

آیا می‌دانستید با عضویت در سایت جزوه بان می‌توانید به صورت رایگان جزوات و نمونه

سوالات دانشگاهی را دانلود کنید؟؟

فقط کافیست روی لینک زیر ضربه بزنید



[ورود به سایت جزوه بان](#)

Jozveban.ir

telegram.me/jozveban

sapp.ir/sopnuu

جزوات و نمونه سوالات پیام نور



@sopnuu

jozveban.ir



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

تشخیص های پرستاری

(NANDA) 2013

و برنامه مراقبت پرستاری (اختصاصی)

دیباچه

فرآیند پرستاری روش منظم و سازماندهی شده ارائه مراقبت پرستاری است که به شناسایی و درمان واکنش های اشخاص یا گروه ها ، نسبت به تغییرات احتمالی وضعیت سلامت آنها متمرکز می شود. پس از بررسی اولیه از بیمار براساس تجزیه و تحلیل جمع آوری شده مشکلات واقعی و احتمالی بیمار به عنوان تشخیص پرستاری تعیین و بر اساس طرح مراقبتی تهیه می شود.

در راستای رعایت استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها و لزوم مراقبت هرچه بهتر از بیماران با توجه به افزایش رو به رشد آگاهی دریافت کنندگان مراقبت ها، راهنمای تشخیص های پرستاری اختصاصی مطابق با آخرین نسخه تشخیص های انجمن پرستاری آمریکای شمالی (NANDA) ۲۰۱۳ به همراه برنامه های مراقبتی توسط مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری اعضای هیئت علمی و پرستاران پژوهش تهیه و تدوین شده است.

امید است این راهنما هویت علمی پرستاری را بعنوان یک حرفه تخصصی نشان دهد و به بهترین شیوه ممکن در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت های پرستاری مؤثر واقع گردد.

مدیریت امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمستان ۱۳۹۲

صفحه	عنوان تشخیص	موضوع
۴	۱-۱ الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی	سیستم تنفسی
۵	۱-۲ پاکسازی غیر موثر راه هوایی	
۷	۱-۳ اختلال در تبادلات گازی	
۹	۱-۴ احتمال بروز اسپیراسیون	
۱۰	۱-۵ احتمال اختلال در تهویه خود به خودی	
۱۱	۲-۱ کاهش برون ده قلبی	سیستم قلبی - عروقی
۱۳	۲-۲ تغییر در پرفوزیون بافتی	
۱۷	۲-۳ در معرض خطر آسیب عروقی	
۱۸	۳-۱ تغییر در غشاء موکوسی دهان	سیستم گوارش و کبد
۱۹	۳-۲ اختلال در بلع	
۲۰	۳-۳ یبوست	
۲۱	۳-۴ اسهال	
۲۲	۳-۵ عدم کنترل مدفوع	
۲۳	۳-۶ ناکارآمدی حرکت روده ای	
۲۴	۳-۷ در معرض خطر اختلال عملکرد کبدی	
۲۵	۴-۱ عدم کنترل ادرار	سیستم ادراری
۲۶	۴-۲ احتباس ادرار	
۲۷	۴-۳ احساس فوریت و تکرر در دفع ادرار	
۲۸	۵-۱ در معرض خطر خشکی چشم	چشم
۲۹	۶-۱ اختلال در سلامت پوست و بافت	پوست
۳۲	۷-۱ اضطراب و ترس	روان
۳۳	۷-۲ اختلال در سازگاری	
۳۵	۷-۳ استفاده از روش های غیر موثر مقابله	

۳۷	۷-۴ استفاده از روش های غلط برای مقابله
۳۸	۷-۵ ناتوانی خانواده بیمار در به کارگیری روش های موثر سازگاری
۳۸	۷-۶ والدین آسیب پذیر
۳۹	۷-۷ کشمکش نقش خانواده
۴۰	۷-۸ تغییر در فرایند تفکر در رابطه با ناتوانی
۴۱	۷-۹ تغییر در ایفای نقش
۴۲	۷-۱۰ اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود
۴۳	۷-۱۱ اختلال در پنداشت از خود
۴۴	۷-۱۲ اختلال در اعتماد به نفس
۴۵	۷-۱۳ کاهش مزمن اعتماد به نفس
۴۶	۷-۱۴ کاهش موقعیتی اعتماد به نفس
۴۷	۷-۱۵ اختلال در تعاملات اجتماعی
۴۸	۷-۱۶ انزوای اجتماعی
۴۹	۷-۱۷ اندوه
۵۰	۷-۱۸ ناامیدی
۵۲	۷-۱۹ احتمال بروز خشونت بر علیه خود و دیگران
۵۴	۷-۲۰ در معرض خودکشی
۵۵	۷-۲۱ اضطراب مرگ
۵۶	۷-۲۲ استرس بیش از حد

۵۷	۷-۲۳ خودزنی		
۵۸	۷-۲۴ اختلال هویت فرد		
۵۹	۷-۲۵ والدین آسیب پذیر		
۶۰	۷-۲۶ کشمکش نقش خانواده		
۶۱	۷-۲۷ سندرم ناشی از تجاوز به عنف		
۶۳	۸-۱ ناموفق بودن تغذیه با شیر مادر		کودکان
۶۶	۸-۲ الگوی تغذیه ای نامناسب شیرخوار		
۶۷	۸-۳ خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)		
۶۸	۸-۴ زردی نوزاد		
۷۱	۸-۵ در معرض خطر تاخیر در تکامل		

تنفسی

۱-۱- الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی در رابطه با:

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار قادر نیست توسط عمل دم ریه ها را به میزان کافی یاد کرده و در هنگام بازدم آنها را تخلیه نماید.

مشخصات: دیسپنه کوتاهی تنفس، تاکی پنه، مقادیر غیرطبیعی در ABG ، سیانوزه، سرفه، باز و بسته شدن پره های بینی با هر تنفس، تغییر در عمق تنفس ، تنفس لبهای جمع و یا طولانی شدن زمان بازدم، افزایش قطر قدامی، خلفی قفسه سینه، استفاده از عضلات کمکی تنفس

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - بیمار یک الگوی تنفسی موثر را حفظ کند.
- ۲ - تعداد، عمق و ریتم تنفس طبیعی باشد.
- ۳ - مقادیر ABG در حد نرمال باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفس را بررسی کنید. تنفسهای سایه مانند و کوتاه هایپرونتیلیسیون، دیسپنه، استفاده از عضلات کمکی تنفس.
- ۲ - ABG بیمار را کنترل کرده، مقادیر غیرطبیعی آنرا گزارش کنید.
- ۳ - تغییرات مهم در کاپنوگرافی و اکسیمتری را کنترل و گزارش نمایید.
- ۴ - ترس و اضطراب بیمار را با اقدامات زیر کاهش دهید:
 - ✓ بیمار را تشویق کنید در مورد اضطراب خود صحبت کند.
 - ✓ محیط آرام ایجاد کنید.
 - ✓ در مورد محیط اطراف بیمار اطلاعات لازم ارائه شود.
 - ✓ به زبان ساده با بیمار صحبت کنید.
- ۵ - اقداماتی را جهت کاهش درد بکار گیرید.
- ۶ - به منظور کاهش فشار دیافراگم به قفسه سینه، اقداماتی را در جهت کاهش تجمع گاز و مایع در معده و روده ها بعمل آورید.
- ۷ - اقداماتی را جهت افزایش تحمل فعالیت در بیمار بکار گیرید.
- ۸ - حداقل هر ۲ ساعت بیمار را تشویق به انجام تنفس عمیق و تمرینات دمی نمایید.
- ۹ - در صورت تجویز ، از IPPB استفاده کنید.
- ۱۰ - بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع).
- ۱۱ - در حضور هایپوونتیلاسیون، بیمار را تشویق به انجام تنفسهای آرام نمایید.
- ۱۲ - در صورت CBR بودن بیمار، حداقل هر ۲ ساعت به او کمک کنید تا در تخت بچرخد.
- ۱۳ - به منظور کاهش درد قفسه سینه میتوانید از داروهایی نظیر مسکن های مخدر، سدا تیوها و آرامبخش ها استفاده کنید مگر آنکه تعداد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه باشد.
- ۱۴ - اقداماتی در جهت تصحیح اسیدوز یا آلکالوز بعمل آورید.
- ۱۵ - در صورت تداوم علائم و نشانه های اختلال در تبادلات گازی (کانفیوژن، ناآرامی، تحریک پذیری، سیانوز، کاهش PaO_2) با

پزشک مشورت کنید.

۱-۲- پاکسازی غیر موثر راه هوایی در رابطه با:

- ۱ - انسداد لارنکس بدلیل شل شدن و برگشت زبان بطرف عقب
- ۲ - تجمع ترشحات بدلیل
 - ✓ کاهش میزان فعالیت
 - ✓ کاهش عملکرد سیلیاری در نتیجه تأثیر داروی بیهوشی
 - ✓ صدمه به عملکرد سیلیاری در نتیجه افزایش غلظت و حجم موکوس حاصل از روند عفونت
 - ✓ اشکال در بیرون راندن خلط توسط سرفه در نتیجه تأثیر داروی بیهوشی، درد، ضعف، خستگی و حضور ترشحات غلیظ ناشی از کاهش حجم مایعات بدن
 - ✓ اختلال در انبساط قفسه سینه (در COPD)
- ۳ - افزایش ترشحات ریوی بدلیل:
 - ✓ تحریک مجرای تنفسی در نتیجه تنفس گاز بیهوشی و لوله گذاری داخل تراشه
 - ✓ روند التهابی داخل ریه (پنومونی)
- ۴ - تجمع مایع در آلوئولها و برونشیولها بدنبال ادم ریه
- ۵ - ضخیم شدن برونشیولها در COPD بدلیل:
 - ✓ ایجاد ترشحات موکوسی فراوان
 - ✓ التهاب و هایپرپلازی دیواره برونشها (بخصوص در حضور برونشیت مزمن)
 - ✓ برونکواسپاسم در نتیجه تحریک برونشیولها توسط ترشحات موکوسی فراوان
- ۶ - کلاپس آلوئولها و تخریب بافت ریه (در آمفیزم)
- ۷ - افزایش مقاومت راه هوایی در نتیجه ادم مخاط برونشها و فشار روی راه هوایی در نتیجه گشاد شدن عروق ریوی (در ادم ریه)

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار قادر به پاکسازی تخلیه ترشحات و برطرف کردن انسداد راه هوایی خود و حفظ راه هوایی نباشد

مشخصات: حضور صداهای غیرطبیعی تنفسی (رال، رونکای)، تغییر در تعداد و عمق تنفس تاکی پنه، سرفه موثر یا غیرموثر یا بدون تخلیه خلط، سیانوز، دیسپنه

برآیند مورد انتظار:

بیمار علائم تمیز و باز بودن راه هوایی را بصورت زیر نشان دهد:

- ۱ - در سمع ریه ، صداهای طبیعی تنفسی شنیده شود.
- ۲ - تعداد، عمق و ریتم تنفس طبیعی باشد.
- ۳ - دیسپنه ، وجود نداشته باشد.
- ۴ - بیمار سیانوز نداشته باشد.
- ۵ - سطح هوشیاری بیمار مناسب باشد.
- ۶ - رنگ پوست طبیعی باشد.
- ۷ - مقادیر ABG در حد طبیعی باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های تغییر در عملکرد ریوی و پاکسازی نامناسب راه هوایی را مورد بررسی قرار دهید.
 - ✓ تنفسهای تند، سطحی و نامنظم
 - ✓ دیسپنه و ارتوپنه
 - ✓ استفاده از عضلات کمکی تنفسی
 - ✓ وجود صداهای اضافی تنفسی نظیر رال، رونکای و ویزینگ
 - ✓ کاهش یا عدم حضور صداهای طبیعی تنفسی
 - ✓ وجود خلط غلیظ با حجم زیاد، کف آلود یا خونی
 - ✓ ناآرامی و تحریک پذیری
 - ✓ کانفیوژن
 - ✓ پوست تیره یا سیانوتیک
- ۲ - علائم حیاتی را کنترل کنید.
- ۳ - اقداماتی را جهت کاهش درد بیمار انجام دهید.
- ۴ - ABG بیمار را کنترل کرده، موارد غیرطبیعی را گزارش دهید.
- ۵ - CXR را از نظر موارد غیرطبیعی مورد بررسی قرار دهید.
- ۶ - فعالیتهای بیمار براساس تحمل او و اجازه پزشک بتدریج افزایش دهید.
- ۷ - در صورت داشتن استراحت مطلق، به بیمار کمک کنید هر ۱-۲ ساعت، بصورت پهلو به پهلو در تخت چرخیده، سرفه و تنفس عمیق انجام دهد.
- ۸ - بیمار را تشویق کنید حداقل هر ۲ ساعت به تمرینات تنفسی و انجام تنفس عمیق بپردازد.
- ۹ - هنگام انجام سرفه، بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید تا بهتر از عضلات کمکی تنفس استفاده کند.
- ۱۰ - نیروی سرفه را توسط قرار دادن دستها روی قسمت فوقانی شکم بیمار، و فشار رو به بالا در طول بازدم، تقویت نمایید.
- ۱۱ - جهت سیال کردن ترشحات اقدامات زیر را انجام دهید:
 - ✓ روزانه حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات به بیمار برسانید مگر منع مصرف داشته باشد.
 - ✓ هوای دمی را مرطوب کنید.
 - ✓ در صورت تجویز، میتوانید عوامل موکولیتیک را به بیمار برسانید.
- ۱۲ - اثرات درمانی و عوارض داروهای برونکودیلاتور، آنتی بیوتیک، کورتیکواستروئید، و اسپکتوران را روی بیمار مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۳ - طبق دستور میتوانید جهت تخلیه ترشحات از درناژ وضعیتی، کوبش و لرزش استفاده کنید.
- ۱۴ - در صورت نیاز از ساکشن تراشه استفاده کنید.
- ۱۵ - از بروز برونکواسپاسم پیشگیری نمایید:
 - ✓ از بیمار بخواهید مایعات سرد نخورد.
 - ✓ از تنفس دود سیگار، عطر، و گرده گلها اجتناب کند.
 - ✓ از غذاهای آلرژن استفاده نکند (مثل تخم مرغ، شکلات، گوجه فرنگی)
 - ✓ طبق دستور به بیمار اکسیژن بدهید و درصد اشباع اکسیژن را بالای ۹۰ درصد حفظ کنید
- ۱۶ - به بیمار آموزش دهید که غذاهای نفاخ نخورد.
- ۱۷ - از بیمار بخواهید که سیگار نکشد.

۱۸- اقداماتی جهت افزایش برون ده قلبی بعمل آورید.

۱۹- در صورت تداوم علائم و نشانه های پاکسازی غیر موثر راه هوایی با پزشک مشورت کنید.

۳-۱- اختلال در تبادلات گازی در رابطه با:

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

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار کاهش تبادلات O₂ و CO₂ را از خلال غشاء آلوئولی، کاپیلاری تجربه می کند.

مشخصات: کانفیوژن ، خواب آلودگی ، بی قراری، تحریک پذیری ، ناتوانی در تخلیه موثر ترشحات ، هایپرکاپنی ، هایپوکسی ، دیسپنه، طولانی شدن زمان بازدم، افزایش مقاومت عروق ریوی ، طولانی شدن زمان تخلیه معدی، سیانوز

برآیند مورد انتظار:

بیمار تبادل کافی CO₂ و O₂ را از خلال غشاء تنفسی داشته باشد:

- ✓ وضعیت روانی بیمار طبیعی باشد.
- ✓ رنگ پوست طبیعی باشد.
- ✓ علائم و نشانه های دیسپنه وجود نداشته باشد.
- ✓ مقادیر ABG در حد طبیعی باشد.

اقدامات پرستاری:

۱ - علائم و نشانه های تغییر در عملکرد ریوی را بررسی و گزارش کنید.

- ✓ تنفسهای تند، سطحی و نامنظم
- ✓ دیسپنه و ارتوپنه
- ✓ استفاده از عضلات کمکی تنفسی
- ✓ کاهش یا محو صداهای تنفسی
- ✓ حضور صداهای اضافی تنفسی
- ✓ ناآرامی و تحریک پذیری

- ✓ کانفیوژن و خواب آلودگی
- ✓ پوست تیره یا سیانوتیک
- ۲ - علائم و نشانه های ایجاد یا پیشرفت پنوموتوراکس را مورد بررسی قرار دهید.
- ✓ کاهش اتساع قفسه سینه در محل متاثر
- ✓ کاهش یا قطع صداهای تنفسی در ناحیه متاثر
- ✓ هایپررزونانس در منطقه
- ✓ تنفسهای تند و سطحی
- ✓ تاقیکاردی
- ✓ درد ناگهانی و تیز قفسه سینه
- ✓ سیانوز
- ✓ بیقراری و کانفیوژن
- ۳ - **ABG** بیمار را کنترل کرده، مقادیر غیرطبیعی را گزارش دهید.
- ۴ - تغییرات مهم در اکسیمتری و کاپنوگرافی را بررسی و گزارش کنید.
- ۵ - افزایش مقدار خلط و تغییر در رنگ و بوی آنرا بررسی و گزارش کنید.
- ۶ - **CXR** را کنترل و موارد غیرطبیعی را گزارش کنید.
- ۷ - به منظور کاهش مصرف اکسیژن، به بیمار استراحت مطلق بدهید.
- ۸ - بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
- ۹ - طبق دستور برای بیمار اکسیژن تجویز کنید.
- ۱۰ - به منظور کاهش فشار دیافراگم به قفسه سینه، اقداماتی جهت کاهش دیستاسیون شکم بعمل آورید.
- ۱۱ - به بیمار آموزش داده، کمک کنید هر ۱ الی ۲ ساعت روی تخت بچرخد و سرفه و تنفس عمیق انجام دهد.
- ۱۲ - هر ۲ ساعت به بیمار تمرینات تنفسی بدهید.
- ۱۳ - جهت سیال کردن و تخلیه ترشحات اقدامات زیر را انجام دهید:
- ۱۴ - روزانه حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات به بیمار برسانید (مگر منع مصرف داشته باشد).
- ۱۵ - هوای دمی را توسط بخور مرطوب کنید.
- ۱۶ - در صورت تجویز، میتوانید از داروهای موکولیتیک استفاده کنید.
- ۱۷ - جهت تخلیه ترشحات از درناژ وضعیتی، کوبش و لرزش استفاده کنید.
- ۱۸ - هر ۱ تا ۲ ساعت به مدت ۱۰ دقیقه از اسپرومتری انگیزشی، و یا **IPPB** استفاده کنید.
- ۱۹ - در صورت نیاز، ترشحات بیمار را ساکشن کنید.
- ۲۰ - اقداماتی جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار انجام دهید.
- ۲۱ - اقداماتی جهت کاهش درد قفسه سینه بیمار انجام دهید.
- ۲۲ - در صورت نیاز به کارگذاری لوله سینه (**Chest tube**) بیمار را آماده نمایید.
- ۲۳ - علائم و نشانه های بدکاری لوله سینه را بررسی و گزارش کنید (مثل دیسترس تنفسی، قطع ناگهانی درناژ، حبابسازی شدید در مخزن شیشه ای، آمفیژم زیرجلدی).
- ۲۴ - فعالیتهای بیمار را طبق دستور و براساس تحمل بیمار افزایش دهید.
- ۲۵ - به بیمار آموزش دهید که سیگار نکشد.

۲۶- در صورت بدتر شدن علائم و نشانه های اختلال در تبادلات گازی، با پزشک مشورت کنید.

۴-۱- احتمال بروز اسپیراسیون در رابطه با:

- ۱ - کاهش سطح هشیاری
- ۲ - کاهش رفلکس gag
- ۳ - کاهش رفلکس سرفه
- ۴ - اختلال در عمل بلع
- ۵ - پوزش خوابیده به پشت بعد از عمل
- ۶ - استفراغ بعد از بیهوشی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار در معرض خطر ورود ترشحات معده های روده ای، ترشحات حلق، بزاق و یا مایعات و خون بداخل مجاری تراکیوبرونکیال قرار میگیرد.

مشخصات: حضور عوامل خطر سازی نظیر کاهش سطح هوشیاری، دپرسیون رفلکس gag و سرفه، لوله تراکئوستومی و لوله تراشه، شل بودن یا بدکاری اسفنکتر تحتانی مری، انسداد لوله معده، تغذیه از راه لوله معده، تجویز داروهایی که دارای عارضه تهوع و استفراغ هستند، پوزیشن خوابیده به پشت بعد عمل، افزایش فشار داخل معده، افزایش حجم باقیمانده در معده، تاخیر در تخلیه معده، کاهش تحرک معده ای روده ای، اختلال در بلع، جراحی یا ترومای صورت، دهان یا گردن، سیم پیچی فک.

بر آیند مورد انتظار:

بیمار علائمی دال بر اسپیراسیون ترشحات، غذا یا مایعات را نشان ندهد:

- ۱- صداهای تنفسی طبیعی باشد.
- ۲- در دق ریه صدای رزونانس شنیده شود.
- ۳- تعداد تنفس ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
- ۴- دیسپنه نداشته باشد.
- ۵- سیانوز وجود نداشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی عوامل زمینه ساز اسپیراسیون (کاهش سطح هشیاری، فقدان رفلکس بلع)
- ۲ - بررسی علائم اسپیراسیون مواد غذایی
- ۳ - حفظ پوزش مناسب جهت جلوگیری از اسپیراسیون (ترجیحاً به پهلو در وضعیت بیهوشی)
- ۴ - در دسترس بودن وسایل ساکشن
- ۵ - عدم شروع تغذیه از راه دهان تا بازگشت کامل هشیاری و رفلکس gag
- ۶ - پوزیشن نیمه نشسته تا نیم ساعت بعد از تغذیه
- ۷ - ساکشن تراشه، فراخواندن پزشک در صورت رخداد اسپیراسیون
- ۸ - افزودن رنگ های غذایی به تغذیه لوله ای جهت تشخیص اسپیراسیون
- ۹ - آموزش تقویت قدرت جویدن در بیمار دچار اختلال جویدن
- ۱۰ - کنترل و کاهش محرک های محیطی در بیمار با اختلال جویدن در زمان تغذیه

۱۱- تنظیم برنامه غذایی در وعده های کم دفعات زیاد جهت جلوگیری از برگشت محتویات معده به علت اتساع شکم

۵-۱- احتمال اختلال در تهویه خود به خودی در رابطه با:

۱ - اختلالات تنفسی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل اختلال در سیستم تنفسی قادر به تهویه خود به خودی موثر نمی باشد.

مشخصات: تنفسهای تند، سطحی و نامنظم، سیانوز، اضطراب، استفاده از عضلات کمکی تنفس، تغییر در تعداد و عمق تنفس، بی قراری، خواب آلودگی

برآیند مورد انتظار:

۱. الگوی تنفس بیمار طبیعی شود.
۲. بیمار به میزان کافی تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن را از طریق سیستم تنفسی و به طور خود به خودی انجام دهد.
۳. علائم و نشانه های دیس پنه وجود نداشته باشد.
۴. بیمار کانفیوز و خواب آلود نباشد.

اقدامات پرستاری:

۱. بیمار را تشویق کنید حداقل هر ۲ ساعت به تمرینات تنفسی و انجام تنفس عمیق بپردازد.
۲. تغییرات مهم در اکسیمتری و کاپنوگرافی را بررسی و گزارش کنید.
۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۴. طبق دستور پزشک برای بیمار اکسیژن تجویز کنید.
۵. در صورت نیاز بیمار از تهویه مکانیکی طبق دستور پزشک استفاده کنید.
۶. هوای دمی را مرطوب کنید.
۷. اقداماتی جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار انجام دهید.
۸. فعالیتهای بیمار را طبق دستور و براساس تحمل بیمار افزایش دهید.
۹. در صورت بدتر شدن علائم و نشانه های اختلال در تبادلات گازی، با پزشک مشورت کنید.
۱۰. بیمار کمک کنید هر ۲-۱ ساعت تغییر پوزیشن داده، از نفس عمیق و سرفه استفاده کند.
۱۱. بیمار را تشویق به ترک سیگار نمایید.
۱۲. در صورت بروز ایست تنفسی، عملیات CPR را شروع کنید.

قلبی و عروقی

۱-۲- کاهش برون ده قلبی در رابطه با:

- ۱ - کاهش قابلیت پرشدگی و یا تخلیه بطنهادر نتیجه وضعیتهای قلبی که منجر به نارسایی می شوند(مثل ایسکمی میوکارد، بدکاری دریچه ها، کاردیومیوپاتی، دیس ریتمی ها، تغییرات حاد ساختمان قلب)
- ۲ - ترومای قلبی
- ۳ - افزایش پس بار قلب در نتیجه:
 - ✓ انقباض عروقی حاصل از هایپرترمی
 - ✓ انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکولامینها و سطح رنین پلازما (در اثر استرسورهای نظیر ترس و اضطراب)
 - ✓ افزایش حجم مایعات
- ۴ - کاهش پیش بار قلب در نتیجه:
 - ✓ هایپوولمی (به دلیل از دست دادن خون، شیفیت مایع از فضای درون رگی به فضای بین بافتی، از دست دادن مایع از طریق NGT ، کاهش دریافت مایعات و دیورز شدید)
 - ✓ هایپوتانسیون (به دلیل گرم شدن سریع بدن بعد از جراحی قلب ، تأثیر داروهای بیپهوشی، مسکن های مخدر و وازودیلاتورها)
 - ✓ تأثیر هایپوترمی ، هایپوکسی، عدم تعادل اسید، باز و اختلالات الکترولیتی روی انقباض پذیری و هدایت قلب
- ۵ - ریتهای غیرطبیعی قلب (تاکیکاردی یا برادیکاردی شدید) و حضور ضربانهای زودرس
- ۶ - دیلاتاسیون و یا هایپرتروفی بطنها
- ۷ - ناتوانی قلب در بکارگیری مکانیزمهای جبرانی داخلی جهت رساندن خون به ارگانهای حیاتی در شوک کاردیوژنیک
- ۸ - ایست قلبی

تعریف: وضعیتی است که در آن خون پمپ شده توسط قلب به میزان قابل توجهی کاهش می یابد. بطوریکه قادر به تأمین نیازهای بدن نیست.

مشخصات: تغییر در BP ، آریتمی ، خستگی ، اتساع ورید ژوگولار، تغییر رنگ در پوست و مخاطها، اولیگوری ، تضعیف نبضهای محیطی ، پوست سرد و مرطوب ، رال، دیسپنه ، ارتوپنه، ناآرامی ، تغییر در سطح هوشیاری، کوتاهی تنفس، سنکوپ، سرگیجه ، ادم، سرفه ، خلط خونی، ریتم گالوپ، ضعف و در نهایت عدم حضور نبض کاروتید و ایست قلبی

برآیند مورد انتظار:

بر اساس شواهد زیر، برون ده قلبی بیمار افزایش یابد:

- ۱ - فشار خون در حد طبیعی باشد
- ۲ - نبض آپیکان قابل سمع، منظم و بین ۶۰-۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد.
- ۳ - ریتم گالوپ از بین برود.
- ۴ - توسط تغییر پوزیشن تغییری در تعداد BP و P ایجاد نشود.
- ۵ - تعداد تنفس بین ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
- ۶ - صداهای طبیعی تنفسی شنیده شود.
- ۷ - بیمار دارای سطح هوشیاری طبیعی باشد.

- ۸ - حالت سنگوپ یا سبکی سر از بین برود.
- ۹ - نبضهای محیطی قابل لمس باشند.
- ۱۰ - نبض کاروتید قوی باشد.
- ۱۱ - رنگ، حرارت و رطوبت پوست طبیعی باشد.
- ۱۲ - زمان پر شدن کاپیلرها زیر ۳ ثانیه باشد.
- ۱۳ - برون ده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت حفظ شود.
- ۱۴ - ادم محیطی، اتساع وریدهای گردنی و اسیت کاهش یابد.
- ۱۵ - وزن بیمار به حد طبیعی برگردد.
- ۱۶ - مقادیر همودینامیک نظیر PAP، PCWP، CO، CVP به حد طبیعی برگردند.
- ۱۷ - سطح BUN، کراتینین و فسفاتاز قلیایی به حد طبیعی باز گردد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های کاهش Co را مورد بررسی قرار دهید.
- ✓ کاهش به میزان 20mmHg در فشار خون سیستولی، همراه با فشار سیستولیک زیر 80mmHg.
- ✓ سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان 5-10mmHg
- ✓ نبض نامنظم.
- ✓ تعداد نبض کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه.
- ✓ کوتاه شدن صداهای قلبی و یا حضور سوفل.
- ✓ حضور گالوپ S₃ و یا S₄.
- ✓ کاهش فشار سیستولیک به میزان 15mmHg همراه با افزایش نبض، هنگامی که بیمار به وضعیت نشسته درآید.
- ✓ تنفسهای تند و نامنظم.
- ✓ حضور رال مرطوب همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی.
- ✓ کاهش سطح هوشیاری، ناآرامی و کانفیوژن.
- ✓ سنکوپ
- ✓ کاهش یا محو نبضهای محیطی.
- ✓ کاهش قدرت نبض کاروتید.
- ✓ پوست سرد و مرطوب، رنگ پریده یا سیانوتیک.
- ✓ زمان پر شدن کاپیلاری بیش از ۲ ثانیه.
- ✓ برون ده ادرای کمتر از 30ml/h.
- ✓ ادم محیطی، اتساع وریدهای گردنی، آسیت.
- ✓ افزایش قابل توجه وزن.
- ✓ کاهش Co، افزایش PAP، PCWP و CVP.
- ✓ افزایش BUN، کراتینین و فسفاتاز قلیایی سرم.
- ۲ - ECG بیمار را توسط مانیتورینگ مداوم کنترل و آریتمی ها را گزارش کنید.
- ۳ - CXR را کنترل و یافته هایی نظیر کاردیومگالی، افیوژن پلور و ادم ریه را گزارش کنید.
- ۴ - اقدامات زیر را جهت کاهش بار قلب بکار ببندید:

- ✓ بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
- ✓ در صورت لزوم میتوانید پاهای بیمار را از تخت آویزان کنید.
- ✓ از بیمار بخواهید از فعالیتهایی که موجب مانور والسالوا میشود خودداری کند(زور زدن هنگام دفع مدفوع و نگه داشتن تنفس هنگام حرکت).
- ✓ اقداماتی جهت افزایش استراحت جسمی و روانی بیمار بکار بندید.
- ✓ بیمار را تشویق کنید که به مقدار کم و به دفعات زیاد غذا بخورد(رژیم ۵ وعده ای)
- ✓ از بیمار بخواهید از مصرف غذاها و مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه، چای، شکلات و کولا اجتناب کند.
- ✓ بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد.
- ✓ فعالیتهای بیمار را بتدریج و باتوجه به سطح تحمل وی افزایش دهید.
- ✓ در صورت وخیم شدن حال بیمار، میتوانید از تورنیکه چرخشی استفاده نمایید.
- ۵ - در صورت حضور بیماریهایی نظیر آنمی ها، هایپرتانسیون، هایپرتیروئیدیسم و COPD با پزشک مشورت کنید.
- ۶ - طبق دستور به بیمار اکسیژن دهید.
- ۷ - اثرات درمانی و عوارض داروهای زیر را مورد بررسی قرار دهید:
- ✓ داروهای اینوتروپ مثبت جهت افزایش قدرت انقباضی قلب (نظیر دیژینال، دوبوتامین، دوپامین، و آمینون)
- ✓ گشادکننده های شریانی جهت کاهش پس بار قلب (نظیر هیدرالازین، مینوکسیدیل)
- ✓ نیتراها و وازودیلاتورها جهت کاهش پس بار و پیش بار قلب (نظیر TNG، پرازوسین، نیتروپروساید سدیم).
- ✓ بلوک کننده های کانال کلسیم جهت کاهش پس بار قلب (نظیر نیفیدپین).
- ✓ مهار کننده آنزیمهای آنژیوتانسین جهت کاهش مقاومت عروق محیطی و کاهش برون ده آلدسترون(نظیر کاپتوپریل و آنالاپریل)
- ✓ دیورتیکها جهت کاهش حجم مایعات(نظیر فروسماید)
- ۸ - در صورت مطرح بودن هایپوولمی یا شوک.
- ✓ طبق دستور خون و یا سرم به بیمار انفوزیون نمایید.
- ✓ خونریزی بیمار را کنترل کرده یا از آن پیشگیری کنید.
- ۹ - در صورت مطرح بودن هایپوتانسیون.
- ✓ BP را درست قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی مانند پروپرانولول، و وازودیلاتورها و مسکنهای مخدر را کنترل کنید.
- ✓ در صورتیکه BP زیر 110/70 بود، قبل از تجویز دارو و با پزشک مشورت کنید
- ✓ اثرات درمانی و عوارض داروهای مقلد سمپاتیک را بررسی کنید(نظیر دوپامین)
- ✓ در صورت تداوم علائم کاهش برون ده قلبی و یا وخیم تر شدن آن، با پزشک مشورت نمایید.
- ۱۰ - در صورت بروز ایست قلبی، عملیات CPR را شروع کنید.

۲-۲- تغییر در پرفوزیون بافتی در رابطه با:

- ۱ - کاهش جریان خون در عضو گرفتار به دلیل تغییرات آترواسکلروتیک عروق و یا ترومبوز
- ۲ - ترومای عروقی
- ۳ - تغییرات غیرطبیعی عروق (آرتریواسکلروز، آترواسکلروز، میکروآنژیوپاتی) در نتیجه دیابت
- ۴ - هایپوولمی به دلیل کاهش حجم مایعات و دیورز

<p>۵ - کاهش برون ده قلب در نتیجه برادیکاردی</p> <p>۶ - کاهش برون ده قلب و هایپوتانسیون</p> <p>۷ - کاهش بازگشت خون وریدی</p> <p>۸ - کاهش برون ده قلب در نتیجه بی تحرکی طویل مدت</p> <p>۹ - تجمع خون وریدی در انتهاها در نتیجه کاهش تون عضلات بدن</p> <p>۱۰ - تجمع خون وریدی در انتهاها در نتیجه کاهش فعالیت و عدم تحرک</p> <p>۱۱ - تجمع خون وریدی در انتهای تحتانی بدلیل خارج کردن وریدصافن جهت عمل بای پس کرونر و یا واریس</p> <p>۱۲ - تجمع خون وریدی در انتهاها در نتیجه کاهش تون وازوموتور به دلیل مصرف داروهای بیهوشی و مسکن های مخدر</p> <p>۱۳ - صدمه به جریان خون وریدی در نتیجه بروز فلبیت</p> <p>۱۴ - التهاب شریانهای فمورال و پوپلی ته آل در ناحیه آناستوموزگرافت</p> <p>۱۵ - ادم ناشی از جداسازی عروق لنفاتیک</p> <p>۱۶ - هایپوتانسیون وضعیتی</p> <p>۱۷ - افزایش مقاومت عروق محیطی</p> <p>۱۸ - انقباض عروقی در نتیجه هایپوترمی (کاهش ریت متابولیک در طول جراحی به دلیل سردبودن اتاق عمل و ریکاوری</p> <p>۱۹ - اختلال در جریان خون مغز در نتیجه انسدادنسیبی یا کامل شریان کاروتید به دلیل پلاکتهای آترواسکلروتیک یا ترومبوز</p> <p>۲۰ - اختلال در جریان خون مغز در نتیجه خونریزی مغزی، هماتوم یا ادم</p> <p>۲۱ - اختلال در جریان خون مغز به دلیل وجود ترومبوز، آمبولی، اسپاسم و فشردگی عروق مغز</p> <p>۲۲ - اختلال در جریان خون ریه در نتیجه آمبولی</p>

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار کاهش اکسیژناسیون و تغذیه را در نتیجه اختلال در عرضه خون کاپیلاری در سطح سلولهای بافتی تجربه میکند.

مشخصات: درد انتها که با راه رفتن بهتر می شود، درد در حالت استراحت، درد دائم، نبود یا کاهش نبضهای محیطی، رنگ پریدگی پوست (اختلال شریانی)، سیانور (اختلال وریدی)، پرخونی واکنشی عضو (اختلال شریانی)، سردی عضو (اختلال شریانی)، گرمی عضو (اختلال وریدی)، کاهش فشار خون در انتهای گرفتار، افزایش زمان پرشدن کاپیلرها بیش از ۳ ثانیه، ادم (اختلال شریانی) کاهش عملکرد حسی و حرکتی عضو، شکنندگی و رشد آهسته ناخنها، اسکارهای مدور روی پوست نواحی آتروفی شده، گانگرن، ترمیم آهسته زخم، سمع صدای بروئی روی عروق گرفتار

برآیند مورد انتظار:

- بیمار دارای گردش خون مناسب مغزی باشد:
 - ✓ هشیار و اورینته باشد
 - ✓ علائم سرگیجه، سنکوپ، و اختلالات بینایی را نداشته باشد.
 - ✓ مردمکها قرینه و دارای رفلکس طبیعی به نور باشد.
 - ✓ عملکردهای حسی و حرکتی در حد طبیعی باشد.
- بیمار علائم اختلال در پرفوزیون ریه را نداشته باشد:
 - ✓ تنفس بیمار آرام و ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
 - ✓ چین تنفس، استریدور و کشیدگی در عضله استرنوکلید و ماستوئید نداشته باشد.

- ✓ رنگ پوست طبیعی باشد.
- ✓ سطح هشیاری بیمار در حد طبیعی باشد.
- ✓ نتایج ABG در حد طبیعی باشد.
- ۳. علائم کاهش جریان خون در انتهاها وجود نداشته باشد:
 - ✓ درد و ناراحتی در انتهای گرفتار کاهش یافته و یا از بین برود.
 - ✓ نبضهای محیطی حضور داشته باشد.
 - ✓ زمان پر شدن مجدد کاپیلرها در حد طبیعی (زیر ۳ ثانیه) باشد.
 - ✓ رنگ و حرارت انتهاها طبیعی باشد.
 - ✓ از میزان ادم در انتهای گرفتار کاسته شود.
- ۴. گردش خون سیستمیک بافتی حفظ شود:
 - ✓ فشارخون و نبض در حد طبیعی باشد.
 - ✓ با تغییر پوزیشن، تغییری در فشارخون بیمار ایجاد نشود.
 - ✓ تنفس بیمار آرام و در حد ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
 - ✓ وضعیت روانی و سطح هشیاری بیمار در حد مناسب باشد.
 - ✓ پوست بیمار گرم و مرطوب باشد.
 - ✓ نبضهای محیطی قابل لمس باشد.
 - ✓ زمان پر شدن مجدد کاپیلرها زیر ۳ ثانیه باشد.
 - ✓ برون ده ادراری بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت باشد.
 - ✓ مقدار BUN و کراتینین در حد طبیعی باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های اختلال در پرفوزیون بافت مغز را مورد بررسی قرار دهید (نظیر سرگیجه و سنکوپ، لکه بینی یا تاری دید، دیپلوپیا، تغییر در میدان بینایی، کاهش سطح هوشیاری، تحریک پذیری، ناآرامی، مردمکهای نابرابر، نبود یا کاهش واکنش مردمکها به نور، پارستزی، ضعف حرکتی، فلج، تشنج)
- ۲ - علائم و نشانه های دیسترس تنفسی را بررسی و گزارش دهید (نظیر تنفس تند و سطحی، استریدور، کشش عضلات کمکی تنفس، سیانوز، ناآرامی، بیقراری).
- ۳ - نتایج آزمایش ABG را گزارش کنید.
- ۴ - تغییرات مهم در اکسیمتری و کاپنوگرافی را گزارش کنید.
- ۵ - علائم و نشانه های کاهش در جریان خون شریانی انتهای گرفتار را بررسی و گزارش کنید. (افزایش درد هنگام ایستادن و کاهش آن هنگام فعالیت، تشدید درد در هنگام استراحت در پاها و انگشتان، نبود یا کاهش نبضهای محیطی، افزایش زمان پر شدن مجدد کاپیلرها، افزایش سیانوز و سردی انتها).
- ۶ - علائم و نشانه های ترومبوفلیت و اختلال در گردش خون وریدی را در عضو گرفتار بررسی کنید (حساسیت و درد در انتهای گرفتار، گرمی و قرمزی در عضو، ادم، مثبت شدن علامت Homan در انتها با خم کردن انگشتان پا به عقب، در ساق پا درد ایجاد میشود).
- ۷ - علائم و نشانه های کاهش پرفوزیون بافتی را مورد بررسی قرار دهید:
 - ✓ کاهش چشمگیر در فشار خون.
 - ✓ بالا بودن تعداد نبض در حالت استراحت بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه.

- ✓ کاهش فشار سیستولیک به میزان 15mmHg همراه با افزایش نبض، همراه با تغییر پوزیشن از خوابیده به نشسته و از نشسته به خوابیده.
- ✓ تنفسهای تند و سریع.
- ✓ ناآرامی و کانفیوژن، پاسخهای آهسته به سوالات.
- ✓ بعد از قرار دادن پا به مدت ۶۰ ثانیه بالاتر از سطح بدن، ایجاد رنگ پریدگی، سردی و تاخیر در برگشت رنگ پاها(بیشتر از ۱۰ ثانیه).
- ✓ تغییر رنگ پاها به قرمز تیره هنگام آویزان شدن.
- ✓ نبود یا کاهش نبضهای محیطی.
- ✓ افزایش زمان پر شدن مجدد کاپلرها به بیش از ۳ ثانیه.
- ✓ کاهش برون ده ادراری به کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت.
- ✓ افزایش BUN مقدار و کراتینین سرم (کاهش پرفوزیون کلیه)
- ۸ - اقدامات زیر را جهت بهبود جریان خون مغز بعمل آورید:
 - ✓ در صورت بروز هایپوولمی اقداماتی جهت تصحیح حجم خون دهید.
 - ✓ فشار خون بیمار را در حد طبیعی حفظ کنید.
 - ✓ در صورت وجود علائم ایسکمی مغزی بدلیل شوک، سر تخت را پایین بیاورید(مگر در موارد منع)
 - ✓ کناره های تخت را بالا بکشید.
- ۹ - به منظور کاهش فشار داخل جمجمه (ICP) مراقبتهای زیر را انجام دهید :
 - ✓ که میتوانند موجب ناآرامی بیمار شوند تعدیل کنید (تخلیه مثانه، رفع یبوست، هایپوکسی، سردرد و ترس و اضطراب)
 - ✓ از بیمار بخواهید از فعالیتهایی نظیر فشار دادن پا به حفاظ پایین تخت و گرفتن کناره های تخت با دست برای بالا کشیدن خود اجتناب کند(انقباض ایزومتریک عضله موجب افزایش فشار خون میشود).
 - ✓ از بالارفتن درجه حرارت بدن جلوگیری کنید.
 - ✓ سر تخت را ۳۰-۲۰ درجه بالا بیاورید (مگر در موارد منع)
 - ✓ سر و گردن بیمار را در یک راستا قرار دهید.
 - ✓ طبق دستور به بیمار محدودیت مایعات بدهید.
 - ✓ اثرات درمانی و عوارض دیورتیکهای اسموتیک،فروسامید، دگزامتازون و متیل پردنیزولون را بررسی و گزارش کنید.
 - ✓ در صورت بروز خطر تشنج بین دندانهای بیمار محافظ لاستیکی قرار دهید.
 - ✓ در صورت امکان اقداماتی که موجب افزایش ICP میشوند نظیر ساکشن،حمام، و تغییر پوزیشن را همزمان با هم انجام ندهید.
- ✓ از تهویه مکانیکی جهت کاهش CO₂ خون و جلوگیری از وازودیلاتاسیون عروق مغز استفاده کنید.
- ۱۰ در صورت بروز علائم و نشانه های دیسترس تنفسی اقدامات زیر را بعمل آورید:
 - ✓ بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید(مگر موارد منع)
 - ✓ طبق دستور به بیمار اکسیژن تجویز کنید.
 - ✓ در صورت لزوم اقدام به اینتوباسیون بیمار نمایید(در موارد اورژانس)
 - ✓ از بیمار حمایت روانی بعمل آورید.
- ۱۱ اقدامات زیر را برای بهبود جریان خون در انتهای گرفتار بعمل آورید:
 - ✓ از دادن پوزیشنهایی که جریان خون به انتها را دچار مشکل میسازد اجتناب کنید(نظیر گذاشتن پا روی پا، بالش زیر زانو،

<p>خم شدگی ۹۰ درجه مفصل هیپ به مدت طولانی، اجتناب از نشستن به مدت طولانی)</p> <p>✓ به منظور کاستن فشار از روی عضو، از کمان تخت استفاده کنید.</p> <p>✓ در صورت اجازه پزشک، بیمار را تشویق به راه رفتن به مدت کوتاه نمایید.</p> <p>✓ در صورت بروز ادم، از جورابهای الاستیک استفاده کنید.</p> <p>✓ به منظور بهبود بازگشت خون وریدی، پای تخت را ۱۵ درجه بالا ببرید.</p> <p>✓ در صورت اجازه، هر ۱ تا ۲ ساعت به مدت ۱۵ الی ۱۰ دقیقه تمرینات ROM را انجام دهید.</p> <p>✓ به بیمار آموزش دهید سیگار نکشد.</p> <p>✓ درجه حرارت اتاق را مناسب و بیمار را گرم نگهدارید.</p> <p>۱۲ در صورت بدتر شدن علائم پرفوزیون شریانی با پزشک مشورت کنید.</p> <p>۱۳ اقدامات زیر را جهت بهبود جریان خون وریدی در انتهای گرفتار بعمل آورید:</p> <p>✓ دستور در مرحله حاد، بمدت ۴-۷ روز به بیمار استراحت مطلق دهید.</p> <p>✓ پای بیمار را بالاتر از سطح قلب او قرار دهید.</p> <p>✓ از دادن پوزیشنهایی که جریان وریدی را تضعیف میکنند اجتناب کنید. (نظیر گذاشتن پا روی پا، بالش زیر زانو، از نشستن به مدت طولانی)</p> <p>✓ بیمار را تشویق کنید سیگار نکشد.</p> <p>✓ به منظور جلوگیری از افزایش ویسکوزیته خون، حداقل ۲۵۰۰ میلی لیتر مایعات روزانه به بیمار برسانید. (مگر موارد منع)</p> <p>✓ به منظور کاستن فشار از روی عضو، از کمان تخت استفاده کنید.</p> <p>✓ اثرات درمان و عوارض هپارین و وارفارین را مورد بررسی قرار دهید.</p> <p>۱۴ در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار با پزشک مشورت کنید.</p> <p>۱۵ به منظور جلوگیری از هایپوتاسیون وضعیتی، به بیمار آموزش دهید به آرامی و بتدریج تغییر پوزیشن دهد.</p>
<p>۳-۲-در معرض خطر آسیب عروقی در رابطه با:</p> <p>۱ - اختلال شریانی یا وریدی</p>
<p>تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل صدمه به بافت های عروقی اختلالاتی را تجربه می کند.</p>
<p>مشخصات: شکایت بیمار از درد شدید، عدم تحمل وزن، سردی و بی حسی اندامها، ترمیم آهسته زخم، بی تحرکی، سیانوتیک شده بستر ناخن ها، رگهای واریسی، تغییر در پاسخ های معمول به محرکات، تغییر در تصویر ذهنی بیمار از خود، ناآرامی، تحریک پذیری، خستگی</p>
<p>برآیند مورد انتظار:</p> <p>۱. بیمار احساس درد نداشته باشد: (بگوید که احساس درد ندارد، اثرات ناشی از تجربه درد در او مشاهده نشود)</p> <p>۲. تمامیت بافتی و رنگ پوست به حالت طبیعی را نشان دهد. سردی و بی حسی اندامها، سیانوز، تحریک پذیری و ... مشاهده نشود.</p> <p>۳. به میزان مورد قبول در فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود شرکت کند.</p>

اقدامات پرستاری:

۱. کلیه مراقبتهای خاص در رابطه با اختلال موجود در هر یک از سیستمهای گرفتار را به انجام رسانید. (برای مثال تغییر در پرفوزیون بافت مغز، کاهش برون ده قلبی و....)
۲. علائم و نشانه های کاهش در جریان خون شریانی انتهایی گرفتار را بررسی و گزارش کنید. (افزایش درد هنگام ایستادن و کاهش آن هنگام فعالیت، تشدید درد در هنگام استراحت در پاها و انگشتان، نبود یا کاهش نبضهای محیطی، افزایش زمان پر شدن مجدد کاپیلرها، افزایش سیانوز و سردی انتها).
۳. علائم و نشانه های ترومبوفلیت و اختلال در گردش خون وریدی را در عضو گرفتار بررسی کنید (حساسیت و درد در انتهای گرفتار، گرمی و قرمزی در عضو، دم، مثبت شدن علامت Homan در انتها با خم کردن انگشتان پا به عقب، در ساق پا درد ایجاد میشود).
۴. علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم (نظیر افزایش قرمزی، التهاب در پوست اطراف زخم، رنگ پریدگی یا نکروز بافت زخم و جدا شدن لبه های زخم) را بررسی و گزارش کنید.
۵. اقدامات پرستاری برای کنترل درد را انجام دهید
۶. در صورت بدتر شدن علائم اختلال شریانی با پزشک مشورت کنید.
۷. علائم و نشانه های بروز عفونت را مورد بررسی قرار دهید.
۸. اقداماتی جهت افزایش استراحت جسمی و روانی بیمار بکار بندید.
۹. فعالیتهای بیمار را بتدریج و باتوجه به سطح تحمل وی افزایش دهید.
۱۰. به بیمار آموزش دهید که چگونه بطور صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر استفاده کند.

گوارشی - کبدی

۱-۳- تغییر در غشاء موکوسی دهان در رابطه با:

- ۱ - اکسیژن درمانی طولانی مدت
- ۲ - تنفس دهانی و حضور لوله معده
- ۳ - خشکی مخاط ناشی از کاهش حجم مایعات یا محدودیت مایعات
- ۴ - کاهش ترشح بزاق در نتیجه درمانهای دارویی نظیر مسکن، مخدر و آنتی کولین ارژیک ها
- ۵ - کاهش ترشح بزاق در نتیجه محدودیت تغذیه از راه دهان
- ۶ - لکوپلاکی زبان
- ۷ - آتروفی اپی تلیال دهان در نتیجه فقر آهن، ویتامین ب ۱۲ و فولات
- ۸ - آتروفی اپی تلیال دهان در نتیجه کاهش ترشح بزاق و کاهش حجم مایعات
- ۹ - استئوماتیت در نتیجه سوء تغذیه و کاهش حجم مایعات
- ۱۰ - استئوماتیت در نتیجه افزایش سطح سرمی سمومات نیتروژنی در نارسایی کلیه
- ۱۱ - استئوماتیت در نتیجه بهداشت نامناسب دهان
- ۱۲ - استئوماتیت در نتیجه باز سازی ناکافی سلولهای اپیتلیال حفره دهان در رادیوتراپی و شیمی درمانی
- ۱۳ - عفونت با کاندیدا آلبیکنس یا هرپس سیمپلکس در نتیجه فقر سیستم ایمنی
- ۱۴ - لژیون های دهانی به صورت آفت در حفره دهان

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

مشخصات: ناراحتی و درد دهان، زبان باردار، خشکی دهان استوماتیت، ضایعات یا زخمهای دهانی، کاهش یا فقدان بزاق، لکوپلاکی، ادم، پرخونی، عدم بافت سازی، ژنژویت هموراژیک، مشکلات دندان و لثه

برآیند مورد انتظار:

غشاء موکوسی دهان بیمار مرطوب و سالم باشد

۱- عدم حضور التهاب یا زخم

۲- موکوس سالم و صورتی

۳- عدم حضور خشکی و سوزش دهان

۴- توانایی بلع بدون ناراحتی

۵- ترشح عادی بزاق

اقدامات پرستاری:

۱ - بررسی مخاط دهان در هر شیفت از نظر زخم، لکوپلاکی، خشکی مخاط، تغییر صدا، دیسفاژی، بزاق غلیظ.

۲ - بهداشت دهان بعد از هر نوبت تغذیه

۳ - چرب کردن لبها

۴ - آموزش تنفس از راه بینی

۵ - آموزش ترک سیگار

۶ - تشویق به مصرف مایعات در حد لازم و ممکن

۷ - تجویز بزاق مصنوعی و داروهای ضد قارچ یا آنتی باکتریال

۸ - شستشوی دهان با سالین گرم و یا بیکربنات سدیم

۹ - عدم تغذیه بیمار با مواد غذایی محرک مثل مواد اسیدی، ادویه دار و داغ

۱۰ - دهانشویه

۱۱ - مراقبت از دندان مصنوعی

۲-۳- اختلال در بلع در رابطه با:

۱ - صدمه به اعصاب مجمله ای IX و X

۲ - ضعف عضلات و کاهش رفلکس بلع

۳ - اختلال در حرکات زبان به دلیل ضعف یا خشکی دهان

۴ - آتاکسی، انقباض و لرزش عضلات بلع به دلیل آسیبهای مغزی

۵ - خشکی دهان و غلیظ شدن بزاق در نتیجه استوماتیت و کاهش یا عدم تغذیه دهانی

۶ - ادم ناحیه جراحی (در جراحی سر و گردن)

۷ - تحریک و اسپاسم عضلات مری به دلیل برگشت محتویات معده به داخل مری

۸ - فشردگی مری در اثر تومور

۹ - فشار روی مری در اثر بزرگی غده تیروئید

۱۰ - باریک شدن مری در اثر اسکار شدید

۱۱ - تشکیل فیستول

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

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار دچار کاهش توانایی در عبور ارادی مایعات و جامدات از دهان به طرف معده میشود.

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

برآیند مورد انتظار:

در عمل بلع بیمار پیشرفت حاصل گردد:

- ۱- بیمار اظهار نماید که عمل بلع را بهتر انجام میدهد.
- ۲- هنگام خوردن و آشامیدن دچار سرفه و خفگی نشود.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی علائم اختلال در بلع
- ۲ - پوزیشن نشسته در هنگام تغذیه با سر رو به جلو
- ۳ - نظارت بر نوع مواد تغذیه ای (مواد با بلع راحت تر، غیر چسبنده با حرارت گرم یا سرد) استفاده از سس
- ۴ - خم کردن سر به طرف سالم (در موارد فلج) در هنگام فلج
- ۵ - ماساژ آرام گلو در هنگام بلع
- ۶ - نوشیدن مایعات با نی جهت تقویت عضلات جویدن
- ۷ - استفاده از مواد مخصوص جهت تحریک اشتها (عسل، لیمو)
- ۸ - مصرف مایعات کافی

۳-۳-۳- بیبوست در رابطه با:

- ۱ - کاهش حرکات معده و روده به دلیل دستکاری حین عمل
- ۲ - کاهش حرکات معده و روده به دلیل اثرات داروهای بیهوشی، مخدر
- ۳ - کاهش حرکات معده و روده به دلیل کاهش فعالیت
- ۴ - ضعف عضلات شکمی به صورت کاهش تون عضلات در نتیجه عدم تحرک طولانی مدت
- ۵ - کاهش دریافت مایعات
- ۶ - کاهش مصرف غذاهای پر فیبر
- ۷ - سرکوب رفلکس دفع به دلیل عدم تمایل دفع در تخت
- ۸ - کاهش حرکات روده به دلیل کهولت سن
- ۹ - استفاده طویل المدت از داروهای مسهل

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار دچار تغییر در وضعیت دفع بصورت کاهش در دفعات دفع و عبور سخت مدفوع خشک میشود.

مشخصات: دفع کمتر از حد طبیعی، مدفوع سخت و شکل گرفته وبا قوام سفت، کاهش سطح فعالیت، گزارش احساس فشار در رکتوم، گزارش احساس پری در رکتوم، دفع با فشار، درد شکمی، کمر درد، سردرد، کاهش اشتها، تمایل به استفاده از مسهل

برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار الگوی دفع طبیعی خود را بدست آورد

اقدامات پرستاری:

- ۱ - افزایش سطح فعالیت براساس سطح تحمل و اجازه فعالیت
- ۲ - تشویق به انجام دفع در زمان احساس نیاز
- ۳ - کمک به بیمار جهت رفتن به دستشویی یا نشستن روی بد پن
- ۴ - حفظ حریم خصوصی در زمان دفع
- ۵ - مصرف مایعات کافی
- ۶ - گنجاندن غذای پر فیبر در برنامه غذایی
- ۷ - بررسی اثرات داروهای مسهل و شیاف و انما
- ۸ - برنامه کنترل مدفوع در بیماران صدمه نخاعی یا CVA

۴-۳-اسهال در رابطه با:

- ۱ - کاهش فلور طبیعی روده‌ها در نتیجه مصرف داروهای آنتی بیوتیکی
- ۲ - تجویز سریع مواد غذایی از راه لوله معده
- ۳ - افزایش تحرک روده‌ها به دلیل استرس و ترس شدید
- ۴ - استفاده از داروها
- ۵ - افزایش تحرک روده‌ها به دلیل التهاب و زخم‌های مخاطی ناشی از داروهای سیتوتوکسیک
- ۶ - استفاده بی رویه مسهل و نرم کننده مدفوع
- ۷ - کاهش جذب روده ای آب در نتیجه کمبود ویتامین‌ها
- ۸ - کاهش جذب روده ای آب در نتیجه مصرف بی رویه الکل
- ۹ - نوروپاتی اتونومیک در دیابت
- ۱۰ - سوء جذب نمک موجود در صفرا در دیابت
- ۱۱ - نارسایی پانکراس
- ۱۲ - عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها
- ۱۳ - آنتروکولیت در نتیجه عوامل باکتریال، پارازیتی یا ویرال
- ۱۴ - افزایش حجم مایعات در روده‌ها در اثر مصرف مواد غذایی تجاری با اسمولالیتیه بالا

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار تغییر در وضعیت دفع را بصورت مداوم مدفوع آبکی، شل و بی قوام تجربه میکند.

مشخصات: درد شکمی، کرامپ، افزایش تعداد دفع (بیشتر از ۳ بار در روز) افزایش صداهای شکمی، وجود مدفوع آبکی و شل، عدم کنترل روی دفع.

برآیند مورد انتظار:

۱. بیمار احساس کنترل روی دفع مدفوع را داشته باشد.
۲. عادت دفع به وضعیت طبیعی خود برگردد.
۳. شکل و قوام مدفوع به حالت طبیعی برگردد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - ناشتا کردن بیمار در مرحله حاد و جایگزینی مایعات وریدی
- ۲ - تامین آرامش روانی
- ۳ - تشویق به عدم مصرف سیگار
- ۴ - تنظیم برنامه غذایی در دفعات کم و مکرر و عدم مصرف مواد سخت دیر هضم (مثل لبنیات پر چرب، پر فیبر، نفاخ، محرک)
- ۵ - بررسی اثرات درمانی و عوارض ناخواسته داروهای مصرفی
- ۶ - آموزش نحوه مصرف مواد تغذیه ای پر کالری (آهسته و به تدریج)
- ۷ - کنترل سطح پتاسیم خون
- ۸ - تنظیم سرعت تجویز مایعات گاوآژ

۵-۳-عدم کنترل مدفوع در رابطه با:

- ۱ - افزایش فعالیت رفلکسی روده‌ها و عدم وجود کنترل ارادی روی دفع مدفوع
- ۲ - کاهش توانایی روی کنترل دفع بدلیل کاهش سطح هوشیاری و ناتوانی در تشخیص احساس پری رکتوم
- ۳ - ناتوانی در نشستن روی لگن کنار تخت یا رفتن به دستشویی
- ۴ - تأخیر در درخواست کمک برای رفتن به دستشویی به دلیل اختلال در برقراری ارتباط
- ۵ - نشت مدفوع (تحریک مداوم رفلکس دفع توسط توده مدفوع)
- ۶ - کاهش تون عضلات پرینه به دلیل انسزیون یا کهولت سن

تعریف: وضعیتی است که در آن فرد دچار تغییر در عادت طبیعی دفع بصورت تخلیه غیرارادی مدفوع میشود.

مشخصات: خروج غیرارادی مدفوع

برآیند مورد انتظار:

- بیمار علایمی دال بر آسپیراسیون ترشحات، غذا یا مایعات را نشان ندهد:
- ۱- صداهای تنفسی طبیعی باشد.
 - ۲- در دق ریه صدای رزونانس شنیده شود.
 - ۳- تعداد تنفس ۱۶-۲۰ بار در دقیقه باشد.
 - ۴- دیسپنه نداشته باشد.
 - ۵- سیانوز وجود نداشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱۲- بررسی عوامل زمینه ساز آسپیراسیون (کاهش سطح هشیاری، فقدان رفلکس بلع)
- ۱۳- بررسی علائم آسپیراسیون مواد غذایی
- ۱۴- حفظ پوزش مناسب جهت جلوگیری از آسپیراسیون (ترجیحاً به پهلو در وضعیت بیهوشی)
- ۱۵- در دسترس بودن وسایل ساکشن
- ۱۶- عدم شروع تغذیه از راه دهان تا بازگشت کامل هشیاری و رفلکس gag
- ۱۷- پوزیشن نیمه نشسته تا نیم ساعت بعد از تغذیه
- ۱۸- ساکشن تراشه، فراخواندن پزشک در صورت رخداد آسپیراسیون
- ۱۹- افزودن رنگ‌های غذایی به تغذیه لوله ای جهت تشخیص آسپیراسیون
- ۲۰- آموزش تقویت قدرت جویدن در بیمار دچار اختلال جویدن
- ۲۱- کنترل و کاهش محرک‌های محیطی در بیمار با اختلال جویدن در زمان تغذیه
- ۲۲- تنظیم برنامه غذایی در وعده های کم دفعات زیاد جهت جلوگیری از برگشت محتویات معده به علت اتساع شکم

۳-۶-ناکارآمدی حرکت روده ای در رابطه با:

- ۱- اضطراب
- ۲- مقابله ناموثر فردی
- ۳- عدم تعادل غذایی
- ۴- درد به علت افزایش حرکات روده
- ۵- درد به علت کاهش حرکات روده و احساس پری

تعریف: به علت اختلال در حرکت روده ها ایجاد می شود که باعث کاهش یا افزایش صداهای روده ای می شود.

مشخصات: درد، احساس پری و نفخ، اسهال، یبوست

برایند مورد انتظار

✓ به دست آوردن حرکت طبیعی روده و سمع صداهای طبیعی روده

اقدامات پرستاری:

۱. آموزش به بیمار و خانواده وی در مورد رژیم غذایی متعادل
۲. تبعیت از تعادل در رژیم غذایی و پر فیبر
۳. نظم در خوردن غذا و جویدن آرام غذا
۴. عدم مصرف مایعات با غذا
۵. منع مصرف الکل و سیگار
۶. کنترل اسهال یا یبوست
۷. شناخت انواع غذاهای محرک
۸. تمرینات ورزشی جهت کاهش اضطراب
۹. درمان افسردگی و اضطراب

۷-۳- در معرض خطر اختلال عملکرد کبدی در رابطه با:

- ۱ - واکنش‌های ترانسفیوژن
- ۲ - بیماری‌های همولیتیک
- ۳ - سوختگی شدید
- ۴ - سموم باکتریایی
- ۵ - هیپاتیت
- ۶ - سیروز
- ۷ - کانسرمتاستاتیک
- ۸ - استفاده طولانی از داروهایی که در کبد متابولیزه می‌شود
- ۹ - التهاب کبد
- ۱۰ - اسکار زخم یا تومور کبد
- ۱۱ - پانکراتیت
- ۱۲ - مصرف زیاد الکل
- ۱۳ - نکروز کبد
- ۱۴ - سیروز کبد
- ۱۵ - آبسه کبد
- ۱۶ - سنگ کیسه صفرا

تعریف: ناشی از ضربه به سلول‌های پارانشیمال کبد یا مستقیماً ناشی از از بیماری‌های اولیه کبد یا غیر مستقیم ناشی از انسداد جریان صفرا یا اختلال جریان خون

مشخصات: بیرقان، اختلالات تغذیه‌ای، خارش پوستی، درد، نقص ویتامین، ادم و خونریزی، غیر طبیعی بودن آزمایشات کبدی

برایند مورد انتظار :

✓ کاهش علائم و طبیعی شدن کارکرد کبد

اقدامات پرستاری:

- ۱ - آموزش سازگاری با خستگی و ناتوانی موقت
- ۲ - آموزش درباره رژیم غذایی
- ۳ - استراحت
- ۴ - پیگیری آزمایشات خونی
- ۵ - اجتناب از مصرف الکل
- ۶ - اجتناب از مصرف موادی که روی کارکرد کبد تاثیر دارد
- ۷ - رژیم پر پروتئین و پر کالری
- ۸ - تعادل مایعات

کلیوی - ادراری

۱-۴-عدم کنترل ادرار در رابطه با:

- ۱-درگیری نرون محرکه فوقانی،(صدمه طناب نخاعی بین کورتکس مغز و مهره های s1,s2,s3
- ۲-کنترل ضعیف روی اسفنکتر ادراری در نتیجه کاهش سطح هوشیاری
- ۳-ناتوانی در برقراری ارتباط و اختلال در تحرک جسمانی
- ۴-کمیبود کنترل روی اسفنکتر ادراری بدلیل نوروپاتی اتونومیک (در دیابت و الکلیسم)
- ۵-کاهش ظرفیت مثانه در نتیجه انقباض (مثانه اسپاستیک) در شوک نخاعی
- ۶-کاهش ظرفیت مثانه در نتیجه سونداژ ادرار و یا ابزارهای جراحی
- ۷-صدمه به اسفنکتر ادراری توسط سوند ادرار و یا ابزارهای جراحی
- ۸-صدمه به اعصاب و عضلات ناحیه پرینه بدنبال جراحی
- ۹-التهاب و تحریک ناحیه پرینه
- ۱۰-استرس یا ترس
- ۱۱-حاملگی
- ۱۲-چاقی
- ۱۳-واژینیت
- ۱۴-کهولت سن
- ۱۵-صدمات، عفونت و تومور نخاعی
- ۱۶-بیماریهای عصبی نظیر پارکینسون و مولتیپل اسکلروزیس
- ۱۷-درمانهای دارویی نظیر مصرف دیورتیک یا شل کننده های عضلانی

تعریف: وضعیتی که در آن فرد دچار عدم کنترل روی دفع ادرار بصورت دائم یا موقت میشود

مشخصات: جریان دائمی و غیر قابل پیش بینی ادرار، شب ادراری بیش از ۲۰ بار، عدم آگاهی از پرشدگی مثانه

برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار روی دفع ادرار خود کنترل داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱- شواهد دال بر عدم کنترل ادرار را در بیمار مورد بررسی قرار دهید.
- ۲- به بیمار کمک کنید هر دو تا سه ساعت به دستشویی بروید و یا نظر ادرار را در اختیار او بگذارید.
- ۳- به منظور تخلیه کامل مثانه تا جای امکان در هنگام دفع بیمار را در وضعیت طبیعی قرار دهید. (مگر در موارد منع)
- ۴- جهت کاهش احتمال بی اختیاری در شب مصرف مایعات را در طول شب محدود کنید.
- ۵- ورزشهای پرینه را به بیمار آموزش دهید:
 - ✓ قطع و وصل کردن دفع ادرار در هنگام انجام عمل تخلیه
 - ✓ فشردن باسن به هم و سپس ازاد کردن عضلات ان (این عمل تون اسفنکتر ادراری را تقویت می کند)
- ۶- از بیمار بخواهید از نوشیدن مایعات و غذای کافئین دار اجتناب کند.
- ۷- اثرات درمانی و عوارض داروهای الفا ادرنرژیک را روی افزایش تون اسفنکتر ادراری مورد بررسی قرار دهید (مثل افدرین)
- ۸- در صورت عدم کنترل ادرار با پزشک در مورد سوند گذاری متناوب، دائم، و یا استفاده از سوند خارجی ادرار (کاندوم) مشورت کنید.
- ۹- از بیمار و خانواده او حمایت روانی بعمل آورید.

۲-۴- احتباس ادرار در رابطه با:

- ۱- تجمع ادرار در کلیه و مثانه بدلیل قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به مدت طولانی
- ۲- تحریک اعصاب سمپاتیک به دلیل درد، ترس و اضطراب
- ۳- اثرات کاهنده بعضی از داروها (مثل داروهای بیهوشی و مسکن مخدر) روی تون عضلات مثانه
- ۴- انسداد مجرای ادرار توسط بزرگ شدن پروستات، حضور لخته یا ادم
- ۵- کاهش تون عضله مثانه بدلیل دیستانسیون طولانی مثانه
- ۶- کاهش تون عضله بدلیل هایپرتروفی مثانه در نتیجه افزایش تدریجی باقیمانده ادرار بدنبال پیشرفت انسداد
- ۷- اتونی مثانه در نتیجه ادم پلوپس و ترومای عصب (بدلیل جراحی)
- ۸- کاهش تون عضله مثانه در نتیجه کاهش عمومی تون عضلات بدن بدلیل عدم تحرک طویل مدت
- ۹- مثانه هایپوتونیک در نتیجه صدمه به راههای ابران تنه کورتیکواستروئید در MS
- ۱۰- اسپاسمهای رفلکسی در ناحیه خروجی مثانه و عضلات پلوپس و اجتناب از دفع بدلیل حساسیت و درد در ناحیه پرینه
- ۱۱- اتونی دیواره مثانه و انقباض اسفنکتر خارجی ادرار بدنبال شوک نخاعی
- ۱۲- تخلیه ناکامل مثانه به دلیل اسپاسم اسفنکتر خارجی مثانه بدنبال شوک نخاعی
- ۱۳- عدم حس پری مثانه و کاهش انقباض پذیری عضله مثانه بدلیل نورپاتی اتونومیک مثلا در دیابت
- ۱۴- تحریک مستقیم فیبرهای سمپاتیک که عصب دهی به مثانه را به عهده دارند در لامینکتومی کمری
- ۱۵- فشار روی مجرای ادرار در نتیجه ترومای لگن

تعریف: وضعیتی که بیمار قادر به تخلیه کامل مثانه نیست

مشخصات: اتساع مثانه، دفع ادرار بصورت مکرر و به تعداد کم و یا عدم برون ده ادراری، احساس پری در مثانه، وجود ادرار باقیمانده بیش از ۱۰۰ میلی لیتر، دیزوری، عدم کنترل روی دفع ادرار

برآیند مورد انتظار: بیمار علائم احتباس ادرار را نداشته باشد :

- ۱ - عدم حضور دیستانتسیون سوپراپوبیک
- ۲ - توانایی دفع ارادی ادرار
- ۳ - دفع کامل ادرار با حجم باقیمانده کمتر از ۵۰ میلی لیتر در مثانه
- ۴ - تعادل در میزان جذب و دفع مایعات
- ۵ - عدم احساس پری مثانه و احساس فوریت در دفع ادرار

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های احتباس ادرار را بررسی و گزارش کنید:
دفع مکرر مقادیر کم ادرار (۲۵-۵۰ میلی لیتر)
 - ✓ اتساع ناحیه بالای پوبیس
 - ✓ احساس فوریت در دفع ادرار و پری مثانه
 - ✓ برون ده ادرار کمتر از میزان جذب مایعات
- ۲-در مورد الگوی طبیعی دفع ادرار از بیمار سوال کنید.
- ۳-طبق دستور برای بیمار سوند بگذارید و مقدار ادراری را که بلافاصله تخلیه می شود اندازه گیری کنید(حجم ادرار باقیمانده)
- ۴-به بیمار آموزش دهید هر زمان احساس دفع داشت اقدام به ادرار کردن نماید.
- ۵-جهت دفع ادرار محیط را برای بیمار خصوصی کنی.د
- ۶-جهت تخلیه کامل مثانه، هنگام دفع بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع)
- ۷-به منظور تخلیه کامل مثانه و کاهش حجم باقیمانده به کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر از بیو فید بکها استفاده کنید:
 - ✓ ضربه ناحیه سوپراپوبیک
 - ✓ ضربه یا ماساژ شکم
 - ✓ ضربه به قسمت داخلی ران
 - ✓ کشیدن موهای ناحیه پوبیس
 - ✓ باز کردن شیر اب (شنیدن صدای جریان اب)
 - ✓ ریختن اب گرم روی پرینه
 - ✓ قرار دادن دستهای بیمار در اب گرم
- ۸-اثرات درمانی و عوارض داروهای کلینرژیک را مورد را بررسی قرار دهید.
- ۹-در صورت عدم تخلیه ادرار، طبق دستور از سوند دائم ادراری استفاده کنید.
- ۱۰-بیمار را تحت حمایتهای روانی قرار دهید.
- ۱۱-در حضور سوند دائم ادرار کلیه مسیر های سوند را از نظر خمیدگی یا انسداد مورد بررسی قرار دهید.

۳-۴-احساس فوریت و تکرر در دفع ادرار در رابطه با:

- ۱-وجود مثانه اسپاستیک بدلیل لژیونهای راههای وابران تنه کورتیکواستروئید در MS
- ۲-کاهش ظرفیت مثانه کمتر از ۲۵۰ میلی لیتر
- ۳-افزایش انقباضات مهار نشده عضله دتروسور مثانه مثلا در افراد مسن
- ۴-کاهش مهار CNS روی عمل دفع ادرار

۵-قرار گرفتن در معرض سرما
تعریف: وضعیتی که در آن بیمار دچار احساس فوریت برای دفع و دفع مکرر مقادیر کم ادرار می شود.
مشخصات: احساس مکرر برای دفع ادرار، دفع ادرار با مقادیر کم
برآیند مورد انتظار: ✓ برطرف شدن احساس فوریت در دفع
اقدامات پرستاری: ۱-علائم و نشانه های مربوط به احساس فوریت و تکرر ادرار را مورد بررسی قرار دهید . ۲-اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اسپاسم را بر کاهش انقباض مثانه بررسی کنید. ۳-ظرف ادرار را در دسترس بیمار قرار دهید . ۴-اقداماتی جهت کاهش اضطراب و ترس بیمار بعمل آورید. ۵-محیط بیمار را گرم نگهدارید . ۶-در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت کنید.
چشم
۱-۵-در معرض خطر خشکی چشم در رابطه با: ۱ - کار چشمی طولانی مدت در مواردی که فرد برای مدت طولانی به چیزی خیره شود و پلک نزند (مثلاً در موقع کار با کامپیوتر، تماشای تلویزیون یا مطالعه). ۲ - استفاده از لنز های تماسی در نتیجه کاهش پلک زدن و کم شدن حس قرنیه ۳ - عمل جراحی چشم بخصوص در مرحله بهبودی ۴ - قرار گرفتن در مناطق با آب و هوای گرم و خشک و یا استفاده از وسایل گرمازا (مثل بخاری و شومینه) در نتیجه تبخیر شدن اشک از سطح چشم ۵ - سن بالای ۵۵ سال در نتیجه کاهش تولید و افزایش تبخیر لایه آبی اشک ۶ - بسته نشدن پلک ها در رابطه با مشکلات عصبی ۷ - مشکلات تغذیه ای از جمله کمبود ویتامین A ۸ - استفاده از داروها بخصوص آنتی هیستامین ها و ضد افسردگی ها در نتیجه کاهش تولید اشک ۹ - دود سیگار و سایر مواد شیمیایی در نتیجه افزایش تبخیر اشک ۱۰ عفونت چشم که سبب افزایش تبخیر اشک ۱۱ -بیماری های بافت همبند نظیر سندروم شوگرن و روماتیسم مفصلی
تعریف: بیماری که ناشی از تغییر در کیفیت یا کمیت اشک چشم می باشد .
مشخصات: اکثر مواقع فرد مبتلا احساس نمی کند که چشمش خشک شده است . سوزش ، خارش ، گاهی اشک ریزش چشم ها ، احساس وجد جسم خارجی (شن ریزه) در چشم ها ، تاری دید که با پلک زدن برطرف می شود ، قرمزی چشم ها ، در دو اشکال در حرکت پلک ها ، حساسیت به نورهای شدید ، اشک ریزش بیش از حد و عدم

برآیند مورد انتظار:

سطح کره چشم به طور مداوم شسته و خیس و مرطوب باشد و اکسیژن و مواد غذایی کافی به سطح قرنیه برسد.

- ۱ - عدم سوزش و خارش
- ۲ - عدم اشک ریزی چشم ها
- ۳ - عدم احساس جسم خارجی
- ۴ - عدم حساسیت به نورهای شدید
- ۵ - برطرف شدن قرمزی چشم ها
- ۶ - تعادل در تولید و رفع اشک
- ۷ - حرک پلک ها به راحتی انجام شود (باز و بسته شدن پلک ها به راحتی انجام شود)
- ۸ - توانایی پلک زدن بدون درد

اقدامات پرستاری:

- ۱ - قطره های چشمی تجویز شده به طور صحیح و به موقع چکانده شود.
- ۲ - بیمار در طول روز مایعات کافی بنوشد.
- ۳ - به بیمار آموزش داده می شود در مواقعی که کار چشمی طولانی مدت انجام می دهد سعی کند به صورت ارادی پلک بزند .
- ۴ - توصیه به بیمار مبنی بر اینکه تا حد امکان به صفحه مانیتور ، تلویزیون یا کتاب خیره نشود .
- ۵ - توصیه به بیمار مبنی بر اینکه هر ۵ تا ۱۰ دقیقه یک بار برای چند ثانیه پلکها را ببندد .
- ۶ - از قرار گرفتن در معرض گرد و غبار و دود سیگار پرهیز کند .
- ۷ - زمانی که بیمار در محیط های خشک و در هوای طوفانی قرار می گیرد حتی المقدور از عینک (آفتابی یا طبی) استفاده کند .
- ۸ - توصیه به بیمار در فصول سرد سال که از وسایل گرمازا در منزل استفاده می کنند جهت مرطوب نگه داشتن فضای اتاق از دستگاه بخور استفاده نماید .
- ۹ - توصیه به بیمار در مورد اجتناب از مالیدن چشم ها.

پوست

۱-۶- اختلال در سلامت پوست و بافت در رابطه با:

- ۱ - انسزیون جراحی
- ۲ - زخمهای ناشی از تروما
- ۳ - تأخیر در ترمیم زخم به دلیل کاهش جریان خون در ناحیه زخم
- ۴ - تأخیر در ترمیم زخم در نتیجه وجود ادم
- ۵ - تأخیر در ترمیم زخم به دلیل اختلال در سنتز پروتئین
- ۶ - تغذیه نامناسب و کمبود ویتامین
- ۷ - درناژ چرکی از زخم

- ۸ - تحریک و شکست پوست به دلیل تماس با درناژ زخم
- ۹ - تحریک و شکست پوست در نتیجه فشار لوله های درناژ
- ۱۰ - تحریک و شکست پوست درد نتیجه استفاده از چسب
- ۱۱ - فشار طولانی روی بافت بدلیل کاهش فعالیت
- ۱۲ - اکسیژناسیون ناکافی بافت
- ۱۳ - آنمی
- ۱۴ - تحریک شدید پوست به دلیل اسهال مداوم و تماس مکرر پوست با ادرار و مدفوع به دلیل بی اختیاری
- ۱۵ - کاهش حجم مایعات
- ۱۶ - زخمهای حاصل از بیماری دیابت
- ۱۷ - تهاجم به بافت زیرجلدی توسط سلولهای بدخیم
- ۱۸ - خشکی پوست به دلیل اثرات سیتوتوکسیک داروها روی غدد سباسه

تعریف: وضعیتی است که در آن سلامت پوست و بافت زیر آن دچار اختلال و تغییر شود.

مشخصات: تخریب در سطح پوست، جداسدن پوست، تخریب لایه های پوست، زخم، اریتم، التهاب، ادم، درناژ و نکروز

برآیند مورد انتظار:

۱ - سلامت پوست بیمار حفظ شود، زخمها روند طبیعی ترمیم را طی کنند.

- ✓ قرمزی و التهاب در سطح پوست دیده نشود
- ✓ علائمی از شکستگی و آسیب پوستی وجود نداشته باشد
- ✓ به تدریج از میزان قرمزی و التهاب زخم کاسته شود
- ✓ در سطح زخم بافت گرانوله ایجاد شود
- ✓ لبه های زخم صاف باشد

۲ - ترشح غیرطبیعی از زخم وجود نداشته باشد.

اقدامات پرستاری:

۱ - علائم و نشانه های اختلال در ترمیم زخم (نظیر افزایش قرمزی، التهاب در پوست اطراف زخم، رنگ پریدگی یا نکروز بافت زخم و جدا شدن لبه های زخم) را بررسی و گزارش کنید.

۲ - علائم و نشانه های تحریک پوست را مورد مشاهده قرار دهید.

۳ - جهت جلوگیری از التهاب و شکستگی پوست، اقدامات زیر را بعمل آورید:

- ✓ از تماس درناژ زخمها با پوست جلوگیری کنید.

- ✓ پانسمانها، زخمها و نواحی اطراف درنها و استوماها را مورد مشاهده قرار دهید.

- ✓ در صورت نیاز پوست اطراف زخمها و درنها و استوماها را تمیز و مجدد پانسمان نمایید.

- ✓ به منظور کاهش خطر نشت ترشحات از اطراف لوله های درناژ، از تنگی یا انسداد در مجرای لوله های درناژ جلوگیری بعمل آورید.

- ✓ در صورت امکان روی درنها یا زخمهایی که ترشح فراوان دارند، یک کیسه جمع آوری ترشحات بچسبانید.

- ✓ از خمیرهای جاذب ترشح در نواحی در تماس با درناژ زخمها استفاده کنید.

- ✓ هنگام دادن پوزیشن به بیمار، مراقب باشید که روی لوله های درناژ نخوابیده باشد.

- ✓ لوله ها را تا جای ممکن ثابت کنید، زیرا حرکات شدید آنها میتواند موجب تحریک غشاهای مخاطی شود.

- ✓ به منظور کاهش تحریک NGT و Air way و کاتولای بینی، هر ۲-۴ ساعت ژل لوبریکانت به لبه خارجی بینی بمالید.
- ۴ - جهت کاهش تحریک پوستی ناشی از استفاده از چسبها :
- ✓ تنها به مقدار مورد نیاز از چسبها استفاده کنید.
- ✓ جهت ثابت نگهداشتن لوله ها و پانسمانها، از چسب ضد حساسیت استفاده کنید.
- ✓ هنگام کندن چسبها آنها را در جهت رویش موها بکشید.
- ۵ - به منظور پیشبرد ترمیم طبیعی زخمها اقدامات زیر را بعمل آورید :
- ✓ اقداماتی جهت حفظ پرفوزیون کافی در ناحیه زخم انجام دهید.
- ✓ پانسمان زخمها را سفت نبندید(مگر طبق دستور)
- ۶ - اقدامات زیر را جهت کاهش التهاب و تورم در ناحیه زخم بعمل آورید :
- ✓ طبق دستور کمپرس سرد به ناحیه اضافه کنید.
- ✓ طبق دستور ناحیه زخم را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.
- ✓ طبق دستور از داروهای ضدالتهاب استفاده کنید.
- ۷ - به منظور حفظ زخم از صدمات مکانیکی:
- ✓ پانسمان را به گونه ای انجام دهید که از خراشیدگی و تحریک زخم جلوگیری کند.
- ✓ هنگام تعویض پانسمان، چسبها و پانسمان را با دقت بلند کنید.
- ✓ به بیمار آموزش دهید که به زخمها دست نزند.
- ✓ اقدامات لازم جهت جلوگیری از افتادن بیمار بعمل آورید.
- ۸ - اقداماتی جهت حفظ کاهش فشار روی ناحیه زخم را انجام دهید:
- ✓ به بیمار برای حفظ ناحیه زخم در هنگام حرکت کردن آموزش داده، کمک کنید.
- ✓ به بیمار جهت ثابت نگهداشتن زخمهای شکمی و توراکیس هنگام سرفه آموزش داده، کمک کنید.
- ✓ هنگام فعالیت جهت حمایت اضافه از شکم بعد از جراحی، از شکم بند استفاده کنید.
- ✓ بعد از جراحی شکم، اقدامات لازم جهت کاهش تجمع گاز و مایع در روده و معده بعمل آورید.
- ✓ اقدامات لازم را جهت جلوگیری از بروز تهوع و استفراغ بعد از اعمال جراحی قفسه سینه، پشت و شکم بعمل آورید.
- ۹ - به منظور جلوگیری از بروز عفونت، مراقبتهای لازم را انجام دهید.
- ۱۰ - با کنترل ترس و اضطراب، از افزایش سطح کورتیکواستروئیدها در خون جلوگیری نمایید.
- ۱۱ - در صورت بروز علائم و نشانه های اختلال در ترمیم بافتی :
- ✓ به دبرید زخم کمک کنید.
- ✓ از بیمار و خانواده او حمایت روانی بعمل آورید.
- ✓ وضع تغذیه بیمار را مورد بازنگری قرار دهید.
- ✓ علائم و نشانه های بروز عفونت را مورد بررسی قرار دهید.
- ۱۲ - اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد عفونت را بررسی کنید.

روان

۱-۷-اضطراب و ترس در رابطه با:

- ۱ - ناآشنا بودن با محیط
- ۲ - کمبود اطلاعات در مورد تشخیص، روش های تشخیصی و درمان
- ۳ - تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش بیمار
- ۴ - اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود
- ۵ - علائم ظاهری بیماری
- ۶ - دیسپنه و تنگی نفس
- ۷ - درد شدید
- ۸ - احتمال عود بیماری
- ۹ - احساس نزدیکی به مرگ
- ۱۰ - ترس از پیش آگهی بیماری
- ۱۱ - ناتوانی برای کنترل بیماری
- ۱۲ - کمبود کنترل روی محیط اطراف و عملکرد بدن
- ۱۳ - اختلال در برقراری ارتباط با اطرافیان و محیط
- ۱۴ - ترس از عمل جراحی و بیهوشی
- ۱۵ - ترس از هرچیز ناشناخته

تعریف: ترس و اضطراب هر دو منجر به ایجاد وضعیت یکسانی می شوند. اضطراب حالتی است که در آن بیمار دچار احساس ناخوشایند در برابر وضعیت ناشناخته می شود، در حالیکه ترس، احساس ناخوشایندی است که در حضور یک وضعیت شناخته شده بروز پیدا می کند.

مشخصات:

- ۱ - علائم ذهنی: افزایش تنش، احساس شدید بی حمایتی، ترس، هیجان زیاد، تاسف و پشیمانی، احساس تخریب، دیسترس، احساس بی کفایتی، تحرك زیاد، ترس از هر چیزی، تنش و نگرانی برای هر نوع تغییر و حادثه در زندگی، غمگینی، اضطراب
- ۲ - علائم عینی: تحريك سمپاتیک، تحريك قلبی- عروقی، انقباض عروق سطحی، گشادی مردمک چشم، ناآرامی، بی خوابی، حرکت و نگاه چشم ها به روی همه چیز، تماس چشمی ضعیف، لرزش دست ها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، اسهال، ضعف عضلانی، خستگی، افزایش فشار خون، رفتارهای عملی به صورت حمله و فرار، هشیاری زیاد از حد، اشتغال دائم فکری، تمرکز یافتن روی خطر، حرکات غیر طبیعی نظیر تکان دادن دست ها و پاها، فشردگی صورت، لرزش صدا، افزایش احتیاط، افزایش تعریق، متمرکز شدن روی "خود" شبه بینی

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - بیان کاهش ترس و اضطراب توسط بیمار
- ۲ - از بین رفتن حالت فشردگی صورت و بدن و آرام بودن بیمار
- ۳ - ثابت شدن علائم حیاتی
- ۴ - طبیعی بودن رنگ پوست
- ۵ - توانایی بیمار برای توضیح در مورد تشخیص خود، تست ها و روش های درمانی، مراقبت هاس معمول بیمارستان و روش های جراحی و اثرات آن ها

اقدامات پرستاری:

در صورت داشتن عمل جراحی اطلاعات زیر را جمع آوری کنید:

- ۱ - ترس ها و سطح درک بیمار از عمل جراحی و اهمیت آن
- ۲ - درک از نتایج و انتظارات جراحی
- ۳ - سوء تعبیر بیمار در مورد بیماری و عمل جراحی اش
- ۴ - تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان
- ۵ - سیستم های حمایتی بارزش بیمار
- ۶ - بررسی علائم و نشانه های ترس و اضطراب در بیمار
- ۷ - سوال در مورد روش های تطابقی موثر در گذشته
- ۸ - آشنا سازی بیمار با محیط بیمارستان، ابزارها و روش های درمانی و مراقبتی
- ۹ - توضیح در مورد هدف انجام کلیه روش های تشخیصی و درمانی
- ۱۰ - معرفی پرسنل مسئول مراقبت از بیمار
- ۱۱ - اطمینان بیمار از اینکه پرستاران همیشه در دسترس هستند
- ۱۲ - برقراری ارتباط به یک روش آرام و مطمئن و رعایت اصل رازداری
- ۱۳ - تشویق بیمار به بیان ترس ها و اضطراب و ارائه بازخورد مناسب
- ۱۴ - بازگو نمودن توضیحات پزشک برای بیمار و تصحیح اشتباهات و سوء تفاهمات بیمار در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی
- ۱۵ - آموزش روش های آرام سازی به بیمار
- ۱۶ - آموزش حمایت از بیمار به افراد نزدیک بیمار
- ۱۷ - در صورت تجویز ضد اضطراب ها بررسی اثرات درمانی و عوارض آن در بیمار

۲-۷- اختلال در سازگاری در رابطه با:

- ۱ - صدمه به طناب نخاعی
- ۲ - فلج حسی و حرکتی
- ۳ - آمپوتاسیون اعضا
- ۴ - MI.CVA
- ۵ - COPD
- ۶ - بیماری های پیشرونده عصبی

۷ - سرطان
۸ - دیالیز
۹ - نبود سیستم های مناسب حمایتی
۱۰ - غیر قابل دستیابی بودن سیستم های حمایتی
۱۱ - کمبود درک
۱۲ - افسردگی
۱۳ - از دست دادن یک چیز مهم (فرد، شی یا شغل)
۱۴ - پیری
۱۵ - بیماری مزمن
۱۶ - ناتوانی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار قادر به تعدیل روش زندگی و رفتارهای خود، یا تغییر در سطح سلامتی اش نیست.

مشخصات: بیان عدم قبول تغییر در وضعیت سلامتی، عدم شرکت و یا ناموفق بودن در حل مشکلات و برنامه ریزی اهداف مراقبتی، اشکال در بدست آوردن استقلال، طولانی شدن زمان شوک، ناباوری و یا عصبانیت نسبت به تغییر در سلامتی، اشکال در تفکر پیرامون آینده

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - شناسایی نیازهای موقت و طولانی مدت در رابطه با موقعیت حاضر
- ۲ - تشخیص روش های موثر مقابله با تنش در مقابل روش های غیر موثر

اقدامات پرستاری:

- ۱ - شناسایی اتفاقات ناخوشایند در زندگی گذشته بیمار
- ۲ - بررسی روش های غیر موثر مقابله در گذشته
- ۳ - شناسایی تعداد و نوع سیستم های حمایتی قابل دسترس
- ۴ - برآورد میزان تاثیر اختلال حاضر در زندگی بیمار
- ۵ - بررسی روش های مقابله و میزان تاثیر آن در موقعیت فعلی مورد بررسی
- ۶ - شناسایی عواملی که روی تعدیل و تطبیق موثر بیمار تاثیر منفی دارد:
- ۷ - ناتوانی در شناخت شکل و یا راه حل های موثر
- ۸ - کمبود تبحر بدلیل سن یا رشد و نمو
- ۹ - سابقه استفاده از الگوهای ناموثر مقابله و حل مشکلات
- ۱۰ - عدم درمان استرس
- ۱۱ - ناکافی و غیر قابل دسترس بودن سیستم های حمایتی
- ۱۲ - وجود مشکلاتی نظیر ناتوانی، بی پولی، کمبود ایمان، کمبود اطلاعات در مورد بیماری
- ۱۳ - بررسی بکارگیری روش های مقابله توسط خانواده و سایر افراد مهم در زندگی بیمار :
 - ✓ بررسی درک خانواده از موقعیت حاضر
 - ✓ بررسی درک خانواده از اثرات کوتاه مدت و طویل مدت نسبت به موقعیت حاضر

- ✓ شناسایی رفتارهایی که سازگاری را تسهیل می کند
- ✓ بررسی رفتارهای هیجانی روزمره خانواده: عصبانیت، گناه، حسادت و انکار کردن احساسات
- ۱۴ بررسی وجود انکار به عنوان یک روش مقابله:
- ✓ میزان تمرکز روی وضعیت حاضر
- ✓ وجود انکار به عنوان پاسخ اولیه
- ✓ وجود بازخوردهای مثبت در مورد حقایق موجود
- ✓ کاهش استرس محیطی بیمار
- ✓ سهیم نمودن بیمار و خانواده بیمار در برنامه مراقبتی و تصمیم گیری ها
- ✓ کاهش صداهای محیطی
- ✓ دور نگه داشتن افراد، وسایل و موقعیت های تنش زا از بیمار
- ✓ بیان احساسات بیمار
- ✓ انتقال درک خود در مورد صدمه حاضر به بیمار
- ✓ شناسایی روش های نامناسب مقابله (نظیر استفاده از الکل و سیگار)
- ✓ آموزش به خانواده برای عدم جلوگیری از فرآیند حزن و اندوه در بیمار
- ✓ توضیح طبیعت بیماری و یا صدمه
- ✓ بحث در مورد تغییرات قابل پیش بینی در روش زندگی بیمار
- ✓ آموزش رفتارهای بهداشتی به بیمار و خانواده او
- ✓ بررسی ترس های بیمار
- ✓ ارجاع بیمار به مشاور یا انجمن های حمایتی

۳-۷- استفاده از روش های غیر موثر مقابله در رابطه با:

- ۱ - سیستم های نامناسب حمایتی
- ۲ - ترس و اضطراب
- ۳ - خستگی
- ۴ - ناراحتی جسمانی نظیر تهوع و استفراغ و درد
- ۵ - تغییر در عملکرد معمول بدن
- ۶ - تغییر در فرآیند تفکر
- ۷ - نیاز به دوره طولانی مدت بازتوانی
- ۸ - نداشتن کنترل روی روند بیماری
- ۹ - تغییر در روش زندگی و ایفای نقش
- ۱۰ - احساس گناه در مورد رفتارهای گذشته
- ۱۱ - عدم اطمینان به موثر بودن روش های درمانی

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیل ناکافی بودن منابع جسمی، روانی، اقتصادی و شناختی دچار ناتوانی برای مقابله با استرسورهای داخلی و خارجی می شود.

مشخصات: تغییر در الگوی معمول برقراری ارتباط، بیان ناتوانی برای مقابله، استفاده نامناسب از روش های سازگاری، ناتوانی در قبول نقش خود، اضطراب، تنش در زندگی، ناتوانی در حل مشکلات، تغییر در مشارکت اجتماعی، رفتارهای مخرب و آسیب رسان به خود و دیگران، شانس بالا برای بروز حوادث، ناتوانی برای درخواست کمک، تغییرات گفتاری، عدم دستیابی و برآورد نیازهای اولیه، فقر، مرگ عزیزان، جدایی از عزیزان، ترک خدمت، زندانی شدن، کاهش اعتماد به نفس، بدبینی زیاد نسبت به خود، بی یابوری، نبود انگیزه، سقط، نداشتن همسر، جدا شدن از خانه و خانواده، تغییر عضوی از بدن بدلیل جراحی، تغییرات ظاهری بدلیل مصرف داروهای شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی، دریافت بیش از حد تحریکات حسی، ازدواج، طلاق

برآیند مورد انتظار:

استفاده از روش های مقابله موثر:

- ۱ - شرکت در برنامه های مراقبتی و فعالیت های مراقبت از خود
- ۲ - بیان کند توانایی مقابله با عوارض درمانی های دارویی و جراحی دارد.
- ۳ - شناسایی عوامل تنش زا
- ۴ - بکارگیری روش مناسب برای حل مشکلات
- ۵ - شناخت و استفاده از سیستم های حمایتی قابل دسترس

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی بیمار از نظر تاثیر روش های مورد استفاده برای مقابله :
 - ✓ مشاهده رفتار
 - ✓ مشاهده توانایی ها و ضعف ها
 - ✓ توانایی در بیان احساسات و نگرانی ها
 - ✓ تمایل به شرکت در برنامه های مراقبت از خود
- ۲ - بررسی و گزارش علائم و نشانه های دال بر مقابله نادرست با تنش:
 - ✓ اختلال در خواب
 - ✓ افزایش خستگی
 - ✓ اشکال در تمرکز
 - ✓ تحریک پذیری
 - ✓ کاهش تحمل نسبت به درد
 - ✓ بیان ناتوانی در مقابله
 - ✓ ناتوانی در حل مشکلات
 - ✓ دادن زمان به بیمار برای قبول تشخیص، روش های درمانی و عوارض آن ها و تغییرات روش زندگی و ایفای نقش
- ۳ - انجام اقدامات زیر برای افزایش مقابله موثر:
 - ✓ فراهم آوردن امکان ملاقات با سایر افرادی که مقابله موفقیت آمیزی در موقعیت مشابه داشته اند.
 - ✓ کاهش ترس و اضطراب بیمار
 - ✓ انجام اقداماتی برای بهبود ناراحتی های جسمانی نظیر سردرد و تهوع
 - ✓ انجام اقداماتی جهت کاهش میزان خستگی

- ✓ شرکت دادن بیمار در طرح برنامه مراقبتی خود
- ✓ آموزش روش های موثر برای حل مشکلات (نظیر شناسایی دقیق استرسورها و برآورد کلیه امکانات)
- ✓ کمک به بیمار برای حفظ روش های معمول زندگی
- ✓ کمک به بیمار با ارائه اطلاعات واقعی به بیمار برای یافتن روش زندگی جدید و ایفای نقش
- ✓ قرار دادن اطلاعات کافی در مورد سیستم های حمایتی قابل دسترس به بیمار و خانواده او
- ✓ تشویق خانواده بیمار به ادامه حمایت های روانی از بیمار
- ✓ بررسی و حمایت رفتارهایی که نشانگر تطابق موثر بیمار است
- ✓ آغاز نمودن برنامه های توانبخشی مانند کاردرمانی، گفتار درمانی و غیره در اولین فرصت
- ✓ ایجاد تغییرات در سطح محیطی بیمار با توجه به سطح معلولیت او

۴-۷- استفاده از روش های غلط برای مقابله در رابطه با:

۱ - درک غیر واقعی از توانایی و محدودیت ها

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار به دلیلی دریافت درمان های حمایتی و برداشت مثبت از وضعیت خود به غلط الگوهای نامناسبی را برای مقابله مورد استفاده قرار می دهد.

مشخصات: انکار مشکلات و ضعف های قابل مشاهده، سرزنش کردن یا مسئول دانستن دیگران، نارسایی در استدلال های منطقی، حساسیت شدید به انتقادهای ملایم، خودبزرگ بینی، از موضع بالا به دیگران نگاه کردن، اشکال در برقراری ارتباط و حفظ ارتباطات، استهزاء دیگران، باور داشتن تصورات به جای واقعیات، نقص در پیگیری یا شرکت در برنامه های مراقبتی درمانی

برآیند مورد انتظار:

بیمار قادر باشد :

- ۱ - درک واقعی از توانایی ها و محدودیت های خود
- ۲ - تشخیص اهمیت و نتایج رفتارهای خود

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی مربوط به روش های غیر موثر مقابله که قبلا ذکر شد.
- ۲ - برآورد میزان انرژی روانی و جسمانی بیمار
- ۳ - کاهش تحریکات محیطی تا جای امکان
- ۴ - کمک به بیمار برای بیان افکار و احساسات
- ۵ - کمک به بیمار برای ارزیابی واقع گرایانه رفتار های خود
- ۶ - هوشیار بودن نسبت به واکنش های خود در مقابل بیمار
- ۷ - فراهم آوردن و حفظ سلامت و بهداشت جسمی بیمار
- ۸ - توضیح اهمیت درمانی های دارویی و حمایتی به بیمار حتی در صورت احساس سلامتی
- ۹ - آگاه سازی بیمار از عوارض جانبی و سمی داروهای مصرفی

۵-۷- ناتوانی خانواده بیمار در به کارگیری روش های موثر سازگاری در رابطه با:

- ۱ - مراقبت از بیمار
- ۲ - معلولیت ها
- ۳ - سوگ

تعریف: وضعیتی است که در آن خانواده بیمار از الگوهای نامناسب رفتاری برای سازگاری با شرایط استفاده می کنند.

مشخصات: بی میلی به مراقبت از بیمار، انکار شدید در مورد ادامه زندگی بیمار، عدم تحمل، ترک بیمار، ترک کردن شغل، انکار علائم بیماری، انجام اقدامات زیان آور اقتصادی، اجتماعی، عصبانیت، افسردگی، عدم تمایل به برقراری ارتباط با افراد فامیل یا دوستان، احساس پیشرونده بی باوری، تصور محدودیت در زندگی

برآیند مورد انتظار:

خانواده بیمار قادر باشد که:

۱. از بیمار خود به طرز صحیح مراقبت به عمل آورد.
۲. برای بیمار برنامه مراقبتی روزانه طراحی کند.
۳. با موسسات حمایتی قابل دسترس ارتباط برقرار نماید.
۴. بیان کنند که احساسات منفی نسبت به خود و یا بیمارشان ندارند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - روشی اتخاذ کنید که خانواده بتواند در مورد احساسات و نگرانیهای خود نسبت به موقعیت حاضر صحبت کند.
 - ۲ - مراقبتهای مطلوب را برای آنها توضیح دهید اما تصمیم گیری را به عهده خودشان بگذارید.
 - ۳ - خانواده را تشویق کنید تا به واقعیت ها توجه کنند.
 - ۴ - لیستی از موسسات اجتماعی قابل دسترسی را در اختیار خانواده بیمار قرار دهید.
 - ۵ - در مورد سودمند بودن این موسسات برای کمک به خانواده توضیحات کافی بدهید.
 - ۶ - در صورت مشکلات مالی خانواده را به اداره مددکاری ارجاع دهید.
 - ۷ - آموزش دهید:
- ✓ نحوه مراقبت از بیماری های خاص را توضیح دهید.
- ✓ همراه با خانواده برنامه مراقبت روزانه از بیمار را تنظیم کنید.

۶-۷- والدین آسیب پذیر در رابطه با:

- ۱ - خانواده طلاق و از هم گیسخته
- ۲ - خانواده با مشکلات ژنتیکی
- ۳ - خانواده مهاجر و آسیب پذیر
- ۴ - خانواده تک سرپرست
- ۵ - اعتیاد در خانواده
- ۶ - بیماری مزمن والدین
- ۷ - خانواده فقیر
- ۸ - خانواده اسیران جنگی و زندانیان

تعریف: یکی از مهم ترین احتیاجات روانی افراد دلبستگی و محبت است. کودکی که در سالهای اولیه از محبت والدین

محروم هستند. در خانواده احساس ناامنی کرده و از زندگی کمتر لذت می برند. برعکس کودکانی که از محبت والدین برخوردارند، قدرت سازگاری بیشتری دارند. البته محبت بی مورد والدین مانع رشد شخصیت کودک می گردد و دخالت زیاد والدین در کودک حس استقلال را از فرد میگیرد. آشفتگی و مشکلات خانوادگی هم تاثیر زیادی بر رشد کودک دارند. مشاخره والدین جلوی دیدگان فرزندان اعتبار آنها را نزد کودک کم می کند و حس وفاداری و اعتماد را در خانواده از بین می برند.

مشخصات: احساس شکست و حقارت کودک در صورت عدم توانایی در برآوردن انتظارات والدین، اضطراب و گوشه گیری و انزوا کودک، ایجاد مشکلات رفتاری در کودک، عدم پذیرش وضعیت خانوادگی از سوی کودک

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - شناسایی موارد تنش زا در خانواده و کاهش ترس ناشناخته در خانواده
- ۲ - افراد خانواده انتظارات خود را از افراد خانواده در سطح توانایی افراد قرار دهند.
- ۳ - موارد ایجاد اضطراب و گوشه گیری در خانواده را شناسایی نموده و مداخله انجام گیرد.
- ۴ - جلوگیری از ایجاد مشکلات رفتاری در افراد
- ۵ - پذیرش شرایط از سوی افراد خانواده و کمک به یکدیگر در حل مشکلات و موانع

اقدامات پرستاری:

۱. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب در خانواده دچار تزلزل
۲. ترمیم آسیب وارده به فضای عاطفی خانواده
۳. طی کردن مراحل بحران در خانواده
۴. استفاده از منابع موجود
۵. روابط باز و کارآمد
۶. اجتناب از خشونت

۷-۷- کشمکش نقش خانواده در رابطه با:

۱. افزایش بار مسئولیت بر دوش یکی از اعضای خانواده
۲. عدم پذیرش نقش به خاطر تضاد با فرهنگ، طبقه اجتماعی
۳. عدم توانایی فرد در پذیرش نقش و کشمکش در خانواده
۴. عدم برآوردن انتظارات افراد مرتبط با نقش

تعریف: نقش مجموعه ای از رفتارهای کم و بیش هنجار و مورد انتظار از فردی که یک موقعیت اجتماعی را اشغال کرده است می باشد. بنابر این نقش بر اساس رفتارهای مورد انتظار، اختیارات نقشی و موقعیت های اختصاصی هر فرد تعریف شده است. (Role conflict) این حالت زمانی بوجود می آید که فرد چندین نقش ناهمگون را در جامعه می پذیرد و قادر به انجام و اجرای آن نقش ها نمی باشد. اجرای درست نقش نیازمند صرف انرژی و تلاش زیادی می باشد که در تضاد نقش این امر خارج از توان فرد می باشد.

مشخصات: ایجاد اضطراب و نگرانی در فرد، احساس گناه، عدم تربیت صحیح فرزندان، افزایش بار مسئولیت یکی از نقش ها

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - مشارکت در مسئولیتهای زندگی

<p>۲ - تقسیم وظایف در بین افراد خانواده</p> <p>۳ - شناسایی شایستگی و توانایی کلیه افراد خانواده</p> <p>۴ - برنامه ریزی مناسب جهت جلوگیری از ایجاد بحران در اعضا</p>
<p>اقدامات پرستاری:</p> <p>۱. ضرورت پذیرش نقش را به افراد خانواده بیان شود.</p> <p>۲. تاکید بر اینکه زندگی در خانواده یک چرخه پویاست که با تکمیل هر دوره، دوره جدیدی آغاز می شود.</p> <p>۳. تقسیم وظایف و نقش ها در خانواده جهت جلوگیری از بروز تعارض در افراد و نقش ها</p> <p>۴. تاکید این موضوع که بقا سیستم خانواده در گرو نقش ها و وظایفی است که افراد در آن برعهده دارند.</p>
<p>۷-۸- تغییر در فرایند تفکر در رابطه با ناتوانی در رابطه با:</p>
<p>۱ - ارزیابی واقعیت</p> <p>۲ - افزایش سن</p> <p>۳ - غیر موثر بودن روش های سازگاری</p>
<p>تعریف: وضعیتی است که طی آن در فعالیت های روانشناختی بیمار نظیر تفکر هوشیارانه، توجه به واقعیات، حل مسئله، قضاوت و درک مطلب، شکاف ایجاد می شود.</p>
<p>مشخصات: تفسیر نادرست از محرک های دورنی و بیرونی، مشکلات شناختی و حافظه، بدگمانی و سوء ظن، هذیان، توهم، آشفتگی، اختلال در قضاوت و ارزیابی، اختلالات گفتاری نظیر نئولوژیسم و آکولالیا، کانفیوژن و عدم شناسایی زمان، مکان و فرد رفتارهای مذهبی، ایزولاسیون اجتماعی، وابستگی، تحرک، اختلال در خواب و ترس</p>
<p>برآیند مورد انتظار:</p> <p>۱ - موقعیت هایی را که موجب انتقال تشویش و اضطراب می شوند شناسایی کند.</p> <p>۲ - بیمار اظهارات هذیانی کمتری داشته باشد.</p> <p>۳ - بیمار با دیگران به راحتی ارتباط برقرار کند.</p> <p>۴ - بیمار مسائل خود را در ارتباط با دیگران مطرح سازد.</p> <p>۵ - بیمار بین واقعیت و تخیل تفاوت قایل شود.</p>
<p>اقدامات پرستاری:</p> <p>۱ - علل فیزیولوژیک تغییر در فرایند تفکر را بررسی کنید. کاهش عملکرد سیستم تنفسی، کلیوی، اندوکراین، مغزی، گردش خون، بینایی و شنوایی، اختلال در الگوی خواب، عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها، عدم تعادل در تغذیه، عوارض دارویی و مسمومیت های دارویی.</p> <p>۲ - عوامل محیطی را بررسی کنید: دریافت بیش از حد یا کمتر از حد تحریکات حسی، ترس از ناشناخته ها، ترس از طرد شدن.</p> <p>۳ - اطلاعات لازم در مورد روش زندگی، علایق، سوابق شغلی، الگوهای سازگاری، تواناییها، محدودیت ها، سطح پیشین فعالیت و استرس بیمار را جمع آوری کنید.</p> <p>۴ - سیستم های حمایت کننده، سابقه مشکلات پزشکی و درمانها، و فعالیت های روزانه بیمار را بررسی کنید.</p>

- ۵ - حضور احساساتی نظیر اندوه شدید، بدحالی، احساس گناه، ایزوله شدن و طرد شدن، زندگی در یک دنیای خیالی، جدایی از دیگران و اهمیت دادن شدید به خود را بررسی کنید.
- ۶ - ترس های بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید.
- ۷ - توهمات بینایی، شنوایی، گوارشی، بویایی و لامسه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.
- ۸ - میزان شناسایی بیمار از زمان ، مکان ، فرد و قدرت حل مسئله را در او ارزیابی کنید.
- ۹ - گریم صورت، لباس ، رفتارهایش حین مصاحبه، الگوی برقراری ارتباط و مهارت های تعاملی بیمار را بررسی کنید.
- ۱۰ - وضعیت تغذیه، خواب و استراحت، بهداشت و تحرک جسمانی بیمار را مورد مشاهده قرار دهید.
- ۱۱ - بیمار را تشویق به صحبت آزاد و توأم با اعتماد نمایید.
- ۱۲ - قلمرو خصوصی بیمار را حفظ کنید.
- ۱۳ - به بیمار کمک کنید فرق بین واقعیت و تخیلاتش را بشناسد.
- ۱۴ - روی "اینجا" و "زمان حال" تأکید و تمرکز کنید.
- ۱۵ - به بیمار کمک کنید ارتباط موثری با اطرافیانش برقرار کند.
- ۱۶ - به بیمار کمک کنید محدودیتهای و تواناییهایش را بشناسد.
- ۱۷ - بیمار را در فرایند حل مسئله کمک و تشویق نمایید.
- ۱۸ - به بیمار کمک کنید بین نیازها و درخواست هایش تفاوت بگذارد.
- ۱۹ - تواناییهای بیمار را در مراقبت از خودش تقویت کنید.
- ۲۰ - سطح اعتماد به نفس را در بیمار افزایش دهید.
- ۲۱ - روش های موثر سازگاری را به بیمار آموزش دهید.
- ۲۲ - تحریکات محیطی را تحت کنترل درآورد.
- ۲۳ - در صورت ادامه علائم تغییر در فرایند تفکر با پزشک مشورت کنید.

۹-۷- تغییر در ایفای نقش در رابطه با:

۱ - تغییر در وضعیت سلامتی

۲ - تغییر در اعضای خانواده، مالی ، شغلی و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار دچار تغییر، تضاد و یا انکار مسئولیت های خود می شود و قادر به انجام وظایف خود نیست.

مشخصات: تغییر در درک بیمار از وظایف خود، تغییر در درک دیگران از وظایف بیمار، انکار وظایف، تغییر در وضعیت جسمانی و کاهش فعالیت، کمبود اطلاعات در مورد وظایف، تغییر در الگوهای معمول مسئولیت پذیری، وجود تضاد در مورد ایفای نقش، بیان ناتوانی در ایفای نقش.

برایند مورد انتظار:

✓ بیمار قادر باشد با توجه به تغییرات ایجاد شده در وضعیت جسمانی اش، درک مناسبی از ایفای نقش خود داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

۱. اعتماد به نفس، پنداشت از خود و تصویر ذهنی بیمار از خویش را مورد بررسی قرار دهید.
۲. اقداماتی جهت افزایش اعتماد به نفس در بیمار به عمل آورید.
۳. اقداماتی جهت بهبود درک بیمار از خود به عمل آورید.
۴. اقداماتی جهت اصلاح تصویر ذهنی بیمار از خود انجام دهید.

۱۰-۷- اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود در رابطه با:

- ۱ - تغییر در ظاهر
- ۲ - عملکرد عضو
- ۳ - ایفای نقش
- ۴ - وابستگی
- ۵ - اختلال در رفتارهای جنسی

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

مشخصات:

پاسخ کلامی یا غیر کلامی فرد نسبت به:

- ۱ - نبود عضوی از بدن
- ۲ - تغییر مشخص در ساختمان یا عمل یک عضو
- ۳ - توجه بیمار به نگاه کردن به قسمتی از بدنش
- ۴ - حساسیت بیمار به لمس قسمتی از بدنش
- ۵ - پوشاندن مصراغه قسمتی از بدن
- ۶ - تغییر در مشارکتهای اجتماعی
- ۷ - به کلام آوردن اختلال ایجاد شده
- ۸ - تغییر در روش زندگی
- ۹ - ترس از واپس خوردگی و واکنش دیگران
- ۱۰ - تمرکز روی قدرت
- ۱۱ - عمل و یا ظاهر گذشته
- ۱۲ - احساس منفی نسبت به بدن
- ۱۳ - احساس بی یابوری
- ۱۴ - ناکامی یا بی قدرتی
- ۱۵ - پریشانی نسبت به تغییر یا فقدان عضو
- ۱۶ - عدم شرکت در فعالیتهای جمعی

برآیند مورد انتظار:

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

- ۱ - خود را موجود ارزشمندی بداند.
- ۲ - ارتباطات خود را با افراد مهم در زندگی حفظ کند.
- ۳ - در فعالیت های روزانه شرکت کند.
- ۴ - علاقه به ظاهر شدن در محیط را داشته باشند.
- ۵ - در فعالیت های اجتماعی به خوبی شرکت کند.
- ۶ - روش زندگی خود را منطبق با محدودیت حاصله برنامه ریزی کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - با تشویق بیمار به صحبت کردن و بیان احساساتش، میزان اختلال در تصور ذهنی، عملکرد، روش زندگی و ایفای نقش را در بیمار برآورد کنید.
- ۲ - پاسخ های منفی کلامی و غیر کلامی بیمار پیرامون تصویر ذهنی اش از خود را مورد بررسی قرار دهید.
- ۳ - روند غمگینی و حزن و اندوه را در بیمار بررسی کنید.
- ۴ - قابلیتها و تواناییهای بیمار را که می تواند تأثیر مثبت روی اعتماد به نفس وی داشته باشد برآورد کنید.
- ۵ - هنگام اولین تعویض پانسمان جهت حمایت روانی از او، در کنار وی بمانید.
- ۶ - اقداماتی را جهت افزایش اعتماد به نفس به کار ببندید(مثل محدود کردن انتقاد منفی از خود، تشویق به تمرینهای مثبت از خود دادن بازخورد مثبت در مورد هنرها و فضیلتهای بیمار)
- ۷ - به بیمار جهت شناسایی و به کارگیری روش های تطابقی که در گذشته موثر بوده اند کمک کند.
- ۸ - سوء تفاهم های بیمار را در مورد محدودیت های آینده در فعالیت های جسمانی شناسایی کنید.
- ۹ - بیمار را تشویق کنید که از عضو مبتلا مراقبت به عمل آورد.
- ۱۰ - خانواده بیمار را تشویق کنید که اجازه دهند تا جای امکان بیمار کارهای خودش را به تنهایی انجام دهد.
- ۱۱ - روش هایی اتخاذ کنید که بیمار در مورد روش زندگی و احساساتش بحث کند.
- ۱۲ - مطمئن شوید که بیمار و خانواده او درک و تصویر مشابهی از آینده زندگی دارند.
- ۱۳ - نتایج حاصل از روش های درمانی و لزوم پیگیری آنها را به بیمار آموزش داده او را تشویق به حداکثر شرکت در این برنامه ها نمایید.
- ۱۴ - بیمار را تشویق به ملاقات با اطرفیانش کنید.
- ۱۵ - بیمار را تشویق کنید که به فعالیت های اجتماعی خود بپردازد.
- ۱۶ - در صورت امکان ترتیب ملاقات با افرادی که مشکل مشابه او را داشته و اکنون با موفقیت به زندگی می پردازند را بدهید. در صورت وخیم تر شدن وضع بیمار با روان پزشک مشورت نمایید.

۱۱-۷-اختلال در پنداشت از خود در رابطه با:

- ۱ - وجود بیماری مزمن
- ۲ - از دست دادن عضوی از بدن
- ۳ - درد
- ۴ - حاملگی
- ۵ - عدم تحرک
- ۶ - وابستگی
- ۷ - از دست دادن شغل و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار در معرض تجربه یک احساس، تفکر، یا تجسم منفی از خودش قرار می گیرد. این وضعیت در برگیرنده تغییر در تصویر ذهنی از خود، اعتماد به نفس، ایفای نقش و ایده های شخصی است.

مشخصات: واکنشهایی به صورت امتناع از لمس یا نگاه به قسمتی از بدن، امتناع از نگاه کردن به آینه، عدم تمایل به بحث در مورد محدودیت ها، دفورمیتی و یا بد شکلی بدن، امتناع از قبول برنامه های بازتوانی، توجه نامناسب و ناکافی به درمانها، انکار وجود دفورمیتی یا بدشکلی، افزایش وابستگی به دیگران، علائم اندوه (آه کشیدن، یأس، عصبانیت)، امتناع از شرکت در برنامه مراقبت از خود، عدم مسئولیت پذیری برای مراقبت از خود، رفتارهای مخرب (مصرف الکل و دارو)، عدم توجه به سلامتی، عدم

تمایل به تماسهای اجتماعی، تغییر در الگوهای مسئولیت پذیری

برایند مورد انتظار: بیمار تغییر در احساساتش در مورد عوامل پیرامون خود را به زبان آورد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید. اقدامات مربوط به مراقبت های پرستاری:
- ۲ - با بیمار ارتباطی مبنی بر اعتماد برقرار کنید.
- ۳ - بیمار را تشویق به بیان احساساتش نمایید.
- ۴ - بیمار را تشویق نمایید که سوالاتی را در مورد وضع سلامتی، درمانها، پیشرفت و پیش آگهی اش مطرح کند.
- ۵ - اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار را در مورد خودش، مراقبتهای، و مراقبت کننده ها برطرف کنید.
- ۶ - از انتقادات منفی اجتناب نمایید.
- ۷ - برای بیمار محیط خصوصی فراهم کنید.
- ۸ - موسسات اجتماعی قابل دسترسی را به بیمار معرفی نمایید.

۱۲-۷-اختلال در اعتماد به نفس در رابطه با:

- ۱ - از دست دادن عضوی از بدن
- ۲ - بد شکلی و دفورمیتی
- ۳ - بستری شدن
- ۴ - مرگ عزیزان
- ۵ - جدایی
- ۶ - از دست دادن شغل و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار از خود یا توانایی های خود ارزیابی منفی به عمل آورد. ممکن است بیمار این حالت را به صورت مستقیم یا غیر مستقیم در رفتار خود نشان دهد.

مشخصات: تفکر منفی درباره خود، احساس شرمساری و گناه کردن، احساس ناتوانی در مقابل وقایع معمول و غیر معمول، عدم استفاده از بازخوردهای مثبت و بزرگ جلوه دادن بازخوردهای منفی در مورد خود، انکار حقایق روشن، مقاومت برای قرار گرفتن در موقعیت های جدید و یا برخورد با افراد جدید، احساس گناه یا مسئولیت در مقابل مشکلات، توجیه شکستهای شخصی، حساسیت بیش از حد نسبت به مسائل بی اهمیت، خود بزرگ بینی

برایند مورد انتظار:

بیمار قادر باشد

- ۱ - نقاط قوت و نکات مثبت خود را مورد شناسایی قرار دهد.
- ۲ - تصور واقعی از خود داشته باشد.
- ۳ - ارتباط مناسب با اطرافیان خود برقرار کند.
- ۴ - در فعالیت های گروهی شرکت کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید.
- ۲ - با بیمار ارتباط مبنی بر اعتماد برقرار کنید.
- ۳ - بیمار را تشویق به بیان احساساتش نمایید.

- ۴ - اشتباهات و سوء تفاهم های بیمار را در مورد خودش، مراقبتها و پیش آگهی بیماری اش برطرف کنید.
- ۵ - از انتقادات منفی اجتناب نمایید.
- ۶ - برای بیمار محیط خصوصی فراهم آورید.
- ۷ - موسسات اجتماعی قابل دسترسی و قابل استفاده به بیمار معرفی نمایید.

۱۳-۷- کاهش مزمن اعتماد به نفس در رابطه با :

- ۱ - سابقه ارتباط ناموثر با والدین
- ۲ - ارتباطات غیرمعقول با سایرین
- ۳ - طرد شدن از طرف خانواده
- ۴ - از دست دادن عضو و تنبیه های متناقض

تعریف: وضعیتی است که در آن بیمار مدتهای مدید است که نسبت به خود و یا توانایی های خود دارای ارزیابی منفی است.

مشخصات: ابراز طولانی یا مزمن مواردی چون: بیان منفی درباره خود، ابراز گناه یا شرم، ناتوان یافتن خود در مقابله با حوادث عدم استفاده از بازخوردهای مثبت و بزرگ جلوه دادن بازخوردهای منفی، احتراز از قرار گرفتن در موقعیت های جدید و برخورد با افراد جدید، شکست های مکرر در کار یا سایر مسائل زندگی، وابستگی بیش از حد به نظرات دیگران، عدم برقراری تماس چشمی، رفتار بی تفاوت، تردید، نیاز فراوان به دلگرمی دادن، بی ارادگی شدید.

برایند مورد انتظار:

بیمار قادر باشد:

۱. تصویر واقعی از خود به دست آورد.
۲. نکات مثبت و نقاط قوت خود را شناسایی کند.
۳. با اطرافیان خود ارتباط مناسب برقرار سازد.
۴. در فعالیتهای گروهی شرکت نماید.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - به بیمار کمک کنید تا سطح اضطرابش را پایین بیاورد.
- ۲ - بیمار را تشویق کنید تا احساساتش را در مورد خود بیان کند.
- ۳ - هنگام گوش دادن به بیمار، نقش حمایت کننده را بازی کنید نه قاضی.
- ۴ - به بیمار بازخوردهای مثبتی مبنی بر واقعیات بدهید.
- ۵ - در صورت نیاز محیط را برای بیمار خصوصی کنید.
- ۶ - ارتباطات اجتماعی مثبت را در بیمار تقویت کنید.
- ۷ - بیمار را تشویق به مشارکت اجتماعی نمایید.
- ۸ - رفتارهای مسئله دار نظیر تهاجم، عدم توجه به بهداشت، گوشه گیری و خانه نشینی را در بیمار محدود کنید.

۱۴-۷- کاهش موقعیتی اعتماد به نفس در رابطه با:

- ۱ - از دست دادن عضو
- ۲ - نقص عملکرد
- ۳ - بستری شدن
- ۴ - مرگ عزیزان
- ۵ - جدایی
- ۶ - مشکلات مالی و ...

تعریف: وضعیتی است که در آن، فردی که بیش از این دارای نگرش مثبت نسبت به خود بود، در پاسخ به یک حادثه (نظیر از دست دادن یا تغییر) دچار احساس منفی می شود.

مشخصات: وجود دوره هایی از احساس منفی نسبت به خود در واکنش به یک حادثه، به زبان آوردن احساسات منفی در مورد خود بی یابوری، احساس بیهودگی، بیان نکات منفی، ابراز گناه یا شرم، ناتوانی در مقابله با حوادث و شرایط خاص، اشکال در تصمیم گیری.

برآیند مورد انتظار: بیمار قادر باشد:

- ۱ - نکات مثبت و نقاط قوت خود را شناسایی کند.
- ۲ - تصویر مثبتی از آینده داشته باشد.
- ۳ - رفتارهای خود و عواقب آنها را تجزیه و تحلیل کند.
- ۴ - روش های اعمال کنترل و نتایج حاصل از آنها را شناسایی کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم ایجاد اختلال در اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و ایفای نقش را در بیمار بررسی کنید.
- ۲ - به بیمار کمک کنید احساسات خود را بیان کند:
 - ✓ هنگام گوش دادن به بیمار، نقش حمایت کننده را بازی کنید نه قاضی.
 - ✓ جلوی عصبانیت، گریه و رفتارهایی نظیر آن را نگیرید.
 - ✓ واکنش های بیمار را هنگام بیان احساساتش تحت نظر قرار دهید.
 - ✓ تا جای ممکن رابطه بین وقایع مختلف زندگی را برای بیمار روشن کنید
- ۳ - بررسی کنید که آیا بیمار برای تسکین اضطراب خود از چه روش هایی استفاده می کند: وابستگی به دیگران، ورزش، اعتیاد، مصرف الکل، سیگار کشیدن، صحبت کردن و ...
- ۴ - او را تشویق کنید که از روش های مقابله موثر با استرس استفاده کند.
- ۵ - بیمار را وادار کنید که از تواناییهای مثبت خود استفاده کند.
- ۶ - به بیمار کمک کنید احساسات مثبت و منفی خود را قبول کند.
- ۷ - با بیمار مقابله نکنید.
- ۸ - بیمار را در برنامه ریزی اهداف شرکت دهید.
- ۹ - به بیمار کمک کنید تصورات غیر واقعی خود را کنار بگذارد.
- ۱۰ - به بیمار کمک افکار منفی خود را کنار بگذارد.

- ۱۱- به او کمک کنید مسئولیتها و روش های کنترل خود را در هر موقعیتی بشناسد.
- ۱۲- موسسات و منابع حمایت کننده و قابل دسترسی را شناسایی و به بیمار معرفی کنید.
- ۱۳- بیمار را تشویق کنید که رفتارهای جدید از خود نشان دهد.
- ۱۴- به بیمار بفهمانید که همه افراد قادرند موقعیتها و محیط های زندگی خود را تحت کنترل درآورند.
- ۱۵- به بیمار کمک کنید حیطه اختیارات خود را بشناسد.

۱۵-۷- اختلال در تعاملات اجتماعی در رابطه با :

- ۱- تغییر وضعیت فیزیکی
- ۲- ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی (ناشنوایی، نابینایی، عقب ماندگی ذهنی و روانی، ندانستن زبان)
- ۳- افسردگی
- ۴- استفاده از روشهای غیر موثر مقابله
- ۵- اضطراب
- ۶- واکنشهای دارویی
- ۷- مرگ

تعریف: وضعیتی که مشارکت بیمار در فعالیتهای اجتماعی از نظر کمی و کیفی کافی نباشد.

مشخصات: بیان یا مشاهده ناراحتی بیمار در موقعیتهای اجتماعی، بیان یا مشاهده ناراحتی بیمار در دریافت یا ایجاد احساس رضایت در تعلق خاطر، علاقمندی، مواظبت، اشتیاق یا همکاری، رفتارهای ناموفق اجتماعی نسبت به خانواده، دوستان و سایرین، نداشتن انگیزه، اضطراب شدید، ناامیدی، توهم، درک اشتباه از حقایق، ناتوانی در مراقبت از خود، عدم تمرکز، ایزولاسیون اجتماعی، ناتوانی در انجام کار، کاهش اعتماد به نفس، تغییر در واکنشهای اجتماعی

برایند مورد انتظار:

- ✓ بیمار در کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی خود پیشرفت داشته باشد:
- ۱- توانایی برقراری ارتباط را داشته باشد.
 - ۲- ارتباط خود با دوستان و خانواده را حفظ کند.
 - ۳- از رفتارهای مناسب اجتماعی در تعاملات خود استفاده کند.
 - ۴- میزان ساعات تنهایی خود را کم کرده، احساس بهبودی و پیشرفت داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱- بیمار تشویق به بیان احساسات خود کنید.
- ۲- به بیمار بازخورد مثبت داده و از او حمایت کنید.
- ۳- افرادی که بیمار با حضورشان احساس راحتی بیشتر می کند شناسایی شده و بیمار را تشویق به برقراری ارتباط بیشتر با آنها کنید.
- ۴- روشهای مناسب مقابله به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- ۵- به خانواده توضیح دهید که ممکن است ترس بیمار در برقراری ارتباط، ناشی از عدم پذیرش او توسط خانواده باشد.
- ۶- خانواده را تشویق به ملاقات مکرر کنید.
- ۷- موسسات حمایتی در دسترس به بیمار و خانواده، معرفی کنید.

۸ - به بیمار اطلاعات مثبت از خانواده، پیرامون و وضعیت وی، دهید.

۹ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت کنید.

۱۶-۷- انزوای اجتماعی در رابطه با:

تغییر در ظاهر و یا عملکرد اعضا بدن (کاهش عملکرد حسی حرکتی، عدم تحرک طولانی، بی اختیاری ادرار...)

بیماری عفونی (ایدز، هپاتیت...)

تحریکات هیجانی (اضطراب شدید، فوبی، افسردگی، پارانوئا)

مرگ فرد مهم خانواده

تغییر محل زندگی

ابتلا به بیماری کشنده

اعتیاد

فقر

هم جنس بازی

طلاق

کاهش دریافت تحریکات حسی

اختلال در برقراری ارتباط کلامی

بستری شدن طولانی

ناتوانی در شرکت در فعالیت های روزانه

چاقی

ترس از آلوده شدن توسط دیگران

تعریف: وضعیتی که بیمار در آن احساس تنهایی کرده و تصور می کند دیگران او را تحمل می کنند و در نتیجه دچار نوعی احساس منفی و تهدید کننده در خود می شود.

مشخصات:

نبود افراد حامی نظیر خانواده و دوستان، غمگینی، عدم تمایل به شرکت در تعاملات اجتماعی، عدم برقراری ارتباط، کناره گیری، عدم برقراری تماس چشمی، سرکوب تمایلات خود، استفاده از کلمات و رفتار خصمانه، عدم رعایت برنامه درمانی، ناتوانی در قبول هنجارهای اجتماعی، بیان احساس تنهایی و واژدگی و انتقال آن به دیگران، احساس متفاوت بودن از دیگران، بی اهمیت بودن اهداف زندگی، ناتوانی در برآوردن انتظارات دیگران، احساس نانی در جمع، ناتوانی در تمرکز و توجه و تصمیم گیری، ظاهر افسرده و مضطرب و با عصبانی، تحریک پذیری، اختلال در خواب، تغییر در عادات غذایی (پر خوری یا بی اشتها)

برایند مورد انتظار:

بیمار قادر باشد:

- ۱ - دلایل تمایل خود به گوشه گیری را شناسایی و درک کند.
- ۲ - روشهای ارتباط معنی دار با دیگران را بکار گیرد.
- ۳ - فعالیتهای تفریحی مناسب را شناسایی کند.
- ۴ - ارتباط خود را با خانواده و سایرین حفظ کند.
- ۵ - کاهش احساس تنهایی و وازدگی را بیان کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - اطلاعات کافی در مورد بیماری و اثرات مخرب عدم درمان آن به بیمار بدهید.
- ۲ - احساس امید، نگرش مثبت و دید واقع بینانه را در وی پرورش دهید.
- ۳ - او را با فرد دیگری با همین بیماری آشنا کنید که در درمان موفق بوده است.
- ۴ - روی روشهای مختلف مقابله با استرس و آرام سازی کار کنید.
- ۵ - جلوی روند ناامیدی را بگیرید.
- ۶ - مضرات مصرف افیون و الکل را برای آرام شدن، گوشزد کنید.
- ۷ - نیازهای بهداشتی، جسمی و روانی فرد را مهیا کنید.
- ۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۱۷-۷- اندوه در رابطه با:

- ۱ - تغییر در ظاهر و یا عملکرد اعضا بدن (کاهش عملکرد حسی حرکتی، عدم تحرک طولانی، بی اختیاری ادرار....)
- ۲ - تغییر در تصویر ذهنی فرد از خود
- ۳ - تغییر در روش معمول زندگی و ایفا نقش
- ۴ - عدم اطمینان به آینده
- ۵ - بازتوانی طولانی
- ۶ - احتمال وقوع مرگ

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار و یا خانواده در معرض یک فقدان حاد (فرد، شیء، عمل، موقعیت)، قرار گیرند.

مشخصات:

فقدان یک موضوع مهم برای بیمار، افزایش ناراحتی بدلیل فقدان، انکار، احساس گناه، عصبانیت، غمگینی، تاسف، گریه کردن، احساس شوکه بودن، تغییر در عادات غذایی و الگوی خواب و میل جنسی و حتی الگوی ارتباطی، ایده ال جلوه دادن موضوع از دست رفته، تصور زندگی در تجارب گذشته، تغییر در میزان تمرکز.

برایند مورد انتظار:

✓ بیمار بتواند:

- ۱ - احساسات خود را در نبود عضوی از بدن بیان کند.
- ۲ - احساسات خود را در تغییر در عملکرد عضوی از بدن بیان کند.
- ۳ - حزن و اندوه خود را اظهار نماید.

- ۴ - در برنامه درمانی و مراقبتی خود شرکت کند.
- ۵ - از خدمات موسسات حمایتی در دسترس استفاده کند.
- ۶ - پیگیری درمان و بازتوانی را در برنامه زندگی خود منظور نماید.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - توضیح به بیمار که اندوه یک پاسخ مورد انتظار به این تغییر در زندگی است.
- ۲ - مراحل فرایند اندوه را برای وی و خانواده، توضیح دهید (انکار، عصبانیت، معامله کردن، افسردگی، قبول).
- ۳ - رفتارهای مخرب بیمار را کنترل کنید.
- ۴ - به بیمار کمک کنید تواناییهای خود را جهت مقابله با فقدان شناسایی کند.
- ۵ - از رفتارهای مثبت بیمار حمایت کنید (بیان فقدان، بیان تاسف، توجه، تمرکزسازی).
- ۶ - موسسات حمایتی و مشاوره ای در دسترس را به وی و خانواده معرفی کنید.
- ۷ - اثرات درمانی و عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی را بررسی کنید.
- ۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۱۸-۷- ناامیدی در رابطه با:

- ۱ - استرس
- ۲ - درد
- ۳ - اندوه
- ۴ - انزوای اجتماعی
- ۵ - از دست دادن (فرد، شیء، عمل، موقعیت)
- ۶ - در شرف مرگ بودن
- ۷ - کاهش دریافت تحریکات حسی
- ۸ - جدا شدن از خانواده
- ۹ - بدتر شدن وضعیت جسمی
- ۱۰ - احساس ترک شدن

تعریف: وضعیتی که در آن بیمار احساس می کند نمی تواند شخصا چاره یا انتخابی برای حل مشکل خود بیابد و قادر نیست انزوی خود را برای به ثمر رسانیدن اهدافش به کار گیرد.

مشخصات:

کم صحبتی، ناامیدی، بیان "نمیتوانم"، آه کشیدن، کاهش واکنش نسبت به محرکات، کاهش توجه، روگرداندن از مخاطب، بستن چشمها، بی اعتنایی به سخن دیگران، بی تفاوتی، کاهش یا افزایش خواب، عدم مشارکت و یا مشارکت غیر فعال در برنامه درمانی، کاهش انگیزه، بی اشتها، کاهش وزن، عصبانیت، افسردگی، کانفیوژن، فکر خودکشی، کاهش توانایی برای برقراری ارتباط موثر.

برایند مورد انتظار:

در کوتاه مدت:

- ۱ - آشکارا به وضعیت موجودتن در دهد.
 - ۲ - با اطرافیان ارتباط موثر داشته باشد.
 - ۳ - نکات مثبت زندگی خود را بیادآورد و روی آن تاکید کند.
 - ۴ - ارزشهای خود و مفهوم زندگی را توضیح دهد.
 - ۵ - احساسات خوشبینانه خود را در مورد وضعیت حاضر بیان کند.
 - ۶ - با افراد خانواده خود ارتباط مثبت داشته باشد.
 - ۷ - به دستاوردهای درمانی اعتماد کند.
 - ۸ - بینش واقع بینانه روی اهداف درمانی داشته باشد.
- در بلند مدت:
- ۹ - بیمار افزایش در سطح انرژی خود را توسط فعالیت نشان دهد.
 - ۱۰ - تصور مثبت نسبت به آینده داشته باشد.
 - ۱۱ - در تصمیم گیریها و فعالیتهای درمانی شرکت کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - فضای مناسبی برای ابراز نگرانی فراهم کنید.
- ۲ - اعتماد بیمار را جلب کنید.
- ۳ - به سوالات صادقانه پاسخ دهید.
- ۴ - اطلاعات صحیح به وی دهید.
- ۵ - بیمار را تشویق به ابراز همه احساسات غم، عصبانیت ... کنید.
- ۶ - به بیمار نشان دهید که احساساتش را باور دارید و به آن احترام می گذارید.
- ۷ - قدرتهایش را به وی تلقین کنید.
- ۸ - درخواست های وی را پیگیری کنید.
- ۹ - بیمار را لمس کنید.
- ۱۰ - باورهای مذهبی، ارزشها و اعتقادات وی را بررسی کنید و از آن کمک بگیرید.
- ۱۱ - تجارب مثبت و موفقیت ها را به وی گوشزد کنید.
- ۱۲ - منابع امید را با کمک بیمار کشف کنید.
- ۱۳ - به بیمار کمک کنید که واقع گرایانه با روند طولانی مدت درمان برخورد کند.
- ۱۴ - اطلاعات غلط بیمار را تصحیح کنید.
- ۱۵ - جهت تصمیم گیری به بیمار کمک کنید.
- ۱۶ - در مشکلاتی که بیمار قادر به حل آن نیست، مداخله کنید.
- ۱۷ - روشهای مناسب مقابله به بیمار و خانواده آموزش داده شود

- ۱۸ به بیمار تصویر ذهنی مثبت بدهید.
- ۱۹ روی روشهای مختلف مقابله با استرس و آرام سازی کار کنید.
- ۲۰ خانواده را در برنامه مراقبی شرکت دهید.
- ۲۱ خانواده را تشویق به ابراز احساسات، علاقه و نیازهای خود به بیمار کنید.
- ۲۲ خانواده را تشویق به حمایت سازنده از بیمار کنید.
- ۲۳ افرادی که بیمار با حضورشان احساس راحتی بیشتر می کند شناسایی شده و بیمار را تشویق به برقراری ارتباط بیشتر با آنها کنید.
- ۲۴ نقش خانواده در ایجاد امید در بیمار را به ایشان آموزش دهید.
- ۲۵ در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۱۹-۷- احتمال بروز خشونت بر علیه خود و دیگران در رابطه با:

- ۱ - الکلیسم
- ۲ - درد
- ۳ - بیماری کشنده یا مزمن
- ۴ - تزییقات مکرر(انسولین...)
- ۵ - شیمی درمانی
- ۶ - مصرف بعضی داروها
- ۷ - ترک شدن
- ۸ - از دست دادن (فرد، شیئی، عمل، موقعیت)
- ۹ - طلاق
- ۱۰ - افسردگی
- ۱۱ - عاشق شدن
- ۱۲ - وجود فرد معتاد در خانواده
- ۱۳ - بدرفتاری (کودک و بزرگسال)
- ۱۴ - استرس
- ۱۵ - ناامیدی
- ۱۶ - یزوله بودن
- ۱۷ - عصبانیت
- ۱۸ - توهم
- ۱۹ - مشکلات اقتصادی
- ۲۰ - استفاده از روشهای غیر موثر مقابله به استرس

تعریف: وضعیتی که در آن احتمال برنژ رفتارهای خشونت آمیز بر علیه خود و دیگران وجود دارد.

مشخصات: جنون، تهاجم بر علیه خود یا دیگران، اقدام به خودکشی، افزایش تحرک، رقابت، هیجان زدگی، بیقراری، تحریک پذیری، بیان جملات تهدید آمیز، گره کردن مشت، فشار بر خود برای کنترل خویشتن، بحث‌های تند، قهر کردن، حساسیت بیش از حد، استرس، افسردگی، توهم، اضطراب، اعتیاد، افکار بدبینانه، خرید وسایل مخرب مثل چاقو، تمایل به مصدوم کردن خود و دیگران، نیازمند بودن، شکایت کردن، کاهش اعتماد به نفس، ناتوانی در بیان احساسات، احساس بی‌یاوری.

برایند مورد انتظار:

✓ بیمار:

- ۱ - به خود صدمه نزند.
- ۲ - رفتارهای صدمه رسان به دیگران از خود نشان ندهد.
- ۳ - کمک‌های اطرافیان و جامعه خود را قبول نماید.
- ۴ - از روش‌های موثر مقابله با استرس استفاده کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - محیط را امن کنید و کلیه وسایل خطرناک را از دسترس بیمار دور کنید.
- ۲ - بیمار را دقیقاً مورد مشاهده قرار دهید.
- ۳ - در صورت نیازاز دستبند و ژاکت استفاده کنید.
- ۴ - از تغذیه مناسب با وسایل پلاستیکی استفاده کنید.
- ۵ - از بلع دارو توسط بیمار اطمینان حاصل کنید.
- ۶ - به ملاقات کننده‌ها اقدامات ایمنی را آموزش دهید.
- ۷ - بیمار حتماً گان بپوشد تا در صورت فرار شناسایی شود.
- ۸ - در صورت فرار به پلیس اطلاع دهید.
- ۹ - با بیمار ارتباط کلامی برقرار کنید و وی را تشویق به صحبت کنید.
- ۱۰ - واکنش‌های سنجیده داشته باشید.
- ۱۱ - با شرکت وی در فعالیت‌های اجتماعی، مسافرت و برنامه ریزی مراقبتی احساس تنهایی بیمار را از بین ببرید.
- ۱۲ - استفاده از روش‌های موثر مقابله به استرس را به وی و خانواده آموزش دهید.
- ۱۳ - تگرش‌های منفی وی را شناسایی کنید و آنها را تغییر دهید.
- ۱۴ - موسسات حمایتی و مشاوره‌ای در دسترس را به وی و خانواده معرفی کنید.
- ۱۵ - از گروه درمانی استفاده کنید.
- ۱۶ - علائم افزایش خطر بروز خشونت را در بیمار به خانواده وی آموزش دهید.
- ۱۷ - خانواده را تشویق به حمایت از بیمار کنید.
- ۱۸ - در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت شود.

۲۰-۷ در معرض خطر خودکشی در رابطه با:

- ۱ - سوءاستفاده مواد و الکل
- ۲ - اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی
- ۳ - مورد تجاوز قرار گرفتن
- ۴ - بیماریهای جسمی و درد مزمن
- ۵ - اختلال در زندگی خانوادگی
- ۶ - ایزولاسیون اجتماعی

تعریف: بیمار سعی در آسیب به خود و یا از بین بردن خود به صورت خود اگاه و با نیت قبلی دارد.

مشخصات: عوامل مربوط به خطر خودکشی:

- رفتاری: سابقه تلاش برای خودکشی در گذشته، خرید اسلحه، ذخیره و جمع کردن داروها، اهدا کردن وسایل خود، سرخوشی ناگهانی در کسی که افسردگی مآزور دارد، تغییر در رفتار و حالات.
- کلامی: تهدید به کشتن خود، بیان میل به مردن.
- موقعیتی: میل به تنهایی زندگی کردن، نامناسب بودن وضعیت اقتصادی، وابستگی به دیگران، کلهش استقلال، حضور اسلحه در خانه، جوانانی که در آغوش خانواده نیستند مثل جوانان زندانی، یا حضور در خانه های گروهی.
- روانی: سابقه خودکشی در خانواده، سوءاستفاده مواد و الکل، اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی، مورد تجاوز قرار گرفتن در کودکی.
- جمعیت شناختی: از نظر سنی، افراد مسن تر، پسران در سن بلوغ و نوجوانان / مردان و زنان طلاق گرفته بیشتر، در خطر خودکشی هستند.
- فیزیکی: بیماریهای جسمی و درد مزمن.
- اجتماعی: اختلال در زندگی خانوادگی، سیستم های ضعیف حمایتی، ایزولاسیون اجتماعی، سوگ.

برایند مورد انتظار:

- ۱ - افسردگی کنترل شود.
- ۲ - افکار نابهنجار کنترل شود.
- ۳ - میل به زندگی افزایش یابد.
- ۴ - اضطراب کلهش یافته و توهم کنترل شود.
- ۵ - مددجو در مورد احساسات خود صحبت کند و عصبانیت خود را بیان کند.
- ۶ - وسایل خطرناک در دسترس نباشد.

اقدامات پرستاری:

۱- بعنوان پرستار بایستی از نشانه های خطر خودکشی آگاه باشد آن عبارتند از:

- ✓ منزوی و افسرده شدن
- ✓ رفتارهای جسورانه و بی پروا
- ✓ بخشیدن دارایی های با ارزش
- ✓ بروز تغییراتی در رفتار، حالات و ظاهر فرد
- ✓ سوء مصرف الکل و مواد
- ✓ رنج بردن از یک تغییر در زندگی یا از دست دادن یک چیز بزرگ

۲- تصمیم و خیال خودکشی را هنگامی که فاکتورهای زیر در تاریخچه بیمار وجود دارد بررسی کنید: افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل، سایر اختلالات روانی، تلاش برای خودکشی در گذشته، طلاق و جدایی اخیر، اخراج اخیر از محل کار، داغدیدگی اخیر، درد مزمن.

۳- عقاید فرهنگی و ارزشهای بیمار را در مورد درک او از خودکشی بررسی کنید.

۴- پتانسیل و آمادگی بیمار برای خودکشی را گزارش کنید و او را زیر نظر بگیرید.

۵- اگر شواهدی دال بر قصد خودکشی وجود دارد فرد را به مشاور و یا بستری در بیمارستان ارجاع دهید.

۶- از خانواده بیمار در مورد علایمی که نشاندهنده آمادگی بیمار برای خودکشی هستند سوال کنید.

۷- باید برای بیماری که خارج از بیمارستان است و قصد خودکشی دارد فعالیت هایی را در نظر بگیریم تا مشغول باشد و کمتر به خودکشی فکر کند.

۸- به احساسات بیمار در مورد بحران کنونی توجه کنیم و به آن اهمیت دهیم به عنوان مثال توسط روش هایی مانند انعکاس احساسات بیمار

۲۱-۷- اضطراب مرگ در رابطه با :

- ۱ - نگرانی مربوط به دیگران
- ۲ - نگرانی در مورد تاثیر مرگ خویش بر روی سایر افراد نزدیک
- ۳ - دلواپسی درباره کار بیش از حد مراقبت کننده
- ۴ - نگرانی درباره اینکه عامل داغدیدگی و رنج برای دیگران
- ۵ - ترس از تنها گذاشتن خانواده پس از مرگ
- ۶ - نگرانی مربوط به فرایند مردن
- ۷ - ترس ناشی از فرایند مردن
- ۸ - ناتوانی
- ۹ - ترس از دست دادن توانایی های جسمی یا ذهنی
- ۱۰ - انتظار درد مرتبط با مردن
- ۱۱ - نگرانی در مورد فقدان کنترل
- ۱۲ - تصورات مرگ منفی
- ۱۳ - افکار ناخوشایند درباره هر حادثه ای که به مرگ و مردن مرتبط باشد.
- ۱۴ - ترس از مرگ با تاخیر
- ۱۵ - ترس از مرگ زود رس

تعریف: حالتی که در آن بیمار دچار احساسی ناخوشایند در برابر مرگ می شود

مشخصات: علائم ذهنی: افزایش تنش، احساس شدیدی حمایتی، ترس، هیجان، تاسف و پشیمانی، احساس تخریب، احساس پر هیاهو بودن، دیسترس، احساس بی کفایتی، تحرک زیاد، ترس از هر چیزی، غمگینی، اضطراب، علائم عینی: تحریک سمپاتیک، تحریک قلبی عروقی، انقباض عروق سطحی، گشادی مردمک چشم، ناآرامی، بی خوابی، تماس چشمی ضعیف، لرزش دستها، بی اشتها، تهوع و استفراغ، ضعف عضلانی، هشیاری بیش از حد، تمرکز یافتن روی خطر، حرکات غیر طبیعی نظیر تکان دادن دستها و پاها، اشغال دائمی فکر، سنکوپ، افزایش فشار خون، لرزش صدا، افزایش تعریق، خستگی، ضعف، اسهال، بیان هراس، نگرانی یا تر مرتبط با مرگ یا مردن، بیان کردن غمگینی عمیق، ترس از پیشرفت بیماری در فاز انتهایی

برآیند مورد انتظار:

✓ بیمار بیان کند که احساس نگرانی و اضطراب ندارد.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های اضطراب را در بیمار بررسی کنید: بیان ترس و اضطراب - حالت فشردگی در صورت و بدن - لرزش - تحریک پذیری - ناآرامی - تعریق - تاکی پنه - تاکیکاردی - افزایش فشار خون - زنگ پریدگی یا برافروختگی صورت - ناسازگاری با برنامه مراقبتی
- ۲ - روشهای آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.
- ۳ - آموزش روشهای تطابقی موثر
- ۴ - بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند و با صدای زنگ هر چه سریعتر بر بالین او حاضر خواهند شد
- ۵ - هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش آرام و مطمئن توأم با رازداری استفاده کنید.
- ۶ - بیمار را تشویق به بیان ترسها و اضطراب خود کرده بازخورد مناسب به او بدهید.
- ۷ - اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اضطراب در بیمار در صورت تجویز مورد بررسی قرار دهید .
- ۸ - به افراد نزدیک بیمار آموزشهای لازم جهت حمایت از بیمار را بدهید .

۲۲-۷- استرس بیش از حد در رابطه با:

- ۱ - عدم انطباق و سازگاری با شرایط محیطی
- ۲ - ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی
- ۳ - تغییرات شناختی حسی و درکی

تعریف: استرس را پاسخ غیراختصاصی بدن به هر موقعیتی می دانند که نیاز به سازگاری داشته باشد.

مشخصات:

- الف - احساسات: احساس اضطراب، تحریک پذیر شدن، احساس هراس، نوسان خلقی
- ب - افکار: احساس ارزشمندی پایین، ناتوانی در تمرکز، گرانی در مورد آینده، ترس از شکست، خجالت زدگی، اشتغال ذهنی با افکار و تکالیف، کمبود انرژی، احساس درد و ناراحتی
- ج - رفتار: لکنت و سایر مشکلات گفتاری، تکانشگری، خندیدن با صدای بلند و حالت عصبی صدا، افزایش مصرف سیگار، گریه بدون دلیل آشکار، از جا پریدن، ساییدن دندان به روی هم، افزایش مصرفی الکل و سایر داروها، از دست دادن اشتها

یا پرخوری کردن

د- جسمانی: نقریق، دست‌های مرطوب، لرز، اشکال در خواب

برآیند مورد انتظار:

- ✓ شناسایی موقعیتهای استرس زا
- ✓ ارتباطات بین فردی بهبود یافته است
- ✓ بهتر شدن عملکرد خانوادگی و اجتماعی
- ✓ بهتر شدن وضعیت بیمار
- ✓ بهبود فرایند تفکر و شناخت و ادراکات احساسی
- ✓ بهبود ارتباط اجتماعی و خانوادگی

اقدامات پرستاری:

- ۱ - نظم و ترتیب دادن به زندگی
- ۲ - شناسایی موقعیت های استرس زا
- ۳ - توجه کردن به علائم بروز استرس
- ۴ - تشویق بیمار به انجام فعالیتهای بدنی ساده
- ۵ - توجه کردن به وضعیت خواب و تغذیه بیمار
- ۶ - ارتباط با خانواده جهت بهبود بخشیدن روابط خانوادگی
- ۷ - گفتگو درباره عوامل استرس زا
- ۸ - آموزش روش های مختلف تمرینات آرامش بخش
- ۹ - تصویر سازی (تجسم) برای کاهش میزان هورمون های استرس
- ۱۰ - آموزش خودگویی های مثبت
- ۱۱ - پرهیز از رقابت غیر ضروری
- ۱۲ - آشنایی با محدودیت های خود
- ۱۳ - قبول فرد به عنوان یک فرد منحصر به فرد
- ۱۴ - صحبت در باره مسائل و مشکلات خود
- ۱۵ - امیدواری به آینده
- ۱۶ - داشتن اهداف واقع گرایانه

۲۲-۷- خود زنی در رابطه با:

- ۱ - پایان دادن به احساسهای گنگی و سردرگمی
- ۲ - پرت کردن حواس از افکار یا خاطره‌های رنج آور
- ۳ - خودتنبیهی
- ۴ - ابراز چیزهایی که فرد نمی تواند آنها را به زبان بیاورد.

۵ - ناتوانی در بیان احساسهای درونی

تعریف: جرح خویشتن را می‌توان به صورت رفتاری تعمدی که به طور مستقیم به بدن فرد آسیب می‌زند و باعث صدمه دیدن بافتهای بدن یا حتی قطع عضو می‌شود که برای چند دقیقه فرد از شر احساس یا موقعیت فلاکت بار یا درمانده کننده خلاص می‌شود.

مشخصات: احساس اضطراب، تحریک پذیر شدن، احساس هراس، نوسان خلقی، احساس ارزشمندی پایین، تکانشگری، احساس ناامیدی

برآیند مورد انتظار:

- ✓ خطر صدمه به خود در بیمار کاهش یافته است.
- ✓ بیمار قادر است در مورد استرسورها صحبت کرده و روش مناسبی را در رابطه با آنها در پیش بگیرد.
- ✓ بیمار احساس بهبود و اعتماد به نفس دارد.
- ✓ سیستم حمایتی بیمار تقویت شده است.
- ✓ بیمار با آموزشهای لازم جهت پیشگیری از خودزنی آشنا شده است.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - کنترل بیمار از نظر داشتن وسایل خطرناک
- ۲ - محدود کردن بیماران در معرض خطر خود زنی از نظر خروج از بخش و ملاقات کننده
- ۳ - صحبت با بیمار در مورد افکار، فقدانها و مشکلات بطور روزانه
- ۴ - تشویق بیمار به شرکت در فعالیتهای گروهی
- ۵ - در صورت عدم تاثیر روشهای فوق استفاده از مهار فیزیکی

۲۴-۷- اختلال در هویت فرد در رابطه با:

۱. عدم اعتماد و شکاک بودن نسبت به دیگران
۲. دوری از اجتماع و محدود کردن عواطف
۳. رفتارهای عجیب و غیر عادی
۴. بی ثباتی عاطفه، خلق، رفتار

تعریف: کلمه شخصیت (personality) را می‌توان مجموعه صفات هیجانی و رفتاری در فرد تعریف نمود که مشخص می‌کند شخص در زندگی روزمره در شرایط معمولی قرار دارد. اختلال شخصیت در سه گروه طبقه بندی شده است. گروه اول دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید و اسکیزوتایپی. گروه دوم مشتمل بر اختلالات شخصیت نمایشی، خود شیفته، ضد اجتماعی و مرزی و گروه سوم دارای اختلال شخصیت دوری گزین وابسته، وسواس - جبری

مشخصات: گروه اول دارای رفتارهای غیر عادی و غریب می‌باشند. گروه دوم دارای هیجانی بی ثبات می‌باشند و گروه سوم دارای شخصیت دوری گزین، وابسته می‌باشند و اغلب مضطرب و بیمناک هستند.

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - انزوا، گوشه گیری در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید کاهش یابد.
- ۲ - اعتماد و صمیمیت و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید
- ۳ - روابط اجتماعی و ابراز هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید کاهش یابد.
- ۴ - تهاجم و پرخاشگری به علت پرخاشگری درونی کاهش یابد.
- ۵ - هویت شخصیتی در فرد ثبات لازم را پیدا کند.

اقدامات پرستاری:

۱. برقراری یک رابطه درمانی مناسب که اعتماد طرف مقابل را در بر داشته باشد.
۲. کنترل بیمار از نظر صدمه احتمالی و پرخاشگری
۳. فراهم نمودن راه صحیح ابراز خشم یا تنش
۴. کاهش و کنترل رفتارهای جنسی که می تواند منجر به پرخاشگری در بیماران شود.

۲۵-۷-والدین آسیب پذیر در رابطه با:

- ۹ - خانواده طلاق و از هم گیسخته
- ۱۰ خانواده با مشکلات ژنتیکی
- ۱۱ خانواده مهاجر و آسیب پذیر
- ۱۲ خانواده تک سرپرست
- ۱۳ اعتیاد در خانواده
- ۱۴ بیماری مزمن والدین
- ۱۵ خانواده فقیر
- ۱۶ خانواده اسیران جنگی و زندانیان

تعریف: یکی از مهم ترین احتیاجات روانی افراد دلبستگی و محبت است. کودکانی که در سالهای اولیه از محبت والدین محروم هستند. در خانواده احساس ناامنی کرده و از زندگی کمتر لذت می برند. برعکس کودکانی که از محبت والدین برخوردارند، قدرت سازگاری بیشتری دارند. البته محبت بی مورد والدین مانع رشد شخصیت کودک می گردد و دخالت زیاد والدین در کودک حس استقلال را از فرد میگیرد. آشفتهگی و مشکلات خانوادگی هم تاثیر زیادی بر رشد کودک دارند. مشاجره والدین جلوی دیدگان فرزندان اعتبار آنها را نزد کودک کم می کند و حس وفاداری و اعتماد را در خانواده از بین می برند.

مشخصات: احساس شکست و حقارت کودک در صورت عدم توانایی در برآوردن انتظارات والدین، اضطراب و گوشه گیری و انزوا کودک، ایجاد مشکلات رفتاری در کودک، عدم پذیرش وضعیت خانوادگی از سوی کودک

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - شناسایی موارد تنش زا در خانواده و کاهش ترس ناشناخته در خانواده
- ۲ - افراد خانواده انتظارات خود را از افراد خانواده در سطح توانایی افراد قرار دهند.
- ۳ - موارد ایجاد اضطراب و گوشه گیری در خانواده را شناسایی نموده و مداخله انجام گیرد .

- ۴ - جلوگیری از ایجاد مشکلات رفتاری در افراد
- ۵ - پذیرش شرایط از سوی افراد خانواده و کمک به یکدیگر در حل مشکلات و موانع

اقدامات پرستاری:

۱. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب در خانواده دچار تزلزل
۲. ترمیم آسیب وارده به فضای عاطفی خانواده
۳. طی کردن مراحل بحران در خانواده
۴. استفاده از منابع موجود
۵. روابط باز و کارآمد
۶. اجتناب از خشونت

۲۶-۷ کشمکش نقش خانواده در رابطه با:

۵. افزایش بار مسئولیت بر دوش یکی از اعضای خانواده
۶. عدم پذیرش نقش به خاطر تضاد با فرهنگ، طبقه اجتماعی
۷. عدم توانایی فرد در پذیرش نقش و کشمکش در خانواده
۸. عدم برآوردن انتظارات افراد مرتبط با نقش

تعریف: نقش مجموعه ای از رفتار های کم و بیش هنجار و مورد انتظار از فردی که یک موقعیت اجتماعی را اشغال کرده است می باشد. بنابر این نقش بر اساس رفتارهای مورد انتظار، اختیارات نقشی و موقعیت های اختصاصی هر فرد تعریف شده است. (Role conflict) این حالت زمانی بوجود می آید که فرد چندین نقش ناهمگون را در جامعه می پذیرد و قادر به انجام و اجرای آن نقش ها نمی باشد. اجرای درست نقش نیازمند صرف انرژی و تلاش زیادی می باشد که در تضاد نقش این امر خارج از توان فرد می باشد.

مشخصات: ایجاد اضطراب و نگرانی در فرد، احساس گناه، عدم تربیت صحیح فرزندان، افزایش بار مسئولیت یکی از نقش ها

برآیند مورد انتظار:

۱. مشارکت در مسئولیتهای زندگی
۲. تقسیم وظایف در بین افراد خانواده
۳. شناسایی شایستگی و توانایی کلیه افراد خانواده
۴. برنامه ریزی مناسب جهت جلوگیری از ایجاد بحران در اعضا

اقدامات پرستاری:

۱. ضرورت پذیرش نقش را به افراد خانواده بیان شود.
۲. تاکید بر اینکه زندگی در خانواده یک چرخه پویاست که با تکمیل هر دوره، دوره جدیدی آغاز می شود.
۳. تقسیم وظایف و نقش ها در خانواده جهت جلوگیری از بروز تعارض در افراد و نقش ها
۴. تاکید این موضوع که بقا سیستم خانواده در گرو نقش ها و وظایفی است که افراد در آن برعهده دارند.

تعریف: نوعی سندروم با درجاتی از آسیب روانی پس از هر نوع فعالیت جنسی که بدون رضایت قربانی صورت گیرد.

مشخصات:

این سندرم شامل سه مرحله است:

فاز حد:

علائم می تواند از چند روز تا چند هفته طول بکشد و می تواند با فاز تطابق همپوشانی داشته باشد. ممکن است همه قربانیان احساسات خود را نشان ندهند. بعضی ها ممکن است نسبت به چیزی که اتفاق افتاده خونسرد و بی تفاوت به نظر برسند. مشخصات فاز عبارتند از:

از دست دادن هوشیاری، عدم واکنش، کند شدن عملکرد گیرنده های عاطفی و حافظه، بهم ریختگی محتوای تفکر، استفراغ، انزجار، اضطراب، گیجی، حساس به دیگران

فاز تطابق

قربانی به نظر میرسد شروع به بازگشت به زندگی عادی کرده است اما مکانش وجود دارد که رفتارهای زیر دیده شود: ادامه تجربه اضطراب، احساس درماندگی، ادامه تجربه ترس یا افسردگی، تغییر خلق و خو مانند تغییر از حالت شاد به افسرده یا عصبانی، اختلال خواب مانند یک رویا - رویای یک کابوس واضح، بی خوابی، بیداری، ترسهای شبانه، احساس تکرار حادثه احساس مانند جدایی از جسم، حملات هراس، استفاده از مکانیسم های مقابله با استرس مانند خودآزاری، مواد مخدر، به شدت مذهبی شدن

تأثیر بر شیوه زندگی

احساس نامنی، احساس شک برای ورود به یک رابطه جدید، اختلال در مقاربت جنسی، وحشت از داشتن رابطه جنسی، بروز رفتارهای وحشیانه جنسی بویژه در زنان، تلقی کردن جهان به عنوان یک مکان ترسناک برای زندگی، مختل شدن فعالیت های عادی قربانیان، احتمال وابستگی به الکل، سیگار و یا مواد مخدر

واکنش فیزیولوژیک

سردرد، خستگی، درد قفسه سینه، گلو درد، در قربانیان تجاوز دهانی: انواع مشکلات در دهان و گلو قربانیان، تجاوز واژن یا مقعد با علائمی چون: تحریک پذیری دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ، بی اشتها)، مشکلات ادراری تناسلی (درد سوزش و خارش)، تنش عضلانی اسکلتی (اسپاسم، درد)، اختلالات اشتها (بی اشتها یا پرخوری)

ترس

ترس در جمعیت، ترس از تنهایی، ترس از مرد، آگوروفوبیا، ترس مرتبط با ویژگی های خاص فرد تجاوز کننده مانند سبیل، موهای مجعد، بوی بدن یا عطر فرد، بوی الکل و یا سیگار، نوع لباس و یا مدل ماشین، در برخی از قربانیان حالت های پارانوئید نسبت به غریبه ها دیده می شود.

فاز عادی شدن

در این مرحله، قربانی تجاوز را مانند دیگر حوادث زندگی می بیند بدون اینکه خیلی بر آن تمرکز کند. در طول این مرحله، احساسات منفی مانند احساس گناه و شرم رابه عنوان مساله ای می بیند که قابل حل است.

برآیند مورد انتظار:

بیمار بتواند:

- ۱- کاهش علایم را تجربه کند.
- ۲- در جلسات مشاوره شرکت کند.
- ۳- احساسات خود را در ارتباط با مشاوره و درمان بیان کند.
- ۴- مشخص کردن منابع حمایتی
- ۵- برگشت عملکردها به سطح قبل از بحران

اقدامات پرستاری:

- ۱ - ارزیابی ضربه روانی و یادداشت اظهارات قربانی
- ۲ - ارزیابی سطح اضطراب
- ۳ - ارزیابی ضربه جسمی
- ۴ - ارزیابی سیستمهای حمایتی
- ۵ - مشخص کردن منابع حمایتی اجتماعی (گروههای حمایتی، گروههای درمانی و...) که در زمینه مسائل جنسی مشاوره میدهند.
- ۶ - تشویق بیمار به صحبت در مورد تجارب و احساسات به صورتی که فشاری به بیمار وارد نشود.
- ۷ - ارزیابی واکنشهای نظیر هراس، انکار، خشم، افسردگی، احساس گناه
- ۸ - بررسی مسیرادراری تناسلی و مقعدی از نظر پارگی و خونریزی
- ۹ - مشاهده دقیق رفتارهای بیمار و یادداشت کردن این رفتارها
- ۱۰ - ایجاد ارتباط مبتنی بر اعتماد
- ۱۱ - مشاوره بحران در طول ۱ ساعت اولیه حادثه
- ۱۲ - انجام تست حاملگی در بیماران خانم
- ۱۳ - کمک به برآورده نمودن نیازهای بیمار
- ۱۴ - صحبت با بیمار در مورد مکانیسمهای تطابقی
- ۱۵ - مشخص کردن نقاط قوت در بیمار
- ۱۶ - دادن بازخورد به بیمار در زمان بیان احساسات توسط بیمار
- ۱۷ - مشخص کردن نکات جنسی مورد توجه بیمار
- ۱۸ - شروع آموزش بهداشتی و ارجاع طبق نیاز بیمار

کودکان

۸-۱- ناموفق بودن تغذیه با شیر مادر در رابطه با:

- ۱ - ناهنجاری پستان
- ۲ - ناهنجاری نوزاد (شکاف کام)
- ۳ - نارس بودن نوزاد
- ۴ - جراحی قبلی روی پستان
- ۵ - خستگی مادر
- ۶ - اضطراب مادر
- ۷ - دودلی و تردید مادر برای شیردهی
- ۸ - تغذیه نامناسب مادر
- ۹ - دریافت ناکافی مایعات
- ۱۰ - سابقه عدم موفقیت در تغذیه با شیرمادر
- ۱۱ - عدم حمایت توسط همسر و خانواده
- ۱۲ - کمبود اطلاعات
- ۱۳ - فاصله افتادن در تغذیه از راه پستان بدلیل بیماری مادر
- ۱۴ - فاصله افتادن در تغذیه از راه پستان بدلیل بیماری نوزاد
- ۱۵ - ضعیف بودن رفلکس مکیدن در شیرخوار

تعریف: وضعیتی است که در آن مادر و نوزاد یا شیرخوار دچار عدم توفیق یا اشکال در روند تغذیه با شیرمادر می شوند.

مشخصات: عدم توفیق در شیردهی، ناکافی بودن واقعی یا احتمالی شیرمادر، ناتوانی شیرخوار در گرفتن پستان مادر، عدم ترشح اکسی توسین، ضعف رفلکس مکیدن در شیرخوار، عدم تخلیه پستان پس از هر بار شیردهی، ایجاد سوزش و زخم در نوک پستان بعد از هفته اول شیردهی، سیر نشدن و گریه نوزاد در ساعت اول بعد از تغذیه با شیرمادر، گریه و ناراحتی نوزاد هنگام شیرخوردن و خوب نگرفتن پستان مادر، زمان ناکافی برای مکیدن پستان

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - بکار بستن کلیه اقداماتی که منجر به موفقیت در تغذیه از راه پستان می شود توسط مادر
- ۲ - تصمیم قطعی مادر در مورد روش تغذیه شیرخوار خود از راه پستان یا شیشه

اقدامات پرستاری:

- ۱ - بررسی اطلاعات و آگاهی مادر در مورد تغذیه از راه پستان
بررسی عوامل مداخله گر در تغذیه با شیرمادر مانند:
 - ✓ کمبود اطلاعات
 - ✓ نداشتن الگوی مناسب
 - ✓ عدم حمایت تیم بهداشتی از بیمار
 - ✓ عدم حمایت خانواده از بیمار

✓ ناراحتی به دلیلی نشت شیر

✓ احتباس شیر در پستان

✓ زخم نوک پستان

✓ سوء درک مادر

✓ تصویر ذهنی مادر از خود

✓ تغییر در فعالیت جنسی

✓ اضطراب و استرس

✓ خواب آلوده بودن نوزاد

✓ خستگی مادر

✓ بیماری مادر

✓ بیماری نوزاد

۲ - مادر را در حین تغذیه شیرخوار مورد حمایت قرار دهید:

✓ آرام نمودن مادر

✓ دادن پوزیشن مناسب و راحت به او

✓ شروع تغذیه از هر پستان به مدت ۱۰ دقیقه و بتدریج افزایش زمان آن

✓ آموزش تغذیه کودک از هر دو پستان

✓ شروع تغذیه با پستانی که شیر کمتری دارد

۳ - در صورت تورم و احتقان پستان ها اقدامات زیر را به عمل آورید:

✓ بررسی علل احتقان پستان

✓ طبیعی: در چند روز اول بعد از زایمان

✓ فراوانی شیر

✓ تاخیر در شروع شیردهی

✓ خوب نگرفتن پستان توسط نوزاد

✓ عدم تخلیه مکرر شیر

✓ شیردهی بر حسب ساعت

✓ محدود کردن زمان شیردهی

۴ - آموزش اقدامات مربوط به پیشگیری از احتقان پستان

✓ شروع تغذیه نوزاد بلافاصله بعد از زایمان

✓ اطمینان از وضعیت صحیح شیردهی

✓ عدم محدودیت زمان و دفعات تغذیه با شیر مادر

✓ افزایش دفعات شیردهی

✓ اگر شیرخوار قادر به مکیدن است آموزش پوزیشن صحیح شیردادن به مادر

✓ اگر شیرخوار قادر به مکیدن نیست، تخلیه مکرر شیر با دوشیدن

✓ شیردهی در زمان احساس پر بودن پستان ها

✓ استفاده از کرسر مناسب به منظور حمایت از پستان ها

۵ - آموزش پیش از شیردهی:

- ✓ استفاده از کمپرس گرم به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه روی پستان ها
- ✓ ماساژ گردن و پشت
- ✓ ماساژ ملایم پستان ها
- ✓ استراحت کافی
- ✓ گرفتن دوش قبل از شیردهی
- ✓ قرار دادن کمپرس سرد پس از پایان شیردهی
- ۶ - در صورت وجود زخم در نوک پستان
- ✓ آموزش شایعترین علل بروز زخم پستان به مادر مانند آغوش گرفتن و وضعیت ناصحیح موقع شیردهی، نبودن هاله پستان در دهان شیرخوار در حین شیردهی
- ✓ کنترل وضعیت آغوش گرفتن نوزاد توسط مادر
- ✓ کاهش مدت زمان شیردهی به ۵ تا ۱۰ دقیقه از هر پستان
- ✓ شروع شیردهی با پستانی که حساس نیست
- ۷ - مراقبت از پستان ها:
- ✓ در حین شیردهی نوزاد خودش پستان را رها کند.
- ✓ وارد کردن انگشت کوچک از گوشه دهان نوزاد تا نوزاد پستان را رها کند.
- ✓ عدم استفاده از کرم، پماد و لوسیون بدلیل تحریک بیشتر
- ✓ عدم شستشوی پستانها بیش از یکبار در طول روز
- ✓ عدم استفاده از صابون و نکشیدن حوله به پستان ها
- ✓ مالیدن چند قطره از شیر روی نوک پستان ها بعد از اتمام شیردهی
- ✓ کنترل دهان نوزاد از نظر وجود برفک در صورت تداوم زخم پستان
- ۸ - در صورت وجود اشکال در مکیدن نوزاد به مادر آموزش دهید:
- ✓ قرار دادن انگشتان زیر پستان
- ✓ قرار دادن نوزاد در وضعیتی که شکم او به سمت بدن مادر بچرخد
- ✓ لمس گونه نوزاد جهت تحریک رفلکس مکیدن
- ✓ پاشیدن شیر در دهان نوزاد توسط فشار دست
- ✓ بررسی میزان مکش نوزاد
- ۹ - در صورت جدایی مادر از نوزاد:
- ✓ تشویق مادر به ملاقات و در آغوش کشیدن نوزاد
- ✓ حمایت از مادر و اجازه به مادر برای مطرح کردن سوالات و نگرانی هایش
- ✓ استفاده از شیردوش برای تخلیه پستان
- ۱۰ - استفاده از پدهای جاذب برای جلوگیری از لک شدن لباس
- ۱۱ - به خانواده مادر آموزش دهید
- ۱۲ - توضیح موقعیت مادر برای خانواده
- ۱۳ - تشویق خانواده به حمایت و کمک بهمادر و نوزاد به مدت ۴ هفته
- ۱۴ - محدود کردن ملاقات های خانوادگی برای مدت ۴ هفته

۲-۸- الگوی تغذیه ای نامناسب شیرخوار در رابطه با:

- ۱ - پره مچوریتی
- ۲ - اختلال یا تأخیر نورولوژیک
- ۳ - حساسیت بیش از حد حفره دهان
- ۴ - طولانی شدن مدت ناشتایی (تغذیه از راه دهان)
- ۵ - ناهنجاریهای آناتومیک

تعریف: اختلال در توانایی شیرخوار در مکیدن یا ایجاد هماهنگی بین مکیدن و بلعیدن است که منجر به دریافت ناکافی غذا برای برآوردن نیازهای متابولیک می شود.

مشخصات: ناتوانی شیرخوار در شروع یا مکیدن نامناسب، ناتوانی در ایجاد هماهنگی بین تنفس، مکیدن و بلع

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - شیرخوار برنده کافی دارد که با اندازه گیری تعداد مناسبی از پوشک خیس نشان داده می شود.
- ۲ - شیرخوار وزن گیری مناسب دارد.
- ۳ - شیرخوار آسپیره نمی کند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - وضعیت مکیدن و بلعیدن را در شیرخوار بررسی کنید.
- ۲ - سن تکاملی، اختلالات ساختاری (مثل شکاف لب یا کام)، موانع مکانیکی (مثل لوله تراشه) را ثبت کنید.
- ۳ - سطح هوشیاری، اختلالات عصبی، تشنج و درد را در بیمار بررسی کنید.
- ۴ - وزن و قد زمان تولد و حال حاضر را مقایسه کنید.
- ۵ - داروهای مصرفی و جدول زمانی آن را بررسی کنید.
- ۶ - علائم بروز ناراحتی در زمان تغذیه را بررسی کنید (مثل تاکی پنه - سیانوز - خستگی یا لتارژی)
- ۷ - به علائم تداوم گرسنگی بعد از شیرخوردن توجه کنید.
- ۸ - روش مناسب برای تغذیه شیرخوار پیدا کنید (استفاده از سرپستانک های مخصوص، گاوژ و غیره) و بین تغذیه با شیرمادر یا شیرخشک انتخاب کنید.
- ۹ - بهترین تکنیک برای تغذیه شیرخوار را انتخاب کنید.
- ۱۰ - زمان تغذیه را به حد اکثر ۳۰ دقیقه محدود کنید (براساس علائم خستگی کودک).
- ۱۱ - مادر را به متخصص شیردهی ارجاع دهید.
- ۱۲ - تلاش مراقبت دهنده را پایش کنید و در صورت نیاز به آنها کمک کنید یا فیدبک دهید.
- ۱۳ - در مورد اهمیت ایجاد محیطی آرام - برای کاهش محرکهای محیطی و افزایش تمرکز مادر و کودک برفعالیت شیردهی - تأکید کنید.
- ۱۴ - براساس پاسخ شیرخوار میزان و دفعات تغذیه را تنظیم کنید.
- ۱۵ - در صورت نیاز از روشهای تغذیه ای مثل گاوژ یا استفاده از سرپستانکهای مخصوص استفاده کنید.
- ۱۶ - برای کاهش اثرات داروهای خواب آور یا آرام بخش بر تغذیه، زمان دارودهی را تغییر و تعدیل کنید.

- ۱۷- در صورت امکان از مواد رژیمی سفت کننده مناسب سن برای بهبود و تغذیه استفاده کنید.
- ۱۸- روشهای جلوگیری از آسیب‌ها را به مراقبت دهندگان آموزش دهید.
- ۱۹- در مورد وزن و قد پیش بینی شده برای کودک با والدین بحث کنید.
- ۲۰- پیشنهاد کنید که والدین به صورت دوره ای میزان کالری دریافتی و وزن کودک را ثبت کنند.

۳-۸- خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) در رابطه با :

- ۱ - نقص در مراقبت والدین
- ۲ - خواباندن کودک در پوزیشن دمر یا به پهلو
- ۳ - گرم کردن بیش از حد یا پوشاندن بیش از حد
- ۴ - تماس با دود سیگار در دوره نوزادی یا قبل از تولد
- ۵ - پایین بودن سن مادر
- ۶ - وزن تولد کم
- ۷ - جنس پسر
- ۸ - نژاد سیاه پوست
- ۹ - فصل پاییز و زمستان
- ۱۰ - سن ۲-۴ ماهگی

تعریف: وجود عوامل خطر ساز مرگ ناگهانی شیرخواران زیر یکسال عبارت است از مرگ ناگهانی شیرخوار زیر یکسال بدون توضیح مناسب علیرغم بررسی های انجام شده شامل اتوپسی کامل ، بررسی صحنه مرگ و مرور تاریخچه بالینی

مشخصات: ندارد

برآیند مورد انتظار:

- ۱ - والدین قادر به بیان دانش خود درباره عوامل قابل تغییر هستند.
- ۲ - والدین برای پیشگیری از وقوع مرگ ناشی از عوامل زمینه ساز ، قادر به تغییر دادن محیط زندگی خود هستند.
- ۳ - والدین درمان طبی پیشنهادی در دوره قبل و بلافاصله بعد از زایمان را دنبال می کنند.

اقدامات پرستاری:

- ۱ - عوامل قابل تغییر در محیط را که می تواند زمینه ساز سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار باشد را مشخص کنید.
- ۲ - سابقه سیگار کشیدن مادر در طی دوران بارداری را بررسی کنید.
- ۳ - بررسی کنید که در دوره قبل از زایمان مراقبت های مربوط از چه زمانی شروع شده و آیا مراقبت های آن دوره توسط مادر اجرا شده است.
- ۴ - دانش والدین را در مورد زایمان زودرس و مراقبت های آن بررسی کنید.
- ۵ - مصرف الکل و مواد مخدر در طی دوران بارداری یا پس از آن را بررسی کنید.
- ۶ - به اهمیت خواباندن شیرخوار در وضعیت به پشت خوابیده تأکید کنید.
- ۷ - در صورت امکان استفاده از شیرمادر را ترغیب کنید.

- ۸ - در مورد خطرات خواباندن شیرخوار و بزرگسال در یک تخت مشترک توضیح دهید.
- ۹ - والدین از پوشاندن لباس زیادی به کودک پرهیز کنند و دمای محیط را بیش از حد گرم نکنند.
- ۱۰ - از تشکهای خیلی نرم استفاده نکنند.

۴-۸-زردی نوزاد در رابطه با:

- ۱ - سن نوزاد ۱-۷ روز
- ۲ - برقرار نشدن الگوی تغذیه مناسب
- ۳ - کاهش وزن غیر طبیعی
- ۴ - تاخیر در دفع مکونیوم
- ۵ - مشکل در تطابق با زندگی خارج رحمی

تعریف: ته رنگ زرد- نارنجی پوست و غشاء مخاطی نوزاد است که پس از ۲۴ ساعت اول زندگی نوزاد رخ می دهد و ناشی از وجود بیلی روبین غیر کنژوگه در جریان خون نوزاد است

مشخصات: پوست زرد - نارنجی، کبودی غیرطبیعی پوست، آزمایشات خونی غیرطبیعی

برایند مورد انتظار:

- ۱ - شیرخوار سطح خونی بیلی روبین پایین رونده و بهتر شدن زردی را نشان خواهد داد.
- ۲ - شیرخوار دچار عوارض سیستم عصبی مرکزی مرتبط با زردی و یا دچار عوارض ناشی از درمانهای طبی نخواهد شد.
- ۳ - والدین علت ، درمان و عوارض احتمالی هیپرپیلی روبینمی را بیان می کنند.
- ۴ - والدین مراقبتهای مناسب از نوزاد را بیان می کنند.

اقدامات پرستاری:

۱. گروه خونی مادر و نوزاد را مشخص کنید
۲. جنس، نژاد و محل تولد کودک را بررسی کنید
۳. عوامل زمینه ساز احتمالی دوره زایمان را بررسی کنید (مثل وزن پایین تولد، اختلال رشد داخل رحمی، پره مچوریتی، مشکلات متابولیکی، صدمات عروقی، گردش خون غیرطبیعی، سپسیس و پلی سیتمی)
۴. استفاده از ابزارهای خاصی برای زایمان نوزاد را بررسی کنید (مثل واکيوم).
۵. شرایط نوزاد و زمان تولد را بررسی کنید به ویژه نیاز به احیاء پس از تولد یا شواهدی از کبودی و پتشی، استرس سرما، خفگی و یا اسپیروز.
۶. وضعیت تغذیه ای مادر و نوزاد را ارزیابی کنید و به احتمال هیپوپروتئینمی نوزادی را به ویژه در نوزادان پره ترم توجه کنید.
۷. علائم هیپوگلسیمی را در نوزاد بررسی کنید (علائمی مثل تحریک پذیری، لتارژی، لرزش) در صورت نیاز سطح قند خون را با نمونه پاشنه پا اندازه گیری کنید.
۸. شروع و تداوم موفقیت آمیز شیردهی را بررسی کنید.
۹. نوزاد را از نظر رنگ پریدگی، ادم، هیپاتواسپلنومگالی بررسی کنید.
۱۰. زردی پوست را در نور طبیعی بررسی کنید و به مخاط چشم و دهان نیز توجه کنید. در مخاط دهان نوزادان تیره پوست به کام توجه کنید.
۱۱. به سن نوزاد در زمان شروع زردی توجه کنید چراکه در تشخیص افتراقی زردی (زردی ناشی از شیرمادر، زردی فیزیولوژیک یا زردی پاتولوژیک) اهمیت دارد.
۱۲. سطح سرمی آلبومین، بیلی روبین، هموگلوبین، هماتوکریت، ریتکولوسیت ها را برای بررسی شدت بیماری و نیاز به درمان بررسی کنید.
۱۳. ظرفیت اتصال بیلی روبین - آلبومین پلاسما را محاسبه کنید، چراکه به تعیین احتمال بروز کرنیکتروس و نیاز به درمان کمک می کند.
۱۴. نوزاد را از نظر پیشرفت علائم و تغییرات رفتاری مرتبط با مسمومیت بیلی روبین ارزیابی کنید.
۱۵. ظاهر پوست و ادرار را از نظر بروز رنگ قهوه ای - سیاه ارزیابی کنید (سندرم کودک برنزه)
۱۶. کودک را گرم و خشک نگه دارید و دمای پوست و مرکز را مکرر اندازه گیری کنید.
۱۷. تغذیه زودرس دهانی را ۴ تا ۶ ساعت بلافاصله بعد از تولد شروع کنید به ویژه اگر کودک قرار است که با شیرمادر تغذیه شود.
۱۸. تغذیه مکرر با شیرمادر را ترغیب کنید (۱۲-۸ بار در روز). به مادر برای دو شیدن شیرجهت افزایش ترشح شیر کمک کنید.
۱۹. در صورت نیاز از اندازه گیری پوستی زردی استفاده کنید.

۲۰. براساس پروتکل فتوتراپی را شروع کنید (با لامپ فلوروسنت بالای نوزاد یا زیر نوزاد)
۲۱. با استفاده از چشم بند با اندازه مناسب در طی فتوتراپی از بروز صدمات شبکه ای پیشگیری کنید.
۲۲. در زمان فتوتراپی از لوسیون یا روغن روی پوست کودک استفاده نکنید.
۲۳. هر ۲ ساعت پوزیشن نوزاد را تغییر دهید تا تمام نواحی پوست در معرض فتوتراپی قرارگیرد.
۲۴. ناحیه تناسلی نوزاد پسر را با پدهای کوچک برای جلوگیری از اثرات گرما روی بیضه ها بپوشانید.
۲۵. کاهش وزن نوزاد را ثبت کنید همچنین میزان دفع ادرار و وزن مخصوص ادرار و میزان از دست دادن مایع از راه مدفوع شل (که با فتو تراپی مرتبط است) را برای تعیین میزان مایعات مورد نیاز اندازه گیری کنید.
۲۶. ایمونوگلوبین وریدی به نوزادانی با ایزوایمونیزاسیون ABO یا RH تجویز کنید.
۲۷. در صورت نیاز فتوباربییتال جهت تحریک آنزیمهای کبدی به کلیریانس بیلی روبین تجویز کنید.
۲۸. به آماده سازی و انجام تعویض خون کمک کنید و در طی ترانسفوزیون عوارض احتمالی را ثبت کنید با میزان خون کشیده شده و تزریق شده را دقیقاً درج کنید (اغلب CC ۲۰-۷ هر بار)
۲۹. امکان دسترسی تلفنی ۲۴ ساعته را برای پدر و مادر فراهم کنید و شماره تلفن و نام فردی که باید با او تماس بگیرند را به والدین بدهید و بر اهمیت گزارش افزایش میزان زردی یا تغییرات رفتاری در نوزاد تأکید کنید.
۳۰. عوارض دراز مدت احتمالی هیپر بیلی روبینمی و ضرورت ارزیابی مکرر و انجام مداخلات سریع را توضیح دهید.

۵-۸- در معرض خطر تاخیر در تکامل در رابطه با:

۱. نارسایی در جریان خون
۲. اختلالات مادر زادی قلب
۳. CHF
۴. صدمات مغزی
۵. فلج مغزی
۶. میکرو انسفالوپاتی
۷. اختلالات سیستم گوارشی
۸. سندرم سوءجذب
۹. رفلکس گاستروازوفازیال
۱۰. دیسفاژی
۱۱. کیستیک فیبروزیس
۱۲. اختلالات هورمونی
۱۳. اختلالات اسکلتی-عضلانی
۱۴. انومالیهای مادر زادی انتهاها
۱۵. دیستروفی عضلات
۱۶. بیماریهای حاد و مزمن
۱۷. درد مزمن
۱۸. سوءتغذیه
۱۹. درمانهای طویل مدت دردناک
۲۰. داشتن گچ و تراکشن
۲۱. ایزوله بودن
۲۲. تغییر در محیط طبیعی زندگی
۲۳. جدایی از والدین
۲۴. کمبود اطلاعات والدین
۲۵. وجود چندین مراقبت دهنده
۲۶. استراحت مطلق طولانی
۲۷. استرس حاد یا مزمن
۲۸. حمایت ناکافی والدین از فرزند
۲۹. کمبود تحریکات حسی
۳۰. استرسورهای مربوط به مدرسه
۳۱. مرگ عزیزان

تعریف: وضعیتی که در آن کودک دچار انحراف از معیارهای طبیعی رشد و نمو در مقایسه با گروه سنی خود می شود.

مشخصات: تاخیر یا اشکال در کسب مهارتها در مقایسه با گروه سنی خود، ناتوانی در مراقبت از خود یا کنترل فعالیتها بر اساس

برآیند مورد انتظار:

✓ کودک در رفتارهای فردی، اجتماعی، کلامی، شناختی و حرکتی متناسب با سن خود پیشرفت نشان دهد.

اقدامات پرستاری:

۱- علل و عوامل مداخله گر را مورد بررسی قرار دهید:

✓ کمبود اطلاعات والدین

✓ بیماریهای حاد یا مزمن

✓ استرس

✓ ناکافی بودن تحریکات

✓ تضاد بین والدین و فرزند

✓ تغییرات محیطی

۲- به والدین بیمار در مورد روند رشد و تکامل کودک آموزش داده اطلاعات کافی را به آنها بدهید

۳- اقدامات مراقبتی زیر را در کودکان از بدو تولد تا یک سالگی بکار بندید:

✓ تحریکات حسی را توسط استفاده از اسباب بازیهای رنگی، متحرک و صدادار افزایش دهید.

✓ با کودک صحبت کنید .

✓ کودک را به اهنستگی و در یک محیط آرام تغذیه کنید .

✓ قبل از تغذیه به کودک استراحت بدهید .

✓ روابط مادر و فرزند را بخصوص هنگام تغذیه مورد توجه قرار دهید.

✓ علت گریه کودک را شناسایی کنید .

✓ والدین را تا جای امکان در انجام مراقبتهای شرکت دهید .

✓ در صورت امکان اجازه دهید دست و پای کودک آزاد باشد .

✓ سعی کنید همیشه یک پرستار آشنا از کودک مراقبت کند.

۴- اقدامات مراقبتی زیر را در کودکان یک تا سه سال و نیمه بکار بندید :

✓ همیشه یک پرستار آشنا برای مراقبت از کودک استفاده کنید.

✓ کودک را تشویق به انجام کارها و مراقبت از خود نمایید مثل لباس پوشیدن شانه زدن مو

✓ در صحبت کردن از کلماتی استفاده کنید که برای کودک شناسناست .

✓ اسامی اشیای مختلف را به کودک آموزش دهید .

✓ زمانی را به بازی کودک با والدین خود اختصاص داده از اسباب بازیهای متعدد استفاده کنید .

✓ کلیه اقداماتی را که می خواهید انجام دهید به کودک توضیح دهید .

✓ محیط سالم و بی خطری را برای کودک فراهم کنید .

✓ والدین را تا جای امکان در انجام مراقبتهای شرکت دهید .

✓ بعد از انجام روشهای درد ناک زمینه استراحت بیمار را فراهم سازید .

۵-اقدامات مراقبتی زیر را در کودکان سه و نیم تا پنج سال بکار بندید :

- ✓ کودک را تشویق به مراقبت از خود نمایید .
- ✓ زمان کافی را برای بازی کردن کودک اختصاص دهید.
- ✓ برای کودک کتاب بخوانید .
- ✓ پاسخهای کلامی کودک را بررسی کنید .
- ✓ اسامی وسایل مختلف را نام برده از کودک بخواهید آنها را تکرار کند.
- ✓ والدین را تا جای امکان در انجام مراقبتهای شرکت دهید.
- ✓ برای کودک تلویزیون روشن کنید.

۶-اقدامات مراقبتی زیر را در کودکان پنج تا یازده سال بکار بندید:

با کودک در مورد مراقبتهای صحبت کنید .

- ✓ کودک را تشویق به انجام کارهای شخصی اش نمایید .
- ✓ به کودک اجازه دهید لباسهای مورد علاقه خود را بپوشد.
- ✓ زمانی را برای برقراری ارتباط کودک با سایر کودکان اختصاص دهید .
- ✓ اجازه دهید در طول روز کودک به کارهای هنری نظیر نقاشی بپردازد .
- ✓ روزانه دروس مدرسه را با او کار کنید .
- ✓ برای او داستان بخوانید و به او اجازه بازی دهید .
- ✓ رفتارهای مثبت او را مورد تأیید و تمجید قرار دهید .
- ✓ کودک را با نام افراد مراقبت دهنده آشنا کنید.
- ✓ والدین را تشویق به تماس بیشتر با کودک نمایید.

۷-اقدامات مراقبتی زیر را در کودکان یازده تا پانزده سال بکار بندید :

- ✓ مکرراً با کودک در مورد احساسات ، عقاید، و نگرانیهایش صحبت کنید .
- ✓ اقداماتی را برای برقراری ارتباط کودک با سایر هم سالان خود بکار بندید.
- ✓ علایق کودک را شناسایی کرده تا جای امکان آنها را فراهم کنید.
- ✓ اجازه دهید در صورت امکان وسایل اتاق را با سلیقه خود تغییر شکل دهد .
- ✓ به کودک اجازه دهید لباسهای مورد علاقه خود را بپوشد.
- ✓ او را در تصمیم گیری ها و برنامه مراقبتی شرکت دهید.
- ✓ کودک را تشویق به انجام فعالیتهایی نظیر کتابخوانی ، بازیهای ویدیویی ، دیدن فیلم، کارهای هنری و نظایر آن نمایید.
- ✓ والدین را تشویق به تماس تلفنی مکرر با کودک نمایید.

منابع

۱. حیدری، حمیدرضا و همکاران. پرستاری در بخش مراقبت های ویژه قلبی. تهران ۱۳۹۰. انتشارات حیدری.
۲. نیکروان نبرد، ملاحظت، تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری چاپ سوم، تهران ۱۳۹۲. نوردانش.
۳. حاجتی، حمید. روانشناسی فردی و اجتماعی برای پرستاران، ۱۳۸۹، نشر حکیم.
۴. موسوی، اشرف السادات. خانواده درمانی. ۱۳۸۹، نشر مهر کاویان.
۵. ثنایی، باقر. روان درمانی و مشاوره گروهی. ۱۳۹۰، انتشارات چهر.
۵. محتشمی، جمیله، مددی، عباس، نوغانی، فاطمه. درسنامه روان شناسی فردی و اجتماعی. ۱۳۸۷، نشر سالمی.
6. Potter P, Perry A, Hall E. Fundamentals of Nursing. 8th ed .Philadelphia: Mosby; 2013.
7. Brunner & suddarth. medical-surgical nursing. Philadelphia: Mosby; 2009.
8. Herdman, TH (Ed.) Nursing Diagnoses: Definitions and classification. Singapore :Wiley-Blackwell;2009-2011.
9. Gulanick M, L. Myers J.. 8th ed .Philadelphia: Elsevier Science Health Science Division; 2013
10. Nursing Diagnoses 2009-2011, Custom: Definitions and Classification NANDA International
11. John Wiley & Sons