروها همان طور که تجویز شده اند مصرف شوند.

۸- استفاده از یک پد گرمایی یا کیسه آب گرم بر روی شکم ممکن است به تخفیف درد و کرامپها کمک کند.

۹- در بیماری ناشی از کرون برای تخفیف درد ناشی از فیشر رکتال می توان از لگن آب گرم استفاده کرد.

۱۰- اجتناب از مصرف چربی در رژیم غذایی .

۱۱- اجتناب از خوردن غذاهای ادویه دار، قهوه و الکل .

نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در صورت نیاز به عمل جراحی

اقدامات قبل از عمل:

۱- تجویز مایعات

۲- تجویز پروتئین

۳- تجویز آنتی بیوتیک

۴- توضیح استومی به بیمار و آمادگی برای پذیرش و مراقبت از آن.

اقدامات بعد از عمل:

۱- بررسی از لحاظ دهیدراتاسیون .

۲- اندازه استومی سه هفته بعد مشخص می شود.

۳- گذاشتن NGT.

۴- مصرف غذاهای مایع ، کم باقیمانده و سرشار از کربوهیدرات.

Problem Definition	بیان مشکل
	کاهش جذب مواد غذایی توسط روده بعلت بیماری سلیاک و عدم تحمل لاکتوز.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- برقراری رژیم غذایی مناسب. - عدم وجود کرامپ شکمی، تهوع، اسهال، استئاتوره، استئومالاسی.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علائم بیماریهای سوء جذبی را بررسی کنید. شامل: اسهال بدبو و خاکستری رنگ و حجیم و چرب، ضعف- کاهش وزن- آویتامینوز (K،E،D،A)- خونریزی به دلیل کاهش ویتامین K و کاهش پروترومبین- کم خونی(کاهش اسیدفولیک)- هیپوکلسمی که منجر به تحریک پذیری عصبی-عضلانی می شود.

۲. در صورت تشخیص سلیاک ،عدم مصرف غذاهای حاوی گلوتن، گندم، جو، بستنی ها را توصیه کنید.
۳. در صورت عدم تحمل لاکتوز ،عدم مصرف غذاهای حاوی لاکتوز مثل شیر، بستنی (مصرف پنیر و ماست مانعی ندارد) را توصیه کنید.
۴. بیمار را به مصرف ویتامین و اسید فولیک تجویز شده تشویق کنید.
۵. در صورت هیپوکلسمی دادن کلسیم تجویز شده.
۶. در صورت خونریزی تجویز ویتامین k.

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب. ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد: الف) بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ب) فقدان استفراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. ۲. اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. ۳. اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. ۴. مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید. ۵. مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع نفس عمیق و آهسته بکشد. ۶. مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود). ۷. بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید. ۸. در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید. ۹. در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید.	

- اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید:

۱. با پزشک مشورت نمایید.

۲. مددجو را برای قرار دادن لوله بینی- معده ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

- **توجهات در لوله گذاری بینی معدي :**

۱- بعد از قرار دان NGT باید آن را ثابت کنید.

۲- پس از آسیب‌ر کردن ترشحات معده از PH سنج استفاده نمائید.

۳- عکسبرداری از ناحیه شکم در صورت قرار دادن لوله در ناحیه پس از بیلور برای اطمینان از قرار گیری صحیح لوله.

- کنترل لوله ها، سیستم های ارائه مواد غذایی، استفاده از پمپ های تغذیه ، خطرات و مشکلات شایع و نحوه کنترل آنها.

- نحوه تهیه تجهیزات و ترکیبات غذایی از موسسه های مورد نظر.

بیان مشکل	Problem Definition
خون ریزی معده ای روده ای فوقانی و زخم پپتیک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
قطع خونریزی و پیشگیری از عوارض خونریزی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- بررسی دقیق بیماران و طبقه بندی بیماران به دو گروه پرخطر و کم خطر . - افراد پر خطر: - افزایش سن(میزان مرگ و میر در بیماران زیر ۴۰ سال بسیار نادر است در حالیکه احتمال مرگ و میر در بیماران بالای ۹۰ سال ، ۳۰ درصد است). - بیماریهای عفونی (این بیماری سبب افزایش خون ریزی شده و نمونه ها در بیمارانی دیده می شود که دارای بیماریهای عفونی مهمی هستند). - بیمارانی که به بیماری کبدی مبتلا هستند (باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند). - بیماران مبتلا به سرطان .	

- شوک (ضربان بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه و فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر جیوه).
- استفاده از امتیازدهی Rockall جهت تشخیص بیماران در معرض خطر بر اساس سن، وجود شوک و نوع تشخیص

- تعیین میزان دقیق خون ریزی و باز گرداندن فشار خون به حالت عادی
- دسترسی وریدی
- آزمایشات عمومی خون
- تعیین شدت خون ریزی

جهت تعیین شدت خونریزی به موارد زیر توجه نمایند :

خون ریزی کم یا متوسط:

- در این خون ریزی: ضربان و فشار خون طبیعی است. - غلظت هموگلوبین بیش از ۱۰۰ گرم در لیتر است. - بیماران مبتلا به بیماریهای خفیف هستند. - سن اکثریت آنها کمتر از ۶۰ سال است.
- مداخلات در مورد بیمارانی که خونریزی کم یا متوسط دارند:

- این بیماران در بخش عمومی بستری می شوند.
- اگر شرایط و وضعیت آنها طبیعی بود، می توانند مایعات مصرف کنند.
- ضربان و فشار خون هر ساعت اندازه گیری می شود.
- حجم ادرار نیز باید روزانه اندازه گیری شود.

- خون ریزی شدید:

- این بیماران اغلب: - سن بیش از ۶۰ سال دارند. - ضربان قلب آنها بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است. - فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه است. - غلظت هموگلوبین کمتر از ۱۰۰ گرم در لیتر است. - بیشتر این افراد دارای بیماریهای عمومی مهمی هستند.

- مداخلات در مورد بیمارانی که خونریزی شدید دارند:

- گذاردن سوند ادراری و اندازه گیری روزانه ادرار.
- کنترل مداوم ضربان و فشار خون با استفاده از دستگاههای پایش اتوماتیک به طور ثابت.
- اندازه گیری فشار خون ورید مرکزی در بیمارانی که دچار بیماریهای قلبی مهم هستند.
- بیمارانی که مبتلا به بیماریهای حاد کبدی هستند، باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند.

-تغذیه بیمار زمانی آغاز می شود که شرایط وی تثبیت شده و آندوسکوپی بیمار نیز این مطلب را تایید کند.

- مداخلات در دسترسی وریدی و جایگزینی جریان خون:

- برقراری جریان وریدی و آنژیوکت.
- تزریق سرم نمکی معمولی (برای افزایش ضربان قلب، فشار خون، فشار وریدی مرکزی و حجم مناسب ادرار).
- در بیشتر بیماران تزریق ۱ تا ۲ لیتر سرم کافی است.
- در صورت ادامه شوک (به دلیل از دست رفتن حداقل ۲۰ درصد از حجم خون) تزریق پلاسما.

- در صورتیکه درمان مناسب بوده باشد موارد زیر اتفاق می افتد :

- حجم ادراری بیش از ۳۰ میلی لیتر در ساعت.
- فشار ورید مرکزی ۵ تا ۱۰ سانتی متر آب .

- مواردی که نیاز به تزریق خون می باشد:

- خون ریزی شدید ناشی از هماتمز فعال و یا هماتمز با شوک.
- غلظت خون کمتر از ۱۰۰ گرم در لیتر باشد (بغیر از بیمارانی که از قبل سابقه آنمیک داشته اند در سایر بیماران با خون ریزی شدید این غلظت از خون نشاندهنده لزوم تزریق خون به آنهاست).
- توجه به علائم و نشانه های شوک هایپوولمیک مانند از دست دادن خون، تعداد و فشار نبض، تعداد تنفس، میزان فشار خون و برون ده ادراری
- جایگزینی مایعات ، کریستالوئید و خون

- آموزش به بیمار در مورد درمانهای احتمالی :

- انجام آندوسکوپی (نحوه و علت استفاده جهت هموستاز و اسکوترابی توضیح داده شود).
- درمان توسط آندوسکوپی را می توان به روشهای تزریقی، حرارتی و یا گیره های مکانیکی انجام داد.
- در مورد تزریق به بیمار اطمینان دهید که :
- از سوزن یکبار مصرف تزریقی برای تزریق محلول آدرنالین ۱:۱۰۰۰۰ در سرم نمکی استفاده می شود.
- محلول در محل و اطراف خون ریزی تزریق می شود.
- این عمل سبب کاهش خون ریزی های اولیه در ۹۵ درصد بیماران می شود .

- ممکن است بین ۱۵ تا ۲۰ درصد خون ریزی مجدد روی دهد.

در مورد حرارت به بیمار اطمینان دهید که :

- درمان حرارتی جهت هموستازیس از طریق بکارگیری پروب حرارتی و یا انعقاد چند قطبی صورت می گیرد.

- درمان با لیزر طولانی مدت نیست.

- پروب حرارتی با گرمای ۲۰ تا ۳۰ ژول به شکل ممتد استفاده می شود تا انعقاد خون صورت گرفته و محل مورد نظر به شکل مناسبی سیاه رنگ شود.

- در مورد گیره های مکانیکی به بیمار توضیح دهید که :

- گیره های مکانیکی را می توان به نقاط خون ریزی متصل کرد. از این روش در درمانهای بالینی استفاده شده و نتایج خوبی را به همراه داشته است. این گیره ها بویژه برای خون ریزی های فعال و ریدی وسیع مناسب است .

در مورد درمان های دارویی به بیمار توضیح دهید :

سه نوع متفاوت از داروها برای درمان خون ریزیها مورد استفاده قرار گرفته اند (بویژه برای درمان اولسهای گوارشی):

۱ - داروهای ضد اسیدی:

استفاده از این داورها بر پایه این یافته است که لخته های خون در محیط اسیدی پایداری کمی خواهند داشت، به همین دلیل pH بیشتر از ۶ موجب تراکم پلاکتها و pH زیر ۶ موجب از بین رفتن لخته می شوند.

- امپرازول بعنوان مهارکننده پمپ پروتون که از ترشح اسید معده جلوگیری می کند، در درمان بیماران مبتلا به خون ریزی های اولسر موثر است.

- - تزریق وریدی سوماتواستاتین با دوز بالا سبب توقف اسید و کاهش جریان خون در نتیجه سبب افزایش انعقاد خون می شود.

توجهات کلی :

بیمارانی که دچار خون ریزیهای شدید معده ای - روده ای فوقانی هستند ، باید بدقت تحت مراقبت قرار گیرند،(از طریق آندوسکوپی) و ضربان قلب، فشار خون و حجم ادرار آنها به شکل مداوم اندازه گیری شود. تعیین حجم خون ریزی مجدد و یا خون ریزی مداوم ضروری است . می توان به بیمارانی که در طول ۴ تا ۶ ساعت بعد از آندوسکوپی (ویا بدون انجام آندوسکوپی) خون ریزی مشخص و ثابتی دارند اجازه داد تا مایعات مصرف کنند و رژیم غذایی سبکی داشته باشند. نخوردن غذا برای مدت طولانی در مورد این بیماران توصیه نشده است.

در مورد خون ریزی های مجدد و همواژی کنترل شده باید توجه داشت :

بیماری که دچار همواژی فعال معده ای – روده ای است و نمی توان از طریق آندوسکوپی خون ریزی را متوقف کرد باید تحت عمل جراحی اورژانس قرار گیرد.

پیگیری

بیمارانی که دچار خون ریزی اولسر هستند باید تحت درمان مناسب قرار گیرند. در موارد بسیاری این درمان شامل مداوای هلیکوباکتری می شود و مطالعات متعدد نشان داده است که در این شرایط احتمال خون ریزی مجدد بسیار نادر خواهد بود. (رتبه A) در بیمارانی که از داروهای غیر استروئیدی، ضدالتهابی و یا آسپیرین استفاده می کنند، باید این داروها قطع و از داورى پمپ پروتون به شکل خوراکی استفاده کنند. بیماران مبتلا به خون ریزی های اولسر معده باید ۶ هفته بعد از ترخیصی از بیمارستان تحت آندوسکوپی قرار گیرند تا بهبودی کامل اولسر و عدم خون ریزی مجدد آن تایید شود. درمان با استفاده از مهار کننده پمپ پروتون باید تا زمان حصول به این نتیجه ادامه یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد شکمی در ارتباط با انسداد، التهاب و تحریک صفاق.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو بر اساس شواهد زیر کاهش درد شکم را گزارش خواهد داد : ۱. بیان شفاهی کاهش درد. ۲. حالت صورت و بدن راحت باشد. ۳. علائم حیاتی ثابت یا تثبیت شده.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه های درد را بررسی کنید: - بیان شفاهی درد، تظاهرات بدنی، عدم تمایل به حرکت، حفاظت یا مالش شکم، عدم استراحت، تعریق، رنگ پریدگی صورت، افزایش فشار خون، تاکی کاردی، - ادراک مددجو را از شدت درد با به کارگیری وسیله سنجش شدت درد بسنجید. - الگوی درد مددجو را بررسی کنید مانند موقعیت مکانی، کیفیت، شروع، مدت، عوامل تسریع کننده، عوامل تشدید کننده و عوامل تسکین دهنده	

- اقدامات زیر را به منظور کاهش درد انجام دهید:

۱. اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب درباره تجربه درد انجام دهید (به مددجو اطمینان دهید که نیاز او به تخفیف درد را فهمیده اید. روش هایی برای دستیابی به کنترل درد با مددجو طرح ریزی نمایید).
۲. اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب به منظور افزایش آرامش و متعاقباً افزایش آستانه و تحمل بیمار برای درد انجام دهید.
۳. به مددجو یاری رسانید تا موقعیت راحتی به خود بگیرد (به عنوان مثال به پهلو خوابیدن با زانو خم شده).
۴. تجویز کیسه یخ روی شکم طبق دستور.
۵. تجویز ضد درد طبق دستور.
۶. در صورتی که اقدامات ذکر شده در تسکین مؤثر درد کافی نبود با پزشک مشورت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : (الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب (ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد : ۱. بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ۲. فقدان استفراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. • اقدامات زیر را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید : ۱. اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. ۲. اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. ۳. مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید.	

۴. مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع، نفس عمیق و آهسته بکشد.

۵. مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود).

۶. بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید.

۷. در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید.

۸. در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید.

• اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید:

۱. با پزشک مشورت نمایید.

۲. مددجو را برای قرار دادن لوله بینی-معدۀ ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سرطان کولورکتال

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب و عدم آگاهی از جراحی و مراقبتهای مربوط به جراحی و تغییرات تصویر ذهنی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- اضطراب کمتری احساس می کند ، نگرانی های و ترس های خود را ابراز می دارد، از روش های مقابله ای برای ساماندهی تنیدگی استفاده می کند. - برش جراحی، استوما و زخم ناحیه پرینه را تمیز نگه می دارد - احساسات خود را در مورد تغییر شکل ظاهری بیان می دارد. - بدون بروز عوارض بهبود می یابد:	a. تب ندارد. b. فعالیت های روده ای طبیعی را به دست می آورد. c. خونریزی یا سوراخ شدن ایجاد نمی شود.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - آماده سازی بیمار برای جراحی: - تقویت توان جسمی بیمار در روزهای قبل از جراحی. - تمیزکردن و استریل کردن روده در روز قبل از جراحی. - رژیم غذایی مایع برای ۲۴-۴۸ ساعت قبل از عمل. - استفاده از آنتی بیوتیک در روز قبل از جراحی برای کاهش باکتری های روده ای. ۲ - تدارک حمایت روانی: - استفاده از روش های کاهش اضطراب مثل تمرینات تنفس عمیق. - آشناکردن بیمار یا فردی که به طور موفقیت آمیز این جراحی را پشت سر گذاشته است. - فرصت دادن به بیمار تا صحبت کند و پرسش های خود را مطرح سازد یا گریه کند. - ترتیب دادن ملاقات با یک فرد روحانی. ۳ - مراقبت از زخم جراحی: - کنترل مرتب خونریزی پانسمان شکمی در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی. - کنترل V/S. - در صورت وجود کولوستومی بررسی رنگ و وجود ترشح و خونریزی.	

- به بیمار توضیح داده شود تا برای کاهش درد در هنگام سرفه و تنفس عمیق روی خط بخیه را ثابت نگه دارد.

سایر مداخلات پرستاری :

- سطح الکترولیت های سرم را مرتباً اندازه گیری کنید (جهت تشخیص هیپوکالمی و هیپوناترمی ناشی از درناژ ترشحات معده).
- بررسی از نظر بروز عوارضی چون نشت از محل آناستوموز، پرولاپس استوما، تشکیل توده سخت مدفوع، تحریک پوستی
- بررسی شکم از نظر برگشت حرکات دودی و مدفوع و تغییر صداهای روده و افزایش دور شکم
- از مصرف غذاهایی که بو و گاز زیادی تولید می کنند اجتناب شود مانند کلم، تخم مرغ، ماهی و بادام زمینی.
- برای رفع یبوست آب آلو یا سیب یا مصرف یک ملین خفیف موثر خواهد بود و مصرف حداقل ۲ لیتر مایع در روز.
- به بیمار در زمینه شناسایی غذاهای ایجاد کننده اسهال مثل میوه ها، غذاهای پرفیبر کمک کنید.
- عملکرد کلهستومی ۳ تا ۶ روز پس از جراحی شروع می شود. مراقبت از کلهستومی را به بیمار آموزش دهید.
- مراقبت از پوست اطراف استوما مسئله مهمی است زیرا تحریک یا زخم پوستی می تواند به سرعت پیشرفت کند.
- به بیمار در زمینه تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت، تنفس عمیق، سرفه و راه افتادن زودتر جهت پیشگیری از عوارض تنفسی آموزش دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون را بررسی کرده و کاهش تورگور پوست، خشکی غشاهای مخاطی و ادرار غلیظ را گزارش کنید.
- بررسی علائم حیاتی و خونریزی از رکتوم.
- اندازه گیری مرتب هموگلوبین و هماتوکریت.
- مداخلات در خصوص کیسه کلهستومی و شستشوی آن:
- ۳-۶ روز پس از جراحی کولوستومی کار خود را آغاز می کند. پرستار در این مدت باید از کولوستومی مراقبت کرده و بیمار را در این زمینه آموزش دهد تا بیمار بتواند خود عهده دار مراقبت شود.
- هدف از شستشوی کولوستومی تخلیه کولون از گاز، موکوس و مدفوع است تا بیمار بتواند بدون ترس از بیرون ریختن مدفوع به فعالیت های اجتماعی و شغلی خود بازگردد.
- مداخلات به هنگام ترخیص بیمار:
- ۱- آموزش در مورد نحوه مصرف داروها.
- ۲- درمان های خاص (شستشو، تمیز کردن زخم) و تعویض پانسمان مرور شوند.

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش وزن بدنبال اختلالات سوء جذبی، دیسفاژی، سالمندی، جراحی، ...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱ - کفایت مایعات و غذای مصرفی از نظر کمی و کیفی. ۲. بدست آوردن وزن مطلوب . ۳. عدم کاهش وزن.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- غربالگری از نظر سوء جذب و خطر سوء جذب: ۱ - بررسی و توجه به: - کاهش وزن غیر طبیعی و گشاد شدن لباس، - پوست شکننده، - بهبودی ضعیف زخم، - عضلات سست، - کم اشتها، - تغییر در حس چشایی، - اختلال در بلع، - تغییر در عادات روده‌ای، - بیماری مزمن ۲ - محاسبه توده بدنی فرد (BMI) بر اساس $BMI = \frac{\text{وزن}}{\text{قد}^2}$ (وزن به کیلوگرم می‌باشد تقسیم به قد که به متر می‌باشد به توان ۲) . ۳. شناسایی افرادی که دچار سوء جذب می‌باشند: - BMI کمتر از ۱۸/۵ کیلوگرم/متر^۲ - کاهش وزن بیش از ۱۰٪ طی ۳ تا ۶ ماه - BMI کمتر ۲۰ کیلوگرم/متر ۲ و کاهش وزن بیشتر از ۵٪ در طی ۳ الی ۶ ماه ۴ - شناسایی کسانی که در خطر سوء جذب می‌باشند: - کم خوردن یا نخوردن به مدت بیش از ۵ روز و یا احتمال کم خوردن یا نخوردن در طی ۵ روز آینده. - ظرفیت جذب ضعیف و یا کاهش مواد مغذی بالا یا افزایش نیازهای تغذیه‌ای به دنبال مسائلی چون افزایش کاتابولیسم. - مشاوره با متخصص تغذیه و سایر تیم درمان و تصمیم‌گیری جهت شروع درمان براساس: ۱ - نیاز به انرژی، پروتئین، مایعات، الکترولیت، موادمعدنی، ریزمغذی‌ها و غیره ۲ - سطح فعالیت و وضعیت‌های بالینی بیمار (برای مثال کاتابولیسم، تب)	

۳- تحمل روده‌ای معده‌ای، خطر مشکلات تغذیه مجدد

۴- طول مدت حمایت تغذیه‌ای

الف - برای کسانی که شدیداً آسیب ندیده‌اند یا بیمار نیستند (سالمندان)، کسانی که در معرض خطر سندرم شروع تغذیه نمی‌باشند پیشنهاد می‌شود که مواد مصرفی حاوی موارد زیر باشد:

۱- کل انرژی ۲۵ تا ۳۵ کیلو کالری به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن روزانه (شامل پروتئین {سطح آن ممکن

است در کسانی که BMI بالای ۲۵ دارند کمتر باشد})

۲- میزان پروتئین ۱/۵ - ۰/۸ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه

۳- ۳۰-۳۵ میلی لیتر مایعات بر حسب هر کیلوگرم وزن بدن (باید ترشحات و داروهای وریدی نیز محاسبه

شود)

۴- کفایت الکترولیت‌ها، مواد معدنی، ریزمغذی‌ها و فیبر اگر برای بیمار مناسب است.

ب - در کسانی که نیازهای تغذیه‌ای جدی دارند حمایت تغذیه‌ای از طریق لوله معده یا تغذیه وریدی صورت می‌گیرد. این تغذیه باید نیازهای ۲۴-۴۸ ساعته فرد را مطابق با نیازهای متابولیکی و تحمل دستگاه گوارش برآورد نمایند. کلیه نیازهای مایعات، الکترولیت‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی باید از این طریق به بیمار رسانده شود.

- در افرادی که به مدت ۵ روز کم غذا خورده‌اند یا اصلاً غذا نخورده‌اند باید در طی دو روز اول ۵۰٪ نیازهای تغذیه‌ای برطرف شود.

- معیارهای مربوط به تشخیص زود هنگام افراد در معرض خطر مشکلات شروع تغذیه:

بیمارانی که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارا می‌باشند:

- BMI کمتر از ۱۶ kg/m²

- کاهش وزن غیر عمدی به میزان بیش از ۱۵٪ طی ۳-۶ ماه اخیر

- مصرف کم یا عدم مصرف غذا به مدت ۱۰ روز

- سطح پایین پتاسیم، فسفات یا منیزیم قبل از شروع تغذیه

یا بیمارانی که ۲ مورد یا بیشتر از موارد زیر را دارا باشند:

- BMI کمتر از ۱۸/۵ kg/m²

- کاهش وزن غیر عمدی بیش از ۱۰٪ در ۳-۶ ماه

- خوردن کم یا عدم مصرف غذا بیش از ۵ روز

- تاریخچه اعتیاد به الکل یا داروهای چون انسولین، شیمی درمانی، آنتی اسیدها یا دیورتیک‌ها

- مداخلات در مورد این بیماران :

- ۱- شروع حمایت تغذیه‌ای حداقل ۱۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه، سپس این مقدار اضافه شود تا طی ۴ الی ۷ روز نیازها برآورده شود.
 - ۲- در افرادی که در مرز قرار دارند مثلاً BMI ۱۴ دارند یا بیش از ۱۵ روز غذا مصرف نکرده‌اند باید با ۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شروع شود و باید مراقب ریتم قلبی و کلیه آریتمی‌های قلبی باشیم.
- برقراری حجم در گردش و کنترل تعادل مایعات بر حسب وضعیت بالینی
 - ۳- تجویز سریع قبل یا در طی ۱۰ روز اول تغذیه: تیامین خوراکی ۳۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم روزانه، ترکیبات ویتامین B، ۱ الی ۲ قرص سه بار در روز (یا تزریق وریدی) و دادن مکمل‌های معدنی و مولتی ویتامین یکبار در روز
 - ۴- تجویز مکمل‌های پتاسیم به شکل وریدی، روده‌ای یا خوراکی (۴۰-۲۰ میلی‌مول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه) فسفات (۳/۰-۶/۰ میلی‌مول به ازای هر کیلوگرم روزانه) و منیزیم (۲/۰ میلی‌مول/کیلوگرم/روزانه، ۴/۰ میلی‌مول/روزانه خوراکی) مگر آنکه پیش از شروع تغذیه میزان آنها در پلاسما بالا باشد
- مراقبت‌های تغذیه‌ای از راه دهان در افرادی که دچار اختلال در بلع می‌باشند:

جدول شاخص‌های اختلال بلع:

نشانه‌های واضح دیسفاژی: - اشکال یا درد در هنگام بلع یا جویدن، - برگشت مواد غذایی هضم نشده، - اشکال در کنترل غذا یا مایعات در داخل دهان، - تجمع بزاق در دهان، - خشونت صدا، - سرفه یا حالت خفگی قبل، حین و پس از بلع، - برگشت مواد به بینی،
- احساس انسداد

توجه به نشانه‌های غیر واضح دیسفاژی: مانند تغییر در الگوی تنفس،

- افزایش درجه حرارت بدون توجیه، سوزش سردل، تغییر در عادات خوردن - برای مثال آهسته خوردن، پاک کردن مکرر گلو، عفونت‌های اخیر سینه

فاکتور هایی که قبل از تغییر روند روش‌های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی بایستی مورد توجه قرار داد:

- عفونت‌های اخیر سینه، - تحرک، - وابستگی به افراد جهت خوردن، - دریافت خوشمزگی و ظاهر غذا یا آشامیدنی، - سطح هوشیاری، - سازگاری فیزیولوژیکی، - بهداشت ضعیف دهان، - وضعیت پزشکی،
- نیازهای متابولیسمی و تغذیه‌ای، - آسیب پذیری

توجه: در افرادی که دچار دیسفاژی می‌باشند بایستی داروها از نظر ترکیبات، نحوه و زمان مصرف و عدم تداخل با

رژیم غذایی و فرایند بلع بررسی شوند.

شاخص هایی برای حمایت تغذیه ای از راه دهان :

- جذب کلی غذا از مسیر دهان شامل ترکیبات ذیل می باشد: پروتئین، - انرژی، - فیبر، -الکترولیت ها، ویتامین ها، مواد معدنی، توجه به دریافت ریز مغذی ها و مکمل های غذایی

- زمان قطع تغذیه دهانی :

- حمایت تغذیه از راه دهان زمانی که بیمار قادر به مصرف مواد غذایی از راه دهان می باشد و این مسئله تثبیت شده باشد، متوقف می شود .

شروع تغذیه پس از جراحی :

- تغذیه بیمارانی که مشکل در بلع ندارند و تحت عمل سزارین یا ژنیکولوژی قرار می گیرند را ۲۴ ساعت پس از جراحی می توان شروع نمود.

- پس از عمل های جراحی شکمی در افرادی که به خوبی عمل بلع را انجام می دهند و نگرانی خاصی در مورد این عملکرد وجود ندارد می توان ۲۴ ساعت بعد از جراحی تغذیه را شروع نمود. بیماران باید از نظر صداهای روده، حالت تهوع و استفراغ کنترل شوند.

- برای افرادی که بیش از ۴ هفته نیاز به تغذیه از راه لوله دارند گاستروستومی پیشنهاد می گردد. این لوله های پگ PEG در صورتیکه با عارضه همراه نباشند ۴ ساعت پس از قرار دادن قابل استفاده می باشند.

- برای افرادی که از راه لوله معده تغذیه می شوند روش های مداوم یا bolus بایستی مورد توجه قرار گیرد همچنین تجویز داروهای خوراکی نیز باید از این طریق مد نظر باشد.

توجهات در لوله گذاری :

- بعد از قرار دان NGT باید آن را ثابت کرد.

- پس از آسپیره کردن ترشحات معده از PH سنج استفاده نمود.

- عکسبرداری از ناحیه شکم در صورت قرار دادن لوله در ناحیه پس از بیلور برای اطمینان از قرار گیری صحیح لوله

- کنترل لوله ها، سیستم های ارائه مواد غذایی، استفاده از پمپ های تغذیه، خطرات و مشکلات شایع و نحوه کنترل آنها.

- نحوه تهیه تجهیزات و ترکیبات غذایی از موسسه های مورد نظر.

شاخص های اصلی برای تغذیه پرنترال:

- تغذیه پرنترال در این افراد صورت می گیرد:
- اختلالات سوء تغذیه دارند.
- دریافت غیر ایمن یا ناکافی مواد غذایی از راه دهان یا روده دارند.
- وجود علائمی از بیماریهای گوارشی حاد یا پرفوراسیون دستگاه گوارش دارند.

توجهات در تغذیه پرنترال :

- تغذیه پرنترال و وعده های آن بایستی به طور دقیق کنترل شود.
- معمولاً بیش از ۵۰ درصد نیاز های غذایی باید طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول مرتفع شود.
- لازم است که مواد غذایی قبل از استفاده از نظر ریز مغذیها، الکترولیت ها، ویتامین ها و املاح بررسی گردند.
- در کسانی که تغذیه پرنترال کمتر از ۱۴ روز طول می کشد استفاده از یک رگ محیطی کافی است ولی باید PH و غلظت و ترکیبات موادی که از این رگ محیطی وارد می شوند دقیقاً کنترل شوند.
- تغذیه از طریق ورید ساب کلاوین در مواردیکه بیش از ۳۰ روز نیاز به تغذیه پرنترال وجود دارد توصیه می شود.
- در افرادی که به شدت بیمار می باشند و نیاز به تغذیه پرنترال دارند روش مداوم ارجحیت دارد.

راهنمای بالینی برای پرستاران و متخصص تغذیه:

دستور العمل های بالینی اساساً تحت ۳ فاکتور قرار دارند :

- (a) کاهش وزن غیر عمدی بیش از ۵ درصد طی ۳۰ روز یا ۱۰ درصد طی ۱۸۰ روز
- (b) از دست دادن ۲۵ درصد از مواد غذایی طی ۷ روز و یا ۲/۳ غذا بر اساس رژیم غذایی حاوی ۲۰۰۰ kcal
- (c) شاخص وزن بدن معادل یا کمتر از ۱۹

توصیه ها:

زمانیکه فردی دچار کاهش وزن می شود حتماً باید با متخصص مراقب بهداشتی مشاوری صورت گیرد و بحث در مورد اهداف مربوط به درمان و کیفیت زندگی بایستی در این مرحله آغاز شود.

وضعیت های پزشکی:

وضعیت های پزشکی همراه با آنورکسی مانند کاهش دریافت غذا و افزایش نیازهای متابولیکی باید بررسی شوند. افزایش نیازهای متابولیکی ممکن است به دنبال تب، عفونت و زخم های شدید پوستی ایجاد شود. آنورکسی ممکن

است به همراه بیماریها، دارو، دمانس یا اختلالات خلقی دیده شود. در رفتار و بیمار نیز با بی اشتهاهی ارتباط دارد. کاهش مصرف مواد غذایی نیز ممکن است در نتیجه دیسفاژی، مشکلات مربوط به جویدن، تهوع، استفراغ، اسهال، دردیاد مدفوع سخت ایجاد شود. درمان این شرایط می تواند منجر به بهبود اشتها و وزن بدن شود.

هیدراسیون:

دریافت مایعات و وضعیت هیدریشن ممکن است بر وزن بدن اثر داشته باشد. ارزیابی وضعیت هیدریشن ممکن است کاهش وزن را ناشی از کم آبی نشان دهد.

کم آبی توسط علائم کلینیکی به تنهایی قابل ردیابی نیست و مستلزم استفاده از پارامترهای بیوشیمی می باشد. توصیه های عمومی جهت مصرف مایع روزانه توسط بزرگسالان ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی لیتر می باشد.

پارامترهای آزمایشگاهی:

ارزیابی پارامترهای بیوشیمیایی مربوط به سوء تغذیه در این زمینه بایستی مورد توجه قرار گیرند پارامترهای بیوشیمیایی شامل آلبومین سرم، کلسترول، هموگلوبین و ترانسفرین سرم می باشند. ممکن است این پارامترها در شرایطی که سوء تغذیه وجود ندارد نیز غیر طبیعی باشند اما این پارامترها بعنوان یک راهنمای مفید در مداخلات مربوط به سوء تغذیه عمل می کنند. اختلالات در پارامترهای آزمایشگاهی بایستی مرتفع شوند.

فاکتورهای محیطی:

شرایط محیطی و غذایی که بر دریافت غذا تاثیر می گذارند در ارزیابی ها مهم به نظر می رسند. عدم مطلوبیت ناشی از محدودیت های شدید در زمینه رژیم های غذایی می تواند منجر به کاهش دریافت مواد غذایی گردد. ویژگی مواد غذایی، غلظت غذا، دمای غذا و خوشمزگی در این رابطه مهم است، زمان صرف مواد غذایی و مصرف آن در محیط های اجتماعی می تواند میزان خوردن را افزایش دهد. برنامه غذایی موثر، تشخیص مشکلات مربوط به تغذیه و روش های تغذیه مناسب توسط پرستار در خانه می تواند منجر به افزایش وزن گردد. دیسفاژی و اختلال در بلع با یا بدون اسپیراسیون نیاز به مداخلات بلع و تغییر در غلظت غذا دارد.

مداخلات :

- مداخلات سریع شامل درگیر کردن خانواده جهت:
- حضور یا کمک در هنگام دادن وعده های غذایی
- جایگزین کردن مواد غذایی
- ارزیابی غذاها
- مشخص کردن مواد غذایی مورد علاقه بیمار

استفاده از غذاهای پرکالری	-
انجام ورزش (مصرف مواد غذایی را افزایش می دهد)	-
استفاده از مکمل های غذایی (مصرف غذا را افزایش می دهند و موجب افزایش وزن می گردند)	-
مکمل های غذایی باید در بین وعده های غذایی داده شود (جایگزین کالری مصرفی در وعده های غذایی نمی باشد)	-

بیان مشکل	Problem Definition
درد مربوط به تحریک مخاط معده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش یا عدم درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزش در مورد علل گاستریت و غذاهای تشدید کننده بیماری.	
۲. آموزش در مورد عوامل تشدید کننده بیماری نظیر استرس یا خستگی.	
۳. آموزش در مورد عدم مصرف الکل.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه تغییر یافته کمتر از احتیاجات بدن به علت کاهش اشتها و استفراغ و درد.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم کاهش وزن.	
۲. مصرف مواد غذایی مورد نیاز.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. کاهش درد و دادن داروی ضد درد تجویز شده.	
۲. دادن داروی ضد تهوع به بیمار.	
۳. ایجاد محیط آرام برای بیمار.	
۴. توصیه به مصرف مواد غذایی کم در دفعات زیاد.	
۵. مصرف غذاهای نرم، ملایم و بدون ادویه.	
۶. توصیه به بیمار در خصوص جویدن غذا به طور کامل.	

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع و استفراغ ناشی از التهاب مخاطه معده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم کاهش وزن ۲. مصرف مواد غذایی مورد نیاز	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار در هنگام تهوع و استفراغ نباید چیزی مصرف کند. ۲. اگر این حالت بیش از ۱۲-۱۸ ساعت طول بکشد ممکن است موجب اختلالات آب و الکترولیت گردد. ۳. مصرف چای، آبگوشت و مایعات در فواصل مکرر و بتدریج بر حسب تحمل بیمار. ۴. تغذیه با شیرینی، ژلاتین و سوپ معمولاً بعد از ۱۲-۱۴ ساعت به خوبی تحمل می شود. آموزشهای لازم به بیمار گاستریتی : داشتن عادات تغذیه ای مناسب نگه داشتن وزن در حالت سالم و طبیعی ورزش کردن به اندازه کافی کنترل کردن استرس و فشارهای روانی روزانه.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تعادل مایعات و الکترولیت ها، کمبود حجم مایع، کاهش پتاسیم، کاهش کلر، آکالوز متابولیک در ارتباط با کاهش دریافت از طریق خوراکی (معمولاً به خاطر NPO) و از دست دادن بیش از حد آب و الکترولیتها همراه با استفراغ و تخلیه لوله بینی - معده ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
تعادل مایعات و الکترولیتها در مددجو بر اساس شواهد زیر باید حفظ گردد: تورگور پوستی طبیعی، غشا مخاطی مرطوب، وزن پایدار، فشار خون و نبض در محدوده طبیعی بوده و با تغییر وضعیت پایدار باشد، زمان پر شدن مجدد مویرگی کمتر از ۳ ثانیه، وضعیت روانی معمولی، تعادل جذب و دفع، وزن مخصوص ادرار در حد طبیعی، شکم نرم بدون نفخ به همراه صداهای روده ای طبیعی، فقدان اختلال در ریتم قلبی، ضعف عضلانی، پaresthesia، لرزش، اسپاسم ها و سرگیجه، ۱۱. BUN، Hct، الکترولیت سرم و گاز خون در حد طبیعی باشد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. علائم کمبود حجم مایع را بررسی کنید: - کاهش تورگور پوستی، غشا مخاطی خشک، تشنگی، - از دست دادن ناگهانی وزن به میزان ۲ درصد یا بیشتر، - افت وضعیتی فشار خون و یا کاهش فشار خون، - تنفس سریع و ضعیف، - زمان پر شدن مجدد مویرگی بیش از ۳ ثانیه، - مسطح شدن عروق گردنی در زمان خوابیدن به پشت، - تغییر در وضعیت روانی، - کاهش خروجی ادرار همراه با افزایش وزن مخصوص آن، - افزایش BUN و Hct ۲. علائم کاهش پتاسیم خون مانند اختلال در ریتم قلبی، افت وضعیتی فشار خون، ضعف عضلانی، تهوع و استفراغ، نفخ شکم، کاهش یا فقدان صداهای روده ای و - کاهش پتاسیم سرم را بررسی کنید. ۳. علائم کاهش کلر در خون و آلکالوز متابولیک مانند سرگیجه، - تحریک پذیری، پاراستزی، لرزش عضلانی یا اسپاسم، تهویه ناکافی، کاهش کلرید سرم و بالا رفتن PH و PCO2 را بررسی کنید: ۴. به منظور پیشگیری یا درمان عدم تعادل آب و الکترولیت اقدامات زیر را انجام دهید : - اقدامات مربوط به کاهش تهوع و استفراغ را انجام دهید. - در صورت وجود لوله بینی - معده ای و نیاز به شستشوی مکرر و یا همراه با حجم های زیاد محلول، بهتر است از نرمال سالین به جای آب استفاده شود. - بر طبق دستور درمان داخل وریدی را ادامه دهید. - در صورت دستور جایگزین های الکترولیتی را تجویز کنید. ۵. در صورتی که علائم و نشانه های عدم تعادل آب و الکترولیت ادامه یافت یا بدتر شد با پزشک مشورت کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	درد شکمی در ارتباط با انسداد، التهاب و تحریک صفاق.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	مددجو بر اساس شواهد زیر کاهش درد شکم را گزارش خواهد داد : ۱. بیان شفاهی کاهش درد. ۲. حالت صورت و بدن راحت باشد. ۳. علائم حیاتی ثابت.

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه های درد مانند بیان شفاهی درد، تظاهرات بدنی، عدم تمایل به حرکت، حفاظت یا مالش شکم، عدم استراحت، تعریق، رنگ پریدگی صورت، افزایش فشار خون، تاکی کاردی را بررسی کنید.	
۲. ادراک مددجو را از شدت درد با به کارگیری وسیله سنجش شدت درد بسنجید.	
۳. الگوی درد مددجو مانند موقعیت مکانی، کیفیت، شروع، مدت، عوامل تسریع کننده، عوامل تشدید کننده و عوامل تسکین دهنده را بررسی کنید.	
۴. اقدامات زیر را به منظور کاهش درد انجام دهید:	
- اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب درباره تجربه درد انجام دهید (به مددجو اطمینان دهید که نیاز او به تخفیف درد را فهمیده اید. روش هایی برای دستیابی به کنترل درد با مددجو طرح ریزی نمایید).	
- اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب به منظور افزایش آرامش و متعاقباً افزایش آستانه و تحمل بیمار برای درد انجام دهید.	
- به مددجو یاری رسانید تا موقعیت راحتی به خود بگیرد (به عنوان مثال به پهلو خوابیدن با زانوی خم شده).	
- تجویز کیسه یخ روی شکم طبق دستور.	
- تجویز ضد درد طبق دستور.	
• در صورتی که اقدامات ذکر شده در تسکین مؤثر درد کافی نبود با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب. ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس.	
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد : ۱. بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ۲. فقدان استفراغ .	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. ۲. اقدامات زیر را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید : - اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. - اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. - مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید. - مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع نفس عمیق و آهسته بکشد. - مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود). - بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید. - در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید. - در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید. • اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید: - با پزشک مشورت نمایید. - مددجو را برای قرار دادن لوله بینی- معده ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	هیپرترمی به علت تحریک مرکز تنظیم کننده دما در هیپوتالاموس به وسیله تب زاهای درون زا .
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	هیپرترمی مددجو بر اساس شواهد زیر کنترل خواهد شد: ۱. درجه حرارت و رنگ معمولی پوست. ۲. میزان نبض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه. ۳. تعداد تنفس ۲۰-۱۲ در دقیقه.

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۴. درجه حرارت به سمت طبیعی برگردد . ۱. علائم و نشانه هیپرترمی مانند پوست گرم و سرخ شده، تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش درجه حرارت. را بررسی کنید: ۲. در صورت تشخیص پزشک به منظور کمک به کاهش تب داروهای ضد تب و داروهای ضد میکروبی به منظور از بین بردن فرآیند عفونی به بیمار بدهید. ۳. در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تشکیل آبسه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
در مددجو بر اساس شواهد زیر آبسه تشکیل نخواهد شد: - درجه حرارت ثابت و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. - عدم افزایش درد شکمی یا حساسیت. - عدم افزایش بیشتر شمارش گلبول های سفید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نشانه ها و علائم تشکیل آبسه را بررسی کنید: - افزایش بیشتر درجه حرارت بالای ۳۸ درجه. - افزایش درد شکمی و حساسیت موضعی. - وجود توده قابل لمس در شکم. - شمارش گلبول های سفید (بیش از ۱۵۰۰۰ باید گزارش شود). اقدامات زیر را برای کاهش خطر سوراخ شدگی و تشکیل آبسه انجام دهید: - اعمال زیر را برای جلوگیری از افزایش بیشتر فشار درون شکم انجام دهید : ۱ - در صورت دستور تغذیه دهانی را منع کنید. ۲ - طبق دستور لوله معده بگذارید و ساکشن نمایید.	

۳ - انما تجویز نکنید. ۴ - از تجویز داروهای ضد یبوست اجتناب کنید. ۵ - از اعمال حرارت روی شکم خودداری کنید. -اگر علائم و نشانه های تشکیل آبسه ایجاد شد: ۱. در صورتی که برنامه ریزی شده است، مددجو را برای مطالعات تشخیصی مهیا کنید (توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی). ۲. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید. ۳. مددجو را برای جراحی یا درناژ زیر پوستی آبسه آماده کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
التهاب صفاق مربوط به آزاد شدن محتویات روده به درون حفره صفاقی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بر اساس شواهد زیر در مددجو پریتونیت ایجاد نخواهد شد: ۱. درجه حرارت پایدار و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ۲. شکم نرم و غیر متورم. ۳. عدم افزایش درد شکم و حساسیت، تهوع و استفراغ. ۴. صداهای طبیعی روده. ۵. علائم حیاتی ثابت. ۶. عدم افزایش بیشتر در شمارش گلبول سفید خون.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
علائم و نشانه های التهاب صفاق مانند افزایش درجه حرارت بالای ۳۸ درجه، اتساع و سفت شدن شکم، افزایش شدت درد شکمی، حساس شدن منطقه فشار داده شده، افزایش تهوع و استفراغ، کاهش یا فقدان صداهای روده ای، تاکیکاردی، افزایش تعداد تنفس، کاهش فشار خون، افزایش در میزان WBC را بررسی کنید. - در صورتی که علائم و نشانه های التهاب صفاق به وجود آمد: ۱. تغذیه دهانی را طبق دستور منع کنید. ۲. به منظور کمک به جمع کردن و متمرکز کردن محتویات گوارشی در حفره لگن خاصره تا اینکه در زیر دیافراگم جمع شوند، مددجو را در تخت در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.	

۳. در صورتی که طرح ریزی شده است، مددجو را برای آزمون های تشخیصی آماده کنید (رادیوگرافی شکمی، توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی).

۴. لوله بینی- معده ای یا روده ای را طبق دستور وارد کنید و ساکشن را ادامه دهید.

۵. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید.

۶. در صورت دستور پزشک به منظور جلوگیری یا درمان شوک، مایعات داخل وریدی و یا افزایش دهنده های حجم خون، تجویز کنید.

۷. در صورتی که برنامه ریزی شده باشد، مددجو را برای جراحی آماده کنید (آپاندکتومی با درناژ و شستشوی صفاق).

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مشکلات آنورکتال و هموروئید

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب و ترس در ارتباط با نا آشنا بودن با محیط ، احتمال عود بیماری، علائم ظاهری بیماری، دیس پنه و تنگی نفس، درد شدید، ناتوانی در کنترل بیماری، تاثیر بیماری بر روش زندگی و ایفای نقش بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش اضطراب و ترس	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- رفتارهای حمایتی و ایمنی فرد را برای مقابله با اضطراب افزایش دهید. ۲- به حرف های مددجو خوب گوش دهید. ۳- برای مقابله با اضطراب بیمار را راهنمایی کنید. ۴- حمایت روحی بعمل بیاورید. ۵- مددجو را برای جلوگیری از صدمه به خود و دیگران کنترل کنید. ۶- گروه درمانی.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در ارتباط با دیلاتاسیون و ترومبوز و یا پر خونی عروق هموروئید در ناحیه آنال و رکتال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های درد مثل بیان شفاهی، عدم تمایل به حرکت کردن، مالش شکم، بی قراری، افزایش سرعت ضربان قلب و فشار خون و را بررسی کنید. ۲- با استفاده از یک وسیله سنجش درد درک مددجو را از شدت درد بررسی کنید. ۳- الگوی درد مددجو را بررسی کنید مثلا: محل، کیفیت، شروع، مدت، عوامل تسریع کننده و تشدید کننده و تسکین دهنده و..... ۴- قبل از فعالیت هایی که ممکن است سبب درد شود از مسکن استفاده کنید. ۵- از بیمار بخواهید از نشستن به مدت طولانی اجتناب کند. ۶- اعمالی را برای افزایش استراحت به منظور کاهش خستگی و افزایش آستانه و تحمل درد انجام دهید. ۷- اعمالی را برای کاهش التهاب و تحرک زیاد روده به منظور کاهش درد و کرامپ شکم انجام دهید.	

۸- برای تسکین درد از روش های غیر دارویی استفاده کنید مثل تغییر وضعیت، ورزش های شل کننده عضلات، آرام سازی محیط، فعالیت های تفریحی نظیر تماشای تلویزیون، مطالعه، صحبت با دیگران.
۹- به بیمار آموزش دهید که هنگام اجابت مزاج از زورزدن اجتناب نماید.

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش درجه حرارت بدن (هیپرترمی) در ارتباط با تحریک مرکز تنظیم درجه حرارت بدن در هیپوتالاموس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
تنظیم درجه حرارت بدن، درمان تب.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نشانه ها و علائم هیپرترمی مثل پوست گرم و قرمز، تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش درجه حرارت را بررسی نمایید.	
۲- ضد تب را بر اساس دستور پزشک تجویز نمایید.	
۳- در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند پزشک را مطلع کنید.	
۴- کنترل مایعات را انجام دهید.	
۵- کنترل علائم حیاتی را انجام دهید.	
۶- بیمار را حمام کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با استفاده طولانی مدت از مسهل ها، سرکوب رفلکس دفع به دلیل عدم تمایل به استفاده از bed pan در تخت، کاهش حرکات روده به دلیل کاهش فعالیت، کاهش دریافت مایعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در اجابت مزاج مشکلی نداشته باشد و دفع مدفوع صورت گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- رعایت رژیم غذایی.	
۲- کاهش نفخ.	
۳- توصیه به خوابیدن بر روی شکم.	
۴- اجرای مداخلات دارویی.	
۵- مراقبت از استومی (در صورت وجود).	
۶- کنترل درد.	
۷- کنترل پرولاپس رکتال.	

۸- کنترل تمامیت پوستی.
۹- شست و شوی روده.
۱۰- ارتقا عملکرد روده ای.
۱۱- مصرف مایعات روزانه حداقل ۲/۵ لیتر.
۱۲- مراقبت از خود هنگام توالیت رفتن.
۱۳- نظارت بر دارو و تغذیه .

بیان مشکل	Problem Definition
احتباس ادراری در رابطه با تجمع ادرار در کلیه و مثانه به علت قرار گیری طولانی مدت در پوزیشن خوابیده، تحریک اعصاب سمپاتیک به دلیل ترس و اضطراب، کاهش تون عضلات مثانه به دلیل دیستانسیون طولانی مثانه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در دفع ادراری مشکلی ندارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های احتباس ادراری را بررسی نمائید. ۲- پری مثانه یا ناراحتی فوق عانه، احتباس مثانه، دفع کمتر از جذب را گزارش نمائید. ۳- مدیریت مایعات. ۴- عادات دفع ادرار. ۵- کاستن اضطراب. ۶- افزایش آرامش. ۷- سوند گذاری ادراری و مراقبت از لوله ها.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سرطان مری

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال سوء تغذیه.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- کنترل سوء تغذیه (کمبود پروتئین می‌تواند منجر به عوارض قلبی-عروقی و اختلال در ترمیم زخم شود و باعث افزایش ریسک عفونت شود لذا قبل از عمل جراحی با اندازه‌گیری آلبومین باید به این کمبود پی برد).
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- آلبومین سرم را بررسی کنید. ۲- توجه داشته باشید که تغذیه اینترال بر پارنترال ارجح است. ۳- بهداشت کامل دهان و دندان را حفظ کنید. ۴- مصرف سیگار و مواد الکلی را قطع نمایید. ۵- وضعیت قلبی-عروقی و ریوی را بررسی نمایید. ۶- در صورت وجود تومور در ثلث میانی مری انجام برونکوسکوپی برای بررسی فیستول ازوفاگو-تراکیال ۷- به بیمار جهت کاهش اضطراب و افزایش همکاری در پروسیجرها توضیح دهید مثل: ۱) درناژ بسته قفسه سینه ۲) ساکشن بینی-معددهای ۳) درمان وریدی ۴) لوله‌گذاری معددهای

مشکلات بعد از عمل جراحی

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال آسپیراسیون.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پیشگیری از آسپیراسیون.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- بیمار را قبل از هوشیاری کامل در وضعیت یک پهلو و بعد از آن در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار

دهید.

۲- علایم و نشانه‌های آسپیراسیون ترشحات یا مواد غذایی و مایعات (مثل صدای رونکوس، صدای مات هنگام دق قفسه سینه، تاکیکاردی، تنفس‌های تند، دیس‌پنه، سیانوز) را مورد ارزیابی قرار دهید.

۳- نتایج CXR و گزارش یافته‌های مربوط به انفیلتراسیون را کنترل کنید.

۴- دستگاه ساکشن را در کنار بیمار آماده نگه‌دارید و در صورت تجمع ترشحات در دهان ساکشن دهان و حلق و مراقبت از دهان را به عمل آورید.

۵- اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز استفراغ را به عمل آورید.

۶- در هنگام تغذیه از راه دهان ۱ الی ۴ ساعت بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع مثل سندرم دامپینگ).

۷- در صورت بروز علائم آسپیراسیون اقدامات زیر را انجام دهید:

(a) ساکشن تراشه

(b) خبر کردن پزشک

(c) آماده کردن بیمار برای کنترل CXR

۸- در صورتیکه بیمار از راه لوله‌ای-معدة ای تغذیه می‌شود به غذای او رنگ‌های غذایی اضافه کنید تا در صورت بروز آسپیراسیون به آسانی قابل مشاهده باشد.

۹- به بیمار تمریناتی را جهت افزایش قدرت جویدن آموزش دهید.

۱۰- در طول تغذیه تا جایی که امکان دارد تحریکات محیطی را کم کنید تا بیمار حواس خود را بر روی جویدن و بلع متمرکز کند.

۱۱- وعده‌های غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد (۷ الی ۸ وعده) در نظر بگیرید تا از خطر دیستانسیون شکم و برگشت محتویات معده کاسته شود.

۱۲- مدت زمان کافی را برای تغذیه در نظر بگیرید.

۱۳- از بیمار بخواهید در هنگام تغذیه از حرف زدن و خندیدن خودداری کند.

۱۴- به بیمار کمک کنید بعد از اتمام تغذیه به بهداشت دهان خود بپردازد.

۱۵- از ساکشن به جای فیزیوتراپی تنفسی استفاده کنید زیرا خطر آسپیراسیون وجود دارد.

۱۶- درجه حرارت را کنترل کنید زیرا افزایش آن نشان‌دهنده آسپیراسیون و پنومونی متعاقب آن و یا نشت مایع از محل آناستوموز مری به معده است.

۱۷- در بیمارانی که دارای سوند بینی-معدة‌ای هستند در اولین فرصت قسمت بیرونی آن را علامت‌گذاری کرده و آن را فیکس کنید و در صورت کوچک‌ترین جابجایی به جراح اطلاع داده و هرگز نباید سوند را وارد کرد زیرا احتمال آسیب محل آناستوموز وجود دارد.

۱۸- در شروع تغذیه دهانی ابتدا با مقدار کمی آب و غذاهای پوره شروع کنید بیمار را تشویق به خوردن غذا و استفاده از غذاهای خانگی جهت تحریک اشتها نمایید.

۱۹- بیمار را جهت افزایش وعده‌های غذایی و کاهش حجم آن و پوزیشن مناسب جهت جلوگیری از سندرم دامپینگ مگر در موارد منع، تشویق نمایید.
۲۰- موارد زیر را به بیمارانی که دارای پروتز داخل مری هستند، در رابطه با خوردن غذا تا غذا داخل پروتز نماند، آموزش دهید:
(a) جویدن غذا.
(b) نوشیدن مقدار کمی آب.
(c) حداقل ۲ ساعت در وضعیت نشسته باید قرار بگیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم آگاهی بیمار در خصوص نحوه مصرف مواد غذایی پس از ترخیص.	
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار اطلاعات کافی در خصوص مراقبت از خود و مصرف مواد غذایی داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در مورد خوردن غذا به آرامی در حجم کم و دفعات زیاد، آموزش دهید.	
۲- در مورد عدم استفاده از غذاهای محرك، خیلی گرم، خیلی سرد و ادویه‌جات آموزش دهید.	
۳- در مورد نوشیدن آب حین غذا آموزش دهید.	
۴- در مورد اجتناب از الکل و سیگار آموزش دهید.	
۵- کنترل روزانه وزن جهت دریافت غذای روزانه را انجام دهید.	
۶- در مورد نشستن حداقل به مدت ۱ الی ۴ ساعت بعد از صرف غذا آموزش دهید.	
۷- نحوه استفاده از دستگاه ساکشن برای پیشگیری از آسپیراسیون را آموزش دهید.	
۸- در مورد عدم انجام فعالیت‌هایی که به قفسه‌ی سینه فشار آورد آموزش دهید.	
۹- هنگام خواب سر تختخواب را ۱۰ الی ۲۰ سانتیمتر بالاتر قرار دهید.	
۱۰- آموزش دهید بدون تجویز پزشك از آنتی‌اسید استفاده نکند.	
۱۱- در مورد مراقبت از ژرئونوستومی در بیمارانی که در این حالت از بیمارستان مرخص می‌شوند آموزش دهید.	
۱۲- مصرف دارو با حداقل ۱۲۰ میلی‌لیتر آب و حداقل ۱۰ ثانیه در وضعیت نشسته باقی بماند.	
۱۳- آگاهی بیمار در مورد بیماری مری، درمان، پیش‌آگهی و علت بروز بیماری و دلایل درمان جراحی یا داخلی و یا پیروی از برنامه‌های غذایی و دارو و پیشگیری از آسیب‌های بعدی را افزایش دهید.	

مشکلات پس از اعمال جراحی

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش اشتها و وزن بدنبال سرطان معده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- برقراری وزن مناسب ۲- عدم وجود عوارض جراحی (شوک - خونریزی - عوارض ریوی - استئآتوره - سندرم دامپینگ - گاستریت و ازوفازیت ناشی از برداشتن پیلور و پس زدن صفرا) ۳- عدم کاهش ویتامین ب۱۲	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مداخلات پرستاری در ارتباط با تغذیه در بخش های دیگر نوشته شده است. -مداخلات پرستاری پس از جراحی: ۱- بیمار پس از جراحی از مصرف مایعات به همراه غذا خودداری کند. ۲- وعده های غذایی با حجم کم و دفعات بیشتر به بیمار بدهید. ۳- ترکیب غذا خشک باشد. ۴- آموزش دهید که از مصرف غذاهای حاوی کربوهیدرات با مولکول کوچک (گلوکوز و ساکارز) اجتناب کند. ۵- مصرف چربی باید در حد تحمل باشد. ۶- اضافه کردن ویتامین ب۱۲ و آهن.	

بیان مشکل	Problem Definition
بیرون زدگی احشاء شکم از خلال جدار شکم یا کانال اینگوئینال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم بیرون زدگی احشاء شکم از خلال جدار شکم یا کانال اینگوئینال. ۲. عدم درد و استقراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- جهت جلوگیری از تورم اسکروتوم از کیسه یخ ظرف ۴۸-۲۴ ساعت پس از جراحی استفاده کنید. ۲- انجام فعالیت بدنی را بمدت ۷-۵ روز ممنوع کنید. ۳- برداشتن اجسام سنگین را بمدت ۶-۴ هفته ممنوع کنید. ۴- وعده های غذایی با حجم کم و دفعات بیشتر تهیه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
هیپرترمی به علت تحریک مرکز تنظیم کننده دما در هیپوتالاموس به وسیله تب زاهای درون را.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• هیپرترمی مددجو بر اساس شواهد زیر کنترل خواهد شد: ۱. درجه حرارت و رنگ معمولی پوست. ۲. میزان نبض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه. ۳. تعداد تنفس ۲۰-۱۲ در دقیقه. ۴. درجه حرارت به حد طبیعی برگردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه هیپرترمی را بررسی نمایید شامل: - پوست گرم و سرخ شده. - تاکی کاردی، تاکی پنه. - افزایش درجه حرارت. ۲. در صورت تشخیص پزشک به منظور کمک به کاهش تب داروهای زیر را تجویز کنید: - داروهای ضد تب - داروهای ضد میکروبی به منظور از بین بردن فرآیند عفونی ۳. در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با دریافت ناکافی فیبر از رژیم غذایی و کاهش فعالیت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. حفظ یا برقراری یک الگوی منظم در دفع روده ای. ۲. اطمینان از دریافت کافی مایعات و غذاهای پرفیبر. ۳. آموزش درمورد روشهای پیشگیری از یبوست. ۴. کاهش اضطراب در مورد الگوهای دفع روده ای. ۵. پیشگیری از عوارض.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. درمورد شروع و مدت زمان یبوست، الگوهای گذشته و فعلی دفع، انتظار بیمار از یک دفع طبیعی روده ای و روش زندگی (به طورمثال سطح فعالیت و ورزش، شغل، نوع و مقدار غذا و مایع دریافتی و سطح تنیدگی) اطلاعات کسب کنید.	۱. درمورد شروع و مدت زمان یبوست، الگوهای گذشته و فعلی دفع، انتظار بیمار از یک دفع طبیعی روده ای و روش زندگی (به طورمثال سطح فعالیت و ورزش، شغل، نوع و مقدار غذا و مایع دریافتی و سطح تنیدگی) اطلاعات کسب کنید.
۲. تاریخچه بیماریهای داخلی وجراحی گذشته، داروهای مورد مصرف فعلی و مصرف ملینها و تنقیه را کسب کنید.	۲. تاریخچه بیماریهای داخلی وجراحی گذشته، داروهای مورد مصرف فعلی و مصرف ملینها و تنقیه را کسب کنید.
۳. از بیمار درمورد احساس پری و فشار در راست روده، درد شکم، زورزدن زیاد هنگام اجابت مزاج و دفع گاز سوال کنید.	۳. از بیمار درمورد احساس پری و فشار در راست روده، درد شکم، زورزدن زیاد هنگام اجابت مزاج و دفع گاز سوال کنید.
۴. رژیم غذایی پر فیبر را رعایت نمائید.	۴. رژیم غذایی پر فیبر را رعایت نمائید.
۵. خوابیدن بر روی شکم را توصیه کنید.	۵. خوابیدن بر روی شکم را توصیه کنید.
۶. مصرف مایعات روزانه حداقل ۲/۵ لیتر را توصیه کنید.	۶. مصرف مایعات روزانه حداقل ۲/۵ لیتر را توصیه کنید.
۷. بیمار را به تحرك بیشتر (در صورت عدم ممنوعیت) تشویق نمائید.	۷. بیمار را به تحرك بیشتر (در صورت عدم ممنوعیت) تشویق نمائید.
۵- بیمار را به ورزش منظم و انقباض و انبساط روده ای در تخت تشویق نمائید.	۵- بیمار را به ورزش منظم و انقباض و انبساط روده ای در تخت تشویق نمائید.
۶- دفع روده ای در ساعات خاصی از روز را آموزش دهید.	۶- دفع روده ای در ساعات خاصی از روز را آموزش دهید.
۷- استفاده از مسهل ها را آموزش دهید.	۷- استفاده از مسهل ها را آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با استرس، اضطراب، تغذیه با لوله معدی، روده ای، التهاب یا سوء جذب روده ای، اعتیاد به الكل، آلودگی ها توکسین ها، رادیوتراپی.	اسهال در رابطه با استرس، اضطراب، تغذیه با لوله معدی، روده ای، التهاب یا سوء جذب روده ای، اعتیاد به الكل، آلودگی ها توکسین ها، رادیوتراپی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	پرستار باید قادر باشد:
- اقدامات لازم در مورد اسهال و عوارض آن را انجام دهد.	- اقدامات لازم در مورد اسهال و عوارض آن را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی از نظر فاکتورهای اصلی مثل سفت و سخت شدن مدفوع.	۱. بررسی از نظر فاکتورهای اصلی مثل سفت و سخت شدن مدفوع.
۲. در صورت ضرورت، مددجو را ناشتا قرار دهید.	۲. در صورت ضرورت، مددجو را ناشتا قرار دهید.
۳. همکاری نمودن با پزشك برای شروع مایعات و تغذیه تا تحمل نمودن رژیم غذایی نرم و بتدریج معمولی.	۳. همکاری نمودن با پزشك برای شروع مایعات و تغذیه تا تحمل نمودن رژیم غذایی نرم و بتدریج معمولی.
۴. مددجو را به مصرف مواد غذایی حجیم کننده مدفوع مانند پسیلیوم در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد تشویق نمائید.	۴. مددجو را به مصرف مواد غذایی حجیم کننده مدفوع مانند پسیلیوم در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد تشویق نمائید.
۵. خودداری نمودن از مصرف مواد غذایی محرك مانند شیر، محصولات دارای کافئین و سبزی و میوه های خام.	۵. خودداری نمودن از مصرف مواد غذایی محرك مانند شیر، محصولات دارای کافئین و سبزی و میوه های خام.

۶. وزن روزانه مددجو را کنترل کنید (زمان، معیار، پوشش مددجو یکسان باشد).
۷. الگوهای دفعی معمول را بررسی کنید.
۸. الکترولیت‌های سرم را کنترل کنید.
۹. تشویق نمودن وی به ابراز موقعیت استرس‌زایی که علت اسهال شده است.
۱۰. پربنه مددجو را از نظر راش، قرمزی بررسی کنید.
۱۱. مراقبت از پوست پس از هر بار دفع.
۱۲. فراهم نمودن وسایل لازم برای دفع مددجو (توالت، لگن، و...) و حفظ خلوت.

Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید.	
۱- اصول بهداشت، احتیاط‌های کنترل عفونت و خطرات بالقوه بیماری عفونی برای خود و دیگران	
۲- آموزش در مورد دست شستن، پختن و آماده کردن مواد غذایی و ذخیره آن.	
۳- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

Problem Definition	بیان مشکل
یبوست در ارتباط مشکلات عملکردی، سایکولوژیکی، مصرف داروها، مشکلات مکانیکی (مثل آبسه و یا زخم آنال)، فیزیولوژیک	
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
- اقدامات لازم در مورد یبوست و عوارض آن را انجام دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه‌های پرستاری
○ عادات طبیعی دفع روده‌ای را بررسی کنید. ○ از نظر علائم و نشانه‌های یبوست (مثل کاهش یافتن حرکات روده‌ای، مدفوع سخت، بی‌اشتهایی، نفخ و درد شکم، احساس پری و فشار در مقعد و شکم) بررسی کنید. بررسی صداها و روده‌ای انجام شود و کاهش یافتن آن گزارش شود. ○ مددجو را تشویق کنید هرگاه احساس دفع دارد، به آن توجه نماید. ○ در هنگام دفع مددجو به وضعیت نشسته قرار داده شود و از توالت یا توالت فرنگی استفاده شود مگر این‌که ممنوعیت داشته باشد. ○ در موقع دفع، مددجو تشویق به ریلکس شدن شود و خلوت آن فراهم شود. ○ برای دفع، یک زمان منظم قرار داده شود، معمولاً یک ساعت پس از غذا ترجیح دارد. ○ حداقل ۲۵۰۰ سی‌سی در روز مایعات بدهید مگر اینکه منع وجود داشته باشد.	

○ مددجو را به نوشیدن مایعات نرم (مثل چای، قهوه) پس از بیدار شدن از خواب تشویق کنید. ○ مددجو به افزایش فعالیت در روز تشویق شود. ○ در صورت نیاز به ضد درد ترجیحاً از داروهای ضد درد غیرنارکوتیک استفاده کنید. ○ با تجویز پزشک، ملین و یا مسهل ها و یا حجم کننده های مدفوع، لوبریکانت ها و محرک ها و یا داروهای اسموتیک و یا سالین دستور داده شده به مددجو داده شود. ○ در صورت دستور انما روغنی یا تمیز کننده، آن را به اجرا درآورید. ○ اگر علائم یبوست در طی ۳ روز وجود داشته باشد با پزشک در مورد سفت و سخت شدن مدفوع و برداشتن آن توسط پزشک با توشه رکتال مشاوری کنید. ○ علائم و نشانه های یبوست به مددجو آموزش داده شود و پس از ترخیص در صورت وجود آن علائم به مراقب بهداشتی گزارش شود.	آموزش به بیمار
Patient Education به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- تاکید بر حفظ رژیم غذایی پر فیبر، افزایش مصرف مایعات و برنامه ورزشی منظم. ۲- داشتن زمان منظم برای دفع. ۳- منع مصرف ملین .	Patient Education

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

تغذیه داخل روده‌ای

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با تغییر در دریافت مواد غذایی، سوء جذب آلودگی مواد غذایی، ترکیبات مواد غذایی، آلودگی باکتریایی، استرس/ اضطراب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
– حجم غلظت و ترکیبات مواد غذایی آماده را به گونه ای تهیه کند که مددجو دچار اسهال نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. رنگ، بو، مقدار و تکرار دفع را در هر روز ثبت و گزارش کنید. ۲. هر ۸ ساعت جذب و دفع را پایش کنید. ۳. مدفوع را از نظر خون مخفی بررسی کنید. ۴. وزن مددجو را هر روز در ساعت و با لباس و با معیار معینی اندازه‌گیری کنید. ۵. علائم و نشانه‌های کم آبی (کاهش تورگور پوست، کاهش دفع ادرار، افزایش وزن مخصوص ادرار و خشکی پوشش مخاطی) را بررسی کنید. ۶. نتایج آزمایش‌ها پایش شود و موارد غیر طبیعی گزارش شود. ۷. اثرات داروها، آنتی بیوتیک‌ها، سالمترین و سایر بلوک‌کننده سیستم ۲، الگزیبرهای الکترولیتی و آنتی اسیدها را از نظر عوارض جانبی مثل اسهال بررسی مجدد کنید. ۸. هر ۴ ساعت، تحمل مددجو نسبت به دریافت محلول‌ها بررسی شود. ۹. واکنش غیر طبیعی به محلول‌های دریافتی مثل نفخ شکم، تأخیر در تخلیه معده، تهوع و استفراغ و کرامپ، را به پزشک گزارش کنید. ۱۰. هر ۴ ساعت صداهای روده‌ای سمع شود و در صورت افزایش و یا کاهش صداهای روده‌ای به پزشک گزارش شود. ۱۱. در صورتی که حجم باقیمانده در معده بیش از ۱۰۰ سی سی باشد، تغذیه لوله‌ای را ادامه ندهید و به پزشک گزارش کنید و ماده باقیمانده را به معده برگردانید. ۱۲. از آنفوزیون سریع خودداری کنید. موارد زیر را اجرا کنید: - الف- تغذیه با غلظت زیاد را در شروع به آهستگی بدهید و یا طبق دستور پزشک؛ - ب- ریت را در صورت تحمل مددجو افزایش دهید؛	

ج- جریان ریت پمپ اینترنال را تنظیم کنید.
د- هر ۱ ساعت، درجه حرارت فرمولا را چک و ریت را کنترل کنید.
۱۳. از مصرف فرمولا با اسمولالیتی بالا و چربی زیاد خودداری کنید و در صورت تغییر فرمولا ابتدا با پزشک مشورت کنید.
۱۴. اقدامات لازم را در صورت عدم تحمل به لاکتوز انجام دهید همانند:
- کلیه محصولات لبنیاتی را از رژیم غذایی حذف کنید.
- تماس با پزشک در مورد تغییر فرمولای مواد غذایی به صورت بدون لاکتوز.
۱۵. از آلودگی فرمولا به باکتری جلوگیری کنید.
۱۶. قبل از آماده کردن مواد غذایی دست خود را بشوئید.
۱۷. فرمولا را بیش از ۸-۱۲ ساعت در درجه حرارت محیط آویزان نکنید.
۱۸. فرمولای بیرون از یخچال را استفاده نکنید.
۱۹. روزانه ست گاوژ را تعویض کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب راسیون در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری، کاهش رفلکس آغ زدن و سرفه، تأخیر در تخلیه معده، جا به جا شدن لوله تغذیه ای	
برآیندهای مورد انتظار :	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: خطر آسیب راسیون را پیشگیری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از لوله معده مناسب استفاده کنید، لوله ای که اسنفکتر مری و رفلکس ها را کمتر از بین ببرد.	
۱. هر ۴ ساعت مطمئن شوید که لوله معدی یا روده ای بطور صحیح در محل خود قرار دارد. در صورت نیاز عکسبرداری انجام شود تا از ثابت شدن محل اطمینان حاصل شود.	
۲. در طول تغذیه و یک ساعت پس از تغذیه سر تخت در زاویه ۳۰-۴۵ درجه باشد.	
۳. در هنگامی که سر تخت صاف می شود لوله تغذیه کلامپ شود.	
۴. در صورت انجام تغذیه به طور مداوم، هر ۴ ساعت میزان محتویات درون معده اندازه گیری شود و در صورت تغذیه به صورت متناوب قبل از هر بار تغذیه میزان محتویات اندازه گیری شود.	
۵. در صورتی که محتویات باقی مانده معده ۱۰۰ سی سی یا بیشتر باشد تغذیه صورت نگیرد و به پزشک گزارش شود.	
۶. محتویات کشیده شده برای اندازه گیری را دوباره به درون لوله بفرستید تا از دست دادن شیر معده	

و الکتروولیت ها جلوگیری شود.
۷. مددجو را از نظر کرامپ، تهوع و نفخ شکم بررسی کنید.
۸. هر ۴ ساعت، ساعت صداهای روده‌ای را سمع کنید.
۹. هر ۴ ساعت، درجه حرارت، نبض، فشار خون و تنفس را کنترل کنید.
۱۰. هنگام تغذیه و یک ساعت پس از آن کاف تراکتوستومی و یا اندوتراکئال تیوپ را پر از هوا کنید.
۱۱. از نظر علائم و نشانه‌های آسپیراسیون مددجو را بررسی کنید و در صورت ایجاد آن به پزشک گزارش کنید. این علائم عبارتند از: کوتاهی تنفس، تب، سرفه، افزایش تعداد تنفس، تغییر رنگ محتویات آسپیره شده از تراشه، سیانوز، کاهش صداهای تنفس، رال، رونکای.
۱۲. موقع کشیدن لوله معدی، آن را شستشو داده و کلمپ کنید تا خطر آسپیراسیون در هنگام کشیدن لوله به حداقل برسد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در حجم مایعات در رابطه با ناکافی بودن مایعات دریافتی و از دست دادن مایعات در هنگام تغذیه با محلول با اسمولالیت بالا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
تورگور و رنگ پوست و مخاط پوششی و وزن مناسب و وزن مخصوص ادرار مددجو را در حد طبیعی حفظ کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۸ ساعت علائم و نشانه‌های حجم مایعات را بررسی کنید.	
۲. موارد ذیل به پزشک اطلاع داده شود: تورگور ضعیف پوستی، کاهش دفع ادرار، مخاط پوششی خشک، از دست دادن وزن بیشتر از ۰/۵ کیلوگرم در هر روز، کاهش فشار خون، افزایش وزن مخصوص ادرار.	
۳. هر ۸ ساعت جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید.	
۴. مددجو را روزانه وزن کنید.	
۵. در صورت تجویز، میزان دریافتی آب از طریق لوله تغذیه افزایش یابد و هر ۴-۶ ساعت به میزان ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب داده شود.	
۶. وزن مخصوص ادرار را هر ۸ ساعت کنترل کنید.	
۷. ثبت وضعیت هوشیاری مددجو در ابتدا و هر ۴ ساعت بررسی شود و در صورت تغییر گزارش داده شود.	
۸. در صورت داشتن تغذیه مداوم، هر یک ساعت کنترل کنید.	

۹. از پمپ داخل روده‌ای برای تنظیم ریت تغذیه استفاده کنید. ۱۰. گلوکز ادرار و سرم هر ۶ ساعت و یا طبق دستور کنترل شود.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با ترکیبات مواد غذایی و ناکافی بودن دریافت مایعات و بی‌حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	خطر یبوست را پیشگیری کند، با بررسی مددجو از نظر: - تغذیه لوله‌ای را تحمل کند و وزن متعادل داشته باشد. - هر روز مدفوع شکل گرفته و نرم دفع کند.
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در صورت مجاز بودن از مایعات به میزان کافی استفاده کنید (بدون محدودیت). ۲. هر ۴-۶ ساعت به میزان ۳۰ تا ۵۰ سی‌سی آب از طریق لوله معده به صورت فلش داده شود. ۳. نرم کننده مدفوع تجویز شده را استفاده کنید. ۴. هر روز در صورت تجویز، آب میوه خالص ۶-۴ اونس داده شود. ۵. کنترل داروها و عوارض جانبی در صورتی که تجویز شده باشد. ۶. تشویق به فعالیت فیزیکی در محدوده طبیعی صورت گیرد. - کمک کردن برای حرکت دادن مددجو؛ - تغییر وضعیت دادن هر ۲ ساعت؛ - چک کردن مدفوع سفت و سخت؛ - دادن زمان کافی برای نشستن بر روی لگن؛ - محیط خلوت فراهم شود؛ - کنترل الگوی دفعی انجام شود.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیوپسی کبد

بیان مشکل	Problem Definition
مشکلات قبل از بیوپسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار مراقبت قبل از بیوپسی را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نوع و گروه خون مددجو مشخص شود. ۲. علائم حیاتی را کنترل کنید. ۳. وضعیت هوشیاری و توانایی همکاری را بررسی کنید. ۴. رویه کاری را به مددجو توضیح دهید. ۵. ضد درد یا سداتیو دستور داده شده را به مددجو بدهید. ۶. از نظر حساسیت نسبت به داروهای بی حسی موضعی مددجو را کنترل کنید. ۷. به مددجو آموزش دهید چگونه نفس خود را هنگام وارد کردن نیل نگه دارد. ۸. از نظر خونریزی و انعقاد و پروترومبین مددجو را کنترل کنید و در صورت مشاهده موارد غیر طبیعی به پزشک گزارش کنید. ۹. ۸ ساعت قبل از انجام بیوپسی مددجو ناشتا باشد. ۱۰. قبل از انجام پروسیجر مددجو ادرار خود را تخلیه کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
بررسی های پس از بیوپسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- پرستار مراقبت پس از بیوپسی را انجام دهد. - خون ریزی داخل کبدی، داخل پریتون و پنوموتراکس را تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت، سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت یکبار علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. بکاربردن فشار در روی محل بیوپسی در ۱۵ دقیقه اول پس از انجام بیوپسی. ۳. تا ۲۴ ساعت مددجو به حالت خوابیده به پشت استراحت داشته باشد. ۴. وضعیت به پهلوی راست در ۶ ساعت اول برای حفظ فشار بر روی محل بیوپسی بکار رود.	

۵. هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت محل بیوپسی از نظر خونریزی، تورم و یا درد شدید مشاهده شود.
۶. هموگلوبین و هماتوکریت را چک کنید.
۷. اگر درد در ناحیه اپی گاستر و یا به ناحیه کتف برسد، گزارش کنید.
۸. افزایش تعداد تنفس، درد شدید کتف و کاهش صداهای تنفسی را به پزشک گزارش کنید.
۹. ویتامین K تجویز شده تزریق شود.
۱۰. کمک کردن به مددجو در خوردن غذا و هنگام انجام فعالیت‌ها در ۲۴ ساعت اول در صورت نیاز.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیروز

بیان مشکل	Problem Definition
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با نامناسب بودن رژیم غذایی، استفراغ و یا بی اشتها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد: خطر دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن را پیشگیری کند، با بررسی مددجو از نظر: - رژیم غذایی تجویز شده را تحمل کند. - تغییرات رژیم غذایی را توصیف کند. - وزن مناسب را بدست آورد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناشتا قرار دادن مددجو در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد. ۲. در صورت نیاز از هیپرالیمانتاسیون وریدی تجویز شده استفاده کنید. ۳. محیطی آرام برای استراحت وی فراهم کنید. ۴. رژیم غذایی توصیه شده به مقدار کم و مکرر استفاده شود (چربی، پروتئین و کربوهیدرات با توجه به وضعیت بیمار می باشد). ۵. میزان کالری لازم برای وی فراهم کنید. ۶. جایگزین های نمک استفاده شود و دقت کنید که آن ها دارای آمونیوم نباشند. ۷. مددجو را به خوردن غذا تشویق کنید و قبل از غذا بهداشت دهان را رعایت کنید. ۸. وزن روزانه و آسیت و ادم بررسی شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایعات در رابطه با افزایش دریافت مایعات و نمک و سوء تغذیه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد از افزایش حجم مایعات پیشگیری کند. با بررسی مددجو از نظر: - ثابت شدن علائم حیاتی. - جذب و دفع متعادل باشد. - ادم کاهش یافته و ورید ژوگولار مستع نباشد. - الکترولیت ها در محدوده طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations

۱. بررسی وضعیت مایعات صورت گیرد (تورگور پوستی، رطوبت مخاط پوششی)
۲. متسع شدن وریدژوگولار و ادم را بررسی کنید
۳. مایعات و الکترولیت و ویتامین‌های تجویز شده، مصرف شود.
۴. جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید.
۵. صداهای ریوی هر ۴ ساعت از نظر ادم ریوی کنترل شود.
۶. به دفع مدفوع و ادرار از نظر رنگ، تکرار و قوام توجه کنید.
۷. الکترولیت‌های ادرار و سرم را از نظر عدم تعادل سدیم و یا پتاسیم چک کنید.
۸. آلبومین‌های بدون نمک تجویز به مدد جو داده شود.
۹. علائم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل شود (از نظر تب و دیس ریتمی و علائم نارسایی احتقانی قلب).
وزن روزانه کنترل شود.
۱۰. بررسی از نظر اثرات و عوارض جانبی دیوریتیک‌ها انجام شود.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب پوستی در رابطه با ادم، کم آبی، یرقان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: آسیب پوستی را پیشگیری کند. با بررسی مددجو از نظر:	
- روش‌های پیشگیری از آسیب پوستی را شرح دهد. - در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت کند. - سلامت پوست حفظ شود.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی پوست از نظر قرمزی، خارش و یرقان، انجام شود. ۲. برای پیشگیری از ایسکمی بافتی از تشک‌های با پوست گوسفند که فشارهای متغیری دارند استفاده کنید. ۳. بطور مکرر مراقبت از پوست انجام شود. ۴. مراقبت از پوست اطراف پرینه پس از دفع ادرار و مدفوع انجام شود. ۵. هر ۲ ساعت بیمار چرخانده شود و مراقبت از پشت انجام شود. ۶. ورزش‌های فعال و یا غیر فعال اندام‌ها هر ۴ ساعت انجام شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی ناموثر در رابطه با آسیب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes

پرستار قادر باشد: الگوی تنفسی ناموثر را پیشگیری کند. با بررسی مددجو از نظر:	
- گازهای خونی در حد طبیعی باشد. - تنفس طبیعی باشد و صداهای ریوی واضح باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. سر در زاویه ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا قرار داده شود. ۲. هر ۴ ساعت به مددجو در حرکت کردن و انجام سرفه و هر نیم ساعت انجام تنفس عمیق، کمک کنید. ۳. صداهای ریوی را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۴. اکسیژن مورد نیاز دستور داده شده را وصل کنید. ۵. گازهای خونی و پالس اکسی متری کنترل شده و علائم پنومونی و آتلکتازی را بررسی کنید. ۶. علائم هیپوکسی را کنترل کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
تغییر در سیستم حفاظتی و خونی در رابطه با اختلال در انعقاد خون یا خون ریزی ناشی از هیپرتانسیون پورتال.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو قادر باشد: - توانایی برای اجرای تغییرات مورد نیاز در فعالیت هایش را شرح دهد. - خون ریزی را کنترل کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. علائم و نشانه های خون ریزی از پوشش مخاطی را چک کنید. ۲. توصیه به استفاده از مسواک های نرم شود. ۳. ناحیه تزریقات را از نظر خون ریزی طولانی مدت مشاهده کنید و پس از تزریق فشار زیادی در محل بیاورید و از سر سوزن کوچک استفاده کنید. ۴. از اشیاء تیز و تیغ استفاده نکنید. ۵. در هنگام دفع از زور زدن و یا فشار آوردن به بینی در فین کردن خودداری کنید. ۶. از نرم کننده مدفوع توصیه شده استفاده کنید. ۷. زمان پروترمبین و INR و پلاکت را کنترل کنید. ۸. در صورت تجویز ویتامین K و داروهای آنتی فیبرینولیتیک، اثرات و عوارض جانبی آن را بررسی کنید. ۹. علائم خون ریزی را مشاهده کنید (افت فشار خون، افزایش نبض، هماتمز، ملنا).	

۱۰. علائم حیاتی و هموگلوبین و هماتوکریٹ را کنترل کنید.
۱۱. در صورت خونریزی مددجو را برای آندوسکوپی آماده کنید.
۱۲. لوله معدی روده‌ای را کنترل نموده و هر ساعت میزان دفع شده را اندازه‌گیری کنید.
۱۳. مایعات پارنترال و یا ترانسفوزیون را برقرار کنید.
۱۴. داروهای دستور داده شده مانند ویتامین K، وازوپرسین و نئومایسین را به بیمار بدهید و از مصرف آسپرین خودداری کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات فرآیند تفکر در رابطه با افزایش آمونیاک سرم و کمای کبدی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو قادر باشد:	
- هوشیاری در حد طبیعی داشته باشد. - آگاهی به زمان، نام و مکان داشته باشد. - توانایی برای تمرکز داشتن و افزایش یافتن فعالیت‌های روزمره داشته باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendation
۱. تغییرات وضعیت هوشیاری (خواب‌آلودگی، گیجی و غیره) را چک کنید. ۲. وضعیت نورولوژیک مددجو را کنترل کنید و کاهش توانایی حرکتی را گزارش کنید. ۳. داروهای نارکوتیک، سداتیو و ترانکولایزها، برای مددجو مصرف نشود. ۴. محیط ایمنی را برای مددجو فراهم کنید. ۵. اوره سرم را کنترل کنید. ۶. محرک‌های محیطی را کاهش دهید. ۷. اقدامات کاهش استرس را برای مددجو فراهم کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید.	
۱- رژیم غذایی از نظر چربی، کربوهیدرات، پروتئین، چربی، نمک. ۲- تکنیک کنترل استرس. ۳- توضیح در مورد الکل و ارتباط آن با سیروز. ۴- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۵- اهمیت استراحت و ورزش و جلوگیری از عفونت. ۶- مراقبت از پوست. ۷- گزارش علائم خونریزی (هماچوری، ملنا، نفخ شکم، ادم، تب، خونریزی).	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

جراحی‌های کبد: مراقبت قبل از عمل

Problem Definition	بیان مشکل
مشکلات عمومی قبل از عمل	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار بتواند مراقبت قبل از عمل را انجام دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بررسی وضعیت قلبی، عروقی، تنفسی، مغزی، علائم حیاتی و مشاهده یرقان. ۲. آمادگی روده‌ای دستور داده شده مثل انما (تنقیه)، آنتی بیوتیک خوراکی را اجراء نمایند. ۳. گذاردن یک لوله معده و کاتتر ادراری. ۴. ویتامین K و یا ترانسفوزیون خون دستور داده شده را بدهید. ۵. آموزش‌ها و توضیحات پزشک در مورد عمل جراحی و مراقبت پس از عمل را برای مددجو تکرار کنید. ۶. فراهم کردن حمایت‌های عاطفی برای مددجو و خانواده‌اش.	

جراحی‌های کبد: مراقبت بعد از عمل

Problem Definition	بیان مشکل
مشکلات عمومی بعد از عمل	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار بتواند مراقبت بعد از عمل را انجام دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. مددجو را از نظر تهوع، کاتترها، محل عمل و نوع درد و دیسپنه، مشخصات و مقدار ترشحات موجود در چپ تیوپ و کیسه جمع‌آوری کننده ترشحات معده و کیسه ادراری و درناژ محل زخم، تهوع، نفخ شکم، تکی کاردی، تکی پنه، کاهش صداهای تنفسی و افزایش درجه حرارت، بررسی کنید. ۲. تست‌های تشخیصی را بررسی کنید.	

۳. عوارض پس از عمل جراحی شامل: عدم تعادل الکترولیت‌ها، کاهش آلبومین سرم، هیپوگلیسمی، آتلتکنازی، پنومونی، ایلئوس پارالتیک، خون‌ریزی، شوک، آبسه شکمی، یرقان، کمای کبدی، عفونت زخم را بررسی کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفس نامؤثر در رابطه با پروسیجرهای تهاجمی، وجود چست تیوپ و یا درد.	
بر آینده‌های د انتظار	Expected Outcomes
- تنفس طبیعی شود. - بیمار ابراز نماید تمرینات تنفسی و نیاز به ورزش‌های تنفسی را درک نموده است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سر تخت به میزان ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا قرار داده شود. ۲. بررسی محل چست تیوپ و اتصال آن به ساکشن متناوب و بررسی رنگ محتویات آسپیره شده هر ۴ ساعت انجام شود. ۳. هر ۲ ساعت سمع صداهای ریوی را انجام دهید. ۴. هر نیم ساعت یکبار تنفس عمیق و هر دو ساعت سرفه و حرکات تنفسی را با کمک انجام دهید. قبل از انجام این کار از ضد درد دستور داده شده استفاده نمایید. ۵. هر ۸ ساعت پالس اکسی متری را در صورت کاربرد، کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال در حجم مایعات به دلیل از دست دادن مایعات در پی ناشتا بودن و یا ساکشن از لوله معدي	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- جذب و دفع متعادل باشد. - الکترولیت‌ها در حد طبیعی حفظ شود. - تورگور پوست طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. حفظ ناشتا بودن مددجو و بررسی وضعیت مایعات و تورگور پوستی و رطوبت مخاط پوششی و پر شدن کاپیلرها. ۲. مایعات پرنترال همراه با الکترولیت‌ها و یا آنتی بیوتیک لازم را برقرار کنید. ۳. لوله معده همراه با ساکشن با فشار کم متناوب و شستشوی آنرا کنترل کنید. ۴. هر ساعت دفع ادرار چك شده و اگر کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت باشد گزارش کنید. ۵. هر ۸ ساعت جذب و دفع را کنترل کنید.	

۶. هر ساعت علائم حیاتی را چک کرده و پس از ثابت شدن هر ۴ ساعت کنترل کنید.
۷. بیمار را به حرکت دادن اندام تحتانی تشویق کنید.
۸. از جوراب‌های الاستیکی استفاده کنید.
۹. الکترولیت‌های سرم، آلبومین و گلوکز را بررسی کنید و وضعیت مایعات و هماتوکریت را نیز چک کنید.
۱۰. صداهای روده‌ای را هر ۸ ساعت سمع کنید.
۱۱. ادم محیطی بررسی شود و هر ۸ ساعت نبض پاها را کنترل کنید.
۱۲. از نظر علائم هیپوگلیسمی (خواب آلودگی، تهوع، لرز و) بررسی کنید.
۱۳. هر ۴ ساعت وضعیت هوشیاری را بررسی کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر یافتن سیستم محافظتی در رابطه با پروفایل خونی غیر طبیعی و تغییر در فاکتورهای انعقادی .	
بر آینده‌های مورد انتظار:	Expected Outcomes
- پروفایل خونی در محدوده طبیعی باشد (هموگلوبین- هماتوکریت- انعقاد خون). - خونریزی در محل تزریق و یا از محل زخم دیده نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل پانسمان و برش‌های جراحی را از نظر خونریزی و درناژ هر ۲ ساعت چک کنید. ۲. علائم خونریزی (تاکی کاردی، هیپوتانسیون و سردی پوست....) را کنترل کنید. ۳. بررسی خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K انجام شود(در محل تزریقات، پوشش مخاطی). ۴. در موقع تزریق از سرسوزن کوچک استفاده کنید و پس از تزریق برای جلوگیری از خونریزی محل تزریق کاملاً فشار داده شود. ۵. هموگلوبین و هماتوکریت و زمان انعقاد را کنترل کنید. ۶. اثرات و عوارض تزریق ویتامین K را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو ظاهری آرام و راحت داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سر در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار داده شود و محیطی آرام و ساکت فراهم کنید. ۲. نوع و شدت و محل درد را براساس معیار درد بررسی کنید.	

۳. در صورت نیاز، داروي ضد درد مجاز داده شود.
۴. مکرراً تغییر پوزش داده شود.
۵. از اقدامات غیر دارويي کاهش درد استفاده کنید.
۶. به استفاده از الگوي فعاليت و استراحت متعادل تشويق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه‌ای: دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن به دلیل ناشتا بودن و کاهش انرژی.	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- وزن بیمار در حد متعادل و طبیعی باشد. - رژیم غذایی در حد تحمل و بدون مشکل به وي ارائه شود.	
توصیه های پرستاري	Nursing Recommendations
۱. همکاری نمودن با پزشك در برداشتن و یا کلمپ کردن لوله معده هنگامی که صداهای روده‌ای برگشت. ۲. در ابتدا مقداري کم آب و یا مایعات به مدد جو داده شود و تحمل وي را کنترل کنید. ۳. پس از تحمل مایعات، تبدیل به رژیم غذایی نرم شده و مقدار چربي و پروتئين و کربوهیدرات آن بستگی به توانايي کبد براي متابوليزه مواد غذایی دارد. بنابراین با متخصص تغذیه تماس گرفته شود. ۴. جذب و دفع اندازه گيري شود. ۵. در صورتي که محدودیت نداشته باشد ۲۵۰۰ سي سي در روز مایعات مصرف کند. ۶. بهداشت دهان خصوصاً قبل از غذا رعایت شود. ۷. وزن روزانه کنترل شود.	
آموزش به بیمار	
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید: ۱- رژیم غذایی. ۲- مراقبت از محل بخیه و نشانه های عفونت زخم و گزارش آن به پزشک. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- تعادل بین استراحت و فعاليت روزمره. ۵- تشويق به استفاده از تکنیک دست شستن. ۶- گزارش علائم به پزشک (کاهش هوشیاری، لتارژی، درد و نفخ شکم، تب، یرقان، دیسپنه) ۷- تشويق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هیأتیت ویروسی

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت در رابطه با خستگی یا ضعف در رابطه با عفونت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بتواند: اقدامات لازم در مورد عدم تحمل فعالیت را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. استراحت نسبی در محیطی آرام برای مددجو فراهم کنید. ۲. به مددجو کمک کنید هر ۲ ساعت تغییر وضعیت دهد و تنفس عمیق هر نیم ساعت انجام دهد. ۳. سداتیو تجویز شده داده شود. ۴. فعالیت های انحراف افکار را اجرا کنید. ۵. ورزش های فعال و غیر فعال هر ۴ ساعت انجام دهد. ۶. برای دوره های استراحت برنامه ریزی شود و حرکت خود را در هنگامی که توان دارد انجام دهد. - طرف عدم وابستگی تشویق شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با بی اشتهایی، استفراغ، تغییر در جذب.	
بر آید مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو وزن ایده آل بدست آورد. - مددجو رژیم غذایی خود را تحمل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با پزشک و متخصص تغذیه برای اجرای رژیم غذایی نرم و کنترل دریافت پروتئین و چربی و کربوهیدرات ها همکاری کنید. ۲. رژیم غذایی به دفعات مکرر و با حجم کم بدهید. ۳. تشویق به دریافت مایعات ۲۵۰۰ سی در روز مگر اینکه کنترا اندیکاسیون داشته باشد شامل آب میوه و ... ۴. اثرات و عوارض داروهای دریافتی مثل آنتی اسید و ضد استفراغ را بررسی کنید. از دادن پروکلروپرازین و کلروپرومازین خودداری کنید.	

۵. وزن را روزانه کنترل کنید.
۶. رعایت بهداشت دهان و دندان انجام شود.
۷. گلوکز خون از نظر هیپر و یا هیپوگلیسمی چک شود.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات در پی استفراغ، تب، اسهال.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت باشد. - تورگور پوستی نرمال باشد. - جذب و دفع متعادل باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اگر مددجو استفراغ و تهوع دارد او را ناشتا نگه دارید. ۲. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین K با تجویز پزشک برقرار شود. ۳. از نظر کم آبی مددجو را چک کنید. ۴. جذب و دفع را هر ۸ ساعت چک کنید. ۵. رنگ مدفوع و ادرار و قوام و تکرار آن را چک کنید. ۶. علائم حیاتی، الکترولیت ها، هموگلوبین و هماتوکریت چک شود و موارد غیر طبیعی گزارش شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در سیستم حفاظتی (ایمنی) در رابطه با غیر طبیعی شدن انعقاد خون.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- خون ریزی نداشته و عدم وجود خون ریزی لثه و در محل تزریق و خون هم در مدفوع و ادرار نداشته باشد. - آزمایشات انعقاد خون طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی از نظر خون ریزی انجام شود (مخاط پوششی، محل تزریق، استفراغ و مدفوع). ۲. آزمایشات انعقاد خون را کنترل کنید. ۳. در هنگام تزریق از سرسوزن کوچک استفاده کنید و پس از تزریق محل فشار داده شود. ۴. اثرات دریافت ویتامین K را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب به پوست در رابطه با پرقان و خارش.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- خارش کاهش یابد - مددجو در مراقبت از خود همکاری نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مراقبت از پوست فراهم شود. از مصرف صابون خودداری کنید. ۲. حمام با جوش شیرین و یا پودر ذرت انجام شود و لوسین بکار رود. ۳. آنتی هیستامین تجویز شده داده شود. ۴. اثرات کلسترآمین تجویز و مصرف شده را بررسی کنید. ۵. تغییر پوزیش بطور مکرر صورت گیرد. ۶. ناخن ها کوتاه و استفاده از دستکش را توصیه کنید. ۷- فعالیت های انحراف فکر را توصیه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت در رابطه با سوء تغذیه و عدم کفایت سیستم دفاعی.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو ادراك احتیاطات لازم را بیان کند. - درجه حرارت و تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. روش ایزولاسیون بکار ببرید. ۲. احتیاطات لازم در مورد مواد دفعی و خون و مایعات صورت گیرد. ۳. اطمینان یابید که کلیه ملاقات کنندگان اقدامات حفاظتی در مقابل هپاتیت را انجام می دهند. ۴. درجه حرارت و صداهای تنفسی را هر ۴-۸ کنترل کنید. ۵. ملاقاتی ها را محدود کنید. ۶. مایعات به حد کافی دریافت کند (۲۰۰۰ سی سی در روز). ۷. داروهای آنتی ویرال تجویز شده را مصرف کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در مفهوم از خود در رابطه با فرآیند بیماری، بستری شدن در پرستاری و ایزولاسیون	
بر آیند مورد انتظار:	Expected Outcomes

مددجو قادر باشد:	
- اقدامات انطباقی را بکار ببرد. - از فعالیت‌های انحراف فکر استفاده کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. تشویق به بیان کردن احساس ترس در هنگام برقراری ارتباط با دیگران. ۲. آموزش‌های لازم در مورد روند بیماری را داده بدهید. ۳. هدف از ایرولاسیون را برای وی بیان کنید. ۴. بررسی کردن برنامه‌های انطباقی با وضعیت موجود و اقدامات حمایتی را درک کنید. ۵. از قضاوت در مورد سبک زندگی خودداری کنید.	
	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید.	
۱- اصول پیشگیری و نحوه انتقال بیماری به سایر اعضای خانواده. ۲- ویزیت‌های منظم حداقل تا یک سال بعد از تشخیص و خطر عود مجدد در هیپاتیت B و C ۳- بیماری که از نظر آنتی ژن هیپاتیت B مثبت باقی می‌ماند ناقل مزمن می‌باشند، بنابراین هیچ‌گاه نباید خون دهد. ۴- مصرف داروی اینترفرون آلفا و تزریق آن به بیمار و یا اعضای خانواده. ۵- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

انسداد کیسه صفرا (سنگ و عفونت)

بیان مشکل	Problem Definition
خطر کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات، وضعیت ناشتا بودن و ساکشن معده و استفراغ.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت باشد. - جذب و دفع متعادل باشد. - الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی باشد. - مایعات به حد کفایت باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو ناشتا قرار داده شود و از نظر علائم کم‌آبی بررسی شود. ۲. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت و در صورت نیاز چک کنید. ۳. مایعات پرنترال همراه با الکترولیت‌ها و ویتامین K و آنتی بیوتیک به مددجو بدهید. ۴. لوله معده و ساکشن با فشار متناوب و شستشو با مقدار نرمال سالین تعیین شده (در صورت نیاز) و هر ۴ ساعت اسیدیته معده پایش شود. ۵. هر ۴ ساعت صداهای روده‌ای را سمع کنید. ۶. بهداشت دهان را (در صورت نیاز) اجرا کنید. ۷. لته‌ها و محل تزریق را از نظر خون‌ریزی و انسداد صفراوی بررسی کنید. ۸. هر ۸ ساعت جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید (رنگ و قوام ادرار و مدفوع و محتویات معده نوشته شود). ۹. الکترولیت‌های سرم را پایش کنید. ۱۰. مددجو را از نظر، یرقان، خارش، کاهش ویتامین کا و زمان پروتروبین مشاهده کنید. ۱۱. هر ۸ ساعت تورگور پوستی را پایش کنید. ۱۲. ضد استفراغ تجویز شده، داده شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با فرآیند بیماری، وجود سنگ و عفونت.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- کاهش درد گزارش شود.	

- ظاهر مددجو آرام باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بررسی درد از نظر شدت و محل و مشخصات درد انجام شود (با استفاده از معیار درد). ۱. آنتی کلینرژیک و ضد درد تجویز شده داده شود. ۱. از مصرف مرفین خودداری کنید. ۲. مددجو را در وضعیت مناسب قرار دهید (سر را در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار دهید) و تغییر وضعیت مکرر و به آرامی انجام شود. ۳. فعالیت های انحراف فکر و اقدامات کاهش درد انجام شود. ۴. مراقبت از پوست انجام شود.	

Problem Definition	بیان مشکل
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه استفراغ و کاهش دریافت مواد غذایی.	
Expected Outcomes	برآیند مورد انتظار:
- مددجو قادر باشد: - وزن مطلوب را بدست آورد. - رژیم غذایی را تحمیل کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. پس از برداشتن لوله معده رژیم غذایی مایعات صاف شده شروع شود و رژیم کم چربی باشد (طبق دستور پزشک). ۲. صداهای روده ای را پایش کنید. ۳. آلبومین و ازت اوره سرم را پایش کنید. ۴. تشویق به دریافت مایعات ۲۵۰۰ سی سی در روز کنید مگر اینکه منع مصرف داشته باشد. ۵. عدم تحمل به رژیم غذایی را پایش کنید. ۶. در مورد رژیم غذایی مناسب صحبت کنید. ۷. محیطی آرام و بدون استرس در هنگام صرف غذا فراهم کنید و مددجو را به حرکت تشویق کنید. ۸. وزن روزانه را کنترل کنید.	
آموزش به بیمار	
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- گزارش علائم (تهوع، استفراغ، یرقان، خارش، ادرار تیره، خون ریزی از مخاط و خون در ادرار، مدفوع بی رنگ). ۲- خودداری از مصرف غذاهای نفاخ و ادویه جات، کافئین، مواد غذایی محرک.	

۳- مصرف رژیم غذایی بدون چربی و عدم مصرف بستنی، کره، شیر، غذاهای خشک شده چرب.
۴- داشتن وزن متعادل.
۵- اهمیت استرس زدایی.
۶- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.

جراحی کیسه صفرا

بیان مشکل	Problem Definition
ناموثر بودن الگوی تنفسي در رابطه با کاهش اکسیژناسیون ریوی و درد.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
مددجو قادر باشد: - توانایی حرکت کردن و سرفه و تنفس عمیق را نشان دهد. - از اسپیرومتری بطور صحیح استفاده کند. - صداهای تنفسي و نوع تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی وضعیت تنفس انجام شود و از نظر وجود تنفس کم عمق و سریع مشاهده شود. ۲. صداهای ریوی را هر ۲ ساعت سمع کنید. ۳. هر ۲ تا ۴ ساعت يك بار اسپیرومتری تشویقي را انجام دهید. ۴. داروهای ضد درد تجویز شده را در هنگام حرکت و انجام حرکات تنفسي بدهید. ۵. به مددجو کمک کنید و به وي آموزش دهید هر ۲ ساعت سرفه نموده و حرکت کند و هر ساعت نیز تنفس عمیق انجام دهد. ۶. سر تخت را در زاویه ۲۰-۳۰ درجه بالا قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با ناشتا بودن و افزایش از دست دادن مایعات به دلیل وجود ساکشن معده.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- جذب و دفع متعادل باشد. - علائم حیاتی ثابت باشد. - مایعات به حد کفایت استفاده کند و تورگور پوستی نرمال باشد.	

توصیه های پرستاری
۱. بیمار را ناشتا حفظ کنید و از نظر کم آبی (تورگور ضعیف پوستی، خشکی مخاط، کاهش پرشدن مویرگی) پایش کنید. ۲. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین K تجویز شده از طریق پرنترال داده شود. ۳. هر ۴ ساعت علائم حیاتی را پایش کنید. ۴. لوله معده با ساکشن فشار کم پایش شده و در صورت نیاز با مقدار نرمال سالیین معین شستشو داده شود. ۵. جذب و دفع را هر ۸ ساعت کنترل کنید. ۶. لوله تی و سیستم درناژ بسته آن اگر استفاده شده پایین شده و از نظر رنگ و مقدار مواد درناژ شده هر ۸ ساعت گزارش شود. در صورتی که بیش از ۵۰۰ سی سی در روز میزان محتویات باشد به پزشک گزارش کنید. ۷. نمکهای صفراي دستور داده شده را جایگزین کنید. ۸. الکترولیت های سرم، هموگلوبین و هماتوکریت و زمان پروتروبین را کنترل کنید. ۹. مدفوع را از نظر رنگ و ادرار را از نظر وجود بیلیروبین چک کنید. ۱۰. وزن روزانه را در صورت نیاز اندازه گیری کنید. ۱۱. مددجو تشویق به حرکت کردن شود.

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب پوستی در رابطه با درناژ لوله، تغییر وضعیت تغذیه ای و پروسسجرهای تهاجمی.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- زخم ها بهبود یابند.	
- اطراف زخم سالم، خشک و تمیز باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت محل انسزیون را از نظر خونریزی و درناژ چک کنید.	
۲. در صورت نیاز پانسمان را تعویض کنید.	
۳. در صورت درناژ زیاد و یا خونریزی به پزشک اطلاع داده شود.	
۴. انتهای زخم دارای درناژ را با کیسه استومی بپوشانید تا پانسمان استریل بماند و در صورت نیاز به راحتی تعویض شود.	
۵. در صورت نیاز به تزریق، با سرسوزن کوچک انجام شود و پس از تزریق مدتی بر روی محل فشار وارد آورید.	
۶. بهداشت دهان را رعایت کنید.	

۷. هر ۲ ساعت بازبودن لوله تي را بررسي نموده و از نظر پيچ خوردگي در لوله آن را مشاهده كنيد. ۸. هر ۲ ساعت تا ۴ ساعت پوست اطراف لوله تي را بررسي نموده و در صورت نياز با آب و صابون آن را شسته و خشك كنيد. ۹. در صورت نياز از چسب مونتگمري استفاده كنيد. ۱۰. پوست و صلبيه را از نظر وجود يرقان و خارش مشاهده كنيد. ۱۱. حواس مددجو را به فعاليت هاي ديگر پرت كنيد. ۱۲. طبق دستور پزشك پس از صرف غذا، لوله تي را ببنديد، مددجو را از نظر كرامپ و درد و نفخ مشاهده كنيد. در صورت بروز هر يك از علائم، كلمپ را باز نموده و به پزشك اطلاع دهيد. ۱۳. در صورت تحمل مددجو، وي را وادار به حركت كنيد.
اقدامات لازم در درمان با لوله تي: ۱. اتصال دادن لوله به سيستم درناژ و قرار دادن آن در پايين تر از محل برش جراحي. ۲. با نوار چسب لوله ارتباط دهنده بسته شود و حركت لوله تي آزاد باشد. ۳. بر روي لوله تي پد ۴*۴ قرار داده و آن را چسب بزنيد. ۴. پوست اطراف لوله تي را بررسي نموده و آن جا را خشك و تميز نگه داريد. ۵. هر ۸ ساعت مواد صفراوي دفع شده را اندازه گيري كنيد و در صورتي كه بيش از ۵۰۰ سي سي در روز باشد به پزشك گزارش كنيد. ۶. هر ۸ ساعت صداهاي شكمي را گوش كنيد. ۷. مدفوع را از نظر مقدار، قوام و رنگ (سياه شدن و يا خاكستري شدن) مشاهده كنيد. ۸. پس از بستن لوله تي با پزشك همكاري نماييد و در صورت وجود درد شكم، نفخ، لرز و تب، تهوع، پس از باز كردن لوله تي، به پزشك اطلاع دهيد. ۹. قبل و پس از صرف غذا، لوله تي را ببنديد تا هضم غذا تسهيل شود.

Problem Definition	بيان مشكل
درد در رابطه با مداخلات جراحي.	
Expected Outcomes	برآيند مورد انتظار:
- مددجو کاهش درد را بيان كند. - مددجو ظاهري آرام و بدون استرس داشته باشد.	
Nursing Recommendations	توصيه هاي پرستاري
۱. موضع، نوع و شدت درد را با معيار درد بررسي نماييد. ۲. داروي ضد درد تجويز شده را در صورت نياز بدهيد و اثرات آن را بررسي كنيد. ۳. محيط را آرام نگه داريد.	

۴. بطور مکرر تغییر وضعیت به مددجو بدهید و ماساژ پشت را انجام دهید. ۵. روش‌های آلترناتیو ضد درد را توصیه کنید و فعالیت‌های انحراف افکار از درد را بکاربرید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- رژیم غذایی. ۲- مراقبت از محل بخیه و لوله تی. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- گزارش علائم ذیل به پزشک (افزایش درد در محل اپی گاستر- ادرار تیره- مدفوع بی رنگ- یرقان) ۵- افزایش تدریجی فعالیت ۶- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اعمال جراحی لاپاروسکوپی ، لیزر آندوسکوپی، کوله سیستکتومی

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی ناموثر در رابطه با کاهش اتساع ریوی و پرشدن شکم با دی اکسید کربن.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- صداهای تنفس نرمال باشد. - تنفس عمیق را هر ۸ ساعت انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تا زمانی که مددجو بتواند فعالیت مجدد داشته باشد، استراحت نسبی داشته باشد. ۲. وضعیت مددجو را به حالت نیمه نشسته (به پهلو چپ با خم کردن زانوی راست به طرف سینه و بازوی راست را خم کرد) ۳. از نظر وضعیت تنفسی تا ۸ ساعت هر ۴ ساعت یکبار صداهای تنفسی و وضعیت آن را بررسی کنید. ۴. به مددجو کمک دهید تا هر ۸ ساعت تنفس عمیق را انجام دهد. ۵. هر ۲ ساعت از اسپیرومتری تشویقی استفاده کنید. ۶. ۳ تا ۴ ساعت پس از عمل با کمک حرکت کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات ناشی از ناشتا بودن، تهوع و استفراغ.	
برآیند مورد انتظار :	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت باشد. - جذب و دفع متعادل باشد. - تورگور پوستی طبیعی باشد. - مددجو رژیم غذایی را تحمل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۴ ساعت علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. از نظر علائم کم آبی چک کنید. ۳. وقتی تهوع کاهش یافت، لوله معده برداشته شود. ۴. وقتی مددجو تحمل نمود مایعات صاف شده بدون گاز برای وی شروع شود و رژیم کم کم به رژیم قبل از	

عمل تبدیل شود.
۵. در صورت عدم کنتراندیکاسیون، تشویق به خوردن مایعات کنید.
۶. هر ۸ ساعت جذب و دفع جمع زده شود.
۷. وقتی جذب و دفع متعادل شد، سوند ادراری برداشته شود.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با انجام پروسیجر.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- کاهش درد و یا عدم آن گزارش شود. - مددجو آرام باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل، شدت و مشخصات درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید. ۲. اثرات ضد درد تجویز شده را بررسی کنید. ۳. در صورت وجود درد و شدت یافتن آن به پزشک گزارش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در سیستم محافظتی در رابطه با غیر طبیعی شدن پروفایل خونی به تبع خونریزی.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد: تغییر در سیستم محافظتی را کنترل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پانسمان از نظر خون و محتویات درناژ شده پایش شود و در صورت نیاز تعویض گردد. ۲. شکم از نظر درد شدید و یا متسع شدن بررسی شود. ۳. علائم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل شود.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- رژیم غذایی و دریافت مایعات. ۲- مراقبت از محل برش. ۳- اهمیت دوره های استراحت در بین فعالیتها. ۴- گزارش علائم به پزشک (قرمزی و ادم و درناژ زخم، اتساع شکم، تهوع و استفراغ، درد شدید) ۵- عدم برداشتن اجسام سنگین بیش از ۱۰ پوند.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

پانکراتیت حاد و مزمن

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات به طور غیر طبیعی در پی استفراغ، تب، و یا آسیب‌رسانیون	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت شود. - الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی باشد. - تورگور پوستی در حد طبیعی باشد. - جذب و دفع به حالت تعادل باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در وضعیت ناشتا قرار داده شود و وضعیت مایعات بررسی شود: تورگور پوست، وضعیت مخاط پوششی و رطوبت آن، پرشدن کامپله‌ها. ۲. اگر اندیکاسیون داشته باشد، مایعات و الکترولیت‌ها، ویتامین‌ها، آلبومین و آنتی بیوتیک از طریق پرنترال برقرار شود. ۳. کنترل کردن لوله معدی - روده‌ای و ساکشن متناسب با فشار کم و شستشوی آن با مقدار نرمال سالیین تعیین شده و اندازمگیری دفع محتویات معده هر ۴ ساعت و چک اسیدیته آن. ۴. صداهای روده‌ای و شکم را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۵. از نظر نفخ شکم، استفراغ و کاهش صداهای روده‌ای پس از برداشتن لوله معدی - روده‌ای مشاهده کنید. ۶. علائم حیاتی را هر ۲-۴ ساعت کنترل کنید. پالس اپیکال را چک کنید. ۷. گازهای خون شریانی و پالس اکسی متری و کاتتر سوان گنز را کنترل کنید. ۸. هر ساعت دفع ادراری بررسی شود و دفع ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت به پزشک گزارش شود. ۹. هر ۸ ساعت جذب و دفع جمع بسته شود. ۱۰. از نظر عدم تعادل کلسیم و الکترولیت‌ها و گلوکز و عملکرد کبدی و پروترومبین کنترل کنید. ۱۱. ادم محیطی را بررسی کنید. ۱۲. تشویق به حرکت کردن مددجو هر ۱ ساعت و استفاده از جوراب واریس.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در رابطه با ناکافی بودن دفاع اولیه، عدم تعادل تغذیه‌ای.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- مددجو تب نداشته باشد. - صداهای تنفسی طبیعی باشد. - پوست، تمیز و خشک حفظ شود. - ادرار بدون عفونت باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در صورت نیاز آنتی بیوتیک دستور داده شده مصرف شود. ۲. مددجو را به تغییر وضعیت مکرر تشویق کنید. ۳. وضعیت تنفسی از نظر صداهای ریوی، سرفه، خلط، تنفس کم عمق، تجمع مایعات کنترل شود. ۴. پانسمان به روش استریل تعویض شود و زخم را از نظر علائم عفونت (قرمزی) حساسیت، افزایش ترشحات) کنترل کنید. ۵. لوله‌ها و درن‌ها و کاتترها و لاین‌های وریدی به روش آسپتیک تعویض شوند. ۶. شستن دست‌ها با روش صحیح قبل از انجام هر کاری برای مددجو. ۷. کمک و آموزش به مددجو که هر ۲ ساعت جابجا شود و سرفه کند و تنفس عمیق هر نیم ساعت و انجام اسپیرومتری تشویقی هر ۲ ساعت صورت گیرد. ۸. هر ۲ تا ۴ ساعت بهداشت دهان و پوست انجام شود. پوست را از نظر قرمزی و یا شکسته شدن پوست مشاهده کنید. ۹. علائم یرقان مشاهده شود، پوست، ادرار بررسی شود. ۱۰. افزایش درجه حرارت را کنترل کنید (درجه حرارت بیش تر از ۳۸/۲ درجه سانتی‌گراد). ۱۱. ادرار را از نظر عفونت کنترل کنید. ۱۲. در صورت نیاز آنتی بیوتیک دستور داده شده را مصرف کنید. ۱۳. تشویق به تغییر وضعیت به‌طور مکرر.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با انسداد مجاری پانکراس و صفرا.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- ابراز نماید دردش کاهش یافته است. - آرامش و راحتی در ظاهر فرد مشاهده شود.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. محیط آرامی برای مددجو فراهم کنید. ۲. نوع و شدت و محل درد را بررسی کنید و از معیار برای اندازه گیری درد استفاده کنید. ۳. اثرات دارویی ضد درد را اندازه گیری کنید. ۴. از مصرف مرفین خودداری کنید و از مپریدين با دوز مکرر و کم استفاده کنید. ۵. روش های آلترناتیو ضد درد، تنفس عمیق، آرام سازی، تصویر سازی (افکار مثبت) آموزش داده شود. ۶. تغییر وضعیت مکرر داده شود. ۷. تمرینات ورزشی هر ۴ ساعت (ورزش های فعال و اندام های مختلف) انجام شود. ۸. هنگامی که اجازه داده شد مددجو را با کمک حرکت دهید. ۹. دارو های آنتی اسید و سایمتیدین تجویز شده را مصرف کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
تغییرات تغذیه ای کمتر از نیاز بدن در رابطه با بی اشتها، استفراغ و یا کاهش آنزیم های گوارشی.	
Expected Outcomes	برآیند مورد انتظار:
- مددجو قادر باشد رژیم غذایی متعادل را تحمل کند. - ادرار و مدفوع در حد متعادل باشد. - وزن مددجو در حد متعادل باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- صدهای روده ای را کنترل کنید. ۲- با پزشک، متخصص تغذیه همکاری کنید و در هنگامی که مددجو تحمل کند رژیم غذایی از مایع به نرم و پروتئین و پرکالری و کم چربی یا رژیم دیابتی به مقدار کم و در وعده های متعدد بدهید. ۳- در صورت تجویز و جایگزین مواد صفراوی و پانکراس، از خوردن این مواد غذایی با غذاها و مایعات گرم خودداری شود. ۴- از مصرف چای، قهوه و محرک ها و مواد غذایی تولید کننده گاز خودداری شود. ۵- از نظر تحمل به مواد غذایی مددجو را کنترل کنید. ۶- اقدامات مراقبتی از نظر بهداشت دهان قبل و پس از غذا را فراهم کنید. ۷- در صورت تجویز انسولین، آنتی اسیدها و آنتی کلي نرژیک ها، از نظر عوارض جانبی و اثرات آن بررسی شوند. ۸- وزن مددجو را روزانه کنترل کنید. ۹- مدفوع را از نظر قوام، رنگ، مقدار و تکرار کنترل کنید. ۱۰- قند ادرار و استون آن بررسی شود.	

Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید: ۱- رژیم غذایی مصرف الکل و ارتباط آن با پانکراتیت. ۲- دیابت، انسولین درمانی و تست خون و علائم و عوارض بیماری. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

منابع
• Eaden, J. A. Mayberry, J . F. (2002). Guidelines for screening and surveillance of asymptomatic colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease . www.gutjnl.com. • Tucker, M.S. Caanobbio ,M.M. Paquette,V.E. Wells, F,M. (2000). Patient care standards : Collaborative Planning & Nursing Intervention . St . Louis: Mosby. • WPCT Bowel Care Guidelines. BOWEL CARE GUIDELINES (ADULT) . June 2007. • Wanke, C. A. (2008). Patient information: Acute diarrhea in adults . www. Acg.gi.org/patient/ gihealth/diarrhea.asp • Ulrich ,S . P. & Canale, S. W. (2005). Nursing Care planning Guides for Adults in Acute , Extended and Home Care Settings . 6 Ed . St .Louis: Elsevier Saunders. Prevention of constipation in the older adult population: Summary of recommendations . Nursing Best Practice Guideline. www.rnao.org/bestpracticesOM • http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/_nursing-infirm/2001_ped_guide/chap_12a-eng.ph National Collaborating Centre for Acute Care. Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 Nov. 451 p. [384 references

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008 Sep. 57 p. (SIGN publication; no. 105). [194 references]
- Smeltzer, S. C, Bare, B. G. Brunner, L.S & Suddarths, D.s. (2008). Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th. Philadelphia: Lippincott.
- برونر و سودارت « پرستاری داخلی – جراحی درد ، الکترولیت ، شوک ، سرطان ، مراقبت پایان عمر ». ژيلا عابد سعیدی و دیگران (مترجمین) ، تهران . انتشارات سالمی ، ۱۳۸۳
- -راهنمای برنامه مراقبتهای پرستاری اولریچ، ترجمه نیره براهیمی و دیگران ، ناشر گلبن ، ۱۳۸۴
- - لاکمن، درسنامه پرستاری بیماریهای داخلی جراحی I ،ترجمه آتش زاده ، فروزان و دیگران انتشارات آبیژ. ۱۳۸۴

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم غدد مترشحه داخلی

دیابت

بیان مسئله	Problem Definition
احتمال بروز دیابت مربوط به شیوه زندگی نادرست	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو شیوه زندگی سالمی را در زندگی رعایت کند. - مددجو روش های پیشگیری از دیابت را بداند و بکار بندد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- افراد را در زمینه پیشگیری از اضافه وزن و چاقی آموزش دهید: - تمام بالغین و کودکان بالای پنج سال را تشویق به مصرف رژیم کم چربی، کم کالری، محدودیت کربوهیدراتها و مصرف مقادیر زیاد میوه و سبزیجات کنید. - در حیطه مسئولیت شغلی خود در نقش پرستار بهداشت جامعه بر الگوی تغذیه اجتماعی از جمله مدارس، از نظر رعایت استانداردهای تغذیه‌ای و الگوی مصرف میوه نظارت کنید. ۲- افراد را در زمینه برنامه ریزی و اجرای فعالیت فیزیکی مناسب راهنمایی و آموزش دهید: - به بزرگسالان حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت با شدت متوسط (مانند راه رفتن سریع، دوچرخه سواری، شنا، ورزش یا کارهای شدید خانه) حداقل ۵ روز در هفته توصیه کنید. - برای جوانان حداقل يك ساعت در روز فعالیت متوسط را که می‌تواند به فعالیتهای ۱۰ دقیقه‌ای تقسیم گردد، توصیه کنید. - در صورتی که میزان قند خون خیلی بالا باشد، فعالیت ورزشی نباید انجام شود (فعالیت ورزشی ممکن است میزان قند خون را بیشتر کند) - شروع برنامه ورزشی بایستی تحت نظارت ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی باشد. ۳- افراد را در زمینه اثرات استرس و کنترل هیجانات عاطفی راهنمایی و آموزش دهید: - استرس عاطفی و جسمی می‌تواند میزان گلوکز خون را افزایش دهد و باعث هیپرگلیسمی شود. - موقعیت های استرس زا از قبیل بیماری حاد و یا استرس جراحی نیاز به کنترل دقیق تر قند خون دارند. - روشهای کاهش استرس (ریلاکشن، انحراف حواس و...) را به بیمار بیاموزید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- در آموزش پیشگیری از دیابت، افراد در معرض خطر ابتلای به دیابت (افراد با اختلال گلوکز IGT، افراد با سابقه خانوادگی دیابت، سابقه دیابت حاملگی) را در اولویت قرار دهید.	

- به بیمار علائم عوارض حاد دیابت (هیپو گلیسمی، هیپرگلیسمی) را آموزش دهید. مهمترین تظاهرات بالینی در هیپرگلیسمی شامل: • افزایش قند خون، افزایش دفع ادرار، افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، ضعف، خستگی، تاری دید، سردرد، تهوع و استفراغ، کرامپ شکمی می باشد • مهمترین تظاهرات بالینی در هیپوگلیسمی شامل: • پوست سرد و مرطوب، کرخی و بی حسی انگشتان دست و پا و دهان، افزایش ضربان قلب، تغییرات عاطفی، سردرد، لرزش، بی حالی، گیجی، عدم تعادل در قدم زدن، بریده بریده سخن گفتن، گرسنگی، تغییرات در بینایی، تشنج و کما می باشد. نکته: معمولاً در هیپر گلیسمی شروع تدریجی نشانه ها و در هیپو گلیسمی شروع سریع نشانه ها دیده می شود. - انجام سالیانه آزمایش ادرار ۲۴ ساعته از نظر میکروپروتئینوری. - پوشیدن کفش های راحت و مناسب برای پیشگیری از صدمه به پاها، خودداری از پوشیدن مداوم کفش تازه - همراه داشتن همیشگی کارت شناسایی دیابتی - آگاهی از نشانه های هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی - خودداری از به کار بردن مستقیم گرما یا سرما بر روی پاها - خودداری از پا برهنه قدم زدن - عدم استفاده از لوسیون و پماد بین انگشتان پا - همواره مقداری کربوهیدرات سریع الاثر برای درمان سریع هیپوگلیسمی همراه داشته باشد. - آموزش به خانواده برای تجویز گلوکاگون در موارد هیپوگلیسمی حاد. - خوردن آرام غذا و جویدن کامل آن و خودداری از مصرف غذاهای سرخ شده.
--

بیان مسئله	Problem Definition
اختلال شیوه زندگی در بالغین مبتلا به دیابت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار مبتلا به دیابت شیوه زندگی سالم و بی خطری را داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در بیماران مبتلا به دیابت جهت دستیابی به شیوه زندگی سالم و بهداشتی، بیمار را در دستيابی به موارد زیر کمک نمایید:	
- خوردن رژیم غذایی متعادل.	
- زمان بندی صحیح وعده های غذایی.	
- عادات صحیح غذا خوردن.	

- داشتن فعالیت فیزیکی منظم.

- حفظ وزن در حد سالم و بهداشتی.

- ترك سیگار.

۲- بیمار را در زمینه کنترل و پایش موارد زیر آموزش دهید:

الف) خود ارزیابی قند خون (SMBG):

- آموزش بیمار در مورد روش کار با دستگاه اندازه گیری قند خون (گلوکومتر)
- آموزش بیمار در مورد الگوی زمانی اندازه گیری قند خون با توجه به نوع درمان دارویی و شرایط بیمار (از جمله سن، بیماری های همراه، وضعیت و برنامه کار و مدرسه، فعالیت بدنی، الگوی تغذیه، موقعیت اجتماعی و شخصیتی، عوامل فرهنگی، وجود عوارض دیابت و یا دیگر مشکلات).
- توصیه در مورد کنترل قندخون سه بار در روز، به بیماری که انسولین تزریق نموده و یا از دستگاه پمپ استفاده می کند.
- برای اطلاع از میزان واقعی قند خون، اندازه گیری قند خون را دو ساعت بعد از هر وعده غذا توصیه - نمایند.
- خود ارزیابی قند خون، پیگیری مرتب، روش انجام کار و توانایی استفاده از اطلاعات در جهت تعدیل درمان را به بیمار آموزش دهید.
- به بیماری که هیپوگلیسمی بدون علامت داشته و مکرراً دچار حملات هیپوگلیسمی می شود، کنترل مداوم قند خون (CGM) را توصیه نمایند.
- به بیمار آموزش دهید که خودارزیابی قند خون (SMBG) راهی موثر برای پیشگیری از هیپوگلیسمی، تعدیل داروها (مخصوصاً تعدیل در انسولین بعد از هر وعده غذا)، کنترل تغذیه و اثربخشی ورزش می باشد.
- درتفسیر صحیح اطلاعات بدست آمده از ارزیابی قند خون، بیمار را راهنمایی کنید.
- بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و یا خانم های باردار که از انسولین استفاده می کنند، باید حداقل سه بار در روز قند خون خود را اندازه بگیرند.
- نحوه استفاده صحیح بیمار از گلوکومتر را در ابتدا و حین اندازه گیری کنترل نمایند.
- به بیمار آموزش دهید که چگونه از اطلاعات بدست آمده از خودارزیابی قندخون، بطور صحیح در تعدیل خوردن مواد غذایی، انجام ورزش و دارو استفاده نماید تا به اهداف کنترل صحیح قند خون دست یابد. در ضمن این مهارت ها باید بصورت دوره ای ارزیابی مجدد شوند.
- در بیمارانی که قند خون آنها کنترل شده می باشد، انجام تست هموگلوبین A1C، را دو بار در سال (هر شش ماه یکبار) توصیه نمایند.
- در بیمارانی که نوع درمانشان تغییر کرده و یا هنوز به اهداف درمانی کنترل قند خون نایل نشده اند و یا تحت رژیم درمانی انسولین بصورت ویژه قرار گرفته اند (مانند زنان باردار، دیابت نوع یک)، انجام تست هموگلوبین A1C، چهار بار در سال (هر سه ماه یکبار) توصیه می شود.

نکته ۱: از آنجایی که هموگلوبین A1C بیانگر متوسط قند خون در سه ماه گذشته می‌باشد و ارزش پیشگویی کننده برای عوارض دیابت دارد، لذا این تست باید بطور منظم برای همه بیماران مبتلا به دیابت در بررسی اولیه و سپس در ادامه درمان بعنوان بخشی از مراقبت انجام شود. اندازه گیری هر سه ماه مشخص می‌کند که بیمار به قند خون هدف رسیده است یا نه. تکرار تست A1C برای هر بیمار بستگی به وضعیت بالینی، نوع رژیم توصیه شده و قضاوت پزشک دارد.

نکته ۲: برای پیشگیری از عوارض ماکروواسکولار دیابت، هموگلوبین A1C بایستی کمتر یا مساوی هفت درصد باشد.

- بیمار را در مورد نحوه کالبره کردن و نگهداری از دستگاه گلوکومتر آموزش دهید.
- به بیمار در مورد نحوه ثبت و استفاده از نتایج اندازه گیری قند خون و تفسیر آن آموزش دهید.
- ت** کنترل یا پایش علائم عوارض کوتاه مدت (حاد) دیابت مانند نشانه‌های کاهش یا افزایش قند خون: مهمترین تظاهرات بالینی در هیپوگلیسمی شامل:
 - افزایش قند خون، افزایش دفع ادرار، افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، ضعف، خستگی، تاری دید، سردرد، تهوع و استفراغ، کرامپ شکمی می باشد
 - مهمترین تظاهرات بالینی در هیپوگلیسمی شامل:
 - پوست سرد و مرطوب، کرخی و بی حسی انگشتان دست و پا و دهان، افزایش ضربان قلب، تغییرات عاطفی، سردرد، لرزش، بی حالی، گیجی، عدم تعادل در قدم زدن، بریده بریده سخن گفتن، گرسنگی، تغییرات در بینایی، تشنج و کما می باشد.

- نکته:** معمولاً در هیپر گلیسمی شروع تدریجی نشانه ها و در هیپو گلیسمی شروع سریع نشانه ها دیده می شود.
- به بیمار مبتلا به دیابت به ویژه مددجوی تحت درمان با انسولین در زمینه شناخت علائم، پیشگیری و درمان، کاهش یا افزایش قند خون آموزش دهید.
 - در افراد مبتلا به دیابت نوع یک، چگونگی تشخیص و پیگیری پدیده داون، اثر سوموژی و نقصان انسولین را آموزش دهید.
 - به بیمار آموزش دهید که خودارزیابی قند خون مخصوصاً برای بیماران تحت درمان با انسولین جهت کنترل و پیشگیری از هیپوگلیسمی (کاهش قند خون) بدون علامت بسیار مهم می‌باشد.
 - ۳- به بیمار آموزش دهید تا برای کنترل و پایش علائم زیر که از عوارض بلند مدت دیابت می باشد، به پزشک یا درمانگاه مراجعه کند:
 - معاینه منظم پاها (تکنیک ورزش، مشاهده و لمس پاها، نکات قابل توجه در هنگام مشاهده پاها و حضور یا عدم حضور رفلکس آشیل و پاتلا).
 - معاینه منظم پوست از نظر محل‌های مختلف تزریق انسولین.
 - معاینه منظم شبکیه چشم سالی یکبار (در صورت وجود موارد غیر طبیعی در شبکیه هر ماه یک بار با نظر متخصص).

- انجام آزمون ادرار بطور صحیح از نظر جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته و بررسی از نظر وجود کتون.

۴- آموزش بیمار در مورد پذیرش و رعایت دقیق رژیم دارویی Drug Therapy:

- انسولین: تنظیم دفعات، تعداد انسولین، نوع انسولین مورد نیاز، نحوه مخلوط کردن دو نوع انسولین، استفاده صحیح از قلم‌ها یا پمپ انسولین، نگهداری صحیح ویال و سرنگ انسولین، عوارض انسولین درمانی، نحوه صحیح نگهداری انسولین در مسافرت‌ها و تنظیم مقدار انسولین با توجه به شرایط ویژه بیمار.
- داروهای کاهش‌دهنده قند خون خوراکی: مکانیسم اثر، مدت اثر دارو، نحوه مصرف دارو، و عوارض احتمالی دارو).

- سایر داروها: مانند داروهای ضد فشار خون و کاهش‌دهنده چربی خون با توجه به نظر پزشک.

۵- آموزش در مورد رعایت رژیم غذایی به عنوان عامل مهم و موثر در درمان (درمان تغذیه‌ای-MNT):

- بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، باید در مورد برنامه‌های ساختار یافته مورد تاکید برای تغییر در شیوه زندگی آموزش ببیند که شامل کاهش متوسط وزن (۷ درصد وزن بدن)، فعالیت‌های فیزیکی منظم (۱۵۰ دقیقه/در هفته) و استراتژی‌های مربوط به رژیم غذایی شامل کاهش کالری و چربی و افزایش مصرف مواد غذایی شامل فیبر.

- آموزش اهداف درمان تغذیه‌ای بیمار مبتلا به دیابت شامل موارد زیر:

- مصرف چربی اشباع شده کمتر از ۷ درصد کل کالری دریافتی.
- فراهم نمودن تمامی ترکیبات غذایی ضروری شامل ویتامین‌ها، مواد معدنی.....
- کاهش مصرف چربی ترانس.
- دستیابی و نگهداری وزن در محدوده منطقی.
- کاهش سطح لیپیدهای سرم جهت کاهش خطر عوارض ماکروواسکولار.
- پیشگیری از نوسانات وسیع روزانه سطح گلوکز خون و ثابت نگه داشتن آن در سطح نرمال.
- به بیمار مبتلا به دیابت کنترل مصرف کربوهیدرات را از طریق شناسایی جایگزین‌ها آموزش دهید.
- اصطلاح شاخص گلیسمیک و اصول راهنمای مربوط به آن را، بمنظور پرهیز از افزایش ناگهانی و سریع سطح گلوکز خون پس از صرف غذا، به بیمار آموزش دهید.

نکته: از آنجایی که پیچیدگی و دشواری در جنبه‌های مختلف تغذیه بیمار دیابتی وجود دارد، لذا توصیه می‌شود که از متخصص تغذیه دارای دانش و مهارت کافی در امر آموزش به بیمار مبتلا به دیابت کمک گرفته استفاده شود.

۶- فعالیت فیزیکی (Physical Activity):

- توصیه به مددجوی مبتلا به دیابت در مورد انجام ورزش با شدت متوسط بصورت هوازی حداقل ۱۵۰ دقیقه/در هفته، معادل ۵ روز در هفته و به میزان افزایش ۷۰-۵۰ درصد ضربان قلب.
- آموزش فواید ورزش منظم که باعث بهبود کنترل قند خون، کاهش ریسک فاکتورهای قلبی- عروقی، کمک به کاهش وزن و احساس خوب بودن می‌شود.
- آموزش احتیاطات عمومی قبل، حین و بعد از انجام ورزش (نظیر همراه داشتن کمی قند، داشتن پلاک یا

کارت مشخصات مربوط به بیماری، خودداری از انجام ورزش های سنگین و بی هوازی...

۷- آموزش خود مراقبتی دیابت (DSME) Diabetes Self Management Education :

- به بیمار آموزش دهید که DSME یک عامل اساسی در مراقبت از دیابت می باشد و به بیمار در کنترل مطلوب بیماری، پیشگیری و مدیریت عوارض، افزایش کیفیت زندگی کمک خواهد نمود.
 - آموزش باید بیمار را در کنترل و مدیریت بر بیماری دیابت توانمند سازد.
 - بیمار باید قادر به کنترل مناسب قند خون و تغییرات ضروری در سبک زندگی به منظور کاهش احتمال بروز عوارض گردد.
 - بیمار باید بداند که خود مدیریتی دیابت (DSME) نقش کلیدی و اصلی در کنترل بیماری دارد.
 - آموزش باید سازمان یافته و دارای ساختار بوده و ریشه در اصول یادگیری بالغین داشته باشد و در کنار فراهم نمودن اطلاعات و دادن آگاهی، بر یادگیری فعال مبتنی بر مسئله، و یادگیری و توسعه مهارت نیز استوار باشد. از روش ها و استراتژی های متنوع و مفید در آموزش و توسعه مهارت های بیمار استفاده کنید.
 - آموزش بیمار باید متناسب با ارزش های فرهنگی، مذهبی، باورها، نظرات و محیط اجتماعی افراد و ظرفیت پذیرش بیمار برای یادگیری و نیز متناسب با اهداف درمان باشد.
 - تلاش کنید بیمار قادر به شناسایی موانع روحی- روانی تغییر رفتار و راهکارهای غلبه بر آن گردد.
 - از انگیزه بیماران برای تغییر و دستیابی به اهداف شخصی شان حمایت کنید.
 - اهداف آموزش را با مذاکره و جلب توافق نظر بیمار تنظیم نمایید.
 - استراتژی هایی را برای افزایش استقلال و خودکفایی بیمار در نظر بگیرید.
- ۸- در آموزش کنترل دیابت گروه های زیر باید تحت پوشش قرار گیرند:
- کودکان، جوانان و خانواده هایشان.
 - افراد با ناتوانی های فیزیکی و ناتوانی های یادگیری.
 - زنان باردار.
 - افراد مسن در خانه های سالمندان.
- ۹- از تمام کودکان، افراد جوان و بالغین مبتلا به دیابت پذیرش شده به بیمارستان به هر دلیل مراقبت موثر به عمل آورید:
- تا حد امکان استقلال بیمار در کنترل دیابت در بیمارستان فراهم شود. برای اطمینان از صحت عملکرد بیمار در زمینه تزریق انسولین، اندازه گیری قند خون و یا دریافت داروهای خوراکی، بر رفتارهای بیمار نظارت کنید.
 - در صورت لزوم مجدداً بیمار را در زمینه های فوق آموزش دهید.
 - افرادی که به دلایل دیگری بستری شده اند و حین پذیرش برای آنها دیابت تشخیص داده شده است، را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.
 - وسایل مورد نیاز برای اندازه گیری قند خون و یا تزریق انسولین را برای بیمار فراهم کنید.
 - در صورت عدم توانایی بیمار، برنامه درمان دیابت از جمله تزریق انسولین را برای بیمار انجام دهید.
 - از متناسب بودن رژیم غذایی بیمار از نظر کنترل دیابت، و در عین حال رعایت مذهب و فرهنگ بیمار اطمینان

حاصل کنید. - از کنترل قند خون در بیمارانی که بیهوش هستند و یا در برقراری ارتباط توانایی لازم را ندارند، اطمینان حاصل کنید. - دانش و مهارت خود را در مراقبت از دیابت به روز نگه دارید . - در آموزش کنترل و مراقبت از دیابت به سایر پرستاران/ همکاران فعالانه شرکت کنید. - بیماران بستری به علت عوارض حاد دیابت را در مورد علل، فرایند درمانی و پیشگیری از تکرار عوارض در آینده، مورد مشاوره و آموزش قرار دهید. - براساس جدیدترین و اثربخش‌ترین مستندات، مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت بستری در بیمارستان را انجام دهید(پرستاری مبتنی بر شواهد). - توصیه‌های لازم قبل، حین و پس از ورزش جهت پیشگیری از افت قند خون را به بیماران مبتلا به ویژه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک آموزش دهید.	آموزش به بیمار
Patient Education بیمار مبتلا به دیابت نیازمند دریافت مشاوره و راهنمایی در کلیه موارد ذیل است: - تنظیم برنامه درمانی، اهداف درمانی و اهداف مدیریت دیابت. - ثبت نتایج آزمایشات و توضیح چگونگی ارتباط این نتایج با اهداف مدیریت دیابت. - توصیه در زمینه بهداشت دهان و دندان و مراجعه منظم به دندانپزشک. - توصیه در مورد چگونگی پیشگیری و اداره عوارض حاد دیابت . - توصیه در مورد چگونگی مراقبت از خود در روزهای بیماری sick day. - توصیه در مورد چگونگی مراقبت از پاها. - توصیه در مورد مراقبت از چشم و مراجعه منظم ماهیانه و یا سالیانه به چشم پزشک. - عدم قطع تزریق انسولین یا داروهای خوراکی بدون نظر پزشک (حتی ممکن است نیاز به افزایش مقدار دارو وجود داشته باشد). - آزمایش خون از نظر میزان گلوکز حداقل چهار بار در طی يك روز. - ارزیابی ادرار از نظر کتون در افراد تحت درمان با انسولین. - انجام سالیانه آزمایش ادرار ۲۴ ساعته از نظر میکروپروتئینوری. - پوشیدن کفش‌های راحت و مناسب برای پیشگیری از صدمه به پاها، خودداری از پوشیدن مداوم کفش تازه - همراه داشتن همیشگی کارت شناسایی دیابتی - آگاهی از نشانه‌های هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی - خودداری از به کار بردن مستقیم گرما یا سرما بر روی پاها - خودداری از پا برهنه قدم زدن - عدم استفاده از لوسیون و پماد بین انگشتان پا	

-	همواره مقداری کربوهیدرات سریع‌الاث‌ر برای درمان سریع هیپوگلیسمی همراه داشته باشد.
-	آموزش به خانواده برای تجویز گلوکاگون در موارد هیپوگلیسمی حاد.
-	خوردن آرام غذا و جویدن کامل آن و خودداری از مصرف غذاهای سرخ شده.
-	نوشیدن مایعات فراوان.
-	ارجاع سریع به بیمارستان در مورد کتواسیدوز دیابتی (DKA) و سندرم هیپرگلیسمی هیپراسمولار غیرکتونی (HHNS).
-	توصیه در مورد اثرات مخرب و زیانبار سیگار و در صورت لزوم برای چگونگی ترک سیگار و حمایت ایشان (بیماران) برای ترک سیگار.
-	توصیه برای غلبه بر خطر سازهای قابل پیشگیری و کنترل دیابت به خصوص در افراد با دیابت نوع دو.

بیان مسئله	Problem Definition
اختلال شیوه زندگی در نوجوانان مبتلا به دیابت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
-	نوجوان مبتلا به دیابت قادر به کنترل و مدیریت بر بیماری خود باشد.
-	نوجوان بیمار از شیوه زندگی صحیح متناسب با بیماری خود برخوردار باشد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در افراد جوان مبتلا به دیابت نوع یک که به علت هیپرگلیسمی شدید و نشان سریع کاهش یافته است، مصرف رژیم غذایی دارای کالری کافی جهت رشد و تکامل طبیعی و به دست آوردن مجدد وزن از دست رفته، را توصیه نمایید.	
۲- بجز در مورد تغذیه و ورزش، سایر موارد ارائه شده در کنترل دیابت بالغین در نوجوانان نیز قابل تعمیم می باشد.	
۳- باید به نوجوان آموزش داده شود که یک وعده غذای کوچک حاوی ۱۵ گرم کربوهیدرات یا یک خوراکی مختصر حاوی کربوهیدرات را قبل از شرکت در تمرینات ورزشی متوسط بمنظور پیشگیری از هیپوگلیسمی غیر قابل انتظار مصرف نماید.	
۴- در صورت وجود عوارض دیابت، امتناع از انجام ورزش های متوسط تا شدید را توصیه نمایید.	
۵- از تمام کودکان، افراد جوان مبتلا به دیابت پذیرش شده به بیمارستان به هر دلیل مراقبت خاص و موثر به عمل آورید.	
۶- تا حد امکان به بیمار استقلال دهید تا خود در کنترل دیابت در بیمارستان نقش داشته باشد. برای اطمینان از صحت عملکرد بیمار در زمینه تزریق انسولین، اندازه گیری قند خون و یا دریافت داروهای خوراکی، بر رفتارهای بیمار نظارت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
در کودکان ۱۰ سال به بالا با ابتلا پنج ساله به دیابت، پیگیری موارد زیر را توصیه نمایید:	
-	غربالگری سالیانه ادرار از نظر میکرو آلبومینوری و کراتینین.
-	ارزیابی ادرار از نظر کتون در کودکان تحت درمان با انسولین.

- انجام تست‌های چربی خون. - انجام تست‌های مربوط به تیروئید. - انجام سالیانه معاینه چشم. - توصیه در زمینه بهداشت دهان و دندان و مراجعه منظم به دندانپزشک. - آموزش در مورد چگونگی پیشگیری و کنترل عوارض حاد دیابت. - توصیه در مورد چگونگی مراقبت از خود در روزهای بیماری sick day. - عدم قطع خودسرانه تزریق انسولین یا داروهای خوراکی (حتی ممکن است نیاز به افزایش مقدار دارو وجود داشته باشد). - آزمایش خون از نظر میزان گلوکز حداقل چهار بار در طی یک روز. - مراجعه سریع به بیمارستان در صورت بروز کتواسیدوز دیابتی (DKA).
--

بیان مسئله	Problem Definition
اختلال در شیوه زندگی سالمند مبتلا به دیابت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار سالمند مبتلا به دیابت از عوارض بیماری تا حد امکان ایمن باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- تمام سالمندان مبتلا به دیابت را درمورد اهداف پیشگیری، کنترل و اداره دیابت همچنین خطرات عوارض هیپوگلیسمی آموزش دهید. ۲- به سالمند مبتلا به دیابت یا خانواده موارد زیر را توصیه نمایید: - توجه به ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی، کنترل چربی و فشار خون. - رعایت مورد رژیم غذایی با حفظ وزن مناسب. - انجام انواع فعالیت فیزیکی متناسب با نیاز و توانایی سالمند به منظور کاهش هیپوگلیسمی، احساس شادابی، خوب بودن عمومی، استفاده از کالری‌های مصرف شده و کاهش وزن. - بررسی وجود هر گونه عارضه بلند مدت بخصوص عوارض چشمی و کلیوی و زخم‌های مربوط به پا. ۳- حمایت و مراقبت مداوم از سالمند در منزل، بیمارستان و پس از ترخیص توسط پرستار و خانواده.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- سالمند مبتلا به دیابت و خانواده را در جهت کنترل و حفظ قند خون در حد مطلوب مورد حمایت و آموزش قرار دهید. - برای آموزش سالمندان از روش‌های ساده و مختصر همراه با ایجاد فرصت‌های فراوان برای تمرین مهارت‌ها و استفاده از وسایل کمکی خاص از قبیل ذره بین برای سرنگ‌های انسولین، قلم انسولین و یا آینه برای معاینه پوست، استفاده کنید.	

بیان مسئله	Problem Definition
احتمال خطر در زنان باردار مبتلا به دیابت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار باردار مبتلا به دیابت، دوران بارداری و پس از آن را بدون عوارض دیابت طی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- تمام زنان مبتلا به دیابت در سن بارداری را سالیانه در مورد خطرات حاملگی، و مزایای کنترل قند خون قبل و حین حاملگی آموزش دهید.	
۲- بهترین زمان برای بررسی زنان باردار از نظر دیابت بین هفته های ۲۴ تا ۲۶ حاملگی است.	
۳- کل کالری مصرفی ۳۰ تا ۳۵ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بوده و به صورت ۳ وعده غذای اصلی و ۳ وعده غذا با حجم کم در فواصل غذای اصلی باشد.	
۴- یک برنامه غذایی ایده آل از ۵۵ درصد قند، ۲۰ درصد پروتئین و ۲۵ درصد چربی تشکیل می شود.	
• کمتر از ده درصد از چربی مصرفی، چربی اشباع شده باشد.	
۵- به زنان مبتلا به دیابت به عنوان مراقبت های قبل از بارداری موارد زیر را توصیه نمایید:	
- ضرورت و مزایای ترک سیگار و کمک و حمایت بیمار برای ترک سیگار.	
- رعایت رژیم غذایی و ضرورت کاهش یا حفظ وزن مناسب.	
- انواع و نحوه فعالیت فیزیکی مناسب.	
- اهمیت بررسی وجود هر گونه عارضه بلند مدت بخصوص عوارض چشمی و کلیوی.	
- ضرورت ارزیابی های قبل از حاملگی همانند افراد غیر دیابتی (مانند ارزیابی از نظر سرخجه).	
۶- تداوم حمایت و مراقبت از بیمار از قبل از حاملگی تا پس از تولد نوزاد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- زنان باردار مبتلا به دیابت را در جهت کنترل و حفظ قند خون در حد مطلوب در سرتاسر حاملگی مورد حمایت و آموزش قرار دهید.	
- به زنان باردار اهمیت کنترل قند خون و اثرات دیابت در بارداری را توضیح دهید:	
- دیابت در حاملگی می تواند منجر به بروز عوارض زیر گردد:	
○ ماکروزمی جنین که می تواند منجر به دیستوشی (زایمان سخت) گردد.	
○ احتمال پلی هیدروآمینوس افزایش می یابد.	
○ احتمال ابتلا به عفونتهای باکتریایی بیشتر می شود.	
○ احتمال ابتلا به فشار خون حاملگی (اکلامپسی) حدود ۴ برابر می شود.	
○ احتمال هیپو گلیسمی و هیپوکلسمی و هیپر بیلی روبینمی در نوزاد بعد از تولد افزایش می یابد.	
○ احتمال زایمان زودرس ۲ الی ۳ برابر می گردد.	

○ میزان مرگ و میر پری‌ناتال نیز افزایش می‌یابد. ○ احتمال دیسترس تنفسی در نوزاد افزایش می‌یابد. - پس از زایمان، مادر مبتلا به دیابت را در مورد شیر دادن کودک و استفاده از روش‌های ضدبارداری مورد حمایت و آموزش قرار دهید. - به زنان با دیابت حاملگی در مورد لزوم انجام تست تحمل گلوکز خوراکی شش هفته پس از زایمان آموزش دهید.
منابع مورد استفاده:
• American Diabetes Association (2009) "Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care, 32, supplement 1. • Alan M. (2008) "Department of Health, Modern standards and service", Module, Nationals Service Framework for Diabetes: Standards . • Clinical Diabetes(2000), Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. 18 (1) No 1. • Diabetes Mellitus, A Guide to Patient Care (2007), Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins. • Funnel, M. et al. (2007) "National standards for diabetes self management education". Diabetes Care, vol30, NO 6. • Medical Center (2008)," Nutrition Guideline for Diabetes", The OHIO STATE University. • Texas Department of State Health Services(1998), Nursing Standards of Care. • Winterton, R T. Hon, R. & Lewis I. (2008) , Making every young person with Diabetes matter. Department of Health. • اسملتزر، سوزان سی. بیر، برندا جی. هینکل، جانیس ال. چیور، کری اچ. (۱۳۸۶). پرستاری داخلی جراحی برونر سوارث: بیماری‌های کبد و مجاری صفراوی، عملکرد غدد درون ریز و متابولیسم، دیابت.(مترجم: ذوالفقاری، میترا). چاپ اول. تهران: انتشارات بشری با همکاری نشر تحفه. • ذوالفقاری میترا، اسدی نوقابی احمد علی. پرستاری و بهداشت مادر و نوزادان. انتشارات بشری. ویرایش سوم. چاپ ششم. ۱۳۸۷. صفحه: ۲۱۲.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم عدد مترشحه داخلی

کوشینگ

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در تحرک و فعالیت جسمی
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - فعالیت جسمی خود را افزایش دهد. - احساس افزایش قدرت و توانایی حرکت را بطور کلامی بیان کند. - از وسایل کمکی نظیر واکر و صندلی چرخدار (ویلچر) برای افزایش فعالیت خود استفاده کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: - عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (نظیر کاهش تحمل فعالیت، درد، تهوع، ترس از افتادن و ...) ب) اقدامات پرستاری ۱- نوع و دامنه مهارتهای حرکتی بیمار را بر اساس شرایط بیمار به شرح زیر انتخاب کنید: ■ حرکت در تخت؛ نشستن با کمک و بدون کمک دیگران؛ حرکات متناوب نظیر نشستن و ایستادن، نشستن و جا به جا شدن، و ایستادن و راه رفتن ۲- بیمار را از نظر علت ایجاد اختلال در حرکت ارزیابی کرده و بررسی کنید که آیا علت جسمی است یا روحی ۳- پیش از شروع فعالیت، به بیمار استراحت کافی بدهید. ۴- اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت انجام دهید. ۵- اقداماتی جهت بهبود وضعیت تنفس و اکسیژناسیون بیمار انجام دهید. ۶- توانایی بیمار برای تحمل فعالیت و استفاده موثر از اندام ها برای فعالیت را کنترل و ثبت کنید. در عین حال قبل و بعد از فعالیت به تعداد نبض، میزان فشار خون، تنگی نفس و رنگ پوست بیمار توجه کنید (به برنامه مراقبتی برای عدم تحمل فعالیت مراجعه کنید). ۷- قبل از انجام فعالیت، بیمار را از نظر درد بررسی کرده و حتی الامکان درد وی را تسکین دهید. ۸- هر وسیله کمکی مورد نیاز برای فعالیت نظیر واکر، عصا یا ویلچر را قبل از شروع فعالیت مهیا سازید. ۹- اگر بیمار بی حرکت است، ورزش های ROM غیر فعال را حداقل دو بار در روز و هر تمرین را سه بار در

روز انجام دهید (مگر در موارد منع کاربرد).

۱۰- اگر بیمار بی حرکت است، با پزشک در مورد امکان شروع برنامه ورزشی برای بیمار مشورت کنید. اگر برنامه تأیید شد، با ورزش هایی نظیر ورزش های فعال ROM با استفاده از دستها و پاها، نظیر خم و راست کردن قوزک پا زانو ها و ران ها شروع کنید.

۱۱- به بیمار کمک کنید تا تحرک خود را هر چه سریعتر از سر گرفته و شروع به راه رفتن کند مگر اینکه محدودیت فعالیت داشته باشد.

۱۲- استقلال در انجام فعالیتهای روزمره زندگی را افزایش داده و همزمان با بهبود قوای جسمی بیمار، وی را به انجام فعالیت ها توسط خود ترغیب کنید.

۱۳- اگر بیمار نمیتواند به تنهایی غذا بخورد یا موهای خود را شانه بزند، کنار بیمار نشسته، دست خود را روی دست بیمار گذاشته و آرنج وی را با دست دیگر نگهدارید و به بیمار در خوردن غذا و یا شانه زدن موها کمک کنید.

۱۴- در صورتی که قدرت تحرک بیمار افزایش پیدا نکرد، با پزشک مشورت کنید.

ج) مراقبت در منزل

۱- اقدامات فوق الذکر را میتوان برای مراقبت در منزل نیز بکار برد.

۲- از همراهان بیمار جهت شروع و تداوم تحرک وی کمک بگیرید.

۳- از بیمار و خانواده در زمینه عوامل ایجاد کننده مانع تحرک جسمی در منزل سؤال کنید و آموزش های لازم را ارائه دهید.

۴- در صورت لزوم با فیزیوتراپ یا کار درمان در برنامه تحرک بیمار هماهنگی کنید.

۵- وضعیت پوست بیمار را بطور مکرر بررسی کنید. جهت جلوگیری از آسیب پوستی، مکرراً بیمار را تغییر وضعیت دهید.

۶- در صورتی که بیمار میتواند بطور مستقل راه برود و نیاز به یک برنامه ورزشی دارد، پیشنهاد کنید همراه با یکی از دوستان/خانواده خود برنامه ورزشی را دنبال کند.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱- به بیمار آموزش دهید که موقع انتقال از تخت به صندلی، به آرامی از تخت پائین بیاید.

۲- به بیمار آموزش دهید که از روش های آرام سازی در طی فعالیت استفاده کند.

۳- ضرورت و نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر و صندلی چرخدار برای افزایش تحرک را به بیمار آموزش دهید.

۴- به اعضای خانواده و مراقبین بیمار آموزش دهید که در طی انجام فعالیتهای خود مراقبتی نظیر غذا خوردن، حمام کردن، آرایش کردن، پوشیدن لباس و جابهجا شدن به بیمار کمک کنند تا فعالانه در مراقبت از خود همکاری کند.

۵- روش اندازه گیری میزان پیشرفت بیمار در تحرک، و ارزیابی و ثبت نتایج دستیابی یا عدم دستیابی به اهداف

را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	
	- تمامیت سطح پوست خود را دوباره بدست آورد. - هر گونه اختلال در حس یا درد را در محل اختلال پوستی گزارش دهد. - درک خود از برنامه درمان و بهبود پوست و پیشگیری از آسیب را نشان دهد. - اقداماتی را برای حفاظت و بهبود پوست و مراقبت از هر ضایعه پوستی توضیح دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشکل پوستی بیمار را بررسی کرده و علت آن (نظیر زخم حاد یا مزمن، سوختگی، ضایعه پوستی، زخم فشاری، یا پارگی پوست) را تعیین کنید.	
۲. تعیین کنید که آیا مشکل پوستی فقط پوست را درگیر کرده است (نظیر زخم با عمق نسبی، زخم فشاری مرحله I یا II).	
از سیستم طبقه بندی نیز برای زخم های فشاری استفاده کنید.	
- مرحله I: تغییر پوستی ناشی از فشار با قابل مشاهده با مشخصه هایی در مقایسه با ناحیه مقابل بدن که ممکن است تغییر در یک یا چند مورد از موارد ذیل را شامل شود:	
- درجه حرارت پوست (گرمی یا سردی)، قوام بافت (احساس سفتی) و حس پوست (درد یا خارش). زخم در نواحی با پیگمانتاسیون کم، به صورت ناحیه با قرمزی دایمی به نظر می آید در حالیکه در نواحی تیره تر پوست، زخم ممکن است به رنگ های قرمز، آبی یا ارغوانی دیده شود.	
- مرحله II: از آسیب پوستی با ضخامت نسبی شامل زخم سطحی اپیدرم و درم که به صورت خراش، تاول یا چاله کم عمق دیده می شود.	
نکته: برای زخم های عمیق تر در بافت زیر جلدی، عضله یا استخوان (زخم های فشاری مرحله III یا IV)، به مداخلات پرستاری مربوط به "مبحث مربوط به زخم فشاری" مراجعه کنید.	
۳. محل اختلال پوستی را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، گرمی، درد یا علائم دیگر عفونت کنترل کنید. تعیین کنید که آیا بیمار تغییر در حس یا درد را تجربه می کند. توجه زیادی به نواحی پرخطر نظیر برجستگی های استخوانی، چین های پوستی، ساکروم و پاشنه های پا داشته باشید.	
۴. روش های مراقبت از پوست بیمار را کنترل کنید. به نوع صابون و مواد تمیز کننده دیگر، درجه حرارت آب و دفعات تمیز کردن پوست توجه کنید.	

۵. یک برنامه منحصر به فرد با توجه به وضعیت پوست بیمار، نیازها و اولویت‌ها ترتیب دهید.
۶. وضعیت دفع ادرار بیمار را کنترل کرده و تماس پوست و نواحی دیگر با رطوبت ناشی از بی‌اختیاری، تعریق یا ترشحات زخم را به حداقل رسانید.
۷. اگر بیمار بی‌اختیاری دارد، یک برنامه کنترل بی‌اختیاری جهت جلوگیری از تماس بدن با مواد شیمیایی ادرار و مدفوع که می‌تواند به پوست آسیب برساند، اجرا کنید. بیمار را جهت بررسی بی‌اختیاری به متخصص کلیه و مجاری ادرار یا متخصص گوارش ارجاع دهید.
۸. وضعیت بیمار را به گونه ای در تخت قرار دهید که فشار یا آسیبی به محل اختلال پوستی بیمار وارد نشود. در راستای دستیابی به اهداف درمانی، بیمار را هر ۲ ساعت چرخانیده، و تغییر وضعیت دهید.
۹. بیمار را جهت استفاده از تشک‌ها، تخت‌ها یا وسایل، بطور مناسب ارزیابی کنید. به منظور کاهش اصطکاک، سر تخت را در پایین ترین درجه ممکن قرار داده و از بالش‌ها جهت کاهش فشار استفاده کنید.
۱۰. برنامه درمانی مکتوب برای درمان موضعی پوست را اجرا کنید.
۱۱. از ماساژ اطراف محل اختلال پوستی و برجستگی‌های استخوانی خودداری کنید.
۱۲. وضعیت تغذیه‌ای بیمار را بررسی کنید. در صورت لزوم وی را به یک مشاور تغذیه ارجاع داده و مکمل‌های غذایی را به وی پیشنهاد دهید.
۱۳. مرحله بهبودی زخم بیمار (التهاب، پرولیفراسیون، بهبودی کامل) و مرحله آسیب را تعیین کنید.
مراقبت در منزل:
۱. نحوه تعویض پانسمان و اهمیت حفظ محیط تمیز برای زخم را به بیمار و خانواده آموزش دهید.
۲. در مورد تغذیه مناسب، علایم و نشانه‌های عفونت و زمان تماس با پزشک یا پرستار، به بیمار و خانواده آموزش دهید.
آموزش به بیمار
Patient Education
۱. معاینه پوست و زخم و روشهای کنترل علایم و نشانه‌های عفونت، عوارض و بهبودی را به بیمار / خانواده آموزش دهید.
۲. علت انتخاب درمان موضعی را به بیمار آموزش دهید.
۳. در راستای دستیابی به اهداف مراقبتی، چرخش و تغییر پوزیشن بیمار، حداقل هر ۲ ساعت را آموزش دهید.
۴. به بیمار در مورد استفاده از بالش‌ها و وسایل کاهنده فشار جهت پیشگیری از زخم فشاری آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل نسبت به فعالیت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار در انجام فعالیتهای جسمانی توصیه شده با توجه به افزایش متناسب تعداد ضربان قلب، فشار خون، تعداد	

تنفس شرکت نماید. - علایم اثرات جانبی ناشی از انجام فعالیت را بیان کند و شروع حملات را فوراً گزارش نماید. - در هنگام انجام فعالیت پوست دارای رنگ طبیعی، گرم و خشک باقی بماند. - نیاز به افزایش تدریجی فعالیت بر اساس شرایط بیماری، تحمل و علایم را بصورت کلامی بیان کند. - نیاز به تعادل میان فعالیت و استراحت را درک کند.	توصیه های پرستاری
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:	Nursing Recommendations
علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید: - ضعف و خستگی. - تنگی نفس کوششی، درد قفسه سینه، تعریق و یا گیجی. - افزایش تعداد نبض بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت. - عدم برگشت ضربان قلب به میزان بیش از فعالیت در عرض ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت. - کاهش فشارخون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۰-۱۵ mm/Hg همراه با فعالیت.	
ب) اقدامات مربوط به مراقبت از بیمار:	
۱- بیمار را برای تعیین تناسب بین فعالیت روزانه و دستور استراحت در تخت ارزیابی کنید. ۲- سر و صدا و فعالیت های محیطی را به حداقل برسانید. ۳- مراقبت های پرستاری را طوری طراحی کنید که اختلالی در زمان استراحت بیمار بوجود نیاید. ۴- در صورتیکه بیمار اغلب استراحت در تخت دارد چندین بار در روز او را از تخت پایین آورده تا مشکلات قلبی عروقی را کاهش دهید. ۵- در وقت مناسب به تدریج فعالیت بیمار را افزایش داده و در صورت امکان به بیمار اجازه دهید برای تغییر وضعیت، جابجایی و مراقبت از خود کمک نماید. ۶- مراحل به حرکت واداشتن بیمار شامل نشستن در تخت با پاهای آویزان، ایستادن در کنار تخت و در نهایت حرکت کردن می باشد. در این حالت بیمار را از نظر سرگیجه و افت فشار خون بررسی کنید. ۷- وقتی بیمار به حالت سرپا قرار می گیرد او را از نظر علایم عدم تحمل مانند تهوع، رنگ پریدگی، گیجی، تاری دید و کاهش سطح هوشیاری و تغییر در علایم حیاتی بررسی کنید. ۸- اگر بیمار هنگام انجام فعالیت دچار سنکوپ شود، به پزشک گزارش کنید. ۹- تمرینات دامنه حرکتی را در صورتیکه بیمار قادر به تحمل فعالیت نیست یا عمدتاً بی حرکت است، انجام دهید. ۱۰- توانایی بیمار برای تحمل فعالیت شامل: تعداد تنفس، فشار خون، بیقراری، تنگی نفس، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، و رنگ پوست باید قبل و بعد از انجام فعالیت پایش و ثبت گردد.	

۱۱- اگر علائم و نشانه‌های مشکلات قلبی بروز نمود، بلافاصله باید فعالیت بیمار متوقف شود. این علائم شامل موارد زیر است: تنگی نفس، درد قفسه سینه، طپش قلب، ضعف شدید، احساس سبکی در سر، گیجی، سیانوز، و اختلال در گردش خون محیطی و دیس ریتمی قلبی، کاهش فشار خون فعالیت (افت فشار خون سیستول ۱۰ میلی متر جیوه از میزان پایه فشار خون)، افزایش فشار خون فعالیت (فشار خون بالاتر از ۱۸۰ میلی متر جیوه و دیاستول بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه)، برادیکاردی نامتناسب (افت تعداد ضربان قلب بیشتر از ۱۰ ضربه در دقیقه یا رسیدن تعداد ضربان قلب به زیر ۵۰ ضربه در دقیقه)، افزایش تعداد ضربان قلب به بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه ۱۲- سلامت پوست را باید در طی روز چندین مرتبه بررسی کنید. ۱۳- بیمار باید از نظر بیوست بررسی شود. در صورت وجود بیوست به مداخلات پرستاری مربوطه مراجعه کنید. ۱۴- عواملی که مانع تغذیه مناسب و کافی در بیمار می شود را مورد ارزیابی قرار دهید. ۱۵- از بیمار حمایت روحی نمائید و او را به افزایش تدریجی فعالیت تشویق کنید. ۱۶- بیمار را از نظر وجود درد قبل از شروع فعالیت بررسی کنید و در صورت امکان درد بیمار را قبل از انجام فعالیت درمان کرده و اطمینان پیدا کنید بیمار ضد درد زیادی مصرف نکرده باشد. ۱۷- نیاز بیمار را جهت استفاده از وسایل کمکی، قبل از حرکت بررسی کنید (عصا، واکر، اکسیژن پرتابل، چوب زیر بغل). ۱۸- وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- به بیمار آموزش دهید در صورت بروز علائم زیر، فعالیت‌ها را فوراً قطع نماید و به پزشک یا پرستار اطلاع دهد: حمله جدید یا بدتر شدن شرایط، احساس مکرر عدم آسایش، احساس تنگی، فشار و یا درد در قفسه سینه، گردن، فک، شانه و بازوها، طپش قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی مفرط و غیرمعمول، عطش هوا. اگر این علائم بیش از ۱۰-۵ دقیقه طول بیانجامد بیمار باید توسط پزشک معاینه گردد.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر بروز عفونت	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید (در مقطع زمانی مشخص): - هیچگونه علائم نشان دهنده عفونت نداشته باشد. - از علائم عفونت آگاهی داشته باشد. - مراقبت مناسب از محل‌هایی که احتمال عفونت دارد را به عمل آورد.	

- شمارش گلبول‌های سفید خون و شمارش افتراقی در محدوده نرمال باقی بماند. - روش‌های بهداشتی مناسب مانند شستشوی دست، شستشوی پرینه و مراقبت دهانی را انجام دهد.
توصیه‌های پرستاری Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: علائم و نشانه‌های بروز عفونت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید: - افزایش درجه حرارت بدن. - بروز لرز. - افزایش تعداد نبض به بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه. - افزایش تعداد تنفس و حضور صداهای غیر طبیعی تنفس. ب) اقدامات مربوط به مراقبت‌های پرستاری: ۱. علایم و نشانه‌های عفونت مانند گرما، قرمزی و ترشح و افزایش درجه حرارت را مشاهده و گزارش نمایید. ۲. درجه حرارت بیمار را هر ۴ ساعت بررسی نموده و افزایش بالاتر از ۳۸/۵ در یک نوبت اندازه‌گیری درجه حرارت و سه بار درجه حرارت بالاتر از ۳۸ را در ۲۴ ساعت، گزارش کنید. از درجه حرارت تیمپانیک یا دهانی در بالغین و بچه‌ها استفاده شود. ۳. از درجه حرارت دهانی در بالغینی که کاهش سطح هوشیاری دارند استفاده نکنید. ۴. تست‌های آزمایشگاهی (شمارش RBC، گلبولهای سفید خون و افتراقی^۱، پروتئین سرم، آلبومین سرم و کشت‌ها) را مورد توجه قرار داده و گزارش دهید. ۵. روزانه حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات به بیمار تجویز نمایید (مگر موارد منع). ۶. بین استراحت و فعالیت بیمار تعادل برقرار کنید. ۷. پوست بیمار را از نظر رنگ و رطوبت و قوام بررسی نمایید و هر گونه تغییرات را گزارش کنید. ۸. از دستورالعمل‌های بررسی و پیشگیری از اختلالات پوستی شامل ثبت و جلوگیری از آسیب و صدمه پوست استفاده کنید. ۹. در نواحی چین‌های پوستی، پوست را به دقت تمیز و خشک کنید و در سطوحی که در معرض خطر هستند از ترکیبات مرطوب و هیدراته کننده استفاده کنید. ۱۰. رژیم غذایی متعادل با تاکید بر پروتئین‌ها، اسیدهای چرب و ویتامین (ویتامین‌ها شامل A، اسید فولیک، B6، B12، ویتامین C، E، روی، مس، آهن، سلنیوم) را برای بیمار در نظر بگیرید. ۱۱. کاهش وزن بیمار را کنترل کنید (کاهش وزن حدود ۲۵ درصد، یا نخوردن غذا در بیشتر وعده‌های غذایی). ۱۲. از خط‌مشی‌های جلوگیری از پنومونی بیمارستانی استفاده نمایید، شامل ارزیابی صداهای ریوی، خلط، قرمزی و وجود ترشح در نواحی اطراف استوما، استفاده از آب استریل بجای آب معمولی برای مراقبت از دهان

¹ CBC diff

بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی، استفاده از آمبوبگ منحصر بفرد و تمیز برای هر بیمار در احیاء، استفاده از تکنیک استریل هنگام ساکشن کردن، ساکشن ترشحات بالای تراشه قبل از انجام عمل ساکشن، درناژ ترشحات درون لوله‌های ونتلاتور قبل از اتصال مجدد آنها به بیمار، ارزیابی محل جایگذاری شده لوله بینی-معدی.

جهت جلوگیری از رفلکس معده که ارگانایسم‌ها را به داخل ریه می‌فرستد، سر بیمار را ۳۰ درجه یا بالاتر قرار دهید. به محض امکان تغذیه دهانی را شروع کنید. علایم عدم تحمل تغذیه را بررسی کنید (عدم وجود صداهای دودی روده، اتساع شکم، افزایش باقی مانده استفراغ).

۱۳. بهداشت دستها را در مراقبت از بیمار مدنظر قرار دهید (دستها را شسته یا از سواب الکلی استفاده کنید و هنگام استفاده دستها را بهم بمالید).

۱۴. احتیاط‌های استاندارد را رعایت کرده و در هنگام تماس با خون و غشاهای مخاطی، پوست آلوده یا هر ماده-ای که از بدن ترشح می‌شود (بجز عرق) از دستکش، گان و عینک حفاظ دار استفاده کنید.

۱۵. برای جلوگیری از انتقال ریز ذرات، قطرات تنفسی و میکروارگانایسم‌های منتقله از طریق تماس، از روش‌های احتیاط‌های اختصاصی استفاده کنید.

- **در احتیاط مربوط به ریز ذرات:** بیمار را در يك اتاق ایزوله با فشار هوای منفی کنترل شده قرار دهید. درها را بسته نگه داشته و همیشه از ماسک در هنگام ورود به اتاق استفاده کنید. اگر بیمار مبتلا به سل بود باید از ماسک مخصوص ذرات ریز استفاده کنید. جابجایی و حرکت بیمار را از اتاق به محیط بیرون، مگر در مواردی ضروری محدود کنید و در صورت امکان هنگام نقل و انتقال بیمار از ماسک جراحی استفاده کنید.

- **احتیاط مربوط به قطرات:** بیمار را در يك اتاق خصوصی بستری کرده و در صورتی که امکان پذیر نباشد فاصله بیماران از یکدیگر باید حداقل یک متر باشد. در صورت نزدیک شدن به بیمار در فاصله حداقل یک متر ماسک بپوشید. در برخی از بیمارستانها برای هر بیماری که وارد اتاق می‌شود يك ماسک گذاشته می‌شود. حرکت بیمار را از اتاق محدود کنید و در موارد ضروری هنگام خروج از اتاق بیمار نیز باید از ماسک استفاده کند.

- **احتیاط بر پایه تماس:** بیمار را در يك اتاق خصوصی در صورت امکان بستری کنید یا با کسی که عفونتی مشابه دارد هم اتاق شود. هنگامی که وارد اتاق بیمار می‌شوید از دستکش تمیز و غیراستریل استفاده کنید. بعد از اتمام کار و بعد از تماس با هر گونه مواد عفونی درناژ شده از زخم، دستکشهای خود را عوض کنید. قبل از خروج از اتاق دستکشها را در آورده و دستها را بشویید و مراقبت باشید از تماس با مواد یا سطوح آلوده در حین حرکت در اتاق خوداری کنید. اگر احتمال تماس لباس خود با بیمار یا وسایل و سطوح آلوده در اتاق را می‌دهید از گان استفاده کنید و گان را قبل از خروج، از اتاق درآورید. از نقل و انتقال بیمار بجز در موارد ضروری اجتناب کنید و مراقب باشید که بیمار با سایر سطوح در طی راه تماس نداشته باشد.

- وسایل مصرفی برای بیمار باید اختصاصی باشد و در صورتیکه از این وسایل به اجبار برای دیگر بیماران استفاده می‌کنید قبل از استفاده آنرا شسته و ضدعفونی کنید. از تکنیک‌های استریل در هنگام گذاشتن کاتترهای ادراری استفاده کنید. کاتترها باید حداقل در هر شیفต์ کنترل و مراقبت شود. در صورت امکان از جایگزین‌های کاتتر ادراری استفاده کنید (کاتتر خارجی، پدهای مربوط به بی‌اختیاری ادرار، و تکنیک‌های کنترل مثانه).

۱۶. از محل کیسه کاتترهای محیطی، ورید مرکزی و کاتترهای شریانی، مراقبت به عمل آورید. از کاتترهایی که دارای چند مجرا هستند در صورت امکان استفاده کنید. از کاتترهای فمورال در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری ادراری یا مدفوعی هستند اجتناب کنید. از تکنیک‌های آسپتیک در کاتتر گذاری استفاده شود. ثابت نگه داشتن کاترولا و تیوب آن، و استفاده از پانسمان استریل (تعویض پانسمان هر ۷۲ ساعت بر اساس قوانین بیمارستان) ضروری است. روی محل کاتتر ساعت، تاریخ و محل جای گذاری کاتتر را مشخص کنید و از نظر علایم عفونت هر چهار ساعت بیمار را کنترل کنید. کاتترهای محیطی را بر اساس قوانین بیمارستان (معمولاً ۴۸ تا ۷۲ ساعت یکبار) عوض کنید. ۱۷. در صورت داشتن تب با دلیل نامشخص کشت انجام شود. از روش های استریل در مناطقی که انسجام پوست از بین رفته، استفاده شود. ۱۸. از مراقبت بهداشتی مناسب بیماران در مورد شستن دست‌ها، حمام کردن، اصلاح موها، ناخن و مراقبت پیرینه توسط پرستار یا بیمار مطمئن شوید.	آموزش به بیمار Patient Education - به بیمار توصیه کنید که آنتی بیوتیک‌ها را کامل و به موقع استفاده کند و از مصرف بیش از حد آن به دلیل احتمال ایجاد مقاومت خودداری کند. - به بیمار در مورد رعایت بهداشت فردی آموزش دهید.
--	---

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد: - عوامل احتمالی که موجب تشدید یا کاهش خستگی می‌شود را شناسایی کند. - راههای ارزیابی و الگوهای خستگی را توصیف نماید. - افزایش انرژی و بهبود احساس خوب بودن را بیان نماید. - راههای ذخیره انرژی برای جبران ضعف و خستگی را بشناسد. - راههای حفظ و تجدید انرژی برای ضعف و خستگی را بکار بندد.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: ۱. علائم و نشانه های خستگی را مورد بررسی قرار دهید (مانند احساس کاهش انرژی، کاهش تمرکز، کاهش علاقه به محیط). ۲. عوامل ایجاد کننده خستگی را در بیمار مورد بررسی قرار دهید (مانند اختلال در خواب، تغذیه

ناکافی، تغییر ناگهانی در روش زندگی).

ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری:

۱. علت ایجاد خستگی را برای بیمار توضیح دهید.
۲. به بیمار در شناسایی الگوی خستگی کمک کنید (مثلاً چه زمانی از روز و با چه حد از فعالیت)
۳. شدت خستگی را با مقیاس صفر تا ۱۰ بررسی کنید (بدترین و بهترین و سطوح متوسط خستگی). تکرار خستگی را بررسی کنید (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (مانند درد)، توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (حتی فعالیت با کمک وسایل کمکی)، تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق و خو، الگوی معمول فعالیت.
۴. کافی بودن تغذیه و الگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و در خواب ماندن). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد. چرت زدن های در روز را محدود کند، به خصوص در اواخر عصر یا غروب، از یک برنامه زمان بندی شده و منظم برای خواب و استراحت استفاده کند. رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند.
۵. اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هایپوتیروئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.
۶. بیمار را تشویق کنید احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی.
۷. بیمار را تشویق کنید فعالیت های خود و علایم خستگی، نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت ها و نقش معمول بیمار را ثبت کند.
۸. به بیمار در تعیین اهداف ساده کوتاه مدت و برنامه ریزی برای فعالیت های روزمره (مانند قدم زدن در راهروی بیمارستان دو بار در روز) کمک کنید.
۹. به بیمار در تشخیص فعالیت های ضروری و غیر ضروری، و فعالیت هایی که دیگران میتوانند برای او انجام دهند، کمک کنید. او را راهنمایی کنید تا اگر لازم است فعالیتهای اجتماعی را محدود کند.
۱۰. بیمار را به قدم زدن تشویق کنید و به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت هایی که موجب خستگی وی نمیشود را به تنهایی انجام دهد.
۱۱. با تایید پزشک، بیمار را به یک فیزیوتراپ برای انجام ورزشهای هوازی (آیروبیك) کنترل شده ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا برایش فراهم نمایید.
۱۲. بیماران ممکن است از روش های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند، بخصوص هنگامی که برای خستگی چندین دلیل وجود داشته باشد.
۱۳. در مورد بیماران قلبی، خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد مشکلی شایع است که در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید.

۱۴. بیمار را از نظر سایر علایمی که موجب افزایش خستگی می‌شود مثل درد یا افسردگی کنترل نمایید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- روش حفظ انرژی را به بیمار آموزش دهید. ۲- به بیمار آموزش دهید مراقب علایم بدخلقی، تهوع و اختلالات در خواب باشد. ۳- در صورت تحمل فعالیت فیزیکی بیشتری انجام دهد. ۴- سعی کنید نگرش مثبت‌تری نسبت به آینده در آنها ایجاد کنید. ۵- بین دوره‌های فعالیت، زمان‌هایی را جهت استراحت در نظر بگیرد. ۶- روشهای حفظ انرژی مثل نشستن به جای ایستادن در هنگام دوش گرفتن را به بیمار آموزش دهید. ۷- به بیمار آموزش دهید که همواره همراه خویش يك تقویم جیبی داشته و فهرست فعالیت مورد نیاز خود را در آن یادداشت نماید. ۸- شیوه‌های کاهش استراحت همچون کنترل تنفس (تنفس عمیق) و استفاده از موزیک را آموزش دهید. ۹- به بیمار در مورد داشتن يك زندگی سالم همراه با تغذیه کافی، مایعات، استراحت و تمرینات مناسب جهت کاهش خستگی آموزش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - پذیرش تغییر با فقدان، و توانایی تطابق با تغییر در سبک زندگی را بیان کرده یا نشان دهد. - قسمت تغییر یافته یا از دست داده شده را نگاه یا لمس کند. - از قسمت تغییر یافته یا ناکارآمد، بدون وارد کردن آسیب مراقبت کند. - به فعالیتهای اجتماعی قبلی باز گردد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. با کمک مقیاس سنجش تصویر ذهنی از بدن، شرایط بیماری را که نگرانی‌هایی در باره تغییرات در تصویر ذهنی از بدن دارد، تعیین کنید. ۲. بیمار را از نظر اختلال بدشکلی (dysmorphic disorder) بررسی کرده و در صورت لزوم بیمار را به پزشک مرتبط، روانشناس یا مشاور ارجاع دهید. ۳. مکانیزم‌های تطابقی معمول بیمار در زمان مراجعه با استرس‌های شدید را مشاهده کرده و استفاده از آنها را در بحران فعلی تقویت کنید. ۴. برای کمک به بیمار در دستیابی به درک ایده‌آل از تصویر ذهنی از بدن خود فرصت دهید.	

۵. توجه داشته باشید که انکار، غم یا افسردگی، احساسات طبیعی فرد به هنگام تطابق با تغییرات در بدن و سبک زندگی هستند.

۶. بیماران در معرض خطر اختلال در تصویر ذهنی را شناسایی کنید (مانند بیماران ماستکتومی).

۷. از بیماران بخواهید تا احساسات خود را بیان کنند.

۸. نقاط قوت و منابع در دسترس را برای بیمار توضیح دهید. در مورد تغییرات احتمالی در وزن و ریزش موها با بیمار صحبت کنید. یک کلاه گیس مناسب قبل از ریختن موها انتخاب کنید.

۹. بیمار را به خرید لباس‌های جذاب و پوشاننده ناتوانی‌شان تشویق کنید.

۱۰. به بیمار و اطرافیان اجازه دهید تا به تدریج با تغییر بدن مواجه شوند. این کار را با لمس ناحیه درگیر توسط بیمار شروع کنید. سپس به بیمار کمک کنید تا از یک آینه برای دیدن ناحیه استفاده کند. بیمار را تشویق کنید با پرستار یا خانواده در محوطه بیمارستان حرکت کرده و در باره احساسات مربوط به واکنش دیگران نسبت به تغییر بدن صحبت کند.

۱۱. بیمار را به تصمیم‌گیری و مشارکت در برنامه مراقبتی ترغیب کنید.

۱۲. بیمار را در پذیرش کمک از دیگران تشویق کنید.

۱۳. به بیمار در توصیف ایده‌آل‌های فردی، توانمندی‌ها، هنرها، و بطور کلی پذیرش خود کمک کنید.

۱۴. بیمار را تشویق کنید که یک توصیف داستانی از تغییرات خود بنویسد.

۱۵. از نگاه با اکراه موقع مراقبت از بیمارانی که بدشکلی ناشی از جراحی یا آسیب دارند، خودداری کنید.

۱۶. محیط خصوصی بیمار را فراهم کنید. مراقبت را با حداقل تماس‌های غیرضروری انجام دهید.

۱۷. بیمار را تشویق کنید تا همان روش‌های مراقبتی را که قبل از تغییر در بدن انجام می‌داده، دنبال کند.

مراقبت در منزل

۱. مرحله اندوه و پذیرش تغییر بدن را قبل از بازگشت به منزل ارزیابی کنید.

۲. میزان پذیرش خانواده از تغییرات بدنی بیمار را بررسی کنید.

۳. پذیرش تغییرات بدنی را در تمامی تعاملات خود با بیمار و خانواده وی نشان دهید.

۴. به بیمار کمک کنید تا نقش جدید خود را در خانواده ببیند.

۵. جهت کمک به پذیرش تغییر توسط بیمار، وی را به کار درمان و مراکز مربوطه ارجاع دهید.

۶. همه جنبه‌های مراقبت را به بیمار آموزش دهید. بیمار و خانواده را در انجام مراقبت از خود تا حد امکان شرکت دهید.

۷. در صورتیکه بیمار هنوز در نگاه یا لمس قسمت تغییر یافته بدن مشکل دارد، این کار را به تدریج و مرحله به مرحله انجام دهید.

۸. به بیمار و خانواده، وضعیت پزشکی موجود، عوارض احتمالی و مواقع ملاقات با پزشک را آموزش دهید.

۹. در صورت لزوم بیمار را به فیزیوتراپ به منظور انجام ورزش‌های ROM، انعطاف‌پذیری و قدرت

بیمار ارجاع دهید. از ایجاد کنتراکچر جلوگیری کنید. جهت انتقال و حرکت ایمن به وی کمک کنید یا از وسایل کمک حرکتی در محیط منزل استفاده کنید. ۱۰. وضعیت تغذیه و خواب بیمار را بررسی کرده و ارتقاء بخشید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. نحوه مراقبت صحیح از محل جراحی (نظیر محل ماستکتومی، محل آمپوتاسیون و محل استومی) را آموزش دهید. ۲. بیمار را جهت کمک به تطابق با تغییر به مشاور ارجاع دهید. ۳. اطلاعات کتبی لازم را برای خانواده بیمار فراهم کنید. ۴. خانواده را به حمایت بیشتر از بیمار ترغیب کنید. ۵. حمایت اجتماعی را بدین ترتیب هدایت کنید: آموزش در باره مراقبت عملی (مثلاً بانداژ)، تقویت حمایت ظاهری (گوش دادن)، تقویت حمایت اعتماد به نفس (مقایسه مطلوب بین ظاهر بیمار و بیماران دیگر)، و تقویت احساس تعلق و وابستگی (کمک در اجتماعی کردن بیمار).	

Problem Definition	بیان مشکل
اضطراب	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - علائم اضطراب را تعیین و بیان کند. - روش های کنترل اضطراب را بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را بیان کند. - علائم حیاتی طبیعی داشته و کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد. - ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیت که بیانگر کاهش نگرانی است را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارض ها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. میزان اضطراب بیمار و واکنش های جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی پنه، بیان غیرکلامی اضطراب). این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می کنید؟» انجام دهید. ۲. در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علائم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید. ۳. بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت» «من می توانم این کار را در	

این زمان انجام دهم.» «من می‌توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید.	
۴. تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید.	
۵. همه فعالیتها و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیرپزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید.	
۶. مهارتهای سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می‌برده است، را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید.	
۷. جهت کاهش اضطراب بیمار، پشت بیمار را ماساژ دهید.	
۸. از روش های لمس درمانی استفاده کنید.	
۹. از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید.	
۱۰. وسیله‌ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی مورد علاقه‌اش تشویق کنید.	
۱۱. مصرف الکل، آرامبخش‌ها و سیگار را توسط بیمار منع کنید .	
۱۲. از مصرف هر گونه مواد محرک نظیر کافئین، نیکوتین، تنوفیلین، تربوتالین سولفات، آمفتامین‌ها و کوکائین آگاه بوده و مصرف آنها را محدود یا قطع کنید.	
مراقبت در منزل	
۱. به اضطراب بیمار بدون قضاوت شخصی در مورد منبع آن توجه کنید.	
۲. به خانواده بیمار در حمایت کامل بیمار در مواقع مواجهه با علایم اضطراب کمک کنید.	
۳. تأثیر اضطراب بر رژیم درمانی را بررسی کنید.	
۴. بیمار را از نظر وجود افسردگی بررسی کنید.	
۵. بیماران مبتلا به اختلال پانیک یا سایر مشکلات روانپزشکی مرتبط با اضطراب را جهت مصرف داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی، به متخصص مربوطه ارجاع دهید.	
۶. به بیمار و خانواده در مورد مصرف صحیح و مناسب رژیم درمانی کمک کنید. در مورد عوارض جانبی، اهمیت مصرف داروها طبق دستور و علایمی که بایستی سریعاً به پزشک یا پرستار گزارش شود، آموزش دهید.	
۷. بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم برنامه اورژانسی را اجرا کنید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید.	
۸. بیمار را به استفاده از منابع اجتماعی مناسب ترغیب کنید: خانواده، دوستان، همسایگان و گروههای حمایتی و سایر افرادی که وضعیت مشابه با بیمار دارند.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. علایم اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید.	
۲. به بیمار در تعیین میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب	

مداخلات مناسب کمک کنید.
۳. به بیمار روش های خود کنترلی اضطراب را آموزش دهید.
۴. به بیمار روش های آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید.
۵. تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا برکرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد.
۶. به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد هر برنامه یا فعالیت در ذهن خود تصویر سازی کند.
۷. به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سؤال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.

بیان مشکل	Problem Definition
ترس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	
	- ترس های شناخته شده خود را بیان نماید. - اطلاعات دقیقی در مورد موقعیت ایجاد کننده ترس بدهد. - رفتارهای مقابله ای که موجب کاهش ترس می شود را شناسایی نموده، بیان کند و نشان دهد. - کاهش ترس را گزارش کرده و نشان دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. منبع ترس را در بیمار ارزیابی کنید.	
۲. بیمار را تشویق کنید تا عامل ترس خود را بیان کند.	
۳. تاریخچه ای از اضطراب در بیمار را ارزیابی کنید.	
۴. به بیمار کمک کنید تا بتواند بین ترس واقعی و ترس ناشی از تصورات و عوامل غیرواقعی تمیز قایل شده و بیمار را به شناسایی احساساتی که در واقع علت ترس هستند، تشویق نمایید.	
۵. زمانی که بیمار ترس خود را بیان می کند در کنار او باشید و از رفتارهای کلامی و غیرکلامی برای ایجاد امنیت در بیمار استفاده کنید.	
۶. مهارت های مقابله ای را که بیمار قبلاً در مقابله با ترس از آن استفاده می کرده، بررسی کنید و این مهارت ها را در بیمار تقویت کنید.	
۷. از ماساژ پشت برای کاهش اضطراب بیمار استفاده کنید.	
۸. از روش های لمس درمانی استفاده کنید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
- بیمار را تشویق کنید که ترس های خود را بصورت حکایت وار بنویسد.	

Problem Definition	بیان مشکل
انکار ناموثر	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید بتواند: - در هنگام نیاز، به دنبال مراقبت بهداشتی مناسب باشد. - از درمان های خانگی تنها هنگامی که مناسب است، استفاده کند. - واکنس های مناسب نشان دهد و ترس های خود را بیان کند. - از سوء مصرف دارو و مواد مخدر اجتناب کند و در صورت نیاز در برنامه های مربوط به ترک سوء مصرف مواد شرکت کند. - مکانیسم های مقابله تطابقی را به شیوه مناسب بکار گیرد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- درک بیمار را از علایم و نشانه های بیماری ارزیابی کنید. ۲- زمانی را با بیمار بگذرانید و به او فرصت کافی برای عکس العمل بدهید. ۳- بررسی کنید که آیا استفاده از انکار در مراقبت از بیمار، نقش کمک کننده یا بازدارنده دارد. ۴- به بیمار اجازه بدهید که افکار خود را بیان کند و از آن بعنوان یک مکانیسم مقابله استفاده کند. ۵- علایم جزیی افکار را بررسی کنید (به عنوان مثال خوش بینی غیرواقعی یا کوچک شمردن علایم، و ناتوانی در پذیرش ترسهای خود). ۶- از رویارویی و مقابله مستقیم با انکار بیمار خودداری کنید. ۷- یک ارتباط درمانی مبتنی بر اعتماد را با بیمار و خانواده او برقرار کنید. ۸- اعضای خانواده بیمار را به بیان ترس و نگرانی ها تشویق کنید. ۹- هم سطح با بیمار بنشینید و از لمس در صورت امکان و با در نظر داشتن شرایط فرهنگی و مذهبی و با اجازه بیمار استفاده کنید. ۱۰- به بیمار این امکان را بدهید تا در برنامه درمان خود و تصمیم گیری و انتخاب برنامه مشارکت داشته باشد. ۱۱- در صورت لزوم بیمار یا خانواده را به یک مشاوره بهداشت روان مجرب ارجاع دهید تا به آنها در برنامه ریزی و استفاده موثر از افکار بعنوان یک مکانیسم دفاعی کمک نماید.	

آموزش به بیمار	Patient Education
- علائم و نشانه‌های بیماری را برای بیمار در صورت نیاز توضیح دهید. - به بیمار کمک کنید تا منابع حمایتی موجود را بشناسد و به او فرصت تطابق با بیماری را بدهید. - بیمار و خانواده را تشویق کنید که بحرانهای اولیه خویش را توصیف و روش مقابله با آن را شرح دهد.	

بیان مشکل	Problem Definition
نامیدی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد (در چارچوب زمانی مشخص):	- احساسات خویش را بیان نموده و در مراقبت مشارکت نماید. - جملات مثبت بسازد (من می‌توانم، من سعی خواهم کرد). - اهدافش را تعیین کند. - تماس چشمی برقرار کند. - به‌گوینده توجه کند. - اشتباهی مناسب با توجه به سن داشته باشد و از نظر جسمی سلامت باشد. - طول مدت خواب مناسب با توجه به سن داشته باشد. - سلامت جسمانی داشته باشد. - نگرانی‌های خویش را برای دیگران ابراز کند. - فعالیت‌ها را آغاز کند.
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- احتمال خودکشی را در بیمار بررسی و ثبت کنید. ۲- تعریف بیمار از امید را بررسی کنید. ۳- به بیمار کمک کنید دلایل زندگی را بشناسد. ۴- بازخور حقیقی برای بیمار مهیا کنید. ۵- به بیمار در مشکل گشایی و تصمیم‌گیری کمک کنید. ۶- رویکردهای مناسب را بر اساس شرایط موجود یا موقعیت‌هایی که موجب ایجاد احساس ناامیدی می‌شود، تعیین کنید. ۷- به بیمار کمک کنید تا اهداف کلی و انتخابات فرعی مهم از نظر خود را تعیین کند. ۸- به بیمار کمک کنید در مواجهه با وضعیت‌های مزمن و طولانی مدت مقاومت نماید و به او کمک کنید تا اهداف کوچک و قابل دستیابی را تعیین کند. ۹- مشارکت بیمار در طراحی اهداف معنادار از دید بیمار، به او در پیشگیری از ناامیدی کمک خواهد کرد.	

کرد.	
۱۰- برای هر بیمار وقت بگذارید و با استفاده از همدلی سعی کنید حرف‌های بیمار را درک کنید و این درک را به مشارکت بگذارید.	
۱۱- به بیمار در تصمیم‌گیری برای فعالیت‌های روزانه کمک کنید.	
۱۲- بیمار را به بیان احساسات تشویق کنید و کمک کنید تا احساسات خویش را بپذیرد.	
۱۳- به بیمار فرصت دهید تا خودش تعامل را شروع کند و بعد از دادن وقت کافی، بیمار را به سوی یک پذیرش بدون قضاوت هدایت کنید.	
۱۴- بیمار را به انجام و مشارکت در فعالیت گروهی تشویق کنید.	
۱۵- استراتژی‌های مقابله را به بیمار آموزش دهید.	
۱۶- نقاط قوت بیمار را با وی مرور کرده و او را متقاعد کنید تا لیستی از توانمندی‌های خود نوشته و آنرا به همراه داشته باشد.	
۱۷- از شوخی در جای مناسب استفاده کنید.	
۱۸- خانواده و خویشاوندان نزدیک را در برنامه مراقبتی درگیر کنید.	
۱۹- خانواده و اطرافیان را تشویق کنید تا امید، عشق و مراقبت از بیمار را بیان نمایند.	
۲۰- علایم و نشانه‌های افسردگی را ارزیابی کنید.	
۲۱- از درمانهای تلفیقی مثل اسید چرب امگا ۳ استفاده کنید (با نظر پزشک).	
۲۲- از لمس و نوازش کردن در صورتی که از نظر فرهنگی اشکال نداشته باشد در مراقبت از بیمار استفاده کنید و خانواده را به انجام این عمل تشویق کنید.	
۲۳- دستیابی بیمار به منابع حمایتی برای ایجاد یک معنویت مثبت را تسهیل کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- بیمار را با سیر بیماری و درمان‌های پیش رو آشنا کنید و تا حد امکان عدم اطمینان از آینده را از بیمار دور کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر بروز صدمه	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد (در چارچوب زمانی مشخص):	
- از صدمه دور باشد.	
- روشهای جلوگیری از صدمه را توضیح دهد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از آسیبهای یاتروژنیک ناشی از بستری شدن در بیمارستان، با توجه به راهنمای مراقبتی زیر جلوگیری نمائید. ۲. از حداقل دو روش برای شناسایی بیمار قبل از انجام مداخله دارویی و یا تزریق محصولات خونی استفاده نمائید، مانند نام بیمار، شماره ثبت پزشکی و یا تاریخ تولد. ۳. قبل از انجام هر گونه مداخله تهاجمی و یا جراحی دقیقاً اطلاعات مربوط به بیمار را کنترل کنید و روش و محل صحیح برای انجام مداخلات را با استفاده از روشهای ارتباطی فعال و غیر فعال مشخص نمائید. ۴. وقتی دستورات را بصورت شفاهی و یا تلفنی دریافت می کنید باید به صورت کتبی بنویسید و دوباره دستورات را بخوانید. ۵- از مخفف ها بصورت استاندارد استفاده کنید و مخفف هایی که در آنها احتمال اشتباه هست را حذف نمائید. ۶- از سیستمهای هشدار دهنده در بخشهای بالینی استفاده نمائید. ۷- از بروز عفونت در بیمار جلوگیری نمائید. ۸- بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت کنترل کنید و اقداماتی برای جلوگیری از خطر افتادن انجام دهید. ۹- بیمار را نسبت به محیط خود آشنا نمائید. ۱۰- زنگ را در اختیار بیمار قرار داده و کار با آن را یاد دهید و سریعاً به زنگ بیمار توجه نمائید. ۱۱- از استفاده از محدود کننده های بیمار در تخت تا حد ممکن اجتناب نمائید. ۱۲- در محلی که از محدود کننده برای بیمار استفاده می کنید به موارد زیر توجه نمائید: - به پرستاران تذکر دهید مرتباً بیمار را کنترل نمایند. - برای مراقبت از بیماران دچار نواقص عملکردی و یا شناختی بخشهای خاص پرستاری فراهم نمائید. - سیستمهای هشدار در زانو، مچ پا و مچ دست قرار دهید. - زنگهای هشدار دهنده در تخت و یا صندلی چرخ دار قرار دهید. - درهای بخش را قفل کنید و تختهای بیماران کوتاه یا خیلی کوتاه باشد. - دفعات مشاهده از بیمار را افزایش دهید. - بالش ها را طوری قرار دهید که از بیمار در تخت محافظت نماید. ۱۳- برای بیماری که بی قرار (آزیته) است موزیک با توجه به علاقه فردی بیمار در نظر بگیرید. ۱۴- داروهایی که دارای عوارض جانبی بوده و خطر صدمه به بیمار را افزایش می دهند، بررسی کنید. ۱۵- نرده کنار تخت را یک چهارم تا یک دوم بالا ببرید و تخت بیمار را در سطح پائین قرار دهید و مطمئن باشید که چرخ های تخت قفل است. چراغ خواب بیمار در شب روشن باشد. ۱۶- اگر بیمار بطور ناگهانی دچار گیجی شد از نظر علت آن بررسی کنید و درمان لازم را انجام دهید. همچنین از اطرافیان بیمار بخواهید تا وسائلی که برای بیمار آشنا هستند مانند ساعت دیواری و یا مچی را از منزل بیاورند. ۱۷- از خانواده بیمار بخواهید در کنار بیمار بمانند تا از حوادثی چون احتمال افتادن از تخت و یا کشیدن کاتتر ها و لوله های متصل جلوگیری شود.	

۱۸- تمام وسائلی که ممکن است به بیماران صدمه برساند را از آنان دور نمایند.
۱۹- بیمار را در اتاقی نزدیک ایستگاه پرستاری قرار دهید.
۲۰- به بیمار کمک کنید تا در روی صندلی ثابت و دارای دسته بنشیند و از استفاده از صندلی چرخ دار مگر در مواردی که برای جابجایی لازم است، اجتناب شود.
۲۱- بیمار را به فیزیوتراپی جهت انجام ورزشهای قدرتی و آموزش راه رفتن جهت افزایش تحرک ارجاع دهید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

پرکاری تیروئید (هیپرتیروئیسم)

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در الگوی خواب
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار باید بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - در طول شب، دفعات کمتری از خواب بیدار شود. - پس از بیدار شدن در طول روز سر حال بوده و احساس خستگی نکند. - بدون هیچ مشکلی بخواب برود. - برنامه‌ای منظم برای رعایت عوامل بهبود دهنده خواب بیان کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. تاریخچه ای از خواب بیمار شامل زمان خواب، سابقه مشکلات خواب، تغییرات خواب همراه با بیماری فعلی و استفاده از داروها و مواد محرک تهیه کنید. ۲. از بیمار بخواهید برنامه خواب خود را برای چند هفته بنویسد. این برنامه شامل زمان خوابیدن، زمان از خواب بیدار شدن، تعداد دفعات بیدار شدن از خواب و چرت زدن می‌باشد. ۳. سطح اضطراب بیمار را بررسی کنید. اگر بیمار مضطرب بود، از روش های آرام سازی استفاده کنید (مراجعه به مداخلات پرستاری مربوط به "اضطراب"). ۴. علایم شروع افسردگی را بررسی کنید: خلق پائین، بیان ناامیدی و کم اشتها. در صورت نیاز بیمار را جهت مشاوره ارجاع دهید. ۵. داروها، رژیم غذایی و مصرف کافئین را بررسی کنید. منابع مخفی کافئین نظیر داروهای بدون نسخه را چک کنید. ۶. اقداماتی را قبل از خواب به منظور کمک به بهبود خواب انجام دهید (نظیر در نظر گرفتن زمانی برای آرامش ذهن).

۷. قبل از خواب، پشت بیمار را ماساژ دهید.

۸. محیط را برای خوابیدن بیمار آرام کنید (از تلفن و موبایل استفاده نکنید، صدای تلویزیون و رادیو را کمتر کنید، پیجرها را در حالت «بدون صدا» قرار دهید، زنگ پمپ‌های انفوزیون را قطع کرده و به آرامی صحبت کنید).

۹. بیمار را به گوش دادن صداهای آرام بخش نظیر صدای اقیانوس، ریزش باران و صدای آب قبل از خواب تشویق کنید. استفاده از گوش گیر (earplugs) نیز توصیه می‌شود.

۱۰. در بیماران بستری در بخش، برنامه خواب زیر را دنبال کنید:

- شیف‌ت شب: به بیمار فرصت دهید تا از ساعت ۱ تا ۵ صبح خواب بدون وقفه داشته باشد. صداهای محیط را به حداقل برسانید.

- شیف‌ت عصر: چرت زدن بین ساعات ۴ عصر تا ۹ شب را محدود کنید. در ساعت ۱۰ شب، لامپ‌ها را خاموش کرده، داروهای خواب آور را طبق دستور بکار برده و ایجاد صدا و حضور در اتاق بیمار را به حداقل برسانید.

- شیف‌ت صبح: بیمار را به چرت کوتاه قبل از ساعت ۱۱ صبح تشویق کنید. بیمار را ترغیب به داشتن فعالیت بدنی مناسب کنید. برنامه زمان بندی داروهای بیمار را طوری تنظیم کرده که از بیدار کردن بیمار طی ساعات ۱ تا ۵ صبح خودداری شود.

مراقبت در منزل:

۱. به بیمار و خانواده در مورد انتظار آشنان از یک خواب طبیعی آموزش دهید.

۲. محیط را از نظر خطرات احتمالی در نیمه شب بررسی کنید. در مسیر بین اتاق خواب و دستشویی نور کافی بوده و وسیله‌ای مانع سر راه نباشد.

۳. برای بی‌خوابی، مداخلات غیردارویی را در ابتدا بکار برید: کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب در طول روز، روش‌های آرام سازی، افزایش تماس با نور آفتاب و مداخلات آموزشی در مورد حل نگرش‌های غلط در مورد خواب.

۴. از خانواده بیمار دچار اختلال مزمن خواب حمایت به عمل آورید.

۵. در صورت وجود اختلالات مربوط به روان، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. بیمار را به حذف مصرف قهوه و سایر مواد و مایعات کافئین‌دار، و نیز عدم داشتن وعده‌های غذایی پرپروتئین و پرچربی نزدیک به زمان خواب، تشویق کنید.

۲. از بیمار بخواهید برای بهبود خواب خود از الکل یا داروهای خواب آور استفاده نکند. همچنین از مصرف الکل ۴-۶ ساعت قبل از زمان خواب خودداری کند.

۳. از بیمار بخواهید اطلاعاتی را در مورد وضعیت خواب خود برای چند هفته یادداشت کند.

۴. روش‌های آرام بخش جسمی و روحی را جهت بهبود خواب بیمار آموزش دهید.

۵. به بیمار آموزش دهید که احتیاج به فعالیت و تمرینات بدنی بیشتری دارد. بیمار را به پیاده روی روزانه پنج تا شش ساعت قبل از به بستر رفتن تشویق کنید. ۶. بیمار را تشویق به فعالیت های آرام بخشی نظیر مطالعه، دیدن تلویزیون یا انجام یک کار هنری کنید. ۷. راهکارهای زیر را جهت بهبود عادات خواب بیمار آموزش دهید: - وقتی نیمه شب از خواب بیدار شدید، به اتاق دیگر رفته، فعالیت های آرام بخشی را انجام داده و فقط وقتی خواب آلود شدید، جهت خوابیدن به اتاق خواب برگردید. - از تخت یا رختخواب خود فقط برای خوابیدن استفاده کنید، نه برای مطالعه یا چرت زدن جلوی تلویزیون. - از چرت زدن هنگام ظهر یا عصر خودداری کنید. - هر روز صبح در زمان مشخصی از خواب بیدار شوید. - به خاطر داشته باشید که هر کسی نیاز به ۸ ساعت خواب ندارد. - ساعت زنگ دار خود را در جایی دور از رختخواب بطوری که دیده نشود، قرار دهید. - هیچگاه مشکلات عملکردی خود را به بی خوابی نسبت ندهید و بی خوابی را عامل اشتباهات خود در طول روز ندانید.

بیان مشکل	Problem Definition
محرومیت از خواب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	- در طی شب دفعات کمتری از خواب بیدار شود. - پس از بیدار شدن، در طول روز سر حال بوده و احساس خستگی نکند. - بدون مشکل به خواب رود. - برنامه ای را بیان کند که در آن زمان کافی برای خواب داشته باشد. - فعالیت های را که باعث بهبود کیفیت خواب می شود، تعیین کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تاریخچه ای از خواب و بیداری بیمار شامل کار و فعالیت های زمان بندی شده دیگر، سابقه مشکلات خواب، تغییرات خواب همراه با بیماری فعلی و استفاده از داروها و مواد محرک بدست آورید. ۲. از بیمار بخواهید برنامه خواب و بیداری خود را به مدت چند هفته یادداشت کند. این برنامه شامل زمان خواب و بیداری، تعداد دفعات بیدار شدن از خواب، چرت زدن ها و فعالیت های روزمره ای که باعث محروم شدن بیمار از خواب کافی می شود.	

۳. بیمار را از نظر وجود بیماری‌های فیزیولوژیک زمینه‌ای ایجاد کننده کم خوابی (نظیر درد، بیماری‌های قلبی-عروقی، ریوی و گوارشی و شب ادراری ناشی از هیپرتروفی خوش خیم پروستات) مورد بررسی قرار دهید.

۴. سطح اضطراب بیمار را تعیین کنید. اگر بیمار مضطرب است، از روش‌های آرام سازی استفاده کنید (به مداخلات پرستاری مربوط به اضطراب مراجعه کنید).

۵. بیمار را از نظر علایم افسردگی شامل خلق پائین، بیان ناامیدی و بی‌اشتهایی بررسی کنید. در صورت نیاز بیمار را جهت مشاوره یا درمان، ارجاع دهید.

۶. بیمار را از نظر علایم دیگر بیماری‌های دوقطبی (نظیر مانیا، هیپومانیا) بررسی کنید. در صورت لزوم بیمار را به متخصص اعصاب و روان ارجاع دهید.

۷. بیمار را از نظر وجود علایم شبانه سندرم پای بی‌قرار کنترل کنید شامل احساس ناراحتی و بی‌قراری در پاها که قبل یا حین خواب شبانه اتفاق می‌افتد. همچنین بیمار را از نظر حملات پانیک شبانه، وجود سردرد یا بیماری رفلکس معده به مری کنترل کنید. بیمار را جهت درمان مناسب ارجاع دهید.

۸. بیمار را از نظر وجود تنفس مختل کننده خواب که با خرخر کردن با صدای بلند همراه با دوره‌های آپنه مشخص می‌شود و یا سایر اختلالات خواب نظیر سندرم پای بی‌قرار یا اختلال حرکت دوره‌ای عضو کنترل کنید.

۹. محیط آرامی را برای خواب بیمار فراهم کنید : از تماس با تلفن و موبایل خودداری کنید، صدای رادیو و تلویزیون را کم کنید، پیجرها را در حالت «بدون صدا» قرار دهید، زنگ پمپ‌های تزریق را خاموش کرده و در اتاق بیمار، خیلی آرام صحبت کنید.

۱۰. بیمار را به گوش دادن صداهای آرام بخش نظیر صدای اقیانوس، ریزش باران و صدای آب قبل از خواب تشویق کنید. استفاده از گوش گیر (earplugs) نیز توصیه می‌شود.

مراقبت در منزل

۱. به بیمار و خانواده در مورد انتظارات از یک خواب طبیعی آموزش دهید. انتظارات آنها در مورد خواب و الگوهای خواب در گذشته را استخراج کرده و عقاید غلط آنها را اصلاح کنید.

۲. محیط را از نظر وجود خطرات احتمالی در نیمه شب بررسی کنید. چک کنید که در مسیر بین اتاق خواب و دستشویی، نور کافی بوده و وسیله‌ای مانع سر راه بیمار نباشد.

۳. سیستم حمایتی در دسترس بیمار در منزل را بررسی کنید.

۴. عکس العمل خانواده نسبت به وضعیت بیمار را بررسی کرده و حمایت پرستاری را فراهم کنید.

۵. اگر بیمار دارو مصرف می‌کند، از نظر اثربخشی و امنیت در مصرف دارو بررسی لازم را انجام دهید.

Patient Education	آموزش به بیمار
-------------------	----------------

۱. بیمار را تشویق کنید که از مصرف قهوه و غذاها و نوشیدنی‌های کافئین‌دار و نیز غذاهای پرپروتئین و پرچرب قبل از خواب خودداری کند.

۲. به بیمار توصیه کنید که از استعمال الکل و داروهای خواب آور جهت بخواب رفتن اجتناب کند. ۳. بیمار به انجام یک سری فعالیتهای آرام بخش نظیر دیدن تلویزیون و مطالعه قبل از خواب تشویق کنید. ۴. جهت بهبود عادات خواب بیمار آموزش های لازم را ارائه دهید (مراجعه به بخش "اختلال در الگوی خواب").

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست	
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چار چوب زمانی مشخص):	- تمامیت سطح پوست خود را دوباره بدست آورد. - هر گونه اختلال در حس یا درد را در محل اختلال پوستی گزارش دهد. - درک خود از برنامه درمان و بهبود پوست و پیشگیری از آسیب را نشان دهد. - اقداماتی را برای حفاظت و بهبود پوست و مراقبت از هر ضایعه پوستی توضیح دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشکل پوستی بیمار را بررسی کرده و علت آن (نظیر زخم حاد یا مزمن، سوختگی، ضایعه پوستی، زخم فشاری، یا پارگی پوست) را تعیین کنید. ۲. تعیین کنید که آیا مشکل پوستی فقط پوست را درگیر کرده است (نظیر زخم با عمق نسبی، زخم فشاری مرحله I یا II). از سیستم طبقه بندی نیز برای زخمهای فشاری استفاده کنید. - مرحله I: تغییر پوستی ناشی از فشار با قابل مشاهده با مشخصههایی در مقایسه با ناحیه مقابل بدن که ممکن است تغییر در یک یا چند مورد از موارد ذیل را شامل شود: - درجه حرارت پوست (گرمی یا سردی)، قوام بافت (احساس سفتی) و حس پوست (درد یا خارش). زخم در نواحی با پیگمانتاسیون کم، به صورت ناحیه با قرمزی دایمی به نظر می آید در حالیکه در نواحی تیره تر پوست، زخم ممکن است به رنگهای قرمز، آبی یا ارغوانی دیده شود. - مرحله II: از آسیب پوستی با ضخامت نسبی شامل زخم سطحی اپیدرم و درم که به صورت خراش، تاول یا چاله کم عمق دیده می شود. نکته: برای زخمهای عمیق تر در بافت زیر جلدی، عضله یا استخوان (زخمهای فشاری مرحله III یا IV)، به مداخلات پرستاری مربوط به «اختلال در تمامیت پوست» مراجعه کنید. ۳. محل اختلال پوستی را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، گرمی، درد یا علائم دیگر عفونت کنترل کنید. تعیین کنید که آیا بیمار تغییر در حس یا درد را تجربه می کند. توجه زیادی به نواحی پرخطر نظیر برجستگی های استخوانی، چین های پوستی، ساکروم و پاشنه های پا داشته باشید.	

۴. روش های مراقبت از پوست بیمار را کنترل کنید. به نوع صابون و مواد تمیز کننده دیگر، درجه حرارت آب و دفعات تمیز کردن پوست توجه کنید. ۵. یک برنامه منحصر به فرد با توجه به وضعیت پوست بیمار، نیازها و اولویت ها ترتیب دهید. ۶. وضعیت دفع ادرار بیمار را کنترل کرده و تماس پوست و نواحی دیگر با رطوبت ناشی از بی اختیاری، تعریق یا ترشحات زخم را به حداقل رسانید. ۷. اگر بیمار بی اختیاری دارد، یک برنامه کنترل بی اختیاری جهت جلوگیری از تماس بدن با مواد شیمیایی ادرار و مدفوع که می تواند به پوست آسیب برساند، اجرا کنید. بیمار را جهت بررسی بی اختیاری به متخصص کلیه و مجاری ادرار یا متخصص گوارش ارجاع دهید. ۸. وضعیت بیمار را به گونه ای در تخت قرار دهید که فشار یا آسیبی به محل اختلال پوستی بیمار وارد نشود. در راستای دستیابی به اهداف درمانی، بیمار را هر ۲ ساعت چرخانده، و تغییر وضعیت دهید. ۹. بیمار را جهت استفاده از تشک ها، تخت ها یا وسایل، بطور مناسب ارزیابی کنید. به منظور کاهش اصطکاک، سر تخت را در پایین ترین درجه ممکن قرار داده و از بالش ها جهت کاهش فشار استفاده کنید. ۱۰. برنامه درمانی مکتوب برای درمان موضعی پوست را اجرا کنید. ۱۱. از ماساژ اطراف محل اختلال پوستی و برجستگی های استخوانی خودداری کنید. ۱۲. وضعیت تغذیه ای بیمار را بررسی کنید. در صورت لزوم وی را به یک مشاور تغذیه ارجاع داده و مکمل های غذایی را به وی پیشنهاد دهید. ۱۳. مرحله بهبودی زخم بیمار (التهاب، پرولیفراسیون، بهبودی کامل) و مرحله آسیب را تعیین کنید. مراقبت در منزل: ۱. نحوه تعویض پانسمان و اهمیت حفظ محیط تمیز برای زخم را به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۲. در مورد تغذیه مناسب، علایم و نشانه های عفونت و زمان تماس با پزشک یا پرستار، به بیمار و خانواده آموزش دهید.	Patient Education آموزش به بیمار ۱. معاینه پوست و زخم و روش های کنترل علایم و نشانه های عفونت، عوارض و بهبودی را به بیمار / خانواده آموزش دهید. ۲. علت انتخاب درمان موضعی را به بیمار آموزش دهید. ۳. در راستای دستیابی به اهداف مراقبتی، چرخش و تغییر پوزیشن بیمار، حداقل هر ۲ ساعت را آموزش دهید. ۴. به بیمار در مورد استفاده از بالش ها و وسایل کاهنده فشار جهت پیشگیری از زخم فشاری آموزش دهید.
--	--

Problem Definition	بیان مشکل
عدم تحمل نسبت به فعالیت	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- بیمار در انجام فعالیت‌های جسمانی توصیه شده با توجه به افزایش متناسب تعداد ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس شرکت نماید. - علایم اثرات جانبی ناشی از انجام فعالیت را بیان کند و شروع حملات را فوراً گزارش نماید. - در هنگام انجام فعالیت پوست دارای رنگ طبیعی، گرم و خشک باقی بماند. - نیاز به افزایش تدریجی فعالیت بر اساس شرایط بیماری، تحمل و علایم را بصورت کلامی بیان کند. - نیاز به تعادل میان فعالیت و استراحت را درک کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:	
۱. علایم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید: ۲. ضعف و خستگی. ۳. تنگی نفس کوششی، درد قفسه سینه، تعریق و یا گیجی. ۴. افزایش تعداد نبض بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت. ۵. عدم برگشت ضربان قلب به میزان بیش از فعالیت در عرض ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت. ۶. کاهش فشارخون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۰-۱۵ mm/Hg همراه با فعالیت.	
ب) اقدامات مربوط به مراقبت از بیمار:	
۱. بیمار را برای تعیین تناسب بین فعالیت روزانه و دستور استراحت در تخت ارزیابی کنید. ۲. سر و صدا و فعالیت های محیطی را به حداقل برسانید. ۳. مراقبت های پرستاری را طوری طراحی کنید که اختلالی در زمان استراحت بیمار بوجود نیاید. ۴. در صورتیکه بیمار اغلب استراحت در تخت دارد چندین بار در روز او را از تخت پایین آورده تا مشکلات قلبی عروقی را کاهش دهید. ۵. در وقت مناسب به تدریج فعالیت بیمار را افزایش داده و در صورت امکان به بیمار اجازه دهید برای تغییر وضعیت، جابجایی و مراقبت از خود کمک نماید. ۶. مراحل به حرکت واداشتن بیمار شامل نشستن در تخت با پاهای آویزان، ایستادن در کنار تخت و در نهایت حرکت کردن می‌باشد. در این حالت بیمار را از نظر سرگیجه و افت فشار خون بررسی کنید. ۷. وقتی بیمار به حالت سرپا قرار می‌گیرد او را از نظر علایم عدم تحمل مانند تهوع، رنگ پریدگی، گیجی، تاری دید و کاهش سطح هوشیاری و تغییر در علایم حیاتی بررسی کنید. ۸. اگر بیمار هنگام انجام فعالیت دچار سنکوپ شود، به پزشک گزارش کنید. ۹. تمرینات دامنه حرکتی را در صورتیکه بیمار قادر به تحمل فعالیت نیست یا عمدتاً بی‌حرکت است، انجام دهید.	

۱۰. توانایی بیمار برای تحمل فعالیت شامل: تعداد تنفس، فشار خون، بیقراری، تنگی نفس، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، و رنگ پوست باید قبل و بعد از انجام فعالیت پایش و ثبت گردد. ۱۱. اگر علائم و نشانه‌های مشکلات قلبی بروز نمود، بلافاصله باید فعالیت بیمار متوقف شود. این علائم شامل موارد زیر است: ۱۲. تنگی نفس، درد قفسه سینه، طپش قلب، ضعف شدید، احساس سبکی در سر، گیجی، سیانوز، و اختلال در گردش خون محیطی و دیس ریتمی قلبی، کاهش فشار خون فعالیت (افت فشار خون سیستول ۱۰ میلی متر جیوه از میزان پایه فشار خون)، افزایش فشار خون فعالیت (فشار خون بالاتر از ۱۸۰ میلی متر جیوه و دیاستول بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه)، برادیکاردی نامتناسب (افت تعداد ضربان قلب بیشتر از ده ضربه در دقیقه یا رسیدن تعداد ضربان قلب به زیر ۵۰ ضربه در دقیقه)، افزایش تعداد ضربان قلب به بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه ۱۳. سلامت پوست را باید در طی روز چندین مرتبه بررسی کنید. ۱۴. بیمار باید از نظر بیوست بررسی شود. در صورت وجود بیوست به مداخلات پرستاری مربوطه مراجعه کنید. ۱۵. عواملی که مانع تغذیه مناسب و کافی در بیمار می شود را مورد ارزیابی قرار دهید. ۱۶. از بیمار حمایت روحی نمایند و او را به افزایش تدریجی فعالیت تشویق کنید. ۱۷. بیمار را از نظر وجود درد قبل از شروع فعالیت بررسی کنید و در صورت امکان درد بیمار را قبل از انجام فعالیت درمان کرده و اطمینان پیدا کنید بیمار ضد درد زیادی مصرف نکرده باشد. ۱۸. نیاز بیمار را جهت استفاده از وسایل کمکی، قبل از حرکت بررسی کنید (عصا، واکر، اکسیژن پرتابل، چوب زیر بغل). ۱۹. وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	آموزش به بیمار - به بیمار آموزش دهید در صورت بروز علائم زیر، فعالیت‌ها را فوراً قطع نماید و به پزشک یا پرستار اطلاع دهد: حمله جدید یا بدتر شدن شرایط، احساس مکرر عدم آسایش، احساس تنگی، فشار و یا درد در قفسه سینه، گردن، فک، شانه و بازوها، طپش قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی مفرط و غیرمعمول، عطش هوا. اگر این علائم بیش از ۵-۱۰ دقیقه طول بیانجامد بیمار باید توسط پزشک معاینه گردد.
--	--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تغذیه، کمتر از نیاز بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes

بیمار باید در چارچوب زمانی مشخص:	
- به تدریج وزن بیمار به حالت ایده‌آل برسد. - وزن متناسب با نسبت قد و سن شخص باشد. - عوامل مداخله‌گر در کاهش وزن شناسایی شود. - نیازهای تغذیه‌ای بیمار شناسایی شود. - مواد مغذی به اندازه کافی مصرف شود. - علایم سوء تغذیه در بیمار برطرف شود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علایم و نشانه‌های سوء تغذیه شامل موی خشك و شکننده که به راحتی جدا می‌شود، خون مرنگی پوست، خشکی پوست، رنگ پریدگی، التهاب قرنیه، تحلیل عضلانی، زبان قرمز و صاف، شکاف لب، راش اندامهای تحتانی، گیجی را کنترل کنید. ۲- به نتایج تست‌های آزمایشگاهی در دسترس شامل آلبومین سرم، پروتئین توتال سرم، فریتین، ترانسفرین، هموگلوبین، هماتوکریت و الکترولیت‌های سرم توجه کنید (آلبومین سرم زیر ۳/۵ شاخص وضعیت سوء تغذیه می‌باشد). ۳- وزن طبیعی بیمار را با توجه به سن و قد تعیین نمایید، و در صورت لزوم بیمار را به متخصص تغذیه جهت بررسی کامل ارجاع دهید (اگر وزن بیمار از ۱۰٪ وزن نرمال پایین‌تر بود یا کاهش سریع وزن داشت باید به متخصص تغذیه گزارش شود). ۴- میزان دریافت غذایی را کنترل کنید و درصد غذاهای خورده شده را ثبت کنید (۲۵٪ ؛ ۵۰٪....) و با متخصص تغذیه جهت تعیین میزان کالری حقیقی مشورت کنید. ۵- سعی کنید علل جسمی یا روانی مشکلات غذا خوردن بیمار را شناسایی نموده و از هم تشخیص دهید. ۶- مصرف غذای معمول بیمار را با هرم راهنمای غذا مقایسه کنید و غذاهایی که مصرف آن کاهش یافته یا اصلاً مصرف نمی‌شود را یادداشت کنید. ۷- اگر بیمار گیاه خوار است باید مصرف ویتامین B₁₂ و آهن در آنها مورد ارزیابی قرار گیرد. ۸- توانایی بیمار را برای خوردن بررسی کنید، مدت زمانی که صرف غذا خوردن می‌کند، مهارت حرکتی، دقت دید، توانایی بلع مواد غذایی مختلف. لازم است در صورت وجود هر گونه اشکال در بلع، مداخلات ضروری صورت گیرد. ۹- برای بیمارانی که دچار بی‌اشتهایی هستند و نمی‌خواهند غذا بخورند لازم است ۳۰ میلی لیتر مکمل تغذیه هر یک ساعت استفاده کنند. ۱۰- برای بیمارانی که سوء تغذیه دارند و توانایی خوردن غذا را دارند غذا در مقادیر کم و بصورت اشتها آور در دفعات بیشتر داده شود. ۱۱- اگر بیمار تحمل و توان کافی برای خوردن غذا ندارد، لازم است دوره‌های استراحت قبل از وعده‌های غذایی	

برای او تعیین کنید.
۱۲- اگر بیمار سوء تغذیه دارد او را از نظر علایم عفونت کنترل نموده و اقدامات لازم جهت پیشگیری از عفونت را انجام دهید.
۱۳- تغییرات اخیر در وضعیت فیزیولوژیک بیمار و مرتبط با تغذیه را بررسی کنید.
۱۴- اگر بیمار باردار است اطمینان حاصل کنید که مقادیر کافی اسیدفولیک همراه با رژیم متعادل و مصرف ویتامین های لازم را دریافت می نماید (تمام مادران باردار باید روزانه ۴۰۰ میلی گرم اسیدفولیک مصرف کنند).
۱۵- بیمار را به خوردن غذا تشویق نموده و او را همراهی نمایید.
۱۶- وضعیت دهان (لثه، زبان، دندان ها و غشاء مخاطی) را بررسی کنید. به بهداشت مناسب دهان بیمار قبل و بعد از غذا توجه نمائید.
۱۷- اگر بیمار دچار بی اشتهایی است و غشاء مخاطی دهان بعلت مصرف دارو ها خشک است، در طول روز جرعه جرعه آب بنوشد و همراه آن از آب نبات بدون قند و سفت استفاده کند یا آدامس بجود که ترشح بزاق تحریک شود.
۱۸- ارتباط بین مصرف غذا با بروز حالت تهوع، اسهال، استفراغ و دردهای شکمی را بررسی کنید.
۱۹- در طول روز، زمان اشتهای بیمار به غذا را مشخص نموده و بالاترین کالری دریافتی را در آن زمان به بیمار بدهید.
۲۰- داروهای ضد درد و ضد تهوع را طبق دستور و در صورت نیاز قبل از غذا به بیمار بدهید.
۲۱- اگر بیمار دچار تهوع است قبل از آوردن سینی غذا به داخل اتاق پوشش آنرا بردارید. برداشتن ناگهانی پوشش غذا و استنشام بوی غذا خود می تواند ایجاد تهوع کند.
۲۲- اگر بیمار دچار کم خونی (آنمی) است غذاهای سرشار از آهن، ویتامین B ₁₂ و ویتامین C و اسیدفولیک داده شود.
۲۳- برای بیماران مضطرب و بی قرار از غذاهای کوچک و قابل حمل، میوه های تازه و مایعات استفاده کنید. اگر بیمار توان ایستادن ندارد غذا را موقع راه رفتن بخورد.
۲۴- اگر بیمار برای مدت طولانی دچار سوء تغذیه بود با یک متخصص تغذیه مشورت کرده، تغذیه معمولی را پس از اصلاح اختلال الکترولیتی ادامه دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
- عوامل احتمالی که موجب تشدید یا کاهش خستگی می شود را شناسایی کند.	
- راههای ارزیابی و الگوهای خستگی را توصیف نماید.	

- افزایش انرژی و بهبود احساس خوب بودن را بیان نماید. - راههای ذخیره انرژی برای جبران ضعف و خستگی را بکار گیرد. - راههای حفظ و تجدید انرژی برای ضعف و خستگی را مورد استفاده قرار دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: ۱. علائم و نشانه های خستگی را مورد بررسی قرار دهید (مانند احساس کاهش انرژی، کاهش تمرکز، کاهش علاقه به محیط). ۲. عوامل ایجاد کننده خستگی را در بیمار مورد بررسی قرار دهید (مانند اختلال در خواب، تغذیه ناکافی، تغییر ناگهانی در روش زندگی). ۳. علت ایجاد خستگی را برای بیمار توضیح دهید. ۴. به بیمار در شناسایی الگوی خستگی کمک کنید (مثلا چه زمانی از روز و با چه حد از فعالیت) ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری: ۱. شدت خستگی را با مقیاس صفر تا ده بررسی کنید (بدترین و بهترین و سطوح متوسط خستگی). تکرار خستگی را بررسی کنید (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (مانند درد)، توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی (حتی فعالیت با کمک وسایل کمکی)، تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق و خو، الگوی معمول فعالیت. ۲. کافی بودن تغذیه و الگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و در خواب ماندن). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد. چرت زدن های در روز را محدود کند، به خصوص در اواخر عصر یا غروب، از یک برنامه زمان بندی شده و منظم برای خواب و استراحت استفاده کند. رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند. ۳. اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هایپوتیروئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید. ۴. بیمار را تشویق کنید احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی. ۵. بیمار را تشویق کنید فعالیت های خود و علایم خستگی، نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت ها و نقش معمول بیمار را ثبت کند. ۶. به بیمار در تعیین اهداف ساده کوتاه مدت و برنامه ریزی برای فعالیت های روزمره (مانند قدم زدن در راهروی بیمارستان دو بار در روز) کمک کنید. ۷. به بیمار در تشخیص فعالیت های ضروری و غیر ضروری، و فعالیت هایی که دیگران می توانند برای او انجام	

دهند ، کمک کنید. او را راهنمایی کنید تا اگر لازم است فعالیتهای اجتماعی را محدود کند. ۸. به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت‌هایی که موجب خستگی وی نمی‌شود را به تنهایی انجام دهد. ۹. بیمار را به قدم زدن تشویق کنید. ۱۰. با تایید پزشک، بیمار را به يك فيزيوتراپ برای انجام ورزشهای هوازی (آیروبیك) کنترل شده ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا برایش فراهم نمایید. ۱۱. بیماران ممکن است از روش های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند بخصوص هنگامی که برای خستگی چندین دلیل وجود داشته باشد. ۱۲. در مورد بیماران قلبی، خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد مشکلی شایع است که در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید. ۱۳. بیمار را از نظر سایر علایمی که موجب افزایش خستگی می‌شود مثل درد یا افسردگی کنترل نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. روش حفظ انرژی را به بیمار آموزش دهید. ۲. به بیمار آموزش دهید مراقب علایم بدخلی، تهوع و اختلالات در خواب باشد. ۳. در صورت تحمل فعالیت فیزیکی بیشتری انجام دهد. ۴. سعی کنید نگرش مثبت‌تری نسبت به آینده در آنها ایجاد کنید. ۵. بین دوره‌های فعالیت، زمان هایی را جهت استراحت در نظر بگیرید. ۶. روش های حفظ انرژی مثل نشستن به جای ایستادن در هنگام دوش گرفتن را به بیمار آموزش دهید. ۷. به بیمار آموزش دهید که همواره همراه خویش يك تقويم جیبی داشته و لیست فعالیت مورد نیاز خود را در آن یادداشت نماید. ۸. شیوه‌های کاهش استراحت همچون کنترل تنفس (تنفس عمیق) و استفاده از موزيك را آموزش دهید. ۹. به بیمار در مورد داشتن يك زندگی سالم همراه با تغذیه کافی، مایعات، استراحت و تمرینات مناسب جهت کاهش خستگی آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): ۱. پذیرش تغییر یا فقدان، و توانایی تطابق با تغییر در سبک زندگی را بیان کرده یا نشان دهد. ۲. قسمت تغییر یافته یا از دست داده شده را نگاه یا لمس کند.	

۳. از قسمت تغییر یافته یا ناکارآمد، بدون وارد کردن آسیب مراقبت کند.	
۴. به فعالیتهای اجتماعی قبلی باز گردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با کمک مقیاس سنجش تصویر ذهنی از بدن، شرایط بیماری را که نگرانی‌هایی در باره تغییرات در تصویر ذهنی از بدن دارد، تعیین کنید.	
۲. بیمار را از نظر اختلال بدشکلی (dysmorphic disorder) بررسی کرده و در صورت لزوم ارجاعات لازم را انجام بدهید.	
۳. مکانیزم‌های تطابقی معمول بیمار در زمان مراجعه با استرس‌های شدید را مشاهده کرده و استفاده از آنها را در بحران فعلی تقویت کنید.	
۴. به بیمار فرصت دهید تا به درک ایده آلی از تصویر ذهنی از بدن خود دست یابد.	
۵. توجه داشته باشید که انکار، غم یا افسردگی، احساسات طبیعی فرد به هنگام تطابق با تغییرات در بدن و سبک زندگی هستند.	
۶. بیماران در معرض خطر اختلال در تصویر ذهنی را شناسایی کنید (مانند بیماران ماستکتومی).	
۷. از بیماران بخواهید تا احساسات خود را بیان کنند.	
۸. نقاط قوت و منابع در دسترس را برای بیمار توضیح دهید. در مورد تغییرات احتمالی در وزن و ریزش موها با بیمار صحبت کنید. یک کلاه گیس مناسب قبل از ریختن موها انتخاب کنید.	
۹. بیمار را به خرید لباس‌های جذاب و پوشاننده ناتوانی‌شان تشویق کنید.	
۱۰. به بیمار و اطرافیان اجازه دهید تا به تدریج با تغییر بدن مواجه شوند. این کار را با لمس ناحیه درگیر توسط بیمار شروع کنید. سپس به بیمار کمک کنید تا از یک آینه برای دیدن ناحیه استفاده کند. بیمار را تشویق کنید با پرستار یا خانواده در محوطه بیمارستان حرکت کرده و در باره احساسات مربوط به واکنش دیگران نسبت به تغییر بدن صحبت کند.	
۱۲. بیمار را به تصمیم‌گیری و مشارکت در برنامه مراقبتی ترغیب کنید.	
۱۳. بیمار را در پذیرش کمک از دیگران تشویق کنید.	
۱۴. به بیمار در توصیف ایده‌آل‌های فردی، توانمندی‌ها، هنر‌ها، و بطور کلی پذیرش خود کمک کنید.	
۱۵. بیمار را تشویق کنید که یک توصیف داستانی از تغییرات خود بنویسد.	
۱۶. از نگاه با اکره موقع مراقبت از بیمارانی که بدشکلی ناشی از جراحی یا آسیب دارند، خودداری کنید.	
۱۷. محیط خصوصی بیمار را فراهم کنید. مراقبت را با حداقل تماس‌های غیرضروری انجام دهید.	
۱۸. بیمار را تشویق کنید تا همان روش‌های مراقبتی را که قبل از تغییر در بدن انجام می‌داده، دنبال کند.	
مراقبت در منزل	
۱. مرحله اندوه و پذیرش تغییر بدن را قبل از بازگشت به منزل ارزیابی کنید.	
۲. میزان پذیرش خانواده از تغییرات بدنی بیمار را بررسی کنید.	

۳. پذیرش تغییرات بدنی را در تمامی تعاملات خود با بیمار و خانواده وی نشان دهید. ۴. به بیمار کمک کنید تا نقش جدید خود را در خانواده ببیند. ۵. جهت کمک به پذیرش تغییر توسط بیمار، وی را به کار درمان و مراکز مربوطه ارجاع دهید. ۶. همه جنبه‌های مراقبت را به بیمار آموزش دهید. بیمار و خانواده را در انجام مراقبت از خود تا حد امکان شرکت دهید. ۷. در صورتیکه بیمار هنوز در نگاه یا لمس قسمت تغییر یافته بدن مشکل دارد، این کار را به تدریج و مرحله به مرحله انجام دهید. ۸. به بیمار و خانواده، وضعیت پزشکی موجود، عوارض احتمالی و مواقع ملاقات با پزشک را آموزش دهید. ۹. در صورت لزوم بیمار را به فیزیوتراپ به منظور انجام ورزش‌های ROM، انعطاف پذیری و قدرت بیمار ارجاع دهید. از ایجاد کنتراکچر جلوگیری کنید. جهت انتقال و حرکت ایمن به وی کمک کنید یا از وسایل کمک حرکتی در محیط منزل استفاده کنید. ۱۰. وضعیت تغذیه و خواب بیمار را بررسی کرده و ارتقاء بخشید. ۱۱. به خانواده در کسب منابع مورد نیاز (هزینه لازم) کمک کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. نحوه مراقبت صحیح از محل جراحی (نظیر محل ماستکتومی، محل آمپوتاسیون و محل استومی) را آموزش دهید. ۲. بیمار را جهت کمک به تطابق با تغییر به مشاور ارجاع دهید. ۳. اطلاعات کتبی لازم را برای خانواده بیمار فراهم کنید. ۴. خانواده را به حمایت بیشتر از بیمار ترغیب کنید. ۵. حمایت اجتماعی را بدین ترتیب هدایت کنید: آموزش در باره مراقبت عملی (مثلاً بانداژ)، تقویت حمایت ظاهری (گوش دادن)، تقویت حمایت اعتماد به نفس (مقایسه مطلوب بین ظاهر بیمار و بیماران دیگر)، و تقویت احساس تعلق و وابستگی (کمک در اجتماعی کردن بیمار).	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - علایم اضطراب را تعیین و بیان کند. - روش های کنترل اضطراب را بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را ابراز کند.	

- علایم حیاتی طبیعی داشته و کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد. - ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیت که بیانگر کاهش نگرانی است را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارض ها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد.
توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
۱. میزان اضطراب بیمار و واکنش های جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی پنه، بیان غیر کلامی اضطراب). این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می-کنید؟» انجام دهید. ۲. در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علایم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید. ۳. بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت» «من می توانم این کار را در این زمان انجام دهم.» «من می توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید. ۴. تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید. ۵. همه فعالیتها و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیر پزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید. ۶. مهارتهای سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می برده است، را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید. ۷. جهت کاهش اضطراب بیمار، پشت بیمار را ماساژ دهید. ۸. از روش های لمس درمانی استفاده کنید. ۹. از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید. ۱۰. وسیله ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی یا نوار مورد علاقه اش تشویق کنید. ۱۱. مصرف الکل، آرامبخش ها و سیگار را توسط بیمار منع کنید . ۱۲. از مصرف هر گونه مواد محرک نظیر کافئین، نیکوتین، تنوفیلین، تربوتالین سولفات، آمفتامین ها و کوکائین آگاه بوده و مصرف آنها را محدود یا قطع کنید.
مراقبت در منزل
۱. به اضطراب بیمار بدون قضاوت شخصی در مورد منبع آن توجه کنید. ۲. به خانواده بیمار در حمایت کامل بیمار در مواقع مواجهه با علایم اضطراب کمک کنید. ۳. تأثیر اضطراب بر رژیم درمانی را بررسی کنید. ۴. بیمار را از نظر وجود افسردگی بررسی کنید. ۵. بیماران مبتلا به اختلال پانیک یا سایر مشکلات روانپزشکی مرتبط با اضطراب را جهت مصرف داروهای

ضداضطراب و ضدافسردگی، به متخصص مربوطه ارجاع دهید.	
۶. به بیمار و خانواده در مورد مصرف صحیح و مناسب رژیم درمانی کمک کنید. در مورد عوارض جانبی، اهمیت مصرف داروها طبق دستور و علائمی که بایستی سریعاً به پزشک یا پرستار گزارش شود، آموزش دهید.	
۷. بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم برنامه اورژانسی را اجرا کنید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید.	
۸. بیمار را به استفاده از منابع اجتماعی مناسب ترغیب کنید: خانواده، دوستان، همسایگان و گروههای حمایتی و سایر افرادی که وضعیت مشابه با بیمار دارند.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. علایم اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید.	
۲. به بیمار در تعریف میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب مداخلات مناسب کمک کنید.	
۳. به بیمار روش های خود کنترلی اضطراب را آموزش دهید.	
۴. به بیمار روش های آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید.	
۵. تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا برکرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد.	
۶. به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد هر برنامه یا فعالیت در ذهن خود تصویر سازی کند.	
۷. به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سؤال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازگاری ناموثر	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- توانایی سازگاری را بطور کلامی بیان کرده و موقع نیاز درخواست کمک کند. - توانایی حل مشکلات مربوط به نیازهای موجود را نشان دهد. - عاری از رفتارهای مخرب نسبت به خود و دیگران باقی بماند. - نیازها را مطرح کرده و جهت رفع آن نیازها، با دیگران گفتگو کند. - در مورد چگونگی این که عوامل استرس زای اخیر یا مداوم زندگی، راهکارهای سازگاری را از بین برده اند، صحبت کند.	

- استراتژی‌های سازگاری موثر جدید را نشان دهد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱. بیمار را از نظر علل سازگاری ناموثر نظیر درک ضعیف از خود، اندوه، فقدان مهارتهای حل مساله، فقدان حمایت یا تغییرات اخیر در وضعیت زندگی بررسی کنید. ۲. بیمار را از نظر نقاط قوت نظیر توانایی ارتباط حقایق و شناسایی منبع ایجاد استرس بررسی کنید. ۳. خطر آسیب زدن به خود و دیگران را بررسی کرده و بطور مناسب مداخله انجام دهید. ۴. به بیمار در تعیین اهداف ایده‌آل و مهارتها و دانش فردی کمک کنید. ۵. از روش همدلی در برقراری ارتباط با بیمار استفاده کرده و بیمار و خانواده را به بیان ترس‌ها، عواطف و تنظیم اهداف تشویق کنید. ۶. بیمار را به انتخاب و مشارکت در برنامه ریزی مراقبتی و فعالیتهای تعیین شده، ترغیب کنید. ۷. فعالیتهای جسمی و روانی بیمار را در حد توان وی فراهم کنید (نظیر مطالعه، دیدن تلویزیون، گوش دادن به رادیو، فیلم‌های سینمایی، ورزش و نرمش و بازی‌ها). ۸. اگر بیمار توانایی جسمی دارد، وی را به انجام ورزش‌های هوازی تشویق کنید. ۹. قبل از انجام هر مراقبت، اطلاعاتی را راجع به آن به بیمار بدهید. ۱۰. قبل از انجام هر گونه تغییری، با بیمار گفتگو کنید. ۱۱. در مورد توان و قدرت بیمار و خانواده در تغییر موقعیت یا نیاز به قبول موقعیت، صحبت کنید. ۱۲. جهت کمک به بیان احساسات بیمار نظیر ناراحتی، نگرانی و احساس گناه، بطور فعال به وی گوش داده دهید و احساسات او را درک کنید. ۱۳. بیمار را به بیان عوامل استرس زای قبلی و مکانیزم‌های سازگاری مورد استفاده، ترغیب کنید. ۱۴. از رفتارهای سازگاری بیمار حمایت کنید. به بیمار اجازه دهید در طول زمان آرامش یابد. ۱۵. به بیمار کمک کنید تا تعریف کند که علایم وی، چه معنایی ممکن است برای او داشته باشد. ۱۶. بیمار را به استفاده از روشهای آرام سازی رفتاری نظیر موزیک درمانی و تصویر سازی ذهنی تشویق کنید. ۱۷. از روش های انحراف فکر در زمان انجام پروسیجرهای دردناک برای بیمار، استفاده کنید. ۱۸. در صورت نیاز، وی را جهت مشاوره ارجاع دهید.	مراقبت در منزل:
۱. خانواده را از نظر الگوهای رفتاری سازگاری بررسی کنید. در صورت امکان تاریخچه ای از خانواده و بیمار تهیه کنید. ۲. بیمار را از نظر میل به آسیب به خود و دیگران، و خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم وی را به طور اورژانسی به مرکز سلامت روان ارجاع دهید. ۳. بیمار را به استفاده از توانمندی مدیریت مراقبت از خود جهت افزایش تجربه کنترل فردی، تشویق کنید.	

همه حمایت های موجود در احساس تعلق و وابستگی به دیگران را برای بیمار تعیین کنید. ۴. بیمار را به مراکز/واحدهای خدمات اجتماعی جهت ارزیابی و مشاوره ارجاع دهید. ۵. بیمار و خانواده را به گروههای حمایتی موجود ارجاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. مهارت حل مساله را به بیمار آموزش دهید. از بیمار بخواهید مشکل و علل را تعریف کرده و فواید و مضرات راهحل ها را لیست کند. ۲. برای بیمار وخیم و خانواده او، اطلاعات ضروری پیرامون وضعیت و درمان را ارائه دهید. ۳. روش های آرام سازی را آموزش دهید. ۴. از ابزارهای آموزش مناسب برای رفع نیازهای فردی وی استفاده کنید. ۵. به بیمار در مورد منابع در دسترس جامعه آموزش دهید (نظیر درمانگرها، مشاوران، گروههای حمایتی مردمی).	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز صدمه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد (در چارچوب زمانی مشخص): - از صدمه دور باشد. - روشهای جلوگیری از صدمه را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از آسیبهای پاتروژنیک ناشی از بستری شدن در بیمارستان، با توجه به راهنمای مراقبتی زیر جلوگیری نمایند. ۲. از حداقل دو روش برای شناسایی بیمار قبل از انجام مداخله دارویی و یا تزریق محصولات خونی استفاده نمایند، مانند نام بیمار، شماره ثبت پزشکی و یا تاریخ تولد. ۳. قبل از انجام هر گونه مداخله تهاجمی و یا جراحی دقیقاً اطلاعات مربوط به بیمار را کنترل کنید و روش و محل صحیح برای انجام مداخلات را با استفاده از روشهای ارتباطی فعال و غیر فعال مشخص نمایند. ۴. وقتی دستورات را بصورت شفاهی و یا تلفنی دریافت می کنید باید به صورت کتبی بنویسید و دوباره دستورات را بخوانید. ۵- از مخفف ها بصورت استاندارد استفاده کنید و مخفف هایی که در آنها احتمال اشتباه هست را حذف نمایند. ۶- از سیستمهای هشدار دهنده در بخشهای بالینی استفاده نمایند. ۷- از بروز عفونت در بیمار جلوگیری نمایند.	

۸- بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت کنترل کنید و اقداماتی برای جلوگیری از خطر افتادن انجام دهید.
۹- بیمار را نسبت به محیط خود آشنا نمایید.
۱۰- زنگ را در اختیار بیمار قرار داده و کار با آن را یاد دهید و سریعاً به زنگ بیمار توجه نمایید.
۱۱- از استفاده از محدود کننده های بیمار در تخت تا حد ممکن اجتناب نمایید.
۱۲- در محلی که از محدود کننده برای بیمار استفاده می کنید به موارد زیر توجه نمایید:
- به پرستاران تذکر دهید مرتباً بیمار را کنترل نمایند.
- برای مراقبت از بیماران دچار نواقص عملکردی و یا شناختی، بخشهای خاص پرستاری فراهم نمایند.
- سیستمهای هشدار در زانو، مچ پا و مچ دست قرار دهید.
- زنگهای هشدار دهنده در تخت و یا صندلی چرخ دار قرار دهید.
- درهای بخش را قفل کنید و تختهای بیماران کوتاه یا خیلی کوتاه باشد.
- دفعات مشاهده از بیمار را افزایش دهید.
- بالش ها را طوری قرار دهید که از بیمار در تخت محافظت نماید.
۱۳- برای بیمارانی که بی قرار (آزیته) هستند موزیک با توجه به علاقه فردی بیمار در نظر بگیرید.
۱۴- داروهایی که دارای عوارض جانبی بوده و خطر صدمه به بیمار را افزایش می دهند، بررسی کنید.
۱۵- نرده کنار تخت را یک چهارم تا یک دوم بالا ببرید و تخت بیمار را در سطح پائین قرار دهید و مطمئن باشید که چرخ های تخت قفل است. چراغ خواب بیمار در شب روشن باشد.
۱۶- اگر بیمار بطور ناگهانی دچار گیجی شد از نظر علت آن بررسی کنید و درمان لازم را انجام دهید. همچنین از اطرافیان بیمار بخواهید تا وسائلی که برای بیمار آشنا هستند مانند ساعت دیواری و یا مچی را از منزل بیاورند
۱۷- از خانواده بیمار بخواهید در کنار بیمار بمانند تا از حوادثی چون افتادن از تخت و یا کشیدن کاتتر ها و لوله های متصل جلوگیری شود.
۱۸- تمام وسائلی که ممکن است به بیماران صدمه برساند را از آنان دور نمایید.
۱۹- بیمار را در اتاقی نزدیک ایستگاه پرستاری قرار دهید.
۲۰- به بیمار کمک کنید تا در روی صندلی ثابت که دارای دسته است بنشیند و از استفاده از صندلی چرخدار مگر در مواردی که برای جابجایی لازم است، اجتناب شود.
۲۱- بیمار را به فیزیوتراپی جهت انجام ورزشهای قدرتی و آموزش راه رفتن جهت افزایش تحرک ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در مراقبت از خود/ حمام کردن و رعایت بهداشت فردی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
از بیمار انتظار می رود در چارچوب زمانی مشخص:	

- بوی بدن وجود نداشته و پوست سالم باشد. - حمام به كمك يك مراقبت دهنده هنگام نیاز و بدون نشان دادن رفتارهای تهاجمی صورت گیرد. - بیمار در توانایی استفاده از وسایل مناسب برای حمام کردن اظهار خشنودی و رضایت می کند. - از روشهای ایمن، با حداقل دشواری جهت حمام کردن استفاده می کند.
توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
۱. مددجو را در شرایط حمام کردن معمول قرار دهید و تواناییهای مددجو را جهت حمام کردن خود از طریق مشاهده مستقیم و استفاده از تستهای عملکرد فیزیکی برای سنجش ADL (فعالیت روزانه زندگی) شناسایی کنید. ۲. از مددجو در باره ی عادات حمام کردن، اولویت ها و فرهنگ حمام کردن سؤال کنید. ۳. بررسی و شناخت موقعیت حمام (برای مثال، حوله حمام، لگن یا وان حمام و دوش) برای پی بردن به سلیقه مددجو، و حفظ ارزش و اعتبار مددجو. سعی کنید تجربه ی آرام بخشی از حمام کردن ایجاد کنید و خشونت و پرخاشگری مددجو را کاهش دهید. ۴. فعالیتهایی را برنامه ریزی کنید که از خستگی مددجو در طول مدت حمام کردن جلوگیری کند، مانند نشستن مددجو با حمایت پاها. ۵. مطمئن شوید در تمام مراحل که به بیمار كمك می کنید حرمت و اعتبار او حفظ می شود. به مددجو احترام بگذارید و تشخیص دهید که چه طور باید این کار را انجام دهید تا صرف نظر از وابستگی ها و ناتوانی مددجو مطمئن شوید حرمت و شرافت وی حفظ می شود. ۶. حفظ خلوت و حریم بیمار با تعیین تنها يك مراقبت دهنده برای كمك در حمام کردن؛ و حفظ و ایجاد محیطی خلوت و بدون رفت و آمد دیگران حین حمام. ۷. مددجو را پوشانده و گرم نگه دارید. ۸. در طول حمام کردن ارتباط را افزایش دهید. اجازه دهید مددجو به عنوان يك فرد فعال و توانا در حمام کردن دخالت کند و شريك باشد. لبخند زدن و تعریف و تحسین به هنگام اجرا از روشهای ایجاد راحتی است. ۹. در طول مدت حمام کردن شرایط و وضعیت پوست را بررسی کنید. ۱۰. استفاده یا تشویق مراقبت دهنده در انجام يك کار غیر عجله ای و يك مراقبت پر لمس و تماس. ۱۱. اگر مددجو به تنهایی حمام می کند، وسیله ای را برای صدا کردن شما هنگام كمك در اختیارش قرار دهید. ۱۲. حمام کردن مددجویان مسن قبل از خواب باعث بهتر شدن خواب آنها می شود. ۱۳. حمام کردن را به يك یا دو بار در هفته محدود کنید. برای بقیه زمانها يك حمام قسمتی انجام دهید. حمام کردن متعدد باعث خشکی پوست می شود. ۱۴. زمان کافی برای حمام کردن در اختیار مددجو و مراقبت دهنده بگذارید. ۱۵. از يك پاك کننده ی نه چندان قوی برای حمام در بستر به جای آب و صابون استفاده کنید.

۱۶. از صابون زدن یا استفاده تنها از صابون ملایم در ناحیه تناسلی و زیر بغل اجتناب کنید، با آب به خوبی شستشو دهید. ۱۷. از آب ولرم استفاده کنید. ۱۸. قبل از این که از آب استفاده کنید دمای آن را با دماسنج اندازه بگیرید. ۱۹. افزودن روغن های مرطوب کننده به وان حمام ۱۵ دقیقه بعد از این که مددجو در آب فرو رفت.
--

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
در چارچوب زمانی مشخص:	
- مدفوع قوام کافی داشته باشد.	
- حداکثر دفع مدفوع روزانه یکبار تا هر سه روز یکبار باشد.	
- عدم وجود درد و حساسیت در ناحیه مقعد.	
- عدم وجود کرامپ شکمی و عدم وجود اسهال.	
- توضیح علل اسهال و دلیل درمان توسط خود بیمار.	
- حفظ تورگور پوستی و وزن در حد معمول.	
- دفع طبیعی مدفوع.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. الگوی دفع بیمار را ارزیابی کنید: زمان دفع، محرک معمول دفع، تداوم دفع، ثبات، مقدار و تعداد دفعات دفع، نوع و مقدار و زمان غذای مصرف شده، دریافت مایعات، عادات دفعی، رژیم غذایی، الگوی تحرک و فعالیت، سابقه جراحی و درمان های طبی.	
۲. شناسایی علت اسهال بر اساس شرح حال گرفته شده (رادیوتراپی، سوء تغذیه، مصرف بی رویه ملین، استرس، عوارض دارویی، عفونت).	
۳. اگر بیمار اسهال آبکی و تب با شدت کم و کرامپ شکمی و سابقه درمان با آنتی بیوتیک را دارد احتمال عفونت با کلوستریدیوم دیفیسیل را بررسی کنید.	
۴. اگر اسهال بیمار در ارتباط با مصرف آنتی بیوتیک است با پزشک در رابطه با جلوگیری از اسهال مشورت کنید.	
۵. به هنگام مراقبت از مددجوی مبتلا به اسهال احتیاط های ایمنی و عفونی لازم را به دقت رعایت کنید و استفاده از دستکش و شستشوی مرتب دست را فراموش نکنید.	
۶. در صورت نیاز از مدفوع نمونه آزمایشگاهی تهیه و ارسال کنید.	

۷. تعداد و قوام مدفوع را بصورت روزانه مشاهده و ثبت کنید. ۸. وجود و چگونگی صداهای روده ای را روزانه سمع و ثبت کنید و شکم را بررسی و لمس نمایید. ۹. اگر بیمار در خطر دهیدراتاسیون است، تورگور پوست بیمار را بررسی کنید، شیارهای زبانی بیمار را مشاهده کنید و مراقب علائمی چون: تشنگی، تب، سرگیجه، حواس پرتی، تپش قلب، درد شکمی، مدفوع خونی، کاهش فشار خون و علائم شوک باشید. ۱۰. علائم کمبود سدیم و پتاسیم (ضعف، انقباضات شکمی و پاها و دیس ریتمی قلبی) را ارزیابی و گزارش کنید. نتایج مطالعات آزمایشگاهی الکترولیت ها را مشاهده و ثبت کنید. ۱۱. از جذب و دفع بیمار کاملاً آگاه باشید و ادرار کم (اولیگوری) و غلیظ (وزن مخصوص بالای ادرار) و ادرار تیره را ثبت و گزارش کنید. ۱۲. بیمار را روزانه وزن کنید و کاهش وزن را ثبت و گزارش کنید. ۱۳. مایعات رقیق و زلال را در صورت عدم وجود منع مصرف، تا حد تحمل به وی بخورانید. دمای آن ولرم باشد بهتر است و میزان آنرا در جذب و دفع بیمار محاسبه کنید. ۱۴. اگر اسهال عفونی نیست و بعلت سرطان و درمانهای مربوط به آن است از داروهای بند آورنده اسهال طبق دستور استفاده کنید. اسهال در این افراد سبب کاهش سطح پروتئین، الکترولیت ها و آب می شود که این امر می تواند منجر به بدتر شدن شرایط و دهیدراتاسیون کشنده شود. ۱۵. اسهال ناشی از بی اختیاری مدفوعی، اغلب با رژیم های پرفیبر بهتر جواب می دهد، با پزشک مشورت کنید. ۱۶. در صورتی که اسهال طول کشید و شواهدی دال بر سوء تغذیه در بیمار مشاهده شد حتماً مورد را گزارش نموده و با متخصص تغذیه یا پزشک پیرامون تغذیه های کمکی و وریدی مشورت کنید. ۱۷. مددجو را به خوردن غذاهای کم حجم و در دفعات زیاد و غذاهایی که آسان هضم می شود (موز، کلوچه، بیسکویت نمکی، برنج، سیب زمینی، سوپ) تشویق کنید. بهتر است از مصرف شیر و غذاهای پرفیبر و کافئین دار (چای، قهوه و شکلات) اجتناب شود. ۱۸. دسترسی بیمار را به دستشویی یا بدین تسهیل کنید.	آموزش به بیمار Patient Education - در صورت وجود اسهال شدید و بی اختیاری، حفظ بهداشت ناحیه پرینه را به بیمار آموزش داده و ناحیه پرینه را مورد بررسی و معاینه قرار دهید.
---	---

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هیپو تیروئیدیسم

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
	- دفع مدفوع نرم و شکل دار را هر ۱ تا ۳ روز بدون فشار اضافی داشته باشد. - برطرف شدن یبوست را گزارش کند. - اقدامات پیشگیری کننده یا درمان کننده یبوست را تعیین کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. الگوی معمول دفع مدفوع بیمار شامل زمان، مقدار و تعداد دفعات دفع مدفوع، قوام مدفوع، تاریخچه عادات روده‌ای و مصرف مسهل‌ها، رژیم غذایی بخصوص مصرف مایعات، الگوهای فعالیت و ورزش، روشهای درمانی شخصی برای رفع یبوست، سابقه زایمان و مشکلات زنانگی، جراحی‌ها و تغییر در حس ناحیه مقعد را بررسی کنید.	
۲. از بیمار بخواهید عادات روده‌ای معمول خود را در دفترچه‌ای یادداشت کند، شامل: زمان دفع، محرک معمول، قوام، مقدار و تعداد دفعات دفع مدفوع.	
۳. داروهای فعلی بیمار را از نظر عارضه یبوست مزمن مرور کنید.	
۴. اگر بیمار داروهای مخدر را دریافت می‌کند، از پزشک بخواهید تا یک داروی نرم کننده مدفوع و رژیم مناسب را برای بیمار قبل از شروع یبوست تجویز کند.	
۵. شکم را از نظر نفخ شکم، لمس و از نظر وجود صداهای روده‌ای سمع کنید.	
۶. بیمار را از نظر خشکی مدفوع چک کنید. در صورت وجود این مشکل، برداشت انگشتی مدفوع را طبق دستور پزشک انجام دهید.	
۷. اگر بیمار اظهار ناراحتی یا درد ناشی از یبوست می‌کند یا یبوست حاد یا مزمن داشته که با افزایش فیبر،	

مایعات، فعالیت و رعایت خلوت حین دفع بهبود نمی‌یابد، با پزشک جهت ارزیابی عملکرد روده مشورت کنید. ۸. خلوت بیمار را حین دفع فراهم کنید. به بیمار کمک کنید تا به دستشویی برود و حتی الامکان در را ببندید (بالاخص ۵ تا ۱۰ دقیقه بعد از صرف وعده‌های غذایی به ویژه صبحانه). ۹. به بیمار آموزش دهید که وی در طول روز نیاز به مصرف ۵ تا ۹ وعده میوه و سبزیجات و حداقل ۳ وعده غذاهای حاوی غلات کامل دارد. ۱۰. بیمار را تشویق به مصرف غذاهای پرفیبر کنید. غذاهای پرفیبر عبارتند از: میوه‌جات تازه، حبوبات، سبزیجات و سبوس غلات. مصرف فیبر غذایی را بتدریج و همراه با مصرف مایعات افزایش دهید. ۱۱. ترکیبی از یک فنجان سبوس غلات، یک فنجان سس سیب و یک فنجان آب آلو استفاده کنید. در ابتدا از مقادیر کم شروع کرده و بتدریج به مقدار آن اضافه کنید. مهم است که این ترکیب همراه با مصرف مایعات کافی باشد. ۱۲. اگر بیمار ترجیح می‌دهد که از طریق قرص، فیبر دریافت کند، مصرف قرص‌های حاوی متیل سلولز را توصیه کنید. ۱۳. بیمار را به مصرف ۱/۵ تا ۲ لیتر مایعات (۶ تا ۸ لیوان) در روز تشویق کنید. اگر مصرف مایعات خوراکی کم است، بتدریج آنرا افزایش دهید مگر در بیماران قلبی و کلیوی که محدودیت مصرف مایعات دارند. ۱۴. بیمار را تشویق کنید که حتی الامکان از تخت خارج شده و فعالیت‌های روزمره زندگی را خودش انجام دهد. وی را به انجام ورزش‌هایی نظیر چرخش و تغییر پوزیشن در تخت، انجام ورزش‌های در دامنه حرکتی، بالا آوردن هر زانو تا قفسه سینه بطور متناوب و کشیدن شکم حین تنفس عمیق تشویق کنید. ۱۵. یک برنامه زمانی برای دفع بیمار ترتیب دهید. نوشیدن قهوه داغ، آب لیموی گرم یا آب آلو قبل از صبحانه را پیشنهاد کنید. بهترین زمان برای دفع در اکثر افراد، ۳۰ دقیقه بعد از صرف صبحانه است. ۱۶. بیمار بایستی تنفس عمیق از راه دهان انجام دهد تا باعث شل شدن عضلات کف لگن شده و از عضلات شکمی برای دفع مدفوع استفاده کند. ۱۷. در صورتیکه سایر مداخلات طبیعی، موثر واقع نگردید، از مسهل‌ها، شیاف‌ها و انما طبق دستور پزشک استفاده کنید. مراقبت در منزل: ۱. روش‌های درمان یبوست را به وی پیشنهاد داده و به بیمار اجازه دهید تا روش ترجیحی خود را انتخاب کند. ۲. دستورات لازم را در مورد نحوه استفاده از شیاف یا انما به بیمار بدهید. ۳. در بیماران مسن، بطور روتین مصرف مایعات، میوه جات و سبزیجات را بعنوان بخشی از رژیم غذایی و نیز تحرک در حد امکان را توصیه کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد عملکرد طبیعی روده و نیاز به مصرف کافی مایعات و فیبر، داشتن فعالیت و الگوی منظم دفع آموزش دهید. ۲. بیمار را نسبت به توجه به علایم آگاه کننده دفع تشویق کرده و با کمک محرکی نظیر نوشیدن مایعات گرم یا	

آب آلو، برنامه دفعی منظمی را ترتیب دهید.
۳. بیمار را تشویق کنید که از مصرف طولانی مدت مسهل‌ها و انما خودداری کرده و در صورتی که بیمار به طور منظم از این روش‌ها استفاده می‌کند، به تدریج مصرف آنها را قطع کند.
۴. در صورت عدم منع مصرف، بیمار را تشویق کنید که در طول روز، مکرراً عضلات شکمی خود را منقبض و به او کمک کنید تا یک برنامه ورزشی روزانه برای افزایش حرکات دودی روده ترتیب دهد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در الگوی خواب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- در طول شب، دفعات کمتری از خواب بیدار شود.	
- پس از بیدار شدن در طول روز سر حال بوده و احساس خستگی نکند.	
- بدون هیچ مشکلی بخواب برود.	
- برنامه‌ای منظم برای رعایت عوامل بهبود دهنده خواب بیان کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تاریخچه ای از خواب بیمار شامل زمان خواب، سابقه مشکلات خواب، تغییرات خواب همراه با بیماری فعلی و استفاده از داروها و مواد محرک تهیه کنید.	
۲. از بیمار بخواهید برنامه خواب خود را برای چند هفته بنویسد. این برنامه شامل زمان خوابیدن، زمان از خواب بیدار شدن، تعداد دفعات بیدار شدن از خواب و چرت زدن می‌باشد.	
۳. سطح اضطراب بیمار را بررسی کنید. اگر بیمار مضطرب بود، از روش های آرام سازی استفاده کنید (مراجعه به مداخلات پرستاری مربوط به اضطراب).	
۴. علایم شروع افسردگی را بررسی کنید: خلق پائین، بیان ناامیدی و کم اشتها. در صورت نیاز بیمار را جهت مشاوره ارجاع دهید.	
۵. داروها، رژیم غذایی و مصرف کافئین را بررسی کنید. منابع مخفی کافئین نظیر داروهای بدون نسخه را چک کنید.	
۶. اقداماتی را قبل از خواب به منظور کمک به بهبود خواب انجام دهید (نظیر در نظر گرفتن زمانی برای آرامش ذهن).	
۷. قبل از خواب، پشت بیمار را ماساژ دهید.	
۸. محیط را برای خوابیدن بیمار آرام کنید (از تلفن و موبایل استفاده نکنید، صدای تلویزیون و رادیو را کمتر کنید، پیجرها را در حالت «بدون صدا» قرار دهید، زنگ پمپ‌های انفوزیون را قطع کرده و به آرامی صحبت کنید).	
۹. بیمار را به گوش دادن صداهای آرام بخش نظیر صدای اقیانوس، ریزش باران و صدای آب قبل از خواب	

تشویق کنید. استفاده از گوش گیر (earplugs) نیز توصیه می‌شود. ۱۰. در بیماران بستری در بخش، برنامه خواب زیر را دنبال کنید: - شیفت شب: به بیمار فرصت دهید تا از ساعت ۱ تا ۵ صبح خواب بدون وقفه داشته باشد. صداهای محیط را به حداقل برسانید. - شیفت عصر: چرت زدن بین ساعات ۴ عصر تا ۹ شب را محدود کنید. در ساعت ۱۰ شب، لامپ‌ها را خاموش کرده، داروهای خواب آور را طبق دستور بکار برده و ایجاد صدا و حضور در اتاق بیمار را به حداقل برسانید. - شیفت صبح: بیمار را به چرت کوتاه قبل از ساعت ۱۱ صبح تشویق کنید. بیمار را ترغیب به داشتن فعالیت بدنی مناسب کنید. برنامه زمان بندی داروهای بیمار را طوری تنظیم کرده که از بیدار کردن بیمار طی ساعات ۱ تا ۵ صبح خودداری شود. مراقبت در منزل: ۱. به بیمار و خانواده در مورد انتظار ایشان از یک خواب طبیعی آموزش دهید. ۲. محیط را از نظر خطرات احتمالی در نیمه شب بررسی کنید. در مسیر بین اتاق خواب و دستشویی نور کافی بوده و وسیله‌ای مانع سر راه نباشد. ۳. برای بی‌خوابی، مداخلات غیردارویی را در ابتدا بکار برید: کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب در طول روز، روش‌های آرام سازی، افزایش تماس با نور آفتاب و مداخلات آموزشی در مورد حل نگرش‌های غلط در مورد خواب. ۴. از خانواده بیمار دچار اختلال مزمن خواب حمایت به عمل آورید. ۵. در صورت وجود اختلالات مربوط به روان، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.	آموزش به بیمار ۱. بیمار را به حذف مصرف قهوه و سایر مواد و مایعات کافئین‌دار، و نیز عدم داشتن وعده‌های غذایی پرپروتئین و پرچربی نزدیک به زمان خواب، تشویق کنید. ۲. از بیمار بخواهید برای بهبود خواب خود از الکل یا داروهای خواب آور استفاده نکند. همچنین از مصرف الکل ۴-۶ ساعت قبل از زمان خواب خودداری کند. ۳. از بیمار بخواهید اطلاعاتی را در مورد وضعیت خواب خود برای چند هفته یادداشت کند. ۴. روش‌های آرام بخش جسمی و روحی را جهت بهبود خواب بیمار آموزش دهید. ۵. به بیمار آموزش دهید که احتیاج به فعالیت و تمرینات بدنی بیشتری دارد. بیمار را به پیاده‌روی روزانه ۵ تا ۶ ساعت قبل از به بستر رفتن تشویق کنید. ۶. بیمار را تشویق به فعالیت‌های آرام بخشی نظیر مطالعه، دیدن تلویزیون یا انجام یک کار هنری کنید. ۷. راهکارهای زیر را جهت بهبود عادات خواب بیمار آموزش دهید: - وقتی نیمه شب از خواب بیدار شدید، به اتاق دیگر رفته، فعالیت‌های آرام بخشی را انجام داده و فقط وقتی خواب آلود شدید، جهت خوابیدن به اتاق خواب برگردید.
---	--

- از تخت یا رختخواب خود فقط برای خوابیدن استفاده کنید، نه برای مطالعه یا چرت زدن جلوی تلویزیون.
- از چرت زدن هنگام ظهر یا عصر خودداری کنید و هر روز صبح در زمان مشخصی از خواب بیدار شوید.
- به خاطر داشته باشید که هر کسی نیاز به ۸ ساعت خواب ندارد.
- ساعت زنگ دار خود را در جایی دور از رختخواب بطوری که دیده نشود، قرار دهید.
- هیچگاه مشکلات عملکردی خود را به بی‌خوابی نسبت نداده و بی‌خوابی را عامل اشتباهات خود ندانید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تحرک و فعالیت جسمی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- فعالیت جسمی خود را افزایش دهد.	
- احساس افزایش قدرت و توانایی حرکت را بطور کلامی بیان کند.	
- از وسایل کمکی نظیر واکر و صندلی چرخدار (ویلچر) برای افزایش فعالیت خود استفاده کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:	
- عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (نظیر کاهش تحمل فعالیت، درد، تهوع، ترس از افتادن و ...)	
ب) اقدامات پرستاری	
۱. نوع و دامنه مهارتهای حرکتی بیمار را بر اساس شرایط بیمار به شرح زیر انتخاب کنید:	
حرکت در تخت؛ نشستن با کمک و بدون کمک دیگران؛ حرکات متناوب نظیر نشستن و ایستادن، نشستن و جا به جا شدن، و ایستادن و راه رفتن	
۲. بیمار را از نظر علت ایجاد اختلال در حرکت ارزیابی کرده و بررسی کنید که آیا علت جسمی است یا روحی	
۳. پیش از شروع فعالیت، به بیمار استراحت کافی بدهید.	
۴. اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت انجام دهید.	
۵. اقداماتی جهت بهبود وضعیت تنفس و اکسیژناسیون بیمار انجام دهید.	
۶. توانایی بیمار برای تحمل فعالیت و استفاده موثر از اندام ها برای فعالیت را کنترل و ثبت کنید. در عین حال قبل و بعد از فعالیت به تعداد نبض، میزان فشار خون، تنگی نفس و رنگ پوست بیمار توجه کنید (به برنامه مراقبتی برای عدم تحمل فعالیت مراجعه کنید).	
۷. قبل از انجام فعالیت، بیمار را از نظر درد بررسی کرده و حتی الامکان درد وی را تسکین دهید.	
۸. هر وسیله کمکی مورد نیاز برای فعالیت نظیر واکر، عصا یا ویلچر را قبل از شروع فعالیت مهیا سازید.	
۹. اگر بیمار بی‌حرکت است، ورزش‌های ROM غیرفعال را حداقل دو بار در روز و هر تمرین را سه بار در	

روز انجام دهید (مگر در موارد منع کاربرد).

۱۰. اگر بیمار بی‌حرکت است، با پزشک در مورد امکان شروع برنامه ورزشی برای بیمار مشورت کنید. اگر برنامه تأیید شد، با ورزش‌هایی نظیر ورزش‌های فعال ROM با استفاده از دستها و پاها، نظیر خم و راست کردن قوزک پا زانو‌ها و ران‌ها شروع کنید.

۱۱. به بیمار کمک کنید تا تحرک خود را هر چه سریعتر از سر گرفته و شروع به راه رفتن کند مگر اینکه محدودیت فعالیت داشته باشد.

۱۲. استقلال در انجام فعالیتهای روزمره زندگی را افزایش داده و همزمان با بهبود قوای جسمی بیمار، وی را به انجام فعالیت‌ها توسط خود ترغیب کنید.

۱۳. اگر بیمار نمی‌تواند به تنهایی غذا بخورد یا موهای خود را شانه بزند، کنار بیمار نشسته، دست خود را روی دست بیمار گذاشته و آرنج وی را با دست دیگر نگهدارید و به بیمار در خوردن غذا و یا شانه زدن موها کمک کنید.

۱۴. در صورتی که قدرت تحرک بیمار افزایش پیدا نکرد، با پزشک مشورت کنید.

ج) مراقبت در منزل

۱. اقدامات فوق‌الذکر را می‌توان برای مراقبت در منزل نیز بکار برد.

۲. از همراهان بیمار جهت شروع و تداوم تحرک وی کمک بگیرید.

۳. از بیمار و خانواده در زمینه عوامل ایجادکننده موانع تحرک جسمی در منزل سؤال کنید و آموزش‌های لازم را ارائه دهید.

۴. در صورت لزوم با فیزیوتراپ یا کار درمان در برنامه تحرک بیمار هماهنگی کنید.

۵. وضعیت پوست بیمار را بطور مکرر بررسی کنید. جهت جلوگیری از آسیب پوستی، مکرراً بیمار را تغییر وضعیت دهید.

۶. در صورتی که بیمار می‌تواند بطور مستقل راه برود و نیاز به یک برنامه ورزشی دارد، پیشنهاد کنید همراه با یکی از دوستان/خانواده خود برنامه ورزشی را دنبال کند.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بیمار آموزش دهید که موقع انتقال از تخت به صندلی، به آرامی از تخت پائین بیاید.	
۲. به بیمار آموزش دهید که از روش‌های آرام‌سازی در طی فعالیت استفاده کند.	
۳. ضرورت و نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر و صندلی چرخدار برای افزایش تحرک را به بیمار آموزش دهید.	
۴. به اعضای خانواده و مراقبین بیمار آموزش دهید که در طی انجام فعالیتهای خود مراقبتی نظیر غذا خوردن، حمام کردن، آرایش کردن، پوشیدن لباس و جابه‌جا شدن به بیمار کمک کنند تا فعالانه در مراقبت از خود همکاری کنند...	
۵. روش اندازه‌گیری میزان پیشرفت بیمار در تحرک، و ارزیابی و ثبت نتایج دستیابی یا عدم دستیابی به اهداف	

را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	
	- تمامیت سطح پوست خود را دوباره بدست آورد. - هر گونه اختلال در حس یا درد را در محل اختلال پوستی گزارش دهد. - درک خود از برنامه درمان و بهبود پوست و پیشگیری از آسیب را نشان دهد. - اقداماتی را برای حفاظت و بهبود پوست و مراقبت از هر ضایعه پوستی توضیح دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشکل پوستی بیمار را بررسی کرده و علت آن (نظیر زخم حاد یا مزمن، سوختگی، ضایعه پوستی، زخم فشاری، یا پارگی پوست) را تعیین کنید. ۲. تعیین کنید که آیا مشکل پوستی فقط پوست را درگیر کرده است (نظیر زخم با عمق نسبی، زخم فشاری مرحله I یا II). از سیستم طبقه بندی نیز برای زخم های فشاری استفاده کنید. - مرحله I: تغییر پوستی ناشی از فشار با قابل مشاهده با مشخصه هایی در مقایسه با ناحیه مقابل بدن که ممکن است تغییر در یک یا چند مورد از موارد ذیل را شامل شود: - درجه حرارت پوست (گرمی یا سردی)، قوام بافت (احساس سفتی) و حس پوست (درد یا خارش). زخم در نواحی با پیگمانتاسیون کم، به صورت ناحیه با قرمزی دایمی به نظر می آید در حالیکه در نواحی تیره تر پوست، زخم ممکن است به رنگهای قرمز، آبی یا ارغوانی دیده شود. - مرحله II: از آسیب پوستی با ضخامت نسبی شامل زخم سطحی اپیدرم و درم که به صورت خراش، تاول یا چاله کم عمق دیده می شود. نکته: برای زخم های عمیق تر در بافت زیر جلدی، عضله یا استخوان (زخم های فشاری مرحله III یا IV)، به مداخلات پرستاری مربوط به «زخم فشاری» مراجعه کنید. ۳. محل اختلال پوستی را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، گرمی، درد یا علائم دیگر عفونت کنترل کنید. تعیین کنید که آیا بیمار تغییر در حس یا درد را تجربه می کند. توجه زیادی به نواحی پرخطر نظیر برجستگی های استخوانی، چین های پوستی، ساکروم و پاشنه های پا داشته باشید.	

۴. روش های مراقبت از پوست بیمار را کنترل کنید. به نوع صابون و مواد تمیز کننده دیگر، درجه حرارت آب و دفعات تمیز کردن پوست توجه کنید. ۵. یک برنامه منحصر به فرد با توجه به وضعیت پوست بیمار، نیازها و اولویت ها ترتیب دهید. ۶. وضعیت دفع ادرار بیمار را کنترل کرده و تماس پوست و نواحی دیگر با رطوبت ناشی از بی اختیاری، تعریق یا ترشحات زخم را به حداقل رسانید. ۷. اگر بیمار بی اختیاری دارد، یک برنامه کنترل بی اختیاری جهت جلوگیری از تماس بدن با مواد شیمیایی ادرار و مدفوع که می تواند به پوست آسیب برساند، اجرا کنید. بیمار را جهت بررسی بی اختیاری به متخصص کلیه و مجاری ادرار یا متخصص گوارش ارجاع دهید. ۸. وضعیت بیمار را به گونه ای در تخت قرار دهید که فشار یا آسیبی به محل اختلال پوستی بیمار وارد نشود. در راستای دستیابی به اهداف درمانی، بیمار را هر ۲ ساعت چرخانیده، و تغییر وضعیت دهید. ۹. بیمار را جهت استفاده از تشک ها، تخت ها یا وسایل، بطور مناسب ارزیابی کنید. به منظور کاهش اصطکاک، سر تخت را در پایین ترین درجه ممکن قرار داده و از بالش ها جهت کاهش فشار استفاده کنید. ۱۰. برنامه درمانی مکتوب برای درمان موضعی پوست را اجرا کنید. ۱۱. از ماساژ اطراف محل اختلال پوستی و برجستگی های استخوانی خودداری کنید. ۱۲. وضعیت تغذیه ای بیمار را بررسی کنید. در صورت لزوم وی را به یک مشاور تغذیه ارجاع داده و مکمل های غذایی را به وی پیشنهاد دهید. ۱۳. مرحله بهبودی زخم بیمار (التهاب، پرولیفراسیون، بهبودی کامل) و مرحله آسیب را تعیین کنید. مراقبت در منزل: ۱. نحوه تعویض پانسمان و اهمیت حفظ محیط تمیز برای زخم را به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۲. در مورد تغذیه مناسب، علایم و نشانه های عفونت و زمان تماس با پزشک یا پرستار، به بیمار و خانواده آموزش دهید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱. معاینه پوست و زخم و روش های کنترل علایم و نشانه های عفونت، عوارض و بهبودی را به بیمار / خانواده آموزش دهید. ۲. علت انتخاب درمان موضعی را به بیمار آموزش دهید. ۳. در راستای دستیابی به اهداف مراقبتی، چرخش و تغییر پوزیشن بیمار را، حداقل هر دو ساعت آموزش دهید. ۴. به بیمار در مورد استفاده از بالش ها و وسایل کاهنده فشار جهت پیشگیری از زخم فشاری آموزش دهید.
---	--

بیان مشکل	Problem Definition
خون رسانی ناکافی بافتی (انواع خاص: کلیوی، مغزی، قلبی-ریوی، گوارشی و محیطی).	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - پرفوزیون بافتی کافی را از طریق نبض‌های محیطی قابل لمس، پوست گرم و خشک، برون ده ادراری کافی و عدم مشکل تنفسی) نشان دهد. - آگاهی خود را در مورد رژیم درمانی شامل ورزش مناسب و داروها و عملکرد و عوارض احتمالی آنها بیان کند. - تغییرات در سبک زندگی که لازمه افزایش پرفوزیون بافتی است، را تعیین نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
پرفوزیون مغزی: ۱. اگر بیمار به دلیل هیپوتانسیون وضعیتی موقع بلند شدن دچار سرگیجه می‌شود، به وی موارد ذیل را آموزش دهید، نظیر: چند دقیقه نشستن قبل از ایستادن، خم کردن پاها به سمت بالا چند بار در حالت نشسته، آرام از جا برخاستن و سریع نشستن در صورت سرگیجه یا احساس سرگیجه. ۲. وضعیت عصبی بیمار را بطور مداوم کنترل کنید. یک معاینه عصبی انجام دهید، اگر علایم حادثه مغزی – عروقی رخ داد (نظیر همی پلژی، همی پارزی یا دیس فاژی) با اورژانس تماس بگیرید. ۳. در صورت وقوع سکنه مغزی، پس از مشورت با پزشک، سرتخت را پائین آورده و صاف کنید تا زمانی که راه هوایی برقرار شود. ۴. به مداخلات پرستاری مربوط به «کاهش ظرفیت سازگاری داخل جمجمه‌ای»، «خطر آسیب» و «سرگیجه حاد» مراجعه کنید. پرفوزیون محیطی: ۱. نبض‌های دور سال پدیس، پوستریور تیبالیس و پوپلیتئال را بطور دوطرفه چک کنید. در صورت عدم لمس این نبض‌ها، سریعاً به پزشک اطلاع دهید. ۲. به رنگ و حرارت پوست توجه کنید. ۳. زمان پرشدگی مویرگی را چک کنید. ۴. به بافت پوست، وجود مو، زخم یا نواحی گانگرن روی پاها دقت کنید (احتمال وجود اختلال شریانی یا وریدی). ۵. به وجود ادم در انتهای توجه کرده و درجه آنرا مشخص کنید. دور ساق و قوزک پا را بطور روزانه، صبح زود در یک زمان ثابت اندازه گیری کنید. ۶. بیمار را از نظر درد در انتهای بررسی کرده و به شدت، کیفیت، زمان و عوامل تسکین دهنده و تشدید کننده آن توجه کنید. بیماری وریدی را از شریانی افتراق دهید (در بیماران با اختلال وریدی، درد با بالا بردن پاها و ورزش کمتر می‌شود و همراه با کرامپ و ناراحتی می‌باشد ولی در اختلالات شریانی، درد با بالا بردن پاها و ورزش افزایش می‌یابد. همچنین درد، موقع راه رفتن بیشتر شده که با استراحت بهبود می‌یابد.	

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. اهمیت مراقبت دقیق از پاها را توضیح دهید. به بیمار و خانواده آموزش دهید که روزانه پاهای خود را بشوید و مشاهده کنید. توصیه کنید که بیماران دیابتی جورابهای ضخیم، کفی‌های خاص کفش و کفش‌های پیاده روی مناسب بپوشند. ۲. به بیمار آموزش دهید که از تماس با سرما خودداری کند بطوریکه در فصل زمستان دوره‌های کوتاهی از منزل خارج شود و لباسهای گرم بپوشد. ۳. به بیمار شناسایی علائم و نشانه‌هایی که بایستی به پزشک گزارش دهد را آموزش دهید (این علائم عبارتند از: تغییر در درجه حرارت، رنگ و حس پوست یا وجود ضایعه جدید در پاها).	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل نسبت به فعالیت	
برایندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار در انجام فعالیتهای جسمانی توصیه شده با توجه به افزایش متناسب تعداد ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس شرکت نماید. - علائم اثرات جانبی ناشی از انجام فعالیت را بیان کند و شروع حملات را فوراً گزارش نماید. - در هنگام انجام فعالیت پوست دارای رنگ طبیعی، گرم و خشک باقی بماند. - نیاز به افزایش تدریجی فعالیت بر اساس شرایط بیماری، تحمل و علائم را بصورت کلامی بیان کند. - نیاز به تعادل میان فعالیت و استراحت را درک کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید: - ضعف و خستگی. - تنگی نفس کوششی، درد قفسه سینه، تعریق و یا گیجی. - افزایش تعداد نبض بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت. - عدم برگشت ضربان قلب به میزان بیش از فعالیت در عرض ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت. - کاهش فشارخون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۵-۱۰ mm/Hg همراه با فعالیت. ب) اقدامات مربوط به مراقبت از بیمار: ۱- بیمار را برای تعیین تناسب بین فعالیت روزانه و دستور استراحت درخت ارزیابی کنید. ۲- سر و صدا و فعالیت های محیطی را به حداقل برسانید.	

- ۳- مراقبت های پرستاری را طوری طراحی کنید که اختلالی در زمان استراحت بیمار بوجود نیاید.
- ۴- در صورتیکه بیمار اغلب استراحت در تخت دارد چندین بار در روز او را از تخت پایین آورده تا مشکلات قلبی عروقی را کاهش دهید.
- ۵- در وقت مناسب به تدریج فعالیت بیمار را افزایش داده و در صورت امکان به بیمار اجازه دهید برای تغییر وضعیت ، جابجایی و مراقبت از خود کمک نماید.
- ۶- مراحل به حرکت واداشتن بیمار شامل نشستن در تخت با پاهای آویزان، ایستادن در کنار تخت و در نهایت حرکت کردن می‌باشد. در این حالت بیمار را از نظر سرگیجه و افت فشار خون بررسی کنید.
- ۷- وقتی بیمار به حالت سرپا قرار می‌گیرد او را از نظر علائم عدم تحمل مانند تهوع، رنگ پریدگی، گیجی، تاری دید و کاهش سطح هوشیاری و تغییر در علائم حیاتی بررسی کنید.
- ۸- اگر بیمار هنگام انجام فعالیت دچار سنکوپ شود، به پزشک گزارش کنید.
- ۹- تمرینات دامنه حرکتی را در صورتیکه بیمار قادر به تحمل فعالیت نیست یا عمدتاً بی‌حرکت است، انجام دهید.
- ۱۰- توانایی بیمار برای تحمل فعالیت شامل: تعداد تنفس، فشار خون، بیقراری، تنگی نفس، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، و رنگ پوست باید قبل و بعد از انجام فعالیت پایش و ثبت گردد.
- ۱۱- اگر علائم و نشانه‌های مشکلات قلبی بروز نمود، بلافاصله باید فعالیت بیمار متوقف شود. این علائم شامل موارد زیر است:
- تنگی نفس، درد قفسه سینه، طپش قلب، ضعف شدید، احساس سبکی در سر، گیجی، سیانوز، و اختلال در گردش خون محیطی و دیس ریتمی قلبی، کاهش فشار خون فعالیتی (افت فشار خون سیستول ۱۰ میلی متر جیوه از میزان پایه فشار خون)، افزایش فشار خون فعالیتی (فشار خون بالاتر از ۱۸۰ میلی متر جیوه و دیاستول بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه)، برادیکاردی نامتناسب (افت تعداد ضربان قلب بیشتر از ۱۰ ضربه در دقیقه یا رسیدن تعداد ضربان قلب به زیر ۵۰ ضربه در دقیقه)، افزایش تعداد ضربان قلب به بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه
- ۱۲- به بیمار آموزش دهید در صورت بروز علائم زیر، فعالیت‌ها را فوراً قطع نماید و به پزشک یا پرستار اطلاع دهد:
- حمله جدید یا بدتر شدن شرایط، احساس مکرر عدم آسایش ، احساس تنگی، فشار و یا درد در قفسه سینه، گردن، فک، شانه و بازوها، طپش قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی مفرط و غیرمعمول، عطش هوا. اگر این علائم بیش از ۱۰-۵ دقیقه طول بیانجامد بیمار باید توسط پزشک معاینه گردد.
- ۱۳- سلامت پوست را باید در طی روز چندین مرتبه بررسی کنید.
- ۱۴- بیمار باید از نظر بیبوست بررسی شود. در صورت وجود بیبوست به مداخلات پرستاری مربوطه مراجعه کنید.
- ۱۵- عواملی که مانع تغذیه مناسب و کافی در بیمار می شود را مورد ارزیابی قرار دهید.
- ۱۶- از بیمار حمایت روحی نمائید و او را به افزایش تدریجی فعالیت تشویق کنید.
- ۱۷- بیمار را از نظر وجود درد قبل از شروع فعالیت بررسی کنید و در صورت امکان درد بیمار را قبل از انجام

فعالیت درمان کرده و اطمینان پیدا کنید بیمار ضد درد زیادی مصرف نکرده باشد. ۱۸- نیاز بیمار را جهت استفاده از وسایل کمکی، قبل از حرکت بررسی کنید (عصا، واکر، اکسیژن پرتابل، چوب زیر بغل). ۱۹- وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی	
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	- عوامل احتمالی که موجب تشدید یا کاهش خستگی می شود را شناسایی کند. - راههای ارزیابی و الگوهای خستگی را توصیف نماید. - افزایش انرژی و بهبود احساس خوب بودن را بیان نماید. - راههای ذخیره انرژی برای جبران ضعف و خستگی را مورد استفاده قرار دهد. - راههای حفظ و تجدید انرژی برای ضعف و خستگی را بکار بندد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار: ۱. علائم و نشانه های خستگی را مورد بررسی قرار دهید (مانند احساس کاهش انرژی، کاهش تمرکز، کاهش علاقه به محیط). ۲. عوامل ایجاد کننده خستگی را در بیمار مورد بررسی قرار دهید (مانند اختلال در خواب، تغذیه ناکافی، تغییر ناگهانی در روش زندگی). ۳. علت ایجاد خستگی را برای بیمار توضیح دهید. ۴. به بیمار در شناسایی الگوی خستگی کمک کنید (مثلا چه زمانی از روز و با چه حد از فعالیت) ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری: ۱- شدت خستگی را با مقیاس صفر تا ۱۰ بررسی کنید (بدترین و بهترین و سطوح متوسط خستگی). تکرار خستگی را بررسی کنید (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (مانند درد)، توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (حتی فعالیت با کمک وسایل کمکی)، تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق و خو، الگوی معمول فعالیت. ۲- کافی بودن تغذیه و الگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و در خواب ماندن). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد. چرت زدن های در روز را محدود کند، به خصوص در اواخر عصر یا غروب، از يك برنامه زمان بندی شده و منظم برای خواب و استراحت استفاده کند. رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند.	

۳- اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هایپوتیروئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید. ۴- بیمار را تشویق کنید احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی. ۵- بیمار را تشویق کنید فعالیت‌های خود و علائم خستگی، نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت‌ها و نقش معمول بیمار را ثبت کند. ۶- به بیمار در تعیین اهداف ساده کوتاه مدت و برنامه ریزی برای فعالیت‌های روزمره (مانند قدم زدن در راهروی بیمارستان دو بار در روز) کمک کنید. ۷- به بیمار در تشخیص فعالیت‌های ضروری و غیرضروری، و فعالیت‌هایی که دیگران می‌توانند برای او انجام دهند، کمک کنید. او را راهنمایی کنید تا اگر لازم است فعالیت‌های اجتماعی را محدود کند. ۸- به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت‌هایی که موجب خستگی وی نمی‌شود را به تنهایی انجام دهد. ۹- بیمار را به قدم زدن تشویق کنید. ۱۰- با تایید پزشک، بیمار را به یک فیزیوتراپ برای انجام ورزشهای هوازی (آیروبیک) کنترل شده ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا برایش فراهم نمایید. ۱۱- بیماران ممکن است از روش‌های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند بخصوص هنگامی که برای خستگی چندین دلیل وجود داشته باشد. ۱۲- در مورد بیماران قلبی، خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد مشکلی شایع است که در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید. ۱۳- بیمار را از نظر سایر علایمی که موجب افزایش خستگی می‌شود مثل درد یا افسردگی کنترل نمایید.	آموزش به بیمار
Patient Education	
۱. روش حفظ انرژی را به بیمار آموزش دهید. ۲. به بیمار آموزش دهید مراقب علائم بدخلقی، تهوع و اختلالات در خواب باشد. ۳. در صورت تحمل فعالیت فیزیکی بیشتری انجام دهد. ۴. سعی کنید نگرش مثبت‌تری نسبت به آینده در آنها ایجاد کنید. ۵. بین دوره‌های فعالیت، زمان‌هایی را جهت استراحت در نظر بگیرد. ۶. روشهای حفظ انرژی مثل نشستن به جای ایستادن در هنگام دوش گرفتن را به بیمار آموزش دهید. ۷. به بیمار آموزش دهید که همواره همراه خویش یک تقویم جیبی داشته و لیست فعالیت مورد نیاز خود را در آن یادداشت نماید. ۸. شیوه‌های کاهش استراحت همچون کنترل تنفس (تنفس عمیق) و استفاده از موزیک را آموزش دهید. ۹. به بیمار در مورد داشتن یک زندگی سالم همراه با تغذیه کافی، مایعات، استراحت و تمرینات مناسب جهت	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تصویر ذهنی از بدن خود	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	- پذیرش تغییر یا فقدان، و توانایی تطابق با تغییر در سبک زندگی را بیان کرده یا نشان دهد. - قسمت تغییر یافته یا از دست داده شده را نگاه یا لمس کند. - از قسمت تغییر یافته یا ناکارآمد، بدون وارد کردن آسیب مراقبت کند. - به فعالیتهای اجتماعی قبلی باز گردد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با کمک مقیاس سنجش تصویر ذهنی از بدن، شرایط بیماری را که نگرانی‌هایی در باره تغییرات در تصویر ذهنی از بدن دارد، تعیین کنید. ۲. بیمار را از نظر اختلال بدشکلی (dysmorphic disorder) بررسی کرده و در صورت لزوم ارجاعات لازم را انجام بدهید. ۳. مکانیزم‌های تطابقی معمول بیمار در زمان مراجعه با استرس‌های شدید را مشاهده کرده و استفاده از آنها را در بحران فعلی تقویت کنید. ۴. برای کمک به بیمار در دستیابی به درک ایده‌آل از تصویر ذهنی از بدن خود فرصت دهید. ۵. توجه داشته باشید که انکار، غم یا افسردگی، احساسات طبیعی فرد به هنگام تطابق با تغییرات در بدن و سبک زندگی هستند. ۶. بیماران در معرض خطر اختلال در تصویر ذهنی را شناسایی کنید (مانند بیماران ماستکتومی). ۷. از بیماران بخواهید تا احساسات خود را بیان کنند. ۸. نقاط قوت و منابع در دسترس را برای بیمار توضیح دهید. در مورد تغییرات احتمالی در وزن و ریزش موها با بیمار صحبت کنید. یک کلاه گیس مناسب قبل از ریختن موها انتخاب کنید. ۹. بیمار را به خرید لباس‌های جذاب و پوشاننده ناتوانی‌شان تشویق کنید. ۱۰. به بیمار و اطرافیان اجازه دهید تا به تدریج با تغییر بدن مواجه شوند. این کار را با لمس ناحیه درگیر توسط بیمار شروع کنید. سپس به بیمار کمک کنید تا از یک آینه برای دیدن ناحیه استفاده کند. بیمار را تشویق کنید با پرستار یا خانواده در محوطه بیمارستان حرکت کرده و در باره احساسات مربوط به واکنش دیگران نسبت به	

تغییر بدن صحبت کند.

۱۲. بیمار را به تصمیم گیری و مشارکت در برنامه مراقبتی ترغیب کنید.
۱۳. بیمار را در پذیرش کمک از دیگران تشویق کنید.
۱۴. به بیمار در توصیف ایده‌آل‌های فردی، توانمندی‌ها، هنر‌ها، و بطور کلی پذیرش خود کمک کنید.
۱۵. بیمار را تشویق کنید که یک توصیف داستانی از تغییرات خود بنویسد.
۱۶. از نگاه با اکراه موقع مراقبت از بیمارانی که بدشکلی ناشی از جراحی یا آسیب دارند، خودداری کنید.
۱۷. محیط خصوصی بیمار را فراهم کنید. مراقبت را با حداقل تماس‌های غیرضروری انجام دهید.
۱۸. بیمار را تشویق کنید تا همان روش‌های مراقبتی را که قبل از تغییر در بدن انجام می‌داده، دنبال کند.

مراقبت در منزل

۱. مرحله اندوه و پذیرش تغییر بدن را قبل از بازگشت به منزل ارزیابی کنید.
۲. میزان پذیرش خانواده از تغییرات بدنی بیمار را بررسی کنید.
۳. پذیرش تغییرات بدنی را در تمامی تعاملات خود با بیمار و خانواده وی نشان دهید.
۴. به بیمار کمک کنید تا نقش جدید خود را در خانواده ببیند.
۵. جهت کمک به پذیرش تغییر توسط بیمار، وی را به کار درمان و مراکز مربوطه ارجاع دهید.
۶. همه جنبه‌های مراقبت را به بیمار آموزش دهید. بیمار و خانواده را در انجام مراقبت از خود تا حد امکان شرکت دهید.
۷. در صورتیکه بیمار هنوز در نگاه یا لمس قسمت تغییر یافته بدن مشکل دارد، این کار را به تدریج و مرحله به مرحله انجام دهید.
۸. به بیمار و خانواده، وضعیت پزشکی موجود، عوارض احتمالی و مواقع ملاقات با پزشک را آموزش دهید.
۹. در صورت لزوم بیمار را به فیزیوتراپ به منظور انجام ورزش‌های ROM، انعطاف پذیری و قدرت بیمار ارجاع دهید. از ایجاد کنتراکچر جلوگیری کنید. جهت انتقال و حرکت ایمن به وی کمک کنید یا از وسایل کمک حرکتی در محیط منزل استفاده کنید.
۱۰. وضعیت تغذیه و خواب بیمار را بررسی کرده و ارتقاء بخشید.
۱۱. به خانواده در کسب منابع مورد نیاز (هزینه لازم) کمک کنید.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. نحوه مراقبت صحیح از محل جراحی (نظیر محل ماستکتومی، محل آمپوتاسیون و محل استومی) را آموزش دهید.
۲. بیمار را جهت کمک به تطابق با تغییر به مشاور ارجاع دهید.
۳. اطلاعات کتبی لازم را برای خانواده بیمار فراهم کنید.
۴. خانواده را به حمایت بیشتر از بیمار ترغیب کنید.
۵. حمایت اجتماعی را بدین ترتیب هدایت کنید: آموزش در باره مراقبت عملی (مثلاً بانداژ)، تقویت حمایت

ظاهری (گوش دادن)، تقویت حمایت اعتماد به نفس (مقایسه مطلوب بین ظاهر بیمار و بیماران دیگر)، و تقویت احساس تعلق و وابستگی (کمک در اجتماعی کردن بیمار).

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
انتظار می رود بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	- علایم اضطراب را تعیین و بیان کند. - روش های کنترل اضطراب را بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را بیان کند. - علایم حیاتی طبیعی داشته و کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد. - ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیت که بیانگر کاهش نگرانی است را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارض ها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. میزان اضطراب بیمار و واکنش های جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی پنه، بیان غیرکلامی اضطراب). این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می کنید؟» انجام دهید. ۲. در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علایم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید. ۳. بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت» «من می توانم این کار را در این زمان انجام دهم» «من می توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید. ۴. تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید. ۵. همه فعالیتها و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیرپزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید. ۶. مهارتهای سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می برده است، را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید. ۷. جهت کاهش اضطراب بیمار، پشت بیمار را ماساژ دهید. ۸. از روش های لمس درمانی استفاده کنید.	

۹. از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید. ۱۰. وسیله‌ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی یا نوار مورد علاقه‌اش تشویق کنید. ۱۱. مصرف الکل، آرام‌بخش‌ها و سیگار را توسط بیمار منع کنید. ۱۲. از مصرف هر گونه مواد محرک نظیر کافئین، نیکوتین، تنوفیلین، تربوتالین سولفات، آمفتامین‌ها و کوکائین آگاه بوده و مصرف آنها را محدود یا قطع کنید. مراقبت در منزل ۱. به اضطراب بیمار بدون قضاوت شخصی در مورد منبع آن توجه کنید. ۲. به خانواده بیمار در حمایت کامل بیمار در مواقع مواجهه با علایم اضطراب کمک کنید. ۳. تأثیر اضطراب بر رژیم درمانی را بررسی کنید. ۴. بیمار را از نظر وجود افسردگی بررسی کنید. ۵. بیمار را مبتلا به اختلال پانیک یا سایر مشکلات روانپزشکی مرتبط با اضطراب را جهت مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، به متخصص مربوطه ارجاع دهید. ۶. به بیمار و خانواده در مورد مصرف صحیح و مناسب رژیم درمانی کمک کنید. در مورد عوارض جانبی، اهمیت مصرف داروها طبق دستور و علایمی که بایستی سریعاً به پزشک یا پرستار گزارش شود، آموزش دهید. ۷. بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم برنامه اورژانسی را اجرا کنید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید. ۸. بیمار را به استفاده از منابع اجتماعی مناسب ترغیب کنید: خانواده، دوستان، همسایگان و گروه‌های حمایتی و سایر افرادی که وضعیت مشابه با بیمار دارند.	آموزش به بیمار ۱. علایم اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۲. به بیمار در تعریف میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب مداخلات مناسب کمک کنید. ۳. به بیمار روش‌های خودکنترلی اضطراب را آموزش دهید. ۴. به بیمار روش‌های آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید. ۵. تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا بر کرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد. ۶. به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد هر برنامه یا فعالیت در ذهن خود تصویر سازی کند. ۷. به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سؤال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.
--	--

بیان مشکل	Problem Definition
ترس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	
- ترس های شناخته شده خود را بیان نماید.	
- اطلاعات دقیقی در مورد موقعیت بدهد.	
- رفتارهای مقابله‌ای که موجب کاهش ترس می‌شود را شناسایی نموده، بیان کند و نشان دهد.	
- کاهش ترس را گزارش کرده و نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. منبع ترس را در بیمار ارزیابی کنید.	
۲. بیمار را تشویق کنید تا عامل ترس خود را بیان کند.	
۳. تاریخچه‌ای از اضطراب در بیمار را ارزیابی کنید.	
۴. به بیمار کمک کنید تا بتواند بین ترس واقعی و ترس ناشی از تصورات و عوامل غیرواقعی تمیز قایل شود.	
۵. بیمار را به شناسایی احساساتی که در واقع علت ترس هستند، تشویق نمایید.	
۶. زمانی که بیمار ترس خود را بیان می‌کند در کنار او باشید و از رفتارهای کلامی و غیرکلامی برای ایجاد امنیت در بیمار استفاده کنید.	
۷. مهارت‌های مقابله‌ای را که بیمار قبلاً در مقابله با ترس از آن استفاده می‌کرده، بررسی کنید و این مهارتها را در بیمار تقویت کنید.	
۸. از ماساژ پشت برای کاهش اضطراب بیمار استفاده کنید.	
۹. از روش های لمس درمانی استفاده کنید.	
۱۰. بیمار را تشویق کنید که ترسهای خود را بصورت حکایت وار بنویسد.	

بیان مشکل	Problem Definition
بی‌اختیاری ادراری عملکردی	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	در چارچوب زمانی مشخص: - حذف و کاهش دوره‌های بی‌اختیاری. - حذف یا غلبه بر فاکتورهای محیطی مانع در رفتن به دستشویی. - استفاده از وسایل تطبیق دهنده یا کاهش دهنده بی‌اختیاری در ارتباط با نقص در حرکت. - استفاده از وسایل جمع‌آوری ادراری و یا ظرف ادرار وقتی که دستیابی به توالی عملی نباشد.
Nursing Recommendations	توصیه‌های پرستاری
	۱. تاریخچه پرستاری و معاینه فیزیکی در مورد علائم مزاحم و پر در دسر کاهش کارایی دستگاه ادراری باید صورت گیرد. در این تاریخچه به علائم عفونت‌های ادراری دستگاه ادراری تحتانی، وضعیت شناختی، وضعیت عملکردی، تکرر و شدت دوره‌های تکرر ادرار، عوامل تشدید کننده و کاهش دهنده باید توجه کنید. ۲. با بیمار و خانواده، پزشک بیمار و سایر اعضای تیم درمانی در ارتباط با درمان بی‌اختیاری در سالمندان بیمار مشاوره کنید. ۳. به بیمار، ارائه دهنده مراقبت و یا خانواده آموزش دهید که یک فرم ثبت ادرار روزانه بر اساس تعداد دفعات ادرار، تعداد دوره‌های بی‌اختیاری ادراری و ارتباط آن با فوریت در دفع ادرار در طول یک دوره سه تا هفت روزه تهیه نماید. ۴. بیمار را از نظر عوامل قابل تعدیل و قابل برگشت حاد بی‌اختیاری ادرار بررسی کنید (نظیر: عفونت ادراری، التهاب آتروفیک حالب، یبوست و مدفوع سفت و سخت، مصرف داروهای مسکن و مخدر که در توانایی دستیابی فرد به توالی تأثیرگذار است، داروهای ضد افسردگی که در انقباض اسفنکتر و عضله مثانه موثر هستند. داروهای پاراسمپاتولیتیک، یا آنتاگونیست‌های آلفا آدرژیک، پلی‌اورئ ناشی از دیابت کنترل نشده یا دیابت بی‌مزه). ۵. موارد زیر را در منزل یا در بخش‌های مراقبت حاد یا مزمن از نظر دستیابی بیمار به توالی ارزیابی کنید: - فاصله توالی از تخت، صندلی. - خصوصیات تخت شامل نرده کنار تخت و فاصله تخت از سطح زمین. - خصوصیات مسیر توالی شامل موانعی همچون پلکان‌ها، وسایل لیز روی کف زمین و نور ناکافی. - خصوصیات توالی شامل الگوهای استفاده، نور، وجود ریل‌های دستی برای کمک به انتقال بیمار به توالی، پهنای در دستیابی به ویلچر، واکر و.... ۶. بیمار را از نظر حرکت ارزیابی کنید شامل توانایی بلند شدن از تخت یا صندلی، انتقال به توالی و حرکت، نیاز به وسایل کمکی مثل عصا، واکر و ویلچر. ۷. موانع محیطی را برای توالی رفتن در محیط بخش یا منزل حذف کنید. ۸. وسایل لغزنده کف را برداشته، نور اتاق‌ها و هال را زیادتر کنید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هیپر پاراتیروئیدیسم

Problem Definition	بیان مشکل
	درد مفاصل و استخوان ها
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - با کمک مقیاس درجه بندی درد، شدت درد خود را تعیین کند (در صورت داشتن توانایی های شناختی). - کنترل رضایتبخش درد خود با درمان ضد درد را بیان کند. - فعالیتهایی در جهت رسیدن به سطح قابل قبول درد را انجام دهد. - در صورت اختلال شناختی، کاهش درد را با رفتار خود نشان داده و فعالیتهای کاهنده درد را بطور رضایت بخش انجام دهد. - بیمار بیان کند که به اندازه کافی میتواند بخوابد و استراحت دارد. - روش های غیردارویی کاهش درد را بکار ببرد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. اگر بیمار در زمان مصاحبه اولیه درد دارد، مداخلاتی را برای تسکین درد وی انجام دهید. در ارزیابی اولیه بیمار، شدت و مشخصات درد، شروع، مدت و عوامل تشدید کننده یا تسکین دهنده آنرا بررسی و ثبت کنید. ۲. درد بیمار را با استفاده از مقیاس درجه بندی صفر تا ده یا مقیاس تصویری بررسی کنید. ۳. در دفعات مکرر، راجع به درد بیمار سؤال کنید. ۴. از بیمار در مورد تجربیات گذشته خود در مورد درد و اثربخشی روش های کاهنده درد سؤال کنید. ۵. اگر بیمار اختلال شناختی دارد و نمیتواند از مقیاس درجه بندی استفاده کند، رفتارهای نشاندهنده درد نظیر تغییر در فعالیت، کاهش اشتها، حالات چهره و نالیدن بیمار را بررسی کنید. ۶. داروهای مسکن بیمار را تعیین کنید. تاریخچه ای از مصرف داروهای مسکن در گذشته بدست آورید.

۷. نیاز بیمار به مسکن‌های مخدر و غیرمخدر را تعیین کنید. همه بیماران با درد حاد بایستی داروهای مسکن غیرمخدر را سر ساعت دریافت کنند. اگر درد بیمار با مسکن غیرمخدر درمان نشد، از مسکن مخدر استفاده کنید.

۸. با پزشک جهت تجویز مسکن‌های غیرمخدر نظیر استامینوفن یا بروفن یا مخدر بخصوص برای دردهای شدید تماس بگیرید.

۹. در مورد داروهای مسکن، نحوه تجویز و عوارض جانبی آنها با بیمار صحبت کنید.

۱۰. با بیمار در مورد ترس از عدم تسکین درد، افزایش دوز دارو یا اعتیاد گفتگو کنید.

۱۱. موقع تجویز داروهای مسکن مخدر، شدت درد، تسکین و وضعیت تنفسی بیمار را در فواصل منظم (هر دو ساعت) بررسی کنید (به ویژه در بیماران تنفسی). اگر بیمار تسکین یافته است، دوز دارو را کاهش دهید.

۱۲. نوع داروی مسکن و میزان آن را در گزارش پرستاری ثبت نمایید.

۱۳. میزان نیاز به کاهش یا افزایش داروی مخدر بستگی به گزارش بیمار از شدت درد، پاسخ به دوز قبلی دارو، عوارض جانبی و توان بیمار در انجام فعالیتهای بهبودی دارد.

۱۴. وقتی بیمار می‌تواند مسکن‌های خوراکی را تحمل کند، دستور تغییر نوع داروی وی به فرم خوراکی را از پزشک بگیرید.

۱۵. علاوه بر داروهای ضد درد، از روش‌های غیردارویی کاهنده درد نیز استفاده کنید: مثل انحراف فکر، آرام سازی عضلانی و کاربرد سرما و گرما.

۱۶. وقتی که درد بیمار با روش‌های دارویی تسکین یافت، روش‌های غیردارویی را به بیمار آموزش داده و بکار بندید.

مراقبت در منزل:

۱. لیست کاملی از داروهای تجویز شده توسط همه پزشکان و داروهای بدون نسخه تهیه کنید. آنها را از نظر تداخلات دارویی کنترل کنید. به بیمار آموزش دهید که از مخلوط کردن دارو با هم بدون اجازه پزشک خودداری کند.

۲. اطلاعات بیمار و خانواده را در زمینه عوارض جانبی و احتیاطات لازم در مورد داروهای مسکن بررسی کنید، نظیر احتیاط در رانندگی به هنگام مصرف داروهای مخدر.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. اهمیت مصرف داروهای مسکن برای کنترل درد را به بیمار شرح دهید.

۲. به بیمار اطمینان دهید که مصرف داروهای مخدر برای کاهش درد، اعتیاد آور نبوده و ایجاد اعتیاد خیلی نادر است.

۳. برای کمک به کنترل درد، استفاده از روشهای غیردارویی را به همراه مصرف داروها آموزش دهید. این روش‌ها عبارتند از: استفاده از سرما یا گرما، تکنیک‌های انحراف فکر، تنفس آرام، تصویر ذهنی، ماساژ، گوش دادن به موسیقی و دیدن تلویزیون.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	- دفع مدفوع نرم و شکل‌دار را هر یک تا سه روز بدون فشار اضافی داشته باشد. - برطرف شدن یبوست را گزارش کند. - اقدامات پیشگیری کننده یا درمان کننده یبوست را مورد استفاده قرار دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. الگوی معمول دفع مدفوع بیمار شامل زمان، مقدار و تعداد دفعات دفع مدفوع، قوام مدفوع، تاریخچه عادات روده‌ای و مصرف مسهل‌ها، رژیم غذایی بخصوص مصرف مایعات، الگوهای فعالیت و ورزش، روشهای درمانی شخصی برای رفع یبوست، سابقه زایمان و مشکلات زنانگی، جراحی‌ها و تغییر در حس ناحیه مقعد را بررسی کنید. ۲. از بیمار بخواهید عادات روده‌ای معمول خود را در دفترچه‌ای یادداشت کند، شامل: زمان دفع، محرک معمول، قوام، مقدار و تعداد دفعات دفع مدفوع. ۳. داروهای فعلی بیمار را از نظر عارضه یبوست مزمن مرور کنید. ۴. اگر بیمار داروهای مخدر را دریافت می‌کند، از پزشک بخواهید تا یک داروی نرم کننده مدفوع و رژیم مناسب را برای بیمار قبل از شروع یبوست تجویز کند. ۵. شکم را از نظر نفخ، لمس و از نظر وجود صداهای روده‌ای سمع کنید. ۶. بیمار را از نظر خشکی مدفوع کنترل کنید. در صورت وجود این مشکل، برداشت انگشتی مدفوع را طبق دستور پزشک انجام دهید. ۷. اگر بیمار اظهار ناراحتی یا درد ناشی از یبوست می‌کند یا یبوست حاد یا مزمن داشته که با افزایش فیبر، مایعات، فعالیت و رعایت خلوت حین دفع بهبود نمی‌یابد، با پزشک جهت ارزیابی عملکرد روده وی مشورت کنید. ۸. خلوت بیمار را حین دفع فراهم کنید. به بیمار کمک کنید تا به دستشویی برود و حتی الامکان در را ببندید (بالاخص ۵ تا ۱۰ دقیقه بعد از صرف وعده‌های غذایی بویژه صبحانه). ۹. به بیمار آموزش دهید که وی در طول روز نیاز به مصرف ۵ تا ۹ وعده میوه و سبزیجات و حداقل سه وعده	

غذاهای حاوی غلات کامل دارد.

۱۰. بیمار را تشویق به مصرف غذاهای پرفیبر کنید. غذاهای پرفیبر عبارتند از: میوه جات تازه، حبوبات، سبزیجات و سبوس غلات. مصرف فیبر غذایی را بتدریج و همراه با مصرف مایعات افزایش دهید.
۱۱. ترکیبی از یک فنجان سبوس غلات، یک فنجان سس سیب و یک فنجان آب آلو استفاده کنید. در ابتدا از مقادیر کم شروع کرده و بتدریج به مقدار آن اضافه کنید. مهم است که این ترکیب همراه با مصرف مایعات کافی باشد.
۱۲. اگر بیمار ترجیح می‌دهد که از طریق قرص، فیبر دریافت کند، مصرف قرص‌های حاوی متیل سلولز را توصیه کنید.
۱۳. بیمار را به مصرف ۱/۵ تا ۲ لیتر مایعات (۶ تا ۸ لیوان) در روز تشویق کنید؛ اگر مصرف مایعات خوراکی کم است، بتدریج آنرا افزایش دهید، مگر در بیماران قلبی و کلیوی که محدودیت مصرف مایعات دارند.
۱۴. بیمار را تشویق کنید که حتی الامکان از تخت خارج شده و فعالیتهای روزمره زندگی را خودش انجام دهد. وی را به انجام ورزش‌هایی نظیر چرخش و تغییر پوزیشن در تخت، انجام ورزش‌های در دامنه حرکتی، بالا آوردن هر زانو تا قفسه سینه بطور متناوب و کشیدن شکم حین تنفس عمیق تشویق کنید.
۱۵. یک برنامه زمانی برای دفع بیمار ترتیب دهید. نوشیدن قهوه داغ، آب لیموی گرم یا آب آلو قبل از صبحانه را پیشنهاد کنید. بهترین زمان برای دفع در اکثر افراد، ۳۰ دقیقه بعد از صرف صبحانه است.
۱۶. بیمار بایستی تنفس عمیق از راه دهان انجام دهد تا باعث شل شدن عضلات کف لگن شده و از عضلات شکمی برای دفع مدفوع استفاده کند.
۱۷. در صورتیکه سایر مداخلات طبیعی، موثر واقع نگردید، از مسهل‌ها، شیاف‌ها و انما طبق دستور پزشک استفاده کنید.

مراقبت در منزل:

۱. روش‌های درمان بیبوست را به وی پیشنهاد داده و به بیمار اجازه دهید تا روش ترجیحی خود را انتخاب کند.
۲. دستورات لازم را در مورد نحوه استفاده از شیاف یا انما به بیمار بدهید.
۳. در بیماران مسن، بطور روتین مصرف مایعات، میوه‌جات و سبزیجات را بعنوان بخشی از رژیم غذایی و نیز تحرک در حد امکان را توصیه کنید.

آموزش به بیمار Patient Education

۱. در مورد عملکرد طبیعی روده و نیاز به مصرف کافی مایعات و فیبر، داشتن فعالیت و الگوی منظم دفع آموزش دهید.
۲. بیمار را نسبت به توجه به علائم آگاه کننده دفع تشویق کرده و با کمک محرکی نظیر نوشیدن مایعات گرم یا آب آلو، برنامه دفعی منظمی را ترتیب دهید.
۳. بیمار را تشویق کنید که از مصرف طولانی مدت مسهل‌ها و انما خودداری کرده و در صورتی که بیمار به طور منظم از این روش‌ها استفاده می‌کند، به تدریج مصرف آنها را قطع کند.
۴. در صورت عدم منع مصرف، بیمار را تشویق کنید که در طول روز، مکرراً عضلات شکمی خود را

منقبض کند. همچنین به وی کمک کنید تا یک برنامه ورزشی روزانه برای افزایش حرکات دودی روده ترتیب دهد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تحرک و فعالیت جسمی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	- فعالیت جسمی خود را افزایش دهد. - احساس افزایش قدرت و توانایی حرکت را بطور کلامی بیان کند. - از وسایل کمکی نظیر واکر و صندلی چرخ دار (ویلچر) برای افزایش فعالیت خود استفاده کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:	- عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهید (نظیر کاهش تحمل فعالیت، درد، تهوع، ترس از افتادن و ...) ب) اقدامات پرستاری ۱. نوع و دامنه مهارتهای حرکتی بیمار را بر اساس شرایط بیمار به شرح زیر انتخاب کنید: حرکت در تخت؛ نشستن با کمک و بدون کمک دیگران؛ حرکات متناوب نظیر نشستن و ایستادن، نشستن و جا به جا شدن، و ایستادن و راه رفتن ۲. بیمار را از نظر علت ایجاد اختلال در حرکت ارزیابی کرده و بررسی کنید که آیا علت جسمی است یا روحی ۳. پیش از شروع فعالیت، به بیمار استراحت کافی بدهید. ۴. اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت انجام دهید. ۵. اقداماتی جهت بهبود وضعیت تنفس و اکسیژناسیون بیمار انجام دهید. ۶. توانایی بیمار برای تحمل فعالیت و استفاده موثر از اندام ها برای فعالیت را کنترل و ثبت کنید. در عین حال قبل و بعد از فعالیت به تعداد نبض، میزان فشار خون، تنگی نفس و رنگ پوست بیمار توجه کنید (به برنامه مراقبتی برای عدم تحمل فعالیت مراجعه کنید). ۷. قبل از انجام فعالیت، بیمار را از نظر درد بررسی کرده و حتی الامکان درد وی را تسکین دهید. ۸. هر وسیله کمکی مورد نیاز برای فعالیت نظیر واکر، عصا یا ویلچر را قبل از شروع فعالیت مهیا سازید. ۹. اگر بیمار بی حرکت است، ورزش های ROM غیرفعال را حداقل دو بار در روز و هر تمرین را سه بار در

روز انجام دهید (مگر در موارد منع کاربرد).

۱۰. اگر بیمار بی‌حرکت است، با پزشک در مورد امکان شروع برنامه ورزشی برای بیمار مشورت کنید. اگر برنامه تأیید شد، با ورزش‌هایی نظیر ورزش‌های فعال ROM با استفاده از دستها و پاها، نظیر خم و راست کردن قوزک پا زانو‌ها و ران‌ها شروع کنید.

۱۱. به بیمار کمک کنید تا تحرک خود را هر چه سریعتر از سر گرفته و شروع به راه رفتن کند مگر اینکه محدودیت فعالیت داشته باشد.

۱۲. استقلال در انجام فعالیتهای روزمره زندگی را افزایش داده و همزمان با بهبود قوای جسمی بیمار، وی را به انجام فعالیت‌ها توسط خود ترغیب کنید.

۱۳. اگر بیمار نمی‌تواند به تنهایی غذا بخورد یا موهای خود را شانه بزند، کنار بیمار نشسته، دست خود را روی دست بیمار گذاشته و آرنج وی را با دست دیگر نگهدارید و به بیمار در خوردن غذا و یا شانه زدن موها کمک کنید.

۱۴. در صورتی که قدرت تحرک بیمار افزایش پیدا نکرد، با پزشک مشورت کنید.

ج) مراقبت در منزل

۱. اقدامات فوق‌الذکر را می‌توان برای مراقبت در منزل نیز بکار برد.

۲. از همراهان بیمار جهت شروع و تداوم تحرک وی کمک بگیرید.

۳. از بیمار و خانواده در زمینه عوامل ایجادکننده مانع تحرک جسمی در منزل سؤال کنید و آموزش‌های لازم را ارائه دهید.

۴. در صورت لزوم با فیزیوتراپ یا کار درمان در برنامه تحرک بیمار هماهنگی کنید.

۵. وضعیت پوست بیمار را بطور مکرر بررسی کنید. جهت جلوگیری از آسیب پوستی، مکرراً بیمار را تغییر وضعیت دهید.

۶. در صورتی که بیمار می‌تواند بطور مستقل راه برود و نیاز به یک برنامه ورزشی دارد، پیشنهاد کنید همراه با یکی از دوستان/خانواده خود برنامه ورزشی را دنبال کند.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. به بیمار آموزش دهید که موقع انتقال از تخت به صندلی، به آرامی از تخت پائین بیاید.

۲. به بیمار آموزش دهید که از روش‌های آرام‌سازی در طی فعالیت استفاده کند.

۳. ضرورت و نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر و صندلی چرخدار برای افزایش تحرک را به بیمار آموزش دهید.

۴. به اعضای خانواده و مراقبین بیمار آموزش دهید که در طی انجام فعالیتهای خود مراقبتی نظیر غذا خوردن، حمام کردن، آرایش کردن، پوشیدن لباس و جابه‌جا شدن به بیمار کمک کنند تا فعالانه در مراقبت از خود همکاری کنند...

۵. روش اندازه‌گیری میزان پیشرفت بیمار در تحرک، و ارزیابی و ثبت نتایج دستیابی یا عدم دستیابی به اهداف

را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر کمبود حجم مایعات	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	- برون ده ادراری بیش از ۱۵۰۰ میلی لیتر در روز (یا حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت) داشته باشد. - فشارخون، نبض و درجه حرارت طبیعی داشته باشد. - تورگور پوستی طبیعی، زبان و غشاءهای مخاطی مرطوب و آگاهی نسبت به زمان و مکان و شخص داشته باشد. - اقدامات لازم برای درمان یا پیشگیری از کمبود حجم مایعات بدن را بکار بندد. - علایم نشانگر نیاز به مشورت با کادر درمانی را ابراز کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علایم اولیه هیپوولمی شامل بی‌قراری، ضعف، کرامپهای عضلانی، سردرد، ناتوانی در تمرکز و هیپوتانسیون وضعیتی را مشاهده کنید. ۲. بیمار را از نظر وجود عوامل ایجاد کننده کمبود حجم مایعات (نظیر استفراغ، اسهال، مشکل در دریافت دهانی مایعات، دیابت نوع ۲ کنترل نشده، دیورتیک درمانی) بطور مداوم کنترل کنید. ۳. وزن روزانه بیمار را از نظر کاهش ناگهانی به ویژه در زمان وجود کاهش برون ده ادراری یا از دست دادن فعال مایعات کنترل کنید. بیمار را با یک ترازو و با لباس یکسان و در زمان ثابتی از روز ترجیحاً قبل از صبحانه وزن کنید. ۴. جذب و دفع مایعات را هر ۸ ساعت (یا هر ساعت در بیماران با وضعیت ناپایدار) کنترل کنید. به خاطر داشته باشید که برون ده ادراری، همیشه شاخص درستی از تعادل مایعات نمی‌باشد. ۵. فشار خون وضعیتی بیمار را در حالت نشسته، ایستاده و خوابیده چک کنید (افت ۲۰ mmHg موقع بلند شدن یا افزایش نبض به تعداد ۱۵ ضربه در دقیقه در کمبود حجم مایعات دیده می‌شود). ۶. بیمار را از نظر کاهش تورگور پوستی، تشنگی، زبان خشکی و غشاهای مخاطی، شیارهای طولی زبان، مشکل در تکلم، خشکی پوست، چشم‌های گود افتاده، ضعف (بالاخص بخش فوقانی بدن)، سردرد و گیجی	

کنترل کنید.	
۷. از راهکارهای مناسب ناشتا بودن قبل از عمل طبق دستور استفاده کنید: «اجازه دهید بیمار مایعات صاف را تا دو ساعت قبل از جراحی‌های انتخابی، یک صبحانه سبک (بعنوان مثال چایی و نان) ۶ ساعت قبل و یک وعده غذایی سنگین‌تر را ۸ ساعت قبل از عمل مصرف کند.	
۸. به مداخلات پرستاری مربوط به «کمبود حجم مایعات (دهیدراتاسیون)» مراجعه کنید.	
مراقبت در منزل	
۱. دسترسی به آب آشامیدنی سالم در منزل یا بطری‌های آب را بررسی کنید.	
۲. مایعات در دسترس و ترجیحی را بررسی کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- به بیمارانی که در محیط‌های گرم کار یا ورزش می‌کنند، در مورد افزایش مصرف آب و نوشیدنی‌های قندی حاوی الکترولیت آموزش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در تغذیه، کمتر از نیاز بدن	
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
انتظار می‌رود بیمار در چارچوب زمانی مشخص: - به تدریج وزن بیمار به حالت ایده‌آل برسد. - وزن متناسب با نسبت قد و سن شخص باشد. - عوامل مداخله‌گر در کاهش وزن شناسایی شود. - نیازهای تغذیه‌ای بیمار شناسایی شود. - مواد مغذی به اندازه کافی مصرف شود. - علائم سوء تغذیه در بیمار برطرف شود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱ - علائم و نشانه‌های سوء تغذیه شامل موی خشک و شکننده که به راحتی کنده می‌شود، خونمردگی پوست، خشکی پوست، رنگ پریدگی، التهاب قرنیه، تحلیل عضلانی، زبان قرمز و صاف، شکاف لب، راش اندامهای تحتانی، گیجی را کنترل کنید. ۲ - به نتایج تست‌های آزمایشگاهی در دسترس شامل آلبومین سرم، پروتئین توتال سرم، فریتین، ترانسفرین، هموگلوبین، هماتوکریت و الکترولیت‌های سرم توجه کنید (آلبومین سرم زیر ۳/۵ شاخص وضعیت سوء تغذیه می‌باشد).	

- ۳- وزن طبیعی بیمار را با توجه به سن و قد تعیین نمایید، و در صورت لزوم بیمار را به متخصص تغذیه جهت بررسی کامل ارجاع دهید (اگر وزن بیمار از ۱۰٪ وزن نرمال پایین‌تر بود یا کاهش سریع وزن داشت باید به متخصص تغذیه گزارش شود).
- ۴- میزان دریافت غذایی را کنترل کنید و درصد غذاهای خورده شده را ثبت کنید (۲۵٪ یا ۵۰٪....) و با متخصص تغذیه جهت تعیین میزان کالری حقیقی مشورت کنید.
- ۵- سعی کنید علل جسمی یا روانی مشکلات غذا خوردن بیمار را شناسایی نموده و از هم تشخیص دهید.
- ۶- مصرف غذای معمول بیمار را با هرم راهنمای غذا مقایسه کنید و غذاهایی که مصرف آن کاهش یافته یا اصلاً مصرف نمی‌شود را یادداشت کنید.
- ۷- اگر بیمار گیاه خوار است باید مصرف ویتامین B₁₂ و آهن در آنها مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ۸- توانایی بیمار را برای خوردن بررسی کنید، مدت زمانی که صرف غذا خوردن می‌کند، مهارت حرکتی، دقت دید، توانایی بلع مواد غذایی مختلف. لازم است در صورت وجود هر گونه اشکال در بلع، مداخلات ضروری صورت گیرد.
- ۹- برای بیمارانی که دچار بی‌اشتهایی هستند و نمی‌خواهند غذا بخورند لازم است ۳۰ میلی لیتر مکمل تغذیه هر یک ساعت استفاده کنند.
- ۱۰- برای بیمارانی که سوء تغذیه دارند و توانایی خوردن غذا را دارند غذا در مقادیر کم و بصورت اشتها آور در دفعات بیشتر داده شود.
- ۱۱- اگر بیمار تحمل و توان کافی برای خوردن غذا ندارد، لازم است دوره‌های استراحت قبل از وعده‌های غذایی برای او تعیین کنید.
- ۱۲- اگر بیمار سوء تغذیه دارد او را از نظر علایم عفونت کنترل نموده و اقدامات لازم جهت پیشگیری از عفونت را انجام دهید.
- ۱۳- تغییرات اخیر در وضعیت فیزیولوژیک بیمار و مرتبط با تغذیه را بررسی کنید.
- ۱۴- اگر بیمار باردار است اطمینان حاصل کنید که مقادیر کافی اسیدفولیک همراه با رژیم متعادل و مصرف ویتامین‌های لازم را دریافت می‌نماید (تمام مادران باردار باید روزانه ۴۰۰ میلی گرم اسیدفولیک مصرف کنند).
- ۱۵- بیمار را به خوردن غذا تشویق نموده و او را همراهی نمایید.
- ۱۶- وضعیت دهان (لثه، زبان، دندان‌ها و غشاء مخاطی) را بررسی کنید. به بهداشت مناسب دهان بیمار قبل و بعد از غذا توجه نمایید.
- ۱۷- اگر بیمار دچار بی‌اشتهایی است و غشاء مخاطی دهان به علت مصرف داروها خشک است، در طول روز جرعه جرعه آب بنوشد و همراه آن از آب نبات بدون قند و سفت استفاده کند یا آدامس بجود که ترشح بزاق تحریک شود.
- ۱۸- ارتباط بین مصرف غذا با بروز حالت تهوع، اسهال، استفراغ و دردهای شکمی را بررسی کنید.
- ۱۹- در طول روز، زمان اشتهای بیمار به غذا را مشخص نموده و بالاترین کالری دریافتی را در آن زمان به

بیمار بدهید.
۲۰- داروهای ضد درد و ضد تهوع را طبق دستور و در صورت نیاز قبل از غذا به بیمار بدهید.
۲۱- اگر بیمار دچار تهوع است قبل از آوردن سینی غذا به داخل اتاق پوشش آنرا بردارید، برداشتن ناگهانی پوشش غذا و استنشام بوی غذا خود می‌تواند ایجاد تهوع کند.
۲۲- اگر بیمار دچار آنتی است غذاهای سرشار از آهن، ویتامین B ₁₂ و ویتامین C و اسیدفولیک داده شود.
۲۳- برای بیماران مضطرب و بی‌قرار از غذاهای کوچک و قابل حمل، میوه‌های تازه و مایعات استفاده کنید. اگر بیمار توان ایستادن ندارد غذا را موقع راه رفتن بخورد.
۲۴- اگر بیمار برای مدت طولانی دچار سوء تغذیه بود با یک متخصص تغذیه مشورت کرده، تغذیه معمولی را پس از اصلاح اختلال الکترولیتی ادامه دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در چارچوب زمانی مشخص:	
- بیان کند که تهوع ندارد.	
- روشهای مختلف برای کاهش تهوع و استفراغ را بکار گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علت تهوع و استفراغ را تعیین کنید بطور مثال: عوارض دارویی، بیماریهای ویروسی، مسمومیت غذایی، اضطراب شدید، داروهای بیهوشی و حاملگی.	
۲. جهت انحراف فکر بیمار از احساس تهوع از یک موسیقی ملایم، تلویزیون و ویدئو با توجه به علاقه بیمار استفاده کنید.	
۳. از یک تکه پارچه (لیف) سرد در جلوی پیشانی بیمار که دچار تهوع است استفاده کنید.	
۴. از اکسیژن مکمل در صورت داشتن دستور استفاده کنید. اکسیژن می‌تواند سبب کاهش تهوع بشود.	
۵. محیط آرام، با تهویه خوب، بدون داشتن بوی شدید غذا، عطر یا محلول‌های پاک کننده مهیا سازید.	
۶. از حرکت ناگهانی بیمار اجتناب کرده و به بیمار فرصت بدهید تا در صورت تمایل در تخت دراز بکشد.	
۷. اگر تهوع بیمار با استفراغ‌های مکرر همراه است، بیمار را از نظر تعادل آب و الکترولیت بررسی کنید.	
۸. یک ظرف تمیز همراه با دستمال کاغذی برای مواقعی که استفراغ دارد در اختیارش بگذارید.	
۹. پس از استفراغ بیمار، بهداشت دهان را حفظ کنید.	
۱۰. در هنگام استفراغ در کنار بیمار بمانید و دستتان را بر روی شانه‌های او بگذارید و ظرف استفراغ را جلوی او نگهدارید.	

۱۱. بعد از اینکه استفراغ بیمار برطرف شده و تهوع کاهش پیدا کرد به بیمار مایعات صاف مثل سودا یا زنجبیل بدهید و سپس غذاهای ملایم مثل (نان تست یا کلوچه خشک بدهید و سپس رژیم بیمار را تبدیل به رژیم نرم نمایید.
۱۲. در ظرف را قبل از ورود به اتاق بیمار بردارید.
۱۳. با پزشک در ارتباط با نیاز به مصرف داروهای ضدتهوع بصورت پروفیلاکتیک یا زمانیکه تهوع استفراغ رخ می‌دهد، مشورت کنید.
۱۴. از ضد استفراغ استفاده کرده و از مداخلات پرستاری جهت افزایش حمایت از بیمار و اطلاعات به آنها استفاده کنید.
۱۵. با یک پزشک در مورد استفاده از TENS بعنوان یک درمان مکمل برای کنترل تهوع ناشی از کموتراپی استفاده کنید.
۱۶. برای بیماران که پس از مصرف داروهای ضدتهوع و یا سایر درمانها، تهوع و استفراغ همچنان ادامه می‌یابد یا پزشک در مورد استفاده از طب فشاری یا استفاده از TENS مشورت کنید.
۱۷. برای بیماری که تهوع دارد، به مدت ده دقیقه کف پا را ماساژ دهید.
آموزش به بیمار
Patient Education
۱. به بیمار کمک کنید که یاد بگیرد چگونه از نقاط فشاری برای کنترل تهوع استفراغ استفاده کند و فشار دو طرفه‌ای در ناحیه پشت مچ و روی زانوها وارد نماید.
۲. در بیماری که دچار تهوع و استفراغ پیش بینی شونده است، مداخلاتی همچون آموزش تن آرامی، تصور سازی هدایت شده برای کاهش تهوع ناشی از وقایع استفاده کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - علایم اضطراب را تعیین و بیان کند. - روش های کنترل اضطراب را بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را بیان کند. - علایم حیاتی طبیعی داشته و کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد. - ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیت که بیانگر کاهش نگرانی است را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارض‌ها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations

۱. میزان اضطراب بیمار و واکنش‌های جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی پنه، بیان غیرکلامی اضطراب). این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می‌کنید؟» انجام دهید.
 ۲. در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علایم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید.
 ۳. بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت» «من می‌توانم این کار را در این زمان انجام دهم» «من می‌توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید.
 ۴. تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید.
 ۵. همه فعالیتها و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیرپزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید.
 ۶. مهارت‌های سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می‌برده است، را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید.
 ۷. جهت کاهش اضطراب بیمار، پشت بیمار را ماساژ دهید.
 ۸. از روش های لمس درمانی استفاده کنید.
 ۹. از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید.
 ۱۰. وسیله‌ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی یا نوار مورد علاقه‌اش تشویق کنید.
 ۱۱. مصرف الکل، آرام‌بخش‌ها و سیگار را توسط بیمار منع کنید.
 ۱۲. از مصرف هر گونه مواد محرک نظیر کافئین، نیکوتین، تنوفیلین، تربوتالین سولفات، آمفتامین‌ها و کوکائین آگاه بوده و مصرف آنها را محدود یا قطع کنید.
- مراقبت در منزل**
۱. به اضطراب بیمار بدون قضاوت شخصی در مورد منبع آن توجه کنید.
 ۲. به خانواده بیمار در حمایت کامل بیمار در مواقع مواجهه با علایم اضطراب کمک کنید.
 ۳. تأثیر اضطراب بر رژیم درمانی را بررسی کنید.
 ۴. بیمار را از نظر وجود افسردگی بررسی کنید.
 ۵. بیمار را مبتلا به اختلال پانیک یا سایر مشکلات روانپزشکی مرتبط با اضطراب را جهت مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، به متخصص مربوطه ارجاع دهید.
 ۶. به بیمار و خانواده در مورد مصرف صحیح و مناسب رژیم درمانی کمک کنید. در مورد عوارض جانبی، اهمیت مصرف دارو طبق دستور و علایمی که بایستی سریعاً به پزشک یا پرستار گزارش شود، آموزش دهید.
 ۷. بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم برنامه اورژانسی را اجرا کنید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید.
 ۸. بیمار را به استفاده از منابع اجتماعی مناسب ترغیب کنید: خانواده، دوستان، همسایگان و گروه‌های حمایتی و

سایر افرادی که وضعیت مشابه با بیمار دارند.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. علایم اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۲. به بیمار در تعریف میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب مداخلات مناسب کمک کنید. ۳. به بیمار روش های خود کنترلی اضطراب را آموزش دهید. ۴. به بیمار روش های آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید. ۵. تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا برکرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد. ۶. به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد هر برنامه یا فعالیت در ذهن خود تصویر سازی کند. ۷. به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سؤال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.	

بیان مشکل	Problem Definition
اجرای غیر موثر نقش	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - انتظارات خود را از مسئولیت های جدید بیان کند. - از مسئولیت های جدید خود و رفتار های اجتماعی مرتبط با آن آگاه باشد. - محدودیتهای فیزیکی نقش جدید را بپذیرد و به راههای تغییر سبک زندگی جهت هماهنگی با اهداف و نقش جدید توجه نماید. - درک و احساس واقعی اش از نقش خود بیان نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. میزان آگاهی بیمار را از رفتار مناسب با نقش بررسی نمایید. ۲. از بیمار سئوالات مستقیمی در رابطه با نقش جدید خود بپرسید و بررسی نمایید چگونه سیستم مراقبتی می تواند به او در تداوم این نقش کمک نماید. ۳. به بیمار اجازه دهید تا احساس خود را در رابطه با تغییر نقش بیان نماید. ۴. از بیمار بخواهید توانمندی مورد نیاز برای نقش جدید را لیست کند. ۵. از بیمار بخواهید مشکلات مربوط به نقش جدیدش را فهرست نموده و راههای رهایی از آنرا تعیین کند.	

۶. از فعالیتهای مذهبی بیمار حمایت کنید. ۷. راههای جبران ناتوانیهای جسمی را تعیین کنید. ۸. خانواده را تشویق کنید از گروههای حمایتی و برنامههای خدماتی برای کمک به تغییر نقش استفاده نماید. ۹. مداخلاتی جهت تطابق شرایط بیمار با مراقبت در منزل فراهم نمائید. ۱۰. اتفاقاتی که طی تغییر نقش ممکن است رخ دهد را تعیین نمائید. ۱۱. توانایی خانواده را در قبول مسئولیت مربوط به کاهش یا تغییر در نقش بیمار را بررسی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- مواد آموزشی برای اعضاء خانواده بیمار و کمک به بیمار در تطابق با استرس را فراهم کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
انکار ناموثر	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - در هنگام نیاز به دنبال مراقبت بهداشتی مناسب باشد. - از درمان های خانگی تنها هنگامیکه مناسب است استفاده کند. - اثرات مناسب درمان را نشان دهد و ترس های خود را بیان کند. - از سوء مصرف مواد اجتناب کند و در صورت نیاز در برنامههای مربوط به ترک سوء مصرف مواد شرکت کند. - مکانیسمهای مقابله تطابقی را بکار گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- درک بیمار را از علایم و نشانههای بیماری ارزیابی کنید. ۲- زمانی را با بیمار بگذرانید و به آنها فرصت کافی برای عکس العمل بدهید. ۳- بررسی کنید که آیا استفاده از انکار در مراقبت از بیمار نقش کمک کننده یا بازدارنده دارد. ۴- به بیمار اجازه بدهید که افکار خود را بیان کند و از آن بعنوان یک مکانیسم مقابله استفاده کند. ۵- علایم جزئی افکار را بررسی کنید (بعنوان مثال خوش بینی غیرواقعی یا کوچک شمردن علایم، و ناتوانی در پذیرش ترسهای خود). ۶- از رویارویی مستقیم پرهیز کنید. ۷- یک ارتباط درمانی مبتنی بر اعتماد را با بیمار و خانواده او برقرار کنید. ۸- اعضاء خانواده بیمار را به بیان ترس و نگرانیها تشویق کنید. ۹- همتراز با بیمار بنشینید و از لمس در صورت امکان و با در نظر داشتن شرایط فرهنگی و مذهبی و با اجازه	

بیمار استفاده کنید.	
۱۰- به بیمار این امکان را بدهید تا در رابطه با برنامه درمان خود و تصمیم‌گیری و انتخاب برنامه مشارکت داشته باشد.	
۱۱- به بیمار کمک کنید تا منابع حمایتی موجود و یا بیشتر را بشناسد و به او فرصت تطابق با بیماری را بدهید.	
۱۲- بیمار و خانواده را تشویق کنید که بحرانهای اولیه خویش را توصیف و روش مقابله با آن را شرح دهند.	
۱۳- در صورت لزوم بیمار یا خانواده را به یک مشاوره بهداشت روان ماهر ارجاع دهید تا به آنها در برنامه ریزی مداخلاتی که از افکار بعنوان یک مکانیسم دفاعی موثر استفاده کرده یا در حال استفاده است، کمک نماید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- علایم و نشانه‌های بیماری را برای بیمار در صورت نیاز توضیح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز صدمه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- بدور از صدمه باشد.	
- روشهای جلوگیری از صدمه را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از آسیبهای باتروژنیک ناشی از بستری شدن در بیمارستان با توجه به راهنمای مراقبتی زیر جلوگیری نمایند.	
۲. از حداقل دو روش برای شناسایی بیمار قبل از انجام مداخله دارویی استفاده نمایند، مانند نام بیمار، شماره ثبت پزشکی و یا تاریخ تولد.	
۳. قبل از انجام هر گونه مداخله تهاجمی دقیقاً اطلاعات مربوط به بیمار را کنترل کنید تا دقیق بوده و روش و محل صحیح برای انجام مداخلات را با استفاده از روشهای ارتباطی فعال و غیر فعال مشخص نمایند.	
۴. وقتی دستورات را بصورت شفاهی و یا تلفنی دریافت می کنید باید به صورت کتبی بنویسید و دوباره دستورات را بخوانید.	
۵. بیماران را از نظر خطر افتادن / سقوط از تخت کنترل کنید و کارهایی را برای جلوگیری از خطر افتادن انجام دهید.	
۶. بیمار را نسبت به محیط خود آشنا نمایند.	
۷. زنگ را در اختیار بیمار قرار داده و کار با آن را یاد دهید و سریعاً به زنگ بیمار توجه نمایند.	

۸. از استفاده از محدود کننده های بیمار تا حد ممکن اجتناب نمائید.
۹. در محلی که از محدود کننده برای بیمار استفاده می کنید به موارد زیر توجه نمائید:
 - به پرستاران تذکر دهید مرتباً بیمار را کنترل نمایند.
 - مکان های خاص پرستاری برای مراقبت از بیماران دچار نواقص عملکردی و یا شناختی فراهم نمائید.
 - سیستم های هشدار در زانو، مچ پا و مچ دست قرار دهید.
 - زنگهای هشدار دهنده در تخت و یا صندلی چرخ دار قرار دهید.
 - در های بخش را قفل کنید و تختهای بیماران کوتاه یا خیلی کوتاه باشد.
 - دفعات مشاهده از بیمار را افزایش دهید.
 - بالش ها را طوری قرار دهید که از بیمار در تخت محافظت نماید.
۱۰. برای بیمارانی که بی قرار (آزیته) هستند موزیک با توجه به علاقه فردی بیمار در نظر بگیرید.
۱۱. داروهایی که دارای عوارض جانبی بوده و خطر صدمه به بیمار را افزایش می دهند بررسی کنید.
۱۲. نرده کنار تخت را يك چهارم تا يك دوم بالا ببرید و تخت بیمار را در سطح پائین قرار دهید و مطمئن باشید که چرخ های تخت قفل است. چراغ خواب بیمار در شب روشن باشد.
۱۳. اگر بیمار بطور ناگهانی دچار گیجی شد بررسی کنید علت طبی دارد یا خیر و درمان لازم را انجام دهید. همچنین از اطرافیان بیمار بخواهید تا وسائلی که برای بیمار آشنا هستند مانند ساعت دیواری و یا مچی را از منزل بیاورند.
۱۴. از خانواده بیمار بخواهید در کنار بیمار بمانند تا از حوادثی چون احتمال افتادن از تخت و یا کشیدن تیوب جلوگیری شود.
۱۵. تمام وسائلی که ممکن است به بیمار صدمه برساند را از آنان دور نمائید.
۱۶. بیمار را در اتاقی نزدیک ایستگاه پرستاری قرار دهید.
۱۷. به بیمار کمک کنید تا در روی صندلی ثابت که دارای دسته است بنشیند و از استفاده از صندلی چرخدار مگر در مواردی که برای جابجایی لازم است اجتناب شود.
۱۸. بیمار را به فیزیوتراپی جهت انجام ورزشهای قدرتی و آموزش راه رفتن جهت افزایش تحرك ارجاع دهید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هیپو پاراتیرونیسم

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در الگوی خواب
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - در طول شب، دفعات کمتری از خواب بیدار شود. - پس از بیدار شدن در طول روز سر حال بوده و احساس خستگی نکند. - بدون هیچ مشکلی بخواب رود. - برنامه‌ای را برای رعایت عادات منظم بهبود دهنده خواب طراحی کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. تاریخچه ای از خواب بیمار شامل روتین‌های زمان خوابیدن، سابقه مشکلات خواب، تغییرات خواب همراه با بیماری فعلی و استفاده از داروها و مواد محرک بگیرید. ۲. از بیمار بخواهید برنامه خواب خود را برای چند هفته بنویسد. این برنامه شامل زمان خوابیدن، زمان از خواب بیدار شدن، تعداد دفعات بیدار شدن از خواب و چرت زدن می‌باشد. ۳. میزان درد بیمار و استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی برای تسکین درد را بررسی کنید. ۴. سطح اضطراب بیمار را بررسی کنید. اگر بیمار مضطرب بود، از روش‌های آرام سازی استفاده کنید (مراجعه به مداخلات پرستاری مربوط به اضطراب). ۵. علایم شروع افسردگی جدید را بررسی کنید: خلق پائین، بیان ناامیدی و کم اشتها. بیمار را جهت مشاوره ارجاع دهید. ۶. داروها، رژیم غذایی و مصرف کافئین را بررسی کنید. منابع مخفی کافئین نظیر داروهای بدون نسخه را چک کنید.

۷. اقداماتی را قبل از خواب به منظور کمک به بهبود خواب انجام دهید (نظیر در نظر گرفتن زمانی برای آرامش ذهن).

۸. قبل از خواب، پشت بیمار را ماساژ دهید.

۹. مدت زمان کوتاهی قبل از خواب، درد بیمار را تسکین داده و موقعیت راحتی را برای خواب وی فراهم کنید.

۱۰. محیط را برای خوابیدن بیمار آرام کنید (از تلفن و موبایل استفاده نکنید، صدای تلویزیون و رادیو را کمتر کنید، پیجرها را در حالت «بدون صدا» قرار دهید، آلارم‌های پمپ‌های انفوزیون را قطع کرده و به آرامی صحبت کنید).

۱۱. بیمار را به گوش دادن صداهای آرام‌بخش نظیر صدای اقیانوس، ریزش باران و صدای آب قبل از خواب تشویق کنید. استفاده از گوش گیر (earplugs) نیز توصیه می‌شود.

۱۲. در بیماران بستری در بخش، برنامه خواب زیر را دنبال کنید:

- شیفت شب: به بیمار فرصت دهید تا از ساعت ۱ تا ۵ صبح خواب بدون وقفه داشته باشد. صداهای محیط را به حداقل برسانید.

- شیفت عصر: چرت زدن بین ساعات ۴ عصر تا ۹ شب را محدود کنید. در ساعت ۱۰ شب، لامپ‌ها را خاموش کرده، داروهای خواب آور را طبق دستور بکار برده و ایجاد صدا و حضور در اتاق بیمار را به حداقل برسانید.

- شیفت صبح: بیمار را به چرت کوتاه قبل از ساعت ۱۱ صبح تشویق کنید. بیمار را ترغیب به داشتن فعالیت بدنی مناسب کنید. برنامه زمانبندی داروهای بیمار را طوری تنظیم کرده که از بیدار کردن بیمار طی ساعات ۱ تا ۵ صبح خودداری شود.

مراقبت در منزل:

۱. به بیمار و خانواده در مورد انتظارانشان از یک خواب طبیعی آموزش دهید.

۲. محیط را از نظر خطرات احتمالی در نیمه شب بررسی کنید. در مسیر بین اتاق خواب و دستشویی نور کافی بوده و وسیله‌ای مانع سر راه نباشد.

۳. برای بی‌خوابی، مداخلات غیردارویی را در ابتدا بکار برید، کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب در طول روز، تکنیکهای آرام سازی، افزایش تماس با نور آفتاب و مداخلات آموزش در مورد حل نگرش‌های غلط در مورد خواب.

۴. از خانواده بیمار دچار اختلال مزمن خواب حمایت بعمل آورید.

۵. در صورت وجود مشکل روانی در بیمار، وی را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. از بیمار بخواهید اطلاعاتی را در مورد وضعیت خواب خود برای چند هفته یادداشت کند.

۲. تکنیک‌های آرام بخش جسمی و روحی را جهت بهبود خواب بیمار آموزش دهید.
۳. به بیمار آموزش دهید که احتیاج به فعالیت و تمرینات بدنی بیشتری دارد. بیمار را به پیاده‌روی روزانه ۵ تا ۶ ساعت قبل از به بستر رفتن تشویق کنید.
۴. بیمار را تشویق به فعالیت‌های آرام بخشی نظیر مطالعه، دیدن تلویزیون یا انجام یک کار هنری کنید.
۵. راهکارهای زیر را جهت بهبود عادات خواب بیمار آموزش دهید:
- فقط موقعیکه خواب‌آلود هستید، به رختخواب بروید.
- وقتی نیمه شب از خواب بیدار شدید، به اتاق دیگر رفته، فعالیت‌های آرام بخشی را انجام داده و فقط وقتی خواب‌آلود شدید، جهت خوابیدن به اتاق خواب برگردید.
- از تخت یا رختخواب خود فقط برای خوابیدن استفاده کنید، نه برای مطالعه یا چرت زدن جلوی تلویزیون.
- از چرت زدن هنگام ظهر یا عصر خودداری کنید.
- هر روز صبح در زمان مشخصی از خواب بیدار شوید.
- به خاطر داشته باشید که هر کسی نیاز به ۸ ساعت خواب ندارد.
- ساعت زنگ دار خود را در جایی دور از رختخواب بطوریکه دیده نشود، قرار دهید.
- هیچگاه مشکلات عملکردی خود را به بی‌خوابی نسبت ندهید و بی‌خوابی را عامل اشتباهات خود در طول روز ندانید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست	
برایندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- تمامیت سطح پوست خود را دوباره بدست آورد.	
- هر گونه اختلال در حس یا درد را در محل اختلال پوستی گزارش دهد.	
- درک خود از برنامه درمان و بهبود پوست و پیشگیری از آسیب را نشان دهد.	
- اقداماتی را برای حفاظت و بهبود پوست و مراقبت از هر ضایعه پوستی توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشکل پوستی بیمار را بررسی کرده و علت آن (نظیر زخم حاد یا مزمن، سوختگی، ضایعه پوستی، زخم فشاری، یا پارگی پوست) را تعیین کنید.	
۲. تعیین کنید که آیا مشکل پوستی فقط پوست را درگیر کرده است (نظیر زخم با عمق نسبی، زخم فشاری مرحله I یا II). از سیستم طبقه بندی نیز برای زخم‌های فشاری استفاده کنید.	
- مرحله I: تغییر پوستی ناشی از فشار و قابل مشاهده با مشخصه‌هایی در مقایسه با ناحیه مقابل بدن که	

ممکن است تغییر در یک یا چند مورد از موارد ذیل را شامل شود:

- درجه حرارت پوست (گرمی یا سردی)، قوام بافت (احساس سفتی) و حس پوست (درد یا خارش). زخم در نواحی با پیگمانتاسیون کم، به صورت ناحیه با قرمزی دایمی به نظر می‌آید در حالیکه در نواحی تیره‌تر پوست، زخم ممکن است به رنگهای قرمز، آبی یا ارغوانی دیده شود.
- مرحله II: از آسیب پوستی با ضخامت نسبی شامل زخم سطحی اپیدرم و درم که به صورت خراش، تاول یا چاله کم عمق دیده می‌شود.

نکته: برای زخم‌های عمیق‌تر در بافت زیر جلدی، عضله یا استخوان (زخم‌های فشاری مرحله III یا IV)، به مداخلات پرستاری مربوط به «زخم فشاری» مراجعه کنید.

- ۳. محل اختلال پوستی را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، گرمی، درد یا علایم دیگر عفونت کنترل کنید. تعیین کنید که آیا بیمار تغییر در حس یا درد را تجربه می‌کند. توجه زیادی به نواحی پرخطر نظیر برجستگی‌های استخوانی، چین‌های پوستی، ساکروم و پاشنه‌های پا داشته باشید.
- ۴. اعمال مراقبت از پوست بیمار را کنترل کنید. به نوع صابون و مواد تمیز کننده دیگر، درجه حرارت آب و دفعات تمیز کردن پوست توجه کنید.

۵. یک برنامه منحصر به فرد بسته به وضعیت پوست بیمار، نیازها و اولویت‌ها ترتیب دهید.

۶. وضعیت دفع ادرار بیمار را کنترل کرده و تماس مشکل پوستی و نواحی دیگر با رطوبت ناشی از بی‌اختیاری، تعریق یا ترشحات زخم را به حداقل رسانید.

۷. اگر بیمار بی‌اختیاری دارد، یک برنامه کنترل بی‌اختیاری جهت جلوگیری از تماس با مواد شیمیایی ادرار و مدفوع که می‌تواند به پوست آسیب برساند، اجرا کنید. بیمار را جهت بررسی بی‌اختیاری به متخصص کلیه و مجاری ادرار یا متخصص گوارش ارجاع دهید.

۸. بیمار را در محل اختلال پوستی پوزیشن ندهید. در راستای دستیابی به اهداف درمانی، بیمار را هر ۲ ساعت چرخانیده و تغییر پوزیشن دهید.

۹. بیمار را جهت استفاده از تشک‌ها، تخت‌ها یا وسایل، بطور مناسب ارزیابی کنید. به منظور کاهش اصطکاک، سر تخت را در پایین‌ترین درجه ممکن قرار داده و از بالش‌ها جهت کاهش فشار استفاده کنید.

۱۰. برنامه درمانی مکتوب برای درمان موضعی پوست را اجراء کنید.

۱۱. از ماساژ اطراف محل مشکل پوستی و برجستگی‌های استخوانی خودداری کنید.

۱۲. وضعیت تغذیه‌ای بیمار را بررسی کنید. در صورت لزوم وی را به یک مشاور تغذیه ارجاع داده و مکمل‌های غذایی را به وی پیشنهاد دهید.

۱۳. مرحله بهبودی زخم بیمار (التهاب، پرولیفراسیون، بهبودی کامل) و مرحله آسیب را تعیین کنید.

مراقبت در منزل:

- ۱. نحوه تعویض پانسمان و اهمیت حفظ محیط تمیز برای زخم را به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- ۲. تغذیه مناسب، علایم و نشانه‌های عفونت و زمان تماس با پزشک یا پرستار را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. معاینه پوست و زخم و روشهای کنترل علایم و نشانه‌های عفونت، عوارض و بهبودی را آموزش دهید. ۲. علت انتخاب درمان موضعی را به بیمار آموزش دهید. ۳. در راستای دستیابی به اهداف مراقبتی، چرخش و تغییر پوزیشن بیمار حداقل هر دو ساعت را، آموزش دهید. ۴. به بیمار در مورد استفاده از بالش‌ها و وسایل کاهنده فشار جهت پیشگیری از زخم فشاری آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل نسبت به فعالیت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
انتظار می‌رود بیمار در چارچوب زمانی مشخص:	
- در انجام فعالیتهای جسمانی توصیه شده با توجه به افزایش متناسب تعداد ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس شرکت نماید.	
- علایم اثرات جانبی ناشی از انجام فعالیت را بیان کند و شروع حملات را فوراً گزارش نماید.	
- در هنگام فعالیت پوست دارای رنگ طبیعی، گرم و خشک باقی بماند.	
- نیاز به افزایش تدریجی فعالیت بر اساس آزمایش، تحمل و علایم را بصورت کلامی بیان کند.	
- نیاز به تعادل میان فعالیت و استراحت را درک کرده باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ارزیابی روزانه بیمار برای تعیین تناسب بین فعالیت روزانه و دستور استراحت در تخت.	
۲- در صورتیکه بیمار اغلب استراحت در تخت دارد چندین بار در روز او را از تخت پایین آورده تا مشکلات قلبی عروقی را کاهش دهید.	
۳- در وقت مناسب به تدریج فعالیت بیمار را افزایش داده و به بیمار اجازه دهید برای تغییر پوزیشن، جابجایی و در مراقبت از خود در صورتیکه امکان پذیر باشد کمک نماید.	
۴- مراحل به حرکت واداشتن بیمار شامل نشستن در تخت با پاهای آویزان، ایستادن در کنار تخت و در نهایت حرکت کردن می‌باشد. در این حالت بیمار از نظر سرگیجه و افت فشار خون بررسی گردد.	
۵- وقتی بیمار به حالت سرپا قرار می‌گیرد او را از نظر علایم عدم تحمل مانند تهوع، رنگ پریدگی، گیجی، تاری دید و افت سطح هوشیاری و تغییر در علایم حیاتی مشاهده کنید.	
۶- اگر بیمار هنگام انجام فعالیت دچار سینکوپ شود، به پزشک گزارش کنید.	
۷- تمرینات دامنه حرکتی را در صورتیکه بیمار قادر به تحمل فعالیت نباشد یا عمدتاً بی‌حرکت است انجام دهید.	
۸- توانایی بیمار برای تحمل فعالیت شامل تعداد تنفس، فشار خون، بیقراری، تنگی نفس، استفاده از عضلات	

فرعی تنفسی، رنگ پوست باید قبل و بعد از انجام فعالیت، پایش و ثبت گردد.	
۹- اگر علایم و نشانه‌های مشکلات قلبی مثل: تنگی نفس، درد قفسه سینه، طپش قلب، ضعف شدید، احساس سبکی در سر، گیجی، سیانوز و اختلال در گردش خون محیطی و دیس ریتمی قلبی، افت فشار خون فعالیت (افت فشار خون سیستول ۱۰ میلی متر جیوه از میزان پایه فشار خون)، افزایش فشار خون فعالیت (فشار خون بالاتر از ۱۸۰ میلی متر جیوه و دیاستول بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه)، برادیکاردی نامتناسب (افت تعداد ضربان قلب بیشتر از ۱۰ تا در دقیقه یا رسیدن تعداد ضربان قلب به زیر ۵۰ ضربه در دقیقه)، افزایش تعداد ضربان قلب به بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه بروز نماید، بلافاصله باید فعالیت متوقف شود. ۱۰- سلامت پوست باید در طی روز چندین مرتبه بررسی گردد. ۱۱- از نظر بیوست باید بیمار بررسی شود. در صورت وجود بیوست به مداخلات پرستاری مربوطه مراجعه شود. ۱۲- بیمار را در رابطه با عواملی که موجب می‌شود بیمار تغذیه کافی دریافت ننماید، ارزیابی کنید. ۱۳- همراه با حمایت روحی، بیمار را به افزایش تدریجی فعالیت تشویق کنید. ۱۴- بررسی بیمار از نظر وجود درد قبل از شروع فعالیت و در صورت امکان درد بیمار قبل از انجام فعالیت درمان شده و اطمینان پیدا کنید بیمار ضد درد زیادی مصرف نکرده باشد. ۱۵- نیاز بیمار را جهت استفاده از وسایل کمکی، قبل از حرکت بررسی کنید (عصا، واکر، اکسیژن پرتابل، چوب زیر بغل).	
آموزش به بیمار	Patient Education
- به بیمار آموزش دهید در صورت بروز علائم زیر، فعالیت‌ها را فوراً قطع نماید و به پزشک یا پرستار اطلاع دهد: حمله جدید یا بدتر شدن شرایط، عدم آسایش مکرر، تنگی یا فشار و یا درد در قفسه سینه، گردن، فک، شانه و بازوها، طپش قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی مفرط و غیرمعمول، عطش هوا. - اگر علایم فوق بیش از ۱۰-۵ دقیقه طول بیانجامد بیمار باید توسط پزشک معاینه گردد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص: - عوامل احتمالی که موجب تشدید یا کاهش خستگی می‌شود را شناسایی کند. - راه‌های ارزیابی و الگوهای خستگی را توصیف نماید. - افزایش انرژی و بهبود احساس خوب بودن را بیان نماید. - راه‌های ذخیره انرژی برای جبران ضعف و خستگی را بکار بندد.	

- راههای حفظ و تجدید انرژی برای ضعف و خستگی را مورد استفاده قرار دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. شدت خستگی را با مقیاس صفر تا ۱۰ بررسی کنید (خستگی متوسط، بدترین و بهترین سطوح خستگی). تکرار خستگی را بررسی کنید (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (درد)، توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (فعالیت روزمره زندگی که به کمک وسایل کمکی صورت میگیرد)، تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق خو، الگوی معمول فعالیت.	۱. شدت خستگی را با مقیاس صفر تا ۱۰ بررسی کنید (خستگی متوسط، بدترین و بهترین سطوح خستگی). تکرار خستگی را بررسی کنید (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (درد)، توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (فعالیت روزمره زندگی که به کمک وسایل کمکی صورت میگیرد)، تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق خو، الگوی معمول فعالیت.
۲. کفایت تغذیه والگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و در خواب ماندن). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد. چرت زدن های در روز را محدود کند. به خصوص در اواخر عصر یا غروب، از یک برنامه زمانبندی شده و روتین برای خواب و استراحت استفاده کنند. رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند.	۲. کفایت تغذیه والگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و در خواب ماندن). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد. چرت زدن های در روز را محدود کند. به خصوص در اواخر عصر یا غروب، از یک برنامه زمانبندی شده و روتین برای خواب و استراحت استفاده کنند. رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند.
۳. اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هایپوتیرئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید. ۴. بیمار را تشویق کنید احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید، شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی.	۳. اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هایپوتیرئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید. ۴. بیمار را تشویق کنید احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید، شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی.
۵. بیمار را تشویق به نوشتن فعالیتهای خود نظیر علایم خستگی، نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت ها و نقش معمول. ۶. به بیمار کمک کنید یکسری اهداف ساده کوتاه مدت مثلاً دو جمله در مورد فعالیت های روزمره زندگی بنویسد یا اینکه دو بار در روز در راهروی بیمارستان قدم بزند و برای خود برنامه ریزی نماید.	۵. بیمار را تشویق به نوشتن فعالیتهای خود نظیر علایم خستگی، نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت ها و نقش معمول. ۶. به بیمار کمک کنید یکسری اهداف ساده کوتاه مدت مثلاً دو جمله در مورد فعالیت های روزمره زندگی بنویسد یا اینکه دو بار در روز در راهروی بیمارستان قدم بزند و برای خود برنامه ریزی نماید.
۷. به بیمار کمک کنید تا فعالیتهای ضروری و غیرضروری را مشخص نموده و آن دسته از فعالیت هایی که دیگران میتوانند برای او انجام دهند را مشخص نماید و اگر لازم است فعالیتهای اجتماعی را محدود کنید. ۸. به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت هایی که موجب خستگی وی نمیشود را تنهایی انجام دهد.	۷. به بیمار کمک کنید تا فعالیتهای ضروری و غیرضروری را مشخص نموده و آن دسته از فعالیت هایی که دیگران میتوانند برای او انجام دهند را مشخص نماید و اگر لازم است فعالیتهای اجتماعی را محدود کنید. ۸. به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت هایی که موجب خستگی وی نمیشود را تنهایی انجام دهد.
۹. بیمار را به قدم زدن تشویق کنید. ۱۰. با تایید پزشک بیمار را به یک فیزیوتراپ برای انجام ورزشهای آیروبیک کنترل شده ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا برایش فراهم نمایید.	۹. بیمار را به قدم زدن تشویق کنید. ۱۰. با تایید پزشک بیمار را به یک فیزیوتراپ برای انجام ورزشهای آیروبیک کنترل شده ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا برایش فراهم نمایید.
۱۱. بیماران ممکن است از خط مشی های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند بخصوص هنگامیکه برای خستگی بیمار چندین دلیل وجود داشته باشد.	۱۱. بیماران ممکن است از خط مشی های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند بخصوص هنگامیکه برای خستگی بیمار چندین دلیل وجود داشته باشد.
۱۲. در مورد بیماران قلبی خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد مشکل شایعی است که در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید.	۱۲. در مورد بیماران قلبی خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد مشکل شایعی است که در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید.
۱۳. در مورد خستگی ناشی از سرطان یا درمانهای مرتبط با آن شاخص های آزمایشگاهی بیمار را کنترل کنید. بیمار را از نظر کم خونی بررسی کنید. رژیم های درمانی (کموتراپی و یا رادیوتراپی) بیمار را ارزشیابی	۱۳. در مورد خستگی ناشی از سرطان یا درمانهای مرتبط با آن شاخص های آزمایشگاهی بیمار را کنترل کنید. بیمار را از نظر کم خونی بررسی کنید. رژیم های درمانی (کموتراپی و یا رادیوتراپی) بیمار را ارزشیابی

کنید و از مداخلاتی که نگهدارنده انرژی در بدن است استفاده کنید.	
۱۴.	همچنین بیمار را از نظر سایر علایمی که موجب افزایش خستگی می شود مثل درد یا افسردگی کنترل نمایید.
۱۵.	مراقب علایم بدخلقی، تهوع و اختلالات در خواب باشید.
۱۶.	بیمار را تشویق کنید در صورت امکان فعالیت فیزیکی بیشتری انجام دهد.
۱۷.	سعی کنید نگرش مثبت تری نسبت به آینده در آنها ایجاد کنید.
۱۸.	بین دوره های درمانی زمانهایی را جهت ریکواری به بیمار بدهید.
آموزش به بیمار	
Patient Education	
۱.	روشهای حفظ انرژی مثل نشستن به جای ایستادن در هنگام دوش گرفتن را به بیمار آموزش دهید.
۲.	به بیمار آموزش دهید که همواره همراه خویش يك تقویم جیبی داشته لیست فعالیت مورد نیاز خود را در آن یادداشت نماید.
۳.	شیوه های کاهش استراحت همچون کنترل تنفس (تنفس عمیق) و استفاده از موزیک را آموزش دهید.
۴.	به بیمار در مورد داشتن يك زندگی سالم همراه تغذیه کافی، مایعات و استراحت و تمرینات مناسب جهت کاهش خستگی آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- علایم اضطراب را تعیین و بیان کند. - روش های کنترل اضطراب را تعیین، بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را بیان کند. - علایم حیاتی طبیعی داشته و کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد. - ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیت بیانگر کاهش نگرانی را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارض ها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد. - افزایش تمرکز خارجی را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. میزان اضطراب بیمار و واکنش های جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی	

پنه، بیان غیرکلامی اضطراب). این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می‌کنید؟» انجام دهید.

۲. در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علایم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید.
۳. بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت» «من می‌توانم این کار را در این زمان انجام دهم» «من می‌توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید.
۴. تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید.
۵. همه فعالیتها و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیرپزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید.
۶. مهارتهای سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می‌برده است را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید.
۷. جهت کاهش اضطراب بیمار پشت وی را ماساژ دهید.
۸. از تکنیکهای لمس درمانی استفاده کنید.
۹. از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید.
۱۰. وسیله‌ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی یا نوار مورد علاقه‌اش تشویق کنید.

مراقبت در منزل:

۱. به اضطراب بیمار بدون قضاوت شخصی در مورد منبع آن توجه کنید.
۲. به خانواده بیمار در حمایت کامل بیمار در مواقع مواجهه با علایم اضطراب کمک کنید.
۳. تأثیر اضطراب بر رژیم درمانی را بررسی کنید.
۴. بیمار را از نظر وجود افسردگی بررسی کنید.
۵. بیماران مبتلا به اختلال پانیک یا سایر مشکلات روانپزشکی مرتبط با اضطراب را جهت مصرف داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی، به متخصص مربوطه ارجاع دهید.
۶. به بیمار و خانواده در مورد مصرف صحیح و مناسب رژیم درمانی کمک کنید. در مورد عوارض جانبی، اهمیت مصرف داروها طبق دستور و علایمی که بایستی سریعاً به پزشک یا پرستار گزارش شود، آموزش دهید.
۷. بیمار را از نظر افکار خودکشی بررسی کنید. در صورت لزوم برنامه اورژانسی را اجرا کنید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید.
۸. بیمار را به استفاده از منابع اجتماعی مناسب ترغیب کنید: خانواده، دوستان، همسایگان و گروههای حمایتی و سایر افرادی که وضعیت مشابه با بیمار دارند.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. علایم اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید.	

۲. به بیمار در تعریف میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب مداخلات مناسب کمک کنید.
۳. به بیمار روش های خود کنترلی اضطراب را آموزش دهید.
۴. به بیمار تکنیکهای آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید.
۵. تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا بر کرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد.
۶. به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد پروسیجر در ذهن خود تصویر سازی کند.
۷. به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سوال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.

بیان مشکل	Problem Definition
انکار ناموثر	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- در هنگام نیاز به دنبال مراقبت بهداشتی مناسب باشد.	
- از درمانهای خانگی تنها هنگامی که مناسب است استفاده کند.	
- اثرات مناسب رانشان دهد و ترس های خود را بیان کند.	
- از سوء مصرف مواد اجتناب کند و در صورت نیاز در برنامه های مربوط به ترک سوء مصرف مواد شرکت کند.	
- مکانیسم های مقابله تطابقی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- درک بیمار را از علایم و نشانه های بیماری ارزیابی کنید.	
۲- زمانی را با بیمار بگذرانید و به آنها فرصت کافی برای عکس العمل بدهید.	
۳- بررسی کنید که آیا استفاده از انکار در مراقبت از بیمار نقش کمک کننده یا بازدارنده دارد.	
۴- به بیمار اجازه بدهید که افکار خود را بیان کند و از آن بعنوان یک مکانیسم مقابله استفاده کند.	
۵- علایم جزیی افکار را بررسی کنید (بعنوان مثال خوش بینی غیرواقعی یا کوچک شمردن علایم، و ناتوانی در پذیرش ترسهای خود).	
۶- از رویارویی مستقیم پرهیز کنید.	

۷- یک ارتباط درمانی مبتنی بر اعتماد را با بیمار و خانواده او برقرار کنید.
۸- اعضای خانواده بیمار را به بیان ترس و نگرانی‌ها تشویق کنید.
۹- 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.
۱۰- در صورت لزوم بیمار یا خانواده را به یک مشاوره بهداشت روان مجرب ارجاع دهید تا به آنها در برنامه ریزی مداخلاتی که از افکار بعنوان یک مکانیسم دفاعی موثر استفاده کرده یا در حال استفاده است، کمک نماید.
Patient Education
۱. علایم و نشانه‌های بیماری را برای بیمار در صورت نیاز توضیح دهید.
۲. به بیمار این امکان را بدهید تا در رابطه با برنامه درمان خود و تصمیم‌گیری و انتخاب برنامه مشارکت داشته باشد.
۳. به بیمار کمک کنید تا منابع حمایتی موجود و یا بیشتر را بشناسد و به او فرصت تطابق با بیماری را بدهید.
۴. بیمار و خانواده را تشویق کنید که بحرانهای اولیه خویش را توصیف و روش مقابله با آن را شرح دهند.

Problem Definition	بیان مشکل
خطر بروز صدمه	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
انتظار می رود بیمار در چارچوب زمانی مشخص:	
- بدور از صدمه باشد.	
- روشهای جلوگیری از صدمه را بکار بندد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. قبل از انجام هر گونه مداخله تهاجمی و یا جراحی دقیقاً اطلاعات مربوط به بیمار را کنترل کنید تا دقیق بوده و روش و محل صحیح برای انجام مداخلات را با استفاده از روشهای ارتباطی فعال و غیر فعال مشخص نمایید.	
۲. وقتی دستورات را بصورت شفاهی و یا تلفنی دریافت می کنید باید به صورت کتبی بنویسید و دوباره دستورات را بخوانید.	
۳. بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت کنترل کنید و کارهایی را برای جلوگیری از خطر افتادن انجام دهید.	
۴. بیمار را نسبت به محیط خود آشنا نمایید.	
۵. زنگ را در اختیار بیمار قرار داده و کار با آن را یاد دهید و سریعاً به زنگ بیمار توجه نمایید.	
۶. از استفاده از محدود کننده های بیمار تا حد ممکن اجتناب نمایید.	

۷. در محلی که از محدود کننده برای بیمار استفاده می کنید به موارد زیر توجه نمایید:
- به پرستاران تذکر دهید مرتباً بیمار را کنترل نمایند. - بخشهای خاص پرستاری برای مراقبت از بیماران دچار نواقص عملکردی و یا شناختی فراهم نمایند. - سیستمهای هشدار در زانو، مچ پا و مچ دست قرار دهید. - زنگهای هشدار دهنده در تخت و یا صندلی چرخ دار قرار دهید. - درهای بخش را قفل کنید و تختهای بیماران کوتاه یا خیلی کوتاه باشد. - دفعات مشاهده از بیمار را افزایش دهید. - بالش ها را طوری قرار دهید که از بیمار در تخت محافظت نماید.
۸. برای بیمارانی که آژیه هستند موزیک با توجه به علاقه فردی بیمار در نظر بگیرید.
۹. دارو هایی که دارای عوارض جانبی بوده و خطر صدمه به بیمار را افزایش می دهند، بررسی کنید.
۱۰. نرده کنار تخت را يك چهارم تا يك دوم بالا ببرید و تخت بیمار را در سطح پائین قرار دهید و مطمئن باشید که چرخ های تخت قفل است. چراخ خواب بیمار در شب روشن باشد.
۱۱. اگر بیمار بطور ناگهانی دچار گیجی شد بررسی کنید علت طبی دارد یا خیر و درمان لازم را انجام دهید. همچنین از اطرافیان بیمار بخواهید تا وسائلی که برای بیمار آشنا هستند مانند ساعت دیواری و یا مچی را از منزل بیاورند.
۱۲. از خانواده بیمار بخواهید در کنار بیمار بمانند تا از حوادثی چون احتمال افتادن از تخت و یا کشیدن تیوب جلوگیری شود.
۱۳. تمام وسائلی که ممکن است به بیمار صدمه برساند را از آنان دور نمایید.
۱۴. بیمار را در اتاقی نزدیک ایستگاه پرستاری قرار دهید.
۱۵. به بیمار کمک کنید تا در روی صندلی ثابت که دارای دسته است بنشیند و از استفاده از صندلی چرخدار مگر در مواردی که برای جابجایی لازم است اجتناب شود.
۱۶. بیمار را به فیزیوتراپی جهت انجام ورزشهای قدرتی و آموزش راه رفتن جهت افزایش تحرک ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
تطابق خانواده بیمار	
برایندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
خانواده باید بتواند:	
- در مورد امکانات و منابع در دسترس برای کمک به بیمار در موقعیت های مختلف صحبت کنند. - اطلاعات لازم را در مورد بیماری و ناتوانی بیان نمایند. - در صورت نیاز بیمار را حمایت کنند.	

- نیاز برای جستجوی حمایت‌های اجتماعی و خارجی را بیان نمایند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. نقاط ضعف و قوت خانواده را بررسی کرده و مشخص کنید. ۲. تعامل میان اعضای خانواده را بررسی کرده، ارتباطات کلامی و غیر کلامی، پاسخ‌های فردی، گروهی و سطح استرس آنها را بسنجید. ۳. ارتباط صحیح میان اعضای خانواده را برقرار کنید. ۴. خانواده را چارچوبی برای انجام مداخلات حمایت کننده بدانید. ۵. به اعضای خانواده در تشخیص نیازهای کمکی و آموزشی کمک کنید تا بتوانند نیازهای خودشان را مشخص نمایند. ۶. بیان احساسات و هیجانات مثبت را در خانواده تشویق کنید. ۷. به خانواده یاد دهید که احساسات خویش را به صراحت بیان کنند. ۸. فرصتی را برای بحث‌های معنوی و مذهبی در خانواده فراهم کنید. ۹. مادران را مورد توجه خاص قرار دهید چون اغلب مراقبت فرزند به عهده آنها قرار می‌گیرد. ۱۰. برای خانواده ساعت‌های ملاقات در نظر بگیرید و حریم خصوصی برایشان فراهم کنید. ۱۱. عوامل استرس‌زای اضافی که ممکن است سبب رنج خانواده شود را مشخص کنید. ۱۲. در صورت نیاز خانواده را به مددکاری اجتماعی ارجاع دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- اطلاعات لازم را در مورد هر مراقبت خاص و علایم اورژانس را به خانواده آموزش دهید.	
- شماره تلفن‌های ضروری را به خانواده بدهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	اسهال
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
انتظار می‌رود بیمار در چارچوب زمانی مشخص: - مدفوع قوام کافی داشته باشد. - حداکثر دفع مدفوع روزانه یکبار تا هر سه روز یکبار باشد. - درد و حساسیت در ناحیه مقعد نداشته باشد. - کرامپ شکمی و اسهال وجود نداشته باشد. - بیمار بتواند علل اسهال و دلیل درمان آن را توضیح دهد. - تورگور پوستی و وزن بیمار در حد معمول حفظ شده باشد.	

- دفع طبیعی مدفوع داشته باشد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱. الگوی دفع بیمار را ارزیابی کنید شامل: زمان دفع، محرك معمول دفع، تداوم دفع، ثبات، مقدار و تعداد دفعات دفع، نوع و مقدار و زمان غذای مصرف شده، دریافت مایعات، عادات دفعی، رژیم غذایی، الگوی تحرك و فعالیت، سابقه جراحی و درمان های طبی. ۲. شناسایی علت اسهال بر اساس شرح حال گرفته شده (رادیوتراپی، سوء تغذیه، مصرف بی رویه ملین، استرس، عوارض دارویی، عفونت). ۳. اگر بیمار اسهال آبی و تب با شدت کم و کرامپ شکمی و سابقه درمان با آنتی بیوتیک را دارد احتمال عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل را بررسی کنید. ۴. اگر اسهال بیمار در ارتباط با آنتی بیوتیک است با پزشك در رابطه با جلوگیری از اسهال مشورت کنید. ۵. به هنگام مراقبت از مددجو مبتلا به اسهال احتیاط های ایمنی و عفونی لازم را به دقت رعایت کنید و استفاده از دستکش و شستشوی مرتب دست را فراموش نکنید. ۶. در صورت نیاز از مدفوع نمونه آزمایشگاهی تهیه و ارسال کنید. ۷. تعداد و قوام مدفوع را بصورت روزانه مشاهده و ثبت کنید. ۸. وجود و چگونگی صداهای روده بیمار را روزانه سمع و ثبت کنید و شکم را بررسی و لمس نمایید. ۹. اگر بیمار شما در خطر دهیدراتاسیون است، تورگور پوست بیمار را بررسی کنید، شیارهای زبانی بیمار را مشاهده کنید و مراقب علایمی چون تشنگی، تب، سرگیجه، حواس پرتی، تپش قلب، درد شکمی، مدفوع خونی، کاهش فشار خون و علائم شوک باشید. ۱۰. علائم کمبود سدیم و پتاسیم (ضعف، انقباضات شکمی و پاها و دیس ریتمی قلبی) را ارزیابی و گزارش کنید. نتایج مطالعات آزمایشگاهی الکترولیت ها را مشاهده و ثبت کنید. ۱۱. از جذب و دفع بیمار کاملاً آگاه باشید و ادرار کم (اولیگوری) و غلیظ (وزن مخصوص بالای ادرار) و ادرار تیره را ثبت و گزارش کنید. ۱۲. بیمار را روزانه وزن کنید و کاهش وزن را ثبت و گزارش کنید. ۱۳. مایعات رقیق و زلال را در صورت عدم وجود منع مصرف، تا حد تحمل به وی بخورانید. دمای آن ولرم باشد بهتر است و میزان آن را در برگه جذب و دفع بیمار محاسبه کنید. ۱۴. اگر اسهال عفونی نیست و بعلت سرطان و درمان های مربوط به آن است از داروهای بند آورنده اسهال طبق دستور استفاده کنید. اسهال در این افراد سبب کاهش سطح پروتئین، الکترولیت ها و آب می شود که این امر می تواند منجر به بدتر شدن شرایط و دهیدراتاسیون کشنده شود. ۱۵. اسهال ناشی از بی اختیاری مدفوعی، اغلب با رژیم های پرفیبر بهتر جواب می دهد، با پزشك مشورت کنید. ۱۶. در صورتی که اسهال طول کشید و شواهدی دال بر سوء تغذیه در بیمار مشاهده شد حتماً مورد را	

گزارش نموده و با متخصص تغذیه یا پزشك پیرامون تغذیه‌های کمکی و وریدی مشورت کنید. ۱۷. مددجو را به خوردن غذاهای کم حجم و در دفعات زیاد و غذاهایی که آسان هضم می‌شود (موز، کلوچه، بیسکویت نمکی، برنج، سیب زمینی، سوپ) تشویق کنید. بهتر است از مصرف شیر و غذاهای پرفیبر و کافئین دار (چای، قهوه و شکلات) اجتناب شود. ۱۸. دسترسی بیمار را به دستتویی یا بدین تسهیل کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- در صورت وجود اسهال شدید و بی‌اختیاری، حفظ بهداشت ناحیه پرینه را به بیمار آموزش داده و ناحیه پرینه را مورد بررسی و معاینه قرار دهید.	
منابع مورد استفاده:	
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. - Royal College of Nursing. (2005) The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence - Texas Department of State Health Services (1998), Nursing Standards of Care.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم عضلانی- اسکلتی

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد قسمت تحتانی پشت در رابطه با مسائل عضلانی – اسکلتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تسکین درد را تجربه کند که شامل موارد ذیل است: بطور آرام تغییر وضعیت دهد. از معیارهای فیزیکی، روانی و دارویی جهت تسکین درد استفاده کند. از وابستگی دارویی خودداری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. جهت کاستن درد، بیمار را تشویق کنید که فشار وارد بر عضلات پشت را کاسته و پوزیشن را بطور مکرر تغییر دهد. ۲. به بیمار آموزش دهید که درد را با رفتار درمانی و لذا کاهش تنش عضلانی و روانی کنترل نماید. تنفسهای دیافراگمی و آرام سازی که باعث کاهش تنش عضلانی می شود، درد کمر را تخفیف می دهد. انحراف توجه بیمار از درد به فعالیتی دیگر (مثل خواندن چیزی، مکالمه و تماشای تلویزیون) در برخی از موارد ممکن است موثر باشد. تخیلات گام به گام که بیمار یاد می گیرد به يك رویداد جالب تمرکز کند، ممکن است توام با چالشهای دیگر کاهش درد بکار رود. ۳. در صورت تجویز دارو پاسخ بیمار را نسبت به هر يك از داروها بررسی کنید. ۴. از گرما یا سرما برای کاهش درد استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك مختل فیزیکی در رابطه با درد، اسپاسم های عضلانی و کاهش انعطاف.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار شروع مجدد تحرك فیزیکی را به نمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است: فعالیت را بتدریج شروع کند. از پوزیشن هایی که سبب ناراحتی و اسپاسم عضله می شود خودداری کند. در طول روز اوقات استراحت را بصورت طاق باز بگذراند.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نحوه حرکت و ایستادن را بررسی کنید. ۲. بمحض فرو کش درد پشت، فعالیت های خود مراقبتی با حداقل فشار بر ساختمانهای آسیب دیده شروع می شود. ۳. تغییر وضعیت را بتدریج انجام داده و برحسب لزوم کمک گرفته شود و از حرکاتی مثل پیچ و تاب و تکان خوردن خودداری کنید. ۴. بیمار را تشویق کنید که بطور مکرر و متناوب دراز کشیده یا نشسته و یا راه برود و از انجام این کارها بطور طولانی مدت خودداری کند. ۵. بیمار ممکن است به این نتیجه برسد که نشستن در صندلی با داشتن تکیه گاه برای بازوها جهت حمایت بخشی از بدن و گذاشتن وسیله نرم در گودی کمر آرامش او را حفظ می کند. ۶. در درد شدید به بیمار آموزش دهید که فعالیت ها را بمدت ۲-۱ روز محدود کند زیرا که عدم فعالیت بطور طولانی مدت می تواند منجر به تشدید وضعیت شود. هم چنین از تشك سفت (پا تخته) استفاده کند. ۷. بطور متناوب بیمار می تواند به يك سمت دراز کشیده در حالیکه زانوها و هیپ ها را خم کرده و يك بالش در بین زانوها و ساق ها قرار داده و همچنین با يك بالش زیر سر را حمایت نماید. ۸. توصیه کنید از قرار گرفتن در وضعیت دمر خودداری کند. بدلیل اینکه لوردوز^۱ را تسریع می کند. ۹. به محض دسترسی بیمار به آرامش، ابتداء ورزشهای آئروبیك با استرس کم مثل قدم زدن کوتاه مدت یا شنا را پیشنهاد دهید و پس از دو هفته ورزشهای مربوط به عضلات شکم و تنه را شروع کند. ۱۰. برنامه ورزشی توسط فیزیوتراپ مشخص می گردد. اینها شامل ورزشهای کششی جهت تقویت عضلات اطراف مهره، ورزشهای خم کننده جهت افزودن حرکت و قدرت پشت و ورزشهای ایزومتریک خم کننده جهت نیرومند ساختن تنه می باشد. هر يك از دوره های ورزشی با آرام سازی شروع می شود. ۱۱. توصیه کنید که فرد مبتلا دو بار در روز هر بار بمدت ۳۰ دقیقه ورزشها (راه رفتن و شنا) را انجام داده و بتدریج دفعات را افزایش دهد و از فعالیتهایی مثل اسب سواری و برداشتن وزنه خودداری نماید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود آگاهی در رابطه با شیوه محافظت از مکانیک های بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند مکانیک های بدنی محافظت از پشت را به نمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است: پوستچر^۲ را بهبود بخشد. خود را در وضعیتی قرار دهد که فشار وارد به پشت را به حداقل برساند. در برنامه ورزشی شرکت کند.	

^۱ - Lordosis

^۲ - posture

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. به بیمار آموزش دهید که چگونه بایستند، بنشینند و دراز بکشند و یا شنی را بلند کنند. ۲. به بیمار توصیه کنید از پوشیدن کفشهایی با پاشنه بلند خودداری نموده و با استفاده از پاشنه کوتاه قوس پا را حمایت نماید. ۳. به بیماری که ضرورت دارد بمدت طولانی بایستد توصیه کنید بطور مکرر وزن خود را تغییر داده و یکی از پاها را روی چهارپایه کوتاه قرار دهد، زیرا که لوردوز کمر را کاهش می دهد و از قفل کردن زانوها هنگام ایستادن و هم چنین خم شدن به جلو بمدت طولانی خودداری نماید. ۴. هنگامی که بیمار نشسته است باید زانوها و هیپ ها را خم کرده و زانوها را در سطح هیپ ها یا بالاتر قرار دهد که جهت به حداقل رسانیدن لوردوز می باشد. کف پاها باید با زمین تماس داشته و پشت حمایت شود بنابراین از نشستن روی چهار پایه یا صندلی و پشت که حمایت قوی از پشت نمی شود خودداری نماید. ۵. توصیه کنید بیمار به پهلوی خوابیده در حالیکه زانوها و هیپ ها را خم کرده یا طاق باز قرار گرفته در حالیکه زانوها در وضعیت خمیده می باشد و از خوابیدن در وضعیت دمر خودداری کند. ۶. توصیه کنید وسایل را بطور ایمن و صحیح (با استفاده از عضلات قوی چهار سران، با حداقل استفاده از عضلات ضعیف پشت) بلند نماید. با فاصله دادن پاها باندازه هیپ ها، پایه وسیع از حمایت را ایجاد کرده در حالیکه زانوها را خم کرده، عضلات شکم را سفت نموده و شنی را نزدیک به بدن با حرکت ملایم بلند نماید (از بلند کردن شنی بیش از ۱/۳ وزن خود بدون کمک خودداری کند). ۷. حدود ۶ ماه طول می کشد که شخص به پوستچر جدید عادت نماید.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر عزت نفس موقعیتی پایین در رابطه با تحرک مختل و تغییر عملکرد نقش.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار مسئولیت های مربوط به نقش را شروع کند که شامل موارد ذیل است: از شیوه های سازش با وضعیت استرس استفاده کند. در فعالیت های مراقبت از خود کاهش وابستگی به دیگران را به نمایش بگذارد. مسئولیت های مربوط به نقش را با بر طرف شدن درد قسمت تحتانی پشت مجدداً برقرار کند. سبک زندگی مفید و کامل را مجدداً برقرار سازد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بیمار ممکن است از نظر انجام وظایف مختلف به افراد دیگر وابسته باشد. این وابستگی ممکن است بیش از نیازهای فیزیولوژی باشد و طریقی برای برآوردن نیازهای روانی باشد. ۲. مسئولیت های مربوط به نقش با شروع درد قسمت تحتانی پشت باید تعدیل شود.	

۳. بیمار ممکن است جهت سازش با استرسورهای خاص و یادگیری نحوه کنترل موقعیت‌های استرس‌زا نیاز به کمک داشته باشد.

۴. روان درمانی یا مشاوره ممکن است جهت کمک به شخص در شروع مجدد زندگی مفید لازم باشد.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تعادل تغذیه: بیش از نیازهای بدن در رابطه با چاقی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به وزن مطلوب دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است:	
	- نیاز به کاهش وزن را تعیین کند.
	- اهداف واقعی برقرار سازد.
	- با شیوه کاهش وزن همکاری کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. چاقی با تحت فشار گذاشتن عضلات ضعیف پشت به ایجاد مسئله کمک می کند. ورزش ها تاثیر کمتر و انجام آن سخت تر خواهد بود هنگامی که بیمار از وزن زیاد برخوردار است.	
۲. توصیه کنید وزن را از طریق تعدیل غذا کاهش داده و تغییری در عادات خوردن ایجاد کند که به وزن مطلوب دسترسی یابد.	

بیان مشکل	Problem Definition
آموزش مراقبت در کمر درد.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار درد نداشته باشد	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
کنترل درد:	
	۱. استراحت در تخت را محدود کنید. خم کردن زانوها جهت کاستن فشار به پشت است.
	۲. سعی در استفاده از شیوه غیر دارویی مثل انحراف فکر، آرام سازی، تخیل و مداخلات حرارتی (سرما یا گرما) و کاستن استرس نمایید.
	۳. از داروهایی مثل داروی ضد التهابی غیر استروئیدی، ضد درد و سست کننده های عضله استفاده کنید.
ورزش:	
	۱. از ورزشهای کششی جهت افزودن انعطاف پذیری و هم چنین ورزشهای تقویت کننده استفاده کنید.
	۲. جهت افزودن فعالیت، ورزشهای توصیه شده مربوط به پشت را انجام داده و بتدریج زمان و تناوب آنرا زیاد نمایید.

مکانیک‌های بدن:

۱. داشتن پوستچر خوب را تمرین کنید.
۲. از پیچ و تاب دادن بدن بهر شکلی خودداری نمایید.
۳. اشیاء را هل دهید بجای آنکه بسمت خودتان بکشید.
۴. در هنگام بلند کردن وسیله، آنرا نزدیک به بدن خود نگهدارید.
۵. در هنگام بلند کردن شیئی، زانوها را خم کرده و عضلات را سفت کنید.
۶. از کش دادن زیاد خود برای دسترسی به چیزی خودداری کنید.
۷. قاعده وسیع حمایت را در نظر بگیرید.
۸. از کمرست طبی جهت محافظت از پشت استفاده کنید.

تعدیل کار:

۱. عرصه کار را برای جلوگیری از فشار وارد به پشت مطابقت دهید.
۲. ارتفاع صندلی یا میز کار را تنظیم نمایید.
۳. در هنگام نشستن در صندلی از وسیله‌ای برای حمایت از کمر استفاده کنید.
۴. از ایستادن طولانی مدت و وظایف تکراری خودداری کنید.
۵. از انجام کارهایی که شامل ارتعاشات مداوم باشد خودداری کنید.
۶. از خم شدن و پیچ و تاب و بلند کردن وسیله سنگین خودداری کنید.

کاستن استرس:

۱. در نظر داشته باشید که استرس و اضطراب می‌تواند منجر به تنش عضلانی و درد شود.
۲. مکانیسم‌های موثر سازشی را جستجو نمایید.
۳. شیوه‌های کاهش استرس را یاد گرفته و تمرین کنید.
۴. به کلینیک مربوطه مراجعه کرده و پیگیری نمایید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار تحت جراحی دست یا مچ

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال فعالیت عصبی- عروقی محیطی مربوط به جراحی .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار پرفیوژن بافت محیطی را حفظ کند که شامل موارد ذیل است: حرارت طبیعی پوست و پرشدگی مجدد مویرگی را نشان دهد. احساسات طبیعی را ابراز کند. فعالیت پذیرفته حرکتی را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی وضعیت عصبی – عروقی انگشتان باز هر ساعت بمدت ۲۴ ساعت اول امراساسی برای کنترل فعالیت اعصاب و پرفیوژن دست می باشد. ۲. دست مبتلا را با دست غیر مبتلا و وضعیت پس از عمل را با قبل از عمل مقایسه کنید. در مورد حس و حرکت انگشتان پرسش کنید. ۳. با ترمیم تاندون و عصب، عروق یا گرافت پوست، فعالیت حرکتی بر حسب ضرورت آزمایش می شود. حرارت دست مبتلا را بررسی کنید. ۴. درد غیر قابل کنترل توسط ضد درد نشاندنده اختلال فعالیت عصبی – عروقی می باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد مربوط به التهاب و ادم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به تسکین درد دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است: افزایش آرامش را گزارش کند. ادم را با بالا بردن دست کنترل کند. هیچگونه ناراحتی را تجربه نکند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. درد ممکن است مربوط به جراحی، ادم، تشکیل هما توم یا باندپیچی محدود کننده باشد. جهت کنترل تورم که می تواند درد و ناراحتی بیمار را زیاد کند، با استفاده از بالشها دست را در سطح قلب قرار دهید. چنانچه بالا بردن زیاد ضرورت داشته باشد با استفاده از پارچه ^۳ سه گوش یا پایه سرم یا میله بالای سرانجام گیرد.	

^۳- sling

۲. جهت کنترل ادم ممکن است بطور متناوب از کیسه های یخ طی ۴۸- ۲۴ ساعت اول استفاده شود. ۳. باز کردن و خم کردن فعال انگشتان سبب ترفیع جریان خون شده حتی اگر حرکت بوسیله پانسمان حجیم محدود شده باشد (مگر انجام آن منع شده باشد). ۴. عموماً درد و ناراحتی ممکن است با داروی ضد درد خوراکی کنترل شود. پاسخ بیمار را نسبت به ضد دردها یا سایر معیارهای کنترل درد ارزیابی کنید. آموزش بیمار در مورد ضد دردها اهمیت دارد.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص مراقبت از خود: استحمام/بهداشت، پوشاک/آراستگی، تغذیه و یا رفتن به توالت در رابطه با دستهای باند پیچی شده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار مراقبت از خود را بطور مستقل نشان دهد که شامل موارد ذیل است:	
	طی چند روز اول پس از عمل نیاز به کمک را در فعالیتهای روزمره زندگی بطلبد. در انجام فعالیتهای روزمره زندگی با يك دست سازش یابد. دست آسیب دیده را در محدوده قابلیت های عملکردی بکار ببرد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. طی چند روز اول پس از جراحی بیمار نیاز به کمک در انجام فعالیتهای روزمره دارد. بیمار ممکن است در انجام کارهایی مثل تغذیه، استحمام و بهداشت، پوشیدن لباس و آراستگی و توالت نیاز به کمک داشته باشد. ۲. طی چند روز اول بیمار، مهارتهایی در انجام فعالیتهای روزمره زندگی با يك دست کسب می کند. بیمار را به استفاده از دست مبتلا تشویق کنید مگر منع شده باشد. بمحض پیشرفت توانایی بیمار شروع به استفاده از دست آسیب دیده کنید. ۳. فیزیوتراپ یا کاردرمان ممکن است برنامه ورزشی را مشخص سازد.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در رابطه با پروسیجر جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار فقدان عفونت از زخم را به نمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است:	
	پروتوکل درمانی و استراتژیهای پیشگیری را رعایت کند. حرارت و نبض را در محدوده طبیعی گزارش کند. هیچگونه ترشح چرکی از زخم را تجربه نکند. هیچگونه التهاب زخم را تجربه نکند.

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مثل تمام جراحی‌ها، خطر عفونت وجود دارد. کنترل حرارت و علائم و نشانه‌هایی که ملاکی از عفونت باشد را به بیمار آموزش دهید. همچنین مهم است که به بیمار در مورد تمیز و خشک نگهداشتن پانسمان و گزارش هر گونه ترشح، بوی بد یا افزایش درد و تورم توصیه کنید. ۲. آموزش بیمار شامل مراقبت آسپتیک از زخم هم چنین آنتی بیوتیک‌های پروفیلالتیک است.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. پس از انجام جراحی دست، به بیمار نحوه کنترل وضع عصبی – عروقی و نشانه‌هایی از عوارض (از قبیل اختلال حس-فلجی، درد غیر قابل کنترل، سردی انگشتان و تورم زیاد، خونریزی زیاد، ترشح چرکی و تب) را که نیاز به گزارش دارد آموزش دهید. بعلاوه داروهای تجویز شده را با بیمار مطرح نمایید. ۲. به بیمار آموزش دهید که دست را بالاتر از آرنج برده و از یخ (در صورت دستور) جهت کنترل تورم استفاده کند. ۳. بیمار را به انجام ورزشهای باز کننده و خم کننده انگشتان جهت ترفیع جریان خون تشویق کنید مگر منع شده باشد. ۴. جهت استحمام به بیمار آموزش دهید که با کشیدن کیسه پلاستیک روی دست، پانسمان را خشک نگهدارد که معمولاً پانسمان زخم تا ویزیت بعدی با جراح تعویض نمی‌شود.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار تحت جراحی پا

Problem Definition	بیان مشکل
	خطر پرفیوژن غیر موثر بافت محیطی در رابطه با ادم.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار پرفیوژن بافت محیطی را حفظ کند که شامل موارد ذیل است: حرارت طبیعی پوست و پرشدگی مجدد مویرگی را بنمایش بگذارد. احساس واقعی را ابراز نماید. فعالیت حرکتی پذیرفته را نشان دهد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. بررسی وضعیت عصبی- عروقی انگشتان باز هر ۲-۱ ساعت بمدت ۲۴ ساعت اول امر اساسی برای کنترل فعالیت اعصاب و پرفیوژن بافت ها می باشد. ۲. چنانچه بیمار طی چندین ساعت پس از جراحی ترخیص شود به بیمار و خانواده نحوه بررسی ادم و وضعیت عصبی- عروقی (جریان خون، حس و حرکت) را آموزش دهید. ۳. فعالیت مختل عصبی - عروقی می تواند درد بیمار را شدت دهد.

Problem Definition	بیان مشکل
	درد حاد مربوط به جراحی، التهاب و ادم.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار به تسکین درد دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است: پا را جهت کنترل ادم بالا ببرد. از یخ بر حسب دستور برای پا استفاده کند. از داروهای ضد درد خوراکی بر حسب ضرورت و دستور استفاده کند. کاهش درد و افزایش آرامش را گزارش کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. درد پس از جراحی پا مربوط به التهاب و ادم می باشد. تشکیل هماتوم ممکن است منجر به ناراحتی شود. جهت کنترل ادم باید پا را با چند بالش بالا ببرید، هنگامی که بیمار در حال نشسته یا دراز کشیده است جهت کنترل ادم و فراهم کردن قدری تسکین، ممکن است بطور متناوب طی ۴۸-۲۴ ساعت اول کیسه های یخ در ناحیه جراحی دستور داده شود.

۲. بمحض افزایش فعالیت، بیمار ممکن است دریابد که آویزان کردن پا ناراحت کننده است.
۳. داروی ضد درد جهت کنترل درد داده شود. به بیمار و خانواده در مورد مصرف مناسب این داروها آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
تحرک مختل فیزیکی در رابطه با وسیله بی حرکت کننده پا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تحرک زیاد را بنمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است: بطور ایمن از وسایل کمکی استفاده کند. تحمل وزن را بتدریج شروع کند. ناتوانی کمتری نسبت به مرحله قبل از عمل نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از جراحی بیمار دارای پانسمان حجیم در پا بوده که توسط یک گچ سبک یا یک پوتین خاص محافظت می شود. ۲. محدودیت تحمیل وزن بر پای عمل شده توسط جراح دستور داده می شود. به برخی از بیماران دستور داده می شود که روی پاشنه پا راه رفته و بتدریج وزن را تحمل نمایند. ۳. وسایل کمکی از جمله چوب زیر بغل، واکر ممکن است نیاز باشد. انتخاب وسیله بستگی به وضعیت عمومی بیمار، تعادل و دستور مربوط به تحمل وزن دارد. استفاده ایمن از وسایل کمکی تنها از طریق آموزش مناسب بیمار و انجام تمرین پیش از ترخیص صورت می گیرد. ۴. با پیشرفت التیام، بیمار بتدریج حرکت را در محدودیت توصیه شده شروع کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت مربوط به پروسیجر جراحی/ شکاف جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار با هیچگونه عفونتی مواجه نشود که شامل موارد ذیل است: حرارت و نبض را در محدوده طبیعی گزارش دهد. هیچگونه ترشح چرکی یا علایم التهاب زخم را نشان ندهد. پانسمان را بطور تمیز و خشک حفظ کند. آنتی بیوتیک را طبق دستور مصرف کند.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. هر گونه جراحی می‌تواند خطری برای عفونت مطرح سازد. بعلاوه پین‌های مربوط به پوست ممکن است جهت نگهداری استخوانها در وضعیت موردنظر استفاده شود و این پین‌ها نواحی احتمالی از نظر عفونت می‌باشد. باید توجه نمائید که زخم جراحی را از عفونت محافظت نمائید. ۲. در هنگام استحمام بیمار باید کیسه پلاستیک روی زخم بکشید تا از خیس شدن پیشگیری شود. آموزش بیمار در رابطه با مراقبت آسپتیک زخم و پین ممکن است ضرورت داشته باشد. ۳. به بیمار از نظر کنترل تغییرات مربوط به حرارت و عفونت آموزش دهید. وجود ترشح در پانسمان، بوی متعفن یا افزایش درد و تورم می‌تواند نشان دهنده عفونت باشد. در صورت تجویز آنتی بیوتیک‌های پروفیلاکتیک، مصرف صحیح را آموزش دهید.	
آموزش مراقبت خانگی: وضعیت عصبی – عروقی: علایم و نشانه‌های ذیل دلیل بر اختلال جریان خون بوده و باید بلافاصله به فرد حرفه‌ای گزارش کنید: تغییرات حسی. عدم توانایی به حرکت دادن انگشتان پا. احساس درد بهنگام لمس پا و یا انگشتان. تغییرات مربوط به رنگ. کنترل درد: روشهای کنترل درد بشرح زیر است: بالا بردن پا تا سطح قلب. گذاشتن یخ طبق دستور. استفاده از ضد درد بر حسب دستور. گزارش درد چنانچه تسکین نیابد. تحرک: - استفاده از وسایل کمکی بطور ایمن. - همکاری با محدودیتهای تحمل وزن. - پوشیدن کفش مخصوص محافظتی از روی پانسمان. مراقبت از زخم: - خشک و تمیز نگهداشتن پانسمان یا گچ. - گزارش فوری عفونت زخم (یعنی درد، ترشح و تب). - مصرف آنتی بیوتیک طبق دستور. - قرار ملاقات با جراح برای تعویض اولین پانسمان.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار با شکستگی خودبخودی مهره‌ها ناشی از استئوپروز

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود آگاهی در مورد فرایند استئوپروز و شیوه درمان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار آگاهی مربوط به استئوپروز و روش درمان را کسب کند که شامل موارد ذیل است: ارتباط بین کلسیم و ویتامین D و ورزش را از نظر توده استخوانی اظهار کند. کلسیم غذایی کافی و ویتامین D را صرف کند. سطح ورزش را افزایش دهد. متعاقب آموزش، داروهای تجویز شده را صرف کند. غریبالگری مشخص شده را رعایت کرده و پروسجرها را کنترل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزش بیمار متمرکز بر عوامل موثر در بروز استئوپروز، مداخلات برای ایجاد وقفه یا آهسته نمودن فرآیند و معیارهایی برای تسکین علایم خواهد بود. ۲. رژیم غذایی مناسب یا مصرف مکمل کلسیم و ویتامین D، ورزش منظم از نظر تحمل وزن و در صورت ضرورت تعدیل سبک زندگی (وقفه در کشیدن سیگار، کاهش مصرف کافئین، نوشیدنیهای ملایم دارای کربنات و الکل) کمک به حفظ توده استخوانی می‌کند. رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی کلید اولیه از نظر بروز دانسیته بالای استخوانهایی است که مقاوم به استئوپروز می‌باشند. تأکید کنید که تمام افراد نیاز مداوم به کلسیم کافی و ویتامین D و اشعه آفتاب و ورزشهای تحمل وزن جهت آهسته نمودن پیشرفت استئوپروز دارند. ۳. آموزش بیمار در رابطه با درمان دارویی امر مهمی است. بدلیل اینکه علایم گوارشی و نفخ شکم عوارض جانبی مکمل‌های کلسیم می‌باشد. به بیمار آموزش دهید که مکمل کلسیم را همراه با غذا استفاده کند. امر مهمی است که بیمار مایعات کافی جهت کاستن خطر تشکیل سنگ کلیه مصرف کند. ۴. بیسفسفونات‌ها باید با معده خالی و با یک لیوان پر از آب استفاده شود سپس بیمار نباید غذا یا مایعی مصرف نماید و یا بمدت ۳۰-۶۰ دقیقه وضعیت درازکش بخود دهد. ۵. کالسی تونین از طریق بینی روزانه مصرف می‌شود که باید از سوراخهای بینی بطور متناوب استفاده نمود تا اینکه از خشکی مخاط جلوگیری شود. مصرف روزانه کلسیم و ویتامین D همراه با این داروها ضرورت دارد.	

⁵ -Bisphosphanate

بیان مشکل	Problem Definition
	درد حاد در رابطه با شکستگی و اسپاسم عضله.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	بیمار به تسکین درد دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است: تسکین درد را در هنگام استراحت تجربه کند. حداقل ناراحتی را طی فعالیت های روزمره تجربه کند. کاهش حساسیت در ناحیه شکستگی را به نمایش بگذارد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. تسکین درد پشت ناشی از شکستگی فشارنده ممکن است با چندین بار استراحت در طول روز در وضعیت طاق باز یا به يك سمت کسب شود. ۲. تشك باید سفت باشد. خم کردن زانوها سبب سستی عضلات پشت شده و ایجاد آرامش می‌کند. گرمای موضعی و ماساژ پشت بطور متناوب سبب سستی عضلات می‌شود. ۳. به بیمار آموزش دهید که تنه را بصورت يك پارچه حرکت داده و از پیچ و تاب خودداری کند. ۴. بیمار را به حفظ پوستچر خوب تشویق کنید و مکانیک های بدن را آموزش دهید. ۵. هنگامی که به بیمار کمک می‌شود از تخت خارج شود يك کمرست طبی لومبوساکرال بمنظور حمایت موقت و بی حرکتی ممکن است پوشیده شود، گرچه چنین وسیله‌ای ناراحت کننده است و بندرت توسط بسیاری از بیماران مسن تحمل می‌شود. ۶. همزمان با کاهش درد ، بیمار بتدریج فعالیت را از سر گیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
	خطر یبوست در رابطه با بی حرکتی یا بروز ایلئوس (انسداد روده).
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	بیمار دفع طبیعی روده را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: از صدای فعال روده‌ای برخوردار باشد. مشخصه منظم حرکات روده را گزارش کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. یبوست مسئله‌ای در رابطه با بی حرکتی و داروها می‌باشد. شروع زودتر غذای غنی از نظر فیبر، افزودن مایعات و مصرف نرم کننده‌های مدفوع می‌تواند از یبوست پیشگیری یا آن را حداقل برساند. ۲. چنانچه کلاپس مهره‌ها شامل T ₁₀ -L ₂ باشد بیمار ممکن است ایلئوس فلجی پیدا کند. بنابراین مصرف غذا، صداهای روده و فعالیت روده را باید کنترل کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
خطر آسیب: شکستگی مجدد در رابطه با استئوپروز.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار شکستگی‌های جدید را تجربه نکند که شامل موارد ذیل است: پوستچر طبیعی را حفظ کند. از مکانیک‌های خوب بدن استفاده کند. غذاهای غنی از نظر کلسیم و ویتامین D را صرف کند. به فعالیتهای تحمل وزن اشتغال یابد (روزانه قدم بزند). روزانه چندین بار با دراز کشیدن استراحت کند. در فعالیتهای خارج از منزل شرکت نماید. محیط ایمن در خانه فراهم سازد. کمک و حمایت را بر حسب ضرورت بپذیرد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. فعالیت فیزیکی امر اساسی جهت تقویت عضلات، بهبود تعادل و پیشگیری از آتروفی ناشی از عدم^۶ استفاده و بتأخیر انداختن تخلیه مواد معدنی استخوان است. ۲. ورزشهای ایزومتریک می‌تواند سبب تقویت عضلات تنه شود. بیمار را به راه رفتن و پوستچر خوب تشویق کنید. ۳. تحمل روزانه وزن و استفاده از اشعه خورشید ترجیحاً خارج از منزل، توانایی بدن را از نظر تولید ویتامین D تشویق می‌کند. ۴. از خم شدن ناگهانی، تکان خوردن و بلند کردن شیئی باید خودداری کنید.	

⁶ -Disuse

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار مبتلا به استئومیلیت

Problem Definition	بیان مشکل
	درد حاد در رابطه با التهاب و ادم.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار تسکین درد را تجربه کند که شامل موارد ذیل است: کاهش درد را گزارش دهد. هیچگونه حساسیت در ناحیه عفونت قبلی تجربه نکند. هیچگونه ناراحتی در رابطه با حرکت تجربه نکند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. جهت کاهش درد و اسپاسم عضله ناحیه مبتلا را می‌توانید با آتل بی‌حرکت نمائید. ۲. وضعیت عصبی-عروقی اندام مبتلا را کنترل کنید. ۳. زخم‌ها غالباً دردناک می‌باشد و اندام را باید با دقت زیاد و ملایمت دستکاری کنید. ۴. بالا بردن اندام سبب کاهش تورم و ناراحتی توام می‌شود. ۵. درد را با داروهای ضد درد و روشهای دیگر کاهش درد کنترل کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	تحرك مختل فیزیکی در رابطه با درد، استفاده از وسایل بی حرکتی و محدودیتهای تحمل وزن.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار تحرك جسمی را افزایش دهد که شامل موارد ذیل است: در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت جوید. فعالیت کامل اندامهای غیر مبتلا را حفظ کند. استفاده ایمن از وسایل بی حرکتی و کمکی را نشان دهد. محیط را از نظر ترفیع ایمنی و پرهیز از افتادن تعدیل کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. استخوان بوسیله فرایند عفونت ضعیف شده و باید با وسیله‌ای بی حرکت شده و از ایجاد فشار روی استخوان خودداری شود. بیمار باید دلیل محدودیت فعالیت را درک کند.

۲. مفاصل بالا و پایین استخوان مبتلا باید بملايمت حرکت دورانی داده شود.
۳. بیمار را تشویق کنید که بطور کامل در فعالیت‌های روزمره زندگی با توجه به محدودیت‌های جسمی جهت ترفیع سلامتی عمومی شرکت کند.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر توسعه عفونت: تشکیل آبسه استخوان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار مواجه با عفونت نشود که شامل موارد ذیل است: آنتی بیوتیک را طبق دستور مصرف کند. حرارت طبیعی را گزارش کند. فاقد ادم باشد. فقدان ترشح را گزارش کند. نتایج آزمایشات نشان دهنده شمارش طبیعی گلبولهای خونی و سرعت سدیمن باشد. کشت‌های مربوط به زخم منفی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پاسخ بیمار را نسبت به درمان با آنتی بیوتیک کنترل کرده و ناحیه دسترسی به ورید را از نظر ملاکی از فلیبیت، عفونت یا نشت بررسی کنید. ۲. در درمان طولانی مدت ویژه با آنتی بیوتیک، علایم عفونت ثانویه (یعنی کاندیدیاز دهانی یا واژن، مدفوع شل یا بوی متعفن) را کنترل کنید. ۳. در صورتی که جراحی ضرورت داشته باشد معیارهایی برای تضمین جریان خون کافی ناحیه مبتلا (ساکشن زخم برای پیشگیری از تجمع مایع، بالا بردن ناحیه از نظر ترفیع درناژ وریدی و خودداری از فشار در ناحیه گرفت)، همچنین بی حرکتی و محدودیت تحمل وزن را در نظر بگیرید. ۴. پانسمان را با رعایت تکنیک آسپتیک جهت ترفیع التیام و پیشگیری از انتقال عفونت تعویض کنید. ۵. سلامتی عمومی و تغذیه بیمار را کنترل کنید. رژیم غذایی غنی از نظر پروتئین و ویتامین C سبب ترفیع بالانس مثبت نیتروژن و التیام می‌شود. مصرف کافی مایعات را تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. به بیمار و خانواده در مورد اهمیت مصرف آنتی بیوتیک و پیشگیری از زمین خوردن یا سایر صدماتی که می‌تواند سبب شکستگی استخوان شود آموزش دهید. ۲. خانواده نیاز به یادگیری برای دسترسی به ورید و مسائل مربوط به تزریق وریدی در منزل دارد. آموزش شامل اسم دارو، دوز، تناوب مصرف، نگهداری ایمن و واکنشهای نامطلوب و کنترل آزمایشات است. بعلاوه انجام پانسمان بطور	

آسپتیک و کمپرس گرم را آموزش دهید.

۳. بدقت بیمار را از نظر بروز نواحی دیگر دچار درد یا افزایش ناگهانی حرارت کنترل کنید. بیمار و خانواده را از نظر کنترل حرارت و گزارش مواردی از قبیل افزایش حرارت، ترشح، بو، علایم افزایش التهاب، واکنشهای نامطلوب و علایم عفونت ثانویه آموزش دهید.

۴. اهمیت مراقبت پیگیر و غربالگری مناسب سن را توصیه کنید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

کودک مبتلا به تومور استخوان

بیان مشکل	Problem Definition
کامبود آگاهی در رابطه با فرایند بیماری و شیوه درمان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار فرایند بیماری و نحوه درمان را توضیح دهد که شامل موارد ذیل است: وضعیت پاتولوژیک را توضیح دهد. اهداف مربوط به شیوه درمان را اظهار نماید. وضوح اطلاعات را جویا شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزش بیمار و خانواده در مورد فرایند بیماری و شیوه تشخیص و درمان امر اساسی است. توضیح در مورد آزمایشات تشخیصی و درمانها (یعنی مراقبت از زخم) و نتایج مورد انتظار (یعنی کاهش حرکات دورانی، بی حسی و تغییر شکل بدن) کمک می کند که بیمار با پروسیجرها و تغییرات سازش یابد. همکاری و رعایت شیوه درمان با درک بیشتر تسریع می یابد. ۲. می توانید بطور موثر اطلاعات را تقویت کرده و تفهیم نمایید بشرطیکه پزشک در جریان بحث حضور داشته باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد و مزمن در رابطه با فرایند پاتولوژیک و جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به کنترل درد دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است: از شیوه های مختلف کنترل درد استفاده کند. تجربه کاهش درد را در هنگام استراحت و هم چنین در ناحیه جراحی پیدا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی دقیق درد امر اساسی در کنترل درد می باشد. روش دارویی و غیردارویی کنترل درد را جهت تسکین درد و افزودن سطح آرامش بکار ببرید. ۲. در جریان پروسیجرهای دردناک، بیمار را آماده کرده و حمایت کنید. ۳. ضد درد وریدی یا اپی دورال در مرحله ابتدایی بعد از عمل بکار می رود. متعاقباً مخدر خوراکی یا زیر جلدی و یا ضد درد غیر مخدر جهت تسکین درد بکار می رود، بعلاوه پرتودرمانی یا رادیوایزوتوپهای سیستمیک (سترون튬م ^۷ ۸۹) ممکن است جهت کنترل درد بکار رود.	

⁷ -strontium 89

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب: شکستگیهای پاتولوژیک در رابطه با تومور و متاستاز.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تجربه هیچ گونه شکستگی پاتولوژیک را پیدا نکند که شامل موارد ذیل است: از آوردن فشار روی استخوانهای ضعیف خودداری کند. از وسایل کمکی بطور ایمن و مناسب استفاده کند. اندامهای غیر مبتلا را با ورزش تقویت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تومورهای استخوانی باندازه ای استخوان را ضعیف می کند که فعالیت طبیعی یا حتی تغییر وضعیت می تواند منجر به شکستگی شود. در جریان مراقبت پرستاری باید اندام مبتلا را حمایت کرده و بملایمت دست بزنید. وسایل دیگری مثل آتل ممکن است برای محافظت اضافی بکار رود. ۲. گاهی از اوقات بیمار ممکن است جراحی (یعنی باز کردن استخوان و ثابت کردن از داخل و جایگزینی مفصل) را بعنوان کوششی برای پیشگیری از شکستگی پاتولوژیک انتخاب نماید. ۳. محدودیتها از نظر تحمل وزن باید رعایت شود. شما و فیزیوتراپ نحوه استفاده ایمن از وسایل کمکی و تقویت اندامهای غیر مبتلا را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازش غیر موثر در رابطه با ترس از ندانسته ها، درک فرایند بیماری و سیستم حمایتی نامناسب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار مشخصه های مناسب سازشی را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: احساسات خود را بیان کند. قدرت و تواناییها را شناسایی کند. تصمیمات لازم را اتخاذ کند. بر حسب ضرورت درخواست کمک کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پرستار، بیمار و خانواده را از نظر ابراز ترسها، نقطه نظرات و احساسات تشویق کنید. آنها همزمان جهت سازش با تومور بدخیم استخوان نیاز به حمایت دارند. احساساتی از شوک، ناامیدی و غم خواری انتظار می رود. ۲. ارجاع به روانشناس، مشاوره و یا فرد مذهبی ممکن است از نظر حمایت روانی و عاطفی مورد لزوم باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عزت نفس پایین موقعیتی در رابطه با از دست دادن بخشی از بدن یا تغییر در عملکرد نقش.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار خودپنداری مثبت را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: مسئولیت های خانه و خانواده را شناسایی کند. اعتماد نسبت به تواناییهای را خود نشان دهد. استقلال را در فعالیت های روزمره نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. استقلال در برابر وابستگی يك موضوع در بیمار است که دچار بدخیمی است. سبك زندگی بطور اعجاب انگیزی حتی بطور موقت تغییر می یابد. ۲. در سازش با تغییرات تصویر ذهنی از بدن در رابطه با جراحی و آمپوتاسیون احتمالی کمک کنید. برقراری اعتماد واقعی در مورد آینده و شروع مجدد فعالیت های مربوط به نقش و تشویق برای مراقبت از خود و اجتماعی شدن موثر است. ۳. بیمار را در طرح فعالیت های روزمره شرکت دهید. بیمار را تشویق کنید که در حد امکان مستقل باشد. مداخله بیمار و خانواده در طول درمان، تشویق به اعتماد، ابقاء خودپنداری و حس داشتن کنترل در زندگی می کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض مربوط به تأخیر التیام زخم، تغذیه ناکافی، استئومیلیت و عفونت زخم و هیپرکلسمی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار مواجه با عوارض نشود که شامل موارد ذیل است: التیام زخم را نشان دهد. با تجربه شکنندگی پوست مواجه نشود. وزن را حفظ کرده یا افزایش دهد. با تجربه عفونت مواجه نشود. با تجربه هیپرکلسمی مواجه نشود. عوارض جانبی درمانها را کنترل کند. علائم سمیت دارویی یا عوارض را گزارش کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. التیام زخم ممکن است بدلیل آسیب بافتی پس از جراحی، پرتودرمانی قبلی، تغذیه نامناسب یا عفونت تاخیر بیافتد. ۲. جهت ترفیع جریان خون بافتها، فشار وارد به زخم را حداقل برسانید. پانسمان آسپتیک زخم سبب ترفیع التیام می شود. کنترل و گزارش یافته های لابراتواری سبب سهولت مداخلات از نظر ترفیع هموستاز و التیام زخم می شود.	

۳. جابجایی بیمار در فواصل مکرر سبب کاهش وقوع شکنندگی پوستی و زخم‌های فشاری می‌شود. تخت‌های درمانی مخصوص ممکن است جهت پیشگیری از شکنندگی پوستی لازم باشد. ۴. از دست دادن اشتها، تهوع و استفراغ از عوارض جانبی شایع در شیمی درمانی و پرتو درمانی می‌باشد لذا امر اساسی است که تغذیه کافی جهت التیام و ترفیع سلامتی فراهم گردد. ۵. ضد استفراغ و شیوه‌های آرام سازی اثرات نامناسب گوارشی مربوط به شیمی درمانی را کاهش می‌دهد. ۶. التهاب مخاط دهان را با محلولهای بی حسی یا ضد قارچ کنترل کنید. ۷. رسانیدن مایعات کافی امر اساسی است. مکمل تغذیه یا تغذیه تزریقی ممکن است جهت دسترسی به تغذیه مناسب تجویز شود. ۸. جهت کاهش وقوع استنومیلیت و عفونت زخم از آنتی بیوتیک بعنوان پروفیلاکسی و تکنیک آسپتیک در تعویض پانسمان استفاده کنید. در جریان التیام، عفونتهای دیگر (یعنی عفونتهای فوقانی تنفس) نیاز به پیشگیری دارد به این ترتیب انتشار خونی منجر به استنومیلیت نخواهد شد. ۹. چنانچه بیمار شیمی درمانی دریافت می کند امر مهمی است که شمارش گلبولهای سفید را کنترل کرده و به بیمار آموزش دهید که از تماس با افرادی که سرماخوردگی یا عفونتهای دیگری دارند خودداری نماید. ۱۰. هیپرکلسمی عارضه خطرناک در سرطان استخوان است. علایم باید شناسایی و بلافاصله درمان شود. علایم شامل ضعف عضلانی، عدم وجود تعادل، بی اشتهایی، تهوع و استفراغ، بیوست، تغییرات الکتروکاردیوگرافی (یعنی کوتاهی فاصله QT و قطعه ST، برادیکاردی و انسداد قلبی) و تغییر هوشیاری (یعنی تیرگی شعور، لتارژی و رفتار غیر عادی) می‌باشد.	آموزش به بیمار
۱. آمادگی برای مراقبت و هماهنگی برای تداوم آن هر چه زودتر با تلاش متخصصین شروع می‌شود. آموزش بیمار شامل مطالب مربوط به دارو، پانسمان، شیوه درمان و اهمیت برنامه‌های فیزیوتراپی و کاردرمانی است. ۲. محدودیتهای تحمل وزن و مراقبت خاص برای پیشگیری از شکستگی‌های پاتولوژیک را آموزش دهید. ۳. امر مهمی است که بیمار و خانواده از علایم و نشانه‌های عوارض احتمالی هم چنین منابع در دسترسی از نظر مراقبت مداوم آگاه شوند. ۴. بمنظور نظارت و پیگیری غالباً به موسسات مراقبت خانگی ارجاع می‌شود. نیازهای بیمار و خانواده را برآورده کنید. ۵. به بیمار توصیه کنید که تلفن‌های ضروری را از نظر تماس با افراد ذیصلاح در صورت وجود دلواپسی در دسترس داشته باشد. ۶. نظارت بهداشتی طولانی مدت را از نظر تضمین بهبودی یا تعیین عود تومور یا متاستاز تأکید کنید.	Patient Education

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار دارای کشش^۸

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود آگاهی مربوط به روش درمان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار دانش مربوط به استفاده از کشش بیمار را بنمایش بگذارد: هدف از کشش را توضیح دهد. در طرح مراقبت شرکت جوید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار باید وضعیت تحت درمان و استدلال استفاده از کشش را درک کند. ۲. ممکن است نیاز به تکرار و تقویت اطلاعات داشته باشید. با افزایش درک درمان، بیمار عضو فعال در مراقبت از سلامتی بوده و احتمال همکاری وی با درمان زیاد خواهد بود.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب مربوط به وضع سلامتی و وسیله کشش.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار کاهش اضطراب را نشان دهد: بنظر آرام برسد. مکانیسمهای موثر سازشی را بکار ببرد. دلواپسیها و احساسات را ابراز کند. به فعالیتهای تفریحی اشتغال یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پیش از استفاده از کشش، بیمار نیاز دارد که آگاهی در مورد پروسیجر، هدف از انجام آن داده شود. ۲. بیمار را تشویق کنید که در تصمیمات اثربخش در مراقبت شرکت نماید. افزودن حس کنترل در بیمار سبب کاهش ناتوانی، تسکین توهم و ارتقاء سازش می شود. ۳. مدت کوتاهی پس از استفاده از کشش، واکنش بیمار ممکن است این باشد که در فضای محدودی حبس شده است. بازدید مکرر شما می تواند حس ایزولاسیون و محبوس بودن را کاهش دهد. باید خانواده و دوستان را از نظر ملاقات مکرر تشویق نمایید و فعالیتهای تفریحی را که می تواند در محدودیت های کشش انجام دهد، تشویق کنید.	

⁸ -Traction

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد مربوط به اختلال عضلانی - اسکلتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار افزایش سطح آرامش را بیان کند: ضد درد خوراکی را بر حسب ضرورت درخواست کند. خود را بطور مکرر جابجا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بدلیل اینکه بیمار در تخت بی حرکت می باشد تشك وی باید سفت باشد. تشك های خاصی که می تواند از زخم های فشاری پیشگیری کند ممکن است روی تخت گذاشته شده پیش از اینکه از کشش استفاده شود. ۲. می توانید فشار را در بخشهای وابسته بدن بوسیله تغییر وضعیت بیمار با توجه به محدودیتهای ناشی از کشش کاهش دهید. ۳. باید هر گونه ناراحتی از طرف بیمار دارای کشش را فوراً رسیدگی نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص مراقبت از خود: تغذیه، استحمام/بهداشت، پوشاک / آراستگی و یا توالیت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار فعالیتهای مراقبت از خود را انجام دهد که شامل موارد ذیل است: نیاز به حداقل کمک در تغذیه، استحمام/بهداشت، پوشاک/ آراستگی و یا توالیت را داشته باشد. وسایل کمکی را بطور ایمن بکار برد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در ابتداء بیمار ممکن است در فعالیت های خود مراقبتی نیاز به کمک داشته باشد. به بیمار در تغذیه، استحمام، پوشاک و توالیت کمک کنید. گذاشتن وسایلی از قبیل تلفن، دستمال کاغذی، آب و وسایل کمکی (مثل میله بالای تخت ^۹) ممکن است مراقبت از خود را تسهیل نماید. ۲. با شروع مجدد فعالیتهای مراقبت از خود، بیمار کمتر احساس وابستگی و یأس نموده و عزت نفس بالاتری را تجربه می کند. ۳. بدلیل اینکه قدری کمک در مرحله بی حرکتی ضرورت دارد پرستار و بیمار می توانند بطور خلاق قوانینی را توسعه دهند بصورتی که استقلال را حداکثر برسانند.	

^۹ -Trapeze

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك مختل فیزیکی مربوط به اختلال عضلانی – اسکلتی و کشش.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تحرك زیاد را به نمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است: ورزش تعیین شده را انجام دهد. خود را در محدوده کشش جابجا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در حین استفاده از کشش، بیمار را تشویق کنید که عضلات و مفاصلی که تحت کشش نیست را جهت پیشگیری از تحلیل ورزش دهد. ۲. فیزیوآپ می تواند ورزشهایی را در تخت طراحی کند تا تحلیل عضلات را بحداقل برساند. ۳. در حین انجام ورزش باید تضمین نمایید که نیروی کشش حفظ شده و بیمار در وضعیت خوبی قرار دارد. اینکار برای پیشگیری از عوارض ناشی از تقارن ضعیف بدن است.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض مربوط به زخم های فشاری، آتلکتازی و پنومونی، یبوست و بی اشتها، رگود ادرار و عفونت و ترومبوآمبولیسم وریدی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار هیچگونه عوارضی را تجربه نکند که شامل موارد ذیل است: از پوست سالم برخوردار باشد. ریه ها فاقد عفونت باشد. کوتاهی تنفس را گزارش نکند. فاقد سرفه های دارای خلط باشد. مشخصه منظم تخلیه روده را نشان دهد. از اشتها طبیعی برخوردار باشد. ادرار وی شفاف، زرد و دارای حجم کافی و فاقد غلظت زیاد باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پوست بیمار را بطور مکرر از نظر ملاکی از فشار یا اصطکاک معاینه کرده و توجه خاص به زوائد استخوانی نمایید. ۲. جابجایی مکرر بیمار و استفاده از وسایل حفاظتی (مثل محافظت کننده های آرنج) جهت کاستن فشار مفید است. چنانچه شکنندگی پوست زیاد است مثل بیمار با صدمات متعدد و یا در بیمار مسن استفاده از تخت مخصوص برای پیشگیری از شکنندگی پوست مفید است.	

۳. ریه‌های بیمار را هر ۴-۸ ساعت از نظر وضع تنفسی کنترل نموده و به بیمار تنفس عمیق و سرفه را جهت کمک به اتساع کامل ریه‌ها و حرکت ترشحات ریه آموزش دهید.
۴. چنانچه تاریخچه بیمار و بررسیهای پایه‌ای نشان‌دهنده اینست که خطر بروز عوارض تنفسی مطرح است درمانهای اختصاصی (مثلاً استفاده از اسپرومتری) ممکن است ضرورت داشته باشد.
۵. در صورت بروز عارضه تنفسی برقراری درمان سریع ضرورت دارد.
۶. کاهش حرکات گوارشی منجر به یبوست و بی‌اشتهایی می‌شود، رژیم غذایی غنی از نظر فیبر و مایعات می‌تواند حرکات معده را تحریک کند.
۷. در صورت بروز یبوست معیارهای درمانی ممکن است شامل نرم‌کننده‌های مدفوع، مسهل‌ها، شیاف‌ها و تنقیه باشد.
۸. تخلیه ناکامل مثانه بعلت وضعیت قرارگرفتن در تخت می‌تواند سبب رکود ادرار و عفونت شود.
۹. مصرف مایعات و مشخصات ادرار را کنترل کنید و به بیمار در مورد مصرف کافی مایعات و تخلیه ادرار (هر ۳-۴ ساعت) آموزش دهید.
۱۰. چنانچه بیمار علایم و نشانه‌های عفونت سیستم ادراری را نشان دهد به پزشک اطلاع دهید.
۱۱. استاز وریدی که زمینه را برای ترومبو آمبولیسم وریدی آماده می‌سازد ناشی از بی‌حرکتی می‌باشد. به بیمار در مورد ورزشهای قوزک و پا در محدودیت کشش آموزش دهید که باید هر ۲-۱ ساعت در زمان بیداری انجام دهد تا از بروز لخته در وریدهای عمقی جلوگیری کند.
۱۲. بیمار را تشویق کنید که از مایعات کافی برای پیشگیری از کم‌آبی و غلیظ شدن خون استفاده کند. بیمار را از نظر علایم ترومبوز وریدی^{۱۰} عمقی از جمله حساسیت یک طرفه عضلات ساق پا، گرما، قرمزی و تورم (افزایش محیط ساق) کنترل کنید. از نظر ارزشیابی قطعی و درمان، علایم را فوراً به پزشک گزارش دهید.

¹⁰ -Deep vein Thrombosis (DVT)

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت پیش از عمل بیمار تحت جراحی ارتوپدی

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد در ارتباط با شکستگی، دژنراسیون مفصل، تورم یا التهاب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تسکین درد را گزارش کند که شامل موارد ذیل است:	
- رویکردهای متعدد برای کاستن درد را بکار ببرد.	
- کاهش درد توسط دارو را اظهار کند.	
- با آرامش بیشتر حرکت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. راهکارهای فیزیکی، دارویی و روانی جهت کنترل درد در مرحله قبل از عمل مفید است، راهکارهای خاص بستگی به بیمار خاص و بر پایه شدت، نوع و طول مدت درد دارد.	
۲. ناراحتی موجود با بی حرکت کردن يك استخوان شکسته یا مفصل صدمه دیده یا ملتهب کاهش می یابد.	
۳. بالا بردن يك اندام دارای ادم سبب ترفیع برگشت وریدی و کاهش ناراحتی می شود.	
۴. در صورتی که یخ دستور داده شود با کاستن تحریک عصب سبب تسکین ادم و ناراحتی می شود.	
۵. بررسی درد مشابه بررسی حرارت، نبض، تنفس و فشار خون اهمیت دارد. در واقع درد پنجمین علامت حیاتی است. ناحیه، کیفیت و شدت درد سه پارامتر مهم از نظر بررسی می باشد. از بیمار در مورد مشخص کردن ناحیه دقیق درد پرس و جو کنید. این پرسش کلید تشخیصی اساسی را فراهم می سازد. کیفیت درد با پرسش در مورد توصیف درد (سوزاننده، کوبنده، خنجری) انجام می گیرد. شدت درد ممکن است بصورت خفیف الی شدید بوده و با مقیاس رقمی یا چهره ها نشان داده شود.	
۶. معمولاً از ضد دردها جهت کنترل درد حاد ناشی از صدمات عضلانی- اسکلتی یا جراحی و اسپاسم عضلانی توام با آنها بکار می رود.	
۷. بلافاصله پس از عمل نیاز است که داروهای ضد درد موثر (مثل مخدرها، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی) را با متخصص بیهوشی و جراح هماهنگ نمایید.	
۸. متغیرهای دیگر دسترسی به بی دردی (مثل انحراف فکر، تمرکز بر چیزی، تخیل گام به گام، محیط آرام و ماساژ پشت) ممکن است جهت کاستن درد بکار رود.	
۹. مکان، کیفیت و شدت را پیش از هر نوبت تزریق ضد درد و پس از آن برای سنجش تأثیر یادداشت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال فعالیت عصبی- عروقی محیطی در رابطه با تورم، وسایل محدود کننده یا اختلال در برگشت وریدی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
فعالیت مناسب عصبی – عروقی را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: • رنگ طبیعی پوست را نشان دهد. • از پوست گرم برخوردار باشد. • از پاسخ طبیعی پرشدگی مجدد مویرگی برخوردار باشد. • حس طبیعی را گزارش کرده و حرکت مفصل را نشان دهد. • کاهش تورم را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آسیب، ادم یا وسایل بی حرکتی ممکن است پرفیوژن بافتی را مختل نماید. باید بطور مکرر وضعیت عصبی- عروقی (یعنی رنگ، حرارت، پرشدگی مجدد مویرگی، نبض ها، ادم، درد، حس و حرکت) اندام را بررسی کرده و یافته ها را ثبت کنید. ۲. در صورت اختلال جریان خون، معیارهایی برای برقراری مجدد جریان خون انجام دهید. اینها شامل گزارش فوری به پزشک، بالا بردن اندام و برداشتن پوشش محدود کننده یا کمک به ایجاد دو دریچه در گچ محدود کننده است.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر کنترل غیر موثر در رابطه با کمبود آگاهی یا فقدان حمایت در دسترس و منابع.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار سلامتی را ارتقاء دهد که شامل موارد ذیل است: - از غذای متعادل جهت برآوردن نیازهای غذایی استفاده کند. - مایعات کافی مصرف کند. - از کشیدن سیگار خودداری کند. - ورزشهای تنفسی را تمرین کند. - جهت کاستن فشار پوستی خود را جابجا کند. - به ورزشهای تقویت کننده و پیشگیری اشتغال یابد. - جهت داشتن کمک در طی دوره نقاهت در خانه طراحی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. قبل از عمل به فعالیت هایی که سبب ارتقاء سلامتی شود کمک کنید. ۲. وضع تغذیه و مایعات را بررسی کنید. در صورتی که بیمار دچار دیابت یا مسن باشد و یا اینکه صدمات متعدد داشته	

باشد در این مورد دستورات خاصی ممکن است در رابطه با مایعات و غذا داشته باشد. ۳. مصرف مایعات، بازده ادرار و یافته‌های تجزیه ادرار را کنترل کنید. ۴. لگن کوچک شکستگی جهت استفاده بیمار ممکن است راحت تر باشد. سوند فولی صرفاً زمانی باید استفاده شود که بحداقل رسانیدن عفونت سیستم ادراری ضرورت داشته باشد. وجود عفونت سیستم ادراری باید بطور مناسب قبل از جراحی درمان شود. ۵. قبل از عمل انجام سرفه، تنفس عمیق و استفاده از اسپرومتر جهت بهبود بخشیدن به فعالیت تنفسی پس از عمل باید تمرین شود. آموزش قبل از عمل، رعایت ورزشهای تنفسی پس از عمل را تسهیل می‌کند. قبل از عمل باید وقفه‌ای در کشیدن سیگار ایجاد کرد، اینکار جهت سهولت در فعالیت تنفسی مطلوب است. ۶. مراقبت از پوست را انجام داده و توجه خاصی به نکات فشاری کنید. امر مهمی است که قبل از جراحی در بیمارانی که در خطر زیاد از نظر شکنندگی پوستی هستند از سطوح کاهنده فشار (یعنی تشک‌های خاص) استفاده نمائید. ۷. جهت بحداقل رسانیدن خطر عفونت، روز قبل از جراحی بطور دقیق و ملایم پوست را با آب و صابون تمیز کنید. چنانچه جراحی انتخابی باشد ارتوپد ممکن است توصیه نماید که بمدت چندین روز قبل از بستری در بیمارستان از صابون باکتری کش استفاده نمایید. ۸. با بیمار و خانواده در مورد ضرورت داشتن کمک در فعالیتهای روزمره زندگی و همچنین شیوه درمان در طی دوره نقاهت بحث کنید. تعدیل محیط خانه ضروری برای تطبیق با تحرک مختل بیمار پس از جراحی می‌باشد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال تحرك جسمی در رابطه با درد، تورم و وجود احتمالی يك وسیله بی حرکت کننده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تحرك را در محدوده درمان بحداكثر برساند که شامل موارد ذیل است:	
- در هنگام حرکت در خواب درخواست کمک نماید.	
- اندام دارای ادم را در سطح بالا قرار دهد.	
- از وسایل بی حرکت کننده و کمکی بطور ایمن طبق دستور استفاده کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پیش از عمل تحرك بیمار ممکن است بوسیله درد، تورم و وسایل بی حرکت کننده (مثل آتل‌ها، گچ، کشش) مختل شود. باید اندام‌های دارای ادم را بالا برده و با بالشها بطور مناسب حمایت نمایید.	
۲. امر مهمی است که درد اندام مصدوم را قبل از حرکت دادن با تجویز داروی ضد درد تسکین دهید. بخش صدمه دیده قبل از حرکت دادن حمایت می‌شود.	
۳. بیمار باید مفاصل غیر مبتلا را با ورزشهای دورانی فعال بحرکت درآورد مگر منع شده باشد.	
۴. از ورزشهای ایزومتریک سرین و چهار سر ران جهت حفظ عضلات مورد نیاز در تحرك استفاده کنید.	
۵. بیماری که پس از عمل از وسایل بی حرکتی استفاده خواهد نمود باید جهت تقویت اندامهای فوقانی و شانه ورزش نماید.	

۶. چنانچه وسایل کمکی (مثلاً چوب زیر بغل، واکر و صندلی چرخدار) پیش بینی می‌شود، بیمار را تشویق کنید که قبل از عمل، جهت سهولت در استفاده ایمن و دسترسی زودتر به تحرک بطور مستقل تمرین نماید.

Problem Definition	بیان مشکل
خطر عزت نفس موقعیتی پایین و یا آشفتگی تصویر ذهنی در رابطه با اختلال عضلانی- اسکلتی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار عزت نفس مثبت را ابراز نماید که شامل موارد ذیل است: تغییرات موقت یا دائمی تصویر ذهنی را تأکید کند. در مورد تغییر عملکرد نقش بحث کند. در تصمیمات مربوط به مراقبت شرکت کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. پیش از عمل بیماران ارتوپدی ممکن است نیاز به کمک در پذیرفتن تغییرات تصویر ذهنی، کاهش عزت نفس یا عدم توانایی برای انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های خود داشته باشند. درجه کمک در این بُعد بطور قابل توجهی متفاوت است و بستگی به رویدادهای قبل از بستری در بیمارستان، طرح مربوط به جراحی و نوتوانی و ماهیت مسائل موقت یا دائم دارد. ۲. با برقراری ارتباط قابل اعتماد زمینه ابراز دلوایسی و اضطراب‌ها را توسط بیمار مهیا سازید. ۳. هر گونه سوء تفاهمات بیمار را برطرف ساخته و کمک کنید که بیمار با تغییرات لازم در ظرفیت فیزیکی و برقراری مجدد عزت نفس مثبت تلاش کند.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت پس از عمل بیمار تحت جراحی ارتوپدی

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد در رابطه با پروسیجر جراحی، تورم و بی حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تسکین سطح درد را گزارش کند که شامل موارد ذیل است: از رویکردهای مختلف جهت کاستن درد استفاده کند. از داروهای ضد درد خوراکی جهت کنترل ناراحتی استفاده کند. جهت کنترل ادم و ناراحتی، اندام را در سطح بالا قرار دهد. با آرامش بیشتری حرکت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از جراحی ارتوپدی، درد ممکن است شدید باشد. ادم، همتوم، و اسپاسم های عضلانی به ایجاد درد کمک می کند. سطح درد بیمار و پاسخ وی را نسبت به معیارهای درمانی ارزیابی کرده و هر گونه تلاشی برای تسکین درد و ناراحتی را ثبت کنید. بررسی درد بر پایه مداوم بوده و باید با علایم حیاتی کنترل شود. ۲. از رویکردهای دارویی متعدد برای کنترل درد می توان استفاده کرد. بی دردی کنترل شونده توسط ^{۱۱} بیمار و اپی دورال ممکن است جهت تسکین درد استفاده شود. ۳. چنانچه ضد درد عضلانی و خوراکی دستور داده شده است باید بر پایه پیشگیرانه طی فواصل مشخص یعنی ۳۰ دقیقه پیش از فعالیت طراحی شده (مثل انتقال یا ورزش) مصرف نمایید. از نواحی تزریق عضلانی بطور چرخشی استفاده کرده و از مفصل هیپ و ران عمل شده خودداری کنید. ۴. علاوه بر رویکردهای دارویی جهت کنترل درد، بالا بردن اندام عمل شده و استفاده از کیسه های یخ نیز می تواند جهت درد و ادم موثر باشد. ۵. درن های موجود در زخم می تواند تجمع مایع و تشکیل همتوم را کاهش دهد. ۶. جابجایی، آرام سازی، انحراف فکر و تخیلات گام به گام می تواند در کاهش درد موثر باشد. ۷. باید درد غیر قابل کنترل را از نظر ارزیابی به ارتوپد گزارش دهید. ۲ روز پس از جراحی بیماران بندرت نیاز به ضد درد خوراکی برای درد عضله باقیمانده و اسپاسم دریافت می کنند.	

^{۱۱} -Patient Controlled Analgesia (PCA)

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال فعالیت عصبی- عروقی محیطی در رابطه با تورم، وسایل محدود کننده یا اختلال گردش خون.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
فعالیت مناسب عصبی- عروقی را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: رنگ و حرارت طبیعی را نشان دهد. از پوست گرم برخوردار باشد. فعالیت حسی و حرکتی طبیعی را نشان دهد. از پاسخ طبیعی پرشدگی مجدد مویرگی برخوردار باشد. کاهش تورم را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت عصبی- عروقی بخش مبتلای بدن را کنترل کرده و هر گونه کاهش پرفیوژن بافتی را به پزشك گزارش دهید. ۲. به بیمار در مورد سفت کردن عضله، ورزشهای ساعتی قوزك و ساق پا در زمان بیداری جهت تسریع گردش خون یادآوری کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر روش درمانی غیر موثر در رابطه با کمبود آگاهی، حمایت و منابع در دسترس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند سلامتی را ارتقاء دهد که شامل موارد ذیل است: غذای مناسب نیازهای تغذیه‌ای را صرف کند. مایعات کافی مصرف کند. از کشیدن سیگار خودداری کند. به ورزشهای تنفسی بپردازد. بدلیل کاستن فشار پوستی خود را جابجا کند. به ورزشهای تقویت کننده اشتغال یابد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. امر مهمی است که تشویق نمائید که بیمار در طرح درمانی پس از عمل شرکت کند. ۲. يك غذای متعادل با پروتئین و ویتامینهای کافی امر اساسی در التیام است. در هر حال به بیماران ارتوپدی که استراحت زیادی در تخت دارند نباید شیر بمقادیر زیاد داده شود چون می‌تواند سطح کلسیم سرم را افزایش داده در اینصورت لازم خواهد بود که کلیه‌ها، کلسیم زیادی را دفع کنند که اینحالت می‌تواند خطر سنگ‌های ادراری را افزایش دهد. ۳. از نظر تظاهرات اولیه زخم‌های فشاری (یعنی قرمزی روی زوائد استخوانی) بیمار را بررسی کنید که تهدیدی برای هر	

يك از بیمارانی است که بطور طولانی مدت بستری بوده، یا مسن هستند و یا سوء تغذیه دارند و یا اینکه قادر به حرکت بدون کمک نیستند.
۴. برگرداندن مکرر بیمار در فواصل معین (هر ۲ ساعت) و شستن و خشک کردن پوست و حداقل رسانیدن فشار روی زوائد استخوانی برای پیشگیری از شکنندگی پوست ضروری می‌باشد.

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك مختل فیزیکی در رابطه با درد، ادم یا وجود يك وسیله بی حرکت کننده (یعنی آتل، گچ یا کرسِت).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تحرك را در محدوده درمان حداکثر برساند که شامل موارد ذیل است:	
در هنگام حرکت درخواست کمک کند.	
بعد از انتقال، اندام دارای ادم را در سطح بالا نگه دارد.	
وسایل بی حرکت کننده را طبق دستور بکار برد.	
با محدودیتهای تحمل وزن همکاری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزش قبل از عمل در مورد طرح درمان پس از عمل، انگیزه ایجاد می‌کند که بیمار به نوتوانی مطلوب پای بند باشد.	
۲. پین‌های فلزی، پیچ‌ها، میله‌ها و پلاک‌ها جهت ثابت کردن از درون طراحی شده‌اند که بتوانند وضعیت استخوانها را تا شروع استخوانسازی حفظ کنند. البته امکان خم شدن، شل شدن و شکستن وجود دارد.	
۳. نیروی استخوان، ثبات شکستگی، ترمیم شکستگی و ثابت کردن آن و حدود التیام استخوان از عوامل مهم در تعیین محدودیت در تحمل وزن می‌باشد.	
۴. فیزیوتراپ برنامه نوتوانی را نسبت به نیازهای هر يك از بیماران دنبال می‌کند. نوتوانی شامل افزایش پیشرونده فعالیت‌های بیمار و ورزشها می‌باشد.	
۵. از وسایل کمکی (چوب های زیربغل، واکر) ممکن است جهت تحرك پس از عمل استفاده شود. تمرین پیش از عمل وسایل کمکی در استفاده مناسب پس از عمل کمک می‌کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عزت نفس پایین موقعیتی، تصویر ذهنی مختل یا عملکرد غیر موثر نقش در رابطه با تاثیر اختلال عضلانی- اسکلتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار عزت نفس مثبت را ابراز کند که شامل موارد ذیل است:	
• در مورد تغییرات موقت یا دائم تصویر بدنی بحث کند.	
• در مورد عملکرد نقش بحث کند.	

• خود را از نظر گرفتن مسئولیت توانمند ببیند. • بطور فعال در طرح مراقبت شرکت کند.
توصیه های پرستاری
۱. پرستار و بیمار اهداف واقعی را تعیین می کنند. ۲. افزایش توان برای انجام مراقبت از خود طبق روش درمان و شروع مجدد نقش ها، بیمار را از تواناییهای خود آگاه ساخته و سبب ترفیع عزت نفس، هویت شخصی و عملکرد نقش می شود.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض مربوط به شوک، اتلکتازی و پنومونی، احتباس ادراری، عفونت، ترومبوآمبولسیم وریدی و یبوست.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار با عوارض مواجه نشود که شامل موارد ذیل است: - شوک را تجربه نکند. - از علایم حیاتی و فشار خون طبیعی برخوردار باشد. - از صداهای واضح ریه برخوردار باشد. - التیام زخم را بدون علایم عفونت نشان دهد. - با تجربه احتباس ادراری مواجه نشود. - از ادرار شفاف برخوردار باشد. - هیچگونه علایمی از ترومبوز وریدهای عمقی یا ادم ریه نشان ندهد. - با تجربه یبوست مواجه نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. دفع زیاد خون در طی جراحی یا پس از آن می تواند منجر به شوک هیپوولمی شود. این علایم شامل افزایش تعداد نبض (بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه)، کاهش فشار خون (کمتر از ۹۰/۶۰ میلی متر جیوه)، کاهش فشار نبضی (یعنی کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه) و بازده ادراری کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت، بی قراری، تغییر هشیاری، عطش و کاهش هموگلوبین و هماتوکریت است. ۲. صداهای تنفسی بیمار را کنترل کرده و ورزشهای تنفسی عمیق و سرفه را تشویق کنید. ۳. اتساع کامل ریه ها از تجمع ترشحات در ریه و بروز آتلکتازی و پنومونی پیشگیری می کند. استفاده از اسپیرمتری را تشویق کنید. ۴. در صورت بروز علایم تنفسی (یعنی افزایش تعداد تنفس، سرفه دارای خلط، کاهش صداهای تنفسی و تب) یافته ها را به جراح گزارش دهید. ۵. بدقت بازده ادراری را پس از جراحی کنترل کرده و تشویق کنید که بیمار برای پیشگیری از احتباس ادراری و اتساع	

مثانه هر ۳-۴ ساعت ادرار نماید.

۶. ادرار کردن در وضعیتی که بیمار به يك سمت قرار گیرد ممكن است برای بیمار مذکور مناسب باشد. برخی دیگر در وضعیت ایستاده ادرار می‌کنند. پرسش از جراح در مورد فعالیت مجاز پیش از اینکه به بیمار کمک شود ضرورت دارد. ۷. در صورتی که بیمار قادر به ادرار کردن نباشد سونداژ متناوب ممكن است ضروری باشد تا زمانی بیمار بتواند بطور ارادی ادرار نماید.

۸. سوند فولی فقط در زمان ضروری باید استفاده شده و بمحض رفع مسئله باید درآورده شود.

۹. عفونت، يك خطر پس از هر گونه جراحی است ولی يك مسئله مهم در بیماران ارتوپدی است که به دلیل خطر زیاد استئومیلیت است. گاهی اوقات نیز استخوان عفونی، پروتز یا وسیله ثابت کننده درونی باید درآورده شود. بنابراین آنتی بیوتیک سیستمیک پیشگیری کننده غالباً در طی عمل و مرحله فوری پس از آن تجویز می‌شود. ۱۰. در هنگام تعویض پانسمان و تخلیه وسایل حاوی ترشح، رعایت تکنیک آسپتیک امری اساسی است. علائم حیاتی بیمار، شکاف جراحی و ترشح را کنترل کنید.

۱۱. در پیشگیری از عارضه ترومبوز ورید عمقی نیاز است از ورزشهای قوزک و ساق پا، جورابه‌های کشی فشارنده و وسایل فشارنده پیاپی استفاده شود.

۱۲. وارفارین^{۱۲} (کومادین^{۱۳})، هپارین با وزن ملکولی کم (انوکسا^{۱۴} پارین (لوناکس^{۱۵}) دالته پارین^{۱۶} (فراگمین^{۱۷}) ممکن است بعنوان پیشگیری کننده بلافاصله پس از عمل استفاده شود. مشخصاً وارفارین و یا آسپرین در مرحله نوتوانی تجویز می‌شود.

۱۳. یبوست بدلیل تحريك كم و همچنین مصرف مایعات کم بوده که ضمناً با مصرف مخدر توام می‌شود.

۱۴. پیشگیری از یبوست نیاز به کنترل مداوم فعالیت روده دارد. از مایع رسانی کافی، حرکت زودتر و مصرف نرم کننده های مدفوع ممكن است جهت پیشگیری از انسداد دفعی استفاده شود.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. بدلیل اینکه طول مدت بستری در بیمارستان پس از عمل جراحی ارتوپدی ۳ یا ۴ روز می‌باشد، اکثر اوقات مرحله نقاهت و نوتوانی در منزل و یا در عرصه مراقبت غیر حاد انجام می‌شود.
۲. به بیمار و خانواده در مورد شناسایی عوارضی که باید سریعاً به جراح گزارش شود آموزش دهید.
۳. باید مراقبت مناسب از زخم را نمایش دهید.
۴. بیمار باید قادر به استفاده ایمن از وسایل تحريك باشد. چنانچه بیمار دارای گچ یا وسیله دیگر بی حرکت کننده باشد اعضاء خانواده باید در مورد نحوه کمک به بیمار که برای خود و بیمارشان ایمن باشد آموزش ببینند.

¹² -Warfarin
¹³ -Coumadin¹³

¹⁴-Enoxafarin
¹⁵ -Lovenox

¹⁶-Dalte parin
¹⁷-Fragmin

۵. نیاز است ورزشهای خاصی قبل از ترخیص را آموزش داده و تمرین نمود.
۶. پرستار، فیزیوتراپ و مددکار اجتماعی میتوانند به بیمار و خانواده از نظر شناسایی نیازهای خود و آماده شدن برای مراقبت از بیمار در خانه کمک کنند.
۷. معرفی بیمار به عرصه ارائه خدمات، منابعی را فراهم ساخته و کمک میکند که بیمار و خانواده عهده‌دار نیازهای مراقبت در طی دوره نقاهت و نوتوانی باشد.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیماری دارای قطع عضو^{۱۸}

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد در رابطه با قطع عضو.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار با تجربه درد مواجه نشود که شامل موارد ذیل است: آرام و ساکت بنظر برسد. آرامش را ابراز دارد. معیارهایی را برای افزایش آرامش بکار ببرد. در مراقبت از خود و فعالیتهای نوتوانی شرکت نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. درد ناشی از جراحی را می توان بطور موثر با ضد دردهای مخدر کنترل کرد. درد ممکن است با تخلیه يك هماتوم یا تجمع مایع توام شود. درد ممکن است مربوط به شکاف جراحی یا التهاب، عفونت، فشار مربوط به زوائد استخوانی باشد. ۲. اسپاسمهای عضلانی ممکن است ناراحتی بیمار را بیافزاید. تغییر وضعیت بیمار یا قرار دادن کیسه شن سبك بر اندام باقیمانده جهت مقابله با اسپاسم عضله ممکن است سطح آرامش بیمار را بیافزاید. ۳. ارزیابی درد بیمار و پاسخها نسبت به مداخلات بخش مهم از نقش پرستار در کنترل درد می باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر درك اختلال حسی: درد اندام کاذب ^{۱۹} مربوط به قطع عضو.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار با درد اندام کاذب مواجه نشود که شامل موارد ذیل است: کاهش حس اندام کاذب را گزارش کند. شیوه های انحراف فکر را بکار برد. ماساژ انتهای اندام را از نظر کاستن حساسیت انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. شخصی که اندام وی قطع شده است ممکن است درد اندام کاذب را ۲۱ یا ۳ ماه پس از قطع اندام تجربه کند. این مسئله اغلب اوقات در بیمارانی که قطع اندام از ^{۲۰} بالای زانو داشته اند رخ می دهد. بیمار درد یا حس غیرعادی مثل بی حسی، سوزن	

¹⁸ -Amputation

¹⁹ -phantom limb

سوزن شدن، کرامپهای عضلانی، هم چنین حس وجود اندامی که له شده یا کرمپ شده را دارد.
۲. احساس فوق بمرور کاهش می‌یابد. فعال نگهداشتن بیمار کمک می‌کند که درد اندام کاذب کاهش یابد و نوتوانی ویژه و کاستن حساسیت انتهای اندام قطع شده و دادن ماساژ بصورت مشت و مال می‌تواند سبب آرامش شود.
۳. علاوه بر مداخلات پرستاری، تحریک الکتریکی عصب از طریق ^{۲۱} پوست، اولتراسوند و بی حسی موضعی می‌تواند در برخی از بیماران آرامش را در پی داشته باشد.
۴. بتابلوکرها ممکن است ناراحتی مبهم سوزشی را تسکین دهد. داروهای ضد صرع می‌تواند درد خنجری و کرمپی را برطرف سازد و ضد افسردگیهای سه حلقوی جهت بهسازی خلق و توانایی سازش بکار می‌رود.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال سلامت پوست در رابطه با جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به التیام زخم دسترسی یابد که شامل موارد ذیل است: ادم اندام باقیمانده را کنترل کند. اسکار التیام یافته را که فاقد حساسیت و چسبندگی باشد نشان دهد. مراقبت از اندام باقیمانده را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در زمان تعویض پانسمان، تکنیک آسپتیک جهت پیشگیری از عفونت و استئومیلیت احتمالی ضرورت دارد. ۲. شکل دادن اندام باقیمانده جهت سوار کردن پروتز اهمیت دارد. به بیمار و خانواده آموزش دهید که اندام باقیمانده را با باند کشی ببیچد. ۳. متعاقب التیام شکاف جراحی، مراقبت اندام باقیمانده را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اشفتگی تصویر ذهنی از بدن در رابطه با قطع بخشی از بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بهسازی تصویر ذهنی از بدن و سازش موثر را به نمایش بگذارد که شامل موارد ذیل است: تغییر در تصویر ذهنی از بدن را تایید کند. در فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود شرکت جوید. استقلال را نشان دهد.	

²⁰ -Above Knee Amputation (AKA)

²¹ -Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

خود را بعنوان يك شخص كامل تصور كند. مسئولیت های مربوط به نقش را مجدداً شروع كند. تماسهای اجتماعی را مجدداً برقرار سازد. اعتماد به نفس را در تواناییهای خود نشان دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بیمار را تشویق کنید که به اندام باقیمانده نگاه کرده، حس کرده و آنرا مراقبت نماید. ۲. امر مهمی است که توانایی و منابع بیمار را جهت سهولت نوتوانی شناسایی نمائید. ۳. به بیمار کمک کنید که فعالیت مستقل در سطح قبلی را بدست آورد. بیماری که به خودباوری رسیده است بسادگی قادر است مسئولیت مراقبت از خود را به عهده گرفته و در اینصورت خود پنداری پیشرفت کرده و تغییرات تصویر ذهنی از بدن پذیرفته می شود. حتی در بیماران دارای انگیزش بسیار، این فرایند ممکن است چند ماه طول بکشد.	

Problem Definition	بیان مشکل
سازش غیر موثر در رابطه با نارسایی در پذیرش بخشی از بدن و ناتوانی حاصل از آن.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار حل و فصل غم خواری را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: غم و غصه را اظهار کند. احساسات خانواده و دوستان را در نظر بگیرد. در گروه حمایت مشارکت کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. از دست دادن يك اندام (یا بخشی از يك اندام) ممکن است ایجاد شوک نماید، حتی اگر بیمار قبل از عمل آماده شده باشد. رفتار بیمار (یعنی گریه کردن، گوشه گیری، بی تفاوتی و خشم) و بیان احساسات (مثل افسردگی، ترس و تنهایی) نشان دهنده چگونگی سازش بیمار با فقدان و سپری کردن فرایند غم خواری است. ۲. جوّی از پذیرش و حمایت را بوجود آورید که در آن بیمار و خانواده تشویق می شوند که احساسات خود را ابراز نموده و سهیم سازند و با فرایند غم خواری کنار آیند. ۳. حمایت از طرف خانواده و دوستان پذیرش فقدان را امکان می سازد. ۴. در سازش با نیازهای فوری به بیمار کمک کرده و از اهداف واقعی نوتوانی و عملکرد آتی مستقل آگاه سازید. سلامتی ذهنی و ارجاع به گروه حمایت ممکن است مناسب باشد.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص مراقبت از خود: استحمام/ بهداشت، تغذیه، پوشاک/ آراستگی یا رفتن به توالت در رابطه با از دست دادن اندام.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در مراقبت از خود به استقلال برسد که شامل موارد ذیل است: در زمان ضرورت درخواست کمک کند. از وسایل کمکی جهت تسهیل در مراقبت از خود استفاده کند. رضایت را در انجام فعالیتهای روزمره نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را تشویق کنید که شرکت فعال در مراقبت از خود داشته باشد. بیمار نیاز به زمان برای انجام وظایف خود دارد و نباید وی وادار به عجله کنید. ۲. تکرار یک فعالیت همراه با نظارت ثابت حمایت کننده در یک محیط آرام، بیمار را از نظر یادگیری مهارتهای مراقبت از خود توانمند می سازد. ۳. بیمار و پرستار نیاز به حفظ نگرشهای مثبت داشته و باید در فرایند یادگیری، خستگی و یأس را بحداقل برسانند. ۴. استقلال در پوشیدن لباس، رفتن به توالت و استحمام (دوش یا وان) بستگی به تعادل، توانایی تغییر مکان و تحمل فعالیت در بُعد فیزیولوژی دارد. ۵. با فیزیوتراپ و کاردرمان جهت آموزش و نظارت بیمار در فعالیتهای مراقبت از خود همکاری کنید. ۶. بیمار با قطع اندام فوقانی قادر به مراقبت از خود (از قبیل تغذیه، استحمام و پوشیدن لباس) نیست. کمک صرفاً بر حسب ضرورت فراهم می شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك مختل فیزیکی در رابطه با از دست دادن اندام.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار به تحرك حداکثر بدون وابستگی دست یابد که شامل موارد ذیل است:	- از قرارگرفتن در وضعیت هایی که به بروز انقباضات غیر عادی عضلانی کمک می کند پرهیز کند. - ورزشهای فعال کامل را نشان دهد. - تعادل را در هنگام نشستن و انتقال نشان دهد. - قدرت و تحمل را افزایش دهد. - شیوه ایمن انتقال را نشان دهد. - به فایده عملکرد پروتز دست یابد. - به موانع محیطی از نظر تحرك غلبه کند.

	• خدمات جامعه و منابع را بر حسب ضرورت بکار برد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. در بیماری که اندام تحتانی وی قطع شده است پوزیشن مناسب از بروز انقباضات غیر عادی عضلات در مفصل هیپ یا زانو پیشگیری می‌کند. در این مورد از ابداعشن، چرخش خارجی و خمیدگی اندام تحتانی خودداری کنید. بستگی به سلیقه جراح، اندام باقیمانده را ممکن است در يك وضعیت کشیده قرار داده یا مدت کوتاهی پس از جراحی کمی در سطح بالا قرار داد. ۲. باید توجه کنید که اندام باقیمانده را نباید روی يك بالش قرار داد که باعث انقباض خم کننده هیپ می‌باشد. ۳. بیمار را تشوق کنید که از يك پهلوی دیگر برگشته و وضعیت دمر را بخود بدهد و در صورت امکان عضلات خم کننده را کشش داده و از انقباض خم کننده هیپ جلوگیری نماید. نشستن بمدت طولانی را توصیه نکنید که اینکار جهت جلوگیری از انقباض خم کننده می‌باشد. ساق ها را باید در کنار یکدیگر قرار داده که اینکار برای پیشگیری از ابداعشن می‌باشد. ۴. بیمار را تشوق کنید که از وسایل کمکی استفاده کند تا بسادگی بتواند فعالیت مراقبت از خود را انجام داده و اینکه بداند در محیط خانه چه تغییراتی از نظر انجام این فعالیت‌ها باید انجام دهد. ۵. ورزشهای دورانی پس از عمل بزودی شروع شده بدلیل اینکه انقباض غیر عادی عضلات زودرس شروع می‌شود. ورزشهای دورانی شامل ورزشهای هیپ و زانو برای قطع اندام پایین‌تر از زانو و ورزشهای هیپ برای قطع بالاتر از زانو می‌باشد. امر مهمی است که بیمار اهمیت ورزشهای اندام باقیمانده را درك کند. ۶. اندام فوقانی، تنه و عضلات شکم با ورزش تقویت می‌شوند. عضلات باز کننده بازو و عضلات پایین آورنده شانه سهم مهم در استفاده از چوب زیر بغل دارند. ۷. بیمار از میله بالای تخت جهت تغییر پوزیشن و تقویت عضله^{۲۲} دو سر استفاده کند. بالا بردن باسن در حالیکه^{۲۳} نشسته است عضله سه سر^{۲۴} را تقویت می‌کند. ۸. در قطع اندام فوقانی جهت بهره برداری از پروتز باید از هر دو شانه استفاده گردد. عضلات هر دو شانه ورزش داده می‌شود. ۹. همزمان با پیشرفت بیمار از نظر استفاده مستقل از صندلی چرخدار یا حرکت دادن و راه رفتن بوسیله پروتز، مسئله ایمنی را تأکید کنید. موانع محیطی (از جمله سطوح خیس، درب‌ها، پله‌ها و قالیه‌های کهنه) را شناسایی کرده و کنترل کنید. ۱۰. امر مهمی است که مسائل مربوط به وسایل کمکی در تحرك (یعنی فشار وارد به زیر بغل ناشی از چوبهای زیر بغل، تحريك پوستی دستها باعث استفاده از صندلی چرخدار و تحريك اندام باقیمانده ناشی از مصرف پروتز) پیش بینی، شناسایی و حل و فصل گردد. ۱۱. قطع ساق، تغییری در مرکز ثقل ایجاد می‌کند، لذا بیمار نیاز دارد که تغییر پوزیشن (یعنی برخاستن از حالت نشسته،

²² -Biceps

²³ -pushups

²⁴ -Triceps

ایستادن روی يك پا) را تمرین کند. در هنگام پایین آمدن از تخت باید پوستچر خوب را حفظ کرده کفش مناسب بدون کف لغزنده پوشیده و در حین تغییر وضعیت، با يك کمر بند ایمنی حفاظت شود تا از افتادن پیشگیری شود.

۱۲. بمحض امکان به بیمار با قطع اندام تحتانی کمک کنید که بین میله‌های پارالل بایستد. اینکار برای امتداد موقت پروتز به سمت کف زمین با حداقل تحمل وزن می‌باشد. از اینکه در چه فرصتی پس از جراحی اجازه داده شود که بیمار تمام وزن خود را روی پای مصنوعی بیاندازد بستگی به وضعیت فیزیکی بیمار و التیام زخم دارد.

۱۳. جهت پیشگیری از عیب دائمی خم کننده، اندام باقیمانده نباید در وضعیت خمیده نگهداشته شود.

۱۴. بیماری که یاد می‌گیرد که پروتز را خیلی زودتر پس از قطع اندام (فوقانی) بکار ببرد در انجام فعالیتهای مراقبت از خود کمتر به يك دست اكتفا می‌کند.

۱۵. بیمار با قطع اندام فوقانی ممکن است زیر پیراهن پنبه‌ای (مدل T) برای پیشگیری از تماس بین پوست و افسار شانه و جذب بیشتر عرق بکار ببرد. متخصص پروتز در مورد تمیز کردن بخشهای قابل شستشوی افسار توصیه می‌کند.

۱۶. اندام باقیمانده را باید بشکل مخروط درآورد و اینکار برای جفت شدن صحیح با پروتز، دسترسی به حداکثر آرامش و فعالیت پروتز می‌باشد. باندهای کشی یا يك آتل بادی جهت دادن شکل به اندام باقیمانده بکار می‌رود.

۱۷. به بیمار یا يك عضوی از خانواده نحوه صحیح باندپیچی را آموزش دهید. باندپیچی بافت نرم را حمایت کرده و تشکیل ادم را حداقل می‌رساند در حالیکه اندام باقیمانده در پوزیشن وابسته است. باند بگونه‌ای بسته می‌شود که عضلات باقیمانده برای بهره‌برداری از پروتز کاملاً سفت شده در حالیکه عضلاتی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرند آتروفی می‌شوند. بستن باندکشی بطور نامناسب به مسائل گردش خونی کمک کرده و اندام باقیمانده شکل مناسب را پیدا نمی‌کند.

۱۸. مسائلی که می‌تواند سوار کردن پروتز را در این مرحله بتأخیر اندازد شامل: ۱- عیوب خم کننده ۲- فقدان انقباض اندام باقیمانده ۳- عیوب ناشی از ابداکشن هیپ. پزشك معمولاً فعالیتهایی برای سفت شدن اندام باقیمانده از نظر آماده شدن در استفاده از پروتز را می‌دهد. بیمار شروع به ایجاد فشار روی يك بالش نرم سپس به يك بالش سفت و در نهایت به يك سطح محکم می‌کند.

۱۹. به بیمار آموزش دهید که اندام باقیمانده را برای حرکت درآوردن محل شکاف جراحی، کاستن حساسیت و بهسازی عروق ماساژ دهد. ماساژ معمولاً زمانی شروع می‌شود که التیام رخ می‌دهد و اولین بار توسط فیزیوتراپ انجام می‌گیرد.

۲۰. حفره پروتز توسط متخصص در قالب اندام باقیمانده درآورده می‌شود. پروتز نسبت به سطح فعالیتهای تواناییهای بیمار طراحی می‌شود. انواع مختلف پروتزها وجود دارد از جمله هیدرولیک^{۲۵}، پنماتیک^{۲۶} و تحت کنترل توسط^{۲۷} میوالکتریک و غیره است.

۲۱. تعدیل حفره پروتز توسط متخصص جهت تطبیق با تغییرات حاصل در اندام باقیمانده طی ۶ ماه الی ۱ سال اول پس از جراحی رخ می‌دهد. از يك گچ سبك، يك باندکشی یا يك جوراب چروك جهت محدود کردن ادم در طی دوره‌ای که بیمار پروتز دائم نمی‌پوشد استفاده کنید.

²⁵ -Hydraulic
²⁶ -Pneumatic
²⁷ -Myoelectronically

۲۲. به افرادی که قادر به راه رفتن نیستند چون استفاده از پروتز امکان پذیر نمی باشد آموزش دهید که از صندلی چرخدار جهت دسترسی به استقلال استفاده کند. ۲۳. طراحی صندلی چرخدار در بیمارانی که قطع اندام شده اند به اینصورت باید باشد که جهت جبران تغییر در توزیع وزن، محور چرخ عقب را حدود ۵ سانتی متر (۲ اینچ) دورتر قرار دهند.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض مربوط به خونریزی، عفونت و شکنندگی پوستی.	
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار دچار عوارضی از قبیل خونریزی، عفونت و شکنندگی پوستی نشود که شامل موارد ذیل است:	با تجربه خونریزی زیاد مواجه نشود. ارزشهای خونی طبیعی را حفظ کند. فاقد علایم موضعی یا سیستمیک باشد. بطور مکرر خود را جابجا کند. هر گونه ناراحتی پوستی و تحریکات را بلافاصله گزارش دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سیستمهای بدن (مثلاً تنفسی، خونی، معده- روده ای، تناسلی- ادراری و پوست) را توأم با مسائل بی حرکتی (یعنی آنلکتازی، پنومونی، ترومبوز وریدهای عمقی، ادم ریوی، بی اشتهایی، یبوست و رکود ادراری و زخم فشاری) بررسی کنید و تدابیر صحیح را برقرار کنید. جلوگیری از مسائل مربوط به بی حرکتی و برقراری مجدد فعالیت جسمی امری ضروری برای حفظ سلامتی است. ۲. خونریزی وسیع ناشی از بخیه شل يك مسئله مهم تهدید کننده است. هر گونه علایم یا نشانه های خونریزی را در بیمار کنترل کنید. همچنین مهم است که علایم حیاتی بیمار و ترشحات ساکشن را کنترل کنید. ۳. خونریزی فوری پس از عمل ممکن است تدریجی یا بصورت خونریزی وسیع ناشی از بخیه شل انجام گیرد. يك گاروی بزرگ باید در کنار تخت بیمار وجود داشته باشد تا در صورت خونریزی وسیع در اندام باقیمانده بسته شود. در صورت خونریزی وسیع باید مسئله را در اسرع وقت به جراح گزارش دهید. ۴. عفونت يك عارضه رایج پس از قطع اندام است. بیمارانی که تحت قطع تروماتیک بوده اند دارای يك زخم آلوده می باشند. آنتی بیوتیک بر حسب دستور داده می شود. امر مهمی است که شکاف جراحی، پانسمان و ترشح را از نظر عفونت (مثلاً تغییر در رنگ، بو یا قوام ترشح و افزایش ناراحتی) کنترل نمایید. همچنین گزارش شاخص های عمومی عفونت (افزایش درجه حرارت، لکوسیتوز با افزایش ۱۰٪ باندها از نظر انواع) به جراح ضروریست. ۵. شکنندگی پوست ممکن است ناشی از بی حرکتی یا فشار ناشی از منابع مختلف رخ دهد. پروتز ممکن است نواحی از بدن را تحت فشار قرار دهد. شکنندگی پوست را بررسی کنید. رعایت دقیق بهداشت پوست امر اساسی برای پیشگیری از تحریک	

پوستی، عفونت و شکنندگی پوست است. اندام باقیمانده التیام یافته را حداقل ۲ بار شستشو داده و بطور ملایم خشک کنید. ۶. پوست را از نظر نواحی فشار، درماتیت و طولها مورد بررسی قرار دهید. در صورت وجود، آنها را باید پیش از شکنندگی پوستی مجدد تحت درمان قرار دهید. معمولاً با یک جوراب ساق کوتاه، اندام باقیمانده را بپوشانید که جهت تعریق و پیشگیری از تماس مستقیم بین پوست و حفره پروتز می‌باشد، جوراب روزانه تعویض شده و با یک دترژان ضعیف شسته شده و با پارچه کاملاً خشک می‌شود.	آموزش به بیمار
Patient Education	
۱. بیمار و خانواده را تشویق کنید که شرکت فعال در مراقبت داشته باشند. آنها باید در مراقبت از پوست، اندام باقیمانده و پروتز شرکت جویند. برای بیمار آموزش مداوم و جلسات تمرین در مورد چگونگی انتقال و استفاده از وسایل کمکی برای تحرك ایمن ترتیب دهید. ۲. علایم و نشانه‌های عوارضی را که باید به پزشك گزارش شود توضیح دهید. ۳. محیط خانه پیش از ترخیص باید مورد بررسی قرار گیرد و از نظر تداوم مراقبت، ایمنی و تحرك تضمین گردد. فیزیوتراپی و کاردرمانی در منزل یا بصورت سرپایی انجام می‌گیرد. ۴. طی ملاقات‌های پی‌گیر از نظر سلامتی، سازش روانی و جسمی بیمار را ارزیابی کنید. ۵. غالباً بیمار و خانواده عضویت در گروه حمایت را با ارزش می‌دانند زیرا که می‌توانند در مسائل و راه حل ها مشارکت نمایند. ۶. به بیمار و خانواده در مورد اهمیت تداوم ارتقاء سلامتی و غربالگری، از جمله معاینات فیزیکی منظم و تستهای تشخیصی توضیح دهید.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیمار دارای گچ

Problem Definition	بیان مشکل
	کمیود آگاهی در رابطه با شیوه درمان.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار شیوه درمان را درک کند که شامل موارد ذیل است: اندام مبتلا را در سطح بالا قرار دهد. ورزش را طبق دستور شروع کند. گچ را خشک نگه دارد. بروز هر گونه عوارض را گزارش دهد. تاریخ ملاقات با پزشک را گزارش کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. پیش از گچ گیری، بیمار نیاز به اطلاعاتی در مورد پاتولوژی و هدف و انتظار از درمان منتخب دارد. آگاهی سبب شرکت فعال بیمار و اطاعت از درمان می شود. امر مهمی است که با توضیح در مورد منظره، صداها و احساسات (مثلاً گرمای ناشی از واکنش سفت شدن گچ) بیمار را برای گچ گیری آماده کنید. بیمار نیاز دارد بداند چه چیزی در حین گچ گیری باید انتظار داشته باشد و آگاه باشد که هر ناحیه ای از بدن که گچ گیری می شود آن قسمت بی حرکت خواهد شد.

Problem Definition	بیان مشکل
	درد حاد در رابطه با اختلال عضلانی - اسکلتی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار درد کمتری را گزارش کند که شامل موارد ذیل است: اندامی را که دارای گچ می باشد در سطح بالا قرار دهد. خود را جابجا کند. داروی ضد درد خوراکی را طبق دستور مصرف کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. باید دقت درد توام با ناراحتیهای عضلانی - اسکلتی را ارزیابی کنید و بمنظور کمک به تعیین علت از بیمار در مورد ناحیه دقیق، مشخصه و شدت درد پرسش نمایید. ۲. اکثر اوقات درد را می توانید با بالا بردن بخش مبتلا و گذاشتن کیسه های یخ و تجویز ضد درد تسکین دهید. ۳. عدم تسکین درد بیمار را بلافاصله باید به پزشک اطلاع دهید. اینکار جهت پیشگیری از پارالیز و نکروز می باشد. درد

توأم با ناراحتی اساسی (مثلاً شکستگی) غالباً بوسیله بی حرکتی کنترل می‌شود و درد مربوط به ادم که توأم با آسیب، جراحی یا خونریزی درون بافتی است با بالا بردن اندام و قرار دادن کیسه‌های یخ (باندازه $\frac{1}{2} - \frac{1}{3}$ پر شده و در طرفین گچ گذاشته می‌شود) کنترل می‌شود.
۴. درد ممکن است نشانه عارضه باشد. درد توأم با سندرم کمپارتمان ^{۲۸} نرم نبوده و توسط بالا بردن اندام یا گذاشتن یخ و دوز عادی داروی ضد درد برطرف نمی‌شود.
۵. درد شدید روی یک زائیده استخوانی هشدار دهنده زخم فشاری قریب الوقوع است. ناراحتی بعلت فشار وارد بر پوست ممکن است با بالا بردن اندام (سبب کنترل ادم می‌شود) یا قرار دادن در وضعیتی که فشار را تغییر دهد سبب تسکین شود.
۶. هرگز نباید شکایت مربوط به درد گچ را اغماض کنید، بدلیل اینکه احتمال بروز مسائلی از قبیل پرفیوژن مختل بافتی یا تشکیل زخم فشاری وجود دارد.

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك مختل فیزیکی در رابطه با گچ.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار تحرك زیاد را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: وسایل کمکی را بطور ایمن بکار برد. جهت افزودن قدرت ورزش کند. بطور مکرر وضعیت را تغییر دهد. حرکات دورانی مفصلی که در گچ نیست انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر يك از مفصلی را که بی حرکت نشده است باید ورزش دهید و در محدوده حرکت، فعالیت آنها را حفظ نمایید. ۲. چنانچه بیمار دارای گچ ساق است وی را به حرکت دادن انگشتان پا و در مورد گچ بازو به ورزش انگشتان دست تشویق نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال سلامت پوست در رابطه با پارگیها و ساییدگی‌ها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
التیام ساییدگی و پارگیها را نشان دهد که شامل موارد ذیل است: فاقد علایم موضعی عفونت (یعنی ناراحتی موضعی، ترشح چرکی، لکه دار شدن گچ یا استشمام بو) باشد.	

²⁸ -compartment syndrome

هیچگونه علایم و نشانه‌های سیستمیک عفونت را نشان ندهد. در هنگام برداشتن گچ از پوست سالم برخورداری باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. جهت ترفیع التیام، امر مهمی است که هر گونه پارگیها و ساییدگیهای پوست را که در نتیجه شکستگی رخ داده است درمان نمایند. ۲. بیمار ممکن است نیاز به یادآور کزاز داشته باشد چنانچه زخم وی کثیف بوده و اگر که آخرین یادآوری کزاز را پیش از ۵ سال گذشته تزریق کرده است. ۳. پانسمان‌های استریل جهت پوشانیدن پوست آسیب دیده بکار ببرید. چنانچه زخم‌های پوست وسیع باشد از یک روش متناوب (مثلا فیکساتور خارجی) جهت بی حرکت کردن بخش مورد نظر استفاده کنید. ۴. در حین داشتن گچ، از نظر علایم عمومی عفونت، بوی مربوط به گچ و ترشح چرکی بیمار را تحت نظر قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال فعالیت عصبی- عروقی محیطی در رابطه با پاسخهای فیزیولوژیک نسبت به صدمه و اثر فشارنده گچ.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار فعالیت عصبی- عروقی مناسب اندام مبتلا را حفظ کند که شامل موارد ذیل است: - حرارت و رنگ طبیعی پوست را نشان دهد. - مواجهه با حداقل تجربه تورم شود. - در هنگام آزمایش، پرشدگی مجدد مویرگی رضایت بخش را نشان دهد. - حرکات فعال انگشتان دست یا پا را که فاقد گچ است گزارش دهد. - حس طبیعی را در بخشهایی از بدن که گچ گیری شده است گزارش دهد. - قابل کنترل بودن درد را گزارش دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ادم، پاسخ طبیعی بافت نسبت به تروما است. نارسایی عروق و فشردگی عصب ناشی از تورم می‌تواند سبب کمپارتمان شود. جریان خون، حس و حرکت اندام مبتلا را کنترل کنید و انگشتان دست یا پای اندامی که گچ گیری شده است را بررسی نموده و با اندام مقابل مقایسه کنید. یافته‌های طبیعی شامل ادم و ناراحتی حداقل، رنگ صورتی، حس گرما در حین لمس و پاسخ سریع پرشدگی مجدد مویرگی و حس طبیعی و توانایی ورزش دادن انگشتان دست یا پا می‌باشد. ۲. بیمار را تشویق کنید که در هنگام بیداری انگشتان دست یا پا را هر ساعت حرکت داده که اینکار جهت تحریک جریان خون می‌باشد. ۳. امر مهمی که بررسیهای مکرر و منظم از وضعیت عصبی - عروقی انجام دهید. پنج مورد که نیاز به بررسی دارد و مربوط به وضعیت عصبی- عروقی و سندرم کمپارتمان می‌باشد شامل درد، رنگ پریدگی، فقدان نبض، پارگی و پارستزی	

است. ۴. جهت سرعت بخشیدن به پرفیوژن شریان و کنترل ادم، اندام را در سطح قلب قرار داده و در صورت بروز علایم اختلال عصبی- عروقی بلافاصله به پزشك گزارش دهید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض مربوط به سندرم کمپارتمان، زخم‌های فشاری و سندرم عدم استفاده ^{۲۹} .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار با عوارض مواجه نشود که شامل موارد ذیل است:	
	- وضعیت طبیعی عصبی-عروقی را در اندام گچ گیری شده نشان دهد. - هیچگونه زخم فشاری بروز ندهد. - تحلیل حداقل عضله را نشان دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. عوارض التیام شکستگی در ۲ گروه مطرح می‌شود: زودرس، دیررس. ۲. عوارض زودرس شامل شوک، سندرم آمبولی چربی، سندرم کمپارتمان و عوارض ترومبو آمبولیسم مثل ترومبوز ورید عمقی و آمبولیسم ریوی است. عوارض دیررس شامل جوش خوردگی دیررس و عدم جوش خوردگی و نکروز بدون عروق است. ۳. سندرم کمپارتمان زمانی رخ می‌دهد که فشار زیاد بافتی در يك فضای محدود (مثل گچ، کمپارتمان عضله) رخ داده و منجر به اختلال گردش خون و فعالیت بافت می‌شود. جهت کاستن فشار باید گچ را بطور طولی در دو طرف شکاف دهید در حالیکه تقارن حفظ شده و برای اطمینان از پرفیوژن شریانی اندام را نباید بیش از سطح قلب بالا ببرید. چنانچه فشار برطرف نشده و جریان خون مجدداً برقرار نشود باید فاسیاتومی^{۳۰} انجام گیرد. پاسخهای عصبی- عروقی را ثبت کرده و تغییرات را بلافاصله به پزشك گزارش دهید. ۴. فشار حاصل از گچ بر بافتهای نرم می‌تواند سبب آنوکسی بافتی و زخمهای فشاری شود. نواحی از اندام تحتانی که بیشترین حساسیت را نسبت به زخم‌های فشاری دارد شامل پاشنه، قوزك، پشت پا، سر نازك نی و سطح قدامی استخوان زانو و در اندام فوقانی شامل اپی کوندیل میانی استخوان بازو و استلنئید زند زیرین است. ۵. معمولاً بیماری که يك زخم فشاری دارد درد و سفتی را در ناحیه گزارش می‌دهد. يك ناحیه گرم در ناحیه گچ نشان دهنده اریتم بافت زیرین است. شکستگی پوستی ممکن است رخ دهد، ترشح ممکن است گچ را لك دار نموده و سبب استنشام بو شود. باید بیمار دارای گچ را از نظر بروز زخم فشاری کنترل کرده و یافته‌ها را به پزشك گزارش دهید. ۶. جهت بررسی ناحیه زخم فشاری، پزشك ممکن است گچ را بطور طولی در دو سمت شکاف داده یا سوراخ (دریچه)

²⁹ -disuse syndrome

³⁰ -fasciotomy

نماید. چنانچه پزشك مجبور شود سوراخ نماید پس از بررسی توسط يك پانسمان كشی فشارنده يا چسب گچ را در جای خود جایگزین می‌نماید. اینكار از خروج بافت متورم از سوراخ جلوگیری می‌کند.

۷. علیرغم اینکه بیمار در گچ می‌باشد نیاز به یادگیری دارد عضله را كش داده یا منقبض (یعنی انقباض ایزومتریک عضله) نموده بدون اینکه بخش مربوطه را حرکت دهد. اینكار كمك می‌کند آتروفی عضله كاسته شده و قدرت عضله حفظ شود. به بیماری که گچ ساق دارد آموزش دهید که زانو را بپایین فشار داده و در گچ بازو دست را مشت نماید.

۸. ورزشهای مربوط به سفت کردن عضله (یعنی عضله چهار سر ران و ورزشهای سرین) جهت حفظ عضلات اساسی راه رفتن اهمیت دارد. هنگامی که بیمار بیدار است ورزشهای ایزومتریک را باید هر ساعت انجام دهد.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص مراقبت از خود: استحمام/ بهداشت، تغذیه، پوشاك/ آراستگی یا رفتن به توالت ناشی از محدودیت حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید در فعالیتهای خود مراقبتی شرکت کند که شامل موارد ذیل است: فعالیتهای مربوط به بهداشت و آراستگی را بطور مستقل با حداقل كمك انجام دهد. فعالیتهای روزمره زندگی را بطور مستقل یا با حداقل كمك نشان دهد. با برنامه ورزشی منتخب همکاری نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نقص مراقبت از خود زمانی رخ می‌دهد که بخشی از بدن بی حرکت می‌شود. بیمار را تشویق کنید که بطور فعال به مراقبت از خود پرداخته و بطور ایمن از وسایل كمکی استفاده کند.	
۲. شرکت بیمار در طرح و تحقق فعالیتهای روزمره زندگی جنبه مهم در مراقبت از خود، استقلال، حفظ اختیار و پرهیز از واکنشهای روانی نامطلوب مثل افسردگی است.	
۳. هنگامی که گچ خشك می‌باشد موارد ذیل را به بیمار آموزش دهید: حتی الامکان بطور طبیعی حرکت نمایید ولی از استفاده مفرط از اندام صدمه دیده پرهیز نموده و از راه رفتن در مکان خیس و زمین لغزنده خودداری کنید. ورزشها را بر حسب دستور بطور منظم انجام دهید. جهت كاستن تورم، اندام گچ گیری شده را غالباً در سطح قلب قرار دهید. از خارش پوست زیر گچ خودداری کنید اینكار می‌تواند سبب پارگی پوست شده و به تشکیل زخم پوست كمك نماید. هوای خنك مربوط به سشوار ممكن است خارش را تسکین دهد. هم چنین از وارد کردن اشیاء در زیر گچ برای رفع خارش خودداری کنید. در صورت تداوم خارش با پزشك خود تماس بگیرید. لبه‌های خشن گچ را با چسب بپوشانید.	

گچ را خشك نگهداشته ولی از پوشانیدن آن با پلاستیک یا لاستیک خودداری کنید زیرا سبب رطوبت گچ و پوست شده و گچ را نرم می‌کند.

در صورت بروز هر يك از موارد ذیل به پزشك گزارش دهید:

درد مداوم، تورم بدون پاسخ به بالا بردن اندام، تغییر حس، کاهش توانایی حرکت دادن انگشتان دست یا پا و تغییر در رنگ پوست و حرارت.

استشمام بو از گچ، نواحی لکه دار و گرم و حس فشار.

شکستگی گچ.

۴. در هنگام برداشتن یا تعویض گچ، موارد ذیل را به بیمار آموزش دهید:

بخشی از بدن که توسط گچ مدتی پوشیده شده است بدلیل عدم استفاده ضعیف و سفت شده و ممکن است آتروفی شده باشد. سفتی زیاد حتی چندین هفته پس از بی حرکتی رخ می‌دهد.

پوست معمولاً خشك و پوست اندازی (بدلیل تجمع پوست مرده) داشته و نسبت به صدمه ناشی از خارش حساس می‌باشد. پوست نیاز به شستن ملایم داشته و سپس باید يك لوسیون نرم کننده مالیده شود.

به بیمار آموزش دهید که فعالیتهای خود را بتدریج طبق دستور شروع کند. انجام ورزش برای کمک به دستیابی مجدد به حرکت مفصل می‌باشد.

پس از درآوردن گچ باید توجه بیمار را به تورم قابل توجه اندام جلب کنید که بالا بردن اندام را ادامه داده تا زمانی که تون طبیعی عضله و فعالیت قبلی برگردد.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت از بیمار مسن با شکستگی هیپ

Problem Definition	بیان مشکل
	درد حاد در رابطه با شکستگی، آسیب بافت نرم، اسپاسم عضله و جراحی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار باید قادر باشد: • ناراحتی خود را توصیف کند. • تلاش برای کنترل درد را ابراز نماید. • با تغییر وضعیت حداقل ناراحتی را ابراز کند. • در هنگام بی حرکتی ساق آرامش خود را ابراز کند. • حرکت اندام را پیش از ترمیم و ثابت نمودن حداقل برساند. • از معیارهای فیزیکی، روانی و دارویی جهت تسکین ناراحتی استفاده کند. • کاهش درد را طی ۲۴-۴۸ ساعت پس از جراحی توضیح دهد. • داروهای مربوط به تسکین درد را درخواست نموده و معیارهای تسکین درد را در بدو سیکل درد بکار برد. • آرامش حاصل از قرار دادن اندام شکسته را در وضعیت خاص تأیید کند. • همزمان با پیشرفت التیام، اندام مبتلا را با آرامش بیشتری حرکت دهد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. نوع درد و ناحیه آن را در هنگام کنترل علائم حیاتی بررسی کنید. ۲. وجود درد را تأیید نموده و بیمار را از ضد درد مطلع ساخته و پایه درد بیمار را ثبت کنید. ۳. بمایمت اندام مبتلا را دست زده در حالیکه با دست یا بالش آن را حمایت نموده‌اید. ۴. از کشش باکس^{۳۱} بر حسب دستور استفاده کرده و حلقه تروکانتر را بکار ببرید. ۵. از استراتژیهای تعدیل کننده درد استفاده کنید. ۶. محیط را تعدیل نمایید. ۷. داروهای ضد درد را بر حسب ضرورت تجویز نمایید. ۸. بیمار را تشویق نمایید که از معیارهای تسکین درد جهت تحمل آن استفاده کند. ۹. پاسخ بیمار را نسبت به داروها و شیوه‌های دیگر کاهش درد ارزیابی کنید. ۱۰. چنانچه درد تسکین نمی‌یابد با پزشك مشورت نمایید.

³¹ -Buck's traction

۱۱. بیمار را در وضعیتی قرار دهید که آرامش و فعالیت امکان پذیر باشد. ۱۲. به تغییر وضعیت مکرر بیمار کمک کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تحرک مختل فیزیکی در رابطه با شکستگی هیپ.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بایستی:	از شیوه درمان اطاعت کند. در هنگام تغییر وضعیت از بالش در بین ساقها استفاده کند. در هنگام تغییر وضعیت کمک کند و استقلال را در هنگام انتقال نشان دهد. در هنگام بیداری هر ۲ ساعت ورزش کند. از میله بالای تخت استفاده کند. بطور فعال در برنامه ورزشی شرکت کند. وسایل تحرک را بطور صحیح و ایمن بکار ببرد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هیپ را در وضعیت خنثی حفظ کنید. ۲. از حلقه تروکانتر استفاده کنید. ۳. در هنگام تغییر وضعیت در تخت، بالشی بین ساقها قرار دهید. ۴. نحوه تغییر وضعیت و انتقال را آموزش داده و کمک کنید. ۵. ورزشهای ایزومتریک، سفت کردن عضله چهار سر ران و سرین را آموزش داده و نظارت کنید. ۶. تشویق به استفاده از میله بالای تخت نمایید. ۷. در مشاوری با فیزیوتراپ حرکت ایمن پیشرونده را در محدوده تحمل وزن آموزش داده و نظارت نمایید. ۸. بیمار را به پیروی از برنامه ورزش دلگرم نموده و حمایت نمایید. ۹. استفاده ایمن از وسایل کمکی در تحرک را آموزش داده و نظارت نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال سلامتی پوست در رابطه با شکاف جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار علایم حیاتی را در محدوده طبیعی حفظ کند.	
التیام شکاف جراحی را که فاقد ترشح یا پاسخ التهابی است نشان دهد.	

حداقل ناراحتی را گزارش کرده و هیچگونه هماتومی نشان ندهد. آنتی بیوتیک را تحمل نموده و هیچگونه ملاکی از استئومیلیت نشان ندهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. علایم حیاتی را کنترل کنید. ۲. پانسمان را بطور آسپتیک تعویض کنید. ۳. ظاهر زخم و مشخصه ترشحات را بررسی کنید. ۴. گزارش درد را بررسی کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	خطر دفع مختل ادراری در رابطه با بی حرکتی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	جذب و دفع مایعات مناسب بوده و بیمار مشخصه طبیعی دفع را نشان دهد. بیمار هیچگونه ملاکی از عفونت سیستم ادراری نشان ندهد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. جذب و دفع مایعات را کنترل کنید. ۲. از استفاده از سوند فولی خودداری کنید یا استفاده از آنرا بحداقل برسانید. ۳. سونداژ متناوب برای احتباس ادرار ترتیب دهید.

Problem Definition	بیان مشکل
	خطر سازش غیر موثر در رابطه با صدمه و پیش بینی جراحی و وابستگی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار احساسات مربوط به شکستگی هیپ و اثرات آن را در سبک زندگی توضیح دهد. از منابع و مکانیسم های سازشی در دسترس استفاده کند: استراتژیهای ارتقاء سلامتی را توسعه دهد. منابع جامعه را بر حسب ضرورت بکار برد. در توسعه طرح مراقبت از سلامتی شرکت کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. بیمار را تشویق کنید که دلوپسی ها را ابراز نموده و اثر احتمالی شکستگی هیپ را بحث کند. ۲. از مکانیسم های سازشی حمایت نموده، افراد اصلی را مشمول و بر حسب ضرورت از خدمات حمایت کنید. ۳. بر حسب ضرورت با خدمات اجتماعی تماس بگیرید. ۴. جهت ایجاد نگرش مثبت نسبت به نوتوانی درمان پیش بینی شده و متداول توضیح داده شود.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر فرایند مختل فکری در رابطه با سن، استرس ناشی از تروما، محیط ناشناس و درمان دارویی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• بیمار ارتباط موثر را برقرار سازد. • آگاهی نسبت به زمان، مکان و اشخاص داشته باشد. • در فعالیت های مراقبت از خود شرکت جوید. • از نظر ذهنی هوشیار باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آگاهی و جهت یابی بیمار را بررسی کنید. ۲. با خانواده در مورد موقعیت بیمار و قابلیت های شناختی وی پیش از وقوع صدمه مصاحبه کنید. ۳. عیوب بیمار را از نظر شنوایی و بینایی بررسی کنید. ۴. در استفاده از ابزار حسی (مثل عینک و سمعک) به بیمار کمک کنید. ۵. عوامل گیج کننده محیطی را کنترل کنید. ۶. بیمار را با محیط آشنا نموده و ثبات را حفظ نمایید. ۷. از فعالیت ها و ابزار کمکی در آشناسازی (مثل ساعت، تقویم، تصاویر و معرفی خود) استفاده کنید. ۸. تعداد پرسنلی که باید با بیمار کار کند حداقل رسانیده شود. ۹. در مورد پروسیجرها و طرح مراقبت توضیحات ساده داده شود. ۱۰. بیمار را به شرکت در فعالیت های بهداشتی و تغذیه تشویق کنید. ۱۱. ایمنی مناسب فراهم شود. ۱۲. هنگامی که بیمار در تخت است نرده ها بالا نگهداشته شود. ۱۳. در طول شب، نور تیره فراهم گردد. ۱۴. زنگ در دسترس بیمار قرار داده شود. ۱۵. پاسخ سریع به درخواست ها از نظر کمک فراهم شود. ۱۶. مشکلات مشترک: خونریزی، اختلال فعالیت عصبی – عروقی محیطی، ترومبوز عروق عمقی، عوارض ریوی، زخم های فشاری مربوط به جراحی و بی حرکتی را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خونریزی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
علایم حیاتی در محدوده طبیعی باشد. با ترشح قرمز روشن یا حجم زیاد مواجه نشود. پس از عمل ارزشهای ثابت هموگلوبین و هماتوکریت نشان داده شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علایم حیاتی را کنترل کرده و از نظر شوك تحت نظر بگیرید. ۲. فشار خون قبل از وقوع صدمه کنترل شده و در صورت وجود افزایش فشار خون تدابیری در نظر گرفته شود. ۳. مشخصه و مقدار ترشح را یادداشت کنید. ۴. در صورت بروز شوك یا خونریزی زیاد به پزشك گزارش کنید. ۵. ارزش هموگلوبین و هماتوکریت را یادداشت کرده و کاهش آنها را گزارش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عوارض ریوی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• بیمار از صداهای تنفسی واضح برخوردار باشد. • صداهای تنفسی در تمامی نواحی وجود داشته باشد. • بیمار فاقد کوتاهی تنفس و درد قفسه سینه یا افزایش حرارت باشد. • PaO_2 موجود در هوا از محدوده طبیعی برخوردار باشد. • بیمار ورزشهای تنفسی را انجام داده و اسپرومتر را طبق آموزش بکار برد. • بیمار مایعات کافی مصرف کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تنفسی بیمار را بررسی کنید: تعداد تنفس، عمق، طول مدت، صداهای تنفسی و خلط. ۲. کاهش صدا های تنفسی، صداهای غیر عادی و افزایش حرارت را گزارش کنید. ۳. تنفس عمیق و سرفه نظارت شود. در صورت دستور، استفاده از اسپرومتر را تشویق کنید. ۴. برحسب دستور اکسیژن تجویز کنید. ۵. بیمار را حداقل هر ۲ ساعت برگردانیده و جابجا کنید. ۶. از دریافت کافی مایعات اطمینان حاصل کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال فعالیت عصبی - عروقی محیطی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	بیمار بایستی: • از رنگ طبیعی و اندام گرم برخوردار باشد. • از پاسخ پرشدگی مجدد مویرگی طبیعی برخوردار باشد. • از تورم مختصر برخوردار باشد. بافت در لمس، سفت نباشد. • درد را قابل تحمل تلقی نماید. • در برگشت غیر فعال پا^{۳۲} بسمت بالا هیچگونه دردی گزارش نکند. • از احساسات طبیعی (فاقد اختلال حسی) برخوردار باشد. • توانایی‌های حرکتی طبیعی را نشان دهد. • از نبض‌های قوی و متقارن در هر دو اندام برخوردار باشد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. اندام مبتلا را از نظر رنگ و حرارت بررسی کنید. ۲. انگشتان پا را از نظر پرشدگی مجدد مویرگی بررسی کنید. ۳. اندام مبتلا را از نظر ادم و تورم بررسی کنید. ۴. اندام مبتلا را در سطح بالا قرار دهید. ۵. از نظر درد کوبنده سرکش بررسی کنید. ۶. وقوع درد در خمیدگی غیرفعال پا را بررسی کنید. ۷. از نظر داشتن حس بررسی شود. ۸. از نظر توانایی حرکت دادن پاها و انگشتان بررسی کنید. ۹. نبض هر دو پا را بررسی کنید. ۱۰. در صورت اختلال وضعیت عصبی- عروقی به جراح گزارش کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	ترومبوز ورید عمقی.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	از گرمای بیش از حد عادی در نواحی پوستی برخوردار نباشد. هیچگونه ملاکی از حساسیت، گرما، قرمزی یا تورم در ساق وجود نداشته باشد.

با کمک و نظارت وضعیت خود را تغییر دهد. در برنامه ورزشی شرکت نماید. فاقد درد سینه بوده و ریه‌ها در سمع از صداهای عادی برخوردار باشد و ملاکی از آمبولی ریه وجود نداشته باشد. هیچگونه علایمی از دهیدراتاسیون نشان نداده و دارای هماتوکریت طبیعی باشد. از حرارت طبیعی بدن برخوردار باشد.	
توصیه های پرستاری	
Nursing Recommendations	
۱. بر حسب دستور از جورابه‌های بلند کشی فشارنده و یا وسیله فشارنده پیاپی در ران استفاده کنید. ۲. جورابها در طول روز ۲ بار بمدت ۲۰ دقیقه درآورده شده و مراقبت پوستی فراهم شود. ۳. نبض‌های رگی^{۳۳}، پشت پای^{۳۴} و قوزک^{۳۵} داخلی پا را بررسی کنید. ۴. حرارت ساق را بررسی کنید. ۵. ساق هر ۴ ساعت از نظر حساسیت، گرما، قرمزی و تورم بررسی شود. ۶. دور ساق را روزی ۲ بار اندازه گیری کنید. ۷. از آوردن فشار با بالشها به عروق خونی پشت زانو جلوگیری کنید. ۸. وضعیت قرارگرفتن بیمار را تغییر داده و بر حسب دستور فعالیت افزایش داده شود. ۹. در هنگام بیداری، ورزش قوزک هر ساعت نظارت شود. ۱۰. از دریافت کافی مایعات اطمینان حاصل کنید. ۱۱. حرارت بدن را کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
زخمهای فشاری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار: - هیچگونه علامتی از شکنندگی پوستی نشان ندهد. - از پوست سالم برخوردار باشد. - بطور مکرر خود را جابجا نماید. - از وسایل حفاظتی استفاده کند.	

³³ -popliteal

³⁴ -dorsalis pedis

³⁵ -posterior tibial

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. پوست مربوط به نواحی فشار (از قبیل پاشنه ها، ساکروم، شانه ها) را حداقل ۲ بار در روز بررسی کنید. ۲. بیمار حداقل هر ۲ ساعت جابجا شود. ۳. مراقبت پوستی را خصوصاً در نواحی فشار انجام دهید. ۴. از تشك اختصاصی و سایر وسایل محافظتی (مثلاً محافظ پاشنه) استفاده کرده و از تماس با تشك جلوگیری کنید. ۵. با اولین نشانه های شکستگی بالقوه پوستی مراقبت طبق دستور العمل انجام شود.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر حفظ غیر موثر سلامتی در رابطه با شکستگی هیپ و تحرك مختل	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد: در زمان ترخیص از نظر مراقبت آمادگی کافی داشته باشد. از آرامش برخوردار بوده و استراتژی سازش با مسائل موجود را توسعه دهد. از کمک شخصی برخوردار باشد. توانایی استفاده از وسایل کمکی ضروری را در حیطه درمان نشان دهد. با برنامه مراقبت خانگی همکاری داشته و برنامه ملاقات را از نظر سلامتی حفظ کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. محیط خانه را از نظر طرح ترخیص بررسی کنید. ۲. بیمار را تشویق کنید که دلوپسی های مربوط به مراقبت خانگی را ابراز نماید. ۳. کمک فیزیکی را در فعالیت های روزمره زندگی و مراقبت بهداشتی بررسی کنید. ۴. عادات بهداشتی مطلوب به فرد مراقب آموزش داده شود. ۵. مراقبت های پس از ترخیص که شامل موارد ذیل می باشد را به بیمار آموزش دهید: محدودیت فعالیت. تقویت آموزشهای مربوط به ورزش. مراقبت از زخم. معیارهایی برای ارتقاء التیام (تغذیه و مراقبت از زخم). داروها. تداوم نظارت در بُعد سلامتی.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

رماتیسم

بیان مشکل	Problem Definition
	درد حاد و مزمن در رابطه با التهاب و جدیت بیماری، صدمه بافتی، خستگی یا کاهش سطح تحمل.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	بیمار باید قادر باشد: عواملی که سبب شدت درد یا تأثیری در پاسخ درد دارد شناسایی کند. استراتژیهای کنترل درد را مشخص کرده و بکار برد. کاهش درد را بیان کند. برای پیشگیری از مسائل دیگر علایم و نشانه‌های عوارض را بموقع گزارش کند. اختصاصی بودن درد بیماری رماتیسمی را بیان کند. اهداف واقعی تسکین درد را برقرار کند. بیان کند که درد غالباً به استفاده از روشهای خوددرمانی، نامعلوم و غیر سنتی سوق می‌دهد. تغییر در کیفیت یا شدت درد را شناسایی کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. معیارهای متفاوت آرامش را فراهم کنید: تشک ابری، بالش حمایت کننده و آتل‌ها. گذاشتن گرما یا سرما. شیوه‌های آرام سازی و فعالیت‌های تفریحی. ماساژ، تغییر وضعیت، استراحت. ۲. داروهای ضد التهابی، ضد درد، ضد رماتیسمی آهسته اثر را بر حسب دستور تجویز کنید. ۳. تشویق به بیان احساسات در مورد درد و درمان بیماری شود. ۴. پاتوفیزیولوژی درد و بیماری رماتیسمی را آموزش داده و کمک کنید که بیمار به این نقطه نظر برسد که درد غالباً به روشهای درمانی نامعلوم سوق می‌دهد. ۵. بیمار را از نظر تغییرات ذهنی در حین درد بررسی کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی در رابطه با افزایش جدیت بیماری، کمبود خواب/ استراحت، تغذیه نامناسب و استرس عاطفی/ افسردگی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	بر حسب ضرورت معیارهای آرامش را بکار ببرد. بهداشت خواب و اصول آنرا تمرین نماید. از وسایل مختلف (آتل‌ها، عصا) و استراتژیها (استراحت مطلق و روشهای آرام سازی) جهت تخفیف دادن انواع خستگی بهره مند شود. مدیریت زمان را در فعالیتهای روزمره تلفیق کند. از معیارهای مناسب برای پیشگیری از خستگی روانی و عاطفی استفاده کند. طرح ثابتی از نظر برنامه درمانی (فعالیت‌ها) ترتیب دهد. از غذای مقوی حاوی گروههای غذایی مناسب هم چنین ویتامینها و مواد معدنی استفاده کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزشی در مورد خستگی فراهم کنید: ارتباط شدت بیماری با خستگی را توضیح دهید. معیارهای آرامش در جریان فراهم سازی آنرا توضیح دهید. طرحی در مورد اصول خواب (حمام گرم و روشهای آرام سازی) ارائه داده و تشویق کنید. اهمیت استراحت را از نظر کاهش استرس مفاصل و عواطف توضیح دهید. روشهای حفظ انرژی (برقراری سرعت انجام کارها و در نظر گرفتن اولویت‌ها) را توضیح دهید. ۲. عوامل فیزیکی و عاطفی مؤثر در خستگی را شناسایی کنید. ۳. تسهیلی در طرح برنامه فعالیت / استراحت انجام شود. ۴. متابعت از برنامه درمانی را تشویق کنید. ۵. تغذیه مناسب به علاوه منبعی از آهن غذایی و مکمل تشویق شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تحرك فیزیکی مختل در رابطه با کاهش حرکات دورانی، ضعف عضلانی، درد در هنگام حرکت، تحمل محدود، عدم استفاده یا استفاده نامناسب وسایل تحرك.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	عوامل مداخله گر در تحرك را شناسایی کند.

معیارهای پیشگیری از عدم تحرک را بکار برده و توضیح دهد. موانع محیطی (خانه، مدرسه، محل کار و جامعه) برای تحرک مناسب را شناسایی کند. شیوه‌های مناسب و یا وسایل کمکی برای تحرک را بکار ببرد. منابع جامعه را از نظر ارائه راهکار برای کاهش تحرک شناسایی کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بیمار را تشویق کنید تا محدودیت مربوطه به تحرک را بیان کند. ۲. نیاز برای مشاوری از نظر کار درمانی یا فیزیوتراپی را بررسی کنید. بر محدوده حرکت مفاصل مبتلا تأکید کنید. تشویق به استفاده از وسایل کمکی در تحرک شود. ۳. فایده استفاده از کفش ایمن را توضیح دهید. ۴. پوسنچر/پوزیشن مناسب را بطور اختصاصی تعیین کنید. ۵. در شناسایی موانع محیطی کمک کنید. ۶. استقلال در تحرک را تشویق نموده و بر حسب ضرورت کمک کنید. زمان طولانی برای فعالیت در نظر بگیرید. پس از فعالیت زمانی برای استراحت در نظر بگیرید. اصول حفظ مفصل و ساده سازی کار را فراهم کنید. ۷. بیمار را به موسسات سلامتی جامعه ارجاع دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
نقص مراقبت از خود در رابطه با انقباضات غیر عادی عضلانی، خستگی و فقدان تحرک.	
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد: عوامل مداخله گر در مراقبت از خود را شناسایی کند. روشهای متناسب برآوردن نیازهای مراقبت از خود را شناسایی کند. روشهای متناسب برآوردن نیازهای مراقبت از خود را بکار برد. منابع مراقبتی دیگر را برای برآوردن نیازهای مراقبت از خودشناسایی کرده و بکار برد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. در شناسایی نقص مراقبت از خود و عوامل مداخله گر در انجام آن به بیمار کمک کنید. ۲. طرحی بر اساس درک بیمار و اولویتهای از نظر برآوردن نیازهای مراقبت از خود توام با محافظت از مفصل، حفظ انرژی و ساده سازی کار توسعه دهید.	

۳. وسایل کمکی مناسب را فراهم کنید.
۴. استفاده صحیح و ایمن از وسایل کمکی را تقویت کنید.
۵. فرصتی فراهم کنید که بیمار زمان انجام فعالیتهای مراقبت از خود را تنظیم کند.
۶. راههای مختلف انجام وظایف یا راههای دسترسی به کمک فرد دیگر جویا شود.
۷. هنگامی که افراد علیرغم دسترسی به حداکثر سطح مراقبت از خود، کماکان مسائلی در رابطه با ایمنی دارند با موسسات سلامتی مشورت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تصور بدنی مختل در رابطه با تغییرات فیزیکی و روانی و وابستگی تحمل شده بوسیله بیماری مزمن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید:	
آگاه باشد که تغییرات حاصل در خود پنداری، پاسخ طبیعی به بیماری رماتیسم و سایر بیماریهای مزمن است.	
استراتژیهای برای خودپنداری تغییر یافته در نظر بگیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به بیمار کمک کنید که عوامل کنترل کننده در علایم بیماری و درمان را شناسایی کند.	
۲. بیمار را تشویق به بیان احساسات و ترسها نمایید.	
۳. کمک کنید که به بررسی وضعیت فعلی و شناسایی مسائل پردازد.	
۴. کمک کنید که مکانیسم های سازشی موثر را شناسایی کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازش غیر موثر با سبک زندگی واقعی یا تغییرات نقش ها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار قادر باشد:	
فعالیت ها و نقشهای تأثیرپذیر و غیر تأثیرپذیر از فرایند بیماری را نام ببرد.	
روش درمان را توضیح داده و اقداماتی که باید از نظر پیشرفت، تغییر یا پذیرفتن وضعیت خاص، فعالیت یا نقش اتخاذ گردد توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ابعادی از زندگی که تحت تأثیر بیماری است را شناسایی کنید. پرسشها را پاسخ داده و موهومات احتمالی را مرتفع کنید.	
۲. طرحی برای کنترل علایم، حمایت خانواده و دوستان برای ارتقاء فعالیتهای روزانه توسعه دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عوارض بطور ثانویه نسبت به اثرات داروها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار قادر باشد: در انجام پروسیجرها همکاری کرده و حداقل عوارض را تجربه کند. داروها را طبق دستور مصرف کرده و عوارض جانبی بالقوه را فهرست کند. استراتژی‌هایی برای کاستن یا کنترل عوارض جانبی شناسایی کند. فروکش عوارض جانبی را گزارش کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بطور متناوب بررسی بالینی و ارزشیابی لابراتواری را انجام دهید. ۲. درمورد صحت خوددرمانی، عوارض جانبی احتمالی و اهمیت کنترل آموزش دهید. ۳. در مورد روشهای کاستن عوارض جانبی و کنترل علائم مشاوره کنید. ۴. داروها را در دوزهای تعدیل یافته بر حسب وقوع عوارض مصرف کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر افتادن به زمین.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
خطر افتادن به زمین وجود نداشته باشد. جهت حداقل رسیدن رویداد، محیط را تغییر دهند. برای پیشگیری از صدمه، روشها را توضیح دهند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. خطر افتادن به زمین را با استفاده از ابزار ارزشیابی نمایید. عوامل خطر شامل سابقه اخیر از نظر افتادن بزمین، تیرگی شعور، افسردگی، تغییر مشخصات دفع، بیماری قلبی- عروقی/تنفسی، اختلال در پرفیوژن یا اکسیژناسیون، هیپوتانسیون وضعیتی، سرگیجه، تشخیص اولیه سرطان و تغییر ترك است. ۲. احتمالات دیگر می‌تواند شامل فیبریلاسیون دهلیزی، مسائل سیستم عصبی، و نداشتن برنامه منظم ورزشی باشد. ۳. کلیه بیماران را از نظر مهارتهای حرکتی (از حالت طاق باز به وضعیت نشسته با حمایت و بدون حمایت، از وضعیت نشسته به ایستاده، ایستادن، راه رفتن و نشستن ثابت) غربالگری کنید. امر مهمی است که توان فعالیت بیمار را تعیین کرده و راهنمایی برای رفع مسئله در نظر بگیرید. ۴. در نظر داشته باشید انجام وظیفه در حین راه رفتن (برای مثال در دست گرفتن لیوانی دارای آب و پوشیدن لباس و یا حمل وسیله) زمینه افتادن بزمین را بیشتر می‌سازد. در افرادی که با دادن مسئولیت حمل چیزی سرعت عمل آنان کاهش	

می‌یابد در خطر افتادن بیشتر می‌باشند.

۵. در مورد حرکت دادن بیمار بی حرکت اطمینان حاصل کنید که تخت و صندلی چرخدار را قفل کرده‌اید و پرسنل کافی برای حفاظت وجود دارد.

۶. معیارهای پیشگیری کننده مهم جهت کاستن صدمات ناشی از افتادن در بیماران بی حرکت شامل افزودن معیارهای ایمنی در هنگام نقل و انتقال از جمله قفل کردن صندلی چرخدار و تخت پیش از حرکت دادن بیمار است. در نظر داشته باشید بیماران بی حرکت بیشترین آسیب را بهنگام افتادن بزمین دچار می‌شوند.

۷. بیمارانی که احتمال افتادن آنها زیاد است در پرونده و کاردکس ثبت کنید. استفاده از اتیکت در اتاق با مضمون «پرخطر از نظر افتادن» جهت هشدار پرسنل از نظر دریافت کمک و غیره اهمیت دارد.

۸. چنانچه استفاده از محدود کننده‌های حرکتی در مچ یا جلیقه با دستور پزشک ضروری باشد نیاز است که از نظر سقوط بیمار کاملاً گوش بزننگ باشید.

۹. داروهای بیمار را جهت تعیین عاملی از نظر افتادن ارزیابی کنید. با پزشک در مورد نیاز به مصرف دارو مشورت کنید. مصرف همزمان چندین دارو یا بیش از ۴ دارو خطر افتادن را زیاد می‌کند. داروهایی مثل بنزودیازپین‌ها، ضد پسیکوتیک‌ها و ضد افسردگی‌ها از نظر ترفیع خواب معمولاً بیمار را در معرض افتادن قرار می‌دهد. مصرف انتخابی مهار کننده‌های جذب مجدد سروتونین و ضد افسردگی‌های سه حلقوی می‌تواند خطر افتادن را زیاد کند.

۱۰. بیمار را بطور کامل با محیط آشنا سازید. باید زنگ را در دسترس بیمار قرار داده و نشان داد چگونه می‌تواند درخواست کمک نماید. در اینصورت باید زنگ را خیلی سریع پاسخ داد.

۱۱. طول نرده‌ها باید به اندازه $\frac{1}{4} - \frac{1}{2}$ بوده و ارتفاع تخت کم باشد. اطمینان حاصل کنید که چرخهای تخت ثابت است. وجود

نور تیره در اتاق خواب مفید بوده و استفاده از نرده‌ها در سرتاسر تخت می‌تواند سبب شود که بیمار از بالای نرده پایین آمده و دچار صدمه شود. وجود نرده‌های عمودی کنار تخت با فواصل زیاد و نرده‌های بدون تراز با تشک می‌تواند سبب مرگ ناشی از خفگی شود که علت آن حبس سر می‌باشد.

۱۲. همواره به محض بیدار شدن از خواب، قبل از زمان خواب و پیش از تجویز مسکن در رفتن بیمار به توالی کمک کنید. مسیری که به توالی منتهی می‌شود باید کاملاً تمیز بوده و بدون مانع باشد و از برچسب بر روی درب استفاده نمود و در زمان استفاده توسط بیمار باید درب آن باز گذاشته شود. بسیاری از این نوع حوادث در رابطه با رفتن به توالی بوده است زیرا که بیماران معتقدند «افتادن بهتر از اینست که خود را خیس کنی». مطالعات نشان داده است که غالباً این حادثه نیاز به دفع با عجله بوده است.

۱۳. در صورت امکان از بکار بردن محدود کننده^{۳۶} های حرکتی خودداری کنید. استفاده از آن نیاز به دستور کتبی پزشک دارد. استفاده از محدود کننده های حرکتی توام با صدمات جدی از جمله رابدومیولیز^{۳۷}، آسیب شبکه براکیال، دیس ریتمی‌ها هم چنین خفگی و صدمات مغزی تروماتیک بوده است.

³⁶ -Restraints

³⁷ -Phabdomyolysis

۱۴. بیماران مسن، بامحدود کننده‌های حرکتی غالباً تجربه زیادی از نظر افتادن دارند که احتمالاً به دلیل وضعیت نامناسب عضلات یا از دست دادن هماهنگی و تعادل است. مطالعه در دو بیمارستانی که مراقبت حاد انجام می‌شد نشان داد که هنگامی که محدود کننده‌های حرکتی استفاده نمی‌شود هیچگونه افزایشی از نظر افتادن بزمین/ صدمات یا آشفته‌گی‌های درمانی وجود ندارد.

۱۵. بجای استفاده از محدود کننده‌های حرکتی، موارد ذیل را جایگزین نمایید:

پرسنل کارآمد هم چنین کنترل مکرر بیمار.

واحدهای پرستاری تجهیز شده برای بیماران مبتلا به اختلالات شناختی یا کارکردی.

تهیه کفشهای بدون کف لغزنده.

سیستم‌های هشدار دهنده یا حساسه‌های مربوط به قوزك، بالای زانو یا مچ.

هشدار دهنده‌های مربوط به تخت یا صندلی چرخدار.

تحت نظر گرفتن دقیق بیمار.

استفاده از تخت‌ها با ارتفاع کم.

قفل کردن درها بسمت واحد.

چنانچه بیمار بتازگی دچار تیرگی شعور (هذیان) شده است آگاه باشید که معمولاً فیزیولوژیک بوده و مسئله

اضطراری طبی است. در هنگام تعامل با بیمار آشنایی واقعی را فراهم سازید. توصیه کنید که خانواده وسایل آشنا از قبیل

ساعت دیواری و مچی و غیره را از منزل بیاورد که ارتباط قبلی حفظ شود. آشنایی واقعی می‌تواند از افتادن بزمین

پیشگیری کرده یا تیرگی شعور را کاهش دهد.

چنانچه بیمار دچار تیرگی شعور توأم با دمانس است همدلی و درك بیمار احساسات را تقویت کرده ولی با واقعیت

مقابله نمی‌کند. اینکار در بیماران مبتلا به دمانس موثر است.

از خانواده در خواست کنید که برای پیشگیری از افتادن اتفاقی یا خارج نمودن سوندها در کنار بیمار حضور داشته باشد.

چنانچه بیمار ثباتی در ایستادن روی پاها ندارد از کمربند ایمنی در حین راه رفتن استفاده کرده یا دو نفر از پرسنل

پرستاری در حین راه رفتن به بیمار کمک کنند. بیمار می‌تواند بطور مستقل با این کمربند راه برود و پرستار می‌تواند ایمنی

او را حفظ نماید چنانچه زانوها سست شود.

بیماری که در معرض افتادن است را در اطاقی قرار دهید که نزدیک به ایستگاه پرستاری باشد، اینکار سبب

می‌شود که مرتباً تحت نظر باشد.

به بیمار کمک کنید که در صندلی با ثبات دارای تکیه گاهی برای بازوها بنشیند. از بکار بردن صندلی چرخدار بجز

در موارد نقل و انتقال خودداری کنید. احتمال افتادن بیماران زیاد خواهد بود وقتی که تنها رها شوند یا اینکه بدون قفل کردن

چرخها یا درآوردن تکیه گاههای پا بلند شده و بایستند.

اطمینان حاصل کنید که صندلی یا صندلی چرخدار مناسب جثه، تواناییها و نیازهای بیماران از نظر راندن بجلو با

دستها و توانایی دسترسی به کف زمین و برداشتن تکیه گاههای پا است. سیستم نشیمنگاه باید مناسب نیازهای بیمار باشد، در اینصورت است که بیمار می‌تواند چرخها را حرکت داده بدون افتادن از صندلی بلند شده و بایستد و دچار صدمه بعلت صندلی نشود. تکیه گاههای پا می‌تواند سبب پارگیهای پوستی و کوفتگی هم چنین مشکلاتی در پوستچر نشستن و تقارن بدن ایجاد نماید.

از بکار بردن صندلیهای چرخدار حتی الامکان خودداری شود، چونکه آنها می‌توانند بعنوان محدود کننده‌های حرکتی محسوب شوند. اکثر افرادی که در صندلی چرخدار قرار می‌گیرند حرکت نمی‌کنند. مطالعات نشان داده است که ۴۰٪ از افرادی که در صندلی چرخدار قرار می‌گیرند می‌توانند مستقل بسمت جلو حرکت دهند هم چنین ۴۵٪ در صورت وجود اشاره ها و رفع نیازهای فوری قادر به حرکت دادن خواهند بود. هم چنین نشان داده شده است که افراد ذینفع قادر به باز کردن قفل صندلیهای چرخدار بدون کمک نیستند. هم چنین اندازه صندلیهای چرخدار مناسب جثه بیماران نبوده و آنها نیز آموزش لازم را از نظر هل دادن بجلو ندیده‌اند.

جهت ورزشهای تقویت کننده، آموزش نحوه قدم زدن و کمک به تعادل بیمار را به فیزیوتراپ ارجاع دهید. نشان داده شده است که این سه مورد در پیشگیری از افتادن بزمین موثر است.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. به بیمار آموزش دهید که چگونه بطور ایمن در منزل راه برود. بعلاوه استفاده از معیارهای ایمنی از قبیل دستگیره‌ها در حمام و همچنین خودداری از حمل اشیاء در هنگام راه رفتن یا انجام وظایف دیگر ضرورت دارد. در فرد مسن انجام چندین وظیفه توأم عملکرد حرکتی را کاهش داده و می‌تواند منجر به افتادن به زمین شود.	
۲. به بیمار اهمیت حفظ برنامه منظم ورزشی مثل راه رفتن را آموزش دهید.	
۳. فقدان برنامه ورزشی ثابت یکی از متغیرهایی است که می‌تواند سبب زمین خوردن شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال تحرك در تخت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
استقلال مطلوب در انتخاب پوزیشن، ورزش و انجام فعالیت در تخت را نشان دهد.	
توانایی راهنمایی دیگران از نظر چگونگی انجام تغییر وضعیت در تخت، ورزش و فعالیت عملکردی داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. جهت تعیین خطر بیماران را از نظر فشار داخل ^{۳۸} جمجمه‌ای، مسائل تنفسی، قلبی- عروقی، افزایش تونسیته عضلات، آسپیراسیون، زخم فشار و درد بررسی فیزیکی انجام دهید. این شرایط هشدار برای قرارگرفتن در پوزیشن‌های خاص از نظر پیشگیری از عوارض است. مولفین استفاده از وضعیت طاق باز (سرکمی بالاتر) را جهت کاستن خطر آسپیراسیون در تغذیه از سوند روده پیشنهاد می‌کند. بالا بردن سر تخت باندازه ۳۰ درجه می‌تواند فشار داخل جمجمه‌ای را کاهش دهد.	

³⁸ -Intra cranial pressure (ICP)

۲. از تفکر انتقادی و اولویت بندی جهت تصمیم گیری از نظر بهترین وضعیت قرارگیری در تخت و تناوب تغییر آن استفاده کنید. اینرا باید با توجه به تاریخچه بیمار، معیارهای خطر و نیازهای پیشگیرانه انجام داد. قرار دادن در پوزیشن خاص برای يك ناراحتی ممکن است تأثیر منفی در دیگری داشته باشد. برای مثال بالا بردن سر تخت برای افراد مبتلا به افزایش فشار داخل جمجمه و تغذیه با سوند ممکن است مناسب باشد ولی در ایسکمی حاد عروق مغزی و زخمهای فشاری منع شده باشد.
- نتایج نشان داده است که بالا بردن سر تخت تا ۱۵ درجه ممکن است جریان خون بافت ایسکمی را در نجات یافتگان سکتۀ حاد افزایش دهد. اصول مبتنی بر شواهد پیشنهاد می کند که چنانچه روی تشك كاهنده فشار بستری شده اند حداقل هر ۲-۴ ساعت و چنانچه روی تشك استاندارد ابری قرار گرفته اند هر ۲ ساعت تغییر وضعیت دهند.
۳. سر تخت را باندازه ۳۰ درجه بالا ببرید چنانچه بیمار دچار افزایش فشار داخل جمجمه است. بالا بردن سر تخت سبب کاهش ICP می شود.
۴. به بیمار كمك كنید که در جریان تغذیه و یا مصرف قرص حالت نشسته کامل بخود دهد چنانچه دچار اشكال در بلع می باشد. انجام این کار خطر آسپیراسیون غذا، مایعات و قرصها را کم می کند.
۵. بطور متناوب بیمار را بر حسب تحمل در وضعیت نشسته کامل قرار دهید. چنانچه علایم حیاتی و سطح اشباع اکسیژن ثبات دارد پاها را از لبۀ تخت آویزان کنید. قرار گرفتن در وضعیت عمودی کار قلب را کاهش می دهد. همچنین سبب تغییر فشار درون عروقی شده و رفلکسهای عصبی را تحريك می کند و سبب بهبود هواگیری ریه و تقارن مطلوب بدن و آگاهی از محیط می شود. بازنگری نشان می دهد که اندیکاسیون کمتری برای استراحت در تخت وجود دارد حتی ممکن است بهبودی را بتأخیر انداخته یا سبب صدمه شود. کارآزمایی تصادفی نشان داده است که در بیماران با پنومونی اکتسابی، نشستن بمدت ۲۰ دقیقه در خارج از تخت در روز اول بستری در بیمارستان و سپس تحرك پیشرونده در روزهای بعد و ایستادن کوتاه مدت مفید است.
۶. سر تخت را بطور حداقل بالا ببرید اینکار بستگی به وضعیت طبی از نظر پیشگیری از زخم فشاری دارد. در صورتی که قادر به تحمل این وضعیت نباشد بطور مکرر ساکروم را از نظر علایم فشار، تحت نظر قرار دهید. خطر پارگی ساکروم مطرح خواهد بود هنگامی که سر تخت بیش از ۳۰ درجه بالا باشد زیرا که پوست ممکن است با لغزیدن بیماران بسمت پایین به ملاقه چسبیده و سبب فاصله گرفتن از بافت عضله و استخوان زیری شود.
۷. در فواصلی تخت را هموار نمایید مگر اینکه بدلیل پزشکی منع شده باشد. این کار سبب حفظ وضعیت قرینه در دو سمت بدن شده و تونیسیتۀ را بحالت طبیعی در می آورد. این پوزیشن می تواند آغازی برای تحرك در تخت باشد هم چنین اکثر تخت های بیماران در منزل چنین می باشد.
۸. بیماران که به يك پهلوی قرار می گیرند را باندازه ۳۰ درجه یا کمتر كج کنید. قرار دادن کامل به يك پهلوی می تواند فشار زیادی به تروکنتر وارد سازد.
۹. يك بالش زیر پاشنه های بیماران بی حرکت و طاق باز قرار دهید مگر منع شده باشد، مثلاً پس از عمل جراحی جایگزینی کامل زانو، قرار دادن يك بالش بطور طولی زیر ساق ها سبب کاستن فشار بر پاشنه می شود.
۱۰. از عوارض بی حرکتی پیشگیری کنید. عدم توانایی برای قرار گرفتن بصورت نشسته می تواند بسیاری از سیستم های

بدنی را مختل سازد.

۱۱. در صورت خطر زیاد از نظر بروز زخم فشاری، بیمار را در سطح ساکن یا متحرک در تخت قرار دهید. بطور متداول کف دست را بین ملافه و نواحی حساس استخوانی جهت کنترل فرورفتگی زوائد استخوانی در تشك (عدم وجود فاصله ۱ اینچی بین تخت و بیمار) قرار دهید. وسایل کاهنده فشار می‌تواند از بروز زخم‌های فشاری پیشگیری کرده یا درمان کند.

۱۲. بیمار با زخم فشاری درجه III و IV را روی تشك‌های حاوی هوا- مایع قرار دهید. بیمار را تشویق کنید که تنفس عمیق و سرفه کرده و در تخت جابجا شود، همچنین مایعات کافی مصرف کرده و از اسپیرومتر استفاده کند، این کار از آتلکتازی و احتمال پنومونی پیشگیری می‌کند.

۱۳. اطمینان حاصل کنید که بیمار فیبر، مایعات و نرم کننده مدفوع و یا عامل حجیم کننده جهت پیشگیری از یبوست استفاده می‌کند. بی حرکتی منجر به یبوست بدلیل کند شدن پرستالسیس و ضعف عضلات شکم می‌شود هم چنین به دلیل از دست دادن نیروی جاذبه زمین در هنگام دفع نیز می‌باشد.

۱۴. بیماران در خطر از نظر بروز ترومبوآمبولی وریدی را شناسایی کرده و معیارهای پیشگیری مانند جورابه‌های ضد آمبولی و وسایل فشار آورنده پی‌اپی بکار برید. توام نمودن حرکات دورانی و ورزشهای ساق، مایعات کافی و داروهای آنتی کواگولان مناسب است. بی حرکتی طولانی، جراحی وسیع، صدمات متعدد، سابقه لخته در وریدهای عمیق پا، آمبولیسم ریوی، شکستگی ران، سرطان، صدمه طناب نخاعی، نارسایی قلبی یا کلیوی و سن زیاد از عوامل خطر می‌باشد. يك مطالعه کمی نشان داده است که تعویض سوزن پس از کشیدن هپارین از ویال اندازه اکیموز را در ناحیه تزریق کم می‌کند.

۱۵. مصرف کافی مایعات (روزانه ۳۰۰۰-۲۰۰۰ میلی لیتر) را بر حسب تحمل با توجه به وضعیت طبی تشویق کنید. افزودن مایعات سبب شستشوی کلسیم متحرک و باکتری از بدن شده و از تشکیل سنگ کلیوی و عفونت ادراری پیشگیری می‌کند.

۱۶. مراقبت دقیق از سوند فولی به عمل آورده و علایم عفونت سیستم ادراری را هر چه زودتر مشخص کرده و گزارش دهید. عدم توانایی راه رفتن و وجود يك سوند فولی می‌تواند منجر به افزایش سنگهای ادراری و عفونت شود.

۱۷. مداخلات ذیل را در حین فعالیتهای حرکتی در تخت انجام دهید:

- در هنگام دادن پوزیشن از وسایلی مثل بالش‌ها یا تکه های ابری (باندازه بالش) در بین زوائد استخوانی استفاده کنید.
 - در هنگام بلند کردن یا انتقال بیماران بی حرکت با چاق به يك پهلوی از وسایلی مثل میله بالای تخت، ملافه، صندلی انتقال (بجای کشیدن بیمار) استفاده کنید. این وسایل علیه نیروهای مکانیکی مثل فشار، اصطکاک و پارگی حمایت می‌کند.
- توجه:** استفاده از میله بالای تخت در اشخاص مبتلا به بیماری قلبی و سکنه بخاطر اثر ایزوتونیک منع می‌شود. استفاده از میله بالای تخت هم چنین در همی پلژیها منع می‌شود، علت آن چنگ زدن با دست سالم است که سبب هیپرتونیسیته و خمیدگی سمت همی پلژی می‌شود. بلندکردن با دست^{۳۹} غالباً سبب فشار زیاد به پشت دست و صدماتی به پرسنل شده و ممکن است برای بیماران ناراحت کننده باشد.

- از تختهای بزرگ و وسایل خاص برای جابجایی بیماران خیلی چاق⁴⁰ مثل تشك هوا، میله بالای تخت و رکاب و قرقره متصل به يك سیستم كشش در بالای سر استفاده کنید.
- از قرار دادن بیماران خیلی چاق (بی حرکت) به يك سمت خودداری کنید تا زمانی که به توان وی از نظر تغییر و جابجایی در تخت پی ببرید. تشك هوایی سبب کاهش پارگی پوستی و سوختگی ناشی از اصطكاك می‌شود، بعلاوه سبب کاهش مقاومت پرسنل از نظر حرکت دادن بیماران سنگین در تخت می‌شود. چنانچه بیمار در وضعیت پهلو شروع به لغزیدن بسمت لبه تخت نماید برای پرسنل توقف این حرکت سخت خواهد بود.
- پدهای آرنج را در بیماران دچار اغماء و دارندگان وسایل محدود کننده‌های حرکتی در بازوها بکار ببرید. شبانه از آتل آرنج برای ترفیع کشش استفاده کنید. چنانچه فلج عصب اولنار یا درد ناحیه آرنج و پارستزی در سمت اولنار در انگشتان ۴ و ۵ وجود دارد. فشار طولانی مدت یا خم کردن مکرر سبب فشار در عصب اولنار شده که منجر به نوروپاتی و آسیب عصب می‌شود.
- يك تخت دارای حصار برای بیماران آریته و تیرگی شعور می‌تواند ضرورت بکارگیری از وسیله محدودکننده‌های حرکتی در سینه و مچ را کاسته و از ساییدگی آرنج جلوگیری کند.
- انجام صحیح حرکات دورانی و فعالیتهای خود مراقبتی را آموزش دهید. جهت پیشگیری از انقباض غیر عادی در مفصل و سندرم⁴¹ عدم استفاده از آتل‌ها/پوتین در اندام بر اساس يك برنامه چرخشی استفاده کنید. بی حرکتی و اسپاسمیسته مزمن و ضعف عضله/آتروفی ناشی از تغییرات بافت پیوندی می‌تواند سبب انقباضات غیر عادی مفصل شود.
- اهمیت بازدم را در هنگام کشیدن خود به بالای تخت یا غلتیدن در تخت و هر نوع فعالیتی که سبب حبس نفس یا زور و فشار می‌شود توضیح دهید. اینکار از مانور و السالوا و افزایش فشار داخل شکمی و درون قفسه‌ای پیشگیری کرده که می‌تواند فشار خون را بالا برده و پرفیوژن میوکارد و مغز را مختل سازد.
- چنانچه حرکت سطح درد را تشدید می‌کند بطور پیشگیری کننده از ضد درد قبل از جابجایی در تخت، ورزش یا مراقبت از خود استفاده کنید. پرستاران باید تعریف، شدت درد و نیاز به ضد درد را که توسط بیمار بازگو می‌شود بپذیرند. البته داروهای خاصی برای تسکین درد نوروپاتی وجود دارد که اغلب آسیب عصب محیطی و بطور ثانویه بعلت عدم استفاده از اندام ایجاد می‌شود.
- به بیماران کمک کنید که شکاف جراحی، زخم یا ناحیه دیگر دردناک شکم را با يك بالش حائل نمایند. این کار بهتر است در هنگام تغییر وضعیت، سرفه یا فعالیتهای دیگر انجام گیرد.
- از داروهای خوراکی ضد اسپاسمودیک جهت کنترل اسپاسمهای عضلانی که می‌تواند مداخله‌ای در حرکت ایجاد کند استفاده کنید. سطح درمانی نوعی است که از اسپاسم‌ها پیشگیری کرده ولی ایجاد ضعف عضلانی نمی‌کند.
- از یخ بر حسب دستور پزشك پس از بلوك نواحی عصب و حرکت استفاده کرده و اثرات جانبی درد، عیوب حسی یا مسائل عروقی را بررسی کنید. تزریق فنل، اتانول، سم بوتولینوم ممکن است بطور موضعی در قوزك، پا، زانو،

⁴⁰ - bariatric

⁴¹ -Disuse

انگشتان جهت پیشگیری از انقباضات غیر عادی عضلانی و کاهش اسپاستیسیته (مداخله‌ای در بهداشت، حرکات دورانی و قرارگیری، ایستادن و پیشگیری از فشار و آرامش می‌کند) استفاده شود.

- در نظر داشته باشید که اسپاستیسیته سرکش مزمن و درد می‌تواند در فعالیت، قرارگیری در تخت / صندلی، بهداشت و کیفیت زندگی تداخل نماید. برخی از بیماران از انفوزیون باکلوفن با کاشت پمپ در کانال^{۴۲} نخاعی بهره‌مند می‌گردند.
 - بیماران را به متخصص تغذیه ارجاع دهید چون که تغذیه می‌تواند وزن طبیعی را ترفیع نماید. وزن زیاد می‌تواند استرس زیاد در بخشهای بدنی در حین حرکت در تخت ایجاد کرده و ممکن است از تحمل وضعیت دمر جلوگیری کند.
- دادن ورزش:**

- حداقل روزی ۲ بار بخشهای بی حرکت بدن را ورزش دورانی غیر فعال دهید. اندام را در بالا و پایین مفصل (گرفتن ساعد و دست در هنگام دستکاری مچ) حمایت کنید. ورزشهای دورانی سبب حفظ حرکت مفصل و عضله شده و از انقباضات غیر عادی عضلانی پیشگیری می‌کند. عضلات صرفاً با کارکردن قویتر می‌شوند. حمایت کافی مفصل اجازه می‌دهد که پرسنل سهولت یا مقاومت را نسبت به حرکت مشخص سازند.
- اندام فوقانی مبتلا در فرد همی پلژی را در حالیکه شانه قدری چرخش بخارج دارد حرکت دهید. اسپاستیسیته سبب می‌شود که شانه‌های همی پلژی به عقب کشیده شده و از حرکت سریع و نرم طبیعی پیشگیری کند. چرخش بخارج بافت نرم را از حبس شدن بین استخوانها پیشگیری کرده و درد را کاهش می‌دهد.
- حرکات دورانی را بطور آرام و ریتمیک انجام دهید. در افراد با حس طبیعی بیش از درجه شروع درد حرکت ندهید و در افراد دارای حس ضعیف و آگاهی ذهنی تنها تا درجه مقاومت حرکت دهید. حرکات دورانی سریع و ناگهانی سبب درد شده و تون را افزایش می‌دهد. حرکات ریتمیک، عضلات اسپاستیک را کش داده و سست می‌کند لذا می‌توان کار را ادامه داد. حرکات آرام مفصل یا کشش ملایم همچنین می‌تواند سبب آرامش عضلات شود البته در آنانی که از سفتی عضلانی برخوردارند مثل پارکینسون صدق نمی‌کند.
- شروع برنامه های ورزشی توسط بیمار را که بوسیله متخصص برنامه ریزی شده است از قبیل سفت کردن عضله، تقویت فعال، انقباض عضلات علیه مقاومت و بلند کردن وزنه را تقویت کنید. اجازه دادن به بیمار که برنامه‌های ورزشی را زودتر شروع کند مسئولیت را در وی تشویق می‌کند. ورزش فعال و بلند کردن وزنه کمک به حفظ تونسیته عضله و قدرت می‌شود. سفت کردن عضله سبب کوتاهی فیبرهای عضله بدون حرکت دادن اندامها یا مفاصل می‌شود. ورزشهای پیشرونده مقاومت سبب می‌شود که عضلات علیه نیروی ملایم و جاذبه زمین کار کنند که در اینصورت سبب تحریک طول عضله می‌شود.
- مداخله در عدم تقارن بدن و اندام‌ها، شلی و اسپاستیسیته، عدم توانایی برای تغییر وزن، کاهش حس و تلاش زیاد در هنگام حرکت ضرورت دارد. قرار دادن در وضعیت درمانی در تخت و حرکت می‌تواند این مشکلات را برطرف کرده و سبب افزایش حس، تون نسبتاً طبیعی و پوستچر را مجدداً برقرار سازد.
- از راهنمایی دست و اشاره کلامی در حین حرکت جهت تسهیل تون نسبتاً طبیعی و پوستچر و حرکت استفاده کنید. به بیماران اجازه دهید در حد توان فعالیت نمایند.

⁴² -Intrathecal

بیان مشکل	Problem Definition
حرکت مختل فیزیکی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
فعالیت جسمی افزایش یابد.	
اهداف مشخص شده از نظر افزایش تحرک و قدرت و توانایی حرکت را برآورده نماید.	
استفاده از وسیله تطبیقی (مثلاً صندلی چرخدار و واکر) را جهت افزایش تحرک نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مهارتهای حرکتی را بترتیب ذیل غربالگری کنید:	
- تحرک در تخت، - نشستن با حمایت و بدون حمایت، - حرکات انتقالی از جمله از حالت نشسته به ایستاده، نشستن ثابت در جایی و نقل و انتقال ها، - فعالیتهای نشستن و راه رفتن.	
۲. بیمار را از نظر علت اختلال تحرک تحت نظر بگیرید. آیا منشأ جسمی دارد یا روانی؟ برخی از بیماران به دلیل مسائل روانی یا افسردگی حرکت نمیکنند.	
۳. توانایی بیمار را از نظر تحمل فعالیت و استفاده از ۴ اندام کنترل کرده و ثبت کنید. تعداد نبض، فشار خون، تنگی نفس و رنگ پوست را قبل و پس از فعالیت در نظر گرفته و ثبت کنید.	
۴. قبل از فعالیت از نظر درد بیمار را در نظر داشته و در صورت امکان آن را برطرف سازید. بخاطر داشته باشید که بیمار مسکن زیاد استفاده نکرده باشد. درد سبب محدودیت تحرک شده و غالباً با فعالیت تشدید می شود.	
۵. هر گونه وسایل کمکی مورد نیاز برای فعالیت مثل کمربند ایمنی، واکر، عصا، چوبهای زیر بغل یا صندلی چرخدار را قبل از شروع فعالیت در دسترس قرار دهید. این وسایل کمکی میتواند تحرک را افزایش دهد.	
چنانچه بیمار بی حرکت است ورزشهای غیر فعال دورانی را حداقل ۲ بار در روز انجام دهید مگر منع شده باشد.	
هر يك از مانورها را سه بار تکرار کنید. عدم فعالیت به سرعت سبب کوتاه شدن عضله و تغییرات در اطراف مفصل و ساختار غضروفی مفصل می شود. تشکیل انقباضات غیر عادی عضلات ۸ ساعت پس از بی حرکتی شروع می شود.	
در بیمار بی حرکت پیش از شروع يك برنامه ورزشی با پزشك مشورت کنید. چنانچه برنامه مورد قبول است با ورزش ذیل شروع کنید.	
حرکات دورانی فعال با استفاده از اندامهای فوقانی و تحتانی (یعنی باز کردن و بستن مفصل قوزكها، زانو ها و هیپها).	
آویزان شدن از میله افقی در حالیکه چانه بالای ^{۴۳} میله قرار گیرد (ممکن است در بیماران با ناراحتی قلبی منع شود).	
ورزشهای تقویت کننده مثل ورزشهای سرین یا ۴ سر ران در حالت نشسته. این ورزشها با ضعف و آتروفی	

⁴³ -Pull ups and chin ups

عضلات مقابل می‌کند.

چنانچه بیمار بی حرکت است از صندلی انتقال یا يك صندلی (که به برانکار تبدیل می‌شود) استفاده کنید. صندلی انتقال زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که بیمار به سطح صاف کشیده شده و سپس بحالت نشسته کامل درآورده می‌شود که به این ترتیب بیمار آن با سابقه بی حرکتی از تخت خارج می‌شوند.

كمك كنيد كه بیمار به تحرك دسترسی پیدا کرده و هر چه زودتر شروع به راه رفتن نماید (چنانچه منع نشده است). در واقع حرکت زودتر در صدمات حاد اندام عموماً منجر به کار کردن بهتر، درد کمتر و برگشت زودتر به محل کار و ورزش می‌شود.

هر گونه کمرست طبی مورد نیاز را پیش از حرکت دادن بیمار ببندید. کمرست‌ها سبب حمایت و ثبات بخشی از بدن شده و تحرك بیشتر را اجازه می‌دهد.

همزمان با کسب قدرت بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی، استقلال را بیافزایید اینکار خودکفایی را تشویق نموده و ناتوانی را از بین می‌برد. رسانیدن كمك غیر ضروری با وسایل انتقال دهنده وابستگی را بیشتر کرده و تحرك را از بین می‌برد.

۶. چنانچه بیمار حادثه عروق مغزی یا همریلژی داشته است در نظر داشته باشید که می‌توانید اندام فعال را بطور هدف دار از فعالیت منع نموده و در اینصورت بیمار وادار می‌شود اندام مبتلا را بکار گیرد.

۷. چنانچه بیمار تغذیه یا عهده دار آراستگی خود نمی‌شود، پهلوی بیمار نشسته دست خود را روی دست بیمار گذاشته و آرنج وی را با دست دیگر حمایت کرده و كمك كنيد كه خود را تغذیه نماید. همچنین با این روش می‌توانید موهای او را شانه بزنید. این روش تغذیه سبب تحرك بیمار، حرکات دورانی و استقلال وی شده و غالباً می‌تواند غذای بیشتری استفاده کند.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. به بیمار آموزش دهید که در هنگام انتقال از تخت به صندلی به آرامی از تخت پایین بیاید.

۲. به بیمار آموزش دهید که روش آرام سازی را در حین فعالیت استفاده کند.

۳. به بیمار آموزش دهید که از وسایل کمکی مثل عصا، واکر یا چوب زیربغل جهت افزودن تحرك استفاده کند.

۴. به اعضاء خانواده و مراقبین آموزش دهید که در هنگام فعالیت‌های خود مراقبتی مثل خوردن چیزی، ورزش، آراستگی و پوشیدن لباس بجای كمك رسانی زیاد وادار کنند که فرد بیمار دریافت کننده غیر فعال مراقبت نباشد. حفظ استقلال در حد امکان مهارتهای تحرك را در او می‌افزاید.

۵. رفتار بیمار را بتدریج تغییر دهید و ابتداء از مدل تئوری برای تغییر رفتار استفاده کنید و بترتیب مراحل پیش تفکر و آمادگی را در مورد ورزش طی کنید. البته این تئوری در افراد مسن مناسب است.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در راه رفتن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
استقلال و ایمنی را در هنگام راه رفتن نشان دهد. توانایی راهنمایی دیگران از نظر چگونگی کمک رسانی در هنگام راه رفتن را نشان دهد. توانایی استفاده مناسب و ایمن و توجه به وسایل کمکی در راه رفتن را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از فیزیوتراپ درخواست کنید که نحوه پل زدن ^{۴۴} (بالا بردن هیپ‌ها یعنی ایجاد فاصله با تشک) را آموزش دهد. بیمار را وادار کنید که از یک پهلوی به پهلوی دیگر و همچنین با بالا بردن باسن (ایجاد فاصله باشد) خود را در تخت جابجا کند. این فعالیت شخص را برای راه رفتن آماده می‌کند زیرا که شامل کش دادن هیپ همزمان تحمل وزن از طریق اندام‌های تحتانی است. اینکار خصوصاً در همی پلژی مفید است.	
۲. تحریک پیشرونده (بالا بردن تدریجی سر از تخت، کج کردن میز، کج کردن پشت صندلی، نشستن، ایستادن و غیره) را در بیماران بی حرکت توضیح دهید. کج کردن میز اجازه ایستادن غیر فعال در فیزیوتراپی را می‌دهد. بررسی قلب و ریه امر حیاتی در این موقعیت است.	
۳. از جورابهای ضد آمبولی و باندهای کشی استفاده کنید. سر تخت را کمی بالا ببرید، به بیمار آموزش دهید بنشیند پیش از اینکه بایستد، این کار برای پیشگیری از هیپوتانسیون وضعیتی است. توزیع مجدد گردش خون را ترفیع نموده و از جمع شدن خون در ساق‌ها جلوگیری می‌کند.	
۴. چنانچه شکی از نظر هیپوتانسیون وضعیتی مطرح است فشار خون و نبض را در حالت دراز کشیده، نشسته و ایستاده کنترل کرده و مقایسه کنید. چنانچه فشار خون سیستولیک ۲۰ میلی متر جیوه یا فشار دیاستولیک ۱۰ میلی متر جیوه از وضعیت دراز کشیده بحالت ایستاده طی ۳ دقیقه سقوط کرد و یا منگی، ضعف، سنکوپ یا زمین خوردن بی مورد رخ دهد با پزشک مشورت کنید. تعیین علت می‌تواند کلیدی برای پیشگیری از افتادن باشد. چنانچه فشار خون در هنگام برخاستن سقوط کند و نبض افزایش یابد تنظیم داروها خصوصاً ضد فشار خون و روان افزا، ممکن است ضروری باشد.	
۵. تحقیقات نشان داده است که افراد با هیپوتانسیون وضعیتی دارای علامت بوده و دچار هیپوتانسیون پس از صرف غذا و تغییر ضربان قلب می‌شوند.	
۶. جهت درمان هیپوتانسیون وضعیتی، آب و دارو بدهید. آب اثر انقباضی در هیپوتانسیون وضعیتی اتونوم دارد. تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به هیپوتانسیون وضعیتی پس از صرف غذا با نوشیدن سریع ۵۰۰ میلی لیتر آب فشار خون آنان افزایش یافته است.	
۷. جهت مقابله با سنکوپ پس از صرف غذا، بیمار را طاق باز قرار داده و پاها را بالا ببرید. اینکار فرصت پرفیوژن مجدد را فراهم می‌سازد.	

۸. در بیماران با بی حرکتی طولانی که دچار ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولیهای ریوی هستند و همچنین در افراد با جراحی اخیر اندام تحتانی یا جراحی وسیع، حوادث عروق مغزی و افراد مسن پروفیلاکسی را در نظر بگیرید.
۹. در اشخاص در معرض خطر از نظر ترومبوز وریدهای عمقی و ادم ریوی از جورابه‌های ضد آمبولی یا کشی و وسایل فشارنده متناوب (دارای هوا) با احتیاط استفاده کنید.
۱۰. دستور پزشک را از نظر فعالیت و حرکت در اشخاص مبتلا به ترومبوز وریدهای عمقی و ادم ریوی پیگیری کنید، زیرا که حرکت زودتر (طی ۲۴-۴۸ ساعت) برخلاف استراحت در تخت ممکن است توصیه شود.
۱۱. دستور پزشک را از نظر محدودیت تحمل وزن در هنگام راه رفتن به بیمار (مثلاً عدم تحمل وزن به پای چپ) خاطر نشان سازید. تحمل وزن ممکن است التیام استخوان را در اندامهای شکسته به تاخیر بیندازد.
۱۲. بمحض شروع تحمل وزن پس از استراحت طولانی مدت در تخت به بیماران آموزش دهید که پروتئین مصرف کرده و از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی^{۴۵} (NSAIDs) بمدت ۷ روز خودداری کرده و در نظر داشته باشید که امکان افسردگی وجود دارد. پروتئین برای ترمیم عضله نیاز است. NSAIDs بهبود عضله را بتأخیر می‌اندازد. درد بعلت آزاد شدن پروستاگلندینهای ناشی از آسیب عضله رخ می‌دهد. افسردگی ارتباط به درد کوتاه مدت و خستگی دارد.
۱۳. بیماران را تشویق کنید که بطور مکرر ایستاده و راه بروند. تحمل وزن و انقباضات عضلات اسکلتی سبب تحریک رشد استخوان و جذب مجدد کلسیم شده و لذا دانسیته استخوان را حفظ و از استئوپروز ناشی از عدم استفاده پیشگیری کرده و ظرفیت حمل اکسیژن را زیاد می‌کند. مطالعات نشان داده است که خطر شکستگی استخوان هیپ ۲۰-۴۰٪ در افراد مسنی که از نظر جسمی فعال هستند کاهش می‌یابد.
۱۴. به بیماران کمک کنید که ارتوزها یا وسایل بی حرکت کننده، آتل‌ها و کرس‌های طبی را پیش از راه رفتن بطور صحیح و مناسب بکار برند. این وسایل ثبات، بی حرکتی و تقارن بدن را در زمانی که بیمار خارج از تخت است فراهم می‌سازد.
۱۵. به بیماران با آمپوتاسیون ساق آموزش دهید که پیش از راه رفتن بطور صحیح از پروتز و ضامن مربوطه استفاده کنند. پروتزها توانایی کارکرد را از نظر راه رفتن افزوده و از نظر ظاهر شبیه به اندام می‌باشند.
۱۶. از وسایل کمکی که بطور اختصاصی توسط فیزیوتراپ برای راه رفتن توصیه شده است از قبیل کمربندها، واکر، چوب‌های زیر بغل و عصا استفاده کنید. کمر بند یک سطح ایمن برای پرسنل از نظر گرفتن ثابت بیمار را بوجود آورده تا زمانی که به مقصد برسد. این وسایل جهت حمایت، کمک به جبران تعادل ضعیف و هماهنگی می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که کمر بند ایمنی تقلای پرسنل و فشار وارد به پشت و نیروی فشارنده را از L₅ تا S₁ مهره‌ها کاهش می‌دهد. همچنین مطالعات نشان داده است که افراد مسنی که در موسسات زندگی کرده و خیلی فعال هستند و از وسایل کمکی استفاده می‌کنند کمتر به زمین می‌خورند. واکرهای دارای ۲ چرخ در مقایسه با واکرهای ۴ چرخ فرصت می‌دهند که افراد با آمپوتاسیونهای اندام تحتانی که پروتز استفاده می‌کنند با سرعت بیشتری راه رفته و کمتر مکث کنند. واکرها سرعت قدم زدن را در افراد مبتلا به پارکینسون کاسته و زمان خشک شدن را کم نمی‌کند.
۱۷. تعداد کافی پرسنل برای کمک به بیمارانی که مایل هستند راه بروند در نظر بگیرید. یک نفر از اینها باید آموزشهای کوتاه (مثلاً به بیمار بگوید سرت را بلند کن و غیره) بدهد. تعداد کافی افراد کمکی از افتادن پیشگیری کرده و ترس و اضطراب

⁴⁵ -Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs(NSAIDs)

بیمار را کاهش می‌دهند. هم چنین فردی که راهنمایی می‌کند باید پیامهای صریح بدهد. راه رفتن نیاز به تمرکز، بینایی و تفکر دارد بخصوص زمانی که بیمار در حال یادگیری اطلاعات جدید می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که نجات یافتگان سگته مغزی چنانچه در حال قدم زدن بخواهند صحبت نمایند از سرعت قدم زدن ضعیف برخوردار خواهند بود. همچنین نشان داده شده است که افراد مسن بمحض ایستادن چنانچه مواجه با پیام شنوایی شوند تعادل خود را از دست داده و به این سو و آن سو گرایش پیدا می‌کنند خصوصاً وقتی که وسیله حسی درآورده می‌شود.

۱۸. از فیزیوتراپ باید سوال شود که فرد کمکی در چه قسمتی از بیمار بایستد؟ دستیاران معمولاً قدری عقب و سمت بیمار می‌ایستند در حالیکه کمر بند را با دستی که چرخش بخارج دارد گرفته‌اند. دست دیگر را به شانه نزدیک بیمار تکیه داده‌اند. دستیار باید نزدیک بوده ولی نباید آنقدر نزدیک باشد که حرکت بیمار مختل شود. ساعد قدرت بیشتری دارد وقتی که در حال چرخش بخارج است.

۱۹. بمحض اینکه تعادل، قدم زدن و تحمل و تمرکز بیمار بهبود یابد بطور عمدی موانعی در مسیر راه بیمار قرار دهید. این کار به بیمار کمک می‌کند که برای وضعیت حقیقی زندگی از نظر راه رفتن آماده شود.

۲۰. در طرح مراقبت تعداد دستیارانی که لازم است از نظر راه رفتن به بیمار کمک کنند همچنین سطح کمک (یعنی حداکثر، در صورت لزوم و غیره)، نوع کمک (یعنی حمایت جسمی، ایما و اشاره کلامی، کنترل تعادل و غیره) و نوع وسیله کمکی مورد نیاز باید ثبت شود. ارتباط، رویکرد ثابت از نظر مراقبت را ترفیع می‌دهد و تمرین سبب تکرار و مرور ذهنی شده که هر دو می‌تواند سبب ترفیع یادگیری مجدد حرکتی شود.

۲۱. تعداد و ریتم نبض پایه را پیش از راه رفتن بیمار کنترل کرده و ۵ دقیقه پس از راه رفتن مجدداً تکرار کنید. چنانچه غیر عادی می‌باشد اجازه دهید که بیمار ۵ دقیقه بنشیند پیش از اینکه نبض او را مجدداً کنترل کنید. در صورتی که کماکان غیر عادی است راه رفتن باید خیلی آرام، با کمک بیشتر یا بمدت کمتر انجام گیرد. نبض نشاندهنده تحمل قلب از نظر راه رفتن است. چنانچه نبض مختصری پس از راه رفتن خیلی بالا رود احتمالاً انجام اینکار برای بیمار سخت بوده و باید به پزشك اطلاع داده شود.

۲۲. تحمل بیمار را از نظر راه رفتن کنترل کنید، ۵ دقیقه استراحت در نظر بگیرید چنانچه مواردی از قبیل کوتاهی تنفس، استفاده از عضلات کمکی برای تنفس، درد سینه، تهوع، عرق سرد، پوست قرمز یا رنگ پریده، سرگیجه، سنکوپ یا تیرگی شعور رخ دهد چنانچه علایم تداوم یابد باید به پزشك اطلاع داد.

۲۳. غربالگری اولیه و بعدی را در بیمارانی که در خطر زیاد از نظر زمین خوردن هستند مشخص سازید. ابزار بررسی در این مورد وجود دارد. تحقیقات نشان داده است بسیاری از این زمین خوردن‌ها زمانی در اطاق بیمار اتفاق افتاده که تلاش نموده است به توالی برود. استفاده از نرده‌های کنار تخت و محدود کننده های حرکتی از نظر افتادن پیشگیری نمی‌کند. بررسی نشان می‌دهد که زمین خوردن در بیمارانی رخ داده است که دچار تیرگی شعور بوده‌اند و سعی داشتند خود به تنهایی به توالی بروند.

۲۴. مداخلات اختصاصی از نظر پیشگیری از افتادن بزمین شامل برنامه منظم از نظر رفتن به توالی، آموزش اندام‌های تحتانی از نظر حفظ تعادل و قدرت، برطرف کردن صدمات و تعیین و درمان مسائل طبی اساسی است. تحقیقات نشان داده است که تعادل و ترس از افتادن در افراد مسنی که در خانه‌های گروهی نگهداری می‌شوند پس از تقویت قوزك و برنامه‌های

راه رفتن بهبودی یافتند. مطالعات گذشته نگر در بیماران بستری نشان‌دهنده این است که سقوط در زمانی که نرده‌های کنار تخت بالا بودند مساوی یا بیش از زمانی است که بالا نبوده است.

Patient Education

آموزش به بیمار

مراقبت خانگی:

۱. بیمار را بررسی کرده و تاریخچه کامل از نظر مشکلات راه رفتن را کسب کنید این کار نیازهای بیمار و مراقبت اختصاصی را ترفیع می‌نماید.
۲. اهمیت وجود نور کافی در طول روز و شب را توضیح دهید. لبه‌های قالی را بسمت زیر ثابت کرده و لایه غیر لغزنده به پشت فرش بچسبانید همچنین واکس غیر لغزنده به کف اطاق زده و اسباب و اثاث در هم مربوط مسیر را برطرف سازید. پروفیلاکسی و رفع خطرات احتمالی طریقی برای پیشگیری از زمین خوردن است.
۳. محیط خانه را از نظر موانع موجود در راه رفتن بررسی کنید.
۴. سیستم حمایت بیمار را از نظر مراقبت اضطراری و احتمالی بررسی کنید.
۵. اختلال تحرك ممكن است زندگی را در موقعیتهای بحران (یعنی زمین خوردن، آتش سوزی و غیره) تهدید کند.
۶. بیماران ذینفع را از نظر بهره‌گیری از برنامه‌های مهارت و قدرت ساختار و ورزش خصوصاً مبتلایان به استئوپروز و مسائل پوستچر را به فیزیوتراپ و کار درمان ارجاع دهید.
۷. از نظر دریافت کمک برای کارهای روزمره زندگی به خدمات بهداشت خانگی ارجاع دهید. اختلال تحرك ممكن است بعنوان مانعی در مراقبت^{۴۶} از خود باشد.
۸. از بیمار و مراقبین حمایت نمایید. بر حسب ضرورت به خدمات اجتماعی پزشکی یا خدمات روانی ارجاع دهید. اختلالات طولانی مدت ممكن است سبب تغییر تنشها شده و ایجاد خشم و یأس نماید.
۹. اطمینان حاصل کنید که بیمار از ابعاد مختلف خدمات (مثلاً محیطی، تکنولوژی و غیره) مطلع است. هر چقدر اطلاعات بیمار در این مورد بیشتر باشد استقلال بیشتری می‌تواند داشته باشد.
۱۰. بیمار و خانواده را آموزش دهید که وسایل کمکی را بطور منظم از نظر ایمنی کنترل نمایند (مثلاً تعویض بخشهای لاستیک، تمیز کردن ناودان واکرها، چوب‌های زیر بغل و عصا). پروتزها را از نظر ترك خوردگی و بخشهای ناهموار حفره، صداها یا حرکات غیر عادی در مفاصل یا پا را بررسی و ترمیم نمایید.
۱۱. در مردان و زنان مبتلا به استئوپروز و شکستگیهای هیپ توصیه نمایید که روزانه قدم زده، کلسیم و ویتامین D مصرف نموده و از کشیدن سیگار خودداری نمایند. جایگزینی استروژن و درمان با ضد جذب مجدد هم چنین امر اساسی بوده که بیماران باید با پزشك خود مشورت نمایند. مطالعات بطور جدی تأکید دارد که مصرف زیاد کلسیم سبب تجمع در استخوان شده و از تخریب آنها در افراد مسن جلوگیری کرده و خطر شکستگی را کم می‌کند.

⁴⁶ -self care

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در استفاده مستقل از صندلی چرخدار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	استقلال مطلوب در بهره گیری و حرکت دادن يك صندلی چرخدار یا يك وسیله دیگر دارای چرخ را نشان دهد. توانایی راهنمایی دیگران در بهره گیری و حرکت دادن يك صندلی چرخدار یا وسیله دیگر دارای چرخ را نشان دهد. قرارگیری در وضعیت درمانی، رهایی از فشار، بکارگیری اصول ایمنی در حین بهره گیری و حرکت دادن صندلی چرخدار یا وسیله دیگر دارای چرخ را نشان دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به بیمار کمک کنید که در تخت وسیله موردنظر (مثل کرسرست طبی، ارتوزها، بی حرکت کننده ها و باندهای شکمی) را پوشیده و در آورد. ثبات و تقارن بخشهای بدنی را فراهم سازید. باند شکمی از هیپوتانسیون وضعیتی پیشگیری کرده محتویات شکم را حمایت کرده و ظرفیت حیاتی را می افزاید. جهت ثبات همودینامیکی باید باند را در تخت پوشیده و در صورت عدم نیاز باز کرد. ۲. ترتیب ارجاع به فیزیوتراپ، کار درمان یا يك کلینیک مربوطه را بدهید. سیستم نشیمنگاه در صندلی چرخدار باید مطابق با جثه، تواناییها و نیازهای حمایتی از نظر پوستچر بوده و ایجاد آراش نماید. ۳. در نظر داشته باشید که سیستم نشیمنگاه اجازه می دهد که صندلی را بجلو برده و بطور ایمن و مفید از دستها استفاده کرده و پاها را به جایگاه خاص تکیه دهد و حتی با زمین تماس نمایند و بدون افتادن بزمین بایستند و در فرد ناتوان بخشی از هویت محسوب می شود. نشیمنگاه صندلی چرخدار و بالشنگ ها اساس حمایت و پوستچر بیماران بوده و اجازه فعالیت را می دهد. پوستچر ضعیف (مثل قوزکردن)^{۴۷} گرایش به يك پهلو و لیز خوردن) می تواند سبب عیوب، ناراحتی و فشار پوستی و استفاده مفرط از محدودیتهای حرکتی شده و سبب فشار روی تنه شود. ۴. بالشنگ ها و صندلی چرخدار باید مناسب بیمار استفاده شود. تهیه اختصاصی صندلی و سیستم نشیمنگاه می تواند استقلال در فعالیت را ترفیع داده و از عوارض طبی پیشگیری کند. بالشنگ های مناسب اثر شوک، فشار و ارتعاش تکراری را که ممکن است منجر به خستگی، درد و مکانیک های نامناسب بدن شود کاهش می دهد. ۵. استفاده از سطوح مناسب مثل بالشنگ ها، تکیه گاه ها و کنترل دقیق دفع، تغذیه مناسب و مایع رسانی و جابجایی، استراتژیهای کلیدی در محافظت از زخم های فشاری ناشی از نشستن می باشد. هرگز بالشنگ هایی بشکل دونات یا پوست گوسفند استفاده نکنید. اینگونه وسایل اجازه می دهد که بیماران بی حرکت بطور طولانی مدت حالت نشسته بخود داده که منجر به توزیع توده بدنی به نواحی فشاری قسمت تحتانی بدن یعنی روی توبروزیتی استخوان ایسکیوم می شود. دونات ها سبب ایجاد فشار روی بافت اطراف و پوست گوسفند اساساً باعث رفع فشار نمی شود. استفاده از بالشنگ به تعداد ۴ عدد	

⁴⁷ -Kyphosis

بدرجائی توانایی کاهش فشار را دارد. افراد سالم دارای حداکثر فشار در ناحیه باسن در تماس با بالشنگ‌های کاهنده فشار شده هنگامی که آنها در صندلی به پایین می‌لغزند یا قوز می‌کنند. کمترین فشار زمانی است که صندلی به عقب برده شده و ساق‌ها (نه پاشنه‌ها) به یک چهارپایه تکیه داده شده است. در وضعیت نشسته کامل فشار کمتری پاهای در مقایسه با چهارپایه وارد می‌شود.

۶. در صورتی که علائم فشار پس از نشستن در صندلی چرخدار ایجاد شود بهتر است از نظر ارزیابی مجدد بالشنگ‌ها به فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع داد. افراد حرفه‌ای کیفیت بالشنگ‌ها را از نظر سفتی، توانایی دربرگیری باسن و نرمی در هنگام فعالیت بررسی می‌کنند. مطالعه نشان داده است که فشار ناشی از سطح تماس باسن و بالشنگ‌ها با بروز زخم‌های فشاری بوده است.

۷. اهمیت تغییر وزن را هر ۱۵ دقیقه در حالیکه کمربندهای ایمنی در جای خود می‌باشد تأکید نمایید از جمله خم شدن بهر یک از پهلوها و جلو (در حالیکه بازوها در امتداد رانها قرار گرفته‌اند) و همچنین بالا بردن باسن از کف^{۴۸} صندلی (در حالیکه دستها بجای مخصوص تکیه داده است) چنانچه تعادل و کنترل تنه وجود دارد. اینگونه رهایی متناوب از ایجاد زخم‌های فشاری ناشی از انسداد مویرگها جلوگیری می‌کند.

۸. صندلی چرخدار را هر ساعت بمدت ۵-۳ دقیقه با زاویه ۶۰-۴۵ درجه با دست به عقب ببرید. هم چنین بیمار ممکن است در حالیکه پشت صندلی چرخدار (زاویه ۱۵۰ درجه) عقب برده شده و ساق‌ها پاهای به جایگاه اصلی تکیه داده شده است در آن بنشیند. اینکار باعث کاهش فشار بافتی شده و افراد بی حرکت مدت طولانی در این حالت می‌نشینند. شواهد نشان داده است هنگامی که پشت صندلی چرخدار فرد کوادری پلژی^{۴۹} با اندازه ۴۵ درجه یا بیشتر یا حداقل ۱۵۰ درجه به عقب برده شود فشار بر توبروزیتی های ایسکوم بطور قابل توجه کاهش می‌یابد.

۹. وضعیت غیر فعال ایستادن در صندلی چرخدار را در صورت امکان یا اگر بیمار می‌تواند بطور نسبی وزن را تحمل کند فعال سازید، این کار فشار بافتی وارد بر زوائد استخوانی را از بین می‌برد.

۱۰. پوست زیر ارتوزها و کمرست‌های طبی را بمحض برداشتن نگاه کرده و زوائد استخوانی را پس از برگشت به تخت کنترل نمایید. اینکار اجازه می‌دهد که زودتر نواحی فشار را تعیین کرده و برطرف ساخت.

۱۱. هنگامی که بیمار بطور غیر فعال در صندلی چرخدار نشسته است پاهای را در جایگاه خود در صندلی چرخدار و یا روی کف زمین بگذارید. کمترین فشار بر ساکروم و باسن در حالت نشسته کامل زمانی است که پاهای با زمین تماس (در مقایسه با زمانی که پاهای در جایگاه خاص در صندلی چرخدار می‌باشد) داشته باشید.

۱۲. بطور متداول وضعیت نشسته بیماران را بررسی کرده و کمک کنید که آنان بر حسب ضرورت با حفظ وضعیت تقارن بدن جابجا شوند. شواهد نشان داده است که پرستاران فقط ۶٪ از وقت خود را صرف جابجایی بیماران با سکنه مغزی با پوستچر ضعیف و عدم تقارن می‌کنند آنها بطور غیر مستقیم پوستچر را بهبود می‌بخشند هنگامی که بیماران را برای تغذیه آماده می‌کنند.

۱۳. پاهای بیماران را بطور ایمن در جایگاه مخصوص در صندلی چرخدار قرار داده و پیش از حرکت دادن صندلی به

⁴⁸ - push ups

⁴⁹ -Quadriplegia

سمت جلو، کمربندهای ایمنی را در قسمت فوقانی ران ها محکم کنید. قرار دادن پاها در جایگاه مخصوص از صدمات پیشگیری کرده و کمربندها کمک به ثبات و نگهداشتن لگن در جای خود می‌شوند.

۱۴. تکیه گاه مخصوص ساق و پا را از صندلی چرخدار بردارید البته در بیمارانی باید انجام گیرد که قادر به راه رفتن یعنی برداشتن قدم‌های کوتاه بوده در حالیکه آماده حرکت دادن صندلی بجلو می‌باشند. تکیه گاههای مخصوص پا ممکن است سبب پارگی پوستی، کوفتگی یا عدم تقارن وضعیتی شوند.

۱۵. به بیماران توصیه کنید از پوشش در حاشیه‌های برآمده مختص دستها همچنین دستکهای چرمی استفاده کنند هنگامی که مایل هستند صندلی چرخدار را بسمت جلو حرکت دهند.

۱۶. دستهای بیمار را روی لبه‌های صندلی چرخدار گذاشته و چگونگی هل دادن بجلو را بر لبه‌های هر دو چرخ توضیح دهید «لبه راست را برای برگشت به چپ و لبه چپ را برای برگشت به راست» و برای عقب گرد هر دو دست را روی لبه‌های چرخ گذاشته و بسمت عقب حرکت دهند.

۱۷. از نوعی صندلی چرخدار استفاده کنید که حتی الامکان ارتفاع کوتاه داشته تا هر دو کف پا روی زمین قرار گیرد.

۱۸. بیماران را راهنمایی کرده و آموزش دهید که چگونه با فعالیت یک طرفه بازو و ساق صندلی چرخدار را بسمت جلو حرکت دهند.

توجه: در افراد مبتلا به همی پلژی راندن صندلی چرخدار با یک دست بجلو توصیه می‌شود.

۱۹. توصیه کنید که در هنگام ورود به آسانسور از قسمت عقب وارد شوند و چنانچه اگر ضرورت دارد که از قسمت جلو وارد شوند توصیه کنید که با صندلی چرخدار طوری بچرخند که صورت بسمت در آسانسور قرار گیرد. اینکار اجازه می‌دهد که بیماران چهارچوب را ببینند و هم چنین با هل دادن بجلو از آسانسور خارج شوند.

۲۰. زمانی که صندلی چرخدار دارای چرخهای کوچک کمکی است باید فرد کمک دهنده صندلی را نگهدارد تا زمانی که ۴ تا چرخ روی زمین قرار گیرد و بیمار از تعادل خوبی برخوردار بوده و صندلی چرخدار را کنترل نماید. رها کردن صندلی خیلی زودتر می‌تواند سبب شود که بیمار تعادل خود را از دست داده و دچار صدمه شود.

معیارهای ذیل را آموزش داده و انجام دهید این کار از درد اندام فوقانی و دژنراسیون مفصل ناشی از استفاده مفرط و فشار مکرر در رابطه با هل دادن دستی صندلی چرخدار بسمت جلو، بالا بردن باسن از تخت و نقل و انتقال خصوصاً در بیماران خیلی چاق جلوگیری می‌کند.

۲۱. با درمانگر در رابطه با حرکات دورانی، ورزشها، تقویت و کشش ملایم، ارتفاع نشیمنگاه و هل دادن مشورت کنید.

۲۲. تشویق کنید بجای آوردن فشار به دستها برای بالا بردن باسن اکثر اوقات کج شوند (تکیه دهند) و صندلی را کج نمایند.

۲۳. از همسطح بودن سطوح انتقالی اطمینان حاصل کنید.

۲۴. توصیه کنید از صندلی های چرخدار سبک استفاده کرده یا از نوع الکتریکی استفاده کنند که ضرورت آن باید توسط پزشک تأکید شود.

۲۵. تأکید نمایید که بیماران حتی الامکان وزن عادی خود را حفظ کنند.

۲۶. تقویت این اصل مهم است که بیماران در حین هل دادن صندلی چرخدار بجلو از ضربات طولانی و ملایم استفاده کنند، این کار سبب محدود کردن نیروی زیاد و سرعت بار در زهوار چرخ شده و اجازه می‌دهد که دست بطور طبیعی در حال

حرکت ز هوار چرخ آویزان شود. بیماران با پارالیز ۴ اندام دارای درد مکرر شانه و شدیدتر از پاراپلژی هستند. وظایف عملکردی سبب بیشترین درد در هر دو گروه می‌شود. درد همچنین در هنگام خواب شدید است.

۲۷. به بیماران یادآوری کنید که از ایجاد فشار بر آرنجها خودداری کنند و توصیه نمایید که در هنگام جابجایی و تغییر وزن فشار را در طول بازو توزیع نمایند. آتل‌ها (خصوصاً شبانه)، پدهای آرنج، استفاده موقت از صندلی چرخدار الکتریکی می‌تواند تاندونیت^{۵۰} را کاهش دهد. بازوها در جریان راندن بجلو، نقل و انتقال‌ها، جابجایی و پوشیدن لباس دچار فشار و زحمت شده و لذا در معرض خطر سندرمهای دردناک می‌باشند.

۲۸. پی بردن به سیستم ارزشی بیماران و پرستاران در مورد استفاده از صندلی چرخه دار ممکن است سبب تنش شود. نیاز برای استفاده از صندلی چرخدار سمبول ضعف و از دست دادن اتونومی^{۵۱} بیماران می‌باشد. ممکن است سمبول افزایش استقلال و نیاز به افراد حرفه‌ای را برساند. شواهد نشان داده است که افراد دینفع در ارتباط با موانع، قابلیت دسترسی، موضوع استقلال، نگرشهای جامعه نسبت به مردم با ناتوانی و عدم درک توسط دیگران تعبیر می‌شوند.

۲۹. بیماران از نظر سازش با مسائلی در رابطه با ناتوانی فیزیکی و از دست دادن استقلال باید حمایت و ارجاع شوند. بیماران ممکن است تجربه افسردگی و اضطراب را با از دست دادن توان جسمی و عدم توانایی به راه رفتن پیدا کنند.

۳۰. در انتقال بیماران از صندلی چرخدار دستی به نوع الکتریکی در صورت ناتوانی پیشرونده فیزیکی باید پیشنهاد و کمک نمود. صندلی چرخدار الکتریکی مفاصل شانه و بازو را حمایت کرده و درد و نیاز به انرژی و زمان را کاسته و استقلال را حفظ می‌کند. در مصاحبه ایکه ۲۴-۶ ماه پس از استقلال از نوع صندلی دستی به نوع الکتریکی انجام شد نشان داده شد تغییر مثبت در ایفاء نقش، علایق، استقلال و عزت نفس انجام شده بود.

۳۱. پیش از حرکت دادن صندلی چرخدار خالی در اتاق یا به سوی راهرو و یا اتاق دیگر از بیماران رسماً درخواست و اجازه بگیرد. مصرف کنندگان طولانی مدت، صندلی چرخدار را بعنوان بخشی از هویت و استقلال محسوب نموده زیرا در صورت عدم دسترسی به آن ممکن است دچار ترس شوند.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. به بیماران پیشنهاد دهید که پیش از خریدن صندلی چرخدار از نظر بالشتک‌ها و وسایل حمایت پوستچر، آنها را امتحان کنند بدلیل اینکه وسیله گران بوده و انواع مدل‌ها می‌توانند فوائد و مضرات متفاوت داشته باشند. ۲. فوائد، مضرات و مراقبت طولانی مدت بالشتک‌های مختلف را که سبب توزیع فشار می‌شوند مطرح سازید. ۱- بالشتک‌های دارای هوا، فشار را بطور یکنواخت توزیع نموده، بسادگی شسته شده و سبک هستند ولی هوا را نشت داده و نیاز به وارد کردن مجدد دارد. بمحض افزایش شناوری، بیمار سبک وزن احساس می‌کند که ثبات آن کاسته شده است ۲- بالشتک‌های دارای ژل مقاوم و حمایت کننده هستند بدلیل اینکه بشکل باسن در می‌آیند. بهرحال ممکن است داغ و سنگین بوده و محیط مرطوب ایجاد کنند. ژل را باید بسمت عقب جابجا کرده تا فشار آن کاسته شود. ۳- بالشتک‌های ابری سبک بوده و می‌توان اندازه آن را بر حسب فرد موردنظر تهیه کرد ولی آنها فشار آورده و ممکن است تخریب شوند. آنها را می‌توان تعویض نمود ضمناً مقاوم به آب نیستند. مداخلات اختصاصی نشیمنگاه ارتباط به حمایت از پوستچر، مهره‌های لگن، توزیع فشار و	

⁵⁰ -Tendonitis

⁵¹ - Autonomy

کارکرد صندلی چرخدار پیدا می‌کند. محققان پی برده‌اند اکثر مصرف کنندگان صندلی چرخدار با سابقه درد زیاد بدلیل خصایص کلیدی صندلی چرخدار آرامش و تحرک قابل توجه پیدا کرده‌اند.

۳. به بیماران توصیه نمایید که در زمان انتقال صندلی چرخدار به درون اتومبیل در حد امکان بخشهای زیادی از صندلی را خارج سازند. پیش از انتخاب آن یا بلند کردن صندلی باید اطمینان حاصل کرد که محل تکیه گاه بازوها و تمامی بخشهای دیگر ثبات کافی را دارد.

۴. پیش از نشستن بیمار در صندلی چرخدار یا وسیله چرخدار باید از نظر حرارت کنترل نمود. برداشتن بخشهایی از آن وزن را کم می‌کند و کنترل حرارت صندلی و بخشهای دیگر از سوختگی یا سرمازدگی پوست جلوگیری می‌کند.

۵. پیش از انتخاب صندلی چرخدار باید از نظر استحکام توجه کرد و درک نمود که سبک بودن صندلی چرخدار در مقایسه با صندلیهای سنگین از نظر هل دادن به جلو آسانتر و راحتتر می‌باشد. امر مهمی است که فوائد، قیمت و دوام مدل‌های مختلف صندلی را قبل از خرید توجه کرد.

۶. در هنگام استفاده از وسیله نقلیه باید اهمیت استفاده از کمربندهای ایمنی یا وجود ابزاری برای ثابت کردن صندلی چرخدار توصیه نمود. بیماران نیاز به وسیله حفاظت در هنگام مانور ناگهانی وسیله نقلیه دارند.

منابع مورد استفاده:

- 1) Ackley, B. J., Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. Missouri, Mosby.
- 2) Brunner, suddarth's. (2007). textbook of Medical surgical Nursing. (11 th ed). Lippincott Williams and wilkins.
- 3) Phipps, Wilma J., Morahan, Frances D., Sands, Judit k., Marek , Jane F., Neighbors, Marianne (2003). Medical surgical Nursing "Health and Illness perspectives" (7 th ed). The mosby co.
- 4) Smeltzer, suzanne C., Bare, Brenda G., Hinkle, Janice L., cheever, kerry H. (2004). Textbook of medical surgical Nursing. (40 the ed). Lippincott Williams and wilkins.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مایعات و الکترولیت ها

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- تعادل مایعات و الکترولیت ها را تنظیم کند. - از ایجاد عوارض مربوط به اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها پیشگیری کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱- مقادیر سرمی غیر طبیعی الکترولیت ها را کنترل کنید. ۲- نمونه های آزمایشگاهی را برای کنترل اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها (مانند سطوح هماتوکریت، BUN، سدیم و پتاسیم) تهیه کنید. ۳- روزانه بیمار را وزن کنید و روند تغییر آنرا پایش کنید. ۴- در صورت وجود هیپوناترمی رقتی (سطوح سرمی سدیم کمتر از ۱۳۰ میلی اکی والان در لیتر) دریافت آزاد مایعات را محدود کنید. ۵- در صورت لزوم به بیمار مایعات بدهید. ۶- با فراهم کردن مایعات خوراکی که بیمار ترجیح می دهد، دریافت مایعات را بهبود بخشید. ۷- دریافت مایعات را در طی ۲۴ ساعت به طور مناسب تنظیم کنید. ۸- در صورت لزوم در جهت محدود کردن مایعات اقدام کنید. ۹- براساس برون ده، لوله بینی - معدی (NGT) را تعویض کنید. ۱۰- برای جبران مایعات و الکترولیت های از دست رفته از طریق اسهال برای بیمارانی که تغذیه لوله ای دارند، فیبر تجویز کنید. ۱۱- در صورت لزوم لوله بینی - معدی را با نرمال سالین شستشو دهید. ۱۲- تعداد قطعات یخ مصرف شده در بیمارانی که لوله معده ای آنها به ساکشن متصل است، را کم کنید. ۱۳- سرعت مناسب برای محلولهای وریدی (یا ترانسفوزیون خون) را انتخاب کنید. ۱۴- فرآورده های خونی را به طور مناسب برای تجویز آماده کنید (مانند کنترل کردن مشخصات بیمار با مشخصات کیسه خون و آماده کردن ست ترانسفوزیون). ۱۵- فرآورده های خونی مانند (پلاکت و FFP) را در صورت لزوم تجویز کنید.

- ۱۶- وضعیت همودینامیک، شامل CVP، MAP و سطوح PCWP را در صورت امکان کنترل کنید.
- ۱۷- در صورت تجویز برای بیمار کاتتر ادراری بگذارید.
- ۱۸- گزارش صحیحی از وضعیت intake/output بیمار تهیه کنید.
- ۱۹- در صورت لزوم علائم حیاتی را کنترل کنید.
- ۲۰- وضعیت هیدراتاسیون (مانند میزان رطوبت غشاهای مخاطی، کفایت نبض ها، فشار خون وضعیتی) را به طور مناسب کنترل کنید.
- ۲۱- دئیدراتاسیون را به طور مناسب تصحیح کنید.
- ۲۲- در صورت تجویز، مایع درمانی وریدی را شروع کنید.
- ۲۳- در صورت نیاز محلولهای وریدی همراه با الکترولیت را تجویز کنید.
- ۲۴- پاسخ بیمار به الکترولیت های تجویز شده را کنترل کنید.
- ۲۵- علائم عدم تعادل الکترولیت ها را کنترل کنید.
- ۲۶- علائم و نشانه های احتباس مایعات (مانند کراکل ریوی، افزایش فشار ورید مرکزی، فشار وریدهای وداجی، ادم، تورم ورید های گردن و آسیت) را کنترل کنید.
- ۲۷- نتایج آزمایشگاهی مربوط به احتباس مایعات (مانند افزایش وزن مخصوص ادرار، افزایش Bun، کاهش هماتوکریت و افزایش سطح اسمولالیت ادرار) را کنترل کنید.
- ۲۸- نتایج آزمایشگاهی مربوط به تعادل مایعات (مانند سطح هما توکریت، Bun، آلبومین، پروتئین توتال، اسمولالیتی سرم و وزن مخصوص ادرار) را کنترل کنید.
- ۲۹- وضعیت تغذیه و میزان دریافت غذا و مایعات را کنترل کنید.
- ۳۰- رژیم غذایی تجویز شده برای عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها (مانند کم سدیم، مایعات محدود شده، رژیم کلیوی، بدون نمک) را تهیه کنید.
- ۳۱- میزان کالری دریافتی روزانه را محاسبه کنید.
- ۳۲- بیمار را از نظر عوارض جانبی الکترولیت های تجویز شده، بررسی کنید.
- ۳۳- غشاهای دهانی، صلیبه چشم و پوست را از نظر علائم اختلال در تعادل مایعات و الکترولیت ها (مانند خشکی، سیانوز، یرقان) بررسی کنید.
- ۳۴- در صورت وجود یا بدتر شدن علائم و نشانه های عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها، با پزشک مشورت کنید.
- ۳۵- در صورت لزوم، تغییرات وزن بیمار قبل و بعد از دیالیز را کنترل کنید.
- ۳۶- ملحفه و پارچه های خیس را شمارش و یا وزن کنید.
- ۳۷- در صورت وجود ادم، محل و وسعت آن را بررسی کنید.
- ۳۸- در صورت لزوم دیورتیک تجویز کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- در صورت لزوم در مورد وضعیت NPO بودن به بیمار آموزش دهید. ۲- همراهان و خانواده بیمار را به کمک به وی در هنگام تغذیه تشویق کنید. ۳- در صورت لزوم در مورد نوشیدن و خوردن مکرر مایعات و میوه های تازه یا عصاره آنها آموزش دهید. ۴- به خانواده کودکان بیمار آموزش دهید تا نوشیدنی های خنک را طبق ذائقه آنها آماده کنند و ژلاتین را برای استفاده کودکان به اشکال جالب ببرند. ۵- به بیمار در مورد بهبود دریافت مایعات از راه دهان (مانند فراهم کردن دریافت نوشیدنی از طریق نی، پیشنهاد دریافت مایعات بین وعده های غذایی، تغییر دریافت مایعات به مایعات خنک به طور روتین) آموزش دهید. ۶- به خانواده بیمار آموزش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
عدم تعادل مایعات	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - اطلاعات بیمار را به منظور تنظیم تعادل مایعات به طور صحیح جمع آوری کند. - اطلاعات جمع آوری شده را به طور مناسب تجزیه و تحلیل کند. - تعادل مایعات را برقرار کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- تاریخچه صحیحی از مقدار، نوع مایعات دریافتی و عادات دفعی بیمار تهیه کنید. ۲- عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) ممکن برای عدم تعادل مایعات (مانند هیپرترمی، درمان با دیورتیک، بیماریهای کلیوی، نارسایی قلبی، تعریق بیش از حد، اختلال عملکرد کبد، ورزش همراه با تنفس صدا دار، در معرض گرما قرار گرفتن، عفونت، وضعیت بعد از عمل، پلی اوری، استفراغ، اسهال) را تشخیص دهید. ۳- وزن بیمار را کنترل کنید. ۴- سطح الکترولیت های سرم و ادرار را کنترل کنید. ۵- سطح پروتئین توتال و آلبومین سرم را کنترل کنید. ۶- سطح اسمولالیتی ادرار و سرم را کنترل کنید. ۷- فشار خون، ضربان قلب و وضعیت تنفسی بیمار را کنترل کنید. ۸- در صورت لزوم پارامترهای همودینامیک را کنترل کنید. ۹- گزارش صحیحی از I & O تهیه کنید. ۱۰- بیمار را از نظر غشاهای مخاطی، تورگور پوست و تشنگی کنترل کنید.	

۱۱- رنگ، مقدار و وزن مخصوص ادرار را کنترل کنید. ۱۲- بیمار را از نظراتساع وریدهای گردنی، صدای کراکل در ریه ها، ادم محیطی و وزن گرفتن کنترل کنید. ۱۳- در صورت لزوم کاتترهای داخل وریدی را کنترل کنید. ۱۴- علایم و نشانه های آسیب را کنترل کنید. ۱۵- به وجود یا عدم وجود سرگیجه هنگام ایستادن توجه کنید. ۱۶- مایعات را به طور مناسب تجویز کنید. ۱۷- دریافت مایعات را محدود یا اختصاصی کنید. ۱۸- سرعت تجویز مایعات وریدی را تنظیم کنید. ۱۹- داروهای تجویز شده جهت افزایش برون ده ادراری را به طور مناسب تجویز کنید. ۲۰- در صورت عدم وجود برون ده ادراری، دیالیز تجویز شده را انجام دهید. ۲۱- راه وریدی را در وریدی با قطر مناسب انتخاب و نگهداری کنید. ۲۲- به منظور اطمینان از تجویز مناسب مایعات با پزشک هماهنگی کنید. ۲۳- در صورت تجویز، مایعات وریدی کریستائوئیدی (مانند نرمان سالین و رینگر لاکتات) و آکالوئیدی (مانند Plasmacate، Hesban) را به بیمار بدهید. ۲۴- در صورت لزوم برای کراس مچ، نمونه خون تهیه کنید. ۲۵- در صورت تجویز، فراورده های خونی را به بیمار بدهید. ۲۶- پاسخهای همودینامیکی بیمار را کنترل کنید. ۲۷- وضعیت اکسیژناسیون بیمار را کنترل کنید. ۲۸- بیمار را از نظرافزایش بار مایعات کنترل کنید. ۲۹- برون ده مایعات مختلف بدن (مانند ادرار، درناژ لوله بینی - معدی، چست تیوب) را کنترل کنید. ۳۰- Cr ، BUN ، سطوح پروتئین توتال و آلبومین را کنترل کنید.	آموزش به بیمار ۱- علائم و نشانه های عفونت سیستم ادراری را به بیمار آموزش دهید. ۲- در مورد نحوه بدست آوردن نمونه های وسط ادرار در حین بروز اولین علامت از برگشت علائم و نشانه های عفونت، به بیمار آموزش دهید. ۳- در مورد نوشیدن حدود ۲۰۰ سی سی مایع با وعده های غذایی و بین وعده های غذایی به بیمار آموزش دهید. ۴- در مورد کنترل علایم و نشانه های عفونت سیستم ادراری به بیمار آموزش دهید. ۵- به بیمار در مورد تخلیه مثانه قبل از انجام هر پروسیجر آموزش دهید.
--	---

- 1- Alspach J.G . (2006) American Association of Critical Care Nurses: Core curriculum for critical care nursing. 6th Edition. Philadelphia: W. B. Saunders.
- 2- Baer C.L. Kinney M.R., Packa D.R., & Dunbar S.B.(1993). Fluid and electrolyte balance. AACN's clinical reference for critical-care nursing, St. Louis: Mosby.
- 3- Cullen L.M. Bulechek G.M., & McCloskey J.C. (1992). "Interventions related to fluid and electrolyte balance". Nursing Clinics of North America. 27(2): 569-598.
- 4- Horne M., & Swearingen P.(1997). Pocket guide to fluids and electrolytes, 3rd Edition. St. Louis: Mosby.
- 5- Kokko J., Tannen R.(1990). Fluids and electrolytes, 2nd Edition. Philadelphia, W. B. Saunders.
- 6- Wong D.L.(1995). Whaley and Wong's nursing care of infants and children, 5th ed.. St. Louis: Mosby.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم ادراری – تناسلی

Problem Definition	بیان مشکل
	الگوی دفع ادراری نامطلوب
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - برون ده ادراری مطلوب را برای بیمار ایجاد کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- در صورت لزوم الگوی دفع ادرار را از نظر تکرر ادرار، احتباس ادرار، بو، حجم و رنگ کنترل کنید. ۲- بیمار را از نظر علائم و نشانه های احتباس ادراری بررسی کنید. ۳- فاکتورهای موثر بر بی اختیاری ادرار را شناسایی کنید. ۴- در صورت لزوم زمان آخرین دفع ادراری را یادداشت کنید. ۵- اگر علائم و نشانه های عفونت دستگاه ادراری اتفاق افتاده است، بیمار را به پزشک ارجاع دهید. ۶- در صورت لزوم به بیمار در مورد بهبود عادات دفع کمک کنید. ۷- در صورت لزوم اولین دفع ادراری بعد از پروسیجر درمانی را گزارش کنید. ۸- در صورت لزوم دریافت مایعات را محدود کنید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱- در مورد نحوه کنترل علائم و نشانه های عفونت سیستم ادراری به بیمار آموزش دهید. ۲- در مورد نحوه بدست آوردن نمونه های وسط ادرار در موقع برگشت علائم و نشانه های عفونت به بیمار آموزش دهید. ۳- در مورد نوشیدن حدود ۲۰۰ سی سی مایع همراه با وعده های غذایی و بین وعده های غذایی به بیمار آموزش دهید. ۴- به بیمار در مورد لزوم تخلیه مثانه قبل از انجام هر پروسیجر آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت مجاری ادراری در زمان بستری شدن در بیمارستان ناشی از سوند ادراری	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- هرگونه عفونت ادراری را بموقع تشخیص دهد.	
- از بروز عفونت ادراری پیشگیری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- استفاده از کاتترهای ادراری را به موارد زیر محدود کنید:	
- پایش برون ده ادراری در بیماران ویژه.	
- مراقبت و درمان احتباس ادراری حاد و انسداد ادراری.	
- کمک به بهبود زخم بستر در بیماران دچار بی اختیاری ادرار.	
۲- اطمینان حاصل کنید که افراد تعلیم دیده کاتتر ادراری را به بیمار متصل می کنند.	
۳- اطمینان حاصل کنید که وسایل لازم برای یک روش آسپتیک در دسترس است.	
۴- موارد زیر را برای ثبت اطلاعات مد نظر قرار دهید: اندیکاسیون گذاشتن کاتتر، تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر، فردی که این کار را انجام داده و تاریخ و زمان خارج ساختن کاتتر.	
۵- موارد ثبت شده، بایستی در پرونده قابل دسترس بوده و در یک چهار چوب استاندارد به منظور جمع آوری اطلاعات و با هدف ارتقای کیفیت ثبت شود.	
۶- اطمینان حاصل کنید که افراد آموزش دیده و منابع مورد نیاز در دسترس باشد.	
نظارت و مراقبت در عفونتهای ناشی از کاتترهای ادراری:	
۱- بیمارانی را که بیشتر در معرض خطر هستند، شناسایی کنید.	
۲- از معیارهای استاندارد برای تشخیص عفونت های ناشی از کاتتر ادراری استفاده کنید.	
۳- اطلاعات مربوط به روزهایی که کاتتر گذاشته شده، برای بیمارستان جمع آوری کنید.	
۴- میزان عفونتهای ناشی کاتتر ادراری را در جمعیت هدف محاسبه کنید.	
۵- میزان استفاده از کاتتر ادراری را اندازه گیری کنید.	
تکنیک صحیح گذاشتن کاتتر ادراری:	
۱- کاتتر ادراری را فقط زمانی بگذارید که حتماً ضرورت داشته باشد.	
۲- به سایر شیوه ها نیز توجه داشته باشید نظیر استفاده از سوندهای کاندومی در آقایان.	
۳- بهداشت دستها را رعایت کنید.	
۴- کاتتر ادراری را به شیوه آسپتیک و وسایل استریل قرار دهید.	
۵- از دستکش و گاز استریل و محلول آنتی سپتیک برای تمیز کردن سوارخ مجرای ادرار و یک ژل نرم	

کننده یکبار مصرف استفاده کنید.

۶- برای اینکه آسیب مجرای ادرار به حداقل برسد در صورت امکان از یک کاتتر اندازه کوچک استفاده کنید.

مراقبت و درمان صحیح در کاتتر ادراری:

۱- بعد از گذاشتن کاتتر از حرکت دادن و کشیدن بیمار پیشگیری کنید.

۲- یک سیستم بسته و استریل را حفظ کنید.

۳- کاتتر ادراری و درناژ آن را تا زمانی که کاتتر شسته شود، قطع نکنید.

۴- جایگزینی سیستم جمع آوری ادرار را با استفاده از یک شیوه آسپتیک انجام دهید.

۵- برای آزمایش ادرار نمونه کوچکی از ادرار را به کمک یک سرنگ و سرسوزن استریل و بعد از تمیز کردن پورت بگیرید.

۶- نمونه را به نحو صحیح به آزمایشگاه جهت کشت انتقال دهید.

۷- جهت تهیه مقادیر بیشتر جهت آزمایشات مختلف می توانید از کیسه ادرار بیمار استفاده کنید.

۸- دقت کنید در مسیر خروج ادرار انسدادی ایجاد نشود.

۹- کیسه ادرار را بطور منظم خالی کنید. برای هر بیمار یک ظرف جداگانه اختصاص دهید.

۱۰- همیشه کیسه ادرار را پایین تر از مثانه قرار دهید.

شیوه هایی که نبایستی به عنوان پیشگیری از عفونتهای ناشی از کاتتر ادراری بکار گرفته شود:

۱- بطور معمول از کاتترهای آغشته به نقره یا آنتی باکتریال استفاده نشود.

۲- باکتریوری بدون علامت در بیماران دارای کاتتر ادراری درمان نشود، مگر قبل از پروسیجرهای تهاجمی اورولوژی.

۳- از شستشوی مداوم کاتتر ادراری به عنوان یک شیوه پیشگیری از عفونت خودداری شود مگر اینکه انسدادی وجود داشته باشد که در آن صورت با استفاده از یک سیستم بسته این کار انجام شود.

۵- از آنتی بیوتیک به عنوان پروفیلاکسی استفاده نشود.

۶- کاتتر ادرار بطورروتین تعویض نشود.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱- به بیمار آموزش دهید به جای استفاده از وان، از دوش استفاده کند.

۲- بعد از هر بار دفع، ناحیه پرینه از جلو به عقب شسته شود.

۳- به بیمار آموزش دهید که مصرف مایعات فراوان از بروز عفونت ادراری پیشگیری می کند.

۴- در طی روز هر ۲ تا ۳ ساعت یکبار مثانه را تخلیه کند.

۵- بلافاصله پس از مقاربت، ادرار کند.

۶- داروهای تجویز شده را طبق دستور مصرف کند.

- Brunner, L.S., Suddarth, D.S. (2008). Text book of Medical Surgical Nursing. William and Wilkins.
- Fluid and electrolyte maintenance. Available from <http://amda.com/tools/cpg/dehydration.cfm>
- Nicole, L.E., Cassen, L.D. et al. (2008). "Strategies to prevent catheter associated urinary tract infections in acute care hospitals". Infection control and hospital epidemiology, 29(1):41-50.
- Pillitteri A. (2007). Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Timby B.K., Smith N.E. (2006). Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. Introductory medical-surgical nursing, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Titler M.G., Bulechek G.M., & McCloskey J.C (1992). "Interventions related to surveillance". Nursing Clinics of North America. 27(2):495-516.
- Topal J, Conklin S, et al. (2005). "Prevention of nosocomial catheter infection through computerized feedback physicians and a nurse directed protocol". American Journal of Medical Quality. 20:121-126

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

دستگاه تناسلی زنان

Problem Definition	بیان مشکل
	اضطراب بعلت: • نا آشنا بودن با محیط بخش. • کمبود اطلاعات درمورد تشخیص، روشهای تشخیصی و درمان. • تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش. • اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود. • علائم ظاهری بیماری. • ترس از پیش آگهی. • ترس از هر چیز ناشناخته. • درد.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های ترس و اضطراب را در بیمار بررسی کند (بیان ترس و اضطراب، تاکی پنه، تاکی کاردی، تعریق، افزایش فشار خون، رنگ پریدگی، برافروختگی صورت، ناسازگاری با برنامه مراقبتی).
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. اطلاعات در خصوص اضطراب بیمار جمع آوری کنید. ۲. اضطراب و سطح درک بیمار از بیماری را شناسایی کنید. ۳. تجربیات قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان را شناسایی کنید. ۴. سیستمهای حمایتی با ارزش بیمار را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. بیمار را با محیط بیمارستان، ابزارها و روشهای درمانی و مراقبتی آشنا سازید. ۲. یک رابطه توأم با آرامش و رازداری با بیمار برقرار کنید. ۳. بیمار را به بیان ترسها و اضطراب تشویق کنید. ۴. توضیحات پزشک را برای رفع هرگونه سوء تفاهم در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی مجدداً بازگو کنید.

۵. به خانواده بیمار جهت حمایت از وی آموزش دهید. ۶. تسکین درد (درد عامل مهمی در بروز استرس است): • روشهای غیر داروئی نظیر: سایکوپروفیلاکسی، هیپونیزم، طب سوزنی، ماساژ درمانی، TENS (فیزیوتراپی)، لمس درمانی. • روشهای داروئی: تجویز داروهای سیستمیک. ۷. از روشهای آرام سازی غیر داروئی استفاده کنید. ۸. در صورت داشتن عمل: • سطح درک بیمار از عمل جراحی، عوارض بعد از عمل و نتایج عمل و ... را بررسی کنید. • به بیمار با توجه به درک و سواد وی توضیح دهید. • سوء تعبیر بیمار در مورد جراحی، عوارض و پیش آگهی آن را برطرف کنید. ۹. از همسر و اطرافیان بیمار برای حمایت روحی و کاهش سطح اضطراب وی کمک بگیرید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. از روشهای آرام سازی زیر استفاده کنید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. به کار بردن مزاح و شوخی و کمک به بیمار در خندیدن. ۳. در اختیار دادن کتاب دعا به بیمار و کمک به بیمار در داشتن عبادت متناسب با اعتقادات وی.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست بعلت: • کاهش حرکات روده و معده بدلیل: مصرف داروهای مسکن مخدر (مورفین، کدئین، . . .). • کاهش مصرف غذاهای پر فیبر. • کاهش دریافت مایعات. • نارضایتی از دریافت لگن در تخت و بدنبال آن سرکوب کردن رفلکس دفع. • ضعف عضلات شکم بصورت کاهش تن عضلات . • استفاده طولانی مدت از هورمون پروژسترون. • مصرف قرص آهن. • استرس.	

• حاملگی. • عوارض برخی از داروها نظیر آنتی اسیدهای آلومینیمی، کلسیم. • کاهش فعالیت.	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - عادات دفع طبیعی بیمار را شناسایی کند. - خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام و شکل آن مورد بررسی قرار دهد. - نشانه های دال بر یبوست را شناسایی کند و اقدامات لازم را جهت پیشگیری و بر طرف کردن یبوست به کار برد.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. عادات طبیعی دفع مددجو را بررسی نمائید. ۲. صداهای شکمی را سمع نمائید. ۳. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام، شکل بررسی نمائید. ۴. علائم و نشانه های دال بر یبوست (سردرد، بی اشتها، اتساع شکم، تهوع، احساس پری یا فشار در شکم یا رکتوم، کرامپهای شکمی) را بررسی نمائید. اقدامات: ۱. فعالیت بیمار را افزایش دهید. ۲. بیمار را به عدم خودداری از دفع مدفوع، تشویق نمائید. ۳. بیمار را به استفاده از bed pan در زمان احساس دفع در صورت CBR بودن، تشویق نمائید. ۴. یک محیط خصوصی برای بیمار ایجاد کنید. ۵. بیمار را به ریلکس بودن در طی یک پروسه دفع تشویق نمائید. ۶. بیمار را به خوردن روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی (۸ تا ۱۰ لیوان) تشویق نمائید. ۷. بیمار را به نوشیدن مایعات گرم یا سرد جهت تحریک پرستالتیسم تشویق نمائید. ۸. بیمار را به مصرف غذاهای پر فیبر تشویق نمائید. ۹. کمک به مددجو برای قرار گرفتن در پوزیشن صحیح برای انجام عمل دفع و دادن فرصت کافی برای دفع. ۱۰. در صورت عدم بهبودی وضعیت، به پزشک اطلاع دهید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱. در یافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها و عصاره میوه ها.

۲. بیمار را به دریافت تقریباً ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد) تشویق نمائید.
۳. بیمار را تشویق نمائید بتدریج مقدار دریافت مواد سیوس دار را افزایش دهد و همراه با آن مایعات دریافت کند.
۴. بیمار را به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات تشویق نمائید.
۵. محدود کردن میزان مصرف قهوه به ۲ تا ۳ فنجان در روز.
۶. بیمار را به نوشیدن یک لیوان آب گرم، ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه تشویق نمائید.
۷. یک زمان منظم و خاص برای دفع تعیین نمائید.
۸. بیمار را به قدم زدن و خارج شدن از تخت (در صورت عدم منع) تشویق نمائید.
۹. در صورت CBR بودن، آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد.
۱۰. از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع اجتناب کند.
۱۱. از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد استفاده کند.
۱۲. بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن را رعایت کند.
۱۳. بیمار را به پیاده روی تشویق نمائید.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز عفونت بعلت:	
• کاهش مقاومت بدن نسبت به عفونت بدلیل سوء تغذیه، آنمی و ضعف عمومی.	
• کاهش مقاومت بدن بدلیل هاپیوکسی بافتی و تغذیه ناکافی.	
• عوامل روانی (از جمله تنش، ترس از بیماریهای مقاربتی، سوء استفاده جنسی).	
• بیماری های مزمن و اندوکرینی نظیر دیابت.	
• شرکاء جنسی متعدد.	
• مصرف آنتی بیوتیکها.	
• استفاده از روشهای مکانیکی جلوگیری از بارداری.	
• استفاده مکرر از دوش واژینال و تامپون.	
• دستکاری مجرای ادراری .	
• سوند گذاری دائم یا موقت.	
• احتباس ادرار.	

	• استاز ادرار بدنبال کاهش یا عدم تحرک. • کاهش مصرف مایعات . • قلیایی شدن ادرار. • حاملگی . • مقاربت با شریک جنسی آلوده. • تماس دهان با ژنیتال. • عفونت HIV. • سزارین. • پارگی زودرس پرده ها. • عدم رعایت بهداشت ناحیه مهبل. • مصرف داروهای ضد بارداری. • حاملگی. • زخم ناحیه تناسلی بدنبال خارش.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: ۱. علائم و نشانه های بروز عفونت در بیمار را بررسی کند. ۲. اقدامات صحیح جهت کاهش خطر بروز عفونت را به کار برد. ۳. اقدامات صحیح جهت پیشگیری از بروز عفونت به کار برد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی نمائید: • افزایش درجه حرارت بدن. • بروز لرز. • افزایش تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه. • افزایش تعداد تنفس. • قرمزی، تورم، التهاب، در ناژ و بوی غیر طبیعی در هر منطقه ای که آسیب پوستی وجود دارد. • خروج ترشحات بد بو و حجیم از واژن همراه با خارش. • کدورت و بوی بد ادرار. • تکرر، فوریت و احساس سوزش در دفع ادرار.

- افزایش شمارش WBC و تغییرات مهم در تقسیمات آن.
- تغییر رنگ ترشحات واژن.
- ترشحات سفید دلمه ای شبیه به پنیر روستایی (نشانه عفونت کاندیدیاز).
- قرمزی در اطراف غده، تورم، ادم و آبه غده دهلیزی (نشانه بارتولینیت).
- ترشح چرکی فراوان، کمر درد، تکرر ادرار، احساس فوریت دفع (نشانه سرویسیت حاد و مزمن).
- ترشح و تحریک ناشی از PH قلیایی واژن (واژینیت آتروفیک).
- عدم وجود قرمزی ولو یا واژن، ترشحات خاکستری سفید یا زرد سفید در دیواره های خارجی واژن و ولو (نشانه گاردنلا همراه با واژینوز باکتریال بدنبال استعمال دخانیات، دوش واژینال، افزایش فعالیت جنسی).
- ترشحات واژینال رقیق (غالباً کف آلود)، زرد رنگ مایل به قهوه ای، بدبو، بسیار محرک (نشانه تریکومونیاژیس).
- درد قسمت پائین شکم، حساسیت بعد از قاعدگی، تب، لرز، بی حالی، تهوع، استفراغ، بی اشتها، درد همراه با اجابت مزاج و یا ادرار کردن، حساسیت شدید در معاینه سرویکس (نشانه عفونت لگنی).

اقدامات:

۱. از ترشحات واژن اسمیر تهیه کنید.
۲. اقداماتی جهت کاهش بروز عفونت انجام دهید، شامل:
 - شستوشوی صحیح دستها.
 - رعایت نکات استریل در انجام کلیه روشهای تهاجمی نظیر وارد کردن سوند و یا تزریقات.
 - مصرف مایعات به اندازه کافی.
 - حفظ تغذیه بدن در حد ایده ال و مطابق با نیاز بدن.
 - برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت بیمار.
 - تقویت فعالیت عضلانی در بیمار.
 - حفظ اسیدیته ادرار در حد طبیعی.
 - در صورت نیاز به سوند گذاری، رعایت نکات استریل.
 - در صورت نیاز به سوند گذاری طولانی مدت، استفاده از سوندهای سیلیکون به جای سوندهای لاتکس.
 - ثابت کردن سوند با چسب روی شکم یا ران.
 - حفظ بهداشت روزانه پرینه.

- قراردادن کیسه ادراری پایین تر از سطح مثانه جهت جلوگیری از برگشت ادرار از کیسه به مثانه.
 - پیشگیری از احتباس ادرار در مثانه .
 - کنترل روزانه PH ادرار.
 - تشویق بیمار به مصرف غذاها یا مایعات با اسیدپته بالا.
 - تعویض کاتتر ادراری مطابق با سیاستهای بیمارستان.
۳. علائم حیاتی را ثبت کنید.
 ۴. نمونه کشت از خون، خلط، ادرار، ترشحات واژن، دهان و زخم تهیه کنید.
 ۵. بیمار را به رعایت بهداشت ناحیه مهبل تشویق کنید.
 ۶. شریک جنسی را درمان کنید.
 ۷. کاهش خارش.
 ۸. عدم استفاده از دوش واژینال.
 ۹. احتیاطات لازم در مورد مصرف آنتی بیوتیکهای تجویز شده را آموزش دهید.
 ۱۰. از داروهای ضد قارچ برای درمان کاندیدیاز استفاده کنید.
 ۱۱. تجویز مترونیدازول طبق دستور پزشک، عدم مصرف الکل در درمان گاردنلا همراه با واژینوز باکتریال.
 ۱۲. برداشتن آگزودا، تسکین التهاب، حفظ اسیدیته، حفظ فلور نرمال واژن، تجویز مترونیدازول خوارکی طبق دستور پزشک برای بیمار و همسر وی در درمان واژینیت تریکوموناس واژینالیس.
 ۱۳. تخلیه آبه، تجویز آنتی بیوتیک مناسب توسط پزشک در بارتولینیت حاد و در صورت بارتولینیت مزمن، اکسیزیون غده.
 ۱۴. تجویز پنی سیلین (در صورت حساسیت به پنی سیلین تجویز استرپتومایسین یا تتراسیکلین) در درمان سرویسیت گنروایی.
 ۱۵. استروژن درمانی واژینال و استفاده از داروهای مرطوب کننده برای کاهش خشکی واژن در درمان واژینیت آتروفیک.
 ۱۶. بهبود وضعیت تغذیه.
 ۱۷. در صورت التهاب بدنبال حساسیت به پروتئین پلاسمایی منی استفاده از کرم واژینال کرومولین و ایمنی درمانی و ارجاع به ایمونولوژیست.
 ۱۸. تجویز مترونیدازول طبق دستور پزشک هم برای بیمار و هم شریک جنسی .
 ۱۹. در صورت تجویز دارو داخل واژن، قرار دادن بیمار به حالت طاق باز به مدت ۳۰ دقیقه.
 ۲۰. عوارض مترونیدازول را به بیمار آموزش دهید.
 ۲۱. درمان عفونت لگنی شامل:
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف طبق دستور پزشک.

○ در صورت عفونت شدید: بستری در بیمارستان، استراحت در بستر، تجویز آنتی بیوتیک داخل وریدی، کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی. ○ قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته جهت تسهیل خروج ترشحات. ○ شست و شوی دستها. ○ درمان شریک جنسی. ○ توجه و درمان عوارض این عفونت شامل: پریتونیت لگنی، آبسه، تنگی لوله ها، انسداد لوله های فالوپ، بیوست.

آموزش به بیمار	Patient Education
----------------	-------------------

۱. بعد از دفع ادرار یا مدفوع، خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کنید. ۲. روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات (در صورت عدم ممنوعیت) مصرف کنید. ۳. به حفظ بهداشت فردی توجه کنید. ۴. ورزش کنید، بخصوص پیاده روی. ۵. مایعات و یا غذاهای با اسیدیته بالا نظیر گوشت، تخم مرغ، آب آلو، مرغ، انگور، حبوبات مصرف کنید. ۶. لباسهای زیر کتانی بپوشید. ۷. لباس زیر سفید برای مشاهده سریع هرگونه آلودگی بپوشید. ۸. مکرراً لباس زیر خود را تعویض کنید. ۹. از دستمال توالت استفاده کنید. ۱۰. در صورت عفونت درمان شریک جنسی. ۱۱. از دوش واژینال استفاده نکنید. ۱۲. از وان حمام استفاده نکنید. ۱۳. از فعالیت جنسی در زمان ابتلا به عفونت امساک کنید. ۱۴. در صورت تجویز دارو داخل واژن، به حالت طاق باز به مدت ۳۰ دقیقه بخواهید.

پیشگیری از عود مجدد:

۱. از صابونهای ملایم برای جلوگیری از تحریک مهبل استفاده کنید. ۲. بطور روزانه مهبل را شست و شو کنید. ۳. بعد از دفع ادرار یا مدفوع، خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کنید. ۴. از دوش مهبل و اسپری مهبل استفاده نکنید. ۵. در طی قاعدگی، بطور مرتب نوار بهداشتی را تعویض کنید. ۶. لباسهای زیر کتانی بپوشید و از لباس زیر مرطوب استفاده نکنید. ۷. وزن خود را متعادل نگه دارید. ۸. بعد از نزدیکی، اعضاء خارجی ناحیه تناسلی را شست و شو داد و مثانه را تخلیه کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد بعلت:	- فشار غدد لنفاوی بزرگ شده در بدخیمی های پستان و زیر بغل. - توده لگنی. - ترومای حاصل از جراحی. - ضایعات ژنیتال (هرپس، عفونتهای ولو واژینال، عفونتهای قارچی، ...).
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علل ایجاد کننده درد را در مددجو شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های کلامی و غیر کلامی درد را شناسایی کند. ۳. عوامل تشدید کننده یا بهبودی درد را شناسایی کند. ۴. از ایجاد یا پیشرفت درد جلوگیری کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی :	۱. پاسخهای معمول بیمار نسبت به درد را شناسایی کنید. ۲. علائم غیر کلامی حضور درد را شناسایی کنید: • انقباض عضلات صورت. • مشت کردن دست. • بی میلی برای حرکت. • ناآرامی. • تعریق. • رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت. • تغییر در فشار خون، تاکی کاردی، تغییرات تنفسی. ۳. شناسائی محل، کیفیت، انتشار. ۴. شناسائی عوامل تشدید کننده درد. ۵. شناسایی عوامل بهبود دهنده درد.
اقدامات:	۱. درمان بیماری. ۲. برطرف کردن ترس و اضطراب.

• استفاده از عوامل غیر داروئی برای رهایی از درد: روشهای غیر داروئی نظیر: ساینکوپروفیلاکسی، هیپونیزم، طب سوزنی، ماساژ درمانی، TENS (فیزیوتراپی)، لمس درمانی. • روشهای داروئی: تجویز داروهای سیستمیک. ۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته و استراحت مطلق قرار دهید. ۴. طبق دستور پزشك اكسيژن دهید. ۵. مسكن مخدر را طبق دستور پزشك در صورت عدم تسكين درد در طی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه تجویز کنید. ۶. افزایش فعالیت با توجه به سطح تحمل بیمار و دستور پزشك. ۷. در صورت نیاز و با مشورت پزشك اكسيژن تجویز کنید. ۸. قبل از سرفه به بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است، مسكن بدهید. ۹. تمیز نگه داشتن ضایعات. ۱۰. از پودرها و پمادها در محل ضایعه استفاده نکنید. ۱۱. بیمار را به ریختن آب روی ولو در حین دفع ادرار تشویق کنید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱. از روشهای آرام سازی برای تسكين درد استفاده کنید. ۲. در صورت جراحی، برای انجام سرفه ناحیه عمل را با دست حمایت کنید. ۳. در صورت درد در حین ادرار کردن، ریختن آب بر روی ولو و یا نشستن در لگن آب گرم. ۴. تا درمان کامل تماس جنسی نداشته باشید. ۵. لباسهای تنگ نپوشید. ۶. از دوش مهبل، خوشبوکننده مهبل و خوشبوکننده حمام استفاده نکنید.
بیان مشکل Problem Definition احتباس ادرار بعلت: • ترس و اضطراب. • کاهش تن عضلات مثانه بعلت مصرف داروهای مسكن مخدر. • اجتناب از دفع بدلیل حساسیت و درد در ناحیه پرینه. • آتونی مثانه در نتیجه ادم پلوئیس.	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes پرستار باید قادر باشد: ۱. الگوی طبیعی دفع ادرار را بررسی کند. ۲. علائم و نشانه های احتباس ادرار را گزارش کند.

۳. در جهت رفع احتباس ادراری اقدام کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی : ۱. علائم و نشانه های احتباس ادراری را بررسی نمائید: • دفع مقادیر کم ادرار. • اتساع ناحیه بالای پوبیس. • احساس فوریت در دفع ادرار و پری مثانه. • Output کمتر از Intake. ۲. علت احتباس ادرار را بررسی نمائید. ۳. عوارض داروها را بررسی نمائید. اقدامات: ۱. تشویق به کاهش ترس و اضطراب با : • روشهای آرام سازی. • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. با نظر پزشک سوند گذاری دائم یا موقت انجام دهید. ۳. يك محیط خصوصی برای دفع ایجاد کنید. ۴. تشویق به استفاده از بیوفیدبکها برای کمک به دفع ادرار نظیر: • ماساژ شکم. • کشیدن موهای ناحیه پوبیس. • مشاهده جریان آب. • ریختن آب گرم روی پرینه. • قرار دادن دستهای بیمار در آب گرم. ۵. حمایت روانی از بیمار بعمل آورید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. کاهش ترس و اضطراب با استفاده از: - روشهای آرام سازی. - ماساژ پشت. - استفاده از روشهای آرام سازی.

- هدایت تصویر ذهنی. ۲. استفاده از بیوفیدبکها برای کمک به دفع ادرار نظیر: - ماساژ شکم. - کشیدن موهای ناحیه پوبیس. - مشاهده جریان آب. - ریختن آب گرم روی پرینه. - قرار دادن دستهای بیمار در آب گرم.
--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فعالیت جنسی به علت:	• خستگی. • اضطراب و ترس. • ترس از انتقال عفونت به همسر. • اختلال در اعتماد به نفس، درک از خود و تصویر ذهنی بدن. • تغییرات هورمونی بدن. • کاهش حس ژنیتال. • ترس از طرد شدن از طرف همسر. • دیس پارونی بدنبال یائسگی ناشی از کاهش سطح استروژن، عوارض رادیوتراپی، التهاب واژن. • واکنشهای روحی- روانی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. فعالیت معمول جنسی را در بیمار مورد بررسی قرار دهد. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی فرد را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی بیمار را شناسایی کند. ۴. تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی را شناسایی کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. بررسی فعالیت معمول جنسی. ۲. بررسی تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی. ۳. بررسی علل تغییر در فعالیت جنسی نظیر محدودیتهای ناشی از بیماری و درمان.

۴. بررسی تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی نظیر: رادیوترابی، تروما، تغییرات بیوفیزیکی بدن، مشکلات روحی، ترس از طرد شدن از سوی همسر. اقدامات: ۱. کاهش درد حین مقاربت با تشویق بیمار به: • استفاده از ژل لوبریکانت. • درمان واژینیت. • مصرف داروهای مسکن قبل از مقاربت. • استفاده از حمام گرم پیش از مقاربت جهت کنترل درد و ریلکس کردن عضلات. ۲. کمک به کاهش ترس و اضطراب با استفاده از روشهایی نظیر: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. • تغییر پوزیشن. • کمک خواستن از همسر بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار. ۳. عدم انجام مقاربت در صورت التهاب واژن بدنبال رادیوترابی. ۴. درمان عفونت. ۵. اطلاع به پزشک در صورت عدم بهبودی در وضعیت جنسی.	آموزش به بیمار
۱. درک صحیح از انجام فعالیت جنسی. ۲. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۳. استفاده از ژل لوبریکانت قبل از انجام مقاربت. ۴. استفاده از حمام گرم جهت کاهش درد پیش از مقاربت. ۵. استفاده از کاندوم بدنبال ترس از انتقال عفونت.	Patient Education
بیان مشکل کاهش برون ده قلب بعلت: • افزایش پس بار قلب بدلیل: انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکول آمینها در اثر اضطراب و ترس و افزایش حجم مایعات. • کاهش پیش بار قلبی بدلیل: هیپوولومی ناشی از کمبود دریافت مایعات، خونریزی. • آنمی ناشی از سوء تغذیه، بیماری، عوارض داروها.	Problem Definition

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند. ۲. به رفع علائم و نشانه های برون ده قلبی کمک کند. ۳. عوارض کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را بررسی کنید شامل: • کاهش فشار خون سیستولی به اندازه ۲۰ میلی متر جیوه و یا کاهش فشار سیستولیک زیر ۸۰ میلی متر جیوه. • سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان ۵- ۱۰ میلی متر جیوه. • نبض نامنظم. • تعداد نبض کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه. • کوتاه شدن صدای قلبی یا حضور سوفل. • حضور گالوپ S3, S4. • تنفسهای تند و نامنظم. • حضور رال مرطوب همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی. • کاهش سطح هوشیاری. • نا آرامی. • کانفیوژن. • سنکوپ. • کاهش یا محو نبضهای محیطی. • ضعیف شدن نبض کاروتید. • پوست سرد و مرطوب یا رنگ پریده، سیانوتیک. • برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت. • ادم محیطی. • اتساع وریدهای گردن. • افزایش BUN و Cr سرم. • بررسی دیس ریتمی قلبی.	

اقدامات:

۱. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۲. در صورت لزوم پاها را از تخت آویزان کنید.
۳. استراحت جسمی و روانی بیمار را افزایش دهید.
۴. بیمار را به دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد تشویق کنید.
۵. مصرف اکسیژن طبق دستور پزشک.
۶. در صورت وجود بیماریهای زمینه ای نظیر آنمی، هایپرتانسیون، هایپرتیروئیدیسم، بیماریهای انسدادی مزمن ریه به پزشک اطلاع دهید.
۷. بیمار را به عدم مصرف سیگار تشویق کنید.
۸. فعالیت بیمار را به تدریج و با توجه به سطح تحمل وی افزایش دهید.
۹. تغذیه بیمار را اصلاح کنید.
۱۰. عامل زمینه ای را رفع کنید.
۱۱. آنمی را اصلاح کنید.
۱۲. از خونریزی جلوگیری کنید.
۱۳. عامل خونریزی را رفع کنید.
۱۴. فشار خون قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی (پروپرانول)، وازودیلاتورها) نیتروگلسیرین و مسکن های مخدر و مورفین) را کنترل کنید.
۱۵. توجه به برون ده ادراری و ثبت هر ساعت آن.
۱۶. در صورت کانفیوژ بودن بیمار، اقدامات حفاظتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت را انجام دهید.
۱۷. سطح اوره و کراتنین خون را اندازه گیری کنید.
۱۸. علائم حیاتی را اندازه گیری و ثبت کنید.
۱۹. مانیتورینگ بیمار و کنترل ریتم قلبی.
۲۰. ترجیحا بیمار را جهت کاهش نیاز به اکسیژن و جلوگیری از سنکوپ، CBR کنید.
۲۱. CVP را کنترل کنید.
۲۲. سمع صداهاى ریه و گزارش صدای غیر طبیعی به پزشک .
۲۳. رفع استرس و اضطراب.
۲۴. پوست را از نظر درجه حرارت بررسی کنید.
۲۵. اندازه گیری روزانه آنزیمهای قلبی (در صورت کاهش شدید برون ده قلبی احتمال آسیب به بافت میوکارد وجود دارد) را انجام دهید.
۲۶. پوست، دهان، بستر ناخن، لبها، لاله گوش و اندامها را از نظر سیانوز بررسی نمائید.
۲۷. خون و سرم را طبق نظر پزشک تجویز نمائید.

۲۸. بیمار را از نظر نارسایی قلبی بررسی نمایید. ۲۹. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی به پزشک اطلاع دهید. ۳۰. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی از تورنیکه چرخشی استفاده کنید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱. عدم انجام مانور والسالوا (عدم زور زدن هنگام دفع مدفوع، نگه داشتن تنفس هنگام حرکت). ۲. دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۳. عدم دریافت مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه، چای، شکلات، کولا. ۴. استراحت در فواصل بین انجام فعالیت و مراقبت از خود. ۵. عدم تغییر پوزیشن ناگهانی از حالت خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده. ۶. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۷. اصلاح آنمی با: ▪ مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه‌های خشک (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی. ▪ مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند، می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند. ▪ پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا.
--	---

الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی بعلت: • کاهش فعالیت و داشتن پوزیشن خوابیده به پشت. • کاهش تعداد و عمق تنفس در نتیجه مصرف مسکن های مخدر. • ناتوانی در اتساع مفید قفسه سینه به علت ضعف، خستگی، پوزیشن نامناسب بدن. • افزایش مقدار و کاهش تنفس در نتیجه ترس و اضطراب. • اجتناب از تنفس عمیق بعلت درد. • اختلال در PH خون.	بیان مشکل Problem Definition
---	--

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: علائم و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفسی (تنفس های کوتاه، هایپر ونتیلیسیون، دیس پنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی) را بررسی کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های غیر طبیعی تنفس را بررسی نمائید. ۲. ABG بیمار را بررسی و موارد غیر طبیعی را گزارش نمائید. ۳. یافته های کاپنوگرافی و پالس اکسی متری را بررسی و تغییرات آنها را گزارش نمائید. اقدامات: ۱. بیمار را به انجام تنفس های عمیق و تمرینات دمی، حداقل هر ۲ ساعت تشویق کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. به تغییر پوزیشن بیمار در تخت هر ۲ ساعت، در صورتی که CBR است، کمک نمائید. ۴. بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید. ۵. از داروهای مسکن مخدر و آرام بخشها طبق تجویز پزشک و یا روشهای غیر داروئی جهت تسکین درد استفاده کنید. ۶. آلکالوز و اسیدوز بیمار را تصحیح کنید. ۷. در صورت عدم بهبود علائم به پزشک اطلاع دهید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی. ۲. تغییر پوزیشن در تخت هر ۲ ساعت. ۳. نشستن در پوزیشن نیمه نشسته.

Problem Definition	بیان مشکل
	خستگی بعلت: • اختلال در تغذیه بافتی در نتیجه نارسایی در پمپ خون. • اختلال در انتقال اکسیژن به سمت سلولهای بافتی. • اختلال در خواب و استراحت بدنبال ترس و اضطراب.

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - علل خستگی را شناسایی کند. - علائم و نشانه های خستگی را مورد بررسی قرار دهد. - در جهت رفع و یا کاهش خستگی تلاش کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. علائم و نشانه های خستگی نظیر بیان کردن خستگی، احساس ضعف و ناتوانی، کاهش علاقه به انجام فعالیتهای روزانه، کاهش تمرکز، کاهش تحمل روانی را بررسی نمائید. ۲. عوامل ایجاد کننده خستگی نظیر استرس، ترس و اضطراب، تغذیه ناکافی، کمبود و یا اختلال در خواب را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. افزایش دوره های استراحت و کاهش دوره های فعالیت. ۲. الگوی خواب بیمار را تصحیح نمائید. ۳. زمان ملاقات و تعداد ملاقاتیها را محدود کنید. ۴. وسایل را در کنار تخت بیمار قرار دهید. ۵. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۶. از صندلی برای انجام کارهایی نظیر مسواک زدن، شانه کردن، حمام کردن استفاده کنید. ۷. از مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد استفاده کنید. ۸. از آب داغ برای استحمام و شست و شو استفاده نکنید. ۹. الگوی تغذیه را اصلاح کنید. ۱۰. وضعیت اکسیژناسیون را تصحیح کنید. ۱۱. کم خونی را اصلاح کنید. ۱۲. در صورت عدم اصلاح خستگی به پزشک اطلاع دهید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. کاهش ترس و اضطراب با کمک روشهای آرام سازی. ۲. حفظ ذخیره انرژی با افزایش دوره های استراحت. ۳. عدم استفاده از آب داغ برای استحمام و شست و شو. ۴. تصحیح الگوی خواب . ۵. اصلاح آنمی با: ■ مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف

نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه‌های خشك (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی. ▪ مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند، می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند. ▪ پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا. ۶. استفاده از صندلی برای انجام کارهایی نظیر مسواک زدن، شانه کردن، حمام کردن.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در آرامش ناشی از خارش بعلت:	• خشکی پوست ناشی از کمبود مایعات. • واژینیت یا تسگی (واژینیت آتروفیک). • عفونتهای واژینال. • تریکومونیاز. • عفونتهای کاندیدا آلبیکانس.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- علل خارش را شناسایی کند. - اقداماتی جهت کاهش و بهبود خارش انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علل خارش را بررسی نمائید. ۲. خصوصیات و علائم خارش را بررسی نمائید. ۳. عوارض خارش در ناحیه پرینه و پوست اطراف آن را بررسی نمائید. ۴. عوامل تسکین دهنده و تشدید کننده خارش را بررسی نمائید. اقدامات: ۱. شناسایی و درمان علت اولیه. ۲. بیمار را به پوشیدن لباس زیر نخی تشویق نمائید. ۳. بیمار را به رعایت بهداشت فردی تشویق نمائید. ۴. بیمار را به استفاده از آب نیم گرم و صابون ضعیف جهت استحمام تشویق نمائید.	

۵. بیمار را به عدم پوشیدن لباسهای تنگ تشویق نمائید. ۶. مصرف آنتی هیستامین. ۷. از پودر نشاسته ذرت استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. پوشیدن لباسهای زیر نخی و پنبه ای به جای لباسهای صناعی و نایلونی. ۲. رعایت بهداشت فردی. ۳. عدم پوشیدن لباسهای تنگ. ۴. استفاده از روشهای آرام سازی.	

Problem Definition	بیان مشکل
پرو لاپس ارگانه های لگنی (سیستوسل، رکتوسل، انتروسل) بعلت: • زایمانهای متعدد. • کمبود هورمونها. • کشیدگی و شل شدن لیگامنتها و ساختارهای حفاظت کننده لگنی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - علل پرو لاپس لگن را شناسایی کند. - درمانهای پرو لاپس لگن را بداند. - به درمان پرو لاپس لگن کمک کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم پرو لاپس لگنی (احساس فشار در لگن، خستگی، مشکلات اداراری، بی اختیاری اداراری، احساس فوریت در دفع)، احساس فشار در رکتوم، بیبوست، کمردرد، احساس پری در واژن را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. به بیمار جهت انجام ورزش کژل کمک کنید. ۲. از شیاف حلقوی استفاده کنید. ۳. به بیمار در مورد استفاده از شیاف حلقوی آموزش دهید. ۴. در صورت نیاز به درمان جراحی، بیمار را آماده کنید. ۵. در صورت تجویز استروژن، به عوارض آن توجه کنید. ۶. بیمار را به خودداری از بلند کردن اجسام سنگین تشویق کنید.	

۷. بیمار را به کنترل سرفه تشویق کنید. ۸. بیمار را به کاهش وزن تشویق کنید. ۹. در صورت بی اختیاری ادراری و احساس فوریت در دفع و یا یبوست، به رفع آنها کمک کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. خارج کردن شیاف حلقوی در هنگام خواب. ۲. کاهش وزن . ۳. انجام منظم ورزش های کژل (Kegel). ۴. خودداری از بلند کردن اجسام سنگین. ۵. کنترل وزن. ۶. کنترل یبوست با: - دریافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها، عصاره میوه ها. - تشویق بیمار به دریافت تقریباً ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد) - بتدریج مقدار دریافت مواد سبوس دار را افزایش دهید و همراه با دریافت آن، مایعات دریافت کنید. - تشویق بیمار به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات. - محدود کردن میزان مصرف قهوه به ۲ تا ۳ فنجان در روز. - نوشیدن یک لیوان آب گرم ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه. ۷. اجتناب از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع. ۸. استفاده از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد. ۹. رعایت بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن. ۱۰. تشویق بیمار به پیاده روی .	

بیان مشکل	Problem Definition
تشنج بعلت اکلامپسی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - دلایل بروز اکلامپسی را بشناسد. - درمان اکلامپسی را بداند. - عوارض اکلامپسی را بشناسد. - اقدامات لازم جهت پیشگیری از اکلامپسی را بداند. - علائم تشنج را بررسی کند.	

- درمان تشنج را بدانند. - اقدامات لازم جهت پیشگیری از تشنج را بدانند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. علائم اکلامپسی نظیر فشار خون، پروتئین اوری، ادم، تشنج را بررسی کنید. ۲. بیمار را از نظر اخطار قلبی نظیر بی قراری، حرکت سریع چشم، انقباض عضلات صورت بررسی کنید. ۳. بررسی مراحل تشنج: مرحله تونیک، کلونیک، ... ۴. مادران در معرض خطر (زایمان اول، دیابت از قبل از حاملگی، بیماری کلیوی مادر، ترومبوفلیت، نفروپاتی، بیماریهای بافت همبند، حاملگی مولار، هیدروپس فتالیس، حاملگی چندقلو) را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. در صورت بروز تشنج : • باز کردن راههای هوایی. • تجویز ۸ تا ۱۰ لیتر اکسیژن در دقیقه توسط ماسک. • جلوگیری از پیشرفت کما. • تجویز سولفات منیزیم طبق تجویز پزشک. • توجه به علائمی نظیر: حجم ادرار، رفلکس پاتلا، دپرسیون تنفسی جهت جلوگیری از بروز مسمومیت با سولفات منیزیم. • آماده کردن گلوکونات کلسیم، لوله تراشه، وسایل احیاء قلبی-ریوی در کنار تخت بیمار. • خم کردن سر به یک طرف یا پوزیشن لترال. • بالا بردن نرده های کنار تخت. • کنترل صدای قلب جنین. • کنترل علائم حیاتی به خصوص فشار خون هر ۴ ساعت. • مانیتور کردن اکسیژناسیون و وضعیت متابولیک توسط پالس اکسی متری پوست یا گازهای خون شریانی (ABG). • گذاشتن پارچه روی زبان. • ساکشن کردن استفراغ و ترشحات دهانی. • جلوگیری از آسیب راسیون. ۲. اندازه گیری پروتئین ادرار. ۳. اندازه گیری حجم ادرار و آلبومین اوری هر ۴ ساعت.

۴. انجام آزمایشات LDH, SGOT, Hb, HCT. ۵. آماده کردن بیمار برای زایمان. ۶. بررسی بیمار از نظر ادم ریه. ۷. کنترل تجویز مایعات (حداکثر ۱۵۰ سی سی در ساعت). ۸. کنترل بیمار از نظر تشنج در طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان. ۹. استفاده از داروهای ضد فشار خون.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. در صورتی که یکی از اعضاء خانواده تان یا خودتان در حاملگی قبلی تان فشار خون بالا یا علائم مسمومیت خفیف را داشته اید به پزشک مراجعه کنید. ۲. اگر در طول درمان یک یا چند مورد از علائم زیر را داشته اید: سردرد شدید یا اختلال بینایی، افزایش وزن به میزان بیش از ۱۳۵۰ گرم در ۲۴ ساعت، تهوع، استفراغ و اسهال، دردهای شکمی کرامپی، تحریک پذیری بیش از حد، به پزشک مراجعه کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	خونریزی بعلت: • سقط. • مول هیداتی فورم. • حاملگی خارج رحمی. • دکولمان جفت. • پارگی رحم. • جفت سرراهی. • با علت نامعلوم. • اختلال عملکرد رحم بدلیل: رشد بیش از حد آندومتر، مصرف استروژن بدون پروژسترون حمایتی، کیست چند تخمکی، یائسگی. • منوراژی (خونریزی طولانی مدت یا شدید در زمان طبیعی سیکل قاعدگی). • متروراژی (خونریزی واژینال در فاصله بین پریودهای منظم قاعدگی).
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - علت خونریزی را شناسایی کند. - از خونریزی جلوگیری کند.

- اقدامات لازم را جهت کنترل خونریزی به کار برد. - از شوک هموراژیک جلوگیری کند.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
ارزیابی : ۱. علائم خونریزی دهنده را در بیمار بررسی کنید. ۲. علائم خونریزی را در هر اختلال خونریزی دهنده بررسی کنید. ۳. علائم شوک را در بیمار بررسی کنید. ۴. دلایل خونریزی غیر طبیعی در اختلال عملکرد رحم را بررسی کنید. اقدامات: ۱. افراد مستعد خونریزی را شناسایی کنید. ۲. در صورت بروز خونریزی اقدامات زیر را انجام دهید: • برقراری راه وریدی. • مانیتور کردن اکسیژناسیون و وضعیت متابولیک توسط پالس اکسی متری پوست یا گازهای خون شریانی (ABG). • کنترل وضعیت همودینامیک، الکترولیتها، اسید و باز . • شمردن تعداد پدهای مصرفی برای تخمین مقدار خونریزی. • کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی. • جایگزینی خون و مایعات از دست رفته در صورت خونریزی شدید. • تجویز مکمل آهن در صورت نیاز. • تزریق آمپول رگام داخل عضلانی در صورت RH منفی. • کنترل I/O . • علائم شوک را بررسی کنید، نظیر: - پائین بودن CVP. - صاف و پهن شدن عروق گردن. - الیگوری و کاهش بازده ادراری. - کاهش فشار نبض. - تغییرات فشار خون . - تاکی کاردی در مراحل ابتدائی و برادی کاردی در مراحل انتهایی. - تغییرات سطح هوشیاری. - کاهش حجم ادرار.	

- پوست سرد، مرطوب، رنگ پریده. • در اختلال عملکرد رحم موارد زیر را انجام دهید: - آماده کردن بیمار برای بیوپسی رحمی. - عدم استفاده از اسپرین برای کنترل درد. - کاهش اضطراب با استفاده از روشهای آرام سازی. - استفاده از کیسه آب گرم برای کنترل درد. • کاهش ترس و اضطراب بیمار با روشهای آرام سازی. • در صورت سقط: مشاهده تمامی بافتهای خارج شده از واژن. • حمایت روانی بیمار. • جلوگیری از کم خونی. • در صورت وجود خونریزی با منشاء نامعلوم، آماده کردن بیمار جهت انجام تستهای تشخیصی.	آموزش به بیمار
۱. در صورت وجود خونریزی غیر طبیعی به پزشک مراجعه کنید. ۲. در صورت زیاد بودن خونریزی، کنترل و تعویض پد هر یک ساعت. ۳. به علائم عفونت نظیر تب، احساس ناخوشی، سردرد، گیجی، درد عضلانی توجه کنید. ۴. جلوگیری از بارداری. ۵. از غذاهای حاوی آهن برای جلوگیری از کم خونی استفاده کنید. ۶. بعد از یائسگی انجام پاپ اسمیر را دنبال کنید.	منابع مورد استفاده:
۱. نیکروان مفرد، ملاحظت. (۱۳۸۲). تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری. تهران. انتشارات نور دانش. ۲. ذوالفقاری میترا، اسدی نوقابی احمد علی. (۱۳۸۸). پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان. تهران. نشر بشری. چاپ ششم. 3. Jevon, P. H. (2007). Emergency care. Churchill living strove. El service 4. Juall, L. (2006). Hand book of Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins. 5. Klug Red man, B. (2001). The practice of Patient Education. Mosby. 6. Weber, J & Kelley, S. (2007). Health Assessment in Nursing. . Lippincott Williams & Wilkins.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم پوست

سوختگی

Problem Definition	بیان مشکل
سوختگی پوست در اثر تماس بافت با منبع حرارتی، الکتریکی، شیمیایی یا اشعه مثلاً اشعه رادیواکتیو	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار در مرحله فوری
- جلوگیری از پیشرفت آسیب ناشی از سوختگی. - فراهم ساختن امکان انتقال سریع مصدوم یا مصدومین به مراکز درمانی تخصصی. - دستیابی به امکانات درمانی در دسترس هر چه سریعتر. - احیاء قلبی - ریوی در صورت لزوم. - اقدامات جهت افزایش شانس بقاء مصدوم یا مصدومین. - پیشگیری از عوارض احتمالی (عدم تعادل آب و الکترولیت ها، ابتلا به عفونت ...). - آغاز برنامه مراقبتی و درمانی فوری.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری در مرحله فوری
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 خصوصاً 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، قراردادن 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. - قراردادن 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 و عمق 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- ۵۰۰-۱۰۰۰ 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.	- 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 و عمق 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- ۵۰۰-۱۰۰۰ 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.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار در مرحله حاد و نوتوانی
- باز ماندن مسیر تنفسی بیمار به اندازه کافی. - تبادل کافی گازهای تنفسی . - جبران کافی مایعات بیمار؛ کافی بودن حجم مایعات. - پیشگیری از شوک در بیمار. - بهبود زخم. - پیشگیری از عفونت های ثانویه و مراقبت از بیمار دچار عفونت های بالقوه. - کافی بودن پر فیزیون اندام های سوخته بیمار. - عدم تشکیل زخم های تنشی (کرلینگ اولسر). - حفظ وزن بیمار در حد متعادل و حفظ توده چربی در بدن. - تسکین درد بیمار خصوصا در هنگام انجام روشهای تهاجمی.	- باز ماندن مسیر تنفسی بیمار به اندازه کافی. - تبادل کافی گازهای تنفسی . - جبران کافی مایعات بیمار؛ کافی بودن حجم مایعات. - پیشگیری از شوک در بیمار. - بهبود زخم. - پیشگیری از عفونت های ثانویه و مراقبت از بیمار دچار عفونت های بالقوه. - کافی بودن پر فیزیون اندام های سوخته بیمار. - عدم تشکیل زخم های تنشی (کرلینگ اولسر). - حفظ وزن بیمار در حد متعادل و حفظ توده چربی در بدن. - تسکین درد بیمار خصوصا در هنگام انجام روشهای تهاجمی.

- کاهش اضطراب بیمار و حفظ هر چه بیشتر آرامش وی. - مقابله با مشکلات ناشی از عوارض سوختگی. - مثبت شدن دید بیمار نسبت به خود و واقع گرایانه تر بودن وی. - کسب حداکثر توان حرکتی از سوی بیمار. - حفظ حداکثر استقلال بیمار.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری در مرحله حاد و نوتوانی
	۱- سر تخت بیمار را بالا آورید زیرا در غیر اینصورت باعث تورم سر و گردن می شود. ۲- بیمار را هر ۲-۱ ساعت یکبار تغییر وضعیت دهید. ۳- بیمار را به سرفه و تنفس عمیق تشویق کنید. ۴- ترشحات دهان و بینی را ساکشن کنید. ۵- علائم انسداد راه هوایی را کنترل و سریعاً به پزشک گزارش کنید: استریدور، خسونت صدا، تنگی تنفس، تنگی نفس. ۶- در صورت لزوم لوله گذاری داخل نای را انجام دهید. ۷- ساکشن داخل نای را انجام و مشخصات ترشحات را ثبت کنید. ۸- علائم سختی تنفس (شامل بیقراری، تغییر حالات روانی، افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس کوششی، صداهای تنفسی غیر طبیعی، تاکیکاردی، کاهش Pao2 ، سیانوز) را بررسی کنید. ۹- تعداد، ریتم، انبساط قفسه صدری، صداهای ریوی، سرفه و خلط را کنترل کنید. ۱۰- لزوم انجام اسکاروتومی را بررسی کنید. ۱۱- پالس اکسی متری و ABG را انجام دهید. ۱۲- هر ۴ – ۲ ساعت یکبار بیمار را تغییر وضعیت دهید. ۱۳- در آسیب های استنشاقی اکسیژن درمانی مرطوب انجام دهید. ۱۴- در صورت عدم هوشیاری، اکسیژن ۱۰۰% با تهویه مکانیکی تجویز کنید. ۱۵- در صورت هوشیاری اکسیژن با ماسک داده شود. ۱۶- اسپیرومتري تشویقی را انجام دهید. ۱۷- ساکشن دهان و بینی را در صورت لزوم انجام دهید. ۱۸- میزان مایعات از دست رفته را تعیین و آنرا جبران کنید. ۱۹- به علائم بالینی مربوط به کمبود حجم مایعات توجه کنید شامل: حالات روانی بیمار، میزان برون ده ادراری، تعداد نبض و میزان فشار خون، صداهای روده ای ، کنترل الکترولیت های سرم، بررسی تغییرات وزن، کنترل دقیق جذب و دفع هر یک ساعت در ۷۲ ساعت اول. ۲۰- در صورت لزوم بیمار را برای انجام اسکاروتومی آماده نمایید. ۲۱- محتویات معده را خارج کنید. ۲۲- PH- معدی را بین ۴/۵ – ۳/۵ حفظ کنید.

- ۲۳- با يك متخصص تغذيه مشاوره و جهت طرح يك برنامه غذایی مناسب برحسب نیازهای بیمار برنامه ریزی کنید.
- ۲۴- به وضعیت دستگاه گوارش توجه کنید.
- ۲۵- از روشهای مناسب پانسمان همراه با استفاده از داروهای موضعی آنتی باکتریال و آنزیمی مناسب جهت کنترل عفونت، ترمیم و دبریدمان زخم استفاده کنید.
- ۲۶- در صورت امکان از پانسمان های مدرن جهت بهبود زخم استفاده کنید.
- ۲۷- در صورت لزوم به انجام دبریدمان با روشهای مختلف شامل روشهای بیولوژیک، مکانیکال و جراحی کمک کنید.
- ۲۸- از بیمار تحت انجام اعمال جراحی پیوند پوست مراقبت کنید.
- ۲۹- با يك کاردرمان جهت طراحی وسایل مناسب برای تغذیه بیمار بر حسب نیاز و مشکلات وی مشاوره کنید.
- ۳۰- بهداشت دهان بیمار را حفظ کنید.
- ۳۱- به خانواده بیمار در مورد رعایت برنامه غذایی وی آموزش دهید.
- ۳۲- کنترل وزن و آزمایشهای ضروری مرتبط با وضعیت تغذیه بیمار را بطور منظم انجام دهید.
- ۳۳- تکنیک ایزوله معکوس (کامل) را برای پیشگیری از عفونت بطور کامل رعایت کنید.
- ۳۴- داروهای ضد درد مناسب را با توجه به شرایط بیمار تجویز کنید.
- ۳۵- از مسکن های خوراکی در مرحله اورژانس استفاده نکنید.
- ۳۶- از روشهای غیردارویی برای کنترل درد بیمار از جمله تکنیک آرام سازی، انحراف افکار، لمس درمانی، ... استفاده کنید.
- ۳۷- يك ارتباط درمانی هدفمند برای کاهش تنش های بیمار برقرار کنید.
- ۳۸- درمورد انجام هر روش درمانی و مراقبتی که برای وی انجام می شود توضیح دهید.
- ۳۹- در صورت لزوم با يك روانپزشک یا روانشناس برای کنترل اضطراب و کاهش علائم روانی وی مشاوره کنید.
- ۴۰- نظام ارزشهای بیمار، انتظارات و مشکلات قبلی وی را بررسی کنید.
- ۴۱- نحوه حمایت خانواده و یا اجتماع از بیمار را بررسی کرده و سیستم های حمایتی از او را شناسایی کنید.
- ۴۲- درمورد تغییراتی که در آینده در وضعیت ظاهر و یا عملکرد وی ایجاد خواهد شد، توضیح دهید.
- ۴۳- به بیمار برای مقابله با تغییرات احتمالی و پیش بینی شده در وضعیت ظاهری و یا عملکردی وی کمک کنید.
- ۴۴- محیطی مملو از اعتماد و پذیرش شرایط فعلی برای بیمار ایجاد کنید.
- ۴۵- محدوده حرکتی، قدرت عضلانی، گام و هماهنگی حرکات بیمار را ارزیابی کنید.
- ۴۶- درد بیمار را قبل و بعد از حرکت درمانی ارزیابی و در صورت لزوم مسکن بدهید.
- ۴۷- با فیزیوتراپ جهت ادامه حرکات و دستورات ورزشی مشاوره کنید.
- ۴۸- با کاردرمان و فیزیوتراپ جهت انجام حرکات اکتیو و پاسیو اندامها، ورزش، آتل گذاری و قراردادن بیمار در وضعیت های درمانی مشاوره کنید.

۴۹- برای کاربرد وسایل و اقدامات کمکی جهت پیشگیری از کنتراکتور، اسکارهای هیپرتروفی و تشکیل بافت کلوئید برنامه ریزی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به بیمار و خانواده درمورد نحوه مراقبت از زخم و مراحل بهبود زخم آموزش دهید. ۲- در مورد پیشگیری از عفونت آموزش دهید. ۳- درمورد رعایت رژیم غذایی مناسب آموزش دهید. ۴- درمورد انجام و پیگیری برنامه فیزیوتراپی، کاردرمانی، ورزش و حرکت درمانی آموزش دهید. ۵- درمورد بکارگیری راهبردهای مقابله ای مناسب به بیمار و خانواده آموزش دهید. ۶- درمورد عوارض احتمالی و پیگیری جهت پیشگیری و یا درمان آنها آموزش دهید.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در ساختار پوست

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در ساختار پوست، تخریب لایه های پوستی (Dermis)، تخریب سطح پوست (Epidermis) در رابطه با گرما، سرما، مواد شیمیایی و غیره	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- سلامت بافت حفظ شود. - سلامت پوست و غشاهای مخاطی حفظ شود. - زخم بهبود یابد. - بیمار از ضرورت اطلاع دادن هرگونه درد یا احساس ناراحتی در پوست آگاهی یابد. - برنامه مراقبتی برای بهبود پوست و پیشگیری از آسیب مجدد تنظیم شود. - پرستار از معیارهای حفظ و بهبود پوست و مراقبت از هر گونه آسیب پوستی آگاهی داشته شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آنرا تعیین کنید (شامل حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی). ۲- مرحله زخم (مثلاً زخم فشاری درجه یک، درجه دو...) را تعیین کنید. ۳- محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، یا سایر علائم عفونت کنترل و پایش کنید. ۴- 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). ۵- برنامه مراقبتی را برای هر بیمار بصورت اختصاصی (با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار) طرح کنید. ۶- تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید. ۷- ارزیابی سیستماتیک بیماران دچار محدودیت حرکتی را برای پیشگیری از عوارض پوستی ناشی از بی حرکتی انجام دهید. ۸- بیمار را حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از خواباندن بیمار روی پوست آسیب دیده، اجتناب کنید. ۹- مناسب بودن تشک و بالش بیمار را بررسی و از فشار روی ناحیه آسیب دیده جلوگیری کنید. ۱۰- در صورت آسیب شدید پوست از ماساژ اطراف زخم اجتناب کنید زیرا شواهد نشان داده است که این عمل آسیب را تشدید می کند.	

۱۱- میزان درد یا حساسیت در بیمار را تعیین کنید.	
۱۲- به محل های در معرض خطر برای ایجاد زخم مانند قسمتهای استخوانی، پاشنه پا، ساکروم ... توجه کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- روش بررسی پوست و زخم و راههای کنترل علائم و نشانه های عفونت، عوارض، و بهبود زخم را به بیمار آموزش دهید.	
۲- به بیمار در مورد علت مصرف داروهای موضعی آموزش دهید.	
۳- در مورد اهمیت تغییر وضعیت هر دو ساعت به بیمار آموزش دهید.	
۴- در مورد انواع و نحوه استفاده از تشک ها و وسایل کاهش دهنده فشار از روی بدن به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر تغییر و آسیب پوستی در رابطه با تحریک ناشی از عوامل خطر داخلی و عوامل خطر خارجی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- سلامت بافت برقرار شود.	
- سلامت پوست و غشاهای مخاطی برقرار شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی یا تورم کنترل و پایش کنید.	
۲- بیمار را از نظر احتمال از دست دادن حواس محیطی و یا وجود درد بررسی کنید.	
۳- عوامل خطر را نظیر بی حرکتی، سوء تغذیه، اختلالات سیستم ایمنی، اختلال در گردش خون محیطی، دیابت ملیتوس، آسیب نخاعی و یا نارسایی کلیه را شناسایی کنید.	
۴- روش مراقبت بیمار از پوست خود مانند نوع صابون یا شوینده ها، درجه حرارت آب و میزان بهداشت پوست را کنترل کنید.	
۵- از مصرف آب داغ، مواد شوینده قوی، فشار یا مالش زیاد پوست، و شستشوی بیش از حد پوست اجتناب کنید.	
۶- تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید.	
۷- کنترل پوست و پوشاندن (محافظت) برجستگی های استخوانی را برای بیماران دچار مشکلات حرکتی انجام دهید.	
۸- محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آنرا تعیین کنید (حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی و....).	
۹- برنامه مراقبتی هر بیمار را بصورت اختصاصی و با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار، طراحی کنید.	
۱۰- در بیماران دارای مشکلات بی حرکتی حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت را انجام دهید.	
۱۱- مناسب بودن تشک و بالش بیمار و جلوگیری از ایجاد فشار روی بدن را بررسی کنید.	

۱۲- از ماساژ روی برجستگی های استخوانی اجتناب کنید زیرا احتمال آسیب بافتی را افزایش می دهد.
۱۳- وضعیت تغذیه بیمار را بررسی و مشاوره تغذیه ای انجام دهید.
Patient Education آموزش به بیمار
۱- روش بررسی پوست و زخم و راههای کنترل علائم و نشانه های عفونت، عوارض، و بهبود زخم را به بیمار آموزش دهید.
۲- به بیمار در مورد علت مصرف داروهای موضعی آموزش دهید.
۳- به بیمار در مورد اهمیت تغییر وضعیت هر دو ساعت آموزش دهید.
۴- در مورد انواع و نحوه استفاده از تشک ها و وسایل کاهش دهنده فشار از روی بدن به بیمار آموزش دهید.

Problem Definition بیان مشکل
آسیب پوستی (زخم فشاری) در اثر فشار، رطوبت، خراشیدگی و شکنندگی.
Expected Outcomes برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:
- هرگونه آسیب پوستی را بموقع تشخیص دهد.
- ارزیابی صحیحی از میزان آسیب پوستی انجام دهد
- درمان و مراقبت صحیح از پوست آسیب دیده را انجام دهد.
Nursing Recommendations توصیه های پرستاری
الف) ارزیابی اولیه بیمار دچار آسیب پوستی (زخم فشاری):
۱- ابتدا تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
۲- معاینات کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
۳- شرایط بیماری فعلی بیمار و عوارض آن را شناسایی کنید.
۴- وضعیت تغذیه ای بیمار را با کمک مشاور تغذیه بررسی نمایید.
۵- میزان و چگونگی درد را در بیمار مورد ارزیابی قرار دهید.
۶- وضعیت روانی – اجتماعی بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید.
۷- میزان خطر احتمالی برای ایجاد زخم های فشاری دیگر را در بیمار مورد ارزیابی و قضاوت قرار دهید.
۸- زخم / زخم های فشاری را از نظر محل زخم، اندازه، عمق و درجه زخم، میزان تحلیل پوست، وضعیت شیارهای پوستی، وضعیت ترشح زخم، وجود بافت نکروز شده، وجود یا عدم وجود بافت گرانوله، وجود یا عدم وجود اپی تلیال، شرایط پوست اطراف زخم، اریتما، ترشح، سفتی پوست و ... ارزیابی کنید.
۹- لبه های زخم را ارزیابی و هرگونه اجسام خارجی را حین ارزیابی پوست مانند پوست زیر قالب گچ بردارید.

۱۰- هنگام ارزیابی پوست به درد ناشی از فشار بر پوست بیمار توجه کنید، اگر قالب گچ وجود دارد لازم است جابجا شود تا فشار بر پوست کمتر شود.

۱۱- تغییر وضعیت بیمار حداقل هر یک ساعت و در صورت امکان تغییر محل تحمل وزن بدن هر ۱۵ دقیقه را انجام دهید.

▪ مراحل تخریب بافت و طبقه بندی درجه زخم بر اساس EPUAP (2003) classification System به صورت زیر است:

مرحله ۱: اریتمای پراکنده در سطح پوست، پیشروی آسیب پوستی. در افرادی که پوست تیره رنگ دارند، یا مشکلاتی در رنگدانه های پوست دارند، گرمی، ادم، سفتی، یا سختی پوست باید مورد توجه قرار گیرد.

مرحله ۲: ضخیم شدن بخشی از پوست آسیب دیده همراه با التهاب اپیدرم، درم یا هردوی آنها.
مرحله ۳: ضخیم شدن تمام پوست آسیب دیده همراه با آسیب یا نکروز بافت زیرجلدی که ممکن است به سمت فاشیای زیرین گسترده شود. زخم از نظر بالینی دهانه عمیقی دارد که با یا بدون گسترش تحلیلی به بافت های زیرین است.

مرحله ۴: ضخیم شدن کامل پوست همراه با تخریب وسیع، نکروز بافتی، آسیب به عضله، و استخوان، تاندون، کپسول مفصلی و هرگونه اندام یا ساختار مجاور زخم. اگر اسکار وجود دارد، نمی توان مرحله زخم را بطور دقیق تا برداشتن اسکار معین کرد.

ب) مراقبت از زخم:

- ۱- دبیردمان زخم را در زمان لازم و متناسب با شرایط بیمار انجام دهید. (موارد استثناء: زخم های پاشنه پا همراه با اسکار خشک و بدون ادم، اریتما، ترشح، درناژ).
- ۲- روزانه زخم را از نظر ادم، اریتما و درناژ که معمولاً نیازمند دبیردمان است، ارزیابی کنید.
- ۳- انواع دبیردمان عبارتند از: تیز و برنده، مکانیکی، آنزیمی، خودبخودی.
- ۴- پیشگیری و کنترل درد را همراه با دبیردمان انجام دهید.

ج) تمیز نمودن زخم:

- ۱- ابتدا زخم را تمیز نمائید و با هر بار تعویض پانسمان از فشار کمی برای تمیز کردن با گاز استفاده کنید.
- ۲- از محلول نرمال سالین برای تمیز کردن زخم فشاری استفاده کنید.
- ۳- از محلول های تمیز کننده پوست یا ضد عفونی کننده ها استفاده نکنید.
- ۴- هنگام تمیز کردن زخم، کمی فشار تحریک کننده بر زخم ایجاد کنید تا در صورت وجود نکروز، تمیز کردن بدرستی انجام شود بدون اینکه صدمه ای به زخم وارد کنید.

د) پانسمان زخم:

- ۱- آب رسانی به زخم: از پانسمانی که زخم فشاری را مرطوب، و اطراف زخم را خشک نگهدارد استفاده کنید. به این منظور می توانید از روشهایی چون پانسمان هیدروکلوئید، پانسمان فوم (دارای حباب هوا)، و یا پانسمان هیدروژل استفاده کنید.
- ۲- ترشحات اغزودا را با استفاده از پانسمان کلسیم آلژینات یا پانسمان هیدروفیبر کنترل کنید.

۳- بافت های مرده را با استفاده از انواع پانسمان های فوق الذکر و یا گاز آغشته به نرمال سالین در داخل زخم بدون ایجاد فشار زیاد بزدانید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به بیمار و همراهان درمورد هرگونه خطر احتمالی، یا عوارض در مورد زخم فشاری آموزش دهید.	
۲- به بیمار در مورد نحوه پیشگیری از بروز مجدد زخم فشاری آموزش دهید.	
۳- به بیمار در مورد حرکت در تخت با کمک، حداقل هر دو ساعت یکبار آموزش دهید.	
۴- به بیمار در مورد مصرف مقدار کافی مایعات آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم آگاهی بیمار در مورد کاهش فشار و تسکین درد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- فشار بر پوست را کاهش داده و برطرف نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) کنترل بافت آسیب دیده هنگام استراحت بیمار در تخت:	
۱- از سطح حمایتی برای بیمار استفاده کنید به گونه ای که وزن بیمار بر زخم فشاری تحمیل نشود (اگر بیمار قادر به قرار گرفتن در وضعیت های مختلف می باشد).	
۲- اگر بیمار در مرحله ۳ زخم فشاری است و یا اگر قادر به تغییر وضعیت های مختلف بدون فشار بر زخم نمی باشد از تشک مواج استفاده کنید.	
۳- به راهنمای مراقبت از بیماران با اختلال در ساختار پوست مراجعه کنید.	
ب) کنترل بافت آسیب دیده هنگامی که بیمار در وضعیت نشسته قرار دارد:	
۱- اگر زخم فشاری در محل نشیمنگاه بیمار است، نباید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. اگر می توان میزان فشار وارده بر بافت را کاهش داد به مدت محدود می توانید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.	
۲- با پزشک یا کاردرمان برای تجویز بالش مخصوص صندلی مشاوره کنید. به هیچ وجه نباید از وسایل حلقوی (air ring) استفاده کنید.	
۳- بیمار را حداقل هر یک ساعت تغییر وضعیت داده و محل تحمل وزن بدن را در صورت امکان هر ۱۵ دقیقه تغییر دهید.	

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.
- Hemdon, D. N. (2006). Total Burn Care. 3rd Edition. England: Elsevier Science.
- Patient Care Standards (2001) Care of the Patient at Risk for Impaired Skin Integrity (Related to Pressure, Moisture, Friction, and Shear).
- Royal College of Nursing (2005). The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم اعصاب و روان

اختلال در تعاملات اجتماعی

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در تعاملات اجتماعی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- بیمار بتواند موانعی را که سبب اختلال در تعاملات اجتماعی وی شده است، را تعیین کند. - بیمار قادر باشد در تعاملات اجتماعی با دیگران به صورت موفقیت آمیز شرکت کند . - بیمار احساس راحتی خود را در روابط اجتماعی با سایرین گزارش کند. - بیمار به طور صحیح و با علاقه در فعالیت های گروهی شرکت کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علت عدم راحتی بیمار در موقعیت های اجتماعی را بررسی کنید و در مورد هرگونه محرومیت (مانند از دست دادن شغل یا اشخاص با اهمیت در زندگی و ...) یا تغییر در زندگی (مانند ازدواج، تغییر در ظاهر فیزیکی و....) از بیمار سؤال کنید. ۲- ابتدا با بیمار به صورت " يك به يك " ارتباط برقرار کنید و مهارت های اجتماعی را در وی تقویت کنید و پس از آمادگی وی را در جلسات گروهی شرکت دهید. ۳- با بیمار رابطه ای بر اساس اعتماد برقرار کنید و از مهارت های " گوش دادن فعال " و پاسخ های کلامی و غیرکلامی مناسب در تعاملات خود با بیمار استفاده نمایید. ۴- در تعاملات اولیه بیمار با سایرین در بخش، در کنار وی حضور داشته باشید. حضور فرد قابل اعتماد سبب احساس امنیت بیمار می گردد. ۵- تعامل اجتماعی " معیوب " و " سالم " را همراه با بیمار به صورت ایفای نقش اجرا کنید. روش ایفای نقش به بیمار در یادگیری مهارت های اجتماعی و ابراز احساسات وی کمک می کند. ۶- بیمار را تشویق کنید تا احساسات منفی و مثبت خود را برای دیگران بازگو نماید. بیان احساسات سبب افزایش بهبود تعاملات اجتماعی فرد می گردد. ۷- لیستی از رفتارهایی که سبب اختلال در تعاملات اجتماعی بیمار می شود را تهیه و در مورد آنها با بیمار بحث کنید. ۸- لیستی از توانایی های بیمار تهیه کنید و هنگام تجربه احساسات منفی توسط وی، تواناییهای بیمار را به او گوشزد کنید. ۹- تاثیر عقاید فرهنگی بیمار را بر درك او و فعالیت های اجتماعی بررسی کنید.	

- Stuart, G W, Laraia M T.(2001) *Therapeutic nurse-patient relationship*. In Stuart GW, Laraia MT, editors: principles and practice of psychiatric, St Louis, Mosby.
- Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition, Elsevier Mosby company.
- Walden-McBride, D L. et al. (2000) "Listening for patient's story: the psychosocial story of a patient with end-stage heart disease", *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*. 38(11):26-31.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

کناره گیری اجتماعی

Problem Definition	بیان مشکل
کناره گیری اجتماعی در اثر عقب ماندگی ذهنی یا جسمی، بیماری روانی، بی اختیاری، سرطان، چاقی و ...	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد: - تعاملات اجتماعی کافی داشته و از آنها رضایت داشته باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- به تفسیر و توضیح بیمار در مورد احساس ایزوله شدن توجه نمایید. ۲- عوامل موثر بر ایزوله اجتماعی مثل عوامل فرهنگی و مذهبی که بر رفتار و تعاملات موثر هستند را شناسایی کنید. ۳- از خانواده بیمار در جهت بهبود و توسعه تعاملات اجتماعی او کمک بگیرید. ۴- ملاقات بیمار با خانواده و نزدیکان را تسهیل نمایید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به بیمار آموزش دهید ویژگی هایی را که برایش توجه و احترام دیگران را بدنبال داشته، شناسایی نماید. ۲- مهارتهای تعاملات اجتماعی را از طریق ایفاء نقش آموزش دهید. ۳- مهارتهای کنترل خشم، گفتگو و قاطعیت را آموزش دهید.	
References	منابع مورد استفاده:
- Carpenito, L J. (1995) <i>Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice</i>. 6th Edition, J. B. Lippincott Company - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) <i>Nursing Diagnosis Manual</i>. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) <i>Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis</i>. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company. - Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) <i>Principles and Practice of Psychiatric Nursing</i>. 8th Edition, Elsevier Mosby company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

تنهایی

Problem Definition	بیان مشکل
تنهایی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- وجود آمدن ارتباطات جدید. - بهبود یافتن مشکلات و افسردگیهای احتمالی بوجود آمده ناشی از افسردگی.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- برنامه های آموزشی را جهت بیمار طرح ریزی کنید. ۲- برنامه های افزایش ارتباطات را طرح ریزی کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به بیمار در ارتباط با افزایش ارتباط معنوی با خدا بر اساس اعتقادات وی آموزش دهید. ۲- ارتباط با اطرافیان را افزایش دهید. ۳- به بیمار توصیه کنید که برنامه های آموزشی را که در این ارتباط توسط پرستار برای بیمار تنظیم شده است، انجام دهید.	
References	منابع مورد استفاده:
- هروی کریموی،مجیده، انوشه، منیر، فروغان، مهشید و همکاران. "تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون احساس تنهایی: يك پژوهش کیفی پدیدار شناسی". <i>مجله سالمندی ایران</i>. مرکز تحقیقات سالمندی ایران. سال دوم. شماره ۴. زمستان ۱۳۸۰.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در ارتباط کلامی

بیان مشکل	Problem Definition
ارتباط کلامی مختل بصورت (کاهش، تاخیر یا عدم توانایی دریافت، انتقال، پردازش و استفاده از سمبول ها) در رابطه با:	ارتباط کلامی مختل بصورت (کاهش، تاخیر یا عدم توانایی دریافت، انتقال، پردازش و استفاده از سمبول ها) در رابطه با:
- کاهش جریان خون مغز، تومور مغزی، موانع فیزیکی مانند تراکتوستومی، نقص آناتومیک، دگرگونی و تغییر در سیستم بینایی، شنوایی، تارهای صوتی، موانع روانی (مانند سایکوز، کمبود محرك)، تفاوت‌های فرهنگی، عوارض جانبی داروها، موانع محیطی، تغییر در ادراک، کمبود اطلاعات، استرس، نقص در مفهوم از خود و اعتماد به نفس، شرایط فیزیولوژیکی، تغییر در سیستم عصبی مرکزی، ضعف در سیستم عضلانی اسکلتی، شرایط عاطفی.	- کاهش جریان خون مغز، تومور مغزی، موانع فیزیکی مانند تراکتوستومی، نقص آناتومیک، دگرگونی و تغییر در سیستم بینایی، شنوایی، تارهای صوتی، موانع روانی (مانند سایکوز، کمبود محرك)، تفاوت‌های فرهنگی، عوارض جانبی داروها، موانع محیطی، تغییر در ادراک، کمبود اطلاعات، استرس، نقص در مفهوم از خود و اعتماد به نفس، شرایط فیزیولوژیکی، تغییر در سیستم عصبی مرکزی، ضعف در سیستم عضلانی اسکلتی، شرایط عاطفی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار ارتباط کلامی مناسبی را با دیگران برقرار نماید.	- بیمار ارتباط کلامی مناسبی را با دیگران برقرار نماید.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- زمانی که بیماری دچار اختلال در ایجاد ارتباط است، او را جهت بررسی مشکلات شنوایی ارجاع دهید. (هنگامی که يك بیمار صدای زنگ تلفن یا درب را نمی‌شنود، گوش خود را به سمت منبع صدا می‌چرخاند، مکرراً تقاضای تکرار جمله از طرف گوینده را می‌کند، صدای رادیو و تلویزیون را بالا می‌برد و نشانه‌های عدم درک صحبت را نشان می‌دهد، به کاهش شنوایی فرد مشکوک شوید).	۱- زمانی که بیماری دچار اختلال در ایجاد ارتباط است، او را جهت بررسی مشکلات شنوایی ارجاع دهید. (هنگامی که يك بیمار صدای زنگ تلفن یا درب را نمی‌شنود، گوش خود را به سمت منبع صدا می‌چرخاند، مکرراً تقاضای تکرار جمله از طرف گوینده را می‌کند، صدای رادیو و تلویزیون را بالا می‌برد و نشانه‌های عدم درک صحبت را نشان می‌دهد، به کاهش شنوایی فرد مشکوک شوید).
۲- هنگام تلاش جهت ایجاد ارتباط با شخصی که در برقراری ارتباط مشکل دارد، از يك عضو خانواده بخواهید تا تغییر رفتارهای بیمار به شما اطلاع دهد.	۲- هنگام تلاش جهت ایجاد ارتباط با شخصی که در برقراری ارتباط مشکل دارد، از يك عضو خانواده بخواهید تا تغییر رفتارهای بیمار به شما اطلاع دهد.
۳- با دقت گوش کنید و به ارتباط کلامی و غیرکلامی بیمار اهمیت دهید.	۳- با دقت گوش کنید و به ارتباط کلامی و غیرکلامی بیمار اهمیت دهید.
۴- تا زمان برقراری ارتباط مؤثر، نیازهای بیمار را پیش‌بینی کنید.	۴- تا زمان برقراری ارتباط مؤثر، نیازهای بیمار را پیش‌بینی کنید.
۵- از ارتباط ساده و لحن مناسب و متعادل استفاده کنید، توجه کافی به بیمار نشان دهید و تبسم کنید.	۵- از ارتباط ساده و لحن مناسب و متعادل استفاده کنید، توجه کافی به بیمار نشان دهید و تبسم کنید.
۶- بررسی کنید که آیا شخص با لمس کردن مخالف است؟ این مسئله در میان کودکان یا بالغین مبتلا به اوتیسم رایج است.	۶- بررسی کنید که آیا شخص با لمس کردن مخالف است؟ این مسئله در میان کودکان یا بالغین مبتلا به اوتیسم رایج است.
۷- لمس را به صورت مناسبی با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بیمار استفاده کنید. گرفتن دست بیمار یا نوازش بازوی او يك راه ساده و غیرتدافعی برای اظهار همدلی و توجه است.	۷- لمس را به صورت مناسبی با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بیمار استفاده کنید. گرفتن دست بیمار یا نوازش بازوی او يك راه ساده و غیرتدافعی برای اظهار همدلی و توجه است.
۸- همه اقداماتی را که برای بیمار انجام می‌دهید، توضیح دهید.	۸- همه اقداماتی را که برای بیمار انجام می‌دهید، توضیح دهید.
۹- از ابزارهای برقراری ارتباط مانند عکس و تصویر و استفاده از تخته برای ایجاد ارتباط با بیماری که صحبت نمی‌کند، استفاده کنید.	۹- از ابزارهای برقراری ارتباط مانند عکس و تصویر و استفاده از تخته برای ایجاد ارتباط با بیماری که صحبت نمی‌کند، استفاده کنید.

- ۱۰- برای بیمار مداد و کاغذی فراهم کنید تا با نوشتن نامه بتواند احساسات خود را به راحتی بیان کند.
- ۱۱- مشاوره با يك گفتار درمانگر ممكن است اميدوار كننده باشد و تمرينات مناسب جهت بیمار فراهم آورد.
- ۱۲- بیمار را تشويق كنيد و پيشرفت او را مورد توجه قرار دهيد و اشتباهات او را نادیده بگیرید.
- ۱۳- خانواده را تشويق كنيد كه عكس‌های خانوادگی را برای بیمار بیاورند.
- ۱۴- تلاش كنيد سخنان بیمار را درك كنيد (به خصوص در مورد بیماران اسپکزوفرنی). برای روشن کردن سخنان سمبوليك بیمار، از او سؤال كنيد.
- ۱۵- صدای خود را بالا نبريد و فریاد نزنيد.
- ۱۶- وضعیت شنوایی بیمار را به دقت با استفاده از يك ادیوسكوپ بررسی كنيد.

منابع مورد استفاده:

- American Speech-Language Hearing Association(2001). *Stroke* . retrieved from the World Wide Web on May 29 2001. www.asha.org/speech/disabilities/Stroke.cfm.
- Greener, j. et al. (2000) *Speech and language therapy for aphasia following stroke*, Cochrane Database Systematic Review. 2:CD000425.
- Hahn, J. (1999) “Cueing in to patient language”, *Reflections*. 25(10):8-11.
- Lim, J K. et al. (2000) “Screening for hearing impairment in hospitalised elderly”, *Annals Academy of Medicine Singapore*. 29(2):237-241.
- Marquez – Rebollo, M C. & Tornel – Costa, M C. (1997)”Design of a non-verbal method of communication using cartoons” , *Rev Neurol*. 25 (148) :2045-2047.
- Walden-McBride, D L. et al. (2000) “Listening for patient’s story: the psychosocial story of a patient with end-stage heart disease”, *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*. 38(11):26-31.
- Wells, E.(1996) “Assisting parents when a child dies in the CCU”, *Critical Care Nurse*. 16:58.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در امنیت اجتماعی

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در امنیت اجتماعی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - هر گونه اختلال در امنیت اجتماعی بیمار را تشخیص دهد. - علل ایجاد اختلال در امنیت اجتماعی مددجو را تشخیص دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ارزیابی اولیه بیماری که دچار اختلال در امنیت اجتماعی شده است ، را به عمل آورید. ۲- میزان اختلال ایجاد شده در امنیت اجتماعی مددجو را بررسی کنید. ۳- آسیب شناسی مددجو و بررسی کمی و کیفی خدماتی که در اختیار او قرار میگیرد، را انجام دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- بیمار را به بهبود ارتباطات خانوادگی تشویق کنید. - بیمار را به ارتباطات بیشتر با دوستان و بستگان تشویق کنید. - بیمار را به استفاده از خدمات ارائه شده تشویق کنید.	
References	منابع مورد استفاده:
- Shives, L R. (2008) <i>Bacic concepts of psychiatric mental Health nursing</i>. 7th Edition, Philidelphia Lippincott .	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در کیفیت زندگی

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در کیفیت زندگی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- کیفیت زندگی بیمار ارتقاء یابد. - عدالت اجتماعی در مورد بیمار برقرار گردد. - شرایطی که موجب تبعیض در دست یافتن این افراد به حقوق اجتماعی خود میشود، مرتفع شود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- تاریخچه زندگی بیمار را کسب کنید. ۲- علل ایجاد اختلال در کیفیت زندگی بیمار را بررسی کنید. ۳- میزان اختلال ایجاد شده در کیفیت زندگی بیمار را بررسی کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به بیمار توصیه کنید در ابتدا کاربرد صحیح وسایل کمکی را با کمک پرستار بیاموزد. ۲- به بیمار در مورد کاربرد صحیح وسایل کمکی به تدریج و به صورت مستقل آموزش دهید. ۳- در مورد کنترل اجرای برقراری عدالت اجتماعی آموزش دهید. ۴- در ایجاد شرایطی جهت دست یافتن این افراد به حقوق اجتماعی خود کمک کنید.	
References	منابع مورد استفاده:
- Monahan, F. Sand, S. Neighbors, M. et-al. (2007) <i>Phipp's Medical-Surgical Nuring</i>. 8th Edition. Mosby , Eelesvier. - Shives, L R. (2008) <i>Bacic concepts of psychiatric mental Health nursing</i>. 7th Edition, Philidelphia Lippincott .	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در مراقبت از خود

بیان مشکل	Problem Definition
- اختلال در انجام مراقبتهای سلامتی	
- نقص در مراقبت از خود در ارتباط با غذا خوردن، حمام کردن، بهداشت شخصی، لباس پوشیدن، آرایش کردن	
....	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار تمایل به انجام فعالیت های روزانه داشته باشد .	
- بیمار بدون کمک غذای خود را صرف کند.	
- بیمار لباس مناسب را انتخاب کرده و بپوشد و خود را روزانه بپاراید .	
- بیمار حداکثر بهداشت شخصی را از طریق حمام روزانه و انجام روش های بهداشتی بدون کمک حفظ کند.	
- پرستار باید هرگونه اختلال در انجام مراقبتهای سلامتی را تشخیص دهد.	
- پرستار باید ارزیابی صحیحی از میزان اختلال ایجاد شده در انجام مراقبتهای سلامتی به عمل آورد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ارزیابی اولیه از بیمار را به عمل آورید.	
۲- از بیمار تاریخچه کسب کنید.	
۳- علل و عوامل ایجاد اختلال در انجام مراقبتهای سلامتی را بررسی کنید.	
۴- امکانات بازتوانی و توانبخشی برای بیمار را فراهم آورید.	
۵- بیمار را به عدم وابستگی و حفظ استقلال تشویق کنید و زمانی که بیمار قادر به اجرای فعالیت نیست، مداخله کنید، زیرا حفظ سلامت و امنیت بیمار از اولویت های پرستاری است .	
۶- به بیمار اجازه دهید که فعالیت های روزانه زندگی را در سطح توان خود انجام دهد .	
۷- کارهای مستقل بیمار را مورد شناسایی قرار دهید و تقویت مثبت کنید. تقویت مثبت موجب ارتقاء عزت نفس بیمار می شود .	
۸- قبل از حمام ، دمای آب را کنترل کنید .	
۹- در صورتی که بیمار در حمام کردن مشکل دارد، محیطی ایمن و راحت را در حمام برای وی فراهم کنید.	
بعنوان مثال برای جلوگیری از سقوط بیمار در حمام می توان از کف پوش های مخصوص حمام و قرار دادن يك صندلی در حمام استفاده کرد .	
۱۰- جهت پیشگیری از ضعف و آتروفی عضلات بیمار و افزایش توانایی ماهیچه وی، بیمار را در برنامه های ورزشی شرکت دهید .	

۱۱- وضعیت تغذیه و دریافت غذا و مایعات را مورد ارزیابی قرار دهید .	
آموزش به بیمار	Patient Education
- بیماران را به انجام راهکارهای پیش بینی شده برای آنان تشویق کنید. - بیماران را به کاربرد وسایل کمکی جهت بر طرف شدن یا کاهش مشکلات ایجاد شده تشویق کنید.	
منابع مورد استفاده:	
- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4 th Edition, Lippincott Company. - Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6 th Edition, J. B. Lippincott Company. - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2 nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Monahan, F. Sand, S. Neighbors, M. et-al. (2007) Phipp's Medical-Surgical Nuring. 8 th Edition. Mosby , Eelesvier. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5 th Edition, Philadelphia, Davis Company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلالات خواب

بیان مشکل	Problem Definition
محروریت از خواب، دوره‌های طولانی بدون خواب در رابطه با مشکل جسمی، مشکلات روانی، عدم رعایت بهداشت صحیح خواب، سالمندی، عدم رعایت ساعت معینی جهت خواب، فعالیت ناکافی در طول روز، مناسب نبودن محیط خواب، آپنه خواب، حرکت دوره‌ای اعضای بدن (مشکل سندرم بی‌قراری)، نارکولپسی، راه رفتن در خواب، دمانس، ترس از خواب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- الگوی خواب و استراحت بیمار منظم و تصحیح گردد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- الگوهای خواب بیمار و مقدمات معمول به رختخواب رفتن بیمار را بررسی کنید و آنها را در برنامه مراقبتی بیمار بگنجانید.	
۲- از بیمار تقاضا کنید که الگوی خواب را برای چند هفته یادداشت کند.	
۳- وجود بیماری‌های جسمی را در فردی که دچار بی‌خوابی است بررسی کنید (بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی، معدی، هیپرتیروئیدی و ...).	
۴- سطح اضطراب بیمار را بررسی کنید و در صورت اضطراب بیمار مداخلات مربوط به بیمار مضطرب را پیگیری کنید.	
۵- علام افسردگی را در بیمار بررسی کنید. در صورت وجود خلق افسرده، عبارات ناامیدانه، کاهش اشتها در بیمار او را به مشاور ارجاع دهید.	
۶- وجود علایم شبانه سندرم پاهای بی‌قرار را که قبل از شروع خواب و یا در طول شب در بیمار اتفاق می‌افتد، بررسی کنید. همچنین وجود حمله‌های هراس شبانه، سردرد و رفلکس گاستروازوفازیا را در بیمار بررسی کنید و در صورت وجود، بیمار را جهت درمان ارجاع دهید.	
۷- به داروها، رژیم غذایی و دریافت کافئین فرد توجه کنید و منابع پنهان کافئین مانند برخی داروها را جستجو کنید.	
۸- فراهم آوردن عواملی مانند ماساژ پشت، مصرف کربوهیدرات‌ها و ایجاد سکوت قبل از خواب کمک کننده است.	
۹- درد بیمار را اندکی قبل از خواب تسکین دهید و وضعیت راحتی به او برای خواب بدهید.	
۱۰- حضور دوره‌های آپنه حین خواب را بررسی و مانیتور کنید.	
۱۱- محیط را ساکت نگه دارید (از رفت و آمد اجتناب کنید، صدای رادیو و تلویزیون را کاهش دهید و در بخش	

آرام صحبت کنید). ۱۲- از صداهای آرام‌بخش نظیر صدای باران، آبشار یا آقیانوس برای القاء خواب استفاده کنید. ۱۳- به الگوی دفع بیمار توجه کنید. توجه کنید که بیمار، هنگام بعد از ظهر مایعات کمتری دریافت کند و مطمئن باشید که بیمار داروهای مدر خود را صبح مصرف کرده است. ۱۴- اگر بیمار مکرراً در طول شب بیدار می‌شود، وجود آپنه خواب را در او بررسی کنید و وی را به پزشک ارجاع دهید. ۱۵- بیمار را به فعالیتهای اجتماعی تشویق کنید و به افراد مسن کمک کنید تا بیشتر در معرض شادی و لذت قرار بگیرند. ۱۶- پیشنهاد کنید که در بعد از ظهر از برنامه‌های تلویزیونی سبک و غیر مهیج استفاده شود. ۱۷- تشویق کنید که بیمار در طول روز فعالیتهای جسمی بیشتری انجام دهد و وی را تشویق به پیاده‌روی تا حد امکان کنید. ۱۸- تشویق کنید که بیمار چرت‌های روزانه خود را کاهش دهد. ۱۹- بررسی کاملی در مورد سابقه خواب بیمار و اختلال آن بدست آورید. ۲۰- محیط بیمار را از نظر امنیت محیطی بررسی کنید به عنوان مثال وجود پله، وسایل و ... ۲۱- لیستی از فعالیت‌های روزانه مورد انتظار از بیمار را تهیه کنید و وظایف او را مشخص کنید و سپس بیمار را در اجرای این وظایف مشارکت دهید. ۲۲- اگر بیمار دارو مصرف می‌کند بر اثر و ایمن بودن دارو نظارت کنید و شخصی را تعیین کنید که نظارت دارویی فرد را به عهده داشته باشد. ۲۳- بیمار را به گروه‌های سلامت روان ارجاع دهید.	آموزش به بیمار ۱- تکنیک‌های تن آرامی، تسکین درد و یا استفاده از تخیل قبل از خواب را آموزش دهید. ۲- به بیمار آموزش دهید که فعالیت‌های خود را افزایش دهد و وی را تشویق کنید که روزانه ۵-۶ ساعت، قبل از رفتن به بستر پیاده‌روی کند. ۳- بیمار را تشویق کنید که قبل از خواب فعالیت‌های آرامی همچون مطالعه، تماشای تلویزیون و کارهای دستی انجام دهد. ۴- راهنمایی‌های زیر را جهت بهبود خواب بیمار به وی آموزش دهید: - فقط هنگامی به رختخواب بروید که خواب آلوده هستید. - هنگامی که نیمه شب بیدار می‌شوید، به اتاق دیگری بروید و فعالیت‌های آرامی را انجام دهید و فقط زمانی دوباره به رختخواب برگردید که خواب آلوده شده‌اید. - از رختخواب یا تخت فقط جهت خواب استفاده کنید و از تخت برای مطالعه یا چرت جلوی تلویزیون استفاده نکنید.
---	--

- از چرت زدن در بعداز ظهر و عصر خودداری کنید. - هر روز صبح در زمان یکسانی از خواب بیدار شوید. - آگاه باشید که هر فرد روزانه به ۸ ساعت خواب نیاز دارد.
منابع مورد استفاده:
- Kahn, E M. & Cook, T E. (1998) “ Identification of modification of environmental noise in an ICU setting” , Chest .114(2):535. - King, A. et al. (1997) “Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults”, Journal of American Medical Association (JAMA). 277(1):32-37. - Landis, C A. (2002) “Sleep and methods of assessment” , Nursing Clinics of North America. 37 :583. - Pagel, J F. et al. (1997) “How to prescribe a good night’s sleep”, Patients Care. 31(4):8794. - Richards, K C. (1994) “Sleep promotion in the critical care unit”. American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN), Clin Issues. 5(2):152-158. - Sateia, M J. et al. (2000) “Evolution of chronic insomnia”, Sleep. 23(2):243-257.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلالات تغذیه ای

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در تغذیه و نیاز بدن بیمار	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- تغذیه بیمار در حد طبیعی حفظ شود. - وزن بیمار به حد طبیعی برگردد. - علایم و نشانه های اختلال تغذیه در بیمار حذف گردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مواد غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد به بیمار بدهید. ۲- در صورت لزوم، مواد غذایی که هضم و بلع آسان تری دارد را برای بیمار فراهم کنید. ۳- محیط مناسبی جهت تغذیه بیمار فراهم کنید. ۴- زمان کافی جهت تغذیه بدهید و در صورت لزوم غذا را دوباره برای بیمار گرم کنید . ۵- در صورت امکان به بیمار اجازه دهید نوع غذایش را انتخاب کند . ۶- طبق تجویز پزشک ویتامین و مواد معدنی مکمل را برای بهبود وضع تغذیه ای بیمار به وی بدهید . ۷- در مورد بیماران مانیک که قادر به نشستن طولانی مدت جهت صرف غذا نمی باشند، می توان غذا و آشامیدنی به بیمار داده شود که بتواند در موقع فعالیت با خود حمل و استفاده کند . ۸- از رژیم های پرکالری جهت این بیماران استفاده کنید . ۹- در مورد بیماران پارانوئید در صورت لزوم از مواد غذایی کنسرو شده استفاده کنید و اجازه دهید که بیمار شخصا درب قوطی را باز کند . ۱۰- برای بیمار غذاهای حاوی پروتئین و کالری کافی فراهم کنید . ۱۱- گزارش دقیقی از غذای خورده شده و دفع شده و مقدار کالری دریافتی از بیمار داشته باشد . این یافته ها جهت بررسی وضع تغذیه ای بسیار ضروری است . ۱۲- بیمار را روزانه وزن کنید .	

- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company.
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company.
- Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلال در تصویر ذهنی از خود

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در تصویر ذهنی از خود در اثر بیماری مزمن، قطع عضو، بد شکلی، سوختگی، سایکوز، بستری شدن، شیمی درمانی و ...	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد: - با تصویر ذهنی از خود راحت بوده و از آن بطور موثری برای رفع نیازهای انسانی خود استفاده نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- یک رابطه توأم با اعتماد با بیمار برقرار کنید و اجازه دهید بیمار احساساتش را آشکارا برایتان بیان نماید. ۲- به توصیف بیمار از خودش توجه کنید. ۳- به بیمار کمک کنید بجای انکار واقعیت با آن سازگار شود. ۴- بیمار را به استفاده از بخشهای سالم بدن خود تشویق کنید. ۵- بیمار را طی مراحل گوناگون فقدان، اندوه و عزای حمایت کنید. ۶- برای کودکان از نقش درمانی استفاده کنید، چون در این حالت می توانند احساساتشان را بیان نمایند. ۷- هنگام ارتباط حمایتی با بیماری که در انجام خود مراقبتی دچار مشکل است بر مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود، تاکید زیادی نمایید. ۸- به بیمار احترام بگذارید. ۹- تعاملات اجتماعی بیمار را توسعه دهید از جمله: - بیمار را به قبول کمک از دیگران تشویق کنید. - بیمار را تشویق نمایید با خانواده و دیگران از طریق تلفن، نامه و ... ارتباط داشته باشد. - فرصتهایی را فراهم کنید تا بیمار با افرادی که تجربه ی مشابهی دارند صحبت نماید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- از بیمار بخواهید خود واقعه را با شناسایی توانائیا و ناتوانائی هایش توصیف نماید. - به بیمار اصول خود مراقبتی و اهمیت آن را آموزش دهید. - منابع کمک احتمالی در دسترس در جامعه مثل فیزیوتراپی و خدمات توانبخشی را که بیمار در صورت نیاز قادر به کمک گیری از آنها است را به او معرفی نمایید.	

References	منابع مورد استفاده:
- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company. - Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company. - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

کاهش عزت نفس

بیان مشکل	Problem Definition
- اعتماد به نفس پایین در اثر ناتوانی در حل یک مشکل یا استرسهای متعدد متوالی - عزت نفس موقعیتی پایین و خطر ایجاد درک منفی از خود در پاسخ به یک وضعیت خاص مثل: ایجاد تغییر و تحول، اختلال در تصویر بدنی از خود، آسیب عملکردی، از دست دادن چیزی، تغییر در نقش اجتماعی، سابقه عز و درماندگی، سابقه مورد غفلت و بد رفتاری قرار گرفتن، انتظارات غیرواقعی از خود، رفتارهای مغایر با ارزش‌ها، بیماری جسمی، کمبود آگاهی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- عزت نفس بیمار در سطح مناسبی حفظ گردد. - بیمار قادر باشد خود را بطور مثبتی توصیف نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به بیمار کمک کنید که رفتارهای رایجی را که نتیجه اعتماد به نفس پایین است، مشخص کند. ۲- بیمار را تشویق کنید که احساسات و افکار خود را در مورد وضعیت موجود به زبان آورد. ۳- به بیمار کمک کنید تا تعیین کند که چه چیزهایی سبب داشتن اعتماد به نفس در او می‌شود. ۴- بیمار را تشویق کنید تا از طریق اهداف کوتاه مدت و قابل دسترس، احساس شایستگی و لیاقت را در خود ایجاد کند. ۵- برای ارتباط از نگاه، لمس و صحبت همراه با احترام و با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بیمار استفاده کنید. ۶- با بیمار با احترام صحبت نموده و هنگام ورود به اتاق او را با نام بخوانید. ۷- به فضای خصوصی بیمار و حساسیت های او احترام بگذارید. ۸- قبل از انجام هر پروسیجر درمانی ابتدا توضیح مختصری در مورد آن ارائه دهید. ۹- از تعاملات معمول استفاده کنید تا بیمار احساساتش را آشکار نماید. ۱۰- به بیمار کمک کنید بجای انکار، با واقعیت سازگار شود. ۱۱- بیمار را هنگام انجام فعالیت های خود مراقبتی حمایت کنید. ۱۲- میزان مشارکت و همکاری بیمار در اجرای محدودیت های درمانی را ارزیابی کنید. ۱۳- بیمار را از نظر علایم افسردگی و اضطراب بررسی کنید و در صورت نیاز به متخصص ارجاع دهید. ۱۴- بیمار را به مراکز خدمات اجتماعی ارجاع دهید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به بیمار آموزش دهید که عوامل محیطی ایجاد کننده خطر کاهش اعتماد به نفس را ، شناسایی کند. ۲- به بیمار فرایند حل مسئله را بیاموزید. ۳- به بیمار در درك عوامل فاکتورهای تکاملی که ممکن است بر عزت نفس موثر باشند كمك کنید. ۴- به بیمار كمك کنید تا زندگی خود را مرور نموده و موفقیت‌های خود را تعیین و شناسایی کند. ۵- به بیمار كمك کنید تا يك گروه همسالان تشکیل دهد و فعالیتهایی را روزانه پایه ریزی کند. ۶- اصول خود مراقبتی و اهمیت آن را به بیمار آموزش دهید. مثلاً به بیمار آموزش دهید که: - خودتان را تحقیر نکنید. - برای هر چه می خواهید و نیاز دارید کلمه من را بکار ببرید. عباراتی مانند مایلم، نیاز دارم و .. - ارائه پاداش به خود را آغاز کنید. - با رعایت رژیم غذایی، خواب منظم و ورزش از جسم خود مواظبت کنید، چون رسیدگی به جسم و مراقبت از آن یکی از اساسی ترین راههایی است که از طریق آن می توانید خود را متقاعد سازید که انسان با ارزشی هستید. - به احساسات خود احترام بگذارید و راههای مناسبی برای بیان آنها پیدا کنید. - تا آنجا که امکان دارد بر طبق ارزش های خودتان زندگی کنید و بدنبال بهترین از دید خود باشید.	
منابع مورد استفاده:	
- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company. - Chandler, G E. (1999) “A creative writing program to enhance self-esteem and self-efficacy in adolescence”, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2:21. - Dietz, B E. (1996) “The relationship of aging to self-esteem: the relative effects of maturation and role accumulation”, International Journal of Aging and Human Development. 3:43. - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Giger, J N. et al.(1995) Transcultural Nursing, 2nd Edition, St Louis, Mosby. - Gordon, P. et al. (1998) “The meaning of disability: how women with chronic illness view their experience”, Journal of Rehabilitation. 64:3. - Hakim-Larson, J. & Muck, C. (1997) “Enhancing self-esteem in community mental health setting”, American Journal of Orthopsychiatry. 4:67. - Harter, S. (2000) “Physiological adjustment of adult children alcoholics”, Clinical	

Psychology Review. 20:3.

- Leininger, M M.(1996) Transcultural nursing, theories, research, and practice, 2nd Edition, Hilliard, Ohio, McGraw-Hill.
- McGee, R. & Williams, S. (2000) "Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents?" Journal of Adolescence. 5:23.
- Modrcin-Talbott, M A. et al. (1998) "A study of self-esteem among well adolescents: seeking a new direction", Issues Comper Pediatric Nursing. 21:4.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.
- O'Brien, S M. (1998) "Health promotion and schizophrenia: the year 2000 and beyond", Holistic Nursing Practice. 12:2.
- Stuart, G W, Laraia M T.(2001) Therapeutic nurse-patient relationship. In Stuart GW, Laraia MT, editors: principles and practice of psychiatric, St Louis, Mosby.
- Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition, Elsevier Mosby Company.
- Willoughby, C. et al. (2000) "Measuring the self-esteem of adolescents with mental health problems: theory meets practice", Canadian Journal of Occupational Therapy. 4:67.
- لیندن فیلد.گ. اعتماد به نفس برتر. ترجمه اصغری پور، حمید و همکاران. چاپ سوم. تهران، انتشارات جوانه رشد، (۱۳۸۴).

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

وابستگی شخصیتی

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال شخصیت وابسته
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- بیمار در ارتباط خود با دیگران ، از رفتارهای مبنی بر و وابستگی یا نزدیک شدن بیش از حد به دیگران استفاده نکند . - بیمار قادر باشد که تصمیم گیری های خود را به طور مستقل انجام دهد . - رفتارهای مبتنی بر جلب توجه دیگران در بیمار کاهش یابد .
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- بیمار را تشویق کنید تا مسئولیت های شخصی و اتخاذ تصمیم های مربوطه به مراقبت از خود را بعنوان فردی مستقل انجام دهد . ۲- آن دسته از رفتارهای بیمار که حاکی از عدم وابستگی است، را تقویت مثبت نمایید . ۳- به بیمار در شناسایی جنبه های مثبت خود کمک کنید . این کار سبب افزایش اعتماد به نفس بیمار می گردد. ۴- بیمار را به مشارکت در گروههای کوچک تشویق کرده و سپس در صورت موفقیت، وی را در گروههای بزرگ شرکت دهید . ۵- بیمار را به برقراری ارتباط تشویق کنید . ۶- بیمار را به بیان احساسات خود در ارتباط با ترس از طرد شدن توسط دیگران تشویق کنید . ۷- به بیمار کمک کنید تا متوجه شود که چگونه این رفتارها مانع ارتباط رضایت بخش وی با دیگران می شود . ۸- بیمار را مطمئن کنید که تنها نخواهد بود و بدین ترتیب اضطراب وی را کاهش دهید . ۹- احترام مثبت و بدون قید و شرط برای بیمار فراهم آورید. مورد پذیرش قرار دادن بیمار موجب افزایش احساس ارزشمندی در وی می گردد. ۱۰- افرادی که با بیمار کار می کنند را عوض کنید تا از ایجاد وابستگی بیمار به فردی خاص پیشگیری شود.
Patient Education	آموزش به بیمار
	- مهارتهای اجتماعی مورد نیاز بیمار را به وی آموزش دهید . - روش قاطعیت را به بیمار بیاموزید. این توانمندی موجب ارتقاء عزت نفس بیمار شده و استقلال وی را توسعه می دهد . - مهارت حل مسئله را به صورت گام به گام به بیمار آموزش دهید. ابتدا تعیین مشکل و جنبه های مختلف آن ، سپس انتخاب راه حل های مختلف و پس از آن تعیین يك راه حل از میان راه حل های موجود .

- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company.
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company.
- Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اجتناب از درمان

بیان مشکل	Problem Definition
عدم پذیرش درمان در اثر انکار بیماری یا عوارض جانبی درمان تجویز شده	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار به ارتباط میان مصرف دارو و بهبود علائم بیماری پی ببرد. - بیمار علت مصرف دارو و عوارض ناشی از عدم پذیرش آن را بیان کند. - دستورات درمانی را قبول کرده و اجرا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علل و عوامل مربوط به عدم پذیرش درمان مثل کمبود آگاهی، تطابق ناموثر با بیماری و کمبود حمایت اعضاء خانواده و ... را شناسایی کرده و سعی در حذف آنها نمایید. ۲- به دلایل بیمار برای عدم پذیرش درمان فعالانه گوش دهید. ۳- نیاز واقعی به دارو را به بیمار القاء کنید (به بیمار توضیحات کامل در مورد نوع دارو و نحوه عملکرد آن ارائه دهید). ۴- ارتباط میان عدم پذیرش درمان و تشدید علائم بیماری را برای بیمار توضیح دهید. ۵- نگرانی بیمار را در مورد وابستگی به دارو کاهش دهید. ۶- به مددجویانی که به دلیل بهبود موقت، قصد قطع دارو را دارند، عوارض ناشی از قطع دارو را گوشزد نمایید. ۷- جهت اطمینان از مصرف دارو، مدتی پس از مصرف دارو در کنار بیمار باقی بمانید. ۸- درمان با بیمار را بصورت آموزش و مشارکت او در درمان توسعه دهید. ۹- دسترسی و استفاده از منابع حمایتی را ارزیابی کنید. ۱۰- در صورت نیاز بیمار به استفاده از تجهیزات گران قیمت در درمان، بیمار را به مراکز کمک کننده ارجاع دهید. ۱۱- در صورت ترخیص بیمار یا ارجاع او حتما شماره تلفنی را در اختیار او بگذارید تا بتواند سوالات خود در مورد داروهای تجویز شده را بپرسد. ۱۲- به خانواده بیمار وظایف اختصاصی را که به رعایت برنامه درمانی توسط بیمار کمک می کند، گوشزد نمایید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
- به بیمار در مورد بیماری و اثرات سودمند درمان آموزش دهید. - در صورتی که دلیل عدم پذیرش درمان عوارض جانبی آن است، در جهت کاهش این عوارض آموزش دهید. بعنوان مثال توصیه به مصرف دارو همراه با شیر یا غذا برای کاهش عوارض گوارشی، مصرف داروهای خواب آور در زمان خواب برای کاهش عوارض آن و مصرف مواد غذایی حاوی پتاسیم در صورت گرفتگی عضلانی.	
منابع مورد استفاده:	
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company. - Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition, Elsevier Mosby Company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

ناامیدی

بیان مشکل	Problem Definition
ناامیدی در اثر وضعیت سایکولوژیک، ضعف، عدم آسایش، درد و درمان طولانی مدت، تغییر در تصویر ذهنی از خود	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
- به حل مشکلات خود و درمان امیدوار باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به بیمار کمک کنید احساساتش را شناسایی و بیان نماید.	
۲- با گرفتن تاریخچه فامیلی و بررسی سوابق اجتماعی عامل ایجاد کننده ناامیدی را شناسایی و برای رفع آن اقدام کنید.	
۳- توانایی های بیمار را یادآوری و تقویت کنید.	
۴- بیمار را از نظر احساس خودکشی بررسی کنید.	
۵- از طریق شناسایی دلایل زندگی، موفقیتها و سودمندیاها و کمالات گذشته بیمار، انگیزه را در بیمار توسعه دهید.	
۶- به بیمار کمک کنید برای احساس ناامیدی خود جایگزین مناسبی بیابد.	
۷- امید به خداوند و اعتقادات معنوی بیمار را پذیرفته، محترم شمرده و حمایت کنید.	
۸- بیمار را به سیستم های حمایتی کمک کننده (اجتماعی، مذهبی، فرهنگی) ارجاع دهید.	
۹- خانواده و دیگر نزدیکان بیمار را در طراحی برنامه مراقبتی مشارکت داده و نقششان را در تقویت از طریق ارتباط مثبت حمایتی با بیمار به آنها گوشزد نمایید.	
۱۰- برای یادگیری مهارتهای تطابقی، بیمار را به ارتباط با افراد بیمار یا دارای مشکل مشابه که تجربیات مثبتی داشته اند، تشویق نمایید.	
۱۱- بیمار را از نظر الگوهای تغذیه ای و دریافت مایعات بررسی کنید چون ناامیدی بر آنها تاثیر دارد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- بیمار را به شناسایی توانایی هایش تشویق کنید.	
۲- به بیمار آموزش دهید نگاه منفی به خود را با افکار مثبت عوض کند.	
۳- مهارتهای تطابقی را به بیمار آموزش دهید.	

۴- طراحی اهداف واقعی کوتاه مدت یا دراز مدت را به بیمار آموزش دهید به این صورت که پیشرفت از ساده به پیچیده صورت گیرد و زمان رسیدن به اهداف مشخص باشد.

References	منابع مورد استفاده:
- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company. - Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company. - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

ترس

بیان مشکل	Problem Definition
ترس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- هنگام مواجهه بیمار با شیء یا موقعیتی که منجر به ترس بی اساس در او می گردد، ترس ناتوان کننده را تجربه نکند . - بیمار بتواند بدون تجربه اضطراب در حد شدید، در مقابل اشیاء یا موقعیت ترسناک فعالیت خود را انجام دهد . - بیمار قادر به مدیریت اضطراب خود در مقابل شیء یا موقعیت ترسناک باشد .	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اجازه دهید که بیمار احساسات خود را به صورت آزادانه ابراز کند، چرا که ترس غیرمنطقی بیمار سبب ایجاد اضطراب در وی می شود . ۲- به بیمار اطمینان دهید که می تواند توسط یادگیری بر اضطراب خود غلبه کند تا در موقعیت های اضطراب آور، کنترل خود را از دست ندهد . ۳- به بیمار کمک کنید که ارتباط میان حملات ترس و رفتارهای اجتنابی که در فعالیت های روزمره وی اختلال ایجاد می کنند را تشخیص دهد . ۴- به منظور غلبه بیمار بر ترس خود می توان از روش حساسیت زدایی تدریجی استفاده کرد . ۵- در مورد مراقبت از سلامت بیمار به وی اطمینان دهید در حالت اضطراب شدید بیمار ممکن است نگران زندگی خود باشد . ۶- به بیمار اطمینان دهید که تا زمانی که وی آمادگی لازم را نداشته باشد وی را با موقعیت ترس آور مواجه نخواهید کرد . ۷- در هر مرحله از حساسیت زدایی تدریجی که بیمار موفق به غلبه بر اضطراب خود می شود به وی بازخورد مثبت بدهید . ۸- بیمار را در اتخاذ تصمیمات مربوطه به انتخاب استراتژی های مختلف سازشی دخالت دهید . به عنوان مثال بیمار ممکن است تصمیم بگیرد که از موقعیت ترس آور اجتناب کرده و یا تلاش کند که ترس خود را از بین ببرد . دادن اجازه انتخاب به بیمار، احساس خود ارزشمندی را در وی افزایش می دهد . ۹- در صورتی که در هر گام بیمار دچار اضطراب شد به گام قبلی برگردید .	

۱۰- کار با بیمار را از موقعیت هایی که اضطراب کمتر دارد شروع کرده و ضمن آرام سازی ، مددجو را گام به گام جلو ببرید .

۱۱- در صورتی که در هر گام بیمار دچار اضطراب شد به گام قبلی برگردید .

منابع مورد استفاده:

- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company.
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company.
- Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

احتمال آسیب به خود

بیان مشکل	Problem Definition
رفتارهای عمدی آسیب به خود در رابطه با: - حالات روانی (توهمات)، ناتوانی برای بیان تنش خود به صورت کلامی، مورد تجاوز جنسی واقع شدن در کودکی، اختلاف میان والدین، جدایی خانواده، الکسیم خانوادگی، سابقه خانوادگی رفتارهای آسیب به خود، دوره نوجوانی، داشتن دوستانی که به خود آسیب رسانده‌اند، طرد از طرف دوستان، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، بحران هویت جنسی، اعتماد به نفس پایین.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- احتمال و خطر آسیب به خود در بیمار به حداقل ممکن کاهش یابد. - هرگونه آسیب به خود از سوی بیمار کنترل و پیشگیری گردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علایم افسردگی، اضطراب و تحریک پذیری را بررسی کنید. ۲- حس اعتماد را در بیمار پایه ریزی کنید. ۳- وجود توهم را بررسی نمایید. سوال کنید آیا شما صداهایی می شنوید که افراد دیگر نمی شنوند؟ آیا آن صداها به شما می گویند که به خودتان آسیب برسانید؟ این صداها بیمار را به طرف آسیب رساندن به خود و یا دیگران هدایت می کند. ۴- سابقه خانوادگی سوء مصرف مواد را بررسی کنید. ۵- خطر خودکشی را بررسی کنید: - رفتارهای بیمار را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید. - توجه داشته باشید کنترل بیمار تحت الگوی خاصی نباشد و با فاصله‌های نامنظم انجام گردد. - محیط بیمار را امن نگه دارید و همه وسایل صدمه آفرین را از محل دور کنید. - از شیشه نشکن در محیط بیماری که در خطر صدمه به خود است، استفاده کنید. ۶- با بیمار قرارداد (شفاهی یا کتبی) ببندید که در زمان تجربه میل به صدمه به خود، پرستار بخش را آگاه کند. ۷- هنگامی که بیمار عوامل تسریع کننده و کاهش دهنده رفتارهای آسیب به خود را معرفی می‌کند او را تحسین کنید. ۸- به بیمار اطمینان دهید که او تنها نخواهد ماند و در طول مدت توهمات امنیت دارد و او را جهت درمان دارویی ارجاع دهید. ۹- اگر بیمار به بدن خود آسیب رساند مراقبت از زخم‌ها را با حالتی دور از لطافت و بدون توجه زیاد انجام دهید.	

۱۰- هنگامی که بیمار اضطراب بیش از حد را تجربه می‌کند از روابط يك به يك استفاده کنید. ۱۱- راههایی که سبب کاهش اضطراب می‌شوند مثل ورزش، فعالیت یا صحبت در مورد احساسات را تقویت کنید. ۱۲- بیمار را از نظر وجود سابقه حملات و پرخاشگری در گذشته بررسی کنید. ۱۳- احساسات مربوط به عصبانیت بیمار را به خوبی گوش دهید و آنها را بشناسید. ۱۴- بیمار را از نظر افزایش فعالیت حرکتی بدقت مشاهده کنید و اگر بیمار پرخاشگری نمود، آمادگی مداخله را داشته باشید. ۱۵- اگر بیمار برای کنترل رفتار خود ناتوان است، به جای جدا نمودن بیمار، نظارت فعال بر او داشته باشید. ۱۶- بیمار را در برنامه مراقبتی، مشارکت دهید و تأکید کنید که بیمار می‌تواند انتخاب داشته باشد. ۱۷- تأکید کنید که بیمار باید قوانین بخش را بپذیرد و برای این پذیرش، تقویت مثبت انجام دهید و به رفتارهای آسیب‌زننده و نا به هنجار توجه کمی معطوف کنید. ۱۸- بیمار را در گروه درمانی شرکت دهید و از گروه درمانی برای تغییر روش‌های سازگاری با تنهایی، تکانه‌های آسیب خود و روابط بین فردی استفاده کنید. ۱۹- بر توانایی‌های بیمار تمرکز کنید. از بیمار بخواهید که هنگامیکه سخنان منفی در مورد خود می‌گوید کلمه "توقف" را در ذهن بیاورد و آن را با عبارات مثبت جایگزین کند. ۲۰- اگر شواهدی دال بر مورد تجاوز قرار گرفتن وجود دارد، بیمار را به سیستم‌های حمایتی ارجاع دهید. ۲۱- محیط خانه را از نظر وجود وسایل خطر آفرین بررسی کنید. ۲۲- اگر رفتارهای بیمار تشدید شد، او را جهت مداخلات سلامت روانی ارجاع دهید. ۲۳- بیمار را برای مصرف دارویی، همچون clozapin به پزشک ارجاع دهید. ۲۴- میزان تأثیر و عوارض جانبی داروها را ارزیابی کنید.	آموزش به بیمار
۱- اگر بیمار تحت درمان دارویی قرار دارد، شناخت و آگاهی بیمار و خانواده او را در مورد مدیریت استفاده از دارو و عوارض جانبی آن بررسی کنید و در صورت نیاز به آنها آموزش دهید. ۲- فعالیت‌هایی که برای بیمار امکان‌پذیر و میسر هستند و اهمیت آنها را به خانواده بیمار گوشزد کنید (وظایف ساده‌ای همچون شستن ظروف). ۳- اجرای وظایف پیچیده قبلی مانند پرداخت پول ممکن است تا زمانی که درمان بیمار کامل نشود میسر نباشد. ۴- بیمار و خانواده او بایستی از وضعیت موقتی بوجود آمده آگاهی داشته باشند.	منابع مورد استفاده:
- Callias, M. & Carpenter, M.(1994) "Self-injurious behavior in a state psychiatric hospital", Hospital and Community Psychiatry. 45:170. - Chengappa, K N. et al (1999) "Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder", Journal of	

Clinical Psychiatry. 60(7):477-484.

- Clarke, L. & Whittaker, M. (1998) "Self – mutilation: culture, contexts and nursing responses". Journal of Clinical Nursing. 7(2): 129-137.
- Dallam, S J. (1997) "The identification and management of self mutilation patients in primary care". The Nurse Practitioner. 22(5):151-165.
- Dallam, S. & Manderino, M A. (1997) "Force to be peer group supports patients with MPD/DD", Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. 35(95):22-27.
- Hawton, K. et al. (1998) "Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychological and pharmacological treatments in preventing repetition". BMJ. 317(7156): 441-447.
- Kress, V E W. (2003) "Self injurious behaviors :assessment and diagnosis" , Journal of Counseling and Development Articles. 81 (4):490.
- Lanza, M. et al. (1996) "The relationship of behavioral cues to assaultive behavior". Clinical Nursing Research. 5(1):6-25, discussion pp 26-27.
- Mckay, D. et al. (2000) "Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms", Journal of Personality Disorders. 14(1):57-63.
- Stanley, B. et al (2001) "Are suicide attempters who self mutilate a unique population?", The American Journal of Psychiatry. 158 (3): 427- 432.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

احتمال خودکشی

بیان مشکل	Problem Definition
عوامل مربوط به خطر خودکشی:	- رفتاری: سابقه تلاش برای خودکشی در گذشته، خرید اسلحه، ذخیره و جمع کردن داروها، اهدا کردن وسایل خود، سرخوشی ناگهانی در کسی که افسردگی مآزور دارد، تغییر در رفتار و حالات. - کلامی: تهدید به کشتن خود، بیان میل به مردن. - موقعیتی: به تنهایی زندگی کردن، نامناسب بودن وضعیت اقتصادی، وابستگی به دیگران (کاهش استقلال)، حضور اسلحه در خانه، جوانانی که در آغوش خانواده نیستند مثل جوانان زندانی، یا حضور در خانه‌های گروهی. - روانی: سابقه خودکشی در خانواده، سوءاستفاده مواد و الکل، اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی، مورد تجاوز قرار گرفتن در کودکی. - جمعیت شناختی: از نظر سنی، افراد مسن‌تر، پسران در سن بلوغ و نوجوانان / مردان و زنان طلاق گرفته بیشتر، در خطر خودکشی هستند. - فیزیکی: بیماریهای جسمی و درد مزمن. - اجتماعی: اختلال در زندگی خانوادگی، سیستم‌های ضعیف حمایتی، ایزولاسیون اجتماعی، سوگ.
برآوردهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- افسردگی کنترل شود. - افکار نابهنجار کنترل شود. - میل به زندگی افزایش یابد. - اضطراب کاهش یافته و توهم کنترل شود. - مددجو در مورد احساسات خود صحبت کند و عصبانیت خود را بیان کند. - وسایل خطرناک در دسترس نباشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بعنوان پرستار بایستی از نشانه‌های خطر خودکشی آگاه باشد که عبارتند از: - نشانه‌های کلامی مانند «ای کاش مرده بودم» - منزوی و افسرده شدن - رفتارهای جسورانه و بی‌پروا - بخشیدن دارایی‌های با ارزش	

- بروز تغییراتی در رفتار، حالات و ظاهر فرد - سوء مصرف الکل و مواد - رنج بردن از يك تغيير در زندگی یا از دست دادن يك چیز بزرگ ۲- تصمیم و خیال خودکشی را هنگامی که فاکتورهای زیر در تاریخچه بیمار وجود دارد بررسی کنید: افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل، سایر اختلالات روانی، تلاش برای خودکشی در گذشته، طلاق و جدایی اخیر، اخراج اخیر (از محل کار)، داغدیدگی اخیر، درد مزمن. ۳- عقاید فرهنگی و ارزشهای بیمار را در مورد درك او از خودکشی بررسی کنید. ۴- پتانسیل و آمادگی بیمار برای خودکشی را گزارش کنید و او را زیر نظر بگیرید. ۵- اگر شواهدی دال بر قصد خودکشی وجود دارد فرد را به مشاور و یا بستری در بیمارستان ارجاع دهید. ۶- از خانواده بیمار در مورد علایمی که نشاندهنده آمادگی بیمار برای خودکشی هستند سؤال کنید. ۷- باید برای بیماری که خارج از بیمارستان است و قصد خودکشی دارد فعالیت‌هایی را در نظر بگیریم تا مشغول باشد و کمتر به خودکشی فکر کند. ۸- به احساسات بیمار در مورد بحران کنونی توجه کنیم و به آن اهمیت دهیم (به عنوان مثال توسط روش‌هایی مانند انعکاس احساسات بیمار).	آموزش به بیمار
- برای بیمار و خانواده او ایفای نقش کنید تا راه و روش سالمی برای بحث در مورد قصد بیمار برای خودکشی فراگیرند. - با والدین و اعضای خانواده فرد مشاوره کنید تا دسترسی بیمار را به داروهای مرگ آور و دیگر وسایل خودکشی محدود کنند.	
منابع مورد استفاده:	
- American Psychiatric Association –Medical Specialty Society(2005). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior.Avaliable www.ngc.gov/summary.accessed 10,2005 - Befrienders International (2001). retrieved from the World Wide Web March 27, 2001.Web site: www.befrienders .org / mainindex. htm. - Giger, J N. et al. (1995). Transcultural nursing, 2nd Edition, St Louis, Mosby. - Houston, K. et al. (2001). “Suicide in young people aged15-24”, Journal of Affective Disorders. 63(1-3):159-170. - Leininger, M M. (1996). Transcultural Nursing, Theories, Research, and Practice, 2nd Edition, Hilliard, Ohio, McGraw-Hill. - Rivera- Andino, J. et al. (2000). “When culture complicates care”, RN Journal.	

63(7):47-49.

- Pies, R. (2004). Bipolar disorder and suicide: an update, Psychiatric Times supplement, Bipolar Disorder and impulsive spectrum. Letter.1, Feb.
- Rudd, M D. et al. (2000). "Personality types and suicidal behavior: an exploratory study", Suicide and Life-Threatening Behavior. 30(3):199-212.
- Shah, S. et al. (2000). "Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado", Journal of Adolescent Health. 26(3):157-163.
- Stuart, G W. & Laraia, M T. (2001). Therapeutic nurse-patient relationship. In Stuart GW, Laraia MT, editors: principles and practice of psychiatric, St Louis, Mosby.
- Torrey, E F. et al. (2001). "Outpatient commitment: what, why, and for whom", Psychiatric Services. 52(3):337-341.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

پرخاشگری

Problem Definition	بیان مشکل
پرخاشگری	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- اضطراب بیمار در حدی حفظ شود که بیمار نیاز به پرخاشگری احساس نکند. - بیمار قادر به استفاده از روش های موثر مقابله با استرس باشد. - بیمار به خود و دیگران صدمه نرساند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
- رفتار بیمار را به طور مستمر مورد مشاهده قرار دهید. از اینکه مراقب و مظنون به نظر برسید، اجتناب کنید. - مشاهده مستمر به منظور مداخله فوری جهت امنیت بیمار و دیگران ضروری است. - مانند يك الگو عمل کنید و راه صحیح تخلیه عصبانیت و مقابله با استرس را به بیمار نشان دهید. آموزش نحوه صحیح ابراز خشم و عصبانیت به بیمار بسیار مهم است زیرا رفتارهای تهاجمی نسبت به دیگران اغلب ناشی از انباشته شدن خشم درونی است. - کلیه وسایل خطر آفرین را از دسترس بیمار دور نگه دارید. - در هنگام عصبانیت بیمار سعی کنید رفتار تهاجمی و پرخاشگرانه وی را از طریق فعالیت های جسمی مانند " ضربه زدن به کیسه بوکس " کاهش دهید. - به بیمار کمک کنید تا منبع عصبانیت و درك خود از موقعیت ها را بشناسد و نسبت به رفتار خود بازاندیشی داشته باشد. - به هنگام افزایش تنش و اضطراب بیمار در کنار او بمانید چرا که حضور فرد قابل اعتماد به بیمار احساس امنیت می دهد و از بالا رفتن سریع اضطراب جلوگیری می نماید. - تعداد کارکنان بخش جهت کنترل موقعیت به اندازه کافی باشد. - در صورت تجویز پزشك، داروی بیمار را قبل از اینکه نیاز به مهار فیزیکی باشد، به او بدهید. - در صورتی که اقدامات فوق موثر واقع نشد از شیوه مهار فیزیکی استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- روش های مقابله با استرس و راه صحیح ابراز احساسات درونی را به بیمار آموزش دهید. - به بیمار آموزش دهید که منبع عصبانیت خود را بشناسد و نسبت به رفتارهای خود بازاندیشی داشته باشد.	

- Stuart, G W, Laraia M T. (2001) Therapeutic nurse-patient relationship. In Stuart GW, Laraia MT, editors: principles and practice of psychiatric, St Louis, Mosby.
- Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition, Elsevier Mosby Company.
- Walden-McBride, D L. et al. (2000). "Listening for patient's story: the psychosocial story of a patient with end-stage heart disease", Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. 38(11):26-31.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلالات خلقی

Problem Definition	بیان مشکل
وجود اختلالات خلقی در بیمار	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - وجود اختلالات خلقی را در بیمار تشخیص دهد. - تا حد امکان علل ایجاد کننده و تشدید کننده این امر را در بیمار تشخیص دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ارزیابی اولیه از بیمار به عمل آورید. ۲- از بیمار تاریخچه کسب کنید. ۳- عوامل ایجاد کننده و تشدید کننده این امر را کشف کنید. ۴- محیطی سالم برای بیمار فراهم آورید. ۵- در صورت نیاز بیمار بستری شود. ۶- اقدامات دارویی تجویز شده را انجام دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- بیمار را به دوری از شرایط و محیطهای استرس زا توصیه کنید. - بیمار را به بستری در بیمارستان در صورت نیاز توصیه کنید. - بیمار را در صورت تجویز دارو، به مصرف دقیق آنها توصیه کنید.	
References	منابع مورد استفاده:
- Monahan, F. Sand, S. Neighbors, M. et-al. (2007) Phipp's Medical-Surgical Nursing. 8th Edition. Mosby, Eelesvier. - Shives, L R. (2008) Basic concepts of psychiatric mental Health nursing. 7th Edition, Philidelphia Lippincott.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

توهم

بیان مشکل	Problem Definition
توهم	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	- بیمار علایم توهم را از خود نشان ندهد. - بیمار قادر به تشخیص ارتباط میان افزایش اضطراب و ظاهر شدن توهمات باشد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱- علایم توهمات بیمار (قیافه گوش کردن به چیزی به خود گرفتن، با خود صحبت کردن یا خندیدن، متوقف شدن در وسط جمله و) را مورد مشاهده قرار دهید تا از واکنش های تهاجمی ناشی از دستوراتی که توسط توهم به فرد داده می شود، به موقع جلوگیری شود . ۲- توهم بیمار را تقویت نکنید. اجازه دهید که بیمار بفهمد شما موافق ادراکات او نیستید. بگویید " هر چند که می دانم صداها برای شما واقعی هستند ولی من هیچ صدایی را نمی شنوم ". البته مشاخره با بیمار نیز روش ناصحیحی است . ۳- جهت کاهش توهمات بیمار، وی را به شرکت در گروهها و فعالیت های بین فردی تشویق کنید. ۴- وقتی بیمار دچار توهم است، وی را تنها نگذارید. ۵- به توهمات آمرانه بیمار، کاملاً دقت کنید، ممکن است این توهمات بیمار را مجبور کند که عملی خاص انجام دهد. ۶- بدون اطلاع قبلی بیمار را لمس نکنید، بیمار ممکن است لمس را به صورت تهدیدی درک کرده و با حالت تهاجمی پاسخ دهد. ۷- در صورت امکان جهت جلب اعتماد بیمار، مراقب ثابت برای بیمار انتخاب کنید . ۸- سعی کنید که بیمار به ارتباط میان افزایش اضطراب و زمان توهم پی ببرد. اگر بیمار بتواند با یادگیری روشهای مدیریت استرس، مانع افزایش اضطراب خود شود شاید از توهمات جلوگیری گردد. ۹- فعالیت هایی نظیر انحراف فکر، گوش دادن به موسیقی و شرکت در فعالیت های ورزشی را برای بیمار تدارك ببیند. ۱۰- در برخورد با بیماران پارانوئید، از خندیدن و درگوشی یا آهسته صحبت کردن در حالی که بیمار بتواند شما را ببیند ولی حرف هایتان را نشنود، خودداری کنید. ۱۱- در مورد بیماران پارانوئید از انجام فعالیت های رقابتی پرهیز کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
- روش های کنترل استرس را به بیمار آموزش دهید. - از هر فرصتی جهت شرح موقعیت های واقعی برای بیمار استفاده نمایید.	
منابع مورد استفاده:	
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company - Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company. - Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company. - Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition, Elsevier Mosby Company.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هذیان

بیان مشکل	Problem Definition
هذیان (تغییر در فرآیند تفکر)	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار قادر به تفکیک تفکر هذیانی از واقعیت باشد. - بیمار قادر به تشخیص ارتباط میان افزایش اضطراب و اعتقادات باطل و نادرست باشد. - پرستار وجود هر گونه هذیان و شدت آن را در بیمار تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- وجود هذیان و سایر اختلالات روانی مشابه را در مددجو ارزیابی کنید. ۲- میزان شدت هذیان و اختلالات مشابه را در مددجو بررسی کنید. ۳- محیطی سالم را جهت پیشگیری از خودکشی احتمالی فراهم آورید. ۴- اعتماد به نفس مددجو را بالا ببرید. ۵- ترس های کاذب مددجو را کاهش دهید. ۶- به بیمار بفهمانید که نیاز وی به اعتقادات نادرست را می پذیرید، اما با هذیان های او موافق نیستید. قبول هذیان های بیمار این باور را در او ایجاد می کند که هذیان او را به عنوان واقعیت قبول دارید. ۷- با بیمار مشاجره نکنید و اعتقاد وی را انکار نکنید بلکه شك منطقی در او ایجاد کنید مثلا بگویید "قبولش برای من مشکل است". ۸- بر حقیقت و واقعیت تمرکز کرده و درباره مردم و حوادث واقعی با بیمار صحبت کنید. ۹- به بیمار کمک کنید تا به ارتباط میان افزایش اضطراب و اعتقادات باطل و هذیانی پی ببرد. ۱۰- بیمار را به برقراری ارتباط مناسب با دیگران تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- روش های کنترل استرس را به بیمار آموزش دهید. - به بیمار در مورد چگونگی بیان احساسات درونی خود آموزش دهید چرا که عدم تخلیه مناسب احساسات سبب افزایش اضطراب بیمار می گردد.	

- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company
- Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Shives, L R. (2008) Basic concepts of psychiatric mental Health nursing. 7th Edition, Philadelphia Lippincott .
- Stuart, G.W. & Laraia, M T. (2005) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition, Elsevier Mosby company.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سوء مصرف مواد

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال سوء مصرف مواد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو از مصرف مواد مخدر، اجتناب نماید . - بیمار بتواند شدت خطراتی را که از استفاده مواد مخدر حاصل می شود، درک کند . - مددجو در مرحله قطع مصرف دارو، صدمه و آسیبی را تجربه نکند .	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اثرات سوء استفاده از مواد را بر بدن بیمار شرح دهید و تاکید کنید که پیش آگهی بیماری منوط به خودداری از مصرف دارو می باشد. بسیاری از بیماران از اثرات مخربی که سوء استفاده از مواد بر بدن دارد، اطلاعی درستی ندارند . ۲- بیمار را در تشخیص این که سوء استفاده از مواد در زندگی وی مشکل ایجاد کرده است، یاری دهید . قبل از اینکه توانبخشی شروع شود بیمار باید رابطه بین استفاده از مواد و مسایل و مشکلات شخصی را درک کند . ۳- به بیمار روش های مختلفی را آموزش دهید که وی در موقع فشار روانی به جای روی آوردن به سوء مصرف، می تواند از آنها استفاده کند (مانند: ورزش های جسمی ، روش های آرام سازی و ...) ۴- از هرگونه سرزنش مددجو خودداری کنید. ۵- بیمار را به شرکت در گروه های خودیاری تشویق کنید . ۶- به بیمار در بیان احساسات خود از طرق قابل قبول کمک کنید .	
آموزش به بیمار	Patient Education
- روش های اظهار نظر قاطعانه را به بیمار آموزش دهید. چنانچه فرد بتواند به روش قاطعانه با دیگران تعامل برقرار کند عزت نفس وی افزایش می یابد . - از روش ایفای نقش جهت آموزش نحوه ارتباط مددجویان با سایرین استفاده نمایید .	

- Carol, T. Carol, L. & Lemone, P. (2005) Fundamental of Nursing. 4th Edition, Lippincott Company.
- Carpenito, L J. (1995) Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 6th Edition, J. B. Lippincott Company.
- Doenges, M E. Moorhous, M F. & Murr A C. (2008) Nursing Diagnosis Manual. 2nd Edition, Philadelphia, Davis Company.
- Newfield, S A. Hinz, M D. & Tilley, D S. (2007) Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis. 5th Edition, Philadelphia, Davis Company.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سندورم پس از تروما

بیان مشکل	Problem Definition
سندرم پس از تروما (post trauma syndrome) و عدم سازگاری در پاسخ به يك واقعه تروماتيك و سخت در رابطه با:	- رخدادهاي خارج از تجربيات معمول يك انسان، سوء استفاده فیزیکی و روانی اجتماعی، بوجود آمدن اتفاقات بسیار غم‌انگیز شامل مرگ چند نفر، اپیدمی‌ها، ویرانی ناگهانی خانه یا جامعه‌ای (مثل جنگ)، نگه داشتن اسیران جنگی و مورد شکنجه قرار دادن آنها، تجاوز جنسی، فاجعه طبیعی یا ساخته شده دست بشر، صدمه یا تهدید جدی وارد شده به خود یا یکی از نزدیکان، تصادفات موتور، مقابله‌های جنگی و نظامی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- سازگاری موثر بیمار در پاسخ به حوادث و وقایع سخت	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به هرگونه واکنش بیمار نسبت به وقایع تروماتیک، صرفنظر از سن بیمار دقت کنید. ۲- به شدت پاسخ بیمار و تأثیر آن بر عملکرد رایج او توجه کنید. ۳- محیطی ایمن و درمانی را فراهم کنید تا بیمار بتواند دوباره کنترل خود را به دست آورد. ۴- در طی دوره‌هایی که بیمار از نظر عاطفی دچار مشکل شده است، در کنار بیمار بمانید و او را حمایت کنید. ۵- با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی و مذهبی، از لمس با اجازه بیمار استفاده کنید (مانند گذاشتن دست روی شانه بیمار و یا گرفتن دست بیمار). ۶- برای بیمارانی که نسبت به لمس جسمی احساس عدم راحتی می‌کنند، استفاده از تکنیک‌های لمس درمانی را در نظر بگیرید. ۷- جهت کمک به بیمار برای شرح و بیان واقعه و احساسات خود از ارتباط درمانی استفاده کنید. ۸- فرصت‌هایی برای بیان احساسات بیمار بصورت کلامی، از طریق فعالیت‌ها فراهم کنید. ۹- اگر بیمار برای بیان احساسات خود آمادگی ندارد او را تحت فشار قرار ندهید. ۱۰- سیستم‌های حمایتی در دسترس بیمار را پیدا کنید و آنها را افزایش دهید. ۱۱- به بیمار برای رعایت عادات تغذیه‌ای و خواب مطابق گذشته، کمک کنید. ۱۲- به بیمار برای استفاده از بازسازی مثبت شناختی برای ایجاد احساس خود ارزشی، کمک کنید. ۱۳- وسایلی را برای بیمار فراهم کنید تا بتواند احساسات خود را از طریق نقاشی درمانی بیان کند. ۱۴- به بیمار کمک کنید تا متوجه شود که احساسات و افکار او نتیجه ترومایی است که اتفاق افتاده و نشانه بیماری روانی نیست (علائم بیمار را طبیعی جلوه دهید).	

۱۵- بیمار را تشویق کنید تا هر چه سریعتر به حالت طبیعی و روتین برگردد. ۱۶- از مهارتهای بررسی محیطی برای تعیین مددجویان سالمند که در اثر فاجعه و یا فقدان، دچار آسیب و تروما شده‌اند، استفاده کنید. ۱۷- بیمار را از نظر کنار آمدن با فقدان به دقت مشاهده کنید زیرا ممکن است بر مهارتهای سازگاری او تأثیر بگذارد. ۱۸- به بیمار برای برقراری اعتماد و بیان عصبانیت، احساس گناه و شرمندگی درباره تروما، زمان بدهید. ۱۹- مهارتهای سازگاری بیمار را در گذشته مرور کنید و به بیمار برای موفقیت در سایر بحرانهای زندگی تقویت مثبت بدهید. ۲۰- امیدواری را به فرد القاء کنید. ۲۱- به عقاید فرهنگی، هنجارها و ارزشهایی که بر توانایی بیمار برای سازگاری با تجربه تروماتیک اثر دارند، توجه کنید. ۲۲- به احساسات بیمار راجع به واقعه تروماتیک رخ داده، اهمیت دهید. ۲۳- حمایت خانواده و پاسخ آنها به مکانیزمهای سازگاری بیمار را بررسی کنید و در صورت لزوم خانواده را برای مشاوره ارجاع دهید. ۲۴- تلاش کنید فعالیت‌های روزانه زندگی بیمار مطابق با تجربیات پیش از تروما باشد و سعی نکنید يك برنامه و روش جدید برای بیمار ایجاد کنید. ۲۵- اگر بیمار دارو دریافت می‌کند، توانایی او را در دارو خوردن بررسی کنید و اگر لازم بود مدیریت مصرف دارو را به شخصی مسئول در خانواده محول کنید. ۲۶- تأثیر تروما را بر دیگر افراد مهم خانواده بررسی کنید و با آنها همدلی و از آنها مراقبت کنید.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="217 1234 1395 1291">آموزش به بیمار</th><th data-bbox="217 1234 1395 1291">Patient Education</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="217 1291 1395 1348">۱- آنچه که در روزهای اول پس از حادثه تروماتیک و در آینده از بیمار و خانواده‌اش انتظار دارید، توضیح دهید.</td><td data-bbox="217 1291 1395 1348"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1348 1395 1446">۲- مهارتهای مثبت تطابق را به بیمار آموزش دهید و آنها را از روش‌های منفی تطابق (مانند استفاده از مشروبات الکلی) اجتناب دهید.</td><td data-bbox="217 1348 1395 1446"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1446 1395 1560">۳- روش‌های کاهش استرس مانند تنفس عمیق، تصویرسازی، مراقبه و ورزشهای جسمی را آموزش دهید و به خصوص زمانی که افکار مزاحم و یا یادآوری زمان واقعه (flash back) اتفاق می‌افتد.</td><td data-bbox="217 1446 1395 1560"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1560 1395 1617">۴- سایر عادات خوب را مانند رژیم مناسب، خواب کافی، ورزش منظم، فعالیت‌های خانوادگی تشویق کنید.</td><td data-bbox="217 1560 1395 1617"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1617 1395 1673">۵- بیمار را به گروه‌های حمایتی همتایان ارجاع دهید.</td><td data-bbox="217 1617 1395 1673"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1673 1395 1772">۶- بیمارانی که تصادفات و حوادث (موتور، اتومبیل...) داشته‌اند را برای اختلالات استرس پس از سانحه به مشاوره ارجاع دهید.</td><td data-bbox="217 1673 1395 1772"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1772 1395 1829">۷- بیمارانی که دچار صدمات مغزی تروماتیک شده‌اند، برای مشاوره جهت اختلال پس از سانحه ارجاع دهید.</td><td data-bbox="217 1772 1395 1829"></td></tr> <tr> <td data-bbox="217 1829 1395 1890">۸- به خانواده راههای حمایتی و کمک کننده به شخص صدمه دیده را آموزش دهید و بر اهمیت گوش کردن به</td><td data-bbox="217 1829 1395 1890"></td></tr> </tbody> </table>	آموزش به بیمار	Patient Education	۱- آنچه که در روزهای اول پس از حادثه تروماتیک و در آینده از بیمار و خانواده‌اش انتظار دارید، توضیح دهید.		۲- مهارتهای مثبت تطابق را به بیمار آموزش دهید و آنها را از روش‌های منفی تطابق (مانند استفاده از مشروبات الکلی) اجتناب دهید.		۳- روش‌های کاهش استرس مانند تنفس عمیق، تصویرسازی، مراقبه و ورزشهای جسمی را آموزش دهید و به خصوص زمانی که افکار مزاحم و یا یادآوری زمان واقعه (flash back) اتفاق می‌افتد.		۴- سایر عادات خوب را مانند رژیم مناسب، خواب کافی، ورزش منظم، فعالیت‌های خانوادگی تشویق کنید.		۵- بیمار را به گروه‌های حمایتی همتایان ارجاع دهید.		۶- بیمارانی که تصادفات و حوادث (موتور، اتومبیل...) داشته‌اند را برای اختلالات استرس پس از سانحه به مشاوره ارجاع دهید.		۷- بیمارانی که دچار صدمات مغزی تروماتیک شده‌اند، برای مشاوره جهت اختلال پس از سانحه ارجاع دهید.		۸- به خانواده راههای حمایتی و کمک کننده به شخص صدمه دیده را آموزش دهید و بر اهمیت گوش کردن به	
آموزش به بیمار	Patient Education																		
۱- آنچه که در روزهای اول پس از حادثه تروماتیک و در آینده از بیمار و خانواده‌اش انتظار دارید، توضیح دهید.																			
۲- مهارتهای مثبت تطابق را به بیمار آموزش دهید و آنها را از روش‌های منفی تطابق (مانند استفاده از مشروبات الکلی) اجتناب دهید.																			
۳- روش‌های کاهش استرس مانند تنفس عمیق، تصویرسازی، مراقبه و ورزشهای جسمی را آموزش دهید و به خصوص زمانی که افکار مزاحم و یا یادآوری زمان واقعه (flash back) اتفاق می‌افتد.																			
۴- سایر عادات خوب را مانند رژیم مناسب، خواب کافی، ورزش منظم، فعالیت‌های خانوادگی تشویق کنید.																			
۵- بیمار را به گروه‌های حمایتی همتایان ارجاع دهید.																			
۶- بیمارانی که تصادفات و حوادث (موتور، اتومبیل...) داشته‌اند را برای اختلالات استرس پس از سانحه به مشاوره ارجاع دهید.																			
۷- بیمارانی که دچار صدمات مغزی تروماتیک شده‌اند، برای مشاوره جهت اختلال پس از سانحه ارجاع دهید.																			
۸- به خانواده راههای حمایتی و کمک کننده به شخص صدمه دیده را آموزش دهید و بر اهمیت گوش کردن به																			

بیمار و در کنار او بودن، تأکید کنید.

۹- استفاده از درمان‌های مکمل را هم مدنظر قرار دهید.

منابع مورد استفاده:

- Brent, D. (1995) "Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior , mental and substance abuse disorders , family environmental factors , and life stress" , Suicide and life-Threatening Behavior. 25: 52.
- Burgess, A. Hartman, C. & Clements, P. (1995) "Biology of memory and childhood trauma", Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. 33:16.
- Harvey, A G. & Bryant, R. (1998) "Acute stress disorder after mild traumatic brain injury", Journal of Nervous and Mental Disease. 186(6):333-337.
- Hayes, J. & Cox, C. (1999) "The experience of therapeutic touch from a nursing perspective", British Journal of Nursing. 8(18):1249-1254.
- Jaspers, J. (1998) "Whiplash and post-traumatic stress disorder", Disability and Rehabilitation. 20(11): 397-404.
- Marshall, R. & Kleine, D. (1995) "Pharmacotherapy in the treatment of post-traumatic stress disorder", Psychiatr Ann. 25:588-597.
- Prigerson, H G. Maciejewski, P K. & Rosenheck, R A. (2001) "Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved post traumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men". Journal of Nervous and Mental Disease. 189(2):99-108.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000) "Dysfunctional meaning of post-traumatic in chronic PTSD", Behavior Research and Therapy. 38(6):537-558.
- Stein, D J. et al. (2000) "Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder", Cochrane Database Systematic Review. 4: CD002795.
- Stuart, G W., Laraia MT (2001) Therapeutic nurse-patient relationship. In Stuart GW, Laraia MT, editors: principles and practice of psychiatric, St Louis, Mosby.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مسمومیت با لیتیوم

بیان مشکل	Problem Definition
مسمومیت با لیتیوم	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- حفظ سطح درمانی لیتیوم. - جلوگیری از بروز عوارض. - حفظ حیات بیمار.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر اختلالات الکترولیتی بررسی کنید . ۲- بیمار را از نظر دهیدراتاسیون و وضعیت مصرف نمک کنترل نمایید . ۳- علایم حیاتی بیمار را طبق دستور کنترل کنید . ۴- بیمار را از نظر علایم اولیه مسمومیت بالیتیوم (لرزش اندام ها ، اختلال تکلم ، آتاکسی) تحت نظر قرار دهید. ۵- وجود علایم گوارشی در بیمار را بررسی کنید و در صورت وجود این علایم ، به بیمار توصیه کنید که لیتیوم را پس از غذا مصرف کند . ۶- بیمار را از نظر وجود علایم کلیوی و کم کاری تیروئید تحت نظر قرار دهید .	
منابع مورد استفاده:	
- Ackley, B & Ladwig, G. (2006) Nursing Diagnosis Handbook, 7th edition, St. Louis, Mosbey. - Fortinash,k. & Worret, P H. (2007). Psychiatric Nursing Care Plan, - تاون لند ، مری سی. تشخیص های پرستاری روانی. اقدس دواچی –شهرآب-تهران، ۱۳۸۷. - اسدی نوقابی ،احمد علي. روان پرستاری . انتشارات بشری، تهران، ۱۳۸۷ .	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سرطان

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در چارچوب زمانی مشخص بتواند:	- با کمک مقیاس درجه بندی درد، شدت درد خود را تعیین کند (در صورت داشتن توانایی های شناختی). - رضایت خود از کنترل درد با درمان ضددرد را بیان کند. - فعالیتهای مقتضی را در جهت رسیدن به سطح قابل قبول درد انجام دهد. - در صورت اختلال شناختی، کاهش درد را با رفتار خود نشان داده و فعالیتهای کاهنده درد را بطور رضایتبخش انجام دهد. - بیمار بیان کند که به اندازه کافی میتواند بخوابد و استراحت داشته باشد. - روش های غیردارویی کاهش درد را توضیح دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اگر بیمار در زمان مصاحبه اولیه درد دارد، مداخلاتی را برای تسکین درد وی انجام دهید. در ارزیابی اولیه بیمار، شدت و مشخصات درد، شروع، مدت و عوامل تشدید کننده یا تسکین دهنده آنرا بررسی و ثبت کنید.	
۲- درد بیمار را با استفاده از مقیاس درجه بندی صفر تا ده یا مقیاس تصویری بررسی کنید.	
۳- در دفعات مکرر، از بیمار راجع به دردش سؤال کنید.	
۴- از بیمار در مورد تجربیات گذشته خود در مورد درد و اثربخشی روش های کاهنده درد سؤال کنید.	
۵- اگر بیمار اختلال شناختی دارد و نمیتواند از مقیاس درجه بندی استفاده کند، رفتارهای نشان دهنده درد نظیر تغییر در فعالیت، کاهش اشتها، حالات چهره و نالیدن بیمار را بررسی کنید.	
۶- داروهای مسکن مصرفی بیمار را تعیین کنید. تاریخچه ای از مصرف داروهای مسکن در گذشته بدست آورید.	
۷- نیاز بیمار به مسکن های مخدر و غیرمخدر را تعیین کنید. همه بیماران با درد حاد بایستی داروهای مسکن غیرمخدر را سر ساعت دریافت کنند. اگر درد بیمار با مسکن های غیرمخدر درمان نشد، از مسکن مخدر استفاده کنید.	
۸- با پزشک جهت تجویز مسکن های غیرمخدر نظیر استامینوفن یا بروفن و مسکن های مخدر بخصوص برای دردهای شدید تماس بگیرید.	
۹- مسکن های مخدر را از راه خوراکی یا وریدی به بیمار بدهید نه تزریق عضلانی.	
۱۰- در مورد داروهای مسکن، نحوه تجویز و عوارض جانبی آنها با بیمار صحبت کنید.	

۱۱- با بیمار در مورد ترس از عدم تسکین درد، افزایش دوز دارو یا احتمال اعتیاد گفتگو کنید.	
۱۲- هنگام تجویز داروهای مسکن مخدر، شدت درد، میزان تسکین درد و وضعیت تنفسی بیمار را در فواصل منظم (هر دو ساعت) بررسی کنید (به ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی). اگر درد بیمار به میزان زیادی تسکین یافته است، دوز دارو را کاهش دهید.	
۱۳- نوع داروی مسکن و مقدار آن را در گزارش پرستاری ثبت نمائید.	
۱۴- مقدار نیاز به کاهش یا افزایش داروی مخدر بستگی به گزارش بیمار از شدت درد، پاسخ به دوز قبلی دارو، عوارض جانبی دارو و توان بیمار در انجام فعالیت های بهبودی دارد.	
۱۵- در صورت تحمل مسکن های خوراکی، دستور تغییر نوع داروی بیمار به فرم خوراکی را از پزشک دریافت کنید.	
۱۶- علاوه بر داروهای ضد درد، از روش های غیردارویی کاهنده درد نیز استفاده کنید: مثل انحراف فکر، آرام سازی عضلانی و کاربرد سرما و گرما.	
۱۷- وقتی که درد بیمار با روش های دارویی تسکین یافت، روش های غیردارویی را به بیمار آموزش داده و بکار بندید.	
۱۸- از بیمار در مورد وضعیت اشتها، دفع روده ای و خواب و استراحت سؤال کنید. از داروها برای بهبود این موارد کمک بگیرید (نظیر داروی ملین برای رفع یبوست ناشی از داروهای مخدر).	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- اهمیت مصرف داروهای مسکن برای کنترل درد را برای بیمار توضیح دهید.	
۲- به بیمار اطمینان دهید که مصرف داروهای مخدر برای کاهش درد، اعتیاد آور نبوده و ایجاد اعتیاد بسیار نادر است.	
۳- برای کمک به کنترل درد، استفاده از روش های غیردارویی کاهنده درد را به همراه مصرف داروها برای بیمار توضیح دهید. این روش ها عبارتند از: استفاده از سرما یا گرما، تکنیک های انحراف فکر، تنفس آرام، تصویر سازی ذهنی، ماساژ، گوش دادن به موسیقی و دیدن تلویزیون.	
منابع مورد استفاده:	
- The American pain society (2004) Pain current understanding of assessment, management and treatment. Available at www.ampainsoc.org/ce/npc .	

بیان مشکل	Problem Definition
درد مزمن	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند در چارچوب زمانی مشخص:	
- با کمک مقیاس درجه بندی درد، شدت درد خود را تعیین کند (در صورت داشتن توانایی های شناختی).	

- برنامه کامل درمان دارویی درد شامل چگونگی مصرف ایمن و مؤثر داروها و تلفیق آنها با روش‌های درمانی غیردارویی را شرح دهد. - در سطح توانایی قابل قبول خود و با حداقل درد و عوارض جانبی داروها فعالیت کند. - در صورت وجود اختلال شناختی، کاهش درد را با رفتار خود نشان داده، عوارض جانبی قابل کنترل و قابل تحمل داشته و فعالیتهای روزمره زندگی را بطور رضایت بخش انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در زمان مصاحبه اولیه از بیمار، تعیین کنید که آیا بیمار درد دارد یا نه. در صورت وجود مداخلات تسکین درد را شروع کنید. شدت، خصوصیت، زمان شروع و فاکتورهای تشدید کننده و تسکین دهنده درد را بررسی و ثبت کنید. ۲- درد بیمار را با کمک مقیاس عددی صفر تا ده یا مقیاس تصویری درد بررسی کنید. ۳- در فواصل متعدد و معمولاً همزمان با کنترل علایم حیاتی، از بیمار در مورد درد سوال کنید. ۴- از بیمار بخواهید که موقع تجربه درد، محل، شدت و کیفیت آنرا گزارش کند. ۵- از بیمار در مورد تجربیات گذشته و فعلی خود در مورد درد و اثربخشی روشهای کاهنده درد سوال کنید. ۶- از بیمار بخواهید که یک دفتر یادداشت روزانه در مورد درجه بندی شدت درد، زمان بندی آن، عوامل تشدید کننده، داروها، درمانها و مواردی که باعث تسکین بهتر درد می‌شوند، تهیه کند. ۷- اگر بیمار اختلال شناختی دارد و نمی‌تواند از مقیاس درجه‌بندی درد استفاده کرده و درد را گزارش کند، رفتارهای نشاندهنده درد نظیر تغییر در فعالیت، کاهش اشتها، حالات چهره و نالیدن را در وی بررسی کنید. ۸- در نظر داشته باشید که درد وجود دارد و آنرا بر طبق شرایط بیمارانی که یک موقعیت پاتولوژیک دارند یا تحت یک پروسیجر دردناک قرار می‌گیرند، درمان کنید. ۹- داروهای مورد استفاده فعلی بیمار را تعیین کنید و برای کمک به برنامه‌ریزی برنامه درمانی، یک تاریخچه دارویی از وی بگیرید. ۱۰- تعیین کنید که بیمار به کدام دسته از سه طبقه داروهای مسکن نیاز دارد: ۱- مسکن‌های مخدر ۲- مسکن‌های غیرمخدر (استامینوفن، NSAIDs) و ۳- داروهای کمکی (برای تسکین دردهای نوروپاتییک مزمن نظیر داروهای ضد تشنج و داروهای ضدافسردگی). ۱۱- برای تسکین دردهای سرطانی مداوم، از مسکن‌های مخدر استفاده کنید. وقتی درد ادامه یافته یا افزایش پیدا می‌کند، یک مسکن مخدر نظیر اکسی کدون یا داروهای مسکن غیرمخدر به برنامه درمانی اضافه می‌شود. در صورت عدم تسکین درد، معمولاً مورفین با نظر پزشک به آن اضافه می‌شود. ۱۲- جهت استفاده از مسکن‌های مخدر برای تسکین دردهای غیرسرطانی، با پزشک مشورت کنید. ۱۳- برای تجویز داروهای مسکن، روش خوراکی ترجیح داده می‌شود. ۱۴- از بیمار در مورد وضعیت اشتها، دفع و خواب و استراحت وی سؤال کنید. جهت بهبود این اعمال، داروها و درمان‌های مناسب را اجراء کنید. جهت جلوگیری از یبوست ناشی از مصرف مخدرها، در بیماران دریافت	

کننده روزانه این داروها، مصرف یک داروی نرم کننده مدفوع یا ملین را مد نظر قرار دهید. ۱۵- روند تسکین درد بیمار شامل درمان‌ها، داروی تجویز شده و عوارض جانبی آنها را تشریح کنید. ۱۶- در مورد ترس از عدم کنترل درد، اعتیاد و مصرف بیش از حد دارو با بیمار صحبت کنید. ۱۷- به منظور تعیین درجه کلی تسکین درد، عوارض جانبی و نیاز به مسکن برای دوره مناسب (مثلاً یک هفته) دفترچه یادداشت روزانه درد بیمار، پرونده و گزارشات پرستاری وی را مرور کنید. ۱۸- در صورت لزوم درمورد کاهش یا افزایش دوز مسکن با پزشک مشورت کنید. این کار بر اساس گزارش بیمار در مورد شدت درد، عوارض جانبی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و پیروی از رژیم درمانی تجویز شده صورت می‌گیرد. ۱۹- در صورت افزایش دوز مسکن‌های مخدر در کوتاه مدت، میزان تسکین درد و وضعیت تنفسی بیمار را کنترل کنید. ۲۰- در کنار استفاده از مسکن‌ها برای تسکین درد، از روش‌های غیردارویی کنترل درد نظیر درمان‌های فیزیکی، گروه درمانی، انحراف فکر، تصویر سازی ذهنی، آرام سازی، عضلانی، ماساژ و کاربرد گرما و سرما نیز استفاده کنید. ۲۱- مداخلات غیردارویی را موقعی به بیمار آموزش داده و اجراء کنید که درد بیمار تا حدود زیادی با روشهای دارویی تسکین پیدا کرده باشد. ۲۲- بیمار را به انجام فعالیت‌های خود در زمانی که بیشترین احساس راحتی را می‌کند، تشویق کنید. ۲۳- اگر بیمار دچار درد سرطانی پیشرونده است، به بیمار و خانواده وی کمک کنید تا با موضوعاتی نظیر مرگ سازگاری پیدا کنند. ۲۴- به بیمار و خانواده وی کمک کنید تا با برقراری ارتباط بین فردی و انجام فعالیت‌های روزانه نظیر کار و تفریح، درد خود را به حداقل برسانند.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- اهمیت مصرف داروهای مسکن را جهت کنترل درد به بیمار گوشزد کنید.	
۲- به بیمار اطمینان دهید که مصرف داروهای مخدر برای تسکین درد، اعتیاد آور نبوده و ایجاد اعتیاد بسیار نادر است.	
۳- به بیمار سرطانی پیشنهاد دهید که برای تسکین درد خود می‌تواند از ماساژ استفاده کند.	
۴- به بیمار تأکید کنید که کارهای روزمره زندگی خود را به آرامی انجام داده و قبل از خسته شدن، استراحت کند.	
۵- برای کمک به تسکین درد، نحوه استفاده از روشهای غیردارویی را در کنار مصرف داروها برای بیمار توضیح دهید.	
۶- مداخلات غیردارویی را در مواقعی که درد بیمار با مصرف داروها نسبتاً تسکین یافته است، آموزش داده و اجرا کنید.	

منابع مورد استفاده:
- Ardery, G. Herr, K A. Titler, M G. et al. (2003) "Assessing and managing acute pain in older adults: a reasrch based to guide practice", Medical-Surgical Nursing. 12:1. - The American pain society (2004) Pain current understanding of assessment, management and treatment. Available at www.ampainsoc.org/ce/npc

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در غشاء مخاطی دهان	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- حفظ تمامیت و رطوبت غشاهای مخاطی دهان که فاقد زخم و تاول هستند. - بیمار بتواند روشهای برقراری و حفظ سلامت غشاهای مخاطی دهان را اجرا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- حفره دهان را حداقل روزی یکبار کنترل کرده و هر گونه تغییر رنگ، زخم، خونریزی، اگزودا یا خشکی دهان را گزارش نمایید. ۲- بیمار را از نظر وجود عوامل مکانیکی آسیب رسان به غشای مخاطی دهان نظیر فیکس شدن دندانها بخاطر داشتن دندان مصنوعی و عوامل شیمیایی مثل استفاده از تنباکو که موجب آسیب غشای مخاطی دهان می شوند، بررسی کنید. ۳- وضعیت تغذیه بیمار را و دریافت مایعات را کنترل کنید تا از کفایت آنها مطمئن شوید. ۴- در صورتیکه وضعیت طبی بیمار اجازه دهد وی را تشویق کنید که حداقل روزی ۳۰۰۰ سی سی (حداقل ۸ لیوان) مایعات بنوشید. ۵- وضعیت ذهنی بیمار را کنترل کنید و اگر وی قادر به انجام خود مراقبتی نبوده و نمیتواند بهداشت دهان خود را رعایت کند، پرستار مسئول انجام این کار خواهد بود. ۶- روش هایی که بیمار معمولاً برای مراقبت از دهان استفاده می کند را مشخص کنید و هر گونه مشکلی را که در رابطه با بهداشت دهان وجود دارد، به بیمار گوشزد کنید. ۷- اگر بیمار مشکل خونریزی دهنده ندارد و قادر به عمل بلع می باشد او را تشویق کنید تا با استفاده از يك مسواك نرم و خمیر دندان حاوی فلوراید دو بار در روز دندانهایش را تمیز کند. ۸- بیمار را تشویق کنید که زبان خویش را با مسواك یا پاك کننده های مخصوص زبان دو بار در روز تمیز نماید. ۹- اگر بیمار اختلال خونریزی دهنده ندارد او را تشویق کنید تا از نخ دندان و یا خلال دندان استفاده کند. ۱۰- در بیمارانی که تحت شیمی درمانی یا رادیوتراپی هستند قبل از شروع درمان، معاینه کامل دندانها را به عمل آورده و اقدامات محافظتی دندان را در صورت نیاز به آنها آموزش دهید. ۱۱- يك هفته قبل از شروع درمان فیزیوتراپی راهنمایی های لازم در مورد ضرورت و روش ارائه مراقبت مداوم	

از دهان را به بیمار ارائه دهید.

۱۲- در بیمارانی که از 5-Fu استفاده می‌کنند، از کرایوتراپی همراه با استفاده از قالب‌های یخ که بایستی ۵ دقیقه قبل و ۲۵ دقیقه بعد از تزریق وریدی این دارو در دهان گذاشته شود، برای کاهش موکوسیت دهان استفاده نمایید.

۱۳- به بیمار یادآور شوید که مرتباً جرعه جرعه آب بنوشد و مرتباً دهانش را با آب بشوید.

۱۴- با استفاده از تکه‌های یخ رطوبت دهان را حفظ کنید.

۱۵- اگر التهاب مخاط ناشی از اشعه باشد باید از هیدروکلراید بنزیدامین به عنوان دهانشویه جهت جلوگیری و یا درمان موکوسیت استفاده شود.

۱۶- به بیمار کمک کنید تا هر يك تا دو ساعت از دهانشویه نرمالین سالین جهت پیشگیری از التهاب مخاط دهان ناشی از درمان، استفاده کند.

۱۷- اگر دهان بیمار به شدت ملتهب بوده و بلع وی دردناک است از پزشك بخواهید که از يك بی‌حس کننده موضعی و یا يك ضد درد استفاده کند. در این حالت نوع غذاهای دریافتی از طریق دهان را تغییر دهید (از رژیم نرم یا مایعات جهت جلوگیری از ترومای ناشی از سایش استفاده نمایید).

۱۸- اگر تعداد پلاکت‌های بیمار زیر ۵۰ هزار است یا بیمار دچار يك اختلال خونریزی دهنده می‌باشد از مسواکی که مخصوص لثه‌های حساس است و از خمیر دندانهای که حاوی گلیسیرین یا طعم دهنده نمی‌باشد، استفاده کنید.

۱۹- اگر بیمار قادر به تحمل مسواک و خمیر دندان نیست، از يك تکه گاز که دور انگشت پیچیده می‌شود جهت برداشتن پلاک و جرم‌های دندانی استفاده نماید.

۲۰- از آب، شیر یا محلول نرمال سالین معمولی برای مراقبت از دهان استفاده کنید و از دهانشویه‌های تجارتي حاوی الکل و پراکسید هیدروژن و نیز از سواپ‌های گلیسیرین و لیمو استفاده نکنید.

۲۱- لبها را بخوبی با يك لوبریکانت که حاوی آب است مرطوب کنید.

منابع مورد استفاده:

- Timby B.K. & Smith N.E. (2006). Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. Introductory medical-surgical nursing, 9th Edition.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ardery, G. Herr, K A. Titler, M G. et al. (2003) "Assessing and managing acute pain in older adults: a reasrch based to guide practice", Medical-Surgical Nursing. 12:1.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تغذیه کمتر از نیازهای بدن	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- به تدریج وزن بیمار به حالت ایده‌آل برسد. - وزن بیمار متناسب با نسبت قد و سن خودش باشد. - فاکتورهای مداخله‌گر در کاهش وزن شناسایی شوند. - نیازهای تغذیه‌ای بیمار شناسایی شود. - مواد مغذی به اندازه کافی مصرف شود. - علایم سوء تغذیه در بیمار برطرف شود.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر علایم و نشانه‌های سوء تغذیه شامل موی خشك و شکننده که به راحتی کنده می‌شود، خون مردگی پوست، خشکی پوست، رنگ پریدگی، التهاب قرنیه، تحلیل عضلانی، زبان قرمز و صاف، شکاف لب، راش اندامهای تحتانی و گیجی، بررسی و کنترل کنید. ۲- به نتایج تست‌های آزمایشگاهی در دسترس شامل آلبومین سرم، پروتئین توتال سرم، فریتین، ترانسفرین، هموگلوبین، هماتوکریت و الکترولیت‌های سرم توجه کنید (آلبومین سرم زیر ۳/۵ شاخص وضعیت سوء تغذیه می‌باشد). ۳- بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را بصورت روزانه و بیماران بستری در بخش- های غیر حاد را بصورت هفتگی توزین کنید. ۴- وزن نرمال بیمار را با توجه به سن و قد وی تعیین کرده و جهت بررسی کامل به متخصص تغذیه ارجاع دهید (اگر وزن وی از ۱۰٪ وزن نرمال پایین‌تر بود یا کاهش وزن سریع داشت باید به متخصص تغذیه گزارش شود). ۵- میزان دریافت مواد غذایی را کنترل کنید و درصد غذاهای خورده شده را ثبت کنید (۲۵٪ یا ۵۰٪ و...) و با متخصص تغذیه جهت تعیین میزان کالری مورد نیاز مشورت کنید. ۶- رابطه بیمار با غذا را بررسی کنید. سعی کنید علل مشکلات تغذیه بیمار (جسمی یا روانی) را از هم تفکیک نمائید. ۷- غذای معمول مصرفی بیمار را با هرم راهنمای غذا مقایسه کنید و اسامی غذاهایی که مصرف آنها کاهش یافته و یا بیمار اصلاً مصرف نمی‌کند را یادداشت کنید. ۸- اگر بیمار گیاه خوار است باید مصرف ویتامین B₁₂ و آهن را در آنها مورد ارزیابی قرار دهید. ۹- توانایی بیمار برای خوردن، مدت زمانی که صرف غذا خوردن می‌کند، مهارت حرکتی، دقت دید و توانایی بلع مواد غذایی مختلف را بررسی کنید و در صورت وجود هر گونه اشکال مداخلات مربوطه صورت گیرد. ۱۰- برای بیمارانی که دچار بی‌اشتهایی هستند و نمی‌خواهند غذا بخورند لازم است که ۳۰ میلی لیتر مکمل تغذیه	

هر يك ساعت، استفاده كنيد.

۱۱- به بیمارانی که سوء تغذیه داشته و توانایی خوردن را دارند، غذا را در مقادیر کم و بصورت اشتها برانگیز در دفعات بیشتر بدهید.

۱۲- اگر بیمار تحمل و توان کافی برای خوردن غذا را ندارد لازم است دوره‌های استراحت قبل از وعده‌های غذایی، برای او تعیین کنید و بسته‌های غذا را برای وی باز نموده و غذا را تکه تکه کنید.

۱۳- اگر بیمار سوء تغذیه دارد او را از نظر علائم عفونت کنترل نموده و هر فعالیتی که منجر به جلوگیری از ایجاد عفونت در بیمار می‌شود را انجام دهید.

۱۴- تغییرات اخیر در وضعیت فیزیولوژیک بیمار که با تغذیه مرتبط است را بررسی کنید.

۱۵- اگر بیمار باردار است اطمینان حاصل کنید که مقادیر کافی اسیدفولیک همراه با رژیم متعادل و ویتامین‌های لازم را دریافت می‌نماید (تمام مادران باردار باید روزانه ۴۰۰ میلی گرم اسیدفولیک مصرف کنند).

۱۶- بیمار را به خوردن غذا تشویق نموده و او را همراهی نمایید.

۱۷- وضعیت حفره دهان (لثه، زبان، دندان‌ها و غشاء مخاطی) را بررسی کنید. بهداشت دهانی مناسب را قبل و بعد از خوردن غذا فراهم آورید.

۱۸- به بیماری که دچار بی‌اشتهایی است و غشاء مخاطی دهانش بعلت مصرف داروها خشک شده است، توصیه کنید که در طول روز چندین جرعه آب بنوشد و همراه آن از آب نبات بدون قند و سفت استفاده کند یا آدامس بجود که ترشح بزاق تحریک شود.

۱۹- ارتباط بین مصرف غذا با بروز حالت تهوع، استفراغ، اسهال و دردهای شکمی را بررسی کنید.

۲۰- در طول روز، زمانی را که بیمار بیشتر از هر وقتی اشتها به خوردن غذا دارد را مشخص نموده و بالاترین کالری دریافتی را در آن زمان به بیمار بدهید.

۲۱- داروهای ضد درد و ضد تهوع را طبق دستور و در صورت نیاز قبل از غذا به بیمار بدهید.

۲۲- غذا را برای بیمار آماده کرده و چیزهای ناخوشایند را از جلوی چشم وی دور کرده و از انجام روشهای تهاجمی قبل از غذا برای بیمار خودداری کنید.

۲۳- اگر بیمار دچار تهوع است قبل از آوردن سینی غذا به داخل اتاق پوشش آنرا بردارید زیرا برداشتن ناگهانی پوشش غذا و استشمام بوی غذا خود می‌تواند ایجاد تهوع کند.

۲۴- اگر بیمار دچار کم خونی است غذاهای سرشار از آهن، ویتامین B₁₂، ویتامین C و اسیدفولیک برای وی تهیه کنید.

۲۵- برای بیماران مضطرب و بی‌قرار از غذاهای کم حجم و قابل حمل در دست، میوه‌های تازه و مایعات استفاده کنید. اگر بیمار توان ایستادن ندارد غذا را موقع نشستن بخورد.

۲۶- اگر بیمار برای مدت طولانی دچار سوء تغذیه است با يك متخصص تغذیه مشورت کرده، تغذیه معمولی را پس از اصلاح اختلالات الکترولیتی ادامه دهید.

منابع مورد استفاده:
- Timby B.K. & Smith N.E. (2006). Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. Introductory medical-surgical nursing, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ardery, G. Herr, K A. Titler, M G. et al. (2003) "Assessing and managing acute pain in older adults: a reasrch based to guide practice", Medical-Surgical Nursing. 12:1.

بیان مشکل	Problem Definition
دفاع غیر موثر در ارتباط با ضعف سیستم ایمنی بدن و کاهش پلاکتها	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار دچار عفونت نگردد. - بیمار از هر گونه شواهد ناشی از خونریزی جدید به دور باشد. - بیمار بتواند احتیاطهای لازم برای جلوگیری از عفونت را بکار گیرد. - بیمار بتواند احتیاطهای لازم برای جلوگیری از خونریزی را رعایت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- درجه حرارت، نبض و فشار خون بیمار را هر يك تا چهار ساعت کنترل کنید. ۲- وضعیت تغذیه ای بیمار شامل وزن، سطح آلبومین و پروتئین سرم، توده عضلانی و غذاهای دریافتی معمول را بررسی کنید. ۳- در صورت لزوم با متخصص تغذیه مشورت کنید. ۴- الگوی خواب بیمار را بررسی کنید و در صورت اختلال یا تغییر در آن به قسمت مراقبت در اختلال خواب مراجعه کنید. ۵- میزان استرس را در زندگی بیمار بررسی کنید و اگر استرس غیر قابل کنترل بود به مداخلات پرستاری در این زمینه مراجعه کنید. پیشگیری از بروز عفونت: ۶- هر گونه علایم دال بر عفونت شامل تب، لرز، برافروختگی، درناژ، ادم، قرمزی، مقادیر آزمایشگاهی غیرطبیعی و درد را پایش و به پزشك اطلاع دهید. ۷- بهداشت دستها را رعایت کنید (از طریق شستشوی دستها یا استفاده از سوآپ های حاوی الکل برای شستشوی دستها). ۸- هنگامی که از مواد حاوی الکل برای شستشوی دستها استفاده می کنید، توجه داشته باشید که تا زمان خشك شدن دستها از دست زدن به اطراف و مالیدن دستها خودداری کرده و تمام سطح دستها و انگشت ها را با ماده	

ضد عفونی ببوشانید و صبر کنید تا دستها خشك شود.

۹- اگر سیستم دفاعی بدن ضعیف شده است پزشك را از افزایش درجه حرارت بدن آگاه کنید حتی اگر سایر علائم عفونت وجود نداشته باشد.

۱۰- اگر تعداد گلبولهای سفید بدن شدیداً کاهش یافته است (نوتروفیل کمتر از ۱۰۰۰ در میلی متر مکعب) موارد احتیاطی زیر را مورد توجه قرار دهید:

- علائم حیاتی را هر ۴ ساعت کنترل کنید.
- بررسی کامل بیمار از سر تا پا شامل بررسی مخاط دهان، مناطق تحت تهاجم، زخمها، ادرار، مدفوع و شروع علائم جدید درد، را روزی دو بار به عمل آورید.
- از هر گونه روش تهاجمی شامل کاتتر گذاری، تزریقات، روشهای رکتال و واژینال اجتناب کنید.
- از درمان فاکتور رشد گرانولوسیت (GSF) طبق دستور استفاده کنید.
- از تمام نقاط تهاجمی به دقت محافظت کنید.
- از کلر هگزیدین گلوکنات برای تمیز کردن استفاده کنید.
- مراقبت از دهان را بطور مرتب انجام دهید.
- برای جلوگیری از عفونت های کاندیدیایی دهان، درمان های پروبیلاکسی را انجام دهید.
- از درمان های پروبیلاکسی مناسب ضدقارچی استفاده کنید و از تماس بیمار با پاتوژن ها جلوگیری کنید (از طریق فیلتراسیون هوا، بهداشت مرتب دستها، اجتناب از گل و گیاه).

۱۱- زمانی که بیمار می خواهد از اتاق خارج شود به او ماسك بدهید.

۱۲- تعداد ملاقات کنندگان بیمار را محدود و آنها را غربال کنید.

۱۳- برای انجام حمام روزانه به بیمار كمك کنید.

۱۴- فقط غذاهای پخته شده به بیمار بدهید و از دادن غذای خام اجتناب کنید. از مصرف گوشت های فرآوری شده، پنیر، ماست اجتناب کنید. بیمار تنها مجاز به استفاده از آب های استریل یا جوشانده شده یا یخ هایی که از این آب استریل تهیه شده اند، می باشد.

۱۵- مطمئن شوید که بیمار به خوبی تغذیه می شود.

۱۶- غذاهای حاوی پروتئین و ویتامین ها را به بیمار بدهید. در صورتی که بیمار کاهش اشتها داشته باشد وی را به يك متخصص تغذیه معرفی کنید و سطح آلبومین سرم، ترانسفرین و پروآلبومین را در حد مطلوب نگه دارید.

۱۷- به بیمار كمك کنید تا سرفه و تمرینات تنفسی عمیق را بطور مرتب انجام دهد و سطح فعالیت مناسب را برای بیمار حفظ کنید.

۱۸- برای بیمار يك اتاق خصوصی تهیه کنید و احتیاط های لازم شامل ایزوله محافظتی یا اتاق با جریان هوای منفی را به عمل بیاورید (توجه داشته باشید استفاده از گان های کتانی در پیشگیری از عفونت خیلی موثر نیستند).

۱۹- علائم عفونت (سپسیس) که شامل تغییر در وضعیت ذهنی، تب، لرز، احساس سرما و افت فشار خون می- باشد را کنترل کنید و در صورت بروز به پزشك اطلاع دهید.

پیشگیری از خونریزی:	
۲۰- خطر خونریزی را در بیمار بررسی و نتایج حاصل از مطالعات انعقادی و شمارش پلاکتی را ارزیابی کنید.	
۲۱- بیمار را از نظر وجود علایم هماچوری، ملنا، هماتمز، هموپتیزی، خونریزی از بینی، خونریزی از غشاهای مخاطی، پتشی و اکیموز بررسی کنید.	
۲۲- داروها را فقط از طریق دهان یا تزریق IV به بیمار بدهید و از تزریق عضلانی و زیرجلدی و یا رکتال اجتناب نمایید. پس از خارج کردن لاین‌های وریدی محل تزریق را بیشتر از حد معمول فشار دهید.	
۲۳- علایم حیاتی بیمار را بطور مرتب کنترل کنید و تغییرات مربوط به کاهش حجم مایعات را بررسی کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- به بیمار توصیه کنید که از يك مسواك نرم یا مسواك مخصوص اطفال (خیلی نرم) استفاده کند. - به بیمار توصیه کنید که از مواد شستشودهنده دهان و خمیر دندانهای بدون الكل استفاده کند و از نخ دندان استفاده نکند. - از بیمار بخواهید که از تیغ برای اصلاح استفاده نکرده و بجای آن از ریش تراش برقی استفاده نماید. - برای کاهش خط خونریزی از بیمار بخواهید که از خوردن سالیسیلاتها و سایر داروهای ضدالتهاب پرهیز کند.	
منابع مورد استفاده:	
- Timby B.K. & Smith N.E. (2006). Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. Introductory medical-surgical nursing, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. - Ardery, G. Herr, K A. Titler, M G. et al. (2003) "Assessing and managing acute pain in older adults: a reasrch based to guide practice", Medical-Surgical Nursing. 12:1.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر بروز عفونت	
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
- بیمار هیچگونه علایمی از عفونت نداشته باشد. - بیمار از علایم عفونت مطلع باشد. - بیمار مراقبت مناسب از محل‌هایی که احتمال عفونت ندارد را به عمل آورد. - شمارش گلبول‌های سفید خون و شمارش افتراقی در محدوده نرمال باقی بماند. - بیمار روشهای بهداشتی مناسب مانند شستشوی دست، شستشوی پرینه و مراقبت دهانی را نشان دهد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه‌های عفونت مانند گرما، قرمزی، ترشح و افزایش درجه حرارت را مشاهده و گزارش نمایید.	
۲- درجه حرارت بیماران نوتروپنیک را هر ۴ ساعت بررسی نموده و دمای بالاتر از ۳۸/۵ در یک نوبت و بالاتر از ۳۸ در سه نوبت اندازه‌گیری درجه حرارت، در ۲۴ ساعت را گزارش کنید. ۳- از روش کنترل درجه حرارت تیمپانیک یا دهانی در بالغین و بچه‌ها استفاده کنید.	
۳- از ترمومتر دهانی در بالغینی که شدیداً ناخوش هستند استفاده نکنید.	
۴- تست‌های آزمایشگاهی (شمارش RBC، گلبولهای سفید خون و Diff (افتراقی)، پروتئین سرم، آلبومین سرم و کشت‌ها) را مورد توجه قرار داده و گزارش دهید.	
۵- در بیمارانی که دچار گرانولوسیتوپنی هستند، باید محیط اطراف آنها عاری از گرد و خاک باشد تا از تنفس اسپور قارچ‌های موجود در گرد و خاک در این بیماران جلوگیری شود.	
۶- کلیه گیاهان و گل‌های طبیعی را باید از اتاق بیمار خارج کنید.	
۷- پوست بیمار را از نظر رنگ و رطوبت و قوام بررسی نمایید و هر گونه تغییرات را گزارش کنید.	
۸- از پروتکل‌های بررسی و پیشگیری از اختلالات پوستی شامل ثبت و کمک به جلوگیری از آسیب و شکنندگی پوست استفاده کنید.	
۹- در نواحی چین‌های پوستی، پوست را بدقت شسته و خشک کنید و در سطوحی که در معرض خطر هستند از ترکیبات مرطوب کننده و هیدراته کننده استفاده شود.	
۱۰- رژیم غذایی متعادل با تاکید بر مصرف پروتئین‌ها، اسیدهای چرب و ویتامین‌ها (شامل A، اسید فولیک، B6، B12، ویتامین C، E، روی، مس، آهن، سلنیوم) را برای بیمار در نظر بگیرید.	
۱۱- کاهش وزن بیمار را کنترل کنید (کاهش وزن ۲۵ درصدی یا نخوردن غذا در بیشتر وعده‌های غذایی).	
۱۲- از دستورالعمل‌های جلوگیری از پنومونی بیمارستانی استفاده نمایید، شامل ارزیابی صداهای ریوی، خلط، قرمزی و وجود ترشح در نواحی اطراف استوما، استفاده از آب استریل بجای آب معمولی برای مراقبت از دهان بیماران دچار سرکوب ایمنی، استفاده از آمبویگ منحصر بفرد و تمیز برای هر بیمار در احیاء، استفاده از تکنیک استریل هنگام ساکشن کردن، ساکشن ترشحات بالای تراشه قبل از انجام عمل ساکشن، درناژ ترشحات درون لوله‌های ونیتلاتور قبل از اتصال مجدد آنها به بیمار.	
۱۳- مکان جای گذاری شده لوله بینی-معدی را جهت جلوگیری از رفلکس معده که ارگاناسم‌ها را به داخل ریه می‌فرستد ارزیابی کنید، سر بیمار را ۳۰ درجه یا بالاتر قرار دهید، به محض امکان تغذیه دهانی را شروع کنید، علائم عدم تحمل به تغذیه را بررسی کنید (عدم وجود صداهای روده‌ای، اتساع شکم، افزایش باقی مانده غذا، استفراغ).	
۱۴- بیماران را به دریافت مایعات تشویق کنید.	
۱۵- بهداشت دست‌ها را در مراقبت از بیمار مدنظر قرار دهید (دست‌ها را شسته یا از سواب الکلی استفاده کنید).	
۱۶- احتیاط‌های استاندارد را رعایت کرده و در هنگام تماس با خون و غشاهای مخاطی پوست آلوده یا هر ماده‌ای	

که از بدن ترشح می‌شود (بجز عرق) از دستکش، گان و عینک محافظ هر جا که لازم است استفاده کنید.

۱۷- از احتیاط‌های اختصاصی مربوط به روش انتقال ذرات ریز، قطرات تنفسی و میکروارگانیزم‌های منتقله از طریق تماس استفاده کنید.

۱۸- در احتیاط ریز ذرات: بیمار را در یک اتاق ایزوله با فشار هوای منفی کنترل شده قرار دهید، درها را بسته نگه دارید، بیمار را در اتاق نگه دارید و همیشه از ماسک در هنگام ورود به اتاق استفاده شود، اگر بیمار مبتلا به سل بود باید از ماسک مخصوص ذرات ریز استفاده شود، جابجایی و حرکت بیمار را از اتاق به محیط بیرون مگر در موارد ضروری محدود کنید و در صورت امکان هنگام نقل و انتقال بیمار از ماسک جراحی استفاده کنید.

۱۹- احتیاط قطرات تنفسی: بیمار را در یک اتاق خصوصی بستری کرده و در صورتیکه امکان پذیر باشد فاصله هر فرد تا بیمار باید حداقل یک متر باشد. درب اتاق ممکن است باز باشد شما لازم است هنگام کاهش فاصله کمتر از یک متر ماسک بزنید. در برخی از بیمارستانها برای هر بیماری که وارد اتاق می‌شود یک ماسک گذاشته می‌شود، حرکت بیمار را از اتاق محدود کنید مگر در موارد ضروری و در صورت امکان بیمار ماسک بزند.

۲۰- احتیاط بر پایه تماس: بیمار را در صورت امکان در یک اتاق خصوصی بستری کنید یا با کسی که عفونتی همانند وی دارد هم اتاق کنید. هنگامی که وارد اتاق بیمار می‌شوید از دستکش تمیز و غیراستریل استفاده کنید. بعد از اتمام کار و بعد از تماس با هر گونه مواد عفونی درناژ شده از زخم، دستکشیهای خود را عوض کنید. قبل از خروج از اتاق دستکشیها را در آورده و دستها را بشوید و از تماس با مواد یا سطوح آلوده در حین حرکت در اتاق خوداری کنید. اگر احتمال تماس لباس خود با بیمار یا وسایل و سطوح آلوده در اتاق را می‌دهید از گان استفاده کنید و گان را قبل از خروج از اتاق در آورید. از نقل و انتقال بیمار بجز در موارد ضروری اجتناب کنید و مراقب باشید که بیمار با سایر سطوح طبیعی در طی راه تماس نداشته باشد. وسایل مصرفی برای بیمار باید اختصاصی باشد و در صورتیکه از این وسایل به اجبار برای دیگر بیماران نیز استفاده می‌کنید قبل از استفاده آنها را شسته و ضدعفونی کنید. از تکنیک‌های استریل در هنگام گذاشتن کاتترهای ادراری استفاده کنید و از کاتترها باید حداقل در هر شیفت مراقبت شود و از جایگزین‌های کاتتر ادراری در صورتیکه امکانپذیر باشد استفاده کنید (کاتتر خارجی، پدهای مربوط به بی‌اختیاری ادرار، و تکنیک‌های کنترل مثانه).

۲۱- از محل کاتترهای محیطی، ورید مرکزی و کاتترهای شریانی، مراقبت به عمل آورید، در صورت ممکن از کاتترهایی که دارای چند مجرا هستند استفاده کنید. از کاتترهای فمورال در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری ادراری یا مدفوعی هستند اجتناب کنید. از تکنیک‌های آسپتیک در کاتتر گذاری استفاده شود شامل (ثابت نگه داشتن کانولا و تیوپ آن، استفاده از پانسمان استریل (تعویض پانسمان هر ۷۲ ساعت بر اساس سیاست بیمارستان) روی محل کاتتر و ساعت و تاریخ و محل جایگذاری کاتتر را مشخص کنید و از نظر علائم عفونت هر ۴ ساعت بیمار را کنترل کنید). کاتترهای محیطی را بر اساس قوانین بیمارستان (معمولاً هر ۴۸ تا ۷۲ ساعت یکبار) عوض کنید.

۲۲- در صورت داشتن تب با دلیل نامشخص، کشت انجام شود. از تکنیک‌های استریل در هر جایی که انسجام پوست از بین رفته استفاده شود.	
۲۳- از مراقبت بهداشتی مناسب بیماران در مورد شستن دست‌ها، حمام کردن، اصلاح موها، ناخن و مراقبت پیرینه توسط پرستار یا بیمار مطمئن شوید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
- به بیمار توصیه کنید که آنتی بیوتیک‌ها را کامل و سر وقت استفاده کند و بیش از حد استفاده نکند زیرا احتمال ایجاد مقاومت وجود دارد.	
منابع مورد استفاده:	
- Friedman, M M. (2003) "Infection control update for home care and hospice organization". Home Health Nurse. 21(11):735. - Reilly, J. (2002) "Evidence based surgical wound care on surgical wound infection". British Journal of Nursing.	

Problem Definition	بیان مشکل
خستگی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار بتواند: - عوامل احتمالی که موجب تشدید یا کاهش خستگی می‌شود را شناسایی کند. - الگوهای خستگی و راههای ارزیابی آنها توصیف نماید. - افزایش انرژی و بهبود احساس خوب بودن را ابراز نماید. - راههای ذخیره انرژی برای جبران ضعف و خستگی را بکار بندد. - راههای حفظ و تجدید انرژی برای کاهش ضعف و خستگی را مورد استفاده قرار دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- شدت خستگی بیمار را با مقیاس صفر تا ده بررسی کنید (خستگی متوسط، بدترین و بهترین سطوح خستگی). تکرار خستگی (تعداد روزها در هفته و زمان آن در روز)، فعالیت و علایم مرتبط با افزایش ضعف و خستگی (درد)، توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (فعالیت روزمره زندگی که به کمک وسایل کمکی صورت می‌گیرد) تداخل در ایفای نقش اجتماعی و نقش فردی، زمانهای افزایش انرژی، توانایی تمرکز و خلق و خو، و الگوی معمول فعالیت بیمار را بررسی کنید.	
۲- کفایت تغذیه و الگوهای خواب را بررسی کنید (چرت زدن‌های حین روز، عدم توانایی بخواب رفتن و خواب زیاد). بیمار را تشویق کنید که استراحت کافی داشته باشد اما چرت زدن‌های در روز را محدود کند و به	

- خصوص در اواخر عصر یا غروب، از يك برنامه زمان بندی شده و روتین برای خواب و استراحت استفاده کند. بیمار را تشویق کنید که رژیم غذایی متعادل داشته و حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند.
- ۳- اگر برای خستگی بیمار دلایل روانی یا فیزیولوژیک همچون آنمی، درد، اختلال الکترولیتی، اختلال در سطح پتاسیم، هیپوتیروئیدی، افسردگی و اثرات دارویی وجود دارد بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهید.
- ۴- بیمار را تشویق کنید که احساسات خود را در مورد خستگی بیان نماید، شامل ادراکات بیمار از علل احتمالی خستگی و مداخلات احتمالی جهت تسکین خستگی.
- ۵- بیمار را تشویق کنید فعالیت‌های خود شامل علایم خستگی، احساسات شامل نحوه تأثیر خستگی بر فعالیت‌ها و نقش معمول بیمار را بنویسد.
- ۶- به بیمار کمک کنید یکسری اهداف ساده کوتاه مدت مثلاً دو جمله در مورد فعالیت‌های روزمره زندگی بنویسد، یا اینکه دو بار در روز در راهروی بیمارستان قدم بزند و برای خود برنامه ریزی نماید.
- ۷- به بیمار کمک کنید تا فعالیت‌های ضروری و غیرضروری را مشخص نموده و آن دسته از فعالیت‌هایی را که دیگران می‌توانند برای او انجام دهند مشخص نماید و اگر لازم است فعالیت‌های اجتماعی را محدود کند.
- ۸- به بیمار در انجام کارهای روزمره (در صورت نیاز) کمک کنید و بیمار را تشویق کنید فعالیت‌های را که موجب خستگی وی نمی‌شود را به تنهایی انجام دهد.
- ۹- بیمار را به قدم زدن تشویق کنید.
- ۱۰- با تایید پزشک، بیمار را جهت انجام ورزشهای ایروبیک کنترل شده به یک فیزیوتراپ ارجاع دهید و وسایل کمکی مثل واکر یا عصا را برایش فراهم نمایید.
- ۱۱- آگاه باشید که بیماران ممکن است از خط مشی‌های مختلفی برای کاهش خستگی استفاده کنند بخصوص هنگامی که برای خستگی بیمار چندین دلیل وجود داشته باشد.
- ۱۲- خستگی متعاقب انفارکتوس میوکارد در بیماران قلبی مشکل شایعی است که باید در این مورد بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید.
- ۱۳- در مورد خستگی ناشی از سرطان یا درمانهای مرتبط با آن شاخص‌های آزمایشگاهی بیمار را کنترل کنید و وی را از نظر کم خونی بررسی کنید. رژیم‌های درمانی (کموتراپی و یا رادیوتراپی) بیمار را ارزشیابی کنید و از مداخلاتی که نگهدارنده انرژی در بدن هستند استفاده کنید.
- ۱۴- بیمار را از نظر سایر مشکلاتی که موجب افزایش خستگی می‌شوند مثل درد یا افسردگی، کنترل نمایید.
- ۱۵- در بیمارانی که شیمی درمانی می‌شوند مداخلات زیر را انجام دهید:
- مراقب علایم بدخلقی، تهوع و اختلال در خواب باشید.
 - بیمار را تشویق کنید که در صورت امکان فعالیت فیزیکی بیشتری را انجام دهد.
 - سعی کنید نگرش مثبت‌تری نسبت به آینده در آنها ایجاد کنید.
 - بین دوره‌های درمانی، زمانهایی را جهت ریکاوری به بیمار بدهید.

آموزش به بیمار	Patient Education
- روشهای حفظ انرژی مثل نشستن به جای ایستادن در هنگام دوش گرفتن را به بیمار آموزش دهید. - به بیمار آموزش دهید که همواره همراه خود یک تقویم جیبی داشته و لیست فعالیتهای مورد نیاز خود را در آن یادداشت نماید. - شیوههای کاهش اضطراب همچون روش کنترل تنفس (تنفس عمیق) و استفاده از موزیک را به بیمار آموزش دهید. - به بیمار در مورد داشتن یک زندگی سالم همراه با تغذیه کافی، مایعات و استراحت و تمرینات مناسب جهت کاهش خستگی آموزش دهید.	
منابع مورد استفاده:	
- Schumacher, A. Wewers, D. et al. (2002) "Fatigue as an important aspect of quality of life in patients with acute myeloid leukemia", Leukemia Research. 26(4):355. - Stone, P. (2002) "The measurement, causes and effective management of cancer related fatigue". International Journal of Palliative Nursing. 8(3):120.	

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
انتظار می رود بیمار: - بیان کند که تهوع ندارد. - روشهای کاهش تهوع و استفراغ را در زمان مناسب بکارگیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- جهت انحراف فکر بیمار از احساس تهوع از یک موسیقی ملایم، تلویزیون و ویدئو با توجه به علاقه بیمار استفاده کنید. ۲- از یک تکه پارچه (لیف) سرد در جلوی پیشانی بیمار که دچار تهوع است استفاده کنید. ۳- از اکسیژن مکمل در صورت داشتن دستور استفاده کنید، اکسیژن می تواند سبب کاهش تهوع شود. ۴- محیطی آرام، با تهویه خوب، بدون داشتن بوی شدید غذا، عطر یا محلول های پاک کننده مهیا سازید. ۵- از حرکت ناگهانی بیمار اجتناب کرده و به بیمار فرصت بدهید تا در صورت تمایل در تخت دراز بکشد. ۶- اگر تهوع بیمار با استفراغ های مکرر همراه است، بیمار را از نظر تعادل آب و الکترولیت بررسی کنید. ۷- یک ظرف تمیز همراه با دستمال کاغذی برای مواقعی که بیمار استفراغ دارد در اختیارش قرار دهید. ۸- پس از استفراغ بیمار، بهداشت دهان را حفظ کنید.	

۹- حین استفراغ در کنار بیمار بمانید، دستتان را بر روی شانه‌های او بگذرید و ظرف استفراغ را جلوی او نگهدارید.

۱۰- بعد از اینکه استفراغ بیمار برطرف شد و تهوع کاهش پیدا کرد به بیمار مایعات صاف مثل سودا یا زنجبیل بدهید و سپس غذاهای ملایم مثل نان تست یا کلوچه خشک بدهید و سپس رژیم بیمار را تبدیل به رژیم نرم نمایید.

۱۱- در ظرف غذا را قبل از ورود به اتاق بیمار بردارید.

تهوع و استفراغ بدنال شیمی درمانی:

۱۲- با پزشك در ارتباط با نیاز به مصرف داروهای ضد تهوع بصورت پروفیلاکتیک یا زمانی که تهوع و استفراغ رخ می‌دهد، مشورت کنید.

۱۳- از ضد استفراغ استفاده کرده و از مداخلات پرستاری جهت افزایش حمایت از بیمار و دادن اطلاعات به آنها استفاده کنید.

۱۴- اگر تهوع بیمار به دلیل استفاده از مخدرهاست، با پزشك در مورد استفاده از سایر داروهای کنترل کننده درد مشورت کنید و از داروی اولانزاپین بعنوان يك داروی ضدتهوع برای بیماران مبتلا به سرطانه‌ای پیشرفته استفاده کنید.

۱۵- با يك پزشك در مورد استفاده از TENS بعنوان يك درمان مکمل برای کنترل تهوع ناشی از کموتراپی استفاده کنید.

۱۶- به بیمار كمك کنید که یاد بگیرد چگونه از نقاط فشاری برای کنترل تهوع و استفراغ استفاده کند و فشار دو طرفه‌ای در ناحیه پشت مچ و روی زانوها وارد نماید.

۱۷- در بیمارانی که پس از مصرف داروهای ضد تهوع و یا سایر درمانها، تهوع و استفراغ همچنان ادامه می‌یابد، با پزشك در مورد استفاده از طب فشاری یا استفاده از TENS مشورت کنید.

۱۸- در بیماری که تهوع دارد کف پا را به مدت ۱۰ دقیقه ماساژ دهید.

Patient Education

آموزش به بیمار

- در بیماری که دچار تهوع و استفراغ پیش بینی شونده است، مداخلاتی همچون آموزش تن آرامی و تصور سازی هدایت شده، برای کاهش تهوع ناشی از وقایع استفاده کنید.

منابع مورد استفاده:

- Beder, C M. Mc Daniel, R. Murphy End, K. (2002) "Chemotherapy induced nausea and vomitting", Clinical Journal of Oncology Nursing. 6(2):94.
- Borjeson, S. Hursti, T J. Tishelman, C. et al. (2002) "Treatment of nausea and emesis during cancer chemotherapy. Discrepancies between antiemetic effect and well being". Journal of Pain and Symptom Management. 24(3):345.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تصویر ذهنی از بدن	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	- پذیرش تغییر یا فقدان و توانایی تطابق با تغییر در سبک زندگی را بیان کرده یا نشان دهد. - قسمتی از بدن یا فقدان را بطور مناسب نام ببرد. - قسمت تغییر یافته یا از دست رفته را نگاه و یا لمس کند. - از قسمت تغییر یافته یا ناکارآمد، بدون وارد کردن آسیب مراقبت کند. - به سطح فعالیتهای اجتماعی قبلی باز گردد. - ارتباط بدن با محیط را بطور صحیح انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با کمک مقیاس سنجش تصویر ذهنی از بدن، بیمارانی را که نگرانی‌هایی در باره تغییرات در تصویر ذهنی از بدن دارند، مشخص کنید. ۲- بیمار را از نظر اختلال بدشکلی (dysmorphic disorder) بررسی کرده و در صورت لزوم ارجاعات لازم را انجام بدهید. ۳- مکانیزم‌های تطابقی معمول بیمار را در زمان مواجهه با استرس‌های شدید مشاهده کرده و استفاده از آنها را در بحران فعلی تقویت کنید. ۴- به بیمار جهت دستیابی به درک ایده‌آل از تصویر ذهنی از بدن خود فرصت دهید. ۵- انکار، غم یا افسردگی، احساسات طبیعی بهنگام تطابق با تغییرات در بدن و سبک زندگی هستند که بایستی آنها را مد نظر داشته باشید. ۶- بیماران در خطر اختلال در تصویر ذهنی را شناسایی کنید (نظیر بازماندگان سرطان). ۷- بیماران نباید در تقسیم احساسات خود شتاب کنند. ۸- از بیماران بخواهید تا احساسات خود را بیان کنند مگر اینکه آنها نیاز به این کار را نشان داده باشند. ۹- نقاط قوت و منابع در دسترس را برای بیمار توضیح دهید. در مورد تغییرات احتمالی در وزن و ریزش موها با بیمار صحبت کنید. یک کلاه گیس مناسب قبل از ریختن موها انتخاب کنید. ۱۰- بیمار را به خریدن لباس‌های جذاب و پوشاننده ناتوانی‌شان تشویق کنید. ۱۱- به بیمار و اطرافیان اجازه دهید تا به تدریج با تغییر بدن مواجه شوند. با لمس ناحیه درگیر توسط بیمار شروع کنید، سپس از یک آینه برای دیدن استفاده کنید. با پرستار یا همراه بیمار در محوطه بیمارستان قدم زده و در باره احساسات مربوط به واکنش دیگران نسبت به تغییر بدنش صحبت کنید. ۱۲- بیمار را به تصمیم‌گیری و مشارکت در برنامه مراقبتی ترغیب کنید.	

۱۳- به بیمار کمک کنید تا بتواند کمک دیگران را قبول کند. ۱۴- به بیمار در توصیف ایده‌آل‌های فردی، تعیین هنرهای خود و پذیرش خود کمک کنید. ۱۵- بیمار را تشویق کنید که یک توصیف داستان وار از تغییرات بدنی خود بنویسد. ۱۶- موقع مراقبت از بیمارانی که بدشکلی ناشی از جراحی یا آسیب دارند، از نگاه با اکراه خودداری کنید. ۱۷- محیط خصوصی بیمار را فراهم کنید. مراقبت را با حداقل تماس‌های غیرضروری انجام دهید. ۱۸- بیمار را تشویق کنید تا همان عادات روزمره مراقبت بهداشتی را که قبل از تغییر در بدن انجام می‌داده است، دنبال کند. ترجیح داده می‌شود که این مراقبت در حمام، نه در تخت انجام شود.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- نحوه مراقبت صحیح از محل جراحی (نظیر محل ماستکتومی، محل آمپوتاسیون و محل استومی) را به بیمار آموزش دهید. ۲- بیمار را جهت کمک به تطابق با تغییر، به مشاور ارجاع دهید. ۳- اطلاعات کتبی لازم را برای وابستگان دیگر بیمار فراهم کنید. ۴- سایر وابستگان را به حمایت بیشتر از بیمار ترغیب کنید. ۵- حمایت اجتماعی را بدین ترتیب هدایت کنید: آموزش در باره مراقبت عملی (مثلاً بانداژ)، تقویت حمایت ظاهری (گوش دادن به سخنان بیمار)، تقویت حمایت اعتماد به نفس (مقایسه مطلوب بین ظاهر بیمار و بیماران دیگر) و تقویت احساس وابستگی (کمک در اجتماعی کردن بیمار).	
منابع مورد استفاده:	
Bachelor, D. (2001) "Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care aliterature study", European Journal of Cancer Care. 10(3):147. Lindop, E. Cannon, S. (2001) "Evaluating the self assessed support needs of women with breast cancer", Journal of Advanced Nursing. 34(6):760-771.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - علایم اضطراب را تعیین و بیان کند. - تکنیکهای کنترل اضطراب را تعیین، بیان کرده و نشان دهد. - فقدان یا کاهش نگرانی ذهنی را بیان کند. - علایم حیاتی طبیعی داشته و علایم کاهش تحریک سمپاتیک را نشان دهد.	

- ظاهر چهره، وضع و حالت بدن و میزان فعالیتهای نشانگر کاهش نگرانی را نشان دهد. - افزایش قدرت تمرکز و تفکر صحیح را نشان دهد. - عوامل تشدید کننده اضطراب، تعارضها و تهدیدها را تعیین و بیان نماید. - بازگشت مهارتهای حل مساله را نشان دهد. - افزایش تمرکز خارجی را نشان دهد.	توصیه های پرستاری
۱- میزان اضطراب بیمار و واکنشهای جسمی وی به اضطراب را بررسی کنید (نظیر تاکی کاردی، تاکی پنه، بیان غیرکلامی اضطراب)، این کار را با پرسیدن سؤال «آیا در حال حاضر احساس نگرانی و اضطراب می- کنید؟» انجام دهید. ۲- در صورت لزوم با همدلی، بیمار را تشویق به بیان علایم اضطراب خود و علل ایجاد کننده آن کنید. ۳- بیمار را به استفاده از جملات مثبتی نظیر «اضطراب مرا نخواهد کشت»، «من می-توانم این کار را در این زمان انجام دهم»، «من می-توانم با اضطراب مقابله کنم» تشویق کنید. ۴- تا حد امکان تلاش کنید تا عوامل ایجاد کننده اضطراب را حذف کنید. ۵- همه فعالیتهای و پروسیجرهای مربوط به بیمار را برای وی توضیح دهید. از اصطلاحات غیرپزشکی و آسان استفاده کرده و آرام صحبت کنید. این کار را موقع انجام هر پروسیجر برای بیمار انجام دهید. ۶- مهارتهای سازگاری که بیمار قبلاً در مواجهه با اضطراب بکار می-برده است، را مشخص کرده و این مهارتها را تقویت کنید. ۷- جهت کاهش اضطراب بیمار پشتش را ماساژ دهید. ۸- از تکنیکهای لمس درمانی استفاده کنید. ۹- از تصویر سازی ذهنی برای کاهش اضطراب استفاده کنید. ۱۰- وسیله ای را برای گوش دادن به موزیک دلخواه بیمار فراهم کنید. یک محیط آرام فراهم کرده و بیمار را به گوش دادن ۲۰ دقیقه موسیقی مورد علاقه اش تشویق کنید. ۱۱- مصرف الکل، آرام بخش ها و سیگار را بعنوان منابع اضطراب ممنوع کنید. ۱۲- از مصرف هر گونه مواد محرک نظیر کافئین، نیکوتین، تئوفیلین، تربوتالین سولفات، آمفتامین ها و کوکائین در بیمار مطلع شده و مصرف آنها را محدود یا قطع کنید.	Patient Education
آموزش به بیمار ۱- علایم اضطراب را به بیمار و خانواده اش آموزش دهید. ۲- به بیمار در تعریف میزان اضطراب خود (از به آسانی قابل تحمل تا غیر قابل تحمل) و انتخاب مداخلات مناسب کمک کنید. ۳- به بیمار روش های خود کنترلی اضطراب را آموزش دهید. ۴- به بیمار تکنیکهای آرام سازی پیشرونده عضلانی را آموزش دهید.	

۵- تنفس آرام بخش را به بیمار آموزش دهید، بیمار بایستی از طریق بینی نفس بکشد، به آرامی شکم را به سمت بالا پرکرده و سپس نفس خود را از راه دهان خارج کند و قفسه سینه را به طرف پایین حرکت دهد. ۶- به بیمار آموزش دهید که در باره فقدان، اضطراب یا درد، تجربه موفقیت آمیز موقعیت، حل مشکل و یا پیامد پروسیجر، در ذهن خود تصویر سازی کند. ۷- به خانواده بیمار آموزش دهید که در صورت وجود هر گونه مشکل یا سوال، با مرکز درمانی تماس حاصل کنند.
منابع مورد استفاده:
- Schreier, A M. & Williams, S. (2004) "Anxiety and quality of life women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer", Oncology Nursing Forum, 31(1):127-130. - Smith, E M. Gomm, S. & Dickens, C M. (2003) "Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer", Palliative Medicine. 17(6):509-13.

بیان مشکل	Problem Definition
سازگاری ناموثر	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - توانایی سازگاری را بطور کلامی بیان کرده و موقع نیاز درخواست کمک کند. - توانایی حل مشکلات مربوط به نیازهای موجود را نشان دهد. - عاری از رفتارهای مخرب نسبت به خود و دیگران باقی بماند. - نیازهایش را مطرح کرده و جهت رفع آن نیازها، با دیگران گفتگو کند. - در مورد این که عوامل استرس زای اخیر یا مداوم زندگی، چگونه راهکارهای سازگاری را از بین برده- اند، صحبت کند. - استراتژی‌های سازگاری موثر جدید را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- بیمار را از نظر علل سازگاری ناموثر، نظیر درک ضعیف از خود، اندوه، فقدان مهارتهای حل مساله، فقدان حمایت یا تغییرات اخیر در وضعیت زندگی بررسی کنید. ۲- بیمار را از نظر نقاط قوت، نظیر توانایی ارتباط با حقایق و شناسایی منبع استرسورها بررسی کنید. ۳- خطر آسیب زدن به خود و دیگران را در بیمار بررسی کرده و بطور مناسب مداخله انجام دهید. به مداخلات پرستاری مربوط به «خطر خودکشی» مراجعه کنید.	

۴- به بیمار در تعیین اهداف ایده‌آل و مهارت‌ها و دانش فردی کمک کنید.	
۵- از ارتباط همدلانه استفاده کرده و بیمار و خانواده را به بیان ترس‌ها، عواطف و تنظیم اهداف تشویق کنید.	
۶- بیمار را به انتخاب و مشارکت در برنامه ریزی مراقبتی و فعالیتهای منظور شده ترغیب کنید.	
۷- فعالیتهای جسمی و روانی بیمار را در حد توان وی فراهم کنید (نظیر مطالعه، دیدن تلویزیون، گوش دادن به رادیو، فیلم‌های سینمایی، ورزش و نرمش و بازی‌ها).	
۸- اگر بیمار توانایی جسمی دارد، وی را به انجام ورزش‌های هوازی تشویق کنید.	
۹- قبل از انجام هر مراقبت، اطلاعاتی راجع به آن به بیمار بدهید.	
۱۰- قبل از انجام هر گونه تغییری، با بیمار گفتگو کنید.	
۱۱- در مورد توان و قدرت بیمار و خانواده در تغییر موقعیت یا نیاز به قبول موقعیت بحث کنید.	
۱۲- جهت کمک به بیان احساسات بیمار نظیر ناراحتی، نگرانی و احساس گناه، بطور فعال به وی گوش داده و وی را بپذیرید.	
۱۳- بیمار را به بیان عوامل استرس زای قبلی و مکانیزم‌های سازگاری مورد استفاده ترغیب کنید.	
۱۴- از رفتارهای سازگاری بیمار حمایت کنید و به بیمار اجازه دهید در طول زمان آرامش یابد.	
۱۵- به بیمار کمک کنید تا تعریف کند که علایم وی، چه معنایی ممکن است برای او داشته باشد.	
۱۶- بیمار را به استفاده از روشهای آرام سازی رفتاری نظیر موزیک درمانی و تصویر سازی ذهنی تشویق کنید.	
۱۷- از تکنیکهای انحراف فکر در زمان انجام پروسیجرهای اضطراب زا برای بیمار، استفاده کنید.	
۱۸- در صورت نیاز، بیمار را جهت مشاوره ارجاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- فرایند حل مساله را به بیمار آموزش دهید. از بیمار بخواهید تا مشکل و علل آن را تعریف کرده و فواید و مضرات راحل‌ها را لیست کند.	
۲- برای بیمار ان بد حال و خانواده‌ها آنها، اطلاعات ضروری پیرامون وضعیت بیمار و درمان را ارایه دهید.	
۳- تکنیکهای آرام سازی را آموزش دهید.	
۴- از ابزارهای آموزش مناسب برای رفع نیازهای فردی وی استفاده کنید.	
۵- به بیمار در مورد منابع در دسترس جامعه آموزش دهید (نظیر درمانگرها، مشاورین، گروههای حمایتی مردمی).	
منابع مورد استفاده:	
- Aziz, N. Rowland, J H. (2002) "Cancer survivorship research among ethnic minority and medically underserved groups", Oncology Nursing Forum. 29(5):789-801.	
- Kershaw, T. Northouse, L. & Kritpracha, C. (2004) "Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers", Psychology and Health 19(2): 139-155.	

بیان مشکل	Problem Definition
نامیدی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص): - احساسات خویش را بیان نموده و در مراقبت مشارکت نماید. - جملات مثبت بسازد (مثلا: من می‌توانم، من سعی خواهم کرد). - اهدافش را تعیین کند. - تماس چشمی برقرار کند. - به گوینده توجه کند. - اشتباهی متناسب با سن خود داشته باشد و از نظر جسمی سلامت باشد. - طول مدت خواب متناسب با سن خود داشته باشد و سلامت جسمانی داشته باشد. - نگرانی‌های خویش را برای دیگران بازگو کند. - فعالیت‌هایش را آغاز کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- احتمال خودکشی را در بیمار بررسی و ثبت کنید. ۲- تعریف بیمار از امید را بررسی کنید. ۳- به بیمار کمک کنید تا دلایل زندگی کردن را بشناسد. ۴- بازخور حقیقی برای بیمار مهیا کنید. ۵- به بیمار در مشکل گشایی و تصمیم گیری کمک کنید. ۶- رویکردهای مناسب را بر اساس شرایط موجود یا موقعیت‌هایی که موجب ایجاد احساس ناامیدی می‌شود، تعیین کنید. ۷- به بیمار کمک کنید تا اهداف را بنا نهد و موارد انتخابات فرعی که برای وی مهم است، را نیز در نظر بگیرد. ۸- به بیمار کمک کنید در برابر نواقص طولانی مدت مقاومت نماید و به او کمک کنید تا اهداف کوچک و قابل دستیابی را تعیین نماید. ۹- مشارکت بیمار در طراحی اهداف که برایش معنی دار باشد، به او در پیشگیری از ناامیدی کمک خواهد کرد. ۱۰- برای هر بیمار وقت بگذارید و با استفاده از همدلی سعی کنید حرف‌های بیمار را درک کنید و این درک را باز به مشارکت بگذارید. ۱۱- به بیمار در تصمیم گیری برای فعالیت‌های روزانه کمک کنید.	

۱۲- بیمار را به بیان احساساتش تشویق کنید و کمک کنید تا احساسات خویش را بپذیرد.
۱۳- به بیمار فرصت دهید تا خودش تعامل را شروع کند و بعد از دادن وقت کافی، وی را به سوی یک پذیرش بدون قضاوت هدایت کنید.
۱۴- نقاط قوت بیمار را با وی مرور کرده و او را متقاعد کنید تا لیستی از توانمندی‌های خود را نوشته و آنرا به همراه داشته باشد.
۱۵- بیمار را با سیر بیماری و درمانهایی که با آنها مواجه خواهد شد آشنا کنید و تا حد امکان عدم اطمینان از آینده را از بیمار دور کنید.
۱۶- از شوخی در جای مناسب استفاده کنید.
۱۷- خانواده و خویشاوندان نزدیک را در برنامه مراقبتی بیمار مشارکت دهید.
۱۸- خانواده و اطرافیان را تشویق کنید تا امید، عشق و مراقبت از بیمار را بیان نمایند.
۱۹- علایم و نشانه‌های افسردگی را ارزیابی کنید.
۲۰- از درمانهای تلفیقی مثل اسید چرب امگا ۳ استفاده کنید.
۲۱- از لمس و نوازش کردن در صورتی که از نظر فرهنگی اشکال نداشته باشد در مراقبت از بیمار استفاده کنید و خانواده را به انجام این عمل تشویق کنید.
۲۲- دستیابی بیمار به منابع حمایتی برای ایجاد یک معنویت مثبت را تسهیل کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
- بیمار را به انجام و مشارکت در فعالیت گروهی تشویق کنید.	-
- استراتژی‌های مقابله با ناامیدی را به بیمار آموزش دهید.	-
منابع مورد استفاده:	
- Baldacchino, D. & Draper, P. (2001) "Spiritual coping strategies: a review", Journal of Advanced Nursing. 34:83.	
- Keely, M P. (2004) "Final conversation: survivors memorable messages concerning religious faith and spirituality", Journal of Health Communication. 16(1):87-104.	
- Meraviglia, M G. (2004) "The effects of spirituality on well being of people with lung cancer", Oncology Nursing Forum. 31 (1):89-94.	

Problem Definition	بیان مشکل
مشکلات معنوی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار بتواند (در چارچوب زمانی مشخص):	
- احساس ارتباط با خود، با دیگران، هنر، موسیقی، ادبیات، یا قدرت مافوق خود را بیان کند.	

- معنی و مفهوم زندگی را بیان کند. - احساس امید به آینده را بیان کند. - احساس توانایی بخشیدن را بیان کند. - احساس پذیرش وضعیت سلامت خویش را بیان کند. - در مورد پاسخ فردی به مرگ بحث کند. - در مورد پاسخ فردی به اندوه و غم بحث کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- بیمار را از نظر از دست دادن معنی، هدف و امید در زندگی ارزیابی کنید. ۲- به عقاید بیمار احترام بگذارید و از تحمیل عقاید معنوی خود به بیمار اجتناب کنید و از سیستم های عقیدتی خود آگاه باشید و معنویت بیماران نیز بپذیرید. ۳- احساس عشق، مراقبت و شفقت را در خود تقویت کنید. ۴- به بیمار توصیه کنید که ارتباطات اجتماعی و حمایتی خود را ارزیابی نموده و توسعه دهد. ۵- بیمار را به يك گروه حمایتی ارجاع دهید. ۶- آمادگی فیزیکی داشته باشید و بطور فعال به مددجو گوش دهید. ۷- به بیمار توصیه کنید که از مدی تیشن، لمس درمانی، نوشتن خاطرات، آرام سازی و درگیر شدن در هنر، موسیقی، شاعری برای استفاده کند. ۸- بیمار را به انجام فعالیتهای حمایتی خارج از خانه تشویق کنید. ۹- به بیمار پیشنهاد کنید تا با يك مشاور مذهبی یا معنوی ملاقات داشته باشد. ۱۰- به بیمار کمک نمائید تا فهرستی از ارزشهای مهم و غیر مهم را تهیه نماید. ۱۱- به بیمار در شناسایی و ایجاد تجربیات معنی دار در زندگی خود و پیدا کردن مهارتهایی برای مواجهه با تغییرات در سبك زندگی و یا بیماری کمک نمائید. ۱۲- از بیمار سوال کنید که چگونه می تواند بیشتر مفید واقع شود. بیمار را به نگاه در درون و بیرون از خود و انعکاس به خود تشویق کنید. ۱۳- اگر بیمار با لمس راحت است، دستان او را در دست خود بگیرید و یا دست خود را به آرامی بر روی شانه هایش قرار دهید. ۱۴- به احساسات بیمار در مورد زجر و یا مرگ گوش فرا دهید و قضاوت نکنید و به بیمار برای سازگاری با غم و اندوه زمان بدهید. ۱۵- به بیمار کمک کنید تا برای خود دلیلی برای زندگی و زنده بودن داشته باشد، از او حمایت کنید و امید را در وی تقویت نمائید. ۱۶- وسائل مورد نیاز برای عبادات مذهبی را در اختیارش قرار دهید و در صورتی که درخواست موسیقی کرد برای او فراهم سازید.

۱۷- هنر بخشش را در بیمار تقویت نمائید. ۱۸- محیط خصوصی و یا مکانی جهت عبادت برای بیمار فراهم نمائید. ۱۹- زمان و مکانی را جهت عبادت برای بیمار فراهم نمائید. ۲۰- بیمار را تشویق به خنده و شوق نموده (در وقت مناسب) و سلامت معنوی را در وی تقویت نمائید.
منابع مورد استفاده:
- Baldacchino, D. & Draper, P. (2001) "Spiritual coping strategies: a review", Journal of Advanced Nursing. 34:83. - Keely, M P. (2004) "Final conversation: survivors memorable messages concerning religious faith and spirituality", Journal of Health Communication. 16(1):87-104. - Meraviglia, M G. (2004) "The effects of spirituality on well being of people with lung cancer", Oncology Nursing Forum. 31 (1):89-94.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سالمندی

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در الگوی خواب در ارتباط با ترس و اضطراب ناشی از محیط بیمارستان، شب ادراری، تغییر در دوره های خواب ناشی از افزایش سن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- الگوی مناسب خواب را که با معیارهای زیر مشخص می شود حفظ کند: احساس رضایت، وضعیت مناسب و متعادل فکری و مغزی، عدم وجود علائم خستگی و بی خوابی مانند خمیازه کشیدن مکرر و کسالت داشتن و...
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به مددجو برای تعیین بهترین زمان مناسب برای استراحت و خواب شبانه کمک کنید. ۲- مددجو را با محیط درمانی برای کاهش استرس وی آشنا کنید. ۳- مشکلات گوارشی را (در صورت وجود) کنترل و درمان کنید. ۴- به مددجو جهت تعیین مناسب ترین راهکارهای آرام سازی و کنترل استرس کمک کنید. ۵- در صورت بستری بودن مددجو در صورت امکان، الگوی طبیعی خواب و استراحت وی را حفظ کنید. ۶- محیط را برای استراحت مددجو آماده نمایید. ۷- داروهای مصرفی بیمار را از نظر روش مناسب استفاده و اثرات جانبی بررسی نمایید. ۸- صدای زنگ تلفن و زنگ اخبار و... را کاهش دهید. ۹- در صورت نیاز مددجو را به سرویس های مرتبط ارجاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- روش های مناسب آرام سازی را به مددجو آموزش دهید. ۲- به مددجو توصیه نمایید حتی الامکان روزها استراحت نکند. ۳- به مددجو گوشزد نمایید که تغییر در الگوی خواب با افزایش سن طبیعی است. ۴- به مددجو آموزش دهید که شب ها قهوه و چای کمتری استفاده نماید. ۵- به مددجو آموزش دهید در صورت عدم وجود موارد منع مصرف، از لبنیات و شیر بیشتری استفاده نماید. ۶- به مددجو آموزش دهید در صورت امکان شب ها قبل از خواب مطالعه نماید. ۷- به مددجو آموزش دهید به منظور کاهش تعداد دفعات دفع ادرار، شب ها مایعات کمتری استفاده نماید. ۸- به مددجو راهکارهای ترک مصرف سیگار را آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فرایندهای خانوادگی در ارتباط با ناتوانی پیشرونده جسمانی، مشکلات روانی و اجتماعی و مالی، عدم آگاهی مناسب در مورد تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با افزایش سن و عدم دسترسی به حمایت های مناسب در جامعه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- خانواده و پرستار نیازهای مددجو را بیان نمایند. - مددجو بصورت مشتاقانه و داوطلب در برنامه های تصمیم گیری شرکت نماید. - مددجو با محیط تعاملات مناسبی داشته باشد. - مددجو در محدوده توانایی خود از حداکثر توان بالقوه اش بهره ببرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مددجو و خانواده اش را به بیان احساسات خود تشویق کنید. ۲- در صورت امکان مددجو و خانواده اش را برای تعاملات و گفتگوی صمیمانه خانوادگی تنها بگذارید. ۳- اهمیت استراحت و تغذیه مناسب را به مددجو و خانواده اش گوشزد نمایید. ۴- راهکارهای تطابق و سازگاری را به بیمار و خانواده وی آموزش دهید. ۵- در هدف گذاری برای اقدامات حمایتی-درمانی، مددجو و خانواده را مشارکت دهید. ۶- در صورت تداوم مشکل، بیمار را به مراکز مناسب ارجاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- آگاهی لازم در مورد تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با افزایش سن را به بیمار و خانواده ارائه دهید. ۲- روش های دستیابی به انواع حمایت های اجتماعی را به بیمار و خانواده اش آموزش دهید. ۳- اهمیت تطابق با وضعیت موجود را به خانواده مددجو گوشزد نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
احساس تنهایی و عزلت در ارتباط با کاهش امکان حضور در جامعه به دلایل مالی، جسمی و روانی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- عدم احساس تنهایی و عزلت که با معیارهای حفظ ارتباط با دیگران مشخص می شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به مددجو در برنامه ریزی جهت حفظ و ارتقاء راهکارهای افزایش ارتباطات اجتماعی کمک کنید. ۲- از روش های حفظ ارتباطات صمیمی مثل لمس (باتوجه به فرهنگ و مذهب بیمار) استفاده کنید. ۳- در صورت بستری بودن بیمار، حتی الامکان محیطی مشابه با محیط زندگی طبیعی وی طراحی نمایید. ۴- وسایل ارتباط جمعی را در دسترس بیمار قرار دهید.	

۵- مددجو را به عضو شدن در جوامع گوناگون تشویق نمایید. ۶- بیمار را به سازمان های حمایت مالی ارجاع دهید. ۷- در صورت نیاز مددجو را به مراکز مشاوره درمانی ارجاع نمایید. ۸- علایق مددجو را کشف کرده و از آنها در جهت افزایش امکان ارتباط استفاده کنید. ۹- به مددجو در تنظیم برنامه مناسب ورزشی کمک نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به خانواده بیمار اهمیت تداوم ملاقات های منظم و حفظ ارتباط با مددجو را گوشزد کنید. ۲- برای حفظ تعامل بیشتر، تلفن را در دسترس مددجو قرار دهید. ۳- اهمیت حفظ الگوی مناسب ارتباطی را به همراهان گوشزد کنید. ۴- روش های کنترل استرس و آرام سازی را به مددجو و خانواده اش آموزش دهید.	

بیان مشکل		Problem Definition
اختلال شنوایی در ارتباط با تغییرات استحالته ای و تخریبی در ساختمان گوش و اعصاب شنوایی.		
برآیندهای مورد انتظار		Expected Outcomes
مددجو با استفاده از توانایی موجود، حداکثر تعاملات را با محیط داشته باشد.		
توصیه های پرستاری		Nursing Recommendations
۱- کانال گوش را از نظر ترشحات و واکس بررسی کنید. ۲- جهت کمک به لب خوانی مددجو نور مناسبی را در محیط فراهم کنید. ۳- سر و صدای محیط را کم کنید. ۴- برای شروع ارتباط کلامی، ابتدا مددجو را مطلع کنید. ۵- حداکثر فاصله را جهت بهبود ارتباط کلامی (بین یک تا دو متر) حفظ نمایید. ۶- حین صحبت با مددجو از جویدن آدامس و خوردن، اجتناب کنید (احتمال بروز خطا در لب خوانی توسط مددجو). ۷- بلندی مناسب صدا را در شروع و خاتمه جملات حفظ نمایید. ۸- از جملات ساده و مختصر استفاده کنید. ۹- عبارات را در صورت لزوم تکرار کنید. ۱۰- از راهکارهای دیگر مناسب جهت موثرتر کردن تعامل و ارتباط با مددجو (رفتارهای ارتباط غیر کلامی، نوشتار و...) استفاده کنید.		

آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به مددجو توصیه کنید از وسایل کمک شنوایی (مثل سمعک) در صورت تجویز استفاده نماید. ۲- به مددجو توصیه کنید روش صحیح استفاده از سمعک را بکار بندد. ۳- به مددجو آموزش دهید استفاده از سمعک نیز مانند عینک در جامعه پذیرفته شده است و با تداوم استفاده برای فرد، پذیرفته خواهد شد. ۴- به خانواده مددجو توصیه کنید محیطی پذیرا برای وی فراهم نمایند.	

بیان مشکل	Problem Definition
افسردگی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - از بیمار در تعاملات اجتماعی در طول فعالیتهای برنامه ریزی شده حمایت کند. بیمار باید قادر باشد: - احساس خود ارزشی را بیان کند. - آغازگر بعضی از گفتگوها باشد. - در مراقبت از خود مشارکت داشته و فعالیتهای روزانه خود را انجام دهد. - با اقوام، دوستان و کارکنان تعامل بیشتری داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- توجه داشته باشید که تعیین قابلیتهای جسمی بیمار، تعادل بین تمایلات و توانایی ها، احساس مفید بودن یا عدم مفید بودن را تقویت می کند. ۲- جهت افزایش احساس کنترل بیمار، وی را در طرح ریزی فعالیتهای روزانه زندگیشان مشارکت دهید. ۳- وضعیت تغذیه، دفع، خواب و استراحت و آسایش فیزیکی بیمار را کنترل کنید. ۴- مطمئن شوید که کلیه امکانات مورد نیاز برای خود مراقبتی در دسترس بیمار هستند (برای جلوگیری از بعضی اقدامات غیر ضروری). ۵- بیمار را به ورزش تشویق کنید (ورزش باعث جابجایی سروتونین و نوراپی نفرین در مغز می شود که در افسردگی کاهش یافته است). ورزش همچنین باعث افزایش میزان انرژی و بهبود الگوی خواب بیماران مسن میشود. ۶- فرد مسن را به فعالیتهای آرامش دهنده و لذت بخش و گوش کردن به موسیقی تشویق کنید. ۷- در حل مشکلات به وی کمک کنید. ۸- در صورتی که اختلالات فیزیکی موجب اختلال در خود مراقبتی شده است با کادر درمان، فیزیوتراپ و سایر متخصصین مربوطه مشورت کنید.	

۹- حمایت اجتماعی از بیمار را افزایش دهید (فامیل، دوستان، گروه های اجتماعی و منابع بیمارستانی).	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به بیمار در مورد پاتولوژی اولیه افسردگی آموزش دهید. ۲- به بیمار در مورد عوامل برگشت دهنده بیماری آموزش دهید. ۳- به بیمار در مورد خطرات قطع داروهای تجویزی (مگر در صورت مشورت با پزشك) آموزش دهید. ۴- به بیمار در مورد دلیل اینکه چرا چندین هفته جهت تاثیر داروهای ضد افسردگی زمان لازم است، آموزش دهید. ۵- در مورد نیاز به الگوی جدید ورزشی بعد از ترخیص آموزش دهید. ۶- روز، زمان و محل پیگیری های بعدی را به بیمار یادآوری کنید. ۷- زمان و مکان تماس با پزشك را به بیمار یادآوری کنید. ۸- به بیمار در مورد درمان شامل هدف، مقدار، فاصله زمانی و عوارض دارویی توضیح دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در الگوی خواب در ارتباط با آپنه شبانه، بی خوابی مرضی، سندرم پاهای بی قرار و سایر اختلالات.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - عوامل خطر مهم بی خوابی شدید در بیمار را تشخیص دهد. - نحوه استفاده از لوازم نگه دارنده فشار ریوی مثبت را بطور مکتوب آموزش دهد. - عوامل محیطی محل آسایش و خواب را تشخیص دهد. - هنگام پذیرش بیمار ان الگوی خواب بیمار را بطور کامل مورد بررسی قرار دهد. - کیفیت و کمیت خواب بیمار را در وضعیت طبیعی (عدم مشکل در خوابیدن) بررسی کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- بیمار را از نظر آپنه حین خواب، حرکت بیش از حد معمول پاها در حین خواب و اختلال در بیدار ماندن در طول فعالیتهای روزانه، مشاهده کنید. ۲- بیمار را از نظر اختلالات جسمی، و روحی- روانی که از علائم آنها مشکل در خواب است مانند افسردگی، درد، آنمی و اورمی، کنترل کنید. ۳- در صورتیکه مشکل در خوابیدن به علت آپنه باشد، درمان هایی از قبیل نگهداری فشار مثبت راه هوایی لازم است. حفظ بهداشت لوازم مربوطه و نیز ماسکها ضروری است. ۴- در مورد استفاده بیمار از داروهایی که ممکن است باعث اختلال در خواب شوند بررسی مجدد انجام دهید. در بی خوابی های متوسط تا شدید خصوصاً در مواقعی که عامل آن مربوط به آپنه حین خواب یا سندرم پای بیقرار باشد، بیمار را به متخصص بهداشت روان ارجاع دهید.	

۵- در بیماران دچار آینه حین خواب و سندرم پای بیقرار در مواقع استفاده از داروهای آرام بخش برنامه مراقبتی ویژه طرح کنید.	
۶- کمیت و کیفیت خواب را با اندکس کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) بررسی کنید و میزان خشنودی بیمار از کیفیت خواب خود را به سایر پرستاران و مراقبین بازخورد دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- از بیمار بخواهید که از خوردن و آشامیدن غذاها و مایعات محرك در زمان غروب (از جمله کافئین و چای) اجتناب کند.	
۲- تکنیک های آرام سازی (relaxation) را به بیمار آموزش دهید.	
۳- از بیمار بخواهید که در طول روز چرت نزند.	
۴- تنظیم ساعات خواب و بیداری روزانه (بطور منظم) را به بیمار آموزش دهید.	
۵- بیمار را به انجام ورزش های منظم روزانه تشویق کنید.	
۶- بیمار را به استفاده از شیر گرم قبل از خواب و یا غذای مختصر و سبک در رختخواب تشویق کنید.	
۷- به بیمار آموزش دهید با بستن در اتاق و سایر اقدامات لازم از سر و صدای زیاد محیط دور باشد.	
۸- به بیمار در مورد نحوه استفاده از C-pap (تمیز کردن و نگهداری فشار مثبت راه هوایی) آموزش مکتوب ارائه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
سوء رفتار با افراد مسن	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- يك محیط امن برای فرد مسن برقرار کند.	
- به حقوق بیماران احترام بگذارد.	
- بیماران را به حقوق خود آشنا کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با سالمند مصاحبه کرده و از وی در مورد نحوه سوء رفتار گزارش دریافت کنید.	
۲- از بیمار حمایت کنید تا بدون ترس در مورد جزئیات واقعه سوء رفتار صحبت کند.	
۳- درباره حقوق بیمار با وی صحبت کنید تا در مواقع لازم با قدرت و قوت و مستقل برخورد نماید.	
۴- از دیگر اعضای تیم درمان مانند مشاور برای کاهش ترس بیمار در مواقع لازم کمک بگیرید.	
۵- به بیمار برای تشخیص محدوده و حیطه شخصی خود در جهت احساس امنیت نمودن و کنترل خود کمک نمایید.	

آموزش به بیمار	Patient Education
- به بیمار در جهت شناسایی و پاسخ به موقع به تهدیدات سوءرفتار یا انجام سوءرفتار با در اختیار گذاشتن شماره تلفن منابع حمایتی، پلیس و دیگر شماره های مهم برای استفاده در مواقع لازم، آموزش دهید. - بیمار را به حفظ ارتباط با منابع مشورتی و حمایتی تشویق نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب ناشی از ضربه، بیماری و ناتوانی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو کاهش اضطراب را نشان دهد. - مددجو و خانواده وی قادر باشند منابع تهدید کننده و موقعیتهای استرس زا را شناسایی کنند. - مددجو و خانواده وی سازگاری پیدا کرده و روشهای مواجهه با موقعیتهای استرس زا را بدانند. - مددجو افزایش در میزان راحتی جسمی و روانی را تجربه کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- خوش بینی را در بیمار افزایش داده و ارتباط قوی با بیمار برقرار کنید. ۲- مددجو را برای استفاده از استدلال، حفظ آرامش و برخورد با موقعیت بدون قضاوت تشویق کنید. ۳- يك محیط آرام بخش همراه با سطح مناسبی از محرکات حسی برای بیمار بوجود آورید. ۴- بیمار را به بیان افکار و احساسات خود تشویق کنید. ۵- به بیمار برای درك تجربه اضطراب های قبلی كمك کنید. ۶- به مددجو در مورد رفتارهای وی که ناشی از اضطراب است، بازخورد دهید. ۷- به بیمار و خانواده وی برای شناسایی روش های سازش طولانی مدت كمك کنید. ۸- شرایط و اطلاعات مناسب را برای رفع اضطراب بیماران فراهم کنید. ۹- بیمار و خانواده را برای شرکت در فعالیتهای اجتماعی و سرگرم شدن با توجه به علایق شخصی تشویق کنید. ۱۰- به افزایش مهارتهای ارتباطی بیمار همراه با اعتماد به نفس كمك کنید. ۱۱- محیطی ساکت ایجاد کرده و تحریکات اضافی را کم نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- روش های آرام سازی برای کاهش اضطراب را به بیمار و خانواده آموزش دهید. - به بیمار و اعضاء خانواده در مورد روشهای حل مشکل آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازگاری غیر موثر فردی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - هر گونه سازگاری غیر موثر در سالمند را به موقع تشخیص دهد. - بیمار باید قادر باشد: - شواهدی از بهبود در مهارتهای سازگاری و تحمل استرس را از خود نشان دهد. - افزایش راحتی جسمی و روانی را بیان کند. - شواهدی از بهبودی توانایی حل مشکل و تصمیم گیری را نشان دهد. - مشکلات خود را حل کرده و قادر به انجام کامل فعالیتهای روزانه زندگی بدون وابستگی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- محیطی امن برای مددجو ایجاد کنید. ۲- مهارتهای سازگاری مددجو، سازگاری غیر موثر و درجه ناسازگاری را شناسایی کنید. ۳- تکنیک های حل مشکل و سازگاری فردی را در بیمار تشویق و تقویت کنید. ۴- روی فعالیتهای تصمیم گیری پافشاری و تاکید کنید. ۵- اعتماد بنفس و احساس خود کارآمدی را در بیمار بهبود بخشید. ۶- امید و احساس قدرت را حفظ کنید. ۷- رفتارهای بیمار را که نشان دهنده وابستگی وی هست، تقویت نکنید (در مقابله با بحرانها). ۸- خانواده را در جهت حمایت روانی از سالمند تشویق کنید. ۹- منابع جامعه را برای حمایت از سالمند و خانواده مشخص کنید. ۱۰- سالمند را به متخصص بهداشت روان ارجاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- فرد را به استفاده از توان فردی و روش های موفقیت آمیز گذشته در مواجهه با بحرانها تشویق کنید. - سالمند را به تفریح کافی و استراحت مناسب در طول روز تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب پوستی در ارتباط با بی اختیاری ادراری.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- پرستار باید قادر باشد از آسیب پوستی پیشگیری کند. - بیمار باید قادر باشد بهداشت ناحیه پرینه را حفظ کند به طوری که آسیب نبیند و دچار سائیدگی و زخم نشود.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ناحیه پرینه را از نظر علائم آسیب پوستی (مانند قرمزی) بررسی، و پدها را پس از هر بار خیس شدن تعویض کنید.	
۲- از صابون ملایم و آب ولرم برای شستن ناحیه پرینه وقتی که لباس یا ملافه بیمار تعویض می شود استفاده کنید.	
۳- از کرم در جهت پیشگیری از تماس ادرار با پوست ناحیه پرینه و آسیب ناشی از آن استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- به بیمار یا مراقبت کننده برای تعویض سریع پدها و پوشك ها آموزش دهید.	
- به خانواده بیمار در جهت اجتناب از استفاده از محصولات بهداشتی و خوشبوکننده تایید نشده در ناحیه آسیب دیده آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در اعتماد بنفس (خود ارزشیابی نا مناسب و احساس منفی در باره قابلیت های خود).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
- فعالیتهای مراقبت از سلامتی خود را مدیریت کند.	
- بین احساسات و نیازهای ارتباط منطقی برقرار کند.	
- اهداف واقع بینانه ای را انتخاب و به انجام برساند.	
- در مورد ترس های بی مورد خود صحبت کند.	
- ارتباط مثبتی با خود برقرار کند.	
- رفتار حاکی از خود ارزشی را بیان کند.	
- بطور خود انگیزه افکار و احساسات خود را بیان کند.	
- در فعالیتهای درمانی و اجتماعی مشارکت کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- به مددجو برای رسیدن به خود مراقبتی به عنوان يك نیاز ضروری كمك، و وی را به فعالیت و انجام وظیفه و تصمیم گیری فردی به طور مستقل تشویق کنید.	
۲- به مددجو برای شناسایی جنبه های مثبت شخصیت خود كمك کنید.	
۳- مددجو را برای ارتقاء خود مراقبتی تشویق کنید.	
۴- اهداف واقع گرایانه کوتاه مدت برای بیمار در نظر بگیرید بطوری که مددجو بتواند موفقیت را تجربه کند.	
۵- احساسات مددجو را شناسایی و او را در مقابله با ترس و پذیرش وظایف جدید كمک و حمایت کنید.	
۶- به مددجو برای اندیشیدن به شکستهای گذشته فرصت ندهید.	

۷- مواجهه در ستکارانه، مودبانه و سازگار را برای تشویق کردن به توسعه واقعیت گرایی در مددجو فراهم کنید.	
۸- مددجو را به شوخ طبعی تشویق کنید.	
۹- مددجو را بدون قید و شرط و با نظر مثبت بپذیرید.	
۱۰- اطلاعات ضروری را برای مددجو فراهم کرده و وی را به خود مراقبتی و خود کنترلی تشویق کنید.	
۱۱- مددجو را به مشارکت در تصمیم گیریها تشویق کنید.	
۱۲- خانواده را به بروز احساسات مثبت همراه با بیمار تشویق کنید.	
۱۳- خانواده را به شرکت در یادآوری خاطرات با تهیه تصاویر یا چیزهایی که خاطرات خوب را زنده می کند، تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
- به مددجو در مورد نحوه مراقبت از خود آموزش دهید.	
- به مددجو در مورد چگونگی مشارکت در تصمیم گیریهای مربوط به خود آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال حرکتی مرتبط با ضعف عضلانی، مشکلات تغذیه ای، مشکلات تنفسی، کمبود خواب، تغییرات مفصلی ناشی از سالمندی و غیره.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو حداکثر دامنه حرکتی را در محدوده توانایی خود داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در صورت نیاز بهتر است داروهای ضد درد را قبل از شروع تمرینات تجویز کنید. ۲- برنامه تغذیه ای مناسب را جهت حفظ کالری مورد نیاز بیمار تعیین کنید. ۳- اهمیت رعایت الگوی مناسب تغذیه را به مددجو گوشزد نمایید. ۴- مددجو را از نظر مشکلات تنفسی بررسی نمایید. ۵- محیط را جهت تحرك و فعالیت فیزیکی مددجو آماده نمایید. ۶- الگوی خواب مددجو را بررسی کنید. ۷- برنامه درمانی را که سبب ایجاد محدودیت برای مددجو شده است، مرور نمایید. ۸- در صورت نیاز مددجو را به مراجع و مراکز حمایتی و درمانی مناسب ارجاع دهید. ۹- خانواده و مددجو را در تنظیم برنامه مشارکت دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- اهمیت استفاده از وسایل کمکی تجویز شده برای مددجو را به او گوشزد نمایید. ۲- توصیه کنید از حداکثر دامنه حرکتی مفاصل بهره بگیرد.	

۳- توصیه نمایید در صورت بروز درد اطلاع دهد.
۴- روش استفاده از کمپرس گرم را به وی آموزش دهید.
۵- انواع حرکات افزایش دامنه محدوده مفاصل را به مددجو و خانواده وی آموزش دهید.
۶- روش های کمکی برای تامین خواب مناسب را آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در بینایی در ارتباط با کدورت عدسی چشم و تغییرات ساختمان چشم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار حداکثر میزان ارتباط را با توجه به توانایی های باقیمانده داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نور کافی در محیط تامین کنید.	
۲- از تغییرات ناگهانی در نور جهت تطابق با نور محیط، اجتناب کنید.	
۳- جهت پیشگیری از تحریکات یکنواخت، شب ها نور محیط را کاهش دهید.	
۴- برای کمک به بیمار جهت مطالعه از کلمات درشت تر استفاده شود.	
۵- به علت باریک تر بودن محدوده دید این مددجویان اشیاء را در میدان دید آنها قرار دهید.	
۶- به همراه ارتباط کلامی از علائم شنیداری نیز استفاده کنید.	
۷- استفاده از نور شدید غیرمتعارف نیز سبب تحریکات بینایی در این مددجویان خواهد گردید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به مددجو توصیه نمایید عینک خود را تمیز نگه دارد.	
۲- به مددجو توصیه نمایید با کمک پرده، نور داخل محیط زندگی را تنظیم نماید.	
۳- روش استفاده صحیح از داروها را در صورت تجویز، به مددجو آموزش دهید.	
۴- در صورت نیاز مددجو را به سرویس های مرتبط ارجاع دهید.	
۵- به مددجو توصیه نمایید در صورت تشدید علائم ضعف بینایی به پزشک یا مرکز مرتبط مراجعه نماید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در مراقبت از خود به علت اختلال در حرکت، ضعف، اختلالات شناختی و عدم انگیزه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بیمار در محدوده توانایی خود از حداکثر توان بالقوه مراقبت از خود بهره گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- با کمک مددجو برنامه مراقبتی را تنظیم نمایید.	

۲- برنامه مراقبتی را در ساعاتی متمرکز کنید که حداکثر مشارکت مددجو را شامل شود. ۳- در مورد نیاز به وسایل کمکی، با مددجو مشورت نمایید. ۴- زمان کافی را در برنامه مراقبتی در نظر بگیرید. ۵- فعالیتهای فیزیکی را در محدوده توانایی مددجو تعریف کنید. ۶- در صورت نیاز مددجو را به سرویس های مناسب ارجاع دهید. ۷- از دیگر اعضاء گروه مراقبتی و درمانی کمک بگیرید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- با راهکارهای مناسب و مختلف، اعتماد به نفس بیمار را ارتقاء دهید. ۲- بر نیروهای بالقوه مددجو تاکید نمایید. ۳- به خانواده مددجو آموزش های لازم را ارائه نمایید. ۴- به مددجو گوشزد نمایید که انتظار آتش را در محدوده توانایی خویش، تنظیم کند.	

References	منابع مورد استفاده:
- Anderson R. et al. (2008) Pocket guide to home care standards. Springhouse. - Brunner, L. & Suddarth, S. (2008) Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. - Carpeito, L J. & Moyet. (2008) Handbook of nursing diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins. - Chin, P. Finocchiaro, D N. & Rosebrough, A. (1998) Rehabilitation Nursing Practice. New York. McGraw-hill. - Lenor, H. K. & Rtesa, A. (2008) Nursing Standard of Practice Protocol: Depression. http://consultgerin.org/topics/want_to_know_more.evidece-based content-updated January. - Mayer, B H. Comerford, K. & Aren Chohan, N. et al. (2002) Better Elder Care. Pensilvania. Spring house. - Munden, J. Goldberg, K. & McCleery, G. (2003) Elder Care Strategies. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. - Umlauf, M G. Williams, L. & Chasens E R. (2008) Nursing Standard of Practice Protocol: Excessive Sleepiness http://consultgerin.org/topics/want_to_know_more.evidece-based content-updated January. • Ulrich, S. W. & Puderbaugh, S. (2004). Nursing care planning guides: for adults in acute extended and home care setting, 6th ed. St Louis, Elsevier,	- عابدی، حیدر علی؛ شهریاری، محسن؛ و همکاران. پرستاری در سالمندان. اصفهان. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: ۱۳۸۲

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

پرستاری در بحران

آمادگی برای بحران

Problem Definition	بیان مشکل
عدم آمادگی پرستاران در پیشگیری و برنامه ریزی برای بحران.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - در برنامه ریزی و تمرین جهت برنامه های آمادگی/پیشگیری برای بحران در جامعه مشارکت نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- در تهیه برنامه های مقابله با بحران (برنامه ریزی) جامعه مشارکت نمایید. ۲- در برنامه های بررسی خطر (Risk assessment) جامعه مشارکت نمایید. ۳- بررسی های پیشگیری از بحران را آغاز نمایید : - پیشگیری یا حذف خطر - جابجایی جمعیت های پرخطر - اقدامات جهت آگاهی عمومی (اطلاع رسانی عمومی) - برقراری سیستم های هشدار سریع ۴- تمرین های عملی و کار گروهی بحران را انجام دهید. ۵- نیازهای آموزشی و تمرینی برای همه پرستاران را مشخص نمایید . ۶- پایگاه اطلاعاتی در مورد پرستاری بحران برای تشخیص، اقدام و تریاژ تهیه نمایید . ۷- برنامه های پاسخ های پرستاری در بحران را ارزشیابی نمایید .	

پاسخ به بحران

Problem Definition	بیان مشکل
عدم آگاهی پرستاران برای پاسخ به بحران	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: در اجرا و نظارت برنامه پاسخ به بحران در زمان وقوع مشارکت نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- برنامه پاسخ به بحران را فعال نمایید : - شناسایی و شروع پاسخ.	

- مدیریت برنامه کنترل واقعه.
- سیستم فرماندهی مشخص باشد .
- ارتباطات برقرار باشد .
- بررسی میزان صدمه و نیاز در صحنه هدایت شود .
- انجام عملیات جستجو و نجات و احیاء آسیب دیدگان.
- برقراری بیمارستان صحرایی و چادرها.
- تریاژ و انتقال بیماران.
۲- خطرات موجود زمینه ای را از بین ببرید.
۳- کمپته های بحران مراکز بهداشتی درمانی را فعال نمایید.
۴- نیاز برای دریافت کمک ها را مشخص نمایید.
۵- منابع محلی و ملی را ادغام نمایید.
۶- تریاژ و خدمات مراقبت پرستاری را انجام دهید.
۷- نیازهای سلامتی جامعه در جمعیت های آسیب دیده را مشخص نمایید.
۸- چادرهای ایمن و غذا و آب کافی را فراهم کنید.
۹- به نیازهای بهداشتی و دفع زباله توجه کنید.
۱۰- نظارت و مراقبت وقوع بیماریها را انجام دهید.
۱۱- کنترل در مورد ناقلین را انجام دهید.
۱۲- نیاز به پرسنل پرستاری اضافی را ارزیابی نمایید.

اقدامات پس از بحران

Problem Definition	بیان مشکل
عدم آگاهی پرستاران برای بهبودی و توانبخشی بعد از بحران.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
- خدمات مراقبتی، بهبودی و توانبخشی خود را بعد از وقوع بحران ادامه دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- ارائه مراقبتهای پزشکی و پرستاری را ادامه دهید.	
۲- نظارت (مراقبت) وقوع بیماری ها را ادامه دهید.	
۳- سلامتی ذخایر آب و غذا را کنترل کنید.	
۴- اقدامات خروج از صحنه واقعه را انجام دهید.	
۵- زیر ساختهای بهداشتی جامعه را حفظ کنید.	

- ۶- تریاژ مجدد و انتقال بیماران برای دریافت تسهیلات مراقبتی مناسب را انجام دهید.
- ۷- اعضاء خانواده را مجددا سازماندهی کنید.
- ۸- نتایج سلامت فیزیکی طولانی مدت برای بازماندگان را کنترل کنید.
- ۹- وضعیت سلامت ذهنی بازماندگان را بررسی کنید.
- ۱۰- برای پرسنل، جلسات مشاوره و پرسش و پاسخ فراهم کنید.
- ۱۱- پرسنل کافی با تنظیم زمان استراحت برای پرسنل تأمین کنید.
- ۱۲- اقدامات پرستاری بحران را ارزشیابی نمایید.
- ۱۳- برنامه های اولیه آمادگی بحران را اصلاح نمایید.

اقدامات در سطح ملی

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود استانداردهای ملی برای پرستاری در بحران	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- تعیین شایستگی های لازم برای تربیت پرستارانی که قادر باشند در موقع بروز بلایا به موقع و موثر خدمات را ارائه نمایند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف) تفکر انتقادی: ۱- از يك چهارچوب مصوب اخلاقی - ملی برای حمایت از تصمیم گیریها واولویت بندی ها در مواقع بحران استفاده نمایید. ۲- از مهارتهای تصمیم گیری و قضاوت بالینی در بررسی و ارائه مراقبتهای فردی موثر و به موقع در <u>هنگام بحران</u> استفاده نمایید. ۳- از مهارتهای تصمیم گیری و قضاوت بالینی در بررسی و ارائه مراقبتهای فردی موثر و به موقع <u>بعد از وقوع</u> بحران استفاده نمایید. ۴- مراقبتهای پرستاری را برای افراد، خانواده ها، گروههای خاص مثل کودکان، افراد مسن، زنان باردار و جامعه در مراحل قبل، حین وقوع و بعد از بحران بیان نمایید . ۵- اصول قابل قبول تریاژ در مواقع بحران را بیان نمایید . ب) بررسی موقعیت ■ عمومی : ۱- موضوع حفظ و تامین امنیت برای خود، تیم پاسخ و قربانیان را در موقعیتهای پیش آمده با همکاری تیم پاسخ به بحران بررسی نمایید. ۲- شاخص های وقوع گسترده مشکلات (مانند تعداد زیادی از افراد با علائم مشابه) را شناسایی نمایید.	

- ۳- علائم و نشانه های عمومی تماس با مواد شیمیایی، بیولوژیک، اشعه، هسته ای و انفجاری را بیان نمایید.
 - ۴- توانایی دسترسی به اطلاعات به روز درباره عوامل شیمیایی، بیولوژیک، اشعه، هسته ای و انفجاری را داشته باشید.
 - ۵- گروههای خاص افراد که در معرض خطر هستند مانند کودکان، افراد مسن و افراد دارای نقص ایمنی را شناسایی نمایید.
- اختصاصی :
- ۱- تاریخچه سلامتی مددجو را برای بررسی احتمال تماس با عوامل شیمیایی، بیولوژیک، اشعه، هسته ای و انفجاری کسب کنید.
 - ۲- بررسی سلامتی متناسب با سن شامل موارد زیر را انجام دهید:
 - بررسی راه هوایی و تنفس.
 - بررسی قلبی عروقی شامل علائم حیاتی و کنترل علائم شوک.
 - بررسی پوست به ویژه زخم، سوختگی و راش.
 - بررسی درد.
 - بررسی وجود صدمه از سر تا پا.
 - بررسی دستگاه گوارش از جمله جمع آوری نمونه مدفوع.
 - بررسی پایه سیستم عصبی، بررسی عضلانی اسکلتی.
 - بررسی وضعیت ذهنی، عاطفی و روحی.
 - ۳- پاسخ های فوری افراد، خانواده و جامعه به وقوع بحران بررسی نمایید.
 - ۴- پاسخ های طولانی افراد، خانواده و جامعه به وقوع بحران را بررسی نمایید.
 - ۵- منابع موجود برای تاثیرات روانی مانند تیم های پرسش و پاسخ، مشاورها و یا روان پرستاران را شناسایی نمایید.
 - ۶- تاثیرات روانی بر بازماندگان و مراقبین بهداشتی را شناسایی نمایید.
- مهارتهای تکنیکی:
- ۱- تجویز عوامل وازواکتیو و مسکن ها از طریق دهانی، زیر جلدی، عضلانی و وریدی را به نحو صحیح اجرا نمایید.
 - ۲- واکسن ها مثل آبله مرغان را به نحو صحیح تجویز نمایید.
 - ۳- در مورد اقدامات پرستاری در موقع بروز عوارض جانبی داروهای تجویز شده آگاهی داشته باشید.
 - ۴- اقدامات درمانی پایه را انجام دهید شامل:
 - مهارتهای کمک های اولیه.
 - تکنیک های تجویز اکسیژن و ونتیلیسیون.
 - کاتتر گذاری مثل سونداژ ادراری و معده.
 - تکنیک لاواژ.

۵- نیاز به ایزولاسیون مناسب برای عوامل شیمیایی، بیولوژیک، اشعه، هسته ای و انفجاری را بررسی و در صورت لزوم شروع کرده، اقدامات ضد عفونی در دسترس را با اطمینان از این که همه بیماران نیاز به آن را درک می نمایند، انجام دهید. ۶- دانش و مهارت حفاظت و امنیت شخصی در سطوح مختلف را داشته باشید. ۷- مایع / تغذیه درمانی را با توجه به ماهیت صدمه و عوامل در معرض خطر و حفظ هیدراسیون و تعادل مایعات، انجام دهید. ۸- مصدومین را بررسی و در صورت لزوم برای انتقال آماده نمایید (ارائه مراقبت و کنترل در طول انتقال). ۹- توانایی حفظ امنیت بیماران در طول انتقال را از طریق آتل گذاری، بیحرکتی، کنترل و اقدامات درمانی داشته باشید. ۱۰- از وسایل ارتباطی و تکنیک های مدیریت اطلاعات در طی بحران استفاده نمایید. ▪ ارتباطات: ۱- سلسله مراتب فرماندهی و سیستم مدیریت پاسخ به بحران را بشناسید. ۲- نقش خود را در سیستم مدیریت بحران بشناسید. ۳- برنامه پاسخ به بحران در منطقه خود در سطح جامعه و منطقه را بشناسید. ۴- در مورد حراست و رازداری در طی بحران بحث نمایید. ۵- از بررسی ها، اقدامات، فعالیتهای پرستاری و نتایج در طی وقوع و بعد از بحران گزارش تهیه نمایید. ۶- منابع مناسب برای ارجاع درخواست افراد، رسانه ها و سایرین جهت دریافت اطلاعات را بشناسید. ۷- اصول ارتباط با افراد و گروههای آسیب دیده در طی بحران را توصیف نمایید. ۸- واکنش به ترس، هراس و استرس در قربانیان، خانواده ها و بازماندگان را بشناسید. ۹- استراتژیهای سازگاری مناسب برای خود و دیگران را توصیف نمایید.	- مراقبت از زخم.
References	منابع مورد استفاده:
- Veenema, T G. (2007) Disaster nursing and emergency preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards .2nd Edittion, Springer publishing Co. - Pinkowski, J. (2008) Disaster management handbook .Taylor & Francis Group. - American Nurses Association. (2008) Adapting Standards of Care under Extreme Conditions Guidance for Professionals during Disasters, Pandemics, and Other Extreme Emergencies. Columbia University School of Nursing . - World Health Organization (WHO). (2007) Risk reduction and emergency preparedness .WHO Document Production Services.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت های ویژه قلبی (CCU)

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز صدمه و تروما بعلت:	• ضعف و خستگی ناشی از: - کاهش اکسیژناسیون و پرفیوژن بافتی. - عدم تعادل الکترولیتی. - ضعف ناشی از سوء تغذیه. • سرگیجه ناشی از هیپوتانسیون وضعیتی . • اثرات داروهای نظیر مسکنهای مخدر.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- عوامل موثر در صدمه و تروما را شناسایی کند. - بیمار را از نظر ریسک فاکتورهای دخیل در آسیب شناسایی کند. - خطرات محیطی دخیل در صدمه و تروما را کاهش دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی : ۱. بیمار را از نظر وجود خطر آسیب نظیر ضعف، خستگی، هایپوتانسیون وضعیتی، استفاده از مسکنهای مخدر بررسی کنید. ۲. خطرات محیطی تهدید کننده سلامتی بیمار (نداشتن حفاظ تخت و...) را بررسی کنید. اقدامات: ۱. نرده های کنار تخت را بالا بکشید. ۲. وسایل مورد نیاز را در کنار تخت قرار دهید. ۳. تغییر پوزیشن آهسته بیمار از خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده برای جلوگیری از فشار خون وضعیتی. ۴. در هنگام استفاده از مسکنهای مخدر بیمار را به استراحت در تخت محدود کنید. ۵. اصلاح پرفیوژن بافتی با حفظ فشار خون در حد طبیعی. ۶. اصلاح اکسیژناسیون با تجویز اکسیژن طبق دستور پزشک، نشستن در وضعیت نیمه نشسته.	

۷. از سوء تغذیه جلوگیری کنید.	
۸. برون ده قلبی را اصلاح کنید.	
۹. وضعیت الکترولیتها را اصلاح کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در هنگام تغییر پوزیشن از حالت خوابیده به نشسته یا از نشسته به ایستاده این کار را با احتیاط انجام دهد.	
۲. از دم پایی های با کفه مناسب و پاشنه کوتاه استفاده کند.	
۳. غذا و مایعات را قبل از مصرف جهت جلوگیری از سوختگی سرد کند.	
۴. عدم استعمال سیگار.	
۵. از درجه حرارت مناسب پیش از حمام کردن استفاده کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سلامت پوست و بافت به علت:	
• تاخیر در ترمیم زخم در نتیجه وجود ادم، سوء تغذیه، کمبود پروتئین و ویتامین. • بی حرکتی طولانی مدت. • پرفیوژن ناکافی بافت. • آنمی. • کاهش حجم مایعات بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- به حفظ سلامت پوست کمک کند. - علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم را بررسی کند. - دلایل تحریک پوست را بشناسد. - دلایل ایجاد کننده تحریک پوستی را حذف کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	
۱. علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم (مانند: افزایش قرمزی، التهاب پوست، رنگ پریدگی یا نکروز پوست) را بررسی کنید.	
۲. علائم و نشانه های تحریک پوستی را بررسی کنید.	
اقدامات:	
۱. در صورت وجود ادم:	

- استفاده از چسب را جهت جلوگیری از تحریک پوست به خصوص در بیمارانی که ادم دارند محدود کنید.
- از چسب های ضد حساسیت استفاده کنید.
- چسب را در جهت رویش مو بکنید.
- به افزایش تحرک با توجه به توانایی بیمار و اجازه پزشک کمک کنید.
- به تغییر پوزیشن حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمک کنید.
- برجستگی های استخوانی را ماساژ ندهید.
- شستن آرام و با دقت پوست و خشک کردن با دقت .
- ۲. روزانه مایعات حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان (در صورتی که محدودیت نداشته باشد) مصرف کنید.
- ۳. کمک به اصلاح آنمی با:
 - مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف نداشته باشند)، ماهی، سبزی های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه های خشک (برگه ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه های روغنی را توصیه کنید.
 - مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند می توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند.
 - از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا پرهیز کنید.
 - با پزشک و متخصص تغذیه جهت پیشگیری به موقع و یا بهبود کمخونی مشاوره کنید.
- ۴. حفظ فشار خون در حد طبیعی جهت اصلاح پرفیوژن بافتی:
 - بیمار را به خارج شدن هر چه سریع تر از تخت و شروع فعالیتها در صورتی که محدودیتی نباشد تشویق کنید و در صورت استراحت مطلق بودن (CBR) آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد).

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در صورت محدودیت حرکت تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت یکبار و انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد.	
۲. در صورت عدم منع تحرک به بیمار برای شروع کردن هر چه زودتر فعالیتها کمک کنید.	
۳. رژیم غذایی را جهت جلوگیری و یا بهبود آنمی اصلاح کنید :	
- مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف	

نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا و همچنین میوه‌های خشك (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی.

- مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند.

- پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در غشاء موکوس دهان به علت:	• اکسیژن درمانی طولانی مدت. • خشکی مخاط دهان در نتیجه کاهش حجم مایعات یا محدودیت مصرف مایعات. • کاهش ترشحات بزاق در نتیجه درمان‌های دارویی نظیر مسکن های مخدر، • آتروفی اپیتلیال مخاط دهان در نتیجه کاهش ترشحات بزاق و کاهش حجم مایعات. • استئوماتیت در نتیجه بهداشت نامناسب دهان.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- مخاط دهان را از نظر وجود هر گونه زخم و خشکی و آفت بررسی کند. - مددجو را تشویق به حفظ بهداشت دهان کند. - از بروز مشکلات دهانی پیشگیری کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. مخاط دهان بیمار را در هر شیفت از نظر خشکی بررسی کنید. ۲. علائم و نشانه های استئوماتیت (خشکی دهان، تغییر شکل صداد، دیسفاژی، بزاق غلیظ، سوزش و خشکی دهان، زخم موکوس دهان، لکوپلاکی) را بررسی کنید.
اقدامات:	۱. به مددجو جهت حفظ بهداشت دهان کمک کنید. ۲. بیمار را به مصرف روزانه ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات در صورتی که منع مصرف نداشته باشد تشویق کنید. ۳. در صورت اکسیژن درمانی: • از اکسیژن مرطوب استفاده کنید. • از سوند بینی به جای ماسک استفاده کنید.

۴. وضعیت تغذیه بیمار را کنترل و از سوء تغذیه جلوگیری کنید. ۵. از مسواک و دهانشویه استفاده و به مددجو جهت رعایت بهداشت دهان کمک کنید. ۶. مددجو را به استفاده از آب نبات یا آدامس جهت افزایش ترشح بزاق تشویق کنید. ۷. مددجو را به عدم استعمال سیگار تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در صورت داشتن دندان مصنوعی فقط در موقع صرف غذا از آن استفاده کنید. ۲. عدم مصرف مواد غذایی محرک نظیر مواد ادویه دار، اسیدی یا خیلی گرم. ۳. از محلولهای دهانشویه حاوی الکل استفاده نکنید. ۴. از مسواک نرم استفاده کنید. ۵. از خمیر دندان ضعیف و حاوی فلوراید استفاده کنید. ۶. آموزش صحیح مسواک زدن. ۷. از گلیسرین و آبلیمو بر روی لبها استفاده نکنید. ۸. لبها را با وازلین، روغنهای معدنی چرب کنید. ۹. عدم استعمال سیگار. ۱۰. از آب نبات یا آدامس جهت ترشح بزاق استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایعات بعلت: • افزایش ترشحات آلدوسترون و ADH در نتیجه کاهش جریان خون کلیوی ثانویه به کاهش برون ده قلبی. • ترشح آلدوسترون و ADH در نتیجه مصرف مسکنهای مخدر و درد. • بد کاری پمپ قلب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - علائم افزایش حجم مایعات را بررسی کند. - از دریافت بیش از حد مایعات جلوگیری کند. - علائم مسمومیت با آب را تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات و مسمومیت با آب را بررسی کنید شامل: • افزایش بیشتر از ۵۰۰ گرم وزن، روزانه.	

- افزایش فشار خون و نبض.
- وجود صداهای S3 و S4.
- کم بودن Out Put بیمار نسبت به Intake .
- وجود رال یا کوتاه شدن و محو شدن صداهای تنفس.
- کاهش HCT (ممکن است طبیعی باشد یا به دلیل شیفت مایعات به فضای خارج عروقی افزایش یابد).
- هیپوناترمی و کاهش اسمولالیتیه خون (دلالت بر مسمومیت با آب دارد).
- کاهش وزن مخصوص ادرار به زیر ۱۰۱۰.
- وجود دیسپنه و ارتوپنه و یا تشدید علائم.
- اتساع وریدهای گردنی و افزایش فشار ورید مرکزی (CVP).
- بررسی تغییرات عکس قفسه سینه (CXR) از نظر علائم احتقان و ادم ریوی و افیوژن پلور.
- ادم (محیطی، ساکرال).
- بررسی سطح آلبومین.
- پوست براق.

اقدامات:

۱. در صورت عمل جراحی قلب I/O را در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل کنترل کنید.
۲. مایعات دریافتی را طبق دستور پزشک (معمولاً ۱۵۰۰ سی سی روزانه) محدود کنید.
۳. مصرف سدیم را محدود کنید.
۴. به اثرات درمانی و عوارض داروهای دیورتیک (فوروزماید، اسپیرونولاکتون و ...)، اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها توجه کنید.
۵. با متخصص تغذیه جهت افزایش مصرف غذاهای پر پروتئین مشورت کنید.
۶. سطح آلبومین را کنترل کنید.
۷. عوارض انفوزیون آلبومین را کنترل کنید.
۸. با مشورت پزشک و براساس تحمل بیمار، میزان تحرک بیمار را افزایش دهید.
۹. علائم مسمومیت با آب را کنترل کنید.
۱۰. در صورت کمبود سدیم بیمار را از نظر تشنج کنترل کنید.
۱۱. در صورت دریافت مایعات زیاد یا داروهای وریدی با حجم زیاد، با فارما کولوژیست جهت کاهش دریافت مایعات اضافی مشورت کنید.
۱۲. در صورت ادم اقدامات زیر را انجام دهید:
 - شستن آرام و با دقت پوست و خشک کردن با دقت.
 - استفاده محدود از چسب.

• تغییر پوزیشن بیمار حداقل هر ۲ ساعت. • عدم ماساژ برجستگی های استخوانی . • کمک به افزایش تحرک با توجه به توانایی بیمار و اجازه پزشک. ۱۳. درد را با استفاده از روشهای زیر اصلاح کنید: • تا حد امکان از روشهای غیر دارویی جهت اصلاح درد استفاده کنید (نظیر ماساژ پشت، موسیقی درمانی، ...). • از درمان دارویی طبق تجویز پزشک استفاده کنید. ۱۴. در صورت وجود تنگی نفس، ارتوپنه و ... بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته قرار دهید. ۱۵. میزان دفع و جذب مایعات بیمار را اصلاح کنید. ۱۶. میزان دفع و جذب مایعات بیمار را ثبت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. عدم اضافه کردن نمک به غذا. ۲. اجتناب از مصرف غذاهای فریز شده، کنسرو، آجیل، پفک، چیپس. ۳. در صورت استفاده از غذاهای کم نمک می توان برای طعم گرفتن غذا به جای نمک از سرکه و آبلیمو مطابق با میزان تمایل بیمار استفاده کرد. ۴. در صورت وجود ادم، پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. ۵. مصرف محدود مایعات.	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی بعلت: • کاهش فعالیت و داشتن پوزیشن خوابیده به پشت. • کاهش تعداد و عمق تنفس در نتیجه مصرف مسکنهای مخدر. • ناتوانی در اتساع مفید قفسه سینه به علت ضعف، خستگی، پوزیشن نامناسب بدن. • افزایش مقدار و کاهش تنفس در نتیجه ترس و اضطراب. • اجتناب از تنفس عمیق بعلت درد . • اختلال در PH خون.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: علائم و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفسی (تنفسهای کوتاه، هایپر ونتیلیسیون، دیس پنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی) را بررسی کند.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های غیر طبیعی تنفس را بررسی کنید. ۲. ABG بیمار را بررسی و موارد غیر طبیعی را گزارش کنید. ۳. یافته های کاپنوگرافی و پالس اکسی متری را بررسی و تغییرات آنها را گزارش کنید.	
اقدامات: ۱. بیمار را به انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی، حداقل هر ۲ ساعت تشویق کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. به تغییر پوزیشن بیمار در تخت هر ۲ ساعت در صورتی که استراحت مطلق (CBR) است کمک کنید. ۴. بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید. ۵. از داروهای مسکن مخدر و آرام بخشها طبق تجویز پزشک جهت کاهش درد و از روشهای غیر دارویی تسکین درد استفاده کنید. ۶. آلکالوز و اسیدوز را در صورت بروز تصحیح کنید. ۷. در صورت عدم بهبود علائم به پزشک اطلاع دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی. ۲. تغییر پوزیشن در تخت هر ۲ ساعت. ۳. نشستن در پوزیشن نیمه نشسته.	

بیان مشکل	Problem Definition
خستگی به علت: - اختلال در تغذیه بافتی بدنبا کاهش برون ده قلبی. - اختلال در انتقال اکسیژن به بافتها. - اختلال در خواب و استراحت بدنبا ترس و اضطراب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: عوامل ایجاد کننده و علائم و نشانه های خستگی را شناسایی کند و در جهت رفع آنها اقدام نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های خستگی (کاهش علاقه به محیط اطراف، کاهش تمرکز، بیان احساس، کاهش	

انرژی) را بررسی کنید.	
اقدامات پرستاری:	
۱. کاهش فعالیت و افزایش دوره های استراحت را اعمال کنید. ۲. تعداد ملاقاتی ها را محدود کنید. ۳. سر و صدای محیط را کاهش دهید. ۴. به بیمار جهت شناسایی علل خستگی و کاهش آنها کمک کنید. ۵. به بیمار جهت انجام فعالیتهای روزانه کمک کنید. ۶. به بیمار جهت داشتن خواب مفید کمک کنید. ۷. به حفظ اکسیژناسیون و افزایش برون ده قلبی کمک کنید. ۸. درجه حرارت محیط را زیر ۲۲ درجه سانتی گراد حفظ کنید. ۹. از مواد غذایی مناسب استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. از مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد جهت کاهش مصرف انرژی برای هضم غذا استفاده کنید. ۲. از آب داغ جهت حمام کردن استفاده نکنید. ۳. از صندلی جهت انجام مسواک زدن یا حمام کردن استفاده کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کاهش برون ده قلب بعلت: - کاهش قابلیت پر شدگی و یا تخلیه بطنها بعلت ایسکمی میوکارد، دیس ریتمی، اختلال کارکرد دریچه، کار دیوممیوپاتی، ترومای قلب. - افزایش پس بار قلب بدلیل: انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکول آمینها در اثر اضطراب و ترس و افزایش حجم مایعات. - کاهش پیش بار قلبی بدلیل: هیپوولومی (کاهش دریافت مایعات و مصرف داروهای دیورتیک)، - هایپوتانسیون بدلیل مصرف داروهای وازودیلاتور، گرم شدن سریع بدن بعد از جراحی قلب. - ناتوانی قلب بدنبال شوک کاردیوژنیک.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند. - به رفع علائم و نشانه های برون ده قلبی کمک کند. - عوارض کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند.	

ارزیابی:

۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را بررسی کنید شامل:

- کاهش فشار خون سیستولی به اندازه ۲۰ میلی متر جیوه و یا کاهش فشار سیستولیک زیر ۸۰ میلی متر جیوه.
- سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان ۵- ۱۰ میلی متر جیوه.
- نبض نامنظم.
- تعداد نبض کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه .
- کوتاه شدن صدای قلبی یا حضور سوفل.
- حضور گالوپ S3, S4.
- تنفسهای تند و نامنظم.
- حضور رال مرطوب همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی.
- کاهش سطح هوشیاری.
- ناآرامی .
- کانفیوژن.
- سنکوپ.
- کاهش یا محو نیبضهای محیطی.
- ضعیف شدن نبض کاروتید.
- پوست سرد و مرطوب یا رنگ پریده، سیانوتیک.
- برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت.
- ادم محیطی.
- اتساع وریدهای گردن.
- افزایش BUN و Cr سرم.
- بررسی دیس ریتمی قلبی.

اقدامات:

۱. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۲. در صورت لزوم پاها را از تخت آویزان کنید.
۳. استراحت جسمی و روانی بیمار را افزایش دهید.
۴. بیمار را به دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد تشویق کنید.
۵. اکسیژن را طبق دستور پزشک مصرف کنید.

۶. به پزشک در صورت وجود بیماریهای زمینه ای نظیر آنمی، هایپرتانسیون، هایپرتیروئیدیسم، بیماریهای انسدادی مزمن ریه اطلاع دهید. ۷. بیمار را به عدم مصرف سیگار تشویق کنید. ۸. افزایش فعالیت بیمار به تدریج و با توجه به سطح تحمل بیمار. ۹. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت (دیژیتال، دوبوتامین، دوپامین)، گشاد کننده های شریانی جهت کاهش پس بار و پیش بار قلب (نیتروگلیسرین، نیتروپروساید، پرازوسین)، بلوک کننده های کانال کلسیم (نفتیدین)، دیورتیکها (فوروزماید، آلداکتون) را بررسی کنید. ۱۰. کنترل فشار خون قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی (پروپرانول)، وازودیلاتورها (نیتروگلیسرین و مسکن های مخدر و مورفین). ۱۱. به برون ده ادراری و ثبت هر ساعت آن توجه کنید. ۱۲. در صورت کانفیوژ بودن بیمار اقدامات حفاظتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت را انجام دهید. ۱۳. سطح اوره و کراتینین خون را اندازه گیری کنید. ۱۴. علائم حیاتی را اندازه گیری و ثبت کنید. ۱۵. مانیتورینگ بیمار و کنترل ریتم قلبی. ۱۶. ترجیحا بیمار را جهت کاهش نیاز به اکسیژن و جلوگیری از سنکوپ استراحت مطلق (CBR) کنید. ۱۷. فشار ورید مرکزی (CVP) را کنترل کنید. ۱۸. سمع صداها، ریه و گزارش صدای غیر طبیعی به پزشک. ۱۹. استرس و اضطراب را رفع کنید. ۲۰. پوست را از نظر درجه حرارت بررسی کنید. ۲۱. روزانه آنزیمهای قلبی را اندازه گیری کنید (در صورت کاهش شدید برون ده قلبی احتمال آسیب به بافت میوکارد وجود دارد). ۲۲. پوست، دهان، بستر ناخن، لبها، لاله گوش و اندامها را از نظر سیانوز بررسی کنید. ۲۳. بیمار را از نظر نارسایی قلبی بررسی کنید. ۲۴. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی به پزشک اطلاع دهید. ۲۵. بستن تورنیکه چرخشی در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلب.	آموزش به بیمار
۱. عدم انجام مانور والسالوا (عدم زور زدن هنگام دفع مدفوع، نگه داشتن تنفس هنگام حرکت). ۲. دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۳. عدم دریافت مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه، چای، شکلات، کولا. ۴. استراحت در فواصل بین انجام فعالیت و مراقبت از خود. ۵. عدم تغییر پوزیشن ناگهانی از حالت خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده.	Patient Education

۶. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۷. عدم استعمال سیگار و مشروبات الکلی.

بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه کمتر از نیاز بدن بعلت:	- بی اشتهایی در نتیجه ترس و اضطراب. - کاهش تغذیه از راه دهان در نتیجه دیسپنه و درد. - بی اشتهایی در نتیجه کاهش فعالیت و بیوست.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- علائم و نشانه های سوء تغذیه را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع آنها اقدام کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی : ۱. علائم و نشانه های سوء تغذیه را بررسی کنید شامل : - عدم تطابق وزن با سن و قد و ساختمان بدن. - تغییراتی در مقادیر آلبومین، پروتئین، HCT و Hb ، کلسترول. - خستگی و ضعف. اقدامات: ۱. بیمار را جهت استفاده از مواد غذایی راغب کنید. ۲. زمان کافی به بیمار جهت میل کردن غذا بدهید. ۳. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد جهت کاهش تهوع و استفراغ را توصیه کنید. ۴. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته جهت کاهش دیس پنه قرار دهید. ۵. محیط اطراف بیمار را قبل از تغذیه (خارج کردن رسیورهای آلوده و ظروف جمع آوری خلط و ادرار) تمیز کنید. ۶. از مواد غذایی مورد علاقه بیمار استفاده کنید. ۷. بیمار را به تغییر پوزیشن جهت کاهش سوء هاضمه تشویق کنید. ۸. از مواد غذایی که بلع آنها راحت تر است استفاده کنید. ۹. بیمار را به جویدن کامل مواد غذایی تشویق کنید. ۱۰. از مواد غذایی پر کالری و پر کربوهیدرات استفاده کنید. ۱۱. با متخصص تغذیه مشورت کنید.	

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. از سبزیجات، آبلیمو، ترشی، ماست، جهت تحمل رژیم غذایی کم نمک استفاده کنید. ۲. از جویدن آدامس، مکیدن آب نباتهای سفت و سیگار کشیدن جهت کاهش بلعیدن هوا اجتناب کنید. ۳. عدم استفاده از مصرف مایعات و غذاهای نفاخ نظیر غلات و حبوبات و نوشابه های کربنات دار. ۴. قبل از صرف غذا بهداشت دهان (مسواک و دهانشویه) را رعایت کنید. ۵. مایعات گرم جهت افزایش پریستالتیسم روده بنوشید. ۶. جویدن کامل غذا. ۷. عدم مصرف قرص آهن یک ساعت قبل وبعد از مصرف غذا. ۸. عدم مصرف آنتی اسیدها، شیر، سبوس غلات و حبوبات همراه با قرص آهن.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب بعلت: • نا آشنا بودن با محیط بخش. • کمبود اطلاعات درمورد تشخیص، روشهای تشخیصی و درمان. • علائم ظاهری بیماری. • دیس پنه. • تنگی نفس. • درد شدید. • ترس از پیش آگهی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های ترس و اضطراب را در بیمار بررسی کند (بیان ترس و اضطراب، تاکی پنه، تاکی کاردی، تعریق، افزایش فشار خون، رنگ پریدگی، برافروختگی صورت، ناسازگاری با برنامه مراقبتی).	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی : ۱. در خصوص اضطراب بیمار اطلاعات جمع آوری کنید. ۲. اضطراب و سطح درک بیمار از بیماری را شناسایی کنید. ۳. تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان را شناسایی کنید. ۴. سیستمهای حمایتی با ارزش بیمار را شناسایی کنید.	

اقدامات:	
۱. بیمار را با محیط بیمارستان، ابزارها و روشهای درمانی، مراقبتی آشنا سازید. ۲. یک رابطه توأم با آرامش و راز داری با بیمار برقرار کنید. ۳. بیمار را به بیان ترسها و اضطراب تشویق کنید. ۴. بازگو کردن مجدد توضیحات پزشک برای رفع هرگونه سوء تفاهم در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی . ۵. به خانواده بیمار جهت حمایت از وی آموزش دهید. ۶. تسکین درد (درد عامل مهمی در بروز استرس است). ۷. از روشهای آرام سازی غیر دارویی استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. از روشهای آرام سازی زیر استفاده کنید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. به کار بردن مزاح و شوخی و کمک به بیمار در خندیدن. ۳. در اختیار دادن کتاب دعا به بیمار و کمک به بیمار در داشتن عبادت متناسب با اعتقادات وی .	
بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه بیشتر از نیاز بدن بعلت : • کاهش سوخت و ساز مواد غذایی در نتیجه کاهش میزان متابولیسم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - بیمار را از نظر علائم افزایش وزن کنترل کند. - وضعیت تغذیه بیمار را بررسی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. نشانه های عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی کنید شامل: • ضعف. • خستگی . • تنگی نفس فعالیتی.	

- درد قفسه سینه.
- گیجی.
- تعریق.
- افزایش ریت نبض.
- کاهش فشار خون سیستولیک.
- افزایش فشار خون دیاستولیک به میزان ۱۰ تا ۱۵ میلی متر جیوه با فعالیت.
- عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از فعالیت.

اقدامات پرستاری:

۱. بیمار را به انجام فعالیت به همراه دوره های استراحت تشویق کنید.
۲. وسایل مورد نیاز بیمار را در کنار تخت وی قرار دهید.
۳. با تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب و توضیح در مورد پروسجرهای درمانی و استفاده از روشهای آرام سازی، ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید.
۴. بهبود وضعیت خواب بیمار (ساکت کردن محیط، اجازه به انجام عادات معمولی خوابیدن، برنامه ریزی جهت داشتن حداقل یک سیکل خواب ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه).
۵. نیاز های تغذیه ای بیمار را بررسی کنید.
۶. فعالیت بیمار را بطور تدریجی افزایش دهید.
۷. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها و آنتی آریتمی ها را بررسی کنید.
۸. وضعیت تنفسی بیمار را بهبود دهید (انجام ورزشهای تنفسی هر ۲ ساعت یکبار، نشستن در هنگام سرفه، تشویق بیمار به انجام سرفه موثر).
۹. از بروز عفونت جلوگیری کنید.
۱۰. به تغییر پوزیشن هر ۱ تا ۲ ساعت در بیماران استراحت مطلق (CBR) کمک کنید.
۱۱. از روشهای دارویی و غیر دارویی برای برطرف کردن درد استفاده کنید.
۱۲. تجویز اکسیژن طبق دستور پزشک.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. روشهای آرام سازی زیر را جهت کاهش ترس و اضطراب انجام دهید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. بیمار را به نوشیدن شیر قبل از خواب تشویق کنید.	

۳. عدم مصرف مواد کافئین دار مثل کاکائو، چای، قهوه. ۴. افزایش فعالیت بتدریج و داشتن دوره های استراحت در فواصل فعالیت. ۵. حفظ ذخیره انرژی با عدم انجام کارهای غیر ضروری و استفاده از صندلی هنگام مسواک زدن، حمام کردن، شانه کردن موها. ۶. در صورت احساس درد در قفسه سینه، گجی، احساس ضعف و خستگی شدید، قطع فعالیتها. ۷. قرار دادن یک دست روی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم جهت انجام یک سرفه موثر.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت به علت : • هایپوکسی بافتی بدلیل کاهش برون ده قلبی. • اختلال در تبادلات گازی در سطح آلوئولی. • آنمی. • کاهش ناگهانی ذخیره قلبی بدلیل کاهش جریان خون کرونری در نتیجه کوتاه شدن زمان پر شدن دیاستولیک. • ضعف عضله میوکارد. • تغذیه ناکافی بدلیل ضعف، درد، بی اشتهایی. • کاهش توده، تون و قدرت عضلانی بدن ثانویه به تغذیه کمتر از نیاز بدن. • اختلال در خواب و استراحت ثانویه به ترس و اضطراب و انجام مراقبتهای مکرر.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع این مشکل اقدامات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. بیمار را از نظر افزایش وزن بررسی کنید: • افزایش وزن بیشتر از ۱۰ تا ۲۰ درصد وزن طبیعی، • افزایش اندازه چین پوستی روی عضله سه سرران (تریسپس) (در زنان بیشتر از ۲۵ میلی متر و در مردان بیشتر از ۱۵ میلی متر). • بررسی مقدار مایعات و مواد غذایی مصرفی بیمار.	

• بررسی مقدار کالری مواد غذایی مصرفی بیمار. • بررسی نتایج آزمایشات هورمونی. • بررسی بیمار از نظر وجود بیماریهای زمینه ای. اقدامات: ۱. با متخصص تغذیه مشورت کنید. ۲. کاهش تدریجی وزن با محدودیت مصرف کالری. ۳. فعالیت بیمار را با اجازه پزشک و تحمل بیمار افزایش دهید. ۴. اثرات درمانی و عوارض داروهای هورمونی تیروئید (لووتیروکسین، متی مازول) را بررسی کنید. ۵. وزن کردن بیمار هر ۲ تا ۳ روز. ۶. در صورت عدم تغییر وزن به پزشک اطلاع دهید. ۷. بیمار را به رعایت رژیم غذایی (کم چرب، کم نمک) تشویق کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
▪ عدم مصرف مواد غذایی به مقدار زیاد در شب. ▪ مصرف مواد غذایی متناسب با نیاز بدن. ▪ رعایت رژیم غذایی (کم چرب، کم نمک).	

Problem Definition	بیان مشکل
ناتوانی در امر مراقبت از خود بعلمت: • درد. • ضعف. • خستگی. • کاهش تحمل فعالیت در نتیجه تغذیه کمتر از نیاز بدن. • کاهش تحمل فعالیت در نتیجه هیپوکسمی بافتی، نارسایی قلبی، ترس از بروز حمله قلبی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. میزان توانمندی بیمار را در امر مراقبت از خود و انجام کارهای روزانه (نظیر تغذیه، پوشیدن و در آوردن لباسها، دستشویی رفتن، حمام کردن و مسواک زدن، مراقبت از پوست و ناخنها) را بررسی کند. ۲. عوامل تاثیر گذار بر روی توانایی های بیمار را شناسایی کند. ۳. اقداماتی جهت بر طرف کردن عوامل تاثیر گذار بر روی توانایی های بیمار به کار برد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. میزان توانایی بیمار در امر مراقبت از خود را بررسی کنید. ۲. عوامل تأثیر گذار بر روی توانایی های بیمار را بررسی کنید. اقدامات: ۱. بیمار را جهت انجام فعالیتهای روزمره به تنهایی (تا حد امکان) و جلوگیری از وابسته شدن به خانواده و پرستار تشویق کنید. ۲. زمان کافی به بیمار جهت انجام فعالیتهای و مراقبت از خود بدهید. ۳. به بیمار در حین انجام مراقبت از خود کمک کنید. ۴. یک زمان مناسب برای انجام فعالیتهای در نظر بگیرید (بعد از یک دوره استراحت یا مصرف مسکن، عدم انجام فعالیت در زمان خواب یا غذا خوردن یا بلافاصله بعد از آن). ۵. بیمار را به بیان ترس و اضطراب خود تشویق کنید. ۶. به رفع ترس و اضطراب کمک کنید. ۷. وضعیت تغذیه را بهبود دهید. ۸. در صورت نیاز اکسیژن تجویز کنید. ۹. درد را با روشهای درمان دارویی و غیر دارویی تسکین دهید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. در صورت خستگی، استراحت کرده و فعالیت خود را تدریجی افزایش دهید. ۲. بیمار را به انجام روشهای آرام سازی زیر تشویق کنید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۳. عدم انجام فعالیت در زمان خواب یا غذا خوردن یا بلافاصله بعد از آن. ۴. از مواد مغذی و پرکالری استفاده کنید. ۵. از خستگی جلوگیری کنید.
Problem Definition	بیان مشکل
	یبوست بعلت: • کاهش حرکات روده و معده بدلیل: مصرف داروهای مسکن مخدر (مورفین، کدئین، . . .)، کاهش فعالیت.

• کاهش مصرف غذاهای پر فیبر. • کاهش دریافت مایعات. • نارضایتی از دریافت لگن در تخت و بدنبال آن سرکوب کردن رفلکس دفع. • افزایش سن. • استرس. • عوارض برخی از داروها نظیر آسپرین، آنتی اسیدهای (آلومینیمی، کلسیم). • ترس از درد قلبی.	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: ۱. عادات دفع طبیعی بیمار را شناسایی کند. ۲. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام و شکل آن مورد بررسی قرار دهد. ۳. نشانه های دال بر یبوست را شناسایی کند و اقدامات لازم را جهت و پیشگیری بر طرف کردن یبوست به کار برد.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. عادات طبیعی دفع مددجو را بررسی کنید. ۲. صداهای شکمی را سمع کنید. ۳. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام، شکل بررسی کنید. ۴. علائم و نشانه های دال بر یبوست (سردرد، بی اشتهایی، اتساع شکم، تهوع، احساس پری یا فشار در شکم یا رکتوم، کرامپهای شکمی) را بررسی کنید. اقدامات: ۱. فعالیت بیمار را با توجه به سطح تحمل وی و اجازه پزشک افزایش دهید. ۲. بیمار را به عدم خودداری از دفع مدفوع تشویق کنید. ۳. بیمار را به استفاده از bed pan در زمان احساس دفع در صورت استراحت مطلق بودن تشویق کنید. ۴. یک محیط خصوصی برای بیمار ایجاد کنید. ۵. بیمار را به ریلکس بودن در طی یک پروسه دفع تشویق کنید. ۶. بیمار را به خوردن روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی (۸ تا ۱۰ لیوان) در صورت عدم منع تشویق کنید. ۷. بیمار را به نوشیدن مایعات گرم یا سرد جهت تحریک پرستالتیسم تشویق کنید. ۸. بیمار را به مصرف غذاهای پر فیبر تشویق کنید. ۹. عدم انجام انمای تخلیه ای (بعلت تحریک واگ).	

۱۰. به مددجو برای قرار گرفتن در پوزیشن صحیح برای انجام عمل دفع کمک کنید و فرصت کافی برای دفع بدهید. ۱۱. بیمار را به خوردن غذاهای پرفیبر تشویق کنید. ۱۲. در صورت عدم بهبودی وضعیت، به پزشک اطلاع بدهید.	آموزش به بیمار
Patient Education ۱. دریافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها، عصاره میوه ها. ۲. بیمار را به دریافت تقریباً ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد) تشویق کنید. ۳. بتدریج مقدار دریافت مواد سبوس دار را افزایش دهید و همراه با دریافت آن، مایعات دریافت کنید. ۴. بیمار را به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات تشویق کنید (مگر اینکه منع مصرف داشته باشد). ۵. میزان مصرف قهوه را به ۲ تا ۳ فنجان در روز محدود کنید. ۶. یک لیوان آب گرم ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه بنوشید. ۷. یک زمان منظم و خاص برای دفع تعیین کنید. ۸. بیمار را به قدم زدن و خارج شدن از تخت تشویق کنید (در صورت عدم منع). ۹. در صورت استراحت مطلق بودن آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانوبیش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد. ۱۰. از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع اجتناب کنید. ۱۱. از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد استفاده کنید. ۱۲. بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن را رعایت کنید.	

بیان مشکل	اختلال در الگوی خواب بعلت: • ترس و اضطراب. • محیط ناآشنا. • تنگی نفس و ارتوپنه. • درد. • اختلال در اجرای الگوی طبیعی خواب. • بررسی ها و مراقبتهای مکرر در طول شب.
Problem Definition	

• کاهش فعالیت جسمانی. • تغییر در ریتم بیولوژیک. • بیدار شدن های مکرر بعلت دیزوری بدنبال مصرف داروهای مدر.	
Expected Outcomes بر آینده های مورد انتظار پرستار باید قادر باشد: ۱. عوامل مختل کننده خواب بیمار را شناسایی کند. ۲. اقدامات لازم را جهت بهبود کیفیت خواب بیمار انجام دهد.	
Nursing Recommendations توصیه های پرستاری ارزیابی : ۱. الگوی خواب بیمار را بررسی کنید. ۲. عوامل موثر در خواب بیمار را شناسایی کنید. ۳. علائم و نشانه های اختلال در الگوی خواب (شکایت کلامی بیمار از بخواه رفتن، احساس عدم رضایت از خواب، بیدار شدن های مکرر در طول شب، تاخیر در شروع خواب، زود بیدار شدن از خواب، تغییرات رفتاری نظیر پر خاشگری، اضطراب و بیقرار بودن) را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. نیازهای فیزیولوژیک نظیر گرسنگی، تشنگی، دفع قبل از خواب را برطرف کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. صدای محیط را کاهش دهید. ۴. به بیمار برای اجرا کردن عادات خواب (زمان خواب، مصرف شیر، نحوه خوابیدن) کمک کنید. ۵. از روشهای آرام سازی قبل از خواب استفاده کنید. ۶. به بیمار برای تخلیه مثانه قبل از خواب توصیه کنید. ۷. در صورت تنگی نفس از اکسیژن در طول خواب استفاده کنید. ۸. در صورت تنگی نفس و ارتوپنه از بالش اضافی و قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته استفاده کنید. ۹. برای انجام مراقبتهای پرستاری قبل از شروع خواب بیمار برنامه ریزی کنید. ۱۰. در صورت استفاده از مسکنهای مخدر به عوارض این داروها توجه کنید. ۱۱. در صورت داشتن داروهای مدر عدم استفاده این داروها در شب و برنامه ریزی برای این داروها در صبح.	
Patient Education آموزش به بیمار ۱. عدم مصرف قهوه، چای، کافئین، شکلات و کاکائو در شب. ۲. تخلیه مثانه قبل از خواب.	

۳. عدم ورزش و فعالیت زیاد تا ۳ ساعت قبل از خواب.
۴. استفاده از یک نوشیدنی گرم پیش از خواب.
۵. عدم استفاده از الکل.
۶. اجتناب از خوابیدن طولانی در طول روز.
۷. محدود کردن مصرف مایعات در شب.
۸. استفاده از پلاکهای گوش برای مقابله با سرو صدا.
۹. استفاده از یک روش آرام سازی پیش از خواب نظیر موسیقی درمانی، ماساژ پشت.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در پرفیوژن بافتی بعلت:	- کاهش برون ده قلبی در نتیجه برادی کاردی. - هیپوولومی بدلیل کاهش حجم مایعات و مصرف داروهای مدر. - کاهش فشار خون. - تجمع خون وریدی در اندامهای انتهایی بدنبا استفاده از ورید سافن در جراحی بای پس عروق (CABG).
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- دلایل تغییر در پرفیوژن بافتی را بررسی کند. - کاهش پرفیوژن بافتی را اصلاح کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	- علائم و نشانه های کاهش پرفیوژن بافتی را بررسی کنید شامل: - کاهش شدید فشار خون. - بیقرار بودن. - گیجی. - عدم آگاهی از زمان و مکان و شخص. - کاهش یا عدم وجود نبضهای محیطی. - کاهش برون ده ادراری به کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت. - کاهش پرفیوژن کلیوی. - افزایش مقدار اوره و کراتینین.

- کاهش فشار سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه به همراه افزایش تعداد نبض در صورت تغییر پوزیشن.
- افزایش تعداد نبض بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه در حالت استراحت.

اقدامات:

۱. فشار خون را در حد طبیعی حفظ کنید.
۲. طبق دستور پزشک اکسیژن تجویز کنید.
۳. حمایت روانی از بیمار بعمل آورید.
۴. سر تخت را در صورت وجود علائم ایسکمی مغزی بدنبال شوک پایین آورید.
۵. در صورت اجازه پزشک بیمار را به قدم زدن تشویق کنید.
۶. درجه اتاق را در حد مناسب حفظ کنید.
۷. مکرراً درجه حرارت پوست را بررسی کنید.
۸. برون ده ادراری را هر ساعت کنترل کنید.
۹. نبض های محیطی (پشت پا، تی بیا، پشت زانو، رانی، رادیال، بر اکیال) را کنترل کنید.
۱۰. سطح اوره و کراتینین را اندازه گیری کنید.
۱۱. کناره های تخت را در صورت گنجی و بی قرار بودن بالا آورید.
۱۲. بیمار را به مصرف روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات در صورت عدم محدودیت تشویق کنید.
۱۳. علائم حیاتی را کنترل و به حفظ فشار خون در حد نرمال توجه کنید.
۱۴. به عوارض داروهای مدر توجه کنید.
۱۵. مکرراً نبضهای محیطی را بررسی کنید.
۱۶. بیمار را به انجام فعالیتهای پاسیو و بعد از آن شروع تدریجی ورزشهای اکتیو تشویق کنید.
۱۷. پوشیدن جورابه های الاستیک فشاری و جورابه های ضد آمبولی برای جلوگیری از ترومبوز وریدهای عمقی.
۱۸. انجام مرتب تست هومان.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. جهت جلوگیری از بروز هایپوتانسیون وضعیتی، آهسته و بتدریج تغییر پوزیشن بدهد. ۲. عدم قرار دادن پاها بر روی هم، اجتناب از گذاشتن بالش زیر زانوها، اجتناب از خم کردن ۹۰ درجه مفصل هیپ به مدت طولانی، اجتناب از نشستن به مدت طولانی جهت جلوگیری از اختلال خونرسانی انتهاها. ۳. عدم استعمال سیگار. ۴. انجام فعالیتهای پاسیو و بعد از آن شروع بتدریج ورزشهای اکتیو.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در آرامش بدلیل تهوع و استفراغ بعلت:	• تحریک واگ یا سمپاتیک در نتیجه احتقان قلب یا تحریک گیرنده های محیطی قلب. • تحریک کورتیکال بدلیل درد، استرس، اضطراب. • تحریک شیمیایی مرکز استفراغ در نتیجه اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل اسید و باز، سرفه های مکرر، بیوست.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علل ایجاد تهوع و استفراغ در مددجو را شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های ایجاد تهوع و استفراغ را شناسایی کند. ۳. اقدامات لازم را جهت جلوگیری از تهوع و استفراغ به کار گیرد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های ایجاد تهوع و استفراغ را در بیمار نظیر دیستانسیون شکمی، سردرد، افزایش فشار خون سیستولیک، درد، اضطراب و ترس، عرق زدن شناسایی کنید. اقدامات: ۱. از تجمع مایع و گاز در روده و معده جلوگیری کنید. ۲. درد بیمار را تسکین دهید. ۳. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۴. بوها و مناظر نامطبوع را حذف کنید. ۵. به دفع خلط به طور صحیح و شست و شوی دهان و خارج کردن ظرف جمع آوری خلط بلافاصله از محیط کمک کنید. ۶. سطح الکترولیت های خون را کنترل کنید (هیپوناترمی و هیپوکالمی باعث تهوع و استفراغ می شود). ۷. توصیه به تغذیه با مایعات صاف شده و به مقدار کم و در دفعات متعدد. ۸. مصرف ادویه و فلفل را کاهش دهید. ۹. سر تخت را بعد از صرف غذا بالا ببرید. ۱۰. بیمار را به انجام تنفس آرام در هنگام بروز تهوع تشویق کنید. ۱۱. به عوارض داروها توجه کنید. ۱۲. از داروهای ضد استفراغ نظیر متوکلوپرامید با تجویز پزشک استفاده کنید. ۱۳. به بهداشت شخصی مددجو مثلا تشویق کردن تعویض روزانه لباسها و یا حمام رفتن روزانه توجه کنید. ۱۴. نشستن در هوای آزاد.	

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بهداشت دهان هر ۲ ساعت، قبل و بعد از تغذیه و بعد از استفراغ توجه کنید. ۲. شست و شوی دهان بعد از هر بار دفع خلط. ۳. عدم استعمال سیگار. ۴. عدم مصرف نوشیدنیهای حاوی کافئین. ۵. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۶. عدم استفاده از مایعات خیلی گرم یا خیلی سرد. ۷. عدم مصرف غذاهای خیلی چرب و یا مصرف زیاد فیبر. ۸. عدم مصرف غذاهای حاوی ادویه. ۹. مصرف مایعات درحین غذا خوردن را محدود کنید. ۱۰. از قرار گرفتن در حالت طاق باز حداقل ۲ ساعت بعد از صرف غذا اجتناب کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کاهش حجم مایعات بدن و اختلالات الکترولیتی بعلت: • مصرف مدرها (فوروزماید، آلداکتون،...). • مصرف ناکافی مایعات از طریق دهان بدلیل درد، تهوع و استفراغ، خستگی، ترس. • محدودیت غذایی. • تنگی نفس (دیس پنه).	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. علائم و نشانه های هیپوولومی را در شخص مورد بررسی قرار دهد. ۲. دلایل ایجاد هیپوولومی را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علائم و نشانه های هیپوناترمی را مورد بررسی قرار دهد. ۴. علائم و نشانه های هیپوکالمی را مورد بررسی قرار دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های هیپوولومی را شناسایی کنید شامل: • کاهش تورگور پوستی.	

- خشکی مخاطها.
 - تشنگی.
 - کاهش وزن بدن به بیشتر از ۵۰۰ گرم روزانه.
 - کاهش فشار خون و افزایش تعداد نبض.
 - افت فشار خون سیستولیک به بیشتر از ۱۵ میلی متر جیوه در حین تغییر پوزیشن.
 - افزایش وزن مخصوص ادرار به بیشتر از ۱۰۳۰.
۲. علائم و نشانه های هیپوناترمی را شناسایی کنید شامل:
- تهوع.
 - استفراغ.
 - کرامپهای شکمی.
 - انقباض ناگهانی عضلات.
 - ضعف.
 - گیجی و خواب آلودگی.
 - تشنج.
۳. علائم و نشانه های هیپوکالمی را شناسایی کنید شامل:
- وجود ضربان اکتوپیک بطنی (PVC).
 - ضعف عضلانی.
 - بیحسی و کرخی (پاراستزی).
 - تهوع.
 - استفراغ.
 - گیجی و خواب آلودگی.
 - محو صداهای روده ای.

اقدامات:

۱. الکترولیتها و اسمولالیتة سرم را کنترل کنید.
۲. تهوع و استفراغ را با اقدامات دارویی و غیر دارویی کنترل کنید.
۳. به عوارض کمبود الکترولیتها توجه کرده و برای اصلاح اختلال الکترولیتها تلاش کنید.
۴. بیمار را به دریافت ۸ تا ۱۰ لیوان آب روزانه (در صورت عدم منع) با کنترل Out Put تشویق کنید.
۵. بیمار را به دریافت مواد غذایی حاوی سدیم و پتاسیم بالا مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد تشویق کنید.
۶. وزن کردن روزانه فرد با یک لباس، از دست دادن ۲% تا ۴% وزن نشانه دهیدراتاسیون خفیف، ۵% تا ۹% نشانه دهیدراتاسیون متوسط و بالاتر از ۹% دهیدراتاسیون شدید است.

۷. برنامه ریزی ۸ ساعته برای بیمار (۱۰۰۰ سی سی مایع در روز، ۸۰۰ سی سی در طول غروب، ۳۰۰ سی سی در طول شب مایعات دریافت کند) انجام دهید.
۸. اندازه گیری فشار ورید مرکزی (CVP).
۹. تجویز الکترولیتها طبق دستور پزشک.
آموزش به بیمار
Patient Education
۱. عدم مصرف کافئین، چای، عصاره گریپ فروت بعلت اثر دیورتیکی آنها.
۲. بیمار را به دریافت مایعات از راه دهان تشویق کنید.
۳. به بهداشت فردی جهت جلوگیری از استفراغ توجه کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت به علت:	• هایپوکسی بافتی بدلیل کاهش برون ده قلبی، اختلال در تبادلات گازی در سطح آلوئولی، آنمی. • کاهش ناگهانی ذخیره قلبی بدلیل کاهش جریان خون کرونری در نتیجه کوتاه شدن زمان پر شدن دیاستولیک، ضعف عضله میوکارد. • تغذیه ناکافی بدلیل ضعف، درد، بی اشتهایی. • کاهش توده بدن، تون، قدرت عضلانی ثانویه به تغذیه کمتر از نیاز بدن. • اختلال در خواب و استراحت ثانویه به ترس و اضطراب و انجام مراقبتهای مکرر.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع این مشکل اقدامات لازم را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. نشانه های عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی کنید شامل: • ضعف. • خستگی. • تنگی نفس فعالیتی. • درد قفسه سینه. • گیجی. • تعریق.

- افزایش تعداد نبض.
- کاهش فشار خون سیستولیک.
- افزایش فشار خون دیاستولیک به میزان ۱۰ تا ۱۵ میلی متر جیوه بدنبال فعالیت.
- عدم برگشت ضربان قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت.

اقدامات:

۱. بیمار را به انجام فعالیت همراه با دوره های استراحت تشویق کنید.
۲. وسایل مورد نیاز بیمار را در کنار تختش قرار دهید.
۳. ترس و اضطراب بیمار را با تشویق به بیان ترسها و اضطراب و توضیح در مورد پروسیجرهای جراحی و استفاده از روشهای آرام سازی کاهش دهید.
۴. بهبود وضعیت خواب بیمار (ساکت کردن محیط، اجازه به انجام عادات معمول خوابیدن، برنامه ریزی جهت ایجاد حداقل یک سیکل خواب ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه ای خواب مداوم).
۵. نیازهای تغذیه ای بیمار را بررسی کنید.
۶. فعالیت تدریجی بیمار را افزایش دهید.
۷. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها و آنتی آریتمی ها را بررسی کنید.
۸. بهبود وضعیت تنفسی بیمار (انجام ورزشهای تنفسی هر ۲ ساعت یکبار، نشستن در هنگام سرفه، تشویق بیمار به انجام سرفه موثر).
۹. از بروز عفونت در بیمار جلوگیری کنید.
۱۰. به تغییر پوزیشن هر ۱ تا ۲ ساعت در بیمار استراحت مطلق (CBR) کمک کنید.
۱۱. برطرف کردن درد .
۱۲. رژیم غذایی بیمار را اصلاح کنید.
۱۳. اکسیژن در صورت نیاز تجویز کنید.
۱۴. اصلاح آنمی با مصرف دارو و یا رژیم غذایی.

Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. انجام ورزشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۲. تشویق به نوشیدن شیر قبل از خواب. ۳. عدم مصرف مواد کافئین دار قبل از خواب . ۴. افزایش تدریجی و داشتن دوره های استراحت در فواصل فعالیت. ۵. حفظ ذخیره انرژی با عدم انجام کارهای غیر ضروری و استفاده از صندلی هنگام مسواک زدن، حمام کردن، شانه کردن موها. ۶. در صورت احساس درد در قفسه سینه، گجی، احساس ضعف خستگی شدید، قطع فعالیت. ۷. قرار دادن دست روی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم جهت انجام یک سرفه موثر.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز عفونت بعلت:	- تجمع ترشحات ریوی در نتیجه پاکسازی نامناسب راههای هوایی. - کاهش قدرت سرفه و کاهش فعالیت. - کاهش مقاومت بدن نسبت به عفونت بدلیل سوء تغذیه و ضعف عمومی. - کاهش مقاومت بدن بدلیل هاپیوکسی بافتی و تغذیه ناکافی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی کند. ۲. اقدامات صحیح جهت کاهش خطر بروز عفونت را به کار برد. ۳. اقدامات صحیح را جهت پیشگیری از بروز عفونت ریوی به کار برد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی :	۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی کنید، شامل: - افزایش درجه حرارت بدن. - بروز لرز. - افزایش تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه. - افزایش تعداد تنفس. - حضور صداهای غیر طبیعی ریوی. - 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، فوریت و احساس سوزش در دفع ادرار. - التهاب یا زخم در غشاء موکوسی دهان. - افزایش شمارش WBC و تغییرات مهم در تقسیمات آن. اقدامات: ۱. اقداماتی جهت کاهش بروز عفونت انجام دهید، شامل: - شست و شوی صحیح دستها. - رعایت نکات استریل در انجام کلیه روشهای تهاجمی نظیر وارد کردن سوند و یا تزریقات.

• مصرف مایعات به اندازه کافی. • حفظ تغذیه بدن در حد ایده ال و مطابق با نیاز بدن. • برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت بیمار. • افزایش تدریجی فعالیت با توجه به تحمل بیمار و دستور پزشک. • تشویق بیمار به حفظ بهداشت دهان. • تقویت فعالیت عضلانی در بیمار. • حفظ اسیدیته ادرار در حد طبیعی. • در صورت نیاز به سوند گذاری، رعایت نکات استریل. • در صورت نیاز به سوند گذاری طولانی مدت، استفاده از سوندهای سیلیکون به جای سوندهای لاتکس. • ثابت کردن سوند با چسب روی شکم یا ران. • حفظ بهداشت روزانه پرینه. • قرار دادن کیسه ادراری پایین تر از سطح مثانه جهت جلوگیری از برگشت ادرار از کیسه به مثانه • تعویض کاتتر ادراری مطابق با سیاستهای بیمارستان. ۳. علانم حیاتی را ثبت کنید. ۴. بیمار را به سرفه موثر تشویق کنید. ۵. نمونه کشت از خون، خلط، ادرار، ترشحات واژن، دهان، زخم تهیه کنید.	آموزش به بیمار
۱. تا زمانی که استراحت مطلق (CBR) است هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن، سرفه و تنفس عمیق داشته باشد. ۲. عدم استعمال سیگار. ۳. مددجوی زن بعد از دفع ادرار یا مدفوع خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کند. ۴. مصرف روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات (در صورت عدم ممنوعیت). ۵. افزایش تدریجی فعالیت و داشتن دوره های استراحت. ۶. توجه به حفظ بهداشت فردی.	Patient Education

بیان مشکل	Problem Definition
درد بعلت: • کاهش اکسیژناسیون میوکارد. • ترومای حاصل از جراحی.	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد:
	۱. علل ایجاد کننده درد را در مددجو شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های کلامی و غیر کلامی درد را شناسایی کند. ۳. عوامل تشدید کننده یا بهبودی درد را شناسایی کند. ۴. از ایجاد یا پیشرفت درد جلوگیری کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. پاسخهای معمول بیمار نسبت به درد را شناسایی کنید. ۲. علائم غیرکلامی حضور درد را شناسایی کنید، شامل: • انقباض عضلات صورت. • مشت کردن دست. • بی میلی برای حرکت. • نا آرامی. • تعریق. • رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت. • تغییر در فشار خون، تاکی کاردی، تغییرات تنفسی. ۳. محل، کیفیت، انتشار درد را شناسایی کنید. ۴. عوامل تشدید کننده درد را شناسایی کنید. ۵. عوامل بهبود دهنده درد را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. ترس و اضطراب بیمار را برطرف کنید. ۲. از عوامل غیر دارویی برای رهایی از درد استفاده کنید، شامل: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. • تغییر پوزیشن. ۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته و استراحت مطلق قرار دهید. ۴. طبق دستور پز شك اكسيژن بدهید. ۵. از داروهای تسکین دهنده درد قلبی نظیر نیترو گلیسرین استفاده کنید.

۶. تجویز مسکن مخدر طبق دستور پزشك در صورت عدم تسکین درد در طی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه. ۷. افزایش فعالیت با توجه به سطح تحمل بیمار و دستور پزشك. ۸. هیپرتانسیون و هایپوتانسیون را درمان کنید. ۹. اثرات درمانی و عوارض داروهای کلسیم بلوکر، ضدانعقاد و فیبرینولیتیک را بررسی کنید. ۱۰. اکسیژن در صورت نیاز و با مشورت پزشك تجویز کنید. ۱۱. تجویز مسکن قبل از سرفه به بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. عدم انجام مانور والسالوا. ۲. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد. ۳. عدم مصرف مواد غذایی کافئین دار مثل قهوه، کولا، شکلات. ۴. عدم استعمال سیگار. ۵. در صورت جراحی، برای انجام سرفه حمایت ناحیه عمل با دست.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فعالیت جنسی به علت: • خستگی. • اضطراب و ترس. • ترس از مرگ حین مقاربت. • تاثیر داروهای بتا بلوکر.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: ۱. فعالیت معمول جنسی را در بیمار مورد بررسی قرار دهد. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی فرد را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی بیمار را شناسایی کند. ۴. تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی را شناسایی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. فعالیت معمول جنسی بیمار را بررسی کنید. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی را بررسی کنید. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی نظیر محدودیتهای ناشی از بیماری و درمان را بررسی کنید.	

۴. تغییرات تأثیر گذار بر فعالیت جنسی نظیر وجود تنگی نفس، کاهش برون ده قلبی، خستگی، کوتاهی تنفس را بررسی کنید.

اقدامات:

۱. به کاهش ترس و اضطراب بیمار با استفاده از روشهای ذیل کمک کنید:

- ماساژ پشت.
 - استفاده از روشهای آرام سازی.
 - هدایت تصویر ذهنی.
 - تغییر پوزیشن.
 - کمک خواستن از همسر بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار.
۲. به بیمار جهت انجام فعالیت جنسی در صبح و قبل از خارج شدن از بستر توصیه کنید.
۳. توصیه به عدم انجام مقاربت:
- بدنبال احساس تنگی نفس، کوتاهی تنفس، درد قفسه سینه، خستگی.
 - بلافاصله بعد از خوردن و آشامیدن.
 - در محیط های با درجه حرارت بالا و پایین.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. درک صحیح از انجام فعالیت جنسی.
۲. عدم انجام مقاربت :
 - بدنبال احساس تنگی نفس، کوتاهی تنفس، درد قفسه سینه، خستگی.
 - بلافاصله بعد از خوردن و آشامیدن.
 - در محیط های با درجه حرارت بالا و پایین.
۳. انجام مقاربت هنگام در صبح و قبل از خارج شدن از بستر.
۴. قطع فعالیت جنسی بدنبال بروز درد قفسه سینه، دیس پنه، خستگی.

منابع مورد استفاده:

- نیکروان مفرد، ملاحظت. (۱۳۸۲). تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری. تهران. انتشارات نور دانش.
- Black, J. & Hawks, J. (2009). Medical-Surgical Nursing. Sanders Elsevier.
- Juall, L. (2006). Hand book of Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins.
- Klug Red man, B. (2001). The practice of Patient Education. Mosby.
- Weber, J. & Kelley, S. (2007). Health Assessment in Nursing, Lippincott Williams & Wilkins.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلالات اسید و باز

بیان مشکل	Problem Definition
	اسیدوز متابولیک (کاهش PH، افزایش غلظت یون H، کاهش غلظت بی کربنات) بعلت: - اسیدوز لاکتیک ناشی از متابولیسم بی هوازی. - کتواسیدوز (ناشی از دیابت، مصرف الکل، گرسنگی). - توکسین ها (اتیلن گلیکول، متانول، سالیسیلاتها) . - نارسایی کلیه، هیپوولومی شدید، هیپوآلدوسترونیسم. - اسهال. - اورتروسیگموئیدوستومی. - احتباس اسید به دنبال ساخته شدن اسیدهای متابولیک نظیر هایپر تیرونیسم، شوک. - درمان طولانی با دیاموکس، آمونیوم کلراید.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	پرستار باید قادر باشد: ۱. علل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک را شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های اسیدوز متابولیک را شناسایی کند. ۳. با درمان اسیدوز متابولیک آشنا باشد. ۴. اقدامات لازم جهت رفع عامل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	ارزیابی: ○ بررسی عوامل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک. ○ بررسی علائم و نشانه های اسیدوز متابولیک: ● دستگاه تنفس: افزایش عمق و تعداد تنفس (تنفس کوسمال). ● دستگاه قلب و عروق: کاهش قدرت انقباضی قلب، اتساع عروق محیطی و انقباض وریدهای مرکزی در PH کمتر از ۷، هایپوتانسیون، کاهش ظرفیت عروق مرکزی و یا ریوی و مستعد

شدن فرد به ادم ریه، تاکی کاردی، دیس ریتمی.

- دستگاه عصبی: سردرد، خواب آلودگی، استوپور^۱، کما.
- افزایش پتاسیم سرم (اضطراب، ترس، درد شکمی، کرامپ عضلانی، تهوع، تغییر برون ده قلبی).
- شوک.
- خشکی مخاط دهان ناشی از هیپرونتیلیسیون جبرانی.

اقدامات:

- درمان عامل زمینه ای.
- کاهش ترس و اضطراب با:
 - تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب.
 - توضیح در مورد علل اختلال و روشها و اقدامات درمانی.
 - استفاده از روشهای آرام سازی.
- کمک به رفع سردرد (ناشی از اتساع عروق مغزی به دنبال اسیدوز) با:
 - توضیح علت درد.
 - استفاده از روشهای تسکین غیر دارویی نظیر ماساژ پشت، تغییر پوزیشن، استفاده از روشهای آرام سازی و گذاشتن پارچه سرد روی سر.
 - بالا بردن سر تخت ۳۰ تا ۴۰ درجه.
 - عدم استفاده از سولفات مورفین.
 - حفظ درجه حرارت بدن در حد نرمال و جلوگیری از لرز.
 - ایجاد یک محیط آرام و بی صدا .
 - ملایم کردن نور محیط.
 - اجتناب از تغییر پوزیشن سریع و ناگهانی.
- بر طرف کردن عوارض هیپرکالمی با:
 - کمک به کاهش ترس و اضطراب.
 - محدود کردن غذاهای حاوی پتاسیم بالا.
 - در صورت اسهال: مصرف مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد، اجتناب از مصرف غذاها و مایعاتی که به سختی هضم می شوند نظیر محصولات لبنی، ادویه جات، میوه ها و سبزیها، مواد حاوی کافئین)، پیشگیری از هیپوولمی.
 - مانیتورینگ قلبی.

^۱stupor

- در صورت بروز هیپرتنزی شدید تجویز گلوکونات کلسیم و یا تزریق وریدی انسولین و دکستروز هیپرتونیک.

○ کمک به برطرف شدن کرامپ عضلانی:

- آرامش دادن به بیمار.
- استراحت در تخت.
- گرم کردن ناحیه کرامپ.
- ماساژ و انجام تمرینات کششی سبک.
- عدم انداختن پاها روی هم.
- مصرف مایعات به اندازه کافی.
- در کرامپهای خیلی شدید تجویز سرم دکستروز، نرمال سالین.

○ کنترل سطح هوشیاری با:

- صدا زدن بیمار با اسم.
- لمس بیمار.
- یادآوری مکرر زمان، مکان، شخص.
- قرار دادن ساعت و تقویم در اختیار بیمار.
- خاموش کردن لامپ اتاق بیمار در روز و روشن کردن آن در شب.
- توضیح کلیه روشهای مراقبتی و درمانی.
- مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود.
- جلوگیری از صدمه و تروما.
- شناسایی منابع ترس و اضطراب بیمار و رفع آنها.
- حفظ تحریکات محیطی جهت جلوگیری از محرومیت حسی یا تحریکات حسی بیش از حد.
- به خاطر آوردن خاطرات بیمار با کمک خانواده.
- در صورت کما: تغییر پوزیشن مکرر بیمار، انجام تدابیر امنیتی نظیر بالا بردن کنار تخت، جلوگیری از آسیب راسیون.

○ به کار بردن تدابیری جهت افزایش تهویه آلوئولی نظیر:

- استفاده از دستگاه تهویه مکانیکی.
- پوزیشن نشسته.
- استفاده از مسکن در موارد محدودیت تنفسی به دنبال ترومای قفسه سینه.
- کنترل مکرر گازهای خون شریانی (ABG).

○ تجویز بی کربنات سدیم در صورتی که PH کمتر از ۷/۱ و بی کربنات کمتر از ۱۰ باشد.

	. 8) 0 G) > < \$ W 1 0 6 > 8) 8
	. + R M S , \$) 5 & = 0 8 c < 1 8)
	. & . ; 1 0 8 8 0 X 1)
Patient Education	8 [)

: 4 . [) 8 8 . 8)
), , 8) / 6 / 0
 . (8 _) ly & . 7 . \$ ` d < G
 . d D " % & \$: : + / 8 @ : ; 8 H . I +

- ناحیه دهان و حلق را ساکشن کنید. مددجو را تشویق کنید تا از تحریک حلق استفاده کند و برای خارج کردن ترشحات باقیمانده تا حدی که نیاز است از طریق شستشوی دهان اقدام کنید و در هنگام شستشوی دهان بیمار را در وضعیت پهلو قرار دهید. در صورت فلج، صورت بیمار را طوری به پهلو بخواهید که نیمه فلج رو به بالا باشد.
- اگر مددجو غذا را از راه لوله بینی-معدی دریافت می کند:
 - (الف) قبل از هر وعده غذایی یا بر حسب روش معمول در صورت تداوم در تغذیه، محل لوله را کنترل کنید.
 - (ب) میزان انفوزیون تغذیه مداوم از راه لوله را بالا نبرید مگر آنکه دستور داده شده باشد. تغذیه متناوب از راه لوله نیز باید به آهستگی انجام گیرد.
 - (ج) مددجو را حین غذا دادن و ۳۰ دقیقه پس از آن در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته کامل قرار دهید مگر آنکه برای وی ممنوع شده باشد.
 - (د) اگر باقیمانده غذای قبلی گواژ شده در معده از اندازه معمول بیشتر بود، تغذیه از راه لوله را متوقف و به پزشک اطلاع دهید.
- در صورتی که دادن غذا از راه دهان مجاز است:
 - (الف) اقداماتی برای بهبود عمل بلع در مددجو انجام دهید (نظیر انتخاب وضعیت مناسب حداکثر نشسته، استفاده از غذاهایی که نیاز کمتر به جویدن دارند، عدم مصرف مواد غذایی چسبنده و ...)
 - (ب) وقت کافی برای خوردن غذا بگذارید.
 - (ج) به مددجو آموزش دهید که در حال خوردن و آشامیدن، از خندیدن و صحبت کردن اجتناب کند.
 - (د) مددجو را حین خوردن غذا و حداقل ۳۰ دقیقه پس از آن در وضعیت نشسته کامل نگه دارید، مگر آنکه برای وی ممنوع شده باشد.
 - (ه) به مددجو از نظر بهداشت دهان پس از خوردن غذا کمک کنید و اطمینان یابید که مواد غذایی در دهان باقی نمانده است.
- اگر بیمار لوله تراشه یا تراکئوستومی دارد:
 - (الف) فشار کاف باید بیشتر از 20 cmH₂O باشد و به صورت دوره ای فشار کاف کنترل شود تا از پرسدن آن اطمینان حاصل شود.
 - (ب) انجام فیزیوتراپی قفسه سینه و ساکشن لوله تراشه و تراکئوستومی قبل از انجام گواژ مواد غذایی صورت گیرد.
- بیماران دارای وضعیت ناپایدار که احتمالاً نیاز به انتوباسیون خواهند داشت و یا بلافاصله بعد از خارج کردن لوله تراشه را NPO نگه دارید.
- جهت سهولت در خروج ترشحات راه هوایی و حلق و جلوگیری از بروز پنومونی، بیمار را هر ۲ ساعت یک بار از یک پهلو به پهلوی دیگر بچرخانید.

• در بیمارانی که مدت طولانی است از راه دهان نفس میکشد، باید به سقف دهان آنها توجه خاصی شود چرا که کبره های شکل گرفته از اخلاط خشک شده می توانند از محل خود جدا گردیده و آسپیره شوند. با استفاده از مرطوب کننده های مصنوعی و شستشوی مکرر دهان، مانع شکل گیری این کبره ها شوید. • با بازگشت هوشیاری بیمار در حالت کما و برگشت رفلکس گگ، باید توانایی وی در مکیدن و بلع مایعات آزموده شود. تجهیزات ساکشن حتما در اختیار باشند تا در مواقع ضروری استفاده شوند. • در صورتیکه علائم و نشانه های آسپیره وجود داشته باشد: (الف) اقدام به ساکشن ناحیه نای نمایید. (ب) از دادن مواد غذایی از راه دهان اجتناب کنید. (ج) مددجو را برای رادیوگرافی ریه آماده کنید.	آموزش به بیمار
• علل بروز آسپیراسیون و روشهای پیشگیری از آن را به بیمار آموزش دهید • به مددجو آموزش دهید که جهت خارج کردن ترشحات داخل دهان از تحریک حلق استفاده کند • در هنگام غذا خوردن و آشامیدن از خندیدن و صحبت کردن اجتناب کند. • بهداشت دهان را رعایت کند.	Patient Education
بیان مشکل اضطراب و ترس در رابطه با : • انجام پروسیجرهای تهاجمی (نظیر لوله گذاری داخل تراشه، تراکئوستومی، CVP). • محیط و افراد ناآشنا • وضعیت خانواده • مسائل مالی • روند بیماری و آزمایشات تشخیصی و درمانهایی نظیر تهویه مکانیکی • فقدان درک تشخیص • احساس حبس بودن در بستر • آلارم ها • محیط ICU	Problem Definition
برآیندهای مورد انتظار مددجو بر اساس شواهد زیر دچار ترس و اضطراب نخواهد شد: ۱- احساس کم شدن اضطراب را بیان می کند. ۲- الگوی خواب مناسب دارد.	Expected Outcomes

۳- چهره گشاده و حرکات بدنی همراه با آرامش دارد. ۴- علایم حیاتی ثابت است. ۵- توانایی درک مشکل و تعامل با دیگران را خواهد داشت.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های ترس و اضطراب را بررسی و گزارش کنید: • بیان احساس اضطراب • بی خوابی • تحریک پذیری • لرزش • بی قراری • تعریق زیاد • تاکی کاردی • افزایش فشار خون • رنگ پریدگی صورت • رفتارهای متمرکز به خود • تکرر ادرار • احساس درد در بدن (خصوصاً قفسه سینه ، پشت و گردن) • مردمک گشاد، تهوع و استفراغ، اسهال، خستگی و ضعف، دهان خشک، سرگیجه و بی اشتها • عصبانیت، از دست دادن کنترل، کاهش اعتماد به نفس • تحریک پذیری، گریه و تماس چشمی ضعیف • عدم توانایی تمرکز، فراموشی و گیجی ۲- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب مددجو انجام دهید: • مددجو را با محیط بیمارستان، لوازم و وسایل آشنا کنید و در صورت لزوم، روشهای درمانی، تشخیصی و اهداف هر کدام از آنها و نیز وسائلی که استفاده می شوند و کاربرد آنها را برای بیمار توضیح دهید. • مددجو را به پرسنلی که در امر مراقبت وی دخالت دارند معرفی کنید. در صورت امکان سازگاریهای لازم را با پرسنلی که در امر مراقبت بیمار نقش دارند و با توجه به ثبات احساسات و راحتی محیط بیمار، فراهم نمایید. • از نزدیکی مددجو با پرسنل اعضای درمانی اطمینان حاصل کنید، به طوری که حتی المقدور بتواند نام فرد مورد نیاز را بیان نماید. • یک حالت آرام، حمایتی و دلگرم کننده را در زمان تعامل با بیمار حفظ کنید.	

• مددجو را به صحبت در مورد ترس و اضطراب تشویق کنید و بازخورد مناسب را نشان دهید. • با کمک توضیحات پزشک، ذهنیت اشتباه مددجو را در مورد تشخیص، طرح درمانی و سیر بیماری روشن کنید. • محیط آرام و با آرامشی را فراهم کنید • به مددجو در مورد روشهای آرام سازی آموزش دهید و او را به مشارکت در فعالیتهای سرگرم کننده تشویق کنید. • اطلاعاتی را بر اساس نیازهای جاری مددجو در سطحی که او بتواند درک کند، فراهم کنید. او را به پرسیدن سؤال و روشن شدن اطلاعات فراهم شده تشویق کنید. • در صورت موفق نبودن اقدامات بالا برای کنترل ترس و اضطراب با افراد مناسب تیم مراقبت بهداشتی مشورت کنید.

آموزش به بیمار	Patient Education
• ترس و اضطراب خود را بیان کند. • تکنیک های آرام سازی را به بیمار آموزش دهید (تمرینات تنفسی، آرام سازی پیشرونده عضلات، تصویرسازی هدایت شده، داروها) • به بیمار آموزش دهید که جهت کاهش موثر اضطراب، فعالیت هایی نظیر تماشای تلویزیون ، مطالعه و ... را انجام دهد.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در پاک نمودن موثر راه هوایی در رابطه با: • ترشحات فراوان یا غلیظ ثانوی به عفونت • تجمع ترشحات و سرفه غیر موثر ثانوی به تضعیف سیستم عصبی مرکزی (نظیر تروما به سر، تروما به طناب نخاعی و کوادری پلژی) و بیماری های سیستم عصبی (نظیر سندرم گیلن باره، مولتیپل اسکلروزیس و میاستنی گراویس) • بی حرکتی ثانوی به جراحی یا تروما، درد، ترس، اضطراب، تاثیر داروهای خواب آور و آرامبخش (سدایتو) • تضعیف رفلکس سرفه ثانوی به وجود لوله تراکئوستومی/ داخل تراشه ای، سدیشن و کما	

برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر به دست آورید:	
۱- صداهای تنفسی طبیعی هستند.	
۲- تعداد و عمق تنفس طبیعی است.	

۳- تنگی نفس وجود ندارد. ۴- بیمار دارای سرفه موثر است و گازهای خون شریانی در سطح طبیعی هستند. ۵- بیمار دلیل انجام اقدامات جهت ارتقاء رفلکس سرفه را بیان می کند.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations	
۱- علایم و نشانه های عدم پاک بودن موثر راه هوایی را گزارش نمایید: • صداهای تنفسی غیر طبیعی • تنفسهای سطحی و کم عمق و اختلال ریتم تنفسی. • تنگی نفس • سرفه • عدم توانایی جهت خارج کردن ترشحات راه هوایی • خلط غیر طبیعی از نظر رنگ، حجم و بو. ۲- اقداماتی را به منظور ارتقاء و بهبود پاک شدن موثر راه های هوایی انجام دهید: • مددجوی در حالت کما را به یک پهلو بخوابانید و در صورت نیاز جهت پیشگیری از انسداد راه هوایی توسط زبان، از ایروی استفاده کنید. • اقداماتی را جهت تسهیل در برداشتن و خروج ترشحات انجام دهید. الف) آموزش و کمک به مددجو جهت انجام تنفس عمیق و سرفه با Huff هر ۱-۲ ساعت ب) اجرای اقداماتی به منظور رقیق کردن ترشحات چسبنده و کاهش خشکی غشاء مخاطی دستگاه تنفس نظیر: - مصرف حداقل ۲۵۰۰ cc مایعات در روز، مگر اینکه منع مصرف داشته باشد. - مرطوب کردن هوای استنشاقی ج) در صورت دستور پزشک، دادن داروهای موکولیتیک (نظیر ان استیل سیستین)، رقیق کننده و مرطوب کننده از طریق نبولایزر (آب و سالین). د) در صورت نیاز، انجام ساکشن • داروهای تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی را به صورت آگاهانه تجویز کنید. • در بیماران دارای لوله تراشه یا تراکئوستومی، فشار کاف بیشتر از ۲۰ cm H₂O باشد و به صورت دوره ای چک شود تا از پر بودن آن اطمینان حاصل شود. • جهت کم کردن پلاک و باکتری از دهان شویه و مسواک استفاده کنید تا خطر عفونت راه هوایی کاسته شود. این کار را حداقل هر ۴ ساعت یکبار انجام دهید. • جهت کمک به خروج ترشحات راه های هوایی، بیمار را مرتباً تغییر پوزیشن دهید. • در بیماران تحت عمل جراحی شکم یا قفسه سینه، اقداماتی را جهت برطرف کردن درد و متعاقب آن تنفس	

و سرفه عمیق انجام دهید.	
- در صورت دستور داروهای ضد درد تجویز کنید. زمان تجویز این داروها با زمان تمرینات سرفه تطابق داشته باشد (به عنوان مثال دارو را ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از تمرینات سرفه به بیمار بدهید). - اثربخشی داروهای ضد درد را بررسی کنید که آیا در اثر آن بیمار گیج شده است و یا اینکه درد هنوز وجود دارد. بهترین زمان جهت انجام تمرینات سرفه و تنفس عمیق زمانی است که بیمار نه درد دارد و نه در اثر مصرف داروها گیج است. • حمایت عاطفی از بیمار به عمل آورید. - اهمیت انجام سرفه و تنفس عمیق را به بیمار یادآور شوید. - اگر بیمار برش عمل جراحی دارد او را مطمئن کنید که انجام این تمرینات، آسیبی به وی وارد نخواهد کرد و او می تواند با یک بالش درد ناشی از تحرک ناحیه انسیزیون را بکاهد. • در بیمارانی که دچار خستگی و ضعف و گیجی هستند: - از تقویت مثبت استفاده کنید. - مطمئن شوید که تمرینات سرفه در زمان حداکثر راحتی و استراحت وی انجام شود و با دوره خواب بیمار تداخل ندارد. - زمان استراحت کافی به بیمار بدهید. بیمار را تحریک کنید تا هر یک ساعت تنفس عمیق بکشد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• در صورت عدم محدودیت، مایعات فراوان مصرف کند تا به رقیق شدن ترشحات کمک کند. • بهداشت دهان را رعایت کند. • تکنیک های سرفه و تنفس موثر و عمیق را در فواصل منظم انجام دهد و در صورت داشتن درد در محل جراحی از بالش برای بی حرکت کردن محل انسیزیون استفاده کند. • علائم عفونت راه های هوایی را بیان کند (تغییر دررنگ و مقدار خلط، تب و ...) و در صورت بروز آنها را گزارش دهد. • به طور مرتب و تا حد توان در تخت حرکت کند و از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی غیر موثر در رابطه با: • تجمع ترشحات ثانوی به تضعیف سیستم عصبی مرکزی (نظیر تروما به سر ، تروما به طناب نخاعی و کوادری پلژی)، بیماریهای سیستم عصبی (نظیر سندرم گیلن باره، مولتیپل اسکلروزس و میاستنی گراویس) و کما • اثرات داروهای خواب آور و آرامبخش	

- اختلالات متابولیک (آلکالوز تنفسی و ...) - افزایش فشار داخل جمجمه - کاهش فضای آناتومیک تنفسی - ترس و اضطراب - درد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر اساس شواهد زیرالگوی تنفسی موثر را حفظ خواهد کرد: ۱ - تعداد و عمق تنفس طبیعی است. ۳ - تنگی نفس وجود ندارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - علایم و نشانه های یک الگوی تنفسی غیر موثر را بررسی و گزارش نمایید: - تنفس های سطحی و آهسته - تاکی پنه - تنگی نفس - استفاده از عضلات بین دنده ای هنگام تنفس ۲ - اقداماتی را برای ارتقاء الگوی تنفسی انجام دهید: - اقداماتی را جهت کاهش درد برای افزایش خوب بودن مددجو و حرکت و تنفس عمیق انجام دهید. - به منظور کاهش ترس و اضطراب و پیشگیری از تنفس سریع و سطحی ناشی از ترس و اضطراب اقداماتی را انجام دهید. - اقداماتی را جهت کاهش تجمع گاز و مایع در دستگاه گوارش و کاهش فشار بر روی دیافراگم انجام دهید. - در صورتیکه بیمار هیپرونتیله شده است او را تشویق به تنفس آرام کنید. - مددجو را در صورت عدم ممنوعیت، در وضعیت نیمه نشسته و یا نشسته قرار دهید. - به مددجو کمک کنید تا حداقل هر ۲ ساعت یک بار از پهلوی به پهلوی دیگر بچرخد. - داروهای مهار کننده سیستم عصبی مرکزی را آگاهانه و با احتیاط تجویز کنید. - در صورت وجود اختلالات متابولیک و اسید و باز آن را اصلاح کنید. - در بیماران در معرض افزایش فشار داخل جمجمه نظیر بیماران تروما به سر اقداماتی را جهت کاهش ICP انجام دهید. (نظیر بالابردن سر تخت، جلوگیری از هیپوکسی شدن بیمار خصوصا حین انجام ساکشن).	
آموزش به بیمار	Patient Education
- از تنفس با لبهای غنچه و تکنیک های تنفس کنترل شده استفاده کند. - تکنیک های آرام سازی پیشرونده عضلات را به کار گیرد.	

• در مورد مقدار، اثرات جانبی داروها و مکانیسم اثر آنها به بیمار آموزش دهید. • حداقل هر ۲ ساعت یکبار از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد. • تا حد امکان در وضعیت نیمه نشسته و یا نشسته قرار گیرد. • ترس و اضطراب خود را بیان کند.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در برقراری ارتباط کلامی در رابطه با: • ایسکمی لوب فرونتال یا تمپورال و اختلال عملکرد حرکتی عضلات مربوط به تکلم ثانوی به حوادث عروقی مغز، تروما به سر، تضعیف CNS، افزایش فشار داخل جمجمه، هیپوکسی مزمن، کاهش جریان خون مغزی، کوادری پلژی، بیماریهای سیستم عصبی مرکزی (نظیر میاستنی گراویس، مولتیپل اسکلروزیس، دیستروفی عضلانی) و فلج تارهای صوتی • اختلال در توانایی تولید صوت ثانوی به اختلال تنفسی (نظیر کوتاهی نفس)، لوله گذاری داخل تراشه، تراکتوستومی، عمل جراحی حنجره • کاهش توجه ثانوی به اضطراب، درد و نگرانی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بر اساس شواهد زیر مددجو ارتباط موثر برقرار می کند. ۱- افزایش توانایی جهت فهم عبارات را نشان می دهد. ۲- افزایش توانایی جهت بیان و ابراز خود را نشان می دهد. ۳- از روش های مختلف ارتباط در صورت نیاز استفاده می کند. ۴- افزایش رضایت از توانایی در برقراری ارتباط را نشان می دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های اختلال در برقراری ارتباط کلامی را بررسی و گزارش نمایید: • عدم توانایی تکلم • اشکال در ساختن کلمه و جمله • اشکال در بیان افکار به طور کلامی • ادای کلمات نامناسب ۲- اقداماتی را به منظور سهولت در برقراری ارتباط اجرا کنید: • به علائم صوتی فراخوان در فرد پاسخ دهید زیرا بهتر از استفاده از سیستم ارتباط مشترک است. • با صبر و حوصله عمل کنید و از روی دقت و با توجه به مددجو گوش کنید و اجازه دهید وقت کافی برای برقراری ارتباط داشته باشد.	

- محیطی با سکوت و آرامش ایجاد کنید تا مددجو بتواند برای برقراری ارتباط تمرکز پیدا کند، با صدای بلند صحبت نکنید و کاری کنید که مددجو قادر باشد صدای دیگران را به طور وضوح بشنود.
- در صورتی که مددجو دشواری در تکلم دارد و یا خسته است و مایل به برقراری ارتباط نیست سؤالاتی بپرسید که نیاز به پاسخ های کوتاه دارد و یا سؤالاتی که می توان برای پاسخ دادن به آنها از باز و بسته کردن چشمها یا اشاره استفاده کرد.
- دوره های استراحتی را قبل از ساعات ملاقات و جلسات گفتار درمانی به منظور حداکثر توانمندی در برقراری ارتباط، برنامه ریزی نمایید.
- هنگام صحبت کردن با مددجو روبروی او قرار بگیرید، آهسته صحبت کنید، از جملات واضح و کوتاه استفاده کنید، واژه های کلیدی را تکرار کنید و هر بار تنها یک فکر یا عقیده را مطرح سازید، از به کارگیری اشارات و حرکات نامربوط ضمن سخن گفتن اجتناب نمایید.
- مواد و وسایلی مانند تخته، یادداشت و قلم، کامپیوتر، کارتهای دارای حروف و کلمات و یا تصاویر مختلف را در صورتی که مناسب حال مددجو باشند تهیه نمایید. دقت کنید که محل مسیر داخل و ریدی مددجو با این وسایل کمک کننده در برقراری ارتباط برخورد نداشته باشد.
- وابستگان و نزدیکان مددجو و مراقبان بهداشتی را نسبت به روشهایی که می توانند سبب سهولت در برقراری ارتباط گردند آگاه و مطلع نمایید. در ارتباط با اهمیت به کارگیری این روشها تاکید نمایید.
- در صورتی که مددجو قادر به برقراری ارتباط نباشد و به سؤالات پاسخ ندهد، وابستگان و نزدیکان و کارمندان را تشویق به صحبت با او نمایید.
- مطمئن شوید که مددجو پیام شما را درست فهمیده است.
- ارتباط کلامی هسته روابط بشری است، اختلال در برقراری ارتباط ناامید کننده و دلسرد کننده است، فعالیت های خود را جهت کاهش این ناامیدی و دلسردی متمرکز کنید و متوجه شرایط مشکل بیمار باشید.
- همه تلاش خود را جهت فهم بیمار به کار گیرید، هر موفقیتی در این باره هر چند کوچک ناامیدی و دلسردی بیمار را کاهش می دهد و به افزایش انگیزه وی کمک می کند.
- در بیمارانی که به علت داشتن تراکئوستومی یا لوله داخل تراشه قادر به صحبت کردن نمی باشند:
 - به آنها اطمینان دهید که توانایی تکلم برگشت پذیر است و به او روش های متغیر تولید صوت نظیر تکلم ازوفازئال(تکلم از طریق مری) را آموزش دهید.
 - از آنجا که توانایی فهم تکلم بیماران سالم است، نحوه تکلم، تون صدا و نوع پیام خود را تغییر ندهید و در سطح افراد بزرگسال با بیمار صحبت کنید.
 - در بیمار داروهای تراکئوستومی از لب خوانی استفاده کنید.

آموزش به بیمار	Patient Education
• تکنیک های مختلف برقراری ارتباط را به بیمار آموزش دهید (نظیر لب خوانی، حالت صورت و ...) • به بیمار نحوه استفاده از وسایل ارتباطی را آموزش دهید (استفاده از نوشتن، تصاویر و ...) • در بیمار دارای تراکتوستومی نحوه تکلم از فوازئال را آموزش دهید • به بیمار آموزش دهید که ترس و اضطراب و احساسات خود را بیان کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال یبوست در رابطه با: • تحریک عصبی ناقص، ضعف عضلات کف لگن و بی حرکتی ثانوی به صدمه طناب نخاعی، حملات عروقی مغز و بیماریهای نورولوژیک (مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون) • کاهش پرستالتیسم ثانوی به هیپوکسی (قلبی، ریوی)، بی حرکتی و استرس، ترس و اضطراب و دستکاری جراحی • عوارض جانبی داروهای آرامبخش و خواب آور (کدئین، مورفین) و دیورتیک ها • رژیم غذایی کم باقیمانده و فاقد فیبر • اختلالات الکترولیتی (نظیر هیپوکالمی، هیپرکالمی) • عدم مصرف غذا • کم آبی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر طبق شواهد زیر دچار یبوست نخواهد شد: ۱- مدفوع دارای قوام و دفعات دفع طبیعی است (عدم وجود مدفوع سخت) ۲- در هنگام دفع مدفوع درد وجود نخواهد داشت. ۳- رژیم غذایی و مایعات تجویز شده در طی روز رعایت می شود (افزایش مصرف غذاهای پرفیبر و پر حجم) ۴- نیاز کمتر به وابستگی به مسهل ها، انما یا شیاف ها خواهد داشت. ۵- تعهد به انجام فعالیت ها در سطح توصیه شده خواهد داشت ۶- در صورت امکان، ورزش های تقویت شکمی را انجام خواهد داد. ۷- نفخ شکم و درد، احساس پری یا فشار در رکتوم و زورزدن هنگام اجابت مزاج وجود نخواهد داشت.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۲- علایم و نشانه های یبوست را ارزیابی کنید و صداهای روده ای را ارزیابی کرده الگوی کاهش صداهای روده ای را گزارش کنید	

• کاهش حرکات روده • عبور سخت • مدفوع شکل دار • بی اشتهایی • نفخ و درد شکم • احساس پری یا فشار در رکتوم • زورزدن هنگام دفع ۳- اقداماتی را به منظور پیشگیری از یبوست اجرا کنید: • هرگاه احساس دفع دست داد، مددجو را تشویق به تخلیه مدفوع کنید. • در صورت عدم منع، مددجو را جهت تحریک حرکات روده ای در وضعیت کاملاً نشسته قرار دهید. • مددجو را به آرامش تشویق کنید، محیط خلوت ایجاد کنید و او را در هنگام تلاش برای دفع تنها بگذارید (اقدامات برای ارتقاء آرام سازی می تواند باعث اتساع عضلات ناحیه مقعد و اسفنکتر خارجی مقعد گردد که دفع مدفوع را تسهیل می کند) • مددجو را برای عادت به دفع در زمان منظم، (ترجیحاً یک ساعت بعد از) غذا تشویق کنید • در صورت عدم منع، مددجو را برای حفظ حداقل دریافت مایعات به ۲۵۰۰ میلی لیتر در روز آموزش دهید. • مددجو را به دریافت مایعات گرم در صبح برای تحریک حرکات دودی تشویق کنید. • در صورت عدم منع، مددجو را به تمرینات تقویتی ایزومتریک شکم تشویق کنید. • جهت تسکین درد بیمار، از داروهای غیرنارکوتیک به جای داروهای نارکوتیک استفاده کنید و اگر بیمار به طور منظم از مخدرها استفاده می کند استفاده پروپیلانکتیک از نرم کننده های مدفوع را در نظر داشته باشید. • سطح الکترولیت هایی نظیر پتاسیم و کلسیم را کنترل کرده و در صورت هیپوکالمی و هیپرکلسمی آن را تصحیح کنید. • به منظور کاهش ترس و اضطراب و پیشگیری از یبوست ناشی از آنها اقداماتی را انجام دهید. • برای بیمار محرک های مشخصی که باعث عمل دفع می شوند را فراهم کنید و در صورت امکان نیم ساعت قبل از صرف صبحانه از مصرف موادی نظیر قهوه، عصاره آلو بخارا، آب گرم و ... کمک بگیرید	<table> <tr> <th data-bbox="266 1606 812 1648">آموزش به بیمار</th><th data-bbox="812 1606 1338 1648">Patient Education</th></tr> <tr> <td data-bbox="266 1648 812 1810"> • دانش در مورد درمان، وسائل و داروها (واکنش، عوارض جانبی، مقدار و دفعات) را به بیمار آموزش دهید. • ارتباط بین افزایش مصرف مایعات و رژیم پر فیبر و پر حجم در تشکیل مدفوع طبیعی را شرح دهید. </td><td data-bbox="812 1648 1338 1810"></td></tr> </table>	آموزش به بیمار	Patient Education	• دانش در مورد درمان، وسائل و داروها (واکنش، عوارض جانبی، مقدار و دفعات) را به بیمار آموزش دهید. • ارتباط بین افزایش مصرف مایعات و رژیم پر فیبر و پر حجم در تشکیل مدفوع طبیعی را شرح دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education				
• دانش در مورد درمان، وسائل و داروها (واکنش، عوارض جانبی، مقدار و دفعات) را به بیمار آموزش دهید. • ارتباط بین افزایش مصرف مایعات و رژیم پر فیبر و پر حجم در تشکیل مدفوع طبیعی را شرح دهید.					

. <\$; + ;'C18. 8 ' S : : & 2]
 . &.v ") 8 8 ST j'. :) , C1. 61 8O -\ 9 8 , '%1
 : &.R 8 8 d) j'.>. 0 O . ;G S \$
 j'. 0: `=< B+ < - . .8 A
 / 7 d@ Jj'g :9)),B@ H- g0 E
 @ =(P Jj9. +C \$;G B+ < : 78 A "
 " 8 8.)_ j'./ <&8.. 1 . 8 - :8 ..) ;G v ")
 S(A +
 . &.[) @ 8 8 d D" l + %& \$: & C <

Problem Definition	
: 13 (8 A .8. S A>PM J l< >PM :) ? 8 : & ... : 18 . 8.J.8. :) ?) O 1)*8.) ;G 1)† 8)K †&8 @ d@)†=J †1&8%8 S.^8_ :) ? 8 T8. % & b + 8 T8. ' K ^ E d D" †+ * (<G J , J 0 G J 3 J l T 0):M , >P=M . 7` 18 > 3 l	
Expected Outcome	8 = .8) : & <1@
: ' 1 &) +. d) d) D W 1 &) XST . <K ' K d) + lF 8 ;• + ST) , 8.8 <1&• : & " . &)9 8 +.[, ` e O '8 & + J QK H =	
Nursing Recommendation	:8 + *: &)
b [8 W8 8 d) :) -F	

- بیمار را از نظر علائم و نشانه های عفونت تنفسی پایش کنید (نظیر تب، کراکل، افزایش گلبول های سفید خون و گزارش گرافی قفسه سینه) • در صورتی که سطح گازهای خون شریانی به حد طبیعی برنگشت از اکسیژن با غلظت بالاتر (در صورت دستور عدم منع مصرف) استفاده کنید • اگر افزایش غلظت اکسیژن در بهبود وضعیت بیمار موثر واقع نشد در صورت عدم محدودیت از اعمال Peep استفاده کنید.	آموزش به بیمار
Patient Education • علائم و نشانه های اختلال در تبادل گاز را به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید تا در وضعیت نیمه نشسته تا کاملاً نشسته (در صورت عدم محدودیت) قرار گیرد و از بالشت جهت وضعیت دادن و جلوگیری از سقوط استفاده کند. • اهمیت تغییر وضعیت و جابه جایی در تخت را به بیمار یاد آور شوید. • نحوه انجام تنفس آهسته و تکنیک های تنفس کنترل شده را به بیمار آموزش دهید. • تکنیک های آرام سازی جهت کنترل اضطراب را به بیمار آموزش دهید. • نحوه تسکین و کنترل درد را خصوصاً در بیماران دارای جراحی های قفسه سینه و شکمی را آموزش دهید • اهمیت انجام تنفس عمیق و سرفه موثر در بهبود تبادل گازها را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور در رابطه با پاتوفیزیولوژیک - ضعف عضلات و خستگی ثانوی به وضعیت ناپایدار همودینامیک، کاهش سطح هوشیاری، آنمی، عفونت، عدم تعادل آب و الکترولیت، بیماری مزمن تنفسی، معلولیت مزمن عصبی عضلانی، بیماری چند سیستمی، کمبود تغذیه ای مزمن عوامل درمانی - پاک سازی غیر موثر راه هوایی - راه هوایی مسدود - ضعف عضلانی و خستگی ثانوی به مصرف بیش از حد داروهای سدانو، بیهوشی دهنده، درد غیر قابل کنترل - تغذیه ناکافی (کمبود کالری، کربوهیدرات زیاد، دریافت چربی و پروتئین ناکافی) - وابستگی به تهویه طولانی مدت (بیشتر از یک هفته) - تلاش (های) ناموفق قبلی جداسازی از ونتیلاتور
------------------	--

- روند سریع جداسازی از ونتیلاتور - موقعیتی (شخصی، محیطی) - دانش ناکافی از روند جداسازی - نیاز بیش از حد به انرژی (فعالیت های خود مراقبتی، روندهای تشخیصی و درمانی و ...) - حمایت اجتماعی ناکافی - محیط غیر ایمن (شلوغ، وقایع آشفته کننده، محیط پرسروصدا) - خستگی ثانوی به اختلالات الگوی خواب - اعتماد به نفس پایین - اضطراب متوسط تا شدید ناشی از تلاش های تنفسی - ترس از جداسازی از ونتیلاتور - احساس ضعف - احساس ناامیدی	برآیندهای مورد انتظار
Expected Outcomes براساس شواهد زیر، بیمار علائم و نشانه های پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور را نشان نخواهد داد ۱- مراحل جداسازی از ونتیلاتور به خوبی روشن خواهد شد. ۲- لوله تراشه خارج خواهد شد. ۳- بیمار تمایل مثبت به تلاش های بعدی جهت انجام جداسازی از ونتیلاتور نشان خواهد داد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- علایم و نشانه های پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور را در مددجو بررسی و گزارش کنید: - احساس نیاز فزاینده به اکسیژن، خستگی، گرمی و تنگی نفس - افزایش تمرکز به تنفس - افزایش جزئی در فشار خون - افزایش جزئی در سرعت ضربان قلب - افزایش در سرعت تنفس - آشفته گی - تعریق - گشادشدن چشم ها - کاهش میزان هوای ورودی در سمع ریه ها - تغییر رنگ پوست (رنگ پریده، سیانوز جزئی) - استفاده از عضلات فرعی تنفسی در مراحل شدیدتر	

- بی قراری
 - تغییر واضح در میزان گازهای خون شریانی
 - افزایش فشار خون به میزان خیلی شدیدتر
 - افزایش بیش از حد ضربان قلب
 - تنفس سریع و کم عمق
 - استفاده کامل از عضلات فرعی تنفسی
 - تنفس های گسپینگ
 - تنفس شکمی پارادوکس
 - کاهش صدا های تنفسی
 - سیانوز
 - تعریق شدید
 - عدم تطابق تنفس با ونتیلاتور
 - کاهش سطح هوشیاری
- ۲- اقداماتی را جهت جلوگیری از پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور انجام دهید:
- در صورت امکان، عوامل دخیل در تلاش های جداسازی ناموفق قبلی را بررسی کنید
 - آمادگی جهت انجام جداسازی را در بیمار را بررسی کنید:
 - غلظت اکسیژن ۵۰٪ یا کمتر در ونتیلاتور
 - فشار مثبت انتهای بازدمی کمتر از ۵ سانتی متر آب
 - تعداد تنفس کمتر از ۳۰ تا در دقیقه
 - تهویه دقیقه ای کمتر از ۱۰ لیتر در دقیقه
 - فشارهای دینامیک و استاتیک پائین با کمپلانس حداقل ۳۵ سانتی متر آب
 - عضلات تنفسی با قدرت کافی
 - عدم بی قراری و ناراحتی
 - تمایل جهت انجام جداسازی
 - اگر آمادگی برای انجام جداسازی وجود داشت بیمار را در برنامه جداسازی درگیر و متعهد کنید:
 - روند جداسازی را به بیمار توضیح دهید.
 - اهداف جزئی کار را به بیمار توضیح دهید
 - به بیمار توضیح دهید که این اهداف ممکن است به صورت روزانه مورد بررسی و معاینه قرار گیرند.
 - دستورالعمل های موسسه خود را در مورد روند جداسازی اعمال کنید.
 - نقش بیمار در روند جداسازی را به وی توضیح دهید:
 - تقویت اعتماد به نفس

- اعتماد بیمار به پرسنل و محیط را ارتقاء دهید • تأثیرات منفی اضطراب و خستگی را کاهش دهید - وضعیت بیمار را مکرر بررسی کنید تا از اضطراب و خستگی پیشگیری کنید. - دوره های منظمی از استراحت را قبل از پیشرفت خستگی فراهم کنید. - اگر بیمار در حال آژیه شدن است به او کمک کنید تا آرام شود و در کنار او بمانید. - اگر روند جداسازی قطع شد و ادامه نیافت درک بیمار از شکست در جداسازی را بررسی کنید و به او اطمینان دهید که این تلاش جهت جداسازی یک فعالیت مفید است و باید انجام شود تا به موفقیت دست یابیم - روند جداسازی را در زمانی که بیمار به خوبی استراحت کرده است معمولاً صبح و بعد از خواب شبانه شروع کنید. - یک محیط جداسازی مثبت و مناسب، که در آن بیمار احساس امنیت می کند را فراهم کنید. • اجزاء روند جداسازی را به دیگر افراد تیم بالین توضیح دهید تا احتمال جداسازی موفق را بالا ببرید: - زمان شروع - فهرست دوره های استراحت و فعالیت - فعالیت جانبی - پیوستگی به برنامه مراقبتی	آموزش به بیمار
• روند جداسازی از ونتیلاتور را به بیمار آموزش دهید • اهداف جزئی کار را به بیمار توضیح دهید • تکنیک های کاهش اضطراب را به بیمار آموزش دهید • به بیمار اطمینان دهید که تلاش جهت جداسازی یک فعالیت مفید است و باید انجام شود تا به موفقیت دست یابیم • اهمیت همکاری بیمار در روند جداسازی را به بیمار متذکر شوید	Patient Education

بیان مشکل	اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن در رابطه با: - افزایش نیاز به کالری و یا اشکال در دریافت کالری مورد نیاز ثانوی به عفونت یا تروما - دیسفاژی ثانوی به CVA، فلج مغزی، بیمار پارکینسون، اختلالات عصبی عضلانی - کاهش تمایل به خوردن ثانوی به تغییر سطح هوشیاری - کاهش تمایل به خوردن ثانوی به افسردگی، استرس، تهوع و استفراغ
-----------	---

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱- وزن مددجو براساس سن، قد و چارچوب بدن در طی درمان در حد طبیعی باقی خواهد ماند. ۲- میزان اوره خون و آلبومین سرم، همچنین هموگلوبین، هماتوکریت و سطح ترانسفیرین طبیعی خواهد بود. ۳- قدرت عضلانی کافی داشته و نسبت به فعالیت تحمل کافی خواهد داشت. ۴- وضعیت غشاهای محیطی طبیعی هستند. ۵- بیمار تغذیه از طریق لوله را بدون تهوع و اسهال تحمل می کند	- ممنوعیت دریافت مواد غذایی از طریق دهان (NPO)
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علائم و نشانه های سوء تغذیه را در بیمار بررسی و گزارش کنید: • کاهش وزن مددجو • غیر طبیعی بودن سطح BUN و آلبومین سرم، هموگلوبین و هماتوکریت و سطح ترانسفیرین • ضعف و خستگی • التهاب و زخم مخاط دهان • پریدگی رنگ ملتحمه • ناکافی بودن درصد وعده های غذایی که بیمار دریافت می دارد. ۲- اقداماتی را جهت جلوگیری و رفع سوء تغذیه بیمار انجام دهید: • اقداماتی را جهت پیشبرد دریافت از راه دهان در بیماری که قادر به دریافت مواد غذایی از طریق دهان است انجام دهید: - اقداماتی را جهت کنترل تهوع و استفراغ بیمار انجام دهید. - اقداماتی را جهت کاهش درد بیمار انجام دهید. - اقداماتی را جهت پیشبرد توانایی مددجو در انجام بلع مواد غذایی انجام دهید. - از مواد غذایی ولرم جهت تحریک حس بویایی کمک بگیرید. - فعالیت بیمار را در حد تحمل وی افزایش دهید (فعالیت، معمولاً باعث پیشبرد حس بهبود و افزایش اشتها می گردد) - در صورت لزوم با متخصص تغذیه جهت کمک به انتخاب غذا و نوشیدنیهایی که بتواند نیاز فرد را برطرف نماید مشورت کنید. - جهت کاهش خستگی مددجو را به داشتن استراحت قبل از غذا تشویق کنید. - یک محیط آرام، تمیز و خوشایند ایجاد کنید.	

- قبل از هر وعده غذا بهداشت دهان را رعایت کنید تا اشتها افزایش یابد.
- در زمانی که فرد اشتهای بهتری دارد میزان کالری و پروتئین بیشتری را منظور کنید.
- اگر مددجو ضعیف است و زود خسته می شود و اشتهای کمی دارد بهتر است تعداد دفعات صرف غذا افزایش و حجم هر وعده را کاهش دهید.
- مصرف مایعات همراه با غذا را محدود کنید (مگر اینکه مایع مورد نظر ارزش غذایی بالا داشته باشد)
- به مددجو فرصت کافی برای غذا خوردن بدهید.
- اطمینان حاصل کنید که وعده های غذایی، کالری و پروتئین بالایی دارند.
- جهت کنترل اسهال اقداماتی را انجام دهید.
- طبق دستور ویتامین و مواد آلی تجویز کنید.
- کالری مورد نیاز بیمار را طبق دستور محاسبه کنید.
- در صورت عدم مصرف کافی مواد غذایی یا مایعات درباره روش های مختلف رساندن مواد غذایی به بیمار (مثلا از طریق لوله، TPN) با پزشک مشورت کنید.
- دستورالعمل موسسه خود را در مورد تغذیه لوله ای پیروی کنید.
- جهت جلوگیری از آسپیراسیون قبل از هر بار تغذیه محل NGT، را چک کنید.
- در هنگام انجام گاوژ، سر تخت ۳۰ درجه بالا باشد.
- حداقل هر ۴ ساعت لوله را بشوید
- در نوع تغذیه مداوم هر ۸ ساعت یکبار قبل از هر بار تغذیه میزان مواد باقی مانده در معده را چک کنید.
- در صورتی که مقدار مواد باقی مانده در معده قبل از هر بار تغذیه معادل ۱۵۰ سی سی بود گاوژ بعدی را انجام ندهید
- در نوع تغذیه مداوم هر ۲۴ ساعت و بر طبق دستورالعمل موسسه سرنگ های تغذیه و هر نوع محلول تغذیه باقی مانده را دور بریزید.
- هرگونه پاسخ به تغذیه را پایش کنید و به اسهال و استفراغ توجه کنید.

آموزش به بیمار	Patient Education
• به بیمار آموزش دهید که تعداد وعده های غذایی را افزایش داده و مقدار هر وعده را کم کند. • به بیمار آموزش دهید که مصرف مایعات همراه با غذا را محدود کند (مگر اینکه مایعات از نظر غذایی ارزش بالایی داشته باشند). • با توجه به وضعیت و تشخیص هر بیمار، لیستی از غذاهای مفید برای بیمار را برای او تهیه کنید. • علائم اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن را به بیمار یادآور شوید.	

- اهمیت داشتن تغذیه مناسب جهت بهبود و جلوگیری از عفونت را به بیمار آموزش دهید.
- روش های کنترل درد و اضطراب را که باعث کمبود اشتها می شود را به بیمار آموزش دهید.
- اقداماتی را جهت پیشبرد توانایی مددجو در انجام بلع را به وی آموزش دهید.
- اهمیت انجام فعالیت در پیشبرد حس بهبود و افزایش اشتها را به بیمار آموزش دهید.
- به بیمار آموزش دهید که قبل از صرف غذا دهان خود را بشوید تا اشتها افزایش یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در رابطه با: پاتوفیزیولوژیک - اختلال در سیستم دفاعی بدن میزبان ثانوی به اختلالات تنفسی روندهای درمانی - محلی جهت تهاجم ارگانیسم ثانوی به جراحی (تراکئوستومی)، ورود کاتتر تغذیه و ریدی با کالری بالا TPN، انتوباسیون، وجود خطوط عروقی تهاجمی، تغذیه روده ای، کاتتر ادراری، لوله تراشه موقعیتی (فردی، محیطی) - اختلال در سیستم دفاعی ثانوی به استرس، سابقه عفونت، سوء تغذیه، افزایش زمان بستری در بیمارستان - تماس با عوامل آلوده کننده (عفونت های بیمارستانی و اکتسابی) - پنومونی در ارتباط با رکود ترشحات ریوی و آسپیراسیون - عدم رعایت تکنیک استریل در ساکشن تراکئوستومی و لوله تراشه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو براساس شواهد زیر علائم و نشانه های عفونت قسمت های مختلف را نشان نخواهد داد: ۱- صداهای تنفسی طبیعی هستند. ۲- دق ریه ها نرمال است. ۳- تاکی پنه وجود ندارد. ۴- در طی سرفه ترشحات روشن است. ۵- تب و لرز وجود ندارد. ۶- درد پلوریتیک وجود ندارد. ۷- شمارش WBC به طرف طبیعی سیر می کند. ۸- گازهای خون در دامنه طبیعی است. ۹- کشت خلط منفی است.	

۱۰- در موضع ورود کاتترهای تهاجمی به بدن قرمزی، گرما، التهاب، درد و ترشح وجود ندارد. ۱۱- ادرار بیمار روشن است. ۱۲- ادرار دارای بوی معمولی است. ۱۳- نیتراتها و باکتری در ادرار وجود ندارد و تعداد WBC ها کمتر از ۵ عدد در ادرار است. ۱۴- کشت ادرار منفی است. ۱۵- محل جراحی تراکئوستومی بدون چرک است.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱-۱ علایم و نشانه های عفونت ریوی را بررسی و گزارش کنید. • صداهای تنفسی غیرطبیعی (مانند کراکل ها، فریکشن راب پلور، صداهای برونشیتال تنفسی، کاهش یافتن صداهای تنفسی) • گزارش دق دال در محل آسیب دیده • سرفه ترشح دارو چرکی، سبزرنگ • تب و لرز • درد پلورتیک • افزایش پایداریا افزایش در شمارش WBC • گازهای خونی و اکسیمتری غیر طبیعی • رادیوگرافی غیر طبیعی قفسه سینه (یافته ها نشان دهنده پنومونی) • گزارش نتایج غیر طبیعی در کشت خلط ۱-۲ اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت ریوی اجرا کنید • انجام اعمالی به منظور حفظ یک الگوی تنفسی طبیعی • انجام اعمالی به منظور کاهش خطر آسپیراسیون • تشویق و کمک به مددجو برای انجام مکرر رعایت بهداشت دهان به منظور کاهش تجمع باکتری در اوروفارنکس و متعاقب آن آسپیراسیون میکروارگانیزم ها • محافظت مددجو در مقابل افراد مبتلا به عفونت های تنفسی • تعویض و یا تمیز کردن وسایل مورد استفاده در مراقبت های تنفسی در صورت نیاز • رعایت تکنیک استریل در تمامی مراحل ساکشن ترشحات تراکئوستومی و لوله تراشه ۲-۱ علائم و نشانه های عفونت ناحیه برش تراکئوستومی را گزارش کنید. - درد بیش از حد - قرمزی بیش از حد - ادم زیاد	

- ترشح چرکی محل برش جراحی

۲-۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت محل برش تراکئوستومی انجام دهید.

- مرتباً طبق دستور و PRN پانسمان تراکئوستومی را تعویض کنید.
- در هنگام کار با لوله تراکئوستومی تکنیک استریل را رعایت کنید.
- در صورت وجود نشانه های عفونت با پزشک مشورت کنید.

۳-۱- علائم و نشانه های عفونت محل ورود کاتترهای تهاجمی نظیر کاتتر CVP, IV line و ... را گزارش کنید.

- لرز و تب

- قرمزی

- گرما

- ادم

- افزایش درد

- درناژ غیر معمول

- افزایش مقاوم شمارش WBC و تغییر ویژه در diff.

۲-۳- اقداماتی را به منظور پیشگیری از عفونت محل ورود کاتترها انجام دهید.

- رعایت تکنیک استریل در هنگام جایگذاری کاتترها

- تعویض کاتترها طبق دستورالعمل موسسه

- گزارش علائم عفونت به پزشک

- تا حد امکان انجام تکنیک های تهاجمی را کاهش دهید.

۴-۱- علائم و نشانه های عفونت دستگاه ادراری را بررسی و گزارش کنید:

- ادرار تیره یا بدبو

- تکرر و فوریت برای ادرارکردن

- سوزش ادرار

- لرز

- افزایش درجه حرارت

- وجود نیترات، باکتری و WBC بیشتر از ۵ عدد در نمونه ادرار و کشت مثبت ادراری

۲-۴- اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری انجام دهید

- اعمالی را جهت پیشگیری از احتباس ادرار انجام دهید.

- در بیماران دارای سوند ادراری دائم، شستشوی پرینه روزانه انجام شود و در هنگام شستشو این کار از جلو به عقب صورت گیرد.

• در هنگام جایگذاری کاتتر ادراری تکنیک استریل رعایت شود و کاتتر طبق دستور العمل موسسه تعویض شود. • مایعات حداقل ۲۵۰۰ سی سی در روز (مگر در صورت ممنوعیت) به منظور افزایش تشکیل ادرار و دفع پاتوژن از مثانه و پیشابراه مصرف شود. • در بیمار دارای سوند ادراری اطمینان از اتصال کاتتر به پایین شکم یا ران حاصل کنید تا خطر کشیده شدن ناگهانی آن و متعاقب آن وارد شدن آسیب به مثانه و پیشابراه کاهش یابد. • به منظور کاهش حرکت لوله از اتصال محکم لوله اطمینان حاصل کنید (حرکت لوله باعث ورود پاتوژن ها به داخل دستگاه ادراری و در نتیجه آسیب بافت و تجمع میکروارگانیسم ها می گردد). • در صورت امکان به منظور کاهش خطر ورود پاتوژن ها به داخل دستگاه ادراری، سیستم درناژ، از نوع بسته باشد. • به منظور پیشگیری از برگشت یا رکود ادرار، همیشه کیسه جمع آوری کننده ادرار در سطح پایین تر از مثانه قرار گیرد. • در صورت اجازه و امکان، هر چه سریعتر کاتتر خارج شود (خطر عفونت ادراری با حضور طولانی مدت کاتتر ادراری افزایش می یابد). ۳- مراقب باشید که قبل و بعد از تماس با بیمار دستهای خود را به روش صحیح بشوید. ۴- بیمار دارای تغذیه کافی باشد تا دچار کمبود کالری و پروتئین و تضعیف سیستم ایمنی نشود. ۵- استفاده صحیح از داروهای ضد میکروبی را پایش کنید. ۶- مدت اقامت در بیمارستان را کاهش دهید.	آموزش به بیمار Patient Education • علائم و نشانه های عفونت قسمت های مختلف را به بیمار آموزش دهید. • روش های انتقال عفونت را بیان کنید. • درباره نحوه تأثیر خواب، استراحت، رژیم غذایی، گردش خون مناسب و استرس بر سیستم ایمنی به بیمار توضیح دهید • اهمیت مصرف مایعات (در صورت عدم محدودیت) در پیشگیری از عفونت (خصوصاً تنفسی و ادراری) را یادآور شوید • اهمیت بهداشت دهان در پیشگیری از عفونت ریوی را به بیمار توضیح دهید.
---	---

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات حسی – ادراکی در ارتباط با: شخصی	

- اضطراب، ترس، تحمل نسبت به محرک ها، بی حرکتی، محرومیت از خواب - مهارتهای سازگاری، عدم کمک، عدم توانایی و قدرت پاتوفیزیولوژیک - اختلال در انتقال اکسیژن (مغزی، تنفسی، قلبی) - درد، بیماری مزمن، بیماری حاد، بیمارهای ویژه و بحرانی، اختلال عصبی (آنوکسی مغزی، تغییرات سطح هوشیاری) تغییرات متابولیک - اسیدوز، آکالوز، عدم تعادل آب و الکترولیت محیطی - افزایش محرک های حسی (صدا، نور زیاد، فعالیت زیاد، بو، ویزیت های مکرر، انواع وسایل مکانیکی، مرگ و میر سایر بیماران، نداشتن محیط خلوت، صداها و آلام های غیر منتظره، محیط نامانوس درمان های مرتبط - محدودیت حرکتی (بستن دست به نرده کنار تخت)، مراقبت های روتین، پرسنل ناآشنا، پروسیجرهای دردناک و تهاجمی (Ivline، تراکتوستومی، لوله تراشه، تهویه مکانیکی، آرترا لاین)، عوارض دارویی، تحریکات زیاد لمسی، ایزولاسیون معکوس	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
براساس شواهد زیر بیمار علایم و نشانه های اختلال حسی – ادراکی را نخواهد داشت ۱- بیمار احساسات کلامی در مورد تغییرات ادراکی را بیان خواهد کرد. ۲- بیمار به زمان، مکان و شخص آگاهی دارد. ۳- حرکات محیطی را تحلیل دقیق خواهد کرد. ۴- خواب راحت خواهد داشت و علائم کم خوابی را در حین بیداری نشان نخواهد داد. ۵- بیمار آرام است و علائم تحریک پذیری و بی قراری ندارد. ۶- تمرکز بیمار مطلوب است. ۷- توانایی حل مسئله را دارد. ۸- الگوی ارتباطی و رفتاری بیمار طبیعی است.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علائم و نشانه های اختلال حسی – ادراکی را در بیمار بررسی کنید • عدم آگاهی نسبت به زمان و مکان و شخص • توهم بینایی و شنوایی • تغییرات رفتاری و ارتباطی	

• بی قراری • تحریک پذیری • عدم تمرکز • کاهش توانایی حل مسئله ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از بروز اختلال حسی – ادراکی در بیمار انجام دهید: • مصرف داروهای آرامبخش را محدود کنید. • اقداماتی را جهت کنترل درد و اضطراب و ترس بیمار انجام دهید. • اقداماتی را جهت بهبود الگوی خواب بیمار انجام دهید. • محرک های حسی (نور، صدا، فعالیت، صحبت کردن و مراقبت های تهاجمی غیر ضروری) را خصوصا در هنگام خواب بیمار کاهش دهید. • محیطی آرام و مانوس برای بیمار از طریق آشنایان و خانواده و صداهای آشنا و آنچه برای بیمار مطلوب است مثل رادیو، تلویزیون و ... فراهم کنید. • اعتماد به نفس بیمار را افزایش دهید. • علل فیزیولوژیک (نظیر عدم تعادل الکترولیت و هیپوکسی و ...) را برطرف کنید. • اهداف اقدامات درمانی و تشخیصی را به بیمار توضیح دهید. • در بیماران دچار کاهش بار حسی، حرکات و فعالیت بیمار را به حداکثر سطح ممکن برسانید (تغییر پوزیشن، استفاده از ویلچر، تحرک، ROM) • در تمام مدت زمانی که اختلال حسی – ادراکی وجود دارد اقدامات ایمنی را به کار ببرید (نرده کنار تخت، دست بند و ..)	آموزش به بیمار
• تکنیک های کنترل درد و اضطراب را به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید که احساسات خود را بیان کنید. • به بیمار روش های بهبود خواب را آموزش دهید. • بیمار را نسبت به درمان ها، تجهیزات و داروها آگاه کنید. • دلایل تغییرات محیطی و محرک ها را یادآور شوید.	Patient Education

بیان مشکل	اختلال در غشای مخاطی دهان در ارتباط پاتوفیزیولوژیک
Problem Definition	

• عفونت - درمانی • وضعیت NPO به مدت بیشتر از ۲۴ ساعت • تحریک مکانیکی ثانوی به لوله داخل تراشه یا لوله بینی - معدی - موقعیتی (فردی، محیطی): • سوء تغذیه • عوارض جانبی داروها • تنفس دهانی • بهداشت ضعیف دهان • دهیدراتاسیون	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار براساس شواهد زیر علائم و نشانه های اختلال در غشاء مخاطی دهان را نخواهد داشت: ۱- غشاء مخاطی دهان و لب ها سالم و مرطوب هستند. ۲- بیمار اظهار خواهد داشت که ناراحتی دهان برطرف شده است. ۳- غذا و مایعات کافی دریافت خواهد شد. ۴- بهداشت دهان کاملاً برقرار است.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علائم و نشانه های اختلال در غشاء مخاطی دهان را بررسی و گزارش کنید. ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری و درمان اختلال در غشاء مخاطی دهان انجام دهید. • زبان باردار • التهاب دهان • دهان خشک • لکوپلاکی • ادم • ژنویت خونریزی دهنده • ترشح چرکی • تغییر مزه دهان • تخریب غشاء مخاطی دهان • از تکنیک های دقیق شستشوی دست ها قبل و در ضمن بررسی دهان استفاده کنید. • اهمیت بهداشت روزانه دهان را به بیمار توضیح دهید.	

. <\$ 1 8 8 &. ; / 6 ;G 8 1
. &. [) @ 8 8 &. SA v E [8
. <\$ W H. \$ n8 8 8 @ >P- _ 0)<_ : &
-

VZL

۹- حجم مایع خروجی در دیالیز صفاقی برابر با حجم مایع ورودی است.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- علائم و نشانه های کمبود حجم مایعات را بررسی و گزارش نمایید: • خشکی مخاط، تشنگی • کاهش تورگور پوست • از دست دادن ناگهانی وزن به میزان ۲ درصد یا بیشتر • نبض ضعیف و تند • کاهش فشار خون • صاف بودن وریدهای گردنی وقتی که مددجو دراز کشیده است. • تغییر در وضعیت ذهنی • کاهش هموگلوبین و هماتوکریت (در صورت وجود خونریزی) ۲- اقداماتی را برای پیشگیری و درمان کاهش حجم مایعات انجام دهید: • میزان جذب و دفع را بطور مداوم و دقیق کنترل کنید. • اقداماتی را برای افزایش اشتها در مددجو انجام دهید. • اقداماتی را برای برطرف کردن خستگی در مددجو انجام دهید (به تشخیص خطر وارد آمدن صدمه اقدام مربوط به بهبود توانایی و کاهش خستگی مراجعه کنید). • اقداماتی را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید (مانند تجویز داروهای ضد تهوع) • اقداماتی را برای کاهش تب (در صورت وجود) انجام دهید. • محل ورود سوزن دیالیز، کاتتر دیالیز و انسزیه ها را از نظر وجود خونریزی چک کنید. • لوله ها و محل های اتصال را بدقت بررسی کنید. • یک ساعت بعد از دیالیز از تزریقات عضلانی خودداری کنید. • مددجو را از نظر وجود خونریزی از سایر نقاط بدن ارزیابی کنید (وجود خون در مدفوع، استفراغ خونی، خونریزی از بینی، خونریزی های زیر پوست، خلط خونی...) • میزان اولترافیلتراسیون را بطور دقیق کنترل کنید. • خون و مایع از دست رفته را جایگزین کنید. • غلظت محلول دیالیز صفاقی را چک کنید. • حجم مایع خروجی در دیالیز صفاقی را با حجم مایع ورودی مقایسه کنید.	Patient Education آموزش به بیمار ۱- روش صحیح محاسبه و ثبت جذب و دفع را به مددجو آموزش دهید. ۲- در مورد مصرف صحیح دیورتیکها به مددجو آموزش دهید.

۳- به مددجو آموزش دهید که در صورت مشاهده علائمی نظیر ضعف، گیجی، کرامپ عضلانی، بیحسی و کرختی اندامها، اختلال شنوایی، طپش قلب و افت فشار خون به پزشک مراجعه کند. ۴- برای پیشگیری از خشکی غشاهای مخاطی روشهای مرطوب نگاه داشتن غشاء مخاطی مانند شستشوی مکرر دهان با آب و تنفس از راه بینی به جای دهان را آموزش دهید. ۵- به مددجو آموزش دهید که در صورت مشاهده خونریزی از سایر نقاط بدن مانند وجود خون در مدفوع، استفراغ خونی، خونریزی از بینی، خونریزیهای زیر پوست، خلط خونی و خونریزی از محل کاتتر ها و راههای دستیابی عروقی به پزشک مراجعه کند.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال راحتی: خارش در رابطه با	• تاثیرات اورمی • رسوب نمکهای کلسیم در اجزاء پوست • کم خونی • آلرژیها (حساسیت به گاز اتیلن اکساید و هپارین) • افزایش هیستامین
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو تسکین خارش را براساس شواهد زیر نشان خواهد داد:	۱- مددجو تسکین خارش را بیان خواهد نمود. ۲- هیچگونه خارش و زخمی روی پوست مشاهده نمی گردد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های وجود خارش را بررسی نمایید: • گزارش وجود خارش • وجود زخمهای ناشی از خارش بر روی پوست ۲- اقداماتی را برای تسکین خارش انجام دهید: • به بیمار آموزش دهید که از آب و صابون ملایم برای حمام کردن استفاده کند. • از حمام کردن روزانه اجتناب کند. • از لوسیونهای مرطوب کننده پوست استفاده کند. • از مرطوب کننده هوا برای افزایش رطوبت اتاق استفاده کند. • مددجو را به شرکت در فعالیتهای تفریحی تشویق کنید. • به بیمار توصیه کنید که می تواند از روشهای خود هیپنوتیزم، تصویر سازی ذهنی و موسیقی	

t G8 \)	W\$	8 :	)G. . <\$)H.>8)+ 8[8	O - ;G	8
				.&.	
	&.)	. O , + FL	8 ,; + 8 W , 1. JW , 1. t		SA
		H . 1 7+	\$ <\$ H. l + 1 ; + 8 W , 1.		
		. <\$ W1)6	O & @ J8) +. >8) 8.		
		<\$ W1)6	H) J8;) &.8>8) 8.		
		. <\$ W1)6	O 1)* 18 8) +. >8) 8.		
	. b >8)	s_9 C W*	.)S 8J[8)' > - A Q o	<e	
Patient Education					8 [)

. &. 8 A d)T . + l 5 \$ J[8 E 8. \$ - F&. [) @)G.
.8 . .W -B +)*
.8 . . . + 8Qx E
. &. 8 A)&| 8. 8 [8 E
. &. [) @)G. 8 @:: ; - < -
-V

- سیاهی رفتن چشمها
- ۳- اقداماتی را جهت ارتقاء کیفیت خواب مددجو انجام دهید:
- الف) اقداماتی را جهت کاهش ترس و اضطراب مددجو انجام دهید:
- در صورت لزوم روشهای درمانی و تشخیصی و اهداف آنها را برای مددجو توضیح دهید.
- در تعامل با مددجو رفتاری حمایتی و دلگرم کننده داشته باشید.
- مددجو را به صحبت در مورد ترسها و اضطرابهایش تشویق کنید و باز خورد مناسب نشان دهید.
- ذهنیت اشتباه مددجو را در مورد تشخیص و سیر بیماری و روش درمان (دیالیز) شناسایی و اصلاح کنید.
- محیطی آرام برای مددجو فراهم آورید.
- به مددجو در مورد روشهای آرامسازی آموزش دهید و او را به مشارکت در فعالیتهای سرگرم کننده تشویق کنید.
- به مددجو برای تعیین عوامل تنش زا و راههای سازگاری با آنها کمک کنید.
- اطلاعاتی بر اساس نیازهای مددجو در سطحی که او بتواند درک کند فراهم کنید. او را به پرسیدن سوال و روشن شدن اطلاعات ارائه شده تشویق کنید.
- افراد اصلی خانواده را به طرح ریزی مراقبت و نگرش بدون اضطراب تشویق کنید.
- افراد اصلی خانواده را به شرکت در جلسات آموزشی دعوت کنید و آنها را به ادامه حمایت از مددجو تشویق کنید.
- ۴- اقداماتی را جهت تامین بهداشت خواب فراهم آورید:
- به مددجو توصیه کنید که دریافت مایعات کافئین دار خصوصاً هنگام غروب را محدود کند.
- به مددجو توصیه کنید که قبل از خواب سیگار نکشد.
- مصرف یک شام سبک را به مددجو توصیه کنید (از مصرف غذای پر چربی و پر پروتئین قبل از خواب خودداری کند).
- به مددجو در مورد لزوم انجام تحرک کافی در طی روز آموزش دهید.
- مددجو را تشویق کنید که ۶-۵ ساعت قبل از خواب برنامه منظمی برای پیاده روی در نظر بگیرد.
- مددجو را به انجام فعالیتهای معمول قبل از خواب مانند مطالعه، تماشای تلویزیون، گوش کردن به موسیقی تشویق کنید.
- به مددجو آموزش دهید که فقط هنگامی که احساس خواب آلودگی می کند به رختخواب برود.
- هنگامیکه نیمه شب از خواب برمی خیزد به اتاق دیگری برود فعالیت سبکی انجام دهد و وقتی

احساس خواب آلودگی کرد مجدداً به رختخواب باز گردد. • از رختخواب فقط برای خوابیدن استفاده کند نه برای مطالعه یا چرت زدن در مقابل تلویزیون. • هر روز صبح در زمان مشخصی در طی روز بیدار شود. • ساعت را دور از تختخواب قرار دهد طوری که دیده نشود. • مددجو را از خوابیدن طولانی در طی روز منع کنید، مگر اینکه به خواب روزانه عادت داشته باشد. ۵- به مددجو توصیه کنید که با وجود کاتترهای دیالیز وضعیت جدیدی را برای خوابیدن انتخاب نماید. ۶- از انجام همودیالیز در صبح زود یا نزدیک غروب خودداری کنید (مطالعات نشان داده است که انجام دیالیز در این زمان خطر بروز اختلالات خواب را بیشتر می کند). ۷- در بیماران تحت همودیالیز درجه حرارت محلول دیالیز را چک کنید (افزایش درجه حرارت محلول دیالیز در حین انجام دیالیز چرت حین دیالیز بیمار را مختل می کند و باعث ایجاد اختلالات خواب می گردد). ۸- در صورت دستور، داروهای خواب آور برای مددجو تجویز کنید. ۹- اگر علائم و نشانه های محرومیت از خواب برطرف نشد یا بدتر شد با افراد متخصص در تیم مراقبتی مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• تکنیکهای آرامسازی را به مددجو آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در اعتماد به نفس در رابطه با: • وابستگی به دیالیز • تغییر نقش • تغییر در تصویر ذهنی از خود بعزت وجود کاتتر شکمی بطور دائم و احساس چاق بودن به دلیل وجود مایع در شکم (در دیالیز صفاقی) • تغییر در عملکرد جنسی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر اساس شواهد زیر افزایش اعتماد به نفس را نشان خواهد داد: ۱- شیوه مناسب زندگی را ادامه می دهد و از اعمال مضر نظیر مصرف الکل یا اعتیاد پرهیز می کند. ۲- با تغییرات ناشی از بیماری انطباق می یابد و شرایط موجود را می پذیرد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علائم اختلال در اعتماد به نفس را در مددجو بررسی کنید: • ابراز احساسات منفی در مورد خود • گوشه گیری • عدم شرکت در فعالیتهای روزمره زندگی • بیان احساس گناه • کاهش یا فقدان توانایی در حل مشکل • عدم توانایی در تعیین اهداف • انجام رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد و کوشش برای خودکشی • خودداری از مواجهه با موقعیتهای جدید • احساس شکست • افزایش حساسیت به مسائل کوچک • عدم ابراز وجود • نگاه و لمس نکردن کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی • ممانعت از نشان دادن کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی به دیگران • عدم تمایل برای مراقبت از کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی • وجود علائم افسردگی ۲- واکنش مددجو و خانواده اش را به بیماری و روش درمان دیالیز ارزیابی کنید. ۳- رابطه مددجو با اعضای خانواده اش را ارزیابی کنید. ۴- طرز مواجهه مددجو و خانواده اش را با مشکلات ناشی از دیالیز ارزیابی کنید. ۵- در مورد تغییر در عملکرد جنسی بعلت وجود کاتتر دیالیز و عوارض ناشی از بیماری از بیمار و همسر وی سوال کنید. ۶- اقداماتی را برای تسهیل در فرآیند غم و اندوه انجام دهید: • به مددجو برای گذر از مراحل اندوه فرصت دهید. • جو مراقبت توأم با علاقمندی فراهم نمایید. بدین ترتیب مددجو احساس راحتی می کند و احساسات خود را بیان می کند (مثلا خلوت او را رعایت کنید، همراه وی باشید ولی قضاوت نکنید، همدردی کنید و احترام بگذارید). • اقداماتی را برای پیشبرد اعتماد انجام دهید (به سوالات مددجو با صداقت جواب دهید و اطلاعات مورد نیاز مددجو را فراهم آورید). • مددجو را به بیان خشم یا احساس غم در مورد موقعیت بوجود آمده تشویق کنید.

- مددجو را به بیان احساسات به روشهای دیگر مانند نوشتن و نقاشی کشیدن تشویق کنید.
 - مددجو را برای تعیین و استفاده از روشهایی که به او در تطابق کمک می کند یاری نمایید.
 - در صورت موافقت مددجو، با کسی که تحت دیالیز قرار دارد و در سازگاری موفق بوده است ملاقاتی را ترتیب دهید.
 - ارتباط بین مددجو و سایر افراد خانواده را تسهیل نمایید و آگاه باشید که آنها نیز ممکن است در مراحل مختلف اندوه باشند.
 - در زمان مناسب به مددجو برای برآورده کردن نیازهای مذهبی کمک کنید.
 - در صورت دستور داروهای ضد افسردگی تجویز کنید.
- ۷- اقداماتی را برای افزایش اعتماد به نفس مددجو اجرا کنید:
- هنگامیکه روش درمانی دیالیز برای اولین بار برای مددجو انجام می شود وی را برای گذر موفق از فرآیند سوگ حمایت کنید.
 - هنگامیکه مددجو در مورد وابسته شدنش به دستگاه دیالیز با شما صحبت می کند ضمن توجه به احساسات مددجو، بر نکات مثبت استفاده این روش درمانی تاکید کنید.
 - توانمندیها، اعتماد و اتکا به نفس و انگیزه برای زندگی کردن را در مددجو تقویت نمایید.
 - به مددجو کمک کنید که علاقمندیها و سرگرمیهای مورد علاقه خود را شناسایی کند و با وجود انجام دیالیز به آنها بپردازد و تا حد امکان روال طبیعی زندگی خود را ادامه دهد.
 - مددجو را ترغیب کنید تا نگرانیهای خود در مورد وجود نارسایی در عملکرد کلیه و انجام دیالیز را با شما مطرح کند (مددجو ممکن است بیان کند که در صورت انجام مکرر دیالیز در روش زندگی، شغل و مسائل جنسی وی تغییراتی ایجاد شده و وی به گروه معالج و دستگاه دیالیز وابسته خواهد شد).
 - به مددجو در تعیین و استفاده از روشهای مقابله ای که در گذشته موثر بوده اند کمک کنید.
 - از رفتارهایی که سازگاری مثبت را در مقابل تغییرات ایجاد شده نشان می دهد حمایت کنید (مثلا بیان احساس ارزش به خود، پذیرش و اجرای رژیم درمانی توصیه شده و مراجعه منظم جهت انجام دیالیز، حفظ رابطه با دیگران).
 - برای ایجاد سازگاری در مددجو و خویشاوندان با گوش کردن، تسهیل رابطه و ارائه اطلاعات کمک کنید.
 - مددجو را به دنبال کردن نقشها و علائق معمول و تداوم درگیری در فعالیتهای اجتماعی تشویق نمایید.
 - در صورت لزوم بیمار و همسر وی را جهت مشاوره در مورد تغییرات ایجاد شده در عملکرد جنسی به متخصص مربوطه معرفی نمایید.

۸- اطلاعاتی در مورد موسسات اجتماعی و گروه‌های حمایتی فراهم کنید و مددجو را به استفاده از آنها تشویق کنید.	
۹- در مواردی که مددجو نمی‌خواهد یا در تطابق با تغییرات ناشی از نارسایی مزمن کلیه و دیالیز ناتوان است با مراقبین بهداشتی نظیر روانپرستار و پزشک مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مددجو و خانواده وی در مورد چگونگی تطابق با فرایند اندوه آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فرایندهای خانوادگی در رابطه با:	
• اختلال در مسئولیتها و نقشهای خانوادگی ایجاد شده بوسیله برنامه درمانی (دیالیز)	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
وابستگان مددجو سازگاری با تغییر در عملکرد و نقشهای عضو درگیر خانواده را بر اساس شواهد زیر نشان می‌دهند:	
۱- نیازهای مددجو را برآورده می‌کنند.	
۲- راههای سازگاری با تغییرات در روش زندگی و نقش مورد نیاز را بیان می‌کنند.	
۳- در تصمیم‌گیریهای درمانی و مراقبتی مددجو بطور فعال شرکت می‌کنند.	
۴- با دیگران تعامل مثبت برقرار می‌کنند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه‌های تغییر در فرایند خانوادگی را بررسی کنید:	
• عدم توانایی در برآورده سازی نیازهای اولیه مددجو	
• عدم قبول ناتوانیهای مددجو	
• عدم توانایی برای تصمیم‌گیری	
• عدم توانایی یا امتناع برای شرکت در مراقبت از مددجو	
• تعامل منفی خانواده	
۲- افراد خانواده، الگوهای ارتباطی و نقشهای آنها را بررسی نمایید.	
۳- اقداماتی را به منظور تسهیل سازگاری اعضای خانواده با تغییرات مربوط به بیماری و تغییرات حاصله در نقشها و ساختار خانواده اجرا کنید:	
• اعضای خانواده را به بیان کلامی احساسات در مورد تغییرات در مددجو و آثار آن بر روی ساختار خانواده تشویق کنید.	
• به اعضای خانواده برای داشتن دید واقع بینانه در مورد موقعیت مددجو و داشتن امید در حد	

مطلوب کمک کنید.	
• خلوت اعضای خانواده را فراهم کنید و آنها را برای در میان گذاشتن احساساتشان با دیگران تشویق کنید. • به افراد خانواده برای سپری کردن فرآیند غم و اندوه کمک کنید و به آنها توضیح دهید که ممکن است در موقعیتی قرار بگیرند که به نیازهای خود بیشتر از نیازهای مددجو توجه کنند. • به افراد خانواده تاکید کنید که استراحت و تغذیه کافی داشته باشند و روشهای تعدیل استرس را به آنها آموزش دهید. • به اعضای خانواده برای تعیین اهداف و راههای دستیابی به آنها کمک کنید. • اعضای خانواده را برای تصمیم گیری در مورد مراقبت از مددجو درگیر کنید و فرصتهایی را در این زمینه فراهم کنید. • به اعضای خانواده برای تعیین منابع کمک کننده کمک کنید.	
۴- در صورتیکه اعضای خانواده سازگاری غیر موثری را با تغییرات عملکردی، ایفای نقش مددجو و تغییرات حاصله در ساختار خانوادگی نشان می دهند با افراد تیم بهداشتی مشاوره کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مددجو و خانواده وی در مورد نارسایی مزمن کلیه و راههای درمان آن (همودیالیز و دیالیز صفاقی)، محدودیتهای رژیم و روشهای مراقبتی در مددجویان تحت دیالیز آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازگاری ناموثر فردی در رابطه با: • بحران موقعیتی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر طبق شواهد زیر سازگاری موثر فردی خواهد داشت: ۱- بیماری خود را قبول می کند و بیان می کند که توان مقابله با آن را دارد. ۲- بیان می کند که بر وضعیت سلامتی خود احساس کنترل دارد. ۳- به شرکت در طرحهای درمانی و رفع نیازهای اساسی رغبت نشان می دهد. ۴- رفتارهای تهاجمی نشان نمی دهد. ۵- از سیستمهای حمایتی در دسترس استفاده می کند. ۶- روشهای سازگاری موثر را توصیف می کند. ۷- در انجام فعالیتهای روزمره زندگی توانایی دارد و بطور مستقل این فعالیتها را انجام می دهد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علانم سازگاری ناموثر فردی را در مددجو بررسی کنید: • بیان ناتوانی در مقابله با مشکل فعلی • عدم توانایی برای در خواست کمک از دیگران • عدم توانایی در حل مشکل یا رفع نیازهای اساسی • بی خوابی • گوشه گیری • عدم شرکت در برنامه های درمانی • وجود رفتارهای تهاجمی • استفاده نامناسب از مکانیسمهای دفاعی • عدم توانایی در انجام نقش خود در زندگی ۲- از نظر وجود مشکلات سایکولوژیک نظیر اضطراب، افسردگی، احساس نا امیدی و عصبانیت، کاهش اعتماد به نفس و وجود افکار خودکشی مددجو را ارزیابی کنید. ۳- از نظر عدم رعایت رژیم دارویی و غذایی و درمانی مددجو را ارزیابی کنید. ۴- اقداماتی را برای انجام سازگاری موثر و انطباق با تغییر ایجاد شده انجام دهید: • به مددجو برای شروع سازگاری با تغییرات ایجاد شده فرصت دهید. • اقداماتی را برای تسهیل در فرآیند غم و اندوه (مثل کمک به مددجو برای قبول تغییرات، بحث در مورد فرآیند غم و اندوه و تشویق به بیان احساسات) انجام دهید. • اقداماتی را برای کاهش خستگی مددجو انجام دهید (به تشخیص خطر وارد آمدن صدمه، اقدام مربوط به بهبود توانایی و کاهش خستگی مراجعه کنید). • به مددجو برای شناخت تواناییهای فردی که می تواند برای تسهیل مقابله و سازگاری با موقعیت فعلی مورد استفاده واقع شود کمک نمایید. • در صورت موافقت مددجو ملاقاتی را با افرادی که بطور موفقیت آمیزی با نارسایی مزمن کلیه و دیالیز کنار آمده اند فراهم کنید. • مددجو را در برنامه مراقبتی سهیم کنید و او را به داشتن حداکثر فعالیت در برنامه درمانی تشویق و اجازه انتخاب به او بدهید. • به مددجو برای انجام کارهای روتین روزانه تا حد امکان کمک کنید. • به مددجو برای شناخت اهداف قابل دسترس و کوتاه مدت کمک کنید. • به مددجو برای شناخت و استفاده از سیستمهای حمایتی کمک کنید و اطلاعاتی را در مورد منابع و گروههای حمایتی که می توانند به مددجو برای سازگاری موثر با بیماری کمک نمایند

فراهم سازید.	
• در زمان مناسب به مددجو برای رفع نیازهای مذهبی کمک نمایید. • تداوم حمایت خانواده از مددجو را تشویق کنید. • رفتارهای نمایانگر سازگاری و مقابله موثر (مثل شرکت در برنامه درمانی، بیان توانایی سازگاری با بیماری، استفاده از راههای موثر مشکل گشایی) را حمایت و تشویق کنید.	
۵- در صورت دستور داروهای ضد اضطراب و افسردگی تجویز کنید.	
۶- اگر مشکل مددجو در مورد سازگاری با تشخیص و درمان ادامه داشت با روانپرستار یا پزشک مشورت نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مددجو آموزش دهید که چگونه مشکلات خود را حل کند (تعریفی از مشکل ارائه دهد و در مورد راه حل‌های آن بحث کند). • تکنیکهای آرامسازی را به مددجو آموزش دهید.	
منابع مورد استفاده	
۱۱- اولریچ، سوزان پادربا. مراقبتهای پرستاری اولریچ، راهنمای برنامه ریزی. ترجمه اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، انتشارات گلبن، ۱۳۸۴.	
۱۲- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice</i> . Philadelphia: Wolters Kluwer.	
۱۳- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Hand book of Nursing Diagnosis</i> . Philadelphia: Wolters Kluwer.	
۱۴- Jamal A, Subramanian P.T. Pruritus among end stage renal failure patients on hemodialyses. <i>Saudi J Kidney Dis Transplant</i> , 2000, 11(2): 181-185.	
۱۵- Ladwig G.B., & Ackley B. J. (2006). <i>Nursing Diagnosis Handbook</i> . St.Louis, Missouri, Mosby.	
۱۶- Lata A.G, Albuquerque J.G, Carvalho L.A, Carvalho Lira A.L. Nursing diagnosis in adults on hemodialysis. <i>Acta Paul Enferm</i> , 2008, 21; 160-163.	
۱۷- Monahan F.D, Sands J.K, Neighbors M, Marek J.F, Green C.J. (2007). <i>Phipps' Medical Surgical Nursing, Health and Illness Perspectives</i> . St Louis: Mosby.	
۱۸- Rodgers S.G. (2008). <i>Thomson Delmar Learning's, Medical Surgical Nursing Care Plans</i> . Thomson Delmar learning.	
۱۹- Smeltzer SC, Bare BG., Hinkle JL., & Cheever KL. (2008). <i>Brunner and Suddarth's</i>	

Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sparks Ralph S, Taylor C.M. (2008). ***Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis - ٢٠ Reference Manual.*** Philadelphia: Wolter Kluwer.

Swearingen P. (2008). ***All – in – one: Care Planning Resource, Medical Surgical, - ٢١ Pediatric, Maternity, Psychiatric Nursing Care Plans.*** St Louis: Mosby.

Urden L.D, Stacy K.M, Lough M.E.(2006). ***Thelan's Critical Care Nursing, - ٢٢ Diagnosis and Management.*** Mosby.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت های پرستاری اورژانس

بیان مشکل	Problem Definition																								
نیاز به انجام فرآیند تریاژ براساس چارچوبی یکسان برای تمامی بیمارانی که به واحدهای اورژانس مراجعه می کنند.																									
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes																								
۱. ظرف مدتی کوتاه (حدوداً ۱ دقیقه برای هر بیمار)انجام شود. ۲. توسط پزشک و یا کارشناس پرستاری با حداقل ۵ سال سابقه کار انجام شود. ۳. در مدخل اورژانس و حتی قبل از پذیرش و حسابداری صورت گیرد. ۴. کلیه بیماران اعم از جراحی و داخلی تریاژ شوند. ۵. بیماران با استفاده از مشکل اصلی (Chief complain)، علائم حیاتی (Vital sign) و ارزیابی سنی پرسنل تریاژ از بیماری یا صدمات بیمار طبقه بندی گردند.																									
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations																								
تریاز فرآیند مداومی است که شامل مرحله بررسی و بررسی مجدد است. ● مقیاس تریاژ: مقیاس تریاژ بین المللی (NTS) که توسط کالج استرالیا در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است به صورت زیر است: <table><tr><th>کد نمره ای</th><th>طبقه بندی</th><th>سرعت درمان</th><th>کد رنگی</th></tr><tr><td>۱</td><td>احیا</td><td>بلافاصله</td><td>قرمز</td></tr><tr><td>۲</td><td>فوری</td><td>کم تر از ۱۰ دقیقه</td><td>نارنجی</td></tr><tr><td>۳</td><td>اورژانسی</td><td>نیم ساعت</td><td>سبز</td></tr><tr><td>۴</td><td>تقریباً فوری</td><td>یک ساعت</td><td>آبی</td></tr><tr><td>۵</td><td>غیرفوری</td><td>دو ساعت</td><td>سبز</td></tr></table> احیاء: شدیدترین وضعیت های تهدید کننده حیات که نیازمند مداخله بلافاصله می باشد نظیر انسداد کامل راه هوایی یا پنوموتوراکس ● اورژانسی: وضعیت های تهدید کننده حیات یا اندام ها برای پیشگیری از مورتالیتیه یا افزایش موربیدیتیه نیازمند ارزیابی یا درمان فوری می باشند، نظیر درد سینه یا خونریزی فعال ● فوری: وضعیت های تهدید کننده حیات یا اندام ها که برای پیشگیری از مورتالیتیه یا افزایش موربیدیتیه		کد نمره ای	طبقه بندی	سرعت درمان	کد رنگی	۱	احیا	بلافاصله	قرمز	۲	فوری	کم تر از ۱۰ دقیقه	نارنجی	۳	اورژانسی	نیم ساعت	سبز	۴	تقریباً فوری	یک ساعت	آبی	۵	غیرفوری	دو ساعت	سبز
کد نمره ای	طبقه بندی	سرعت درمان	کد رنگی																						
۱	احیا	بلافاصله	قرمز																						
۲	فوری	کم تر از ۱۰ دقیقه	نارنجی																						
۳	اورژانسی	نیم ساعت	سبز																						
۴	تقریباً فوری	یک ساعت	آبی																						
۵	غیرفوری	دو ساعت	سبز																						

نیازمند ارزیابی یا درمان ظرف مدت کوتاه می باشد، نظیر شکستگی باز.

- تقریباً فوری: وضعیت های تهدید کننده حیات یا اندام ها که برای پیشگیری از مورتالیتة یا افزایش موربیدیتة نیازمند ارزیابی یا درمان ظرف مدت چند ساعت می باشد، نظیر احتباس ادرار .
- غیر فوری: وضعیت های حاد، تحت حاد یا مزمن که تهدیدی برای حیات یا اندام نبوده و عدم ارزیابی یا درمان ظرف مدت ۲۴ ساعت موجب افزایش موربیدیتی نگردد. نظیر گزش حشرات بدون آنافیلاکسی یا راش مزمن
- بررسی بیمار:
- الف) جمع آوری داده های فیزیولوژیکی :

۱) راه هوایی

کودکان	بالغین	طبقه بندی تریاژ
*مسدود شده	- مسدود شده	طبقه ۱
*راه هوایی نسبتاً مسدود شده با دیسترس تنفسی شدید نسبی	- راه هوایی مسدود شده به طور نسبی	
- راه هوایی باز	راه هوایی باز	طبقه ۲
- راه هوایی باز با دیسترس تنفسی متوسط		
* راه هوایی باز با دیسترس تنفسی خفیف	راه هوایی باز	طبقه ۳
	راه هوایی باز	طبقه ۴
	راه هوایی باز	طبقه ۵

۲) تنفس

کودکان	بالغین	طبقه بندی تریاژ
• نبود تنفس یا هیپوونتیلیاسیون	• نبود تنفس یا هیپوونتیلیاسیون	
• دیسترس تنفس شدید به طور مثال	• اختلال تنفسی شدید به طور مثال	
۱- استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس (شدید)	۱- استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس (شدید)	طبقه ۱
۲- تورفتگی شدید قفسه سینه	۲- عدم توانایی صحبت کردن	
۳- سیانوز مرکزی	۳- سیانوز مرکزی	
	شرایط هوشیاری تغییر یافته	

• دیسترس تنفسی متوسط به طور مثال: ۱ استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس (به مثال): ۱- استفاده از ماهیچه ای فرعی تنفس (به طور متوسط) ۲ صحبت کردن به صورت کلمه به کلمه ۳ پوست رنگ پریده – سیانوز محیطی ۲- تو رفتگی قفسه سینه به طور متوسط ۳- پوست رنگ پریده	• دیسترس تنفسی متوسط به طور مثال: ۱ استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس (به مثال): ۱- استفاده از ماهیچه ای فرعی تنفس (به طور متوسط) ۲ صحبت کردن به صورت کلمه به کلمه ۳ پوست رنگ پریده – سیانوز محیطی ۲- تو رفتگی قفسه سینه به طور متوسط ۳- پوست رنگ پریده	طبقه ۲
• دیسترس تنفسی خفیف ۱- استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس (به طور متوسط) • تو رفتگی قفسه سینه به طور متوسط • پوست رنگ پریده	• دیسترس تنفسی خفیف ۱- استفاده از ماهیچه ای فرعی تنفس (به مثال): ۱- استفاده از ماهیچه ای فرعی تنفس (به طور خفیف) ۲- صحبت کردن به صورت جمله به جمله ۳- پوست رنگ پریده • تو رفتگی قفسه سینه به طور متوسط • پوست رنگ پریده	طبقه ۳
- نبود دیسترس تنفسی به طور مثال - عدم استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس - صحبت کردن به صورت جملات کامل	- نبود دیسترس تنفسی به طور مثال - عدم استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس - صحبت کردن به صورت جملات کامل	طبقه ۴
- نبود دیسترس تنفسی به طور مثال - عدم استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس - صحبت کردن به صورت جملات کامل - نبود تورفتگی در قفسه سینه	- نبود دیسترس تنفسی به طور مثال - عدم استفاده از ماهیچه های فرعی تنفس - صحبت کردن به صورت جملات کامل - نبود تورفتگی در قفسه سینه	طبقه ۵
مشاهده عملکرد تنفسی به عنوان یک عامل پرنفوذ در تصمیم گیری های مربوط به انواع تریاژ محسوب می شود. • در بررسی تنفس محدوده های تعیین شده به عنوان معیاری برای بررسی تنفسی در نظر نگرفته شده است، چون محدوده های تعیین شده در منابع مختلف به ویژه در بالین اندکی با هم متفاوت هستند اگر چه با یکدیگر شباهت هایی هم دارند. به طور مثال: • دقیقه / بار $PR > 30$ • دقیقه / بار $25 > PR < 10$ • دقیقه / بار $36 > PR < 5$ • دقیقه / بار $30 > PR < 10$		

۳) خونرسانی:		
طَبَقَه بندی	بالغین	کودکان
	* نبود خونرسانی	• نبود خونرسانی
	* احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی (شدید)	• برادی کاردی مشخص به طور مثال $HP < 60$ در نوزادان
	به طور مثال:	• احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی (شدید)
طَبَقَه ۱	- نبود نبض های محیطی - پوست رنگ پریده سرد و مرطوب - تغییر واضح در ضربان قلب - تغییر در وضعیت هوشیاری - خونریزی غیر قابل کنترل	- نبض نبض های محیطی - پوست رنگ پریده سرد و مطلوب - تاکی کاردی واضح - پرشنگی مویرگی ۴ ثانیه - خونریزی غیر قابل کنترل
	• احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی (متوسط به طور مثال)	• احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی (متوسط به طور مثال)
طَبَقَه ۲	- نبود نبض رادیال ولی وجود نبض برایکال - پوست مرطوب سرد و رنگ پریده - تغییر متوسط در ضربان قلب	- نبض برایکال ضعیف فرعی - پوست مرطوب سرد و رنگ پریده - تاکی کاردی متوسط - پرشنگی مویرگی مابین ۲-۴ ثانیه
	• احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی خفیف	• احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی خفیف
طَبَقَه ۳	• به طور مثال: - نبض محیطی قابل لمس می باشد. - پوست خشک سرد و رنگ پریده - تغییرات متوسط در تعداد ضربان قلب	• به طور مثال - نبض های محیطی قابل لمس می باشد. - پوست گرم رنگ پریده - تاکی کاردی خفیف - ۳ الی ۶ علامت مربوط به دهیدراتاسیون
	• عدم احتمال در وضعیت همودینامیکی	• عدم احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی
طَبَقَه ۴	• نبض های محیطی قابل لمس می باشند. • پوست خشک گرم و صورتی	• نبض های محیطی قابل لمس می باشد.

• پوست خشک گرم و صورتی • ۳ علامت مربوط به دهیدراتاسیون	
• عدم احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی • عدم وجود نشانه های دهیدراتاسیون	• عدم احتمال اختلال در وضعیت همودینامیکی - نبض های محیطی قابل لمس می باشند. - پوست گرم و خشک صورتی
توجه به وضعیت همودینامیکی فرد در فرآیند بررسی بیمار مهم شمرده می شود. اگر فشار خون قابل لمس نباشد می توان معیارهای دیگری را در نظر گرفت. به طور مثال - نبض های محیطی - وضعیت پوست - وضعیت هوشیاری - تغییر در تعداد ضربان قلب اختلال موجود در تعداد نرمال ضربان قلب فشار خون در منابع مختلف با تفاوت هایی جزئی نوشته شده است. بطور مثال: دقیقه / بار 110 > یا 70 < ضربان قلب دقیقه / بار 140 > یا 40 < ضربان قلب دقیقه / بار 125 > یا 45 < ضربان قلب 90 mmHg < فشار خون 110 mmHg > یا 70 mmHg < فشار خون 200 mmHg > یا 90 mmHg < میانگین فشار خون نشانه ها و علائم دهیدراتاسیون جهت بررسی در کودکان - کاهش سطح هوشیاری - خشک شدگی مخاط - چشمان فرورفته - نبود اشک - تنفس های عمیق - نبض ضعیف نخی شکل - تاکی کاردی - کاهش برون ده ادراری	

با توجه به تفاوت های موجود در بررسی وضعیت همودینامیکی تعداد ضربان قلب و میزان فشار خون به عنوان معیار بررسی در نظر گرفته شده است.		
(۴) ناتوانی – وضعیت هوشیاری:		
کودکان	بالغین	طبقه بندی
GCS < 8 *	GCS < 8 *	طبقه ۱
GCS9-12	GCS9-12 *	طبقه ۲
کاهش شدید در فعالیت به طور مثال – عدم وجود تماس – کاهش قدرت عضلانی		
GCS > 13	GCS > 13 *	طبقه ۳
کاهش متوسط در فعالیت به طور مثال: – خواب آلودگی – تماس چشمی مختل شده		
GCS نرمال یا عدم تغییر بحرانی	GCS * نرمال یا عدم تغییر	طبقه ۴
GCS در کاهش متوسط در فعالیت به طور مثال: ۲- آرام است ولی تماس چشمی دارد ۳- کشمکش با والدین		
GCS نرمال یا عدم تغییر بحرانی در GCS: – تغییر واضحی در فعالیت ها بوجود نیامده است. – بازی می کند – لبخند می زند.		
طبقه بندی اختلال در وضعیت سلامت ذهنی:		
کودکان	بالغین	طبقه بندی
• خطر قطعی صدمه به خود یا دیگران	• خطر حتمی به زندگی	طبقه ۱
• رفتارهای خشونت بار	(خود یا دیگران) مثال:	

• رفتارهای خشونت بار • داشتن اسلحه • رفتارهای صدمه زننده به خود در بخش اورژانس	• داشتن اسلحه • رفتارهای صدمه زننده به خود در بخش اورژانس
• احتمال ایجاد آسیب به خود یا دیگران مثال: • تلاش یا تهدید به صدمه به خود • تهدید به صدمه به دیگران - اختلالات رفتاری (شدید) به طور مثال: - بی قراری / آژیناسیون (شدید) - پرخاشگری کلامی / فیزیکی - عدم توانایی برای تطابق / گیج شدن - درخواست ایجاد محدودیت	• احتمال ایجاد آسیب به خود یا دیگران • تلاش یا تهدید به صدمه به خود • تهدید به صدمه به دیگران - اختلالات رفتاری (شدید) به طور مثال: - بی قراری / آژیناسیون (شدید) - پرخاشگری کلامی / فیزیکی - عدم توانایی برای تطابق / گیج شدن - درخواست ایجاد محدودیت
• احتمال ایجاد آسیب به خود یا دیگران مثال: - اندیشه خودکشی - استرس شدید - اختلالات رفتاری (متوسط) به طور مثال: - بی قرار / آژینه - رفتارهای مختل شده / نامأنوس - گوشه گیری - عدم تعادل در رفتار • نشانه های روان پریشی - توهم - هذیان - عقاید پارانوئیدی • اختلالات عاطفی - نشانه های دپرسیون - اضطراب - خلق بالارونده / تحریک پذیر	• احتمال ایجاد آسیب به خود یا دیگران • مثال: - اندیشه خودکشی - استرس شدید - اختلالات رفتاری (متوسط) به طور مثال: - بی قرار / آژینه - رفتارهای مختل شده / نامأنوس - گوشه گیری - عدم تعادل در رفتار • نشانه های روان پریشی - توهم - هذیان - عقاید پارانوئیدی • اختلالات عاطفی - نشانه های دپرسیون - اضطراب

- خلق بالارونده / تحریک پذیر		
• پریشانی متوسط - عدم وجود اضطراب / بی قراری - تحریک پذیری بدون رفتارهای خشونت آمیز - داشتن همکاری - ارائه تاریخچه به صورت منطق ۴- نشانه های اضطراب و پریشانی بدون افکار خودکشی	• پریشانی متوسط - عدم وجود اضطراب / بی قراری - تحریک پذیری بدون رفتارهای خشونت آمیز - داشتن همکاری - ارائه تاریخچه به صورت منطق - نشانه های اضطراب و پریشانی بدون افکار خودکشی	طبقه ۴
• عدم صدمه به خود یا دیگران • عدم وجود رفتارهای صدمه زننده • عدم وجود پریشانی (به طور حاد) • همکاری • قبول هدایت • بیماران شناخته شده با علایم مزمن • درخواست دارو • مقابله با دارو (مقاومت کم) • مشکلات ارتباطی (تطابقی/ اجتماعی / مالی)	• عدم صدمه به خود یا دیگران • عدم وجود رفتارهای صدمه زننده • عدم وجود پریشانی (به طور حاد) • همکاری • قبول هدایت • بیماران شناخته شده با علایم مزمن • درخواست دارو • مقابله با دارو (مقاومت کم) • مشکلات ارتباطی (تطابقی/ اجتماعی/ مالی)	طبقه ۵
طبقه بندی وضعیت عصبی عروقی - ناتوانی:		
کودکان	بالغین	طبقه
-	-	طبقه ۱
• احتمال خطر در وضعیت عصبی عروقی (شدید) به طور مثال: - نبود نبض - سرد - نبود حس - کاهش پرشدگی مویرگی	• احتمال خطر در وضعیت عصبی عروقی (شدید) به طور مثال: - نبود نبض - سرد - نبود حس - کاهش پرشدگی مویرگی	طبقه ۲

طبقه ۳	• احتمال خطر در وضعیت کمی، عروقی (متوسط) مثال: - وجود نبض - سرد - کاهش حس - کاهش حرکت - کاهش پرشدگی مویرگی	• احتمال خطر در وضعیت کمی، عروقی (متوسط) مثال: - وجود نبض - سرد - کاهش حس - کاهش حرکت - کاهش پرشدگی مویرگی
طبقه ۴	• احتمال خطر در وضعیت عصبی عروقی (خفیف) به طور مثال: - وجود نبض - گرم - حس نرمال / کاهش یافته - حرکت نرمال / کاهش یافته - پرشدگی مویرگی نرمال	• احتمال خطر در وضعیت عصبی عروقی (خفیف) به طور مثال: - وجود نبض - گرم - حس نرمال / کاهش یافته - حرکت نرمال / کاهش یافته - پرشدگی مویرگی نرمال
طبقه ۵	• ۵- عدم وجود احتمال خطر در وضعیت عصبی / عروقی	• - عدم وجود احتمال خطر در وضعیت عصبی / عروقی
تفکیک درد – ناتوانی:		
طبقه	بالغین	کودکان
طبقه ۱	-	-
طبقه ۲	• درد شدید به طور مثال: - بیمار درد شدید را اظهار می کند. - پوست سرد و رنگ پریده است - تغییرات در علائم حیاتی - درخواست مسکن	• درد شدید به طور مثال: - بیمار درد شدید را اظهار می کند. - پوست سرد و رنگ پریده است - تغییرات در علائم حیاتی - درخواست مسکن
طبقه ۳	• درد متوسط به طور مثال: - بیمار درد متوسطی را اظهار می کند. - پوست گرم و رنگ پریده است - تغییرات متوسط در علائم حیاتی	• درد متوسط به طور مثال: - بیمار درد متوسطی را اظهار می کند. - پوست گرم و رنگ پریده است - تغییرات متوسط در علائم حیاتی

- درخواست مسکن		- درخواست مسکن	
• * درد خفیف به طور مثال:	• * درد خفیف به طور مثال:	• * درد خفیف به طور مثال:	• * درد خفیف به طور مثال:
- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.
- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.
- تغییرات خفیف در علایم حیاتی	- تغییرات خفیف در علایم حیاتی	- تغییرات خفیف در علایم حیاتی	- تغییرات خفیف در علایم حیاتی
- درخواست مسکن		- درخواست مسکن	
طبقه ۴			
• درد متوسط به طور مثال:	• درد متوسط به طور مثال:	• درد متوسط به طور مثال:	• درد متوسط به طور مثال:
- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.	- بیمار درد خفیفی را اظهار می کند.
- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.	- پوست گرم و صورتی و یا رنگ پریده است.
- عدم تغییر در علایم حیاتی	- عدم تغییر در علایم حیاتی	- عدم تغییر در علایم حیاتی	- عدم تغییر در علایم حیاتی
- ۶- عدم درخواست مسکن از سوی بیمار	- عدم درخواست مسکن از سوی بیمار	- عدم درخواست مسکن از سوی بیمار	- عدم درخواست مسکن از سوی بیمار
طبقه ۵			
طبقه بندی اورژانس های چشمی:			
کودکان		بالغین	
-		-	
- صدمات چشمی نافذ		- صدمات چشمی نافذ	
- صدمات		- صدمات	
- فقدان ناگهانی بینایی بدون صدمه		- فقدان ناگهانی بینایی بدون صدمه	
- شروع درد چشمی به صورت ناگهانی		- شروع درد چشمی به صورت ناگهانی	
- ناگهانی		- ناگهانی	
اختلال درد بینایی با یا بدون صدمه		اختلال درد بینایی با یا بدون صدمه	
به طور مثال:		به طور مثال:	
- صدمه چشمی کند		- صدمه چشمی کند	
- سوزش ناگهانی		- سوزش ناگهانی	
- جسم خارجی		- جسم خارجی	
• بینایی نرمال		• بینایی نرمال	
• درد چشمی خفیف، مثال:		• درد چشمی خفیف، مثال:	
•		•	
طبقه ۳			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
•			
• </			

- سوزش ناگهانی - جسم خارجی	- سوزش ناگهانی - جسم خارجی
• بینایی نرمال • عدم وجود درد چشمی - جسم خارجی	• بینایی نرمال • عدم وجود درد چشمی - جسم خارجی
طبقه ۵	
ریسک فاکتورهای موجود در ارتباط با بیماری شدید یا صدمات:	
کودکان	بالغین
• سن کمتر از يك سال همراه با: - تب - تغییرات ناگهانی در ارتباط با الگوی تغذیه - تغییرات ناگهانی در الگوی خواب	• * سن بیشتر از ۶۵ سال
• مکانیسم صدمه - صدمات نافذ - عابر پیاده - پرتاب شدن / غلتیدن - مرگ یکی از سرنشینان همان ماشین - انفجار	• مکانیسم صدمه - صدمات نافذ - عابر پیاده - پرتاب شدن / غلتیدن - مرگ یکی از سرنشینان همان ماشین - انفجار
• وجود بیماری های دیگر، مثال - بیماری های تنفسی - بیماری های قلبی / عروقی - بیماری کلیوی - سرطان - دیابت - تاریخچه زودرسی - بیماری های مادرزادی	• وجود بیماری های دیگر، مثال - بیماری های تنفسی - بیماری های قلبی / عروقی - بیماری کلیوی - سرطان - دیابت - مشکلات پزشکی پیچیده
• ریسک فاکتوری کلی: - اهل دختانیات	

-	دیابت	-
-	تاریخچه فامیلی بیماری قلبی	-
-	کلسترول	-
-	فشار خون	-
-	چاقی	-
-	بیماری های ایسکمی قلبی / انفارکتوس میوکارد	-
-	سایر بیماریهای عروقی	-
•	قربانی خشونت، به طور مثال:	•
-	کودکان در معرض خطر	۷- خشونت خانوادگی
-	آسیب جنسی	۸- آسیب جنسی
تاریخچه قلبی مراجعه به اورژانس به طور مثال:		تاریخچه قلبی مراجعه به اورژانس به طور مثال:
-	صرع	-
وضعیت هوشیاری مختل شده (به طور متناوب)		وضعیت هوشیاری مختل شده (به طور متناوب)
سایر موارد		سایر موارد
-	خارش	-
-	مصرف بالقوه یا بالفعل الکل	-
-	مسمومیت	-
-	غرق شدگی	-
-	تغییر در دمای بدن	-
•	اطلاعات ذهنی:	
مثال هایی از داده های ذهنی شامل موارد زیر است		
۱- شکایت اصلی		
۲- مکانیسم آسیب / صدمه		
۳- ریسک فاکتورهای مربوط به بیماری یا صدمه		
دارد		
۴- تاریخچه قبلی بیمار		
•	تصمیم گیری تریاژ ثانویه:	
در تمام موقعیت های تهدید کننده زندگی بایستی تریاژ ثانویه نیز صورت گیرد. این تریاژ می تواند در اتاقک های اختصاص یافته برای هر بیمار بخش اورژانس انجام شود و نیز می تواند در اتاق انتظار نیز انجام شود. تصمیم گیری های این نوع تریاژ می تواند توسط پرستار تریاژ با استفاده از پروتکول موجود یا دستورات پزشک یا گایدلاین ها انجام شود		

• **ثبت فرآیند تریاژ:**

ثبت موارد مورد نیاز در فرآیند تریاژی می تواند شامل موارد زیر باشد:

- تاریخ و زمان تریاژ
- نام پرستار تریاژ
- شکایت اصلی / مشکل فعلی
- تاریخچه مربوط
- یافته های بررسی مربوطه
- طبقه بندی تریاژ
- محل انجام تریاژ
- تشخیص کمک اول یا اولین درمانگر شروع کننده تریاژ

- 9- Edward, B. (1994). Telephone triage: how expensed nurses reach dcisions. Journal of Advanced Nursing , 19(4): 717-724
- 10- Australasian college for Emergency Medicine (2000). Guidelines to implementation of the Australasian triage scale in Emergency Departments. <http://www.Acem.Orgau/open/documents/triageguide.Htmed2000b>.
- George, S., Reads, Westak, L.William, B., Pntty, P., Fraser, Moodie, A. (1993).Nurse triage in Theory and in practice . Archives of emergency Medline 1993; 10(3) : 220-8
- Geraci, E.B., Geraci, T.A., (1994) An observational study of the emergency triage nursing role in a managed care facility. Journal of Emergency Nursing. 20(3): 189-94.
- Emergency Nurses Association of Victoria (2000). Position Sotatment: Educational Preparation of triage nurse.
- Leasers, S., Charles, A., Considen, J., Berry, D., Orchard, T., Woiwood, M., Villanueva, E., Castle, C., Sugarman, M. Consistency of triage in Victoria's emergency department, Guide line for triage education and practice , available from : <http://www.Dhs.Vic.V.au/pdpd/ed.cg>.
- Harriman, F., Bishop, G., Hillman, K., Daffumk, L.A. (1995). The medical emergency term: a new strategy to identify and intenene in high risk patients. Clinical Intensive Care. 6: 269-275.
- Franldinc, M.J. (1994). Developing strategres to prevent in hospilal cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Critical Care Medicine; 22(2), 244-247.

۱۱- افشاری ا، پاکدل م، عباسی م: تریاژ . چاپ اول، انتشارات بانگ الست، مشهد، ۱۳۸۴.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت های پرستاری اورژانس

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال خطر عدم تعادل حجم مایعات	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
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 تستهای آزمایشگاهی در محدوده مورد انتظار باشد. ۵- اندامها و نواحی مجاور آنها عاری از ادم باشند. ۶- وضعیت هوشیاری بیمار نسبت به مرحله قبل از عمل بدون تغییر بوده باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
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 قسمتهای بالای بدن)، سردرد و سرگیجه ای 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 دریافت مایعات دهانی، تب، دیابت تیپ II کنترل نشده، درمان با داروهای مدر و آماده سازی روده ها قبل از عمل کنترل کنید.	

- ۸- در صورت تجویز پزشک برای جایگزینی حجم داخل وریدی ، یک برنامه مایع درمانی با مقادیر مشخص شده محلول داخل وریدی مانند سالین نرمال ۰/۹% بصورت سریع شروع کنید و پاسخ مددجو را با توجه به علائم 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 یا ۰/۵ 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 برون ده 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 می آید طبق دستور بررسی کنید.
- ۱۵- یک بررسی قبل از عمل برای شناسایی بیمارانی 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، بیمارهای کلیوی – کبدی پیشرفته یا پیوند اعضای اساسی، سابقه مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی داشته و یا اخیراً تحت درمان با داروهای ضد انعقاد بوده اند، سابقه هموفیلی دارند و مبتلا به بیماری Ven Will brand's یا انعقاد منتشر داخل عروقی(DIC) 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، رال های خشن، افزایش نبض و تنفس، کاهش برون ده ادراری که همه آنها می توانند 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 کاتیتز شریان ریوی هستند، فشارها مخصوصاً فشار Wedge را ارزیابی کنید.
- ۲۰- بیمارانی را که تحت پروسیجرهای لاپاراسکوپیک یا هسیتروسکوپیک قرار می گیرند و دکستران به عنوان محلول شستشو در آنها مورد استفاده قرار می گیرد ، برای ایجاد و پیشرفت ادم ریوی ارزیابی کنید.
- ۲۱- انفوریون دکستران و ریتهای recovery را هر ۱۵ دقیقه ارزیابی کنید.
- ۲۲- اگر مقادیر زیادی از محلولهای شستشوی هیپوتونیک (مانند گلیسین) بکار برده می شود در حین جراح، بدقت میزان جریان مایع ورودی و خروج را کنترل کنید .

- ۲۳- بیماران را که تحت عمل جراحی رزکسیون پروستات transurethral قرار می گیرند (TURP) برای نشانه های سندرم TURP مانند سردرد، تغییرات بینایی، آرتیاسیون، بی قراری، استفراغ، برادی کاردی ، کاهش رفلکس های مردمک، هیپرتانسیون و دشواری در تنفس بررسی کنید.
- ۲۴- بیماران را که تحت پروسیجر Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) قرار می گیرند برای جذب مایعات اضافی و افزایش حجم بررسی کنید.
- ۲۵- اگر بیمار با بیهوشی عمومی تحت اندومتريال ابلش قرار می گیرد، او را از نظر نشانه های کاهش دمای بدن، کاهش اکسیژن اشباع 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- بیماری را که تحت عمل جراحی دو طرفه تیروئید قرار می گیرد از نظر هیپوکلسی کنترل کنید.
- ۲۸- بیماران جراحی را بدقت از نظر علائم هیپوکالمی مشاهده کنید.
- ۲۹- بررسی کنید که در بیمار جراحی به دنبال ترشح نابجای هورمون آنتی دیورتیک (ADU) که می تواند ناشی از تروما، ترومبوز، آبسه، خونریزی یا hemabmas باشد ممکن است کاهش سدیم خون ایجاد شود.
- ۳۰- بیمار جراحی را برای علائم و نشانه های کاهش سدیم خون مانند تهوع، سرگیجه ، عدم آگاهی به زمان مکان و شخص ، تکرانهای غیر ارادی ، تشنج و یا هیپوتانسیون بررسی کنید.
- ۳۱- در حین عمل بطور دقیق و صحیح میزان خون از دست رفته را اندازه گیری 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 برونده ادراری در خانه با وسایلی مانند دستشویی متحرک در توالت، یورینال یا توالت سیارو استفاده از سوند آموزش داده شوند.
- سالمندان:**
- ۳۴- خصوصاً زمانی که علائم حیاتی و مایعات را در بیماران جراحی مسن 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- بیماران را که دچار اختلال وضعیت شناختی هستند، تشویق کنید که بطور منظم مایعات مصرف کنند.
- ۳۸- در مراکز نگهداری سالمندان ، مایع درمانی منظم مانند دادن یک لیوان اضافی مایعات همراه با دارو ، پیشنهاد مصرف نوشیدنی توسط یک فرد مسئول توزیع مایعات برای دادن نوشیدنی ها به بیماران در حین

فعالیت‌های 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.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- بیمار را در مورد نحوه دریافت مایعات در طول مدت بستری و پس از ترخیص آموزش دهید. ۲- علائم و نشانه های کاهش یا افزایش حجم مایعات بدن را به بیمار و مراقبین وی قبل از ترخیص آموزش دهید. ۳- اهمیت ایجاد تعادل در مایعات بدن و خطرات کاهش یا افزایش حجم مایعات را به بیمار توضیح دهید. ۴- در بیماران با احتمال خطر هیپوتانسیون اورتواستاتیک، توصیه های لازم راجهت اجتناب از سرگیجه و ضعف در موقع تغییر حالت از خوابیده به نشسته، و از حالت نشسته به حالت ایستاده ارائه دهید.	
منابع مورد استفاده:	
- Ackley,B. J., & Ladwig, G. B.(2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. - Phipps,W. J., Monaham, F. D. Marek, S.J.K., Neighbors, J. F., & Green, M. (2003). Medical- surgical Nursing. : St Louis, Missouri: Mosby.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز عوارض جانبی به دنبال تزریق خون در واحد اورژانس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- تمامی بیماران بدون بروز عوارض جانبی، فرآورده خونی مورد نظر را دریافت کنند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- مراقبت های قبل از انجام فرایند: ۱- لزوم انجام ترانسفوزیون را مورد تأیید قرار دهید. ۲- گروه خونی بیمار را تعیین کنید. ۳- رضایت کتبی از بیمار دریافت کنید (مطابق سیاست موسسه).	

۴- فرایند مورد نظر را برای بیمار توضیح دهید.

۵- حرارت ، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را کنترل کنید.

۶- وسایل لازم برای انجام تزریق شامل ست خون، فرآورده خون، نرمال سالین ۹٪، کاتتر وریدی با سر سوزن شماره ۲۰ یا بزرگتر، دستکش یکبار مصرف، پایه سرم، چسب را فراهم کنید.

۷- دست ها را بشوئید.

۸- از سوزن شماره ۲۰ یا بزرگتر استفاده کنید.

- **مراقبت های حین تزریق:**

الف- خون کامل یا سلول های متراکم (packed cell):

۱- واحدهای خونی را بر طبق سیاست موسسه آماده کنید.

۲- گروه های خونی و RH را با کمک یک پرستار دیگر و یا پزشک با پرونده چک کنید و همینطور بر چسب کیسه ها را کنترل و بیمار را با سوال از خود وی شناسایی کنید.

۳- کیسه خون را از نظر جباب های گاز و رنگ یا کندورت غیر عادی بررسی کنید.

۴- از اینکه خون در طی ۳۰ دقیقه بعد از خارج کردن از یخچال تزریق خواهد شد اطمینان حاصل کنید.

۵- ترانسفوریون را با سرعت آهسته (۵ cc / min) در ۱۵ دقیقه اول انجام دهید.

۶- بیمار را مشاهده و واکنش های ترانسفوریون را بررسی کنید.

۷- تجویز را طی ۴ ساعت انجام دهید.

۸- ست های خون را بعد از تزریق هر ۲ واحد خون، تعویض کنید.

ب- ترانسفوریون پلاکت یا FFD:

۱- پلاکت یا FFP را فقط بعد از تهیه از بانک خون آماده کنید.

۲- برچسب را از نظر سازگاری RH و گروه خونی کنترل کنید (معمولاً فقط سازگاری خون کافی است). نام بیمار را از خود بیمار بپرسید.

۳- فرآورده را از نظر رنگ غیر معمول یا لخته و گرفتگی چک کنید.

۴- از اینکه فرآورده بلافاصله پس از تحویل، مصرف می شود، اطمینان حاصل کنید.

۵- ست را به فرآورده متصل کنید.

۶- فرآورده را با حداکثر سرعت ممکن تزریق کنید.

۷- بیمار را از نظر واکنش های ترانسفوریون بررسی کنید.

۸- شستشوی وریدی با محلول نمکی را انجام دهید.

۹- توجه داشته باشید که در برخی موارد بالینی و اورژانس جهت سرعت بخشیدن به جریان خون می توانید از فشار استفاده کنید، اما واحدهای خونی با هماتوکریت و ویسکوزیته بالا در مقایسه با تزریق خون کامل و یا گلبولهای قرمز متراکم رقیق شده با نرمال سالین ممکن است تحت تزریق با فشار دچار همولیز گردند، بنابراین بهترین وسیله برای ایجاد فشار استفاده از ست های تزریقی دارای پمپ است که می توانید با دست آن را فشار

دهید.	
۱۰- نشانه های واکنش مضر ترانسفوزیون حین تزریق شامل بی قراری، تهوع استفراغ، درد و اسپاسم پشت، کوتاهی تنفس، برافروختگی پوست، هماتوری، تب را بررسی کنید.	
- مراقبت های بعد از تزریق:	
۱- علایم حیاتی را کنترل و با مقادیر پایه مقایسه کنید.	
۲- مواد و وسایل استفاده شده را دور بیندازید.	
۳- فرآیند تزریق خون را در پرونده بیمار ثبت کنید.	
۴- بیمار را از نظر واکنش و تاثیر پروسیجر بررسی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- آموزش نشانه های واکنش مضر ترانسفوزیون (بی قراری، تهوع استفراغ، درد و اسپاسم پشت، کوتاهی تنفس و ..)	
منابع مورد استفاده:	
-Administration of blood and compents in technical manual.(2005). 1S th ed. AABB-523- 530: 650. -Cable, R., Carlson, B., Chablers, L., kolins, J., Murphy, S., Tilizer, L., Vassallo, R., Weiss, J., Ellen, M. (2002). Practical Guideline For blood Trans fusion : A compliation from Recent peer- Reviewed Literature, American National Red Cross available at: http://www.Redcross life . org / hospital / pdf/ trp 20. pdf . - تیموری نقده ح ، ایمانی ف، معتدلوم، کیا دلیری ک، بررسی نحوه تزریق خون در بیماران تحت درمان با خون و فرآورده های خونی، فصلنامه پژوهشی خون، دوره شماره ۳، شماره ۳، پاییز ۸۵ (۲۳۵-۲۵۸). - جلالی نیا، ف، ذاکری مقدم، م، کاظم نژاد، ا. بررسی میزان بکارگیری روش های تزریق ایمن توسط پرستاران در بخش های اورژانس ، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۲، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵، ۳۵-۴۵. - سودارث، اوریس اسمیت؛ برونر، لیلیان شولیتس: پرستاری داخلی جراحی ، بیماری های خون ۲۰۰۰، ترجمه پوران سامی ، چاپ کیا، چاپ سوم، ۱۳۸۱. - تایلور، کارول، لایلیس کارول، لمون پریسیلا: اصول پرستاری تایلور، مهارت های بالینی پرستاری ۲۰۰۰۱. ترجمه زهرا مهدوی ، هاجر خاتون شکری پور، فاطمه احمد لاریجانی، چاپ اول، نشری بشری، ۱۳۸۰.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱- بررسی و مداخلات صحیح پرستاری را برای بیماران شکایت کننده از درد در واحد اورژانس انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- شدت درد بیمار را در زمان مصاحبه اولیه بررسی و ثبت کنید.	
۲- سوابق قبلی بیمار در ارتباط با درد و چگونگی برخورد او با درد (در گذشته) را بررسی و آنها را در پرونده بیمار ثبت کنید.	
۳- داروهای مورد استفاده بیمار به ویژه داروهای مرتبط با درد را بررسی و در پرونده بیمار ثبت کنید.	
۴- عواملی را که باعث بدتر شدن درد تسکین نیافته بیمار می گردد تعیین کرده و در پرونده ثبت کنید.	
۵- از بیمار بخواهید که محل درد را مشخص کند و شدت آن نیز ارزیابی و ثبت شود.	
۶- نیاز بیمار به استفاده از داروهای مخدر و غیر مخدر را بررسی کرده و در صورت لزوم به پزشک مربوطه اطلاع دهید.	
۷- با بیمار در مورد ترس همراه با درد صحبت کنید.	
۸- در صورت تجویز مخدر شدت درد، تسکین ایجاد شده و وضعیت تنفسی بیمار بایستی به طور منظم کنترل و بررسی شود.	
۹- به اینکه آیا بیمار می تواند از طریق دهانی دارو دریافت کند یا خیر توجه کنید.	
۱۰- در جهت استفاده از مسکن های خوراکی از پزشک کسب دستور کنید.	
۱۱- وضعیت اشتها / دفع روده ای و توانایی بیمار برای خواب و استراحت بعد از تسکین درد را بررسی و ثبت کنید.	
۱۲- بهتر است مسکن های تجویز شده یا از طریق دهانی و یا تزریق وریدی برای بیمار استفاده شود و تا حد امکان از تزریق عضلانی خودداری شود (به دلیل اینکه میزان جذب آن از طریق عضلانی غیر قابل اعتماد است).	
۱۳- چارت و دستورات دارویی مرتبط با درد در طی ۲۴ ساعت گذشته را جهت بررسی تمامی درجات تسکین درد و اثرات جانبی احتمالی داروهای تجویز شده، مورد بررسی قرار دهید.	
۱۴- در صورت لزوم جهت افزایش یا کاهش دوز تزریقی مسکن دستور کسب کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به بیمار در ارتباط با روش های غیردارویی کاهش درد، پس از کاهش نسبی درد با استفاده از روش های دارویی، آموزش دهید.	
۲- روشهای انحراف فکر برای کاهش درد را به بیمار آموزش دهید.	

۳- به بیمار جهت تعیین عوامل ایجاد کننده و تشدید کننده درد کمک کنید.
منابع مورد استفاده:
-Ackley, B. J., & Ladwig, G. B.(2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby.

بیان مشکل	Problem Definition
واکنش های حساسیتی شدید.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد علائم واکنش های حساسیتی شدید را در بخش اورژانس به طور صحیح تشخیص دهد و مداخلات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در صورت علائم شامل فقدان فشار خون، نبض یا هوشیاری، کد احیاء را خبر کنید. ۲- در صورت واکنش های شدید (تنفس سخت، سنکوپ، التهاب زبان یا گلو یا صورت)، اطلاعات و اندازه های زیر را سریعاً بدست آورید: - علایم حیاتی را کنترل کنید. - در صورت افت فشار خون بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید. - پالس اکسی متری را وصل کنید. - اکسیژن را از طریق ماسک 4 Lit/ml برقرار کنید. - توالی احیاء را نزدیک تخت قرار دهید. - یک لیتر سرم نرمال سالین را از پایه سرم آویزان کنید. - یک خط وریدی برای بیمار برقرار کنید. * اطلاعات زیر ثبت کنید. ۱- نام خود و نام پرستار دوم را در صورت وجود و زمانی که هر دارویی را طبق دستور پزشک آغاز می کنید، یادداشت کنید. ۲- در برگ یادداشت های پرستاری، میزان فشار خون، نبض و O2 sat را هر ۵ دقیقه یادداشت کنید. * موقعیت بیمار را در موارد زیر بررسی کنید. ۱- در صورت وجود علائم بهبودی، توجه به روند بهبود علائم. ۲- در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار و نرسیدن پزشک، کد احیاء را خبر کنید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- در مناطقی که حشرات زیاد وجود دارد، بهتر است روی پوست بدن مخصوصاً بدن کودک از کرمهای دور کننده حشرات استفاده نمود. اما باید توجه داشت استفاده دائم از این مواد سبب حساسیت بیشتر می شود. ۲- از پوشیدن لباسهایی با رنگ روشن و استفاده از عطرهای تند در مناطقی که حشرات زیادی دارند، جدا خودداری کنید. ۳- علائم واکنش های شدید (تنگ نفس سخت، سنکوپ، التهاب زبان یا گلو یا صورت) را به بیمار و خانواده او آموزش دهید. ۴- از تزریق داروها در محیطهای غیردرمانی پرهیز کنید. ۵- از تماس با ماده ایجاد کننده حساسیت مماتعت بعمل آورید. ۶- اقدامات اولیه (باز کردن راه هوایی و...) را به خانواده بیمار آموزش دهید.	
منابع مورد استفاده:	
- Gell PGH, Coombs RRA, eds. (1963). Clinical Aspects of Immunology. 1st ed. Oxford, England: Blackwell. - Lippincott's Illustrated Reviews: Immunology (2007). Paperback: 384 pages. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; (July 1, 2007). Language: English. ISBN-10: 0781795435. ISBN-13: 978-0781795432. Page 195 - Black, CA. (1999). Delayed Type Hypersensitivity: Current Theories with an Historic Perspective Dermatol. Online J. (May 1999) 5(1):7 at http://dermatology.cdlib.org/DOJvol5num1/reviews/black.html - Mitchell, Richard Sheppard; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson. Robbins Basic Pathology. Philadelphia: Saunders. ISBN 1-4160-2973-7. 8th edition. - Rajan TV (July 2003). "The Gell-Coombs classification of hypersensitivity reactions: a re-interpretation". Trends Immunol. 24 (7): 376–9. PMID 12860528. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147149060300142X. - http://onsopcontent.ons.org/Publications/SigNewsletters/chemo/docs/SevereHypersensitivityReactionProtocol.pdf.	

بیان مشکل	Problem Definition
نارسایی تنفسی در رابطه با عدم تناسب تهویه پرفیوژن	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بایستی قادر باشد:	
۱- اختلال ایجاد شده در رابطه با عدم تناسب تهویه-پرفیوژن را تشخیص دهد و مداخلات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
درمان های دارویی :	
۱- داروهای شل کننده عضلات صاف مانند سالیتامول، داروهای ضدالتهاب، متیل گرانانتین ها، تیوفیلین و آمینوفیلین، آنتی کولینرژیک ها را به موقع تجویز کنید.	
۲- هر زمان که میزان اشباع اکسیژن خون شریانی به کمتر از ۹۰٪ برسد تجویز اکسیژن ضرورت دارد.	
۳- برخی حملات شدید انسداد مجرای هوایی، ثانویه به عفونت های حاد هستند، به دلیل احتمال عدم شناسایی ارگانیزم اختصاصی، آنتی بیوتیک وسیع الطیف تجویز شده را تزیق کنید.	
مداخلات پرستاری در ارتباط با بهبود تبادل گازی:	
۴- مراقبت از تنگی نفس و هیپوکسمی را انجام دهید.	
۵- عوارض جانبی داروهای تجویز شده را بررسی کنید.	
۶- میزان تخفیف تنگی نفس و کاهش میزان اسپاسم برونش را بررسی کنید.	
۷- از پالس اکسی متری استفاده کرده و نتایج ABG را بررسی کنید (توجه به عدم تجویز بیش از اندازه اکسیژن).	
مداخلات پرستاری در ارتباط با پاکسازی راههای هوایی:	
۸- بیمار را به انجام سرفه تشویق کنید.	
۹- در صورت امکان بیمار را به مصرف مایعات تشویق کنید.	
۱۰- از فیزیوتراپی تنفسی استفاده کنید.	
۱۱- میزان جریان بازدهی بیمار را کنترل کنید.	
مداخلات پرستاری در ارتباط با بهبود فعالیت بیمار و کاهش خستگی:	
۱۲- به هنگام انجام تمام مراحل دستورات درمانی، بر بیمار نظارت داشته باشید.	
۷- با استفاده از تکنیک های آرام سازی استرس بیمار را کاهش دهید.	
۸- بیمار را به مراکز ارائه دهنده مراقبت در منزل بعد از ترخیص از واحد اورژانس معرفی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به بیمار در ارتباط با نحوه تنظیم تنفس دیافراگمی با فعالیت هایی مثل راه رفتن، بالا رفتن از پله و... آموزش دهید.	
۲- ساعاتی را برای استراحت ما بین فعالیتها جهت پیشگیری از خستگی تنظیم کنید.	
۳- روش های آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.	

۴- برنامه تخلیه وضعیتی در منزل را به بیمار آموزش دهید.
۵- بیمار را به مراجعه به مراکز ارائه دهنده مراقبت در منزل بعد از ترخیص از واحد اورژانس تشویق کنید.
۶- عدم قرارگیری در معرض هوای بسیار سرد یا گرم و محیط هایی با هوایی الوده را به بیمار توصیه کنید.
۷- به بیمار در ارتباط با مصرف صحیح و به موقع داروهای تجویز شده آموزش دهید.
۸- به بیمار در ارتباط با نحوه قطع مصرف دخانیات آموزش دهید.
منابع مورد استفاده:
- http://en.Wikipedia.Org/wiki/COPD - http://www.Nritld.ac.ir/tabid/1559/Default.aspx - Http://www.Itpractice.com/content/node-6/clinicians/cup.htm
- اسملتزر، سوزان اوکانل: پرستاری داخلی- جراحی قلب ۲۰۰۸. ترجمه مرضیه شبان، چاپ سوم، نشر شابک، ۱۳۸۷.

بیان مشکل	Problem Definition
قرار داشتن در معرض خطر مسمومیت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد بیمار در معرض خطر مسمومیت را به طور صحیح بررسی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بر حسب نوع مسمومیت علایم هم فرق می کند. خواب آلودگی یا کما (در مسمومیت با مواد مخدر)، شکم درد، استفراغ و اسهال (در مسمومیت با تحریک کنندگان روده ای، افزایش بزاق دهان، انقباض و کوچک شدن مردمک چشمها (در مسمومیت با حشره کشها)، سوختگی اطراف لب و دهان (در مسمومیت با مواد سفیدکننده)، اسپاسمهای عضلانی (در مسمومیت با استریکنین)، تشنج (در مسمومیت با محرکهای سیستم عصبی)، ریزش عرق و تند شدن تنفس (در مسمومیت با داروها اعصاب)، صورتی شدن رنگ پوست (در مسمومیت با منواکسید کربن)، تاوهای پوستی (در مسمومیت با منواکسیدکربن و داروهای ضد افسردگی).	
۲. عوامل خطر را تعیین کنید.	
۳. میزان مسمومیت با سرب را ارزیابی کنید.	
• مسمومیت با سرب یکی از شایع ترین مسمومیت ها در کودکان است.	
۴. داروها را به طور صحیح برچسب بزنید.	
۵. احتمال فعل و انفعالات، اثرات جانبی یا سایر عوارض ناخوشایند بین داروهای تجویز شده، داروهای مصرف شده به طور خودسرانه و درمان های خانگی انجام شده را بررسی کنید.	
۶. در صورت رخ دادن مسمومیت در محیط کار، بررسی را به طور کامل انجام دهید.	
• نشانه های مسمومیت با الکل عبارتند از:	

* هوشیاری فرد مختل شده و یا حتی بیهوش است .		
* تنفس عمیق می شود .		
* استفراغ .		
* برافروختگی صورت و عرق ریزش .		
مسمومیت غذایی با استافیلوکوک:		
بعد از ۲ تا ۶ ساعت که از خوردن غذای حاوی میکروب استافیلوکوک گذشت, نشانه های		
مسمومیت آشکار می شود که عبارتند از :		
* تهوع , استفراغ و اسهال.		
* شکم درد.		
* سردرد.		
* در مواردی شوک.		
نشانه های مسمومیت غذایی با سالمونلا بعد از یک تا دو روز خود را نشان می دهد و عبارتند از :		
* تهوع , استفراغ و اسهال.		
* شکم درد.		
* سردرد.		
* تب.		
* و در مواردی شوک.		
● نشانه های مسمومیت با سرب عبارتند از:		
کم‌اشتهایی، کم‌خونی، درد شکمی و عضلانی، فلج تدریجی بدن، خط آبی در محل اتصال دندان‌ها به لثه.		
● علائم و نشانه های مسمومیت با گروه مهمی از حشره کش ها (موسوم به ترکیبات ارگانوفسفره) عبارتند از:		
تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، اسهال، اشک ریزش، آبریزش از بینی، تعریق، تنگی نفس، افت فشارخون،		
تنگی مردمک چشم، اختلالات قلبی و عصبی همراه است.		
● علائم مسمومیت با مونواکسید کربن عبارتند از:		
مونواکسید کربن را گاهی مقلد بزرگ می نامند زیرا علائم مسمومیت آن شبیه آنفولانزای خفیف است. گاهی		
تشخیص بین آنفولانزا و مسمومیت با CO بسیار سخت است.		
علائم شدید:	علائم متوسط :	علائم خفیف:
علائم متوسط به علاوه	علائم خفیف به علاوه	سردرد
افزایش سرعت تپش قلب	خواب آلودگی	تهوع
عدم توان تکلم	احساس ضعف	استفراغ
آسیب مغزی مداوم	سرگیجه	تحریک پذیری

گرما	بی حالی	درد قفسه سینه و قلب
تشنج	سر درد شدید	تاری دید
مرگ	مشکل در فکر کردن	
معمولاً مشخص مسموم متوجه علائم ضعیف نمی گردد و به سرعت به سمت علائم شدید و حتی مرگ، پیش می رود. به همین دلیل نشانگر مونواکسید کربن در منزل حتماً باید وجود داشته باشد.		
• چه افرادی در معرض خطر بیشتری قرار دارند؟		
۱- جوشکارها.		
۲- مکانیک ها.		
۳- آتش نشانها.		
۴- افرادی که با مواد آلی شیمیایی کار می کنند.		
۵- افراد شاغل در صنعت سفید کننده های فلزی.		
۶- افراد شاغل در ترمینالهای اتوبوس.		
۷- افسران پلیس.		
۸- رانندگان تاکسی و تمام کارگرانی که در محیط های بسته از چراغهای نفتی جهت گرم کردن محیط کار استفاده می کنند.		
علائم مسمومیتهای شایع دارویی در جدول زیر آمده است:		

مسمومیت دپرسانت (Depressant Poisoning)	مسمومیت محرك (Stimulating Poissoning)
۱- مسمومیت با علایم سمپاتولیتیک * برادیکاری، کاهش فشار خون (هیپوتانسیون)، ویزینگ یا خس خس ناشی از انقباض برونش ها، تسکین، افسردگی، توهم (هالوسیناسیون) * نوع مسمومیت: مسمومیت با داروهای بلوکر آدرنرژیک، داروهای ضدآریتمی، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای (TCAs)، داروهای ضدافزایش فشار خون (داروهای ضد هیپرتانسیون)، داروهای بلوکر کانال کلسیم، دیگوکسین	۱- مسمومیت با علایم سمپاتومیمیک * علایم: بی قراری، تعریق، تاکیکاردی، مردمک های گشاد، برافروختگی (فلاشینگ)، چنگ زدن و کندن موها * نوع مسمومیت: مسمومیت با آمفتامین، کافئین، کوکائین (Cocaine)، داروهای ضد احتقان، داروهای مهار کننده MAO، تنوفیلین
۲- مسمومیت با علایم کولینرژیک * علایم: تهوع، استفراغ، کرامپ های شکمی، اسهال، بی اختیاری ادرار و مدفوع، تعریق، افزایش ترشح بزاق، اشک ریزش، افزایش ترشحات برونش (برونکوره)، تیرگی دید ناشی از تنگی خفیف مردمک ها * نوع مسمومیت: مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفره، کاربامات ها، پیریدوستیگمین	۲- مسمومیت با علایم انتی کولینرژیک * علایم: تاکیکاردی، پوست گرم و برافروخته، افزایش درجه حرارت بدن (هیپرترمی)، مردمک های گشاد، کاهش صداهای روده، احتباس ادرار * نوع مسمومیت: مسمومیت با آکالوئیدهای بلادونا، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای، داروهای آنتی هیستامین، داروهای ضدپارکینسون، داروهای ضد سایکوز، داروهای ضداسپاسم، داروهای گشاد کننده مردمک (میدریاتیک)، قارچ ها (Mushrooms)
۳- مسمومیت با آثار ناركوتیسم (Narcotism) * علایم: الف) علایم مسمومیت خفیف با مواد مخدر: سرخوشی، توهم، تاکیکاردی، استفراغ، خواب آلودگی، مردمک های منقبض، بیوست؛ ب) علایم مسمومیت شدید با مواد مخدر: استوپور تاکما، شلی عضلات (تکانه های میوکلونیک و تشنج در مسمومیت شدید با پتیدین)، کاهش فشار خون همراه با نبض و	۳- مسمومیت با علایم توهم زا * علایم: توهمات (هالوسیناسیونهای) گوناگون * نوع مسمومیت: مسمومیت با LSD و آنالوگهای صناعی آن، ماری جوانا (Marijuana)، مسکالین (Mescaline) و آنالوگهای صناعی آن، فن سیکلیدین (Phencyclidine)

باريك، پوست سرد و مرطوب (كاهش درجه حرارت بدن يا هيپوترمي همراه با افزايش تعريق)، دپرسیون تنفسی همراه با تنفس آهسته و آه كشیدن، سیانوز اندامها، مردمك های باریك و ته سنجاقی (و احتمالاً گشاد در مراحل نهایی)، مرگ ناشی از نارسایی تنفسی و احیاناً همراه با تشنجات قبلی * نوع مسمومیت: مسمومیت با داروهای مخدر ضد درد و ضد اسپاسم	
۴- مسمومیت با علایم مسكن – خواب آور * علایم: تسكين تاكما، خواب آلودگی * نوع مسمومیت: مسمومیت با الكل، داروهای ضد صرع، بنزودیازپین ها، باربیتورات ها، هیدروكربن ها، گلویتیمید (Glutethimide)	۴- مسمومیت با علایم سندرم قطع (Withdrawal) * علایم: تعریق، اشك ریزش، افزايش ترشح از بینی (رینوره)، خمیازه، گشادی مردمك ها، تحريك پذیری، اضطراب، عطسه، ضعف، استفراغ، كرامپ های شكمی، اسهال، تاكیکاردی، اسپاسم های عضلانی، كاهش وزن، دهیدراسیون، كتوز، اختلال تعادل اسید – باز * نوع مسمومیت: مسمومیت با الكل، داروهای ضدافسردگی، داروهای مسدود گیرنده بتا (بتابلوكرها)، داروهای مخدر (ناركوتيك، داروهای مسكن خواب آور (سداتیو – هیپونتیک)
Patient Education آموزش به بیمار	
در برخورد با مسمومیت ها به نکات زیر توجه کنید : ۱- تحقیق کنید که چه ماده ای باعث مسمومیت فرد شده. ۲- اگر نشانه هایی از سوختگی در اطراف دهان فرد مسموم مشاهده نمودید، به آهستگی یک لیوان آب یا شیر به او بدهید . ۳- مصدوم را در وضعیت ریکاوری قرار دهید (چه بیهوش باشد و چه هوشیار). ۴ - ظرفی که ماده سمی در آن قرار دارد را برای بررسی همراه مصدوم به بیمارستان ببرید.	

- Ladwing & Ackley. (1999). Nursing Diagnosis Hand book, 4th Edition, Mosby Co. 483-487.
- <http://www.emdadgar.com/article/index.php?mod=article&cat=EMP&article=245>
- http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D8%B3%D9%85%D9%88%D9%85%D8%8C%D8%AA_%D8%B3%D8%B1%D8%A8
- <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php>
- <http://www.pezeshk.us/?p=12564>
- <http://www.pezeshk.us/?p=12567>
- http://fdo.mui.ac.ir/index.php?option=com_content&task=view&id=463&Itemid=556

Problem Definition	بیان مشکل										
عوارض حاد مربوط به دیابت در بیماران دیابتی مراجعه کننده به واحد اورژانس											
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار										
پرستار بتواند بیمار دچار عوارض حاد دیابت را به طور صحیح بررسی نماید و اقدامات لازم را انجام دهد.											
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری										
۱- بررسی: هیپوگلیسمی به صورت ثبت غلظت گلوکز خون کمتر از ۵۰ الی ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر گفته می شود. علائم و نشانه های مختلف، در آستانه های مختلف قند ظاهر می شود که با مکانیسم های مختلف در ارتباط می باشند. این علائم را می توان دو دسته نورونیک^۱ (افزایش فعالیت سیستم عصبی اتونوم) و نوروگلیکوپنیک^۲ (کاهش فعالیت سیستم عصبی مرکزی) تقسیم کرد جدول- علائم اتونومیک و نوروگلیکوپنیک هیپوگلیسمی <table> <tr> <td>اتونومیک</td><td>نوروگلیکوپنیک</td></tr> <tr> <td>حالت عصبی یا اضطراب</td><td>گیجی (اختلال هوشیاری)</td></tr> <tr> <td>تپش قلب</td><td>خستگی یا خواب آلودگی</td></tr> <tr> <td>تعریق</td><td>تاری دید</td></tr> <tr> <td>لرز</td><td>اختلال در صحبت کردن</td></tr> </table>		اتونومیک	نوروگلیکوپنیک	حالت عصبی یا اضطراب	گیجی (اختلال هوشیاری)	تپش قلب	خستگی یا خواب آلودگی	تعریق	تاری دید	لرز	اختلال در صحبت کردن
اتونومیک	نوروگلیکوپنیک										
حالت عصبی یا اضطراب	گیجی (اختلال هوشیاری)										
تپش قلب	خستگی یا خواب آلودگی										
تعریق	تاری دید										
لرز	اختلال در صحبت کردن										

^۱ - neurogenic^۲ - neuroglycopenic

گزرگن شدن، پارستری	احساس ضعف و سرگیجه
حالت عصبی یا اضطراب	تحریک پذیری

تظاهرات بالینی هیپوگلیسمی در دو دسته طبقه‌بندی می‌شود: علائم آدرنرژیک و علائم سیستم اعصاب مرکزی (CNS)

هیپوگلیسمی خفیف:

علائمی، مانند تعریق، لرز، تکی‌کاردی، طپش قلب، عصبانیت و گرسنگی (تحریک سیستم اعصاب سمپاتی) (هیپوگلیسمی متوسط):

علائم، شامل: کاهش حافظه، بی‌حسی لب و زبان، تکلم مبهم، عدم هماهنگی عضلات، تغییرات عاطفی، رفتارهای بی‌منطق یا تهاجمی، دوبینی و خواب آلودگی می‌باشد. ترکیبی از این علائم (علاوه بر علائم آدرنرژیک) ممکن است با هیپوگلیسمی متوسط اتفاق افتد.

هیپوگلیسمی شدید:

عدم آگاهی به زمان و مکان، تشنج، اشکال در بیدار شدن از خواب و یا از دست دادن سطح هوشیاری نکاتی در مورد سالمندان:

الف) افراد سالمند غالباً تنها زندگی می‌کنند و علائم هیپوگلیسمی را ممکن است، تشخیص ندهند.

ب) کاهش حدت بینایی می‌تواند منجر به اشتباهاتی در تجویز انسولین گردد.

کتواسیدوز اختلال مربوط به سوخت و ساز است که در اثر افزایش میزان قند خون همراه با استون ایجاد می‌شود که سبب گیجی، سستی و بی‌حالی، احساس تشنگی شدید، خستگی و تنگی نفس شده و همچنین در بعضی موارد با اغماء همراه است که در صورت عدم درمان ممکن است منجر به مرگ فرد شود

اگرچه کتواسیدوز اغلب در مبتلایان به دیابت نوع یک پدید می‌آید، اما در مبتلایان به دیابت نوع دو، خصوصاً در حین بیماری حاد نیز می‌تواند دیده شود.

سه ویژگی بالینی اصلی کتواسیدوز دیابتی عبارتند از:

- ۱- هیپرگلیسمی
- ۲- دهیدراتاسیون (کم آبی) و از دست دادن الکترولیتها
- ۳- اسیدوز

سندرم هیپراسمولار غیرکتوزی به شکل نسبی و انحصاری در مبتلایان به دیابت نوع دو ایجاد می‌شود. این افراد معمولاً مسن هستند و ناتوانی جسمی دارند و امکان دسترسی به آب برای آنها مشکل است. بیماری زایی این سندرم شبیه به علائم بیماری زایی کتواسیدوز است اما هیپرگلیسمی در سندرم هیپراسمولار غیرکتوزی مشخص‌تر بوده، و شدت دهیدراتاسیون بیشتر است

ویژگیها	کتواسیدو دیابتی	سندرم هیپراسمولار هیپرگلیسمیک
بیمارانی که اغلب تحت تاثیر قرار می گیرند	در دیابت نوع يك شایع تر می باشد	در دیابت نوع دو شایع تر است
عوامل مستعد کننده	حذف انسولین، استرس جسمی (عفونت، جراحی، سکنه مغزی و سکنه قلبی)	استرس جسمی (عفونت، جراحی، سکنه مغزی و سکنه قلبی)
شروع	سریع (کمتر از ۲۴ ساعت)	آهسته (در طی چند روز)
سطح قند خون	معمولا بیشتر از ۲۵۰ mg/dl	معمولا بیشتر از ۶۰ mg/dl
سطح شریانی	کمتر از ۷/۳	طبیعی
کتون در ادرار و سرم	وجود دارد	وجود ندارد
اسمولاریته سرم	۳۵۰-۳۰۰ mosm/lit	بیشتر از ۳۵۰ mosm/lit
سطح بی کربنات پلاسما	کمتر از ۱۵ Eq/lit	طبیعی
و کراتینین BUN سطح	افزایش یافته	افزایش یافته
میزان مرگ و میر	کمتر از ۵ درصد	۴۰-۱۰ درصد

علائم سندرم هیپراسمولار غیرکتوزی عبارت است از:

● دهیدراتاسیون خفیف تا شدید

● اختلال های نورولوژیک شامل طیف وسیعی از آسیب های موضعی نورولوژیک تا کمای کامل همراه با ● افزایش حجم ادرار

● پلی دیپسی چندروزه

جهت تشخیص قطعی این سندرم نیاز به مجموعه یافته های آزمایشگاهی زیر است:

● قند خون بالاتر از ۶۰۰ میلی گرم درصد

● اسمولاریته ی موثر بالاتر از ۳۲۰ میلی اسمول در هر لیتر

● PH خون بالاتر از ۷/۳

●● عدم وجود کتوز قابل توجه

بیکربنات سرم کمتر از ۱۵ میلی اکی والان در لیتر

- شایعترین عامل بروز NKHTS عفونتهای ریوی و ادراری، CVA، عدم مصرف قرص های کنترل کننده ی دیابت یا انسولین، علت های ایاتروژنیک (تزریقات وریدی حاوی دکستروز، مصرف داروهای شایع مانند دیورتیک ها، بتابلوکرها، گلوکوکورتیکوئیدها، فنی تونین و سایمتیدین) و عدم دسترسی کافی به آب است.

- از خصوصیات مهم NKHTS، از دست دادن مایع هیپوتونیک است که با هیپرناترمی آشکار یا پنهان، خود را

اشکار می سازد (به علت هیپرگلیسمی شدید و شیفیت مایع از داخل به خارج سلول، هیپرناترمی ممکن است خود را آشکار نسازد که در این صورت بلافاصله نیاز به تصحیح دارد).

۲- انجام اقدامات پرستاری:

*** در ارتباط با هیپوگلیسمی در صورتی که فرد هنوز به هوش باشد، مصرف آب میوه، نوشابه، ۴-۸ حبه قند حل شده در یک لیوان آب و سایر مواد قندی با قابلیت جذب سریع مفید است. ولی در صورت بیهوش شدن بیمار، به دلیل احتمال بروز آسپیراسیون این مواد به مجاری تنفسی، باید از آمپول گلوکاگون تزریقی استفاده کرد که به صورت زیر جلدی یا عضلانی تزریق می‌شود و به سرعت کاهش قند خون را جبران خواهد کرد. تنها به این موارد نباید اکتفا کرد، بلکه باید پس از ۱۰ الی ۲۰ دقیقه آزمایش BS از بیمار گرفته و بررسی شود تا در صورت لزوم مصرف آب میوه و غذا برای چند دوره تکرار شود. بیشتر متخصصان با تغذیه آب میوه موافق هستند، چون علاوه بر رفع هیپوگلیسمیک به دلیل کمتر بودن میزان قند آن نسبت به نوشابه یا آب قند، موجب افزایش مناسب قند خون در فرد می‌شود. همچنین، مشکلات ناشی از مصرف آب قند و ایجاد هیپرگلیسمی پس از هیپوگلیسمی را ندارد. بنابراین در مواقع هیپوگلیسمی مصرف آب میوه ترجیح داده می‌شود.

*** در ارتباط با کتواسیدوز بیمار بهتر است در ICU تحت نظر درمان قرار گیرد.

• برای بیمار یک یا رد رگ مناسب و بزرگ گرفته شود.

• در صورت وجود هیپوکسی ($po_2 < 50 \text{ mmhg}$) اکسیژن به میزان ۲-۳ لیتر در دقیقه تجویز شد.

• در صورت وجود اختلالات هوشیاری و یا کوما، کلیه اقدامات کلاسیک بعمل آید.

• فشار خون و نبض در ابتدا هر نیم ساعت به مدت چهار ساعت، سپس هر یک ساعت به مدت ۴ ساعت و بالاخره هر ۴-۲ ساعت کنترل در چارت مخصوص ثبت شود.

• مونیتورینگ ECG صورت گرفته و تغییرات الکتروکاردیوگراف حاصل از اختلالات پتانسیم دقیقاً تحت نظر قرار گیرد.

• در صورت وجود تب یا شک به عفونت پس از انجام کشت‌های لازم (کشت خون و ادرار) و آزمایشات مربوطه بهتر است درمان با انتی بیوتیک (با تجویز پزشک) شروع شود

معمولاً روند درمان طبی در کتواسیدوز به صورت زیر است، که البته با تجویز پزشک ممکن است، متفاوت باشد:

درمان DKA علاوه بر کنترل هیپرگلیسمی شامل اصلاح کم ابی، اتلاف الکترولیتها و اسیدوز می باشد.

هیدراتاسیون: جبران کم ابی برای تأمین خونسازی بافتی لازم است. علاوه بر این، جایگزینی مایعات باعث افزایش دفع گلوکز از طریق کلیه ها می شود. ابتدا سرم نمکی ۰/۹٪ با سرعت بسیار بالا (۰/۵ تا یک لیتر در ساعت) برای مدت ۲-۳ ساعت تجویز می شود. برای بیمارانی که مبتلا به هیپرتانسیون یا هیپرناترمی هستند یا در معرض نارسایی احتقانی قلب قرار دارند می توان سرم نمکی هیپرتونیک ۴۵٪ تجویز کرد. بعد از گذشت چند ساعت اول، سرم نمکی ۴۵٪ بهترین سرم برای ادامه ی درمان می باشد به شرط آنکه فشار خون بیمار ثابت باشد و سطح سومی سدیم پایین نباشد. پس از رسیدن قند خون به 300 dl/mg یا کمتر از سوم قندی برای بیمار استفاده می کنند تا از کاهش بیشتر قند خون جلوگیری شود. اگر بیمار دچار شوک باشد از آلبومین (

افزایش دهنندگی حجم) (منقبض کننده عروقی) استفاده می شود.

جایگزینی پتاسیم: بعضی از عواملی که باعث کاهش غلظت سومی پتاسیم در جریان درمان استفاده می شود. اصلاح کم آبی که با افزایش حجم پلاسما، باعث غلظت سومی K می شود. جبران مایعات از دست رفته باعث افزایش دفع K از طریق ادرار نیز می شود.

تجویز انسولین باعث تسهیل ورود K از مایعات خارج سلولی به داخل سلولها می شود.

*** در ارتباط با HHNS روند درمان مشابه DKA می باشد که شامل جایگزین کردن مایعات، تصحیح اختلال الکترولیت ها و تجویز انسولین می باشد. به علت بالا بودن سن بیماران مبتلا به HHNS، کنترل دقیق حجم مایعات و وضعیت الکترولیت ها برای پیشگیری از نارسایی و دیس ریتمی های قلبی بسیار مهم است. جایگزینی مایعات با تجویز سرم نرمال سالین ۰/۹ درصد یا ۰/۴۵ % بسته به سطح سدیم و شدت کاهش حجم، آغاز می شود. بررسی فشار ورید مرکزی یا فشار شریانی راهنمای خوبی برای درمان جایگزینی مایعات می باشد. وقتی که برون ده ادراری به حد کافی رسید، پتاسیم به مایعات تجویز شده وریدی افزوده می شود و به وسیله مانیتورینگ مداوم نوار قلب و آزمایش مکرر سطح پتاسیم کنترل می شود.

افزایش شدید سطح گلوکز خون با ریه دراته شدن بیمار کاهش می یابد. انسولین نقش کم اهمیت تری در درمان HHNS ایفا می کند چون همانند DKA برای تصحیح اسیدوز نیاز نمی باشد. معده انسولین با سرعت کم و مداوم جهت درمان هیپرگلیسمی انفوزیون می شود و همانند DKA وقتی که سطح گلوکز خون به دامنه ۲۵۰-۳۰۰ mg/dl (۱۳/۸-۱۶/۶ mmol/l) رسید، W/D به مایعات تجویزی بیمار اضافه می شود.

سایر اقدامات درمانی HHNS با توجه به بیماری زمینه ای بیمار و ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی مداوم بیمار تعیین می شود. درمان تا زمانی که اختلالات متابولیک تصحیح شود و علائم نورولوژیک از بین روند، ادامه می یابد. ممکن است برطرف شدن علائم عصبی بین ۳-۵ روز طول بکشد و بنابراین درمان HHNS معمولاً بیش از زمان لازم برای اصلاح کامل اختلالات متابولیک ادامه داده می شود.

پس از بهبودی از HHNS بسیاری از بیماران می توانند دیابت خود را با رژیم غذایی و یا رژیم غذایی و داروهای ضد دیابت خوراکی کنترل کنند. زمانی که عوارض حاد هیپرگلیسمی برطرف شدند، ممکن است دیگر نیازی به تجویز انسولین نباشد.

مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به HHNS شامل پایش و اندازه گیری دقیق علائم حیاتی، وضعیت مایعات و مقادیر آزمایشگاهی می باشد. به علاوه استراتژی هایی به منظور حفظ ایمنی و جلوگیری از صدمه به علت تغییر در وضعیت حواس بیمار ناشی از HHNS بایستی اجرا شود. وضعیت مایعات و برون ده ادراری به دقت بررسی می شود زیرا به علت دهیدراتاسیون شدید احتمال نارسایی کلیه افزایش می یابد. علاوه بر این پرستار باید مراقبتهای پرستاری، از شرایطی که در شروع HHNS شرکت دارند را انجام دهد. به علت اینکه HHNS معمولاً در افراد سالمند اتفاق می افتد لذا انجام بررسی دقیق از نظر عملکرد وضعیت قلبی-عروقی، ریوی و کلیوی در طی مرحله حاد HHNS و دوران بهبودی اهمیت دارد.

Patient Education	آموزش به بیمار
برای بیماران دیابتی (بهخصوص کسانی که انسولین می گیرند) حمل کردن مقداری ماده یا میوه یا غذای قندی با خود در تمام اوقات خیلی مهم می باشد. • بیماران باید از خوردن غذاهای پرکالری و پرچربی مثل دسر ها (برای نمونه کیکها و بستنی) جهت درمان افت قند خون پرهیز کنند. • همیشه کارت مخصوص بیماری و شماره تلفن خود را همراه داشته باشند. • از افت قند خون می توان با هماهنگ کردن دریافت غذا، تجویز انسولین و ورزش و فعالیت پیشگیری کرد. • وعده های غذایی مختصر بین وعده های غذایی اصلی و قبل از خواب ممکن است جهت مقابله با اثرات حداکثر انسولین نیاز شوند. • اندازه گیری قند خون باید به طور منظم انجام شده و نتایج ثبت شود و در صورت مشکل در تنظیم میزان قند خون و تکرار علائم و نشانه های افت آن، به پزشک مراجعه کنید. • به منظور پیشگیری از DKA ، به بیماران باید قواعد «روز ناخوشی» جهت کنترل دیابت در دوره ی بیماری ها را آموزش داد. مهمترین مطلبی که باید به بیماران آموزش داد این است که نباید بروز تهوع و استفراغ ، مصرف انسولین را قطع کنند. در این شرایط ، بیمار باید مقدار انسولین (یا مقادیر توصیه شده برای روزهای ناخوشی) را تزریق کند و همچنین سعی کند به طور مرتب به منظور پیشگیری از هیدراتاسیون باید هر ساعت مقداری مایع بنوشد و هر ۳ تا ۴ ساعت قند خون و کتون ادرار را اندازه گیری کنند. اگر بیمار نتواند به علت استفراغ مایع بنوشد یا میزان قند خون و کتون همچنان بالا باقی بماند باید با پزشک خود تماس بگیرد. به بیماران توصیه می شود برای روزهای ناخوشی غذای آماده داشته باشند. • آزمایش کتون ادرار با استفاده از نوار های مخصوص انجام می شود. بدین صورت که به بیمار گفته می شود: " شما نوار را وارد ظرف ادرار تازه خود می کنید و بعد از گذشت چند ثانیه (معمولاً ۵ ثانیه) و تغییر رنگ نوار، از روی مقایسه آن با رنگهای استاندارد دی که در دیواره شیشه محتوی نوارها آورده شده اند می توانید مقدار کتون کتون ادرار خود را به صورت تقریبی (کم، متوسط و زیاد) شما باید حتماً یک بسته نوار آزمایش کتون ادرار را که تاریخ انقضای آن نگذشته باشد همیشه در خانه و نیز همراه خود در مسافرت داشته باشید تا بتوانید در مواقع لزوم از آن استفاده کنید. ضمناً این نوارها باید حداکثر ظرف ۶ ماه بعد از باز کردن در شیشه مصرف شوند. در غیر این صورت بعد از این مدت حساسیت خود را از دست خواهند داد. • با توجه به مورالتیته ی زیاد NKHTS، نکته ی مهم پیشگیری آن است که با افزایش غربالگری در افراد در معرض خطر، با توجه به گذشته ی فامیلی، تشخیص زودرس و درمان مناسب عفونتها، مصرف با احتیاط داروهای زمینه ساز، آموزش مصرف زیاد مایعات به ویژه در روزهای بیماری، آموزش علائم شروع سندرم به افراد خانواده یا کارکنان شاغل در خانه سالمندان تا حد زیادی می توان از بروز و عواقب آن جلوگیری کرد.	

- White JR. (2007). The Contribution of Medications to Hypoglycemia Unawareness. *Diabetes Spectrum*, (20), 77-80
- American Diabetes Association. (2003). The expert committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, (26), 5-16.
- پیشگیری و درمان کتواسیدوز دیابتی، سایت اطلاع رسانی دکتر رحمت سخنی، آدرس: <http://www.rs272.com/post/145>، تاریخ دسترسی ۱۳۸۸/۸/۲۰.
- دستورالعمل مدیریت شده شماره ۴۰، عوارض حاد دیابت آدرس اینترنتی: <http://treatment.tbzmed.ac.ir/DOC/moragebat/40.doc>، تاریخ دسترسی ۱۳۸۸/۲/۲۰.
- دلاوری ع، مهدی هزاوه ع، نوروزی نژاد ع، یار احمدی ش: پرستار و دیابت (برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز نشر صدا، قابل دسترس از www.behdasht.gov.ir/uploads/1_94_25.pdf، تاریخ دسترسی: ۸۸/۲/۲۶.
- دیابت چیست؟ سایت انجمن دیابت ایران، آدرس: <http://www.ir-diabetes-society.com/Avarez%20diabet.htm>
- تاریخ دسترسی: ۱۳۸۸/۲/۲۰.
- راهنمای مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت در زمینه عوارض دیابت، سایت پزشکان بدون مرز، پایگاه اطلاع رسانی اخبار پزشکی ایران و جهان، آدرس اینترنتی: <http://www.pezeshek.us/?p=16125>، تاریخ دسترسی ۱۳۸۸/۲/۲۰.
- سیسیل، راسل لامایت: مبانی طب داخلی سیسیل ۲۰۰۱ بیماری‌های غدد و متابولیسم. ترجمه محمد جعفر فانی؛ چاپ دوم. نشر طبیب - موسسه فرهنگی تیمورزاده، ۱۳۸۰.
- کاهش قند خون، مرکز آموزشی درمانی نیازی، آدرس اینترنتی: <http://namazi.sums.ac.ir/root/peyk-e-->، تاریخ قابل دسترسی: ۸۸/۲/۲۰، salamat/dia/g.html
- کتواسیدوز دیابتی يك خطر، دکتر رحمت سخنی، وب سایت دکتر رحمت سخنی، آدرس: <http://sahand2721.parsiblog.com/658496.htm>، تاریخ دسترسی ۱۳۸۸/۸/۲۰.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سلامت پوست مربوط به سوختگی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد بیمار دچار سوختگی را به طور صحیح در واحد اورژانس بررسی نماید و اقدامات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
-اولویت بندی بیمار دچار سوختگی : *تعیین اولویت درمان مصدوم سوختگی سوختگیهای تهدید کننده حیات (اولویت اول) *سوختگی درجه سوم با سطحی بیش از ۲۰ تا ۲۵ درصد سطح بدن و سوختگیهای درجه دوم و اول بسیار وسیع *هر سوختگی که در آن احتمال آسیب دستگاه تنفسی وجود داشته باشد مثل سوختگی صورت و سوختگیهای وسیع قفسه سینه . سوختگیهایی که یکی از اندامها (پا یا دست) را در معرض خطر قرامی دهند (اولویت دوم) مصدومین سوخته ای که در معرض خطر از دست دادن یکی از اندامهایشان می باشند، دومین اولویت را برای درمان و انتقال دریافت می کنند. این گروه شامل مصدومین مبتلا به سوختگیهای محیطی اندامها هستند که به علت تشکیل اسکار، خون رسانی اندامهایشان مختل شده است . سوختگیهای شدید (اولویت سوم) سوختگیهای زیر اگرچه زندگی را در معرض خطر قرار نمی دهند اما به علت ترمیم ناقص آنها و معلولیت های طولانی مدتی که بجا می گذارند تحت عنوان سوختگیهای شدید در نظر گرفته می شوند و باید پس از رسیدگی به مصدومین مشمول اولویتهای اول و دوم آنها را درمان کرده و انتقال داد . اقدامات پرستاری: ۱ - بررسی راه هوایی (اولین اقدام) علائم مربوط به اختلال در الگوی تنفسی، نظیر علایم زیر: • تغییر در سرعت یا الگوی تنفس • تو کشیدگی عضلات فوق سینه ای. • فرو رفتگی عضلات بین دنده ای. • فاز دم بیماران صدا دار است. • باز شدن پره های بینی دیده میشود. • اضطراب شدید	

• سیانوز

• تاکیکاردی

• تاکی پنه

• افت فشار

• تنگی نفس

اقدامات مربوط به اختلال در الگوی تنفسی:

• استفاده از O_2 به شکل مناسب

• کنترل صداهای تنفسی، سرعت ریتم و عمق تنفس و بررسی نشانه های هیپوکسی

• بررسی پوست بیمار (سوختگی سطحی سوراخ های بینی، قرمزی یا تاول، لب ها، مخاط دهان، سوختگی صورت، گردن یا قفسه سینه).

• بررسی تنفس بیمار (تنفس مشکل، کاهش عمق و بررسی نشانه های هیپوکسی، بررسی وجود دوده در خلط)

• کنترل گازهای خونی سرخرگی (گرفتن ABG)

• کمک به لوله گذاری تراشه (در صورت لزوم)

• کنترل بیمار در صورت اتصال به دستگاه تهویه

۲- معمولا بیماران هوشیار و مضطرب هستند.

۳- گرفتن رگ مناسب و نمونه خون

۴- تجویز توکسوئید کزاز (طبق دستور پزشک)

۵- گرفتن شرح حال پرستاری

۶- درمان سایر ضایعات

۷- توجه به شکستگی در موارد انفجار

۸- تخمین درصد سوختگی

۹- NGT

۱۰- وزن بیمار

۱۱- مایع درمانی

۵۰% مرگ ها در ۱۰ روز اول و به علت مایع ناکافی رخ می دهد.

مهمترین جنبه در اقدامات اولیه

* سوختگی شدید موجب تغییرات سیستمیک می شود.

* در سوختگی توزیع مایعات بدن تغییر می کند.

* این تغییر بر حسب عمق و شدت سوختگی متفاوت است.

* حرارت موجب آسیب عروق، نشت مایعات و ادم می شود.

****** نشت مایعات ۴۸ تا ۲۴ ساعت بعد از سوختگی ادامه می یابد.

به همین علت امکان شوک هیپوولمیک در این زمان است.

***** بعد از ۴۸ ساعت عروق شروع به ترمیم می کنند.

بسته به محل و عمق سوختگی

***** رینگر لاکتات

***** دکستروزواتر ۵٪

***** خون کامل معمولا داده نمی شود.

هدف از مایع درمانی در ۲۴-۴۸ ساعت اول جلوگیری از شوک هیپوولمیک است.

اندیکاسیون مایع درمانی

***** سوختگی کلی < ۲۰٪

***** سن: < ۲ سال و > ۶۰ سال

مراقبت های حین مایع درمانی:

۱. اندازه گیری ادرار هر ۱ ساعت (۳۰-۶۰ سی سی/ساعت)

۲. نبض هر ۱ ساعت

۳. فشارخون هر ۱ ساعت

۴. هماتوکریت هر ۶ ساعت

***** Evans Formula

Colloids 1 ml./kg. of body wt./%/burn

.Physiologic Saline 1 ml/kg. of b body. wt./% of burn

۱/۲ از کل را در ۸ ساعت اول و بقیه در ۱۶ ساعت بعدی داده می شود.

***** Brooke Formula

Colloids .5 ml/kg/% of body surface burned

Lactated Ringers 1.5 ml/% of body wt/% burn

۱/۲ در ۸ ساعت اول

۱/۲ در ۸ ساعت دوم

۱/۴ در ۸ ساعت سوم

***** Parkland مایع درمانی روتین در ۲۴ ساعت اول

وزن × درصد سوختگی × ۴

۱/۲ برای ۸ ساعت اول و ۱/۲ مابقی برای ۱۶ ساعت بعدی

۱۲- در دناک ترین سوختگی , سوختگی درم است. در صورت دستور پزشك استفاده از مسكن

آموزش به بیمار	Patient Education
- حمایت عاطفی از بیمار و خانواده - توضیحات کوتاه در مورد اقدامات - استفاده از داروهای ضد اضطراب (در صورت تجویز پزشک)	
منابع مورد استفاده:	
http://sahand27215.parsiblog.com/-260238.htm تاریخ دسترسی: ۱۳۸۸/۲/۱۰ http://nursingcares.blogfa.com/post-14.aspx تاریخ دسترسی: ۱۳۸۸/۲/۱۰ http://www.civilica.com/Paper-ICEM02-ICEM02_028.html تاریخ دسترسی: ۱۳۸۸/۲/۱۰ - اسملتزر، سوزان اوکانل: پرستاری داخلی- جراحی سوختگی. ترجمه مرتضی دلاور خان، پروانه بیشه‌بان، چاپ اول، نشر بشری، ۱۳۸۶.	

بیان مشکل	Problem Definition
نارسایی قلبی در بخش اورژانس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد بیمار مبتلا به نارسایی قلبی را در بخش اورژانس به طور صحیح بررسی نماید و مداخلات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
توصیه های پرستاری: ۱- بررسی بیمار از جهات: - تنفسی: (وجود رال مرطوب، ویزینگ) - قلبی: (از نظر وجود صداهای سوم و چهارم قلب) - سطح هوشیاری - محیطی (بررسی ادم، اتساع ورید ژوگولر) - برون ده ادراری (آنوری و الیگوری) ۲- طبقه بندی بیمار براساس طبقه بندی انجمن قلب نیویورک - کلاس I – بیمار دچار محدودیت عملکردی نیست و میزان فعالیت وی همانند افراد طبیعی است. - کلاس II – محدودیت عملکرد کم: بروز علائم خستگی و تنگی نفس در پی فعالیت های بدنی متداول (بالا رفتن از پله ها به طور سریع) - کلاس III – محدودیت عملکرد شدید - کلاس IV – محدودیت عملکرد بسیار شدید. علائم بیمار در حال استراحت نیز وجود دارد. ۳- بررسی بیمار از جهت سابقه اختلالات ساختاری / عملکرد قلبی	

- انفارکتوس میوکارد
- هیپرتروفی بطنی / اتساع بطنی یا هر دو
- تنگی یا نارسایی در هر یک از دریچه ها
- بیماری های مادرزادی قلبی درمان شده
- ۴- بررسی بیمار از جهت دارا بودن وضعیت پایدار یا ناپایدار
- علائم ناپایداری:
- تنگی نفس شدید بدون سابقه قلبی
- تنگی نفس پیشرونده در حال استراحت
- تنگی نفس فعالیتی و یا ارتوپنه که تشدید شده اند.
- سرفه به همراه خلط کف آلود
- درد قفسه سینه
- رال های ریوی منتشر
- احساس گیجی، سنکوپ یا کاهش سطح هوشیاری
- علائم گردش خون ناکافی اعم از رنگ پریدگی و سردی اندامها تا سیانور
- فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه در فردی که علایم کاهش فشار خون سیستمیک را نشان می دهد.
- اشباع اکسیژن خون شریانی کمتر از ۹۰٪
- بایستی توجه داشت تعیین پایدار یا ناپایدار بودن بیمار با کمک موارد فوق و بر مبنای قضاوت بالینی پزشک صورت می گیرد (همینطور استفاده از رادیوگرافی و ... در ارزیابی توسط پزشک کمک کننده است)
- براساس موارد فوق اگر وضعیت بیمار پایدار نبوده، بیمار دچار نارسایی قلبی حاد، اولیه و یا نارسایی قلبی حاد جبران نشده می باشد.
- ۵- اقدامات اولیه در بیماران ناپایدار
- اکسیژناسیون مناسب
- تعبیه آنژیوکت
- انجام آزمایشات و تست های پاراکلینیکی درخواستی
- ارزیابی فشار خون:
- الف- فشار خون سیستولیک بیش تر از ۹۰ میلی متر جیوه
- استفاده از داروهای مثل مورفین، لازیکس و ... براساس دستور پزشک
- ب- فشار خون کمتر یا مساوی ۹۰ mmHg
- توجه به الکتروکاردیوگرام
- * در صورت وجود فیبریلاسیون بطنی (VF) و تاکی کاردی بطنی (VT) به همراه ناپایداری همودینامیک

– دفیبریلاسیون (براساس دستور پزشک)

* سایر آریتمی ها – براساس نوع آریتمی درمان انجام خواهد شد.

– انجام دستورات دارویی (مثل مورفین، O2، دوپامین و ...)

– مایع درمانی وریدی

۶- بررسی مجدد بیمار از جهت بهبود وضعیت ناپایداری

– در صورت تداوم ناپایداری – ارجاع به مراکز تخصصی

– در صورت پایداری وضعیت و وجود علائم ذیل – ارجاع به مراکز تخصصی:

– سندرم های حاد کرونری

– اختلال دریچه ای ناگهانی

– فشار خون غیر قابل کنترل

– سایر اختلالات تهدید کننده حیات

۷- در صورت وجود وضعیت بالینی پایدار

– بررسی زمینه نارسایی قلبی مزمن

طبقه بندی به دسته های نارسایی قلبی محتمل، نارسایی قلبی ممکن و نارسایی قلبی محتمل، توسط پزشک

معیارهای بوستون برای تشخیص نارسایی قلبی

معیار	امتیاز
۱- شرح حال	حداکثر ۴ امتیاز
وضعیت تنفسی	
تنگی نفس ندارد	
تنگی نفس در پی بالا رفتن از پله	
تنگی نفس در پی بالارفتن در سطح صاف	حداکثر ۴ امتیاز
تنگی نفس حمله ای شبانه	
۲- معاینه بالینی	
الف- ضربان قلب	
– کمتر از ۹۰ بار در دقیقه	حداکثر ۴ امتیاز
– ۹۱ تا ۱۱۰ بار در دقیقه	
– بیش از ۱۱۰ بار در دقیقه	
ب- فشار وریدی ژوگولار	حداکثر ۴ امتیاز
– افزایش فشار وریدی ژوگولار کمتر از 6 cmH2o	
– افزایش فشار وریدی ژوگولار بیشتر از 6 cmH2o	

- افزایش فشار وریدی ژوگولار بیشتر از 6 cmH₂O

به همراه بزرگی کبد یا ادم گوده گذار

ج- کراکل ریوی

- موجود نیست

- در قاعده ریه

- بالاتر از قاعده ریه

۳- رادیوگرافی قفسه سینه

حداکثر ۴ امتیاز

- طبیعی

- با توزیع جریان خون

- ادم بینابینی

- نسبت کاردیوتوراسیک بیش از ۵۰٪

- ادم ریوی

د- خس خس ریوی

- موجود نیست

- موجود است

ه- صدای S3

- ندارد

- دارد

حداکثر امتیاز هر قسمت ۴ امتیاز و حداکثر مجموع امتیازات، ۱۲ امتیاز می باشد.

- اگر مجموع امتیازات بین ۱۲-۸ باشد - تشخیص نارسایی قلبی محتمل است.

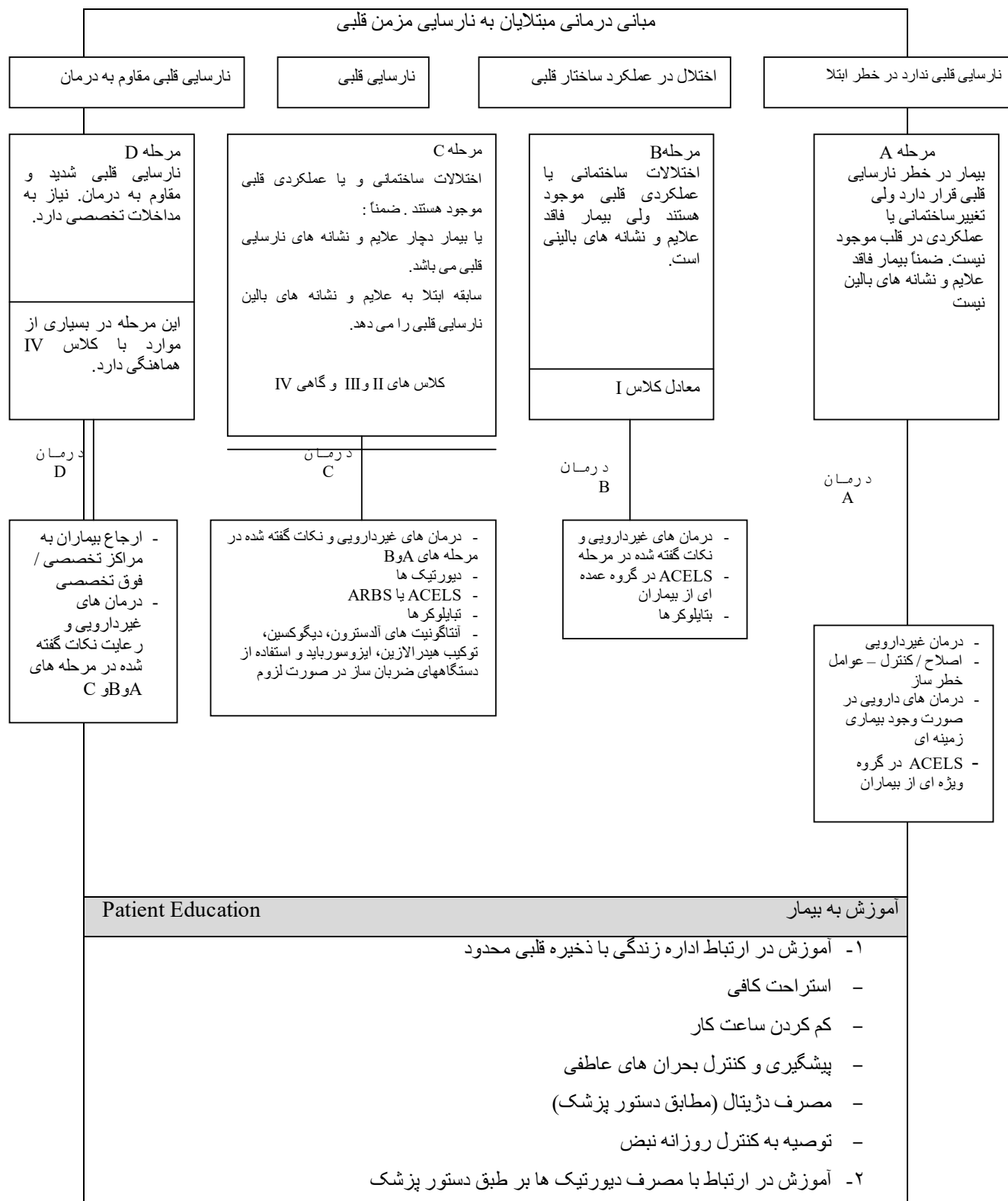
- اگر مجموع کل امتیازات بین ۷-۵ باشد تشخیص نارسایی قلبی ممکن است.

- اگر مجموع کل امتیازات کمتر از ۵ باشد تشخیص نارسایی قلبی نا محتمل است.

اگر با توجه به معیارهای خون، تشخیص نارسایی قلبی علامت دار موجود نبوده به دنبال بررسی اختلالات عملکردی / ساختاری بایستی بود.

اگر فردی که دچار نارسایی قلبی است و دارای سابقه پایداری از علائم به ویژه تنگی نفس در حال استراحت (علی رغم درمان های انجام یافته) می باشد در مرحله C قرار می گیرد.

اگر فردی دارای سابقه پایداری علائم با وجود درمان های مناسب و یا سابقه دفعات مکرر بستری شدن در بیمارستان به دلیل نارسایی قلبی باشد در مرحله D تقسیم بندی انجمن قلب امریکا قرار می گیرد.



- کنترل مرتب وزن در ساعات معین - اطلاع افزایش وزن بیش از تراز ۰/۹ تا ۱/۴ کیلوگرم - آموزش در ارتباط با نشانه های کمبود پتاسیم ۳- آموزش در ارتباط با مصرف داروهای گشاد کننده عروق - اندازه گیری فشار خون به طور مرتب - آشنایی با نشانه ها و علائم هیپوتانسیون اورتواستاتیک ۴- محدود کردن مصرف سدیم - تهیه لیستی از غذاهای مجاز و غیر مجاز - توصیه به کاهش مصرف نمک - جلوگیری از خوردن یا نوشیدن بیش از حد ۵- بازنگری فعالیت - افزایش تدریجی راه رفتن و سایر فعالیت ها - پیشگیری از تماس با سرما یا گرمای زیاد ۶- آشنایی با علائم نشان دهنده نارسایی قلب مانند: - افزایش وزن - بی اشتهایی - تنگی نفس حین فعالیت - تورم مچ پاها یا شکم - سرفه مداوم - دفع مکرر شبانه ادرار
منابع مورد استفاده:
۱- راهکار طبابت بالینی نارسایی قلبی بزرگسالان، آدرس اینترنتی: http:// bimehguilan.ir/pdf/ Guidelines/chf.pdf تاریخ دسترسی: ۱۳۸۸/۲/۱۰ ۲- اسملتزر، سوزان اوکانل: پرستاری داخلی- جراحی قلب ۱۹۹۶. ترجمه مرتضی دلاور خان، پروانه بیشهبان، چاپ اول، نشر بشری، ۱۳۸۶.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در بینایی مربوط به افزایش فشار داخل چشم (حاد) به دنبال گلوکوم با زاویه بسته	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد بیمار مبتلا به گلوکوم با زاویه بسته را به طور صحیح بررسی نماید و مداخلات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- بررسی تاریخچه خانوادگی / وجود بیماری های سیستمیک / بررسی داروهای مصرفی بیمار - همکاری با پزشک در اندازه گیری فشار داخل چشم IOP - کنترل حدت بینایی - آماده کردن برای انجام جراحی لیزری - استفاده مناسب از قطرات پایین آورنده IOP بر اساس دستور پزشک - استفاده مناسب از سایر داروهای تجویز شده توسط پزشک	
آموزش به بیمار	Patient Education
- تاکید بر مصرف داروها تا پایان عمر - توضیح ماهیت بیماری - توضیح تداخل دارویی ما بین داروها (همانند استازولامید و داروهای ضد فشار خون) - توضیح در ارتباط با نحوه استفاده از قطرات چشمی	
منابع مورد استفاده:	
- سایت چشم پزشکی بیمارستان نور: http://www.noorvision.com/farticle.asp - تاریخ دسترسی: ۸۸/۲/۱۰ - اسملتزر، سوزان اوکانل: پرستاری داخلی- جراحی چشم و گوش ۲۰۰۴. ترجمه پوران سامی، چاپ اول، نشر بشری، ۷۵-۸۴.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت های پرستاری در اتاق عمل

بیان مشکل	Problem Definition
	احتمال خطر عفونت و هیپر ترمی در بیماران جراحی دارای اختلال سیستم ایمنی تعریف مشکل : ایمنی عبارتست از ظرفیت بدن برای مقابله با ارگانیسم های مهاجم و سموم و در نهایت پیشگیری از آسیب بافتها و اعضای بدن . بیماری که دچار نقص سیستم ایمنی است، ممکنست در معرض خطر بالایی برای وقایع نامناسب جراحی باشد. گروههایی که اغلب در معرض خطر اختلالات ایمنی می باشند، شامل نوزادان، بیماران سالمند، افرادی که تحت جراحی پیوند اعضا قرار گرفته اند و افراد مبتلا به سرطان می باشند. بیماران با اختلالات سیستم ایمنی، در معرض خطر بالایی برای هیپرترمی هستند که می تواند فرآیند التیام زخم را در مرحله بعد از عمل تحت تاثیر قرار داده و خطر عفونت زخم را افزایش دهد. اختلال عملکرد سیستم ایمنی شامل اختلالات هیپرسنسیتیو، اختلالات اتوایمیون و نقص ایمنی می باشند. اختلالات هیپرسنسیتیو عبارتند از اختلالاتی که در آنها عملکرد سیستم ایمنی به شکلی تشدید یافته غلط هدایت شده، یا سرکوب شده و یا وجود ندارد. اختلالات اتوایمیون شامل پاسخهای غیرطبیعی نسبت به بافتهای خودی فرد می باشد و منجر به بروز واکنشهای بافتی و آسیب شده و علائم و نشانه های سیستمیک ایجاد می کند. نقص ایمنی انواعی از عدم وجود یا کاهش پاسخ های ایمنی است. تشخیص های پرستاری مرتبط با این وضعیت عبارتند از: خطر عفونت مربوط به اختلالات سیستم ایمنی ، خطر هیپرترمی مربوط به اختلال سیستم ایمنی و مواجهه با محیط و شرایط جراحی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	الف- بیمار در طول ۳۰ روز بعد از پروسیجر جراحی عاری از علائم و نشانه های عفونت مربوط به مراقبت سلامت باشد. - زخم بیمار خشک، غیر ملتهب، و غیر حساس باشد. - بیمار نشانه های عفونت (مانند ایندوراسیون زخم، بوی نامطبوع، ترشحات چرکی و تب) را نشان ندهد. ب- بیمار در دوره عمل جراحی دارای دمای طبیعی بوده و یا به دمای طبیعی باز گردد. - دمای بدن بیمار در زمان ترخیص در محدوده نرمال باشد .
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	اقدامات گروه ۱: ۱- وضعیت اولیه سیستم ایمنی را تعیین نموده و بیمار را از نظر شرایطی که وی را در معرض خطر عفونت قرار می دهد بررسی کنید.

- ۲- ملاحظات مربوط به ایزولاسیون محافظتی را که شامل موارد زیر است دنبال کنید.
 - در صورت نیاز بیمار را تشویق به پوشیدن ماسک کنید.
 - در صورت لزوم بیمار را در مرحله قبل از عمل و بعد از بیهوشی در یک اتاق خصوصی یا ایزوله قرار دهید.
 - برای اجتناب از تماس بیمار با سایر بیماران، افرادی را که دچار اختلال شدید ایمنی هستند، مستقیماً و بدون وقفه به اتاق عمل منتقل کنید.
 - مشخص کنید که آیا استروئید اضافی در دوره قبل حین و بعد از عمل مورد نیاز است.
- ۳- با روشهای زیر میکروارگانسیم ها را در محیط و تجهیزات جراحی محدود کنید :
 - کسب اطمینان از اینکه اتاق عمل بطور دقیق تمیز شده است.
 - در صورت امکان عمل جراحی بیمار دارای اختلال ایمنی را ، بعد از اعمال جراحی آلوده یا عملیاتی که روی بیماران مبتلا به عفونت مقاوم به داروها انجام می شوند، انجام ندهید.
- ۴- توجه کنید که آنتی بیوتیک قبل از عمل مطابق با سیاست بیمارستان تجویز شده است.
- ۵- اطمینان حاصل کنید از اینکه اعضاء تیم جراحی در تمام مدت از تکنیک آسپتیک شامل موارد ذیل تبعیت می کنند :
 - مشاهده محدوده استریل و حرکات تیم جراحی برای تعیین هر گونه خدشه در تکنیک آسپتیک
 - اجتناب از روشهای غیر مطمئن استریلیزاسیون در صورت امکان
 - به حداقل رساندن ترافیک اتاق عمل از طریق مجوز تردد دادن به پرسنل ضروری برای ورود و خروج به اتاق عمل و کسب اطمینان از بسته ماندن درب ورودی اتاق عمل
 - اجتناب از زودن موهای موضع عمل و در صورت لزوم استفاده از کلیپرها و اجتناب از مصرف دستگاه شیو که ممکنست باعث بریدن یا جراحت پوست بیمار شود.
- اقدامات گروه ۲:**
 - ۱- دمای بدن بیمار را در مرحله قبل، حین و بعد از عمل ارزیابی کنید.
 - ۲- معیارهای تنظیم دما را که شامل موارد ذیل هستند اجرا کنید:
 - در صورت امکان، پتوی تنظیم کننده دما یا سایر وسایل گرم کننده را بکار ببرید.
 - از سیستم گرم کننده محلولهای داخل وریدی و محلولهای شستشو مطابق راهنمای کارخانه سازنده آنها استفاده کنید.
 - ۳- پاسخ بیمار به معیارهای تنظیم دما را ارزیابی کنید.
- بررسی بیمار: اخذ یک شرح حال کامل و صحیح همراه با مروری بر تاریخچه طبی، معاینات فیزیکی، تاریخچه مفصلی از نقائص سیستم ایمنی، توجه به فرآیند بیماری و ثبت دقیق حمله شروع بیماری و تاریخ تشخیص، یافته های بالینی، ناتوانیها بویژه اختلالاتی که باعث محدودیت های حرکتی بیمار می شوند (چون در پوزیشن دادن بعد از عمل تداخل خواهند کرد)
- بررسی هر نوع اختلال پوستی یا زخم بعلت اینکه فشار اضافی به ناحیه بایستی به حداقل برسد (تا حد امکان)

شناسایی و ثبت حساسیت ها زیرا بیماری که اختلال ایمنی دارد، ممکنست پاسخ ایمنی به آنتی ژنهای خارجی بدهد. توجه خاص به بیمارانی که ترانسفوزیونهای متعدد داشته اند و آنهایی که به لاتکس آلرژی دارند. اخذ تاریخچه دارویی برای بیمارانی که در گروههای با خطر بالا قرار دارند. بیمارانی که داروهای سرکوبگر ایمنی دریافت می کنند.

بایستی معیارهای زیر بررسی و ثبت شوند: وزن، فشار خون، سطح گلوکز خون و الکترولیتها، هماتوکریت، WBC، CBC و شمارش پلاکت تستهای عملکرد کلیوی و کبدی، سطوح داروهای خاص در خون، تیتراژ آنتی بادی برای برخی داروها، گزارش عکس سینه و ثبت تمام داروهایی که بیمار دریافت می کند.

تشخیص پرستاری:

- عفونت
- تخریب تمامیت پوست
- تنظیم غیر موثر دمای بدن
- کاهش و افزایش حجم مایعات
- آلرژی نسبت به لاتکس
- آسیبهای ناشی از دادن وضعیت بدنی در جراحی
- مخاطرات شیمیایی و الکتریکی

مداخلات پرستاری:

عفونت زخم بعد از عمل عارضه جدی و پرهزینه ای است. گرچه پیشگیری از عفونت و آلودگی در تمام بیماران اهمیت دارد ولی اهمیت این مسئله در بیماران دچار اختلالات ایمنی بیشتر است. این مسئله اساسی است که پرستاران موارد احتیاط مثل ویزیالانس بیشتر در ارتباط با رعایت تکنیک استریل جز در موارد اورژانس را رعایت کنند. ارائه دهندگان مراقبت بایستی از قرار دادن کاتترهای وریدی، لوله های ادراری، و درن های جراحی اجتناب کنند و در صورت ضرورت استفاده از آنها، مراقبت ویژه ای از آنها بعمل آورده و تا حد امکان هر چه سریعتر آنها را خارج کنند. در مرحله بعد از عمل بایستی محل برش جراحی بدقت بازبینی شود. محل برش جراحی در برخی نواحی بدن (مانند آنوس بعد از هموروئیدکتومی) به سیستم ایمنی سالم وابسته است. اگر مکانیسم های دفاعی بدن شکست بخورند، ممکنست عفونت شدید شامل سلولیت، ادم، نکروز و گانگرن اتفاق بیفتد.

هیپوترمی یک مشکل شایع برای بیمارانی است که تحت عمل جراحی قرار می گیرند. دمای بدن با تعامل بین هیپوتالاموس و سیستم عصبی مرکزی تنظیم شده و باعث وازوکنستریکسیون ناشی از احتباس گرما یا وازودیلاتاسیون ناشی از کاهش حرارت می شود.

هیپوترمی می تواند در فرآیند التیام زخم بعد از عمل تاثیر گذاشته و خطر عفونت زخم را با مکانیسم های مختلف (شامل وازوکنستریکسیون و کاهش فعالیت سیستم ایمنی) افزایش دهد. هیپوترمی باعث سرکوب شدن فرآیند میتوزنیک می شود بدن بوسیله این فرآیند سلولهای جدیدی را برای ترمیم بافتها تولید می کند. لذا برای

فردی که قبلاً دچار اختلال ایمنی است، این مسئله می تواند خطر عفونت را بمراتب بیشتر افزایش دهد. لذا پیشگیری از هیپرترمی در این افراد اهمیت زیادی دارد. تیم جراحی بایستی ضمن بررسی ریسک فاکتورهای بیمار توجه ویژه ای به پیشگیری از هیپرترمی بعد از عمل داشته باشند. تیم بیهوشی بایستی مکرراً دمای بدن بیمار را بررسی نمایند.

پرستار در مرحله قبل از عمل بایستی دمای بدن بیمار را در محدوده منطقه قبل از عمل بالا برده و یا بیمار را در یک اتاق خصوصی که دمای آن بالاست قرار دهد. پرستاران سیرکولیت و پرستار واحد مراقبتهای بعد از بیهوشی بایستی اطمینان حاصل کنند که وسایل گرم کننده (نظیر forced-air، دستگاههای تنظیم کننده دما، دستگاههای گرم کننده محلولهای تزریقی و شستشو) در مواقع لزوم در مرحله قبل و حین و بعد از عمل بکار برده شده اند.

پرستار سیرکولیت بایستی دما را در اتاق عمل بالا برده و اطمینان حاصل کند که محلولهای شستشوی قبل از عمل به زیر بیمار جاری نشده اند. پرسنل اسکراب بایستی از جاری شدن محلول شستشو به زیر بدن بیمار اجتناب کنند. پرستار سیرکولیت بایستی تجهیزات گرم کننده بدن را بعد از عمل و در حین انتقال بیمار به واحد مراقبتهای بعد از بیهوشی بکار ببرد.

جراحی لاپاراسکوپیک فواید بسیاری نسبت به لاپاراتومی باز دارد که شامل کوتاه شدن طول مدت اقامت در بیمارستان درد کمتر بعد از عمل و هموستاز خوب می باشند. گرچه روش لاپاراسکوپیک ترومای کمتری را وارد نموده و واکنش ایمنی فاز حاد را کاهش می دهد، ولی پاسخ استرس آن (مانند آزاد شدن کورتیزول و کاتکولامین) ممکنست مشابه با لاپاراتومی باز باشد.

لذا بیماران دچار اختلال ایمنی، می توانند از کاهش فشار داخلی شکمی مشابه با پروسیجر باز سود ببرند.

آموزش به بیمار	Patient Education
----------------	-------------------

- ۱- اهمیت بررسی و تعیین وضعیت اولیه سیستم ایمنی را شرح داده و شرایطی را که بیمار را در معرض خطر عفونت قرار می دهد آموزش دهید.
- ۲- اهمیت و نحوه اجرای معیارهای ایزولاسیون معکوس را به بیمار شرح دهید.
- ۳- اهمیت و ضرورت ارزیابی دقیق دمای بدن بیمار را در مرحله قبل، حین و بعد از عمل شرح دهید.
- ۴- بیمار را در مورد لزوم بررسی دقیق واکنش های پوستی به ویژه در شرایط محدودیت حرکتی آگاه نمایید.
- ۵- علائم و نشانه های واکنش های حساسیتی را بازگو نموده و به بیمار هشدار دهید که به محض مشاهده موارد گزارش دهد.

منابع مورد استفاده:
- Neil, J.A. (2007). Perioperative care of the Immune compromised patient. AORN. March. 85(3):544- 559. - Good, K.K. Verble, J.A. Secrest, J. Norwood, B.R. (2006). "Postoperative hypothermia – the chilling consequences .AORN J. 83: 1055-1069. - Yalamarthi.(2007). Perioperative steroids in surgical patients. The Royal collage of surgeons. Available at: http:// www. Edu. Rcsed. ac. uk / lectures / 4. htm. Accessed January 16.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال خطر کم خونی بعثت عدم تخمین و جایگزینی صحیح خون از دست رفته در حین عمل حفظ حجم خون در گردش در حین انجام پروسیجر جراحی امری حیاتی است. سنجش مقدار خون از دست رفته یک پروسیجر اساسی در اداره جراحی بیماران سالمند با بیماری بحرانی، بیماران تحت اعمال جراحی دشوار و پیچیده بیماران ترومایی و افراد دارای پیوند عضو، بیماران با خونریزی یا زمان انعقاد غیر طبیعی یا بیماران دارای بیماری پیشرفته کلیوی/ کبدی و نوزادان می باشد. توزین گازهای آغشته به خون، یک روش معتبر برای قضاوت در مورد مقدار خون از دست رفته و مقیاسی برای اندازه گیری نیاز به جایگزینی مایعات و فرآورده های خونی می باشد. بدین منظور ، وزن واحد گازهای خشک و کیسه های پلاستیکی که برای جمع آوری گازهای خونی بکار می روند بایستی تعیین شده و از وزن کلی کم شود. وزن به گرم، به مقدار بر حسب میلی لیتر به ازای ۱:۱ بایستی تبدیل شود و میزان تخمینی خون از دست رفته بایستی به تیم بیهوشی گزارش داده شود.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- در حین انجام پروسیجر جراحی و بعد از آن ، بیمار علائم و نشانه های دال بر کاهش حجم خون در گردش همراه با کاهش سلولهای خونی (افزایش خونریزی حین عمل، نبض ضعیف، هیپوتانسیون، هموگلوبینوری قابل رویت، بی ثباتی و ازوموتور، کاهش شدید یا قطع برونده ادراری) نشان ندهد. - در صورت بروز شواهد مربوط به دست دادن خون ، مقدار تقریبی آن تخمین زده شده و با مقادیر متناسب خون یا فرآورده های خونی جایگزین شود. - مستندات کافی در خصوص مقدار خون از دست رفته و مقادیر فرآورده خونی جایگزین شده ثبت و گزارش گردد. - برای جبران خون از دست رفته ، ترانسفوزیون فرآورده های خونی به بیمار بصورت ایمن و عاری از هرگونه عارضه و واکنشی انجام گیرد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- ۱ وزن واحد گاز های خشک و کیسه پلاستیکی را اندازه گیری کرده و مقیاس ترازو را روی صفر تنظیم کنید. ۲- گاز های موجود در کیسه را روی ترازو قرار دهید. ۳- مقادیر خوانده شده روی ترازو را ثبت کنید: ۱ گرم را برابر با ۱ میلی لیتر خون از دست رفته در نظر بگیرید. ۴- مقدار خون از دست رفته را در گزارش ثبت کنید. ۵- وزن های بعدی را هر بار که گاز ها را وزن می کنید به آن اضافه کنید بطوری که در نهایت برای تخمین مقدار کلی خون از دست رفته، مجموع وزن گاز های آغشته به خون در دسترس باشد. ۶- مقدار خون موجود در بطری دستگاه ساکشن را در فواصل منظم اندازه گیری نموده و مقادیر مایعات شستشوی بکار رفته را از آن کسر کنید. ۷- مقادیر خون از دست رفته محاسبه شده از بطری ساکشن را به مقادیر ثبت شده از جمع گاز های آغشته به خون اضافه نموده تا تخمین درستی از مقدار خون از دست رفته حاصل شود. قبل از تجویز هر نوع فرآورده خونی، پرستار سیرکولیت و تیم بیهوشی بایستی موارد زیر را مشخص نمایند: ۱- مطابقت داشتن تعداد واحد خون با تعداد واحد خون درخواست شده . ۲- مطابقت نام، تاریخ تولد و شماره بیمارستانی درج شده روی مچ بند مشخصات بیمار با مشخصات درج شده روی کیسه خون . ۳- مطابقت داشتن نام بیمار روی کیسه خون با نام درج شده در برگ درخواست خون. ۴- مطابقت گروه خونی مندرج در کیسه خون با گروه خونی بیمار. ۵- بررسی این موضوع که تاریخ انقضای خون فرا نرسیده باشد. ۶- کیسه خون عاری از نشت، آسیب دیدگی یا علائم آلودگی احتمالی باکتریایی (مانند وجود حباب های کوچک گاز، تغییر رنگ، وجود لخته یا هوای اضافی داخل کیسه خون) باشد. دو نفر همزمان بایستی ویژگی های فوق الذکر را چک نموده و برگ تحویل خون را امضاء نمایند. اگر مغایرتی در هر یک از موارد فوق وجود داشته باشد، فرآورده خونی نبایستی انفوزه شده تا اینکه این مغایرت برطرف شود. علائم و نشانه های واکنش نسبت به خون : عبارتند از: افزایش خونریزی حین عمل، نبض ضعیف، هیپوتانسیون، هموگلوبینوری قابل رویت، بی ثباتی و ازوموتور، کاهش شدید یا قطع پرونده ادراری. در صورت وقوع هر یک از واکنش های فوق ، پرستار سیرکولیت بایستی به همراه تیم بیهوشی مراحل زیر را انجام دهد: ۱- ترانسفوزیون را متوقف نموده، ست خون را از راه وریدی جدا کرده و یک ست جدید برای انفوزیون	

مایعات مانند سالن نرمال ۰/۹ درصد و بازنگهداشتن راه وریدی برقرار کند.

۲- واکنش بیمار را به جراح و بانک خون گزارش دهد.

۳- قسمت مصرف شده خون بیمار، ست خون بکار رفته برای ترانسفوزیون و نمونه ای از خون بیمار را به بانک خون بفرستد.

۴- در اسرع وقت یک نمونه ادرار به آزمایشگاه ارسال نماید.

۵- یک گزارش واقعه /مشمول بر جزئیات واکنش اتفاق افتاده تهیه و تکمیل کند. این گزارش می تواند شامل موارد ذیل باشد: زمان و تاریخ وقوع واکنش، نوع و مقدار خون/ فرآورده خونی انفوزده شده، زمان شروع ترانسفوزیون و زمان توقف آن. در این گزارش همچنین بایستی علائم و نشانه های واکنش به ترانسفوزیون، همراه با علائم حیاتی بیمار، گزارش هر گونه نمونه خون و ادرار گرفته شده و ارسال شده به آزمایشگاه، هر نوع درمان انجام شده، و پاسخ بیمار نوشته شود. در برخی از موسسات، همچنین یک گزارش راکسیون ترانسفوزیون برای ارسال به بانک خون تکمیل می گردد.

۶- واکنش بیمار را بدقت بررسی کند.

خون مصرف نشده بایستی هر چه سریعتر به محض اینکه بیمار اتاق را ترک کرد، به بانک خون باز پس داده شود. خون پس داده شده، چنانچه گرم نشده و دمایش به بیش از ۱۰ درجه سانتیگراد نرسد، می تواند مجدداً مورد مصرف قرار گیرد.

خون کامل بندرت تجویز می شود مگر اینکه بیمار خون خیلی زیادی (بطور تجربی بیش از یک سوم حجم خون در گردش یا حدود ۱۵۰۰۰ میلی لیتر) را از دست داده باشد. در عوض سلولهای خونی قرمز پک شده (RBC) برای ارتقاء ظرفیت حمل اکسیژن و حمل بهتر اکسیژن به بافتها، با یا بدون محلولهای کلونیدی یا کریستالوئید، تجویز می شود تا حجم خون داخل عروقی را حفظ کند. محلولهای کریستالوئید شامل سا لین نرمال ورینگرلاکتات می باشند. محلولهای کلونیدی شامل آلبومین، فاکتورهای پروتئینی تصفیه شده، دکستران و هیدروکسی اتیل ستارچ (هتاستارچ) می باشند. در صورت ضرورت برای ترانسفوزیون خون، انجام توجهات لازم برای کاهش خطرات تجویز خون ضرورت پیدا می کند.

تجویز ایمن خون یا فرآورده های خونی با نمونه خونی قبل از ترانسفوزیون که برای تعیین گروه خونی و کراس ماچ به آزمایشگاه ارسال می گردد (تست سازگاری) شروع می شود. در بیماران جراحی الکتنیو، این نمونه خونی ۳ تا ۵ روز قبل از عمل گرفته شده تا از سازگاری خونی اطمینان حاصل نموده و از پاسخ آنتی بادیه به مواجهه با ترانسفوزیون خون، حاملگی، یا عوامل محیطی یا عوامل ناشی از فرایند بیماری در بیمار اطمینان حاصل شود.

Typing بر آزمون تطابق نوع ABO و RH خونی اشاره دارد. بر آزمون سازگاری سرم خون گیرنده با سلولهای خونی قرمز خون دهنده کراس ماچ دلالت دارد. قبل از اخذ نمونه خونی برای تستهای مربوط به ترانسفوزیون، شناسایی صحیح بیمار و اینکه بر حسب مشخصات بیمار بطور صحیح چسبانده شده باشد ضرورت دارد. به منظور درخواست خون و فرآورده های خونی، فرم درخواست خون با اطلاعات کامل و

صحیح به بانک خون فرستاده شده و مقدار واحدهای خونی درخواست شده در این فرم مشخص می گردد. اگر بیمار مستقیماً از واحد اورژانس یا واحد پذیرش تروما بدون پرونده به اتاق عمل فرستاده می شود، کلیه اطلاعات هویتی مربوط به بیمار بایستی روی یک برگه چاپ شود. در چنین مواردی، پرستار اتاق عمل بایستی با بانک خون تماس گرفته و موقعیت اورژانس را توضیح داده و تهیه فرآورده های خونی مورد نیاز را تسهیل نماید.

نگهداری صحیح فرآورده های خونی، برای کسب اطمینان از ایمنی بیمار و اجتناب از اتلاف واحدهای خونی در اثر نگهداری نادرست آنها ضروریست. خون کامل، سلولهای خونی قرمز یک شده و FFP (Fresh Frozen plasma) بایستی تحت نظارت مستمر نگهداری شوند. درجه حرارت بایستی ثبت شده و کلیه تجهیزات نگهداری فرآورده های خونی باید بطور صحیح حفاظت شده و آزمایش شوند (از جمله عملکرد سیستم اخطار دهنده). اگر فرآورده های خونی بیش از ۳۰ دقیقه در خارج از یخچال قرار گیرد، نمی توان آن را به بانک خون عودت داد..

برای تخمین مقدار مایعات و خون از دست رفته بیمار در شرایط بحرانی و اورژانس، از جدول زیر استفاده کنید.

تخمین مقدار مایعات و خون از دست رفته براساس معرفی نامه اولیه بیمار:

Class III	Class II	Class I	
۱۵۰۰-۲۰۰۰	۷۵۰-۱۵۰۰	زیر ۷۵	مقدار خون از دست داده بر حسب (ml)
۳۰%-۴۰%	۱۵%-۳۰%	زیر ۱۵%	مقدار خون از دست داده بر حسب (% حجم خون)
بالای ۱۲۰	بالای ۱۰۰	زیر ۱۰۰	ریت نبض (ضربه در دقیقه)
کاهش یافته	طبیعی	طبیعی	فشار خون
کاهش یافته	کاهش یافته	طبیعی یا افزایش یافته	فشار نبض
۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	۱۲-۲۰	ریت تنفس
۵-۱۵	۲۰-۳۰	کمتر از ۳۰	برونده ادراری بر حسب (ml/hr)
مضطرب، گیج	نسبتاً مضطرب	مختصر مضطرب	وضعیت سیستم عصبی مرکزی (CNS) / وضعیت ذهنی
کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	جایگزینی مایعات (قاعده ۱:۳)
(مرجع: کالج جراحان امریکا: برنامه ATLS برای پزشکان، تجدید نظر هفتم. شیکاگو، ایلنویز ۲۰۰۴).			

راهنمای درمان بزرگسالان ۷۰ kg با خون. قانون ۱: ۳ اشاره دارد بر اینکه اغلب بیماران با شوک هموراژیک به میزان ۳۰۰ میلی لیتر محلول الکترولیتی به ازاء هر ۱۰۰ میلی لیتر کاهش حجم خون نیاز دارند. در مقابل، بیماری که خون از دست می دهد، با ترانسفوزیون خون به میزان کمتر از ۱:۳ جایگزینی حجم می شود	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- بیمار را در مورد واکنشهای احتمالی نسبت به ترانسفوزیون و علائم و نشانه های آن آموزش دهید. . ۲- به بیمار توصیه نمایند که در صورت مشاهده موارد فوق سریعاً تیم مراقبتی را مطلع سازد.	
منابع مورد استفاده:	
- Rothrock, J.C. McEwen, D.R., Alexander, S. (2007). "Care of the patient in surgery. 13th Edition". Chapter 2. Patient and environmental safety. St Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 27-31. 2- Chart Smart: documenting a blood transfusion. (2005). American Journal of Nursing. 35(2); 27. 3- Chart Smart: documenting a blood transfusion. (2005). American Journal of Nursing, 35(3): 25; 2005. 4- Association of Preoperative registered Nurses. (2006). AORN Standards, recommended practices, and guidelines, Denver, 2006. 5- Galvin, A.A. (2005). Assessment of the trauma patient, In New berry L, Griddle LM, editors: sheehy's manual of emergency care, 6th Edition, St Louis: Mosby.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز ترومبوآمبولیسم وریدی حین عمل در بیماران مستعد فراهم کردن مراقبت های ایمنی برای سالمندان در اتاق عمل مستلزم داشتن دانشی جامع در مورد تغییرات مرتبط با سالمندی و عوامل خطر ساز برای عوارض جراحی است. یکی از تغییرات مرتبط با سالمندی افزایش خطر ایجاد ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) می باشد. شانس بروز ترومبوز وریدهای عمقی با افزایش سن بیشتر شده و بعد از سن ۴۰ سالگی به ازاء هر دهه زندگی دو برابر می شود. بعنوان مثال شخصی که ۸۰ ساله است شانس ترومبوز وریدهای عمقی نسبت به فرد ۷۰ ساله دو برابر بیشتر می شود. و نسبت به یک شخص ۴۰ ساله ۱۶ بار بیشتر می شود. ترومبوز وریدهای عمقی با Virchow trial شروع می شود: استازوریدی، هیپرکوآگولابیلیتی و التهاب دیواره عروق خونی، که منجر به انعقاد داخل وریدی و تشکیل یک توده از سلولهای خونی قرمز، فیبرین و سایر فرآورده های سلولی می شود. ریسک فاکتورهای مختلف ممکنست احتمال بروز ترومبوز وریدهای عمقی را در یک	

شخص سالمند افزایش دهند که عبارتند از : - بی حرکتی، محدودیتهای فیزیکی که روی جابجایی و تحرک تاثیر می گذارند. - نارسایی احتقانی قلب - هیپرتانسیون - مصرف دیورتیکها که با دهیدراتاسیون و هیپروکوآگولابیلیتی مشارکت می کنند. - چاقی - سیگار کشیدن - وریدهای واریکوز - آترواسکلروز ترومبوآمبولیسم وریدی دو نوع است: ترمبوزیس وریدی عمقی^۳ و آمبولیسم ریوی^۴. ترمبوزیس وریدی عمقی سومین بیماری عروقی شایع در آمریکا است. به گزارش Bartley مطالعات نشان می دهند که حدود ۱۰ تا ۴۰ درصد بیماران DVT مراجعه کننده به بیمارستان قبلاً از هیچگونه اقدامات پیشگیری از DVT بهره مند نبوده اند. مطالعات کالبد شکافی حاکی از آنست که نزدیک به ۱۰٪ مرگهای بیمارستانی را می توان به آمبولی ریوی نسبت داد . دو سوم این میزان مربوط به بیماران بخش داخلی بوده که مشکل آنها قبل از مرگ تشخیص داده نشده است. یکی از عوامل خطرزای عمده ، ترومبوآمبولیسم وریدی جراحی است.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
از پرستاران اتاق عمل انتظار می رود که بتوانند: ۱- عوامل خطر ساز را تعیین و معرفی نماید. ۲- عوامل پیشگیری کننده را بطور مناسب انتخاب نموده و با ارائه آموزشهای لازم به بیمار آنها را به کار بندد. ۳- در صورت نیاز به پیشگیری دارویی ، داروهای تجویز شده را بطور صحیح و بدون ایجاد عارضه برای بیمار مورد استفاده قرار دهد.	

³ Deep vein thrombosis(DVT)-

⁴ Pulmonary embolism(PE)

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- مداخلات پرستاری مقتضی جهت اطمینان از انجام مناسب ترین شیوه های پیشگیری و درمان ترومبوآمبولیسم وریدی	
اهداف	مداخلات پرستاری
معرفی عامل خطر ساز	- انجام ارزیابی کامل سلامت از بیماران در مراجعه اولیه و فواصل مناسب - طرح پرسشهای لازم از بیمار با توجه به فاکتورهای خطر ساز ترومبوآمبولیسم وریدی - یافته های مستند
افزایش حداکثری پیشگیری	-انتخاب ابزارهای صحیح اندازه گیری به منظور اطمینان از صحت انتخاب جورابهای مخصوص پیشگیری کننده ترومبوآمبولیسم (TED) -کمک به بیمار در استفاده صحیح از جورابهای TED -آموزش به بیمار در زمینه اهمیت جورابهای TED و اهمیت پوشیدن آنها طبق تجویز پزشک - پیشنهاد استفاده از پارچه های کشیاف زخم بندی (Stockinet's) یا جورابهای نخی برای راحتی بیشتر
عوامل دارویی	- دنبال کردن راهبرهای بی خطر دارویی - آموزش به بیمار در زمینه شناخت هر دارو، عملکرد آن و عوارض جانبی داروی مورد نظر - توجه به احتمال بروز عوارض جانبی
آموزش بیمار و کادر درمانی	- آموزش عوامل خطرزای ترومبوآمبولیسم وریدی به بیمار . - مطلع ساختن اعضاء خانواده بیمار از وجود عوامل خطرزا و نیز عوارض احتمالی درمان. - در جریان قرار دادن کادر درمانی در مورد یافته های تحقیقاتی . - اعلام رسمی ایجاد و اجرای فرایندها و خط مشی های مراقبتی در راستای حمایت از بیماران .
عملکرد مبتنی بر شواهد	- اقدام در خصوص ترومبوآمبولیسم وریدی مطابق اکتشافات عملی نوین - بحث با کادر درمانی در زمینه یافته های جدید - گسترش دادن و انتشار خط مشی ها و فرایندهای بالینی - مشارکت نمودن در تحقیقات بالینی در هر زمان که ممکن باشد.

تشخیص عوامل خطرزای ترومبوآمبولیسم وریدی (VET)		
عوامل خطرزای مهم	عوامل خطرزای متوسط	عوامل خطرزای ضعیف تر
بیماریهای داخلی پیچیده	سوء مصرف داروی داخل وریدی	بستری بودن بیش از ۲۴ ساعت
ترومای عمده، از جمله شکستگی	حاملگی با واریس وریدی یا سابقه ترومبولیس	جراحی جزئی که بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده و بدون عوامل خطر ساز باشد.
بی تحرکی	تروما بدون شکستگی	ابتلا به بیماری داخلی جزئی
سن: - سن بالای ۶۰ سال با بدخیمی	سن: - سن پایین ۴۰ سال با شکستگی یا سابقه ترومبولیس	سن: - سن بالای ۴۰ سال
سن ۴۰ تا ۶۰ سال دارای سابقه ترومبولیس یا شکستگی	سن بین ۴۰ تا ۶۰ سال با بدخیمی	
شکستگی مفصل ران یا پا	درمانهای جایگزین هورمونی	عدم تحرک ناشی از نشستن
آسیب طناب نخاعی	انجام دو نوع جراحی تحت بیهوشی که بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده باشد.	جراحی لاپاراسکوپیک
تعویض زانو یا مفصل ران	دهیدراتاسیون	فشار خون
جراحی شکم و قفسه سینه که بیشتر از ۳۰ دقیقه طول کشیده باشد.	نارسایی تنفسی	اختلالات عفونی و التهابی
انفارکتوس میوکارد	نارسایی قلبی	واریس
Burn (التهاب)	خطوط وریدی مرکزی	چاقی
اختلالات لخته شدن خون (Hypercoaguability)	مصرف دخانیات	حاملگی
پلی سیمی	شیمی درمانی	بدخیمی
فشرده گی یا انسداد وریدی	استروک فلجی	بستری شدن در بیمارستان
بیماری سلولهای داسی شکل	انفارکتوس میوکارد ساده	سابقه فامیلی ابتلا به VTE

پیشگیری از DVT در سالمندان در مراقبت مرحله قبل از عمل شروع می شود. در صورت امکان، پرستار بایستی با بیمار در رابطه با پروسیجر جراحی مورد نظر ملاقاتی داشته و آموزش پیشگیری از DVT را شروع کند. قبل از عمل، بیماران بایستی از مسافرت طولانی مدت هوایی یا بی حرکتی طولانی اجتناب کنند. پیاده روی و افزایش فعالیت قبل از عمل می تواند بازگشت وریدی بیمار را همراه با وضعیت سلامت نهایی تامین کند. بجز موارد منع ناشی از شرایط بیمار یا دستور پزشک، پرستار بایستی بیماران را به نوشیدن مایعات کافی تا رسیدن به زمان شروع NPO توصیه نماید تا کمک به حفظ هیدراتاسیون بیمار شود. در صورت امکان به بیمار بایستی ورزشهای ساق پا (چرخش مچ، بلند کردن ساق پا و ...) آموزش داده شود تا قبل و بعد از جراحی این حرکات را انجام دهد.

وقتی که بیمار به بخش جراحی می رسد، پرستار بایستی با جراح مشاوره کند تا اطمینان حاصل نماید که جوراب ضد آمبولی و آستین کمپرسیون برای بیمار تجویز شده است. جوراب ضد آمبولی بازگشت وریدی را با فشردن دیواره های وریدهای بسته بهبود بخشیده از توقف خون در اندامهای تحتانی پیشگیری می کند. دستگاههای کمپرسیون Sequential که متناوباً منقبض و منبسط می شوند، برای فشردن خون در اندامها عمل می کنند. پرستار بایستی ورزشهای ساق پا را که باید در مرحله بعد از عمل انجام شوند، نمایش داده و درک بیمار و میزان تبحر وی را در نمایش دادن متقابل این ورزشها ارزیابی نمایند همچنین فواید حرکت زود هنگام را برای بیمار شرح دهد.

قبل از القاء بیهوشی، پرستار اطمینان حاصل می کند جورابهای ضد آمبولی بطور صحیح پوشانده شده و تا شدگی یا پیچ خوردگی ندارد که باعث ممانعت از برگشت وریدی شود. همچنین بررسی می کند که دستگاه کمپرسیون Sequential بطور صحیح کار می کند. اگر پاهای بیمار در طی پروسیجر جراحی طولانی در دسترس باشد، پرستار بایستی ورزشهای غیر فعال دامنه حرکتی را برای ایجاد حداکثر برگشت وریدی (در صورت امکان بدون تداخل در محدوده استریل) انجام می دهد.

پرستار بیمار را تشویق می کند که هر چه سریعتر در مرحله مراقبتهای واحد بعد از بیهوشی ورزشهای ساق پا را انجام دهد. پرسنل (PACU) بایستی اصول پیشگیری از DVT آموزش داده شده در مرحله قبل از عمل را مجدداً تاکید نمایند و اطمینان حاصل کنند که مراقبین بیمار آموزشها را درک می کنند.

- پروفیلاکسی دارویی برای DVT ممکنست در برخی از بیماران مد نظر قرار گیرد.

Patient Education	آموزش به بیمار
- آموزش عوامل خطر زای ترومبوآمبولیسم وریدی به بیمار . - مطلع ساختن اعضاء خانواده بیمار از وجود عوامل خطرزا و نیز عوارض احتمالی درمان. - آموزش به بیمار در مورد روشهای غیر دارویی پیشگیری از ترومبوز وریدهای عمقی. - آموزش به بیمار در مورد روشهای دارویی پیشگیری از ترومبوز وریدهای عمقی ، معرفی داروها و نحوه مصرف و دوز تجویز شده ، و آموزش عوارض جانبی داروها و موارد احتیاط در صورت بروز علائم	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیبهای ناشی از دادن وضعیت بدنی در حین عمل تعریف مشکل : بیمار در اثر شرایط محیطی مربوط به محیط اتاق عمل در معرض خطر آسیب قرار دارد. سیستم هایی که بیشتر در اثر دادن وضعیت بدنی جراحی تحت تاثیر قرار می گیرند شامل سیستم های عصبی، عضلانی، اسکلتی پوششی، تنفسی، قلبی و عروقی می باشند. عدم آگاهی به زمان – مکان و شخص، ادم، نحیف شدگی، بی حرکتی، ضعف عضلانی، چاقی، اختلالات حسی/ درکی ناشی از بیهوشی، فشار بالا برای دوره کوتاهی از زمان و فشار پایین برای دوره طولانی زمانی عوامل خطرزا برای آسیب بافتی هستند. عوامل خطرزا که در بروز آسیبهای ناشی از دادن وضعیت بدنی در جراحی مشارکت دارند شامل موارد زیر هستند (ولی محدود به این عوامل نیستند): سن مددجو، قد، وزن، وضعیت تغذیه ای، وضعیت پوستی، وجود اختلالات زمینه ای مانند دیابت، بیماری عروقی و یا بیماری تنفسی، اختلالات ایمنی، اختلالات عملکرد عصبی، محدودیت تحرک فیزیکی مانند آرتروز، محدودیت دامنه حرکتی (ROM)، وجود ایمپلنت / پروتز با بدخیمی، اثرات بیهوشی، آگاهی پرسنل در مورد تجهیزات، وضعیت بدنی مورد لزوم برای انجام پروسیجر جراحی، و طول مدت جراحی. در اثر این عوامل، احتمال اختلال در پروفیوژن بافتی، اختلال در تمامیت پوست یا احتمال آسیب عصبی عضلانی یا مفصلی در اثر دادن وضعیت بدنی در جراحی وجود دارد. بیمار بیهوش در خطر بالایی برای آسیب در اثر وضعیت بدنی می باشد زیرا بیهوشی از هشدار به مکانیسم دفاع بدن در مقابل کشش بیش از حد، فشار و کمپرسیون بدن ممانعت می کند. عوارض دادن وضعیت بدنی در جراحی: عبارتند از (ولی محدود به این موارد نیستند) محدودیت مکانیکی قفسه سینه، و ازودیلاتاسیون، افزایش یا افت فشار خون، کاهش پرونده قلبی، مهار مکانیسم های ترمیمی (جبرانی)، توزیع مجدد و احتقان جریان خون، ترومای عصبی و عضلانی در اثر کشش و فشردگی. واکنش های گذرای فیزیولوژیک نسبت به دادن وضعیت بدنی جراحی شامل: سرخی پوست و یا کبودی، درد کمر، سفتی اندامهای انتهایی و گردن، کرختی، دردهای عضلانی منتشر که معمولاً در عرض ۲۴ تا ۴۸ ساعت بدون درمان بهبود می یابند. درد کمر، که قبلاً بعنوان یک واکنش گذرای فیزیولوژیک به دادن وضعیت بدنی محسوب می شد، ممکنست شاخصی برای را بدو میولیز باشد. عوارض جدی تر دادن وضعیت بدنی جراحی عبارتند از زخم های فشاری، آسیب اعصاب محیطی، ترومبوز وریدهای عمقی، در رفتگی مفصل، سندرم کمپارتمان (تخریب میکروسیرکولاتسیون در بافت های نرم) را	

بدومیلویز و آسیب مفصلی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
- بیمار در وضعیت بدنی تعیین شده برای عمل جراحی قرار گیرد بدون اینکه دچار آسیبهایی پوستی، عضلانی-اسکلتی، عصبی، تنفسی و قلبی-عروقی شود. - بیمار در وضعیت قرار داده شده در حین عمل و نیز در مرحله بعد از عمل جراحی، احساس درد و ناراحتی نداشته باشد. - با رعایت حریم خصوصی و ممانعت از در معرض دید قرار گرفتن نواحی غیر ضروری، شان و منزلت بیمار (اعم از بیهوش و هوشیار) حفظ گردد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
مداخلات عمومی برای هر بیمار جراحی: - پرستار بایستی دانش مربوط به تجهیزات، تشریح و کاربرد اصول فیزیولوژیک را برای دادن وضعیت بدنی مناسب به مددجو داشته باشد. - یک بررسی قبل از عمل بایستی قبل از پروسیجر جراحی به منظور "شناسایی تغییرات فیزیکی مستلزم توجهات بیشتر برای دادن وضعیت بدنی خاص پروسیجر جراحی" انجام گیرد. - از مددجویان با تحرک محدود / محدودیت دامنه حرکتی بایستی درخواست شود که با راهنمایی پرستار قبل از القاء بیهوشی وضعیت بدنی مناسب به خود بگیرند بطوری که مددجو بتواند تایید کند که یک وضعیت بدنی مناسب و راحت به دست آمده است. - تعداد مورد لزوم پرسنل بایستی برای کمک به دادن وضعیت بدنی مناسب به مددجو حضور داشته باشند. - مقدار فشاری که در حین عمل بوسیله پرسنل، تجهیزات و یا ابزارهای جراحی روی بیمار اعمال می شود، ارزیابی کنید. - ملافه های روی میز عمل را عاری از چین و چروک نمایید. - تجهیزات بایستی کنترل شوند تا تایید شود که کارکرد مناسب دارند و بایستی مطابق با راهنمای کارخانه سازنده مورد استفاده قرار گیرند. تایید نمائید که تجهیزات تمیز بوده، درست کار می کنند، عاری از لبه های تیز بوده قادرند که فشار واسط (interface) مویرگی را در حد طبیعی حفظ کنند و برای مددجو حساسیت را نیستند. - بیمار را بعد از دادن وضعیت بدنی و بصورت دوره ای در حین عمل از نظر حفظ امتداد بدنی مناسب و تمامیت پوست، ارزیابی مجدد نمائید. - اجازه ندهید که اندامهای انتهایی در آنسوی / بیرون از میز عمل کشیده شوند. - زمانیکه به بیمار وضعیت بدنی می دهید از تماس با سطوح فلزی اجتناب کنید. - از باز شدن بیش از حد مفاصل اجتناب کنید. - مددجو را به آرامی و نرمی حرکت داده و وضعیت بدنی اش را تنظیم نمائید.	

- قبل از انتقال/ دادن وضعیت بدنی به مددجو، میز عمل یا تخت را قفل نموده و تشک ها را ثابت نمایید.
 - میز عمل را بخوبی با پوشش نرم بپوشانید. برای پیشگیری از آسیبهای فشاری، از یک پوشش هوایی استاتیک، یا ژل پدسیلیکون تمام قد استفاده کنید.
 - از تجمع مایعات ، خون، مایع شستشو، ادرار و مدفوع در زیر بدن بیمار ممانعت کنید.
 - در حین دادن وضعیت بدنی، با ممانعت از در معرض دید قرار دادن غیرضروری بدن بیمار، حریم خصوصی و شان و منزلت مددجو را حفظ کنید.
 - معیارهای لازم برای ممانعت از هیپوترمی ناخواسته را به اجرا درآورید.
 - اگر وضعیت بدنی مددجو در وضعیت ترندلنبرگ یا ترندلنبرگ معکوس قرار داده می شود و یا سرتخت بالا آورده شده یا پایین برده می شود، باید چند ثانیه قبل از پرپ و درپ تلاش گردد که پوست بیمار در امتداد طبیعی قرار گیرد تا از ایجاد کشیدگی یا فشار غیر طبیعی بر سطح پوست در طول مدت جراحی ، ممانعت شود.
 - در موقع دادن وضعیت بدنی، بجای کشیدن یا سر دادن مددجو، آنرا بلند کنید.
 - پاهای مددجو را در وضعیت موازی و غیرمتقاطع قرار دهید.
 - سر را در امتداد ستون فقرات گردنی، پشتی و کمری حفظ نمایید.
 - محافظ های بدنی و بندهای نگهدارنده (کمر بند ایمنی) بایستی شل بسته شده و بالای میچ یا وسط ران حداقل دو اینچ بالاتر از زانو، حفظ شوند و با قرار دادن پتو بین نوار و پوست مددجو از فشار روی برجستگی های استخوانی ممانعت شود.
 - در نظر داشته باشید که هر چه طول مدت عمل جراحی طولانی تر شود، احتمال ایجاد زخمهای فشاری در مددجو بیشتر خواهد بود.
- مداخلات خاص برای وضعیت بدنی سوپاین (دور سال رکامینت):**
- کلیه برجستگی های استخوانی و نیز وسایل و تجهیزات لازم برای دادن وضعیت بدنی را با پوشش نرم بپوشانید.
 - یک تسمه ایمنی ۲ اینچ بالاتر از زانوها قرار دهید در حالیکه یک ملافه یا پتو بین تسمه و پوست بیمار قرار داده اید.
 - نواحی گودی کمری و پوپلیتئال را حمایت کنید.
 - یک بالش، یک تخته پای (فوت بورد) یا دونات را زیر پاشنه پا قرار دهید.
 - برای دادن وضعیت مناسب به بازوها روی تخته بازویی با پوشش نرم ، بایستی کف دست رو به بالا بوده و هم سطح با میز جراحی و تخته بازویی که در زاویه کمتر از ۹۰ درجه نسبت به بدن قرار داده می شود، (که برخی از منابع علمی پیشنهاد می کنند بازوها در زاویه کمتر از ۶۰ درجه نسبت به بدن قرار داده شوند)، قرار گیرد.
 - بازوها در طرفین بدن طوری قرار گیرند که کف دست در طرفین بدن و انگشتان در امتداد بدن قرار

گیرند. لبه های ملافه بایستی روی بازوها بطرف پایین آورده شوند و از طرفین زیر بیمار تا زده شوند. - در هنگام قرار دادن یک بیمار باردار در وضعیت بدنی سوپاین، یک ملافه لوله شده زیر پهلوی راست او قرار دهید. مداخلات خاص برای وضعیت بدنی پرون (انواع تعدیل شده: وضعیت زانو زدن، جک نایف، یا کریسک) - به تعداد کافی پرسنل برای غلتاندن بیمار بیهوش باید موجود باشد. - کلیه برجستگی های استخوانی و وسایل دادن وضعیت بدنی را با پوشش نرم بپوشانید. - بازوها و پاشنه ها نبایستی در تماس مستقیم با سطوح سخت قرار گرفته یا از لبه های میز عمل آویزان شوند. - بازوها در طرفین بیمار نگهداشته شده در حالیکه آرنج ها رو به بالا قرار گرفته اند تا بدین ترتیب فشار تشک روی عصب اولتار کاهش یابد. - در هنگام قرار دادن بازوهای بیمار روی تخته بازویی، بایستی آنها به آرامی و با حداقل میزان ابداکشن بالا و سپس جلو آورده شوند.	آموزش به بیمار
۱- اهمیت وضعیت بدنی مناسب در انجام پروسیجر جراحی را برای بیمار بازگو نمایند. ۲- به بیمار در مورد تاثیر وضعیت بدنی نا درست در ایجاد عوارض احتمالی توضیح داده و همکاری او را در دادن پوزیشن مناسب جلب نمایند. ۳- بیمار را آموزش دهید تا چنانچه در حین دادن وضعیت بدنی یا در حین عمل (در بیمار هوشیار) و در مرحله بعد از عمل جراحی احساس ناراحتی در قسمتی از بدن داشته یا علائم و نشانه های غیر طبیعی مشاهده نماید، در اسرع وقت تیم مراقبتی را مطلع سازد.	منابع مورد استفاده:
• Rothrock, J.C., McEwen, D.R., & Alexander, S.(2007). Care of the patient in surgery. 13th Edition".Chapter 2 .Patient and environmental safety. St Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 27-31. • Cantrell, S.W., Ward,C.S, Wan-Wichlin, S.A. (2007). Translating research on venous thromboembolism into practice. AORN. 86(4):590-602. • Ackley,B. J., & Ladwig, G. B.(2006). Nursing Diagnosis Handbook. St Louis, Missouri, Mosby. • Phipps,W. J., Monaham, F. D. Marek, S.J.K., Neighbors, J. F., & Green, M. (2003). Medical- surgical Nursing. : St Louis, Missouri: Mosby.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال آلودگی پوست و خطر عفونت محل جراحی در بیماران تحت عمل جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار اتاق عمل باید قادر باشد:	
۱- در اتاق عمل یک محدوده استریل ایجاد نموده و این محدوده را حفظ کند.	
۲- کلیه افراد درگیر در مداخلات جراحی را به رعایت تکنیک استریل در انجام مسئولیتهای حرفه ای مجاب نماید.	
۳- با اجرای اقدامات آسپتیک، در مراحل قبل، حین و بعد از عمل، خطر آلودگی پوست و عفونت محل جراحی را کاهش دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
الف- افراد اسکراب کرده باید در یک محدوده استریل فعالیت کنند.	
۱- قبل از پوشیدن گان و دستکش برای عمل جراحی، لازم است دستها را طبق دستورالعمل شستن دست، ضد عفونی کنید زیرا اینکار باعث کاهش تعداد میکروبیهای سطح پوست شده و انتقال میکروارگانیسم ها را کاهش می دهد.	
۲- توجه داشته باشید که پرسنل داخل محدوده استریل بایستی براساس دستورالعمل مربوط به " موارد احتیاط مبتنی بر انتقال آلودگی" و " اقدامات توصیه شده برای پوشش جراحی " پوشش لازم را داشته باشند. پوشیدن لباس اسکراب، کلاه ، ماسک، عینک محافظ، گان و دستکش استریل برای پیشگیری از انتقال میکروبی به محدوده استریل، موضع عمل و بیمار در حین انجام عمل جراحی و نیز کاهش خطر تماس با عوامل بیماریزای ناشی از تماس با خون و سایر مواد آلوده احتمالی الزامی است.	
۳- توجه داشته باشید که برای پیشگیری از آلودگی محدوده استریل، افراد اسکراب کرده بایستی گان و دستکش استریل را در یک منطقه استریل به دور از میز لوازم و تجهیزات جراحی بپوشند.	
۴- جنس پارچه گان عمل بایستی طبق دستورالعمل" توصیه های عملی برای انتخاب و کاربرد گانهای جراحی و پوشش ها" انتخاب شوند. گان جراحی بایستی سایز مناسب داشته بطوری که فرد اسکراب کرده را کاملاً بپوشاند. گانهای جراحی بایستی مانعی را ایجاد کنند که عبور میکروارگانیسم ها را از محدوده غیر استریل به محدوده استریل به حداقل برسانند.	
۵- سطح قدامی گان استریل از منطقه سینه تا سطح میز یا تخت جراحی، استریل در نظر گرفته می شود. منطقه استریل قسمت جلوی گان، تا محدوده استریل میز یا تخت جراحی امتداد دارد زیرا اکثر افراد اسکراب کرده در کنار تخت و یا میز استریل کار می کنند. آستین های گان از دو اینچ (5cm) بالای آرنج تا سر آستین دور تا دور استریل در نظر گرفته می شوند. گردن، شانه ها، زیر بغل ها، سر آستین ها و پشت گان نواحی غیر استریل محسوب شده لذا مانع موثری برای میکروبها بحساب نمی آیند. پشت گان بعلت اینکه نمی	

تواند بطور دائم کنترل شود، غیر استریل در نظر گرفته می شود. گان بایستی در سایز مناسب انتخاب شود بطوری که کاملاً در پشت بسته شود. آستین گان باید به اندازه کافی بلند باشد که از بیرون ماندن سر آستین از کاف (مچ) دستکش ها ممانعت شود.

۶- سر آستین ها را بایستی وقتی که دستهای شخص اسکراب کرده از آن عبور می کنند، آلوده در نظر بگیرید. سر آستین گان بایستی در زیر ناحیه کاف دستکش قرار گیرند. آستین گان نبایستی به بیرون از کاف دستکش کشیده شود بطوری که سر آستین ها از دستکش بیرون بیایند. آستین های گان بایستی طول کافی داشته و پشت و روی دست را بپوشاند بطوری که وقتی دستکش ها را می پوشیم، از تماس سر آستین گان با دستهای اسکراب شده ممانعت شود.

۷ - توجه داشته باشید که پرسنل اسکراب کرده بایستی بعد از پوشیدن دستکش ها، آنها را از نظر سالم بودن بخوبی بررسی کنند. دستکش سالم مانعی را ایجاد می کند که عبور میکروارگانیسم ها بین منطقه غیر استریل و منطقه استریل را به حداقل می رساند. زمانیکه برای کاهش احتمال تماس دست با خون و مایعات بدن، پوشیدن دو جفت دستکش لازم است، بایستی خط مشی ها و دستورالعمل های موسسه در این مورد به دقت دنبال شوند.

۸- توجه داشته باشید که دستکش های استریلی که آلوده می شوند، بایستی هر چه سریعتر تعویض شوند. روش ارجح برای تعویض دستکش ها " پوشاندن دستکش توسط همکار " است. در این روش شخصی از افراد تیم استریل در پوشاندن دستکش به فرد تعویض کننده دستکش کمک می کند. با این شیوه، افراد تیم استریل موقعی که دستکش را برای دست فرد دیگر آماده می کنند، فقط با بیرون دستکش جدید تماس دارند، اگر انجام این روش ممکن نباشد، دستکش آلوده بایستی به روش " پوشیدن دستکش باز " تعویض شود و چنانچه تعویض دستکش بعلت احتمال وقفه در پروسیجر جراحی در آن لحظه مقدور نباشد، یک دستکش جدید روی دستکش آلوده و یا آسیب دیده پوشیده می شود تا زمان مناسبی برای تعویض دستکش فراهم شود.

ب- برای ایجاد یک حریم استریل، بایستی از پوشش های استریل استفاده شود.

۱- پوشش های جراحی را باید براساس دستورالعمل " انتخاب و استفاده از گان و پوشش های استریل " انتخاب کنید. پوششهای جراحی، یک مانع ضد عفونت را در مقابل عبور میکروارگانیسمها از محدوده غیر استریل به محدوده استریل فراهم می کنند.

۲- برای ممانعت از انتقال میکروارگانیسم ها از منطقه غیر استریل به منطقه استریل، بایستی روی بیمار، اثاثیه و تجهیزاتی که در محدوده استریل وارد می شوند را با پوشش های استریل بپوشانید.

۳- پوشش های استریل را بایستی تا حد امکان کوچک تهیه کنید. جابجایی سریع پوشش ها، باعث ایجاد جریان هوا می شود که در آن گرد و غبار، پرز، و سایر ذرات ممکنست پراکنده شود.

۴- پوشش ها بایستی بصورت جمع شده در بالای تخت عمل نگهداشته شده و از موضع عمل تا مناطق اطراف روی منطقه قرار داده شوند بطوریکه آلودگی موضع عمل را به حداقل برسانند. برخی از پروسیجرها ممکنست به روشهای خاص پوشاندن نیاز داشته باشند (مثل روش پوشش دادن اندامهای انتهایی برای اعمال

جراحی ارتوپدی).

۵- در حین پوشش دادن محل عمل، دستهای دستکش پوشیده را بایستی با پیچیدن ملافه روی دست دستکش دار، محافظت کنید تا احتمال برخورد با محیط غیر استریل و آلودگی کاهش یابد.

۶- قسمت پوشش جراحی که محدوده استریل را ایجاد می کند، نبایستی بعد از قرار داده شدن، جابجا شود. حرکت دادن یا جابجا کردن پوشش محل عمل می تواند در استریل ماندن موضع عمل تردید ایجاد نماید.

پ- کلیه وسایلی که در محدوده استریل مورد استفاده قرار می گیرند بایستی استریل باشند:

۱- برای کسب اطمینان از اینکه فقط وسایل استریل در موضع استریل عرضه می شوند، کلیه وسایل را بایستی قبل از ارائه شدن به محدوده استریل از نظر بسته بندی، آماده سازی و مهر و موم شدن مناسب، سالم بودن پوشش بسته بندی و داشتن برجسب شاخص استریلیزاسیون بازبینی کنید. شاخص ها بایستی از نظر تغییر رنگ مناسب بدنبال فرآیند استریل کردن مورد مشاهده قرار گیرند. بسته استریل باید قبل از باز کردن بسته بندی و ارائه محتویات آن به محدوده استریل از نظر تاریخ انقضاء مصرف کنترل شود. وسایل تاریخ منقضی شده نبایستی مورد استفاده قرار گیرند.

توجه: یک سیستم استریل کردن event – related بایستی بکار رود. این سیستم براساس این مفهوم که " استریل بودن در طول زمان تغییر نمی کند اما ممکنست بوسیله اتفاقات یا شرایط خاص محیطی مخدوش گردد، طراحی شده است. " Shelf life اشاره دارد بر زمانی که یک وسیله استریل ممکنست در قفسه مانده و هنوز هم استریل بودن خود را حفظ کند. Shelf life تحت تاثیر عواملی قرار دارد مثل: نوع بسته بندی بکار رفته، شرایط نگهداری (مانند باز یا بسته بودن درب قفسه ها) ، رطوبت، درجه حرارت، شرایط نقل و انتقال، کاربرد روکش برای ممانعت از نشستن گرد و غبار، و تعداد دفعاتی که آن بسته دستکاری می شود. معیارهای Spaulding برای تعیین احتمال انتقال عوامل عفونت را بکار برده می شود. در این طبقه بندی، وسایلی که با سیستم عروقی عصبی و یا بافتهای استریل در تماس می باشند، بیشترین خطر عفونت را به خود اختصاص داده و بعنوان وسایل حساس طبقه بندی می شوند.

۲- مواد بسته بندی شده بایستی معیارهای دستورالعمل " انتخاب و استفاده از سیستم های بسته بندی " را داشته باشند.

۳- روشهای استریل کردن، Shelf life، event – related و میزان دستکاری وسایل استریل بایستی براساس دستورالعمل " استریل کردن" انجام گیرد. استریل کردن، بالاترین سطح اطمینان را برای اینکه وسایل جراحی عاری از میکروبهای قادر به زندگی هستند، فراهم می کند. ضد عفونی با کیفیت بالا، خطر آلودگی میکروبی را کاهش داده ولی نمی تواند همان اطمینانی را که در استریل کردن وجود دارد، فراهم کند.

ت- کلیه وسایلی که به محدوده استریل عرضه می شوند، بایستی با روشهایی که استریلیته و سلامت آنها را حفظ می کنند، باز شده، توزیع گردیده و انتقال یابند.

۱- کلیه پروسیجرهای جراحی مهاجم بایستی با استفاده از اسبابهای جراحی و تجهیزات استریل انجام شده و تیم جراحی در تمام بیماران جراحی، تکنیک آسپتیک را بکار ببرند. غشاهای مخاطی دهان، سیستم ادراری و

سیستم روده ای تا زمانیکه سالم هستند، سد های دفاعی موثری در مقابل باکتریها هستند اما پروسیجرهای گوش و بینی و حلق، برداشتن هموروئید و سایر پروسیجرهای مهاجم، تمامیت سدهای مخاطی را تخریب می کنند. فلور طبیعی که در این نواحی یافت می شود، برای فرد عفونت زا نبوده ولی زمانی که به وسیله اسبابهای جراحی به سایر بافتها انتقال می یابند ایجاد آلودگی می کنند. عفونتهای جراحی اکتسابی از مراقبتهای سلامت، یک عامل برای مرگ و میر و معلولیت در امریکا محسوب می شوند. دنبال کردن اصول آسپسیس زیر بنایی برای پیشگیری از عفونت موضع عمل بوده و نبایستی هرگز برای صرفه جویی در زمان و هزینه در انجام آن کوتاهی شود. برای هر بیمار جراحی، بایستی یک محدوده استریل فراهم شود.

۲- برای پیشگیری از آلودگی ناشی از عبور دست غیراستریل از روی قسمت باز شده یک بسته حاوی وسیله استریل، هر یک از گوشه های طرفی بسته استریل را با دست همان سمت گشوده و در آخر گوشه نزدیک به خود را باز کنید.

۳- کلیه گوشه های تا شده بایستی در موقع ارائه وسیله استریل به فضای استریل با دست جمع و نگذاشته شوند. اینکار از آلوده شدن محدوده استریل یا وسایل استریل ممانعت می کند.

۴- وسایل استریل را بایستی به افراد دست شسته تحویل دهید و یا با دقت روی محدوده استریل قرار داده شوند. وسایلی که به یک محدوده استریل پرت می شوند، ممکنست پوشش استریل را سوراخ کرده یا باعث شود که سایر وسایل جابجا شده و منجر به آلوده شدن محیط استریل شوند.

۵- وسایل نوک تیز و سنگین بایستی به افراد اسکراب کرده تحویل داده شده یا روی یک میز جداگانه باز شوند. چنین اشیاء سنگینی اگر به محدوده استریل پرت شوند، ممکن است ضمن به هم زدن سکوت و آرامش اتاق عمل، پوشش های استریل را سوراخ کنند.

۶- وسایل باز شده را بایستی به افراد اسکراب کرده تحویل دهید تا از آلودگی محتوای بسته ممانعت گردد. گوشه های بسته باز شده، ممکن است در حین انتقال روی میز عمل دوباره روی وسیله استریل برگشته و محتوای بسته از روی گوشه غیر استریل عبور کند و باعث آلوده شدن محتوای بسته شود.

۷- ست های محتوی وسایل خشن را بایستی روی یک سطح جداگانه باز کنید و شاخص بیرونی را بایستی از نظر تغییر رنگ مناسب چک کنید. مهر و موم ها بایستی از نظر امنیت مشاهده شوند و قبل از مصرف مشخص شود که پوشش کاملاً سالم می باشد.

۵- کلیه وسایل بایستی به روشی به محدوده جراحی ارائه شوند که از آوردن اشیاء یا دست افراد غیر استریل روی محدوده استریل ممانعت شود. پوست منبع باکتریها و شوره می باشد و لذا وقتی وسایل از فضای غیر استریل به ناحیه استریل داده می شوند، حفظ فاصله از محدوده استریل می تواند احتمال آلوده شدن را کاهش دهد.

۶- زمانیکه محلولها توسط پرستار سیرکولار ارائه می شوند، ظرفی که روی میز استریل محلول در آن ریخته خواهد شد بایستی نزدیک لبه میز گذاشته شده یا توسط فرد اسکراب کرده نگهداشته شوند. تمام محتوای ظرف بایستی به آهستگی جاری شود تا از پاشیدن آن اجتناب شود. پاشیده شدن می تواند باعث

برخورد قطرات به سطوح غیر استریل و پاشیدن مجدد آن روی محدوده استریل شود. گذاشتن ظرف محلول در نزدیکی لبه میز استریل به افراد اسکراب این امکان را می دهد که محلول را بدون ایجاد آلودگی در محدوده استریل در ظرف بریزند. هر گونه مایعات باقیمانده بایستی دور ریخته شوند. لبه ظرف حاوی محلول بعد از اینکه محتوای آن ریخته شد، آلوده در نظر گرفته می شود. مصرف مجدد محلولهای باز شده ممکنست در حین برخورد قطرات به نواحی غیر استریل، آلوده شده و لذا به داخل ظرف جاری شده و محتوای آنرا آلوده کند.

۷- داروها بایستی به روش استریل به محدوده استریل داده شوند به منظور ریختن دارو، استاپرها نبایستی از ویا لهای دارویی برداشته شوند بلکه بهتر است از وسایل انتقال دارو به شیوه استریل مثل کشیدن دارو با سرنگ استفاده شود.

ث- محدوده استریل بایستی همواره استریل نگهداشته شده و بطور مستمر مورد بررسی قرار گیرند.

۱- میز استریل را بایستی در محلی که بکار برده خواهد شد، آماده کنید زیرا حرکت دادن میزها، باعث جریان یافتن هوا شده و می تواند محدوده استریل را آلوده کند.

۲- تجهیزات استریل را بایستی فقط برای یک بیمار باز کنید زیرا باز کردن بسته های متعدد در یک اتاق بطور همزمان خطر عفونت متقاطع را افزایش می دهد.

۳- در هر اتاق عمل یک بیمار می تواند وجود داشته باشد. عملهای جراحی که همزمان روی دو بیمار در یک اتاق عمل انجام می گیرند، ممکنست بیماران را در معرض مخاطرات متنوعی قرار داده و خطر آلودگی را بیشتر کنند. انتقال بیماریهای عفونی ممکنست بوسیله ذرات معلق در هوا، تماس و پاشیدن قطرات انجام گیرد. در صورتیکه دو محدوده استریل دو تیم جراحی و دو زخم باز جراحی در یک اتاق وجود داشته باشد، خطر آلودگی متقاطع بطور قابل توجهی افزایش می یابد. برای حرکت در اطراف محدوده استریل، پرسنل غیر استریل (مانند پرستار سیرکولر) بایستی حداقل ۱۲ اینچ (30 cm) فاصله از فضاهای استریل را حفظ کنند.

۴- محدوده استریل بایستی تا حد امکان نزدیک به زمان استفاده از آن آماده شود. با طولانی شدن زمان احتمال آلودگی بیشتر می شود زیرا گرد و غبار و سایر ذرات موجود در محیط اطراف روی سطوح افقی می نشینند.

هنگامی که درب اتاق باز می شود، ذرات ریز با حرکت پرسنل ممکنست در هوا پراکنده شده و روی وسایل استریل بنشینند. محیط اتاق عمل می تواند بوسیله سایر ناقلین بیماری مانند پشه ها آلوده شود که می تواند با سطوح استریل باز شده تماس پیدا کنند. این عوامل آلوده کننده ممکن است دور از نظر باشند مگر اینکه محدوده استریل به دقت تحت بررسی باشد. زمان مشخصی که یک فضای استریل می تواند بدون استفاده باز بماند و باز هم استریل در نظر گرفته شود وجود ندارد. استریل بودن یک فضای استریل بستگی به شرایط دارد. یک محدوده باز استریل نیازمند مشاهدات مستمر می باشد. با مشاهده مستقیم امکان تشخیص عوامل آلوده کننده زیاد است.

۵- محدوده استریل نبایستی پوشانده شود. هر چند مطالعات تحقیقی برای این مسئله وجود ندارد، ولی برداشتن

پوشش میز استریل ممکنست باعث شود که قسمتهایی از پوشش که در قسمت پایینتر سطوح استریل هستند، روی سطح میز کشیده شده و یا جریان هوا، میکروارگانیسم ها را از نواحی غیر استریل به سمت نواحی استریل به حرکت درآورد.

۶- مکالمات در حریم استریل بایستی محدود شود تا انتشار قطرات در هوا کمتر شود. هوا حاوی میکروارگانیسم هایی است که روی ذرات معلق هوا مانند قطرات منتشر شده از سیستم تنفسی قرار می گیرند. سر منشاء اولیه باکتریهای معلق در هوا، پرسنل مراقبت سلامت می باشند.

۷- تجهیزات جراحی (مانند کابل ها و لوله ها) را بایستی با وسایل مناسب روی محدوده استریل تثبیت کنید. اسبابهای نافذ (که پوشش موضع عمل را سوراخ کنند) مدخلی را برای ورود خروج میکروارگانیسم ها، خون و سایر مایعات آلوده کننده از سطح غیر استریل به منطقه استریل ایجاد می کنند لذا برای اینکار مناسب نمی باشند.

۸- تجهیزات غیر استریل مانند میز میو، میکروسکوپ، C-arm، را بایستی قبل از اینکه به محیط استریل آورید با یک پوشش استریل بپوشانید. فقط وسایل استریل بایستی در تماس با محدوده استریل باشند. تجهیزات بایستی با پوشش های محافظی که شیء مورد نظر را از بالا، پایین و اطراف بپوشاند، پوشش داده شوند. پوشش های استریل همچنین بایستی روی میز میو، و سایر تجهیزاتی که وارد محدوده استریل خواهند شد قرار داده شوند.

ج- کلیه پرسنلی که درون یا اطراف یک محدوده استریل حرکت می کنند بایستی بگونه ای رفتار کنند که حریم استریل را حفظ نمایند.

۱- پرسنل اسکراب کرده بایستی نزدیک به محدوده استریل باقی بمانند. رفتن به خارج از محدوده فضای استریل یا ترک کردن اتاق عمل، احتمال آلودگی را افزایش می دهد. استفاده از یک سیستم بسته برای استریل کردن (flash sterilization) و انتقال وسایل، نیاز به خروج افراد اسکراب از محدوده استریل به بیرون از اتاق عمل برای آوردن وسایل را کاهش می دهد.

پرسنل اسکراب کرده نبایستی در هنگام عبور از آلودگی با اشعه x محیط استریل را ترک کنند. برای پرسنلی که نمی توانند اتاق را ترک کنند یا کسانی که نمی توانند حداقل ۶ فوت دورتر از منبع تشعشع قرار گیرند بایستی تجهیزات محافظتی به منظور کاهش تماس با اشعه فراهم شود.

۲- افراد اسکراب کرده بایستی برای جلوگیری از آلودگی از فضای استریل به فضای استریل دیگر حرکت کنند. چنانچه لازم است وضعیت خود را تغییر دهند لازم است پشت به پشت فرد اسکراب دیگر جابجا شوند. جابجا شدن روبه رو تنها زمانی صحیح می باشد که فاصله کافی وجود داشته باشد.

۳- پرسنل اسکراب نکرده، در تمام اقدامات، باید رو به محدوده استریل حرکت کنند. بین دو فضای استریل راه نروند و به ضرورت حفظ فاصله از محدوده استریل واقف باشند تا احتمال آلودگی اتفاقی فضای استریل کاهش یابد.

۴- پرسنل اسکراب کرده همواره بایستی دستها و بازوهای خود را بالاتر از سطح آرنج نگهدارند. دستها

بایستی جلوی بدن بالای سطح آرنج باشند بطوری که جلوی دید باشند. اگر دستها و بازوها در سطح پایین تر از آرنج قرار گیرند باعث آلودگی خواهد شد. از قرار دادن دستها در زیر بغل باید اجتناب شود. این نواحی آلوده بوده و باعث آلودگی دستکش ها می شوند. گان در ناحیه زیر بغل ممکنست مرطوب شده و بنابراین مانع موثری در مقابل میکروبها محسوب نخواهد شد. ۵- پرسنل اسکراب کرده بایستی از تغییر سطح خودداری کرده و در تمام مدت عمل در یک سطح کار کنند و تنها زمانی که کل پروسیجر جراحی در حالت نشسته انجام خواهد شد می توانند بنشینند. در موقع تغییر سطح، امکان دارد نواحی غیر استریل گان با میز جراحی برخورد نماید. ۶- تعداد و حرکت افراد درگیر در پروسیجر جراحی بایستی به حداقل برسد. با فعالیت، حرکت باکتریها افزایش می یابد. جریان هوا می تواند ذرات آلوده را از بیمار، پرسنل و پوشش های جراحی بلند کرده و آنها را در فضای استریل منتشر کند. ۷- اگر اختلالی در تکنیک استریل رخ دهد لازم است بلافاصله اصلاح شود مگر اینکه بیمار در خطر باشد. در آن صورت در اولین فرصت ممکن و با حفظ ایمنی بیمار باید نسبت به اصلاح مورد اقدام شود. ۸- زمانیکه اختلالی رخ داده و نمی توان آن را اصلاح کرد، سازمان باید تصمیم بگیرد که مورد چگونه باید گزارش و ثبت شود. ۹- دستورالعمل و خط مشی مربوط به حفظ حریم استریل باید بصورت دوره ای مرور شده و در صورت لزوم بازنگری گردیده و در اختیار پرسنل قرار گیرد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- در صورت انجام پروسیجر جراحی تحت بی حسی موضعی ، بهتر است به بیمار در مورد اهمیت و ضرورت همکاری با تیم جراحی و خودداری از حرکات اضافی در حین عمل که منجر به از بین رفتن وضعیت استریل میز و تخت عمل می شود توضیحات کافی بدهید. ۲- در صورت ضرورت برای بی حرکت کردن دستهای بیمار(در افراد ناآرام) ، دلیل این امر را به بیمار توضیح دهید. ۳- به بیمار در مرحله قبل از عمل، آموزش های لازم در مورد به حداقل رساندن مکالمه در اتاق عمل را بدهید.	
منابع مورد استفاده:	
- لطفی، مژگان. انتظار، صمد. راهنمای جامع پرستاری اتاق عمل. تهران: جامعه نگر: نشر سالمی. ۱۳۸۲. - Emmerson, A., Enston, J. Griffin, M. (1995). The second national prevalence survey of infection in hospitals: overview of the results. J Hosp Infect Control. 1995; 32: 175-190. - Emmerson, A., Enston, J. Griffin, M. (2000). Socioeconomic burden of hospital acquired infection. London: Public laborartory Service. - Barret t, R. Stevens, J. Taranter, J. (2003-2004). A shelf-life trial: Examining the efficacy of event related sterility principles and its implications for nursing practice.	

Australian Journal of Advanced Nursing.21:8-12.

-Belkin, N. (2002).Barrier Drapes and their impact on surgical site infections. Infection Control Today.

- Woodhead, K. Wicker, P.A. (2005). Textbook of preoperative Care .Chapter 7: Infection control .philadelphia: Elsevier Churchill livingstone. 81-86.

- Boark, J. (2003). Guidelines for maintaining the sterile field .Infection Control Today. 14-16.

- Saunders, S. (2004). Practical measures to ensure health and safety in theaters .Nursing Times.32-35.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز عفونت در محل جراحی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱- مراقبتهای پیشگیرانه را به گونه ای طراحی و اجرا نماید که بیمار عاری از نشانه های عفونت بعد از عمل باشد.	
۲- مراقبتهای لازم از محل مستعد عفونت را با بکارگیری آخرین شواهد علمی انجام دهد.	
۳- درمان آنتی بیوتیکی پروفیلاکتیک را در بیماران جراحی بر اساس راهنمای بالینی بجا و بموقع اجرا نماید.	
۴- بررسی و مشاهدات دقیقی از بیماران جراحی بعمل آورده و علائم و نشانه های عفونت موضع عمل را در بیماران تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- از برنامه های ملی ارتقاء کیفیت جراحی (نتیجه مطالعات : کاهش ۲۷% در مرگ و میر مربوط به جراحی در بیماران) استفاده کنید.	
۲- بیمارستانها باید بطور فعال در برنامه های کمیته های کنترل عفونت و برنامه های ملی ارتقاء کیفیت جراحی(نتیجه مطالعات : کاهش ۴۴% در میزان عفونتهای ناشی از تجهیزات پزشکی و موضع عمل) مشارکت کنند.	
۳- از وسایل و اسبابهای جراحی استریل استفاده کنید.	
۴- وضعیت استریل را در محدوده جراحی (طبق راهنمای بالینی مربوطه) حفظ کنید.	
۵- موضع عمل را با استفاده از محلولهای ضد عفونی کننده مناسب و با کاربرد تکنیک مناسب، ضد عفونی کنید.	
۶- موهای موضع عمل را به جای تراشیدن آنها، بزدانید.	
۷- دمای مناسب را در بیماران با اعمال جراحی کولورکتال حفظ کنید.	
۸- آنتی بیوتیکهای تزریقی پروفیلاکتیک را قبل از شروع پروسیجر جراحی (۶۰ دقیقه قبل از انجام برش	

جراحی) تجویز کنید.

۹- دستورات دارویی باید از پزشک معالج اخذ و آنتی بیوتیکهای پیشگیری کننده توسط تیم مراقبت قبل از عمل، تجویز گردد.

۱۰- زمان تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک را با در نظر گرفتن زمان تقریبی بین اعزام بیمار به اتاق عمل تا شروع برش جراحی تعیین کنید که به نظر می رسد بهترین زمان برای تزریق ۳۰-۲۰ دقیقه قبل از انتقال بیمار از واحد قبل از عمل به اتاق عمل می باشد.

۱۱- در بیماران دارای پروسیجر جراحی قلب و بیمارانی که لازم است به مدت طولانی آماده سازی پوست موضع عمل داشته باشند (اعمال جراحی ارتوپدی و ...) زمان تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک باید با در نظر گرفتن مدت آماده سازی پوست ، دیر تر از سایر بیماران تنظیم گردد.

۱۲- در بیماران دارای پروسیجر جراحی قلب زمان ایده آل برای تزریق، زمانی است که تیم بیهوشی کاتتر شریان ریوی را وارد می کند.

۱۳- در بیمارانی که از فلوروکینولونها و وانکومایسین بعنوان آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک استفاده می شود، انفوزیون دارو بایستی ۱۲۰ دقیقه قبل از زمان شروع برش جراحی باشد بطوری که انفوزیون دارو در عرض ۶۰ دقیقه صورت گیرد (یعنی زمان اتمام انفوزیون حدود ۶۰ دقیقه قبل از برش جراحی باشد) لذا تیم مراقبتی محل نگهداری بیمار قبل از عمل لازم است تزریق این داروها را در بیماران دارای عمل جراحی قلب درست در زمان تحویل بیمار به این واحد آغاز نمایند.

۱۴- آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک مناسب را انتخاب کنید.

۱۵- مصرف آنتی بیوتیک را در عرض ۲۴ ساعت بعد از اعمال جراحی غیر قلبی و ۴۸ ساعت بعد از اعمال جراحی قلبی قطع نمایید.

۱۶- از اینکه غلظت باکتریسیدال آنتی بیوتیک تجویز شده در سرم و بافتها تا چند ساعت بعد از بستن محل برش جراحی محفوظ می باشد، اطمینان کسب کنید.

۱۷- سطح گلوکز سرم را در بیماران دارای عمل جراحی بزرگ قلب و سایر اعمال جراحی بزرگ (که باید در حد پایین تر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر حفظ شود) در مراحل قبل، حین و بعد از عمل جراحی (ساعت ۶ صبح روز بعد از عمل) اندازه گیری و کنترل کنید.

۱۸- عفونت زخم جراحی را در مرحله بعد از عمل تشخیص دهید.

۱۹- دمای طبیعی بدن را در طول دوره جراحی (قبل، حین و بعد از عمل) در بیماران دارای جراحی های بزرگ که نیازی به کاهش دمای بدن ندارند، حفظ کنید.

۲۰- در اعمال جراحی طولانی (بیش از ۴ ساعت)، و در مواردی که بیمار خون زیادی از دست می دهد تجویز دارو را هر ۳ ساعت تکرار کنید مگر اینکه منع مصرفی وجود داشته باشد.

۲۱- در بیماران با وزن معادل یا بیش از ۸۰ کیلو گرم ، دوز های بالاتری از دارو مورد استفاده قرار می گیرد.

۲۲- کنترل دقیق موضع عمل را بعد از عمل به منظور تشخیص علائم و نشانه های موضعی عفونت موضع عمل

مانند گرمی، قرمزی و ترشح، در برنامه مراقبتهای خود قرار دهید.	
۲۳- دمای بدن را در فواصل زمانی هر ۴ ساعت با توجه ویژه به بیماران نوتروپنیک ارزیابی و دمای بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد یا سه نوبت دمای بالای ۳۸ درجه در ۲۴ ساعت را به پزشک معالج گزارش کنید.	
۲۴- به نتایج آزمایشات به ویژه شمارش سلولهای خونی، پروتئین سرم، آلبومین سرم و نتایج کشت، توجه کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- در مورد علت و اهمیت آماده سازی پوست و زودن موها از موضع عمل، به بیمار آموزش دهید.	
۲- در مورد اهمیت انجام استحمام قبل از عمل، به بیمار آموزش دهید.	
۳- در مورد علت تجویز دارو در مرحله قبل از عمل و اهمیت انجام این کار، به بیمار آموزش دهید.	
۴- در مورد اهمیت اطلاع دادن به تیم مراقبتی در مورد سوابق آلرژیک به ویژه نسبت به گروههای دارویی آنتی بیوتیکها، به بیمار آموزش دهید.	
۵- در مورد اهمیت و علت انجام بررسی های مکرر موضع عمل و علائم و نشانه های عفونت موضعی و سیستمیک، به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
مستند سازی رویدادها در اتاق عمل.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
از پرستاران اتاق عمل انتظار می رود که بتوانند:	
۱- اهمیت ثبت گزارشات طبی را درک نموده و در انجام فعالیتهای روزانه، مستند سازی دقیق و مطابق با اصول علمی را بر اساس شواهد علمی انجام دهند.	
۲- پرونده طبی بیماران ارجاع شده به اتاق عمل و گزارشات طبی را به گونه ای مستند سازی نمایند که عاری از ابهام، نقص اطلاعاتی یا نگارش نادرست باشد.	
۳- در موارد لزوم، مستندات صحیح و قابل اعتمادی را برای مراجع قانونی ارائه نمایند.	
۴- با ثبت دقیق گزارشات مورد نیاز، مستندات طبی بیمار را به مرجعی مناسب و موثق برای پی گیری مراقبتها در هر زمان و توسط هر فردی از اعضاء تیم مراقبتهای سلامت مبدل نمایند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
استاندارد مراقبتی ایجاب می کند که گزارشات، حاوی تاریخچه و یافته های یک معاینه جسمی اولیه، بررسی پرستاری، اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت، آزمونهای تشخیصی انجام شده روی بیمار و نتایج آنها، دستورات درمانی همراه با تایید اجرای آنها باشد. در طی پروسیجر جراحی، تیم بیهوشی و پرسنل سیرکولار، مراقبت ارائه شده به بیمار را ثبت و مستند سازی می کنند. این گزارشات جراحی، بخش ماندگاری از پرونده بیماران می شوند. هوشبرها، داروهای بیهوشی را تعیین و تجویز نموده هوشیاری بیمار را ارزیابی می کنند و اطلاعاتی را که شامل طبقه بندی و الگوی بیهوشی داده شده می باشد، ثبت می کنند. بعلاوه، گزارش بیهوشی شامل: قرار دادن	

دستگاههای ارزیابی کننده مانند الکترودهای الکتروکاردیوگرام، کاف فشارسنج و اکسی متری و پروب های درجه حرارت می باشد. پرستار سیرکولار مسئول ثبت و حفظ گزارش جراحی می باشد که شامل موارد ذیل هستند :

۱- تشخیص قبل از عمل.

۲- زمانی را که بیمار به اتاق عمل وارد شده یا از آن خارج می شود.

۳- زمانهای شروع و خاتمه عمل جراحی و نام دقیق پروسیجر جراحی .

۴- موارد بکار رفته در پانسمان ، کاتترها و مواد مربوط به گچ گیری.

منابع مورد استفاده:

- 1- Treat Guide l Med Lett. (2004). Antimicrobial prophylaxis for surgery.2:27-32.
- 2- Bratzler, DW. Houck, PM. (2004). Surgical infection prevention guidelines writers work group.”Anti microbial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project”. Clinical Infection Disease. 38: 1706-1715.
- 3- Mangram, A.J. Horan, T.C. Pearson, ML.Silver, and LC.Jarvic, W.R. (1999).Guideline for prevention of surgical site prevention: hospital infection control practices advisory committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 20: 250-278
- 4- FMQI (Florida s Medicare Qity Imprven Organization). (2006).Surgical care improvement project. Accessed: November 7.2006.p:2.
- 5- Rothrock, Jane C. McEwen, Donna R. (2007). “Alexanders Care of the patient in surgery. Thirteen edition”. Chapter 3. Infection prevention and control in the perioperative setting. St Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 2007: 52-44.
- 6- Ladwig.Gai B. Ackley, Betty J. (2006). Mosby s guide to nursing diagnosis. : St Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 551-558
- 7- Gaynes, RP.Culver, DH. Horan, TC. Edwards.JR. Richards, C, Tolson, Js. (2001).Surgical site infection rates in the United State 1992-1998: the National Nasocomial Infections Surveillance System Basic SSI risk index. Clinical Infection Disease; 33(supl 2): S69-S77.

- 8- Mangram, AJ.Horan, TC. Pearson, ML.Silver, LC.Jarvis, WR. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection.1999: Hospital infection control practices advisory committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999; 20:250-278.
- 9- Albers, BA.Patka, P.Harrman, HJ.Kostense, PJ. (1994). Cost effectiveness of preventive antibiotic administration for lowering risk of infection by 25/0% in German. Unfallchirurg. 1994; 97: 625-628.
- 10- Kjonniksen, I. Andersen, BM. Sondenna, VG.Segadal, L. (2002).Preoperative hair removal a systematic literature review. AORN J. 75: 928-940.
- 11- Bratzler, DW.Huck, PM. (2004). Surgical infection prevention guidelines Writers Work Group.Et al.Anti microbial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clin Infect Dis. 38: 1706-1715.
- 12- White, Anne.Schneider, Todd. (2007).Improving compliance with prophylactic antibiotic administration guidelines.AORN J.85 (1).