

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مراقبت های ویژه قلبی (CCU)

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز صدمه و تروما بعلت:	• ضعف و خستگی ناشی از: - کاهش اکسیژناسیون و پرفیوژن بافتی. - عدم تعادل الکترولیتی. - ضعف ناشی از سوء تغذیه. • سرگیجه ناشی از هیپوتانسیون وضعیتی . • اثرات داروهای نظیر مسکنهای مخدر.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- عوامل موثر در صدمه و تروما را شناسایی کند. - بیمار را از نظر ریسک فاکتورهای دخیل در آسیب شناسایی کند. - خطرات محیطی دخیل در صدمه و تروما را کاهش دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی :	۱. بیمار را از نظر وجود خطر آسیب نظیر ضعف، خستگی، هایپوتانسیون وضعیتی، استفاده از مسکنهای مخدر بررسی کنید. ۲. خطرات محیطی تهدید کننده سلامتی بیمار (نداشتن حفاظ تخت و...) را بررسی کنید.
اقدامات:	۱. نرده های کنار تخت را بالا بکشید. ۲. وسایل مورد نیاز را در کنار تخت قرار دهید. ۳. تغییر پوزیشن آهسته بیمار از خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده برای جلوگیری از فشار خون وضعیتی. ۴. در هنگام استفاده از مسکنهای مخدر بیمار را به استراحت در تخت محدود کنید. ۵. اصلاح پرفیوژن بافتی با حفظ فشار خون در حد طبیعی. ۶. اصلاح اکسیژناسیون با تجویز اکسیژن طبق دستور پزشک، نشستن در وضعیت نیمه نشسته.

۷. از سوء تغذیه جلوگیری کنید.	
۸. برون ده قلبی را اصلاح کنید.	
۹. وضعیت الکترولیتها را اصلاح کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. در هنگام تغییر پوزیشن از حالت خوابیده به نشسته یا از نشسته به ایستاده این کار را با احتیاط انجام دهد.	
۲. از دم پایی های با کفه مناسب و پاشنه کوتاه استفاده کند.	
۳. غذا و مایعات را قبل از مصرف جهت جلوگیری از سوختگی سرد کند.	
۴. عدم استعمال سیگار.	
۵. از درجه حرارت مناسب پیش از حمام کردن استفاده کند.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در سلامت پوست و بافت به علت:	
• تاخیر در ترمیم زخم در نتیجه وجود ادم، سوء تغذیه، کمبود پروتئین و ویتامین. • بی حرکتی طولانی مدت . • پرفیوژن ناکافی بافت. • آنمی. • کاهش حجم مایعات بدن.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
- به حفظ سلامت پوست کمک کند. - علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم را بررسی کند. - دلایل تحریک پوست را بشناسد. - دلایل ایجاد کننده تحریک پوستی را حذف کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی:	
۱. علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم (مانند: افزایش قرمزی، التهاب پوست، رنگ پریدگی یا نکروز پوست) را بررسی کنید.	
۲. علائم و نشانه های تحریک پوستی را بررسی کنید.	
اقدامات:	
۱. در صورت وجود ادم:	

- استفاده از چسب را جهت جلوگیری از تحریک پوست به خصوص در بیمارانی که ادم دارند محدود کنید.
- از چسب های ضد حساسیت استفاده کنید.
- چسب را در جهت رویش مو بکنید.
- به افزایش تحرک با توجه به توانایی بیمار و اجازه پزشک کمک کنید.
- به تغییر پوزیشن حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمک کنید.
- برجستگی های استخوانی را ماساژ ندهید.
- شستن آرام و با دقت پوست و خشک کردن با دقت .
- ۲. روزانه مایعات حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان (در صورتی که محدودیت نداشته باشد) مصرف کنید.
- ۳. کمک به اصلاح آنمی با:
 - مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف نداشته باشند)، ماهی، سبزی های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه های خشک (برگه ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه های روغنی را توصیه کنید.
 - مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند می توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند.
 - از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا پرهیز کنید.
 - با پزشک و متخصص تغذیه جهت پیشگیری به موقع و یا بهبود کم خونی مشاوری کنید.
- ۴. حفظ فشار خون در حد طبیعی جهت اصلاح پرفیوژن بافتی:
 - بیمار را به خارج شدن هر چه سریع تر از تخت و شروع فعالیتها در صورتی که محدودیتی نباشد تشویق کنید و در صورت استراحت مطلق بودن (CBR) آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد).

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در صورت محدودیت حرکت تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت یکبار و انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد.	
۲. در صورت عدم منع تحرک به بیمار برای شروع کردن هر چه زودتر فعالیتها کمک کنید.	
۳. رژیم غذایی را جهت جلوگیری و یا بهبود آنمی اصلاح کنید :	
- مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف	

نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا و همچنین میوه‌های خشک (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی.

- مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند.

- پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در غشاء موکوس دهان به علت:	• اکسیژن درمانی طولانی مدت. • خشکی مخاط دهان در نتیجه کاهش حجم مایعات یا محدودیت مصرف مایعات. • کاهش ترشحات بزاق در نتیجه درمان‌های دارویی نظیر مسکن‌های مخدر، • آتروفی اپیتلیال مخاط دهان در نتیجه کاهش ترشحات بزاق و کاهش حجم مایعات. • استئوماتیت در نتیجه بهداشت نامناسب دهان.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- مخاط دهان را از نظر وجود هر گونه زخم و خشکی و آفت بررسی کند. - مددجو را تشویق به حفظ بهداشت دهان کند. - از بروز مشکلات دهانی پیشگیری کند.
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. مخاط دهان بیمار را در هر شیفت از نظر خشکی بررسی کنید. ۲. علائم و نشانه‌های استئوماتیت (خشکی دهان، تغییر شکل صدا، دیسفاژی، بزاق غلیظ، سوزش و خشکی دهان، زخم موکوس دهان، لکوپلاکی) را بررسی کنید.
اقدامات:	۱. به مددجو جهت حفظ بهداشت دهان کمک کنید. ۲. بیمار را به مصرف روزانه ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات در صورتی که منع مصرف نداشته باشد تشویق کنید. ۳. در صورت اکسیژن درمانی: • از اکسیژن مرطوب استفاده کنید. • از سوند بینی به جای ماسک استفاده کنید.

۴. وضعیت تغذیه بیمار را کنترل و از سوء تغذیه جلوگیری کنید.	
۵. از مسواک و دهانشویه استفاده و به مددجو جهت رعایت بهداشت دهان کمک کنید.	
۶. مددجو را به استفاده از آب نبات یا آدامس جهت افزایش ترشح بزاق تشویق کنید.	
۷. مددجو را به عدم استعمال سیگار تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در صورت داشتن دندان مصنوعی فقط در موقع صرف غذا از آن استفاده کنید.	
۲. عدم مصرف مواد غذایی محرک نظیر مواد ادویه دار، اسیدی یا خیلی گرم.	
۳. از محلولهای دهانشویه حاوی الکل استفاده نکنید.	
۴. از مسواک نرم استفاده کنید.	
۵. از خمیر دندان ضعیف و حاوی فلوراید استفاده کنید.	
۶. آموزش صحیح مسواک زدن.	
۷. از گلیسرین و آبلیمو بر روی لبها استفاده نکنید.	
۸. لبها را با وازلین، روغنهای معدنی چرب کنید.	
۹. عدم استعمال سیگار.	
۱۰. از آب نبات یا آدامس جهت ترشح بزاق استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایعات بعلت:	
- افزایش ترشحات آلدوسترون و ADH در نتیجه کاهش جریان خون کلیوی ثانویه به کاهش برون ده قلبی. - ترشح آلدوسترون و ADH در نتیجه مصرف مسکنهای مخدر و درد. - بد کاری پمپ قلب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- علائم افزایش حجم مایعات را بررسی کند. - از دریافت بیش از حد مایعات جلوگیری کند. - علائم مسمومیت با آب را تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	
۱. علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات و مسمومیت با آب را بررسی کنید شامل: - افزایش بیشتر از ۵۰۰ گرم وزن، روزانه.	

- افزایش فشار خون و نبض.
- وجود صداهای S3 و S4.
- کم بودن Out Put بیمار نسبت به Intake .
- وجود رال یا کوتاه شدن و محو شدن صداهای تنفس.
- کاهش HCT (ممکن است طبیعی باشد یا به دلیل شیفیت مایعات به فضای خارج عروقی افزایش یابد).
- هیپوناترمی و کاهش اسمولالیتیه خون (دلالت بر مسمومیت با آب دارد).
- کاهش وزن مخصوص ادرار به زیر ۱۰۱۰.
- وجود دیسپنه و ارتوپنه و یا تشدید علائم.
- اتساع وریدهای گردنی و افزایش فشار ورید مرکزی (CVP).
- بررسی تغییرات عکس قفسه سینه (CXR) از نظر علائم احتقان و ادم ریوی و افیوژن پلور.
- ادم (محیطی، ساکرال).
- بررسی سطح آلبومین.
- پوست براق.

اقدامات:

۱. در صورت عمل جراحی قلب I/O را در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل کنترل کنید.
۲. مایعات دریافتی را طبق دستور پزشک (معمولاً ۱۵۰۰ سی سی روزانه) محدود کنید.
۳. مصرف سدیم را محدود کنید.
۴. به اثرات درمانی و عوارض داروهای دیورتیک (فوروزماید، اسپیرونولاکتون و ...)، اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها توجه کنید.
۵. با متخصص تغذیه جهت افزایش مصرف غذاهای پر پروتئین مشورت کنید.
۶. سطح آلبومین را کنترل کنید.
۷. عوارض انفوزیون آلبومین را کنترل کنید.
۸. با مشورت پزشک و براساس تحمل بیمار، میزان تحرک بیمار را افزایش دهید.
۹. علائم مسمومیت با آب را کنترل کنید.
۱۰. در صورت کمبود سدیم بیمار را از نظر تشنج کنترل کنید.
۱۱. در صورت دریافت مایعات زیاد یا داروهای وریدی با حجم زیاد، با فارما کولوژیست جهت کاهش دریافت مایعات اضافی مشورت کنید.
۱۲. در صورت ادم اقدامات زیر را انجام دهید:
 - شستن آرام و با دقت پوست و خشک کردن با دقت.
 - استفاده محدود از چسب.

• تغییر پوزیشن بیمار حداقل هر ۲ ساعت. • عدم ماساژ برجستگی های استخوانی . • کمک به افزایش تحرک با توجه به توانایی بیمار و اجازه پزشک. ۱۳. درد را با استفاده از روشهای زیر اصلاح کنید: • تا حد امکان از روشهای غیر دارویی جهت اصلاح درد استفاده کنید (نظیر ماساژ پشت، موسیقی درمانی، ...). • از درمان دارویی طبق تجویز پزشک استفاده کنید. ۱۴. در صورت وجود تنگی نفس، ارتوپنه و... بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته قرار دهید. ۱۵. میزان دفع و جذب مایعات بیمار را اصلاح کنید. ۱۶. میزان دفع و جذب مایعات بیمار را ثبت کنید.
--

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. عدم اضافه کردن نمک به غذا. ۲. اجتناب از مصرف غذاهای فریز شده، کنسرو، آجیل، پفک، چیپس. ۳. در صورت استفاده از غذاهای کم نمک می توان برای طعم گرفتن غذا به جای نمک از سرکه و آبلیمو مطابق با میزان تمایل بیمار استفاده کرد. ۴. در صورت وجود ادم، پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. ۵. مصرف محدود مایعات.	

Problem Definition	بیان مشکل
	الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی بعلت: • کاهش فعالیت و داشتن پوزیشن خوابیده به پشت. • کاهش تعداد و عمق تنفس در نتیجه مصرف مسکنهای مخدر. • ناتوانی در اتساع مفید قفسه سینه به علت ضعف، خستگی، پوزیشن نامناسب بدن. • افزایش مقدار و کاهش تنفس در نتیجه ترس و اضطراب. • اجتناب از تنفس عمیق بعلت درد . • اختلال در PH خون.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: علامت و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفسی (تنفسهای کوتاه، هایپر ونتیلیسیون، دیس پنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی) را بررسی کند.

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های غیر طبیعی تنفس را بررسی کنید. ۲. ABG بیمار را بررسی و موارد غیر طبیعی را گزارش کنید. ۳. یافته های کاپنوگرافی و پالس اکسی متری را بررسی و تغییرات آنها را گزارش کنید. اقدامات: ۱. بیمار را به انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی، حداقل هر ۲ ساعت تشویق کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. به تغییر پوزیشن بیمار در تخت هر ۲ ساعت در صورتی که استراحت مطلق (CBR) است کمک کنید. ۴. بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید. ۵. از داروهای مسکن مخدر و آرام بخشها طبق تجویز پزشک جهت کاهش درد و از روشهای غیر دارویی تسکین درد استفاده کنید. ۶. آلکالوز و اسیدوز را در صورت بروز تصحیح کنید. ۷. در صورت عدم بهبود علائم به پزشک اطلاع دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی. ۲. تغییر پوزیشن در تخت هر ۲ ساعت. ۳. نشستن در پوزیشن نیمه نشسته.	

Problem Definition	بیان مشکل
خستگی به علت : - اختلال در تغذیه بافتی بدنبال کاهش برون ده قلبی. - اختلال در انتقال اکسیژن به بافتها. - اختلال در خواب و استراحت بدنبال ترس و اضطراب.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: عوامل ایجاد کننده و علائم و نشانه های خستگی را شناسایی کند و در جهت رفع آنها اقدام نماید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی : ۱. علائم و نشانه های خستگی (کاهش علاقه به محیط اطراف، کاهش تمرکز، بیان احساس، کاهش	

انرژی) را بررسی کنید.	
اقدامات پرستاری:	
۱. کاهش فعالیت و افزایش دوره های استراحت را اعمال کنید. ۲. تعداد ملاقاتی ها را محدود کنید. ۳. سر و صدای محیط را کاهش دهید. ۴. به بیمار جهت شناسایی علل خستگی و کاهش آنها کمک کنید. ۵. به بیمار جهت انجام فعالیتهای روزانه کمک کنید. ۶. به بیمار جهت داشتن خواب مفید کمک کنید. ۷. به حفظ اکسیژناسیون و افزایش برون ده قلبی کمک کنید. ۸. درجه حرارت محیط را زیر ۲۲ درجه سانتی گراد حفظ کنید. ۹. از مواد غذایی مناسب استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. از مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد جهت کاهش مصرف انرژی برای هضم غذا استفاده کنید. ۲. از آب داغ جهت حمام کردن استفاده نکنید. ۳. از صندلی جهت انجام مسواک زدن یا حمام کردن استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش برون ده قلب بعلت: - کاهش قابلیت پر شدگی و یا تخلیه بطنها بعلت ایسکمی میوکارد، دیس ریتمی، اختلال کارکرد دریچه، کاردیومیوپاتی، ترومای قلب. - افزایش پس بار قلب بدلیل: انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکول آمینها در اثر اضطراب و ترس و افزایش حجم مایعات. - کاهش پیش بار قلبی بدلیل: هیپوولومی (کاهش دریافت مایعات و مصرف داروهای دیورتیک)، - هایپوتانسیون بدلیل مصرف داروهای وازودیلاتور، گرم شدن سریع بدن بعد از جراحی قلب. - ناتوانی قلب بدنبال شوک کاردیوژنیک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند. - به رفع علائم و نشانه های برون ده قلبی کمک کند. - عوارض کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند.	

ارزیابی:

۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را بررسی کنید شامل:

- کاهش فشار خون سیستولی به اندازه ۲۰ میلی متر جیوه و یا کاهش فشار سیستولیک زیر ۸۰ میلی متر جیوه.
- سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان ۵- ۱۰ میلی متر جیوه.
- نبض نامنظم.
- تعداد نبض کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه .
- کوتاه شدن صدای قلبی یا حضور سوفل.
- حضور گالوپ S3, S4.
- تنفسهای تند و نامنظم.
- حضور رال مرطوب همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی.
- کاهش سطح هوشیاری.
- ناآرامی .
- کانفیوژن.
- سنکوپ.
- کاهش یا محو نبضهای محیطی.
- ضعیف شدن نبض کاروتید.
- پوست سرد و مرطوب یا رنگ پریده، سیانوتیک.
- برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت.
- ادم محیطی.
- اتساع وریدهای گردن.
- افزایش BUN و Cr سرم.
- بررسی دیس ریتمی قلبی.

اقدامات:

۱. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۲. در صورت لزوم پاها را از تخت آویزان کنید.
۳. استراحت جسمی و روانی بیمار را افزایش دهید.
۴. بیمار را به دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد تشویق کنید.
۵. اکسیژن را طبق دستور پزشک مصرف کنید.

۶. به پزشک در صورت وجود بیماریهای زمینه ای نظیر آنمی، هایپر تانسیون، هایپر تیر وئیدیسم، بیماریهای انسدادی مزمن ریه اطلاع دهید. ۷. بیمار را به عدم مصرف سیگار تشویق کنید. ۸. افزایش فعالیت بیمار به تدریج و با توجه به سطح تحمل بیمار. ۹. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت (دیژیتال، دوبوتامین، دوپامین)، گشاد کننده های شریانی جهت کاهش پس بار و پیش بار قلب (نیتروگلیسرین، نیتروپروساید، پرازوسین)، بلوک کننده های کانال کلسیم (نفیدپین)، دیورتیکها (فوروزماید، آلداکتون) را بررسی کنید. ۱۰. کنترل فشار خون قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی (پروپرانول)، وازودیلاتورها (نیتروگلیسرین و مسکن های مخدر و مورفین). ۱۱. به برون ده ادراری و ثبت هر ساعت آن توجه کنید. ۱۲. در صورت کانفیوژ بودن بیمار اقدامات حفاظتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت را انجام دهید. ۱۳. سطح اوره و کراتینین خون را اندازه گیری کنید. ۱۴. علائم حیاتی را اندازه گیری و ثبت کنید. ۱۵. مانیتورینگ بیمار و کنترل ریتم قلبی. ۱۶. ترجیحا بیمار را جهت کاهش نیاز به اکسیژن و جلوگیری از سنکوپ استراحت مطلق (CBR) کنید. ۱۷. فشار ورید مرکزی (CVP) را کنترل کنید. ۱۸. سمع صداهای ریه و گزارش صدای غیر طبیعی به پزشک. ۱۹. استرس و اضطراب را رفع کنید. ۲۰. پوست را از نظر درجه حرارت بررسی کنید. ۲۱. روزانه آنزیمهای قلبی را اندازه گیری کنید (در صورت کاهش شدید برون ده قلبی احتمال آسیب به بافت میوکارد وجود دارد). ۲۲. پوست، دهان، بستر ناخن، لبها، لاله گوش و اندامها را از نظر سیانوز بررسی کنید. ۲۳. بیمار را از نظر نارسایی قلبی بررسی کنید. ۲۴. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی به پزشک اطلاع دهید. ۲۵. بستن تورنیکه چرخشی در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلب.	آموزش به بیمار
۱. عدم انجام مانور والسالوا (عدم زور زدن هنگام دفع مدفوع، نگه داشتن تنفس هنگام حرکت). ۲. دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۳. عدم دریافت مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه، چای، شکلات، کولا. ۴. استراحت در فواصل بین انجام فعالیت و مراقبت از خود. ۵. عدم تغییر پوزیشن ناگهانی از حالت خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده.	Patient Education

۶. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۷. عدم استعمال سیگار و مشروبات الکلی.

بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه کمتر از نیاز بدن بعلت:	- بی اشتهایی در نتیجه ترس و اضطراب. - کاهش تغذیه از راه دهان در نتیجه دیسپنه و درد. - بی اشتهایی در نتیجه کاهش فعالیت و بیبوست.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- علائم و نشانه های سوء تغذیه را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع آنها اقدام کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی :	۱. علائم و نشانه های سوء تغذیه را بررسی کنید شامل : - عدم تطابق وزن با سن و قد و ساختمان بدن. - تغییراتی در مقادیر آلبومین، پروتئین، HCT و Hb ، کلسترول. - خستگی و ضعف.
اقدامات:	۱. بیمار را جهت استفاده از مواد غذایی راغب کنید. ۲. زمان کافی به بیمار جهت میل کردن غذا بدهید. ۳. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد جهت کاهش تهوع و استفراغ را توصیه کنید. ۴. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته جهت کاهش دیس پنه قرار دهید. ۵. محیط اطراف بیمار را قبل از تغذیه (خارج کردن رسیورهای آلوده و ظروف جمع آوری خلط و ادرار) تمیز کنید. ۶. از مواد غذایی مورد علاقه بیمار استفاده کنید. ۷. بیمار را به تغییر پوزیشن جهت کاهش سوء هاضمه تشویق کنید. ۸. از مواد غذایی که بلع آنها راحت تر است استفاده کنید. ۹. بیمار را به جویدن کامل مواد غذایی تشویق کنید. ۱۰. از مواد غذایی پر کالری و پر کربوهیدرات استفاده کنید. ۱۱. با متخصص تغذیه مشورت کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. از سبزیجات، آبلیمو، ترشی، ماست، جهت تحمل رژیم غذایی کم نمک استفاده کنید. ۲. از جویدن آدامس، مکیدن آب نباتهای سفت و سیگار کشیدن جهت کاهش بلعیدن هوا اجتناب کنید. ۳. عدم استفاده از مصرف مایعات و غذاهای نفاخ نظیر غلات و حبوبات و نوشابه های کربنات دار. ۴. قبل از صرف غذا بهداشت دهان (مسواک و دهانشویه) را رعایت کنید. ۵. مایعات گرم جهت افزایش پریستالتیسم روده بنوشید. ۶. جویدن کامل غذا. ۷. عدم مصرف قرص آهن یک ساعت قبل و بعد از مصرف غذا. ۸. عدم مصرف آنتی اسیدها، شیر، سبوس غلات و حبوبات همراه با قرص آهن.	

Problem Definition	بیان مشکل
اضطراب بعلت: • نا آشنا بودن با محیط بخش. • کمبود اطلاعات درمورد تشخیص، روشهای تشخیصی و درمان. • علائم ظاهری بیماری. • دیس پنه. • تنگی نفس. • درد شدید. • ترس از پیش آگهی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: - علائم و نشانه های ترس و اضطراب را در بیمار بررسی کند (بیان ترس و اضطراب، تاکی پنه، تاکی کاردی، تعریق، افزایش فشار خون، رنگ پریدگی، برافروختگی صورت، ناسازگاری با برنامه مراقبتی).	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی : ۱. در خصوص اضطراب بیمار اطلاعات جمع آوری کنید. ۲. اضطراب و سطح درک بیمار از بیماری را شناسایی کنید. ۳. تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان را شناسایی کنید. ۴. سیستمهای حمایتی با ارزش بیمار را شناسایی کنید.	

اقدامات:	
۱. بیمار را با محیط بیمارستان، ابزارها و روشهای درمانی، مراقبتی آشنا سازید. ۲. یک رابطه توأم با آرامش و راز داری با بیمار برقرار کنید. ۳. بیمار را به بیان ترسها و اضطراب تشویق کنید. ۴. بازگو کردن مجدد توضیحات پزشک برای رفع هرگونه سوء تفاهم در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی . ۵. به خانواده بیمار جهت حمایت از وی آموزش دهید. ۶. تسکین درد (درد عامل مهمی در بروز استرس است). ۷. از روشهای آرام سازی غیر دارویی استفاده کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. از روشهای آرام سازی زیر استفاده کنید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. به کار بردن مزاح و شوخی و کمک به بیمار در خندیدن. ۳. در اختیار دادن کتاب دعا به بیمار و کمک به بیمار در داشتن عبادت متناسب با اعتقادات وی .	

بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه بیشتر از نیاز بدن بعلت : • کاهش سوخت و ساز مواد غذایی در نتیجه کاهش میزان متابولیسم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - بیمار را از نظر علائم افزایش وزن کنترل کند. - وضعیت تغذیه بیمار را بررسی کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. نشانه های عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی کنید شامل: • ضعف. • خستگی . • تنگی نفس فعالیتی.	

- درد قفسه سینه.
- گیجی.
- تعریق.
- افزایش ریت نبض.
- کاهش فشار خون سیستولیک.
- افزایش فشار خون دیاستولیک به میزان ۱۰ تا ۱۵ میلی متر جیوه با فعالیت.
- عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از فعالیت.

اقدامات پرستاری:

۱. بیمار را به انجام فعالیت به همراه دوره های استراحت تشویق کنید.
۲. وسایل مورد نیاز بیمار را در کنار تخت وی قرار دهید.
۳. با تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب و توضیح در مورد پروسیجرهای درمانی و استفاده از روشهای آرام سازی، ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید.
۴. بهبود وضعیت خواب بیمار (ساکت کردن محیط، اجازه به انجام عادات معمولی خوابیدن، برنامه ریزی جهت داشتن حداقل یک سیکل خواب ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه).
۵. نیاز های تغذیه ای بیمار را بررسی کنید.
۶. فعالیت بیمار را بطور تدریجی افزایش دهید.
۷. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها و آنتی آریتمی ها را بررسی کنید.
۸. وضعیت تنفسی بیمار را بهبود دهید (انجام ورزشهای تنفسی هر ۲ ساعت یکبار، نشستن در هنگام سرفه، تشویق بیمار به انجام سرفه موثر).
۹. از بروز عفونت جلوگیری کنید.
۱۰. به تغییر پوزیشن هر ۱ تا ۲ ساعت در بیماران استراحت مطلق (CBR) کمک کنید.
۱۱. از روشهای دارویی و غیر دارویی برای برطرف کردن درد استفاده کنید.
۱۲. تجویز اکسیژن طبق دستور پزشک.

آموزش به بیمار	Patient Education
۱. روشهای آرام سازی زیر را جهت کاهش ترس و اضطراب انجام دهید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۲. بیمار را به نوشیدن شیر قبل از خواب تشویق کنید.	

۳. عدم مصرف مواد کافئین دار مثل کاکائو، چای، قهوه.
۴. افزایش فعالیت بتدریج و داشتن دوره های استراحت در فواصل فعالیت.
۵. حفظ ذخیره انرژی با عدم انجام کارهای غیر ضروری و استفاده از صندلی هنگام مسواک زدن، حمام کردن، شانه کردن موها.
۶. در صورت احساس درد در قفسه سینه، گیجی، احساس ضعف و خستگی شدید، قطع فعالیتها.
۷. قرار دادن یک دست روی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم جهت انجام یک سرفه موثر.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت به علت :	• هایپوکسی بافتی بدلیل کاهش برون ده قلبی. • اختلال در تبادلات گازی در سطح آلوئولی. • آنمی. • کاهش ناگهانی ذخیره قلبی بدلیل کاهش جریان خون کرونری در نتیجه کوتاه شدن زمان پر شدن دیاستولیک. • ضعف عضله میوکارده. • تغذیه ناکافی بدلیل ضعف، درد، بی اشتها. • کاهش توده، تون و قدرت عضلانی بدن ثانویه به تغذیه کمتر از نیاز بدن. • اختلال در خواب و استراحت ثانویه به ترس و اضطراب و انجام مراقبتهای مکرر.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع این مشکل اقدامات لازم را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. بیمار را از نظر افزایش وزن بررسی کنید: • افزایش وزن بیشتر از ۱۰ تا ۲۰ درصد وزن طبیعی، • افزایش اندازه چین پوستی روی عضله سه سران(تریسپس) (در زنان بیشتر از ۲۵ میلی متر و در مردان بیشتر از ۱۵ میلی متر). • بررسی مقدار مایعات و مواد غذایی مصرفی بیمار.

• بررسی مقدار کالری مواد غذایی مصرفی بیمار. • بررسی نتایج آزمایشات هورمونی. • بررسی بیمار از نظر وجود بیماریهای زمینه ای.	
اقدامات:	
۱. با متخصص تغذیه مشورت کنید. ۲. کاهش تدریجی وزن با محدودیت مصرف کالری. ۳. فعالیت بیمار را با اجازه پزشک و تحمل بیمار افزایش دهید. ۴. اثرات درمانی و عوارض داروهای هورمونی تیروئید (لووتیروکسین، متی مازول) را بررسی کنید. ۵. وزن کردن بیمار هر ۲ تا ۳ روز. ۶. در صورت عدم تغییر وزن به پزشک اطلاع دهید. ۷. بیمار را به رعایت رژیم غذایی (کم چرب، کم نمک) تشویق کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
▪ عدم مصرف مواد غذایی به مقدار زیاد در شب. ▪ مصرف مواد غذایی متناسب با نیاز بدن. ▪ رعایت رژیم غذایی (کم چرب، کم نمک).	

Problem Definition	بیان مشکل
ناتوانی در امر مراقبت از خود بعلمت: • درد. • ضعف. • خستگی. • کاهش تحمل فعالیت در نتیجه تغذیه کمتر از نیاز بدن. • کاهش تحمل فعالیت در نتیجه هیپوکسمی بافتی، نارسایی قلبی، ترس از بروز حمله قلبی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. میزان توانمندی بیمار را در امر مراقبت از خود و انجام کارهای روزانه (نظیر تغذیه، پوشیدن و در آوردن لباسها، دستشویی رفتن، حمام کردن و مسواک زدن، مراقبت از پوست و ناخنها) را بررسی کند. ۲. عوامل تاثیر گذار بر روی توانایی های بیمار را شناسایی کند. ۳. اقداماتی جهت بر طرف کردن عوامل تاثیر گذار بر روی توانایی های بیمار به کار برد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی : ۱. میزان توانایی بیمار در امر مراقبت از خود را بررسی کنید. ۲. عوامل تاثیر گذار بر روی توانایی های بیمار را بررسی کنید. اقدامات: ۱. بیمار را جهت انجام فعالیتهای روزمره به تنهایی (تا حد امکان) و جلوگیری از وابسته شدن به خانواده و پرستار تشویق کنید. ۲. زمان کافی به بیمار جهت انجام فعالیتها و مراقبت از خود بدهید. ۳. به بیمار در حین انجام مراقبت از خود کمک کنید. ۴. یک زمان مناسب برای انجام فعالیتها در نظر بگیرید (بعد از یک دوره استراحت یا مصرف مسکن، عدم انجام فعالیت در زمان خواب یا غذا خوردن یا بلافاصله بعد از آن). ۵. بیمار را به بیان ترس و اضطراب خود تشویق کنید. ۶. به رفع ترس و اضطراب کمک کنید. ۷. وضعیت تغذیه را بهبود دهید. ۸. در صورت نیاز اکسیژن تجویز کنید. ۹. درد را با روشهای درمان دارویی و غیر دارویی تسکین دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در صورت خستگی، استراحت کرده و فعالیت خود را تدریجی افزایش دهید. ۲. بیمار را به انجام روشهای آرام سازی زیر تشویق کنید: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. ۳. عدم انجام فعالیت در زمان خواب یا غذا خوردن یا بلافاصله بعد از آن. ۴. از مواد مغذی و پرکالری استفاده کنید. ۵. از خستگی جلوگیری کنید.	
بیان مشکل	Problem Definition
یبوست بعلت: • کاهش حرکات روده و معده بدلیل: مصرف داروهای مسکن مخدر (مورفین، کدئین، . . .)، کاهش فعالیت.	

• کاهش مصرف غذاهای پر فیبر. • کاهش دریافت مایعات. • نارضایتی از دریافت لگن در تخت و بدنبال آن سرکوب کردن رفلکس دفع. • افزایش سن. • استرس. • عوارض برخی از داروها نظیر آسپرین، آنتی اسیدهای (آلومینیمی، کلسیم). • ترس از درد قلبی.	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: ۱. عادات دفع طبیعی بیمار را شناسایی کند. ۲. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام و شکل آن مورد بررسی قرار دهد. ۳. نشانه های دال بر یبوست را شناسایی کند و اقدامات لازم را جهت و پیشگیری بر طرف کردن یبوست به کار برد.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. عادات طبیعی دفع مددجو را بررسی کنید. ۲. صداهای شکمی را سمع کنید. ۳. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام، شکل بررسی کنید. ۴. علائم و نشانه های دال بر یبوست (سردرد، بی اشتها، اتساع شکم، تهوع، احساس پری یا فشار در شکم یا رکتوم، کرامپهای شکمی) را بررسی کنید. اقدامات: ۱. فعالیت بیمار را با توجه به سطح تحمل وی و اجازه پزشک افزایش دهید. ۲. بیمار را به عدم خودداری از دفع مدفوع تشویق کنید. ۳. بیمار را به استفاده از bed pan در زمان احساس دفع در صورت استراحت مطلق بودن تشویق کنید. ۴. یک محیط خصوصی برای بیمار ایجاد کنید. ۵. بیمار را به ریلکس بودن در طی یک پروسه دفع تشویق کنید. ۶. بیمار را به خوردن روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی (۸ تا ۱۰ لیوان) در صورت عدم منع تشویق کنید. ۷. بیمار را به نوشیدن مایعات گرم یا سرد جهت تحریک پرستالتیسم تشویق کنید. ۸. بیمار را به مصرف غذاهای پر فیبر تشویق کنید. ۹. عدم انجام انمای تخلیه ای (بعلت تحریک واگ).	

۱۰. به مددجو برای قرار گرفتن در پوزیشن صحیح برای انجام عمل دفع کمک کنید و فرصت کافی برای دفع بدهید. ۱۱. بیمار را به خوردن غذاهای پرفیبر تشویق کنید. ۱۲. در صورت عدم بهبودی وضعیت، به پزشک اطلاع بدهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. دریافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها، عصاره میوه ها. ۲. بیمار را به دریافت تقریباً ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد) تشویق کنید. ۳. بتدریج مقدار دریافت مواد سبوس دار را افزایش دهید و همراه با دریافت آن، مایعات دریافت کنید. ۴. بیمار را به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات تشویق کنید (مگر اینکه منع مصرف داشته باشد). ۵. میزان مصرف قهوه را به ۲ تا ۳ فنجان در روز محدود کنید. ۶. یک لیوان آب گرم ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه بنوشید. ۷. یک زمان منظم و خاص برای دفع تعیین کنید. ۸. بیمار را به قدم زدن و خارج شدن از تخت تشویق کنید (در صورت عدم منع). ۹. در صورت استراحت مطلق بودن آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد. ۱۰. از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع اجتناب کنید. ۱۱. از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد استفاده کنید. ۱۲. بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن را رعایت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در الگوی خواب بعلت: • ترس و اضطراب. • محیط ناآشنا. • تنگی نفس و ارتوپنه. • درد. • اختلال در اجرای الگوی طبیعی خواب. • بررسی ها و مراقبتهای مکرر در طول شب.	

• کاهش فعالیت جسمانی. • تغییر در ریتم بیولوژیک. • بیدار شدن های مکرر بعلت دیزوری بدنبال مصرف داروهای مدر.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: ۱. عوامل مختل کننده خواب بیمار را شناسایی کند. ۲. اقدامات لازم را جهت بهبود کیفیت خواب بیمار انجام دهد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی : ۱. الگوی خواب بیمار را بررسی کنید. ۲. عوامل موثر در خواب بیمار را شناسایی کنید. ۳. علائم و نشانه های اختلال در الگوی خواب (شکایت کلامی بیمار از بخواوب رفتن، احساس عدم رضایت از خواب، بیدار شدنهای مکرر در طول شب، تاخیر در شروع خواب، زود بیدار شدن از خواب، تغییرات رفتاری نظیر پرخاشگری، اضطراب و بیقرار بودن) را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. نیازهای فیزیولوژیک نظیر گرسنگی، تشنگی، دفع قبل از خواب را برطرف کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. صدای محیط را کاهش دهید. ۴. به بیمار برای اجرا کردن عادات خواب (زمان خواب، مصرف شیر، نحوه خوابیدن) کمک کنید. ۵. از روشهای آرام سازی قبل از خواب استفاده کنید. ۶. به بیمار برای تخلیه مثانه قبل از خواب توصیه کنید. ۷. در صورت تنگی نفس از اکسیژن در طول خواب استفاده کنید. ۸. در صورت تنگی نفس و ارتوپنه از بالش اضافی و قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته استفاده کنید. ۹. برای انجام مراقبتهای پرستاری قبل از شروع خواب بیمار برنامه ریزی کنید. ۱۰. در صورت استفاده از مسکنهای مخدر به عوارض این داروها توجه کنید. ۱۱. در صورت داشتن داروهای مدر عدم استفاده این داروها در شب و برنامه ریزی برای این داروها در صبح.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. عدم مصرف قهوه، چای، کافئین، شکلات و کاکائو در شب. ۲. تخلیه مثانه قبل از خواب.

۳. عدم ورزش و فعالیت زیاد تا ۳ ساعت قبل از خواب.
۴. استفاده از یک نوشیدنی گرم پیش از خواب.
۵. عدم استفاده از الکل .
۶. اجتناب از خوابیدن طولانی در طول روز.
۷. محدود کردن مصرف مایعات در شب.
۸. استفاده از پلاکهای گوش برای مقابله با سرو صدا.
۹. استفاده از یک روش آرام سازی پیش از خواب نظیر موسیقی درمانی، ماساژ پشت.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در پرفیوژن بافتی بعلت:	- کاهش برون ده قلبی در نتیجه برادی کاردی. - هیپوولومی بدلیل کاهش حجم مایعات و مصرف داروهای مدر. - کاهش فشار خون . - تجمع خون وریدی در اندامهای انتهایی بدنبال استفاده از ورید سافن در جراحی بای پس عروق(CABG).
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	- دلایل تغییر در پرفیوژن بافتی را بررسی کند. - کاهش پرفیوژن بافتی را اصلاح کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	- علائم و نشانه های کاهش پرفیوژن بافتی را بررسی کنید شامل: - کاهش شدید فشار خون. - بیقرار بودن. - گیجی. - عدم آگاهی از زمان و مکان و شخص. - کاهش یا عدم وجود نبضهای محیطی. - کاهش برون ده ادراری به کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت. - کاهش پرفیوژن کلیوی . - افزایش مقدار اوره و کراتنین .

- کاهش فشار سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه به همراه افزایش تعداد نبض در صورت تغییر پوزیشن.

- افزایش تعداد نبض بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه در حالت استراحت.

اقدامات:

۱. فشار خون را در حد طبیعی حفظ کنید.
۲. طبق دستور پزشک اکسیژن تجویز کنید.
۳. حمایت روانی از بیمار بعمل آورید.
۴. سر تخت را در صورت وجود علائم ایسکمی مغزی بدنبال شوک پایین آورید.
۵. در صورت اجازه پزشک بیمار را به قدم زدن تشویق کنید.
۶. درجه اتاق را در حد مناسب حفظ کنید.
۷. مکرراً درجه حرارت پوست را بررسی کنید.
۸. برون ده ادراری را هر ساعت کنترل کنید.
۹. نبض های محیطی (پشت پا، تی بیا، پشت زانو، رانی، رادیال، براکیال) را کنترل کنید.
۱۰. سطح اوره و کراتینین را اندازه گیری کنید.
۱۱. کناره های تخت را در صورت گچی و بی قرار بودن بالا آورید.
۱۲. بیمار را به مصرف روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات در صورت عدم محدودیت تشویق کنید.
۱۳. علائم حیاتی را کنترل و به حفظ فشار خون در حد نرمال توجه کنید.
۱۴. به عوارض داروهای مدر توجه کنید.
۱۵. مکرراً نبضهای محیطی را بررسی کنید.
۱۶. بیمار را به انجام فعالیتهای پاسیو و بعد از آن شروع تدریجی ورزشهای اکتیو تشویق کنید.
۱۷. پوشیدن جورابه های الاستیک فشاری و جورابه های ضد آمبولی برای جلوگیری از ترومبوز وریدهای عمقی.
۱۸. انجام مرتب تست هومان.

Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. جهت جلوگیری از بروز هایپوتانسیون وضعیتی، آهسته و بتدریج تغییر پوزیشن بدهد. ۲. عدم قرار دادن پاها بر روی هم، اجتناب از گذاشتن بالش زیر زانوها، اجتناب از خم کردن ۹۰ درجه مفصل هیپ به مدت طولانی، اجتناب از نشستن به مدت طولانی جهت جلوگیری از اختلال خونسازی انتهاها. ۳. عدم استعمال سیگار. ۴. انجام فعالیتهای پاسیو و بعد از آن شروع بتدریج ورزشهای اکتیو.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در آرامش بدلیل تهوع و استفراغ بعلت:	• تحریک واگ یا سمپاتیک در نتیجه احتقان قلب یا تحریک گیرنده های محیطی قلب. • تحریک کورتیکال بدلیل درد، استرس، اضطراب. • تحریک شیمیایی مرکز استفراغ در نتیجه اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل اسید و باز، سرفه های مکرر، یبوست.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علل ایجاد تهوع و استفراغ در مددجو را شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های ایجاد تهوع و استفراغ را شناسایی کند. ۳. اقدامات لازم را جهت جلوگیری از تهوع و استفراغ به کار گیرد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های ایجاد تهوع و استفراغ را در بیمار نظیر دیستانسیون شکمی، سردرد، افزایش فشار خون سیستولیک، درد، اضطراب و ترس، عرق زدن شناسایی کنید. اقدامات: ۱. از تجمع مایع و گاز در روده و معده جلوگیری کنید. ۲. درد بیمار را تسکین دهید. ۳. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۴. بوها و مناظر نامطبوع را حذف کنید. ۵. به دفع خلط به طور صحیح و شست و شوی دهان و خارج کردن ظرف جمع آوری خلط بلافاصله از محیط کمک کنید. ۶. سطح الکترولیت های خون را کنترل کنید (هیپوناترمی و هیپوکالمی باعث تهوع و استفراغ می شود). ۷. توصیه به تغذیه با مایعات صاف شده و به مقدار کم و در دفعات متعدد. ۸. مصرف ادویه و فلفل را کاهش دهید. ۹. سر تخت را بعد از صرف غذا بالا ببرید. ۱۰. بیمار را به انجام تنفس آرام در هنگام بروز تهوع تشویق کنید. ۱۱. به عوارض داروها توجه کنید. ۱۲. از داروهای ضد استفراغ نظیر متوکلوپرامید با تجویز پزشک استفاده کنید. ۱۳. به بهداشت شخصی مددجو مثلا تشویق کردن تعویض روزانه لباسها و یا حمام رفتن روزانه توجه کنید. ۱۴. نشستن در هوای آزاد.	

Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بهداشت دهان هر ۲ ساعت، قبل و بعد از تغذیه و بعد از استفراغ توجه کنید. ۲. شست و شوی دهان بعد از هر بار دفع خلط. ۳. عدم استعمال سیگار. ۴. عدم مصرف نوشیدنیهای حاوی کافئین. ۵. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۶. عدم استفاده از مایعات خیلی گرم یا خیلی سرد. ۷. عدم مصرف غذاهای خیلی چرب و یا مصرف زیاد فیبر. ۸. عدم مصرف غذاهای حاوی ادویه. ۹. مصرف مایعات درحین غذا خوردن را محدود کنید. ۱۰. از قرار گرفتن در حالت طاق باز حداقل ۲ ساعت بعد از صرف غذا اجتناب کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کاهش حجم مایعات بدن و اختلالات الکترولیتی بعلت: • مصرف مدرها (فوروزماید، آلداکتون،...) • مصرف ناکافی مایعات از طریق دهان بدلیل درد، تهوع و استفراغ، خستگی، ترس. • محدودیت غذایی. • تنگی نفس (دیس پنه).	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. علائم و نشانه های هیپوولومی را در شخص مورد بررسی قرار دهد. ۲. دلایل ایجاد هیپوولومی را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علائم و نشانه های هیپوناترمی را مورد بررسی قرار دهد. ۴. علائم و نشانه های هیپوکالمی را مورد بررسی قرار دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های هیپوولومی را شناسایی کنید شامل: • کاهش تورگور پوستی.	

- خشکی مخاطها.
- تشنگی.
- کاهش وزن بدن به بیشتر از ۵۰۰ گرم روزانه.
- کاهش فشار خون و افزایش تعداد نبض.
- افت فشار خون سیستولیک به بیشتر از ۱۵ میلی متر جیوه در حین تغییر پوزیشن.
- افزایش وزن مخصوص ادرار به بیشتر از ۱۰۳۰ .

۲. علائم و نشانه های هیپوناترمی را شناسایی کنید شامل:

- تهوع.
- استفراغ .
- کرامپهای شکمی.
- انقباض ناگهانی عضلات.
- ضعف.
- گیجی و خواب آلودگی.
- تشنج.

۳. علائم و نشانه های هیپوکالمی را شناسایی کنید شامل:

- وجود ضربان اکتوپیک بطنی (PVC).
- ضعف عضلانی.
- بیحسی و کرخی (پاراستزی).
- تهوع .
- استفراغ.
- گیجی و خواب آلودگی.
- محو صداهاى روده ای.

اقدامات:

۱. الکترولیتها و اسمولالیتة سرم را کنترل کنید.
۲. تهوع و استفراغ را با اقدامات داروئی و غیر داروئی کنترل کنید.
۳. به عوارض کمبود الکترولیتها توجه کرده و برای اصلاح اختلال الکترولیتها تلاش کنید.
۴. بیمار را به دریافت ۸ تا ۱۰ لیوان آب روزانه (در صورت عدم منع) با کنترل Out Put تشویق کنید.
۵. بیمار را به دریافت مواد غذایی حاوی سدیم و پتاسیم بالا مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد تشویق کنید.
۶. وزن کردن روزانه فرد با یک لباس، از دست دادن ۲٪ تا ۴٪ وزن نشانه دهیدراتاسیون خفیف، ۵٪ تا ۹٪ نشانه دهیدراتاسیون متوسط و بالاتر از ۹٪ دهیدراتاسیون شدید است.

۷. برنامه ریزی ۸ ساعته برای بیمار (۱۰۰۰ سی سی مایع در روز، ۸۰۰ سی سی در طول غروب، ۳۰۰ سی سی در طول شب مایعات دریافت کند) انجام دهید. ۸. اندازه گیری فشار ورید مرکزی (CVP). ۹. تجویز الکترولیتها طبق دستور پزشک.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. عدم مصرف کافئین، چای، عصاره گریپ فروت بعلت اثر دیورتیکی آنها. ۲. بیمار را به دریافت مایعات از راه دهان تشویق کنید. ۳. به بهداشت فردی جهت جلوگیری از استفراغ توجه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت به علت: • هایپوکسی بافتی بدلیل کاهش برون ده قلبی، اختلال در تبادلات گازی در سطح آلوئولی، آنمی. • کاهش ناگهانی ذخیره قلبی بدلیل کاهش جریان خون کرونری در نتیجه کوتاه شدن زمان پر شدن دیاستولیک، ضعف عضله میوکارد. • تغذیه ناکافی بدلیل ضعف، درد، بی اشتهایی. • کاهش توده بدن، تون، قدرت عضلانی ثانویه به تغذیه کمتر از نیاز بدن. • اختلال در خواب و استراحت ثانویه به ترس و اضطراب و انجام مراقبتهای مکرر.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار مورد بررسی قرار دهد و در جهت رفع این مشکل اقدامات لازم را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. نشانه های عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی کنید شامل: • ضعف. • خستگی. • تنگی نفس فعالیت. • درد قفسه سینه. • گیجی. • تعریق.	

- افزایش تعداد نبض.
- کاهش فشار خون سیستولیک.
- افزایش فشار خون دیاستولیک به میزان ۱۰ تا ۱۵ میلی متر جیوه بدنبال فعالیت.
- عدم برگشت ضربان قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت.

اقدامات:

۱. بیمار را به انجام فعالیت همراه با دوره های استراحت تشویق کنید.
۲. وسایل مورد نیاز بیمار را در کنار تختش قرار دهید.
۳. ترس و اضطراب بیمار را با تشویق به بیان ترسها و اضطراب و توضیح در مورد پروسیجرهای جراحی و استفاده از روشهای آرام سازی کاهش دهید.
۴. بهبود وضعیت خواب بیمار (ساکت کردن محیط، اجازه به انجام عادات معمول خوابیدن، برنامه ریزی جهت ایجاد حداقل یک سیکل خواب ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه ای خواب مداوم).
۵. نیازهای تغذیه ای بیمار را بررسی کنید.
۶. فعالیت تدریجی بیمار را افزایش دهید.
۷. اثرات درمانی و عوارض داروهای اینوتروپ مثبت، وازودیلاتورها و آنتی آریتمی ها را بررسی کنید.
۸. بهبود وضعیت تنفسی بیمار (انجام ورزشهای تنفسی هر ۲ ساعت یکبار، نشستن در هنگام سرفه، تشویق بیمار به انجام سرفه موثر).
۹. از بروز عفونت در بیمار جلوگیری کنید.
۱۰. به تغییر پوزیشن هر ۱ تا ۲ ساعت در بیمار استراحت مطلق (CBR) کمک کنید.
۱۱. برطرف کردن درد.
۱۲. رژیم غذایی بیمار را اصلاح کنید.
۱۳. اکسیژن در صورت نیاز تجویز کنید.
۱۴. اصلاح آنمی با مصرف دارو و یا رژیم غذایی.

Patient Education	آموزش به بیمار
	۱. انجام ورزشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۲. تشویق به نوشیدن شیر قبل از خواب. ۳. عدم مصرف مواد کافئین دار قبل از خواب. ۴. افزایش تدریجی و داشتن دوره های استراحت در فواصل فعالیت. ۵. حفظ ذخیره انرژی با عدم انجام کارهای غیر ضروری و استفاده از صندلی هنگام مسواک زدن، حمام کردن، شانه کردن موها. ۶. در صورت احساس درد در قفسه سینه، گیجی، احساس ضعف خستگی شدید، قطع فعالیت. ۷. قرار دادن دست روی قسمت بالای شکم و ایجاد فشار رو به بالا در هنگام بازدم جهت انجام یک سرفه موثر.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال بروز عفونت بعلت:	- تجمع ترشحات ریوی در نتیجه پاکسازی نامناسب راههای هوایی. - کاهش قدرت سرفه و کاهش فعالیت. - کاهش مقاومت بدن نسبت به عفونت بدلیل سوء تغذیه و ضعف عمومی. - کاهش مقاومت بدن بدلیل هایپوکسی بافتی و تغذیه ناکافی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی کند. ۲. اقدامات صحیح جهت کاهش خطر بروز عفونت را به کار برد. ۳. اقدامات صحیح را جهت پیشگیری از بروز عفونت ریوی به کار برد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی کنید، شامل: - افزایش درجه حرارت بدن. - بروز لرز. - افزایش تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه. - افزایش تعداد تنفس. - حضور صداهای غیر طبیعی ریوی. - قرمزی، تورم، التهاب، درناژ و بوی غیر طبیعی در هر منطقه ای که آسیب پوستی وجود دارد. - افزایش ترشحات ریوی. - خروج ترشحات بد بو و حجیم از واژن همراه با خارش. - کدورت و بوی بد ادرار. - تکرر، فوریت و احساس سوزش در دفع ادرار. - التهاب یا زخم در غشاء موکوسی دهان. - افزایش شمارش WBC و تغییرات مهم در تقسیمات آن. اقدامات: ۱. اقداماتی جهت کاهش بروز عفونت انجام دهید، شامل: - شست و شوی صحیح دستها. - رعایت نکات استریل در انجام کلیه روشهای تهاجمی نظیر وارد کردن سوند و یا تزریقات.

• مصرف مایعات به اندازه کافی. • حفظ تغذیه بدن در حد ایده ال و مطابق با نیاز بدن. • برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت بیمار. • افزایش تدریجی فعالیت با توجه به تحمل بیمار و دستور پزشك. • تشویق بیمار به حفظ بهداشت دهان. • تقویت فعالیت عضلانی در بیمار. • حفظ اسیدیته ادرار در حد طبیعی. • در صورت نیاز به سوند گذاری، رعایت نکات استریل. • در صورت نیاز به سوند گذاری طولانی مدت، استفاده از سوندهای سیلیکون به جای سوندهای لاتکس. • ثابت کردن سوند با چسب روی شکم یا ران. • حفظ بهداشت روزانه پرینه. • قرار دادن کیسه ادراری پایین تر از سطح مثانه جهت جلوگیری از برگشت ادرار از کیسه به مثانه • تعویض کاتتر ادراری مطابق با سیاستهای بیمارستان. ۳. علائم حیاتی را ثبت کنید. ۴. بیمار را به سرفه موثر تشویق کنید. ۵. نمونه کشت از خون، خلط، ادرار، ترشحات واژن، دهان، زخم تهیه کنید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱. تازمانی که استراحت مطلق (CBR) است هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن، سرفه و تنفس عمیق داشته باشد. ۲. عدم استعمال سیگار. ۳. مددجوی زن بعد از دفع ادرار یا مدفوع خود را از جلو به عقب تمیز و خشك کند. ۴. مصرف روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات (در صورت عدم ممنوعیت). ۵. افزایش تدریجی فعالیت و داشتن دوره های استراحت. ۶. توجه به حفظ بهداشت فردی.
---	--

بیان مشکل Problem Definition
درد بعلت: • کاهش اکسیژناسیون میوکارد. • ترومای حاصل از جراحی.

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد:
	۱. علل ایجاد کننده درد را در مددجو شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های کلامی و غیر کلامی درد را شناسایی کند. ۳. عوامل تشدید کننده یا بهبودی درد را شناسایی کند. ۴. از ایجاد یا پیشرفت درد جلوگیری کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی: ۱. پاسخهای معمول بیمار نسبت به درد را شناسایی کنید. ۲. علائم غیرکلامی حضور درد را شناسایی کنید، شامل: • انقباض عضلات صورت. • مشت کردن دست. • بی میلی برای حرکت. • نا آرامی. • تعریق. • رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت. • تغییر در فشار خون، تاکی کاردی، تغییرات تنفسی. ۳. محل، کیفیت، انتشار درد را شناسایی کنید. ۴. عوامل تشدید کننده درد را شناسایی کنید. ۵. عوامل بهبود دهنده درد را شناسایی کنید. اقدامات: ۱. ترس و اضطراب بیمار را برطرف کنید. ۲. از عوامل غیر دارویی برای رهایی از درد استفاده کنید، شامل: • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. • تغییر پوزیشن. ۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته و استراحت مطلق قرار دهید. ۴. طبق دستور پزشک اکسیژن بدهید. ۵. از داروهای تسکین دهنده درد قلبی نظیر نیترو گلیسرین استفاده کنید.

۶. تجویز مسکن مخدر طبق دستور پزشک در صورت عدم تسکین درد در طی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه. ۷. افزایش فعالیت با توجه به سطح تحمل بیمار و دستور پزشک. ۸. هیپرتانسیون و هایپوتانسیون را درمان کنید. ۹. اثرات درمانی و عوارض داروهای کلسیم بلوکر، ضدانعقاد و فیبرینولیتیک را بررسی کنید. ۱۰. اکسیژن در صورت نیاز و با مشورت پزشک تجویز کنید. ۱۱. تجویز مسکن قبل از سرفه به بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. عدم انجام مانور والسالوا. ۲. مصرف مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد. ۳. عدم مصرف مواد غذایی کافئین دار مثل قهوه، کولا، شکلات. ۴. عدم استعمال سیگار. ۵. در صورت جراحی، برای انجام سرفه حمایت ناحیه عمل با دست.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در فعالیت جنسی به علت: • خستگی. • اضطراب و ترس. • ترس از مرگ حین مقاربت. • تاثیر داروهای بتا بلوکر.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: ۱. فعالیت معمول جنسی را در بیمار مورد بررسی قرار دهد. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی فرد را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی بیمار را شناسایی کند. ۴. تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی را شناسایی کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. فعالیت معمول جنسی بیمار را بررسی کنید. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی را بررسی کنید. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی نظیر محدودیتهای ناشی از بیماری و درمان را بررسی کنید.	

۴. تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی نظیر وجود تنگی نفس، کاهش برون ده قلبی، خستگی، کوتاهی تنفس را بررسی کنید.

اقدامات:

۱. به کاهش ترس و اضطراب بیمار با استفاده از روشهای ذیل کمک کنید:

- ماساژ پشت.
 - استفاده از روشهای آرام سازی.
 - هدایت تصویر ذهنی.
 - تغییر پوزیشن.
 - کمک خواستن از همسر بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار.
۲. به بیمار جهت انجام فعالیت جنسی در صبح و قبل از خارج شدن از بستر توصیه کنید.
۳. توصیه به عدم انجام مقاربت:
- بدنبال احساس تنگی نفس، کوتاهی تنفس، درد قفسه سینه، خستگی.
 - بلافاصله بعد از خوردن و آشامیدن.
 - در محیط های با درجه حرارت بالا و پایین.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱. درک صحیح از انجام فعالیت جنسی.

۲. عدم انجام مقاربت :

- بدنبال احساس تنگی نفس، کوتاهی تنفس، درد قفسه سینه، خستگی.
- بلافاصله بعد از خوردن و آشامیدن.
- در محیط های با درجه حرارت بالا و پایین.

۳. انجام مقاربت هنگام در صبح و قبل از خارج شدن از بستر.

۴. قطع فعالیت جنسی بدنبال بروز درد قفسه سینه، دیس پنه، خستگی.

منابع مورد استفاده:

- نیکروان مفرد، ملاحظه. (۱۳۸۲). تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری. تهران. انتشارات نور دانش.
- Black, J. & Hawks, J. (2009). Medical-Surgical Nursing. Sanders Elsevier.
- Juall, L. (2006). Hand book of Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins.
- Klug Red man, B. (2001). The practice of Patient Education. Mosby.
- Weber, J. & Kelley, S. (2007). Health Assessment in Nursing, Lippincott Williams & Wilkins.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اختلالات اسید و باز

بیان مشکل	Problem Definition
اسیدوز متابولیک (کاهش PH، افزایش غلظت یون H، کاهش غلظت بی کربنات) بعلت:	• اسیدوز لاکتیک ناشی از متابولیسم بی هوازی. • کتواسیدوز (ناشی از دیابت، مصرف الکل، گرسنگی). • توکسین ها (اتیلن گلیکول، متانول، سالیسیلاتها) . • نارسایی کلیه، هیپوولومی شدید، هیپوآلدوسترونیسم. • اسهال. • اورتروسیگموئیدوستومی. • احتباس اسید به دنبال ساخته شدن اسیدهای متابولیک نظیر هایپرتیروئیدیسم، شوک. • درمان طولانی با دیاموکس، آمونیوم کلراید.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	۱. علل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک را شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های اسیدوز متابولیک را شناسایی کند. ۳. با درمان اسیدوز متابولیک آشنا باشد. ۴. اقدامات لازم جهت رفع عامل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک را انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی:	○ بررسی عوامل ایجاد کننده اسیدوز متابولیک. ○ بررسی علائم و نشانه های اسیدوز متابولیک: • دستگاه تنفس: افزایش عمق و تعداد تنفس (تنفس کوسمال). • دستگاه قلب و عروق: کاهش قدرت انقباضی قلب، اتساع عروق محیطی و انقباض وریدهای مرکزی در PH کمتر از ۷، هایپوتانسیون، کاهش ظرفیت عروق مرکزی و یاریوی و مستعد

- شدن فرد به ادم ریه، تاکی کاردی، دیس ریتمی.
- دستگاه عصبی: سردرد، خواب آلودگی، استوپور^۱، کما.
- افزایش پتاسیم سرم (اضطراب، ترس، درد شکمی، کرامپ عضلانی، تهوع، تغییر برون ده قلبی).
- شوک.
- خشکی مخاط دهان ناشی از هیپرونتیلیسیون جبرانی.

اقدامات:

- درمان عامل زمینه ای.
- کاهش ترس و اضطراب با:
 - تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب.
 - توضیح در مورد علل اختلال و روشها و اقدامات درمانی.
 - استفاده از روشهای آرام سازی.
- کمک به رفع سردرد (ناشی از اتساع عروق مغزی به دنبال اسیدوز) با:
 - توضیح علت درد.
 - استفاده از روشهای تسکین غیر دارویی نظیر ماساژ پشت، تغییر پوزیشن، استفاده از روشهای آرام سازی و گذاشتن پارچه سرد روی سر.
 - بالا بردن سر تخت ۳۰ تا ۴۰ درجه.
 - عدم استفاده از سولفات مورفین.
 - حفظ درجه حرارت بدن در حد نرمال و جلوگیری از لرز.
 - ایجاد یک محیط آرام و بی صدا .
 - ملایم کردن نور محیط.
 - اجتناب از تغییر پوزیشن سریع و ناگهانی.
- بر طرف کردن عوارض هیپرکالمی با:
 - کمک به کاهش ترس و اضطراب.
 - محدود کردن غذاهای حاوی پتاسیم بالا.
 - در صورت اسهال: مصرف مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد، اجتناب از مصرف غذاها و مایعاتی که به سختی هضم می شوند نظیر محصولات لبنی، ادویه جات، میوه ها و سبزیها، مواد حاوی کافئین)، پیشگیری از هیپوولمی.
 - مانیتورینگ قلبی.

^۱stupor

- در صورت بروز هیپرکالمی شدید تجویز گلوکونات کلسیم و یا تزریق وریدی انسولین و

دکستروز هیپرتونیک.

- کمک به برطرف شدن کرامپ عضلانی:

- آرامش دادن به بیمار.
- استراحت در تخت.
- گرم کردن ناحیه کرامپ.
- ماساژ و انجام تمرینات کششی سبک.
- عدم انداختن پاها روی هم.
- مصرف مایعات به اندازه کافی.
- در کرامپهای خیلی شدید تجویز سرم دکستروز، نرمال سالین.

- کنترل سطح هوشیاری با:

- صدا زدن بیمار با اسم.
- لمس بیمار.
- یادآوری مکرر زمان، مکان، شخص.
- قرار دادن ساعت و تقویم در اختیار بیمار.
- خاموش کردن لامپ اتاق بیمار در روز و روشن کردن آن در شب.
- توضیح کلیه روشهای مراقبتی و درمانی.
- مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود.
- جلوگیری از صدمه و تروما.
- شناسایی منابع ترس و اضطراب بیمار و رفع آنها.
- حفظ تحریکات محیطی جهت جلوگیری از محرومیت حسی یا تحریکات حسی بیش از حد.
- به خاطر آوردن خاطرات بیمار با کمک خانواده.
- در صورت کما: تغییر پوزیشن مکرر بیمار، انجام تدابیر امنیتی نظیر بالا بردن کنار تخت، جلوگیری از آسیب راسیون.

- به کار بردن تدابیری جهت افزایش تهویه آلوئولی نظیر:

- استفاده از دستگاه تهویه مکانیکی.
- پوزیشن نشسته.
- استفاده از مسکن در موارد محدودیت تنفسی به دنبال ترومای قفسه سینه.
- کنترل مکرر گازهای خون شریانی (ABG).

- تجویز بی کربنات سدیم در صورتی که PH کمتر از ۷/۱ و بی کربنات کمتر از ۱۰ باشد.

○ در صورت تجویز بی کربنات توجه به عوارض آن. ○ مانیتورینگ بیمار از نظر هیپوکالمی بدنبال اصلاح اسیدوز. ○ تشویق بیمار به رعایت بهداشت دهان.	
آموزش به بیمار	Patient Education
موارد زیر را به بیمار آموزش دهید: ▪ عدم انجام مانور والسالوا. ▪ اجتناب از خم کردن گردن و هیپ(مفصل ران). ▪ استفاده از روشهای آرام سازی برای کاهش اضطراب. ▪ عدم مصرف غذاهای حاوی پتاسیم بالا. ▪ تغییر پوزیشن آهسته به منظور جلوگیری از هیپوتانسیون وضعیتی. ▪ رعایت بهداشت دهان. ▪ عدم انداختن پاها روی هم.	

بیان مشکل	Problem Definition
آلکالوز متابولیک (افزایش PH، کاهش غلظت یون هیدروژن، افزایش غلظت بی کربنات) بعلت: ● کاهش اسید بدنبال: - اتلاف معدی- روده ای. - استفراغ (شایع ترین). - ساکشن معدی. - اتلاف از طریق ادرار. - هاپیر آلدوسترونسم. - افزایش گلوکوکورتیکوئیدها. - درمان با دیورتیکها. - حرکت اسید به داخل سلول بدنبال: - هاپیوکالمی. - هیپومنیزیمی. ● افزایش باز بدنبال: - مصرف زیاد بی کربنات سدیم. - تجویز زیاد لاکتات یا استات. - ترانسفوزیون مقادیر بالای خون (سیترات تولید کننده بی کربنات است).	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - علل ایجاد کننده آلکالوز متابولیک را شناسایی کند. - علائم و نشانه های آلکالوز متابولیک را شناسایی کند. - با درمان طبی آلکالوز متابولیک آشنا باشد. - اقدامات لازم جهت رفع عامل ایجاد کننده آلکالوز متابولیک را بکار گیرد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی: ○ بررسی عامل زمینه ای. ○ بررسی علائم و نشانه های آلکالوز متابولیک (افزایش غلظت یون بی کربنات، هیپرونتیلیسیون، تهوع، استفراغ، پرخاشگری (در ابتدای شروع علائم)، گیجی، خواب آلودگی، اغما (با پیشرفت آلکالوز)، تثنانی، تشنج های صرع گونه، هیپوکالمی. اقدامات: ۱. رفع علت اصلی ایجاد اختلال و افزایش ترشح کلیوی یون بی کربنات. ۲. کاهش ترس و اضطراب با: • تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب. • توضیح در مورد علل اختلال و روشها و اقدامات درمانی. • استفاده از روشهای آرام سازی. ۳. جایگزینی مایعات از دست رفته (تجویز مایعات حاوی سدیم کلراید) ۴. تجویز کلرور پتاسیم. ۵. تجویز سولفات منیزیم. ۶. مانیتورینگ قلبی بیمار. ۷. جلوگیری از تهوع و استفراغ بیمار با: • مصرف مواد غذایی به دفعات زیاد با حجم کم. • استفاده از غذاهای خشک و عدم مصرف مایعات همراه با غذا. • تشویق بیمار به عدم مصرف مواد غذایی حاوی کافئین بالا. • مصرف مواد غذایی با آرامش. • تشویق بیمار به عدم مصرف مواد غذایی حاوی ادویه. • تجویز داروهای ضد استفراغ (متوکلوپرامید،...) طبق دستور پزشک. ۸. کنترل سطح هوشیاری بیمار با:

• صدا زدن بیمار با اسم. • لمس بیمار. • یادآوری مکرر زمان، مکان، شخص. • قرار دادن ساعت و تقویم در اختیار بیمار. • خاموش کردن اتاق بیمار در روز و روشن کردن آن در شب. • توضیح کلیه روشهای مراقبتی و درمانی. • مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود. • جلوگیری از صدمه و تروما. • شناسایی منابع ترس و اضطراب بیمار و رفع آنها. • حفظ تحریکات محیطی جهت جلوگیری از محرومیت حسی یا تحریکات حسی بیش از حد. • به خاطر آوردن خاطرات بیمار با کمک خانواده. • در صورت کما: تغییر پوزیشن مکرر بیمار، انجام تدابیر امنیتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت، جلوگیری از آسیب راسیون. ۹. کنترل بیمار از نظر تننای و تشنج با: • کنترل مکرر علامت شوستوک و تروسو^۲. • بررسی دقیق وضعیت تنفسی بیمار و کنترل بیمار از نظر باز بودن راههای هوایی. • آماده نمودن وسایل احیا در کنار تخت بیمار. ۱۰. در صورت ادامه آکالوز: • تجویز کلراید آمونیوم. • تجویز اسید کلریدریک. ۱۱. آماده کردن بیمار جهت دیالیز.	آموزش به بیمار
Patient Education ۱. کاهش ترس و اضطراب با کمک روشهای آرام سازی. ۲. مصرف غذاهای حاوی پتاسیم. ۳. عدم مصرف غذاهای حاوی کافئین و ادویه. ۴. قطع الکل در صورت مصرف.	

^۲ علامت شوستوک (چاوستیک) و تروسو هردو از علایم زودرس هیپوکلسمی است. در علامت شوستوک پس از ضربه به عصب فاشیال پرش در لب و صورت مشاهده می گردد و در علامت تروسو، اسپاسم کارپوپدال پس از بستن کاف فشارسنج به مدت یک دقیقه ۱۰ میلی متر جیوه بالاتر از فشار سیستولی و ایجاد ایسکمی در دست مشاهده می گردد. در بیماران مبتلا به آکالوز متابولیک بدلیل افزایش میل ترکیب البومین با کلسیم در محیط قلیایی، احتمال بروز هیپوکلسمی افزایش می یابد.

Problem Definition	بیان مشکل
	اسیدوز تنفسی (کاهش PH، افزایش PaCo₂) بعلت: ● کاهش تبادلات گازی بدنبال: - کاهش تهویه آلوئولی. - بیماری مزمن انسدادی ریه. - آمفیزم ریه. - آسم شدید. - آپنه انسدادی. - آتلتکنازی. - پنومونی. - سندرم دیسترس تنفسی بالغین. - ادم ریوی. - هایپوونتیلیسیون ناشی از تهویه مکانیکی نامناسب. - صدمات شدید قفسه سینه. ● اختلال در عملکرد عصبی-عضلانی: - پولیومیلیت. - سندرم گیلن باره. - میاستنی گراویس. - هایپوکالمی. - افزایش بیش از حد وزن. - کیفو اسکلیوزیس. ● مصرف داروهای ضعیف کننده CNS نظیر نارکوتیکها، باربیتوراتها، آرام بخشها.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - علل ایجاد کننده اسیدوز تنفسی را شناسایی کند. - علائم و نشانه های اسیدوز تنفسی را شناسایی کند. - با درمان طبی اسیدوز تنفسی آشنا باشد. - اقدامات لازم جهت رفع عامل ایجاد کننده اسیدوز تنفسی را بکار گیرد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	ارزیابی: ۱. بررسی عوامل زمینه ای.

۲. بررسی علائم و نشانه های اسیدوز تنفسی (هیپرپنه، اختلالات بینایی، سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی، کاهش یا فقدان صداها، ریوی، هایپوتانسیون، هایپرکاپنه، افزایش فشار داخل مغزی (ICP)، هایپرکالمی).

- اقدامات:

۱. رفع عامل زمینه ای.

۲. حفظ تهویه مناسب و کافی با:

- تجویز برونکودیلاتورها.

- تجویز آنتی بیوتیک جهت درمان عفونت ریوی.

- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته.

- مصرف مایعات.

- استفاده از درناژ وضعیتی.

- در صورت نیاز به تجویز اکسیژن، پایش دقیق بیمار.

- تهویه مکانیکی.

۳. کمک به درمان سردرد با:

- توضیح علت سردرد.

- استفاده از روشهای تسکین غیر دارویی نظیر ماساژ پشت، تغییر پوزیشن، استفاده از

روشهای آرام سازی.

- بالا بردن سر تخت ۳۰ تا ۴۰ درجه.

- عدم استفاده از سولفات مورفین.

- حفظ درجه حرارت بدن در حد نرمال و جلوگیری از لرز.

۴. درمان هایپرکالمی و عوارض آن (اضطراب، ترس، درد شکمی، کرامپ عضلانی، تهوع، تغییر

برون ده قلبی) با:

- کمک به کاهش ترس و اضطراب.

- محدود کردن غذاهای حاوی پتاسیم بالا.

- در صورت اسهال: مصرف مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد، اجتناب از مصرف غذاها و

مایعاتی که به سختی هضم می شوند نظیر محصولات لبنی، ادویه جات، میوه ها و سبزیها، مواد

حاوی کافئین، مصرف مایعات کافی و پیشگیری از هیپوولمی.

- مانیتورینگ قلبی.

- در صورت بروز هایپرکالمی شدید تجویز گلوکونات کلسیم و یا تزریق وریدی انسولین و دکستروز

هایپرتونیک.

۵. کنترل سطح هوشیاری بیمار با:

- صدا زدن بیمار با اسم. - لمس بیمار. - یادآوری مکرر زمان، مکان، شخص. - قرار دادن ساعت و تقویم در اختیار بیمار. - خاموش کردن اتاق بیمار در روز و روشن کردن آن در شب. - توضیح کلیه روشهای مراقبتی و درمانی. - مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود. - جلوگیری از صدمه و تروما. - شناسایی منابع ترس و اضطراب بیمار و رفع آنها. - حفظ تحریکات محیطی جهت جلوگیری از محرومیت حسی یا تحریکات حسی بیش از حد. - به خاطر آوردن خاطرات بیمار با کمک خانواده. - در صورت کما: تغییر پوزیشن مکرر بیمار، انجام تدابیر امنیتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت، جلوگیری از آسیب راسیون، کنترل وضعیت تنفسی. - در صورت عدم بهبودی: تجویز رینگ راکتات وریدی با بیکربنات سدیم وریدی یا خوراکی. - ساکشن ترشحات معده جهت خروج بیشتر اسید.	آموزش به بیمار
موارد زیر را به بیمار آموزش دهید: ۱. با توجه به عامل زمینه ای تشویق بیمار به کنترل و پایش بیماری. ۲. اجتناب از انجام مانور والسالوا. ۳. عدم مصرف غذاهای با پتاسیم بالا. ۴. عدم استفاده از آرام بخشها به همراه الکل. ۵. مصرف مایعات کافی. ۶. تهویه کافی ریه. ۷. تخلیه ترشحات. ۸. درمان عفونتهای ریه.	Patient Education
آکالوز تنفسی (افزایش PH، کاهش PaCo2) بعلت: • هایپرونتیلیسیون بدنبال: ترس و اضطراب.	بیان مشکل Problem Definition

درد. گریه و شیون طولانی. سپتی سمی گرم منفی. هایپوکسی. هایپرونتیلیسیون بدنیاال تنظیم نامناسب ریت تنفسی در دستگاه تهویه مکانیکی. مصرف بیش از حد سالیسیلاتها. انسفالیت. مننژیت. مصرف دوزهای بالای پروژسترون. ترومبوآمبولی، فیبروز ریوی، نارسایی احتقانی قلب، آنمی شدید، آسم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - علل ایجاد کننده آلکالوز تنفسی را شناسایی کند. - علائم و نشانه های آلکالوز تنفسی را شناسایی کند. - با درمان طبی آلکالوز تنفسی آشنا باشد. - اقدامات لازم جهت رفع عامل ایجاد کننده آلکالوز تنفسی را بکار گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی: ۱. بررسی عوامل زمینه ای. ۲. بررسی علائم و نشانه های آلکالوز تنفسی (افزایش تعریق، برافروختگی، پارسنزی انگشتان دست و پا، کرامپهای عضلانی، مثبت شدن علامت شوستوک و علامت تروسو، اسپاسم کارپوپدال، نتانی، سنکوپ، دیس ریتمی های قلبی، هیپوکالمی). اقدامات: ۱. رفع عامل زمینه ای. ۲. تصحیح الگوی نامناسب (هایپرونتیلیسیون). • تصحیح هیپوکسمی. • کمک به کاهش ترس و اضطراب با: تشویق بیمار به بیان ترس و اضطراب. توضیح در مورد علل اختلال و روشها و اقدامات درمانی. استفاده از روشهای آرام سازی. • برطرف کردن درد با:	

استفاده از روشهای غیر دارویی نظیر استفاده از روشهای تسکین غیر دارویی نظیر ماساژ پشت، تغییر پوزیشن، استفاده از روشهای آرام سازی. درمان دارویی با دستور پزشک. • در بیماران نوروپاتیک دمیدن در پاکت کاغذی و استنشاق مجدد هوای درون پاکت. ۳. تصحیح هیپوکلسمی: • توجه به علامت شوستوک و تروسو. • جلوگیری از تتانی. • عدم انداختن پاها بر روی هم. • پیشگیری از کرامپهای عضلانی. • تجویز گلوکونات کلسیم. • به کارگیری احتیاطهای لازم مربوط به تشنج. ۴. مانیتورینگ قلبی بیمار. ۵. توجه به هیپوکلسمی و عوارض آن با: • تشویق بیمار به خوردن مواد غذایی حاوی پتاسیم بالا. • تجویز وریدی کلرید پتاسیم.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. کمک به رفع علت زمینه ای. ۲. دمیدن در پاکت کاغذی و استنشاق مجدد هوای درون پاکت (۱۰ بار در دقیقه به آرامی درون پاکت کاغذی نفس بکشد، سپس بدون وجود پاکت حدود ۱۵ ثانیه نفس بکشد و آنقدر این کار را تکرار کند تا هیپرونتیلیسیون برطرف شود). ۳. عدم انداختن پاها بر روی هم. ۴. کاهش ترس و اضطراب. ۵. کاهش درد.	
منابع مورد استفاده:	
۱. نیکروان مفرد ملاح، شیرازی حسین. (۱۳۸۳). مراقبتهای ویژه در ICU. تهران. انتشارات نور دانش. 2. Jevon, PH. (2007). Emergency care. Churchill living strove. Elsevier. 3. Juall, L. (2006). Hand book of Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & wilkins 4. Black, J. & Hawks, J. (2009). Medical-Surgical Nursing. Sanders Elsevier. 5. Klug Red man, B. (2001). The practice of Patient Education. Mosby.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

احیاء قلبی-ریوی (CPR)

بیان مشکل	Problem Definition
• احیاء قلبی-ریوی بعثت: - ایست قلبی بدلیل: - فیبریلاسیون بطنی. - آسیستول. - تاکی کاردی بطنی. - کلاپس شدید قلبی-عروقی. - انفکاک الکترومکانیکی (بدنبال تامپوناد قلبی، هیپوترمی، هیپوولمی، آمبولی ریوی، مسمومیت با دیگوکسین و داروهای بتا بلوکر، کلسم بلوکر). • ایست تنفسی بدلیل: - انسداد راههای هوایی بدنبال ورود جسم خارجی، اسپاسم راههای هوایی و اپی گلوت. - استنشاق گازهای سمی. - مشکلات مغزی . - غرق شدن. - مسمومیت دارویی. - خفگی. - تروما. • مرگ ناگهانی قلب بدلیل: - بیماریهای عروق کرونر. - هیپرتروفی میوکارد. - میوکاردیت. - اختلالات سیستم هدایتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
۱. علل ایست قلبی را شناسایی کند.	
۲. علل ایست تنفسی را شناسایی کند.	

۳. علل مرگ ناگهانی قلب را شناسایی کند. ۴. علائم ایست قلبی را بررسی کند. ۵. علائم ایست تنفسی را بررسی کند. علائم مرگ ناگهانی را بررسی کند. ۶. علائم ایست قلبی-تنفسی را بررسی کند. ۷. مراحل احیاء قلبی-ریوی را بداند. ۸. اقدامات لازم و ترتیب انجام آنها در حمایت های حیاتی اولیه (BCLS^۳) را بداند. ۹. اقدامات لازم و ترتیب انجام آنها در حمایت های پیشرفته حیاتی (ACLS^۴) را بداند. ۱۰. اندیکاسیونهای استفاده از دفیبریلاتور را بداند. ۱۱. داروهای مورد استفاده در احیاء قلبی-ریوی و اندیکاسیون استفاده از آنها را بداند. ۱۲. عوارض احیاء قلبی-ریوی را بشناسد. ۱۳. علائم CPR ناموفق را شناسایی کند. ۱۴. اقدامات پس از احیاء قلبی-ریوی را ذکر کند.	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علل ایست قلبی، ایست ریوی و مرگ ناگهانی را بررسی کنید. ۲. علائم ایست قلبی را بررسی کنید شامل: • عدم وجود نبض (معتبرترین علامت). • کاهش سریع سطح هوشیاری. • عدم وجود صداهای قلبی. • سیانوز. • عدم وجود فشار خون. • عدم وجود تنفس یا تنفس مشکل دار. ۳. بررسی علائم ایست تنفسی: • گیجی، اضطراب و بی قراری. • سیانوز سریع. • عدم وجود نبض و فشار خون. ۴. بررسی علائم مرگ ناگهانی:	

³ Basic Cardiac Life Support

⁴ Advanced Cardiac Life Support

- درد قفسه سینه.
- تهوع، استفراغ.
- خستگی و بی حالی.
- تنگی نفس.
- رنگ پریدگی.
- عرق سرد.

۵. بررسی علائم ایست قلبی-ریوی:

- عدم وجود هوشیاری.
- سیانوز یا رنگ پریدگی و عدم وجود تنفس.
- اتساع شدید مردمک چشم (میدریاز^۵).
- عدم وجود نبض.
- تغییرات نوار قلب به سمت آسیستول.

اقدامات:

○ انجام مراحل احیاء قلبی-ریوی به ترتیب:

حمایت های حیاتی اولیه (BCLS)

- در صورت مواجهه با یک فرد بی هوش:
 - ۱- صدا زدن بیمار و تکان دادن آرام.
 - ۲- کمک خواستن و اطلاع دادن به اورژانس.
 - ۳- پوزیشن دادن به بیمار (خواباندن بر روی یک سطح صاف و محکم).
 - ۴- کنترل و برقراری راه هوایی (در صورت عدم آسیب نخاعی-گردنی استفاده از پوزیشن سر به عقب-چانه بالا^۶ و در صورت شک به آسیب نخاعی-گردنی استفاده از مانور کشیدن آرواره های بیمار^۷).
 - ۵- توجه به تنفس: در صورت عدم حرکت قفسه سینه و سیانوز، آغاز تنفس مصنوعی با استفاده از تنفس دهان به دهان، دهان به بینی، ماسک و آمبوبگ.
 - ۶- بررسی گردش خون: لمس نبض کاروتید و در صورت عدم وجود نبض، شروع ماساژ قلبی-ریوی که به نسبت 2-30 انجام می شود.

⁵ Mydriasis

⁶ Head Tilt Chin Lift

⁷ Jaw Thrust

اقدامات حیاتی پیشرفته (ACLS)

۱. برقراری راه هوایی (با کمک راه هوایی^۸، اینتوباسیون یا ماسک لارنژیال (LMA^۹) و دادن اکسیژن ۱۰۰٪.
۲. برقراری راه وریدی.
۳. مانیتورینگ قلبی.
۴. استفاده از دستگاه الکتروشوک (در صورت وجود آسیستول و فیبریلاسیون بطنی).
۵. کنترل اکسیژناسیون با استفاده از ABG.
۶. دارو درمانی: داروهای اصلی مورد استفاده در CPR شامل:
 - اکسیژن ۱۰۰٪،
 - اپی نفرین: با دوز اولیه 1mg و تکرار آن هر 3-5 دقیقه قابل استفاده در فیبریلاسیون بطنی، تاکی کاردی بطنی بدون نبض، انفکاک الکترومکانیکال، آسیستول بطنی.
 - سولفات آتروپین: با دوز 0.5-1mg تا سقف 2mg قابل استفاده در برادیکاردی و بلوک گره دهلیزی-بطنی علامت دار، با دوز 1mg هر 3-5 دقیقه تا سقف 3mg در آسیستول.
 - بی کربنات سدیم با دوز یک میلی اکی والان به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تکرار دوز اولیه در صورت نیاز بعد از برطرف کردن هیپوکسی.
 - لیدوکائین با دوز حمله ای 1mg/kg هر 3 تا 5 دقیقه تا سقف 3mg/kg و با دوز نگهدارنده 4 mg/kg تا 2 به صورت انفوزیون وریدی قابل استفاده در تاکی کاردی و فلوتر بطنی.
 - آمیودارون: با دوز 150 mg در عرض ۱۰ دقیقه قابل استفاده در ایست قلبی.
 - برتیلیوم: با دوز 5mg/kg به صورت رقیق نشده، بعد از 5 دقیقه دفیبریله و بعد از 5 دقیقه تکرار دوز دارو به میزان 10mg/kg و تکرار تا سقف 30 mg/kg قابل استفاده در تاکی کاردی و فلوتر بطنی مقاوم به درمان.
 - کلرید کلسیم: با دوز 8-16mg/kg از محلول 10٪ قابل استفاده در هیپرکالمی، هیپوکالمی، مسمومیت با داروهای بلوک کننده کلسیم.
 - ایزوپروترونول: با دوز 2-10mg/min قابل استفاده در برادی کاردی علامت دار، بلوک قلبی، ایست سینوسی که به آتروپین جواب نمی دهد.
- بررسی مددجو از نظر عوارض CPR:
 - اتساع معده و خطر آسپیراسیون.
 - پنوموتراکس.

⁸ Airway

⁹ Laryngeal Mask Airway

- شکستگی دنده ها.
 - شکستگی استرنوم.
 - هموتراکس.
 - له شدگی یا پاره شدن عروق کرونر و میوکارد.
 - تامپوناد قلبی.
 - آنسفالوپاتی.
 - نکروز حاد توبولی.
 - آسیب به حنجره و تراشه در حین اینتوباسیون.
 - سوختگی بدنبال استفاده از الکتروشوک.
- علائم CPR نا موفق:
- مردمک های میدریاز دوطرفه.
 - عدم واکنش مردمکها به نور.
 - عدم وجود موج قلبی بر روی نوار قلب (مهمترین علامت).
 - عدم وجود نبض و فشار خون بعد از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه انجام عملیات CPR .
- اقدامات بعد از انجام CPR موفق:
- انتقال بیمار به بخش مراقبتهای ویژه.
 - مانیتورینگ قلبی- تنفسی.
 - کنترل و ثبت علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا ثابت شدن وضعیت بیمار .
 - تصحیح اختلال اسید و باز.
 - استفاده از تهویه مکانیکی در صورت نیاز.
 - تجویز پردنیزولون در صورت ادم مغزی.
 - بررسی I/O .
 - بالا بردن سر تخت، ۳۰ تا ۴۵ درجه .
 - بررسی بیمار از نظر عوارض CPR .
 - بررسی وضعیت اکسیژناسیون با استفاده از پالس اکسی متری و انجام ABG .
 - حمایت روانی بیمار و خانواده وی.

منابع مورد استفاده:

- Freeborn, K. (2005). Emergency cardiovascular care. Trauma service.
- Jevon, P. H. (2007). Emergency care. Churchill living strove. El service.
- ذاكری مقدم معصومه، علی اصغر پور، منصوره. (۱۳۸۷) مراقبت‌های پرستاری ویژه بخش‌های CCU,ICU, و دیالیز. چاپ سوم. تهران. انتشارات اندیشه رفیع.
- ذوالفقاری میترا، محمدی عبدالرضا، رمیم طیب. (۱۳۸۷) کتاب جامع احیاء قلبی-ریوی. چاپ دوم. تهران. انتشارات بشری.

راهنمای پرستاری بالینی مبتنی بر شواهد

ICU

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال آسپیراسیون در رابطه با:	- تضعیف رفلکس های گگ و سرفه - کاهش سطح هوشیاری ثانوی به ضربه به سر، بیماری پارکینسون، حوادث عروقی مغز، کما و تشنج - تضعیف رفلکس های حنجره ای و گلو ت ثانوی به وجود لوله تراکئوستومی/داخل تراشه ای (در صورت پر نبودن کافی کاف لوله)، وجود NGT، سدیشن، میاستنی گراویس، سندرم گیلن باره و بیماری پارکینسون - عدم تحمل مواد غذایی
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار بر اساس شواهد زیر علامتی دال بر آسپیراسیون از خود نشان نخواهد داد.	۱. صداهای ریوی واضح است. ۲. خرخر تنفسی شنیده نمی شود. ۳. تب ندارد. ۴. هنگام ساکشن کردن مقادیر اندکی ترشحات رقیق خارج می شود. ۵. در گرافی قفسه سینه، ریه ها پاک است. ۶. دق ریه ها طبیعی است. ۷. تنگی نفس وجود ندارد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های مربوط به آسپیره کردن ترشحات، غذا و مایعات را بررسی و گزارش نمایید: • رونکای • ماتیته در دق در سطح ریه مبتلا • سرفه • افزایش سرعت تنفس • افزایش ضربان قلب • تنگی نفس ۲- اقداماتی برای کاهش خطر آسپیراسیون انجام دهید: • از دادن غذا و مایعات از راه دهان خودداری کنید و مدجو را در وضعیت پهلو قرار دهید (بخصوص اگر رفلکس بلع در او کم است، رفلکس بلع ندارد، مشکل زیادی در بلعیدن دارد و یا هوشیار نیست).	

- ناحیه دهان و حلق را ساکشن کنید. مددجو را تشویق کنید تا از تحریک حلق استفاده کند و برای خارج کردن ترشحات باقیمانده تا حدی که نیاز است از طریق شستشوی دهان اقدام کنید و در هنگام شستشوی دهان بیمار را در وضعیت پهلو قرار دهید. در صورت فلج، صورت بیمار را طوری به پهلو بخوابانید که نیمه فلج رو به بالا باشد.
- اگر مددجو غذا را از راه لوله بینی- معدی دریافت می کند:
 - الف) قبل از هر وعده غذایی یا بر حسب روش معمول در صورت تداوم در تغذیه، محل لوله را کنترل کنید.
 - ب) میزان انفوزیون تغذیه مداوم از راه لوله را بالا نبرید مگر آنکه دستور داده شده باشد. تغذیه متناوب از راه لوله نیز باید به آهستگی انجام گیرد.
 - ج) مددجو را حین غذا دادن و ۳۰ دقیقه پس از آن در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته کامل قرار دهید مگر آنکه برای وی ممنوع شده باشد.
 - د) اگر باقیمانده غذای قبلی گواژ شده در معده از اندازه معمول بیشتر بود، تغذیه از راه لوله را متوقف و به پزشک اطلاع دهید.
- در صورتی که دادن غذا از راه دهان مجاز است:
 - الف) اقداماتی برای بهبود عمل بلع در مددجو انجام دهید (نظیر انتخاب وضعیت مناسب حداکثر نشسته، استفاده از غذاهایی که نیاز کمتر به جویدن دارند، عدم مصرف مواد غذایی چسبنده و ...)
 - ب) وقت کافی برای خوردن غذا بگذارید.
 - ج) به مددجو آموزش دهید که در حال خوردن و آشامیدن، از خندیدن و صحبت کردن اجتناب کند.
 - د) مددجو را حین خوردن غذا و حداقل ۳۰ دقیقه پس از آن در وضعیت نشسته کامل نگه دارید، مگر آنکه برای وی ممنوع شده باشد.
 - ه) به مددجو از نظر بهداشت دهان پس از خوردن غذا کمک کنید و اطمینان یابید که مواد غذایی در دهان باقی نمانده است.
- اگر بیمار لوله تراشه یا تراکئوستومی دارد:
 - الف) فشار کاف باید بیشتر از 20 cmH₂O باشد و به صورت دوره ای فشار کاف کنترل شود تا از پر شدن آن اطمینان حاصل شود.
 - ب) انجام فیزیوتراپی قفسه سینه و ساکشن لوله تراشه و تراکئوستومی قبل از انجام گواژ مواد غذایی صورت گیرد.
- بیماران دارای وضعیت ناپایدار که احتمالاً نیاز به انتوباسیون خواهند داشت و یا بلافاصله بعد از خارج کردن لوله تراشه را NPO نگه دارید.
- جهت سهولت در خروج ترشحات راه هوایی و حلق و جلوگیری از بروز پنومونی، بیمار را هر ۲ ساعت یک بار از یک پهلو به پهلوی دیگر بچرخانید.

• در بیمارانی که مدت طولانی است از راه دهان نفس میکشد، باید به سقف دهان آنها توجه خاصی شود چرا که کبره های شکل گرفته از اخلاط خشک شده می توانند از محل خود جدا گردیده و آسپیره شوند. با استفاده از مرطوب کننده های مصنوعی و شستشوی مکرر دهان، مانع شکل گیری این کبره ها شوید. • با بازگشت هوشیاری بیمار در حالت کما و برگشت رفلکس گگ، باید توانایی وی در مکیدن و بلع مایعات آزموده شود. تجهیزات ساکشن حتما در اختیار باشند تا در مواقع ضروری استفاده شوند. • در صورتیکه علائم و نشانه های آسپیره وجود داشته باشد: (الف) اقدام به ساکشن ناحیه نای نمایید. (ب) از دادن مواد غذایی از راه دهان اجتناب کنید. (ج) مددجو را برای رادیوگرافی ریه آماده کنید.	آموزش به بیمار
• علل بروز آسپیراسیون و روشهای پیشگیری از آن را به بیمار آموزش دهید • به مددجو آموزش دهید که جهت خارج کردن ترشحات داخل دهان از تحریک حلق استفاده کند • در هنگام غذا خوردن و آشامیدن از خندیدن و صحبت کردن اجتناب کند. • بهداشت دهان را رعایت کند.	Patient Education
بیان مشکل اضطراب و ترس در رابطه با : • انجام پروسیجرهای تهاجمی (نظیر لوله گذاری داخل تراشه، تراکئوستومی، CVP). • محیط و افراد ناآشنا • وضعیت خانواده • مسائل مالی • روند بیماری و آزمایشات تشخیصی و درمانهایی نظیر تهویه مکانیکی • فقدان درک تشخیص • احساس حبس بودن در بستر • آلارم ها • محیط ICU	Problem Definition
برآیندهای مورد انتظار مددجو بر اساس شواهد زیر دچار ترس و اضطراب نخواهد شد: ۱- احساس کم شدن اضطراب را بیان می کند. ۲- الگوی خواب مناسب دارد.	Expected Outcomes

۳-چهره گشاده و حرکات بدنی همراه با آرامش دارد. ۴- علائم حیاتی ثابت است. ۵- توانایی درک مشکل و تعامل با دیگران را خواهد داشت.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations	۱- علائم و نشانه های ترس و اضطراب را بررسی و گزارش کنید: • بیان احساس اضطراب • بی خوابی • تحریک پذیری • لرزش • بی قراری • تعریق زیاد • تاکی کاردی • افزایش فشار خون • رنگ پریدگی صورت • رفتارهای متمرکز به خود • تکرر ادرار • احساس درد در بدن (خصوصاً قفسه سینه ، پشت و گردن) • مردمک گشاد، تهوع و استفراغ، اسهال، خستگی و ضعف، دهان خشک، سرگیجه و بی اشتها • عصبانیت، از دست دادن کنترل، کاهش اعتماد به نفس • تحریک پذیری، گریه و تماس چشمی ضعیف • عدم توانایی تمرکز، فراموشی و گیجی ۲- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب مددجو انجام دهید: • مددجو را با محیط بیمارستان، لوازم و وسایل آشنا کنید و در صورت لزوم، روشهای درمانی، تشخیصی و اهداف هر کدام از آنها و نیز وسائلی که استفاده می شوند و کاربرد آنها را برای بیمار توضیح دهید. • مددجو را به پرسنلی که در امر مراقبت وی دخالت دارند معرفی کنید. در صورت امکان سازگاریهای لازم را با پرسنلی که در امر مراقبت بیمار نقش دارند و با توجه به ثبات احساسات و راحتی محیط بیمار، فراهم نمایید. • از نزدیکی مددجو با پرسنل اعضای درمانی اطمینان حاصل کنید، به طوری که حتی المقدور بتواند نام فرد مورد نیاز را بیان نماید. • یک حالت آرام، حمایتی و دلگرم کننده را در زمان تعامل با بیمار حفظ کنید.

• مددجو را به صحبت در مورد ترس و اضطراب تشویق کنید و بازخورد مناسب را نشان دهید. • با کمک توضیحات پزشک، ذهنیت اشتباه مددجو را در مورد تشخیص، طرح درمانی و سیر بیماری روشن کنید. • محیط آرام و با آرامشی را فراهم کنید • به مددجو در مورد روشهای آرام سازی آموزش دهید و او را به مشارکت در فعالیتهای سرگرم کننده تشویق کنید. • اطلاعاتی را بر اساس نیازهای جاری مددجو در سطحی که او بتواند درک کند، فراهم کنید. او را به پرسیدن سؤال و روشن شدن اطلاعات فراهم شده تشویق کنید. • در صورت موفق نبودن اقدامات بالا برای کنترل ترس و اضطراب با افراد مناسب تیم مراقبت بهداشتی مشورت کنید.	آموزش به بیمار
• ترس و اضطراب خود را بیان کند. • تکنیک های آرام سازی را به بیمار آموزش دهید (تمرینات تنفسی، آرام سازی پیشرونده عضلات، تصویرسازی هدایت شده، داروها) • به بیمار آموزش دهید که جهت کاهش موثر اضطراب، فعالیت هایی نظیر تماشای تلویزیون، مطالعه و ... را انجام دهد.	Patient Education
اختلال در پاک نمودن موثر راه هوایی در رابطه با: • ترشحات فراوان یا غلیظ ثانوی به عفونت • تجمع ترشحات و سرفه غیر موثر ثانوی به تضعیف سیستم عصبی مرکزی (نظیر تروما به سر، تروما به طناب نخاعی و کوادری پلژی) و بیماری های سیستم عصبی (نظیر سندرم گیلن باره، مولتیپل اسکلروزیس و میاستنی گراویس) • بی حرکتی ثانوی به جراحی یا تروما، درد، ترس، اضطراب، تاثیر داروهای خواب آور و آرامبخش (سدایتو) • تضعیف رفلکس سرفه ثانوی به وجود لوله تراکئوستومی/ داخل تراشه ای، سدیشن و کما	بیان مشکل
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو راه هوایی پاک و باز را بر اساس شواهد زیر به دست آورد: ۱- صداهای تنفسی طبیعی هستند. ۲- تعداد و عمق تنفس طبیعی است.	

۳- تنگی نفس وجود ندارد. ۴- بیمار دارای سرفه موثر است و گازهای خون شریانی در سطح طبیعی هستند. ۵- بیمار دلیل انجام اقدامات جهت ارتقاء رفلکس سرفه را بیان می کند.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations	
۱- علایم و نشانه های عدم پاک بودن موثر راه هوایی را گزارش نمایید: • صداهای تنفسی غیر طبیعی • تنفسهای سطحی و کم عمق و اختلال ریتم تنفسی. • تنگی نفس • سرفه • عدم توانایی جهت خارج کردن ترشحات راه هوایی • خلط غیر طبیعی از نظر رنگ، حجم و بو. ۲- اقداماتی را به منظور ارتقاء و بهبود پاک شدن موثر راه های هوایی انجام دهید: • مددجوی در حالت کما را به یک پهلو بخوابانید و در صورت نیاز جهت پیشگیری از انسداد راه هوایی توسط زبان، از ایروی استفاده کنید. • اقداماتی را جهت تسهیل در برداشتن و خروج ترشحات انجام دهید. الف) آموزش و کمک به مددجو جهت انجام تنفس عمیق و سرفه با Huff هر ۲-۱ ساعت ب) اجرای اقداماتی به منظور رقیق کردن ترشحات چسبنده و کاهش خشکی غشاء مخاطی دستگاه تنفس نظیر: - مصرف حداقل ۲۵۰۰ cc مایعات در روز، مگر اینکه منع مصرف داشته باشد. - مرطوب کردن هوای استنشاقی ج) در صورت دستور پزشک، دادن داروهای موکولیتیک (نظیران استیل سیستئین)، رقیق کننده و مرطوب کننده از طریق نبولایزر (آب و سالین). د) در صورت نیاز، انجام ساکشن • داروهای تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی را به صورت آگاهانه تجویز کنید. • در بیماران دارای لوله تراشه یا تراکئوستومی، فشار کاف بیشتر از ۲۰ cm H₂O باشد و به صورت دوره ای چک شود تا از پر بودن آن اطمینان حاصل شود. • جهت کم کردن پلاک و باکتری از دهان شویه و مسواک استفاده کنید تا خطر عفونت راه هوایی کاسته شود. این کار را حداقل هر ۴ ساعت یکبار انجام دهید. • جهت کمک به خروج ترشحات راه های هوایی، بیمار را مرتباً تغییر پوزیشن دهید. • در بیماران تحت عمل جراحی شکم یا قفسه سینه، اقداماتی را جهت برطرف کردن درد و متعاقب آن تنفس	

و سرفه عمیق انجام دهید.	
- در صورت دستور داروهای ضد درد تجویز کنید. زمان تجویز این داروها با زمان تمرینات سرفه تطابق داشته باشد (به عنوان مثال دارو را ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از تمرینات سرفه به بیمار بدهید). - اثربخشی داروهای ضد درد را بررسی کنید که آیا در اثر آن بیمار گیج شده است و یا اینکه درد هنوز وجود دارد. بهترین زمان جهت انجام تمرینات سرفه و تنفس عمیق زمانی است که بیمار نه درد دارد و نه در اثر مصرف داروها گیج است.	
• حمایت عاطفی از بیمار به عمل آورید. - اهمیت انجام سرفه و تنفس عمیق را به بیمار یادآور شوید. - اگر بیمار برش عمل جراحی دارد او را مطمئن کنید که انجام این تمرینات، آسیبی به وی وارد نخواهد کرد و او می تواند با یک بالش درد ناشی از تحرک ناحیه انسزیون را بکاهد.	
• در بیمارانی که دچار خستگی و ضعف و گیجی هستند: - از تقویت مثبت استفاده کنید. - مطمئن شوید که تمرینات سرفه در زمان حداکثر راحتی و استراحت وی انجام شود و با دوره خواب بیمار تداخل ندارد. - زمان استراحت کافی به بیمار بدهید. بیمار را تحریک کنید تا هر یک ساعت تنفس عمیق بکشد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• در صورت عدم محدودیت، مایعات فراوان مصرف کند تا به رقیق شدن ترشحات کمک کند. • بهداشت دهان را رعایت کند. • تکنیک های سرفه و تنفس موثر و عمیق را در فواصل منظم انجام دهد و در صورت داشتن درد در محل جراحی از بالش برای بی حرکت کردن محل انسزیون استفاده کند. • علائم عفونت راه های هوایی را بیان کند (تغییر دررنگ و مقدار خلط، تب و ...) و در صورت بروز آنها را گزارش دهد. • به طور مرتب و تا حد توان در تخت حرکت کند و از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی غیر موثر در رابطه با:	
• تجمع ترشحات ثانوی به تضعیف سیستم عصبی مرکزی (نظیر تروما به سر ، تروما به طناب نخاعی و کوادری پلژی)، بیماریهای سیستم عصبی (نظیر سندرم گیلن باره، مولتیپل اسکلروزس و میاستنی گراویس) و کما • اثرات داروهای خواب آور و آرامبخش	

	• اختلالات متابولیک (الکالوز تنفسی و ...) • افزایش فشار داخل جمجمه • کاهش فضای آناتومیک تنفسی • ترس و اضطراب • درد
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	مددجو بر اساس شواهد زیرالگوی تنفسی موثر را حفظ خواهد کرد: ۱- تعداد و عمق تنفس طبیعی است. ۳- تنگی نفس وجود ندارد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علایم و نشانه های یک الگوی تنفسی غیر موثر را بررسی و گزارش نمایید: • تنفس های سطحی و آهسته • تاکی پنه • تنگی نفس • استفاده از عضلات بین دنده ای هنگام تنفس ۲- اقداماتی را برای ارتقاء الگوی تنفسی انجام دهید: • اقداماتی را جهت کاهش درد برای افزایش خوب بودن مددجو و حرکت و تنفس عمیق انجام دهید. • به منظور کاهش ترس و اضطراب و پیشگیری از تنفس سریع و سطحی ناشی از ترس و اضطراب اقداماتی را انجام دهید. • اقداماتی را جهت کاهش تجمع گاز و مایع در دستگاه گوارش و کاهش فشار بر روی دیافراگم انجام دهید. • در صورتیکه بیمار هیپرونتیله شده است او را تشویق به تنفس آرام کنید. • مددجو را در صورت عدم ممنوعیت، در وضعیت نیمه نشسته و یا نشسته قرار دهید. • به مددجو کمک کنید تا حداقل هر ۲ ساعت یک بار از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد. • داروهای مهار کننده سیستم عصبی مرکزی را آگاهانه و با احتیاط تجویز کنید. • در صورت وجود اختلالات متابولیک و اسید و باز آن را اصلاح کنید. • در بیماران در معرض افزایش فشار داخل جمجمه نظیر بیماران تروما به سر اقداماتی را جهت کاهش ICP انجام دهید. (نظیر بالابردن سر تخت، جلوگیری از هیپوکسی شدن بیمار خصوصا حین انجام ساکشن).
Patient Education	آموزش به بیمار
	• از تنفس با لبهای غنچه و تکنیک های تنفس کنترل شده استفاده کند. • تکنیک های آرام سازی پیشرونده عضلات را به کار گیرد.

• در مورد مقدار، اثرات جانبی داروها و مکانیسم اثر آنها به بیمار آموزش دهید. • حداقل هر ۲ ساعت یکبار از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد • تا حد امکان در وضعیت نیمه نشسته و یا نشسته قرار گیرد. • ترس و اضطراب خود را بیان کند.
--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در برقراری ارتباط کلامی در رابطه با: • ایسکمی لوب فرونتال یا تمپورال و اختلال عملکرد حرکتی عضلات مربوط به تکلم ثانوی به حوادث عروقی مغز، تروما به سر، تضعیف CNS، افزایش فشار داخل جمجمه، هیپوکسی مزمن، کاهش جریان خون مغزی، کوادری پلژی، بیماریهای سیستم عصبی مرکزی (نظیر میاستنی گراویس، مولتیپل اسکلروزیس، دیستروفی عضلانی) و فلج تارهای صوتی • اختلال در توانایی تولید صوت ثانوی به اختلال تنفسی (نظیر کوتاهی نفس)، لوله گذاری داخل تراشه، تراکئوستومی، عمل جراحی حنجره • کاهش توجه ثانوی به اضطراب، درد و نگرانی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بر اساس شواهد زیر مددجو ارتباط موثر برقرار می کند. ۱- افزایش توانایی جهت فهم عبارات را نشان می دهد. ۲- افزایش توانایی جهت بیان و ابراز خود را نشان می دهد. ۳- از روش های مختلف ارتباط در صورت نیاز استفاده می کند. ۴- افزایش رضایت از توانایی در برقراری ارتباط را نشان می دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های اختلال در برقراری ارتباط کلامی را بررسی و گزارش نمایید: • عدم توانایی تکلم • اشکال در ساختن کلمه و جمله • اشکال در بیان افکار به طور کلامی • ادای کلمات نامناسب ۲- اقداماتی را به منظور سهولت در برقراری ارتباط اجرا کنید: • به علایم صوتی فراخوان در فرد پاسخ دهید زیرا بهتر از استفاده از سیستم ارتباط مشترک است. • با صبر و حوصله عمل کنید و از روی دقت و با توجه به مددجو گوش کنید و اجازه دهید وقت کافی برای برقراری ارتباط داشته باشد.	

- محیطی با سکوت و آرامش ایجاد کنید تا مددجو بتواند برای برقراری ارتباط تمرکز پیدا کند، با صدای بلند صحبت نکنید و کاری کنید که مددجو قادر باشد صدای دیگران را به طور وضوح بشنود.
- در صورتی که مددجو دشواری در تکلم دارد و یا خسته است و مایل به برقراری ارتباط نیست سؤالاتی بپرسید که نیاز به پاسخ های کوتاه دارد و یا سؤالاتی که می توان برای پاسخ دادن به آنها از باز و بسته کردن چشمها یا اشاره استفاده کرد.
- دوره های استراحتی را قبل از ساعات ملاقات و جلسات گفتار درمانی به منظور حداکثر توانمندی در برقراری ارتباط، برنامه ریزی نمایید.
- هنگام صحبت کردن با مددجو روبروی او قرار بگیرید، آهسته صحبت کنید، از جملات واضح و کوتاه استفاده کنید، واژه های کلیدی را تکرار کنید و هر بار تنها یک فکر یا عقیده را مطرح سازید، از به کارگیری اشارات و حرکات نامربوط ضمن سخن گفتن اجتناب نمایید.
- مواد و وسایلی مانند تخته، یادداشت و قلم، کامپیوتر، کارتهای دارای حروف و کلمات و یا تصاویر مختلف را در صورتی که مناسب حال مددجو باشند تهیه نمایید. دقت کنید که محل مسیر داخل و ریدی مددجو با این وسایل کمک کننده در برقراری ارتباط برخورد نداشته باشد.
- وابستگان و نزدیکان مددجو و مراقبان بهداشتی را نسبت به روشهایی که می توانند سبب سهولت در برقراری ارتباط گردند آگاه و مطلع نمایید. در ارتباط با اهمیت به کارگیری این روشها تاکید نمایید.
- در صورتی که مددجو قادر به برقراری ارتباط نباشد و به سؤالات پاسخ ندهد، وابستگان و نزدیکان و کارمندان را تشویق به صحبت با او نمایید.
- مطمئن شوید که مددجو پیام شما را درست فهمیده است.
- ارتباط کلامی هسته روابط بشری است، اختلال در برقراری ارتباط ناامید کننده و دلسرد کننده است، فعالیت های خود را جهت کاهش این ناامیدی و دلسردی متمرکز کنید و متوجه شرایط مشکل بیمار باشید.
- همه تلاش خود را جهت فهم بیمار به کار گیرید، هر موفقیتی در این باره هر چند کوچک ناامیدی و دلسردی بیمار را کاهش می دهد و به افزایش انگیزه وی کمک می کند.
- در بیماریانی که به علت داشتن تراکنوستومی یا لوله داخل تراشه قادر به صحبت کردن نمی باشند:
 - به آنها اطمینان دهید که توانایی تکلم برگشت پذیر است و به او روش های متغیر تولید صوت نظیر تکلم از وفاژنال (تکلم از طریق مری) را آموزش دهید.
 - از آنجا که توانایی فهم تکلم بیمار ان سالم است، نحوه تکلم، تون صدا و نوع پیام خود را تغییر ندهید و در سطح افراد بزرگسال با بیمار صحبت کنید.
 - در بیمار داروهای تراکنوستومی از لب خوانی استفاده کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
• تکنیک های مختلف برقراری ارتباط را به بیمار آموزش دهید (نظیر لب خوانی، حالت صورت و ...) • به بیمار نحوه استفاده از وسایل ارتباطی را آموزش دهید (استفاده از نوشتن، تصاویر و ...) • در بیمار دارای تراکتوستومی نحوه تکلم از وفاژنال را آموزش دهید • به بیمار آموزش دهید که ترس و اضطراب و احساسات خود را بیان کند.	

Problem Definition	بیان مشکل
احتمال یبوست در رابطه با: • تحریک عصبی ناقص، ضعف عضلات کف لگن و بی حرکتی ثانوی به صدمه طناب نخاعی، حملات عروقی مغز و بیماریهای نرولوژیک (مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون) • کاهش پریستالتیسم ثانوی به هیپوکسی (قلبی، ریوی)، بی حرکتی و استرس، ترس و اضطراب و دستکاری جراحی • عوارض جانبی داروهای آرامبخش و خواب آور (کدئین، مورفین) و دیورتیک ها • رژیم غذایی کم باقیمانده و فاقد فیبر • اختلالات الکترولیتی (نظیر هیپوکالمی، هیپرکلمی) • عدم مصرف غذا • کم آبی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر طبق شواهد زیر دچار یبوست نخواهد شد: ۱- مدفوع دارای قوام و دفعات دفع طبیعی است (عدم وجود مدفوع سخت) ۲- در هنگام دفع مدفوع درد وجود نخواهد داشت. ۳- رژیم غذایی و مایعات تجویز شده در طی روز رعایت می شود (افزایش مصرف غذاهای پرفیبر و پرحجم) ۴- نیاز کمتر به وابستگی به مسهل ها، انما یا شیاف ها خواهد داشت. ۵- تعهد به انجام فعالیت ها در سطح توصیه شده خواهد داشت ۶- در صورت امکان، ورزش های تقویت شکمی را انجام خواهد داد. ۷- نفخ شکم و درد، احساس پری یا فشار در رکتوم و زورزدن هنگام اجابت مزاج وجود نخواهد داشت.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۲- علائم و نشانه های یبوست را ارزیابی کنید و صداهای روده ای را ارزیابی کرده الگوی کاهش صداهای روده ای را گزارش کنید	

• کاهش حرکات روده • عبور سخت • مدفوع شکل دار • بی اشتها • نفخ و درد شکم • احساس پری یا فشار در رکتوم • زورزدن هنگام دفع ۳- اقداماتی را به منظور پیشگیری از یبوست اجرا کنید: • هرگاه احساس دفع دست داد، مددجو را تشویق به تخلیه مدفوع کنید. • در صورت عدم منع، مددجو را جهت تحریک حرکات روده ای در وضعیت کاملاً نشسته قرار دهید. • مددجو را به آرامش تشویق کنید، محیط خلوت ایجاد کنید و او را در هنگام تلاش برای دفع تنها بگذارید (اقدامات برای ارتقاء آرام سازی می تواند باعث اتساع عضلات ناحیه مقعد و اسفنگتر خارجی مقعد گردد که دفع مدفوع را تسهیل می کند) • مددجو را برای عادت به دفع در زمان منظم، (ترجیحاً یک ساعت بعد از) غذا تشویق کنید • در صورت عدم منع، مددجو را برای حفظ حداقل دریافت مایعات به ۲۵۰۰ میلی لیتر در روز آموزش دهید. • مددجو را به دریافت مایعات گرم در صبح برای تحریک حرکات دودی تشویق کنید. • در صورت عدم منع، مددجو را به تمرینات تقویتی ایزومتریک شکم تشویق کنید. • جهت تسکین درد بیمار، از داروهای غیرنارکوتیک به جای داروهای نارکوتیک استفاده کنید و اگر بیمار به طور منظم از مخدرها استفاده می کند استفاده پروپیلانکتیک از نرم کننده های مدفوع را در نظر داشته باشید. • سطح الکترولیت هایی نظیر پتاسیم و کلسیم را کنترل کرده و در صورت هیپوکالمی و هیپرکالمی آن را تصحیح کنید. • به منظور کاهش ترس و اضطراب و پیشگیری از یبوست ناشی از آنها اقداماتی را انجام دهید. • برای بیمار محرک های مشخصی که باعث عمل دفع می شوند را فراهم کنید و در صورت امکان نیم ساعت قبل از صرف صبحانه از مصرف موادی نظیر قهوه، عصاره آلو بخارا، آب گرم و ... کمک بگیرید	آموزش به بیمار
• دانش در مورد درمان، وسائل و داروها (واکنش، عوارض جانبی، مقدار و دفعات) را به بیمار آموزش دهید. • ارتباط بین افزایش مصرف مایعات و رژیم پر فیبر و پرحجم در تشکیل مدفوع طبیعی را شرح دهید.	Patient Education

• غذاهای حاوی فیبر فراوان را در یک فهرست تهیه کنید. • ارتباط بین افزایش فعالیت و تون شکمی در ایجاد یک الگوی دفع طبیعی را به بیمار توضیح دهید. • برنامه ترکیبی جهت داشتن عادت دفع خوب را به بیمار شرح دهید: - قرار دادن زمان مناسب و منظم برای عمل دفع - محرک مناسب برای دفع (عاصره آلبخارا، آب گرم). - وضعیت قرارگیری مناسب جهت کمک به دفع، سرتخت بالا و نظیر آن - توضیح جهت خودداری از زورزدن خیلی زیاد در هنگام دفع خصوصا در بیماران ضربه به سر و قلبی) • تکنیک های کاهش استرس و اضطراب را به بیمار آموزش دهید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
محرومیت از خواب در رابطه با: • بیدار شدن های مکرر ثانوی به اختلالات تنفسی، اختلالات قلبی و درد • عدم توانایی جهت خوابیدن در پوزیشن معمول ثانوی به درد، درمان داخل وریدی و ... • خوابیدن بیش از حد در طی روز ثانوی به مصرف داروهای نظیر آرامبخش ها، خواب آور ها و کورتیکو استروئیدها • تحرك ناکافی در طی روز • پاسخ به اضطراب • اختلالات الگوی زندگی (نظیر اختلال عاطفی، شغلی، اجتماعی، مالی، جنسی) • تغییرات ریتم گردش • ترس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر طبق شواهد زیر به میزان مطلوب خواب دست خواهد یافت: ۱- اظهار احساس استراحت و خواب کافی می کند. ۲- وضعیت های ذهنی بیمار در حالت معمول و طبیعی است ۳. علائمی نظیر خمیازه کشیدن، سیاهی رفتن چشم و لرزش دست را نخواهد داشت.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های اختلال الگوی خواب را بررسی و گزارش نمائید: • اظهار مشکل در خوابیدن • بی تفاوتی	

- خمیازه کشیدن مکرر
- سیاهی رفتن چشم ها
- ۲- اقداماتی را جهت ارتقاء خواب بیمار انجام دهید:
- عادات معمول خواب بیمار را تعیین کنید.
- جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار اقداماتی را انجام دهید
- مددجو را به محیط بخش، لوازم و وسایل آشنا کنید و در صورت لزوم روش های درمانی و تشخیصی و اهداف آنها را به او توضیح دهید.
- مددجو را با پرسنلی که در امر مراقبت وی دخالت دارند آشنا کنید، در صورت امکان سازگاریهای لازم را با پرسنلی که در امر مراقبت بیمار نقش دارند و با توجه به ثبات احساسات واقعی محیط بیمار، فراهم نمایید.
- در هنگام تعامل با بیمار، يك حالت آرام، حمایتی و دلگرم کننده را حفظ کنید.
- مددجو را به صحبت در مورد ترس و اضطراب تشویق کنید و بازخورد مناسب را نشان دهید.
- با كمك توضیحات پزشك، ذهنیت اشتباه مددجو را در مورد تشخیص، طرح درمانی و سیر بیماری روشن کنید.
- همه آزمایش های تشخیصی را توضیح دهید.
- محیط آرام و با آرامشی را فراهم کنید.
- به مددجو در مورد روش های آرام سازی آموزش دهید و او را به مشارکت و فعالیت های سرگرم کننده تشویق کنید.
- مددجو را از خوابیدن طولانی در طی روز منع کنید مگر اینکه علایم و نشانه های محرومیت از خواب وجود داشته باشد و یا ساعت خواب روزانه برای وی عادت باشد.
- فعالیت هایی را برای تسکین ناراحتی فراهم کنید (مانند تغییر وضعیت مجدد، دادن داروهای ضد درد، ضد استفراغ و شل کننده عضلانی).
- مددجو را به شرکت در اعمال سرگرم کننده و آرام سازی در هنگام غروب تشویق کنید.
- دریافت مایعات کافئین دار خصوصا در هنگام غروب را منع کنید (مانند قهوه، چای، نوشابه).
- مصرف يك شام سبك شامل شیر یا پنیر که به تولید و حفظ خواب كمك می کند را توصیه کنید.
- در صورت عدم منع به مددجو اجازه دهید که تمرینات معمول خواب را انجام دهد (مانند وضعیت خوابیدن، زمان خواب، روش های معمول قبل از خواب مانند مطالعه، تماشای تلویزیون، گوش دادن به موزيك و فکر کردن).
- تحرکات و آشفتگی های محیطی را کاهش دهید:
- کشیدن پرده بین تخت های مددجویان

- کم کردن صدای لوازم و دستگاهها - صداهای آرام بخش مثل موزیک آرام - گفتگوی آرام و آهسته پرسنل با یکدیگر - تا حد امکان عدم انجام پروسیجرهای دردناک و تهاجمی در ساعات خواب بیمار نظیر تعویض IV line و ... • در صورت امکان داروهای خواب آور و یا دخیل در فرآیند خواب (نظیر استروئیدها و دیورتیک ها) را زودتر از غروب و عصر استفاده کنید تا موجب اختلالات خواب نشوند. • در صورت لزوم داروهای مخدر و خواب آور به مدجو بدهید. • اگر علائم و نشانه های محرومیت از خواب برطرف نشد و یا بدتر شد با افراد مناسب تیم مراقبت بهداشتی مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به بیمار آموزش دهید تا از مصرف قهوه و دیگر غذاها و مایعات کافئین دارو نیز خوردن مقدار زیاد غذاهای پرپروتئین و پرچربی قبل از خواب خودداری کند. • به بیمار توصیه کنید که از مصرف الکل و یا خواب آورها جهت القاء خواب خودداری کند. • به بیمار توصیه کنید که فعالیت معمول قبل از خواب خود را در صورت توانایی انجام دهد (مانند نوع وضعیت خوابیدن، زمان خواب، انجام مطالعه، تماشای تلویزیون و گوش دادن به موزیک) • به بیمار توصیه کنید تا حد امکان (حتی در تخت) فعالیت های روزانه خود را افزایش دهد تا به ارتقاء خواب شبانه کمک کند و تا حد امکان از خوابیدن حین روز خودداری کند مگر اینکه عادت به این کار داشته باشد. • مصرف موادی نظیر شیر و پنیر قبل از خواب را که به خوابیدن آرام کمک می کنند، به بیمار توصیه کنید. • از خوابیدن و یا چرت زدن هنگام غروب خودداری کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت در رابطه با : • اختلال در سیستم انتقال اکسیژن ثانوی به بیماریهای قلبی (نظیر MI, CHF و ...)، بیماریهای تنفسی (COPD، بیماریهای ریوی، آتلکتازی)، گردش خون (هیپوولمی و آنمی) • افزایش نیاز متابولیک ثانوی به عفونت حاد و مزمن، اختلالات متابولیک، جراحی و مطالعات تشخیصی • کاهش تامین انرژی ثانوی به عدم مصرف غذای کافی • درد • عدم تحرك ناشی از افسردگی و کاهش انگیزه	

• اشکال در خواب و استراحت به علت ناتوانی در گرفتن وضعیت معمول خواب، بررسی و درمان های مکرر، ترس، اضطراب و محیط ناآشنا	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes
مددجو براساس شواهد زیر دچار عدم تحمل فعالیت نخواهد داشت: ۱- عدم گزارش خستگی و ضعف ۲- توانایی در انجام فعالیت های زندگی روزانه در حدود محدودیت های طبیعی بدون تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق، سرگیجه و تغییر قابل توجه در علائم حیاتی	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های عدم تحمل فعالیت را ارزیابی و گزارش کنید: • بیان خستگی و ضعف • تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق یا سرگیجه • واکنش ضربان قلب غیرطبیعی هنگام فعالیت (مثلا افزایش ضربان قلب به میزان ۲۰ ضربه در دقیقه یا بالاتر از تعداد ضربان در هنگام استراحت، ضربان قلب تا ۳ دقیقه بعد از توقف به میزان قبل از فعالیت برنمی گردد، تغییرات از ضربان منظم تا نامنظم) • کاهش فشارخون سیستولی یا افزایش قابل توجه (۱۵-۱۰ میلی متر جیوه) در فشار دیاستولی هنگام فعالیت. ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از عدم تحمل فعالیت انجام دهید: ▪ اقداماتی را جهت ارتقاء استراحت و حفظ انرژی انجام دهید: - فعالیت های محیطی و سرو صدا را به حداقل برسانید. - مراقبت های پرستاری را متعاقب دوره های استراحت انجام دهید. - تعداد و زمان ملاقاتها را محدود کنید. - در صورت نیاز به مددجو برای فعالیتهای مراقبت از خود کمک کنید. - اقداماتی را جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار به کار برید. ▪ اقداماتی را جهت کاهش بار قلب و کمک به حفظ ذخیره قلبی انجام دهید: - در صورت تجویز، مددجو را به طور دوره ای در وضعیت نیمه نشسته تا نشسته کامل قرار دهید. - اقداماتی را جهت بهبود الگوی تنفسی و بازبودن راه هوایی اجرا کنید. در صورت دستور، اکسیژن رسانی کافی بافتی را ارتقاء دهید. - اعمالی را برای کمک به حفظ قدرت عضلانی انجام دهید. - اعمالی را برای حفظ وضعیت تغذیه ای کافی فراهم کنید.	

آموزش به بیمار	Patient Education
• به بیمار علت اصرار بر خودداری از بی حرکت بودن و تشویق وی به انجام فعالیت را توضیح دهید. • به بیمار نحوه استفاده از تنفس کنترل شده حین انجام فعالیت را توضیح دهید. • به بیمار اهمیت و نحوه صحیح انجام تکنیک های سرفه و پاک سازی ترشحات را آموزش دهید. • نحوه استفاده از تکنیک های آرام سازی در طی فعالیت را به بیمار آموزش دهید. • اهمیت تغذیه مناسب جهت تامین انرژی برای انجام فعالیت را بیان کنید. • علائم عدم تحمل فعالیت را به بیمار شرح دهید و اینکه کدام علائم را باید به شما و پزشک گزارش دهد. • نحوه استفاده از وسایل و داروهای کمکی قبل و حین فعالیت را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
	اختلال در سلامت پوست در رابطه با: • کاهش جریان خون به بافت ثانوی به استاز وریدی، هیپوترمی، ادم، آنمی، اختلالات قلبی - ریوی، سوء تغذیه، تغییرات رژیم غذایی، دهیدراتاسیون، تغییرات عروقی - محیطی، وضعیت NPO • بی حرکتی ثانوی به مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور و کما • فشار و تحریک مکانیکی ثانوی به استفاده از تورنیکت، پانسمان، چسب و محلول ها، لوله داخل تراشه، NGT، کاتتر ادراری خارجی • کاهش حس ثانوی به بی حسی، کما، فلج کامل یا موضعی
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	مددجو بر اساس شواهد زیر دچار اختلال در سلامت پوست نخواهد شد. ۱- قرمزی و التهاب وجود ندارد. ۲- آسیب بافتی وجود ندارد. ۳- بیمار تمایل به شرکت در برنامه پیشگیری از زخم را بیان می کند. ۴- دلیل انجام اقدامات را بیان می کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱- علایم و نشانه های اختلال در سلامت پوست را بررسی و گزارش کنید: • ادم • قرمزی و التهاب • آسیب ۲- اقداماتی را به منظور پیشگیری از اختلال در سلامت پوست اجرا کنید: • تمام قسمت های پوست (مخصوصاً قسمت های چین دار پوستی) را تمیز نگه دارید.

- پوست بیمار را از ترشحات بدنی پاک کنید.
- در مراقبت از پوست سالم از پمادهای پوستی استفاده کنید.
- در صورت لزوم، پدهای غیر جاذب زیر ملافه یا روی بالش مددجو قرار دهید.
- در صورت لزوم، کیسه های غیر جاذب ادراری و مدفوعی را بازرسی کنید.
- پس از استفاده از صابون، پوست را به طور کامل بشویید.
- در زخم های مختلف مراقبت های مناسب را به کار برید (پانسمان های هیدروکلونیدی، پمادهای ضد باکتریایی).
- طول، عرض و عمق زخم را اندازه گیری کرده مرحله زخم را تعیین کنید و آن را گزارش دهید.
- با انجام اعمالی به جریان یافتن خون رو به جلو کمک کنید:
 - ماساژ اندام البته تا حدی که باعث قرمز شدن آن نشود (ممکن است پوست آسیب ببیند).
 - بیمار را در وضعیتی که باعث تقویت جریان خون گردد قرار دهید.
- فشار و نیروی اصطکاک بر پوست را کاهش دهید.
 - از وسایل کمکی مناسب نظیر تشک، پدهای فشاری، محافظهای آرنج و پاشنه، صندلی نرم، تشک هوایی یا حاوی مایع، نرده های تخت و . . . استفاده کنید.
 - هر ۱-۲ ساعت یکبار بیمار را تغییر وضعیت (تغییر نقاط تحت فشار) دهید و اگر هوشیار است به او جهت انجام این کار آموزش دهید.
 - مایعات و رژیم دریافتی بیمار را به منظور کنترل بهبود زخم و سلامت پوست (استفاده از پروتئین، کربوهیدراتها و ویتامین های C و B) بررسی و تنظیم کنید.
- اقداماتی را جهت افزایش برون ده قلب اجرا کنید:
 - بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید.
 - به مددجو آموزش دهید تا از فعالیتهایی که باعث به وجود آمدن مانور والسالوا می شود اجتناب کند.
 - تدابیری را جهت برقراری آرامش جسمی و روحی بیمار اجرا کنید (مثل کاهش صدا، محیط آرام، کاهش تعداد ملاقات کننده ها، انجام فعالیت در حد تحمل).
 - تدابیری را جهت بهتر شدن وضعیت تنفسی اتخاذ کنید تا اکسیژن بیشتری در اختیار بافت ها قرار گیرد.
 - مددجو را تشویق به حذف کافئین و محدودیت مصرف قهوه، چای و کولا کنید چرا که باعث تحریک عضله میوکاردا و افزایش نیاز به اکسیژن می شود.
 - بیمار را تشویق به افزایش تدریجی فعالیت در حد تحمل کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
• به بیمار نحوه بررسی سلامت پوست و کنترل آن از نظر ایجاد صدمه را آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید که حداقل هر ۲ ساعت یکبار در تخت جابه جا شود. • نحوه استفاده از بالش و وسایل کاهنده فشار را به بیمار آموزش دهید. • در صورت عدم منع حرکت، برای شروع کردن هر چه زودتر فعالیت ها به او آموزش دهید. • اهمیت تغذیه در بهبود سلامت پوست را به بیمار یادآور شوید. • به بیمار آموزش دهید از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذاخورداری کند تا از دفع آهن جلوگیری شود. • مصرف مواد حاوی ویتامین ث (آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس) را به بیمار توصیه کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال در فعالیت جسمی در رابطه با : • کاهش قدرت و تحمل ثانوی به اختلالات عصبی عضلانی، بیماریهای سیستم عصبی (نظیر پارکینسون، میاستنی گراویس)، فلج کامل یا نسبی (نظیر صدمات طنابی نخاعی و حملات عروقی مغز)، افزایش فشار داخل جمجمه، نقایص حسی و کما • وجود خط وریدی. • کاهش انگیزه یا درد. • داروهای مؤثر بر CNS ، داروهای بلوک کننده عصبی، عضلانی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر اساس شواهد زیر حداکثر تحرك را در محدوده حرکتی با وجود بیماری یا آسیب و طرح درمانی حفظ خواهد کرد. ۱- آمادگی خود را جهت یادگیری بیان می کند. ۲- نحوه تعدیل عوامل مرتبط با خطر و ویژگی های تعیین کننده را بیان می کند. ۳- بیمار نحوه استفاده از وسایل جهت افزایش تحرك را نشان می دهد. ۴- از اقدامات مناسب جهت کاهش خطر احتمالی بروز صدمه استفاده می کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علائم و نشانه های اختلال در تحرك جسمی را در بیمار بررسی و گزارش دهید. • خودداری از حرکت • محدودیت دامنه حرکتی مفاصل	

۲- اقداماتی را جهت ارتقاء تحرک جسمی بیمار انجام دهید. • اقداماتی را برای حرکت مفاصل و عملکرد عضلات به طور مطلوب در ضمن دوره بی حرکتی انجام دهید. - در صورت عدم منع، به مددجو در انجام تمرینات حرکتی در حدود حداقل ۳ بار در روز آموزش داده و کمک کنید. - آموزش ها، فعالیت ها و طرح ورزشی توصیه شده توسط فیزیوتراپیست و کاردرمانی را تقویت کنید. - در صورت دستور برای استفاده از وسایل تحریک کننده الکتریکی، به منظور ارتقاء تقویت عضلات کمک کنید. - در صورت تجویز، مددجو را به مشارکت در مراقبت از خود تشویق کنید، نرده کنار تخت را بالا بکشید و زنجیر آویز بالای تخت فراهم کنید مگر اینکه مانعی برای ارتقاء حرکت وابسته وجود داشته باشد. - اعمالی را برای کاهش جمود مفاصل انجام دهید. - اعمالی را برای حفظ وضعیت تغذیه ای مناسب انجام دهید و در صورت دستور به حفظ توده عضلانی، تون و قدرت عضلانی کمک کنید. • در صورتی که حرکت و حدود حرکتی بیمار محدودتر شد با تیم مراقبان بهداشتی مشورت کنید. • اقدامات مضاعف برای افزایش تحرک انجام دهید. - قبل از جلسات فعالیت، دوره های استراحت کافی و مناسب برقرار نمایید. • عوارض بی حرکتی و تکنیک های پیشگیری از آن را به بیمار آموزش دهید. • مداخلات منحصر به فرد اختصاصی برای بیمار را در برنامه مراقبت پرستاری وی اضافه کنید.	آموزش به بیمار Patient Education • اقدامات مناسب جهت کاهش خطر بروز صدمه احتمالی را به بیمار آموزش دهید. • نحوه استفاده از وسائل جهت افزایش تحرک را به بیمار آموزش دهید. • عوارض بی حرکتی را به بیمار بیان کنید. • تاثیر تغذیه مناسب در بهبود فعالیت جسمی را به بیمار یادآور شوید • نحوه انجام ROM در تخت را به بیمار آموزش دهید.
---	--

بیان مشکل Problem Definition	افزایش حجم مایعات بدن در رابطه با: • احتباس سدیم و آب ثانوی به اثرات جانبی بعضی داروها نظیر کورتیکواستروئیدها
--	--

• اختلال در برگشت وریدی ثانوی به عدم تحرك، فلبیت مزمن. • دریافت بیش از حد مایعات. • تحريك ترشح ADH ثانوی به ضربه سر، تروما، عفونت و CHF. • تجویز مایعات هیپوتونیک وریدی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر اساس شواهد زیر دچار افزایش حجم مایعات نخواهد شد: ۱. سطوح سدیم سرم به دامنه طبیعی خود (۱۳۵-۱۴۵ میلی اکی والان بر لیتر) خواهد رسید. ۲. بیمار مایع اضافی را دفع خواهد کرد که نشانه آن کاهش وزن وی خواهد بود. ۳. سمع ریه ها واضح و بدون کراکل است. ۴. تنگی نفس، ادم محیطی و اتساع ورید گردنی بروز نخواهد کرد. ۵. صدای S₃ در سمع قلب شنیده نخواهد شد. ۶. حجم نبض طبیعی خواهد بود. ۷. جذب و دفع متعادل خواهد بود. ۸. وضعیت روانی طبیعی خواهد بود. ۹. زمان تخلیه ورید دستها کمتر از ۵ ثانیه خواهد بود. ۱۰. فشار ورید مرکزی در حد طبیعی خواهد بود.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱ - علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات بدن را بررسی و گزارش نمایید: • ادم محیطی • هایپرتانسیون (فشار خون ممکن است به علت شیفیت مایع به فضای خارج عروقی افزایش نیابد). • سمع کراکل در ریه ها و یا فقدان صداهای ریوی • وجود صدای S₃ قلب • نبض پرشی • جذب بیشتر از دفع • تنگی نفس و ارتوپنه • اتساع وریدهای گردنی • تأخیر در زمان تخلیه وریدی دست (طولانی تر از ۵ ثانیه) • افزایش فشار ورید مرکزی (در صورت فقدان وسیله ای برای اندازه گیری فشار ورید مرکزی از روش لمس نبض وریدهای ژوگولار داخلی برای تخمین میزان فشار ورید مرکزی استفاده کنید). • نتایج رادیوگرافی ریه دال بر احتقان عروق ریوی، پلورال افیوژن یا ادم ریه	

۲ - اقداماتی را برای کاهش حجم مایع افزایش یافته انجام دهید: • محدودیت مصرف مایعات از هر طریقی (NGT و TPN و یا ورید محیطی) را طبق دستور رعایت کنید (معمولاً میزان دریافت مایع ۷۰۰-۴۰۰ میلی لیتر به اضافه دفع ادراری در ۲۴ ساعت قبل است). • در صورتی که مددجو داروهای وریدی با حجم زیاد یا تعداد زیاد دریافت می دارد با پزشک درباره روشهای پیشگیری از افزایش مایع تجویز شده مشورت کنید (مانند قطع انفوزیون اولیه در طی تجویز داروهای وریدی، رقیق کردن داروها با حداقل حلال). • طبق دستور، مصرف سدیم را محدود کنید. • جهت افزایش دفع آب، طبق دستور، دیورتیک تجویز نمایند. • بیمار را از نظر علائم و نشانه های SIADH بررسی کنید (نظیر کاهش برون ده ادراری، ادرار غلیظ، ادم، هیپوناترمی)	
Patient Education	آموزش به بیمار
	• به بیمار آموزش دهید مصرف نمک روزانه را محدود کند. • در صورت استفاده از غذاهای کم نمک جهت طعم دادن به غذا می تواند از سرکه و آبلیمو مطابق با میزان تمایل استفاده کند. • علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات بدن را بیان کرده و در صورت وجود، گزارش دهد. • آموزش کلامی و نوشتاری در مورد انواع داروها و عوارض جانبی آنها خصوصاً داروهایی که تاثیر مستقیم بر تعادل مایعات دارند (نظیر دیورتیک ها و کورتیکواستروئیدها) به بیمار بدهید. • نحوه کنترل دقیق جذب و دفع و اهمیت انجام این کار را به بیمار آموزش دهید. • اهمیت تغییر پوزیشن جهت جلوگیری از تخریب پوست در بیماران دارای ادم را به بیمار یادآور شوید.
Problem Definition	بیان مشکل
	کاهش حجم مایعات بدن در رابطه با: • از دست دادن مایعات، ثانوی به تب یا افزایش سرعت متابولیسم، ترشحات غیر طبیعی فراوان از زخم ها، اسهال و درن ها • استفراغ • کاهش انگیزه جهت نوشیدن مایعات ثانوی به افسردگی و خستگی • رژیم غذایی ناکافی و ناشتا بودن • تغذیه نادرست از طریق لوله های تغذیه • سختی در بلع یا خوردن، ثانوی به درد و خستگی • مصرف بیش از حد دیورتیک ها

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	مددجو بر اساس شواهد زیر، علائم کمبود حجم مایعات را نشان نخواهد داد: ۱- تورگور پوست طبیعی خواهد بود. ۲- غشای مخاطی مرطوب است. ۳- وزن ثابت است. ۴- نبض و فشار خون طبیعی است و با تغییر وضعیت ثابت می باشد. ۵- عروق مویرگی در عرض کمتر از ۵-۳ ثانیه پر می شود. ۶- وضعیت روانی بیمار طبیعی خواهد بود. ۷- سطوح نیتروژن اوره خون و هماتوکریت طبیعی خواهد بود. ۸- جذب و دفع متعادل است. ۹- وزن مخصوص ادرار طبیعی خواهد بود.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علایم و نشانه های کمبود حجم مایعات را بررسی و گزارش نمایید: • کاهش تورگور پوست • خشکی غشاء مخاطی، تشنگی • کاهش وزن ناگهانی به میزان ۲ درصد یا بیشتر • افت وضعیتی فشارخون و یا پائین بودن فشارخون • ضعف، نبض تند • برگشت خون مویرگی بیشتر از ۳ ثانیه • زمانی که در وضعیت خوابیده به پشت است ورید گردن صاف باشد. • تغییر در وضعیت روانی • هماتوکریت و نیتروژن اوره بالا در خون • کاهش برون ده ادراری یا افزایش وزن مخصوص • عدم تعادل جذب و دفع ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از کمبود حجم مایعات انجام دهید: • اقداماتی را برای بهبود دریافت دهانی (در صورتی که بیمار قادر و جایز باشد) انجام دهید. (در قسمت تشخیص پرستاری اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن توضیح داده شده است). • اقداماتی برای کاهش تب و برطرف نمودن فرآیند عفونت به منظور کاهش مایع از دست رفته در نتیجه تعریق و هیپرونتیلیاسیون که ممکن است موجب عفونت حاد گردد، انجام دهید. • دریافت مایعات در صورت عدم محدودیت حداقل ۲۵۰۰ سی سی در روز باشد چنانچه تغذیه از طریق

دهان ناکافی است و یا منع دارد، طبق دستور، مایع درمانی از طریق ورید یا روده ای حفظ گردد. • در بیمارانی که از طریق TPN تغذیه می شوند: - در صورت دستور سطح گلوکز خون را چک کنید. - در صورت دستور انسولین تجویز کنید. - سطح آلبومین سرم را چک کنید.
آموزش به بیمار
Patient Education • آموزش کلامی و نوشتاری در مورد مایعات مفید برای بیمار و مقدار مصرف آنها به بیمار بدهید. • لیستی از مایعات جایگزین را برای بیمار فراهم کنید (بستنی، پودینگ و ...) • نیاز به افزایش مصرف مایعات در هنگام تب، عفونت، دیسترس تنفسی و ... را به بیمار توضیح دهید. • علائم کم آبی و نحوه بررسی آنها را به بیمار توضیح دهید. • اهمیت توزین روزانه در شناسایی از دست دادن مایعات را به بیمار یادآور شوید • اهمیت مصرف کافی پروتئین و ضرورت آن در حفظ فشار اسموتیک طبیعی خون را به بیمار یادآور شوید غذاهایی که حاوی پروتئین است را برای بیمار لیست کنید (گوشت، ماهی، تخم مرغ، دانه سویا، پنیر و ...)

بیان مشکل
اختلال در تبادل گاز در رابطه با - ترشحات فراوان و غلیظ ثانوی به عفونت - بی حرکتی، استاز ترشحات و سرفه غیر موثر ثانوی به بیماریهای سیستم عصبی (نظیر سندرم گیلن باره، مولتیپل اسکلروزیس، میاستنی گراویس)، تضعیف سیستم عصبی مرکزی / تروما به سر، صدمات طناب نخاعی و کoadری پلژی - بی حرکتی ثانوی به اثرات آرامبخش داروها - بی حرکتی ثانوی به جراحی یا تروما، درد، ترس، اضطراب و اختلالات درکی – شناختی
برآیندهای مورد انتظار
Expected Outcomes براساس شواهد زیر، تبادل O_2/CO_2 در مددجو در حد کافی خواهد بود ۱- وضعیت روانی معمولی است. ۲- تنفس بدون زحمت و ۲۰-۱۲ بار در دقیقه است. ۳- گازهای خون شریانی در حد طبیعی خواهند بود. ۴- تعداد ضربان قلب طبیعی است. ۵- میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن در حد طبیعی خواهد بود.

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های اختلال در تبادل گاز را بررسی و گزارش کنید: - بی قراری، حساسیت - گیجی، بی خوابی - افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس - کاهش اکسیژن خون شریانی و یا افزایش فشار گاز کربنیک خون شریانی و میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد - سیانوز مرکزی (یک علامت دیررس) ۲- اقداماتی را جهت بهبود تبادل گاز انجام دهید • اکسیژن درمانی طبق دستور حفظ شود. • اقداماتی جهت بهبود الگوی تنفس انجام شود. - درد مددجو را کاهش دهید تا تمایل مددجو به حرکت و عمق بیشتر تنفس افزایش یابد. - ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید تا از تنفس تند و سطحی پیشگیری کنید. - مددجو را در وضعیت نیمه نشسته تا کاملاً نشسته قرار دهید مگر اینکه محدودیتی وجود داشته باشد. جهت جلوگیری از افتادن، از بالشت جهت وضعیت دادن استفاده کنید. - حداقل هر دو ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید. - اگر بیمار هیپرونتیله است او را به تنفس آهسته تشویق کنید. - تضعیف کننده های سیستم عصبی مرکزی را با احتیاط تجویز کنید و اگر تعداد تنفس کمتر از ۱۲ تا در دقیقه بود با مشورت پزشک دارو را قطع کنید. • هر وقت که اجازه داده شد فعالیت بیمار را افزایش دهید. به بیمار کمک کنید تا به طور مکرر (در صورت امکان هر ساعت) از سمتی به سمت دیگر بچرخد. • بیمار را تشویق به انجام تنفس عمیق و سرفه ۵ بار در هر ساعت کنید. • در بیمار تحت تراکئوستومی - اکسیژن مرطوب در صورت دستور فراهم کنید. - ناحیه تراکئوستومی را طبق دستور و نیز prn ساکشن کنید. قبل و بعد از انجام ساکشن جهت پیشگیری از هیپوکسی اکسیژن فراهم کنید. در هنگام کار با تراکئوستومی و لوله آن تکنیک استریل را رعایت کنید - از حرکت های غیر ضروری لوله تراکئوستومی پیشگیری کنید. - اطراف لوله تراکئوستومی را پاکیزه نگه دارید و کانولای آن را هر شیفต์ تعویض کنید و اگر از جنس فلزی دائمی است هر شیفต์ آن را خارج کرده و داخل آن را تمیز کنید و مجدداً جایگذاری کنید و یا طبق دستور العمل موسسه خود رفتار کنید.)	

- بیمار را از نظر علائم و نشانه های عفونت تنفسی پایش کنید (نظیر تب، کراکل، افزایش گلبول های سفید خون و گزارش گرافی قفسه سینه) • در صورتی که سطح گازهای خون شریانی به حد طبیعی برگشت از اکسیژن با غلظت بالاتر (در صورت دستور عدم منع مصرف) استفاده کنید • اگر افزایش غلظت اکسیژن در بهبود وضعیت بیمار موثر واقع نشد در صورت عدم محدودیت از اعمال Peep استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• علائم و نشانه های اختلال در تبادل گاز را به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید تا در وضعیت نیمه نشسته تا کاملاً نشسته (در صورت عدم محدودیت) قرار گیرد و از بالشت جهت وضعیت دادن و جلوگیری از سقوط استفاده کند. • اهمیت تغییر وضعیت و جابه جایی در تخت را به بیمار یاد آور شوید. • نحوه انجام تنفس آهسته و تکنیک های تنفس کنترل شده را به بیمار آموزش دهید. • تکنیک های آرام سازی جهت کنترل اضطراب را به بیمار آموزش دهید. • نحوه تسکین و کنترل درد را خصوصاً در بیماران دارای جراحی های قفسه سینه و شکمی را آموزش دهید • اهمیت انجام تنفس عمیق و سرفه موثر در بهبود تبادل گازها را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور در رابطه با پاتوفیزیولوژیک - ضعف عضلات و خستگی ثانوی به وضعیت ناپایدار همودینامیک، کاهش سطح هوشیاری، آنمی، عفونت، عدم تعادل آب و الکترولیت، بیماری مزمن تنفسی، معلولیت مزمن عصبی عضلانی، بیماری چند سیستمی، کمبود تغذیه ای مزمن عوامل درمانی - پاک سازی غیر موثر راه هوایی - راه هوایی مسدود - ضعف عضلانی و خستگی ثانوی به مصرف بیش از حد داروهای سداتیو، بیهوشی دهنده، درد غیر قابل کنترل - تغذیه ناکافی (کمبود کالری، کربوهیدرات زیاد، دریافت چربی و پروتئین ناکافی) - وابستگی به تهویه طولانی مدت (بیشتر از یک هفته) - تلاش (های) ناموفق قبلی جداسازی از ونتیلاتور	

- روند سریع جداسازی از ونتیلاتور - موقعیتی (شخصی، محیطی) - دانش ناکافی از روند جداسازی - نیاز بیش از حد به انرژی (فعالیت های خود مراقبتی، روندهای تشخیصی و درمانی و ...) - حمایت اجتماعی ناکافی - محیط غیر ایمن (شلوغ، وقایع آشفته کننده، محیط پرسروصدا) - خستگی ثانوی به اختلالات الگوی خواب - اعتماد به نفس پائین - اضطراب متوسط تا شدید ناشی از تلاش های تنفسی - ترس از جداسازی از ونتیلاتور - احساس ضعف - احساس ناامیدی	برآیندهای مورد انتظار Expected Outcomes
براساس شواهد زیر، بیمار علائم و نشانه های پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور را نشان نخواهد داد ۱- مراحل جداسازی از ونتیلاتور به خوبی روشن خواهد شد. ۲- لوله تراشه خارج خواهد شد. ۳- بیمار تمایل مثبت به تلاش های بعدی جهت انجام جداسازی از ونتیلاتور نشان خواهد داد.	توصیه های پرستاری Nursing Recommendations
۱- علایم و نشانه های پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور را در مددجو بررسی و گزارش کنید: - احساس نیاز فزاینده به اکسیژن، خستگی، گرمی و تنگی نفس - افزایش تمرکز به تنفس - افزایش جزئی در فشار خون - افزایش جزئی در سرعت ضربان قلب - افزایش در سرعت تنفس - آشفته گی - تعریق - گشادشدن چشم ها - کاهش میزان هوای ورودی در سمع ریه ها - تغییر رنگ پوست (رنگ پریده، سیانوز جزئی) - استفاده از عضلات فرعی تنفسی در مراحل شدیدتر	

- بی قراری

- تغییر واضح در میزان گازهای خون شریانی

- افزایش فشار خون به میزان خیلی شدیدتر

- افزایش بیش از حد ضربان قلب

- تنفس سریع و کم عمق

- استفاده کامل از عضلات فرعی تنفسی

- تنفس های گسپینگ

- تنفس شکمی پارادوکس

- کاهش صداهای تنفسی

- سیانوز

- تعریق شدید

- عدم تطابق تنفس با ونتیلاتور

- کاهش سطح هوشیاری

۲- اقداماتی را جهت جلوگیری از پاسخ نامناسب به جداسازی از ونتیلاتور انجام دهید:

- در صورت امکان، عوامل دخیل در تلاش های جداسازی ناموفق قبلی را بررسی کنید

- آمادگی جهت انجام جداسازی را در بیمار را بررسی کنید:

- غلظت اکسیژن ۵۰٪ یا کمتر در ونتیلاتور

- فشار مثبت انتهای بازدمی کمتر از ۵ سانتی متر آب

- تعداد تنفس کمتر از ۳۰ تا در دقیقه

- تهویه دقیقه ای کمتر از ۱۰ لیتر در دقیقه

- فشارهای دینامیک و استاتیک پائین با کمپلانس حداقل ۳۵ سانتی متر آب

- عضلات تنفسی با قدرت کافی

- عدم بی قراری و ناراحتی

- تمایل جهت انجام جداسازی

- اگر آمادگی برای انجام جداسازی وجود داشت بیمار را در برنامه جداسازی درگیر و متعهد کنید:

- روند جداسازی را به بیمار توضیح دهید.

- اهداف جزئی کار را به بیمار توضیح دهید

- به بیمار توضیح دهید که این اهداف ممکن است به صورت روزانه مورد بررسی و معاینه قرار گیرند.

- دستورالعمل های موسسه خود را در مورد روند جداسازی اعمال کنید.

- نقش بیمار در روند جداسازی را به وی توضیح دهید:

- تقویت اعتماد به نفس

- اعتماد بیمار به پرسنل و محیط را ارتقاء دهید • تأثیرات منفی اضطراب و خستگی را کاهش دهید - وضعیت بیمار را مکرر بررسی کنید تا از اضطراب و خستگی پیشگیری کنید. - دوره های منظمی از استراحت را قبل از پیشرفت خستگی فراهم کنید. - اگر بیمار در حال آژیه شدن است به او کمک کنید تا آرام شود و در کنار او بمانید. - اگر روند جداسازی قطع شد و ادامه نیافت درک بیمار از شکست در جداسازی را بررسی کنید و به او اطمینان دهید که این تلاش جهت جداسازی یک فعالیت مفید است و باید انجام شود تا به موفقیت دست یابیم - روند جداسازی را در زمانی که بیمار به خوبی استراحت کرده است معمولاً صبح و بعد از خواب شبانه شروع کنید. - یک محیط جداسازی مثبت و مناسب، که در آن بیمار احساس امنیت می کند را فراهم کنید. • اجزاء روند جداسازی را به دیگر افراد تیم بالین توضیح دهید تا احتمال جداسازی موفق را بالا ببرید: - زمان شروع - فهرست دوره های استراحت و فعالیت - فعالیت جانبی - پیوستگی به برنامه مراقبتی	آموزش به بیمار
• روند جداسازی از ونتیلاتور را به بیمار آموزش دهید • اهداف جزئی کار را به بیمار توضیح دهید • تکنیک های کاهش اضطراب را به بیمار آموزش دهید • به بیمار اطمینان دهید که تلاش جهت جداسازی یک فعالیت مفید است و باید انجام شود تا به موفقیت دست یابیم • اهمیت همکاری بیمار در روند جداسازی را به بیمار متذکر شوید	Patient Education

بیان مشکل	Problem Definition اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن در رابطه با: - افزایش نیاز به کالری و یا اشکال در دریافت کالری مورد نیاز ثانوی به عفونت یا تروما - دیسفاژی ثانوی به CVA، فلج مغزی، بیمار پارکینسون، اختلالات عصبی عضلانی - کاهش تمایل به خوردن ثانوی به تغییر سطح هوشیاری - کاهش تمایل به خوردن ثانوی به افسردگی، استرس، تهوع و استفراغ
-----------	---

- ممنوعیت دریافت مواد غذایی از طریق دهان (NPO)	برآیندهای مورد انتظار
Expected Outcomes مددجو وضعیت تغذیه ای مناسب را براساس شواهد زیر به دست خواهد آورد: ۱- وزن مددجو براساس سن، قد و چارچوب بدن در طی درمان در حد طبیعی باقی خواهد ماند. ۲- میزان اوره خون و آلبومین سرم، همچنین هموگلوبین، هماتوکریت و سطح ترانسفیرین طبیعی خواهد بود. ۳- قدرت عضلانی کافی داشته و نسبت به فعالیت تحمل کافی خواهد داشت. ۴- وضعیت غشاهای محیطی طبیعی هستند. ۵- بیمار تغذیه از طریق لوله را بدون تهوع و اسهال تحمل می کند	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- علایم و نشانه های سوء تغذیه را در بیمار بررسی و گزارش کنید: • کاهش وزن مددجو • غیر طبیعی بودن سطح BUN و آلبومین سرم، هموگلوبین و هماتوکریت و سطح ترانسفیرین • ضعف و خستگی • التهاب و زخم مخاط دهان • پریدگی رنگ ملتحمه • ناکافی بودن درصد وعده های غذایی که بیمار دریافت می دارد. ۲- اقداماتی را جهت جلوگیری و رفع سوء تغذیه بیمار انجام دهید: • اقداماتی را جهت پیشبرد دریافت از راه دهان در بیماری که قادر به دریافت مواد غذایی از طریق دهان است انجام دهید: - اقداماتی را جهت کنترل تهوع و استفراغ بیمار انجام دهید. - اقداماتی را جهت کاهش درد بیمار انجام دهید. - اقداماتی را جهت پیشبرد توانایی مددجو در انجام بلع مواد غذایی انجام دهید. - از مواد غذایی ولرم جهت تحریک حس بویایی کمک بگیرید. - فعالیت بیمار را در حد تحمل وی افزایش دهید (فعالیت، معمولاً باعث پیشبرد حس بهبود و افزایش اشتها می گردد) - در صورت لزوم با متخصص تغذیه جهت کمک به انتخاب غذا و نوشیدنیهایی که بتواند نیاز فرد را برطرف نماید مشورت کنید. - جهت کاهش خستگی مددجو را به داشتن استراحت قبل از غذا تشویق کنید. - یک محیط آرام، تمیز و خوشایند ایجاد کنید.	

- قبل از هر وعده غذا بهداشت دهان را رعایت کنید تا اشتها افزایش یابد. - در زمانی که فرد اشتهای بهتری دارد میزان کالری و پروتئین بیشتری را منظور کنید. - اگر مددجو ضعیف است و زود خسته می شود و اشتهای کمی دارد بهتر است تعداد دفعات صرف غذا افزایش و حجم هر وعده را کاهش دهید. - مصرف مایعات همراه با غذا را محدود کنید (مگر اینکه مایع مورد نظر ارزش غذایی بالا داشته باشد) - به مددجو فرصت کافی برای غذا خوردن بدهید. - اطمینان حاصل کنید که وعده های غذایی، کالری و پروتئین بالایی دارند. - جهت کنترل اسهال اقداماتی را انجام دهید. - طبق دستور ویتامین و مواد آلی تجویز کنید. • کالری مورد نیاز بیمار را طبق دستور محاسبه کنید. • در صورت عدم مصرف کافی مواد غذایی یا مایعات درباره روش های مختلف رساندن مواد غذایی به بیمار (مثلا از طریق لوله، TPN) با پزشک مشورت کنید. • دستورالعمل موسسه خود را در مورد تغذیه لوله ای پیروی کنید. - جهت جلوگیری از آسپیراسیون قبل از هر بار تغذیه محل NGT، را چک کنید. - در هنگام انجام گاوآژ، سر تخت ۳۰ درجه بالا باشد. - حداقل هر ۴ ساعت لوله را بشویید - در نوع تغذیه مداوم هر ۸ ساعت یکبار قبل از هر بار تغذیه میزان مواد باقی مانده در معده را چک کنید. - در صورتی که مقدار مواد باقی مانده در معده قبل از هر بار تغذیه معادل ۱۵۰ سی سی بود گاوآژ بعدی را انجام ندهید - در نوع تغذیه مداوم هر ۲۴ ساعت و بر طبق دستورالعمل موسسه سرنگ های تغذیه و هر نوع محلول تغذیه باقی مانده را دور بریزید. - هرگونه پاسخ به تغذیه را پایش کنید و به اسهال و استفراغ توجه کنید.	آموزش به بیمار Patient Education • به بیمار آموزش دهید که تعداد وعده های غذایی را افزایش داده و مقدار هر وعده را کم کند. • به بیمار آموزش دهید که مصرف مایعات همراه با غذا را محدود کند (مگر اینکه مایعات از نظر غذایی ارزش بالایی داشته باشند). • با توجه به وضعیت و تشخیص هر بیمار، لیستی از غذاهای مفید برای بیمار را برای او تهیه کنید. • علائم اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن را به بیمار یادآور شوید.
--	--

- اهمیت داشتن تغذیه مناسب جهت بهبود و جلوگیری از عفونت را به بیمار آموزش دهید.
- روش های کنترل درد و اضطراب را که باعث کمبود اشتها می شود را به بیمار آموزش دهید.
- اقداماتی را جهت پیشبرد توانایی مددجو در انجام بلع را به وی آموزش دهید.
- اهمیت انجام فعالیت در پیشبرد حس بهبود و افزایش اشتها را به بیمار آموزش دهید.
- به بیمار آموزش دهید که قبل از صرف غذا دهان خود را بشوید تا اشتها افزایش یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در رابطه با: پاتوفیز یولوژیک - اختلال در سیستم دفاعی بدن میزبان ثانوی به اختلالات تنفسی روندهای درمانی - محلی جهت تهاجم ارگانیسم ثانوی به جراحی (تراکئوستومی)، ورود کاتتر تغذیه وریدی با کالری بالا TPN، انتوباسیون، وجود خطوط عروقی تهاجمی، تغذیه روده ای، کاتتر ادراری، لوله تراشه موقعیتی (فردی، محیطی) - اختلال در سیستم دفاعی ثانوی به استرس، سابقه عفونت، سوء تغذیه، افزایش زمان بستری در بیمارستان - تماس با عوامل آلوده کننده (عفونت های بیمارستانی و اکتسابی) - پنومونی در ارتباط با رکود ترشحات ریوی و آسپیراسیون - عدم رعایت تکنیک استریل در ساکشن تراکئوستومی و لوله تراشه	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو براساس شواهد زیر علائم و نشانه های عفونت قسمت های مختلف را نشان نخواهد داد: ۱- صداهای تنفسی طبیعی هستند. ۲- دق ریه ها نرمال است. ۳- تاکی پنه وجود ندارد. ۴- در طی سرفه ترشحات روشن است. ۵- تب و لرز وجود ندارد. ۶- درد پلورتیک وجود ندارد. ۷- شمارش WBC به طرف طبیعی سیر می کند. ۸- گازهای خون در دامنه طبیعی است. ۹- کشت خلط منفی است.	

۱۰- در موضع ورود کاتترهای تهاجمی به بدن قرمزی، گرما، التهاب، درد و ترشح وجود ندارد. ۱۱- ادرار بیمار روشن است. ۱۲- ادرار دارای بوی معمولی است. ۱۳- نیترات‌ها و باکتری در ادرار وجود ندارد و تعداد WBC ها کمتر از ۵ عدد در ادرار است. ۱۴- کشت ادرار منفی است. ۱۵- محل جراحی تراکئوستومی بدون چرک است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱-۱ علایم و نشانه های عفونت ریوی را بررسی و گزارش کنید. • صداهای تنفسی غیرطبیعی (مانند کراکل ها، فزیکشن راب پلور، صداهای برونشیاال تنفسی، کاهش یافتن صداهای تنفسی) • گزارش دق دال در محل آسیب دیده • سرفه ترشح دارو چرکی، سبزرنگ • تب و لرز • درد پلورتیک • افزایش پایداریا افزایش در شمارش WBC • گازهای خونی و اکسیمتری غیر طبیعی • رادیوگرافی غیر طبیعی قفسه سینه (یافته ها نشان دهنده پنومونی) • گزارش نتایج غیر طبیعی در کشت خلط ۱-۲ اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت ریوی اجرا کنید • انجام اعمالی به منظور حفظ یک الگوی تنفسی طبیعی • انجام اعمالی به منظور کاهش خطر آسپیراسیون • تشویق و کمک به مددجو برای انجام مکرر رعایت بهداشت دهان به منظور کاهش تجمع باکتری در اوروفارنکس و متعاقب آن آسپیراسیون میکروارگانیزم ها • محافظت مددجو در مقابل افراد مبتلا به عفونت های تنفسی • تعویض و یا تمیز کردن وسایل مورد استفاده در مراقبت های تنفسی در صورت نیاز • رعایت تکنیک استریل در تمامی مراحل ساکشن ترشحات تراکئوستومی و لوله تراشه ۲-۱- علائم و نشانه های عفونت ناحیه برش تراکئوستومی را گزارش کنید. - درد بیش از حد - قرمزی بیش از حد - ادم زیاد	

- ترشح چرکی محل برش جراحی

۲-۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت محل برش تراکئوستومی انجام دهید.

- مرتباً طبق دستور و PRN پانسمان تراکئوستومی را تعویض کنید.
- در هنگام کار با لوله تراکئوستومی تکنیک استریل را رعایت کنید.
- در صورت وجود نشانه های عفونت با پزشک مشورت کنید.

۳-۱- علائم و نشانه های عفونت محل ورود کاتترهای تهاجمی نظیر کاتتر CVP, IV line و ... را گزارش کنید.

- لرز و تب

- قرمزی

- گرما

- ادم

- افزایش درد

- درناژ غیر معمول

- افزایش مقاوم شمارش WBC و تغییر ویژه در diff.

۲-۳- اقداماتی را به منظور پیشگیری از عفونت محل ورود کاتترها انجام دهید.

- رعایت تکنیک استریل در هنگام جایگذاری کاتترها

- تعویض کاتترها طبق دستورالعمل موسسه

- گزارش علائم عفونت به پزشک

- تا حد امکان انجام تکنیک های تهاجمی را کاهش دهید.

۴-۱- علائم و نشانه های عفونت دستگاه ادراری را بررسی و گزارش کنید:

- ادرار تیره یا بدبو

- تکرر و فوریت برای ادرارکردن

- سوزش ادرار

- لرز

- افزایش درجه حرارت

- وجود نیترات، باکتری و WBC بیشتر از ۵ عدد در نمونه ادرار و کشت مثبت ادراری

۴-۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری انجام دهید

- اعمالی را جهت پیشگیری از احتباس ادرار انجام دهید.
- در بیماران دارای سوند ادراری دائم، شستشوی پرینه روزانه انجام شود و در هنگام شستشو این کار از جلو به عقب صورت گیرد.

• در هنگام جایگذاری کاتتر ادراری تکنیک استریل رعایت شود و کاتتر طبق دستورالعمل موسسه تعویض شود. • مایعات حداقل ۲۵۰۰ سی سی در روز (مگر در صورت ممنوعیت) به منظور افزایش تشکیل ادرار و دفع پاتوژن از مثانه و پیشابراه مصرف شود. • در بیمار دارای سوند ادراری اطمینان از اتصال کاتتر به پایین شکم یا ران حاصل کنید تا خطر کشیده شدن ناگهانی آن و متعاقب آن وارد شدن آسیب به مثانه و پیشابراه کاهش یابد. • به منظور کاهش حرکت لوله از اتصال محکم لوله اطمینان حاصل کنید (حرکت لوله باعث ورود پاتوژن ها به داخل دستگاه ادراری و در نتیجه آسیب بافت و تجمع میکروارگانیسم ها می گردد). • در صورت امکان به منظور کاهش خطر ورود پاتوژن ها به داخل دستگاه ادراری، سیستم درناژ، از نوع بسته باشد. • به منظور پیشگیری از برگشت یا رکود ادرار، همیشه کیسه جمع آوری کننده ادرار در سطح پایین تر از مثانه قرار گیرد. • در صورت اجازه و امکان، هر چه سریعتر کاتتر خارج شود (خطر عفونت ادراری با حضور طولانی مدت کاتتر ادراری افزایش می یابد). ۳- مراقب باشید که قبل و بعد از تماس با بیمار دستهای خود را به روش صحیح بشویید. ۴- بیمار دارای تغذیه کافی باشد تا دچار کمبود کالری و پروتئین و تضعیف سیستم ایمنی نشود. ۵- استفاده صحیح از داروهای ضد میکروبی را پایش کنید. ۶- مدت اقامت در بیمارستان را کاهش دهید.	آموزش به بیمار Patient Education • علائم و نشانه های عفونت قسمت های مختلف را به بیمار آموزش دهید. • روش های انتقال عفونت را بیان کنید. • درباره نحوه تاثیر خواب، استراحت، رژیم غذایی، گردش خون مناسب و استرس بر سیستم ایمنی به بیمار توضیح دهید • اهمیت مصرف مایعات (در صورت عدم محدودیت) در پیشگیری از عفونت (خصوصا تنفسی و ادراری) را یادآور شوید • اهمیت بهداشت دهان در پیشگیری از عفونت ریوی را به بیمار توضیح دهید.
---	--

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات حسی – ادراکی در ارتباط با: شخصی	

- اضطراب، ترس، تحمل نسبت به محرک ها، بی حرکتی، محرومیت از خواب - مهارت‌های سازگاری، عدم کمک، عدم توانایی و قدرت پاتوفیزیولوژیک - اختلال در انتقال اکسیژن (مغزی، تنفسی، قلبی) - درد، بیماری مزمن، بیماری حاد، بیمارهای ویژه و بحرانی، اختلال عصبی (آنوکسی مغزی، تغییرات سطح هوشیاری) تغییرات متابولیک - اسیدوز، آلكالوز، عدم تعادل آب و الکترولیت محیطی - افزایش محرک های حسی (صدا، نور زیاد، فعالیت زیاد، بو، ویزیت های مکرر، انواع وسایل مکانیکی، مرگ و میر سایر بیماران، نداشتن محیط خلوت، صداها و آلام های غیر منتظره، محیط نامانوس درمان های مرتبط - محدودیت حرکتی (بستن دست به نرده کنار تخت)، مراقبت های روتین، پرسنل ناآشنا، پروسیجرهای دردناک و تهاجمی (Ivline، تراکتوستومی، لوله تراشه، تهویه مکانیکی، آرتیرالین)، عوارض دارویی، تحریکات زیاد لمسی، ایزولاسیون معکوس	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
براساس شواهد زیر بیمار علایم و نشانه های اختلال حسی – ادراکی را نخواهد داشت ۱- بیمار احساسات کلامی در مورد تغییرات ادراکی را بیان خواهد کرد. ۲- بیمار به زمان، مکان و شخص آگاهی دارد. ۳- حرکات محیطی را تحلیل دقیق خواهد کرد. ۴- خواب راحت خواهد داشت و علائم کم خوابی را در حین بیداری نشان نخواهد داد. ۵- بیمار آرام است و علائم تحریک پذیری و بی قراری ندارد. ۶- تمرکز بیمار مطلوب است. ۷- توانایی حل مسئله را دارد. ۸- الگوی ارتباطی و رفتاری بیمار طبیعی است.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- علائم و نشانه های اختلال حسی – ادراکی را در بیمار بررسی کنید • عدم آگاهی نسبت به زمان و مکان و شخص • توهم بینایی و شنوایی • تغییرات رفتاری و ارتباطی	

• بی قراری • تحریک پذیری • عدم تمرکز • کاهش توانایی حل مسئله ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری از بروز اختلال حسی – ادراکی در بیمار انجام دهید: • مصرف داروهای آرامبخش را محدود کنید. • اقداماتی را جهت کنترل درد و اضطراب و ترس بیمار انجام دهید. • اقداماتی را جهت بهبود الگوی خواب بیمار انجام دهید. • محرک های حسی (نور، صدا، فعالیت، صحبت کردن و مراقبت های تهاجمی غیر ضروری) را خصوصا در هنگام خواب بیمار کاهش دهید. • محیطی آرام و مانوس برای بیمار از طریق آشنایان و خانواده و صداهای آشنا و آنچه برای بیمار مطلوب است مثل رادیو، تلویزیون و ... فراهم کنید. • اعتماد به نفس بیمار را افزایش دهید. • علل فیزیولوژیک (نظیر عدم تعادل الکترولیت و هیپوکسی و ...) را برطرف کنید. • اهداف اقدامات درمانی و تشخیصی را به بیمار توضیح دهید. • در بیماران دچار کاهش بار حسی، حرکات و فعالیت بیمار را به حداکثر سطح ممکن برسانید (تغییر پوزیشن، استفاده از ویلچر، تحرک، ROM) • در تمام مدت زمانی که اختلال حسی – ادراکی وجود دارد اقدامات ایمنی را به کار ببرید (نرده کنار تخت، دست بند و ..)	آموزش به بیمار
• تکنیک های کنترل درد و اضطراب را به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید که احساسات خود را بیان کنید. • به بیمار روش های بهبود خواب را آموزش دهید. • بیمار را نسبت به درمان ها، تجهیزات و داروها آگاه کنید. • دلایل تغییرات محیطی و محرک ها را یادآور شوید.	Patient Education

بیان مشکل	اختلال در غشای مخاطی دهان در ارتباط پاتوفیزیولوژیک
Problem Definition	

• عفونت - درمانی • وضعیت NPO به مدت بیشتر از ۲۴ ساعت • تحریک مکانیکی ثانوی به لوله داخل تراشه یا لوله بینی - معدی - موقعیتی (فردی، محیطی): • سوء تغذیه • عوارض جانبی داروها • تنفس دهانی • بهداشت ضعیف دهان • دهیدراتاسیون	برآیندهای مورد انتظار
بیمار براساس شواهد زیر علائم و نشانه های اختلال در غشاء مخاطی دهان را نخواهد داشت: ۱- غشاء مخاطی دهان و لب ها سالم و مرطوب هستند. ۲- بیمار اظهار خواهد داشت که ناراحتی دهان برطرف شده است. ۳- غذا و مایعات کافی دریافت خواهد شد. ۴- بهداشت دهان کاملا برقرار است.	توصیه های پرستاری
۱- علایم و نشانه های اختلال در غشاء مخاطی دهان را بررسی و گزارش کنید. • زبان باردار • التهاب دهان • دهان خشک • لکوپلاکی • ادم • ژنرویت خونریزی دهنده • ترشح چرکی • تغییر مزه دهان • تخریب غشاء مخاطی دهان ۲- اقداماتی را جهت پیشگیری و درمان اختلال در غشاء مخاطی دهان انجام دهید. • از تکنیک های دقیق شستشوی دست ها قبل و در ضمن بررسی دهان استفاده کنید. • اهمیت بهداشت روزانه دهان را به بیمار توضیح دهید.	Nursing Recommendations

• توانایی بیمار جهت انجام بهداشت دهان را ارزیابی کنید. • روش صحیح مراقبت از دهان را به بیمار آموزش دهید. -دندان های مصنوعی و اتصالات آن را روزانه خارج کرده و تمیز کند. -دندان ها را بعد از صرف غذا و قبل از خواب مسواک بزند. -دهان را از نظر داشتن زخم یا خونریزی دهان بررسی کند. • در بیمار غیر هوشیار و یا بیماری که در معرض خطر آسپیراسیون است هر زمان که لازم شد بهداشت دهان را انجام دهید. • از محلول های غیر محرک و بدون مواد الکلی جهت شستشوی دهان استفاده کنید • از دریافت مواد غذایی کافی و نیز مایعات توسط بیمار (جهت پیشگیری از سوء تغذیه و دهیدراتاسیون) اطمینان حاصل کنید. • محل لوله داخل تراشه در داخل دهان را به طور مرتب تعویض کنید و مواظب باشید که باند لوله تراشه لبها را آزرده نکند. • در هنگام ساکشن ترشحات دهان فشار ساکشن به اندازه مناسب باشد تا مخاط دهان آزرده نشود و نیز به صورت چرخشی ساکشن صورت گیرد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• اهمیت بهداشت روزانه دهان را به بیمار آموزش دهید. • روش صحیح مراقبت از دهان را به بیمار آموزش دهید. • اهمیت مرطوب بودن و سلامت غشاء مخاطی دهان را به بیمار یادآور شوید. • عوامل مرتبط با بروز اختلال در غشاء مخاطی و راههای مقابله با آنها را به بیمار آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم توانایی در انجام تنفس خودبخودی در رابطه با: • ضعف عضلات تنفسی • عوامل متابولیک	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو براساس شواهد زیر علائم و نشانه های عدم توانایی در انجام تنفس خودبخودی را نشان نخواهد داد. • سرعت متابولیسم و ضربان قلب در حدود پایه و طبیعی هستند. • بیمار دارای تنفس طبیعی است. • مقادیر گاز های خون شریانی طبیعی هستند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations

۱- علایم و نشانه های ناتوانی در انجام تنفس خودبخودی را بررسی و گزارش کنید.

- تنگی نفس و آشفته گی و دلواپسی
- افزایش سرعت متابولیک
- بی قراری فزاینده
- افزایش استفاده از عضلات تنفسی
- کاهش حجم هوای جاری
- کاهش سرعت ضربان قلب
- مقادیر غیر طبیعی گازهای خون شریانی (کاهش اکسیژن خون شریانی، افزایش دی اکسید کربن خون شریانی، کاهش PH خون و افزایش SaO_2)
- کاهش قدرت تطابق

۲- اقداماتی را جهت بهبود وضعیت تنفسی بیمار انجام دهید:

- با پزشک در مورد استفاده از تهویه با فشار مثبت جهت کمک به کار تنفسی افزایش یافته بیمار توسط ونتیلاتور و لوله تراشه همکاری کنید.
- طول لوله داخل تراشه را از قسمت انتهای پروکزیمال کوتاه کنید تا فضای مرده را کاهش دهید و بدین ترتیب کار تنفسی را بکاهید.
- با پزشک و متخصص رژیم غذایی همکاری و مشورت کنید تا مطمئن شوید که منبع حداقل ۵۰ درصد کالری غیر پروتئینی رژیم غذایی از چربی ها تامین می شود و نه از کربوهیدراتها تا بدین ترتیب از تولید دی اکسید کربن بیش از حد جلوگیری کنید.
- با پزشک و متخصص ریه در مورد بهترین روش جداسازی از ونتیلاتور مشورت کنید چرا که مراحل جداسازی از ونتیلاتور از شخصی به شخص دیگر متغیر است.
- با پزشک و فیزیوتراپ در مورد افزایش تحرک بیمار مشورت کنید تا وضعیت عضلانی بیمار را ارتقاء دهید و عملکرد عضلات تنفسی را بهبود بخشید.
- بهترین روش برقراری ارتباط با بیمار را مشخص کنید تا استقلال بیمار را ارتقاء داده و اضطراب او را کاهش دهید.
- در صورت وجود درد، آن را درمان کنید تا از هیپوونتیلیاسیون جلوگیری کنید.
- مطمئن شوید که بیمار حداقل ۲ تا ۴ بار خواب غیر منقطع را در یک محیط آرام و تاریک داشته است. با پزشک و متخصص ریه در مورد استفاده از تهویه کمکی در شب جهت کمک به استراحت عضلات تنفسی مشورت کنید.
- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا روی صندلی کنار تخت قرار دهید تا بهتر بتواند از عضلات تهویه ای استفاده کند و اتساع دیافراگم تسهیل شود.

• قبل از شروع تلاش جهت جداسازی از ونتیلاتور، مراحل آن را به بیمار توضیح دهید تا بیمار بفهمد که چه چیزی اتفاق خواهد افتاد و چگونه در این امر باید مشارکت کند. • در طی مراحل جداسازی، بیمار را از نظر خستگی عضلات تنفسی پایش کنید تا از خسته شدن بیش از حد بیمار پیشگیری کند. • جهت کم کردن اضطراب بیمار، در طی مراحل جداسازی از فعالیت های انحرافی استفاده کنید. • زمانی که بیمار با موفقیت مراحل جداسازی را پشت سر گذاشت با پزشک و متخصص ریه در مورد جدا کردن ونتیلاتور و راه های هوایی مصنوعی مشورت کنید.	آموزش به بیمار
• در مورد رژیم غذایی کم کربوهیدرات و استفاده بیشتر از چربی جهت تامین انرژی مورد نیاز و اهمیت این موضوع به بیمار آموزش دهید. • اهمیت افزایش فعالیت کنترل شده همراه با دوره های استراحت را به بیمار یادآور شوید. • در مورد روش های کنترل درد به بیمار آموزش دهید. • در مورد راههای ارتقاء خواب به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد. • مراحل جداسازی از ونتیلاتور را به بیمار آموزش دهید. • به بیمار آموزش دهید تا از تکنیک های مختلف جهت کم کردن اضطراب خود استفاده کند.	Patient Education
منابع مورد استفاده ۱- اولریچ، سوزان پادربا. مراقبتهای پرستاری اولریچ، راهنمای برنامه ریزی. ترجمه اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، انتشارات گلبن، ۱۳۸۴. ۲- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice</i>. Philadelphia: Wolters Kluwer. ۳- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Handbook of Nursing Diagnosis</i>. Philadelphia: Wolters Kluwer. ۴- Ladwig G.B., & Ackley B. J. (2006). <i>Nursing Diagnosis Handbook</i>. St.Louis, Missouri, Mosby. ۵- Monahan F.D, Sands J.K, Neighbors M, Marek J.F, Green C.J. (2007). <i>Phipps' Medical Surgical Nursing, Health and Illness Perspectives</i>. St Louis: Mosby. ۶- Rodgers S.G. (2008). <i>Thomson Delmar Learning's, Medical Surgical Nursing Care Plans</i>. Thomson Delmar learning. ۷- Smeltzer SC, Bare BG., Hinkle JL., & Cheever KL. (2008). <i>Brunner and</i>	

Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sparks Ralph S, Taylor C.M. (2008). ***Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis -⁸ Reference Manual.*** Philadelphia: Wolter Kluwer.

Swearingen P. (2008). ***All – in – one: Care Planning Resource, Medical Surgical, -⁹ Pediatric, Maternity, Psychiatric Nursing Care Plans.*** St Louis: Mosby.

Urden L.D, Stacy K.M, Lough M.E.(2006). ***Thelan's Critical Care Nursing, -¹⁰ Diagnosis and Management.*** Mosby.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

دیالیز

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایع در رابطه با:	- احتباس آب و سدیم ناشی از کاهش میزان عملکرد نفرونها و کاهش میزان تصفیه گلومرولی و فعال شدن مکانیسم رنین – آنژیوتانسین – آلدوسترون - دریافت زیاد مایعات - کاهش اولترافیلتراسیون دستگاه همودیالیز - احتباس مایعات، ثانویه به مشکلات کاتتر دیالیز صفاقی (پیچ خوردگی و انسداد کاتتر). - احتباس مایعات، ثانویه به هایپوتونیک بودن محلول دیالیز
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر طبق شواهد زیر افزایش حجم مایع نخواهد داشت:	۸. وزن مددجو طبیعی است. ۹. تعداد تنفس ۲۰-۱۲ بار در دقیقه است و الگو و عمق نرمال دارد. ۱۰. تعداد ضربان قلب و فشار خون مددجو در حد طبیعی است. ۱۱. در سمع قلب، صدای S3 شنیده نمی شود. ۱۲. وضعیت ذهنی مددجو طبیعی است. ۱۳. حجم نبض طبیعی است. ۱۴. مقدار جذب و دفع، طبیعی است. ۱۵. صداهای ریوی طبیعی است. ۱۶. تنگی نفس، ارتوپنه، ادم محیطی و اتساع وریدهای گردنی مشاهده نمی شود. ۱۷. فشار ورید مرکزی در حد طبیعی است (۱۲-۵ سانتیمتر آب). ۱۸. خونریزی وجود ندارد. ۱۹. حجم مایع خروجی در دیالیز صفاقی برابر با حجم مایع ورودی است. ۲۰. پس از آموزش، مددجو قادر خواهد بود علائم و نشانه های افزایش حجم مایع را بیان کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۴- علائم و نشانه های افزایش حجم مایع را بررسی و گزارش کنید:	- افزایش ناگهانی وزن - افزایش فشار خون

	• وجود صدای S3 در سمع قلب • تغییر در وضعیت ذهنی • وجود کراکل در سمع ریه • وجود تنگی نفس و ارتوپنه • وجود ادم محیطی • اتساع وریدهای گردنی • افزایش فشار ورید مرکزی • وجود علائم احتقان عروق ریه یا پلورال افیوژن در گرافی ریه ۳- میزان اولترافیلتراسیون را بطور دقیق کنترل کنید. ۴- اقداماتی برای کاهش حجم مایع افزایش یافته انجام دهید: • مصرف مایعات را محدود کنید. • منابع افزایش دهنده حجم مایعات مانند غذاها و داروهای حاوی سدیم (نظیر آنتی اسیدهای حاوی سدیم) را شناسایی کنید. • از مددجو بخواهید که کلیه غذاها و مایعات و داروهایی که در سه روز گذشته مصرف کرده است را لیست نماید. • پس از شناسایی منابع فوق، مصرف آنها را محدود نمایید. • در صورتیکه مددجو داروهای وریدی با حجم زیاد یا تعداد دفعات زیاد دریافت می کند داروها را با حداقل حلال، رقیق کنید. • برای افزایش دفع آب، طبق دستور پزشک دیورتیک تجویز کنید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	۱- به مددجو آموزش دهید که مقدار دریافت روزانه سدیم و مایعات خود را محاسبه نماید. ۲- مصرف نمک را به حداقل برساند و بجای استفاده از نمک از سرکه و آبلیمو استفاده کند. ۳- علت محدودیت مصرف مایعات را برای مددجو و خانواده اش توضیح دهید. ۴- مصرف مایعات را محدود کند. ۵- روش اندازه گیری صحیح مقدار جذب و دفع و روش ثبت آن را به مددجو آموزش دهید.
Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن در رابطه با: • مصرف کم مواد غذایی از راه دهان به علت بی اشتها، محدودیتهای رژیم غذایی، اختلال در غشای مخاطی دهان، خستگی

• از دست دادن پروتئین در حین دیالیز صفاقی	برآیندهای مورد انتظار
Expected Outcomes بر طبق شواهد زیر مددجو وضعیت تغذیه ای مناسب خواهد داشت: ۱- وزن مددجو در محدوده طبیعی است و افزایش یا کاهش غیر عادی در آن مشاهده نمی شود. ۲- سطح آلبومین سرم، هموگلوبین، هماتوکریت و تعداد لنفوسیتها طبیعی است. ۳- غشاء مخاطی دهان سالم است و قوام پوست طبیعی است. ۴- اشتهای مددجو خوب است.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- مددجو را روزانه وزن کنید. ۲- الگوی تغذیه ای مددجو شامل تاریخچه تغذیه، غذاهای دلخواه و میزان کالری دریافتی را ارزیابی نمایید. ۳- عوامل موثر در اختلالات تغذیه ای شامل بی اشتها، تهوع یا استفراغ، وجود غذای نامطبوع از نظر مددجو، افسردگی، عدم درک محدودیتهای غذایی و وجود التهاب مخاط دهان را بررسی نمایید. ۴- میزان مواد غذایی مصرفی و میان وعده های غذایی مددجو را بررسی کنید. ۵- عوارض جانبی عدم تعادل الکترولیتی مانند ضعف عضلانی، آریتمی قلبی، بیحسی و سوزن سوزن شدن انتهایها و کرامپ عضلانی را بررسی کنید. ۶- علائم و نشانه های سوء تغذیه را بررسی و گزارش کنید: • وزن زیر حد طبیعی با توجه به سن، قد و توده بدنی مددجو • پایین بودن سطح آلبومین سرم، هموگلوبین، هماتوکریت و تعداد لنفوسیتها • وجود ضعف و خستگی • رنگ پریدگی ملتحمه ۷- اقداماتی را برای برقراری وضعیت تغذیه ای مناسب اجرا کنید: • مددجو را به افزایش فعالیت در حد تحمل تشویق کنید (افزایش فعالیت باعث افزایش راحتی و اشتها می گردد). • در صورت لزوم با یک مشاور تغذیه برای انتخاب غذاها و میوه های مجاز مشورت کنید. • عادات شخصی و فرهنگی مددجو را با رژیم غذایی تجویز شده تعدیل کنید. • مددجو را به داشتن دوره های استراحت قبل از وعده های غذایی برای به حداقل رسیدن خستگی تشویق کنید. • هنگام غذا خوردن برای مددجو محیطی تمیز و آرام و فضایی لذت بخش فراهم کنید. • به مددجو زمان کافی برای خوردن غذا بدهید و در صورت لزوم غذا را مجددا گرم کنید. • برنامه دارویی مددجو را طوری تنظیم کنید که داروها بلافاصله قبل از غذا مصرف نشوند زیرا	

ممکن است موجب بی اشتها بی وی شوند.	
• از آنجا که مددجویان تحت دیالیز صفاقی پروتئین از دست می دهند برای جبران آن روزانه مقدار ۱۰۰-۲۰۰ گرم پروتئین روزانه توصیه می شود. • ویتامینها و مواد معدنی را در صورت دستور در اختیار مددجو قرار دهید.	
۸-	دلایل محدودیت های غذایی در بیماریهای کلیوی را توضیح دهید. در این صورت درک مددجو از علت محدودیتهای غذایی افزایش می یابد.
۹-	مطمئن شوید که مددجو رژیم غذایی تجویز شده را رعایت می کند. از مددجو بخواهید که برای ۳ روز خود یک منوی غذایی که محدودیتهای رژیمی را در بر گرفته است طراحی نماید. (مخصوصا در شرایطی که روش دیالیز وی تغییر می کند: همودیالیز به دیالیز صفاقی یا دیالیز صفاقی به همودیالیز).
۱۰-	پس از انجام اقدامات فوق در صورتیکه مددجو به اندازه کافی غذا و مایعات برای رفع نیازهای غذایی خود استفاده نمی کند با پزشک مشورت کنید.
آموزش به بیمار	
Patient Education	
۱-	به مددجو توصیه کنید که رژیم غذایی با کالری بالا و محدودیت مصرف پروتئین، سدیم، پتاسیم و فسفر را رعایت نماید.
۲-	برچسب تمام مواد غذایی را از نظر میزان سدیم و نمک بررسی کند.
۳-	جهت خوش طعم کردن غذا بجای استفاده از نمک از افزودنیهای مطبوع مانند سبزیهای معطر استفاده کند.
۴-	هنگام طبخ و صرف غذا نمک اضافه نکند.
۵-	از مصرف مواد غذایی سرشار از فسفات مانند فرآورده های لبنی ونوشابه های حاوی کولا و مواد غذایی سرشار از پتاسیم خودداری کند.
۶-	جهت کاهش احساس تهوع و بی اشتها بی قبل از صرف غذا دهان را شستشو داده و مسواک بزند.
۷-	غذا را در دفعات متعدد و با حجم کم مصرف کند.
۸-	به مددجو توضیح دهید که عوارض جانبی آهن (مانند تهوع و یبوست) در صورت مصرف آن با معده پر یا همراه با یک ملین کاهش می یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت در رابطه با:	
• اکسیژن رسانی بافتی نامناسب بعلت کم خونی • تغذیه نامناسب • احتباس فرآورده های زائد بعلت نارسایی کلیه	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	مددجو بر اساس شواهد زیر افزایش تحمل فعالیت را نشان خواهد داد: ۱- مددجو بیان می کند که احساس خستگی و ضعف وی کاهش یافته است. ۲- مددجو توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی بدون تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق، گیجی و تغییرات قابل توجه در علائم حیاتی را خواهد داشت.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- مددجو را از نظر علائم و نشانه های عدم تحمل نسبت به فعالیت بررسی کنید: • بیان خستگی یا ضعف • تنگی نفس هنگام فعالیت، درد قفسه سینه، تعریق یا گیجی • غیر طبیعی شدن تعداد و ریتم ضربان قلب در پاسخ به فعالیت • تغییر قابل توجه (۲۰-۱۵ میلیمتر جیوه) در میزان فشار خون هنگام فعالیت. ۵- اقداماتی را برای بهبود تحمل نسبت به فعالیت اجرا کنید: الف) اقداماتی را برای افزایش استراحت و یا ذخیره انرژی انجام دهید: • در صورت دستور، فعالیت را محدود کنید. • فعالیتهای محیطی و سرو صدا را به حداقل برسانید. • مراقبتهای پرستاری را برای اجازه استراحت به مددجو سازماندهی کنید. • تعداد افراد ملاقاتی و زمان ماندن آنها را محدود کنید. • به مددجو برای انجام فعالیتهای مراقبت از خود بر حسب نیاز کمک کنید. • لوازم و وسایل شخصی را در دسترس مددجو قرار دهید. • به مددجو برای ذخیره انرژی آموزش دهید (استفاده از صندلی در موقع دوش گرفتن، مسواک زدن و شانه زدن موها، ساده سازی کارها). • به مددجو آموزش دهید که چگونه بین استراحت و فعالیت تعادل برقرار کند و اینکه برخی از فعالیتهای سنگین بعلت ایجاد خستگی، گیجی یا تنگی نفس شدید باید حذف شوند. • بطور تدریجی فعالیت مددجو را در حد تحمل افزایش دهید. • مددجو را به استراحت پس از دیالیز ترغیب کنید. ب) اقداماتی را برای کاهش سطح مواد نیترژن دار سرم به منظور کاهش میزان همولیز گلبولهای قرمز انجام دهید (مانند بهبود وضعیت تغذیه، محدودیت مصرف پروتئین، پیشگیری از عفونت، عدم تجویز داروهایی مانند جنتامایسین و ایبوپروفن که آسیب کلیوی را بیشتر می کنند). ج) اقداماتی را برای برقراری وضعیت مناسب تغذیه به منظور جلوگیری از کاتابولیسم پروتئین انجام دهید (به تشخیص پرستاری اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن، اقدام برقراری وضعیت مناسب تغذیه مراجعه

کنید).	
د) اقداماتی را برای برطرف کردن کم خونی مددجو انجام دهید (داروهای خونساز مثل اپونتین را در صورت دستور به منظور تحریک تولید گلبولهای قرمز تجویز کنید). ۶- اگر علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت وجود دارد یا بدتر شده است با پزشک مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱- به مددجو آموزش دهید که کاهش تحمل به فعالیت را گزارش نماید. ۲- هرگونه فعالیتی را که باعث درد قفسه سینه، کوتاه شدن تنفس، گیجی یا ضعف و خستگی اندامها می شود را متوقف کند. ۳- اگر علائم و نشانه های عدم تحمل به فعالیت وجود دارد یا بدتر شده است با پزشک مشورت کند. ۴- انرژی خود را حفظ کند و فعالیتهای روزمره زندگی خود را ساده سازی نماید. ۵- در مورد اهمیت تغذیه مناسب آموزش دهید. ۶- در مورد چگونگی استفاده از وسایل کمکی (مانند عصا) آموزش دهید. ۷- تکنیکهای آرامسازی را آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر ابتلا به عفونت در رابطه با: - کاهش مقاومت طبیعی بدن به علت سرکوب پاسخهای ایمنی در رابطه با افزایش مواد نیتروژن دار سرم - دسترسی مستقیم به جریان خون، ثانویه به وجود راههای دستیابی عروقی - دسترسی مستقیم به حفره پریتون، ثانویه به وجود کاتتر دیالیز صفاقی - استفاده از محلولهای دیالیز صفاقی با غلظت دکستروز بالا - وضعیت نامناسب تغذیه - تجمع ترشحات تنفسی و رکود ادراری بعلت کاهش تحرک	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر اساس شواهد زیر عاری از هر گونه عفونت باشد: ۱- تب ولرز وجود ندارد. ۲- تعداد ضربان قلب طبیعی است. ۳- صداهای تنفسی طبیعی است. ۴- خلط در سرفه های خلط دار شفاف است.	

۵- وضعیت تغذیه ای مناسب است. ۶- وضعیت ذهنی طبیعی است. ۷- ادرار شفاف است و تکرر ادرار، احساس فوریت در دفع و سوزش ادرار وجود ندارد. ۸- گرمی، درد، قرمزی، تورم و ترشحات غیر طبیعی در محل فیستولها و کاتترهای دیالیز وجود ندارد. ۹- مددجو از ضعف و خستگی شکایت نمی کند. ۱۰- تعداد گلبولهای سفید خون و زیر گروههای آن طبیعی است. ۱۱- نتایج کشت نمونه ترشحات منفی است. ۱۲- پس از آموزش، مددجو قادر خواهد بود علائم و نشانه های عفونت را بیان کند و در مورد اهمیت رعایت نکات استریل در تعویض بگ، تیوب، و پانسمان دیالیز صفاقی توضیح دهد.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- علائم و نشانه های عفونت را بررسی و گزارش کنید: • افزایش درجه حرارت بدن • لرز • افزایش تعداد نبض • غیر طبیعی بودن صداهای تنفسی • احساس ناراحتی • خواب آلودگی و گیجی ناگهانی • کاهش اشتها • سرفه های خلط دار حاوی چرک سبز رنگ یا قرمز رنگ • ادرار کدر با بوی بد • گزارش تکرر ادرار، احساس فوریت در دفع ادرار یا سوزش هنگام دفع ادرار • افزایش ضعف یا خستگی • افزایش گلبولهای سفید خون و یا تغییر قابل ملاحظه در رده های گلبولهای سفید • نتایج مثبت کشت نمونه ها مثل ادرار، ترشحات واژن، خلط، خون • وجود التهاب، درد و ترشح در محل ورود کاتتر دیالیز صفاقی • وجود قرمزی، التهاب و ترشح در محل های دسترسی عروقی همودیالیز • وجود علائم پریتونیت شامل تب، لرز، درد شکم، تهوع و استفراغ و کدر شدن مایع برگشتی در مددجویان تحت دیالیز صفاقی ۲- بطور روتین مددجو را از نظر وجود آنتی ژن هپاتیت B و C چک کنید. ۳- اقداماتی را برای پیشگیری از بروز عفونت اجرا کنید:	

- اعمالی را برای کاهش سطح مواد نیتروژن دار سرم انجام دهید (به تشخیص پرستاری عدم تحمل فعالیت، اقدامات مربوط به کاهش سطح مواد نیتروژن دار سرم مراجعه کنید).
- اقداماتی را برای برقراری وضعیت مناسب تغذیه انجام دهید (به تشخیص پرستاری اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن، اقدام مربوط به برقراری وضعیت تغذیه ای مناسب مراجعه کنید).
- حداکثر مایعات را در حد مجاز به مددجو برسانید.
- روش درست شستن دستها را رعایت کنید و مددجو را نیز به انجام آن تشویق کنید.
- در حین انجام روشهای تهاجمی مانند سونداژ مثانه، وارد کردن سوزن به داخل شریان یا ورید و یا انجام تزریقات، روش استریل را رعایت کنید.
- هنگام شروع و قطع همودیالیز، استانداردهای استریلیزاسیون را رعایت کنید.
- سوند ها یا لوله های ادراری یا وریدی را به منظور کاهش صدمه به بافتها و احتمال خطر ورود عوامل میکروبی به علت حرکت لوله به داخل و خارج بدن ثابت کنید.
- وسایل، لوله ها و محلولهای مورد استفاده برای درمانهای وریدی و تنفسی را طبق سیاست بیمارستان تعویض کنید.
- محل ورود کاتتر دیالیز صفاقی را مکررا از نظر وجود التهاب و ترشح و تغییر رنگ بررسی کنید و این کار را به مددجو نیز آموزش دهید.
- از محکم بودن کاتتر دیالیز صفاقی اطمینان حاصل کنید و یک گاز بر روی محل خروج کاتتر قرار دهید.
- اطمینان پیدا کنید که مددجو مراحل دیالیز صفاقی را بطور کاملا استریل انجام می دهد.
- اطمینان پیدا کنید که محلولها و تیوبهای دیالیز صفاقی آلوده نیستند.
- هنگام اضافه کردن دارو به محلول دیالیز صفاقی نکات استریل را رعایت کنید.
- در صورت وجود ترشح در محل کاتتر دیالیز صفاقی از ترشحات کشت تهیه کنید.
- در صورت نشست مایع دیالیز از محل ورود کاتتر دیالیز صفاقی به پزشک اطلاع دهید.
- از مایع دیالیز بطور روتین کشت تهیه کنید.
- مددجو را از افرادی که مبتلا به عفونت هستند محافظت کنید و به او در مورد ادامه این کار در منزل آموزش دهید.
- از آنجا که ترشح کورتیزول در موقعیتهای استرس زا، واکنش ایمنی را مهار می کند اعمالی را برای کاهش استرس مددجو فراهم کنید (محیطی آرام و ساکت فراهم کنید و در مورد پروسیجرهایی که می خواهید انجام دهید برای مددجو توضیح دهید).

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- علائم ابتلا به عفونت را به مددجو آموزش دهید.	
۲- علائم پریتونیت را به مددجوی تحت دیالیز صفاقی آموزش دهید و تاکید نمایید که در صورت مشاهده این علائم به پزشک مراجعه کند (تب، درد شکم، کدر بودن مایع برگشتی).	
۳- به مددجو آموزش دهید که در صورت نشت مایع دیالیز از محل ورود کاتتر دیالیز صفاقی به پزشک مراجعه کند.	
۴- بر اهمیت رعایت بهداشت دهان تاکید کنید.	
۵- به مددجو برای انجام سرفه و تنفس عمیق و افزایش فعالیت در حد تحمل آموزش دهید تا از رکود ترشحات ریوی پیشگیری شود.	
۶- به مددجو در مورد انجام عمل دفع بلافاصله هنگام احساس دفع ادرار و آرامسازی در حین دفع ادرار آموزش دهید تا از احتباس ادرار و رکود ادراری پیشگیری شود.	
۷- به مددجو برای مراقبت مناسب از پرینه بعد از هر بار اجابت مزاج آموزش دهید.	
۸- به مددجو آموزش دهید که از افراد مبتلا به عفونت دوری کند.	
۹- روش صحیح اندازه گیری درجه حرارت بوسیله ترمومتر را به مددجو و خانواده وی آموزش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
عدم رعایت رژیم درمانی در رابطه با:	
• آگاهی نا کافی از رژیم درمانی تجویز شده	
• تغییر در شیوه زندگی و کمبود امکانات مالی	
• انکار بیماری مزمن	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر اساس شواهد زیر، آثار احتمالی رعایت رژیم درمانی را نشان خواهد داد:	
۱- برای یادگیری و شرکت در امر مراقبت و درمان تمایل نشان می دهد.	
۲- راههایی را برای اصلاح عادات شخصی و تلفیق مراقبتهای تجویز شده با شیوه زندگی ارائه می دهد.	
۳- مفهوم برنامه درمانی تجویز شده را درک می کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- مددجو را از نظر نشانه های عدم رعایت رژیم درمانی بررسی کنید:	
• نارسایی در رعایت برنامه های درمانی (مانند عدم رعایت رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات، عدم قبول داروها)	
• غیر طبیعی بودن آزمایشات مددجو	

• افزایش غیر عادی وزن • عدم مراجعه جهت همودیالیز یا عدم انجام دیالیز صفاقی در منزل • ابراز بی اطلاعی از عواملی که سبب آسیب بیشتر کلیوی می گردند. • ابراز عدم توانایی در اصلاح عادات خود و تلفیق در مانهای لازم با شیوه زندگی • بیان این نکته که آسیب کلیوی، خود بخود بهبود می یابد یا وضعیتی نا امید کننده است و تلاش برای اجرای مراقبتهای تجویز شده فایده ای ندارد. ۲- اقداماتی را برای رعایت موثر رژیم درمانی توسط مددجو اجرا نمایید: • بیماری نارسایی کلیه را در حد فهم و درک مددجو شرح دهید و بر این واقعیت که این بیماری مزمن است و رعایت برنامه درمانی باعث به تعویق انداختن یا پیشگیری از عوارض می شود، تاکید کنید. • مددجو را به شرکت در مراقبتهای تجویز شده تشویق کنید (مانند کنترل جذب و دفع، محاسبه میزان مصرف مایعات، انتخاب غذا یا مایعات بر اساس رژیم غذایی). • با یک مشاور تغذیه برای انتخاب غذاها و میوه ها ی مجاز مشورت کنید و عادات شخصی و فرهنگی مددجو را با رژیم غذایی تجویز شده تعدیل کنید. • مددجو را به صحبت در مورد نگرانیهای خود در مورد هزینه دارو و ... تشویق نمایید. • اطلاعاتی را در مورد منابع سودمند موجود در جامعه که می تواند به مددجو کمک کند، فراهم نمایید. • رفتارهای پذیرش رژیم درمانی را تقویت کنید (مانند بیان برنامه هایی برای تغییر شیوه زندگی، شرکت فعالانه در برنامه های درمانی و تغییر در عادات شخصی). • مهارتهای سازگاری را که در گذشته موفقیت آمیز بوده اند شناسایی و تقویت نمایید. • همراهان را در جلسات توجیهی و آموزشی شرکت دهید و آنها را تشویق به حمایت مددجو کنید. • با مراقبان تیم بهداشتی متخصص مانند مددکار اجتماعی و پزشک در مورد ارجاع مددجو به مراکز بهداشتی مشورت کنید. • به منظور افزایش حس کنترل، آموزش به مددجو را شروع و نکات مثبت را تقویت کنید.	آموزش به بیمار Patient Education
۱- آموزشهای شفاهی و کتبی درباره زمان ملاقاتهای بعدی با مراقبان بهداشتی، راههای پیشگیری از آسیبهای بعدی کلیه، اصلاح رژیم غذایی، محدودیت در مصرف مایعات و داروها و علائم و نشانه های قابل گزارش فراهم نمایید. نکات مشکل و غیر قابل فهم را مشخص نموده و بر آنها تاکید کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر بروز یبوست در رابطه با: - کاهش دریافت مایعات و غذاهای پرفیبر - مصرف آهن خوراکی - کاهش حرکات دستگاه گوارش ناشی از کاهش فعالیت و تاثیر آنتی اسیدهای حاوی آلومینیوم و کلسیم که برای درمان یا پیشگیری از افزایش فسفات سرم بکار می روند.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر اساس شواهد زیر دچار یبوست نخواهد شد: ۱- حرکات مکرر روده بطور معمول وجود دارد. ۲- مدفوع نرم و شکل دار است. ۳- مددجو شکایتی از اتساع و درد شکم، پری رکتوم و یا احساس فشار هنگام دفع مدفوع ندارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- عادات طبیعی دفع مددجو را ارزیابی کنید. ۲- از نظر علائم و نشانه های یبوست مددجو را بررسی کنید: - مانند کاهش دفعات اجابت مزاج - کاهش صداهای روده ای - دفع مدفوع سفت - بی اشتها - اتساع و درد شکم - احساس پری و فشار در رکتوم - زور زدن هنگام اجابت مزاج ۳- صداهای روده را بررسی کنید و کاهش صداهای روده را گزارش کنید. ۴- اقداماتی را برای پیشگیری از یبوست اجرا کنید: - فعالیت در حد تحمل مددجو را افزایش دهید. - مددجو را تشویق به آرامش کنید. محیطی خلوت برای وی فراهم کنید و زنگ اخبار را هنگام اجابت مزاج در دسترس مددجو قرار دهید (این اقدامات باعث آرامش و شلی عضلات رکتوم و اسفنکتر خارجی رکتوم می شود و سبب سهولت دفع مدفوع می گردد). - در مورد تغییر داروهای آنتی اسید که ایجاد یبوست می کنند با پزشک مشورت کنید. - اگر علائم و نشانه های یبوست وجود دارد با پزشک مشورت کنید (در مددجویان تحت دیالیز	

صفاقی وجود یبوست از جریان یافتن محلول دیالیز به حفره پریتون یا خارج شدن محلول جلوگیری می کند).	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- در مورد عملکرد طبیعی روده و نیاز به دریافت کافی فیبر، انجام فعالیت کافی و داشتن الگوی مناسب و منظم جهت دفع روده ای به مددجو آموزش دهید. ۲- مددجو را به اجابت مزاج در زمان منظم و معین ترجیحا یک ساعت بعد از خوردن غذا تشویق کنید. ۳- به مددجو آموزش دهید که به علائم دفع توجه داشته باشد و با نوشیدن محرکی مانند یک نوشیدنی گرم هنگام بیدار شدن از خواب الگوی منظمی برای دفع ایجاد نماید. ۴- به مددجو آموزش دهید که از مصرف طولانی مدت ملینها و انجام اثما خود داری کند. ۵- به مددجو آموزش دهید که در طی روز بطور مکرر عضلات شکم خود را منقبض و منبسط نماید و برنامه ورزشی منظم و سبک برای افزایش حرکات پرستالتیس در نظر بگیرد. ۶- به مددجو توضیح دهید که عوارض جانبی آن (مانند یبوست) در صورت مصرف آن همراه با یک ملین کاهش می یابد.	

Problem Definition	بیان مشکل
خطر کاهش حجم مایعات در رابطه با • کاهش دریافت خوراکی به علت بی اشتها، خستگی و تهوع • افزایش اولترافیلتراسیون دستگاه همودیالیز • خونریزی از راههای دستیابی عروقی • هایپرتونیک بودن محلول دیالیز صفاقی	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر طبق شواهد زیر کمبود حجم مایع را نشان نخواهد داد: ۱- غشاءهای مخاطی مرطوب است. ۲- تورگور پوست طبیعی است. ۳- وزن ثابت است. ۴- فشارخون و نبض طبیعی است. ۵- وضعیت ذهنی طبیعی است. ۶- بین جذب و دفع تعادل برقرار است. ۷- وزن مخصوص ادرار طبیعی است. ۸- CVP طبیعی است.	

۹- حجم مایع خروجی در دیالیز صفاقی برابر با حجم مایع ورودی است.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱- علائم و نشانه های کمبود حجم مایعات را بررسی و گزارش نمایید: • خشکی مخاط، تشنگی • کاهش تورگور پوست • از دست دادن ناگهانی وزن به میزان ۲ درصد یا بیشتر • نبض ضعیف و تند • کاهش فشار خون • صاف بودن وریدهای گردنی وقتی که مددجو دراز کشیده است. • تغییر در وضعیت ذهنی • کاهش هموگلوبین و هماتوکریت (در صورت وجود خونریزی) ۲- اقداماتی را برای پیشگیری و درمان کاهش حجم مایعات انجام دهید: • میزان جذب و دفع را بطور مداوم و دقیق کنترل کنید. • اقداماتی را برای افزایش اشتها در مددجو انجام دهید. • اقداماتی را برای برطرف کردن خستگی در مددجو انجام دهید (به تشخیص خطر وارد آمدن صدمه اقدام مربوط به بهبود توانایی و کاهش خستگی مراجعه کنید). • اقداماتی را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید (مانند تجویز داروهای ضد تهوع) • اقداماتی را برای کاهش تب (در صورت وجود) انجام دهید. • محل ورود سوزن دیالیز، کاتتر دیالیز و انسزیونها را از نظر وجود خونریزی چک کنید. • لوله ها و محلهای اتصال را بدقت بررسی کنید. • یک ساعت بعد از دیالیز از تزریقات عضلانی خودداری کنید. • مددجو را از نظر وجود خونریزی از سایر نقاط بدن ارزیابی کنید (وجود خون در مدفوع، استفراغ خونی، خونریزی از بینی، خونریزیهای زیر پوست، خلط خونی...) • میزان اولترافیلتراسیون را بطور دقیق کنترل کنید. • خون و مایع از دست رفته را جایگزین کنید. • غلظت محلول دیالیز صفاقی را چک کنید. • حجم مایع خروجی در دیالیز صفاقی را با حجم مایع ورودی مقایسه کنید.	آموزش به بیمار Patient Education ۱- روش صحیح محاسبه و ثبت جذب و دفع را به مددجو آموزش دهید. ۲- در مورد مصرف صحیح دیورتیکها به مددجو آموزش دهید.

۳- به مددجو آموزش دهید که در صورت مشاهده علائمی نظیر ضعف، گیجی، کرامپ عضلانی، بیحسی و کرختی اندامها، اختلال شنوایی، طپش قلب و افت فشار خون به پزشک مراجعه کند. ۴- برای پیشگیری از خشکی غشاهای مخاطی روشهای مرطوب نگاه داشتن غشاء مخاطی مانند شستشوی مکرر دهان با آب و تنفس از راه بینی به جای دهان را آموزش دهید. ۵- به مددجو آموزش دهید که در صورت مشاهده خونریزی از سایر نقاط بدن مانند وجود خون در مدفوع، استفراغ خونی، خونریزی از بینی، خونریزیهای زیر پوست، خلط خونی و خونریزی از محل کاتتر ها و راههای دستیابی عروقی به پزشک مراجعه کند.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال راحتی: خارش در رابطه با	• تاثیرات اورمی • رسوب نمکهای کلسیم در اجزاء پوست • کم خونی • آلرژیها (حساسیت به گاز اتیلن اکساید و هپارین) • افزایش هیستامین
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو تسکین خارش را براساس شواهد زیر نشان خواهد داد:	۱- مددجو تسکین خارش را بیان خواهد نمود. ۲- هیچگونه خارش و زخمی روی پوست مشاهده نمی گردد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های وجود خارش را بررسی نمایید: • گزارش وجود خارش • وجود زخمهای ناشی از خارش بر روی پوست ۲- اقداماتی را برای تسکین خارش انجام دهید: • به بیمار آموزش دهید که از آب و صابون ملایم برای حمام کردن استفاده کند. • از حمام کردن روزانه اجتناب کند. • از لوسیونهای مرطوب کننده پوست استفاده کند. • از مرطوب کننده هوا برای افزایش رطوبت اتاق استفاده کند. • مددجو را به شرکت در فعالیتهای تفریحی تشویق کنید. • به بیمار توصیه کنید که می تواند از روشهای خود هیپنوتیزم، تصویر سازی ذهنی و موسیقی	

درمانی جهت تسکین خارش استفاده کند. در صورت موافقت مددجو وی را به مراکز مربوط ارجاع دهید. • قبل از شروع دیالیز، دیالیزور و ستها را با ۱-۲ لیتر نرمال سالین شستشو دهید. • از دیالیزور و ست‌هایی استفاده کنید که با اشعه گاما استریل شده اند. • در صورت دستور، آنتی هیستامین تجویز کنید. • در صورت دستور، داروهای باند شونده به فسفات تجویز کنید. • در صورت دستور اریترپویتین تجویز کنید. ۳- چنانچه اقدامات فوق در تسکین خارش، موثر نبود با پزشک متخصص مشورت نمائید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به مددجو آموزش دهید که در محل خارش، کمپرس سرد و مرطوب قرار دهد. ۲- پوست را تمیز نگه دارد. ۳- محیط را سرد نگه دارد. ۴- محل خارش را باز و در معرض هوا قرار دهد. ۵- تکنیکهای آرامسازی را به مددجو آموزش دهید. ۶- به مددجو آموزش دهید که بجای خاراندن از ماساژ، فشار یا ارتعاش ناحیه مبتلا به خارش استفاده کند. ۷- به مددجو توصیه کنید که برای جلوگیری از آسیب رساندن به پوست ناخن‌ها را کوتاه کند، در صورت لزوم می تواند از دستکش استفاده نماید. ۸- مددجو را به پوشیدن لباسهای نخی تشویق کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کمبود آگاهی در رابطه با • ماهیت بیماری: نارسایی مزمن کلیه • درمانهای پیچیده: همودیالیز و دیالیز صفاقی • محدودیتهای رژیمی (غذا، مایعات، داروها) • روشهای مراقبتی در دیالیز	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱- مددجو درک صحیحی از نارسایی مزمن کلیه دارد. ۲- مددجو درک خود از راههای درمان نارسایی مزمن کلیه (همودیالیز و دیالیز صفاقی) را بیان خواهد نمود.	

۳- مددجو درک و فهم خود را از محدودیتهای رژیم عمل شده برای مددجویان تحت درمان با دیالیز بیان خواهد نمود. ۴- مددجو روشهای مراقبتی در دیالیز صفاقی و همودیالیز را خواهد شناخت.	توصیه های پرستاری
۱- مددجو را از نظر نشانه های کمبود آگاهی بررسی کنید:	Nursing Recommendations
• بیان عدم آگاهی در مورد نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، محدودیتهای رژیمی و روشهای مراقبتی لازم در مددجویان تحت دیالیز. • وجود علائم بالینی و رفتاری ناشی از عدم آگاهی در مورد نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، محدودیتهای رژیمی و روشهای مراقبتی لازم در مددجویان تحت دیالیز. ۲- آمادگیهای یادگیری شامل انگیزه، سطح شناختی و وضعیت فیزیولوژیکی مددجو را ارزیابی کنید. ۳- درک و آگاهی مددجو از نارسایی مزمن کلیه و راههای درمان آن (همودیالیز و دیالیز صفاقی)، محدودیتهای رژیمی و روشهای مراقبتی در مددجویان تحت دیالیز را ارزیابی کنید. ۴- یک نفر از اعضای خانواده را در امر آموزش وارد کنید. ۵- اقداماتی را برای افزایش آگاهی مددجو در مورد ماهیت بیماری اجرا نمایید: • بیماری نارسایی کلیه و علل آنرا در حد درک و فهم مددجو توضیح دهید و بر اهمیت درمان آن تاکید کنید. از وسایل کمک آموزشی مناسب استفاده نمایید. ۶- اقداماتی را برای افزایش آگاهی مددجو در مورد روشهای درمانی نارسایی مزمن کلیه اجرا نمایید: • در مورد انواع دیالیز و هدف از انجام آن توضیح دهید. • فرآیند انجام همودیالیز را توضیح و به مددجو نشان دهید. • فرآیند انجام دیالیز صفاقی را توضیح و مراحل انجام آنرا به مددجو و یکی از اعضای خانواده وی آموزش دهید (مطمئن شوید که مراحل بخوبی فراگرفته شده است). • در مورد مراقبت از فیستول و کاتتر همودیالیز و کنترل آن از نظر خونریزی و عفونت و پیشگیری از ایجاد لخته در آن آموزش دهید. • در مورد مراقبت از کاتتر دیالیز صفاقی و راههای پیشگیری از عفونت به مددجو آموزش دهید. • تاکید کنید که در زمان معین و مقرر شده برای انجام همودیالیز مراجعه کند. • تاکید کنید که بطور مرتب و در زمان مقرر شده دیالیز صفاقی را انجام دهد و اهمیت انجام دقیق و منظم دیالیز را برای مددجو تفهیم کنید. ۷- اقداماتی را برای افزایش آگاهی مددجو در مورد محدودیتهای رژیمی عمل شده اجرا نمایید: • در مورد محدودیتهای غذایی و محدودیت در مصرف مایعات به مددجو آموزش دهید (لیستی از محدودیتهای غذایی و مایعات تهیه کرده و در اختیار مددجو قرار دهید).	

- به مددجو توصیه کنید که رژیم غذایی با کالری بالا و محدودیت مصرف پروتئین، سدیم، پتاسیم و فسفر را رعایت نماید (از آنجا که مصرف پروتئین بیماران دیالیزی به حدود ۱.۲ تا ۱.۳ گرم بر کیلوگرم وزن بدن در روز محدود می شود بهتر است این میزان پروتئین مصرفی از کیفیت بیولوژیکی بالایی برخوردار بوده و حاوی اسید آمینه های ضروری باشد. برخی از غذاهای غنی از پروتئین با کیفیت بیولوژیکی بالا عبارتند از تخم مرغ، گوشت، شیر، ماهی).
 - جهت خوش طعم کردن غذا بجای استفاده از نمک از افزودنیهای مطبوع مانند سبزیهای معطر استفاده کند (مقدار مصرف سدیم در بیماران دیالیزی به میزان ۲ تا ۳ گرم در روز می باشد).
 - از مصرف مواد غذایی سرشار از فسفات مانند فرآورده های لبنی و نوشابه های حاوی کولا و مواد غذایی سرشار از پتاسیم خودداری کند.
 - به مددجو در مورد محدودیت مصرف مایعات تاکید کنید (حجم مایعات مصرفی در این بیماران باید معادل حجم برون ده ادراری به اضافه ۵۰۰ میلی لیتر در روز باشد).
 - به مددجو آموزش دهید که داروهای خوراکی را به جای آب با غذای نرم میل کند.
 - به مددجو آموزش دهید که تشنگی را با مکیدن آب نبات، بستنی چوبی یا تکه های یخ ساخته شده با اسانس میوه کاهش دهد (توجه کنید که حجم مایع بستنی و تکه های یخ باید در مقدار مایعات خوراکی محاسبه گردد).
- ۸- اقداماتی را برای افزایش آگاهی مددجو در مورد روشهای مراقبتی در دیالیز صفاقی و همودیالیز اجرا نمایید:
- الف) به مددجو در مورد راههای کاهش خطر ابتلا به عفونت آموزش دهید:
- از تماس با افراد مبتلا به عفونت اجتناب ورزد.
 - از تردد در مکانهای شلوغ هنگامی که آنفولانزا یا سرماخوردگی شیوع یافته پرهیز کند.
 - سیگار کشیدن را کم یا متوقف کند.
 - بهداشت شخصی را به نحو احسن رعایت کند.
 - وضعیت تغذیه ای مناسب را حفظ کند.
 - تعادل کافی بین فعالیت و استراحت برقرار نماید.
 - قبل از انجام هر کاری بر روی دندان، اقدامات تشخیصی و تهاجمی یا جراحی در صورت دستور آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مصرف کند.
 - به مددجو در مورد مراقبتهای اختصاصی برای پیشگیری از عفونت در بیماران تحت دیالیز آموزشهای لازم را ارائه دهید (به تشخیص پرستاری خطر ابتلا به عفونت اقدامات مربوط به پیشگیری از بروز عفونت مراجعه کنید).
- ب) در مورد درمان عوارض ناشی از بیماری آموزشی را به مددجو ارائه دهید:

- ضعف و خستگی: داشتن دوره های استراحت مکرر، حفظ وضعیت مناسب تغذیه ای
- خشکی دهان: مصرف میزان بیشتر مایعات در طی ساعات بیداری، رعایت بهداشت دهان
- کاهش میل جنسی به علت ضعف و خستگی، افسردگی و آثار جانبی داروها: زمانبندی دوره های استراحت قبل و بعد از فعالیت جنسی
- ج) در مورد نام داروها، هدف از تجویز، دوز، زمان و مقدار مصرف، تداخلات دارویی و غذایی، توجهات خاص، و عوارض داروها به مددجو آموزش دهید.
- د) روش اندازه گیری وزن، فشار خون و درجه حرارت، جذب و دفع و ثبت آنها به مددجو آموزش دهید.
- ه) علائم و نشانه هایی را که لازم است مددجو بداند و در اینصورت از کادر بهداشتی کمک بخواهد به وی آموزش دهید:
- افزایش وزن بیش از نیم کیلوگرم در روز یا کاهش مداوم وزن
- ادامه یافتن تهوع و استفراغ
- افزایش خستگی و ضعف
- اشکال در تمرکز حواس و تصمیم گیری
- ادامه یافتن یا تشدید سر درد
- طپش قلب یا درد قفسه سینه
- وجود خون در مدفوع، ادرار یا استفراغ؛ خونریزی از بینی، دهان یا بریدگیها؛ طولانی و زیاد شدن خونریزی قاعدگی؛ وجود کبودی بر روی پوست؛ درد ناگهانی شکم یا پشت
- تب یا لرز
- گزگز یا مورمور شدن اندامها و احساس مداوم بیقراری در پاها در طول دوره های استراحت
- تغییر در رنگ پوست (برنزه، خاکستری، قهوه ای-خاکستری، افزایش رنگ پریدگی)
- ناتوانی جنسی یا یائسگی
- افزایش فشار خون
- تورم پاها، زانو ها یا دستها
- اسهال یا یبوست
- خارش مداوم
- درد ناحیه دهان یا وجود ترک در غشاء مخاطی دهان
- تنفس کوتاه
- درد یا کرامپ عضلانی
- انقباضات غیر ارادی عضلات یا تشنج

• درد مفاصل یا استخوان • گیج شدن و از حال رفتن • افزایش فشار خون • قرمزی اطراف فیستول دیالیز • کاهش در ارتعاش فیستول • خونریزی از فیستول • رنگ پریدگی یا سردی انتهای اندام دارای فیستول • خارج شدن ناگهانی کانتیر ساب کلارین • درد شکم در دیالیز صفاقی • نشت مایع از اطراف کانتیر دیالیز صفاقی • مایع برگشتی کم یا کدر در دیالیز صفاقی ۹- اطلاعاتی را در مورد منابعی که می تواند به مددجو و همراهان برای تطابق وی با تغییرات ناشی از بیماری کمک کند فراهم نمایید و در صورت لزوم مددجو را با یک مرکز در این رابطه آشنا کنید. ۱۰- به مددجو برای طرح سوالات، روشن شدن مطالب، تمرین و نمایش مطالب فرصت دهید. ۱۱- شماره تلفنهایی را در اختیار مددجو قرار دهید تا اگر سوالی داشت بپرسد. ۱۲- هنگام آموزش به مددجو و خانواده وی از ارائه اطلاعات زیاد در یک جلسه خودداری کنید و ارائه برنامه آموزشی را برای جلسات متعدد برنامه ریزی نمایید. ۱۳- بر اهمیت تداوم مراقبت و پیگیریهای بعدی و زمان ویزیت پزشک تاکید کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مطالب ارائه شده در توصیه های پرستاری مربوط به تشخیص کمبود آگاهی مراجعه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر وارد آمدن صدمه در رابطه با: • خستگی بعلت آنمی، اختلال در خواب	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو از بروز صدمات و خطرات احتمالی مصون خواهد ماند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- محیط مددجو را از نظر وجود خطرات بالقوه بررسی نمایید و این مخاطرات را دور نمایید. ۲- نشانه ها و علائم خستگی (بیان خستگی و کمبود انرژی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، بی توجهی به اطراف، کاهش تمرکز فکر و بیحالی و خواب آلودگی) را بررسی نمایید.	

۳- اقداماتی را برای کاهش خطر وارد آمدن صدمه انجام دهید:

- وقتی مددجو در تخت است کمی سر تخت و نرده های کنار تخت را بالا بیاورید.
- وسایل مورد نیاز مددجو را در دسترس وی قرار دهید.
- مددجو را به درخواست کمک در صورت نیاز تشویق نمایید و زنگ اخبار را در دسترس وی قرار دهید.
- در صورت وجود خونریزی آنرا کنترل کنید (وجود خونریزی بصورت حاد یا مزمن باعث گیجی شده و احتمال وارد آمدن صدمه به مددجو افزایش می یابد).
- تجمع مایعات و افزایش فشار خون باعث ایجاد تغییرات بینایی می گردد. برای پیشگیری از وارد آمدن صدمه به مددجوی تحت دیالیز پرستار باید موارد فوق را کنترل کند.
- برای جلوگیری از کاهش فشار خون وضعیتی، مددجو را به آهستگی تغییر وضعیت دهید.

۴- اقداماتی را برای بهبود توانایی و کاهش خستگی مددجو انجام دهید:

- در صورت دستور، فعالیتهای مددجو را محدود کنید.
- فعالیتهای محیطی و سرو صدا را به حداقل برسانید.
- به منظور داشتن دوره های پیوسته زمان استراحت، برنامه مراقبتهای پرستاری مددجو را سازماندهی کنید.
- تعداد افراد ملاقاتی و زمان ماندن آنها را محدود کنید.
- به مددجو برای انجام فعالیتهای مراقبت از خود بر حسب نیاز کمک کنید.
- لوازم و وسایل شخصی را در دسترس مددجو قرار دهید.
- وسایل کمکی مانند واکر و عصا را در اختیار مددجو قرار دهید.
- به مددجو توصیه کنید که برای دوره های کوتاه استراحت در طی روز، برنامه ریزی منظمی داشته باشد.
- داروهای برطرف کننده کم خونی را در مددجوی مبتلا به کم خونی در صورت دستور تجویز کنید.

۵- اقداماتی را برای برقراری وضعیت مناسب تغذیه انجام دهید (به تشخیص پرستاری اختلال در تغذیه

کمتر از نیاز بدن، اقدام مربوط به برقراری وضعیت تغذیه ای مناسب مراجعه کنید).

۶- اقداماتی را برای بهبود کیفیت خواب مددجو فراهم آورید (به تشخیص پرستاری محرومیت از خواب،

اقدامات مربوط به ارتقاء کیفیت خواب مراجعه کنید).

۷- مددجو و همراهان را در برنامه ریزی و اجرای اقدامات پیشگیری از صدمه سهیم نمایید.

۸- در صورت بروز صدمه کمکهای اولیه را شروع و پزشک را مطلع سازید.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- به مددجو آموزش دهید که به آهستگی تغییر وضعیت دهد. ۲- از کفش مناسب استفاده کند. ۳- غذا و مایعات را قبل از مصرف سرد کند. ۴- از درجه حرارت مناسب قبل از حمام کردن استفاده کند. ۵- هنگام خواب در طی شب از چراغ خواب استفاده نماید. ۶- از مسواک نرم استفاده کند و در صورت مشاهده علائم خونریزی به پزشک مراجعه کند. ۷- محیط منزل را ایمن کند. بعنوان مثال میله های مخصوص گرفتن دست و نور کافی را در منزل خود در نظر بگیرد. ۸- روشهای حفظ انرژی را به مددجو آموزش دهید (استفاده از صندلی در موقع دوش گرفتن، مسواک زدن و شانه زدن موها). ۹- به مددجو آموزش دهید که به تدریج میزان فعالیت خود را افزایش دهد.	

Problem Definition	بیان مشکل
محرومیت از خواب در رابطه با: - عدم توانایی در خوابیدن در پوزیشن معمول، بعلت وجود کانتیر دیالیز صفاقی یا همودیالیز - وجود ترس و اضطراب - عدم رعایت اصول بهداشتی خواب	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
مددجو بر اساس شواهد زیر از خواب مطلوبی برخوردار خواهد بود: ۱- اظهار می کند که استراحت و خواب کافی داشته است. ۲- وضعیت ذهنی طبیعی دارد. ۳- علائمی نظیر خمیاژه کشیدن مکرر، سیاهی رفتن چشمها و لرزش دست را ندارد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱- عادات معمول خواب مددجو را تعیین کنید. ۲- علائم و نشانه های اختلال در الگوی خواب را بررسی و گزارش نمایید: - اظهار مشکل در خوابیدن - بی تفاوتی - خمیاژه کشیدن مکرر - گیجی	

- سیاهی رفتن چشمها
- ۳- اقداماتی را جهت ارتقاء کیفیت خواب مددجو انجام دهید:
- الف) اقداماتی را جهت کاهش ترس و اضطراب مددجو انجام دهید:
- در صورت لزوم روشهای درمانی و تشخیصی و اهداف آنها را برای مددجو توضیح دهید.
- در تعامل با مددجو رفتاری حمایتی و دلگرم کننده داشته باشید.
- مددجو را به صحبت در مورد ترسها و اضطرابهایش تشویق کنید و باز خورد مناسب نشان دهید.
- ذهنیت اشتباه مددجو را در مورد تشخیص و سیر بیماری و روش درمان (دیالیز) شناسایی و اصلاح کنید.
- محیطی آرام برای مددجو فراهم آورید.
- به مددجو در مورد روشهای آرامسازی آموزش دهید و او را به مشارکت در فعالیتهای سرگرم کننده تشویق کنید.
- به مددجو برای تعیین عوامل تنش زا و راههای سازگاری با آنها کمک کنید.
- اطلاعاتی بر اساس نیازهای مددجو در سطحی که او بتواند درک کند فراهم کنید. او را به پرسیدن سوال و روشن شدن اطلاعات ارائه شده تشویق کنید.
- افراد اصلی خانواده را به طرح ریزی مراقبت و نگرش بدون اضطراب تشویق کنید.
- افراد اصلی خانواده را به شرکت در جلسات آموزشی دعوت کنید و آنها را به ادامه حمایت از مددجو تشویق کنید.
- ۴- اقداماتی را جهت تامین بهداشت خواب فراهم آورید:
- به مددجو توصیه کنید که دریافت مایعات کافئین دار خصوصا هنگام غروب را محدود کند.
- به مددجو توصیه کنید که قبل از خواب سیگار نکشد.
- مصرف یک شام سبک را به مددجو توصیه کنید (از مصرف غذای پر چربی و پر پروتئین قبل از خواب خودداری کند).
- به مددجو در مورد لزوم انجام تحرک کافی در طی روز آموزش دهید.
- مددجو را تشویق کنید که ۵-۶ ساعت قبل از خواب برنامه منظمی برای پیاده روی در نظر بگیرد.
- مددجو را به انجام فعالیتهای معمول قبل از خواب مانند مطالعه، تماشای تلویزیون، گوش کردن به موسیقی تشویق کنید.
- به مددجو آموزش دهید که فقط هنگامی که احساس خواب آلودگی می کند به رختخواب برود.
- هنگامیکه نیمه شب از خواب برمی خیزد به اتاق دیگری برود فعالیت سبکی انجام دهد و وقتی

احساس خواب آلودگی کرد مجدداً به رختخواب باز گردد.	
• از رختخواب فقط برای خوابیدن استفاده کند نه برای مطالعه یا چرت زدن در مقابل تلویزیون. • هر روز صبح در زمان مشخصی در طی روز بیدار شود. • ساعت را دور از تختخواب قرار دهد طوری که دیده نشود. • مددجو را از خوابیدن طولانی در طی روز منع کنید، مگر اینکه به خواب روزانه عادت داشته باشد.	
۵- به مددجو توصیه کنید که با وجود کاتترهای دیالیز وضعیت جدیدی را برای خوابیدن انتخاب نماید.	
۶- از انجام همودیالیز در صبح زود یا نزدیک غروب خودداری کنید (مطالعات نشان داده است که انجام دیالیز در این زمان خطر بروز اختلالات خواب را بیشتر می کند).	
۷- در بیماران تحت همودیالیز درجه حرارت محلول دیالیز را چک کنید (افزایش درجه حرارت محلول دیالیز در حین انجام دیالیز چرت حین دیالیز بیمار را مختل می کند و باعث ایجاد اختلالات خواب می گردد).	
۸- در صورت دستور، داروهای خواب آور برای مددجو تجویز کنید.	
۹- اگر علائم و نشانه های محرومیت از خواب برطرف نشد یا بدتر شد با افراد متخصص در تیم مراقبتی مشورت کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
• تکنیکهای آرامسازی را به مددجو آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در اعتماد به نفس در رابطه با:	
• وابستگی به دیالیز • تغییر نقش • تغییر در تصویر ذهنی از خود بعلت وجود کاتتر شکمی بطور دائم و احساس چاق بودن به دلیل وجود مایع در شکم (در دیالیز صفاقی) • تغییر در عملکرد جنسی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر اساس شواهد زیر افزایش اعتماد به نفس را نشان خواهد داد:	
۱- شیوه مناسب زندگی را ادامه می دهد و از اعمال مضر نظیر مصرف الکل یا اعتیاد پرهیز می کند.	
۲- با تغییرات ناشی از بیماری انطباق می یابد و شرایط موجود را می پذیرد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علانم اختلال در اعتماد به نفس را در مددجو بررسی کنید: • ابراز احساسات منفی در مورد خود • گوشه گیری • عدم شرکت در فعالیتهای روزمره زندگی • بیان احساس گناه • کاهش یا فقدان توانایی در حل مشکل • عدم توانایی در تعیین اهداف • انجام رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد و کوشش برای خودکشی • خودداری از مواجهه با موقعیتهای جدید • احساس شکست • افزایش حساسیت به مسائل کوچک • عدم ابراز وجود • نگاه و لمس نکردن کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی • ممانعت از نشان دادن کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی به دیگران • عدم تمایل برای مراقبت از کاتتر دیالیز و راههای دستیابی عروقی • وجود علانم افسردگی ۲- واکنش مددجو و خانواده اش را به بیماری و روش درمان دیالیز ارزیابی کنید. ۳- رابطه مددجو با اعضای خانواده اش را ارزیابی کنید. ۴- طرز مواجهه مددجو و خانواده اش را با مشکلات ناشی از دیالیز ارزیابی کنید. ۵- در مورد تغییر در عملکرد جنسی بعلت وجود کاتتر دیالیز و عوارض ناشی از بیماری از بیمار و همسر وی سوال کنید. ۶- اقداماتی را برای تسهیل در فرآیند غم و اندوه انجام دهید: • به مددجو برای گذر از مراحل اندوه فرصت دهید. • جو مراقبت توأم با علاقمندی فراهم نمایید. بدین ترتیب مددجو احساس راحتی می کند و احساسات خود را بیان می کند (مثلا خلوت او را رعایت کنید، همراه وی باشید ولی قضاوت نکنید، همدردی کنید و احترام بگذارید). • اقداماتی را برای پیشبرد اعتماد انجام دهید (به سوالات مددجو با صداقت جواب دهید و اطلاعات مورد نیاز مددجو را فراهم آورید). • مددجو را به بیان خشم یا احساس غم در مورد موقعیت بوجود آمده تشویق کنید.

- مددجو را به بیان احساسات به روشهای دیگر مانند نوشتن و نقاشی کشیدن تشویق کنید.
 - مددجو را برای تعیین و استفاده از روشهایی که به او در تطابق کمک می کند یاری نمایید.
 - در صورت موافقت مددجو، با کسی که تحت دیالیز قرار دارد و در سازگاری موفق بوده است ملاقاتی را ترتیب دهید.
 - ارتباط بین مددجو و سایر افراد خانواده را تسهیل نمایید و آگاه باشید که آنها نیز ممکن است در مراحل مختلف اندوه باشند.
 - در زمان مناسب به مددجو برای برآورده کردن نیاز های مذهبی کمک کنید.
 - در صورت دستور داروهای ضد افسردگی تجویز کنید.
- ۷- اقداماتی را برای افزایش اعتماد به نفس مددجو اجرا کنید:
- هنگامیکه روش درمانی دیالیز برای اولین بار برای مددجو انجام می شود وی را برای گذر موفق از فرآیند سوگ حمایت کنید.
 - هنگامیکه مددجو در مورد وابسته شدنش به دستگاه دیالیز با شما صحبت می کند ضمن توجه به احساسات مددجو، بر نکات مثبت استفاده این روش درمانی تاکید کنید.
 - توانمندیها، اعتماد و اتکا به نفس و انگیزه برای زندگی کردن را در مددجو تقویت نمایید.
 - به مددجو کمک کنید که علاقمندیها و سرگرمیهای مورد علاقه خود را شناسایی کند و با وجود انجام دیالیز به آنها بپردازد و تا حد امکان روال طبیعی زندگی خود را ادامه دهد.
 - مددجو را ترغیب کنید تا نگرانیهای خود در مورد وجود نارسایی در عملکرد کلیه و انجام دیالیز را با شما مطرح کند (مددجو ممکن است بیان کند که در صورت انجام مکرر دیالیز در روش زندگی، شغل و مسائل جنسی وی تغییراتی ایجاد شده و وی به گروه معالاج و دستگاه دیالیز وابسته خواهد شد).
 - به مددجو در تعیین و استفاده از روشهای مقابله ای که در گذشته موثر بوده اند کمک کنید.
 - از رفتارهایی که سازگاری مثبت را در مقابل تغییرات ایجاد شده نشان می دهد حمایت کنید (مثلا بیان احساس ارزش به خود، پذیرش و اجرای رژیم درمانی توصیه شده و مراجعه منظم جهت انجام دیالیز، حفظ رابطه با دیگران).
 - برای ایجاد سازگاری در مددجو و خویشاوندان با گوش کردن، تسهیل رابطه و ارائه اطلاعات کمک کنید.
 - مددجو را به دنبال کردن نقشها و علائق معمول و تداوم درگیری در فعالیتهای اجتماعی تشویق نمایید.
 - در صورت لزوم بیمار و همسر وی را جهت مشاوره در مورد تغییرات ایجاد شده در عملکرد جنسی به متخصص مربوطه معرفی نمایید.

۸- اطلاعاتی در مورد موسسات اجتماعی و گروه‌های حمایتی فراهم کنید و مددجو را به استفاده از آنها تشویق کنید.	
۹- در مواردی که مددجو نمی‌خواهد یا در تطابق با تغییرات ناشی از نارسایی مزمن کلیه و دیالیز ناتوان است با مراقبین بهداشتی نظیر روانپرستار و پزشک مشورت کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مددجو و خانواده وی در مورد چگونگی تطابق با فرایند اندوه آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در فرایندهای خانوادگی در رابطه با:	
• اختلال در مسئولیتها و نقشهای خانوادگی ایجاد شده بوسیله برنامه درمانی (دیالیز)	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
وابستگان مددجو سازگاری با تغییر در عملکرد و نقشهای عضو درگیر خانواده را بر اساس شواهد زیر نشان می‌دهند:	
۱- نیازهای مددجو را برآورده می‌کنند.	
۲- راههای سازگاری با تغییرات در روش زندگی و نقش مورد نیاز را بیان می‌کنند.	
۳- در تصمیم‌گیریهای درمانی و مراقبتی مددجو بطور فعال شرکت می‌کنند.	
۴- با دیگران تعامل مثبت برقرار می‌کنند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه‌های تغییر در فرایند خانوادگی را بررسی کنید:	
• عدم توانایی در برآورده سازی نیازهای اولیه مددجو	
• عدم قبول ناتوانیهای مددجو	
• عدم توانایی برای تصمیم‌گیری	
• عدم توانایی یا امتناع برای شرکت در مراقبت از مددجو	
• تعامل منفی خانواده	
۲- افراد خانواده، الگوهای ارتباطی و نقشهای آنها را بررسی نمایید.	
۳- اقداماتی را به منظور تسهیل سازگاری اعضای خانواده با تغییرات مربوط به بیماری و تغییرات حاصله در نقشها و ساختار خانواده اجرا کنید:	
• اعضای خانواده را به بیان کلامی احساسات در مورد تغییرات در مددجو و آثار آن بر روی ساختار خانواده تشویق کنید.	
• به اعضای خانواده برای داشتن دید واقع بینانه در مورد موقعیت مددجو و داشتن امید در حد	

مطلوب کمک کنید.	
• خلوت اعضای خانواده را فراهم کنید و آنها را برای در میان گذاشتن احساساتشان با دیگران تشویق کنید.	
• به افراد خانواده برای سپری کردن فرآیند غم و اندوه کمک کنید و به آنها توضیح دهید که ممکن است در موقعیتی قرار بگیرند که به نیازهای خود بیشتر از نیازهای مددجو توجه کنند.	
• به افراد خانواده تاکید کنید که استراحت و تغذیه کافی داشته باشند و روشهای تعدیل استرس را به آنها آموزش دهید.	
• به اعضای خانواده برای تعیین اهداف و راههای دستیابی به آنها کمک کنید.	
• اعضای خانواده را برای تصمیم گیری در مورد مراقبت از مددجو درگیر کنید و فرصتهایی را در این زمینه فراهم کنید.	
• به اعضای خانواده برای تعیین منابع کمک کننده کمک کنید.	
۴- در صورتیکه اعضای خانواده سازگاری غیر موثری را با تغییرات عملکردی، ایفای نقش مددجو و تغییرات حاصله در ساختار خانوادگی نشان می دهند با افراد تیم بهداشتی مشاوره کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
• به مددجو و خانواده وی در مورد نارسایی مزمن کلیه و راههای درمان آن (همودیالیز و دیالیز صفاقی)، محدودیتهای رژیم و روشهای مراقبتی در مددجویان تحت دیالیز آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
سازگاری ناموثر فردی در رابطه با:	
• بحران موقعیتی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو بر طبق شواهد زیر سازگاری موثر فردی خواهد داشت:	
۱- بیماری خود را قبول می کند و بیان می کند که توان مقابله با آن را دارد.	
۲- بیان می کند که بر وضعیت سلامتی خود احساس کنترل دارد.	
۳- به شرکت در طرحهای درمانی و رفع نیازهای اساسی رغبت نشان می دهد.	
۴- رفتارهای تهاجمی نشان نمی دهد.	
۵- از سیستمهای حمایتی در دسترس استفاده می کند.	
۶- روشهای سازگاری موثر را توصیف می کند.	
۷- در انجام فعالیتهای روزمره زندگی توانایی دارد و بطور مستقل این فعالیتها را انجام می دهد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱- علانم سازگاری ناموثر فردی را در مددجو بررسی کنید: • بیان ناتوانی در مقابله با مشکل فعلی • عدم توانایی برای درخواست کمک از دیگران • عدم توانایی در حل مشکل یا رفع نیازهای اساسی • بی خوابی • گوشه گیری • عدم شرکت در برنامه های درمانی • وجود رفتارهای تهاجمی • استفاده نامناسب از مکانیسمهای دفاعی • عدم توانایی در انجام نقش خود در زندگی ۲- از نظر وجود مشکلات سایکولوژیک نظیر اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی و عصبانیت، کاهش اعتماد به نفس و وجود افکار خودکشی مددجو را ارزیابی کنید. ۳- از نظر عدم رعایت رژیم دارویی و غذایی و درمانی مددجو را ارزیابی کنید. ۴- اقداماتی را برای انجام سازگاری موثر و انطباق با تغییر ایجاد شده انجام دهید: • به مددجو برای شروع سازگاری با تغییرات ایجاد شده فرصت دهید. • اقداماتی را برای تسهیل در فرآیند غم و اندوه (مثل کمک به مددجو برای قبول تغییرات، بحث در مورد فرآیند غم و اندوه و تشویق به بیان احساسات) انجام دهید. • اقداماتی را برای کاهش خستگی مددجو انجام دهید (به تشخیص خطر وارد آمدن صدمه، اقدام مربوط به بهبود توانایی و کاهش خستگی مراجعه کنید). • به مددجو برای شناخت تواناییهای فردی که می تواند برای تسهیل مقابله و سازگاری با موقعیت فعلی مورد استفاده واقع شود کمک نمایید. • در صورت موافقت مددجو ملاقاتی را با افرادی که بطور موفقیت آمیزی با نارسایی مزمن کلیه و دیالیز کنار آمده اند فراهم کنید. • مددجو را در برنامه مراقبتی سهیم کنید و او را به داشتن حداکثر فعالیت در برنامه درمانی تشویق و اجازه انتخاب به او بدهید. • به مددجو برای انجام کارهای روتین روزانه تا حد امکان کمک کنید. • به مددجو برای شناخت اهداف قابل دسترس و کوتاه مدت کمک کنید. • به مددجو برای شناخت و استفاده از سیستمهای حمایتی کمک کنید و اطلاعاتی را در مورد منابع و گروههای حمایتی که می توانند به مددجو برای سازگاری موثر با بیماری کمک نمایند

فراهم سازید.	
• در زمان مناسب به مددجو برای رفع نیازهای مذهبی کمک نمایید. • تداوم حمایت خانواده از مددجو را تشویق کنید. • رفتارهای نمایانگر سازگاری و مقابله موثر (مثل شرکت در برنامه درمانی، بیان توانایی سازگاری با بیماری، استفاده از راههای موثر مشکل گشایی) را حمایت و تشویق کنید.	
۵- در صورت دستور داروهای ضد اضطراب و افسردگی تجویز کنید.	
۶- اگر مشکل مددجو در مورد سازگاری با تشخیص و درمان ادامه داشت با روانپرستار یا پزشک مشورت نمایید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
• به مددجو آموزش دهید که چگونه مشکلات خود را حل کند (تعریفی از مشکل ارائه دهد و در مورد راه حل‌های آن بحث کند). • تکنیکهای آرامسازی را به مددجو آموزش دهید.	
منابع مورد استفاده	
۱۱- اولریچ، سوزان پادربا. مراقبتهای پرستاری اولریچ، راهنمای برنامه ریزی. ترجمه اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، انتشارات گلبان، ۱۳۸۴.	
۱۲- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice</i> . Philadelphia: Wolters Kluwer.	
۱۳- Carpenito-Moyet L.J.(2008). <i>Hand book of Nursing Diagnosis</i> . Philadelphia: Wolters Kluwer.	
۱۴- Jamal A, Subramanian P.T. Pruritus among end stage renal failure patients on hemodialyses. <i>Saudi J Kidney Dis Transplant</i> , 2000, 11(2): 181-185.	
۱۵- Ladwig G.B., & Ackley B. J. (2006). <i>Nursing Diagnosis Handbook</i> . St.Louis, Missouri, Mosby.	
۱۶- Lata A.G, Albuquerque J.G, Carvalho L.A, Carvalho Lira A.L. Nursing diagnosis in adults on hemodialysis. <i>Acta Paul Enferm</i> , 2008, 21; 160-163.	
۱۷- Monahan F.D, Sands J.K, Neighbors M, Marek J.F, Green C.J. (2007). <i>Phipps' Medical Surgical Nursing, Health and Illness Perspectives</i> . St Louis: Mosby.	
۱۸- Rodgers S.G. (2008). <i>Thomson Delmar Learning's, Medical Surgical Nursing Care Plans</i> . Thomson Delmar learning.	
۱۹- Smeltzer SC, Bare BG., Hinkle JL., & Cheever KL. (2008). <i>Brunner and Suddarth's</i>	

Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sparks Ralph S, Taylor C.M. (2008). ***Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis - ٢٠ Reference Manual.*** Philadelphia: Wolter Kluwer.

Swearingen P. (2008). ***All – in – one: Care Planning Resource, Medical Surgical, - ٢١ Pediatric, Maternity, Psychiatric Nursing Care Plans.*** St Louis: Mosby.

Urden L.D, Stacy K.M, Lough M.E.(2006). ***Thelan's Critical Care Nursing, - ٢٢ Diagnosis and Management.*** Mosby.