



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بسمه تعالی

تشخیص های پرستاری

گردآوری : دانشجویان پرستاری ترم ۳ ، ورودی مهر ۱۳۸۸

استاد راهنما : حجتی محمد نوروزی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

زمستان ۸۹

این مجموعه شامل تعدادی از تشخیص های پرستاری ^۱ ناندا^۱ می باشد که با سعی و تلاش دانشجویان پرستاری ترم ۳ تهیه شده است. در ادامه عناوین تشخیص ها با تفکیک اسامی دانشجویان شرکت کننده در جمع آوری این مطلب در اختیار شما قرار می گیرد.

امید است این مطلب در انجام بهتر فرآیند های پرستاری شما را یاری کند.

سیامک حیدربیگی

پرستاری ترم ۳

عناوین تشخیص ها:

۱. عدم تحمل فعالیت.....حمید ایمانی
۲. احتمال بروز آسیب راسیون.....ناهید پيله ور
۳. اختلال در تصویر ذهنی.....سیامک حیدربیگی
۴. اختلال در تبادلات گازی.....حجت شجاعی
۵. اختلال در تطابق فردی.....اعظم شرفی
۶. اضطراب و ترس.....سعید عباس نژاد
۷. اختلال در حجم مایعات.....فاطمه عبداللهی
۸. اختلال در عمل بلع.....مجتبی عبدی
۹. غم و اندوه پیشرس.....هانیه غفاریان
۱۰. ناامیدی.....مریم قلی زاده
۱۱. کاهش درجه حرارت بدن.....مرضیه کاظمی
۱۲. احتما بروز عفونت.....الهام گیلانی
۱۳. اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن.....علی ملکان
۱۴. اختلال در تغذیه بیشتر از نیاز بدن.....علی ملکان
۱۵. اختلال در الگوی خواب.....زهرا مؤذنی
۱۶. اختلال در پاسخ به جدا سازی از تهویه مکانیکی.....زهرا مؤذنی
۱۷. تغییر در غشای موکوسی دهان.....مهری میری

¹ - NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

۱. عدم تحمل فعالیت

Activity intolerance

در رابطه با :

۱ - هایپوکسی بافتی به دلیل : a: اختلال در تبادلات گازی در سطح الوئولی b: کاهش برون ده قلب

c: آنمی کاهش RBC و Hb و خونریزی

۲ - افزایش مصرف انرژی به دلیل افزایش کار تنفس و سرفه

۳ - کاهش ناگهانی ذخیره قلبی به دلیل

A: افزایش کار قلب در نتیجه افزایش بازگشت خون وریدی

B: کاهش جریان خون کرنری در نتیجه کوتاه شدن زمان پر شدن دیاستولیک

C: ضعف عضله میوکارد (بعد از گذشت سه هفته از عدم تحرک)

۴ - تغذیه ناکافی

۵ - اختلال در خواب و استراحت ثانویه به دیسپنه ، ترس ، اضطراب ، محیط نا آشنا بررسیها و

مراقبتهای مکرر از بیمار

۶ - کاهش توده تون و قدرت عضلانی به دلیل سوء تغذیه

۷ - کاهش انرژی در دسترس به دلیل بدکاری کبد

۸ - کاهش انرژی در دسترس به دلیل آهسته شدن ریت متابولیسم

تعریف : وضعیتی است که در آن بیمار به صورت فیزیولوژیک یا سایکولوژیک قادر به تامین انرژی برای ادامه یا تکمیل کردن فعالیتهای روزانه خود نباشد.

مشخصات : اظهار خستگی یا ضعف ، غیر طبیعی بودن ریت قلب و فشار خون در پاسخ به انجام فعالیت ، تنگی نفس حین فعالیت ، تغییرات ECG به صورت آریتمی یا اسکیمی.

عوامل وابسته :

استراحت مطلق ، عدم تحرک ، ضعف عمومی ، افزایش کار تنفس ، سوء تغذیه بافتی به دلیل آنمی ، عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن ، حوادث زندگی ، اختلال در خواب و استراحت ، افزایش ریت متابولیسم بازال ، سوء تغذیه

فرایند مورد انتظار:

بیمار علائم افزایش مقاومت برای فعالیت را به صورت زیر نشان دهد :

- ۱ - به صورت کلامی بگوید که احساس ضعف و خستگی کمتری می کند
- ۲ - توانایی انجام کارهای روزانه خود را بدون ایجاد دیسپنه ، درد در قفسه سینه ، تعریق ، گیجی ، و تغییرات چشمگیر در علائم حیاتی داشته باشد

اقدامات پرستاری : الف : اقدامات مربوط به بررسی بیمار

علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهید

A: ضعف و خستگی

B: تنگی نفس فعالیتی ، درد قفسه سینه ، تعریق یا گیجی

C: افزایش ریت نبض بیشتر از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت

D: عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت

E: کاهش فشار خون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار دیاستولیک به میزان ۱۵ mmhg -

۱۰ با فعالیت

ب: اقدامات مربوط به مراقبت از بیمار

۱ - بیمار را تشویق به انجام فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید .

۲ - سرو صدا و فعالیتهای محیطی را به حد اقل برسانید

۳ - مراقبتهای پرستاری را طوری برنامه ریزی کنید که استراحت بیمار را بر هم نزنند .

۴ - تعداد ملاقاتیها را و طول مدت ملاقات را محدود کنید

۵ - در صورت نیاز به بیمار جهت انجام مراقبت از خود کمک کنید

۶ - وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس او قرار دهید

۷ - مواردی را که موجب ترس و اضطراب بیمار می شود کاهش دهید شامل :

A: بیمار را نسبت به محیط بیمارستان ، ابزارها ، روشهای درمانی و مراقبتی آشنا کنید

B: در مورد هدف از انجام کلیه روشهای تشخیصی و درمانی توضیح دهید

C: پرسنلی را که مسئول مراقبت از بیمار هستند معرفی کنید ، سعی کنید همیشه افراد خاصی مراقبت از بیمار را به عهده بگیرند

D: بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند و با صدای زنگ هرچه سریعتر بر بالین او حاضر خواهند شد

E: هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن توام با راز داری استفاده کنید

F: بیمار را تشویق به بیان ترسها و اضطراب خود کرده بازخورد مناسب به او بدهید

G: توضیحات پزشک را مجدداً برای بیمار بازگو کرده اشتباهات و سوء تفاهمهای بیمار در مورد تشخیص ، درمان و پیش آگهی را تصحیح نمایید .

H: در صورت نیاز روشهای آرام سازی را به بیمار آموزش دهید

A: به بیمار کمک کنید تا روشهای تطابق موثر با استرس را در خود پیدا کند (تشخیص پرستاری ۴۹)

۹ - اقداماتی را که موجب افزایش خواب بیمار می شود به انجام رسانید :

A: ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید.

B: در صورت امکان به بیمار اجازه دهید عادات معمول خواب خود را به اجرا درآورد (مثل وضعیت وزمان خواب)

C: از اقداماتی که می تواند در بهبود خواب موثر باشد مثل نوشیدن شیر یا مایعات گرم استفاده کنید.

D: از به خواب رفتن طولانی در روز جلوگیری کنید.

E: بیمار را تشویق به انجام روشهای آرام سازی قبل از خواب نمایید.

F: از مصرف مواد کافئین دار مثل کاکائو، قهوه و چای بخصوص در شب اجتناب کنید.

G: محیط آرام، ساکت و گرمی را برای خواب ایجاد کنید.

H : مراقبتهای پرستاری را طوری برنامه ریزی کنید که بیمار لااقل ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه خواب مناسب داشته باشد.

I: اثرات درمانی و عوارض داروهای خواب آور را در صورت تجویز مورد بررسی قرار دهید.

۱۰- وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.

۱۱- در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار:

A: فعالیتهای را به تدریج زیاد کنید.

B: به بیمار روشهای ذخیره انرژی را آموزش دهید (مثل استفاده از صندلی در هنگام مسواک زدن، حمام کردن و شانه کردن موها)

۱۲- به بیمار آموزش دهید:

A: هر گونه کاهش مقاومت نسبت به فعالیت را گزارش دهید.

B: هر گونه فعالیتی که منجر به بروز درد قفسه سینه، کوتاهی تنفس، گیجی یا خستگی وضعف شدید می شود، فوراً قطع نمایید.

۱۳- اقداماتی جهت افزایش اکسیژناسیون بافتی انجام دهید:

A: طبق دستور از اکسیژن استفاده کنید.

B: بیمار را تشویق به ترک سیگار نمایید.

C: از بروز عفونت در بیمار جلوگیری کنید.

D: به بیمار کمک کنید هر ۱-۲ ساعت تغییر پوزیشن داده، از نفس عمیق و سرفه استفاده کند.

E: از بیمار بخواهید هر ۲ ساعت یکبار ورزشهای تنفسی را انجام دهد.

F: فعالیتهای بیمار را بتدریج و بر اساس اجازه پزشک افزایش دهید.

G: به بیمار کمک کنید تا هنگام سرفه کردن بنشیند.

H: سرفه را با گذاشتن یک دست دوی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم تقویت کنید.

۱۴- اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها، و آنتی آریتمی ها را که جهت افزایش برون ده قلبی تجویز می شوند مورد بررسی قرار دهید.

۱۵- در صورت نداشتن منع سر تخت را بالا ببرید.

۱۶- در صورتیکه علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت پیشرفت نمود و رو به وخامت گذاشت با پزشک مشورت نمایید.

تشخیص پرستاری ناتوانی در مراقبت از خود:

تغذیه، حمام کردن، لباس پوشیدن و دستشویی رفتن

Self-care Deficit:

Toileting·Dressing·Bathing·Feeding

در رابطه با:

۱- اختلال در فعالیت جسمانی بدلیل درد، ضعف، خستگی.

۲- اختلال در فعالیت جسمانی بدلیل عدم تعادل بدن.

۳- محدودیت در حرکات بدلیل استفاده از تراکشن، گچ و سایر وسایل محدود کننده بیمار.

۴- کاهش تحمل فعالیت در نتیجه هایپوکسی بافتی.

۵- کاهش فعالیت در نتیجه سوء تغذیه.

۶- کاهش تحمل فعالیت در نتیجه اختلال در خواب و استراحت.

۷- اختلال حسی و حرکتی (مثلاً در CVA و MS)

۸- دیسپنه.

۹- نارسایی قلبی.

۱۰- ترس از بروز حمله قلبی.

۱۱- کاهش سطح هوشیاری.

۱۲- وجود زخم جراحی.

۱۳- اختلال در حس بینایی.

۱۴- اختلال در حس راه رفتن (aprexia)

۱۵- کوادری پلژی و همی پلژی.

۱۶- اثرات کاهنده بعضی از داروها.

۱۷- تغییر در فرایند تفکر.

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار قادر به مراقبت از خود برای حمام کردن، حفظ بهداشت، لباس پوشیدن، غذا خوردن و رفتن به دستشویی نیست.

مشخصات: ناتوانایی در پوشیدن لباسهای ضروری، بستن گمه یا زیپ لباس در آوردن لباس، ناتوانی در شستن بدن، باز و بسته کردن شیر آب، تنظیم درجه حرارت آب، ناتوانی در رساندن غذا به دهان ناتوانی در رفتن به دستشویی، نشستن روی دستشویی، حفظ بهداشت، کشیدن سیفون

عوامل وابسته: آمپوتاسیون عضو، آنمی، اختلالات عصبی-عضلانی، درد، عدم تحرک، کهولت، بیماریهای ریوی و قلبی، بیماریهای عروق مغزی، صدمات مغزی و نخاعی، اختلالات عضلانی - اسکلتی، دپرسیون، اختلالات درک، اضطراب شدید

برآیند مورد انتظار: بیمار فعالیت های مربوط به مراقبت از خود را با توجه به محدودیت هایش انجام دهد.

اقدامات پرستاری:

الف): اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

۱ - میزان تواناییهای بیمار را در امر مراقبت از خود مورد بررسی قرار دهید.

۲ - عواملی را که میتوانند روی توانایی های بیمار تأثیر بگذارند بررسی کنید (نظیر خستگی، ضعف، درد، ...)

ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری:

۳- بیمار را تشویق کنید تا جای ممکن بدون تکیه به کمک پرسنل پرستاری به فعالیت های روزمره ی خود بپردازد.

۴- مراقبت ها را زمانی انجام دهید که بیمار حداکثر علاقه و توانایی را برای شرکت در آنها داشته باشد (برای مثال بعد از یک دوره استراحت در زمانی که حداکثر اثر داروهای مسکن وجود دارد و نه بلافاصله بعد از غذا خوردن یا اقدامات درمانی نظیر درناژ وضعیتی)

۵- وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترسی وی قرار دهید.

۶- به بیمار زمان کافی برای انجام مراقبت از خود بدهید.

۷- اقداماتی جهت افزایش تحرکات فیزیکی بیمار بعمل آورید.

۸- در صورتی که بیمار هر کدام از اقدامات مربوط به مراقبت از خود را به تنهایی انجام داد ، به او بازخورد مثبت بدهید.

۹- در فعالیت هایی بیمار توانایی انجام آن را ندارد به او کمک کنید.

۱۰- به سایر افراد خانواده بیمار نیز آموزش دهید که بیمار را تشویق به انجام کارهای خودش نمایند.

۲. احتمال بروز آسپیراسیون

potential for aspiration

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار در معرض خطر ورود ترشحات معدی ، روده ای ، حلق ، بزاق و یا مایعات و خون به داخل مجاری تراکئو برونکیال قرار می گیرد .

جمله تشخیص: مستعد جهت آسپیراسیون مربوط به ۱- کاهش سطح هوشیاری ۲- دپرسیون رفلکس گگ و سرفه ۳- لوله تراشه ۴- شل بودن اسفنکتر تحتانی مری ۵- انسداد لوله معده ۶- تغذیه از راه لوله معده ۷- پوزیشن خوابیده به پشت بعد از عمل ۸- تاخیر در تخلیه معده ۹- اختلال در بلع

علائم: تاکیکاردی , تنفسهای تند , دیسپنه , سیانوز , صدای مات هنگام دق قفسه سینه , سمع صدای رونکوس

مداخلات درمانی :

- ۱- عواملی را که دلالت بر احتمال آسپیراسیون دارند مورد بررسی قرار دهید .
- ۲- بیمار را تا زمان هوشیاری کامل به پهلو بخوابانید .
- ۳- در صورت تجمع ترشحات ساکشن کنید .
- ۴- اقدامات لازم جهت پیشگیری از استفراغ را فراهم آورید .
- ۵- در صورت فقدان رفلکس گگ و یا عدم هوشیاری کامل بیمار, تغذیه از راه دهان را شروع نکنید .
- ۶- در هنگام و حداقل ۳۰ دقیقه بعد از تغذیه , بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید .
- ۷- در صورت بروز علائم آسپیراسیون الف : ساکشن تراشه کنید . ب : پزشک را مطلع کنید ج : آماده کردن بیمار برای کنترل CXR
- ۸- وعده های غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد در نظر بگیرید .
- ۹- از بیمار بخواهید هنگام تغذیه حرف نزند .
- ۱۰- بهداشت دهان بیمار بررسی شود.

۳. اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود

Body image disturbances

اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود در رابطه با :

۱. تغییر در ظاهر فرد
۲. تغییر در عملکرد عضو
۳. تغییر احتمالی در روش زندگی و ایفای نقش
۴. احتمال درجاتی از وابستگی به دیگران
۵. احتمال اختلال در رفتارهای جنسی

□ تعریف :

وضعیتی است که در آن بیمار دچار اختلال در درک از بدن خود می شود.

□ مشخصات :

پاسخ کلامی یا غیر کلامی فرد نسبت به :

نبود عضوی از بدن ؛ تغییر مشخص در ساختمان یا عمل یک عضو ؛ توجه بیمار به نگاه کردن دیگران به قسمتی از بدنش؛

حساسیت بیمار به لمس قسمتی از بدنش؛ پوشاندن مصرانه قسمتی از بدن؛ تغییر در مشارکت های اجتماعی؛ به کلام آوردن

اختلال ایجاد شده؛ تغییر در روش زندگی؛ ترس از واپس خوردگی و واکنش دیگران؛ احساس منفی نسبت به بدن؛ احساس

بی یابوری؛ پریشانی نسبت به تغییر یا فقدان عضو؛ رویا پروری در مورد باقی ماندن قدرتهای عضو؛ عدم شرکت در فعالیت

های اجتماعی.

☐ عوامل وابسته :

عوامل بیوفیزیکی؛ احساسی و درکی؛ روانی-اجتماعی؛ فرهنگی.

☐ برآیند مورد انتظار :

بیمار نشان می دهد که با اختلال در ظاهر یا عملکرد عضو، تغییر در روش زندگی و ایفای نقش، سازگاری حاصل کرده

است :

- a. خود را با افراد مهم در زندگی حفظ کند.
- b. خود را موجودی ارزشمند بداند.
- c. در فعالیت های روزانه شرکت کند.
- d. علاقه به ظاهر شدن محیط را داشته باشد.
- e. در فعالیت های اجتماعی به خوبی شرکت کند.
- f. روش زندگی خود را منطبق با محدودیت حاصله برنامه ریزی کند.

☐ اقدامات پرستاری :

الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار :

با تشویق بیمار به صحبت کردن و بیان احساساتش، میزان اختلا در تصویر ذهنی، عملکرد، روش زندگی و ایفای نقش را در بیمار برآورد کنید.

۱ - پاسخهای منفی کلامی و. غیر کلامی بیمار پیرامون تصویر ذهنی اش از خود را مورد بررسی قرار دهید.

۲ - روند غمگینی و حزن و اندوه را در بیمار بررسی کنید.

۳ - قابلیتها و تواناییهای بیمار را که می تواند تاثیر مثبت روی اعتماد به نفس وی داشته باشد برآورد کنید.

ب) اقدامات مربوط به مراقبت از بیمار :

- ۴ - هنگام اولین تعویض پانسمان جهت حمایت روانی از او، در کنار وی بمانید.
- ۵ - اقداماتی را جهت افزایش اعتماد به نفس به کار ببندید (مثل محدود کردن انتقاد منفی از خود؛ تشویق به تعریفهای مثبت از خود؛ دادن باز خورد مثبت در مورد هنر ها و فضیلتهای بیمار)
- ۶ - به بیمار جهت شناسایی و بکار گیری روش های تطابقی که در گذشته موثر بوده اند کمک کنید.
- ۷ - سوء تفاهم های بیمار در مورد محدودیتهای آینده در فعالیت های جسمانی شناسایی کنید.
- ۸ - بیمار را تشویق کنید که از عضو مبتلا مراقبت به عمل آورد.
- ۹ - خانواده بیمار را تشویق کنید که اجازه دهند تا جای امکان بیمار کارهای خودش را به تنهایی انجام دهد.
- ۱۰ - مطمئن شوید که بیمار و خانواده او درک و تصویر مشابهی از آینده زندگی دارند.
- ۱۱ - سیاستی اتخاذ کنید اجازه بیمار در مورد زندگی و احساساتش بحث کند.
- ۱۲ - نتایج حاصل از روشهای درمانی و لزوم پیگیری آنها را به بیمار آموزش داده، او را تشویق به حداکثر شرکت در این برنامه ها نمایید.
- ۱۳ - بیمار را تشویق به ملاقات با اطرافیانش کنید.
- ۱۴ - بیمار را تشویق کنید که به فعالیتهای اجتماعی خود بپردازد.
- ۱۵ - در صورت امکان، ترتیب ملاقات با افرادی که مشکل مشابه او را داشته و اکنون با موفقیت به زندگی می پردازد را بدهید.
- ۱۶ در صورت وخیم تر شدن وضع بیمار، با روان پزشک مشورت نمایید.

۴. اختلال در تبادلات گازی

Gas exchange impaired

در رابطه با:

۱. الگوی نامناسب تنفسی
۲. پاکسازی نامناسب راه هوایی
۳. ضخیم شدن غشاء آلوئولی، کاپیلاری در نتیجه ادم ریه، فیبروز ریه، و ARDS.
۴. کاهش سطح موثر تهویه آلوئولی در نتیجه تخریب و فیبروز دیواره آلوئولها.
۵. کاهش سطح موثر تهویه آلوئولی در نتیجه تجمع ترشحات در ریه.
۶. کاهش سطح موثر تهویه آلوئولی در نتیجه کلاپس ریه.
۷. کاهش سطح موثر تهویه آلوئولی در نتیجه تحت فشار قرار گرفتن توسط بافت نئوپلاسم.
۸. کاهش جریان خون ریوی در نتیجه انسداد نسبی یا کامل عروق توسط آمبولی و انقباض ناشی از ترشح مواد وازواکتیو از لخته.
۹. افزایش مقاومت راه هوایی و کاهش جریان هوا بدلیل کاهش کمپلمانس ریه.
۱۰. افزایش مقاومت راه هوایی (انقباض برونشها) در نتیجه ترشح هیستامین، سروتونین، و پروستاگلاندین از لخته (در آمبولی)

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار کاهش تبادلات O_2 و CO_2 را از خلال غشاء آلوئولی - کاپیلاری تجزیه می کند.

مشخصات: کانفوزیون؛ خواب آلودگی؛ بی قراری؛ تحریک پذیری؛ نا توانی در تخلیه موثر ترشحات؛ هایپرکاپنی؛ هایپوکسی؛ دیسپنه؛ طولانی شدن زمان بازدم؛ افزایش مقاومت عروق ریوی؛ طولانی شدن زمان تخلیه معدی؛ سیانوز

عوامل وابسته: کلیه موقعیت هایی که منجر به عدم تعادل تهویه / پرفیوژن می شود نظیر آمبولی ریه، پنوموتوراکس، پنومونی، کانسر ریه، COPD، CHF و MI.

برآیند موردانتظار: بیمار تبادل کافی O_2 و CO_2 را از خلال غشاء تنفسی داشته باشد:

- a. وضعیت روانی بیمار طبیعی باشد.
- b. رنگ پوست طبیعی باشد.
- c. علائم و نشانه های دیسپنه وجود نداشته باشد.

d. مقادیر ABG در حد طبیعی باشد.

اقدامات پرستاری:

الف - اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

۱. علائم و نشانه های تغییر در عملکرد ریوی را بررسی و گزارش کنید:
 - a. تنفسهای تند و سطحی و نامنظم
 - b. دیسپنه و ارتوپنه
 - c. استفاده از عضلات کمکی تنفسی
 - d. کاهش یا محو صداهای تنفسی
 - e. حضور صداهای اضافی تنفسی
 - f. نا آرامی و تحریک پذیری
 - g. کانفیوژن و خواب آلودگی
 - h. پوست سیانوتیک یا خاکستری
۲. علائم و نشانه های ایجاد یا پیشرفت پنوموتوراکس را مورد بررسی قرار دهید:
 - a. کاهش اتساع قفسه سینه در ناحیه متاثر
 - b. کاهش یا قطع صداهای تنفسی در ناحیه متاثر
 - c. هایپررزونانس در منطقه
 - d. تنفسهای تند و سطحی
 - e. تکیکاردی
 - f. درد ناگهانی و تیز قفسه سینه
 - g. سیانوز
 - h. بیقراری و کانفیوژن
۳. ABG بیمار را کنترل کرده و مقادیر غیرطبیعی آن را گزارش کنید.
۴. تغییرات مهم در اکسیمتری و کاپنوگرافی را بررسی و گزارش کنید.
۵. افزایش مقدار خلط و تغییر در رنگ و بوی آن را بررسی و گزارش کنید.
۶. CXR را کنترل و موارد غیر طبیعی را گزارش کنید.

ب - اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری:

۷. به منظور کاهش مصرف اکسیژن، به بیمار استراحت مطلق بدهید.
۸. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۹. طبق دستور برای بیمار اکسیژن تجویز کنید.

۱۰. به منظور کاهش فشار دیاگرام روی قفسه سینه، اقداماتی جهت کاهش دیستانسون شکم بعمل آورید.

۱۱. به بیمار آموزش داده، کمک کنید که هر ۱ الی ۲ ساعت روی تخت بچرخد و سرفه و تنفس عمیق انجام دهد.

۱۲. هر ۲ ساعت به بیمار تمرینات تنفسی بدهید.

۱۳. اقداماتی را جهت سیال کردن و تخلیه ترشحات ریوی به عمل آورید.

۱۴. اقداماتی جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار بعمل آورید.

۱۵. اقداماتی جهت کاهش درد قفسه سینه بیمار انجام دهید.

۱۶. در صورت نیاز به کار گذاری لوله سینه (chest tube)، بیمار را آماده نمایید.

۱۷. فعالیتهای بیمار را طبق دستور و بر اساس تحمل بیمار افزایش دهید.

۱۸. به بیمار آموزش دهید از کشیدن سیگار اجتناب کند.

۵. اختلال در تطابق فردی

در رابطه با :

۱ - صدمات طناب نخاعی

۲ - فلج حسی و حرکتی

۳ - آمپوتاسیون اعضا

۴ - CVA

۵ - MI

۶ - بیماری پیشرونده عصبی نظیر MS

۷ - سرطان

۸ - COPD

۹ - دیالیز

۱۰ - نبود سیستم های مناسب حمایتی

۱۱ - کمبود درک

۱۲ - افسردگی

۱۳ - از دست دادن یک چیز مهم (فرد، شی یا شغل)

۱۴ - پیری

۱۵ - بیماری مزمن

تعریف :

وضعیتی است که در آن بیمار قادر به تعدیل روش زندگی و رفتارهای خود یا تغییر در سطح سلامتی اش نیست . بیان عدم قبول تغییر در وضعیت سلامتی ، عدم شرکت و یا نا موافق بودن در حل مشکلات و برنامه ریزی اهداف مراقبتی ، اشکال در بدست آوردن استقلال ، طولانی شدن زمان شوک ، ناباوری و یا عصبانیت نسبت به تغییر در سلامتی ، اشکال در تفکر پیرامون آینده

عوامل وابسته : ناتوانی برای مقابله با تغییر در زندگی ، ناکافی بودن سیستم های حمایتی ، اختلال در قضاوت ، دریافت بیش از حد تحریکات حسی ، اختلال در اعتماد به نفس

برایند مورد انتظار : بیمار قادر باشد :

- ۱- نیاز های موقت و طولیل مدت خود را در رابطه با موقعیت حاضر شناسایی کند .
 - ۲- روش های موثر مقابله با تنش را در مقابل روش های غیر موثر تشخیص دهد .
- اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری :

- ۱- در صورت امکان با دستکاری محیط استرس بیمار را کاهش دهید
- ۲- با ایجاد یک ارتباط مثبت و سودمند با بیمار و خانواده او و شناسایی میزان وابستگی بیمار آنها را در برنامه مراقبتی و تصمیم گیری ها سهیم کنید
- ۳- صداهای محیطی را کاهش دهید
- ۴- افراد وسایل و موقعیت های تنش زا را تا جای امکان از بیمار دور کنید
- ۵- به بیمار اجازه دهید احساسات خود را بیان کند
- ۶- درک خود را درمورد صدمه حاضر به بیمار انتقال دهید
- ۷- روش های نامناسب مقابله را مورد شناسایی قرار دهید (سیگار،الکل)
- ۸- به خانواده بیمار آموزش دهید که جلوی فرآیند حزن و اندوه را در بیمار نگیرند
- ۹- رفتارهای بهداشتی را که نیاز به آموزش دارند به بیمار و خانواده او آموزش دهید
- ۱۰- ترس های بیمار را مورد بررسی قرار دهید.

۶. اضطراب و ترس

Anxiety and Fear

در رابطه با:

۱. نا آشنا بودن با محیط

۲. کمبود اطلاعات در مورد تشخیص، روشهای تشخیصی و درمان

۳. تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش بیماری

۴. اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود

۵. علائم ظاهری بیماری

۶. دیسپنه و تنگی نفس

۷. درد شدید

۸. احتمال عود بیماری

۹. احساس نزدیکی به مرگ

۱۰. ترس از پیش آگهی بیماری

۱۱. ناتوانی برای کنترل بیماری

۱۲. کمبود کنترل روی محیط اطراف و عملکرد بدن

۱۳. اختلال در برقراری ارتباط با اطرافیان و محیط

۱۴. ترس از انجام عمل جراحی و بیهوشی

۱۵. ترس از هر چیز ناشناخته

تعریف:

ترس و اضطراب هر دو منجر به ایجاد وضعیت یکسانی میشوند. اضطراب حالتی است که در آن بیمار

دچار احساسی ناخوشایند در برابر یک وضعیت ناشناخته میشود. در حالی که ترس احساس

ناخوشایندی است که در حضور یک وضعیت شناخته شده بروز پیدا میکند.

مشخصات:

علائم ذهنی: افزایش تنش/احساس شدید بی حمایتی/ترس/هیجان زیاد/تاسف و پشیمانی/احساس تخریب/احساس پرهیا هو بودن/دیسترس/احساس بی کفایتی/تحرک زیاد/ترس از هر چیزی/تنش و نگرانی برای هر نوع تغییر و حادثه در زندگی/غمگینی/اضطراب

علائم عینی: تحریک سمپاتیک/تحریک قلبی و عروقی/انقباض عروق سطحی/گشادی مردمک چشم/انارامی/بیخوابی/حرکت و نگاه چشمها به روی همه چیز/تماس چشمی ضعیف/الرزش دستهای اشتھایی/تهوع و استفراغ/اسهال/ضعف عضلانی/خستگی/اسنکوپ/افزایش BP/رفتارهای عملی بصورت حمله و فرار/هشیاری زیاده از حد/اشتغال دائمی فکر/تمرکز یافتن روی خطر/حرکات غیرطبیعی نظیر تکان دادن دستها و پاها/فشرده‌گی صورت/الرزش صدا/افزایش احتیاط/افزایش تعریق/متمرکز شدن روی خود شبه بینی

عوامل وابسته: تهدید به مرگ، تهدید به تغییر در وضع سلامتی، تهدید به تغییر در ایفای نقش، تغییرات یا تهدیدات محیطی، عدم درک صحیح از اهداف و ارزشهای زندگی، تغییر یا تهدید در الگوهای ارتباطی، بحرانهای موقعیتی، نیازهای برآورده نشده

برآیند مورد انتظار: بیمار کاهش ترس و اضطراب را تجربه کند،

- (a) بیان کند که ترسش کمتر شده است
- (b) حالت فشرده‌گی صورت و بدن بیمار از بین رفته، بیمار آرام باشد.
- (c) علائم حیاتی بیمار ثابت باشد.
- (d) رنگ پوست طبیعی باشد.
- (e) قادر به توضیح در مورد تشخیص خود، تستها و روشهای درمانی، مراقبتهای معمول بیمارستان، و روشهای جراحی و اثرات آن باشد.

اقدامات پرستاری

الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

۱. در صورت داشتن عمل، اطلاعات زیر را از بیمار جمع آوری کنیم:

- (a) ترسها و سطح درک بیمار از نحوه عمل جراحی و اهمیت آن
- (b) درک از نتایج و انتظارات جرای
- (c) سوء تعبیر بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان
- (d) تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان
- (e) سیستمهای حمایتی باالرزش از بیمار

۲. علائم و نشانه های ترس را در بیمار بررسی کنیم: بیان ترس و اضطراب، حالت فشرده گی در صورت و بدن، لرزش، تحریک پذیری، نا آرامی، تعریغ، تاکی پنه، تاکی کاردی، افزایش BP، رنگ پریدگی و با فروختگی صورت، ناسازگاری با برنامه مراقبتی

۳. در مورد روشهای تطابقی موثر در گذشته از بیمار سوال شود.

ب) اقدامات مربوط به مراقبت بیمار:

۱. بیمار را نسبت ب محیط بیمارستان، ابزارها، و روشهای درمانی و مراقبتی آشنا کنیم.

۲. در مورد هدف از انجام کلیه روشهای تشخیصی و درمانی توضیح دهیم.

۴. پرسنلی را که مسئول مراقبت از بیمار هستند معرفی کنیم. سعی شود همیشه افراد خاصی مراقبت از بیمار را بر عهده بگیرند.

۵. بیمار را مطمئن سازیم که پرستاران همیشه در دسترس او هستند، و با صدای زنگ، هر چه سریعتر بر بالین او حاضر خواهند شد.

۶. هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن، توام با رازداری استفاده کنیم.

۷. بیمار را تشویق به بیان ترسها و اضطراب خود کرده، پاسخ مناسبی به او بدهیم.

۸. توضیحات پزشک را مجدداً برای بیمار بازگو کرده، اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار در مورد تشخیص، درمان، و پیش آگهی را توضیح دهیم.

۹. در صورت نیاز روشهای آرام سازی را به بیمار آموزش دهیم.

۱۰. به بیمار کمک کنیم روشهای تطابق موثر با استرس را در خود پیدا کند.

۱۱. اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اضطراب در بیمار را مورد بررسی قرار دهیم.

۱۲. به افراد نزدیک به بیمار نیز آموزشهای لازم جهت حمایت از بیمار را بدهیم.

۷. اختلال در حجم مایعات

الف) افزایش حجم مایعات:

تعریف: وضعیت افزایش احتباس مایعات و ادم

علل: مصرف زیاد مایعات - مصرف زیاد سدیم - نارسایی کلیوی - درمان با استروئیدها - سوتغذیه (کاهش پروتئین) - کاهش برون ده قلبی - صدمات وارده به سر - بیماریهای کبدی - استرسهای شدید - اختلالات هورمونی

علائم: افزایش وزن - ادم - نبض ضربه ای - تنفس کوتاه - وجود احتقان ریوی در رادیو گرافی - صداهای غیر طبیعی تنفس (رالها) - تغییر در الگوی تنفس - صدای سوم قلب - کاهش دفع ادرار - افزایش مصرف مایعات - کاهش هموگلوبین و هماتوکریت - افزایش فشار وریدی مرکزی - افزایش فشار شریان ریوی - اتساع ورید ژوگولار - تغییرات روحی و روانی (خواب الودگی و تیرگی شعور)

مداخلات درمانی: محدود کردن مایعات به صورت مناسب - کاهش نمک خوراکی و محلولهای نمکی - استفاده از دیورتیک - بالا بردن متناوب اندامهای تحتانی ادم دار - کاهش تنگی عروق به منظور پیش گیری از تجمع وریدی - ایجاد تغییرات مناسب در فعالیت

آموزش به بیمار: توضیح علل افزایش حجم مایعات و یا مصرف زیاد مایعات به بیمار - توضیح و تقویت تاثیرات منطقی و مورد نظر از برنامه درمان - شناسایی نشانه ها و علائم افزایش حجم مایعات - توضیح اهمیت برقراری تغذیه و هیدراته مناسب

ب) کاهش حجم مایعات:

تعریف: وضعیت کم آبی (دهیدراتاسیون) عروقی، سلولی و بین سلولی است

علل: دریافت ناکافی مایعات - از دست دادن فعال مایعات (پرادراری، خروج غیر عادی ترشحات یا خون از بدن، اسهال) - عدم تعادل الکترولیت. اسید و باز - افزایش میزان متابولیسم بدن (تب و عفونت) - جابه جایی مایعات بدن (ادم، نشت مایع به داخل بافت)

علائم: کاهش برون ده قلبی - غلیظ شدن ادرار - رقیق شدن ادرار - دفع مایعات بیش از دریافت آنها - کاهش پرشدگی وریدی - غلیظ شدن خون - افزایش سدیم سرم خون - کاهش فشار خون - تشنگی - افزایش تعداد ضربان نبض - کاهش تورگور پوستی - خشکی غشاهای مخاطی - ضعف و سستی - افزایش احتمالی وزن - ادم - تغییر در وضعیت روانی

مداخلات درمانی: تشویق بیمار به نوشیدن مقادیر مایعات تجویز شده - کمک به بیمار ناتوان در غذا خوردن - حفظ بهداشت دهان و دندان بیمار - آماده کردن و حفظ یک خط وریدی - حفظ تعداد قطرات مایعات وریدی - انجام اقداماتی جهت کنترل از دست دادن بیش از حد الکترولیتها

آموزش به بیمار: آموزش علل از دست دادن مایعات - تقویت اصول و اثرات مورد نظر از برنامه درمانی - توضیح اهمیت حفظ رژیم غذایی و مایعات کافی

۸. اختلال در عمل بلع

swallowing, Impaired

در رابطه با:

۱. صدمه به اعصاب جمجمه ای زوج IX و X
۲. ضعف عضلات و کاهش رفلکس بلع
۳. اختلال در حرکات و هماهنگی زبان، بدلیل ضعف و خستگی و خشکی دهان.
۴. خشکی دهان غلیظ شدن بزاق در نتیجه استئوماتیت و کاهش یا عدم تغذیه از راه دهان.
۵. آتاکسی، انقباض و لرزش عضلات بلع بدلیل آسیبهای مغزی
۶. ادم ناحیه جراحی (در جراحی های سر و گردن)
۷. تحریک و اسپاسم عضلات مری بدلیل برگشت محتویات معده بداخل مری
۸. فشردگی مری توسط تومور
۹. فشار روی مری بدلیل بزرگی غده تیروئید
۱۰. باریک شدن مری بدلیل تشکیل اسکار شدید
۱۱. تشکیل فیستول

۱۲. درد دهان، حلق و مری بدلیل موکوسیت در نتیجه عوارض توکسیک داروها و یا رادیوتراپی سر و گردن

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار، دچار کاهش توانایی در عبور ازادی مایعات و جامدات از دهان به طرف معده می شود.

مشخصات: وجود شواهدی دال بر اشکال در بلع نظیر ماندن غذا در حفره دهان، سرفه کردن؛ شواهدی دال بر آسپیراسیون.

عوامل وابسته: اختلالات عصبی، عضلانی (نظیر کاهش یا محو رفلکس gag ، فلج صورت، کاهش قدرت عضلات مربوط به جویدن)؛ انسداد مکانیکی (نظیر ادم، تومور، تراکئوستومی) ؛ خستگی؛ کاهش سطح هوشیاری ؛ التهاب حفره دهان و حلق)

برآیند مورد انتظار: در عمل بلع بیمار پیشرفت حاصل شود:

- a. بیمار اظهار نماید که عمل بلع را بهتر انجام می دهد.
- b. هنگام نخوردن و آشامیدن دچار سرفه و خفگی نشود.

□ اقدامات پرستاری:

الف - اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

- ۱. علائم و نشانه های اختلال در بلع را بررسی و گزارش نمایید (نظیر سرفه و خفگی هنگام خوردن و نوشیدن، باقی ماندن غذا در حفره دهان)

ب - اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری:

- ۲. هنگام غذا خوردن بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.
- ۳. به بیمار آموزش دهید از غذاهای که راحتتر بلع می شوند استفاده کند.
- ۴. از مصرف غذاهای چسبنده نظیر نان نرم و موز اجتناب کنید.
- ۵. به بیمار آموزش دهید بجای مصرف غذاهایی با درجه حرارت محیط، از غذاهای سرد یا گرم استفاده کند، زیرا حرارت زیاد یا کم، رسپتورهای حسی و رفلکس بلع را تحریک می کند.
- ۶. در صورت فلج یک طرفه، به بیمار آموزش دهید هنگام بلع سر خود را به سمت سالم خم کند.
- ۷. در صورت نیاز هنگام بلع به نرمی گلوی بیمار را ماساژ دهید.

۹. غم و اندوه پیشرس

جمله تشخیصی: غم و اندوه پیشرس در رابطه با احتمال از دست دادن پا با علائم اختلال در الگوی خواب و گریه کردن و ...

تعریف: غم و اندوه پیشرس وضعیتی است که در آن بیمار احتمال وقوع یک فقدان حاد را داده و در پاسخ به آن از خود واکنش نشان میدهد. اختلال در عملکرد بدلیل غم و اندوه پیشرس وضعیتی است که بیمار به دلیل طولانی شدن دوره درمان یا ... احتمال میدهد که نتیجه آن به عدم بهبودی و از دست دادن عضو و سلامتی بیانجامد.

علل: احتمال از دست دادن عضوی از بدن، احتمال از بین رفتن عملکرد عضوی از بدن، احتمال اختلالات پیشرونده در عملکرد طبیعی بدن، تغییر در تصویر ذهنی از خود، تغییر در روش معمول زندگی و ایفای نقش، عدم اطمینان به آینده، احتمال نتیجه نگرفتن از درمان، احتمال وقوع مرگ.

علائم: ناراحتی به دلیل احتمال فقدان، عصبانیت، غمگینی، گریه کردن، احساس شوکه بودن، تغییر در عادات غذایی، تغییر در الگوی خواب، خواب دیدن، تغییر در سطح فعالیت و میل جنسی، تغییر در الگوی ارتباطی، تغییر در میزان تمرکز.

اقدامات پرستاری:

الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

۱) درک بیمار از نظر ایجاد فقدان در آینده و اثر بر زندگی او را بررسی کنید.

۲) بررسی کنید که بیمار معمولاً چگونه اندوه خود را ابراز میکند.

۳) علائم بروز اندوه را در بیمار مورد بررسی قرار دهید.

ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری:

۴) اقدامات زیر را جهت تسهیل پیشرفت فرایند اندوه بکار بندید:

- ☐ به بیمار توضیح دهید که اندوه پیش‌رس یک پاسخ مورد انتظار در مقابل احتمال فقدان و تغییر در زندگی است.
- ☐ توجه داشته باشید که اندوه پیش‌رس میتواند بدلیل طولانی شدن دوره درمان و عدم نتیجه مطلوب از آن ، مجدداً عود کند.
- ☐ به بیمار زمان بدهید تا مراحل فرایند اندوه را طی کند. توجه داشته باشید که همه افراد، تمام مراحل را الزاماً طی نمیکنند.
- ☐ فضای مناسبی برای ابراز نگرانی ها و احساسات بیمار فراهم آورید. (نظیر خصوصی کردن محیط)
- ☐ به بیمار کمک کنید توانایی های فردی خود را برای مقابله با فقدانی که احتمال وقوع آن را میدهد ، شناسایی کند.
- ☐ بیمار را تشویق کنید که غم خود را ابراز کند ، سعی کنید رفتارهای مخرب او را تحت کنترل در آورید.
- ☐ اعتماد بیمار را به خود جلب کنید :
- ☐ به سؤالات او صادقانه پاسخ دهید .
- ☐ اطلاعات صحیح به بیمار بدهید .
- ۵) از رفتارهای موفق بیمار حمایت کنید.
- ۶) مراحل فرایند اندوه را به خانواده بیمار توضیح دهید . آنها را به حمایت و درک بیمار تشویق کنید.
- ۷) در مورد مؤسسات مشاوره و گروههای حمایتی قابل دسترسی، اطلاعات دقیقی به بیمار و خانواده اش بدهید.
- ۸) اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد افسردگی را بررسی کنید.
- ۹) در صورت وخیم شدن علائم ، با روانشناس مشورت کنید .

ارزشیابی:

۱. بیمار گریه نمیکند. ۲. بیمار باشتهای غذا میخورد. ۳. بیمار به آرامی به خواب رفت.

۱۰. ناامیدی

Hopelessness

تشخیص: یاس و ناامیدی به دلیل درد مزمن با علائم کم صحبتی، آه کشیدن، بی تفاوتی، کاهش انگیزه و بی اشتهایی و..

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار احساس می کند شخصا نمی تواند چاره یا انتخابی برای حل مشکلات خود بیابد و قادر نیست انرژی و نیرویش را برای به ثمر رساندن اهدافش بکار بندد.

عوامل ایجاد کننده: بستری شدن به مدت طولانی، کاهش دریافت تحریکات حسی، درمان های طویل مدت، از دست رفتن نقش فرد در جامعه، انزوای اجتماعی، در شرف مرگ بودن، بدتر شدن وضعیت جسمانی با وجود رژیم های درمانی

علائم:

(۱) فیزیولوژیکی (بی اشتهایی، کاهش وزن)

(۲) رفتاری (عصبانیت، آه کشیدن، افسردگی)

(۳) شناختی (ناامیدی، بدبینی، فکر خود کشی)

برآیند های مورد انتظار:

در کوتاه مدت:

۱. آشکارا به وضعیت جدید تن دهد.
۲. با اطرافیان خود ارتباط سودمند برقرار کند.
۳. به دستاوردهای درمانی اعتماد نماید.
۴. بینش واقع بینانه روی اهداف درمانی داشته باشد.

در بلند مدت :

۱. تصویر مثبت نسبت به آینده داشته باشد.
۲. در تصمیم گیری ها و فعالیتهای درمانی شرکت کند.
۳. بیمار افزایش در سطح انرژی خود را توسط فعالیتهایش نشان دهد (نظیر مراقبت از خود، ورزش، کارهای ذوقی...)

اقدامات پرستاری:

۱. بیمار را از نظر علائم و نشانه های نا امیدی مورد بررسی قرار دهید (برای مثال ابزار کلامی و غیر کلامی به صورت دلسردی، افسردگی، کاهش تمایل به صحبت کردن و...)
۲. میان خود و بیمار تان ارتباطی توأم با اعتماد مثبت برقرار کنید:
 - a - به سوالات پاسخ دهید.
 - b - از بیمار به طور منطقی مراقبت کنید.
 - c - بیمار را لمس کنید.
 - d - را حتی بیمار را فرا هم سازید.
۱. روشهای آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.
۲. خانواده را در برنامه های مراقبت از بیمار شرکت دهید.
۳. اطلاعات غلط بیمار را صحیح کنید.
۴. به بیمار جهت تصمیم گیری و حل مشکلات کمک کنید.

۵. به بیمار کمک کنید تا منبع امید را کشف کند.

۶. درک بیمار از واقعیات را بر آورد کنید.

۷. ارزشها و علائق بیمار را شناسایی کنید.

با بیمار صادق باشید .

۱۱. کاهش درجه حرارت بدن

Hypothermia

تشخیص : کاهش درجه حرارت در رابطه با بیماریهای نورواسکولار و عروق محیطی با علائم کاهش درجه حرارت به زیر ۳۵/۵ درجه سانتیگراد رکتالی، لرز و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن درجه حرارت فرد به زیر ۳۵/۵ درجه سانتیگراد رکتالی برسد.

عوامل ایجاد کننده :

- ☐ بیماریهای نورواسکولار و عروق محیطی
- ☐ وازودیلاتاسیون و شوک
- ☐ کاهش ریت متابولیسم
- ☐ آنمی
- ☐ انفوزیون مایعات سرد
- ☐ قرار گرفتن در معرض سرما، باران، برف، باد
- ☐ مرطوب شدن انتهایها
- ☐ مصرف الکل
- ☐ سوء تغذیه

علائم :

کاهش درجه حرارت به زیر ۳۵/۵ درجه سانتیگراد رکتالی، لرز خفیف، سردی پوست، رنگ پریدگی متوسط، آهسته شدن زمان پر شدن کاپیلرها، برادیکاردی، برادی پنه، سیانوتیک شدن بستر ناخنها، هایپرتانسیون، راست شدن موها، کانفیوژن، ناآرامی

عوامل وابسته:

قرار گرفتن در معرض سرما، باران، برف، باد، بیماری یا تروما، نامناسب بودن لباس، سوءتغذیه، مصرف الکل، مصرف داروهایی که وازودیلاتاسیون می دهند، تعریق در محیط سرد، کاهش ریت متابولیسم، بی تحرکی، بالا بودن سن

برآیند مورد انتظار:

۱. درجه حرارت بیمار در حد طبیعی حفظ شود.
۲. رنگ پوست به حالت طبیعی برگردد
۳. تعداد نبض بین ۶۰-۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد
۴. تعداد تنفس بین ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
۵. درجه حرارت به بیشتر از ۳۵/۵ درجه سانتیگراد رکتالی برسد.

اقدامات پرستاری:

الف - اقدام مربوط به بررسی بیمار:

۱. علائم و نشانه های کاهش درجه حرارت را در بیمار بررسی کنید.
۲. علل احتمالی کاهش درجه حرارت را مورد بررسی قرار دهید.

ب - اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری:

- ۱ - درجه حرارت محیط را کنترل کنید. (باید به ۲۹ درجه سانتیگراد برسد)
- ۲ - بیمار را مرتباً از نظر بروز لرز مورد مشاهده قرار دهید.
- ۳ - لباسها و روانداز بیمار را بر اساس درجه حرارت محیط انتخاب کنید.
- ۴ - در صورت نداشتن منع، به بیمار در حد تحمل نوشیدنی گرم بدهید.
- ۵ - کلیه مایعات تزریقی را در حد ۳۷/۸ درجه سانتیگراد گرم کرده؛ سپس انفیون نمایید.
- ۶ - پرفیوژن کافی در بافتها را مورد بررسی قرار دهید.
- ۷ - از بیمار بخواهید از مصرف مشروبات الکلی اجتناب کند.
- ۸ - در صورت عدم افزایش درجه حرارت با پزشک مشورت نمایید.

۱۲. احتمال بروز عفونت

Infection

تشخیص: احتمال بروز عفونت در رابطه با صدمه بافتی با علائم

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار در معرض صدمه توسط ارگانیسم‌های پاتوژن قرار می‌گیرد.

عوامل ایجاد کننده:

حضور ریسک فاکتورهایی نظیر از بین رفتن تمامیت پوست، صدمه بافتی، تغییر در PH ترشحات بدن، لکوپنی، سرکوب پاسخ‌های التهابی، سطح ایمنی ناکافی، تروما، سوء تغذیه، عدم حفظ بهداشت، و پارگی پرده آمنیون.

عوامل وابسته: بیماری‌های مزمن، آنمی، کاهش سطح هوشیاری، اختلالات هورمونی، درمان با آنتی بیوتیک‌ها، داروهای ایمنونوساپرسیو، دیالیز و جراحی‌ها.

علائم:

حضور ریسک فاکتورهایی نظیر از بین رفتن تمامیت پوست، صدمه بافتی، کاهش فعالیت سیلیاری در ریه، استاز مایعات بدن، تغییر در پرستالتیسم، کاهش PH، لکوپنی، سرکوب پاسخ‌های التهابی، ضعف سیستم ایمنی، بیماری‌های مزمن، روش‌های تهاجمی، درمانی و تشخیصی، سوء تغذیه، عوامل دارویی، تروما، پارگی پرده آمنیون، عدم حفظ بهداشت

برآیند های مورد انتظار:

بیمار علائم عفونی از خود نشان ندهد.

۱. عدم حضور تب و لرز

۲. تعداد نبض بین ۱۰۰ - ۶۰ ضربه در دقیقه

۳. دفع ادرار شفاف، زرد و بدون تکرر، فوریت و سوزش

۴. عدم ترشح هر نوع ترشح واژینال

۵. سلامت غشاء موکوسی دهان

۶. طبیعی بودن صداهای تنفسی و عدم حضور صداهای غیر طبیعی

۷. طبیعی بودن مقادیر WBC و تقسیمات آن و منفی بودن نتایج کشت‌ها

اقدامات پرستاری:

۱. بررسی علائم و نشانه‌های بروز عفونت

افزایش درجه حرارت، بروز لرز، افزایش تعداد نبض به بالاتر از ۱۰۰، افزایش تعداد تنفس، افزایش شمار WBC، کدورت و بوی بد ادرار، تکرر، سوزش و احساس فوریت در دفع ادرار.

۲. اقدامات مربوط به مراقبت‌های پرستاری جهت کاهش خطر بروز عفونت:

a. استفاده از روش صحیح شستشوی دست‌ها

b. تغذیه ایده‌آل

c. تعادل بین استراحت و فعالیت بیمار

d. رعایت موارد استریل در کلیه روش‌های تهاجمی نظیر تزریقات و وارد کردن سوندها

e. تجویز روزانه حداقل ۲۵۰۰ ml مایعات به بیمار

f. جداسازی بیمار از سایر افراد عفونی

۱۳. اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن

Less than body requirements

در رابطه با:

۱. کاهش تغذیه از راه دهان در نتیجه بی‌اشتهایی، تهوع، ضعف، خستگی و دوست نداشتن غذا
۲. بی‌اشتهایی در نتیجه کاهش فعالیت و یبوست
۳. از دست رفتن مواد غذایی در نتیجه اسهال و یا استفراغ
۴. تغییر در حس بویایی و چشایی
۵. آنمی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار مواد غذایی را کمتر از حد نیازهای متابولیک بدن دریافت می کند.

اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری :

۱. علائم و نشانه های سوء تغذیه را در بیماری مورد بررسی قرار دهد.
۲. تهوع و استفراغ را در بیمار کنترل کند.
۳. قبل از شروع تغذیه مراقبتهای لازم از دهان بیمار را به عمل آورد.
۴. مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار بدهد.
۵. به منظور تحمل بهتر رژیمهای کم نمک از سبزی، ادویه جات، آلبیمو، ترشی و ماست استفاده کند.
۶. به بیمار کمک کنید غذاهایی را که از نظر بلع راحتتر هستند انتخاب کند.
۷. بیمار را تشویق کنید که غذا را به دقت جویده و روی عمل بلع خود تمرکز داشته باشد.

۱۴. اختلال در تغذیه بیشتر از نیاز بدن

(More than body requirements)

در رابطه با :

کاهش سوخت و ساز مواد غذایی در نتیجه کاهش ریت متابولیسم.

تعریف : وضعیتی است که در آن بیمار مواد غذایی را بیشتر از حد نیازهای متابولیک بدن دریافت می کند.

اقدامات مربوط به مراقبتهای پرستاری :

۱. بیمار را از نظر علائم افزایش وزن کنترل کنید.
۲. جهت کاهش تدریجی وزن طبق دستور به بیمار محدودیت مصرف کالری بدهید.
۳. به منظور کنترل کالری مصرفی، نیازهای غذایی و ترجیح بیمار با متخصص تغذیه مشورت کنید.
۴. براساس اجازه پزشک و تحمل بیمار میزان فعالیت او را افزایش دهید.
۵. اثرات درمانی و عوارض داروهای هورمونی تیروئید را روی تغییر در ریت متابولیسم بدن مورد بررسی قرار دهید.
۶. در صورت عدم تغییر و یا افزایش مجدد آن با پزشک مشورت کنید.

۱۵. اختلال در الگوی خواب

تشخیص: اختلال در الگوی خواب در رابطه با محیط نا آشنا با علائم شکایت بیمار از بی خوابی ، سخت به خواب رفتن، بیدار شدن زودتر یا دیرتر از زمان مقرر و ...

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار به دلیل اختلال در زمان طبیعی خواب دچار ناراحتی و اشکال در انجام فعالیت های روزمره می شود .

عوامل ایجاد کننده :

- ۱- ترس و اضطراب
- ۲- محیط نا آشنا
- ۳- نداشتن پوزیشن مناسب و راحت برای خوابیدن به دلیل وجود لوله ها و ...
- ۴- دیس پنه و ارتوپنه
- ۵- استفراغ
- ۶- درد
- ۷- اسهال
- ۸- شب ادراری
- ۹- سرفه و درد قفسه سینه
- ۱۰- کرامپ های عضلانی و پارستزی
- ۱۱- خارش
- ۱۲- توهم و کابوس شبانه
- ۱۳- دپرسیون
- ۱۴- اختلال در الگوی طبیعی خواب
- ۱۵- بررسی ها و مراقبت ها و درمان های مکرر در طول شب
- ۱۶- کاهش فعالیت جسمانی
- ۱۷- تغییر در ریتم بیولوژیک

عوامل وابسته: درد، اضطراب، تغییرات محیطی، بی‌تحركی، اختلالات تنفسی و گردش خون، اختلال در دفع، تغییرات متابولیک

علائم:

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

برآیند های مورد انتظار:

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

a. بعد از بیدار شدن از خواب احساس سر حال بودن داشته باشد.

b. رفتار طبیعی از خود نشان دهد.

c. مکرراً خمیازه نکشد.

d. اشکال در تکلم نداشته باشد.

e. زیر چشمان بیمار هاله سیاه وجود نداشته باشد.

اقدامات پرستاری:

الف) اقدامات مربوط به پرستاری بیمار:

۱- علائم و نشانه‌های اختلال در الگوی خواب را مورد بررسی قرار دهد

a. شکایت کلامی بیمار از به خواب رفتن

b. احساس عدم رضایت از خواب

c. از خواب پریدن

d. بیدار شدن زودتر یا دیرتر

۲- تغییرات رفتاری نظیر تحریک پذیری و لتارژی را مورد مشاهده قرار دهید

ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری:

۱. پیش از خواب ، نیاز های اولیه بیمار نظیر گرسنگی، تشنگی، دفع را برآورده کنید
۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید
۳. تا جایی که ممکن است صداها و فعالیت های اضافی را به حداقل برسانید
۴. در صورت امکان به بیمار اجازه دهید عادات خواب خود را به اجرا درآورد (وضعیت بدن، زمان خواب، فعالیت های پیش از خواب و ...)
۵. پیش از خواب از یک نوشیدنی گرم استفاده کنید
۶. پیش از خواب از روش های آرام سازی استفاده کنید (آرام سازی پیش رونده عضلات، ماساژ پشت، فوریک ملایم، هدایت تصورات)
۷. از خوابیدن طولانی مدت بیمار در طول شب جلوگیری کنید زیرا روی خواب شب اثر می گذارد.
۸. به بیمار آموزش دهید از مصرف مواد کافئین دار نظیر شکلات ،چای، قهوه ، کولا، پیش از خواب جلوگیری اجتناب کند.
۹. پیش از خواب مثانه خود را تخلیه کند.
۱۰. اقدامات زیر را جهت بهبود وضعیت تنفس بیمار انجام دهید:

a. بیمار را در راحت ترین وضعیت قرار دهید (استفاده از بالشت)

b. در طول خواب از اکسیژن درمانی استفاده کنید

c. سعی کنید در زمان خواب تهویه اتاق مناسب باشد

۱۱. سعی کنید حداقل ۱۲۰ دقیقه خواب مداوم را برای بیمار فراهم نمایید:

a. برنامه مراقبت ها و درمان ها را طوری بریزید که همگی با هم انجام شوند و سپس بیمار برای خوابیدن مزاحمتی نداشته باشد.

b. در زمان خواب ملاقات ها را محدود کنید.

۱۲. اثرات درمانی و عوارض مسکن ها و ضددرد ها را مورد بررسی قرار دهید.

۱۳. در صورت بدتر شدن وضعیت خواب بیمار با پزشک مشورت کنید.

۱۶. اختلال در پاسخ به جداسازی از تهویه مکانیکی

تشخیص: ترس در رابطه با انجام عمل جراحی و بیهوشی با علائم نا آرامی، بی خوابی، حرکت و نگاه چشم ها به همه چیز، تماس چشمی ضعیف، لرزش دستها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، اسهال، افزایش BP و ...

تعریف: احساس ناخوشایندی است که در حضور یک وضعیت شناخته شده بروز پیدا می کند.

عوامل ایجاد کننده :

نا آشنا بودن با محیط، کمبود اطلاعات در مورد تشخیص روش های تشخیصی و درمان، تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش بیمار، اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود، علائم ظاهری بیماری، دیس پنه و تنگی نفس، درد شدید، احتمال عود بیماری احساس نزدیکی به مرگ، ترس از پیش آگهی بیماری، ناتوانی برای کنترل بیماری، کمبود کنترل روی محیط اطراف و عملکرد بدن اختلال در برقراری ارتباط با اطرافیان و محیط، ترس از انجام عمل جراحی و بیهوشی، ترس از هر چیز ناشناخته

علائم :

۱. علائم ذهنی: افزایش تنش، احساس شدید بی حمایتی، ترس، هیجان، احساس بی کفایتی، تحرک زیاد، ترس از هر چیزی، تنش و نگرانی برای هر نوع تغییر و حادثه در زندگی، غمگینی، اضطراب
۲. علائم عینی: تحریک سمپاتیک، تحریک قلبی عروقی، انقباض عروق سطحی، گشادی مردمک چشم، نا آرامی، بی خوابی، حرکت و نگاه چشم ها به همه چیز، تماس چشمی ضعیف، لرزش دستها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، اسهال، ضعف عضلانی، خستگی، سنکوپ، افزایش BP، رفتارهای عملی به صورت حمله و فرار، هشیاری زیاده از حد، اشتغال دائمی فکر، تمرکز یافتن روی خطر، حرکات غیر طبیعی نظیر تکان دادن دستها و پاها، فشردگی صورت، لرزش صدا، افزایش احتیاط، افزایش تعریق، متمرکز شدن روی خود

برآیند های مورد انتظار :

۱. بیان کند که اضطراب و ترسش کم شده است.
۲. حالت فشرده گی صورت و بدن از بین رفته بیمار آرام باشد.
۳. علائم حیاتی بیمار ثابت باشد .
۴. رنگ پوست طبیعی باشد.
۵. قادر به توضیح در مورد تشخیص خود تستها و روش های درمانی مراقبتهای معمول بیمارستان و روشهای جراحی و اثرات آن باشد.

اقدامات پرستاری :

۱. ترسها و سطح درک بیمار از نحوه عمل جراحی و اهمیت آن
 ۲. درک از نتایج و انتظارات جراحی
 ۳. سوء تعبیرات بیمار در مورد بیماری و عمل جراحی اش
 ۴. تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان
 ۵. سیستمهای حمایتی با ارزش ازبیمار
 ۶. بیمار را نسبت به محیط بیمارستان ابزارها و روش های درمانی و مراقبتی آشنا کنید.
 ۷. در مورد هدف از انجام کلیه روشهای تشخیصی و درمانی توضیح دهید.
 ۸. پرسنلی را که مسئول مراقبت از بیمار هستند معرفی کنید .
 ۹. سعی کنید همیشه افراد خاصی مراقبت از بیمار را به عهده بگیرند.
 ۱۰. بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند و با صدای زنگ هرچه سریعتر بربالین او حاضر خواهند شد.
 ۱۱. هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن توام با رازداری استفاده کنید.
 ۱۲. بیمار را تشویق به بیان ترس ها و اضطراب خود کنید و بازخورد مناسب به او بدهید.
 ۱۳. توضیحات پزشک را مجدداً برای بیمار بازگو کرده اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار در مورد تشخیص، درمان و پیش آگهی را توضیح دهید.
 ۱۴. در صورت نیاز روش های آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.
- به افراد نزدیک به بیمار نیز آموزش های لازم جهت حمایت از بیمار را بدهید

۱۷. تغییر در غشای موکوسی دهان

در رابطه با:

- i. اکسیژن درمانی طولانی مدت
- ii. تنفس دهانی در حضور NGT
- iii. خشکی مخاط دهان در نتیجه کاهش حجم مایعات یا محدودیت مایعات.
- iv. کاهش ترشح بزاق در نتیجه درمانهای دارویی نظیر مسکن مخدر ، و آنتی کولینرژیک ها.
- v. کاهش ترشح بزاق در نتیجه محدودیت تغذیه از راه دهان.
- vi. لکوپلاکی زبان
- vii. آتروفی اپیتلیال مخاط دهان در نتیجه ی فقر آهن ، ویتامین B₁₂ ، و فولات
- viii. آتروفی اپیتلیال مخاط دهان در نتیجه ی کاهش ترشح بزاق و کاهش حجم مایعات.
- ix. استئوماتیت در نتیجه ی سوء تغذیه و کاهش حجم مایعات
- x. استئوماتیت در نتیجه افزایش سطح سرمی سمومات نیتروژنی (در نارسایی کلیه)
- xi. استئوماتیت در نتیجه بهداشت نامناسب دهان
- xii. استئوماتیت بدلیل بازسازی ناکافی سلولهای اپیتلیال حفره دهان در نتیجه رادیو تراپی و شیمی درمانی.
- xiii. عفونت با کاندیدیا آلبیکنس یا هرپس سیمپلکس در نتیجه ی فقر سیستم ایمنی
- xiv. لژیونهای دهانی بصورت آفت در حفره ی دهان.

تعریف : وضعیتی است که در آن بیمار تخریب سلولهای اپیتلیال حفره ی دهان را تجربه می کنند.

مشخصات :

☐ ناراحتی و درد در دهان

☐ زبان باردار

- ☐ خشکی دهان
- ☐ استئوماتیت
- ☐ ضایعات یا زخم های دهانی
- ☐ کاهش یا فقدان بزاق
- ☐ لکوپلاکی
- ☐ ژئرویت هموراژیک
- ☐ مشکلات دندان و لثه

عوامل وابسته :

- ☐ پرتو درمانی سر و گردن
- ☐ دهیدراسیون
- ☐ تروماهای شیمیایی نظیر تماس با مواد اسیدی، الکل و قلیا
- ☐ تروماهای مکانیکی نظیر وارد کردن لوله تراشه یا NGT و جراحی حفره ی دهان
- ☐ NPO بودن بیشتر از ۲۴ ساعت
- ☐ بهداشت ناکافی
- ☐ تنفس دهانی
- ☐ سوء تغذیه
- ☐ عفونت
- ☐ کاهش یا فقدان بزاق
- ☐ عوارض دارویی

برآیند مورد انتظار :

- ☐ غشای موکوسی دهان بیمار مرطوب و سالم باشد:
- ☐ عدم حضور التهاب یا زخم
- ☐ موکوس سالم و صورتی
- ☐ عدم حضور خشکی و سوزش دهان
- ☐ توانایی بلع بدون ناراحتی
- ☐ ترشح عادی بزاق

اقدامات پرستاری :

الف) اقدامات مربوط به بررسی بیمار:

- ۱ - مخاط دهان بیمار را در هر شیفت از نظر خشکی بررسی کنید.
- ۲ - علائم و نشانه های استئوماتیت نظیر التهاب یا زخم موکوس دهان ، لکوپلاکی، سوزش و خشکی دهان، تغییر شکل صدا، دیسفاژی ، و بزاق غلیظ را مورد بررسی قرار دهید.
- ۳ - از آسیب دهانی کشت بگیرید.

ب) اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری :

- ۴ - جهت کاهش خشکی دهان، اقدامات زیر بکار میروند:
 - I. پس از هر بار مصرف غذا و یا در صورت لزوم، جهت حفظ بهداشت دهان به بیمار کمک کنید.
 - II. بیمار را تشویق کنید دهان خود را با آب مرطوب کند.
 - III. به بیمار آموزش دهید از مالیدن موادی چون گلیسرین و آبلیمو به لبها و استفاده از خمیر دندانهای حاوی الکل خودداری کند(اثرات خشک کننده و تحریکی روی مخاط دهان دارد).
 - IV. لبهای بیمار را توسط وازلین، کی وای ژله، یا روغنهای معدنی چرب کنید
 - V. بیمار را تشویق کنید از راه بینی نفس بکشد.
 - VI. به بیمار آموزش بدهید که سیگار نکشد.
 - VII. بیمار را تشویق کنید روزانه ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات مصرف کند.(مگر در موارد منع)
 - VIII. در صورت تجویز بیمار می تواند از بزاق مصنوعی استفاده کند.
 - IX. به بیمار بگویید جهت تحریک ترشحی تواند از آبنبات یا آدامس استفاده کند.
- ۵ - به منظور جلوگیری یا کاهش شدت استئوماتیت اقدامات زیر را بعمل آورید:
 - i. اقدامات لازم جهت کاهش خشکی دهان را بعمل آورید
 - ii. از بیمار بخواهید بهداشت دهان را حفظ کند.
 - iii. از بیمار بخواهید دهان خود را با سالین گرو یا بیکربنات سدیم آب بشوید.
 - iv. به بیمار آموزش دهید که از مصرف مواد غذایی محرک نظیر مواد ادویه دار، اسیدی ، و یا خیلی گرم خودداری کند.
 - v. به بیمار آموزش دهید از خمیر دندانهای ضعیف و مسواک نرم استفاده کند.
 - vi. وضعیت تغذیه بیمار را کنترل کنید.
 - vii. داروهای ضد قارچ یا آنتی باکتری را در زمان مقرر تجویز کنید.

۶- در صورت عدم کنترل استئوماتیت:

بیمار را مرتباً دهانشویه دهید.

در صورت داشتن دندان مصنوعی ، فقط موقع تغذیه آنرا در اختیار بیمار قرار دهید.

اثرات داروهای بی حس کننده موضعی را بررسی کنید.

۷- در صورتی که علائم استئوماتیت بدتر شد ، با پزشک مشورت کنید.

با تشکر