



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

معاونت درمان

تخصیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

اردیبهشت ماه ۱۳۹۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

با تشکر از همکاران محترمی که در تهیه و تدوین این کتاب نهایت تلاش را داشته اند.

خانم سیده فاطمه میربازغ کارشناس آموزش کادر پرستاری معاونت درمان

خانم لیلا نصیری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان بهارلو

خانم فیروزه علوی لواسانی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان سینا

خانم سارا داننده فرد، سوپروایزر آموزشی بیمارستان روزبه

خانم دکتر فروزنده جنت، سوپروایزر آموزشی بیمارستان آرش

خانم لیلا هاشمی، سوپروایزر آموزشی مرکز طبی کودکان

خانم لادن فتاح مقدم، سوپروایزر آموزشی بیمارستان روانپزشکی رازی

خانم زهرا نجم زاده، سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام خمینی

آقای حسین کرمی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام خمینی

آقای جلال فتح آبادی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان ضیایان

آقای دکتر علی کریمی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان شریعتی

آقای علیرضا رضایی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان شریعتی

فهرست مطالب

- در معرض خطر زخم فشاری ۳
- احتمال بروز واکنش حساسیتی ۵
- ناکافی بودن تولید شیر مادر ۷
- اختلال در مراقبت از خود ۹
- اضافه وزن و در معرض خطر اضافه وزن ۱۱
- در معرض خطر کاهش درجه حرارت قبل از عمل جراحی ۱۳
- در معرض خطر آسیب حین پوزیشن دادن در اتاق عمل ۱۵
- اختلال در الگوی خواب ۱۷
- در معرض خطر خونریزی ۲۱
- در معرض خطر خفگی ۲۶
- سندرم استرس پس از حادثه (PTSD) ۲۷
- اختلال در تصمیم گیری ۲۹
- ترس از مرگ ۳۱
- دیسترس روحی ۳۳
- سندرم استرس جابجایی ۳۵
- سندرم ترک مواد ۳۷
- سوگ مزمن ۳۹
- غفلت از خود ۴۱
- اختلال در حافظه ۴۳
- در معرض خطر سندرم متابولیک ۴۴
- در معرض خطر فرآیند ناموثر فرزند پروری ۴۶
- در معرض خطر خشکی دهان ۴۸
- در معرض خطر بروز عفونت محل جراحی ۵۰
- در معرض خطر فشارخون ناپایدار ۵۲
- پایش ناکافی سلامت ۵۳
- در معرض خطر ترومبوز ورید عمقی ۵۵
- خود آزمایی ۵۶
- کلید واژگان ۵۷
- منابع ۵۸

اهداف رفتاری

پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می‌رود:

- ۱) تشخیص‌های جدید پرستاری را شرح دهند.
- ۲) تعاریف هر تشخیص را شرح دهند.
- ۳) مشخصات هر تشخیص را شرح دهند.
- ۴) برآیند مورد انتظار هر تشخیص را شرح دهند.
- ۵) اقدامات پرستاری هر تشخیص را شرح دهند.

در معرض خطر زخم فشاری

تشخیص پرستاری احتمال ایجاد زخم فشاری در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) بی حرکتی
- (۲) کاهش درک حسی و بیماری‌های حسی عصبی
- (۳) کاهش سطح هوشیاری
- (۴) وجود تجهیزات خارجی فشارنده ارگان‌های بدن مثل گچ ، تراکشن پوستی و استخوانی و غیره
- (۵) نیروی اصطکاک
- (۶) رطوبت
- (۷) سوء تغذیه
- (۸) کم خونی (آنمی)
- (۹) عفونت
- (۱۰) سالمندی
- (۱۱) بیماری‌های زمینه‌ای
- (۱۲) وضعیت روانی
- (۱۳) بی اختیاری ادرار یا مدفوع
- (۱۴) ادم
- (۱۵) هایپرترمی
- (۱۶) وضعیت عضلانی
- (۱۷) اختلالات عصبی و عروقی
- (۱۸) وسایل اضافی موجود در تخت بیمار و یا صاف و مرتب نبودن ملحفه‌های تخت
- (۱۹) استفاده از روش‌های نادرست جابجایی و بلند کردن مددجو
- (۲۰) پوزیشن نامناسب مددجو در تخت

تعریف :

به هر گونه ضایعه که به علت فشار بر ناحیه‌ای از بدن ایجاد شده و منجر به آسیب بافت‌های زیرین شود، زخم فشاری گفته می‌شود. زخم فشاری نکرور بخشی از بافت سلولی است که ناشی از عدم وجود گردش خون در محل مزبور می‌باشد. به عبارت دیگر زخم فشاری ناحیه متمرکزی از نکرور بافتی است و هنگامی که بافت نرم بین یک برجستگی استخوانی و یک سطح خارجی به مدت طولانی تحت فشار قرار گیرد، ایجاد می‌شود.

مشخصات :

اختلال در تمامیت پوست همراه با تغییر رنگ ، سوزش ، درد و در مواردی که زخم پیشرفت کرده باشد، ممکن است با عفونت همراه باشد. زخم فشاری ۴ مرحله دارد. ممکن است از قرمزی پوست و بافت‌های اطراف (مرحله ۱) تا آسیب به کل ضخامت پوست با تخریب وسیع، نکرور بافتی یا آسیب استخوانی عضلانی (مرحله ۴) متفاوت باشد.

برآیند مورد انتظار :

شناسایی عوامل تهدید کننده جهت بروز زخم فشاری و جلوگیری از ایجاد زخم فشاری از طریق تعدیل عوامل تهدید کننده

اقدامات پرستاری :

- ۱) بررسی مداوم پوست (حداقل روزی یک بار) به خصوص نواحی که بیشتر مستعد زخم فشاری هستند
- ۲) انجام اقدامات مراقبتی در پیشگیری از صدمات پوستی
- ۳) حفظ بهداشت پوست و آموزش بیمار در مورد اهمیت و چگونگی رعایت بهداشت پوست
- ۴) حفظ هیدراتاسیون کافی و جلوگیری از خشکی پوست
- ۵) استفاده از وسایل رفع فشار جهت کاهش هرچه بیشتر فشار بر روی پوست و برجستگی های استخوانی
- ۶) حفظ رژیم غذای با کالری، پروتئین، ویتامین ها و آهن کافی (توصیه می شود از مکمل های غذایی استفاده شود)
- ۷) هنگام حمام دادن به بیمار در تخت باید اعمال فشار و اصطکاک بر پوست را به حداقل رسانده و از مواد شوینده ملایم استفاده نمود و پس از پایان استحمام باید پوست بیمار را به طور کامل خشک نمود.
- ۸) پوست مددجو را همواره خشک، پاکیزه و عاری از ادرار، مدفوع و عرق نگهدارید.
- ۹) بهتر است ماساژ بر روی برجستگی های استخوانی انجام نشود. به علاوه انجام ماساژ شدید خود می تواند منجر به ترومای عمیق بافتی شود.
- ۱۰) مکان نشستن بیمار و تخت بیمار را عاری از هرگونه چین خوردگی و چروک نگه دارید.
- ۱۱) تغییر پوزیشن، جابجایی و چرخش مددجو باید به صورت صحیح انجام گیرد. تغییر پوزیشن مددجو به صورت جزئی باعث تغییر نقاط فشار می شود. در هنگام تغییر پوزیشن مددجو باید سعی شود مددجو روی تخت کشیده نشود. کلیه مددجویان محدود به تخت باید هر دو ساعت تغییر پوزیشن داده شوند.
- ۱۲) استفاده از تشک های مخصوص جهت پیشگیری از بروز زخم فشاری (مانند تشک موج)

احتمال بروز واکنش حساسیتی

تشخیص احتمال بروز واکنش حساسیتی در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

(۱) تماس با مواد لاتکس، چسب و ...

(۲) مصرف مواد غذایی حاوی مواد حساسیت‌زا برای مددجو

(۳) تجویز داروهایی که ممکن است فرد به آنها حساسیت داشته باشد.

(۴) تزریق خون و فرآورده‌های خونی

تعریف:

واکنش آنافیلاکسی، یک واکنش افزایش حساسیت سیستمیک حاد می‌باشد که پس از تماس با برخی ذرات خارجی مثل داروها (پنی سیلین، ماده حاجب و ...) و سایر عوامل از قبیل لاتکس، نیش حشرات یا غذاها (تخم مرغ، بادام زمینی و ...) در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه اتفاق می‌افتد.

یک واکنش آنافیلاکسی نتیجه واکنش آنتی ژن - آنتی بادی در یک فرد دارای حساسیت می‌باشد. زیرا تماس قبلی این فرد با ماده حساسیت‌زا سبب تشکیل یک نوع خاص آنتی بادی (ایمنوگلوبولین) در پاسخ به عامل آلرژن شده است.

مشخصات:

این واکنش با اسپاسم عضلات صاف، گشاد شدن عروقی (وازدیلاتاسیون) منتشر و افزایش نفوذپذیری مویرگی در اثر آزاد شدن هیستامین مشخص می‌شود. این واکنش در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه پس از تماس با ماده آلرژن شروع شده و در صورتی که به طور اورژانسی درمان نشود، به سرعت باعث دیسترس تنفسی، کلاپس عروقی، شوک و احتمال مرگ قریب الوقوع می‌شود.

برآیند مورد انتظار:

(۱) حفظ الگوی طبیعی تنفسی

(۲) اصلاح تبادل گازی

(۳) برون ده قلبی مناسب

(۴) افزایش اطلاعات مددجو در زمینه واکنش حساسیتی

اقدامات پرستاری:

قبل از وقوع واکنش حساسیتی موارد زیر بررسی شود:

(۱) در هنگام بستری بیمار در مورد سابقه حساسیت به غذا، دارو و ... از بیمار سوال کنید.

(۲) در صورت وجود سابقه حساسیت، دستبند بیمار باید لیبل قرمز داشته باشد. در کاردکس پرستاری و پرونده بیمار نیز باید با رنگ قرمز جلب توجه کننده، قید شود.

در زمان وقوع واکنش حساسیتی موارد زیر را انجام دهید:

- (۱) علائم حیاتی بیمار شامل فشار خون، ضربان قلب، تعداد و ریتم و عمق تنفس مددجو را بررسی کنید و به علائم زیر توجه داشته باشید:
 - سرفه، تنگی نفس، کوتاه شدن تنفس، استریدور، تاکی پنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی، ویزینگ، افت فشار خون و افزایش و کاهش ضربان قلب
- (۲) صداهای ریوی مددجو را سمع کنید.
- (۳) سطح اضطراب مددجو را بررسی کنید.
- (۴) احساس تنگی راه هوایی را در مددجو بررسی کنید.
- (۵) مددجو را از نظر تغییر رنگ پوست، زبان و موکوس بررسی کنید.
- (۶) مددجو را از نظر وجود آنژیوادم بررسی کنید.
- (۷) SPO_2 و گازهای خون شریانی را مداوم کنترل کنید.
- (۸) مددجو را آرام کنید. به مددجو و همراهان او اطمینان دهید که در صورت نیاز بلافاصله اقدامات لازم را انجام خواهید داد.
- (۹) در هنگام دیسترس حاد در کنار مددجو بمانید. این کار سبب کاهش اضطراب مددجو خواهد شد.
- (۱۰) به مددجو آموزش دهید که آرام و عمیق نفس بکشد. فعالیت بدنی مددجو را محدود کنید.
- (۱۱) پوزیشن نشسته را برای مددجو حفظ کنید. سر تخت را بالا بیاورید.
- (۱۲) مایعات وریدی را طبق دستور پزشک تجویز کنید.
- (۱۳) اکسیژن تراپی را طبق دستور پزشک انجام دهید.
- (۱۴) اقدامات دارویی را طبق دستور پزشک انجام دهید. (برونکودیلاتور، کورتیکواستروئید، اپی نفرین و آنتی هیستامین)
- (۱۵) راه هوایی را باز نگه دارید. در صورت وجود استریدور، اینتوباسیون اورژانسی یا تراکئوستومی باید انجام شود.
- (۱۶) سطح هوشیاری مددجو و تغییرات ذهنی را بررسی کنید.
- (۱۷) به آریتمی های قلبی توجه داشته باشید.
- (۱۸) دمای پوست مددجو و علائم سیانوز را بررسی کنید.
- (۱۹) به میزان برون ده ادراری توجه داشته باشید.
- (۲۰) در صورتی که واکنش حساسیتی به دنبال تزریق خون یا یکی از فرآورده های خونی اتفاق افتاد، بلافاصله تزریق خون یا فرآورده خونی را متوقف کنید. راه وریدی بیمار را باز نگه دارید و بلافاصله به پزشک اطلاع دهید. در صورت نیاز، اقدامات حمایتی را انجام دهید.
- (۲۱) به مددجو و همراهان در مورد واکنش های حساسیتی آموزش دهید.

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

ناکافی بودن تولید شیر مادر

تشخیص ناکافی بودن تولید شیر مادر در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) NPO بودن مادر
- (۲) باورهای غلط فرهنگی و اجتماعی
- (۳) عدم آگاهی از تولید آغوز
- (۴) عدم انجام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
- (۵) عدم تمایل به شیردهی مادر
- (۶) اثرات کاهنده داروهای بیهوشی در مادر سزارین شده
- (۷) ترس از بروز شقاق و زخم نوک سینه
- (۸) عدم مکیدن کافی پستان توسط نوزاد
- (۹) مکرر نبودن تغذیه با شیر مادر
- (۱۰) اختلال در خواب و استراحت مادر
- (۱۱) سوء تغذیه
- (۱۲) شروع زودهنگام شیرخشک
- (۱۳) استفاده از شیشه شیر و گول‌زنک (پستانک)

تعریف:

وضعیتی است که در آن هنوز حجم شیر تولید شده مادر، برای رفع نیازهای تغذیه‌ای نوزاد کافی نمی‌باشد.

مشخصات:

بی‌قراری نوزاد، کلافگی مادر، عدم دفع ادرار با حجم مناسب توسط نوزاد

برآیند مورد انتظار:

مادر با توجه به محدودیتهای حاصل از زایمان و یا سزارین، حداکثر فعالیت را برای شیردهی داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- (۱) به مادر و خانواده آموزش صحیح در مورد شیردهی و فواید آن بدهید.
- (۲) آموزه‌های نادرست فرهنگی را تصحیح کنید.
- (۳) شرایط انجام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را فراهم نمایید.
- (۴) اقداماتی را جهت تسکین مشکلات بعد از دریافت داروی بیهوشی مادر بعمل آورید.
- (۵) درد مادر را با استفاده از مسکن‌های مناسب (با توجه به منع مصرف در شیردهی) کاهش دهید.

- ۶ نحوه صحیح در آغوش گرفتن و پستان به دهان نوزاد گذاشتن را آموزش دهید.
- ۷ در حضور خودتان نوزاد را به سینه مادر بگذارید.
- ۸ به مادر نشانه های زودرس و دیررس گرسنگی نوزاد را آموزش بدهید.
- ۹ مادر را برای تغذیه مکرر نوزاد با سینه و شیر مادر ترغیب و کمک نمایید.
- ۱۰ از همراهان مادر برای کمک به شیردهی کمک بگیرید.
- ۱۱ تغذیه صحیح برای مادر شیرده را به مادر آموزش داده و کنترل نمایید.
- ۱۲ مضرات استفاده از پستانک و شیشه شیر را آموزش دهید.
- ۱۳ تاکید به مادر برای تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی نوزاد را آموزش بدهید.
- ۱۴ امکانات بیمارستان در جهت رسیدگی به مشکلات شیردهی (حضور) را توضیح دهید.
- ۱۵ استفاده از امکانات بیمارستان برای مادران شیرده را آموزش دهید.
- ۱۶ چگونگی دسترسی به گروه حامی شیر مادر جهت رفع مشکلات شیردهی (تلفنی) را آموزش دهید.
- ۱۷ نحوه دوشیدن و ذخیره شیر را به مادر آموزش دهید.

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

اختلال در مراقبت از خود

تشخیص پرستاری اختلال در مراقبت از خود در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) تغذیه کمتر از نیاز بدن
- (۲) احتمال بروز صدمه (نارسایی کلیه، ریه، کبد و ...)
- (۳) ارتباط با داروهای شیمی درمانی
- (۴) عدم تحمل فعالیت
- (۵) درد عضلانی و مفصلی
- (۶) تهوع و استفراغ ناشی از داروهای شیمیایی
- (۷) اختلال در سلامت پوست
- (۸) خستگی و ضعف
- (۹) اسهال
- (۱۰) یبوست
- (۱۱) درد استخوان و مفاصل
- (۱۲) احتمال بروز عفونت
- (۱۳) پاکسازی غیر موثر راه هوایی
- (۱۴) اختلال در تحرک جسمانی

تعریف:

وضعیتی است که فرد توان استفاده از دانش و مهارت خود را به عنوان یک منبع را ندارد تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند.

مشخصات:

اختلال در تغذیه، اختلال در خواب و بیداری، بهداشت فردی، تحرک جسمانی

برآیند مورد انتظار:

مددجو با ایجاد تغییر رفتار در طی فرایند آموزش، توانایی مراقبت و انجام فعالیت‌های درمانی مربوط به خود را داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- (۱) بررسی در نقص مراقبت از خود، در بیمار را، ارزیابی نمائید.
- (۲) اهداف روزانه را برای خود مراقبتی ایجاد نمائید.
- (۳) اطلاعات لازم در ارتباط با بیماری و روند درمان را به مددجو و خانواده آموزش دهید.

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

- ۴) تمرینات مراقبت از خود را به او و خانواده او آموزش دهید.
- ۵) بیمار را جهت انجام فعالیت های مربوط به خود تشویق نمایید.
- ۶) زمانی که مددجو قادر به پذیرش باشد، نسبت به انجام فعالیت های خودمراقبتی، بازخورد دهید.
- ۷) در صورت عدم توانایی بیمار ، در امر مراقبت از خود ؛ براساس توانایی های اعضاء خانواده، مسئولیت مراقبت از بیمار در منزل را به آنها آموزش دهید.
- ۸) به بیمار جهت مسئولیت پذیری کمک نمائید.
- ۹) بیمار را در روند برنامه ریزی برای درمان مشارکت دهید.

اضافه وزن و در معرض خطر اضافه وزن

تعریف:

اضافه وزن (Overweight) به حالتی گفته می‌شود که فرد بیش از وزن مناسب و کمتر از حد چاقی، وزن داشته باشد و شرایطی است که فرد تجمع چربی بیش از حد با توجه به سن و جنس در بدن دارد و به خصوص اگر سبک زندگی فرد به گونه ای باشد که مصرف غذا زیاد و تحرک ناکافی باشد، این مورد شایع تر است.

تشخیص پرستاری افزایش وزن در ارتباط با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- ۱) میانگین فعالیت بدنی روزانه کمتر از میزان توصیه شده بر اساس جنسیت و سن
- ۲) مصرف نوشیدنی‌های شیرین و حاوی شکر
- ۳) رفتارهای غذایی ناسازگار با سبک زندگی مناسب
- ۴) صرف انرژی کمتر از انرژی دریافتی بر اساس ارزیابی استاندارد
- ۵) مصرف بیش از حد الکل
- ۶) ترس از عدم دریافت به موقع و کافی مواد غذایی و پرخوری متعاقب آن
- ۷) مصرف میان وعده‌های مکرر
- ۸) مصرف مکرر غذاهای **Fast Food** و سرخ شده
- ۹) دانش ناکافی در مورد عوامل تغییر پذیر
- ۱۰) بی‌حرکتی بیش از ۲ ساعت در روز
- ۱۱) کوتاه شدن زمان خواب
- ۱۲) اختلال خواب
- ۱۳) شروع مواد غذایی جامد به عنوان منبع اصلی مواد غذایی در سن کمتر از ۵ ماه
- ۱۴) کاهش میزان دخانیات (زیرا استعمال دخانیات اشتها را کم می‌کند)
- ۱۵) افزایش استفاده از داروهایی که می‌تواند موجب اضافه وزن شود (مثلاً آرام بخش‌های ناهمگون)
- ۱۶) بارداری مادر در سنین بالاتر (که ممکن است موجب استعداد چاقی در بچه‌ها شود)
- ۱۷) شیوه زندگی بدون تحرک

افراد در معرض خطر

- کودک کمتر از ۲ سال: نسبت وزن بر قد نزدیک به ۹۵ درصد
- کودکان ۱۸-۲ سال: شاخص توده بدن (BMI) نزدیک به ۸۵ درصد یا ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع
- بزرگسالان: شاخص توده بدنی (BMI) نزدیک به ۲۵ kg/m^2
- کودکانی که BMI بالا دارند.

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

- کودکان با وضعیت اقتصادی پایین
- تغذیه نوزاد با شیر خشک و یا غذای مخلوط
- عوامل وابسته به وراثت
- اختلال در رفتار و محدودیت خوردن غذا
- دیابت مادری (از مادر)
- افزایش سریع وزن در دوران کودکی
- سیگار کشیدن مادر
- چاقی در دوران کودکی
- چاقی والدین
- افزایش سریع وزن در دوران شیرخوارگی از جمله هفته اول، چهار ماه اول و سال اول
- شرایط مرتبط مثل اختلالات ژنتیکی

برآیند مورد انتظار :

وزن بیمار با توجه به سن و جنس و وضعیت فیزیولوژیکی بدن به حد مناسب برسد و عادت‌های غذایی ناسازگار و پرکالری در جهت کاهش وزن اصلاح شود و عوامل مستعد کننده اضافه وزن تا حد امکان تغییر یابد و فعالیت بدنی بیشتر شود.

اقدامات پرستاری :

- علت افزایش وزن را بررسی کنیم. (موارد ارگانیک و غیرارگانیک)
- غذای روزانه (مصرف کالری، انواع و مقادیر غذا، عادات غذا) را بررسی کنیم .
- بیمار را به انجام فعالیت بیشتر تشویق کنیم.
- بیمار را تشویق کنیم که فعالیت ورزشی را مرتب انجام دهد (ورزش به کم کردن وزن و کاهش اشتها کمک می کند)
- به بیمار و همراه او آموزش دهیم که رژیم غذایی نامناسب مثل مصرف الکل، نوشیدنی‌های شیرین، غذاهای رستورانی و سرخ شده را ترک کند.
- با یک کارشناس یا متخصص تغذیه جهت تعیین کالری و نیازهای تغذیه ای برای رسیدن شخص به وزن مطلوب و کاستن از اضافه وزن مشاوره کنیم.
- در صورت مصرف داروهای هورمونی که سبب افزایش وزن می شوند باید با پزشک در مورد ادامه درمان مشورت شود.

در معرض خطر کاهش درجه حرارت در اعمال جراحی

تعریف:

به شرایطی گفته می‌شود که درجه حرارت مرکزی بدن کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد یا ۹۶٫۸ درجه فارنهایت یک ساعت قبل یا ۲۴ ساعت بعد از عمل جراحی اتفاق می‌افتد و سلامتی را به خطر می‌اندازد.

مشخصات:

کاهش درجه حرارت مرکزی بدن زیر ۳۶ درجه سانتیگراد قبل و یا حین و یا پس از جراحی، لرز خفیف، سردی پوست، رنگ پریدگی متوسط، آهسته شدن زمان پر شدن کاپیلرها، سیانوتیک شدن بستر ناخن‌ها، برادی پنه و برادی کاردی

کاهش درجه حرارت قبل از عمل جراحی (تشخیص در معرض خطر) در ارتباط با موارد زیر می‌تواند

نوشته شود:

- (۱) سن بالا (۶۰ سال و بالاتر) و کودکان
- (۲) نقص در پرفیوژن بافت‌های محیطی
- (۳) اختلالات قلبی - عروقی
- (۴) اختلالات سیستم تنفسی
- (۵) اختلالات کلیوی
- (۶) سوء تغذیه و شرایط تغذیه‌ای (نسبت متابولیسم پایه، وزن‌گیری، از دست دادن وزن و تورگور پوستی)
- (۷) اختلالات کبدی (مثل آسیت)
- (۸) شرایطی که تنظیم حرارت را دچار نقص کند مثل: دیابت ملیتوس، پلی‌نوروپاتی، هایپوتیروئیدیسم، مصرف داروهای مسکن، سداتیوها و داروهای روانگردان
- (۹) طولانی شدن مدت زمان عمل جراحی (پروسجری که بیش از یک ساعت زمان برای جراحی نیاز دارد)
- (۱۰) پوزیشن عمل جراحی (پوزیشن‌هایی که قسمت زیادی از بدن در معرض هوا قرار دارد)
- (۱۱) تروما (بخصوص ترومای وسیع به علت از دست دادن خون و یا ایجاد حالت شوک)
- (۱۲) کوآگولوپاتی
- (۱۳) تزریق مایعات و یا فراورده‌های خونی سرد
- (۱۴) دمای پایین محوطه اتاق عمل
- (۱۵) وسعت زیاد زخم و یا وسعت زیاد پوست و منطقه تحت عمل جراحی که در معرض هوای محیط باشد.
- (۱۶) دهیدراتاسیون

برآیند مورد انتظار :

درجه حرارت بیمار در حد طبیعی حفظ شود و وضعیت پوست به حالت طبیعی برگردد و تعداد ضربان قلب بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه حفظ شود و تعداد تنفس بین ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه باشد.

اقدامات پرستاری :

- علائم و نشانه های کاهش درجه حرارت در بیمار را بررسی کنیم.
- مایعات و فراورده های تزریقی را قبل از تزریق هم دمای محیط و یا حداکثر تا ۳۷,۸ درجه گرم کنیم.
- کلاه و پوشش مناسب و روانداز برای بیمار بر اساس مرحله عمل جراحی و بر اساس درجه حرارت محیط انتخاب کنیم.
- اقداماتی جهت بهبود وضعیت تنفس و اکسیژناسیون بیمار انجام دهیم.
- اقداماتی جهت حفظ برون ده قلبی مناسب در بیمار بعمل آوریم.
- اثرات درمانی و عوارض داروهای شل کننده عضلانی، مسکن ها و داروهای بیهوشی را مورد بررسی قرار دهید.
- درجه حرارت اتاق عمل را در حد مطلوب و مناسب حفظ کنیم.
- مناطق از بدن که در جراحی دخیل نیست را بپوشانیم تا در معرض هوا قرار نگیرد و گرما از دست ندهد.

در معرض خطر آسیب حین پوزیشن دادن در اتاق عمل

تعریف:

در معرض تغییرات آناتومیکی و فیزیکی ناخواسته به دنبال استفاده از ابزارهای پوزیشن دهی در طی یک روش جراحی و تهاجمی که ممکن است سلامت را به خطر بیندازد.

مشخصات:

پوزیشن دهی به بیمار مستلزم دانش و شناخت آناتومی و فیزیولوژی بدن بیمار و آشنایی با وسایل و تجهیزات لازم برای پوزیشن دهی ایمن است. پوزیشن بیمار و آماده‌سازی وی به نوع عمل جراحی و روشی که جراح در پیش خواهد گرفت و نوع بیهوشی بستگی دارد

تشخیص پرستاری:

آسیب حین پوزیشن دادن در اتاق عمل در ارتباط با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

(۱) عدم تحرک

(۲) عدم آگاهی به زمان و مکان و بیهوشی منجر به اختلال حسی و حرکتی

(۳) آمبولی

(۴) چاقی، شکنندگی پوست

(۵) ادم

(۶) لاغری مرضی

(۷) ضعف عضلانی

(۸) وجود پروتز

برآیند مورد انتظار:

نتیجه مورد انتظار شامل عدم آسیب به بیمار حین پوزیشن دادن می‌باشد. قبل از عمل باید بیمار را از لحاظ سلامت پوست، حرکت مفصل و وجود پروتز ارزیابی نمود. آماده‌سازی بیمار طی یک پروسه برنامه‌ریزی شده و متوالی انجام می‌شود تا آسیب حین پروسیجر به بیمار وارد نشود. بی‌حسی موضعی، مورمور یا تغییرات حسی وابسته به پوزیشن، گزارش داده شود.

اقدامات پرستاری:

- (۱) به طول مدت پروسیجر و موقعیت عادی و عوارض بالقوه توجه کنیم. (پوزیشن خوابیده به پشت ممکن است باعث کمر درد و فشار بر روی پوست پاشنه، آرنج، یا ساکروم شود. پوزیشن خوابیده به پهلو ممکن است موجب درد گردن و شانه به علاوه آسیب چشم و گوش شود.)
- (۲) تاریخچه بیمار، یادداشت سن، وزن و قد و وضعیت تغذیه، محدودیت‌های فیزیکی و موقعیت‌های قبل از آن، که ممکن است در انتخاب پوزیشن و حفظ تمامیت پوست در طول جراحی تاثیر بگذارد، بررسی شود. (افراد مسن،

فقدان لایه زیر جلدی، آرتریت، دیابت، چاقی، استومای شکمی، وضعیت هیدارتاسیون و دما برخی از فاکتورها هستند)

۳) هر دو طرف چرخ های تخت بیمار را هنگام انتقال بیمار به اتاق عمل ثابت کنید. از تعداد کافی پرسنل جهت انتقال بیمار به تخت استفاده کنید و اندام های بیمار را محافظت کنید. (چرخ ها یا میزهای متحرک می تواند هر کدام به طور جداگانه باعث افتادن بیمار شود. جهت کمک به انتقال بیمار و حفظ تعادل، هر دو طرف ریل ها باید در هنگام پوزیشن دهی پایین باشد)

۴) پیش بینی حرکت لاین ها و تیوب ها در هنگام جابه جایی و حرکت آنها به سمت پوزیشن بیمار، باعث ایمنی می شود. (جلوگیری از کشش نامناسب و جابه جایی لاین ها ، **NGT tube** ، کاتترها و چست تیوپ)

۵) بدن بیمار را از تماس با قسمت های فلزی و تخت اتاق عمل جهت کاهش آسیب های الکتریکی محافظت کنید.

۶) پاشنه پا را در حالت استراحت قرار دهید. ارتفاع پاهای بیمار را تنظیم کنید. پوزیشن متقارن بیمار را حفظ کنید. (جلوگیری از فشار عضلانی ، کاهش خطر ابتلا به دررفتگی در افراد سالخورده یا استفاده از پدها کمک می کند تا از آسیب به تیبیال بیمار جلوگیری شود).

۷) پایه مناسب جهت پاها فراهم کنید. تجهیزات و وسایل را در طول پروسیجر مورد بازبینی و مانیتور قرار دهید. (فشار مداوم ممکن است سبب اختلال عصبی، گردش خون و اختلال پوست شود).

۸) گاید لاین های پوزیشن بعد از عمل اجرا شود. مثل بالا بردن سر تخت بعد از عمل بیهوشی اسپینال (کاهش ریسک عوارض بعد از عمل جراحی مانند سر درد وابسته به تزریق ماده بیهوشی اسپینال یا کاهش تنفس موثر)

اختلال در الگوی خواب

تعریف :

بر اساس تشخیص پرستاری ناندا، بیخوابی به صورت اختلال در خواب که بر عملکرد تاثیر می‌گذارد، تعریف می‌شود. خواب و تندرستی با هم ارتباط مستقیم دارند و خوب خوابیدن همانند خوردن سالم و فعالیت بدنی منظم، برای سلامتی حیاتی است. به بدنتان مثل یک کارخانه نگاه کنید. خواب بمنظور تجدید قوا برای فعالیت‌های جسمی و فکری ضروری است. زمانیکه فرد قادر به خوابیدن نیست، مشکل او Insomnia نامیده می‌شود. بیخوابی وضعیت پیچیده‌ای است و میتواند موقت یا مزمن باشد. بیخوابی کوتاه مدت در پاسخ به تغییر در برنامه کاری، استرس‌ورهای شبانه، یا نقل مکان به مناطق با اختلاف زمانی ایجاد می‌شود. بیخوابی درازمدت می‌تواند در ارتباط با سوء مصرف موادی مثل داروها و الکل، دردهای مزمن، افسردگی مزمن، چاقی و سالمندی باشد. الگوی خواب هر فرد می‌تواند تحت تاثیر محیط تغییر کند. بخصوص در جایی مثل بیمارستان که صدا، نور، پایشهای مکرر و فعالیت‌های درمانی وجود دارد. زیان ناشی از خواب ناکافی می‌تواند در کوتاه مدت بروز کند. بنابراین مراقبت پرستاری حیاتی و سرنوشت ساز است. پرستاران باید در مورد بیخوابی و اینکه چگونه می‌توانند بیماران را برای داشتن خواب خوب کمک کنند، آگاهی داشته باشند و بر آموزش بیماران دچار بیخوابی و راه‌های اجتناب از این وضعیت متمرکز باشند.

عوامل مرتبط :

- علایم فیزیولوژیک غیر طبیعی (مثل هیپوکسی، دیس پنه، اختلالات عملکرد نورولوژیک)
- سن بالا
- اضطراب
- استرس مزمن
- افسردگی
- ناراحتی جسمی یا روانی
- تغییرات محیطی
- تحریکات بیش از حد
- داروها
- درد
- سوء مصرف مواد

مشخصات (علائم و نشانه‌های زیر تشخیص بیخوابی را مشخص می‌کند) :

- بیدار شدن زودتر یا دیرتر از زمان مورد انتظار
- کسالت
- کم شدن کیفیت زندگی
- نارضایتی از الگوی خواب

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

- خواب منقطع
- تحریک پذیری
- کمبود انرژی
- مشکل در تمرکز و حافظه
- خواب آلودگی در طول روز
- شکایت بیمار در خصوص مشکل در به خواب رفتن

اهداف و برایندهای مورد انتظار در بررسی بیخوابی :

بیمار خواب مناسبی دارد و ظاهر و کلام آرام دارد و اصلاح الگوی خواب صورت گرفته است.

ارزیابی پرستاری در بیخوابی :

ارزیابی پرستار بیشتر مبتنی بر تعیین تغییراتی است که منجر به تشخیص بیخوابی یا الگوهای خوابی که نیاز به مداخله پرستاری دارند، می شوند. بیخوابی باید در بهترین شرایط ممکن کنترل شود تا بصورت مزمن درنیاید.

توضیح	ارزیابی
هر فردی الگوی خواب متفاوتی دارد. جمع آوری اطلاعات در این مورد، داده‌های اصلی برای بهبود خواب بیمار را فراهم می‌کند.	الگوی خواب قبلی بیمار را در یک محیط نرمال ارزیابی کنید: مقدار خواب، زمان معمول خوابیدن، عمق، طول مدت، پوزیشن، وسایل کمکی برای خواب رفتن و سایر عوامل مرتبط
اطلاعات پایه ای برای ارزیابی بیخوابی فراهم می‌کند.	به رفتارهای خواب-بیداری بیمار توجه کنید. تعداد ساعات خواب بیمار را مد نظر قرار دهید.
ممکن است درک بیمار از بیخوابی در ارزیابی متفاوت باشد.	به موقعیتهای جسمی و روانی که مانع از خواب بیمار می شوند توجه کنید.
بیمار ممکن است دیدگاه بخصوصی در مورد مشکلات موجود داشته باشد. (مثل ترس و اضطراب در مورد موقعیتهای خاص در زندگی). این اطلاعات می تواند نوع درمان را تعیین کند.	دانش بیمار در مورد علت مشکلات بیخوابی و تدابیر احتمالی برای تسهیل درمان را ارزیابی کنید.
پیگیری برنامه درمانی بیمار نیاز به توجه زیادی دارد و می تواند بر الگوی خواب بخصوص در بیماران بستری در بیمارستان تاثیر بگذارد.	مدت زمان تاثیر داروها بر خواب بیمار را بررسی و ارزشیابی کنید.

به وضعیتهای جسمی و روانی که مانع از خواب می شوند، توجه کنید.

وضعیت جسمی مانند : سر و صدا، درد، ناراحتی و تکرر ادرار

روانی: ترس و اضطراب

اقدامات پرستاری در بیخوابی :

توضیحات	اقدامات پرستاری
خوردن وعده های سنگین قبل از خواب ممکن است باعث بهم خوردن وضعیت گوارش و مانع از شروع خواب شود. قهوه، چای، شکلات و نوشابه های گازدار حاوی کافئین سیستم عصبی را تحریک کرده و مانع از خوابیدن و ریلکس شدن بیمار می شوند.	به بیمار در مورد دریافت غذا و مایعات کافی و اجتناب از وعده های غذایی سنگین، الکل، کافئین، یا سیگار قبل از خواب آموزش دهید.
فعالیت‌های بدنی سنگین می تواند منجر به خستگی زیاد شود و بیخوابی ایجاد کند.	بیمار را به انجام نرمش‌های جسمی در طول روز تشویق کنید. در عین حال بیمار باید آموزش ببیند که از انجام ورزش‌های فعال قبل از زمان خواب پرهیز کند.
L-Tryptophan از ترکیبات موجود در شیر است که در به خواب رفتن به بیمار کمک میکند.	بیمار را به نوشیدن شیر تشویق کنید.
برنامه های ثابت، تنظیم ریتم شبانه روزی خواب و بیداری را تسهیل و انرژی مورد نیاز برای تطابق با تغییرات را کمتر میکند.	به بیمار در تنظیم یک برنامه زمانی منظم برای خواب و استراحت آموزش دهید.
کم کردن مصرف مایعات قبل از خواب از دستشویی رفتن بیمار در مدت خواب، جلوگیری می کند.	به بیمار یادآوری کنید که قبل از خواب مایعات زیاد نخورد.
چرت زدن در طول روز می تواند الگوی طبیعی خواب را آسیب برساند. گرچه در بیماران مسن تر چرت‌های کوتاه در طول روز به خواب شبانه کمک می کند.	به بیمار آموزش دهید از خوابیدن غیر ضروری در طول روز خودداری کند.
اینگونه فعالیتها بیمار را آرام و ذهن وی را منحرف و برای به خواب رفتن آماده می کند.	از فعالیت‌های آرامسازی مثل حمام گرم، موسیقی آرام، خواندن کتاب و تمرینات ریلکسیشن قبل از خواب استفاده کنید.
نوشتن مشکلات به بیمار کمک میکند که ذهن، قبل از خواب آنها را کنار بگذارد.	به بیمار بگویید که مشکلات قبل از خواب را در دفترچه ای یادداشت کند.
این مورد در مشکلات کوتاه مدت خوابیدن موثر می باشد.	به بیمار در مورد استفاده از داروهای بدون نسخه، گیاهی و کمکی برای خوابیدن آگاهی دهید. این داروها شامل :
عملکرد اصلی ملاتونین در بدن تنظیم سیکل روز و شب یا خواب و بیداری است. بزرگسالان مسن تر عوارض کمتری نشان می دهند.	- ملاتونین
خیلی از داروهای بدون نسخه شامل آنتی هیستامین‌هایی هستند که خواب‌الودگی ایجاد می کند، می تواند به بیمار در به خواب رفتن تا چند شب کمک کند. این داروها در افراد مسن می تواند عوارض آنتی کولینرژیک خطرناک ایجاد کند.	- آنتی هیستامینها
این داروها از طریق سرکوب سیستم عصبی مرکزی عمل می کنند و سطوح طبیعی REM و NREM را مختل می کنند. استفاده طولانی مدت از این داروها باعث خواب آلودگی در طول روز، عود بیخوابی و افزایش رویا دیدن می شود.	- داروهای ضد اضطراب آرامبخش - خواب آور

<p>جوشانده ترکیب بابونه و ریشه سنبل الطیب می تواند ترکیب عالی برای کاهش استرس و ریلکس شدن در زمان خواب باشد. بابونه بر آرامسازی عمومی بدن تاثیر دارد و سنبل الطیب باعث خواب آلودگی می شود. استفاده از سنبل الطیب و کاوا میتواند عوارضی مثل گیجی و خواب آلودگی ایجاد و تمرکز را مختل کند.</p> <p>بعضی از داروهای گیاهی مورد تایید سازمان های بهداشتی نیستند و بنابراین در مصرف این داروها بایستی دقت زیادی شود.</p>	<p>- سنبل الطیب، بابونه، اسطوخودوس، کاوا</p>
<p>اغلب افراد در محیط خنک، تاریک و آرام بهتر می خوابند.</p>	<p>محیط مناسب برای خواب و استراحت بیمار فراهم کنید</p>
<p>فراهم کردن این موقعیت به بیمار امکان می دهد که هنگام خواب مشکلات را از ذهن خود خارج کند.</p>	<p>به بیمار آموزش دهید از فکر کردن به روزهای آینده یا هر ذهنیتی که خواب بیمار را مختل کند، بپرهیزد.</p>
<p>محیط خواب بیمار برای تماشای تلویزیون، کار یا شب بیداری مناسب نیست. مغز انسان باید رختخواب را برای خوابیدن تداعی کند.</p>	<p>به بیمار توصیه کنید اگر بیش از ۴۵-۳۰ دقیقه در رختخواب بیدار ماند، موقتا از تختخواب خارج شود و یک عمل آرامبخش انجام دهد.</p>
<p>این اقدام اختلال در خواب بیمار را به حداقل می رساند.</p>	<p>برای بیماران بستری در بیمارستان، فعالیتهای غیر ضروری را حذف کنید.</p>
<p>ایستگاه پرستاری معمولا مرکز صدا و فعالیت است.</p>	<p>بیمار را در اتاقی دور از عوامل محرک یا صدا مثل ایستگاه پرستاری قرار دهید.</p>
<p>برای بیمارانی که در چنین موقعیتی قرار دارند از اختلال در خواب جلوگیری می کند.</p>	<p>می توانید از علامت "مزاحم نشوید" روی درب اتاق بیمار استفاده کنید.</p>
<p>این گونه فعالیتهای آرام شدن و شروع خواب کمک میکند.</p>	<p>از مراقبت پرستاری زمان خواب مثل ماساژ پشت و سایر تکنیکهای به خواب رفتن استفاده کنید.</p>
<p>اغلب افراد برای حافظه نرمال و عملکرد طبیعی مغز به حداقل ۶ ساعت خواب نیاز دارند.</p>	<p>به بیمار در مورد نیاز به خواب آموزش دهید.</p>
<p>درک نادرست و اشتباه درباره مسائل مربوط به خواب می تواند باعث ایجاد ترس و اضطراب شود.</p>	<p>به بیمار کمک کنید دلیل اصلی مشکلات خواب را پیدا کند.</p>

در معرض خطر خونریزی

تعریف خطر خونریزی:

خطر کاهش حجم خون که می‌تواند سلامتی را تحت تاثیر قرار دهد، می‌باشد.

زمانی که بیماری یا عواقب درمان بیماری، مکانیزم‌های استاندارد هموستاز (تشکیل لخته) را درگیر می‌کند، بیمار در معرض خطر خونریزی قرار می‌گیرد از جمله:

- برخی از بیماریها مثل هموفیلی بصورت ژنتیکی عوامل ایجاد لخته خون را مختل میکنند. خطر خونریزی همراه با مسائلی که میزان و کیفیت پلاکتهای در گردش خون را کاهش می‌دهند (ترومبوسیتوپنی)، اتفاق می‌افتد.
- کاهش تولید پلاکت از مغز استخوان مرتبط با سرطانهای خون یا ارگانهای تشکیل دهنده خون است. افزایش تخریب پلاکت مرتبط با پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک (ITP) است.
- کاهش ساخت عوامل ایجاد لخته مرتبط با آسیب و بیماریهای کبد می‌باشد.
- خطر خونریزی در هر وضعیتی که تمامیت بسته سیستم گردش خون را مختل می‌کند، افزایش می‌یابد. مثالهایی از این وضعیت شامل آسیب، ضربه، جراحی ارگانهای بزرگ و خیلی از مشکلات التهابی و زخم دهنده در سیستم گوارش مثل بیماری التهابی روده و بیماری زخم معده است.
- همچنین ممکن است داروها علت سرکوب عملکرد مغز استخوان بیمار باشند و خطر خونریزی را افزایش دهند. این داروها شامل داروهای ضد انعقاد، داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی و عوامل شیمی درمانی سرطان می‌باشند. خونریزی اولین عارضه درمان ضدانعقادی است. حتی وقتی که دارو در محدوده درمانی استفاده می‌شود.
- طب گیاهی با تاثیر مستقیم بر عوامل ایجاد لخته و یا تداخل با داروهای ضدانعقاد می‌تواند باعث خونریزی شود.

عوامل خطر

در اینجا بعضی از عوامل مرتبط با خونریزی ذکر شده اند:

- عملکرد غیر طبیعی کبد
- آنوریسم
- بیماری انعقادی منتشر داخل عروقی
- مشکلات گوارشی (مثل واریس، پولیپ، زخم)
- سابقه سقوط در سنین بالای ۷۰ سال
- بیماری انعقادی وراثتی
- عوارض بعد از زایمان (جفت باقیمانده، آتونری رحم)
- عوارض حاملگی (پارگی جنین نابالغ، جفت سرراهی، سقط، چندقلوایی)
- تروما
- عوارض جانبی وابسته به درمان

اهداف و نتایج مورد انتظار

انتظار داریم در بررسی بیماران در معرض خونریزی به نتایج زیر دست یابیم:

- بیمار اقدامات مناسب برای جلوگیری از خونریزی را می‌داند و علائم خونریزی را که باید فوراً به مراکز درمانی گزارش شوند، بخوبی می‌شناسد.
- بیمار فشار خون طبیعی، سطح هموگلوبین و هماتوکریت ثابت و مقادیر مورد نیاز از عوامل انعقادی را دارد و خونریزی ندارد.

ارزیابی پرستاری

ارزیابی برای تعیین مسائل بالقوه یا مسائلی که در پی اقدامات درمانی و پرستاری منجر به خونریزی می شود، انجام می گردد.

توضیحات	ارزیابی
بررسی اولیه خطرات احتمالی خونریزی، اساس اقدامات پیشگیری کننده را تشکیل میدهد.	سابقه سلامتی بیمار را از نظر علائم مرتبط با خطر خونریزی مثل بیماری کبدی، بیماری التهابی روده یا زخمهای گوارشی بررسی کنید.
هیپوتانسیون و تاکیکاردی، مکانیسمهای اولیه برای جبران خونریزی هستند. ارتوستازیس (افت ۲۰ میلیمتر جیوه در فشار سیستول یا ۱۰ میلیمتر جیوه در دیاستول در تغییر وضعیت خوابیده به نشسته) نشانه کاهش مایعات در گردش است.	علائم حیاتی بیمار بخصوص فشار خون و نبض را پایش کنید. به علامت افت فشار خون وضعیتی توجه داشته باشید.
داروهایی که بر مکانیسم تشکیل لخته یا فعالیت پلاکتها موثرند، خطر خونریزی را افزایش میدهند. سالیسیلاتها و سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی از فعالیت سیکلواکسیژناز (آنزیمی که باعث تجمع پلاکتها می شود) جلوگیری می کنند. وارفارین یک داروی ضدانعقاد خوراکی است که از ساخت ویتامین K در کبد جلوگیری می کند که سطح عوامل تشکیل لخته را در خون کاهش می دهد. هپارین یک ضدانعقاد تزریقی است که از عملکرد ترومبین و تشکیل لخته فیبرینی جلوگیری می کند. خیلی از داروهایی که در شیمی درمانی سرطانها بکار می روند، عملکرد مغز استخوان (و بنابراین تشکیل لخته) را سرکوب می کنند.	هرگونه استفاده از داروهایی که بر ایجاد لخته تاثیر دارند را ارزیابی کنید. (مثل ضدانعقادها، سالیسیلاتها، NSAIDs و داروهای شیمی درمانی)
آبشار لخته خون سیستم کاملی است که نیازمند عوامل داخلی و خارجی است که اختلال در هر یک از این عوامل می تواند بر توانایی تشکیل لخته اثر بگذارد. این آزمایشات اطلاعات مهمی درباره وضعیت انعقاد خون بیمار و استعداد خونریزی وی فراهم می کند.	مقادیر آزمایشگاهی عناصر مورد نیاز برای تشکیل لخته را بررسی کنید. مثل شمارش پلاکت، نسبت زمان PT/INR، زمان نسبی پروتومبین فعال (aPTT)، فیبرینوژن، زمان خونریزی (BT)، بصورت تخریب فیبرین، ویتامین K، زمان فعال انعقاد (ACT) آزمایشات اختصاصی تر بسته به شرایط بالینی بیمار ممکن است، مورد نیاز باشد. در بیمارانی که داروی ضدانعقاد مصرف می کنند، افزایش سطح PT/INR و aPTT به بیش از سطح درمانی خطر خونریزی را افزایش می دهد. کاهش شمارش پلاکتها می تواند در بیماری که تحت درمان با هپارین است، دیده شود.
این آزمایشات خونریزی از دستگاه گوارش و یا سیستم ادراری را که دیده نمیشوند، نشان می دهد.	مدفوع (guaiac test) و ادرار (Hemastix test) بیمار را از نظر خون مخفی چک کنید.
بیماران با کاهش شمارش پلاکت یا اختلال عملکرد عوامل ایجاد لخته، ممکن است در بافتهای دیگر خونریزی پیدا کنند. ترشح طولانی مدت خون از محل برش جراحی یا محل ضربه به پوست، می تواند در ارتباط با مشکلات انعقادی باشد.	پوست و مخاط بیمار را از نظر علائمی مثل پتشی، کبودی، لخته یا ترشحات خونی چک کنید.
در موارد خونریزی غیر قابل رویت، کاهش سطح هموگلوبین و هماتوکریت اولین علامت خونریزی است.	هموگلوبین و هماتوکریت بیمار را بررسی کنید.

اقدامات پرستاری

در اینجا اقدامات پرستاری برای پیشگیری از خطر خونریزی را می‌خوانید:

آگاهی داشتن در مورد اقدامات احتیاطی، خطرات ناشی از خونریزی را کاهش می‌دهد.	به بیماران در معرض خطر درباره اقدامات احتیاطی ذیل برای پیشگیری از ترومای بافت یا آسیب به مکانیسم طبیعی تشکیل لخته آموزش دهید:
این روش در بهداشت دهان از آسیب مخاط دهان در اثر ضربه جلوگیری می‌کند و خطر خونریزی لثه را کاهش می‌دهد.	- استفاده از مسواک نرم و خمیر دندان غیر سوزاننده. - خودداری از استفاده از خلال دندان و نخ دندان
این وسایل یا داروها می‌تواند باعث آسیب غشای مخاطی پوشاننده رکتوم یا واژن شوند.	- از شیاف مقعدی، ترمومتر مقعدی، تنقیه، دوش و تامپون واژینال، استفاده نشود.
اینگونه فعالیتها می‌تواند باعث آسیب به لایه مخاطی روده، مجرای بینی، یا مجاری تنفسی فوقانی شود.	- از زورزدن و وارد کردن فشار زیاد به روده ها، ضربه به بینی، سرفه یا عطسه شدید خودداری شود.
بیمار باید از اعمالی که باعث آسیب بافتی شده و خطر خونریزی را افزایش می‌دهد، اجتناب کند.	- حین استفاده از وسایل برنده تیز مثل چاقو و قیچی مراقب باشید. - بجای تیغ برای شیو از ریش تراش برقی استفاده شود.
ترانسفوزیون فرآورده های خونی عوامل تشکیل لخته را جایگزین می‌کند. RBC ظرفیت حمل اکسیژن را افزایش می‌دهد. FFP عوامل و موانع تشکیل لخته را جایگزین می‌کند. پلاکت و کرایوپرسیپیتات، پروتئینهای ضروری برای انعقاد خون را فراهم می‌کند.	- صدر حالت غیر طبیعی بودن یافته های آزمایشگاهی، از فرآورده های خونی طبق دستور پزشک استفاده کنید.
ارزیابی و درمان سریع خونریزی بوسیله مراقبین بهداشتی خطر عوارض از دست رفتن خون را کاهش می‌دهد.	- به بیمار و اعضای خانواده در مورد علائم خونریزی که باید به مراقبین بهداشتی گزارش شود، آموزش دهید.
پروتامین سولفات، تاثیرات هپارین را خنثی میکند. ویتامین K اثرات ناخواسته وارفارین را از بین می‌برد.	- برای خونریزیهای مرتبط با مصرف داروهای ضدانعقادی، طبق دستور پزشک از آنتی دوت مناسب استفاده کنید.
بیمارانی که تحت درمان داروی ضدانعقادی هستند، خطر بروز آمبولی دارند.	- بیمار را از نظر نکروز پوستی، لکه های آبی یا بنفش در پا که در حالت بالا بودن پا با فشار بی رنگ می‌شود، پایش کنید.
این درمانها از خشکی و ترک خوردن مخاط جلوگیری می‌کند و بنابراین خطر خونریزی را کاهش می‌دهد.	- بیمار می‌تواند از اسپری نرمال سالین در بینی و نرم کننده های مخصوص لب استفاده کند.
لوبریکانته با کاهش سایش و ضربه به بافت، خطر خونریزی را کم می‌کند.	- بیمارانی که فعالیت جنسی دارند، میتوانند از لوبریکانتهای محلول در آب در حین مقاربت استفاده کنند.
مدفوع سخت و خشک می‌تواند باعث آسیب غشای مخاطی کولون و رکتوم شود.	- روشهای کاهش یبوست را به بیمار آموزش دهید. مثل افزایش مصرف مایعات و استفاده از رژیم پرفیبر
خون قرمز روشن در مدفوع نشانه خونریزی قسمت تحتانی مجرای گوارشی است. مدفوع سبز تیره با ظاهر قیر مانند، نشانه خونریزی در قسمتهای فوقانی مجرای گوارشی می‌باشد.	- به بیمار آموزش دهید که رنگ و قوام مدفوع را چک کند.
اشکال در انعقاد خون می‌تواند منجر به از دست رفتن بیش از حد خون در زمان قاعدگی شود.	- به بیمارخانم آموزش دهید که خونریزی بیش از حد قاعدگی (افزایش تعداد پد بهداشتی مصرفی) را گزارش کند.
ترشح زیاد خون از مخاط معمولاً اولین علامت غیرطبیعی بودن انعقاد خون است که نشانه خطر خونریزی است.	- در مورد ترشحات خونی از مخاط به بیمار آموزش دهید.
این داروها نه تنها تجمع طبیعی پلاکتها را کاهش می‌دهند، بلکه تمامیت و بهم پیوستگی مخاط گوارشی را با جلوگیری از عمل بازدارنده های سیکلواکسیژناز، کاهش می‌دهند و بنابراین خطر خونریزی از دستگاه گوارش را بالا می‌برند.	- در مورد مصرف داروهای بدون نسخه به بیمار آموزش دهید. - از مصرف ترکیبات حاوی آسپیرین، NSAIDs مثل ایبوپروفن و ناپروکسن اجتناب شود.
اغلب درمانهای گیاهی از طریق جلوگیری از آزاد شدن سروتونین از پلاکتها، مانع تجمع پلاکتها می‌شوند. بعضی دیگر از این درمانها تاثیر	- به بیمار و خانواده آموزش دهید استفاده از درمانهای گیاهی مثل گل مینا، زنجبیل، میوه درخت چهل سکه و بابونه را محدود کند.

تشیصهای پرستاری ۲۰۱۸

داروهای ضدپلاکت و ضد انعقاد را افزایش می دهند و سبب خونریزی می شوند.	
این کار به احساس اطمینان و آرامش بیمار کمک می کند.	- حمایت روحی و روانی مناسب برای بیمار فراهم کنید.
همکاری فعالانه خانواده به درک علت و اهمیت درمانها کمک می کند.	- اعضای خانواده بیمار را در تصمیم گیری برای درمانهای بیماران در معرض خونریزی به مشارکت دعوت کنید.
در موارد ضروری فرآورده خونی مورد نیاز در دسترس خواهد بود.	- با مراکز انتقال خون در تماس باشید.

در معرض خطر خفگی

عوامل خطر می تواند شامل این موارد باشد :

- بیماری یا فرایند آسیب (بسته به وسایل خارجی مثل سیستم درناژ یا چست تیوب)
- کمبود آگاهی از احتیاطات ایمنی

نتایج مورد انتظار :

- تشخیص نیاز و درخواست کمک برای پیشگیری از عوارض انجام می شود.
- اجتناب از خطرات فیزیکی و محیطی و اصلاح آنها توسط مراقبین انجام می شود.

توضیح	اقدامات / اجرا
اطلاعات در مورد چگونگی کارکرد سیستم، اضطراب بیمار را کاهش می دهد.	اهداف و عملکرد را بررسی کنید. به ملاحظات ایمنی توجه کنید.
خطر انسداد لوله یا جدا شدن از بدن بیمار را کاهش می دهد.	به بیمار در مورد مراقبت از لوله ها جهت جلوگیری از تا شدن یا کشیده شدن، آموزش دهید.
بررسی در زمانهای تعیین شده می تواند باعث جلوگیری از بوجود آمدن عوارض جدی شود.	تغییرات و موقعیتهایی را که باید فوراً به پرستاران گزارش شوند، را برای بیمار مشخص کنید: مثل تغییر در صدای حبابها، عطش هوای ناگهانی، درد قفسه سینه و جدا شدن از دستگاه.
مراقبت از لوله	
از استقرار نایبجای لوله یا جدا شدن آن جلوگیری می کند و درد و ناراحتی مرتبط با کشیده شدن یا تکان خوردن لوله را کمتر می کند.	کاتتر سینه ای را به دیواره قفسه سینه ثابت کنید و طول لوله را طوری تنظیم کنید که حین چرخیدن یا حرکت بیمار کشیده نشود.
از جدا شدن لوله ها جلوگیری می کند.	محل اتصال لوله ها را ایمن کنید.
از تحریک و وارد شدن فشار به پوست جلوگیری می کند.	محل اتصال لوله ها را با گاز یا نوار بپوشانید.
از افتادن یا شکستن محفظه جلوگیری میکند.	محفظه درناژ را کنار تخت بیمار و در محل کم رفت و آمد قرار دهید.
در این صورت تخلیه ترشحات و هوا بخوبی انجام می شود.	اگر بیمار برای انجام کارهای تشخیصی از بخش خارج می شود، شرایط انتقال ایمن وی را فراهم کنید. قبل از انتقال، بطری چست تیوب را از نظر سطح مایع، وجود یا عدم وجود حباب و تمیزی بررسی کنید.
اگر مقدار مایع یا هوای داخل محفظه زیاد است، لوله نباید کلمپ و یا از ساکشن جدا شود، چون خطر تجمع مایع یا هوا و ایجاد مشکل تنفسی وجود دارد.	دقت کنید که موقع خارج شدن بیمار از تخت، چست تیوب کلمپ باشد و از منبع ساکشن جدا شود.
با این عمل، هرگونه ضایعه پوستی و یا عفونت ایجاد شده به سرعت تشخیص و درمان خواهد شد.	محل اتصال لوله به سینه بیمار را پایش کنید. به وضعیت پوست و ترشحات اطراف کاتتر توجه کنید. در صورت نیاز پانسمان اطراف ناحیه اتصال کاتتر به پوست را عوض کنید.
امکان ایجاد پنوموتوراکس یا بدتر شدن وضعیت وجود دارد که در این صورت نیاز به مداخله اورژانسی می باشد.	در صورت جدا شدن کاتتر علائم دیسترس تنفسی را بررسی کنید.

سندرم استرس پس از حادثه (PTSD)

تشخیص پرستاری سندرم استرس پس از حادثه در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) تعرض جنسی
- (۲) آزار روانی
- (۳) آزار جسمی
- (۴) مرگ نزدیکان
- (۵) شکنجه
- (۶) جنگ
- (۷) فرار
- (۸) فاجعه طبیعی
- (۹) سرقت
- (۱۰) سانحه

تعریف:

سندرم استرس پس از حادثه اختلال اضطرابی شدیدی است که به دنبال یک سانحه در فرد به وجود می‌آید.

مشخصات:

احساس غم عمیق، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، عصبانیت، فلاش بک و کابوس، دوری‌گزینی، بی‌تفاوتی، دردهای عضلانی، اسهال، ضربان نامنظم قلب، سردرد، ترس و حملات پانیک، ناآرامی و بی‌قراری، رفتارهای پرخاشگرانه، احساس بی‌زاری از دیگران، گوشه‌گیری و مشکلات در روابط بین فردی، به سختی انس گرفتن با دیگران، احساس گناه و شرم‌زدگی، بی‌احساسی، فقر هیجانی، رفتارهای تهییجی و برانگیختگی بیش از حد، اختلال خواب، کابوس و خواب‌های ترسناک (رویاهای هولناک بدون محتوای مشخص)، تکرار خاطره‌های آسیب‌زا از قبیل مزاحمت، تجاوز و... در ذهن، اختلال در کار روزانه، مشکلات در تمرکز و آموزش، مصرف مواد مخدر و دارو از جمله مسکن‌ها

برآیند مورد انتظار:

- کاهش سطح اضطراب مددجو
- افزایش توانایی و عملکرد مددجو در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی در یک سطح آرام

اقدامات پرستاری:

- (۱) محیط امن جهت بیان احساسات از حوادث تروماتیک برای مددجو فراهم کنید.

- ۲) اقداماتی در جهت کاهش هیجان و تشویق به یادآوری ترتیب دهید. باید به بیمار فرصت داده شود که حوادث استرس زا را به یاد آورد و هیجانات مربوط به آن را بیان کند.
- ۳) به مددجو جهت صحبت درباره تجربیاتش کمک کنید. (شیوه‌های مختلفی در این باره می‌توانید استفاده کنید: تشویق بیمار به صحبت، توضیحات واضحی برای علائم جسمانی اضطراب به بیمار بدهید، کمک به بیمار برای شناسایی موقعیت‌های بیرونی اضطراب‌انگیز ، کمک به بیمار و خانواده بیمار در جهت تغییر محیط یا تعدیل عوامل اضطراب زا)
- ۴) تعادل بین خواب و بیداری و فعالیت های مددجو ایجاد کنید.
- ۵) استفاده از روش‌های ساده برای رفع بیخوابی: ایجاد محیط آرام، دوش آب گرم قبل از خواب، فعالیت بدنی، اجتناب از مصرف چایی، قهوه، سیگار و بحث پیرامون مسایل استرس زا. دادن داروی آرامبخش یا خواب‌آور به مدت چند شب طبق دستور پزشک
- ۶) مهارت های انطباقی مددجو در مقابل استرس را افزایش دهید.
- ۷) آموزش مهارت‌های اجتماعی و قاطعیت را برای بیمار انجام دهید(تشویق بیمار برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تشویق بیمار برای شروع فعالیت‌های طبیعی زندگی روزمره)
- ۸) جهت آشناسازی مددجو با سیستم های حمایتی اجتماعی اقدام نمایید.
- ۹) جهت پی گیری درمان توسط مددجو به وی آموزش دهید.
- ۱۰) جهت کاهش استرس و اضطراب اقدامات لازم را انجام دهید.
- ۱۱) مددجو را به بیان احساس از طریق صحبت کردن، نوشتن، گریه کردن یا سایر روش هایی که بیمار مایل است، تشویق کنید.
- ۱۲) بیمار را به شرکت در برنامه های گروه درمانی یا سایر گروه های حمایتی به منظور بیان احساسات و تجربیات خود تشویق کنید.
- ۱۳) به بیمار در مقابل تغییر رفتار مطلوب بازخورد مثبت دهید.
- ۱۴) درباره تفریح با بیمار صحبت کنید و یا به وی یک برنامه درمانی/ تفریحی مناسب پیشنهاد دهید.

اختلال در تصمیم‌گیری

تشخیص پرستاری اختلال در تصمیم‌گیری در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- ۱) زوال عقل
- ۲) دلیریوم
- ۳) توهم
- ۴) اسکیزوفرنیا
- ۵) وسواس
- ۶) افسردگی
- ۷) استرس
- ۸) اضطراب
- ۹) ترس
- ۱۰) کاهش اعتماد به نفس
- ۱۱) نداشتن اطلاعات کافی
- ۱۲) افزایش سن
- ۱۳) هیپوکسی
- ۱۴) اختلال در خواب

تعریف:

وضعیتی است که در آن یک فرد در فعالیت‌های تصمیم‌گیری مانند تفکر، تعیین و تشخیص مشکل / مسئله، یافتن راه حل‌های مشکل، حل مسئله و قضاوت دچار اختلال می‌شود.

مشخصات:

ناامیدی، اضطراب، بی‌اشتهایی، افسردگی، ناراحتی، فقر تکلم، بدون هدف بودن، ناسازگاری، سالاد کلمات

برآیند مورد انتظار:

- بیان کاهش ترس و اضطراب در بیمار
- افزایش توانایی بیمار در قدرت تصمیم‌گیری

اقدامات پرستاری:

- ۱) کمک به درمان مشکلات اساسی بیمار مانند بی‌اشتهایی، آسیب مغزی / افزایش فشار داخل جمجمه، اختلالات خواب، اختلالات بیوشیمیایی.
- ۲) اعتماد به نفس در بیمار را افزایش دهد.
- ۳) هنگام گوش دادن به بیمار، نقش حمایت‌کننده را داشته باشید.
- ۴) بیمار را تشویق کنید که احساسات واقعی خود را بیان کند.
- ۵) تعداد و نوع سیستم‌های حمایتی قابل دسترس بیمار را شناسایی کنید.

- ۶) بیمار و خانواده را در برنامه های مراقبتی و تصمیم گیری ها سهیم نمایید.
- ۷) ترس و اضطراب بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید.
- ۸) بیمار را تشویق به صحبت آزاد و توام با اعتماد کنید.
- ۹) به بیمار کمک کنید که ارتباط موثری با اطرافیانش برقرار کند.
- ۱۰) به بیمار کمک کنید محدودیت ها و تواناییهایش را بشناسد.

ترس از مرگ

تشخیص پرستاری ترس از مرگ در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) انتظار مرگ ناگهانی
- (۲) مرگ دردناک و وحشتناک
- (۳) محیط ناشناخته
- (۴) جدایی از محیطی که به آن عادت کرده ایم
- (۵) از دست دادن یک عزیز یا شخصی ارزشمند
- (۶) از دست دادن متعلقات
- (۷) تنهایی
- (۸) فرو رفتن در تاریکی
- (۹) فراموش شدن
- (۱۰) نگرانی درباره بازماندگان

تعریف:

ترس از مرگ، یکی از رایج‌ترین نوع ترس در انسان‌هاست. ترس معقول از مرگ، یک راهکار مناسب است که باعث حفظ امنیت جانی ما می‌شود و ما را از خطرات دور می‌کند. اما این نوع ترس گاهی در ذهن افراد به صورت وسواس‌گونه رخنه می‌کند و درحالی‌که فرد در هیچ‌گونه خطری نسبت به وقوع مرگ قرار ندارد، اما به طور مداوم به آن فکر می‌کند و از آن می‌ترسد.

مشخصات:

احساسات و افکار نگران‌کننده درباره مرگ، افزایش تنش، پرخاشگری، کاهش اعتماد به نفس، کاهش بهره‌وری، کاهش توانایی یادگیری، کاهش توانایی حل مسئله، بی‌اشتهایی، حالت تهوع، تنگی نفس، خشکی دهان

برآیند مورد انتظار:

- حفظ آسایش جسمی و روانی
- کاهش علائم واضح ترس در گزارشات بیمار
- مددجو ترس خود را بیان می‌کند.
- مددجو از رفتارهای مقابله موثر برای کاهش پاسخ ترس استفاده می‌کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱) نوع ترس بیمار را با پرسش کامل و عقلائی و گوش دادن فعال تعیین کنید.
- ۲) به بیمار کمک کنید تا با ترس خود مواجه شود.
- ۳) در مورد ترس با بیمار صحبت کنید و تفاوت بین ترس واقعی و تصویری را تعیین کنید.
- ۴) به بیمار بگویید که ترس یک پاسخ طبیعی و مناسب به شرایطی است که در آن درد یا خطر از دست دادن احساس می شود.
- ۵) احساس امنیت، اطمینان به خود، حرمت و ارزش نفس را در بیمار تقویت کنید.
- ۶) در صورت وجود ترس های غیر منطقی در مددجو بر اساس اطلاعات نادرست، اطلاعات دقیق را به وی ارائه دهید.
- ۷) اگر ترس بیمار یک پاسخ معقول است، با او همدرد شوید. از اطمینان دروغ به بیمار اجتناب کنید.
- ۸) محیط آرام و ایمنی را برای مددجو فراهم کنید.
- ۹) اجازه بدهید که بیمار دوره های استراحت و آرامش داشته باشد. آرامش توانایی مقابله را بهبود می بخشد
- ۱۰) فراهم آوردن شرایطی تا بیمار و خانواده دسترسی به منابع اجتماعی برای رفع نیازهای خود داشته باشند. (به عنوان مثال، دسترسی به روانشناس، مددکار، فرد روحانی).
- ۱۱) بیمار را جهت درمان رفتاری شناختی و یا مشاوره ارجاع دهید.

دیسترس روحی

تشخیصی پرستاری دیسترس روحی در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) سرطان
- (۲) بیماری‌های شدید جسمی
- (۳) درد شدید
- (۴) ایدز
- (۵) تروما
- (۶) از دست دادن قسمتی از بدن
- (۷) از دست دادن عملکرد قسمتی از بدن
- (۸) مرگ یکی از نزدیکان

تعریف:

به معنای اختلال در باور یا سیستم ارزشی فرد است و زمانی رخ می‌دهد که فرد قادر به یافتن معنای زندگی، امید به زندگی، عشق، راحتی و قدرت در زندگی نباشد و یا اینکه بین اعتقادات فرد و آنچه که در زندگی اتفاق افتاده است، تناقض وجود داشته باشد که در نهایت تمامیت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مشخصات:

عصبانیت، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، اختلال در خواب، احساس گناه، بیگانگی معنوی، تنش‌های روحی، شک به اعتقادات مذهبی، خشم به خدا، خشم به نمایندگان مذهبی، تغییر در رفتار.

برآیند مورد انتظار:

- رضایت داشتن از نظر معنوی
- کاهش اضطراب و احساس گناه
- انجام فعالیت‌های مذهبی

اقدامات پرستاری:

- (۱) وضعیت روحی کنونی بیمار را ارزیابی کنید.
- (۲) محیط آرام برای (رفع نیازهای معنوی بیمار) آرامش و عبادت بیمار فراهم آورید.
- (۳) شنونده خوبی باشید
- (۴) محیطی فراهم آورید تا بیمار بتواند احساسات، نگرانی‌ها و سوالات خود را به راحتی بپرسد.
- (۵) به احساسات بیمار با دقت گوش دهید
- (۶) بیمار را به مشاور و یا انجمن‌های حمایتی ارجاع دهید.

- ۷) جهت استفاده بیمار و خانواده از مراقبت‌های معنوی (حضور کشیش و یا روحانی) شرایط لازم را فراهم آورید.
- ۸) به باورها و ارزش‌های فرهنگی بیمار احترام بگذارید.
- ۹) ارزیابی مناسب جهت درد بیمار و سایر علائم را داشته باشید.
- ۱۰) جهت کاهش درد بیمار اقدامات لازم را انجام دهید.
- ۱۱) حمایت از بیمار و خانواده را برای نگرانی‌های عاطفی، روحی-اجتماعی و معنوی فراهم کنید.

سندروم استرس جابجایی

تشخیص پرستاری سندروم استرس جابجایی در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) مشکلات سلامتی
- (۲) مشکلات هیجانی
- (۳) از دست دادن چیزی با ارزش
- (۴) تنهایی و فوت یکی از نزدیکان
- (۵) اجبار اطرافیان
- (۶) تخریب عملکرد فیزیکی
- (۷) سازگاری نامناسب
- (۸) نداشتن سیستم حمایتی مناسب
- (۹) انتقال از یک محیط به محیط دیگر
- (۱۰) انزوای اجتماعی
- (۱۱) احساس ناتوانی
- (۱۲) عدم آمادگی یا آمادگی کم در رابطه با جابجایی
- (۱۳) تغییرات محیطی
- (۱۴) نوع انتقال
- (۱۵) وضعیت سلامت روانی و اجتماعی ضعیف

تعریف:

آسیب‌های جسمی و روانی ناشی از انتقال از یک محیط به محیط دیگر را در برمی‌گیرد.

مشخصات:

عصبانیت، اضطراب، افسردگی، ترس، تغییر در الگوی خواب، انزوا، نگرانی، وابستگی، ناامیدی، ناامنی، از دست دادن هویت، کاهش اعتماد به نفس، از دست دادن عزت نفس، بدبینی، نگرانی.

برآیند مورد انتظار:

- اضطراب و استرس بیمار کاهش یابد.
- سازگاری بیمار با شرایط موجود افزایش یابد.
- فعالیت و ارتباطات اجتماعی بیمار با اطرافیان افزایش یابد.
- وضعیت سلامتی بیمار افزایش پیدا کند.

اقدامات پرستاری :

- ۱) الگوهای سازگاری قبلی بیمار را شناسایی کنید.
- ۲) مشکلات بیمار و برنامه ریزی جهت اصلاح آن را ارزیابی کنید.
- ۳) ارتباط مناسب و توأم با اعتماد و اطمینان با بیمار و خانواده برقرار کنید.
- ۴) رویکرد خوش بینانه و مطلوب در مورد انتقال را به بیمار ارائه دهید.
- ۵) مشارکت خانواده را از طریق ملاقات‌های مکرر، تماس‌های تلفنی و شرکت در جلسات فعال تشویق کنید.
- ۶) اضطراب در فرایند سازگاری طبیعی می‌باشد و پیش‌بینی آن کمک‌کننده می‌باشد.
- ۷) با بیمار بحث و جدل نکنید و با آرامش با وی برخورد کنید.
- ۸) بیمار را جهت شرکت در مشاوره درمانی و گروه درمانی تشویق کنید.
- ۹) بر الگوهای غذا خوردن و خوابیدن بیمار نظارت داشته باشید.
- ۱۰) بیماران را تشویق کنید تا درباره انتظارات، خشم و یا ناامیدی در تغییرات زندگی اخیر خود صحبت کنند.
- ۱۱) اعضای خانواده را تشویق کنید تا وسایل مورد علاقه بیمار را از خانه برای دکوراسیون محل اقامت بیمار بیاورند.

سندروم ترک مواد

تشخیصی پرستاری سندروم ترک مواد در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) ترک الکل
- (۲) ترک داروهای ضد افسردگی
- (۳) ترک داروهای آنتی سایکوتیک
- (۴) ترک بنزودیازپین
- (۵) ترک مواد مخدر
- (۶) ترک نیکوتین

تعریف:

به عنوان سندرم انقباض شناخته شده است و مجموعه‌ای از علائم ناشی از قطع یا کاهش دوز انواع داروها و مواد می‌باشد است. هرچه دوز و مدت استفاده افزایش یابد، خطر سندرم ترک بیشتر است.

مشخصات:

افزایش ضربان قلب، فشار خون، عرق کردن، لرزش، سردرگمی، تشنج و توهم های بصری، آبریزش از چشمها، آبریزش بینی و خمیازه کشیدن، کاهش یا فقدان اشتها، دوره های گذرای سرد و گرم شدن و درد در تمام بدن، انقباض های عضلانی، اسهال، بی خوابی و اضطراب

برآیند مورد انتظار:

- کاهش بی قراری
- کاهش درد
- افزایش اشتها

اقدامات پرستاری:

- (۱) ارتباط مناسب و برپایه اعتماد با بیمار برقرار کنید.
- (۲) برای بیمار زمان بگذارید و به احساسات، ترس و اضطراب وی توجه کنید و شنونده فعال باشید.
- (۳) اثرات و علائم سندروم ترک مواد را متناسب با موادی که مصرف کرده است، به بیمار توضیح دهید.
- (۴) مهارت آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.
- (۵) بیمار را به مشاور یا انجمن های حمایتی ارجاع دهید.
- (۶) بیمار را به مشارکت در فرایند درمان ترغیب کنید.
- (۷) مهارت های سازگاری را به بیمار آموزش دهید.

تشیصهای پرستاری ۲۰۱۸

- ۸) بیمار را برای مصرف تغذیه سالم تشویق کنید.
- ۹) مهارت سبک زندگی به بیمار را آموزش دهید.
- ۱۰) الگوهای رفتاری سوء مصرف مواد را تعیین کنید.
- ۱۱) حمایت عاطفی و روانی از بیمار را انجام دهید.

سوگ مزمن

تشخیصی پرستاری سوگ مزمن در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- ۱) از دست دادن بخشی از خود (بخشی از بدن، کارکرد فیزیکی و جسمی یا خصیصه ای روانشناختی)
- ۲) از دست دادن یک عزیز یا شخصی ارزشمند
- ۳) بیماری‌های مزمن
- ۴) درد شدید
- ۵) از دست دادن شغل
- ۶) از دست دادن یک شی با ارزش
- ۷) از دست دادن یک حیوان خانگی
- ۸) از دست دادن رویا و آرزو
- ۹) از دست دادن یک رابطه عاطفی و یا عاشقانه

تعریف:

سوگ (Grief) یک پاسخ کامل به تجربه عاطفی مرتبط با فقدان است. سوگ به صورت فکر، احساس و رفتار ظاهر می‌شود و با زجر یا غم شدید همراه است.

مشخصات:

اضطراب، افسردگی، کاهش وزن، مشکلات بلع، استفراغ، سستی، خستگی، سردرد، سرگیجه، غش، تاری دید، راش‌های پوستی، مشکلات قاعدگی، طپش قلب، درد قفسه سینه و تنگی نفس.

برآیند مورد انتظار:

- فرد توانایی سازگاری با توانایی تغییر یافته را داشته باشد
- بتواند به راحتی از سوگواری بدون ناراحتی شدید عبور کند و سازگاری با فقدان واقعی یا در شرف وقوع را داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱) وسایل آسایش جسمانی (نظیر کاهش سر و صدا و ...) را برای بیمار فراهم کنید.
- ۲) مهارت‌های مرتبط با موقعیت فقدان و سوگ را به مددجو آموزش دهید.
- ۳) ارتباط موثر با بیمار برقرار کنید. (گوش دادن با توجه کامل، سکوت، سؤالات باز و بسته، تفسیر و تاویل، تصریح، تمرکز بر بیان احساسات، خلاصه کردن مطالب)
- ۴) از دادن پاسخ‌هایی مثل نصیحت و ارزیابی کردن، تفسیر و تجزیه و تحلیل، دادن اطمینان مجدد بی اساس به مددجو خودداری کنید (این موارد نمی‌توانند برای مددجو کمک کننده باشند).

- ۵) ارتباط با مددجوی در حال سوگ را بایستی براساس مرحله سوگ برقرار نمایید. (عصبانی یا افسرده بودن مددجو روی نوع ارتباط و پیام‌هایی که مددجو خواهد شنید، تاثیر دارد).
- ۶) ارزش‌های قومی، فرهنگی، مذهبی و شخصی مددجو و خانواده وی در ابراز سوگ خود را بررسی و محترم بشمارید.
- ۷) آنچه که از فرآیند سوگ انتظار می‌رود از قبیل نرمال بودن (قابل قبول بودن) افکار و احساسات خاص، احساس غم، گناه، خشم، ترس، تنهایی که در طول زمان تثبیت و کاهش می‌یابند را به مددجو یا خانواده آموزش دهید. دانستن آنچه که انتظار می‌رود، می‌تواند به کاهش شدت واکنش مددجو به سوگ کمک کند.
- ۸) مددجو را تشویق کنید تا سوگ خود را ابراز و با حامیان خود به اشتراک بگذارد. تبادل احساسات موجب تقویت مجدد روابط و تسهیل فرآیند سوگ می‌شود.
- ۹) اعضای خانواده را تشویق کنید تا به ابراز عواطف مددجو کمک کنند و به مددجو برای عبور از سوگ فشار نیاورده یا توقع واکنش مناسب از وی نداشته باشند. اگر مددجو بچه است، از اعضای خانواده بخواهید که به بچه اعتماد کرده و اجازه دهید بچه در فعالیت‌های سوگ دیگران شرکت کند.
- ۱۰) مددجو را به از سرگیری فعالیت‌های نرمال تشویق کنید که موجب بهبود سلامت جسمی و روانی وی می‌شود. بعضی از مددجویان ممکن است تلاش کنند فعالیت‌های روزمره خود را خیلی سریع شروع کنند. هرچند تاخیر بلند مدت در برگشت به فعالیت‌های روزمره می‌تواند نشانگر پیچیدگی سوگ باشد.
- ۱۱) از سکوت و حضور فردی به همراه تکنیک‌های ارتباط درمانی استفاده کنید. این تکنیک‌ها شامل راه‌های بهبود احساسات مددجو است و اینکه مددجو بداند که پرستار به احساسات وی احترام می‌گذارد.
- ۱۲) سوگ خانواده مددجویان و اطرافیان مهم وی را تایید کنید. حامیان شخص بخشی از فرآیند سوگ مددجو هستند.
- ۱۳) گزینه‌های ارتقاء بخش استقلال مددجو را پیشنهاد کنید. مددجو به احساس کنترل زندگی خود نیاز دارد، بخصوص در زمانی که بیشتر این کنترل امکانپذیر نیست.

غفلت از خود

تشخیص پرستاری غفلت از خود در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) آسیب مغزی
- (۲) دمانس
- (۳) دلیریوم
- (۴) اسکیزوفرنیا
- (۵) افسردگی
- (۶) اختلال دوقطبی
- (۷) وسواس
- (۸) افزایش سن
- (۹) ناتوانی جسمی
- (۱۰) بیماری‌های شدید جسمی
- (۱۱) بیماری‌های مزمن
- (۱۲) اختلال در تغذیه
- (۱۳) سوء مصرف مواد و الکل
- (۱۴) انزوای اجتماعی
- (۱۵) عوارض برخی از داروها
- (۱۶) اختلال در لوب فرونتال

تعریف:

ناتوانی (عمدی یا غیر عمدی) برای حفظ یک استاندارد پذیرفته شده اجتماعی و فرهنگی در رابطه با مراقبت از خود و بروز عواقب جدی برای سلامتی و رفاه فرد و یا حتی جامعه و به عبارتی شرایطی است که در آن فرد به نیازهای اولیه خود مانند بهداشت شخصی، پوشاک مناسب، تغذیه و ... توجهی ندارد.

مشخصات:

بهداشت شخصی ضعیف، رفتار غیر عادی، عدم تمایل به مصرف دارو، راش‌های پوستی، تشدید بیماری‌های مزمن، کم‌آبی، پوست خشک و شکننده، زخم در دهان، سوء تغذیه، کاهش وزن، بی‌تفاوتی، اضطراب، افسردگی، گیجی، افکار خودکشی، کاهش سطح هوشیاری، هذیان و توهم.

برآیند مورد انتظار:

- شرکت در برنامه های مراقبتی و فعالیت های مراقبت از خود

اقدامات پرستاری :

- ۱) اهدافی کوتاه مدت و واقع بینانه برای بیمار تعیین کنید.
- ۲) بیمار را در طرح مراقبت از خود شرکت دهید.
- ۳) تقویت مثبت بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود، برای بهبود فعالیت ها کمک کننده می باشد.
- ۴) نظارت بر توانایی بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود تا زمانیکه بهبود یابد.
- ۵) محیطی امن برای بیمار جهت جلوگیری از آسیب به خود فراهم کنید.
- ۶) استقلال بیمار را از طریق اقدامات توانبخشی افزایش دهید.
- ۷) مهارت های خود مراقبتی را به بیمار آموزش دهید.
- ۸) بیمار را تشویق کنید که در صورت لزوم از پروتزها از قبیل عینک و سمعک استفاده نماید.
- ۹) به حریم خصوصی بیمار احترام بگذارید.
- ۱۰) جهت افزایش اشتهای بیمار، بهتر است غذا در ظروف مناسب سرو شود.
- ۱۱) جهت حمایت عاطفی و روانی از بیمار اقدامات لازم را بعمل آورید.
- ۱۲) رفتارهای بهداشتی را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

اختلال در حافظه

تشخیص پرستاری اختلال در حافظه در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- (۱) آسیب‌های مغزی
- (۲) دمانس
- (۳) اسکیزوفرنی
- (۴) پارکینسون
- (۵) اختلال شناختی
- (۶) آلزایمر
- (۷) استرس
- (۸) سندروم کورساکوف
- (۹) سالمندی
- (۱۰) کره هانتینگتون
- (۱۱) فراموشی

تعریف:

اختلالات حافظه نتیجه آسیب دیدن ساختارهای عصبی و مغزی است که مانع از ذخیره، حفظ و یادآوری خاطرات می‌شود. اختلالات حافظه می‌تواند پیشرونده باشد مانند بیماری آلزایمر. یا ممکن است فوری مانند اختلالات ناشی از آسیب دیدگی سر باشد.

برآیند مورد انتظار:

- حافظه بیمار در سطح فعلی نگه داشته شود و از بدتر شدن وی پیشگیری گردد. همچنین از آسیب به بیمار پیشگیری شده و سطح اضطراب وی کاهش یابد

اقدامات پرستاری:

- (۱) ارزیابی هوشیاری مددجو
- (۲) آگاه‌سازی مددجو به واقعیت
- (۳) عدم استفاده از داروهای آرامبخش و خواب‌آور در صورت امکان
- (۴) تشویق مددجو به فعالیت‌های جسمی و فکری
- (۵) تشویق مددجو به تغییر در فعالیت‌های روزمره و پرهیز از روزمرگی
- (۶) ارزیابی محیط فیزیکی و آگاه‌سازی مددجو به عوامل خطر زای محیطی
- (۷) برآورده‌سازی نیازهای مراقبتی مددجو
- (۸) معرفی منابع حمایتی عمومی و مراکز درمانی به مددجو و تشویق به استفاده از سرویس‌های حمایتی
- (۹) تشویق مددجو به صحبت در خصوص عوامل ایجاد اضطراب در وی و کاهش اضطراب مددجو
- (۱۰) استفاده از روش‌های ساده آرام‌سازی جهت پیشگیری از اضطراب مددجو

در معرض خطر سندرم متابولیک

تشخیص پرستاری در معرض خطر سندرم متابولیک در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- ۱) نقص در مراقبت از خود
- ۲) خطر آسیب و جراحت
- ۳) کاهش وزن رضایت بخش، سبک زندگی فعال، سبک زندگی کم تحرک، خستگی و فرسودگی
- ۴) رژیم نامناسب، افزایش وزن، خوردن بیش از حد، چاقی، خطر اضافه وزن، اضافه وزن
- ۵) سوءمصرف الکل (یا الکلیسم)، سوءمصرف دخانیات (یا سیگار کشیدن)
- ۶) تغییرات فشار شریانی، تاکی کاردی
- ۷) تمایلات جنسی آسیب دیده
- ۸) اختلال در استراحت
- ۹) شاخص توده بدنی بالا، هیپرکلسترومی، هیپرگلیسمی، هیپرتری گلیسیریدی
- ۱۰) رهاکردن رژیم درمانی، عدم پایبندی به رژیم ورزشی، عدم انطباق با رژیم غذایی، عدم رعایت رژیم دارویی، عدم رعایت رژیم درمانی

تعریف:

این سندرم مجموعه‌ای از عوامل خطرزای متابولیک می‌باشد که در یک فرد وجود دارند. برخی از علل زمینه‌ای این سندرم که سبب افزایش این عوامل خطرزای متابولیک می‌شوند، عبارتند از: چاق بودن یا داشتن اضافه وزن، عدم فعالیت جسمانی، فشار خون بالا، قند خون ناشتا بالا، تری گلیسیرید و کلسترول بالا و عوامل ژنتیک

مشخصات:

داشتن فشار خون بالا، چاقی شکمی، افزایش قند خون ناشتا، افزایش تری گلیسیرید و کلسترول

برآیند مورد انتظار:

بیمار بتواند سبک زندگی خود را جهت کاهش عوارض خطرناک سندروم متابولیک اصلاح نماید.

اقدامات پرستاری:

کمک به بیمار در جهت اصلاح سبک زندگی برای کاهش عوامل خطرناک سندروم متابولیک به طرق زیر:

- افزایش فعالیت بدنی و داشتن ورزش منظم روزانه: حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط، در اغلب روزهای هفته.
- عادات سالم غذاخوردن از جمله کاهش مصرف چربی‌های اشباع، چربی‌های ترانس و کلسترول، رژیم غنی از میوه و سبزی و محصولات غلات کامل، حداقل ۲ بار در هفته مصرف ماهی و ترجیحاً روغن ماهی. (تحقیقات نشان داده است کاهش کربوهیدرات رژیم، در کاهش خطر ابتلا به سندرم متابولیک بیشتر از کاهش چربی رژیم مؤثر است)

- حفظ وزن مطلوب و کاهش وزن در صورت اضافه بودن آن (کنترل مداوم وزن بخصوص شاخص چاقی مرکزی)
- عدم سیگار کشیدن.
- تحت درمان قرار دادن عوامل خطر زا (افزایش چربیهای خون، پر فشاری خون و قند بالای خون).
- پایش مداوم و مرتب گلوکز خون و فشار خون.
- آموزش اهمیت مصرف دقیق داروها حتی اگر علامتی وجود نداشته باشد (داروهای ضد فشار خون خود را با نظر پزشک مصرف کنید چرا که داروهای مختلف دارای اثرات متفاوتی بر روی حساسیت به انسولین می باشند).

در معرض خطر فرآیند ناموثر فرزند پروری

تعریف:

بارداری و فرآیند تولد کودک و مراقبت از آن، که با محیط، هنجارها و انتظارات تطابق ندارد.

مشخصات طی بارداری:

- مراقبت ناکافی دوران بارداری
- سبک زندگی نامناسب دوران بارداری (به عنوان مثال دفع، ورزش، تغذیه، بهداشت شخصی و خواب)
- آمادگی ناکافی برای آیت‌های مراقبت از نوزاد
- آمادگی نامناسب محیط خانه
- مدیریت ناموثر علائم ناخوشایند در دوران بارداری
- دسترسی ناکافی به سیستم حمایتی
- احترام ناکافی برای جنین
- برنامه تولد غیر واقع بینانه

مشخصات در طول زایمان:

- کاهش فعالیت در حین زایمان
- سبک زندگی نامناسب برای مراحل زایمان (به عنوان مثال: دفع، ورزش، تغذیه، بهداشت شخصی و خواب)
- پاسخ نامناسب به شروع زایمان
- دسترسی ناکافی به سیستم حمایتی

مشخصات پس از تولد:

- تکنیک‌های نامناسب مراقبت از کودک
- سبک زندگی نامناسب پس از زایمان (به عنوان مثال، دفع، ورزش، تغذیه، بهداشت شخصی و خواب)
- تکنیک‌های نامناسب تغذیه نوزاد
- مراقبت نامناسب از پستان
- دسترسی ناکافی به سیستم حمایتی
- محیط نامناسب برای شیرخوار

برآیند مورد انتظار:

- زن باردار قادر باشد شرایط و عوامل متعددی که می‌تواند سلامت وی و رابطه او با نوزاد را در طول بارداری، زایمان و پس از تولد به خطر بیندازد، را شناسایی کند.

- زن باردار از مراقبت های استاندارد در طی بارداری، زایمان و پس از تولد برخوردار گردد.

اقدامات پرستاری:

- مصاحبه با زن باردار جهت بررسی درک آنها از موقعیت و نگرانی های فردی.
- شناسایی حیطه های مشکل و نکات قوت زن باردار برای تدوین طرح مناسب تغییر موقعیت جاری
- اطمینان حاصل کردن از مشخص بودن منابع حمایت های اجتماعی (گروه های حمایتی، گروه های درمانی و ...) و گنجاندن آن ها در برنامه مراقبتی جهت مشاوره. (فقدان حمایت خانواده گسترده، فقدان درگیری در گروه ها یا منابع خاص (برای نمونه گروه های همیار) و استرس های مالی می تواند روی خانواده تاثیر منفی داشته باشد)
- بررسی سطح مهارت های زن باردار و خانواده وی (نقاط قوت و محدودیت های هوشی، عاطفی، جسمی آنها را در نظر داشته باشید، حیطه های نیازمند آموزش بیشتر، مهارت آموزی و فاکتورهایی که ممکن است با توانایی آنها برای جذب و استفاده اطلاعات تداخل کند؛ را شناسایی نمائید.)
- ارزیابی سیستم های حمایتی
- برنامه ریزی چگونگی مراقبت های دوران بارداری (غربالگری روانی و اجتماعی، معاینات فیزیکی، واکسیناسیون، توصیه های ورزشی، تغذیه و...) و کاهش عوارض آن
- برنامه ریزی چگونگی مراقبت های حین زایمان (بررسی وضعیت جسمانی مادر، آماده نمودن مادر برای زایمان و...)
- برنامه ریزی چگونگی مراقبت های پس از زایمان و دوران شیردهی (اهمیت تغذیه در دوران شیردهی، ویزیت های پس از زایمان، بررسی وضعیت روانی مادر و ...)
- کمک و آگاهی دادن به والدین برای پرورش کودک سالم

در معرض خطر خشکی دهان

تشخیص پرستاری در معرض خطر خشکی دهان در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

- کاهش حجم مایعات (اسهال، استفراغ، افزایش برون ده ادراری، درناژ شدید زخم، ایلئوستومی، نشت مایع به فضای سوم، عفونت و ...)
- ضربه شیمیایی یا فیزیکی
- ممنوعیت مصرف مواد غذایی (Npo) بیشتر از ۲۴ ساعت
- عدم رعایت بهداشت دهان و دندان
- رادیوتراپی یا کمو تراپی
- سو تغذیه
- رژیم دارویی خاص
- تنفس دهانی
- کاهش بزاق دهان
- افزایش درجه حرارت بدن
- عادات بهداشتی غیر موثر دهان
- اختلال سیستم ایمنی
- موانع مراقبت تخصصی
- عوامل مکانیکی: لوله‌ها (لوله‌ی داخل تراشه / لوله‌ی بینی معده ای)، قرار دادن نادرست دندان‌های مصنوعی، وسایل ارتودنسی، گاز زدن / جویدن
- تحریکات شیمیایی (مثل الکل، تنباکو، غذاهای اسیدی، استفاده‌ی مداوم از داروهای استنشاقی)
- استرس، افسردگی
- فیکس بودن کامل پروتزهای دندانی

تعریف:

گسیختگی بافت نرم حفره‌ی دهان و لب‌ها و حالتی که در لایه‌های بافت دهان جراحت دیده شود.

مشخصات:

- التهاب مخاط دهان
- غشای پر خون (قرمز گوشت آلود)
- تنفس بد بو
- ادم (لته یا مخاط)

تشخیص‌های پرستاری ۲۰۱۸

- خونریزی
- هایپرپلازی لثه، شکاف، التهاب لب
- خود گزارش دهی اختلال در چشایی، کاهش و یا فقدان چشایی
- خود گزارش دهی طعم بد در دهان، اشکال در خوردن یا بلع
- اشکال در صحبت کردن (اختلال تکلم)
- ترشح چرکی یا آگزودا
- درد / ناراحتی در دهان
- آتروفی یکنواخت و حساسیت در زبان، زبان جغرافیایی
- خشکی دهان (زروستومی)
- تخریب ضایعات دهانی (پچ، پلاک سفید، پچ‌های اسفنجی یا سفید، ترشح شبیه دلمه‌ی شیر، وزیکول، ندول یا پاپول)
- پسرفت لثه (حفره‌های با عمق بیش‌تر از چهار میلی‌متر)
- رنگ پریدگی مخاط یا لثه
- بزرگی لوزه‌ها بیش‌تر از حد تکاملی
- توده‌های قرمز یا کبود برای مثال همانژیوم
- پوسته‌ریزی

اقدامات پرستاری:

- بررسی علایم هیپوولمی مانند کاهش تورگور پوستی-کاهش وزن- تاکی کاردی- هایپوتانسیون
- بررسی علل عفونت و افزایش درجه حرارت بدن
- استفاده از مایع مناسب در هنگام شستشوی معده
- مصرف مایعات کافی روزانه
- اقدامات لازم در جهت کنترل اسپهال و استفراغ
- رعایت بهداشت دهان و دندان (آموزش به بیمار در صورت هوشیاری و انجام روزانه شستشوی دهان و دندان توسط پرستار در صورت عدم هوشیاری بیمار)

بیماران در معرض خطر:

- جراحی دهان، ضربه
- شکاف لب یا کام
- پرتو درمانی (سر/گردن/دهان) یا شیمی‌درمانی
- پاتولوژی (مثل سرطان، عفونت، بیماری‌های اطراف دندان‌ها، کاهش پلاکت)
- فقدان ساختار حمایتی دهان
- تحلیل بافت پیوندی، چربی یا استخوانی مرتبط با سالمندی
- کاهش میزان هورمون (زنان)

در معرض خطر بروز عفونت محل جراحی

تشخیص پرستاری احتمال بروز عفونت در زخم محل جراحی در رابطه با موارد زیر می‌تواند مطرح شود:

- مقاوم شدن ارگانیسم های بیماری زا یا عفونت بیمارستانی
- کاهش حجم مایعات
- لکوپنی
- کاهش مقاومت عمومی به دلیل سوء تغذیه و آنمی
- دیابت
- ورود ارگانیسم های پاتوژن به زخم در حین یا بعد عمل
- شستشو و پانسمان غیر استریل محل زخم

تعریف:

وضعیتی که در آن ارگانیسم های پاتوژن در محل زخم بیمار رشد نمایند.

مشخصات:

صدمه بافتی، قرمزی و تندرns محل زخم، گرمی موضعی محل زخم، مشاهده ترشحات چرکی زرد یا سبز رنگ و بد بو از محل زخم، عدم ترمیم و بهبودی محل زخم، تب و لرز، سو تغذیه، عوامل دارویی

اقدامات پرستاری:

- اجرای برنامه مراقبتی به منظور پیشگیری از عفونت

علامه و نشانه های بروز عفونت را بررسی نمایید:

- افزایش درجه حرارت بدن و ایجاد لرز - افزایش تعداد تنفس - افزایش تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه - قرمزی و تورم و التهاب - درناژ چرکی حجیم بدبو از محل زخم - افزایش WBC.
- طبق دستورالعمل اقدام به تهیه نمونه از محل زخم نمایید.

اقدامات زیر را جهت کاهش خطر عفونت انجام دهید :

- از روش صحیح شستشوی دست قبل و بعد از انجام پانسمان استفاده کنید.
- پانسمان و شستشوی محل زخم را به روش استریل انجام دهید.
- به بیمار اهمیت شست و شوی دست ها قبل و بعد از غذا و پس از توالت را تاکید کنید.
- بیمار را به استفاده از غذاهای غنی از پروتئین و پرکالری تشویق کنید.
- روزانه حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایع (خوراکی یا تزریقی با توجه به دستور پزشک) به بیمار تجویز نمایید، مگر در مواقع منع.

- بیمار را به سرفه و انجام تمرینات تنفس عمیق و تغییر وضعیت مداوم تشویق کنید.
- به روند طبیعی ترمیم زخم توجه کنید.
- به بیمار آموزش دهید از دستکاری محل زخم و پانسمان اجتناب کند.
- به جریان درناژ از درن‌های خارج شده از ناحیه زخم‌ها توجه کنید.
- ملاقات‌کننده‌ها را محدود کنید.
- حفاظت مددجو از تماس با افراد مبتلا به عفونت

در معرض خطر فشار خون ناپایدار

تشخیص پرستاری احتمال بروز فشار خون ناپایدار در رابطه با موارد زیر می‌تواند نوشته شود:

• کاهش برون ده قلبی

• درد

تعریف:

وضعیتی که در آن فشار خون بیمار در ارزیابی‌های متعدد در یک پوزیشن دچار تغییر می‌شود.

مشخصات:

سرگیجه - غش - گر گرفتگی - پوست سرد و مرطوب - آریتمی - خستگی بیش از حد - تنگی نفس

اقدامات پرستاری:

- علل هیپوولمی را شناسایی و رفع نمایید.
- بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید.
- در صورت امکان پاهای بیمار را از تخت آویزان کنید.
- از بیمار بخواهید از فعالیت‌هایی که موجب مانور والسالوا میشود خودداری کند. (زور زدن هنگام دفع مدفوع ، نگه داشتن تنفس هنگام حرکت)
- سابقه بیماری قلبی را در بیمار جستجو و به پزشک معالج اطلاع دهید.
- اقداماتی در جهت افزایش استراحت جسمی و روانی بیمار بکاربندید.
- بیمار را تشویق کنید که به مقدار کم و به دفعات غذا بخورد. (رژیم ۵ وعده ای)
- از بیمار بخواهید از مصرف غذاها و مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه ، چای ، شکلات و کولا اجتناب کند.
- تاریخچه دارویی بیمار را جستجو نمایید.
- بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد.
- فعالیت‌های بیمار را به تدریج و با توجه به سطح تحمل وی افزایش دهید.
- درد بیمار را شناسایی و کنترل نمایید.

پایش ناکافی سلامت

تعریف:

فردی که نمی‌تواند پایش سلامت و احساس خوب بودنش را مدیریت نماید و یا در صورت لزوم درخواست کمک نماید.

پایش سلامت فرآیند بسیار مهمی است چرا که افراد نیازمند به پایش سلامت بدن از لحاظ عملکرد آن می‌باشند. عوامل زیادی چون کمبود آگاهی در مورد عملکرد سلامتی مناسب، ناتوانی در برآورده کردن نیازهای اولیه و مشکل در رفتارهای تطابقی در خصوص تغییرات محیط موثر را می‌توان نام برد. در این میان منابع مالی و حمایت مالی عوامل اصلی پایش سلامت را تشکیل می‌دهند چون در صورت فقر مالی افراد نمی‌توانند مواد غذایی مناسب و مورد نیاز بدن و یا انواع مکمل‌های غذایی را تهیه نمایند یا پایش دوره‌ای سلامت داشته باشند.

عوامل مرتبط:

- کمبود منابع مالی و تجهیزات
- اختلال در مهارت‌های ارتباطی
- تطابق ناکارآمد
- اختلال در درک یافته‌ها و اختلالات حرکتی
- سوگ حل نشده
- قضاوت ضعیف

مشخصات:

- صحبت‌های بیمار در مورد مشکلات مالی
- درک پایین بیمار از پایش وضعیت سلامت
- ناتوانی در تامین نیازهای اساسی
- تقابل فرهنگی، باورهای بهداشتی و مذهبی

ارزیابی پرستار:

- بررسی افکار، باورها، ارزش‌ها و دلایل عدم انجام برنامه مراقبتی
- ارزیابی شرایط اجتماعی - اقتصادی مددجو که در پذیرش درمان وی تاثیرگذار است
- ارزیابی حسی بیمار و مهارت‌های حرکتی
- ارزیابی شرایط مالی و داشتن گروه‌های حمایتی

دلایل منطقی	ارزیابی پرستاری
کشف دلایل عدم انجام یا تبعیت از مداخلات درمانی	بررسی افکار، باورها، ارزش‌ها و دلایل عدم انجام برنامه مراقبتی
این کار باعث توانمندی پرستار برای درک بهتر روش زندگی مددجو می‌شود.	ارزیابی شرایط اجتماعی - اقتصادی مددجو که در پذیرش درمان وی تاثیرگذار است
کمک به شناسایی موانع احتمالی درمان	ارزیابی حسی بیمار و مهارت‌های حرکتی
تعیین ظرفیت‌های مددجو برای برآورده کردن رژیم‌های تجویز شده و حضور حامی در خانواده	ارزیابی شرایط مالی و داشتن گروه‌های حمایتی

نتایج مورد انتظار:

- افزایش آگاهی و دانش در مورد اهمیت تبعیت و تکمیل طول رژیم درمانی
- افزایش پذیرش رژیم درمانی
- رسیدن به اهداف پایش مراقبت سلامت به تدریج
- ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و حس خوب بودن

مداخلات پرستاری:

- تعیین رژیم درمانی روزانه بیمار، توضیح کامل رژیم درمانی و مراقبت درمانی روزانه
- تعیین گروه های حمایتی مرتبط با بیماری و فرآیند بیماری مددجو که به بیمار کمک می کند تا در جریان پذیرش درمان انگیزه داشته باشد.
- کمک به بیمار برای انتخاب سبک زندگی سالم به منظور پیشگیری از مشکلات ناخواسته که در طول درمان ممکن است اتفاق بیافتد.
- آموزش به بیمار در مورد رژیم درمانی که باید رعایت نماید (در راستای کمک به مددجو برای درک رژیم درمانی و پذیرش از جانب وی)
- ارجاع بیمار به خدمات اجتماعی مورد نیاز در صورت درخواست (به منظور پیگیری مراقبت ها و افزایش حمایت اجتماعی از بیمار)

در معرض خطر ترومبوز ورید عمقی (DVT)

تعریف:

لخته خون در هر شکلی که تشکیل شود ممکن است در مسیر جریان خون مشکل ساز شود و باعث قرمزی، تورم، درد و گرما شود.

سبب شناسی:

باریک شدن یا بسته شدن عروق با پلاکی مثل کلسترول می تواند به دلیل رژیم غذایی نامناسب باشد، کمبود فعالیت بدنی، عوامل ژنتیکی و رکود خون در اثر بی حرکتی طولانی مدت، حاملگی و مصرف قرص های ضدبارداری هم می توانند باعث تجمع پلاکت ها و شکل گیری لخته شود.

نتایج مورد انتظار:

- ثبات لخته خون یا حل کردن لخته خون و انجام درمانهای پروفیلاکسی

علائم و نشانه ها:

- انتهایهای دردناک
- بی حسی و گزگز عضو
- سکتة قلبی
- سکتة مغزی(غیرقرینگی صورت، گیجی و فلج یک طرفه)
- آمبولیسم ریوی(سختی در نفس کشیدن، درد قفسه سینه، کوشش تنفسی)

داده های عینی:

- گرما، تورم، قرمزی، کاهش نبض های محیطی در سمت مبتلا

مداخلات پرستاری:

- ارزیابی عصبی کامل، ارزیابی نبض انتهایها، سختی در نفس کشیدن، درد قفسه سینه، نوار قلب غیر نرمال
- بررسی حرکت لخته به اعضای دیگر: مغز(سکتة مغزی)، قلب(سکتة قلبی) و ریه (آمبولی ریه)
- شروع هپارین درمانی برای لخته به صورت زیرجلدی، ضدلخته خوراکی به منظور پیشگیری از تشکیل لخته
- ضدلخته ها هم لخته ها را شکسته و هم از تشکیل لخته جدید پیشگیری می کنند و در هنگام مصرف نیاز به پایش PPT وجود دارد.
- انوکسپارین/ وارفارین به صورت زیرجلدی و خوراکی به عنوان پروفیلاکسی و در درمان لخته استفاده می شوند.
- بررسی INR
- آموزش عدم استفاده از ویتامین K (چه غذایی و چه مکمل)
- پایش مداوم ۳ یا ۵ لید قلبی(به منظور بررسی عملکرد قلب و مداخله سریع در صورت مشکل قلبی)
- رعایت احتیاطات خونریزی به دلیل درمان ضدانعقاد(توجه به علائم خونریزی گوارشی، مدفوع تیره، خون روشن، اپیستاکسی) که در صورت بروز علائم سریعا به اورژانس مراجعه نمایند.
- بریدگی که خونش بند نیاید در صورت خونریزی بیشتر از ۱۵ دقیقه به اورژانس مراجعه شود.

خودآزمایی

۱- آسیب استخوانی - عضلانی کدام مرحله از زخم فشاری طبقه بندی می شود؟

الف) مرحله یک (ب) مرحله دو (ج) مرحله سه (د) مرحله چهار

۲- اقدامات پرستاری مناسب برای پیشگیری از زخم فشاری شامل تمام موارد زیر است بجز:

الف) حفظ هیدراسیون بیمار (ب) ماساژ نقاط برجسته
ج) حفظ رژیم غذایی مناسب و مصرف مکمل ها (د) خشک نگه داشتن پوست

۳- خطر بروز زخم جراحی در چه بیمارانی کمتر مشاهده می شود؟

الف) لکوسیتوز (ب) کاهش حجم مایعات
ج) دیابت (د) کاهش مقاومت عمومی بدن

۴- عامل اصلی موثر بر پایش سلامت کدام است؟

الف) آگاهی (ب) رفتارهای تطابقی (ج) حمایت روانی (د) حمایت مالی

۵- عوامل خطر ساز DVT کدام نیست؟

الف) عوامل ژنتیکی (ب) استاز خون (ج) مصرف OCP (د) فعالیت بدنی

پاسخنامه

۱- جواب: د

۲- جواب: ب

۳- جواب: الف

۴- جواب: د

۵- جواب: د

• کلید واژگان

Pressure Ulcer, Risk for	معرض خطر زخم فشاری
Allergy Reaction, Risk for	احتمال بروز واکنش حساسیتی
Breast Milk Production, Insufficient	ناکافی بودن تولید شیر مادر
Self-Care Deficit	مشکل در مراقبت از خود
Overweight, Risk for	اضافه وزن و در معرض خطر اضافه وزن
Perioperative Hypothermia, Risk for	در معرض خطر کاهش درجه حرارت قبل از عمل جراحی
Perioperative Positioning Injury, Risk for	در معرض خطر آسیب حین پوزیشن دادن در اتاق عمل
Sleep Pattern, Disturbed	اختلال در الگوی خواب
Bleeding, Risk for	در معرض خطر خونریزی
Suffocation, Risk for	در معرض خطر خفگی
Post-Trauma Syndrome	سندرم استرس پس از حادثه (PTSD)
Decision Making, Impaired	اختلال در تصمیم گیری
Moral Distress	ترس از مرگ
Spiritual Distress	دبسترس روحی
Relocation Stress Syndrome	سندرم استرس جابجایی
Acute Substance Withdrawal Syndrome	سندرم ترک مواد
Grieving	سوغ مزمن
Self-Neglect	غفلت از خود
Memory, Impaired	اختلال در حافظه
Metabolic Imbalance Syndrome, Risk for	در معرض خطر سندرم متابولیک
Childbearing Process, Risk for Ineffective	در معرض خطر فرآیند ناموثر فرزند پروری
Dry Mouth, Risk for	در معرض خطر خشکی دهان
Surgical Site Infection, Risk for	در معرض خطر بروز عفونت محل جراحی
Blood Pressure, Risk for Unstable	در معرض خطر فشارخون ناپایدار
Health Maintenance, Ineffective	پایش ناکافی سلامت
Venous Thromboembolism, Risk for	در معرض خطر ترومبوز ورید عمقی

- **NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification ۲۰۱۸-۲۰۲۰, ۱۱th Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru.**
- **<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-۲۰۳۵۵۸۹۳>**
- **<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/pressure-sores-۴-stages>**
- **<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/skin-problems/skin-pressure-sores.html>**