

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 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).
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، ادم، 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 درمان های 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 سلول های 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 استومائیت، ضایعات یا زخمهای دهانی، کاهش یا فقدان بزاق، لکوپلاکی، ادم، پرخونی، عدم بافت سازی، ژئوزیت 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 جمجمه 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 استئوماتیت 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 - جاریک 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-یبوست 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 طولی مدت 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 - خارسایی 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 غذای تجاری با اسمولالیت 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 صداها، شکمی، وجود مدفوع آبکی و شل، عدم کنترل روی دفع.

بر آیند 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-صداهاى تنفسى طبیعى 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 - کانسرماتستاتیک
- ۸ - استفاده طولانی از داروهایی که در کبد متابولیزه می شود
- ۹ - التهاب کبد
- ۱۰ - اسکار زخم یا تومور کبد
- ۱۱ - پانکراتیت
- ۱۲ - مصرف زیاد الکل
- ۱۳ - خکروز 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: یرقان، اختلالات تغذیه ای ، 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-کمبود 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-کپهولت 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 ز ۲۰ بار ،عدم آگاهی از پرشدگی مثانه

بر آیند مورد انتظار:

✓ بیمار روی دفع ادرار خود کنترل داشته باشد.