

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اقدامات عمومی در پرستاری

واحد آموزش بیمارستان آیت الله مدنی بجنجان

فهرست

۲	مراقبت عمومی ارزیابی سطح فعالیت
۲	عدم تحمل فعالیت
۴	بررسی قلب و عروق
۴	کاهش برون ده قلبی
۶	بررسی وضعیت تنفس
۶	احتمال آسیب‌رسانی
۷	اختلال در تنفس
۹	بررسی وضعیت حرکتی
۹	اختلال در تحرک جسمانی
۱۱	بررسی و کنترل جذب و دفع
۱۱	کاهش و یا افزایش حجم مایعات
۱۳	بررسی وضعیت و کنترل درجه حرارت
۱۳	اختلال درجه حرارت
۱۵	اقدامات عمومی در سرمازدگی
۱۵	کاهش درجه حرارت
۱۷	اقدامات عمومی در گرم‌زدگی
۱۷	افزایش درجه حرارت
۱۹	مراقبت های عمومی در مسمومیت با مواد مخدر
۱۹	قرار داشتن در معرض خطر مسمومیت
۲۲	احتمال آسیب به سیستم قلبی و عروقی ، عصبی مرکزی ، کلیه ، غدد درون ریز ، گوارش و پوست
۲۳	مراقبت از مو
۲۳	ناتوانی در رعایت بهداشت فردی (مراقبت از مو)

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 تپش قلب و هر گونه تغییر در علائم حیاتی هنگام انجام فعالیت ، مورد بررسی قرار دهد .	
۴ . اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی فعالیتی مؤثر 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 ۱۵ - ۱۰ 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 کاتتر ها ، ترس از باز شدن بخیه ها) .	
۴ . بیمار را تشویق به فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید .	
۵ . سر و صدا و فعالیت محیطی را به حداقل برسانید .	
۶ . مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که استراحت بیمار را بر هم 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 می شود 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 می شود 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 ۱۲۰ - ۹۰ 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 ۲ - ۱ ساعت تغییر پوزیشن دهد و از تنفس عمیق و سرفه استفاده نماید .

۱۴. از بیمار بخواهید که هنگام سرفه کردن بنشیند .

۱۵. در صورت نداشتن منع ، سر تخت را بالا آورید .

۱۶. درد بیمار را کاهش دهید .

۱۷. اقداماتی در جهت کاهش تهوع و استفراغ برای بیمار فراهم کنید .

۱۸. هنگام تحرک از پانسمان ، لوله و کاتتر های بیمار مراقبت کامل به عمل آورید .

۱۹. از همراهان برای حرکت در آوردن 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 تونیسیتة عضلانی ، تمرینات ورزشی را در دامنه حرکتی مفصل به صورت فعال یا غیر فعال 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 دارو های شل کننده عضلانی ، مسکن ها و دارو های 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 هر گونه 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 .

Problem Definition	بیان مشکل
	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 استرسورهای 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 مخدر و وازودیلاتورها • ریتم های غیر طبیعی قلب • دیلاتاسیون و یا هیپرتروفی بطن ها ، ناتوانی قلب در بکارگیری مکانیزم های جبرانی • ایست قلبی
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد : ۱. هر گونه 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 .
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. ارزیابی اولیه از مددجوی مبتلا به کاهش برون ده قلبی انجام دهید : ✓ تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید . ✓ معاینات کامل بالینی را انجام دهید .

۲. 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 ۱۰ - ۵ 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 نبض های 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 .

۳. نوار قلب بیمار را توسط مانیتورینگ مداوم کنترل و آریتمی را گزارش نمایید .

۴. عکس سینه را کنترل و یافته هایی نظیر کاردیومگالی ، افیوژن پلور و ادم ریه را گزارش نمایید .

۵. اقداماتی در جهت کاهش بار قلب بکار برید از جمله بیمار را در وضعیت نشسته و نیمه نشسته قرار دهید .

۶. در صورت لزوم پای بیمار را از تخت آویزان کنید .

۷. به بیمار توصیه کنید از انجام مانور والسالوا خودداری نماید . استراحت جسمی و روانی برای بیمار بکار ببرید .

۸. بیمار را به مصرف غذا در حجم کم و متناوب تشویق کنید .

۹. از بیمار بخواهید که غذا و مایعات حاوی کافئین را مصرف ننماید .

۱۰. 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 مسکن های 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 ببرید .

۱۶. علائم حیاتی را کنترل نمایید .

۱۷. جذب و دفع را کنترل نمایید .

Patient Education

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 .

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 وضعیت هایی 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 مانورهایی 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 سگته 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 ...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بایستی قادر باشد : ۱. هر گونه اختلال تنفسی را به موقع تشخیص 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 . 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 . 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) . ۴. مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید تا تبادل هوا به حداکثر برسد مانند : نیمه نشسته ، کاملاً نشسته . 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 . داروهایی نظیر برونکودیلاتور و کورتیکو استروئیدها را طبق دستور ، تجویز کنید .
۱۷ . در صورت ضرورت به انجام پونکسیون پلور کمک نمایید .
۱۸ . مددجو را برای درمان بدخیمی آماده نمایید .
۱۹ . اقداماتی در جهت رفع اسیدوز و آلكالوز 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 اختلا تنفسی شده است از داروی آنتی بیوتیک استفاده نمایید .

Patient Education

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 با استفاده از اسپرومتری تشویقی هر یک الی دو ساعت تشویق کنید .
- ۳ . مددجو را به انجام تنفس دیافراگمی در صورت تحریک عصب فرنیک تشویق کنید .
- 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 آلرژن 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 .

Problem Definition	بیان مشکل
	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 نورولوژیک 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 درن ها و لوله ها و ترس از پارگی بخیه ها و ...
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	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 تپش قلب و هرگونه تغییر در علائم حیاتی هنگام انجام فعالیت را مورد بررسی قرار دهد . ۴. اقدام مناسب جهت برقراری یک الگوی فعالیتی مؤثر فراهم نماید .
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	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 : ✓ 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 ریتم 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 ۱۵ - ۱۰ 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 بر هم 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 ذخیره انرژی را آموزش دهید (مثل استفاده از صندلی هنگام مسواک ، حمام و شانه زدن مو ها) .

۱۰. به بیمار کمک کنید که هر ۲ - ۱ ساعت تغییر پوزیشن دهد و از تنفس 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 تونوسسته 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 .

Patient Education

آموزش به بیمار

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 .

بررسی و کنترل جذب و دفع

Problem Definition	بیان مشکل
	کاهش و یا افزایش حجم مایعات
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	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 .
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	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 . ✓ نبض تند و ضعیف . ۳ . علائم و نشانه های هیپوناترمی را مورد بررسی قرار دهید : ✓ تهوع ✓ استفراغ ✓ کرامپ شکمی ✓ انقباض و کشش ناگهانی عضلات ۴ . علائم و نشانه های هیپوکالمی را مورد بررسی قرار دهید : ✓ نبض نامنظم ✓ ضعف عضلانی ✓ کرامپ عضلانی ✓ پارسازی ۵ . علائم و نشانه های هیپوکلرمی را مورد ارزیابی قرار دهید : ✓ تشنگی و دهان خشک ✓ تشنگی ۶ . علائم و نشانه های آکالوز متابولیک را بررسی نمایید : ✓ سرگیجه ✓ برادی پنه و هیپوونتیلاسیون ✓ گزگز انگشتان دست و پا
✓ هرگونه افت فشار خون سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه وقتی بیمار به وضعیت نشسته در می آید . ✓ افزایش وزن مخصوص ادرار بیشتر از حد طبیعی . ✓ ضعف ✓ خواب آلودگی و گیجی ✓ تشنج	
✓ تهوع و استفراغ ✓ عدم حضور و یا هایپواکتیو شدن صداهای شکمی ✓ چرت زدن ✓ دیپرسیون تنفسی	
✓ تشنگی 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)
- ✓ کاهش سدیم و اسمولالیت ه خون
- ✓ افزایش فشارخون و نبض
- ✓ واضح شدن صدای S_۳ ، S_۴
- ✓ زیادی جذب مایع نسبت به دفع آن
- ✓ تغییر در وضعیت روانی
- ✓ ایجاد رال و کوتاه شدن و یا محو صدای تنفسی
- ✓ کاهش هماتوکریتیت
- ✓ 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. اسمولالیت ه 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 .

Patient Education

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 .

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 ...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد :	
۱. هرگونه تغییر در دمای بدن نسبت به وضعیت طبیعی را به موقع تشخیص دهد .	
۲. ارزیابی صحیحی 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
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 به کار 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 یک بار و 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 فلبیت 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 مؤثر 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. پرفیوژن 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 .

Patient Education

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 .

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 • وازودیلاتاسیون 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 برید . 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 ناآرامی . 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 ، سو 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 .

Patient Education

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 نمایید .

۴. از مصرف مشروبات الکلی پرهیزد .

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 .

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 داروهایی 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 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 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 خصوصا 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 کاتترهای متصل به مددجو را از نظر علائم فلیت و عفونت مشاهده نمایید .
۱۶. تکنیک آسپتیک را در اجرای برخی پروسیجرها از جمله تعویض پانسمان و ... رعایت نمایید .
۱۷. در صورت لزوم کشت 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. پرفیوژن 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 .

Patient Education

آموزش به بیمار

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 نماید .
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 .

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 ، 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 چشم ها (در مسمومیت با حشره کش ها) ، سوختگی اطراف لب و دهان (در مسمومیت با مواد سفیدکننده) ، اسپاسم های عضلانی (در مسمومیت با استریکنین) ، تشنج (در مسمومیت با محرک های سیستم عصبی) ، ریزش عرق و تند شدن تنفس (در مسمومیت با داروها و عصبی) ، صورتی رنگ شدن پوست (در مسمومیت با مونواکسید کربن) ، تاول های پوستی (در مسمومیت با مونواکسیدکن 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 ناخواسته 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 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 ➤ تب ➤ شکم درد ➤ در مواردی شوک ➤ سردرد * نشانه های مسمومیت با سرب عبارتند از : ➤ کم اشتها ، کم خونی ، یبوست ، درد شکمی و عضلانی ، فلج تدریجی بدن ، خط آبی در محل اتصال دندانها به لثه . * علایم و نشانه های مسمومیت یا گروه مهمی از حشره کش ها (موسوم به ترکیبات ارگانوفسفره) عبارتند از : ➤ تهوع ، استفراغ ، دردهای شکمی ، اسهال ، اشک ریزش ، آب ریزش از بینی ، تعریق ، تنگی نفس ، افت فشارخون ، تنگی مردمک چشم ، اختلالات قلبی و عصبی همراه است . * مسمومیت با مونواکسید کربن عبارتند از :	

مونوکسید کربن را گاهی مقلد بزرگ می نامند زیرا علائم مسمومیت آن شبیه آنفلوآنزای خفیف است . گاهی تشخیص بین آنفلوآنزا 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	سردرد شدید	تاری دید
مرگ	مشکل در فکر کردن	

معمولا شخص مسموم متوجه علائم ضعیف نمی گردد و با سرعت به سمت علائم شدید و حتی مرگ ، پیش می رود . به همین دلیل نشانگر مونوکسید کربن در منزل حتما باید وجود داشته باشد .

چه افرادی در معرض خطر بیشتری قرار دارند ؟

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

علائم مسمومیت های شایع دارویی :

مسمومیت محرک Stimulating Poissoning	مسمومیت دپرسانت (تضعیف کننده) Depressant Poissoning
۱ . مسمومیت با علائم سمپاتومیمتیک : * <u>علائم</u> : بی قراری ، تعریق ، تکیکاردی ، مردمک های گشاد ، برافروختگی (فلاشینگ) ، چنگ زدن و کندن موها . * <u>نوع مسمومیت</u> : مسمومیت با آمفتامین ، کافئین ، کوکائین (Cocaine) ، داروهای ضد احتقان ، داروهای مهار کننده MAO ، تنوفیلین	۱ . مسمومیت با علائم سمپاتولیتیک * <u>علائم</u> : برادیکاردی ، کاهش فشار خون (هیپوتانسیون) ، ویزینگ یا خس خس ناشی از انقباض برونش ها ، تسکین ، افسردگی ، توهم (هالوسیناسیون) * <u>نوع مسمومیت</u> : مسمومیت با داروهای بلوکر آدرنرژیک ، داروهای ضدآریتمی ، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای (TCAs) ، داروهای ضد افزایش فشار خون (داروهای ضد هیپرتانسیون) ، داروهای بلوکر کانال کلسیم ، دیگوکسین
۲ . مسمومیت با علائم آنتی کولینرژیک <u>علائم</u> : تکیکاردی ، پوست گرم و برافروخته ، افزایش درجه حرارت بدن (هیپرترمی) ، مردمک های گشاد ، کاهش صداهای روده ، احتباس ادرار <u>نوع مسمومیت</u> : مسمومیت با آلکالوئیدهای بلادونا ، داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای ، داروهای آنتی هیستامین ، داروهای ضدپارکینسون ، داروهای ضد سایکوز ، داروهای ضداسپاسم ، داروهای گشاد کننده مردمک (میدریاتیک) ، قارچ ها (Mushrooms)	۲ . مسمومیت با علائم کولینرژیک <u>علائم</u> : 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 <u>نوع مسمومیت</u> : مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفره ، کاربامات ها ، پیریدوستیگمین

۳. مسمومیت با علایم مسکن - خواب آور علایم: تسکین تا کما، خواب آلودگی نوع مسمومیت: مسمومیت با الکل، داروهای ضد صرع، بنزودیازپین ها، باربیتورات ها، هیدروکربن ها، گلویتیمید (Glutethimide)	۳. مسمومیت با علایم توهم زا 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 آثار ناركوتيسم (Narcotism) علایم: الف (علایم مسمومیت خفیف با مواد مخدر: سرخوشی، توهم، تائیکاردی، استفراغ، خواب آلودگی، مردمک های منقبض، یبوست؛ ب) علایم مسمومیت شدید با مواد مخدر: استوپور تا کما ، ثلی عضلات (تكانه های میوکلونیک و تشنج در مسمومیت شدید با پتیدین)، 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	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، تائیکاردی، اسپاسم های عضلانی، کاهش وزن، دهیدراسیون، کتوز، اختلال تعادل اسید - باز نوع مسمومیت: مسمومیت با الکل، داروهای ضدافسردگی، داروهای مسدود کننده بتا (بتابلوکرها)، داروهای مخدر (ناركوتیک) ، داروهای مسکن خواب آور (سداتیو - هیپنوتیک)

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 آغشتگی یک لیوان آب یا شیر به او بدهید.
 ۳. مصدوم را در وضعیت ریکاوری قرار دهید (چه بیهوش و چه هوشیار).
 ۴. ظرفی که ماده سمی در آن قرار دارد را برای بررسی همراه مصدوم به بیمارستان ببرید.

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال آسیب به سیستم قلبی و عروقی ، عصبی مرکزی ، کلیه ، غدد درون ریز ، گوارش و پوست در رابطه با درمان طولانی مدت ، سابقه حساسیت مفرط ، مصرف بیش از حد دارو ، تداخلات دارویی ، ضعف بدن ، نارسایی کبد و کلیه.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد : ۱. هر گونه علائم ناشی از مسمومیت ها را به موقع تشخیص دهد . ۲. ارزیابی صحیحی از میزان آسیب وارده به سیستم های بدن را انجام دهد . ۳. اقداماتی را در جهت پیشگیری از جذب دارو و یا مواد مصرف شده به کار ببرد . ۴. اقداماتی را در جهت دفع دارو و یا مواد مصرف شده به کار ببرد . ۵. اقداماتی را در جهت جلوگیری از آسیب جسمی بیشتر به بیمار به کار ببرد .
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. هر گونه مسمومیت در بیمار را از لحاظ نوع ماده مصرف شده ، زمان مراجعه بعد از مصرف ماده و میزان مصرف ، مورد ارزیابی قرار دهید . ۲. معاینه فیزیکی کاملی از مدد جو به عمل آورید . ۳. شرح حال کامل از مدد جو یا همراهان وی به عمل آورید . ۴. بیمار را در اتاق مناسب ، دور از سر و صدا و محیط آرام قرار دهید . ۵. سطح هوشیاری بیمار را بر طبق معیار گلاسکو ارزیابی نمایید . ۶. علائم حیاتی را کنترل کنید . ۷. وضعیت مردمک ها و رفلکس مردمک نسبت به نور را ارزیابی کنید . ۸. در صورت نیاز کد احیاء را فرا بخوانید . ۹. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید . ۱۰. بیمار ناشتا نگه داشته شود . ۱۱. پروسیجر ها و اقداماتی که قرار است انجام شود را به بیمار و یا خانواده وی توضیح دهید . ۱۲. به دستور پزشک سوند بینی - معده ای را تعبیه و لاواژ و شست و شوی معده را انجام دهید . ۱۳. یک خط وریدی برقرار کنید . ۱۴. به دستور پزشک آزمایشات لازم از جمله شمارش کامل سلول های خونی ، الکترولیت و ارزیابی گاز های خونی را ارسال کنید . ۱۵. از آنتی دوت اختصاصی مخدر ها (نالوکسان) طبق دستور پزشک استفاده کنید . ۱۶. در صورت وجود اختلالات اسید و باز اقدامات لازم را طبق دستور پزشک برای گرفتن ABG صورت دهید . ۱۷. جذب و دفع بیمار را کنترل کنید . ۱۸. اقدامات انجام شده و واکنش بیمار به درمان و دارو های مصرفی را ثبت کنید . ۱۹. زمان تسکین درد و مدت بی دردی را ارزیابی و ثبت نمایید . ۲۰. طبق دستور العمل های موسسه مربوطه مسئولین ذی ربط را مطلع نمایید . ۲۱. در صورت نیاز مشاوره روان پزشکی برای بیمار و خانواده اش صورت گیرد . ۲۲. با برگشت سطح هوشیاری و سمع صدا های روده ای و ... تغذیه را طبق دستور شروع کنید . ۲۳. علائم محرومیت از دارو را مورد بررسی قرار دهید . ۲۴. هر گونه موارد انجام شده و پیامد های آن و هر گونه علائم هشدار دهنده را ثبت نمایید . ۲۵. در موارد مرگ و میر ناشی از مسمومیت به هیچ وجه راسا اقدام به صدور جواز دفن ننمایید ، بلکه با معرفی اجساد به مراکز پزشکی قانونی این مهم را به مراجع ذی صلاح واگذار نمایید چون مرگ ناشی از مسمومیت ها و خودکشی و تصادف و جنایی و حتی شغلی می تواند پیگرد قانونی داشته باشد .
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. هر گونه علائم هشدار ی نشان دهنده مسمومیت را به بیمار آموزش دهید . ۲. هر گونه علائم نشان دهنده عوارض ناشی از مسمومیت را آموزش دهید . ۳. به بیمار توصیه کنید که مشاوره روان پزشکی را پیگیری کند . ۴. در مورد نحوه نگهداری مواد خطر زا به بیمار آموزش دهید . ۵. به بیمار توصیه کنید که مراقب افت فشار خون هنگام تغییر وضعیت باشد .

بیان مشکل	Problem Definition
ناتوانی در رعایت بهداشت فردی (مراقبت از مو) در رابطه با درد، ضعف و خستگی، سوء تغذیه، به خاطر برنامه های درمانی، فقدان حس و حرکت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. هر گونه ناتوانی در بهداشت مو را به موقع تشخیص دهد.	
۲. ارزیابی صحیح از وضعیت بهداشت فردی و ظاهر بیمار انجام دهد.	
۳. بر اساس شواهدی نظیر بیان احساس ضعف و خستگی از جانب بیمار و عدم توانایی در انجام مراقبت از خود هر گونه ناتوانی در بهداشت مو را مورد بررسی قرار دهد.	
۴. اقدام مناسب جهت برقراری آرامش خاطر بیمار فراهم نماید.	
۵. اقدام مناسب جهت حفظ ظاهر بیمار فراهم نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
✓ ارزیابی اولیه بیمار دچار ناتوانی در بهداشت فردی (بهداشت مو):	
۱. معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.	
۲. تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.	
۳. علائم و نشانه های مربوط به ناتوانی در بهداشت مو را در بیمار بررسی نمایید از جمله:	
✓ احساس ضعف و خستگی	
✓ عدم مرتب بودن ظاهر بیمار	
✓ بیان هر گونه احساس ناتوانی در بهداشت مو از جانب بیمار مانند بیان ریزش مو	
۴. بیمار را به فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت تشویق نمایید.	
۵. مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که استراحت بیمار را بر هم نزند.	
۶. هر گونه عوامل محدود کننده در رعایت بهداشت مو را بررسی و رفع نمایید.	
۷. وسایل و ملزومات را در دسترس بیمار قرار دهید.	
۸. از همراهان برای کمک به بیمار جهت بهداشت مو استفاده نمایید.	
۹. محیط خلوت برای بیمار فراهم نمایید.	
۱۰. با بیمار ارتباط برقرار نمایید.	
۱۱. در صورت هوشیاری مراحل انجام کار به بیمار توضیح داده شود.	
۱۲. در صورت نیاز به بیمار در جهت انجام مراقبت از خود کمک نمایید.	
۱۳. اگر موها در هم پیچیده است مواد چرب کننده به آن بزنید و مقداری ماساژ دهید تا شانه زدن راحت تر صورت گیرد.	
۱۴. در صورت هوشیاری بیمار را به شانه زدن مو هایش تشویق کرده و وی را همراهی نمایید.	
۱۵. برای شانه زدن راحت، موها را تقسیم بندی کرده و هر بار یک قسمت را شانه زده و دسته بندی کرده و با گیره از بقیه قسمت ها جدا نمایید.	
۱۶. هنگام شانه زدن، سر بیمار را به دقت از نظر زخم و هر مورد غیر طبیعی بررسی نمایید.	
۱۷. پس از اتمام شانه زدن، موها را به دقت جمع کرده و گیره بزنید.	
۱۸. تمام مراحل کار و حالات بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت نمایید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به بیمار در مورد رعایت بهداشت فردی و مراقبت از مو آموزش دهید.	
• مدد جو را به داشتن ظاهر مناسب و مرتب تشویق نمایید.	