



Bohlool Hospital

راهنمای فودمراقبتی بیماری ها و حالات شایع

برنامه مدون آموزش به بیمار

نیازهای آموزشی بیماریهای شایع بفش

تشخیصهای پرستاری بیماریهای شایع بفش

فرایند پرستاری در بیماران

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش داخلی یک و دو

برنامه مدون آموزش به بیمار و پروتکل هر شیفت (روز) آموزش به بیمار در بخش داخلی

اولین روز پذیرش			
۱. معرفی پزشک و پرستار و تیم درمان ۲. معرفی قوانین بخش و محیط بخش و ساعت ملاقات با بیمار و تهیه وسایل شخصی بیمار ۳. زنگ احضار و نحوه استفاده از آن، دستبند شناسایی و لیبلهای آن ۴. نکات ایمنی، نحوه استفاده از اهرمهای تخت و مراقبت از اتصالات ۵. نحوه کار با نرده و حفاظ تخت و ترک نکردن بیمار توسط همراهی بدون اطلاع پرستار ۶. رعایت بهداشت فردی ۷. محدودیتهای غذایی و حرکتی			
شیفت	صبح	عصر	شب
روز دوم بستری	۱. بررسی آموزشهای روز اول و در صورت نیاز تکرار شود ۲. معرفی بیماری فعلی، علایم، علت روند درمان بیماری ۳. تغذیه و رژیم غذایی در زمینه بیماری فعلی و بیماری زمینه ای	۱. میزان فعالیت و نکات ایمنی هنگام راه رفتن ۲. داروهای مصرفی در حین بستری و کاربرد آن و مراقبتهای مرتبط ۳. اقدامات تشخیصی، درمانی و آزمایشات	۱. مراقبت از اتصالات ۲. خواب و استراحت ۳. آمادگی تستهای تشخیصی
روز سوم بستری	۱. بررسی آموزشهای صبح روز قبل و در صورت نیاز تکرار شود ۲. علایم هشدار مرتبط حالت یا بیماری ۳. داروها و عوارض دارویی	۱. بررسی آموزشهای عصر روز قبل و در صورت نیاز تکرار شود ۲. مسائل بهداشت فردی ۳. الگوی دفع و آموزشهای مرتبط	۱. بررسی آموزشهای شب روز قبل و در صورت نیاز تکرار شود ۲. خودمراقبتی در خصوص بیماری زمینه ای ۳. نشانه های خطر بیماری
روز ترخیص آموزش طبق پروتکل اسمارت	آموزش علایم هشدار و مراجعه به بیمارستان یا تماس با ۱۱۵ در صورت بروز این علایم داروهای زمان ترخیص و نحوه مصرف و کاربرد دارو زمان پیگیری مجدد و مراجعه به پزشک شرحی از اوراق پرونده و فرم آموزش زمان ترخیص و آزمایشات و پیگیری آزمایشات معوقه شماره تماس با بیمارستان و بخش و یا مطب پزشکان مراقبتهای لازم در منزل شامل نکات خودمراقبتی در منزل، تغذیه و رژیم غذایی، فعالیت و استحمام تکمیل فرم آموزش ترخیص در دوبرگ و مهر و امضای پرستار و پزشک و امضا و اثرانگشت فرم آموزش زمان ترخیص توسط همراه یا فرد آموزش گیرنده و آموزش علت اخذ امضا از وی		

نکات مهم:

- در اولین شیفت پذیرش، آموزشهای بدو ورود به بیمار داده می شود و آموزش نکات ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط، مراقبت از دستبند شناسایی و معرفی پرستار و نیازهای آموزشی فوری و ضروری در صورت نیاز در هر شیفت تکرار خواهد شد.
- معرفی پرستار و آموزش نکات ایمنی در هر شیفت تکرار می شود.
- اثر بخشی آموزشها توسط پرستاران هر شیفت در روز بعد توسط پرستار همان شیفت، ارزیابی خواهد شد و در صورت نیاز به تکرار آموزشها مجدد تکرار و در غیر اینصورت موارد روز بعد ارائه خواهد شد.
- کلیه آموزشهای بدو ورود، حین بستری و هنگام ترخیص باید در گزارش پرستاری ثبت شوند.
- سرپرستار و رابط آموزش به بیمار نیز بر اجرای برنامه آموزش به بیمار و مستندات گزارشات پرستاری نظارت نمایند.
- از افراد برتر در حوزه آموزش به بیمار نیز تقدیر خواهد شد.

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش داخلی یک و دو

کارگروه های درون بخشی بخشهای داخلی واحد آموزش سلامت کد سند: Bh-Mn / sel gu di / ins-06 / 06	راهنمای خودمراقبتی بیماری ها و حالات شایع بخش داخلی	 مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی علامه بهلول گنابادی
تاریخ بازنگری: بهار ۱۴۰۵	تاریخ بازنگری بعدی: بهار ۱۴۰۶	تاریخ تدوین و ابلاغ: پاییز ۹۸

۵	آموزشهای بدو پذیرش بخش داخلی
۶	شایعترین تشخیصهای پرستاری در بیماریهای بخش داخلی
۸	نارسایی مزمن تنفسی
۱۲	نحوه استفاده از اسپری و دمیار:
۱۳	پنومونی
۱۷	افیوژن پلورال و تنگی نفس
۲۲	برونشیت مزمن
۲۷	آمبولی ریه
۳۱	آسم
۳۵	ادم حاد ریه
۳۹	نارسایی قلب
۴۴	سکته قلبی
۴۹	فشار خون
۵۳	فیبریلاسیون دهلیزی
۵۷	سندرم حاد کرونری قلب
۶۱	ناکی کاردی حمله ای فوق بطنی
۶۵	ترومبوز وریدهای عمقی DVT
۷۰	دیابت
۷۵	کتواسیدوز دیابتی
۸۰	تزریق انسولین
۸۲	تست ورزش:
۸۳	ضعف ویحالی

۸۷	سر درد و سرگیجه
۹۳	تب و تنگی نفس
۹۶	کووید
۱۰۲	شکم درد و گاستروانتریت
۱۰۷	نارسایی مزمن کلیه
۱۱۴	نارسایی حاد کلیه
۱۱۸	راهنمای داروهای مصرفی بیماران دیالیز :
۱۲۰	فیستول و گرافت و کاتتر
۱۲۲	سکته مغزی
۱۳۰	خونریزی گوارشی و زخم معده
۱۳۵	کولونوسکوپی
۱۳۷	آندوسکوپی
۱۳۹	پانکراتیت و شکم درد ناشی از کله سیستیت
۱۴۵	آنمی آپلاستیک
۱۵۱	آنمی فقر آهن
۱۵۴	اوروسپسیس و سپسیس
۱۶۷	عفونت ادراری بزرگسالان
۱۷۳	صرع و تشنج
۱۷۹	بیماری پارکینسون
۱۸۳	هیپاتیت حاد و مزمن

آموزشهای بدو پذیرش بخش داخلی

پرستار پذیرش دهنده بیمار در بدو پذیرش آموزشهای زیر را بر حسب نیاز بیمار ارائه دهد:

۱. معرفی سرپرستار، پرستار، بهیاران، کمک پرستار و خدمات بخش (رنگ لباس)
۲. نحوه و نحوه ارائه خدمات در بخش
۳. معرفی پزشک معالج و ساعات ویزیت بیماران
۴. نحوه ملاقات با پزشک معالج
۵. ساعات سرو غذا و نحوه توزیع آن و اطلاع رسانی به همراهی بیمار جهت نحوه تهیه غذا
۶. آشنایی با فضای فیزیکی بخش (محل آبدار خانه و سرویس بهداشتی، محل پله های اضطراری، محل سجاده و کمد معنوی)
۷. حاوی قرآن و کتب ادعیه و مهر و جانماز و وسنگ تیمم و...
۸. معرفی امکانات رفاهی
۹. ممنوعیت استعمال دخانیات
۱۰. حضور همراه و ساعات ملاقات
۱۱. آموزش زنگ احضار پرستار و نحوه استفاده از آن
۱۲. مراقبت از دستبند شناسایی و لزوم اهمیت آن
۱۳. نکات ایمنی بیمار (بالا ماندن حفاظ تخت و آموزش نحوه استفاده از حفاظ تخت و بالا بردن نرده تخت و ... حضور همراهی برای بیماران با توجه به مقیاس مورش، آموزش مراقبت از خط وریدی و سوند ادراری درن ها و سایر اتصالات بیمار)
۱۴. منشور حقوق بیمار و بیان و نحوه رسیدگی به شکایات
۱۵. اطلاع در خصوص آموزشی بودن بیمارستان
۱۶. لزوم شستشوی دست و نحوه استفاده از هندراب و تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی (رنگ سطل ها ی عفونی و غیر عفونی)
۱۷. آموزش محل گذاشتن نمونه های ادرار و مدفوع اخذ شده توسط بیماران و اطلاع رسانی به پرستار معالج بیمار
۱۸. با لا بودن نرده تخت در شب
۱۹. لزوم بسته بودن درب اتاق ایزوله و استفاده همراه از وسایل حفاظت فردی و عدم ورود اطفال به اتاق ایزوله
۲۰. آموزش در مورد محدوده حرکتی، رژیم غذایی و رفع نیازهای اولیه
۲۱. استفاده از ترالی معنوی
۲۲. آوردن داروها و مدارک قبلی
۲۳. وسایل شخصی مورد نیاز

شایعترین تشخیصهای پرستاری در بیماریهای بخش داخلی

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری	اهداف پرستاری
کاهش تهویه خودبخودی مرتبط با خستگی عضلات تنفسی (نارسایی مزمن تنفسی)	مانیتور SpO ₂ /ABG، بالا بردن هد تخت، تنفس عمیق، O ₂ ، NIPPV در صورت نیاز	تهویه مؤثر، ABG نرمال، عدم تنگی نفس
ناکارآمدی راه هوایی مرتبط با ترشحات غلیظ (پنومونی، برونشیت مزمن)	افزایش مایعات، موبیلیتیک، chest physiotherapy، ساکشن	ترشحات خارج شود، صداهای ریوی پاک
تبادل گازی ناکارآمد (آمبولی ریه، ادم حاد ریه)	O ₂ ، بالا بردن هد تخت، مانیتورینگ، آنتی کوآگولان/دیورتیک	SpO ₂ ≥ 90%، تنفس راحت، رنگ طبیعی
کاهش برون ده قلبی (نارسایی قلب، سکته قلبی، سندرم حاد کرونری)	مانیتور همودینامیک، اینوتروپ/دیورتیک، استراحت مطلق، کنترل مایعات	علائم حیاتی پایدار، برون ده کافی، ادرار > 30 ml/hr
عدم تحمل فعالیت (نارسایی قلب، سکته قلبی)	استراحت و فعالیت تدریجی، کمک در ADL، مانیتورینگ	انجام فعالیت روزانه بدون افت علائم
اضافه حجم مایعات (نارسایی قلب، نارسایی مزمن کلیه)	محدودیت مایعات/سدیم، دیورتیک، وزن روزانه، I/O	کاهش ادم، برطرف شدن رال‌ها، ورید ژوگولار نرمال
خطر خونریزی (فیبریلاسیون دهلیزی دریافت کننده آنتی کوآگولان)	مانیتور علائم خونریزی، PT/INR منظم، آموزش علائم هشدار	بدون خونریزی فعال، INR درمانی
اختلال بلع و خطر آسپیراسیون مرتبط با سکته مغزی (CVA)	ارزبایی بلع توسط گفتاردرمان، تغذیه با قوام مناسب (نرم/پوره)، بالا بردن هد تخت هنگام غذا، NPO تا حصول اطمینان از بلع	بلع ایمن، عدم آسپیراسیون، راه هوایی محافظت شده
اختلال تحرک فیزیکی مرتبط با سکته مغزی (همی پارزی)	تغییر وضعیت مکرر (هر ۲ ساعت)، ROM غیرفعال، فیزیوتراپی، بريس اندام	حداکثر تحرک ممکن، پیشگیری از زخم فشاری و DVT
اختلال ارتباط کلامی مرتبط با سکته مغزی (آفازی)	استفاده از تخته و قلم، تصاویر، اشاره، صبر و تکرار جملات، ارجاع به گفتاردرمانی	برقراری ارتباط پایه با روش جایگزین
خطر افت فشار خون و سرگیجه (فشارخون بالا و درمان آن)	مانیتور BP قبل/بعد دارو، آموزش مصرف منظم، تغییر وضعیت تدریجی	فشار خون کنترل شده بدون افت ناگهانی
کمبود دانش (نحوه استفاده از اسپری و دمیار در آسم COPD)	آموزش عملی با اسپیسر، بازدم کامل، دم عمیق و حبس نفس	بیمار روش صحیح اسپری را نشان دهد
خطر عدم ثبات قند خون (دیابت و کتواسیدوز دیابتی)	مانیتور قند خون، آموزش انسولین، رژیم دیابتی، درمان DKA	قند خون هدف، بدون هیپو/هایپر گلیسمی
کاهش حجم مایعات (کتواسیدوز دیابتی، گاستروانتریت)	رقیق درمانی، مانیتور I/O، الکترولیت‌ها	برطرف شدن دهیدراتاسیون، ادرار کافی
درد حاد (سکته قلبی، پانکراتیت، کله سیستیت)	مسکن، مانیتور درد، وضعیت راحت، کاهش استرس	شدت درد ≤ ۱۰/۳، علائم پایدار
خطر اختلال عملکرد کلیه (نارسایی حاد و مزمن کلیه)	مانیتور کراتینین BUN، کنترل مایعات/الکتrolیت، آمادگی برای دیالیز	فانکشن کلیه پایدار یا بهبود
اختلال الگوی ادرار (عفونت ادراری، اوروسپسیس)	آنتی بیوتیک، افزایش مایعات، کشت ادرار، مانیتور سپسیس	ادرار بدون سوزش/تکرر، کنترل عفونت
خطر ایجاد ترومبوز (ترومبوز وریدهای عمقی DVT)	آنتی کوآگولان، بالا بردن اندام، کمپرس، اکو داپلر	بدون ترومبوز جدید، بدون آمبولی ریه
خطر آسیب فیزیکی (صرع و تشنج)	محافظت از سر، راه هوایی باز، رعایت ایمنی، داروی ضد تشنج	بدون آسیب حین تشنج، کنترل تشنج

عدم عفونت/ترومبوز/خونریزی در محل دسترسی	بازرسی روزانه، لمس thrill، سمع bruit، آموزش خودمراقبتی	اختلال یکپارچگی عروقی (فیستول و گرافت و کاتتر دیالیز)
عدم عفونت جدید یا پیشرفت سپسیس	ایزولاسیون، مانیتور علائم، آنتی بیوتیک/ضد ویروسی، حمایت تنفسی	خطر عفونت (کووید، سپسیس)
پیگیری سرپایی انجام شود، علائم پیگیری شود	آموزش علائم هشدار، هماهنگی با پزشک، ویزیت پیگیری	آمادگی برای آموزش و برنامه ریزی ترخیص (ضعف، بیحالی، سردرد با علت ناشناخته)
جهت یابی در زمان و مکان بهبود یابد	تحریک شناختی، تکرار اطلاعات، استفاده از تقویم و ساعت، مشارکت خانواده	اختلال حافظه و شناخت مرتبط با سکته مغزی و دمانس
خشک ماندن، اجابت به موقع	برنامه توالت رفتن منظم، پد جاذب، آموزش مثانه، جلوگیری از سقوط	بی اختیاری ادراری مرتبط با سکته مغزی و عفونت ادراری
دفع مدفوع نرم منظم بدون زور زدن	افزایش فیبر و مایلات (در صورت مجاز)، نرم کننده مدفوع، تحرک تدریجی	یبوست مرتبط با بی تحرکی و مصرف مواد مخدر (در سکته مغزی و بیماران قلبی)
انرژی کافی برای ADL اساسی	برنامه ریزی استراحت، اولویت بندی فعالیتها، آموزش صرفه جویی در انرژی	خستگی مزمن مرتبط با نارسایی قلب، COPD و دیابت کنترل نشده
عدم تهوع، تحمل خوراکی	داروی ضد تهوع، مایعات IV، وعده های کوچک و مکرر	تهوع و استفراغ مرتبط با گاستروانتریت و کتواسیدوز
بیمار اضطراب کمتر، همکاری در درمان	کاهش استرس، توضیح فرایندها، حضور همراه، ارجاع روانپزشک در صورت نیاز	اضطراب مرتبط با تشخیص ناگهانی (سکته قلبی، سکته مغزی، آمبولی ریه)
خواب مؤثر حداقل ۵-۶ ساعت شبانه	تنظیم محیط (کم نور، ساکت)، کاهش نویز شبانه، تجویز داروهای آرامبخش طبق دستور	اختلال خواب مرتبط با بستری شدن و بیماری (نارسایی قلب، تنفس)
بدون سقوط در طول بستری	تخت در پایین ترین حالت، نرده، زنگ اخبار، کفش مناسب، کمک در راه رفتن	خطر سقوط مرتبط با ضعف، سرگیجه، مصرف داروهای کاهنده فشار خون و تشنج

نیازهای آموزشی بیماران COPD
آشنایی با بیماری و علل و عوارض آن
آموزش استفاده از اسپری ها و داروها و عوارض آن
آموزش فیزیوتراپی تنفسی و سرفه موثر و تنفس لب غنچه ای
آموزش محدوده فعالیتها و پوزیشن صحیح و مناسب هنگام فعالیت
آموزش علایم هشدار بیماری
آموزش رژیم غذایی (پرکالری ، ملین و)
آموزش مراقبت از خود در منزل
ترک سیگار و دوری از عوامل تشدید کننده تنگی نفس
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

جدول مداخلات پرستاری در بیماران نارسایی مزمن تنفسی:

اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. پاکسازی غیر موثر راه هوایی مرتبط با افزایش ترشحات و اسپاسم راههای تنفسی.		
پس از ۲۴ ساعت مداخلات، بیمار قادر خواهد بود: ترشحات ریوی خود را به طور موثر با سرفه تخلیه کند. صداهای تنفسی اضافی در گوشی پزشکی کاهش یابد. تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه برسد.	کیفیت، رنگ، مقدار خلط را هر شیفت بررسی و ثبت کنید. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا کاملاً نشسته قرار دهید. مصرف مایعات (تا ۲ لیتر در روز) را تشویق کنید. فیزیوتراپی تنفسی: در صورت لزوم، ضربه درمانی و لرزاندن قفسه سینه انجام دهید. تکنیک سرفه کنترل شده و موثر را به بیمار آموزش دهید.	آیا بیمار قادر به تخلیه خلط شد؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافت؟ آیا بیمار نحوه سرفه موثر را به درستی انجام می دهد؟
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با تنگی نفس و خستگی عضلات تنفسی.		
طی ۲۴ ساعت آینده، بیمار: از تکنیک تنفس با لب های غنچه ای استفاده کند. از عضلات فرعی تنفس استفاده نکند. سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد.	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده توسط پزشک وصل کنید. مانیتورینگ: سطح اکسیژن خون را پایش کنید. آموزش تنفسی: تکنیک تنفس با لب های غنچه ای را به صورت عملی آموزش دهید. آموزش دارویی همزمان با دادن اولین دوز اسپری، نام دارو ("این اسپری برای باز کردن راه هوایی شماست") و هدف آن را توضیح دهید و نحوه پاف زدن را با اسپری آموزشی نشان دهید.	آیا بیمار تکنیک تنفس با لب غنچه ای را به درستی نشان می دهد؟ آیا سطح اکسیژن بیمار بالای ۹۰٪ حفظ شده است؟ آیا بیمار از کاهش تنگی نفس خبر می دهد؟

۳. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش سطح اکسیژن حین فعالیت.

تا پایان روز دوم بستری، بیمار: فعالیت‌های روزمره را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی را به کار گیرد.	تعیین سطح فعالیت: سطح فعالیت قابل تحمل را مشخص کنید. برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تقسیم کنید. آموزش خودمراقبتی: تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی را آموزش دهید. تشویق: پیشرفت‌های کوچک بیمار را تشویق کنید. آموزش دارویی: هنگام دادن دارو، عوارض جانبی قابل انتظار (مانند تپش قلب یا بی‌قراری) را به زبان ساده به بیمار بگویید و به او اطمینان دهید که در صورت مشاهده، پرستار را مطلع کند.	آیا بیمار پس از فعالیت، تنگی نفس شدید پیدا نمی‌کند؟ آیا بیمار می‌تواند نمونه‌ای از تکنیک صرفه‌جویی در انرژی را نام ببرد؟ آیا خود بیمار از افزایش توانایی خود رضایت دارد؟
--	---	--

۴. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی کامل با داروها و علائم هشدار.

در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح مصرف اسپری‌ها را نشان دهند. حداقل ۳ علامت هشدار را نام ببرند. اهمیت ترک دخانیات و واکسیناسیون را توضیح دهند.	آموزش عملی داروها: حوه صحیح مصرف اسپری (ترتیب مصرف: گشادکننده، سپس ضدالتهاب) را با بیمار مرور کنید و از او بخواهید یک بار کامل تمرین کند. تأکید کنید بعد از مصرف اسپری ضدالتهاب، دهان را بشوید. آموزش علائم خطر: علائم تشدید بیماری (افزایش تنگی نفس، تغییر رنگ خلط به سبز یا زرد، تب، خواب‌آلودگی) را لیست کنید و تأکید کنید در این موارد باید به پزشک مراجعه کنند. توصیه‌های کلیدی: بر اهمیت ترک دخانیات، تغذیه مناسب (وعده‌های کوچک و مکرر)، تزریق واکسن آنفلوانزا تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	ارزیابی مجدد در زمان ترخیص: از بیمار بخواهید مصرف اسپری را نشان دهد. آیا قدم‌ها را درست انجام می‌دهد؟ از بیمار پرسید: "اگر خلط شما زرد و غلیظ شد، چه کار می‌کنید؟" آیا بیمار شماره تماس بخش یا پزشک را در دسترس دارد؟
---	---	--

پرستار در طول بستری بیمار COPD موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد:

توضیح علت بیماری و روند درمان:

COPD یک بیماری التهابی مزمن ریه است که جریان هوا را به داخل ریه‌ها مسدود کرده و شامل دو بیماری اصلی «آمفیزم» (تخریب کیسه‌های هوایی) و «برونشیت مزمن» (التهاب طولانی مدت مجاری هوایی) می‌شود. در سطح جهانی، شایع‌ترین علت، استعمال دخانیات (سیگار، قلیان) می‌باشد. قرار گرفتن طولانی مدت در معرض آلاینده‌های شغلی و محیطی نیز از دیگر عوامل خطر هستند. درمان COPD بر سه محور اصلی استوار است:

- **ترک مصرف دخانیات و آلاینده‌ها:** مهم‌ترین و موثرترین اقدام برای جلوگیری از پیشرفت بیماری.
- **درمان دارویی:** شامل استفاده از برونکودیلاتورها (گشادکننده‌های راه هوایی مانند اسپری‌های سالبوتامول، ایپراتروپیوم و تیوتروپیوم) و کورتیکواستروئیدهای استنشاقی (مانند فلوتیکازون) برای کاهش التهاب و تنگی نفس.
- **اکسیژن درمانی:** در موارد هیپوکسمی مزمن (کاهش سطح اکسیژن خون) برای بهبود کیفیت زندگی و بقای بیمار.
- **توانبخشی ریوی:** برنامه‌ای شامل ورزش درمانی، آموزش و مشاوره تغذیه.

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

- ✓ مواد غذایی پرکالری، پر پروتئین، پر ویتامین (ث، اسید فولیک و...) مصرف کنید.
- ✓ تعداد وعده‌های غذایی را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.
- ✓ میوه و مایعات بیشتر مصرف کنید.
- ✓ از خوردن مواد حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولا، شکلات، غذاهای نفاخ (کلم، حبوبات و...) خودداری کنید.

فعالیت در حین بستری

- ✓ استراحت نسبی داشته باشید و هنگام استراحت، در فواصل منظم در تخت چرخیده و وضعیت جدیدی به خود بگیرید.
- ✓ فعالیت هائی مثل حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.

نکات مراقبت از خود در حین بستری

- ✓ برای بهبود وضعیت تنفسی خود، دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو و با لب های غنچه ای انجام دهید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس، به صورت نیمه نشسته در بستر استراحت نمایید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس و برطرف شدن تنگی نفس (بخصوص شب)، برای شما اکسیژن کار گذاشته میشود. در صورت بروز و یا تغییر علائم، پرستار را مطلع نموده و از ایجاد تغییر در روند اکسیژن رسانی خودداری نمایید.
- ✓ جهت رقیق کردن ترشحات، مایعات فراوان استفاده کنید.
- ✓ برای پاک کردن راه هوایی آرام و به صورت کنترل شده سرفه کنید.
- ✓ برای حفظ رطوبت از بخور استفاده کنید.
- ✓ جهت خروج خلط در فیزیوتراپی قفسه سینه و گرفتن نمونه جهت آزمایش همکاری نمایید.
- ✓ پس از استفاده از داروی استنشاقی جهت کاهش خطر عفونت های قارچی دهان، دهان را شستشو دهید.
- ✓ ساعات خواب و استراحت روزانه ی خود را تنظیم نمایید.
- ✓ در صورت وجود تب، تغییر در رنگ و مقدار خلط ، تنگی نفس و سرفه به پزشک اطلاع دهید.

دارو

- ✓ داروهایی شامل آنتی بیوتیک، گشاد کننده برونش (اسپری)، کورتیکواستروئیدها (هیدروکورتیزون و ...) و سایر داروها طبق دستور پزشک توسط پرستار در فواصل و زمان های مشخص شده به شما داده میشود.

پرستار در حین ترخیص بیمار COPD موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد:

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- ✓ بهتر است از رژیم غذایی سرشار از پروتئین ، ویتامین و پرفیبر (سبزیجات ، میوه و ...) استفاده نمایید.
- ✓ از خوردن غذاهای حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولاو شکلات خودداری کنید.
- ✓ از خوردن غذاهای نفاخ ، ادویه دار و خیلی داغ یا خیلی سرد اجتناب کنید.

فعالیت در منزل

- ✓ با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آن را به طور منظم انجام دهید.
- ✓ فعالیت هائی مثل حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.
- ✓ در مورد مسافرت های هوایی با پزشک معالج خود مشورت کنید.

مراقبت در منزل

۱. از قرار گرفتن در گرما و سرمای زیاد خودداری کنید زیرا باعث افزایش خلط و تنگی نفس خواهد شد.
۲. در صورت قرار گرفتن در محیط سرد از ماسک و شال گردن استفاده کنید.
۳. از قرار گرفتن در محیط شلوغ و با ترافیک سنگین و دود خودداری کنید.

۴. در مکانهای شلوغ حتما ماسک بزنید و فاصله را با سایر افراد رعایت کنید.
۵. فشار روانی و کلیه موارد استرس را از خود دور کنید.
۶. سعی کنید اتاق دارای تهویه مناسب باشد. برای حفظ رطوبت محیط (و رقیق شدن ترشحات ریه) از بخور استفاده کنید.
۷. ساعات استراحت و خواب خود را تنظیم کنید.
۸. پس از استفاده از داروی استنشاقی جهت کاهش خطر عفونت های قارچی دهان، دهان را شستشو دهید.
۹. از مواد محرک تنفسی مثل سیگار (قلیان و پیپ) پرهیز کرده و در محیط هایی که دود سیگار وجود دارد وارد نشوید.
۱۰. از افراد سرماخورده و مبتلا به عفونت های تنفسی دوری کنید.
۱۱. به علت تنگی نفس در این بیماران توصیه میشود اکسیژن به خصوص در شب در دسترس باشد (در صورت صلاحدید پزشک)
۱۲. کاهش وزن در این بیماری شایع است پس باید روزانه وزن خود را چک کنید.

دارو

- ✓ اسپری های خود را طبق برنامه و بر اساس آموزش های داده شده به روش صحیح استفاده کنید.
- ✓ گشاد کننده های استنشاقی را ۱۵ دقیقه قبل از کورتیکو استروئید های استنشاقی استفاده کنید.
- ✓ جهت تزریق واکسن آنفلوانزا در اول پاییز با پزشک معالج خود مشورت کنید.
- ✓ از مصرف داروهای سرما خوردگی بدون نسخه پزشک اجتناب کنید

علائم خطر بیماری و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت بروز علائم از قبیل تغییر رنگ تغییر میزان خلط، افزایش سرفه، افزایش خستگی، افزایش تنگی نفس، افزایش وزن، ورم اندام ها و تب، در صورت عدم بهبود تنگی نفس با اسپری
- ✓ به طور منظم جهت ادامه درمان

نحوه استفاده از اسپری و دمیار :

- ✓ درب اسپری را برداشته و آن را به خوبی تکان دهید.
- ✓ ابتدا دو الی سه تنفس عمیق انجام دهید.
- ✓ ظرف دارو را بصورت وارونه طوری نگه دارید که انگشت اشاره در بالا و شست در پایین ظرف قرار گیرد
- ✓ قطعه دهانی را در دهان قرار دهید و درحالیکه نفس میکشید با انگشت اشاره ظرف دارو را فشاردهید تا اولین پاف دارو را بزنید.
- ✓ به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه درحالیکه اسپری همچنان در دهانتان است چند نفس بکشید.
- ✓ بین هر پاف ۲-۱ دقیقه فاصله باشد و سپس سرپوش اسپری گذاشته شود.
- ✓ بعد از استفاده از اسپری دهان خود را بشویید زیرا برخی اسپری ها باعث بروز برفک دهانی میشوند.
- ✓ جهت استفاده از اسپری بهتر است از آسم یار استفاده کنید.

نحوه استفاده از دمیار (آسم یار)

۱. جدا کردن درپوش اسپری از انتهای آن ، جدا کردن کلاهک دمیار از انتهای دستگاه آن.
۲. وارد کردن قسمت دهانی اسپری به دهانه گرد لاستیکی انتهای دستگاه دمیار.
۳. نگهداشتن محکم اسپری و دستگاه دمیار و ۳ یا ۴ دفعه آن را تکان دادن.
۴. به آرامی نفس خود را بیرون دهید. قسمت دهانی دستگاه دمیار را در دهان خود و در بالای زبان قرار دهید. دهان و دندانهای خود را در اطراف قسمت دهانی دستگاه ببندید.
۵. یک پاف از دارو را اسپری کنید.
۶. به آرامی و به طور عمیق از طریق دهان خود نفس بکشید. نفس کشیدن خیلی سریع یک صدای صوت ایجاد خواهد کرد و این بدان معناست که شما باید آهسته تر نفس بکشید.
- ۷-۵ بار تنفس (دم و بازدم) را انجام دهید. تنفس باید عمیق و آرام باشد.
۸. به یاد داشته باشید که بین پاف ها حداقل یک دقیقه صبر کنید و اسپری تنفسی خود را قبل از استفاده دوباره تکان دهید.
۹. بعد از اینکه از دارو استفاده کردید، اسپری تنفسی را از پشت دستگاه دم یار جدا کنید و کلاهک های اسپری و دستگاه دمیار را قرار دهید.
۱۰. دهان را بشویید و آب دهان را بیرون بریزید(قورت ندهید).
۱۱. استفاده از دمیار دارای ماسک ساده تر است اگر بیمار قادر به گرفتن دهانه دمیار با دهان نمی باشد بهتر است از دمیار دارای ماسک دهانی استفاده کنید.
۱۲. ماسک را بر روی صورت قرار دهید به طوری که دهان و بینی شما را پوشش دهد. از درست قرار گرفتن آن مطمئن شوید.
۱۳. اسپری که به دمیار متصل است را یک بار فشار دهید. دارو وارد دستگاه دمیار می شود.
۱۴. به آرامی و عمیق نفس بکشید و حداقل این کار را ۶-۷ بار تکرار کنید.

نحوه استفاده از کپسول اکسیژن و اکسیژن ساز

- در صورتی که بیمار نیاز به اکسیژن دارد نحوه کار با کپسول اکسیژن و دستگاه اکسیژن ساز آموزش داده شود.
- میزان اکسیژن خروجی بستگی به تشخیص پزشک معالج دارد.
- هرگز دست چرب، روغن، مواد ضدعفونی کننده دارای گلیسرین به محل اتصال شیر کپسول اکسیژن برخورد نکنند، زیرا موجب انفجار میشود.
- کپسول اکسیژن را در جای خود محکم کنید، افتادن کپسول مخاطراتی را در پی دارد .
- کپسول را در مجاورت وسایل گرمایشی و مواد اشتعال زا قرار ندهید و از روشن کردن کبریت و سیگار در اطراف کپسول خودداری کنید.
- با توجه به محدود بودن ظرفیت کپسول (۳ تا ۴ ساعت) قبل از اتمام کپسول نسبت به تامین اکسیژن اقدام کنید .
- توجه داشته باشید هرچه میزان اکسیژن خروجی بیشتر تنظیم شود کپسول زودتر خالی می شود.
- با مشاهده عقربه گیج مانومتر از پر بودن کپسول مطمئن شوید. (بین ۱۰۰ تا ۱۴۰ بار)

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران پنومونی

- ✓ آشنایی با بیماری و علل آن
- ✓ آموزش استفاده از اسپری ها و داروها
- ✓ آموزش استفاده از اکسیژن
- ✓ آموزش فیزیوتراپی تنفسی و سرفه موثر و تنفس لب غنچه ای
- ✓ آموزش محدوده فعالیتها و پوزیشن صحیح و مناسب هنگام فعالیت
- ✓ آموزش علایم هشدار بیماری
- ✓ آموزش رژیم غذایی
- ✓ آموزش مراقبت از خود در منزل
- ✓ ترک سیگار و دوری از عوامل تشدید کننده تنگی نفس

برنامه مداخلات پرستاری در بیماران پنومونی

تشخیص پرستاری	اهداف (الگوی اسمارت)	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. پاکسازی غیر موثر راه هوایی مرتبط با ترشحات زیاد و التهاب راههای تنفسی.	پس از ۴۸ ساعت مداخلات، بیمار قادر خواهد بود: ترشحات ریوی را به راحتی تخلیه کند. صداهای تنفسی اضافی در سمع کاهش یابد. تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه برسد.	مداخلات مستقل و وابسته: بررسی: رنگ، غلظت و بوی خلط را هر شیفت بررسی و ثبت کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات گرم (۸-۱۰ لیوان در روز) را تشویق کنید. فیزیوتراپی تنفسی: در صورت لزوم، ضربه درمانی قفسه سینه انجام دهید. آموزش تنفسی: تکنیک تنفس عمیق و سرفه موثر را آموزش دهید.	ارزیابی مجدد پس از مداخلات: آیا بیمار قادر به تخلیه خلط شد؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافت؟ آیا بیمار نحوه سرفه موثر را به درستی انجام می دهد؟
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با درد قفسه سینه و تجمع ترشحات.	طی ۲۴ ساعت آینده، بیمار: تعداد تنفس در محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه داشته باشد. از تکنیک تنفس با لبهای غنچه ای استفاده کند. سطح اکسیژن خون بالای ۹۰٪ حفظ شود.	مداخلات مستقل و وابسته: اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده توسط پزشک وصل کنید. مانیتورینگ: سطح اکسیژن خون را با دستگاه نبض سنج پایش کنید. مدیریت درد: در صورت وجود درد قفسه سینه، با پزشک برای تجویز مسکن هماهنگ کنید. آموزش تنفسی: تکنیک تنفس با لبهای غنچه ای را آموزش دهید. آموزش دارویی (حین بستری): همزمان با دادن داروهای مسکن یا آنتی بیوتیک، هدف دارو را توضیح دهید.	ارزیابی مجدد پس از مداخلات: آیا تعداد تنفس به محدوده نرمال رسیده است؟ آیا سطح اکسیژن خون بالای ۹۰٪ حفظ شده است؟ آیا بیمار از کاهش درد قفسه سینه خبر می دهد؟

ارزیابی مجدد پس از مداخلات: آیا دمای بدن کاهش یافته است؟ آیا بیمار از کاهش لرز و تعریق خبر می‌دهد؟ آیا بیمار احساس راحتی بیشتری می‌کند؟	مداخلات مستقل و وابسته: بررسی دما: دمای بدن را هر ۴ ساعت اندازه‌گیری و ثبت کنید. کمپرس: در صورت تب بالا، از کمپرس ولرم استفاده کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات را برای جبران آب از دست رفته افزایش دهید. تجویز دارو: داروهای تب‌بر را طبق دستور پزشک به موقع تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام دادن تب‌بر، به بیمار بگویید که این دارو برای کاهش تب است و در صورت بازگشت تب، پرستار را مطلع کند.	طی ۲۴ ساعت آینده، بیمار: دمای بدن به محدوده نرمال (۳۶-۵/۳۷ درجه) کاهش یابد. از تعریق بیش از حد و لرز شکایت نداشته باشد.	۳. هایپرترمی (تب) مرتبط با فرآیند التهابی و عفونت.
ارزیابی مجدد پس از مداخلات: آیا پوست و مخاط دهان بیمار مرطوب است؟ آیا برونده ادراری بیمار کافی است؟ آیا بیمار از تشنگی بیش از حد شکایت ندارد؟	مداخلات مستقل و وابسته: بررسی پوست: هر شیفت پوست و مخاط دهان را از نظر خشکی بررسی کنید. پایش ورودی و خروجی: میزان مایعات دریافتی و خروجی (ادرار) را ثبت کنید. تشویق به نوشیدن: بیمار را به نوشیدن مایعات گرم تشویق کنید. آموزش خودمراقبتی: به بیمار توضیح دهید که در صورت احساس تشنگی یا خشکی دهان، حتماً پرستار را مطلع کند.	تا پایان روز دوم بستری، بیمار: پوست و مخاط دهان مرطوب باشد. برونده ادراری حداقل -۳۰ ۴۰ میلی‌لیتر در ساعت داشته باشد.	۴. خطر کمبود حجم مایعات مرتبط با تب، تعریق و تنفس سریع.
ارزیابی مجدد در زمان ترخیص: از بیمار پرسید: "آنتی‌بیوتیک را تا کی باید مصرف کنید؟" از بیمار پرسید: "اگر دوباره تب کردید، چه کار می‌کنید؟" آیا بیمار شماره تماس بخش یا پزشک را در دسترس دارد؟	آموزش ترخیص: آموزش دارویی: تأکید کنید آنتی‌بیوتیک باید حتی پس از قطع تب، تا پایان دوره مصرف شود. نحوه مصرف اسپری‌ها را در صورت تجویز، مرور کنید. آموزش علائم خطر: علائم بازگشت بیماری (تب مجدد، تنگی نفس، خلط چرکی، درد قفسه سینه) را لیست کنید. توصیه‌های کلیدی: بر اهمیت استراحت کافی، تغذیه مناسب، مصرف مایعات فراوان و پرهیز از دخانیات تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح مصرف داروها (آنتی‌بیوتیک و اسپری) را توضیح دهند. حداقل ۳ علامت هشدار را نام ببرند. اهمیت تکمیل دوره درمان را توضیح دهند.	۵. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروها و علائم هشدار.

توضیح علت بستری و روند درمان:

- ✓ پنومونی یا ذات‌الریه، عفونت ریه‌ها است که در اثر ورود میکروب‌ها (باکتری، ویروس یا قارچ) به کیسه‌های هوایی ریه ایجاد می‌شود. این میکروب‌ها باعث التهاب و تجمع مایع در ریه‌ها شده و تنفس را دشوار می‌کنند.
- ✓ هدف از درمان، از بین بردن عفونت، کاهش التهاب و بهبود تنفس است. این اهداف از طریق روش‌های زیر دنبال می‌شود:
- ✓ درمان دارویی: تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها (برای عفونت باکتریایی)، داروهای تب‌بر و مسکن‌ها.
- ✓ اکسیژن درمانی: در صورت کاهش سطح اکسیژن خون، اکسیژن تجویز می‌شود.
- ✓ فیزیوتراپی تنفسی: کمک به تخلیه ترشحات ریه.
- ✓ تغذیه و مایعات: مصرف مایعات فراوان برای رقیق شدن خلط و جلوگیری از کم‌آبی بدن.

رژیم غذایی و تغذیه در زمان بستری

- ✓ در صورت مشکل بلع یا تهوع و استفراغ و یا اختلال تنفسی شدید، موقتاً تغذیه از راه دهان قطع و تا بهبودی علائم، مایعات وریدی جایگزین آن می‌شود.
- ✓ رژیم غذایی باید به صورتی باشد که موجب تحریک ریه‌ها و سرفه نشود و همچنین مقدار مصرفی در هر وعده هم کاهش پیدا کند.
- ✓ با صلاحدید پزشک، پس از شروع رژیم به منظور رقیق شدن مخاط ریه‌ها از مایعات به مقدار کافی استفاده کنید.
- ✓ پزشک و کارشناس تغذیه می‌تواند در انتخاب رژیم غذایی مناسب به شما کمک کند.

فعالیت در زمان بستری

- طبق دستور پزشک تا هنگام فروکش کردن تب، استراحت در بستر ضروری است. پس از آن فعالیتهای طبیعی را میتوانید به تدریج از سر بگیرید.
- انجام فعالیت‌های بدنی را متناسب با زمان استراحت خود تنظیم کنید و از فعالیت‌هایی خارج از حد توانتان اجتناب کنید.

مراقبت در زمان بستری

۱. در بررسیهای تشخیصی که ممکن است شامل کشت خلط، آزمایشهای خون و عکس ساده قفسه سینه باشد، همکاری کنید.
۲. در هنگام استراحت سر تخت را بالا ببرید و به منظور تنفس راحت تر از خوابیدن به پشت اجتناب کنید.
۳. ترشحات ریه‌های خود را تخلیه کنید.
۴. در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار بگیرید تا راحت تر نفس بکشید. (بسته به راحت بودن بیمار)
۵. برای بهبود وضعیت تنفسی خود، دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو و با لبهای غنچه ای انجام دهید.
۶. به طور مکرر در تخت تغییر وضعیت دهید و در جهت سرفه و تنفس عمیق تلاش کنید.
۷. برای پاک کردن راه هوایی، آرام و به صورت کنترل شده سرفه کنید.
۸. با استفاده از یک دستگاه مرطوب کننده هوا یا بخور گرم رطوبت کافی را برای تنفس راحت فراهم کنید.
۹. جهت تخفیف درد سینه می‌توان از یک بالشک ساده یا کمپرس گرم بر روی قفسه سینه استفاده کنید.
۱۰. در فیزیوتراپی قفسه سینه همکاری لازم با تیم مراقبتی داشته باشید.
۱۱. اکسیژن درمانی، طبق دستور پزشک توسط پرستار تجویز میشود. از قطع خودسرانه آن اجتناب نمائید.
۱۲. در محیط آرام و بی صدا استراحت کنید
۱۳. رعایت بهداشت فردی مانند شست و شوی مرتب دست و صورت و اجتناب از تماس با افراد مبتلا به عفونت‌های تنفسی، بهترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری تنفسی است.

داروها در زمان بستری

- ممکن است آنتی‌بیوتیک جهت درمان عفونت و گشاد کننده نایژه نیز کمک کننده باشد.
- داروها طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار به شما داده می‌شود که نیازمند همکاری با پرستار می‌باشد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- از غذاهای پرانرژی و پرپروتئین در حجم کم و وعده های زیاد مصرف کنید.
- در صورت نداشتن محدودیت مصرف مایعات، حداقل ۸ یا ۱۰ لیوان در روز آب بنوشید.
- از مواد غذایی مفید برای کاهش التهاب گلو مانند نوشیدنی های گرم حاوی عسل استفاده کنید.
- مصرف نمک، چربی و نوشیدنی های حاوی کافئین را در رژیم غذایی خود محدود کنید.

فعالیت در منزل

- ✓ استراحت نسبی داشته باشید و از فعالیت بیش از حد که ممکن است نشانه های بیماری (تنگی نفس، سرفه شدید، افزایش تعداد نبض و...) را تشدید نماید اجتناب نمایید.
- ✓ از رفتن به محل های آلوده به گرد و غبار و تردد در هوای آلوده خودداری کنید (در روزهای آلودگی هوا از تردد غیرضروری خودداری کنید)

مراقبت در منزل

- ✓ برای بهبود وضعیت تنفسی خود، دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو و با لبهای غنچه ای انجام دهید.
- ✓ در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار بگیرید تا راحت تر نفس بکشید. (بسته به راحت بودن بیمار)
- ✓ به طور مکرر در تخت تغییر وضعیت دهید و در جهت سرفه و تنفس عمیق تلاش کنید.
- ✓ برای پاک کردن راه هوایی، آرام و به صورت کنترل شده سرفه کنید.
- ✓ با استفاده از یک دستگاه مرطوب کننده هوا یا بخورگرم رطوبت کافی را برای تنفس راحت فراهم کنید.
- ✓ از سیگار کشیدن یا قرار گرفتن در معرض دود سیگار خودداری کنید
- ✓ از فعالیتهایی که باعث تشدید علائم تنگی نفس و... می شود، پرهیز کرده و استراحت نمایید.
- ✓ بهداشت فردی (شستن دست، مسواک زدن و...) را جهت جلوگیری از عفونتهای ناشی از عملکرد ضعیف سیستم ایمنی رعایت کنید.
- ✓ در صورت داشتن تنگی نفس به پزشک اطلاع دهید.

دارو در منزل

- داروهای آنتی بیوتیک را طبق دستور پزشک مصرف کنید.
- داروهای خود را به طور کامل و در زمان مقرر مصرف کنید.
- در صورت تجویز داروهای گشاد کننده راه های هوایی، آن ها را به صورت دقیق و صحیح مصرف کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- در صورت داشتن تنگی نفس، خس خس شدید، افزایش ضربان قلب، کاهش فشار خون، اضطراب، سرفه های خشک و سخت
- در سایر موارد نگران کننده و اورژانسی ...

نیازهای آموزشی بیماران دارای افیوژن پلورال

۱. ماهیت بیماری (افیوژن پلورال چیست و چرا ایجاد شده است؟)
۲. علل شایع ایجاد افیوژن پلورال (قلبی، عفونی، کلیوی، بدخیمی)
۳. علائم هشداردهنده در حین بستری که باید به پرستار گزارش شود
۴. آمادگی و انتظارات از روش توراستنز (تخلیه مایع)
۵. مراقبت‌های پس از توراستنز
۶. هدف و نحوه استفاده از اکسیژن تراپی
۷. وضعیت بدنی مناسب برای کاهش تنگی نفس (نیمه‌نشسته)
۸. آموزش تنفس لب غنچه‌ای (Pursed-lip breathing)
۹. آموزش تنفس دیافراگمی
۱۰. نحوه صحیح سرفه کردن و تخلیه ترشحات
۱۱. آشنایی با درمان علت زمینه‌ای (چرا بیماری اصلی باید درمان شود؟)
۱۲. رژیم غذایی مناسب در حین بستری (کم نمک، کم مایعات در صورت نیاز)
۱۳. عوارض قابل گزارش (تب، درد شدید، بدتر شدن تنگی نفس)
۱۴. اهمیت استراحت مطلق در مرحله حاد
۱۵. ادامه مصرف داروها در منزل (دیورتیک‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای قلبی)
۱۶. علائم برگشت یا عود افیوژن پلورال
۱۷. شرایط مراجعه فوری به اورژانس (علائم هشدار)
۱۸. برنامه و زمان نوبت پیگیری و انجام آزمایشات
۱۹. برنامه فعالیت تدریجی و استراحت پس از ترخیص
۲۰. وضعیت مناسب خواب در منزل (بالش‌دار، نیمه‌نشسته)
۲۱. ادامه تمرینات تنفسی در منزل

جدول مداخلات پرستاری در افیوژن پلورال با تنگی نفس

تشخیص پرستاری	(NOC) اهداف پرستاری	(NIC) مداخلات پرستاری	ارزشیابی (بررسی نتیجه)
۱. تبادل گازی ناکارآمد مرتبط با تجمع مایع در فضای جنب و کاهش سطح مؤثر آلونول‌ها	$SpO_2 \geq 92\%$ در هوای اتاق یا با اکسیژن تجویز شده؛ ABG در محدوده نرمال یا نزدیک به نرمال $PaCO_2 < 45$ ، $PaO_2 > 60$	مانیتورینگ مداوم SpO_2 و در صورت نیاز ABG ؛ تجویز اکسیژن طبق دستور؛ بالا بردن هد تخت به ۳۰-۴۵ درجه؛ تشویق به تنفس لب غنچه‌ای؛ همکاری برای توراستنز به موقع	پس از ۲۴ ساعت و پس از توراستنز، SpO_2 به بالای ۹۲٪ رسیده و بیمار تنگی نفس کمتری دارد (شدت ۳ از ۱۰ کاهش به ۱ از ۱۰)
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با کاهش اتساع ریه و درد قفسه سینه	تعداد تنفس ۱۲-۲۰ در دقیقه؛ تنفس منظم و بدون استفاده از عضلات کمکی؛ عدم گزارش تنگی نفس در استراحت	مانیتورینگ تعداد تنفس، ریتم و عمق هر ۲ ساعت؛ وضعیت نیمه‌نشسته؛ تشویق به تنفس آرام و عمیق؛ تجویز مسکن در صورت درد (طبق دستور)؛ همکاری برای تخلیه مایع	پس از ۴۸ ساعت، تعداد تنفس ۱۸ در دقیقه شده، عضلات کمکی قفسه سینه درگیر نیستند و بیمار می‌تواند جملات کامل بدون قطع تنفس صحبت کند

۳. درد حاد مرتبط با توراسنتز یا تحریک پرده جنب (درد پلورتیک)	شدت درد ≥ 3 از ۱۰؛ بیمار قادر به تنفس عمیق و سرفه بدون ترس از درد باشد	ارزیابی درد هر ۴ ساعت با مقیاس ۱۰-۰؛ تجویز مسکن طبق دستور قبل از توراسنتز و در صورت درد پلورتیک؛ آموزش اسپلینت با بالش برای سرفه؛ وضعیت راحت (نیمه‌نشسته با بالش زیر بازو)	پس از هر نوبت مداخله، نیم ساعت بعد شدت درد به ≥ 3 رسیده است؛ بیمار سرفه مؤثر انجام می‌دهد
۴. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش ظرفیت ریه و ضعف عضلانی	بیمار قادر به انجام ADL پایه (نشستن، مسواک، شستشوی صورت) بدون تنگی نفس شدید باشد	برنامه‌ریزی استراحت و فعالیت تدریجی؛ کمک در ADL در روزهای اول؛ تشویق به فعالیت در حد تحمل؛ مانیتورینگ SpO ₂ قبل و بعد از فعالیت	پس از ۳ روز، بیمار با نظارت پرستار قادر به پیاده‌روی کوتاه ۲۰ متری بدون افت SpO ₂ و تنگی نفس شدید است
۵. اضطراب مرتبط با تنگی نفس، ترس از خفگی و ناشناخته بودن بیماری	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد؛ علائم فیزیکی اضطراب (تپش قلب، تعریق، تنفس سریع) کاهش یابد	حضور همراه در بالین در صورت امکان؛ توضیح فرایند درمان با زبان ساده؛ آموزش تنفس لب غنچه‌ای همزمان با صحبت آرام؛ اجتناب از ترک تنها بیمار در دیسترس تنفسی؛ در صورت نیاز مشاوره روانپزشکی	پس از جلسه آموزش، بیمار قادر به انجام تنفس کنترل شده است و از کاهش ترس خود صحبت می‌کند؛ فشار خون و نبض به محدوده پایه بازگشته است
۶. اضافه حجم مایعات (در صورت علت قلبی یا کلیوی) مرتبط با نارسایی قلب یا کلیه که منجر به افیوژن شده است	ادم محیطی کاهش یابد؛ رال‌های ریوی برطرف شود؛ ورودی و خروجی متعادل؛ وزن روزانه پایدار یا کاهشی	وزن کشی روزانه در ساعت معین؛ محدودیت سدیم (۲ گرم در روز) و مایعات (طبق دستور)؛ تجویز دیورتیک طبق دستور؛ مانیتورینگ ورودی و خروجی دقیق؛ سمع ریه‌ها هر شیفت	پس از ۵ روز، وزن بیمار ۲ کیلوگرم کاهش یافته، رال‌های قاعده ریه برطرف شده و خروجی ادرار > ورودی مایعات است
۷. خطر عفونت (آمپیم یا پنومونی پس از توراسنتز) مرتبط با روش ته‌اجمی یا بیماری زمینه‌ای عفونی	عدم وجود تب (دمای $< 38^{\circ}\text{C}$)، لکوسیتوز و ترشح از محل توراسنتز؛ کشت مایع پلور منفی در صورت ارسال	رعایت اصول استریل در توراسنتز؛ مانیتورینگ علائم حیاتی هر ۶ ساعت؛ بازرسی روزانه محل سوراخ شدگی از نظر قرمزی، تورم، ترشح؛ تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک طبق دستور؛ نمونه‌برداری از مایع برای کشت و گرم استین	در تمام مدت بستری و تا زمان ترخیص، تب یا لکوسیتوز رخ نداده است؛ محل توراسنتز خشک و تمیز است
۸. اختلال خواب مرتبط با تنگی نفس، وضعیت اجباری نشسته و سرفه	بیمار گزارش دهد حداقل ۵ ساعت خواب مؤثر شبانه داشته است؛ عدم نیاز به بیدار شدن مکرر برای تنفس	تنظیم موقعیت نیمه‌نشسته با بالش‌های متعدد؛ تجویز داروی ضدسرفه شبانه در صورت خشکی سرفه (طبق دستور)؛ کاهش نور و سروصدا هنگام شب؛ اکسیژن تراپی شبانه در صورت نیاز	پس از ۲ شب، بیمار از بهبود کیفیت خواب گزارش می‌دهد؛ بیدار شدن به کمتر از ۲ بار در شب کاهش یافته است
۹. کمبود دانش مرتبط با ماهیت بیماری، مراقبت پس از ترخیص و پیشگیری از عود	بیمار و خانواده بتوانند علائم عود را نام ببرند؛ برنامه دارویی و پیگیری را توضیح دهند؛ تکنیک تنفس لب غنچه‌ای را نشان دهند	آموزش روزانه به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه با بازخورد؛ ارائه بروشور تصویری؛ بازآموزی تکنیک‌های تنفسی؛ آموزش وزن کشی روزانه (در بیماران قلبی/کلیوی)؛ توضیح علائم هشدار که نیاز به مراجعه فوری دارند؛ هماهنگی نوبت پیگیری	قبل از ترخیص، بیمار و همراه به درستی تکنیک تنفس لب غنچه‌ای را اجرا می‌کنند و سه علامت هشدار عود را بدون کمک نام می‌برند
۱۰. خطر سقوط مرتبط با ضعف ناشی از هیپوکسی، بی‌حالی، مصرف دیورتیک‌ها (که باعث کاهش فشار خون می‌شوند) و وضعیت نیمه‌نشسته	بدون سقوط در طول بستری؛ بیمار از نرده و زنگ کمک استفاده کند؛ علائم حیاتی مانیتور شود	نرده تخت بالا؛ زنگ اخبار در دسترس؛ کفش غیرلغزنده و دمپایی مناسب؛ کمک در راه رفتن در روزهای اول؛ مانیتورینگ فشار خون قبل از ایستادن (به ویژه پس از مصرف دیورتیک)؛ آموزش تغییر وضعیت تدریجی (نشستن به مدت ۱ دقیقه قبل از ایستادن)	در تمام مدت بستری هیچ حادثه سقوط رخ نداده است؛ بیمار قبل از ایستادن، زنگ کمک را می‌زند و از نرده استفاده می‌کند

پرستار در حین بستری آموزش‌های زیر را طبق نیاز بیمار آموزش می‌دهد:

۱. ماهیت بیماری و علت تجمع مایع

به بیمار توضیح دهید فضای جنب، غشایی نازک در اطراف ریه‌هاست که به طور طبیعی مقدار کمی مایع (حدود ۲۰-۱۰ سی‌سی) دارد. در افیوژن پلورال، به دلایلی مانند نارسایی قلب، عفونت (پاراپنومونیک، سل)، بدخیمی‌ها، آمبولی ریه یا بیماری‌های کلیوی و کبدی، مقدار مایع افزایش می‌یابد و به ریه فشار آورده و باعث تنگی نفس می‌شود. درمان بر اساس علت زمینه‌ای و تخلیه مایع انجام می‌شود.

۲. علائم هشداردهنده در حین بستری

اگر تنگی نفس ناگهان بدتر شد، رنگ لبها یا انگشتان کبود شد، احساس فشار سنگین در قفسه سینه داشتید یا سرفه خونی کردید، سریعاً به پرستار اطلاع دهید.

۳. آمادگی برای توراسنتز (در صورت نیاز)

اگر پزشک تشخیص دهد که تخلیه مایع با سوزن و سرنگ (توراسنتز) لازم است، به بیمار توضیح دهید:

- یک سوزن نازک بین دنده‌ها وارد می‌شود و مایع خارج می‌گردد.
- معمولاً بیحسی موضعی تزریق می‌شود.
- در حین انجام باید کاملاً بی حرکت بنشینید یا به پهلو بخوابید.
- ممکن است سرفه یا احساس کشش داشته باشید که طبیعی است.
- پس از انجام، فشار خون، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن مانیتور می‌شود.
- از بیمار خواسته می‌شود پس از توراسنتز مدتی در رختخواب بماند و از سرفه شدید خودداری کند.

۴. مراقبت پس از توراسنتز

- محل سوراخ شدگی باید خشک و تمیز بماند.
- در صورت مشاهده خونریزی، ترشح یا تب به پرستار اطلاع دهید.
- اگر درد شدید یا تنگی نفس بیشتر شد، فوراً گزارش دهید (احتمال پنوموتوراکس نادر است).

۵. اکسیژن تراپی

توضیح دهید که ممکن است از طریق کانول بینی اکسیژن دریافت کنید تا سطح اکسیژن خون افزایش یابد. کانول را خودسرانه خارج نکنید و اگر سوراخ‌های بینی خشک شد، به پرستار بگویید.

۶. وضعیت بدنی مناسب برای تنفس راحت

به بیمار آموزش دهید بهترین وضعیت برای کاهش تنگی نفس نشستن به حالت نیمه‌نشسته (۳۰ تا ۴۵ درجه) و یا تکیه دادن به صندلی با بالش زیر کمر و پشت است. به پشت خوابیدن به ریه سالم فشار می‌آورد و وضعیت را بدتر می‌کند.

۷. تنفس دیافراگمی و لب غنچه‌ای

این تکنیک‌ها را حین بستری تمرین کنید:

- **تنفس لب غنچه‌ای:** از بینی نفس عمیق بکشید، سپس از لبهای نیمه بسته به آرامی بازدم کنید (مثل اینکه شمع را فوت می‌کنید). این کار به خروج هوای حبس شده کمک می‌کند.
- **تنفس دیافراگمی:** یک دست روی شکم و یک دست روی سینه بگذارید، با دم، شکم را بیرون دهید و با بازدم، شکم را داخل بکشید. این کار تنفس را کارآمدتر می‌کند.

۸. کنترل سرفه و تخلیه ترشحات

اگر سرفه خشک و آزاردهنده دارید، از پزشک داروی ضدسرفه بخواهید. اگر خلط دارید، سرفه مؤثر همراه با حمایت از قفسه سینه با بالش (تکنیک اسپلینت) انجام دهید.

۹. علت زمینه‌ای و درمان آن

به بیمار بگویند افیوژن پلورال معمولاً خود یک بیماری نیست بلکه نشانه بیماری دیگری است. بر اساس علت (مثل نارسایی قلب، ذات‌الریه، بیماری کلیوی یا بدخیمی)، درمان اصلی آن بیماری ادامه می‌یابد. مثلاً در نارسایی قلب، دیورتیک داده می‌شود؛ در عفونت، آنتی‌بیوتیک تجویز می‌گردد.

۱۰. رژیم غذایی در حین بستری

- اگر علت نارسایی قلب یا کلیوی است، رژیم کم نمک و محدودیت مایعات ممکن است تجویز شود.
- اگر علت عفونت است، تغذیه پرکالری و پرپروتئین برای تقویت سیستم ایمنی توصیه می‌شود.
- از غذاهای نفاخ (کلم، حبوبات، نوشابه) پرهیز کنید زیرا به دیافراگم فشار می‌آورند.

پرستار در روز ترخیص آموزش‌های زیر را آموزش می‌دهد:

۱. ادامه داروها در منزل

داروهای تجویز شده بر اساس علت زمینه‌ای را دقیقاً طبق دستور مصرف کنید:

- دیورتیک‌ها (مثل اسپرونولاکتون، لازیکس): برای دفع مایع اضافی
- آنتی‌بیوتیک‌ها (در صورت عفونت): دوره کامل حتی با بهبود علائم
- داروهای قلبی
- کورتیکواستروئیدها (در برخی موارد التهابی)

هرگز داروها را خودسرانه قطع نکنید.

۲. علائم برگشت یا عود افیوژن

در صورت مشاهده این علائم به پزشک مراجعه کند:

- تنگی نفس با فعالیت کم یا در حالت استراحت
- سرفه خشک یا خلط دار که بهتر نمی‌شود
- درد قفسه سینه که با نفس کشیدن بدتر می‌شود
- تب یا لرز (احتمال عفونت یا آمپیم)
- خستگی غیرعادی و کاهش توان فعالیت
- افزایش وزن ناگهانی (۲ کیلوگرم در ۲ روز) در بیماران قلبی یا کلیوی

۳. شرایط مراجعه فوری به اورژانس

- ناتوانی در دراز کشیدن به دلیل تنگی نفس
- کبودی لب و انگشتان
- تنفس بسیار سریع (بیش از ۲۵ بار در دقیقه در حالت استراحت)
- درد شدید و ناگهانی قفسه سینه همراه با تنگی نفس (احتمال پنوموتوراکس یا آمبولی ریه)

۴. برنامه پیگیری

بیمار باید بداند:

- نوبت بعدی ویزیت چه زمانی است (معمولاً ۲-۴ هفته پس از ترخیص)
- انجام سونوگرافی یا سی‌تی اسکن ریه برای بررسی میزان مایع باقیمانده
- در صورت تکرار افیوژن، ممکن است نیاز به توراسنتز مجدد یا روش‌های تهاجمی‌تر (پلورودیز، کاتتر طولانی مدت) باشد.

۵. فعالیت و استراحت پس از ترخیص

- هفته اول: استراحت نسبی، پیاده‌روی کوتاه در منزل (۱۰-۵ دقیقه چند بار در روز)
- هفته دوم: افزایش تدریجی فعالیت تا ۳۰ دقیقه پیاده‌روی روزانه
- پرهیز از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم) حداقل ۲ هفته
- اگر پس از توراسنتز هستید، از حرکات ناگهانی و کشش شدید قفسه سینه خودداری کنید.
- هنگام خستگی، استراحت کنید و به بدن خود گوش دهید.

۶. وضعیت خواب در منزل

برای کاهش تنگی نفس هنگام خواب، با دو یا سه بالش زیر سر و شانه بخوابید (نیمه‌نشسته). در صورت امکان، ارتفاع بالای تشک را با آجر یا کتاب زیر پایه تخت افزایش دهید (۲۰-۱۵ سانتی‌متر).

۷. تکنیک‌های تنفسی در منزل

تمرین تنفس لب غنچه‌ای و دیافراگمی را روزانه ۴-۳ بار و هر بار ۱۰-۵ دقیقه ادامه دهید. این کار به ویژه قبل از فعالیت یا زمانی که احساس تنگی نفس می‌کنید، مفید است.

۸. رژیم غذایی در منزل

- رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم سدیم در روز) اگر علت نارسایی قلب یا کلیوی است. از نمکدان سر سفره استفاده نکنید، غذاهای کنسروی و فرآوری شده نخورید.
- در صورت نارسایی قلب، محدودیت مایعات (معمولاً ۱.۵ لیتر در روز) ممکن است لازم باشد.
- مصرف غذاهای پرپتاسیم (مانند موز، پرتقال، سیب‌زمینی) با نظر پزشک (در صورت مصرف دیورتیک‌ها ممکن است نیاز شود).
- پرهیز از غذاهای نفاخ (کلم، بروکلی، لوبیا، نوشابه‌های گازدار).

۹. وزن کشی روزانه

اگر افیوژن به علت نارسایی قلب یا کلیوی است، هر روز صبح بعد از ادرار و قبل از صبحانه خود را با لباس یکسان وزن کنید. افزایش بیش از ۲ کیلوگرم در ۲ روز یا افزایش بیش از ۱ کیلوگرم در یک شبانه‌روز را به پزشک گزارش دهید.

۱۰. پرهیز از استعمال دخانیات و آلاینده‌ها

سیگار و قلیان وضعیت ریوی را بدتر می‌کند و خطر عفونت و عود افیوژن را افزایش می‌دهد. از قرار گرفتن در معرض دود، گرد و غبار و مواد شیمیایی قوی پرهیز کنید.

۱۱. واکسیناسیون

در صورت بیماری مزمن ریوی زمینه‌ای، واکسن آنفولانزا (سالانه) و واکسن پنوموکوک (هر ۵ سال یکبار) توصیه می‌شود.

۱۲. حمایت روانی

تنگی نفس مزمن می‌تواند باعث اضطراب و ترس شود. تکنیک‌های آرامسازی (تنفس آهسته، گوش دادن به موسیقی ملایم) را تمرین کنید. اگر احساس افسردگی دارید، با پزشک یا روانشناس مشورت کنید.

نیازهای آموزشی بیماران برونشیت مزمن
آشنایی با بیماری و علل و عوارض آن
آموزش استفاده از اسپری ها و داروها و عوارض آن
آموزش فیزیوتراپی تنفسی و سرفه مؤثر و تنفس لب غنچه ای
آموزش محدوده فعالیتها و پوزیشن صحیح و مناسب هنگام فعالیت
آموزش علایم هشدار بیماری
آموزش رژیم غذایی (پرکالری ، ملین و)
آموزش مراقبت از خود در منزل
ترک سیگار و دوری از عوامل تشدید کننده تنگی نفس
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

جدول مداخلات پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری :

تشخیص پرستاری	اهداف (الگوی اسمارت)	مداخلات مستقل و وابسته:	ارزشیابی
۱. پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی مرتبط با افزایش تولید ترشحات و التهاب مزمن راههای هوایی.	پس از ۴۸ ساعت مداخلات، بیمار قادر خواهد بود: ترشحات ریوی را به راحتی و با سرفه مؤثر تخلیه کند. صداها تنفسی اضافی (خس خس، رونکای) در سمع کاهش یابد. تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه برسد	بررسی: رنگ، غلظت، مقدار و بوی خلط را هر شیفت بررسی و ثبت کنید . پوزیشن: بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه‌نشسته قرار دهید تا تهویه ریوی تسهیل شود. هیدراتاسیون: مصرف مایعات گرم (۸-۱۰ لیوان در روز) را برای رقیق شدن خلط تشویق کنید . فیزیوتراپی تنفسی: در صورت لزوم، ضربه‌درمانی قفسه سینه و تخلیه وضعیتی انجام دهید. آموزش تنفسی: تکنیک سرفه مؤثر و کنترل شده را آموزش دهید (دم عمیق، بازدم با سه سرفه پشت سر هم)	آیا بیمار قادر به تخلیه خلط شد؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافت؟ آیا صداها تنفسی اضافی کاهش یافته است؟
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با تنگی نفس، خستگی عضلات تنفسی و اسپاسم برونش.	طی ۲۴ ساعت آینده، بیمار: از تکنیک تنفس با لب‌های غنچه‌ای استفاده کند. تعداد تنفس در محدوده ۲۰-۱۶ در دقیقه باشد. سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۰٪ حفظ شود	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده توسط پزشک (معمولاً ۲-۴ لیتر در دقیقه) وصل کنید. مانیتورینگ: سطح اکسیژن خون را با دستگاه نبض‌سنج (پالس اکسیمتر) پایش کنید . آموزش تنفسی: تکنیک تنفس با لب‌های غنچه‌ای را به صورت عملی آموزش دهید . آموزش تنفسی: پوزیشن سه پایه (نشستن به جلو با تکیه دست‌ها روی زانو یا میز) را برای مواقع تنگی نفس آموزش دهید .	آیا بیمار تکنیک تنفس با لب غنچه‌ای را به درستی نشان می‌دهد؟ آیا سطح اکسیژن خون بالای ۹۰٪ حفظ شده است؟ آیا بیمار از کاهش تنگی نفس خبر می‌دهد؟

	آموزش دارویی: همزمان با دادن اولین دوز اسپری گشادکننده برونش، نام دارو و هدف آن را توضیح دهید و نحوه مصرف صحیح را با اسپری آموزشی نشان دهید		
۳. عدم تحمل فعالیت مرتبط با هیپوکسمی (کاهش اکسیژن خون) حین فعالیت و خستگی مزمن.	تا پایان روز سوم بستری: بیمار فعالیت‌های روزمره (مانند راه رفتن در بخش) را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی را در برنامه روزانه خود به کار گیرد. خستگی گزارش شده کاهش یابد.	تعیین سطح فعالیت: سطح فعالیت قابل تحمل برای بیمار را مشخص کنید و فعالیت‌ها را در محدوده آن برنامه‌ریزی کنید. برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در فواصل کوتاه با استراحت بین آنها تقسیم کنید. آموزش خودمراقبتی: تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی را آموزش دهید (نشستن به جای ایستادن حین کار، انجام کارها با سرعت آرام، اولویت‌بندی فعالیت‌ها). توانبخشی ریوی: در صورت امکان، بیمار را برای شروع برنامه توانبخشی ریوی تشویق کنید. تشویق: پیشرفت‌های کوچک بیمار را تشویق کنید.	آیا بیمار پس از فعالیت، تنگی نفس شدید پیدا نمی‌کند؟ آیا بیمار می‌تواند نمونه‌ای از تکنیک صرفه‌جویی در انرژی را نام ببرد؟ آیا سطح خستگی بیمار کاهش یافته است؟
۴. خطر عفونت مرتبط با احتباس ترشحات و اختلال در مکانیسم‌های دفاعی ریه.	در طول مدت بستری، بیمار: علائم عفونت (تب، تغییر رنگ خلط به زرد یا سبز، افزایش تنگی نفس) را زود هنگام گزارش دهد. بدون بروز عفونت جدید از بیمارستان ترخیص شود.	بررسی علائم: هر شیفت علائم حیاتی (به ویژه دما) و تغییرات رنگ و بوی خلط را بررسی کنید. پایش: در صورت مشاهده علائم عفونت (تب، لرز، خلط چرکی)، سریعاً به پزشک گزارش دهید. بهداشت تنفسی: بیمار و خانواده را به رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از ماسک در فصول شیوع عفونت‌ها تشویق کنید. واکسیناسیون: در زمان ترخیص، اهمیت تزریق سالانه واکسن آنفلوانزا و واکسن پنوموکوک را توضیح دهید.	آیا بیمار علائم عفونت را به موقع گزارش می‌دهد؟ آیا در طول بستری، عفونت جدیدی ایجاد نشده است؟ آیا بیمار اهمیت واکسیناسیون را درک کرده است؟
۵. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروها، تکنیک‌های تنفسی و علائم هشدار.	در زمان ترخیص قادر باشند: نحوه صحیح مصرف اسپری‌ها (گشادکننده و ضدالتهاب) را نشان دهند. حداقل ۳ علامت هشدار که نیاز به مراجعه به پزشک دارد را نام ببرند. اهمیت ترک سیگار، تغذیه مناسب و واکسیناسیون را توضیح دهند.	آموزش عملی داروها: نحوه صحیح مصرف اسپری (ترتیب مصرف: گشادکننده سپس ضدالتهاب، استفاده از اسپیسر در صورت لزوم، شستشوی دهان بعد از مصرف اسپری ضدالتهاب) را با بیمار تمرین کنید. آموزش علائم خطر: علائم تشدید بیماری (افزایش تنگی نفس، تغییر رنگ خلط به سبز یا زرد، افزایش حجم خلط، تب، خواب‌آلودگی) را لیست کنید و تأکید کنید در این موارد باید به پزشک مراجعه کنند. توصیه‌های کلیدی: بر اهمیت ترک دخانیات، دوری از محرک‌های تنفسی (دود، غبار، هوای سرد)، تغذیه مناسب، مصرف مایعات فراوان و واکسیناسیون تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کرده و در صورت نیاز به اکسیژن در منزل، هماهنگی را انجام دهید.	از بیمار بخواهید مصرف اسپری را نشان دهد. آیا مراحل را به درستی انجام می‌دهد؟ از بیمار بپرسید: "اگر خلط شما زرد و غلیظ شد، چه کار می‌کنید؟" آیا بیمار شماره تماس بخش یا پزشک را در دسترس دارد؟

پرستار در زمان بستری بیمار برونشیت مزمن موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

روند درمان و علت بیماری

برونشیت مزمن یک التهاب طولانی مدت در راه های هوایی ریه (ناپژه ها) است که منجر به تولید بیش از حد مخاط، سرفه مزمن و تنگی نفس می شود. شایع ترین علت آن، استعمال دخانیات (سیگار و قلیان) است. قرار گرفتن طولانی مدت در معرض محرک های تنفسی مانند آلودگی هوا، گرد و غبار، بخارات شیمیایی و دود دست دوم نیز از عوامل مهم ایجادکننده هستند. در برخی موارد نادر، عوامل ژنتیکی مانند کمبود آلفا-۱ آنتی تریپسین نقش دارند. تشخیص بیماری زمانی قطعی می شود که فرد حداقل سه ماه در سال و برای دو سال متوالی سرفه همراه با خلط داشته باشد.

درمان اصلی، کنترل علائم، کاهش سرعت پیشرفت بیماری و بهبود کیفیت زندگی است. مهم ترین اقدام، ترک سیگار و دوری از محرک های تنفسی می باشد. درمان دارویی شامل:

- برونکودیلاتورها (گشادکننده های برونش): به صورت اسپری استنشاقی برای باز کردن راه های هوایی.
- کورتیکواستروئیدهای استنشاقی: برای کاهش التهاب راه های هوایی
- اکسیژن درمانی: در موارد پیشرفته با کاهش سطح اکسیژن خون.
- توانبخشی ریوی: شامل تمرینات تنفسی و ورزشی.
- واکسن ها: واکسن آنفلوانزا و پنوموکوک برای پیشگیری از عفونت ها

رژیم غذایی و تغذیه در زمان بستری

- ✓ مواد غذایی پرکالری، پرپروتئین و سرشار از ویتامین C مصرف کنید (مانند مرکبات، فلفل دلمه ای، کیوی، تخم مرغ، گوشت های کم چرب، لبنیات)
- ✓ تعداد وعده های غذایی را افزایش دهید (مثلاً ۵-۶ وعده در روز)، اما حجم هر وعده را کاهش دهید تا فشار بر سیستم تنفسی کم شود.
- ✓ میوه ها و مایعات کافی (آب، سوپ رقیق، دمنوش های غیرکافئین دار) را در برنامه روزانه بگنجانید.
- ✓ از مصرف مواد حاوی کافئین (قهوه، چای، کولا، شکلات) و غذاهای نفاخ (کلم، حبوبات، پیاز خام، نوشابه های گازدار) پرهیز کنید.
- ✓ منابع منیزیم به بهبود عملکرد آنزیم های بدن و شل شدن عضلات مجاری هوایی کمک می کنند. این منابع عبارتند از:
- ✓ ☒ مغزها (بادام، گردو)، سبزیجات با برگ سبز تیره (اسفناج، کاهو)، غذاهای دریایی (ماهی سالمون، میگو)، حبوبات (لوبیا، عدس).
- ✓ روغن های امگا-۳ به دلیل کاهش التهاب توصیه می شوند:
- ✓ ☒ روغن ماهی، روغن سویا، روغن کانولا، گردو، تخم کتان، سبزیجات برگ سبز.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ هنگام استراحت، در فواصل منظم در تخت چرخیده و وضعیت جدیدی به خود بگیرید.
- ✓ فعالیتهائی مثل لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ برای بهبود وضعیت تنفسی خود، در وضعیت خم شده به جلو و با لب های غنچه ای دم آهسته همراه با بازدم طولانی انجام دهید.
- ✓ برای پاک کردن راه هوایی، آرام و به صورت کنترل شده سرفه کنید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس، سر تخت را بالا برده و به صورت نیمه نشسته در بستر استراحت نمائید.

- ✓ جهت تسهیل تنفس و برطرف شدن تنگی نفس، اکسیژن برای شما کار گذاشته میشود. در صورت بروز و یا تغییر علائم پرستار را مطلع نموده و از ایجاد تغییر در روند اکسیژن رسانی خودداری نمائید.
- ✓ برای رقیق شدن ترشحات و خروج خلط از بخور استفاده کنید.
- ✓ جهت خروج خلط در فیزیوتراپی قفسه سینه و گرفتن نمونه جهت آزمایش با مسئولین همکاری نمائید.
- ✓ بهداشت فردی (شستن دست، مسواک زدن و...) را جهت جلوگیری از عفونتهای ناشی از عملکرد ضعیف سیستم ایمنی رعایت کنید.
- ✓ پس از استفاده از داروی استنشاقی جهت کاهش خطر عفونتهای قارچی دهان، دهان را شستشو دهید.
- ✓ مصرف مایعات را به ۸-۱۰ لیوان آب در روز افزایش دهید تا ترشحات ریوی رقیقتر شوند.
- ✓ ساعات خواب و استراحت روزانه ی خود را تنظیم نمائید.
- ✓ در صورت وجود تب و تغییر در رنگ و مقدار خلط، تنگی نفس و سرفه به پزشک اطلاع دهید.
- ✓ در صورت داشتن سرفه های خشک و تنگی نفس به پزشک گزارش دهید.

دارو در زمان بستری

- ✓ داروها شامل آنتی بیوتیک (از بین بردن عفونت)، گشاد کننده برونش (تنفس راحت تر)، کورتیکوسترئوئیدها (کاهش التهاب) و سایر داروها طبق دستور پزشک توسط پرستار در فواصل و زمانهای مشخص شده به شما داده می شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار برونشیت مزمن موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- ✓ بهتر است از رژیم غذایی سرشار از پروتئین، ویتامین و فیبر (سبزیجات، میوه و...) استفاده نمائید.
- ✓ از خوردن غذاهای حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولا و شکلات خودداری کنید.
- ✓ از خوردن غذاهای نفاخ، ادویه دار و خیلی داغ یا خیلی سرد اجتناب کنید.

فعالیت در منزل

- با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آنرا به طور منظم انجام دهید.
- فعالیتهایی مثل حمام کردن، لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.
- اگر کارهایی مثل فریاد زدن، بلند خندیدن، گریه کردن و فعالیت بدنی باعث بروز حملات سرفه شوند، از آنها خودداری کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ برای حفظ رطوبت محیط (کمک به رقیق شدن ترشحات ریه و خروج خلط) از بخور استفاده کنید.
- ✓ در صورتی که منعی ندارد، مصرف مایعات را به ۸-۱۰ لیوان آب در روز افزایش دهید تا ترشحات ریوی رقیق تر شوند.
- ✓ از قرار گرفتن در گرما و سرمای زیاد خودداری کنید زیرا باعث افزایش خلط و تنگی نفس خواهد شد.
- ✓ در صورت قرار گرفتن در محیط سرد از ماسک و شال گردن استفاده کنید.
- ✓ از قرار گرفتن در معرض تغییرات دمایی ناگهانی یا هوای سرد و مرطوب خودداری کنید.
- ✓ از قرار گرفتن در محیط شلوغ و با ترافیک سنگین و دود خودداری کنید.
- ✓ ساعات استراحت و خواب خود را تنظیم کنید.
- ✓ از مواد محرک تنفسی مثل سیگار (قلیان و پپ) پرهیز کرده و در محیطهایی که دود سیگار وجود دارد وارد نشوید.
- ✓ از افراد سرماخورده و مبتلا به عفونتهای تنفسی دوری کنید.

- ✓ فشار روانی و کلیه موارد استرس را از خود دور کنید.
- ✓ با توجه به خطر مقاومت نسبی به آنتی بیوتیک نباید از آنتی بیوتیکها به طور روتین و بدون تجویز پزشک استفاده کنید.
- ✓ در صورت داشتن سرفه های خلط دار از داروهای ضد سرفه استفاده نکنید زیرا این داروها باعث بدتر شدن برونشیت مزمن میشوند و با پزشک خود مشورت نمایید.

دارو در منزل

آنتی بیوتیکها را به موقع استفاده کنید، درمان را کامل و در صورت بروز واکنشهای حساسیتی به پزشک اطلاع دهید. گشاد کننده های استنشاقی را ۱۵ دقیقه قبل از کورتیکواستروئیدهای استنشاقی استفاده کنید. جهت تزریق واکسن آنفلوانزا در اول پاییز با پزشک معالج خود مشورت کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت بروز علائم از قبیل تب یا استفراغ، خلط خونی، افزایش درد، تنگی نفس در حالت استراحت یا هنگامی که سرفه نمی کنید و یا هنگامیکه خلط علیرغم تلاش برای رقیق کردن آن غلیظ تر شود.
- ✓ در صورت بروز عفونت تنفسی و تب
- ✓ پس از اتمام دوره مصرف داروها

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران آمبولی ریه

رژیم غذایی و تغذیه در زمان بستری
فعالیت در زمان بستری و پیشگیری از سقوط
مراقبت در زمان بستری (روشهای تسهیل تنفس، مراقبت از اتصالات، علایم خطر در طول بستری و اطلاع ان)
رژیم دارویی در منزل و عوارض داروها و علایم هشدار دهنده آنها
زمان مراجعه و پیگیری مجدد به پزشک
رژیم غذایی و میزان فعالیت بعد از ترخیص
علایم خطر و مراجعه مجدد

مداخلات پرستاری در بیماران آمبولی ریه

تشخیص پرستاری	اهداف (الگوی اسمارت)	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. اختلال در تبادل گازها مرتبط با انسداد عروق ریوی توسط لخته و کاهش جریان خون در ریه‌ها.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۰٪ حفظ شود. تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه کاهش یابد. سیانوز (کبودی) مشاهده نشود	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده توسط پزشک وصل کنید و سطح اشباع را با دستگاه نبض سنج پایش کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نیمه‌نشسته یا کاملاً نشسته قرار دهید تا تنفس راحت‌تر شود. بررسی علائم حیاتی: تعداد تنفس، ضربان قلب و سطح اکسیژن را هر ۲-۴ ساعت بررسی و ثبت کنید. آرام‌سازی: اضطراب بیمار را که خود باعث افزایش مصرف اکسیژن می‌شود، کاهش دهید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که اکسیژن درمانی موقتی است و به بهبود تنفس کمک می‌کند	آیا سطح اکسیژن خون بالای ۹۰٪ حفظ شده است؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ آیا علائم سیانوز مشاهده می‌شود؟
۲. کاهش برون ده قلبی مرتبط با افزایش فشار در شریان ریوی و نارسایی بطن راست.	طی ۲۴-۴۸ ساعت آینده، بیمار: فشار خون در محدوده نرمال (سیستول بالای ۹۰) حفظ شود. ضربان قلب منظم و در محدوده ۶۰-۱۰۰ باشد. برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت داشته باشد	پایش همودینامیک: فشار خون، ضربان قلب و فشار ورید ژوگولار را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. پایش برونده ادراری: میزان خروجی ادرار را هر شیفت اندازه‌گیری و ثبت کنید. بررسی علائم نارسایی قلب: علائم گشاد شدن وریدهای گردن، ادم محیطی و افزایش ناگهانی وزن را بررسی کنید. تجویز مایعات: طبق دستور پزشک، مایعات را با احتیاط تجویز کنید (از حجم زیاد خودداری شود). آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز داروهای قلبی یا مدر، هدف و عوارض آنها را توضیح دهید	آیا فشار خون در محدوده نرمال حفظ شده است؟ آیا برونده ادراری کافی است؟ آیا علائم نارسایی قلب کاهش یافته است؟
۳. درد حاد مرتبط با ایسکمی ریوی و تحریک پلور.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: شدت درد (بر اساس مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد.	بررسی درد: محل، شدت و کیفیت درد را هر شیفت بررسی کنید. تجویز مسکن: داروهای مسکن را طبق دستور پزشک معمولاً مخدرهای خفیف یا NSAIDs به موقع تجویز کنید. پوزیشن راحت: بیمار را در وضعیتی قرار دهید که درد کمترین شدت را دارد.	آیا شدت درد کاهش یافته است؟ آیا بیمار می‌تواند بدون درد نفس عمیق بکشد؟

	آموزش: به بیمار توضیح دهید که درد با حل شدن لخته و کاهش التهاب کاهش می‌یابد. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام دادن مسکن، زمان اثر و عوارض احتمالی (تهوع، خواب‌آلودگی) را توضیح دهید	بتواند بدون درد شدید نفس عمیق بکشد	
۴. خطر خونریزی مرتبط با مصرف داروهای ضد انعقاد و ترومبولیتیک.	در طول مدت بستری بیمار: هیچ علامت خونریزی فعال (خونریزی از لثه، بینی، ادرار خونی، مدفوع سیاه) نشان ندهد. علائم حیاتی پایدار داشته باشد.	پایش علائم خونریزی: هر شیفت پوست، لثه، ادرار و مدفوع را از نظر خونریزی بررسی کنید. پایش آزمایشگاهی: نتایج آزمایشات انعقادی را بررسی و به پزشک گزارش کنید. احتیاط در اقدامات تهاجمی: از تزریقات عضلانی خودداری کنید، پس از رگ‌گیری حداقل ۵ دقیقه فشار دهید. آموزش: به بیمار و خانواده علائم خونریزی (کبودی خودبه‌خودی، خونریزی لثه، ادرار خونی، مدفوع سیاه) را آموزش دهید و تأکید کنید فوراً گزارش دهند. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام شروع داروی ضد انعقاد (هپارین، وارفارین)، هدف و عوارض آن را توضیح دهید.	
۵. ترس و اضطراب مرتبط با حمله حاد بیماری، تنگی نفس و ترس از مرگ.	طی ۴۸ ساعت اول بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند.	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید. حمایت خانواده: اجازه دهید یکی از اعضای خانواده در کنار بیمار باشد	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار سوالات خود را می‌پرسد و مشارکت دارد؟
دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروهای ضد انعقاد، علائم هشدار و مراقبت‌های پس از ترخیص	در زمان ترخیص بیمار و خانواده وی قار خواهند بود: نحوه صحیح مصرف داروهای ضد انعقاد را توضیح دهند. حداقل ۳ علامت هشدار خونریزی و عود لخته را نام ببرند. اهمیت پیگیری منظم و آزمایش‌های دوره‌ای را توضیح دهند.	آموزش ترخیص: آموزش دارویی: نحوه مصرف داروهای ضد انعقاد (وارفارین، ریواروکسابان و ...)، زمان مصرف، عوارض جانبی و تداخلات دارویی را آموزش دهید. تأکید کنید که وارفارین نیاز به آزمایش منظم INR دارد. آموزش علائم خطر: علائم خونریزی (خونریزی لثه، کبودی خودبه‌خودی، ادرار خونی، مدفوع سیاه) و علائم عود لخته (درد و تورم ناگهانی پا، تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه) را لیست کنید و تأکید کنید فوراً به پزشک مراجعه کنند. مراقبت در منزل: استفاده از جوراب واریس (در صورت تجویز)، پرهیز از بی‌حرکتی طولانی، انجام حرکات پا در سفرهای طولانی، ترک سیگار، حفظ وزن مناسب. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید. تأکید کنید که پیگیری منظم برای پیشگیری از عوارض طولانی مدت (فشار خون ریوی مزمن) ضروری است. آموزش دارویی (تکمیلی): اگر وارفارین مصرف می‌کند، در مورد تداخل با غذاهای حاوی ویتامین K (سبزیجات برگ سبز) آموزش دهید (نه قطع کامل، بلکه مصرف منظم و ثابت)	از بیمار بپرسید: "اگر متوجه خون در ادرار خود شدید، چه کار می‌کنید؟" از بیمار بپرسید: "داروی وارفارین را چگونه و چه موقع مصرف می‌کنید؟" آیا بیمار شماره تماس اورژانس و پزشک را در دسترس دارد؟

توضیح علت بیماری و روند درمان:

آمبولی ریه وقتی رخ می دهد که یک لخته خون (معمولاً از وریدهای عمقی پا) جدا شده و از طریق جریان خون وارد ریه ها شود و یکی از شریان های ریوی را مسدود کند. این انسداد باعث اختلال در تبادل اکسیژن و فشار به سمت راست قلب می شود. عوامل خطر شامل بی حرکتی طولانی، جراحی های اخیر، شکستگی استخوان ها، سرطان، بارداری، مصرف قرص های ضدبارداری، چاقی ... درمان آمبولی ریه بر اساس شدت بیماری و سطح خطر بیمار تعیین می شود: درمان ضد انعقادی که اساس درمان تمام بیماران است. داروهای حل کننده لخته (ترومبولیتیک) ترومبکتومی و اکسیژن درمانی

فعالیت در زمان بستری

تا هنگام بر طرف شدن علائم التهابی ناشی از لخته شدن خون استراحت مطلق در تخت را رعایت کنید و در طی استراحت در بستر اندامهای تحتانی را به طور مکرر حرکت دهید تا به حرکت و جریان خون کمک کنید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ جهت تسهیل تنفس، سر تخت را بالا برده و به صورت نیمه نشسته در بستر استراحت نمائید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس و برطرف شدن تنگی نفس، اکسیژن برای شما گذاشته شده است. در صورت بروز و یا تغییر علائم پرستار را مطلع نموده و از ایجاد تغییر در روند اکسیژن رسانی خودداری نمائید.
- ✓ سعی کنید سرفه کنید و تنفس عمیق داشته باشید.
- ✓ در حالت نشسته استراحت کنید و در هنگام تنفس سر خود را بوسیله چند بالش بالا بیاورید و همچنین زیر پای خود، یک بالش بگذارید. هنگام نشستن طولانی مدت طوری بنشینید که پاها بالاتر از رانها قرار گیرند.
- ✓ از بانداز الاستیک (جوراب مخصوص) استفاده کنید و طبق دستور پزشک هر ۳ ساعت ۲۰ دقیقه بانداز را باز نمائید.
- ✓ از نشستن به حالتی که ساقها یا مچ پاها را روی یکدیگر بیندازد خودداری کنید.
- ✓ به دلیل استفاده از داروهای ضد انعقادی از دستکاری سرم و رابطها خودداری کنید.
- ✓ ممکن است جهت دفع ادرار سونداژ شوید، از کشیدگی و قرار دادن کیسه ادراری در سطح بدن جهت پیشگیری از عفونت ادراری خودداری نمائید.
- ✓ جهت اندازه گیری سطح داروهای ضد انعقادی در خون به طور مکرر از شما آزمایشات انعقادی گرفته خواهد شد.
- ✓ برای کنترل دقیق وضعیت شما ممکن است از تجهیزات الکترونیکی که به وسیله سیم و رابط به شما متصل میشود استفاده گردد لذا از دستکاری و جدا نمودن آنها از خود اجتناب نمائید.
- ✓ در صورت بروز درد در عضله ساق پا (به صورتی که وقتی انگشت شصت پا را به سمت عقب میکشید درد عضله ساق پا تشدید شود)، تورم قسمت پایین پا، تورم قوزک پا، افزایش رنگدانه، زخم شدن سریعاً به پزشک اطلاع دهید.
- ✓ در صورت بروز تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس، درد قفسه سینه (به خصوص در هنگام تنفس عمیق)، سرفه و خروج خون، سرفه خشک آزار دهنده (در صورت مشکل زمینه ای قلبی - ریوی)، تپش قلب و خستگی به پزشک گزارش دهید.
- ✓ فشرده گی قفسه سینه، خونریزی از لثه، خونریزی از بینی، خونریزی از هموروئید، دفع مدفوع سیاه و قیری رنگ را سریعاً به پزشک خود گزارش دهید.

دارو در زمان بستری

داروهای ضد انعقادی در جهت حل کردن لخته و جلوگیری از ایجاد دوباره آن به شما به صورت خوراکی و یا تزریقی داده خواهد شد.

پرستار در زمان ترخیص بیمار آمبولی ریه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

در طول درمان غذاهای حاوی ویتامین K (مانند مثل خانواده کلم، پیاز، ماهی، مارچوبه به مقدار زیاد) استفاده نکنید.

فعالیت در منزل

✓ از استراحت طولانی مدت در بستر خودداری کنید. در طی سفر هر ۱-۲ ساعت مدتی ایستاده و راه بروید.

مراقبت در منزل

- ✓ جهت جلوگیری از جمع شدن ریه، سرفه کنید و تمرینات تنفسی (تنفس عمیق) انجام دهید.
- ✓ برای جلوگیری از بروز مجدد بیماری از استراحت طولانی مدت در بستر در طی بیماری خودداری کنید.
- ✓ در طی دوره نقاهت از جوراب کشی استفاده کنید (چه در هنگام استراحت در بستر و چه در هنگام برخاستن از بستر)
- ✓ از نشستن به حالتی که ساقها یا مچ پاها را روی یکدیگر بیندازید، خودداری کنید.
- ✓ از پوشیدن لباسهای تنگ پرهیز کنید.
- ✓ به دلیل اینکه خونریزی عارضه داروهای ضد انعقاد است باید مرتب طبق برنامه زمانبندی شده توسط پزشک، جهت انجام تستهای زمان انعقاد به پزشک مراجعه کنید.
- ✓ در هنگام مصرف داروهای ضد انعقاد مراقب کبودی و خونریزی باشید .
- ✓ از مسواک نرم استفاده کنید (مصرف داروهای ضد انعقادی آسیب به لثه ها، خونریزی و عوارض عفونت و...) را در پی خواهد داشت.
- ✓ مصرف سیگار را قطع کنید زیرا اثرات داروها را کاهش میدهد
- ✓ آقایان از ریش تراش برقی به جای تیغ استفاده کنند (به جهت مصرف داروهای رقیق کننده خون و احتمال ایجاد زخم و عوارض آن)
- ✓ پاها را به اندازه ۳۰ درجه یا تا جایی که امکان دارد بدون خم کردن زانو جهت جلوگیری از رکود خون بالا قرار دهید و با پاهای آویزان یا جمع شده نایستید و ننشینید.
- ✓ از جراحیهای غیر ضروری اجتناب کنید، در صورت امکان از پزشک خود بخواهید از روشهای دیگری غیر از جراحی استفاده کند.
- ✓ دستبند یا کارت مشخصات که مصرف داروهای ضد انعقاد در آن ثبت شده باشد همراه داشته باشید.

دارو در منزل

- ✓ داروهای ضد انعقادی در جهت حل کردن لخته و جلوگیری از ایجاد دوباره آن به صورت خوراکی داده به شما خواهد شد.
- ✓ در هنگام مصرف داروهای ضد انعقاد از داروهای آسپرین، ویتامین K، داروهای مسهل استفاده نکنید و از تزریق عضلانی و زیر جلدی خودداری کنید.
- ✓ از مصرف بیش از حد ملینها (خوراکی و یا دارویی) اجتناب کنید زیرا جذب ویتامین K را تحت تاثیر قرار می دهد.

علامین هشدار و زمان مراجعه بعدی

- در صورت وجود درد قفسه سینه، طپش قلب، تنفس تند، سرفه، مدفوع سیاه و قیری رنگ، استفراغ و سردرد به پزشک مراجعه نمایید.
- طبق برنامه زمانبندی شده، جهت انجام تستهای انعقادی مراجعه کنید.

نیازهای آموزشی بیماران آسم
آشنایی با بیماری و علل و عوارض آن
آموزش رعایت نکات تغذیه ای
آموزش استفاده از اسپری ها و داروها و عوارض آن
آموزش علایم هشدار بیماری
آموزش مراقبت از خود در منزل
ترک سیگار و دوری از عوامل تشدید کننده تنگی نفس

جدول مداخلات پرستاری در بیماران آسم:

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات پرستاری مستقل و وابسته	ارزیابی مجدد
۱. پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی مرتبط با اسپاسم برونش، افزایش تولید مخاط و التهاب راههای هوایی	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار قادر خواهد بود: ترشحات ریوی را با سرفه مؤثر تخلیه کند. صداهای تنفسی اضافی (خس خس، ویزینگ) در سمع کاهش یابد. تعداد تنفس به محدوده ۲۰-۱۶ در دقیقه برسد	بررسی: صداهای ریوی را هر ۲-۴ ساعت سمع کنید. رنگ، غلظت و مقدار خلط را بررسی و ثبت کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته (فاولر) قرار دهید تا تهویه ریوی تسهیل شود. هیدراتاسیون: مصرف مایعات گرم (۸-۱۰ لیوان در روز) را برای رقیق شدن ترشحات تشویق کنید. فیزیوتراپی تنفسی: در صورت وجود ترشحات غلیظ، پرکاشن قفسه سینه و تخلیه وضعیتی انجام دهید. آموزش تنفسی: تکنیک سرفه مؤثر و کنترل شده را آموزش دهید	آیا صداهای خس خس کاهش یافته است؟ آیا بیمار قادر به تخلیه خلط است؟ آیا تعداد تنفس به محدوده نرمال نزدیک شده است
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با تنگی نفس، اسپاسم راههای هوایی و اضطراب	طی ۲۴ ساعت آینده، بیمار: از تکنیک تنفس با لبهای غنچه ای استفاده کند. تعداد تنفس در محدوده ۲۰-۱۶ در دقیقه باشد. سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۲٪ حفظ شود	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده (معمولاً ۲-۴ لیتر در دقیقه با کانول بینی) وصل کنید. مانیتورینگ: سطح اکسیژن خون را با دستگاه نبض سنج (پالس اکسیمتر) پایش کنید. پایش علائم حیاتی: تعداد تنفس، عمق تنفس و استفاده از عضلات فرعی را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. آموزش تنفسی: تکنیک تنفس با لبهای غنچه ای (دم از بینی، بازدم آهسته از لب غنچه ای) را آموزش دهید. آموزش دارویی (حین بستری): همزمان با تجویز اسپری گشادکننده (مثل سالبوتامول)، نام دارو و هدف آن را توضیح دهید و نحوه مصرف صحیح را با اسپری آموزش دهید.	آیا سطح اکسیژن خون بالای ۹۲٪ حفظ شده است؟ آیا بیمار تکنیک تنفس با لب غنچه ای را به درستی نشان می دهد؟ آیا بیمار از کاهش تنگی نفس خبر می دهد؟
۳. تبادل گاز مختل مرتبط با انسداد راههای هوایی و عدم تطابق تهویه-پرفیوژن	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۲٪ حفظ شود. گازهای خون شریانی (ABG) در محدوده نرمال باشد. سیانوز (کبودی) و بی قراری مشاهده نشود	پایش سطح هوشیاری: هر ۴-۲ ساعت سطح هوشیاری بیمار را بررسی کنید (بی قراری، خواب آلودگی می تواند نشانه هیپوکسی باشد). پایش رنگ پوست: پوست و مخاط را از نظر سیانوز بررسی کنید. اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده وصل کنید و پاسخ بیمار را پایش کنید. آمادگی برای اقدامات پیشرفته: در صورت بدتر شدن وضعیت تنفسی، برای انتوباسیون و تهویه مکانیکی آماده باشید. آرام سازی: اضطراب بیمار را کاهش دهید (اضطراب مصرف اکسیژن را افزایش می دهد)	آیا سطح اکسیژن خون در محدوده نرمال است؟ آیا علائم سیانوز یا تغییر سطح هوشیاری مشاهده می شود؟ آیا نتایج ABG بهبود یافته است؟

اضطراب مرتبط با تنگی نفس، ترس از حمله آسم و احساس مرگ قریب الوقوع	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند. علائم فیزیکی اضطراب (تأکی کاردی، تعریق) کاهش یابد.	حضور حمایتی: نار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان بخش صحبت کنید آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. تکنیک های آرام سازی: تنفس عمیق آرام و تمرکز بر روی کلمات مثبت را آموزش دهید. حمایت خانواده: اجازه دهید یکی از اعضای خانواده در کنار بیمار باشد. محیط آرام: محیطی آرام و بدون استرس برای بیمار فراهم کنید	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟ آیا بیمار سوالات خود را می پرسد و مشارکت دارد؟
۵. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش تحمل فعالیت بدنی به دلیل تنگی نفس و خستگی.	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: فعالیت های روزمره (مانند راه رفتن در بخش) را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. بتواند فعالیت های خود را با استراحت بین آنها تقسیم کند.	تعیین سطح فعالیت: سطح فعالیت قابل تحمل برای بیمار را مشخص کنید. برنامه ریزی فعالیت: فعالیت ها را در فواصل کوتاه با استراحت بین آنها تقسیم کنید. آموزش خودمراقبتی: تکنیک های صرفه جویی در انرژی را آموزش دهید. تشویق: پیشرفت های کوچک بیمار را تشویق کنید	آیا بیمار پس از فعالیت، تنگی نفس شدید پیدا نمی کند؟ آیا بیمار می تواند فعالیت ها را با استراحت تنظیم کند؟
دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروها، تکنیک مصرف اسپری، علائم هشدار	نحوه صحیح مصرف اسپری ها (گشادکننده و ضدالتهاب) را با اسپیسر نشان دهند. حداقل ۳ علامت هشدار که نیاز به مراجعه به پزشک دارد را نام ببرند.	آموزش عملی داروها: نحوه صحیح مصرف اسپری (ترتیب مصرف: گشادکننده سپس ضدالتهاب، استفاده از اسپیسر، شستشوی دهان بعد از مصرف اسپری ضدالتهاب) را با بیمار تمرین کنید. آموزش علائم خطر: علائم حمله حاد (تنگی نفس شدید، عدم پاسخ به اسپری گشادکننده، مشکل در صحبت کردن، سیانوز لب ها) را لیست کنید و تأکید کنید فوراً به اورژانس مراجعه کنند. توصیه های کلیدی: بر اهمیت مصرف منظم داروهای کنترلی حتی در زمان بهبودی، شناسایی و اجتناب از محرک ها (دود سیگار، گرد و غبار، حیوانات خانگی، هوای سرد) تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید. پیگیری منظم برای کنترل بیماری ضروری است (پیگیری ۲-۶ هفته پس از ترخیص و سپس هر ۳-۶ ماه)	از بیمار بخواهید مصرف اسپری را نشان دهد. آیا مراحل را به درستی انجام می دهد؟ آیا بیمار شماره تماس اورژانس و پزشک را در دسترس دارد

پرستار در زمان بستری بیمار آسم موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

آسم یک بیماری التهابی مزمن راه های هوایی است که در اثر عوامل محرک مختلف ایجاد می شود. در اثر این محرک ها، راه های هوایی متورم، تنگ و پر از ترشح می شوند. عوامل خطر شامل عوامل محیطی، آلرژن ها (گرده، گرد و غبار، شوره حیوانات)، عفونت های ویروسی، ورزش، هوای سرد، استرس، مصرف برخی داروها (بتا بلوکرها، NSAIDها) و سابقه خانوادگی هستند. آسم با تنگی نفس، خس خس سینه، سرفه (به خصوص شب ها) و احساس سنگینی در قفسه سینه مشخص می شود.

در مان آسم بر دو محور اصلی کنترل طولانی مدت بیماری و پیشگیری و درمان حملات حاد استوار است:

- درمان دارویی طولانی مدت: مانند کورتیکواستروئیدهای استنشاقی (ICS) برای کاهش التهاب
- داروهای تسکین سریع: آگونیست های بتا-۲ کوتاه اثر (SABA) مانند سالبوتامول برای باز کردن سریع راه های هوایی
- درمان حملات حاد: شامل اکسیژن درمانی، نبولایزر مداوم با سالبوتامول، ایپراتروپیوم، کورتیکواستروئیدهای سیستمیک (خوراکی یا وریدی) و در موارد شدید، سولفات منیزیم وریدی.
- آموزش و توانبخشی: آموزش تکنیک صحیح مصرف اسپری، استفاده از دستگاه پیک فلومتر، شناسایی و اجتناب از محرک

رژیم غذایی و تغذیه در زمان بستری

- ✓ غذا را در دفعات زیاد و با حجم کم مصرف نمایید و رژیم غذایی توصیه شده را رعایت نمایید.
- ✓ در صورت نداشتن محدودیت مصرف مایعات، در روز ۶-۸ لیوان مایعات جهت رقیق شدن و خروج خلط مصرف کنید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ زمان استراحت مابین تمرینات تنفسی داشته و در فعالیت تعادل داشته باشید.
- ✓ هر ۲ ساعت یک بار در تخت تغییر وضعیت دهید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ تنفس لب غنچه ای، تنفس دیافراگمی و داشتن سرفه های موثر جهت تخلیه ترشحات ریه و بهبود تنفس به شما کمک خواهد کرد.
- ✓ بخور مرطوب در کنار تخت جهت تسهیل در خروج ترشحات برای شما استفاده می شود.
- ✓ داشتن پوزیشن خاص در حین بستری (سر تخت ۳۰ درجه بالا و یا نیمه نشسته) به وضعیت جسمی شما کمک کرده و تنفس شما راحت تر می شود.
- ✓ در صورت استفاده از اکسیژن از طریق کانولا و ماسک از دستکاری آن اجتناب کنید.
- ✓ اضطراب خود را کاهش دهید چون کاهش اضطراب نیاز به اکسیژن را کمتر می کند. ایجاد تورم و اصطلاحاً پف کردن اندام ها به دلیل مصرف داروهای کورتیکواستروئید می باشد.
- ✓ بهداشت فردی را جهت جلوگیری از عفونت های ناشی از عملکرد ضعیف سیستم ایمنی رعایت کنید.
- ✓ در صورت تنگی نفس و سرفه پرستار را آگاه کنید.

دارو در زمان بستری

- ✓ داروها طبق تجویز پزشک در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما تجویز و طبقه استفاده از اسپری استنشاقی و آسمیاری به شما آموزش داده می شود.
- ✓ در استفاده از اسپری به نکات زیر توجه کنید.
- ✓ درب اسپری را برداشته و آن را به خوبی تکان دهید.
- ✓ ابتدا دو الی سه تنفس عمیق انجام دهید.
- ✓ ظرف دارو را بصورت وارونه طوری نگه دارید که انگشت اشاره در بالا و شست در پایین ظرف قرار گیرد.
- ✓ قطعه دهانی را در دهان قرار دهید و درحالی که نفس می کشید با انگشت اشاره ظرف دارو را فشار دهید تا اولین پاف دارو را بزنید.
- ✓ به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه درحالی که اسپری همچنان در دهانتان است چند نفس بکشید.
- ✓ بعد از استفاده از اسپری دهان خود را بشوید زیرا برخی اسپری ها باعث بروز برفک دهانی می شوند.
- ✓ جهت استفاده از اسپری بهتر است از آسم یار استفاده کنید.
- ✓ از دستکاری سرم و رابط های متصل به خود اجتناب کنید.

پرستار در زمان ترخیص بیمار آسم موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- سلنیوم و منیزیم هم در بهبود بیماری مهم هستند. (منابع عمده غذایی سلنیوم: غذاهای دریایی، جگر، قلوه و گوشت ماکیان) و (منابع جذب منیزیم: دانه ها، مغزها، حبوبات، غلات و سبزیجات با برگ تیره)
- رژیم غذایی پرپروتئین و پرکالری و سرشار از ویتامین ث مصرف نمایید.
- روزانه ۲ الی ۳ لیتر مایعات مصرف نمایید و از مصرف غذاهای حساسیت زا مانند شکلات اجتناب نمایید.
- از دریافت وعده های غذایی پر حجم اجتناب کنید، مواد غذایی غنی از ویتامینهای C-A-B6 و روی را افزایش دهید بنابراین مقادیر بیشتری کلم بروکلی، گریپ فروت، پرتغال، فلفل شیرین، کیوی، آب گوجه فرنگی و گل کلم مصرف کنید.
- برخی مواد غذایی از قبیل سیب، پیاز، مرکبات و توتها در تنظیم فعالیت سیستم ایمنی بدن نقش دارند. سعی کنید در طول هفته پنج بار یا بیشتر از این مواد استفاده کنید.

- منابع غذایی حاوی ویتامین E مانند مغزها را بیشتر مصرف کنید. بعضی مغزها مانند بادام زمینی و یا بادام هندی، حساسیت زا هستند پس از مصرف این نوع مواد حساسیت زا خودداری کنید.
- مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ مفید است. گردو و ماهی از منابع خوب این اسیدهای چرب می باشند. البته در صورت ابتلا به آلرژی غذایی به ماهی، مصرف ماهی باید از رژیم حذف شود.
- کافئین از طریق شل کردن ماهیچه ها، مجاری هوایی را باز می کند. مصرف ۲ تا ۳ لیوان چای در روز میتواند برای بزرگسالان مفید باشد.

فعالیت در منزل

- ورزش منظم سبک انجام دهید و استراحت متناوب بین فعالیتهای داشته باشید و از فعالیتهای سنگین اجتناب نمایید.
- بهتر است قبل از انجام ورزش، داروهای تجویز شده را استفاده نمایید.

مراقبت در منزل

- ✓ تمرینات ورزشی سنگین، آلرژنها، گرده گیاهان، حیواناتی مثل گربه و اسب، دود سیگار، بوی عطر و گرد و غبار، دود سیگار، سرماخوردگی و عفونتهای ویروسی، هیجانات و استرسها و تغییر درجه حرارت از عوامل مستعد کننده و تشدید کننده حملات آسم میباشند از آنها اجتناب کنید.
- ✓ از دستگاه بخور جهت مرطوب کردن محیط اطراف استفاده کنید.
- ✓ جهت خروج خلط تنفس عمیق و سپس سرفه کنید (سرفه مداوم و سه تایی) و تنفس لب غنچه ای انجام دهید (در حالی که لبهای خود را به حالت غنچه ای که حالت سوت زدن یا بوسیدن در آورده و بازدم انجام دهید).
- ✓ اتاق خواب خود را از مواد حساسیت زا و محرک به دور نگه دارید.
- ✓ از به کار بردن بالش و تشک حاوی پر اجتناب کنید.
- ✓ از پوشیدن لباس تنگ خودداری کنید.
- ✓ از مواد حساسیت زا و شیمیایی (بخصوص شوینده ها) دوری کنید.
- ✓ برای کاهش انزوا پرده ها را کشیده و درها را باز بگذارید.
- ✓ بهداشت دهان و حلق را رعایت نمایید.
- ✓ در هنگام حمله آسم آرامش خود را حفظ نمایید و تمرینات تنفسی را انجام داده و مقدار زیادی آب یا چای ولرم مصرف نموده و داروهای تجویز شده را مصرف نمایید.
- ✓ در صورت داشتن تنفس های تند و سریع و احساس کمبود اکسیژن، یک دست را روی سینه و دست دیگر را روی شکم قرار داده و دم را طوری انجام دهید که دست روی شکم به طرف جلو کشیده شود و تنفس لب غنچه ای را انجام داده و درحالی که با دست روی شکم به داخل فشار میدهید به آرامی بازدم کنید و دست روی سینه را به همان حال نگه دارید.

دارو در منزل

- ✓ اسپری متسع کننده برونش را همیشه به منظور حمله آسم همراه داشته باشید.
- ✓ در صورتی که دچار حمله آسم شدید هر ۲۰ دقیقه ۲ یا ۴ پاف از اسپری را تا سه نوبت استفاده کنید تا حمله فروکش کند.

زمان مراجعه بعدی

- در صورت داشتن حمله آسمی و عدم پاسخ به اقدامات درمانی توصیه شده توسط پزشک سریعاً به پزشک مراجعه و یا ۱۱۵ را مطلع نمایید.
- در صورت داشتن تنگی نفس، خس خس قابل شنیدن، افزایش ضربان قلب، کاهش فشار خون، اضطراب، ادم ریه، سرفه های خشک و سخت سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید.

نیازهای آموزشی بیماران ادم حاد ریه
آموزش بیماری و روند درمان
رژیم غذایی در بستری و ترخیص
میزان فعالیت در دوره بستری و بعد از ترخیص
استفاده از اکسیژن مراقبت از اتصالات
آموزش داروها در زمان ترخیص
آموزش مراقبت از خود در منزل
آموزش علایم خطر و زمان پیگیری مجدد

جدول مداخلات پرستاری در بیماران ادم حاد ریه :

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات پرستاری مستقل و وابسته	ارزیابی مجدد
۱. اختلال در تبادل گازها مرتبط با تجمع مایع در کیسه‌های هوایی و آلوئول‌ها.	طی ۴-۲ ساعت اول، بیمار: سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۲٪ حفظ شود. تعداد تنفس به محدوده ۲۰-۲۴ در دقیقه کاهش یابد. سیانوز (کبودی) و خلط کف‌آلود صورتی کاهش یابد	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با جریان بالا (۱۰-۸ لیتر در دقیقه با ماسک) وصل کنید و سطح اشباع را با دستگاه نبض‌سنج پایش کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نشسته با پاهای آویزان (ارتونپیک) قرار دهید تا بازگشت وریدی کاهش یابد. پایش مداوم: تعداد تنفس، عمق تنفس، استفاده از عضلات فرعی و سطح هوشیاری را هر ۳۰-۱۵ دقیقه بررسی کنید. ساکشن: در صورت وجود ترشحات کف‌آلود، ساکشن انجام دهید. آمادگی برای انتوباسیون: در صورت بدتر شدن وضعیت تنفسی، برای لوله‌گذاری داخل نای و تهویه مکانیکی آماده باشید. آموزش: با لحنی آرام به بیمار توضیح دهید که این وضعیت قابل کنترل است و اقدامات درمانی انجام می‌شود.	آیا سطح اکسیژن خون افزایش یافته است؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ آیا خلط کف‌آلود و سیانوز کاهش یافته است؟
۲. کاهش برون ده قلبی مرتبط با نارسایی بطن چپ و کاهش پمپاژ خون.	طی ۸-۴ ساعت اول، بیمار: فشار خون در محدوده نرمال (سیستول بالای ۹۰) تثبیت شود. ضربان قلب به محدوده ۶۰-۱۰۰ در دقیقه کاهش یابد. برون ده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت داشته باشد	پایش همودینامیک: فشار خون، ضربان قلب، فشار ورید ژوگولار را هر ۳۰-۱۵ دقیقه بررسی کنید. پایش برون ده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه‌گیری کنید. تجویز داروها: داروهای مدر (فوروزماید)، وازودیلاتور (نیتروگلیسرین) و اینوتروپ را طبق دستور پزشک و با دقت تجویز کنید. پایش الکترولیت‌ها: پس از تجویز مدرها، سطح پتاسیم و منیزیم را بررسی کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز فوروزماید، به بیمار	آیا فشار خون تثبیت شده است؟ آیا برون ده ادراری افزایش یافته است؟ آیا ضربان قلب کاهش یافته است؟

	توضیح دهید که این دارو برای دفع مایعات اضافی و کاهش فشار روی قلب است و باعث افزایش ادرار می‌شود.		
۳. اضطراب شدید مرتبط با احساس خفگی، ترس از مرگ و تنگی نفس حاد.	طی ۲-۴ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با پرستار همکاری کند و آرام‌تر شود. علائم فیزیکی اضطراب (تاکی کاردی، تعریق) کاهش یابد	حضور مداوم پرستار: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. مورفین: طبق دستور پزشک، مورفین وریدی برای کاهش اضطراب، تنگی نفس و گشاد کردن عروق تجویز کنید. آموزش لحظه‌ای: اقداماتی که انجام می‌شود را به زبان ساده توضیح دهید تا ترس ناشی از ناشناخته بودن کاهش یابد. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت بیمار جلوگیری کنید و نور را تنظیم کنید. حمایت: در صورت امکان، اجازه دهید یکی از اعضای خانواده در کنار بیمار باشد	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟ آیا بیمار آرام‌تر شده و همکاری می‌کند؟
۴. پوست سالم ناکارآمد مرتبط با ادم و تورم بافت‌ها.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: • پوست دست نخورده و بدون زخم بستر باقی بماند. • ادم محیطی کاهش یابد.	بررسی پوست: هر شیفت پوست را از نظر قرمزی، تاول، یا زخم بررسی کنید. تغییر وضعیت: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید (با احتیاط و با توجه به وضعیت تنفسی). مرطوب‌سازی: پوست خشک را با لوسیون مرطوب کنید. بالش گذاری: زیر اندام‌های ادماتو بالش بگذارید تا تورم کاهش یابد. پایش ادم: میزان ادم را هر روز بررسی و ثبت کنید.	آیا پوست سالم مانده است؟ آیا ادم کاهش یافته است؟
۵. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با علل بیماری، رژیم غذایی و داروها.	در زمان ترخیص قادر خواهند بود: علائم هشدار عود را بشناسند. رژیم غذایی کم نمک و محدودیت مایعات را رعایت کنند. نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهند. اهمیت پایش روزانه وزن را توضیح دهند.	آموزش ترخیص: آموزش علائم خطر: علائم عود (افزایش ناگهانی تنگی نفس، افزایش وزن ناگهانی، تورم پاها، سرفه شبانه، خواب‌آلودگی) را لیست کنید و تأکید کنید فوراً به پزشک مراجعه کنند. آموزش رژیم غذایی: رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم در روز)، محدودیت مایعات (معمولاً ۲-۱٫۵ لیتر در روز) و پرهیز از غذاهای آماده و کنسروی را آموزش دهید. آموزش دارویی: نحوه مصرف داروهای مدر، وازودیلاتور و قلبی را مرور کنید. برای مدرها، بهترین زمان مصرف (صبح) را توضیح دهید تا خواب شبانه مختل نشود. پایش روزانه وزن: به بیمار آموزش دهید هر روز صبح پس از ادرار، با همان لباس و قبل از صبحانه خود را وزن کرده و ثبت کند. افزایش بیش از ۱ کیلوگرم در روز یا ۲ کیلوگرم در هفته را فوراً گزارش دهد. فعالیت: استراحت کافی و فعالیت تدریجی را آموزش دهید. از فعالیت‌های سنگین خودداری کند. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	از بیمار بپرسید: "اگر وزن شما یکباره ۲ کیلوگرم افزایش یافت، چه کار می‌کنید؟" از بیمار بپرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید؟" آیا بیمار نحوه مصرف داروهایش را توضیح می‌دهد

پرستار در زمان بستری بیمار ادم حاد ریه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

علت بیماری و روند درمان:

ادم حاد ریه یک وضعیت اورژانسی است که در آن مایع اضافی در فضاهای بین بافتی و کیسه‌های هوایی ریه جمع می‌شود و تبادل اکسیژن را مختل می‌کند. شایع‌ترین علت، نارسایی ناگهانی قلب (ادم ریوی کاردیوژنیک) است که در آن قلب چپ توانایی پمپاژ خون را ندارد و خون در ریه‌ها جمع می‌شود. علل غیرقلبی شامل آسیب مستقیم ریه (سندرم زجر تنفسی حاد)، مصرف برخی داروها، و نارسایی کلیوی هستند. علائم شامل تنگی نفس شدید ناگهانی، احساس خفگی، بی‌قراری، اضطراب شدید، تنفس سریع و سطحی، خلط کف‌آلود صورتی، سیانوز (کبودی) و تعریق سرد است.

درمان ادم حاد ریه یک اورژانس پزشکی است و به صورت همزمان و سریع انجام می‌شود:

اکسیژن درمانی با جریان بالا: برای حفظ سطح اکسیژن خون (با ماسک، کانول بینی یا ونتیلاتور).

درمان دارویی:

- مدرها (فوروزماید): برای کاهش سریع مایعات بدن و کاهش بار کاری قلب.
 - مورفین: برای کاهش اضطراب و تنگی نفس و گشاد کردن عروق.
 - وازودیلاتورها (نیتروگلیسرین): برای گشاد کردن عروق و کاهش فشار روی قلب.
 - اینوتروپها: در موارد کاهش شدید برون ده قلبی برای تقویت انقباض قلب.
- پوزیشن مناسب: بیمار در وضعیت نشسته با پاهاى آویزان قرار می‌گیرد تا خون در اندام‌ها جمع شده و بازگشت وریدی به قلب کاهش یابد.
- درمان علت زمینه‌ای: مانند کنترل فشار خون، درمان بیماری عروق کرونر

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ مواد غذایی پرکالری، پر پروتئین، پر ویتامین C، اسید فولیک و ... مصرف کنید.
- ✓ تعداد وعده‌های غذایی را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.
- ✓ مصرف مایعات را کاهش دهید تا باعث بهبود عملکرد قلب و ریه گردد.
- ✓ از خوردن مواد حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولا، شکلات، غذاهای نفاخ (کلم، حبوبات و ...) خودداری کنید.
- ✓ استفاده از رژیم غذایی کم نمک و کم چربی و پرهیز از مصرف غذاهای با سدیم بالا.
- ✓ برای خوشمزه کردن غذاها می‌توانید از طعم دهنده‌های طبیعی غذا مانند لیموترش و ... استفاده کنید.

فعالیت در زمان بستری

- استراحت نسبی داشته باشید و هنگام استراحت، در فواصل منظم در تخت چرخیده و وضعیت جدیدی به خود بگیرید.
- پس از درمان، فعالیتهای خود را به تدریج با نظر پزشک از سر بگیرید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ جهت تسهیل تنفس، به صورت نیمه نشسته در بستر استراحت نمایید.
- ✓ جهت کنترل وزن و ارزیابی تعادل مایعات بدن، کنترل جذب و دفع مایعات انجام می‌شود.
- ✓ کنترل علائم حیاتی بیمار، هر پانزده دقیقه تا نیم ساعت یک بار یا طبق دستور پزشک.
- ✓ جهت تسهیل تنفس و برطرف شدن تنگی نفس از اکسیژن استفاده کنید.
- ✓ ساعات خواب و استراحت روزانه ی خود را تنظیم نمایید.
- ✓ در صورت وجود تب و تغییر در رنگ و مقدار خلط، تنگی نفس و سرفه اطلاع دهید.

دارو در زمان بستری

- استفاده از داروهای تقویت کننده عضله قلب (برای بالا بردن قدرت ضربان قلب)
- استفاده از ترکیبات مخدر جهت کاهش اضطراب، کاهش جریان خون به سوی ریه و کاهش نیاز اکسیژن بدن.

پرستار در زمان ترخیص بیمار ادم حاد ریه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- بهتر است از رژیم غذایی سرشار از پروتئین ، ویتامین و پرفیبر (سبزیجات ، میوه و ...) استفاده نمائید.
- از خوردن غذاهای کنسرو شده (انواع تون ها و ..) به دلیل بالا بودن مقدار نمک اجتناب کنید.
- از خوردن غذاهای حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولا شکلات خودداری کنید.
- از خوردن غذاهای نفاخ ، ادویه دار و خیلی داغ یا خیلی سرد اجتناب کنید.
- تعداد وعده های غذایی را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.
- مصرف مایعات را کاهش دهید تا باعث بهبود عملکرد قلب و ریه گردد.
- برای خوشمزه کردن غذاها می توانید از طعم دهنده های طبیعی غذا مانند لیموترش و ... استفاده کنید.

فعالیت در منزل

- با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آن را به طور منظم انجام دهید.
- برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید. در مورد مسافرت های هوایی با پزشک معالج خود مشورت کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ از قرار گرفتن در گرما و سرمای زیاد خودداری کنید زیرا باعث افزایش خلط و تنگی نفس خواهد شد.
- ✓ در صورت قرار گرفتن در محیط سرد از ماسک و شال گردن استفاده کنید.
- ✓ از قرار گرفتن در محیط شلوغ و با ترافیک سنگین و دود خودداری کنید.
- ✓ فشار روانی و کلیه موارد استرس زا را از خود دور کنید.
- ✓ سعی کنید اتاق دارای تهویه مناسب باشد. ساعات استراحت و خواب خود را تنظیم کنید.
- ✓ از مواد محرک تنفسی مثل سیگار (قلیان و پپ) پرهیز کرده و در محیط هایی که دود سیگار وجود دارد وارد نشوید.
- ✓ از افراد سرماخورده و مبتلا به عفونت های تنفسی دوری کنید.
- ✓ به علت تنگی نفس در این بیماران توصیه می شود اکسیژن به خصوص در شب در دسترس باشد (در صورت صلاح دید پزشک)
- ✓ به دلیل اینکه چاقی از عوامل تشدید کننده بیماری است روزانه وزن خود را کنترل کنید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس به صورت نیمه نشسته استراحت کنید.
- ✓ در بیشتر موارد علایم با درمان قابل کنترل است، درمان به موقع می تواند خطرات بیماری را بشدت کاهش دهد.

دارو در منزل

- ✓ آنتی بیوتیک های خود را طبق برنامه و بر اساس آموزش های داده شده و سر ساعت معین استفاده کنید.
- ✓ در صورت استفاده از داروهای تقویت کننده عضله قلب مانند دیگوکسین دوره درمان باید کامل و دارو سروقت معینی داده شود.
- ✓ از مصرف داروهای سرما خوردگی بدون نسخه پزشک اجتناب کنید.

علایم خطر در زمان ترخیص و زمان مراجعه بعدی

در صورت بروز علائم از قبیل افزایش سرفه، افزایش خستگی، تنگی نفس سریع، رنگ پریدگی و افت فشار خون به پزشک مراجعه کنید. به طور منظم جهت ادامه درمان به پزشک معالج مراجعه کنید.

نیازهای آموزشی بیماران نارسایی قلبی
تعریف بیماری و علت و روند درمان
فعالیت و استراحت
رژیم غذایی و محدودیت دریافت نمک
بیماری و علائم و درمان آن
مصرف صحیح داروها و زمان صحیح مصرف و عوارض آن بخصوص دیورتیکها
پیگیری های پس از ترخیص و چکاب منظم
آموزش علائم هشداردهنده عودبیماری و مراجعه به پزشک
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار
توجه به بیماریهای زمینه ای و آموزش نکات مرتبط با آن

جدول مداخلات پرستاری در بیماران نارسایی قلبی

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. کاهش برون ده قلبی مرتبط با اختلال در عملکرد انقباضی قلب و کاهش پمپاژ خون.	طی ۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: فشار خون در محدوده نرمال (سیستول بالای ۹۰) تثبیت شود. ضربان قلب منظم و در محدوده ۶۰-۱۰۰ باشد. برون ده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت داشته باشد. سطح هوشیاری طبیعی و بدون گیجی باشد.	پایش همودینامیک: فشار خون، ضربان قلب و فشار ورید ژوگولار را هر ۴-۲ ساعت بررسی کنید. پایش برونده ادراری: میزان خروجی ادرار را هر شیفت اندازه گیری و ثبت کنید. پایش سطح هوشیاری: هر شیفت سطح هوشیاری و علائم گیجی یا بی قراری را بررسی کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نیمه نشسته (فاولر) قرار دهید تا بازگشت وریدی کاهش یابد. تجویز داروها: داروهای اینوتروپ، دیگوکسین و سایر داروهای قلبی را طبق دستور پزشک و به موقع تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز داروهای قلبی، نام و هدف دارو را توضیح دهید (مثلاً "این دارو به قلب شما کمک می کند قوی تر بتپد")	آیا فشار خون در محدوده نرمال تثبیت شده است؟ آیا برونده ادراری کافی است؟ آیا سطح هوشیاری طبیعی است؟
حجم مایع اضافی مرتبط با احتباس آب و نمک به دلیل کاهش برون ده قلبی و فعال شدن مکانیسم های جبرانی.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: وزن روزانه کاهش یابد (هدف ۰.۵-۱ کیلوگرم در روز). ادم محیطی (تورم پاها) کاهش یابد.	پایش وزن: هر روز صبح پس از ادرار، با همان لباس و قبل از صبحانه بیمار را وزن کنید. پایش ادم: هر شیفت میزان ادم در پاها، مچ ها و ناحیه خاجی را بررسی و ثبت کنید. پایش صداهای ریوی: هر شیفت ریه ها را از نظر کراکل (صدای ترق تروق) سمع کنید.	آیا وزن بیمار کاهش یافته است؟ آیا ادم کاهش یافته است؟ آیا صداهای کراکل در ریه کاهش یافته است؟

	صداهای ریوی (کراکل) در سمع کاهش یابد. تنگی نفس کاهش یابد	پایش ورودی و خروجی: میزان مایعات دریافتی و خروجی را دقیقاً ثبت کنید. تجویز مدرها: داروهای مدر (فوروزماید) را طبق دستور پزشک و در زمان مناسب (ترجیحاً صبح) تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز فوروزماید، به بیمار توضیح دهید که این دارو برای دفع مایعات اضافی است و باعث افزایش ادرار می‌شود. بهترین زمان مصرف صبح است تا خواب شبانه مختل نشود	
۳. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش برون ده قلبی و خستگی مزمن.	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: فعالیت‌های روزمره (مانند راه رفتن در بخش) را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. بتواند فعالیت‌های خود را با استراحت بین آنها تنظیم کند. خستگی گزارش شده کاهش یابد	تعیین سطح فعالیت: سطح فعالیت قابل تحمل برای بیمار را مشخص کنید و فعالیت‌ها را در محدوده آن برنامه‌ریزی کنید. برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در فواصل کوتاه با استراحت بین آنها تقسیم کنید. آموزش خودمراقبتی: تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی را آموزش دهید (نشستن به جای ایستادن حین کار، انجام کارها با سرعت آرام، اولویت‌بندی فعالیت‌ها). توانبخشی قلبی: در صورت امکان، بیمار را برای شروع برنامه توانبخشی قلبی تشویق کنید پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی و سطح تنگی نفس را بررسی کنید	آیا بیمار پس از فعالیت، تنگی نفس شدید پیدا نمی‌کند؟ آیا بیمار می‌تواند فعالیت‌ها را با استراحت تنظیم کند؟ آیا سطح خستگی کاهش یافته است؟
۴. اختلال در تبادل گازها مرتبط با احتقان ریوی و تجمع مایع در آلوئول‌ها.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۲٪ حفظ شود. تعداد تنفس به محدوده ۲۰-۲۴ در دقیقه کاهش یابد. تنگی نفس در حالت استراحت نداشته باشد	اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده توسط پزشک وصل کنید و سطح اشباع را پایش کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه‌نشسته قرار دهید. پایش تعداد تنفس: هر ۴-۲ ساعت تعداد تنفس و عمق آن را بررسی کنید. پایش رنگ پوست: پوست و مخاط را از نظر سیانوز بررسی کنید. آرام‌سازی: اضطراب بیمار را کاهش دهید (اضطراب مصرف اکسیژن را افزایش می‌دهد)	آیا سطح اکسیژن خون بالای ۹۲٪ است؟ آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ آیا بیمار از کاهش تنگی نفس خبر می‌دهد؟
۵. اضطراب مرتبط با تنگی نفس، بستری شدن و ترس از آینده.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند. علائم فیزیکی اضطراب کاهش یابد	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید. حمایت خانواده: اجازه دهید یکی از اعضای خانواده در کنار بیمار باشد. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت بیمار جلوگیری کنید	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟ آیا بیمار سوالات خود را می‌پرسد؟
۶. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با رژیم	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: رژیم غذایی کم نمک را رعایت کنند. محدودیت مایعات را	آموزش رژیم غذایی: رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم در روز) را آموزش دهید. از مصرف غذاهای کنسروی، فست‌فودها، چیپس، سوسیس و کالباس، نان‌های نمک‌دار و پنیر شور خودداری کند. آموزش محدودیت مایعات: در صورت تجویز پزشک، محدودیت مایعات (معمولاً ۵-۱٫۵ لیتر در روز) را آموزش دهید. به بیمار بگویید	از بیمار بپرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید؟" از بیمار بپرسید: "اگر وزن شما یکباره ۲

غذایی، محدودیت مایعات، داروها و علائم هشدار.	درک کرده و رعایت کنند. پایش روزانه وزن را انجام دهند و تفسیر کنند. علائم هشدار عود را بشناسند. نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهد.	تمام مایعات (آب، چای، سوپ، آبمیوه) را حساب کند. آموزش پایش روزانه وزن: هر روز صبح پس از ادرار، با همان لباس و قبل از صبحانه خود را وزن کرده و ثبت کند. افزایش بیش از ۱ کیلوگرم در روز یا ۲ کیلوگرم در هفته را فوراً به پزشک گزارش دهد. آموزش علائم خطر: علائم عود (افزایش ناگهانی تنگی نفس، تنگی نفس شبانه، تورم پاها، سرفه شبانه، خستگی شدید، افزایش وزن ناگهانی) را لیست کنید. آموزش دارویی: نحوه مصرف داروها (مدرها صبح، سایر داروها طبق دستور) را مرور کنید. برای مدرها، بهترین زمان مصرف صبح را تأکید کنید. فعالیت: استراحت کافی و فعالیت تدریجی را آموزش دهید. از فعالیت‌های سنگین خودداری کند. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید.	کیلوگرم افزایش یافت، چه کار می‌کنید؟" از بیمار پرسید: "چه موقع از روز باید داروی مدر را مصرف کنید؟" آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟
--	---	--	---

پرستار در زمان بستری بیمار نارسایی قلب موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

نارسایی قلبی به معنای از کار افتادن قلب نیست، بلکه به این معناست که قلب توانایی پمپاژ خون کافی برای تأمین نیازهای بدن را ندارد. این مشکل می‌تواند در اثر آسیب به عضله قلب (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی)، فشار خون بالا، بیماری‌های دریچه‌ای، کاردیومیوپاتی، آریتمی‌ها یا بیماری‌های مادرزادی ایجاد شود. علائم شامل تنگی نفس (به خصوص در شب یا هنگام دراز کشیدن)، خستگی مزمن، تورم پاها و مچ‌ها (ادم)، افزایش وزن ناگهانی، سرفه مداوم و تپش قلب است.

درمان نارسایی قلبی با هدف کاهش بار کاری قلب، کنترل علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بستری‌های مکرر انجام می‌شود:

درمان دارویی:

مدرها (ادرار آور): فوروزماید برای کاهش مایعات اضافی بدن و کاهش ادم. **مهارکننده‌های ACE یا ARB:** برای گشاد کردن عروق و کاهش فشار روی قلب. **بتا بلوکرها:** برای کاهش ضربان قلب و کاهش نیاز عضله قلب به اکسیژن. **آنتاگونیست‌های آلدوسترون:** اسپرونولاکتون برای کاهش احتباس مایعات. **SGLT2 (امپاگلیفلوزین):** برای کاهش خطر مرگ و میر و بستری. **کنترل مایعات و رژیم غذایی:** محدودیت مصرف نمک (کمتر از ۲ گرم در روز)، محدودیت مایعات (در موارد شدید) و پایش روزانه وزن. **اصلاح سبک زندگی:** ترک دخانیات و الکل، فعالیت بدنی منظم (توانبخشی قلبی)، کنترل استرس. **دستگاه‌های کمک‌کننده:** در موارد پیشرفته، پیس میکرو، CD یا دستگاه کمک بطنی

رژیم غذایی در زمان بستری

- ❖ محدودیت نمک و مایعات طبق دستور پزشک داشته باشید.
- ❖ از مصرف مواد مثل چای و قهوه خودداری کنید.
- ❖ حجم غذای کم با دفعات زیاد استفاده کنید

فعالیت در زمان بستری

- ❖ در صورت داشتن استراحت مطلق، از تخت خارج نشوید.
- ❖ در صورت استراحت نسبی برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و درد قفسه سینه، تنگی نفس و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید. تعادل در فعالیت داشته باشید.

مراقبت در زمان بستری

- ❖ به دلیل استفاده از داروهای ضد انعقادی از دستکاری انژیوکت و رابطهای وریدی خودداری کنید.
- ❖ در صورت بروز علائم فشار در قفسه سینه و درد قفسه سینه با انتشار درد به گردن، شانه و دست، به پرستار اطلاع دهید.
- ❖ در مراحل اولیه (حاد)، استراحت در تخت به طوری که سر و قسمت بالای بدن بالاتر از سایر نقاط بدن قرار گیرد،
- ❖ در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار بگیرید.
- ❖ تجهیزات وصل شده به بدن خود را مانند مانیتورینگ به هیچ وجه جدا نکنید.
- ❖ در صورت تنگی نفس و یا وجود سرفه خلط دار و کف آلود، پرستار را خبر کنید.
- ❖ اکسیژن با کانولای بینی را تا زمانی که احساس راحتی در تنفس نمیکنید بردارید.
- ❖ در صورتی که هنگام خوابیدن دچار تنگی نفس میشوید پاها را در سطح پایین تر و سر و سینه را در سطح بالاتر قرار دهید.
- ❖ در صورت گیجی، تهوع و استفراغ، تشنگی شدید، دیدن هاله در اطراف اجسام به پرستار اطلاع دهید.
- ❖ در صورت خشکی دهان از آب نبات و آدامس بدون قند استفاده کنید و یا دهان خود را شستشو دهید.
- ❖ جهت کاهش استرس، ملاقاتهای محدود داشته باشید.
- ❖ ممکن است به دلیل دریافت داروی مدر (ادرار آور) برای شما سوند ادراری گذاشته شود.
- ❖ از انجام مانور والسالوا اجتناب کنید (مانور والسالوا به معنی نگه داشتن نفس در حین تغییر وضعیت در تخت، یا زور زدن در موقع اجابت مزاج است).
- ❖ بلافاصله بعد از مصرف غذا از فعالیت شدید خودداری کنید.

دارو در زمان بستری

- ❖ دستورات دارویی توسط پزشک تجویز و در فواصل مشخص توسط پرستار اجرا میشود.
- ❖ ممکن است از داروها ضدانعقادی و مدر برای شما استفاده شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار نارسایی قلب موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ معمولاً یک رژیم غذایی کم نمک و اجتناب از مصرف مقادیر زیاد مایع توصیه میشود. محدودیت نمک میتواند احتباس مایع را کاهش دهد و محدود کردن حجم مایعات باعث کم شدن میزان احتباس آب در بدن و کم تر شدن بار کاری قلب میشود.
- ✓ توصیه میشود که مصرف نمک و چربی محدود شود. از خوردن غذاهای سنگین و نفاخ و دیر هضم مانند سوسیس و کالباس خودداری نمایید.
- ✓ توصیه میشود که مصرف مایعات محدود شود، مگر اینکه دستورالعملی از پزشک وجود داشته باشد.
- ✓ روزانه باید وزن بیمار کنترل شود، در صورت افزایش وزن بیش از ۱/۵ کیلوگرم در هفته به پزشک اطلاع داده شود.
- ✓ توصیه میشود از میوه ها، سبزیجات و غذاهای دریایی (سرشار از پتاسیم) استفاده شود. به ویژه بیمارانی که از داروهای مدر یا داروهای خاص دیگر که باعث کاهش پتاسیم خون میشوند، استفاده میکنند، نیازمند افزایش مصرف پتاسیم هستند. بنابراین توصیه می شود که از غذاهای حاوی پتاسیم بالا استفاده کنند مانند انبه، موز، طالبی، هویج، خرما، سبزیجات دارای برگ های سبز، سیب زمینی و ماهی قزل آلا.
- ✓ غذا در وعده های زیاد و با حجم کم استفاده شود (به جای ۳ وعده، ۶ وعده غذا بخورد) و از خوردن و آشامیدن زیاد اجتناب شود.
- ✓ از میوه جات و سبزیجات تازه بیشتر استفاده کنید زیرا این مواد غذایی میزان سدیم کمی دارند و از یبوست جلوگیری مینماید.

- ✓ غذاهایی را انتخاب کنید که میزان نمک کمی دارند ، مانند انواع گوشت سفید تازه مانند مرغ و ماهی، انواع حبوبات، تخم مرغ ، ماست ، شیر
- ✓ از چاشنی ها وادویه های مناسب استفاده کنید.از مصرف چاشنی ها وعصاره هایی که دارای نمک می باشند خودداری کنید.
- ✓ استفاده از آب لیموی تازه، فلفل سبز،سیر وپیاز ، سبزیجات معطری چون ریحان و مرزه در ایجاد طعم موثر خواهد بود.

فعالیت بعد از ترخیص

- ✓ زمانی که بیماری تحت کنترل در آمده از استراحت طولانی مدت در بستر اجتناب نمایید.
- ✓ برنامه منظم ورزشی داشته باشید شامل ۱۰-۱۵ دقیقه فعالیت جهت گرم کردن و پس از آن حدود ۲۰ دقیقه ورزش با شدت بیشتر توصیه می شود.
- ✓ از فعالیت بدنی غیر ضروری (مثل بالارفتن از راه پله) تا زمانی که بیماری تحت کنترل در نیامده، خودداری کنید.
- ✓ از انجام فعالیتهای فیزیکی بیرون از منزل در محیط های خیلی گرم ، خیلی سرد یا هوای مرطوب اجتناب کنید.
- ✓ مطمئن شوید قادر هستید حین فعالیت فیزیکی صحبت کنید . اگر نتوانستید این کار را انجام دهید شدت فعالیت خود را کاهش دهید.
- ✓ اگر حین فعالیت تنگی نفس ، درد یا سر گیجه رخ داد فعالیت فیزیکی خود را کم کنید.
- ✓ فعالیتهای خود را با حرکات ملایم ختم کنید و یک دوره آرامش داشته باشید و از انجام فعالیتهای سنگین و کار زیاد اجتناب نمایید.

مراقبت در منزل

- ✓ در طی دوره های استراحت پاهای خود را به منظور جلوگیری از ورم بالا ببرید و در طی روز از جوراب های مخصوص استفاده نمایید.
- ✓ کنترل علائم و وزن روزانه، محدودیت دریافت نمک، عدم دریافت مایع اضافه ، پیشگیری از عفونت با ایمن سازی نسبت به آنفولانزا و پنوموکوک، عدم مصرف الکل و دخانیات (سیگار، تنباکو) و مشارکت در ورزش منظم، همه در پیشگیری از بدتر شدن نارسایی قلبی کمک کننده اند.

دارو در منزل

- داروهای ادرار آور (دیورتیک ها) برای کاهش تجمع مایع در بدن و تورم اندامها و داروهای دیژیتال برای تقویت و تنظیم ضربان قلب تجویز میشود.
- داروهای ضد نامنظمی ضربان قلب برای منظم کردن ضربان قلب تجویز میشود.
- داروهای گشاد کننده عروق برای کاهش فشار خون، حتی اگر فشار خون طبیعی باشد.
- دوره درمان را کامل و جهت تجویز مجدد دارو به پزشک مراجعه تا با وضعیت کنونی شما دوز دارو را تغییر دهد و از مصرف خودسرانه مسکن خودداری کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- در صورت علائم تب، دردهای عضلانی، سردرد و سرگیجه، در صورت بدتر شدن علائم، بخصوص تند یا نامنظم شدن ضربان قلب یا بروز خس خس سینه در شب، سرفه همراه با زیاد شدن خلط یا خونی (صورتی) شدن آن، افزایش وزن به میزان حدود ۲-۱/۵ کیلوگرم در عرض ۲-۱ روز و تنگی نفس، خستگی، بی قراری، به اورژانس مراجعه نمایید.
- جهت ویزیت مجدد بعد از ترخیص یک الی دو هفته بعد به پزشک خود مراجعه نمایید.

نیازهای آموزشی بیماران سکته قلبی

محدوده فعالیت در حدی که باعث خستگی نشود و اجتناب از فعالیتهای سنگین
آموزش رژیم کم نمک و کم چربی و ملین و پرفیبر جهت پیشگیری از یبوست (مثال: میوه وسبزیجات ۳ تا ۵ نوبت درروز ، روغنهای حیوانی ممنوع یا در حد بسیار کم، روغنهای گیاهی سالم مانند کنجد و زیتون ، غذاهای کنسروی و سسها و سوسیس و کالباس ممنوع، گوشت مرغ و ماهی و گوشت فاقد چربی مصرف شود و غذای سنگین و پرکالری در حجم زیاد مصرف نشود) یبوست باعث فشار به قلب می شود.
مصرف به موقع داروها و زمان مصرف و عوارض آن
عدم مصرف دخانیات و دوری از استرسهای زندگی و محیطی (اجتناب از هوای خیلی سرد یا خیلی گرم)
زمان بازگشت به کار ، رانندگی و فعالیت جنسی
پیگیری های بعد از ترخیص و چکاب منظم توسط بیمار
دوری از استرسها و منع مصرف سیگار ودخانیات
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری
آموزش علایم هشدار دهنده درد قلبی و نحوه استفاده از قرص زیرزبانی

جدول مداخلات پرستاری در بیماران سکته قلبی:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا شدت درد کاهش یافته است؟ آیا بیمار از کاهش درد خبر می دهد؟ آیا علائم همراه کاهش یافته است	بررسی درد: محل، شدت، کیفیت و انتشار درد را هر ۱۵-۵ دقیقه بررسی کنید. اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده (معمولاً ۲-۴ لیتر با کانول بینی) وصل کنید. تجویز داروها : نیتروگلیسرین زیرزبانی یا وریدی، مورفین و آسپرین را طبق دستور پزشک و سریعاً تجویز کنید. پوزیشن : بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید تا تنفس راحت تر شود. آرام سازی : با لحنی آرام صحبت کنید و از ایجاد استرس اضافی جلوگیری کنید. آموزش دارویی (حین بستری) : هنگام دادن نیتروگلیسرین زیرزبانی، نحوه مصرف (قرار دادن زیر زبان، اجازه برای حل شدن) را توضیح دهید و بگویید که ممکن است سردرد ایجاد کند.	طی ۳۰-۶۰ دقیقه اول پس از پذیرش، بیمار: شدت درد (بر اساس مقیاس ۱۰-۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. از کاهش درد قفسه سینه خبر دهد. علائم همراه (تهوع، تعریق) کاهش یابد.	۱. درد حاد مرتبط با ایسکمی عضله قلب و انسداد عروق کرونر.
آیا فشار خون تثبیت شده است؟ آیا برونده ادراری	پایش همودینامیک :فشار خون، ضربان قلب و فشار ورید ژوگولار را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید پایش برونده ادراری :سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه گیری کنید. پایش رنگ و دمای پوست :هر شیفت پوست را از نظر سردی،	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: فشار خون در محدوده نرمال (سیستول بالای	۲. کاهش برون ده قلبی مرتبط با آسیب عضله قلب و اختلال در عملکرد پمپاژ.

کافی است؟ آیا پوست گرم و خشک است؟	رطوبت و رنگ پریدگی بررسی کنید. پایش سطح هوشیاری: هر ۲ ساعت سطح هوشیاری را بررسی کنید. تجویز داروها: داروهای اینوتروپ، بتا بلوکرها و سایر داروها را طبق دستور پزشک تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز داروهای قلبی، هدف آنها را به زبان ساده توضیح دهید (مثلاً "این دارو به قلب شما کمک می‌کند راحت‌تر کار کند")	۹۰) تثبیت شود. ضربان قلب منظم و در محدوده ۶۰-۱۰۰ باشد. برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت داشته باشد. پوست گرم و خشک باشد (نه سرد و مرطوب)	
آیا درد عود نکرده است؟ آیا ECG بهبود یافته است؟ آیا آنزیم‌های قلبی کاهش یافته است؟	پایش: ECG مانیتورینگ مداوم قلبی برای تشخیص آریتمی‌ها و تغییرات ایسکمی انجام دهید پایش آنزیم‌های قلبی: نتایج آزمایشات تروپونین و CPK را پیگیری کنید. پایش درد: هرگونه عود درد را سریعاً گزارش دهید. استراحت مطلق: در ۴۸-۲۴ ساعت اول، استراحت مطلق در بستر را رعایت کنید آرام‌سازی: از فعالیت‌ها و صحبت‌های استرس‌زا جلوگیری کنید.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: درد قفسه سینه عود نکند. تغییرات نوارقلب ایسکمی بهبود یافته را نشان دهد. آنزیم‌های قلبی روند کاهشی داشته باشند.	۳. پرفیوژن بافتی ناکارآمد (قلبی) - عروقی مرتبط با انسداد عروق کرونر و کاهش جریان خون به میوکارد.
آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟ آیا بیمار آرام‌تر شده و همکاری می‌کند؟	حضور مداوم پرستار: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش لحظه‌ای: اقداماتی که انجام می‌شود را به زبان ساده توضیح دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت جلوگیری کنید و نور را تنظیم کنید. حمایت خانواده: در صورت امکان، ملاقات کوتاه مدت با یکی از اعضای خانواده را فراهم کنید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با تیم درمان همکاری کند. علائم فیزیکی اضطراب (تاکی کاردی، تعریق) کاهش یابد.	۴. اضطراب شدید مرتبط با درد شدید، ترس از مرگ و بستری شدن در CCU.
آیا بیمار فعالیت‌های سبک را بدون درد انجام می‌دهد؟ آیا علائم حیاتی پس از فعالیت نرمال است؟	پروتکل فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید (روز اول استراحت مطلق، روز دوم نشستن روی تخت، روز سوم نشستن روی صندلی، روز چهارم راه رفتن کوتاه). پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی و سطح درد را بررسی کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که فعالیت تدریجی برای بازتوانی قلبی ضروری است. تشویق: پیشرفت‌های کوچک بیمار را تشویق کنید.	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه در اتاق) را بدون درد و تنگی نفس انجام دهد. بتواند فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تنظیم کند.	۵. عدم تحمل فعالیت مرتبط با آسیب عضله قلب و کاهش ذخیره قلبی.
آیا بیمار دفع نرمال داشته است؟ آیا از یبوست شکایت ندارد؟	پایش: هر شیفت وضعیت دفع بیمار را بررسی کنید. رژیم غذایی پر فیبر: در صورت اجازه پزشک، مواد غذایی فیبردار (میوه، سبزیجات) را تشویق کنید. مایعات: در صورت عدم محدودیت مایعات، مصرف آب کافی را	تا پایان روز دوم بستری، بیمار: اجابت مزاج نرمال و بدون زور زدن داشته باشد.	۶. خطر یبوست مرتبط با استراحت طولانی، مصرف داروها

	تشویق کنید. تحرک تدریجی: با اجازه پزشک، تحرک بیمار را افزایش دهید. ملین ها: در صورت لزوم، طبق دستور پزشک ملین تجویز کنید آموزش: به بیمار توضیح دهید که زور زدن هنگام دفع، فشار روی قلب را افزایش می دهد و باید از آن خودداری کند.	از بیوست شکایت نداشته باشد.	(مورفین) و تغییر رژیم غذایی.
از بیمار بپرسید: "اگر دوباره درد قفسه سینه داشتید، چه کار می کنید؟" از بیمار بخواهید نحوه مصرف نیتروگلیسرین زیربانی را توضیح دهد. از بیمار بپرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید؟" آیا بیمار شماره تماس اورژانس را در دسترس دارد؟	آموزش دارویی: نحوه مصرف داروها (آسپرین، کلوپیدوگرل، استاتین، بتا بلوکر، نیتروگلیسرین زیربانی) را مرور کنید. برای نیتروگلیسرین، نحوه مصرف (یک قرص زیر زبان هر ۵ دقیقه، حداکثر ۳ قرص) و زمان مراجعه به اورژانس (در صورت عدم تسکین پس از ۳ قرص) را آموزش دهید. آموزش رژیم غذایی: رژیم کم چرب، کم نمک، پر فیبر با مصرف میوه و سبزیجات فراوان را آموزش دهید. از مصرف غذاهای چرب، سرخ کردنی، فست فودها و نمک زیاد خودداری کند. آموزش فعالیت و باز توانی: برنامه تدریجی فعالیت را آموزش دهید. در هفته های اول از فعالیت های سنگین، رانندگی و رابطه جنسی خودداری کند. در برنامه باز توانی قلبی شرکت کند. آموزش علائم خطر: علائم عود (درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرگیجه، تپش قلب، تعریق سرد) را لیست کنید و تأکید کنید فوراً به اورژانس مراجعه کند. کنترل عوامل خطر: بر اهمیت ترک سیگار، کنترل فشار خون، قند خون و کلسترول، کاهش استرس و مدیریت وزن تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید.	در زمان ترخیص: عوامل خطر را شناسایی و راه های کنترل آنها را توضیح دهند. نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهند. رژیم غذایی مناسب را رعایت کنند. علائم هشدار عود را بشناسند. برنامه باز توانی قلبی را درک کنند.	۷. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با عوامل خطر، داروها، رژیم غذایی و باز توانی قلبی.

پرستار در زمان بستری بیمار سکته قلبی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

سکته قلبی وقتی رخ می دهد که جریان خون به بخشی از عضله قلب به طور ناگهانی قطع شود. این انسداد معمولاً در اثر پارگی پلاک آترواسکلروتیک و تشکیل لخته خون در عروق کرونر ایجاد می شود.

عوامل خطر شامل فشار خون بالا، کلسترول بالا، دیابت، استعمال دخانیات، چاقی، بی تحرکی، استرس مزمن و سابقه خانوادگی هستند. علائم اصلی شامل درد شدید قفسه سینه (احساس فشار، سنگینی یا فشردگی) است که ممکن است به بازوی چپ، شانه، گردن یا فک انتشار یابد و با تنگی نفس، تعریق سرد، تهوع و سبکی سر همراه باشد.

درمان سکته قلبی یک اورژانس پزشکی است و هدف آن باز کردن سریع عروق مسدود شده و حفظ عضله قلب است:

درمان اولیه (اورژانس):

- اکسیژن درمانی در صورت کاهش سطح اکسیژن خون
 - نیتروگلیسرین زیربانی یا وریدی برای کاهش درد و گشاد کردن عروق
 - مورفین برای کاهش درد شدید و اضطراب
 - آسپرین برای جلوگیری از تشکیل لخته بیشتر
- درمان بازگشایی عروق:**
- آنژیوپلاستی اولیه (PCI): باز کردن عروق با بالون و گذاشتن استنت (روش ارجح)

-داروهای حل کننده لخته (ترومبولیتیک) :در مراکز بدون امکانات آنژیوپلاستی

•درمان دارویی طولانی مدت:

-داروهای ضد پلاکت (آسپرین، کلوپیدوگرل)

-استاتین ها برای کاهش کلسترول

-بتا بلوکرها برای کاهش بار کاری قلب

-مهارکننده های ACE یا ARB برای محافظت از قلب

-نیترات ها برای کنترل درد قلب

رژیم غذایی در بستری

✓ بسته به وضعیت بیمار، رژیم قلبی شروع میشود. در ابتدا از مصرف غذاهای خیلی گرم و سرد خودداری کنید.

✓ از رژیم غذایی نرم و سبک در وعده های متعدد با حجم کم استفاده نمائید.

فعالیت در بستری

✓ در صورت استراحت مطلق به هیچ وجه از تخت پایین نیایید.

✓ به مدت ۴۸ - ۲۴ ساعت در بستر استراحت کنید. استراحت در حال نیمه نشسته به کاهش درد و تنگی نفس کمک میکند.

✓ در صورت استراحت نسبی و اجازه خروج از تخت، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری

دید و درد قفسه سینه، تنگی نفس و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

مراقبت در بستری

✓ برای پیشگیری از عوارض ریوی بی حرکتی ، تنفس عمیق و تغییر وضعیت در بستر انجام دهید.

✓ بسته به میزان و وسعت انفارکتوس و تثبیت وضعیت، میتوان که در چند روز اول ، تمرین حرکات دست و پا را شروع کنید و در حالی که در بستر قرار دارید، برای کاهش خطر لخته شدن خون ، پاها را به آرامی حرکت دهید.

✓ پس از تثبیت وضعیت، می توانید چندین بار در روز و هر بار به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه بر روی صندلی کنار تخت بنشیند و سپس به تدریج ایستادن و راه رفتن را در حد تحمل و تحت نظر پرستار و پزشک انجام دهید.

✓ اگر در حین فعالیت احساس گیجی و ضعف، درد قفسه سینه، تنگی نفس و خستگی داشتید و همچنین ضربان قلب به بیش از ۲۰ ضربه، بیشتر از ضربان پایه رسید، بلافاصله فعالیت را متوقف نمائید.

✓ هنگام تزریق داروهای ترومبولیتیک ها در تخت استراحت کنید و از حرکت کردن اجتناب نمایید و در صورت بروز علائمی مانند خونریزی، تنگی نفس، سردرد و گزارش دهید.

✓ از انجام فعالیتهای ایزومتریک که فشار زیادی به قلب وارد می کنند مثل: زورزدن هنگام اجابت مزاج، کشیدن یا بلند کردن اجسام سنگین خودداری شود.

✓ به دلیل استفاده از داروهای ضد انعقادی از دستکاری رابطهای وریدی خودداری کنید.

✓ از مانور والسالوا اجتناب کنید (مانند نگه داشتن نفس در حین تغییر وضعیت در تخت، زور زدن موقع اجابت مزاج)

✓ در صورت بروز علائم فشار در قفسه سینه و درد قفسه سینه با انتشار درد به گردن، شانه و دست به پرستار اطلاع دهید.

✓ در صورت داشتن درد، محل درد، انتشار درد، شدت درد، علائم همراه با درد را به پرستار اطلاع دهید تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.

دارو در بستری

داروهای (نیتروگلیسرین جهت تسکین درد قفسه سینه، ضدانعقادها جهت جلوگیری از ایجاد لخته و یا برای حل کردن لخته و ضد آریتمی جهت کنترل ضربان قلب) طبق دستور پزشک در ساعات و فواصل مشخص توسط پرستار تجویز می شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار سکته قلبی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ دو راه مناسب برای کاهش وزن، محدود کردن کالری مخصوصاً چربی و انجام فعالیت و ورزش می باشد.
- ✓ رژیم غذایی کم نمک، کم چربی و کم کالری و سرشار از پتاسیم مصرف نمائید.
- ✓ غذاها را در وعده های کوچک و مکرر استفاده کنید و از مصرف غذاهای پر حجم خودداری کنید.
- ✓ مصرف موادی مانند مثل تخم مرغ، روغنهای اشباع شده مانند کره و خامه، غذاهای حاوی چربی حیوانی را محدود کنید.
- ✓ گوشت مرغ را به صورت آب پز و کباب پز میل کنید.
- ✓ از مصرف زیاد کافئین، قهوه، چای و نوشابه های حاوی کولا که باعث افزایش ضربان قلب میشوند اجتناب نمایید.
- ✓ استفاده زیاد از سبزیها و میوه ها می توانند احتمال بروز حمله های قلبی و مغزی را به میزان قابل ملاحظه ای کاهش دهند.
- ✓ مصرف شوید، هویج، سیب در کاهش کلسترول خون موثر هستند.
- ✓ سویا حاوی یک نوع ماده گیاهی است که کلسترول موجود در خون را کاهش می دهد.
- ✓ لوبیا ارزانترین، متداولترین، موثرترین و سالمترین ابزار برای کاهش کلسترول می باشد.
- ✓ گوجه فرنگی سرشار از آنتی اکسیدان است و باعث کاهش بیماریهای قلبی می شود.
- ✓ فرآورده های گوشتی مانند سوسیس و کالباس غنی از چربیهای اشباع و سدیم هستند بنابراین تا حد امکان باید از مصرف آنها اجتناب شود.
- ✓ چربیهای غیر اشباع مایع مانند : انواع روغنهای مایع گیاهی مثل ذرت، آفتابگردان، سویا، زیتون، کنجد و ... کلسترول مفید خون HDL را افزایش داده و برای سلامت قلب و عروق مفید اند.
- ✓ دو نوع مهم این چربیها، امگا ۳ در غذاهای دریائی، بخصوص ماهیهای چرب مثل ساردین، قزل آلا و نیز در دانه های گیاهی و مغزا (مثل گردو) یافت می شوند و امگا ۶ (در انواع روغن مایع مثل ذرت و سویا، آفتابگردان و...) هستند.
- ✓ گوشتهای ارگانی مانند : جگر، قلوه و مغز نیز حاوی کلسترول زیادی هستند و تا حد امکان سعی شود از مصرف آنها اجتناب شود.
- ✓ ماهی داروی جهانی قلب می باشد. از آترواسکلروزیس جلوگیری می کند و سطح تری گلیسیرید را پایین می آورد و HDL کلسترول خوب را بالا می برد. کسانی که از غذاهای دریایی، زیاد استفاده می کنند کمتر دچار بیماریهای قلبی می شوند.

فعالیت در منزل

- ✓ معمولاً "بعد از یک دوره ۶-۸ هفته ای به تدریج ورزشهایی مثل : پیاده روی، آهسته دویدن، شنا و دو چرخه سواری را به طور روزانه انجام دهید.
- ✓ بسته به شدت انفارکتوس تا ۳-۲ هفته از رانندگی اجتناب کنید زیرا رانندگی باعث استرس و سفتی عضلات می شود. پس از آن میتوانید رانندگی را در زمانهای کوتاه شروع کنید.
- ✓ در برنامه ریزی فعالیتهای روزانه، کارهای سبک و سنگین را به طور متناوب انجام دهید و بین فعالیتهای دوره های مکرر استراحت داشته باشید و در مواقع لزوم در انجام کارها از مشارکت اعضای خانواده استفاده نمایید.
- ✓ بهتر است قبل از شروع ورزش و پس از پایان آن به مدت ۵-۲ دقیقه به طور آهسته راه بروید. این امر باعث افزایش سطح چربیهای خوب خون (لیپوپروتئینها با دانسیته بالا) کاهش فشار خون، کاهش وزن، تنظیم قند خون، کنترل استرس و احساس تندرستی و باعث بهبود وضعیت قلبی عروقی می شود.

نیازهای آموزشی بیماران فشارخون

آشنایی با بیماری و علل و عوارض آن

آشنایی با داروها و نحوه مصرف آن

آموزش رژیم غذایی

میزان تحرک و فعالیت (روزانه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه پیاده روی)

نکات خودمراقبتی و کنترل استرس و دوری از تنشهای محیطی

آموزش کنترل فشارخون در منزل

آموزش علایم هشدار بیماری

ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

جدول مداخلات و فرایند پرستاری در فشارخون بالا:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا فشارخون به محدوده هدف رسیده است؟ آیا علائم هیپوپرفیوژن (سرگیجه، تاری دید) مشاهده می شود؟ آیا ضربان قلب منظم است؟	پایش مداوم فشارخون: فشارخون را طبق دستور پزشک (در اورژانس هر ۱۵-۵ دقیقه، در شرایط پایدار هر ۴-۱ ساعت) اندازه گیری و ثبت کنید. پایش ضربان قلب: نبض را از نظر تعداد و ریتم بررسی کنید. پایش علائم: سرگیجه، سبکی سر، تغییر سطح هوشیاری و علائم هیپوپرفیوژن را بررسی کنید. تجویز داروها: داروهای کاهنده فشارخون را دقیقاً طبق دستور و در زمان مقرر تجویز کنید. پوزیشن: در افت فشارخون، بیمار را در وضعیت خوابیده با پاهای بالا قرار دهید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز دارو، نام و هدف دارو را توضیح دهید و تأکید کنید که داروها باید منظم مصرف شوند و قطع ناگهانی برخی از آنها (مانند بتا بلوکرها) خطرناک است	۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: فشار خون به محدوده هدف تعیین شده توسط پزشک کاهش یابد (بدون افت ناگهانی). ضربان قلب منظم و در محدوده ۶۰-۱۰۰ باشد. علائم کاهش پرفیوژن (سرگیجه، تاری دید) نداشته باشد	۱. کاهش برون ده قلبی مرتبط با افزایش مقاومت عروق محیطی و افزایش بار کاری قلب.
آیا فشارخون به تدریج و بدون افت ناگهانی کاهش یافته است؟ آیا علائم عصبی بدتر نشده است؟ آیا برونده ادراری کافی است؟	پایش دقیق علائم عصبی: هر ۲-۱ ساعت سطح هوشیاری، علائم سردرد شدید، تشنج، تغییرات بینایی را بررسی کنید. پایش قلبی: مانیتورینگ مداوم برای تشخیص ایسکمی یا آریتمی. پایش کلیوی: برونده ادراری را هر ساعت اندازه گیری کنید (هدف > ۳۰ میلی لیتر/ساعت). پایش آزمایشگاهی: نتایج کراتینین، آنزیم های قلبی و اوره را پیگیری کنید. تجویز دقیق داروهای وریدی: در اورژانس فشارخون، داروهای وریدی (نیتروپروساید، نیکاردیپین، لابتالول) را با پمپ انفوزیون و با دقت بالا تجویز کنید. آموزش: به بیمار و خانواده توضیح دهید که کاهش تدریجی فشارخون برای محافظت از مغز و کلیه ها ضروری است	طی ۲۴ ساعت اول در اورژانس فشارخون، بیمار: فشارخون به تدریج و بدون افت ناگهانی کاهش یابد (% ۳۰-۲۵ کاهش طی ۸-۱۲ ساعت اول). علائم آسیب اندام (درد قفسه سینه، علائم عصبی، کاهش برونده ادراری) بهبود یابد یا پیشرفت نکند.	۲. خطر پرفیوژن بافتی ناکارآمد (مغزی، قلبی، کلیوی) مرتبط با نوسانات شدید فشارخون و آسیب عروقی در اورژانس فشارخون
آیا بیمار فعالیت های سبک	فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و پاسخ فشارخون را پایش کنید.	تا پایان روز دوم بستری، بیمار:	۳. خطر عدم تحمل

فعالیت مرتبط با نوسانات فشارخون، سرگیجه و خستگی.	فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه در اتاق) را بدون افت فشارخون علامت‌دار انجام دهد. از سرگیجه هنگام تغییر وضعیت شکایت نداشته باشد.	تغییر وضعیت آهسته: به بیمار آموزش دهید هنگام بلند شدن از حالت خوابیده یا نشسته، آهسته این کار را انجام دهد تا دچار سرگیجه نشود. پایش فشارخون وضعیتی: فشارخون را در حالت خوابیده، نشسته و ایستاده اندازه‌گیری کنید (برای تشخیص افت فشارخون وضعیتی). آموزش: به بیمار توضیح دهید که در صورت احساس سرگیجه، فوراً بنشیند یا دراز بکشد	را بدون سرگیجه انجام می‌دهد؟ آیا افت فشارخون وضعیتی مشاهده می‌شود؟
۴. اضطراب مرتبط با تشخیص بیماری مزمن، بستری شدن یا ترس از عوارض.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند.	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت بیمار جلوگیری کنید.	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا بیمار سوالات خود را می‌پرسد؟
۵. خطر سقوط مرتبط با سرگیجه، افت فشارخون وضعیتی و عوارض داروهای کاهنده فشارخون	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ گونه سقوط یا زمین‌خوردگی نداشته باشد. اقدامات پیشگیری از سقوط را رعایت کند.	بررسی خطر سقوط: خطر سقوط بیمار را با ابزار استاندارد (مانند MORSE) ارزیابی کنید. آموزش: به بیمار آموزش دهید هنگام خروج از تخت از زنگ احضار استفاده کند و بدون کمک پرستار راه نرود. محیط ایمن: نرده‌های تخت را بالا بزنید، مسیر حرکت را از اشیاء مزاحم خالی کنید، از کفش مناسب استفاده کنید. کمک در راه رفتن: در ۲۴ ساعت اول یا در صورت سرگیجه، هنگام راه رفتن به بیمار کمک کنید.	آیا بیمار سقوط کرده است؟ آیا اقدامات پیشگیری از سقوط رعایت شده است؟
۶. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با رژیم غذایی، داروها، پایش فشارخون و علائم هشدار	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح اندازه‌گیری فشارخون در منزل را نشان دهند. رژیم غذایی کم نمک و DASH را رعایت کنند. نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهند. علائم هشدار اورژانس فشارخون را بشناسند و اقدام مناسب را بدانند. اهمیت فعالیت بدنی منظم و ترک دخانیات را توضیح دهند.	آموزش پایش فشارخون در منزل: نحوه صحیح اندازه‌گیری فشارخون (در حالت نشسته، پای صاف روی زمین، بازو در سطح قلب، قبل از مصرف دارو) را آموزش دهید. تأکید کنید که فشارخون را ثبت کرده و به پزشک نشان دهد. آموزش رژیم غذایی: رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم سدیم در روز) را آموزش دهید. از مصرف غذاهای کنسروی، فست‌فودها، چیپس، سوسیس و کالباس، نان‌های نمک‌دار و پنیر شور خودداری کند. رژیم DASH (غنی از میوه، سبزیجات، غلات کامل و لبنیات کم چرب) را توصیه کنید. آموزش دارویی: نحوه مصرف داروها (مدرها صبح، سایر داروها طبق دستور) را مرور کنید. تأکید کنید که داروها را حتی در صورت احساس خوب بودن باید مصرف کند و قطع ناگهانی داروها خطرناک است. در مورد عوارض جانبی سرگیجه، سرفه خشک با ACEI آموزش دهید. آموزش علائم هشدار: علائم اورژانس فشارخون (سردرد شدید ناگهانی، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تغییرات بینایی، ضعف یک طرفه بدن، مشکل در صحبت کردن، خونریزی بینی) را لیست کنید و تأکید کنید که در این موارد باید فوراً به اورژانس مراجعه کند. فعالیت: حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی متوسط در هفته (پیاده‌روی سریع، شنا، دوچرخه‌سواری) را توصیه کنید. ترک سیگار: در صورت مصرف سیگار، بر اهمیت ترک تأکید کنید و راهنمایی کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	از بیمار بخواهید نحوه اندازه‌گیری فشارخون را نشان دهد. از بیمار بپرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید؟" از بیمار بپرسید: "اگر سردرد شدید ناگهانی پیدا کردید، چه کار می‌کنید؟" آیا بیمار نحوه مصرف داروهایش را توضیح می‌دهد؟

پرستار در زمان بستری بیمار فشارخون موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح علت بیماری و روند درمان:

فشارخون بالا حالتی است که در آن نیروی وارد شده از جریان خون به دیواره رگها به طور مزمن افزایش می یابد. این بیماری می تواند بدون علت مشخص (فشارخون اولیه) یا در اثر بیماری های دیگر مانند مشکلات کلیوی، غدد یا مصرف برخی داروها (فشارخون ثانویه) ایجاد شود. درمان فشارخون بالا با هدف کاهش فشارخون به محدوده هدف و پیشگیری از عوارض قلبی-عروقی انجام می شود.

• درمان دارویی: شامل داروهای خط اول مانند مدرها (ادرار آور)، مهارکننده های ACE ، ARB ها، بلوکرهای کانال کلسیم و بتا بلوکرها.

• اصلاح سبک زندگی: کاهش مصرف نمک (کمتر از ۲ گرم سدیم در روز)، رژیم DASH (پر از میوه و سبزیجات)، فعالیت بدنی منظم (۱۵۰ دقیقه در هفته)، کاهش وزن و ترک دخانیات

رژیم غذایی در بستری

از رژیم غذایی مناسب، کم نمک و کم چرب استفاده کنید.

فعالیت در بستری

- ✓ در طی استراحت در بستر اندام های تحتانی را به طور مکرر حرکت دهید تا به حرکت و جریان خون کمک کنید.
- ✓ در صورت داشتن تعادل و عدم سرگیجه می توانید از تخت خارج شوید.

مراقبت در بستری

- ✓ در صورت سرگیجه در حین بلند شدن و نشستن، پرستار خود را مطلع نمایید.
- ✓ از وضعیت خوابیده به نشسته یا ایستاده و یا از حالت نشسته به ایستاده آرام تغییر وضعیت دهید تا دچار سرگیجه، سیاهی رفتن چشم یا غش نشوید.
- ✓ جهت خروج از تخت ابتدا به وضعیت نشسته قرار گرفته و در صورت عدم سرگیجه از تخت خارج شوید.
- ✓ در صورت داشتن مشکل تنفسی اطلاع دهید و سر تخت بایستی بالا باشد.
- ✓ نوار قلب، رادیوگرافی از قفسه سینه و آزمایش کامل ادرار و یا خون جهت پیگیری درمان از شما گرفته خواهد شد.
- ✓ در صورت نیاز به مانیتورینگ شدن، از جدا کردن کابل های مانیتورینگ خودداری نمائید.
- ✓ جهت به حداقل رساندن عفونت های بیمارستان در مدت بستری، بهداشت فردی اعم از بهداشت ناحیه ادراری، تناسلی و شستشوی دستها با صابون را رعایت نمایید.
- ✓ در صورت مصرف دارو در منزل، به پزشک و پرستار اطلاع دهید و از مصرف خودسرانه داروها پرهیز کنید.
- ✓ داروهای فشارخون، زیادی فشار خون را درمان نمیکنند، بلکه آن را کنترل می نمایند. مصرف گروهی از آنها ممکن است تا پایان عمر ضروری باشد. از قطع یا تغییر خودسرانه داروها خودداری کنید.
- ✓ در صورت بروز علائم از قبیل سرگیجه، سر درد، خستگی، سرفه مزمن و خشک و دانه های پوستی که ممکن است نشانه افزایش حساسیت باشد و ... اطلاع دهید.

دارو در زمان بستری

- داروها طبق دستور پزشک در زمان معین توسط پرستار تجویز میشود.
- قبل از مصرف بعضی داروها، نیاز است فشار خون شما گرفته شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار فشارخون موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ از گوشت های چرب و پیه، کره و لبنیات پرچرب پرهیز نموده و بجای آن از گوشت مرغ و ماهی که چربی اشباع شده کمتری نسبت به گوشت قرمز دارند استفاده نمایید.
- ✓ سعی نمایید از غذاهای کم نمک استفاده کنید و یا حداقل سر سفره به غذای خود نمک اضافه ننمایید.
- ✓ بجای استفاده از روغن نباتی جامد، روغن حیوانی، دنبه و کره، از روغنهای مایع مانند آفتاب گردان و زیتون استفاده نمایید.
- ✓ مصرف میوه ها و آمیوه طبیعی (زردآلو، موز، طالبی، آلوزرد، میوه های خشک مثل آلو و کشمش) را افزایش دهید. (در صورت نداشتن محدودیت غذایی)
- ✓ از مصرف غذاهایی از قبیل گوشت های دودی و نمک سود، ماهی دودی شور و کنسرو شده، آجیل شور، سوسیس و کالباس، شیرینی های میوه ای و خامه ای، رب گوجه فرنگی، زیتون شور، خیار شور و هر نوع شوری، پنیرهای شور، دوغ پر نمک، کشک، کره شور، سوپهای پودری و آماده، نانهای نمک دار، بیسکویت، جوش شیرین، خردل، سس گوجه فرنگی، ترد کننده های گوشت، پودر شربت و شکلات پرهیز نمایید.

فعالیت در منزل

- ✓ در برنامه روزانه خود حتماً زمانی را جهت ورزش اختصاص دهید. (حداقل ۳۰ دقیقه و به طور منظم و در روز های مشخص)
- ✓ از انجام ورزش های سنگین (مانند بلند کردن وزنه که موجب افزایش فشار خون می شود) بپرهیزید.

مراقبت در منزل

- ✓ در صورتی که سیگار مصرف میکنید جهت ترک سیگار اقدام کنید.
- ✓ جهت کاهش استرس تمرین های آرام بخش (قدم زدن) را انجام دهید.
- ✓ سعی کنید عصبانی نشوید، به خود مسلط باشید و از رفتن به محیط های نا آرام، شلوغ و یا جاهایی که فکر میکنید شما را ناراحت میکند اجتناب ورزید. چنانچه عصبانی شدید، چند نفس بلند بکشید و به خود یادآوری نمایید که سلامتی شما مهمتر است.
- ✓ چنانچه وزن اضافی دارید با رژیم غذایی مناسب و ورزش منظم آن را کاهش دهید (با نظر پزشک معالج یا کارشناس تغذیه)
- ✓ سعی کنید دستگاه فشار سنج تهیه نموده و یکی از اعضای خانواده تان طرز کار با آن را فرا گیرد.
- ✓ خشکی دهان اثر جانبی بعضی از داروهای فشارخون است که با تکه های نازک یخ یا آب نبات خشکی دهان برطرف میشود.

دارو در زمان ترخیص

- ✓ داروهای خود را به موقع مصرف نمایید و از قطع، کاهش یا افزایش آن بدون مشورت با پزشک خود جداً خودداری نمایید.
- ✓ دارو های ادرار آور را در اوایل روز مصرف نمایید.
- ✓ فشار خون و وزن خود را به طور منظم کنترل کنید.
- ✓ داروها، فشارخون بالا را درمان نمی کنند، بلکه آن را کنترل می نمایند. مصرف آن ممکن است تا پایان عمر ضروری باشد.
- ✓ مراقب سر گیجه، سر درد یا خستگی باشید و دانه های پوستی که ممکن است نشانه افزایش حساسیت باشد، سرفه مزمن، خشک و غیر موثر را در نظر داشته و به پزشک اطلاع دهید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت بروز علائمی از قبیل سردرد، خونریزی از بینی، طپش قلب و کم حوصلگی، سرگیجه بویژه هنگام تغییر از حالت نشسته به حالت ایستاده و بالعکس، درد قفسه سینه و تاری دید سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید.
- ✓ بصورت دوره ای جهت ادامه درمان به پزشک معالج مراجعه نمایید.

نیازهای آموزشی بیماران فیبریلسیون دهلیزی

آموزش علایم بیماری و علت بستری و درمان آن

مصرف صحیح داروهای ضدانعقاد و علایم مسمومیت با آن

اقدامات موثر در زمان بروز طپش قلب

شناخت علایم هشدار دهنده و عوارض بیماری و داروهای مصرفی

رژیم غذایی و تداخلات دارویی و غذایی با داروهای ضد انعقاد

خودمراقبتی در مصرف داروهای ضدانعقاد (چکاب منظم آزمایشات انعقادی، عوارض دارو و بهترین زمان مصرف و رژیم غذایی و ...)

جدول مداخلات و فرایند پرستاری در فیبریلسیون دهلیزی:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا ضربان قلب به محدوده هدف رسیده است؟ آیا ریتم قلب منظم تر شده است؟ آیا علائم سرگیجه کاهش یافته است؟	پایش مداوم: ضربان قلب، ریتم قلب (با مانیتور) و فشار خون را هر ۴-۱ ساعت بررسی کنید. ECG روزانه ECG ۱۲ لید بگیرید (تشخیص فقدان موج P و ریتم نامنظم). بررسی نبض محیطی: نبض را از نظر نقص نبض (تفاوت ضربان قلب شنیده شده با نبض رادیال) بررسی کنید. پوزیشن: در صورت سرگیجه، بیمار را در وضعیت خوابیده قرار دهید. تجویز داروها: داروهای کنترل ضربان (بتا بلوکر، کلسیم بلوکر، دیگوکسین) را طبق دستور و به موقع تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز داروهای کنترل ضربان، هدف دارو را توضیح دهید (مثلاً "این دارو به منظم شدن و کند شدن ضربان قلب شما کمک می کند").	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: ضربان قلب به محدوده ۶۰-۱۰۰ در دقیقه کنترل Rate برسد. فشار خون در محدوده نرمال تثبیت شود. علائم کاهش پرفیوژن (سرگیجه، تاری دید) نداشته باشد.	۱. کاهش برون ده قلبی مرتبط با بی نظمی ضربان قلب و کاهش پر شدن بطن ها.
آیا علائم نورولوژیک جدید ظاهر شده است؟ آیا INR در محدوده درمانی است؟ آیا بیمار علائم خونریزی ندارد؟	پایش نورولوژیک: هر شیفت علائم عصبی را بررسی کنید (سر درد ناگهانی، ضعف یک طرفه، اختلال تکلم، تغییر سطح هوشیاری). پایش نبض محیطی: نبض اندام ها را برای تشخیص آمبولی محیطی بررسی کنید. ارزیابی خطر نمره CHA ₂ DS ₂ -VASC (خطر سکته) و HAS-BLED (خطر خونریزی) را محاسبه کنید. تجویز ضد انعقادها: داروهای ضد انعقاد (وارفارین، آپیکسابان، ریواروکسابان و ...) را طبق دستور تجویز کنید. پایش آزمایشگاهی: در صورت مصرف وارفارین، INR را پایش کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ علامت نورولوژیک (سکته مغزی) نشان ندهد. نمره CHA ₂ DS ₂ -VASC و HAS-BLED ارزیابی شود. داروهای ضد انعقاد را به موقع دریافت کند.	۲. خطر پرفیوژن بافتی ناکارآمد (مغزی) مرتبط با تشکیل ترومبوز در دهلیز و خطر آمبولی.

	آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز ضد انعقاد، هدف دارو (پیشگیری از لخته و سکنه) و علائم خونریزی را توضیح دهید.		
۳. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش برون ده قلبی و خستگی ناشی از آریتمی.	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: فعالیت‌های روزمره را با تنگی نفس و خستگی کمتر انجام دهد. بتواند فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تنظیم کند.	تعیین سطح فعالیت: سطح فعالیت قابل تحمل را مشخص کنید. برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در فواصل کوتاه با استراحت بین آنها تقسیم کنید. پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی و سطح تنگی نفس را بررسی کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با کنترل ضربان قلب، تحمل فعالیت افزایش می‌یابد.	آیا بیمار فعالیت‌ها را با خستگی کمتر انجام می‌دهد؟ آیا علائم حیاتی پس از فعالیت نرمال است؟
۴. اضطراب مرتبط با تپش قلب، ترس از عوارض (سکنه) و نگرانی از آینده.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند.	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد ماهیت بیماری و درمان به بیمار بدهید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق را آموزش دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت بیمار جلوگیری کنید.	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا بیمار سوالات خود را می‌پرسد؟
۵. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروهای ضد انعقاد، علائم هشدار، پایش نبض و عوامل خطر.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح مصرف داروهای ضد انعقاد را توضیح دهند. علائم هشدار سکنه مغزی و خونریزی را بشناسند. نبض خود را بررسی کرده و بی‌نظمی را گزارش دهند. اهمیت مدیریت عوامل خطر (فشار خون، دیابت، وزن، ترک الکل) را توضیح دهند	آموزش دارویی ضد انعقاد: نحوه مصرف منظم داروها، اهمیت عدم قطع خودسرانه، عوارض جانبی (خونریزی) و تداخلات دارویی را آموزش دهید. در وارفارین، بر پایش منظم INR و مصرف ثابت ویتامین K تأکید کنید. آموزش علائم هشدار: علائم سکنه: ضعف ناگهانی یک طرفه، اختلال تکلم، افتادگی صورت، سرگیجه ناگهانی. علائم خونریزی: خونریزی لثه، کبودی خودبه‌خودی، ادرار خونی، مدفوع سیاه. آموزش پایش نبض: به بیمار آموزش دهید هر روز نبض خود را بررسی کرده و در صورت نامنظمی شدید (بیش از ۱۰۰-۱۲۰) یا برگشت علائم، به پزشک گزارش دهد. مدیریت عوامل خطر: بر اهمیت کنترل فشار خون، دیابت، کاهش وزن، ترک سیگار و الکل تأکید کنید. آموزش در مورد ابلیشن: در صورت کاندید بودن، اطلاعات پایه در مورد ابلیشن (روش، مراقبت‌های بعد از آن) ارائه دهید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک، نوار قلب و آزمایشات را مشخص کنید.	ارزیابی مجدد در زمان ترخیص: از بیمار بپرسید: "اگر یکباره دست و پایتان بی‌حس شد، چه کار می‌کنید؟" از بیمار بپرسید: "چه علائمی نشانه خونریزی است؟" از بیمار بخواهید نحوه گرفتن نبض را نشان دهد. آیا بیمار نحوه مصرف داروهایش را توضیح می‌دهد؟

پرستار در زمان بستری بیمار فیبریلاسیون دهلیزی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

فیبریلاسیون دهلیزی شایع ترین آریتمی قلبی است که در آن دهلیزها به جای انقباض مؤثر، دچار لرزش و حرکات بی نظم و سریع می شوند (۶۰۰-۳۰۰ بار در دقیقه). این بی نظمی باعث کاهش برون ده قلبی، احتباس خون در دهلیز و تشکیل لخته می شود که مهم ترین عارضه آن سکته مغزی است

درمان فیبریلاسیون دهلیزی بر اساس مفهوم جامع **AF-CARE** در گایدلاین ESC 2024 طراحی شده است :

C (Comorbidities): مدیریت عوامل خطر و بیماری های زمینه ای (فشار خون، نارسایی قلب، دیابت، چاقی).

A (Atrial fibrillation): پیشگیری از سکته مغزی با ضد انعقادها بر اساس نمره. CHA₂DS₂-VASc.

R (Reduce symptoms): کاهش علائم با کنترل Rate (کاهش ضربان قلب با بتا بلوکرها، کلسیم بلوکرها، دیگوکسین) و کنترل :

Rhythm: داروهای ضد آریتمی، کاردیوورژن، ابلیشن

E (Evaluation): ارزیابی و بازنگری پویای درمان .

ابلیشن با روش های حرارتی یا Pulsed Field Ablation اکنون درمان خط اول در فیبریلاسیون دهلیزی پاروکسیمال است .

رژیم غذایی در زمان بستری

✓ رژیم غذایی توصیه شده که شامل رژیم کم نمک و کم چربی است را رعایت کنید.

فعالیت در زمان بستری

✓ در صورت داشتن استراحت مطلق و ممنوعیت خروج از تخت، اصرار به خروج از تخت ننمایید.

✓ در صورت استراحت نسبی برای خروج از بستر و اجازه پزشک، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن

سرگیجه، تاری دید و درد قفسه سینه تنگی نفس و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

✓ در صورتی که باید با ویلچر به دستشویی بروید در زمان نیاز منتظر بمانید تا ویلچر را نزد شما بیاورند و به آرامی زمانی که پشت ویلچر

توسط همراهان یا خدمات بخش گرفته شده است بروی آن بنشینید.

مراقبت در زمان بستری

✓ سیم های مانیتورینگ قلبی را به هیچ وجه از قفسه سینه جدا نکنید.

✓ این سیم ها ضربان قلب شما را در مانیتوری که در بالای سر شما و ایستگاه پرستاری وجود دارد نشان می دهد.

✓ در صورتی که به چیزی نیاز داشتید دکمه احضار پرستار را فشار دهید.

✓ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما اجرا خواهد شد.

✓ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.

✓ ممکن است برای شما از اکسیژن استفاده شود، جریان آن را دستکاری نکنید.

✓ در صورت تنگی نفس اطلاع دهید.

✓ اقداماتی از قبیل نوار قلب، تست های آزمایشگاهی، تست ورزش و ... جهت تکمیل درمان در صورت نیاز انجام می شود.

✓ در صورت داشتن درد: محل درد، انتشار درد، شدت درد، علائم دیگر همراه با درد را به پرستار اطلاع دهید تا طبق تجویز پزشک اقدامات

لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.

✓ اجازه دهید پزشکان درمان شما را انجام دهند.

✓ از خود درمانی و مصرف دارو بدون تجویز پزشک خودداری نمایید.

پرستار در زمان ترخیص بیمار فیبریلاسیون دهلیزی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

✓ مصرف روزانه نمک را کاهش دهید. به میزان نمک (سدیم) موجود در مواد غذایی بسته بندی شده توجه ویژه ای داشته باشید.

- ✓ از یک رژیم غذایی سالم شامل میوه ها، سبزی ها، غلات کامل و غذاهای کم چربی پیروی کنید.
- ✓ اگر چاق هستید، وزن خود را کم کنید، اما از داروهای کاهش دهنده اشتها استفاده نکنید. این داروها ممکن است خود باعث بدتر شدن اختلالات ضربان قلب شوند.
- ✓ از مصرف الکل، مواد کافئین دار مانند چای و قهوه و خوردن غذاهای سنگین و نفاخ و دیر هضم مانند سوسیس و کالباس خودداری نمایید.

فعالیت در منزل

- ✓ ورزش و فعالیت منظم جهت کاهش وزن، تنظیم قند خون، کنترل استرس و... نقش موثری دارد. انجام ورزش به طور منظم توصیه می شود.
- ✓ از فعالیت در محیط های خیلی گرم یا سرد خودداری کنید
- ✓ به محض بهبود علائم، فعالیتهای عادی خود را می توانید از سر بگیرید
- ✓ در زمان مصرف وارفارین از انجام ورزشها و فعالیتهایی که سبب آسیب میشوند، خودداری کنید. البته بدین معنی نیست که ورزش نکنید.

مراقبت در منزل

- ✓ از مصرف سیگار و دخانیات خودداری نمایید.
- ✓ به طور منظم جهت کنترل بیماری به پزشک معالج مراجعه نمائید.
- ✓ داروها طبق دستور پزشک و در فواصل منظم مصرف شود.
- ✓ از قطع یا افزایش دارو بدون اجازه پزشک خودداری کنید.

اگر وارفارین یا آکسابین مصرف می کنید توصیه های زیر را بخاطر داشته باشید:

- ✓ اگر وارفارین یا آسپرین مصرف می کنید به پزشک، دندانپزشک و داروساز خود بگویید.
- ✓ اگر قرص وارفارین مصرف می نمایید در فواصلی که پزشکتان آن را تعیین می نماید آزمایش خون PT و INR بدهید. این فواصل نباید بیشتر از یک ماه باشد.
- ✓ دارو را در جای خشک و خنک نگهداری کنید ولی لزومی به نگهداری در یخچال نمی باشد. میتوان آن را در دمای اتاق، دور از حرارت و گرما، رطوبت و نور مستقیم آفتاب و دور از دسترس کودکان نگهداری کرد.
- ✓ اگر نصف قرص وارفارین را مصرف کردید، باقیمانده قرص را میتوانید نگه دارید و در نوبتهای بعدی مصرف کنید.
- ✓ مصرف بعضی محصولات گیاهی با داروهای ضد انعقاد تداخل دارد؛ لذا از مصرف خودسرانه محصولات گیاهی مانند سیر، چای سبز و... خودداری کنید.
- ✓ در صورت فراموش کردن یک نوبت دارو، به محض به یاد آوردن، دوز وارفارین فراموش شده را مصرف کنید.
- ✓ اگر نزدیک مصرف نوبت بعدی دارو به یاد آوردید که فراموش کرده اید، دوز داروی فراموش شده را مصرف نکنید و برنامه عادی مصرف خود را به صورت منظم ادامه دهید. در این خصوص با پزشک خود مشورت کنید.
- ✓ در هنگام کار با ابزار تیز و برنده دقت بیشتری داشته باشید و از دستکش محافظ، استفاده کنید. به جای استفاده از تیغ برای اصلاح، از ابزارهای برقی استفاده کنید.
- ✓ از مسواک نرم استفاده کنید. از خلال دندان استفاده نکنید.
- ✓ در منزل از جوراب و یا کفشهای راحت استفاده کنید تا بدین وسیله پای خود را محافظت کنید. به عبارتی با پای برهنه در خانه راه نروید.
- ✓ در هنگام گرفتن ناخن مراقب باشید. جوش و زگیل در روی بدن خود را دستکاری نکنید.
- ✓ داروی آکسابین یا ریواروکسaban را حتما بعد از غذا مصرف نمایید و چنانچه احساس تهوع، سوءهاضمه و درد معده نمودید، از مصرف غذاهای پرچرب و پر ادویه خودداری نمایید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

۱. اگر سابقه ایجاد فیبریلاسیون دهلیزی AF در یکی از اعضای درجه یک خانواده دارید.
 ۲. در صورتی که هر یک از حالات زیر رخ داد، فوراً با ۱۱۵ تماس بگیرید یا به بیمارستان مراجعه نمایید:
- درد قفسه سینه، تنگی نفس، از دست دادن هوشیاری موقت و غش کردن، احساس بی نظمی در ضربان قلب یا تند شدن ضربان قلب، هر گونه خونریزی یا کبودشدگی غیر طبیعی

نیازها و اولویتهای آموزشی حین بستری و هنگام ترخیص بیماران ACS

شناخت بیماری و مشخصات علایم درد قلبی	دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
آموزش اقدامات در صورت ایجاد درد و اطلاع به پرستار	طریقه استفاده از قرص زیر زبانی
رژیم غذایی کم نمک و کم چرب و مصرف ملین	آموزش علایم هشدار دهنده درد قلبی
فعالیت (استراحت و ورزش)	کنترل و آموزش بیماریهای زمینه ای (دیابت و فشارخون) و کنترل وزن
پیشگیری و درمان آنژین	پیگیری های پس از ترخیص و چکاب منظم
مصرف صحیح داروها و زمان صحیح و عوارض آن	ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری

جدول مداخلات و فرایند پرستاری در سندرم حاد کرونری قلب:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. درد حاد مرتبط با ایسکمی میوکارد و کاهش جریان خون کرونر.	طی ۶۰-۳۰ دقیقه اول پس از پذیرش، بیمار: شدت درد (بر اساس مقیاس ۱۰-۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. از کاهش درد قفسه سینه خبر دهد. علائم همراه (تهوع، تعریق، تنگی نفس) کاهش یابد.	بررسی درد: محل، شدت، کیفیت و انتشار درد را هر ۱۵-۵ دقیقه بررسی کنید. اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن (کمتر از ۹۰٪)، اکسیژن را وصل کنید. تجویز داروها: - نیتروگلیسرین زیرزبانی (یک قرص هر ۵ دقیقه، حداکثر ۳ دوز). - آسپرین (۳۲۵ میلی گرم) بلافاصله پس از دستور پزشک. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید. ECG بلافاصله ECG ۱۲ لید را انجام دهید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام دادن نیتروگلیسرین، نحوه مصرف را توضیح دهید.	آیا شدت درد کاهش یافته است؟ آیا بیمار از کاهش درد خبر می دهد؟ آیا ECG انجام شده است؟
۲. اضطراب مرتبط با درد قفسه سینه، ترس از سکته قلبی و بستری شدن.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با تیم درمان همکاری کند. علائم فیزیکی اضطراب کاهش یابد.	حضور مداوم پرستار: کنار بیمار بمانید و با لحن آرام صحبت کنید. آموزش لحظه ای: اقدامات انجام شده را به زبان ساده توضیح دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت جلوگیری کنید. حمایت خانواده: ملاقات کوتاه مدت با خانواده را فراهم کنید. تکنیک های آرام سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید.	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟
۳. کاهش برون ده قلبی مرتبط با ایسکمی	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: فشار خون در محدوده نرمال تثبیت شود.	پایش همودینامیک: فشار خون و ضربان قلب را هر ۲-۱ ساعت بررسی کنید.	آیا فشار خون تثبیت شده است؟

میوکارد و اختلال عملکرد بطن چپ.	ضربان قلب منظم و در محدوده ۶۰-۱۰۰ باشد. برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت داشته باشد.	پایش برونده ادراری: میزان خروجی ادرار را ثبت کنید. پایش ECG مانیتورینگ مداوم قلبی. تجویز داروها: بتا بلوکرها و سایر داروها را طبق دستور تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هدف داروها را توضیح دهید.	آیا برونده ادراری کافی است؟
۴. عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش ذخیره قلبی و خستگی.	تا پایان روز دوم بستری، بیمار: فعالیت های سبک را بدون درد و تنگی نفس انجام دهد. بتواند فعالیت ها را با استراحت تنظیم کند.	فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید. پایش پاسخ به فعالیت: قبل و بعد از فعالیت علائم حیاتی را بررسی کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که فعالیت تدریجی ضروری است.	آیا بیمار فعالیت ها را بدون درد انجام می دهد؟
۵. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با عوامل خطر، داروها و علائم هشدار.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: عوامل خطر را شناسایی و راه های کنترل آنها را توضیح دهند. نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهند. علائم هشدار عود را بشناسند. رژیم غذایی مناسب را رعایت کنند.	آموزش دارویی: نحوه مصرف داروها (آسپرین، کلوپیدوگرل، استاتین، بتا بلوکر، نیتروگلیسرین زیرزبانی) را مرور کنید. برای نیتروگلیسرین، نحوه مصرف و زمان مراجعه به اورژانس را آموزش دهید. آموزش علائم خطر: علائم عود (درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرگیجه) را لیست کنید. آموزش رژیم غذایی: رژیم کم چرب، کم نمک، غنی از میوه و سبزیجات را آموزش دهید. اصلاح سبک زندگی: بر اهمیت ترک سیگار، فعالیت بدنی منظم، کنترل فشار خون، دیابت و وزن تأکید کنید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	از بیمار بپرسید: "اگر دوباره درد قفسه سینه داشتید، چه کار می کنید؟" از بیمار بخواهید نحوه مصرف نیتروگلیسرین را توضیح دهد. آیا بیمار شماره تماس اورژانس را در دسترس دارد؟

پرستار در زمان بستری بیمار سندرم حاد کرونری قلب موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

آنژین ناپایدار نوعی از سندرم حاد کرونری است که در آن جریان خون به عضله قلب به طور ناگهانی کاهش می یابد، اما هنوز به مرحله مرگ سلولی (سکته قلبی) نرسیده است. علت اصلی آن پارگی پلاک آترواسکلروتیک و تشکیل لخته غیرانسدادی در عروق کرونر است. برخلاف آنژین پایدار، این نوع آنژین در حالت استراحت یا با حداقل فعالیت رخ می دهد و با نیتروگلیسرین به طور کامل یا سریع تسکین نمی یابد. معیارهای تشخیصی آنژین ناپایدار شامل یکی از موارد زیر است:

آنژین در حالت استراحت (طولانی تر از ۲۰ دقیقه)

آنژین با شروع جدید (کمتر از ۲ ماه) و با شدت بالا

آنژین پایدار قبلی که به طور واضح شدیدتر، طولانی تر یا با محرک کمتر شده است.

درمان آنژین ناپایدار با هدف کاهش بار کاری قلب، پیشگیری از تشکیل لخته، جلوگیری از پیشرفت به سکته قلبی و کنترل علائم انجام می شود:

درمان اولیه (اورژانس):

-اکسیژن درمانی در صورت کاهش سطح اکسیژن خون

-نیتروگلیسرین زیرزبانی یا وریدی برای گشاد کردن عروق و کاهش درد
-آسپرین با دوز بالا (۱۶۲-۳۲۵ میلی گرم) برای جلوگیری از تشکیل لخته بیشتر

درمان دارویی طولانی مدت:

- ضد پلاکت ها: آسپرین به همراه کلوپیدوگرل یا تیکاگرلور
 - ضد انعقادها: هپارین با وزن مولکولی کم در فاز حاد
 - بتا بلوکرها: برای کاهش ضربان قلب و مصرف اکسیژن میوکارد
 - نیترات ها: برای کنترل درد و گشاد کردن عروق
 - استاتین ها با دوز بالا: برای تثبیت پلاک و کاهش کلسترول
- بررسی آنژیوگرافی: در بیماران پرخطر، آنژیوگرافی عروق کرونر طی ۴۸-۲۴ ساعت انجام می شود

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ رژیم غذایی توصیه شده توسط مشاور تغذیه را رعایت کنید.
- ✓ مایعات فراوان بنوشید تا از یبوست جلوگیری شود.
- ✓ هرگز پر خوری نکنید. از خوردن چای پر رنگ و نوشیدنی حاوی کافئین خودداری کنید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در صورت داشتن استراحت مطلق و ممنوعیت خارج شدن از تخت، بهتر است در وضعیت نیمه نشسته در تخت استراحت کنید.
- ✓ روزانه حتماً بین فعالیت ها و استراحت خود تعادل برقرار کنید.
- ✓ در صورت استراحت نسبی برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و درد قفسه سینه تنگی نفس و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

اقدامات مراقبتی در زمان بستری

- ❖ کابل های مانیتورینگ را به هیچ وجه از قفسه سینه جدا نکنید.
- ❖ به دلیل استفاده از داروهای ضد انعقادی از دستکاری رابط های وریدی خودداری کنید..
- ❖ ممکن است برای شما از اکسیژن استفاده شود، جریان آن را دستکاری نکنید.
- ❖ اقداماتی از قبیل نوار قلب، تست های آزمایشگاهی، تست ورزش یا تست استرس دارویی با کنترل نوار قلب ، اسکن، آنژیوگرافی جهت تکمیل درمان در صورت نیاز انجام میشود.
- ❖ در صورت داشتن درد: محل درد، انتشار درد، شدت درد، علائم دیگر همراه با درد را به پرستار اطلاع دهید تا طبق تجویز پزشک اقدامات الزم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- ❖ سرم نیتروگلیسرین که به شما وصل می باشد جهت بهبود درد سینه شما است و افزایش قطرات آن موجب کاهش فشار خون و سرگیجه و ... می گردد پس آن را دستکاری نکنید.
- ❖ داروها طبق دستور پزشک در زمان معین توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- ❖ مدارک قبلی خود را به همراه داشته باشید تا پزشک بتواند در مورد درمان شما تصمیم درست بگیرد.
- ❖ پزشک را در جریان داروهای مصرفی قبلی خود قرار دهید.
- ❖ در صورتی که بیماری های دیگری از قبیل دیابت یا فشار خون بالا و ... دارید به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید.

پرستار در زمان ترخیص بیمار سندرم حاد کرونری قلب موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ از پر خوری پرهیز نمایید.
- ✓ از خوردن غذاهای سنگین و نفاخ و دیر هضم مانند سوسیس و کالباس خودداری نمایید.

- ✓ از مصرف کافئین خودداری کنید.
- ✓ در صورتی که افزایش وزن دارید، جهت کاهش وزن با کارشناس تغذیه مشورت کنید.
- ✓ از رژیم غذایی کم نمک و پرفیبر استفاده نمایید زیرا نه تنها از یبوست و زور زدن جلوگیری می‌کند، بلکه تعداد و شدت حملات درد سینه را کاهش می‌دهد.

فعالیت در منزل

- ✓ ورزش و فعالیت منظم جهت کاهش وزن، تنظیم قند خون، کنترل استرس و... نقش موثری دارد.
- ✓ میزان انجام فعالیتهای ورزشی را با نظر پزشک تنظیم کنید.
- ✓ از فعالیت در محیط های خیلی گرم یا سرد خودداری کنید.

مراقبت در منزل

در صورت ایجاد درد، به روش زیر عمل کنید:

- باید کلیه فعالیتهای خود را متوقف کنید و بنشینید و قرص نیتروگلیسرین را سریعاً زیر زبان قرار دهید و تا قطع کامل درد استراحت کنید.
- در صورت امکان برای جلوگیری از کاهش فشارخون وضعیتی دراز بکشید.
- در موقع درد می‌توانید تا ۳ قرص را به فاصله ۵-۱۰ دقیقه زیر زبانی مصرف کنید. اگر درد کاهش نیافت یا شدید شد با اورژانس تماس بگیرید.
- از انجام مانور والسالوا اجتناب کنید. (مانور والسالوا به معنی نگه داشتن نفس در حین تغییر وضعیت در تخت است، زور زدن در موقع اجابت مزاج)
- استرس در تشدید بیماری نقش بسزایی دارد و عوامل استرس زا را در زندگی خود بشناسید. در صورت لزوم بیمار را به روانپزشک و مراکز حمایتی در این زمینه راهنمایی نمایید.
- اهمیت ترک سیگار و اثرات نیکوتین روی سیستم قلب: سیگار باعث سریع کار کردن قلب شده و عروق خونی را تنگ کرده و اکسیژن رسانی به قلب را کاهش می‌دهد.

دارو در منزل

بیمارانی که قرص نیتروگلیسرین مصرف می‌کنند نکات زیر را رعایت کنند:

- ✓ باید در تمامی اوقات قرص نیترو گلیسرین را همراه داشته باشند.
- ✓ همیشه از قرص تازه استفاده شود زیرا در عرض ۳-۶ ماه اثر خود را از دست می‌دهد.
- ✓ همیشه در شیشه تیره رنگ با درب بسته نگهداری شود.
- ✓ ظرف قرص را خیلی به بدن نزدیک نکنید زیرا دمای بدن باعث بی اثر شدن آن می‌شود.
- ✓ قرص تازه بعد از قرار گرفتن زیر زبان احساس سوزش زیر زبان ایجاد میکند.
- ✓ امکان دارد سایر داروها مورد استفاده برای بیماری سرخرگهای قلبی، مثل آسپرین و آترواستاتین ... نیز تجویز شوند. داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید. مصرف دارو، حتی در صورت احساس بهبودی، باید ادامه یابد. از قطع، کاهش و یا افزایش آن بدون مشورت با پزشک خود جداً خودداری نمایید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ❖ حمله درد قفسه صدري، علیرغم استراحت و درمان با نیتروگلیسرین، بیش از ۱۰-۱۵ دقیقه طول بکشد.

- ❖ اگر با درد قفسه صدري از خواب بلند ميشويد و درد با يك قرص نيتروگليسيرين برطرف نميشود. اگر اين حملات ادامه يافت، حتماً به پزشك معالج مراجعه كنيد.
- ❖ اگر حمله درد قفسه صدري متفاوت با گذشته يا شديدتر از حد معمول است به پزشك معالج مراجعه كنيد.
- ❖ به طور منظم جهت كنترل بيماري به پزشك معالج مراجعه نماييد.

تاكی کاردی حمله ای فوق بطنی

نیازها و اولویتهای آموزشی حین بستری و هنگام ترخیص بیماران PSVT

فعالیت (استراحت و ورزش)	دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
رژیم غذایی کم نمک و کم چرب	پیگیری های پس از ترخیص و چکاب منظم
کنترل و آموزش بیماریهای زمینه ای (دیابت و فشارخون) و کنترل وزن	آموزش علت بيماري و روند درمان

جدول مداخلات پرستاری و فرايند پرستاری در PSVT

تشخيص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزیابی مجدد
۱. کاهش برون ده قلبی مرتبط با پر شدن ناکافی بطنها در طول تاکی کاردی شدید	طی ۶۰-۳۰ دقیقه اول پس از پذیرش، بیمار: ضربان قلب به محدوده ۱۰۰-۶۰ در دقیقه کاهش يابد. فشار خون در محدوده نرمال تثبیت شود. علائم هیپوپرفیوژن (سرگیجه، تاری دید) کاهش يابد.	پایش مداوم ECG: ریتم قلب را به طور مداوم مانیتور كنید و تغییرات را ثبت كنید . پایش علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب و سطح هوشیاری را هر ۱۵-۵ دقیقه در مرحله حاد بررسی كنید . بررسی ثبات همودینامیک: بیمار را از نظر علائم ناپایداری (افت فشار خون، تغییر سطح هوشیاری، درد قفسه سينه) ارزیابی كنید . اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن، اکسیژن را با دوز تجویز شده وصل كنید . آمادگی برای کاردیوورژن: در صورت ناپایداری همودینامیک، تجهیزات کاردیوورژن (دستگاه شوک، داروهای آرامبخش، تجهیزات راه هوایی) را آماده نگه دارید . آموزش دارویی (حین بستری): در صورت تجویز آدنوزین، به بیمار توضیح دهید که ممکن است احساس ناخوشایند موقتی (گر گرفتگی، تنگی نفس، فشار قفسه سينه) داشته باشد که ظرف چند ثانیه برطرف می شود.	پس از مداخلات: آیا ضربان قلب به محدوده نرمال کاهش یافته است؟ آیا فشار خون تثبیت شده است؟ آیا علائم سرگیجه و تاری دید برطرف شده است؟
۲. اضطراب مرتبط با تپش قلب ناگهانی، ترس از مرگ و بستری شدن	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با تیم درمان همکاری کند. علائم فیزیکی اضطراب (تاکی کاردی، تعریق) کاهش يابد.	حضور مداوم پرستار: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام، خونسرد و اطمینان بخش صحبت كنید . آموزش لحظه ای: اقدامات انجام شده (مانیتورینگ، تجویز داروها، مانورهای واگ) را به زبان ساده توضیح دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت جلوگیری كنید، نور را تنظیم كنید. تشویق به ابراز احساسات: به بیمار اجازه دهید ترسها و نگرانیهای خود را بیان کند .	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ آیا علائم فیزیکی اضطراب کاهش یافته است؟ آیا بیمار آرام تر شده و همکاری می کند؟

		حمایت خانواده: در صورت امکان، ملاقات کوتاه مدت با خانواده را فراهم کنید.	
۳. خطر عدم تحمل فعالیت مرتبط با کاهش ذخیره قلبی و خستگی ناشی از آریتمی.	تا پایان روز دوم بستری، بیمار: فعالیت‌های سبک را بدون عود تپش قلب یا تنگی نفس انجام دهد. بتواند فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تنظیم کند.	فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و پاسخ ضربان قلب را پایش کنید. پایش پاسخ به فعالیت: قبل و بعد از فعالیت علائم حیاتی را بررسی کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با کنترل آریتمی، تحمل فعالیت افزایش می‌یابد. برنامه‌ریزی استراحت: به بیمار بیاموزید بین فعالیت‌ها استراحت کافی داشته باشد.	آیا بیمار فعالیت‌ها را بدون عود علائم انجام می‌دهد؟
۴. کمبود دانش در مورد بیماری و خودمراقبتی مرتبط با عدم آشنایی با ماهیت بیماری، محرک‌ها، درمان‌های حاد و پیشگیری از عود	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: ماهیت بیماری و علل آن را توضیح دهند. محرک‌ها (کافئین، الکل، نیکوتین، استرس) را شناسایی کنند. مانورهای واگ ساده را در صورت عود علائم انجام دهند. علائم هشدار که نیاز به مراجعه به اورژانس دارد را بشناسند. نحوه مصرف داروها (در صورت تجویز) را توضیح دهند.	آموزش ماهیت بیماری: به بیمار توضیح دهید که PSVT یک آریتمی شایع است که معمولاً در افراد با قلب سالم رخ می‌دهد و قابل درمان است. آموزش شناسایی محرک‌ها: بر اهمیت پرهیز از محرک‌ها (کافئین، الکل، سیگار، مواد محرک) تأکید کنید. آموزش مانورهای واگ: مانور والسالوا (فوت کردن در سرنگ ۱۰ سی‌سی، زور زدن مانند زمان اجابت مزاج) و فرو بردن صورت در آب سرد را آموزش دهید. آموزش علائم خطر: در صورت عود علائم همراه با سرگیجه شدید، سنکوپ، درد قفسه سینه یا تنگی نفس، فوراً به اورژانس مراجعه کند. آموزش دارویی (تکمیلی): در صورت تجویز داروهای طولانی‌مدت (بتا بلوکرها، کلسیم بلوکرها)، نحوه مصرف منظم و عوارض جانبی را آموزش دهید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید. در صورت کاندید بودن برای ابلیشن، توضیحات لازم را ارائه دهید. آموزش با روش Teach Back: از بیمار بخواهید اطلاعات را به زبان خودش توضیح دهد تا از درک کامل مطمئن شوید.	• از بیمار بپرسید: "اگر دوباره تپش قلب ناگهانی پیدا کردید، قبل از آمدن به بیمارستان چه کاری می‌توانید انجام دهید؟" از بیمار بپرسید: "چه عواملی می‌تواند باعث برگشت بیماری شود؟" از بیمار بپرسید: "در چه شرایطی باید بلافاصله به اورژانس مراجعه کنید؟"

پرستار در زمان بستری بیمار PSVT موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

تاکی کاردی حمله‌ای فوق بطنی (PSVT) به مجموعه‌ای از آریتمی‌ها گفته می‌شود که به صورت ناگهانی شروع و خاتمه می‌یابند و منشأ آنها در دهلیزها یا گره دهلیزی-بطنی (AV Nde) است. شایع‌ترین نوع آن، تاکی کاردی بازوردی گره دهلیزی-بطنی (AVNRT) است که حدود ۶۰٪ موارد را تشکیل می‌دهد. این بیماری معمولاً در افراد با ساختار طبیعی قلب رخ می‌دهد، اما عوامل خطر و محرک‌های متعددی دارند: عوامل خطر: جنس مؤنث (شیوع دو برابر مردان)، سن بالا، بیماری‌های ساختاری قلب، پرکاری تیروئید

محرک‌ها: مصرف کافئین، الکل، نیکوتین، مواد محرک (کوکائین، آمفتامین)، داروها (سالبوتامول، هیدرالازین)، استرس، اضطراب، هیپوکسی و خستگی. علائم شامل تپش قلب ناگهانی، سرگیجه، تنگی نفس، درد یا فشار قفسه سینه، اضطراب و گاهی سنکوپ (غش) است

درمان PSVT بر اساس وضعیت همودینامیک بیمار و نوع آریتمی تعیین می‌شود

بیماران ناپایدار: در صورت وجود افت فشار خون، کاهش سطح هوشیاری، شوک یا درد شدید قفسه سینه، کاردیوورژن الکتریکی هماهنگ شده فوری انجام می‌شود.

بیماران پایدار: ابتدا مانورهای واگ (مانور والسالوا اصلاح‌شده با ۴۳٪ موفقیت) توصیه می‌شود. در صورت عدم موفقیت، آدنوزین وریدی (۹۱٪ موفقیت) داروی انتخابی است.

داروهای جایگزین: وراپامیل، دیلتیازم، یا بتا بلوکرها (اسمولول، پروپرانولول) در صورت عدم پاسخ به آدنوزین

درمان طولانی مدت:

- ابلیشن با کاتتر: درمان خط اول و مؤثرترین روش برای پیشگیری از عود (موفقیت ۹۸-۹۴٪).
- درمان دارویی: مسدودکننده‌های کانال کلسیم، بتا بلوکرها، یا داروهای ضد آریتمی در صورت عدم تمایل یا عدم موفقیت ابلیشن

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ رژیم غذایی توصیه شده که شامل رژیم قلبی و کم نمک است را رعایت کنید.
- ✓ از خوردن چای پر رنگ و نوشیدنی حاوی کافئین خودداری کنید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در صورت داشتن استراحت مطلق و ممنوعیت خارج شدن از تخت، بدون اجازه از تخت خود خارج نشوید و اصرار به خروج از تخت ننمایید.
- ✓ در صورت استراحت نسبی برای خروج از بستر و اجازه پزشک، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و درد قفسه سینه، تنگی نفس و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.
- ✓ حتماً "بین فعالیت ها و استراحت خود تعادل برقرار کنید.
- ✓ در صورتی که باید با ویلچر به دستشویی بروید در زمان نیاز منتظر بمانید، تا ویلچر (صندلی چرخدار) را نزد شما بیاورند و به آرامی زمانی که پشت ویلچر توسط همراهان گرفته شده است بروی آن بنشینید.

مراقبت در زمان بستری

- ❖ کابل های مانیتورینگ را به هیچ وجه از قفسه سینه جدا نکنید. این سیم ها ضربان قلب شما را در مانیتوری که در بالای سر شما و ایستگاه پرستاری وجود دارد نشان میدهد.
- ❖ در صورتی که به چیزی نیاز داشتید دکمه احضار پرستار را فشار دهید.
- ❖ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما اجرا خواهد شد.
- ❖ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ❖ ممکن است برای شما از اکسیژن استفاده شود، جریان آن را دستکاری نکنید.
- ❖ در صورت داشتن طپش قلب و تنگی نفس اطلاع دهید.
- ❖ اقداماتی از قبیل نوار قلب، تست های آزمایشگاهی، تست ورزش و ... جهت تکمیل درمان در صورت نیاز انجام می شود.
- ❖ در صورت داشتن درد: محل درد، انتشار درد، شدت درد، علائم دیگر همراه با درد را به پرستار اطلاع دهید تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.

پرستار در زمان ترخیص بیمار PSVT موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در زمان ترخیص

- ✓ از یک رژیم غذایی سالم شامل میوه ها، سبزی ها، غلات کامل و غذاهای کم چربی پیروی کنید.
- ✓ مصرف روزانه نمک را کاهش دهید. به میزان نمک (سدیم) موجود در مواد غذایی بسته بندی شده توجه ویژه ای داشته باشید.
- ✓ از پر خوری پرهیز نمایید.
- ✓ از مصرف کافئین خودداری کنید.
- ✓ در صورتی که افزایش وزن دارید، جهت کاهش وزن با کارشناس تغذیه مشورت کنید.

فعالیت در زمان ترخیص

- ✓ قبل از کار و غذا ورزشهای سبک انجام دهید.
- ✓ ورزش و فعالیت منظم جهت کاهش وزن، تنظیم قند خون، کنترل استرس و... نقش موثری دارد.
- ✓ از فعالیت در محیطهای خیلی گرم یا سرد خودداری کنید.

مراقبت در زمان ترخیص

- ✓ از انجام مانور والسالوا اجتناب کنید. (مانور والسالوا به معنی نگه داشتن نفس در حین تغییر وضعیت در تخت است، زور زدن در موقع اجابت مزاج).
- ✓ استرس در تشدید بیماری نقش بسزایی دارد و عوامل استرس‌زا را در زندگی خود بشناسید. در صورت لزوم بیمار را به روانپزشک و مراکز حمایتی در این زمینه مراجعه نمایید.
- ✓ اهمیت ترک سیگار و اثرات نیکوتین روی سیستم قلب سیگار باعث سریع کار کردن قلب شده و عروق خونی را تنگ کرده و اکسیژن رسانی به قلب را کاهش میدهد.
- ✓ اقدامات لازم در زمان ایجاد حمله : سعی کنید به خودتان مسلط باشید و استرس نداشته باشید.
- ✓ با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید و یا به اولین مرکز درمانی نزدیک محل سکونت خود مراجعه نمایید.
- ✓ از راه رفتن خودداری نمایید زیرا احتمال دارد فشار شما کاهش یابد و به زمین بخورید.
- ✓ اجازه دهید پزشکان درمان شما را انجام دهند.
- ✓ از خود درمانی و مصرف دارو بدون تجویز پزشک خودداری نمایید.
- ✓ از خوردن غذاهای سنگین و نفاخ و دیر هضم مانند سوسیس و کالباس خودداری نمایید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

در صورتی که علائم زیر ایجاد شد به پزشک مراجعه کنید:

- ✓ طپش قلب، کاهش فشار خون، تنگی نفس، سنکوپ
- ✓ به طور منظم جهت کنترل بیماری به پزشک معالج مراجعه نمائید.

نیازها و اولویتهای آموزشی حین بستری و هنگام ترخیص بیماران DVT	
فعالیت (استراحت و ورزش)	دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
رژیم غذایی کم نمک و کم چرب	پیگیری های پس از ترخیص و چکاب منظم
کنترل و آموزش بیماریهای زمینه ای (دیابت و فشارخون) و کنترل وزن	

جدول مداخلات پرستاری و فرایند پرستاری در ترومبوز ورید عمقی :

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا تورم اندام کاهش یافته است؟ آیا شدت درد کمتر شده است؟ آیا بیمار از ماساژ اندام خودداری می کند؟	پایش دقیق اندام: هر شیفت رنگ، دما، نبض محیطی، اندازه (دور ساق و ران) و وجود ادم را بررسی و ثبت کنید. بالا نگه داشتن اندام: پای مبتلا را بالاتر از سطح قلب قرار دهید (روی بالش) تا بازگشت وریدی تسهیل شود و تورم کاهش یابد. جوراب فشرده سازی: در صورت تجویز پزشک، جوراب واریس (فشرده سازی پلهای) را برای بیمار تهیه و نحوه پوشیدن را آموزش دهید. پرهیز از ماساژ: به بیمار و خانواده تأکید کنید که هرگز اندام مبتلا را ماساژ ندهند (خطر جدا شدن لخته). پرهیز از وضعیت های خطرناک: از زانو زدن، نشستن طولانی با پاهای آویزان، یا قرار دادن بالش زیر زانو خودداری کنید. تحرک زودهنگام: به محض شروع درمان ضد انعقاد و با اجازه پزشک، بیمار را به راه رفتن تشویق کنید (استراحت مطلق ممنوع). آموزش دارویی (حین بستری): هنگام شروع داروهای ضد انعقاد، هدف درمان را توضیح دهید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: کاهش تورم اندام مبتلا (اندازه گیری دور ساق روزانه). کاهش درد در اندام مبتلا (مقیاس درد کمتر از ۳). رنگ و دمای پوست اندام به حالت طبیعی نزدیک شود.	۱. پرفیوژن بافتی ناکارآمد (محیطی) مرتبط با انسداد جریان خون وریدی توسط لخته.
آیا شدت درد کاهش یافته است؟ آیا بیمار می تواند راحت تر حرکت کند؟	بررسی درد: محل، شدت و کیفیت درد را هر شیفت بررسی کنید. بالا نگه داشتن اندام: پای مبتلا را بالا قرار دهید تا فشار وریدی کاهش یابد. کمپرس گرم: در صورت تجویز، کمپرس گرم مرطوب روی ناحیه مبتلا می تواند به کاهش درد کمک کند (با احتیاط و بررسی پوست). تجویز مسکن: داروهای مسکن معمولاً NSAIDs یا استامینوفن را طبق دستور پزشک تجویز کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با شروع اثر ضد انعقادها و کاهش التهاب، درد کاهش می یابد.	شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. بتواند بدون درد شدید راه برود یا فعالیت کند.	۲. درد حاد مرتبط با التهاب ورید و انسداد جریان خون.
آیا علائم تنفسی جدید ظاهر شده است؟ آیا اشباع اکسیژن در محدوده نرمال است؟	پایش علائم تنفسی: هر شیفت علائم تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سرفه، هموپتزی و تاکی پنه را بررسی کنید. پایش علائم حیاتی: تعداد تنفس، ضربان قلب و اشباع اکسیژن را مرتب پایش کنید. پایش سطح اضطراب: بی قراری و اضطراب ناگهانی می تواند از علائم آمبولی باشد. اجتناب از فشار: از هرگونه فشار ناگهانی به اندام (مانند ماساژ، دستکاری شدید) خودداری کنید. آمادگی اورژانس: در صورت بروز علائم آمبولی، اکسیژن را وصل	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ علامت آمبولی ریه (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، هموپتزی) نشان ندهد. علائم حیاتی پایدار داشته باشد.	۳. خطر آمبولی ریه مرتبط با احتمال جدا شدن لخته از دیواره ورید.

کرده، بیمار را در وضعیت فاولر قرار دهید و فوراً به پزشک گزارش دهید.			
پایش علائم خونریزی: هر شیفت پوست، لثه، ادرار و مدفوع را از نظر خونریزی بررسی کنید. پایش آزمایشگاهی: نتایج آزمایشات انعقادی PT، PTT، INR و پلاکت را پیگیری کنید. احتیاط در اقدامات تهاجمی: از تزریقات عضلانی خودداری کنید، پس از رگ‌گیری حداقل ۵ دقیقه فشار دهید. آموزش: به بیمار و خانواده علائم خونریزی (کبودی خودبه‌خودی، خونریزی لثه، ادرار خونی، مدفوع سیاه) را آموزش دهید و تأکید کنید فوراً گزارش دهند. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز ضد انعقادها، عوارض خونریزی را توضیح دهید و تأکید کنید که داروها باید منظم مصرف شوند و از قطع خودسرانه خودداری کنند.	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ علامت خونریزی فعال (خونریزی لثه، اپیستاکسی، ادرار خونی، مدفوع سیاه، همتوم) نشان ندهد. نتایج آزمایشات انعقادی در محدوده ایمن باشد.	۴. خطر خونریزی مرتبط با مصرف داروهای ضد انعقاد.	از بیمار پرسید: "آیا علائم خونریزی مشاهده شده است؟" آیا INR در محدوده درمانی است؟ آیا بیمار علائم هشدار را به موقع گزارش می‌دهد؟
آموزش دارویی: - نحوه مصرف منظم داروهای ضد انعقاد (ریواروکسابان، آپیکسابان، وارفارین) را مرور کنید. - در وارفارین، بر پایش منظم INR (هدف درمانی ۲-۳) و مصرف ثابت ویتامین K (سبزیجات برگ سبز) تأکید کنید. - تأکید کنید که داروها را حتی پس از بهبود علائم باید مصرف کند و قطع خودسرانه خطرناک است. - در صورت فراموش کردن یک نوبت، دستورالعمل مشخص (طبق نوع دارو) ارائه دهید. آموزش علائم هشدار: - علائم خونریزی: خونریزی لثه، کبودی خودبه‌خودی، ادرار خونی، مدفوع سیاه، استفراغ خونی. - علائم عود لخته: تورم و درد ناگهانی مجدد در پا. - علائم آمبولی ریه: تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سرفه خونی. - تأکید کنید در صورت بروز هر یک، فوراً به پزشک مراجعه کند. آموزش جوراب واریس: - نحوه پوشیدن (صبح قبل از بلند شدن از تخت)، درآوردن (شب هنگام خواب) و شستشوی جوراب را آموزش دهید. - تأکید کنید که جوراب باید روزانه استفاده شود (معمولاً تا ۲ سال) تا از سندرم پس از ترومبوز پیشگیری کند. آموزش فعالیت و سبک زندگی: - از نشستن یا ایستادن طولانی خودداری کند (هر ۱-۲ ساعت راه برود). - در سفرهای طولانی، هر ساعت راه برود یا حرکات ساق پا را انجام دهد. - مایعات کافی بنوشد (۶-۸ لیوان در روز). - ترک سیگار و مدیریت وزن. - از مصرف خودسرانه داروها به ویژه NSAIDs خودداری کند. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک، انجام سونوگرافی داپلر و آزمایشات را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح مصرف داروهای ضد انعقاد را توضیح دهند. علائم هشدار خونریزی و عود لخته را بشناسند. مراقبت‌های طولانی‌مدت (جوراب واریس، فعالیت، پایش علائم) را رعایت کنند. عوامل خطر قابل اصلاح را شناسایی کنند.	۵. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با داروهای ضد انعقاد، علائم هشدار، مراقبت‌های طولانی‌مدت و اصلاح سبک زندگی.	از بیمار پرسید: "اگر متوجه خون در ادرار خود شدید، چه کار می‌کنید؟" از بیمار پرسید: "چطور و چه موقع باید جوراب واریس را بپوشید؟" از بیمار پرسید: "اگر دوباره پای شما ورم کرد، چه کار می‌کنید؟" آیا بیمار شماره تماس اورژانس و پزشک را در دسترس دارد؟

پرستار در زمان بستری بیمار DVT موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

- ترومبوز وریدهای عمقی به تشکیل لخته خون در وریدهای عمقی بدن، معمولاً در پاها (ساق یا ران) گفته می شود. این لخته می تواند جریان خون را مسدود کرده و عوارض جدی ایجاد کند. مهم ترین عارضه، آمبولی ریه (جدا شدن لخته و رفتن به ریه ها) است که می تواند کشنده باشد
- سه عامل اصلی در تشکیل لخته (سه گانه ویرخوف) نقش دارند:
 - کند شدن جریان خون (استاز) : بی حرکتی طولانی، استراحت مطلق، سفرهای طولانی
 - آسیب به دیواره عروق : جراحی، تروما، شکستگی، کاتترهای وریدی
 - افزایش انعقادپذیری خون : سرطان، مصرف قرص های ضدبارداری، بارداری، عوامل ژنتیکی
- علائم شامل تورم یک طرفه پا، درد یا حساسیت به لمس، گرمی و قرمزی پوست است.
- درمان DVT با اهداف جلوگیری از بزرگ شدن لخته، پیشگیری از آمبولی ریه، کاهش عوارض طولانی مدت (سندرم پس از ترومبوز) و جلوگیری از عود انجام می شود:

درمان دارویی (ضد انعقاد):

- داروهای خوراکی مستقیم (DACs) : ریواروکسابان، آپیکسابان (درمان خط اول)
- هپارین با وزن مولکولی کم: انوکسپارین (معمولاً در فاز حاد یا بارداری)
- وارفارین: با پایش منظم INR (در موارد خاص)

درمان های مداخله ای:

- ترومبولیتیک (حل کننده لخته): در موارد شدید (DVT) ایلویومورال (برای کاهش سریع علائم و پیشگیری از سندرم پس از ترومبوز)
- ترومبکتومی مکانیکی: خارج کردن لخته با کاتتر
- فیلتر ورید اجوف تحتانی: در مواردی که نمی توان از ضد انعقاد استفاده کرد

درمان حمایتی:

- فشرده سازی (کمپرس): جوراب واریس برای کاهش ادم و پیشگیری از سندرم پس از ترومبوز
 - بالا نگه داشتن اندام برای کاهش تورم
 - تحرک زودهنگام (برخلاف تصور قدیم، استراحت مطلق توصیه نمی شود)
- مدت درمان: معمولاً ۳-۶ ماه، اما در موارد با خطر بالا (سرطان، عود مکرر) ممکن است طولانی تر باشد.

رژیم غذایی در زمان بستری

✓ رژیم غذایی با محدودیت نمک و چربی مصرف نمائید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در صورت استراحت مطلق به هیچ وجه از تخت پایین نیایید.
- ✓ در صورت استراحت نسبی و اجازه خروج از تخت توسط پرستار، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و درد قفسه سینه، تنگی نفس و... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.
- ✓ از نشستن و ایستادن طولانی اجتناب کنید. از نشستن به حالتی که ساقها یا مچ پاها را روی یکدیگر بیندازید خودداری کنید.

مراقبت در زمان بستری

- ❖ در مرحله حاد بیماری بایستی ۷ - ۵ روز در تخت استراحت کنید.
- ❖ از کمپرس گرم و مرطوب در ناحیه استفاده می شود.
- ❖ در هنگام استراحت، حرکت دادن عضلات پا، خم کردن مچ پا و تکان دادن انگشتان پا را تبدیل به عادت خود کنید.

- ❖ هنگامی که بیمار استراحت مطلق است، پاها و ساق پاها باید به طور دوره ای بالاتر از سطح قلب قرار گیرند و تمرینات فعال و غیرفعال پا باید برای افزایش جریان وریدی انجام شود.
- ❖ بی حرکتی میتواند باعث رکود خون در پاها و افزایش احتمال عفونت ریه ها گردد، لذا ورزشهای تنفسی (نفسهای عمیق و سرفه) و چرخش پا را انجام دهید.
- ❖ پس از شروع حرکت از جورابهای الاستیک فشاری استفاده کنید. در هنگام شب آنها را خارج کرده و پوست پا را کاملاً بررسی کنید.
- ❖ به دلیل استفاده از داروهای ضد انعقادی از دستکاری رابطهای وریدی خوداری کنید.
- ❖ از مسواک نرم استفاده کنید. (مصرف داروهای ضد انعقادی، آسیب به لثه ها، خونریزی و عوارض عفونت و... در پی خواهد داشت).
- ❖ از استرس و ناراحتی اجتناب کنید.
- ❖ برای به حداقل رساندن خطر آمبولی ریه، در گرفتن آزمونهای خونی برای پایش غلظت ضد انعقاد همکاری نمائید.
- ❖ پس از مصرف داروها در صورت خونریزی و دردهای موضعی به پرستار اطلاع دهید.
- ❖ بروز علائمی از قبیل ضعف، سردرد، سرگیجه، درد شدید معده، ادرار قرمز یا قهوه ای رنگ، خونریزی از بینی و لثه، مدفوع سیاه رنگ، عدم توقف خونریزی از بریدگیها و زخمها را اطلاع دهید.
- ❖ در صورت داشتن درد (شروع، محل انتشار، شدت درد) به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما انجام دهد.

دارودر زمان بستری : ضد انعقادهای داخل وریدی برای پیشگیری از گسترش لخته ها برای شما انفوزیون میشود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار DVT موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ از خوردن غذاهای چرب و پر نمک خودداری کرده و مایعات زیاد مصرف کنید.
- ✓ از مصرف بیش از حد ملینها (خوراکی و یا دارویی) اجتناب کنید زیرا جذب ویتامین K را تحت تاثیر قرار میدهد.
- ✓ در طول درمان از مصرف غذاهای حاوی ویتامین K ، مثل خانواده کلم، پیاز، ماهی، مارچوبه خودداری کنید.

فعالیت در منزل

- ✓ استراحت در بستر تا رفع تمام علائم التهاب لازم است. در هنگام استراحت حرکت دادن عضلات پا، خم کردن مچ و تکان دادن انگشتان پا را تبدیل به عادت کنید و در هنگام نشستن به مدت طولانی پاها را بالاتر از باسن قرار دهید.
- ✓ در صورت امکان روزانه پیاده روی های کوتاه مدت داشته باشید.
- ✓ در هنگام خواب پاها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید تا بازگشت وریدی تسهیل شود.
- ✓ از نشستن (بیش از ۲ ساعت) و ایستادن طولانی خودداری کنید و در صورتی که مسافرت طولانی انجام می دهید، هر ۲ ساعت یکبار قدم بزنید و تغییر وضعیت دهید.
- ✓ از ماساژ محل ترومبوز خودداری کنید زیرا ممکن است باعث پرتاب لخته به قلب شده و خطرناک است.

مراقبت در منزل

- پس از شروع حرکت از جوراب های الاستیک فشاری استفاده کنید. در هنگام شب جوراب ها را خارج کرده و پوست پا را کاملاً بررسی کنید.
- از جوراب های کشی مناسب یا باندازه های کشی استفاده کنید ولی از بند جوراب کشاف بلند استفاده نکنید.
- در هنگام استراحت پاها را به صورت دوره ای بالاتر از سطح قلب قرار دهید.
- از قرار دادن پوست پا در معرض گرما و سرمای شدید اجتناب کنید. پوست از نظر خشکی و زخم بررسی شود و در صورت زخم به پزشک اطلاع داده شود
- از خاراندن و ماساژ بی مورد پوست اجتناب کنید ، هر روز پاها را با آب و صابون شستشو داده و خشک کنید.
- از هیجانات شدید و محیط های پراسترس پرهیز کنید.
- در صورت داشتن وزن بالا، وزن خود را کاهش دهید.

- در صورت مصرف دخانیات (سیگار و قلیان) آنرا ترک کنید. (زیرا اثر داروها را کاهش می دهد).
- داروهای ضد انعقاد را هر روز در زمان مشخصی (مثال بین ۸ تا ۹ صبح) مصرف کنید و مصرف آنها ممکن است ۶ ماه یا بیشتر لازم باشد.
- قبل از مصرف هر داروی جدید شیمیایی و حتی گیاهی پزشک خود را مطلع کنید به این دلیل که داروهای زیادی وجود دارند که با عمل داروهای ضد انعقاد تداخل می کنند.

دارو در منزل

- در صورتی که وارفارین مصرف می کنید از خوردن غذاهای حاوی ویتامین K (سبزیجات برگ سبز تیره مثل اسفناج و کاهو) خودداری کنید.
- در صورتیکه اخیراً " تحت درمان ترومبوز وریدهای عمقی قرار گرفته اید ، پاهای خود را ماساژ ندهید چون باعث سست شدن لخته میشود.
- قبل از انجام هرگونه اقدام پزشکی یا دندانپزشکی، پزشک مربوطه را در جریان مصرف داروهای خود قرار دهید.
- در هنگام مصرف داروها از داروهای آسپرین ، ویتامین K ، داروهای مسهل استفاده نکنید و از تزریق عضلانی و زیر جلدی خودداری کند.
- در هنگام مصرف داروهای ضد انعقاد مراقب کبودی و خونریزی باشید و خود را در مقابل سقوط بر روی اشیایی که باعث کبودی و خونریزی میشود حفظ کنید.
- آقایان از ریش تراش برقی به جای تیغ استفاده کنند (به جهت مصرف داروهای رقیق کننده خون و احتمال ایجاد زخم و عوارض آن).
- ضد انعقادهای خوراکی ممکن است به مدت ۶ ماه یا بیشتر لازم باشند.
- در صورت مصرف آکسایبین (ریوآروکسابان) بهتر است بعد از غذا دارو را مصرف کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ❖ بروز علائمی از قبیل ضعف، سردرد، سرگیجه، درد شدید معده، ادرار قرمز یا قهوه ای رنگ، خونریزی از بینی و لثه، مدفوع سیاه رنگ، عدم توقف خونریزی از بریدگی ها و زخم ها را گزارش کنید. به دلیل اینکه خونریزی عارضه داروهای ضد انعقاد است باید مرتب طبق برنامه زمانبندی شده توسط پزشک، جهت انجام تست های انعقادی مراجعه کنید.
- ❖ در صورت بروز تنگی نفس، درد قفسه سینه، سرفه و خلط خونی و در صورت بروز درد پا علی رغم درمان، ادم، تغییرات پوست به صورت ورقه ورقه شدن، پیگمانتاسیون قهوه ای و علائم جدید و غیر قابل توجهی بلافاصله به اورژانس یا پزشک مراجعه کنید.

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران دیابت

آشنایی با بیماری ، علایم و عوارض و علل آن
آموزش علایم هشدار بیماری (کاهش یا افزایش قند خون) و راه مقابله با آن
آموزش نحوه صحیح مصرف داروها و تزریق انسولین
آموزش رژیم غذایی دیابتی
آموزش میزان فعالیت و تحرک و تاثیر آن بر سلامتی و رسیدن به وزن ایده آل
آموزش کنترل قند خون در منزل
آموزش مراجعه به کلینیک دیابت بعد از ترخیص
مراقبت از پاها و پیشگیری از زخم پای دیابتی و کنترل استرس
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

جدول مداخلات پرستاری و فرایند پرستاری در بیماران دیابتی:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا قند خون در محدوده هدف است؟ آیا افت قند خون رخ داده است؟ آیا بیمار علائم هشدار را می شناسد؟	پایش دقیق قند خون: قند خون مویرگی را طبق دستور (معمولاً قبل از غذا و شب) اندازه گیری و ثبت کنید . بررسی علائم: هر شیفت علائم هیپوگلیسمی (تعریق سرد، لرزش، اضطراب، گرسنگی) و هیپرگلیسمی (تشنگی مفرط، تکرر ادرار) را بررسی کنید . هماهنگی با وعده های غذایی: زمان تجویز داروهای کاهنده قند را با وعده های غذایی هماهنگ کنید. آمادگی برای هیپوگلیسمی: منابع قند سریع الجذب (آبمیوه، قند، گلوکز) را در دسترس داشته باشید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز داروها، علائم افت قند را توضیح دهید و تأکید کنید در صورت بروز این علائم، سریعاً پرستار را مطلع کند.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: قند خون در محدوده هدف (معمولاً ۱۴۰-۱۸۰ میلی گرم/دسی لیتر) تثبیت شود. علائم هیپوگلیسمی (تعریق، لرزش، تاری دید) یا هیپرگلیسمی شدید نداشته باشد.	۱. خطر ناپایداری سطح گلوکز خون مرتبط با عدم تعادل بین دارو، فعالیت و دریافت غذایی
آیا علائم عفونت مشاهده می شود؟ آیا زخم ها روند بهبودی دارند؟	پایش پوست: هر شیفت پوست، به ویژه پاها و محل های تزریق را از نظر قرمزی، زخم یا ترشح بررسی کنید . مراقبت از پا: روزانه پاها را از نظر تاول، بریدگی یا زخم بررسی کنید. به بیمار نیز آموزش دهید خود این کار را انجام دهد . بهداشت فردی: بر رعایت بهداشت دست ها و خشک نگه داشتن نواحی چین های پوستی تأکید کنید. پایش علائم حیاتی: تب و سایر علائم حیاتی را مرتب پایش کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ علامت عفونت (تب، قرمزی، تورم، ترشح چرکی) نشان ندهد. زخم های پوستی (در صورت وجود) روند بهبودی داشته باشند.	۲. خطر عفونت مرتبط با هیپرگلیسمی مزمن که عملکرد ایمنی را مختل می کند

	آموزش: به بیمار توضیح دهید که قند خون بالا خطر عفونت را افزایش می‌دهد و کنترل قند بهترین راه پیشگیری است.		
از بیمار بخواهید نحوه اندازه‌گیری قند خون را نشان دهد. از بیمار بپرسید: "اگر احساس لرزش و تعریق کردید، چه کار می‌کنید؟" از بیمار بپرسید: "متفورمین را کی باید مصرف کنید؟" از بیمار بپرسید: "برای مراقبت از پاهایتان چه کارهایی انجام می‌دهید؟" آیا بیمار شماره تماس اورژانس و پزشک را در دسترس دارد؟	آموزش پایش قند خون: نحوه کار با دستگاه گلوکومتر، زمان‌های مناسب اندازه‌گیری (قبل از غذا و شب)، ثبت نتایج و تفسیر اعداد را آموزش دهید. آموزش هیپوگلیسمی: - علائم: تعریق، لرزش، ضعف، گرسنگی، سردرد، تپش قلب. - اقدام: مصرف ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع‌الجذب (۳ حبه قند، نصف لیوان آبمیوه، یک قاشق غذاخوری عسل)، بررسی مجدد قند پس از ۱۵ دقیقه و تکرار در صورت عدم بهبود. آموزش رژیم غذایی: - وعده‌های غذایی منظم و میان‌وعده‌ها را توضیح دهید. - از مصرف قندهای ساده، نوشابه‌ها و غذاهای پرچرب خودداری کند. - در صورت امکان، مشاوره با متخصص تغذیه توصیه شود. آموزش دارویی: - متفورمین: مصرف همراه با غذا برای کاهش عوارض گوارشی، پایش سالانه ویتامین B12. - سولفونیل‌اوره‌ها: خطر افت قند، مصرف قبل از غذا. - مهارکننده‌های SGLT2: افزایش دفع ادرار، خطر عفونت ادراری و قارچی، رعایت بهداشت. - آگونیست‌های GLP-1: تزریق زیرجلدی، عوارض گوارشی (تهوع)، اثرات کاهش وزن و محافظت قلبی. - تأکید کنید داروها را حتی در صورت احساس خوب بودن باید مصرف کند و قطع خودسرانه خطرناک است. آموزش مراقبت از پا: - روزانه پاها را بررسی کند (کف پا، بین انگشتان). - از کفش مناسب و جوراب نخی استفاده کند. - ناخن‌ها را صاف بگیرد. - در صورت مشاهده هرگونه زخم یا تاول، سریعاً به پزشک مراجعه کند. آموزش فعالیت: حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی متوسط در هفته (پیاده‌روی سریع، شنا). پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک، اندازه‌گیری HbA1c (هر ۳-۶ ماه)، بررسی سالانه چشم، کلیه و پا	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح اندازه‌گیری قند خون در منزل را نشان دهند. علائم و اقدامات لازم در هیپوگلیسمی را توضیح دهند. رژیم غذایی مناسب (تعداد وعده‌ها، نوع مواد غذایی) را شرح دهند. نحوه مصرف داروها و عوارض جانبی آنها را توضیح دهند. مراقبت از پاها را به درستی انجام دهند.	۳. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری مرتبط با عدم آشنایی با پایش قند خون، رژیم غذایی، داروها و پیشگیری از عوارض

پرستار در زمان بستری بیمار دیابت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

دیابت نوع ۲ یک بیماری مزمن متابولیک است که در اثر مقاومت به انسولین و کمبود نسبی ترشح انسولین ایجاد می شود. برخلاف دیابت نوع ۱، بدن همچنان انسولین تولید می کند، اما سلول ها به آن پاسخ نمی دهند و یا انسولین تولید شده کافی نیست.

عوامل خطر اصلی عبارتند از:

چاقی و اضافه وزن (BMI بالا)، سابقه خانوادگی دیابت، سن بالا، سبک زندگی کم تحرک، رژیم غذایی ناسالم، سابقه دیابت بارداری، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون حدود ۹۰٪ موارد دیابت در جهان از نوع ۲ است و شیوع آن به دلیل افزایش چاقی و سبک زندگی کم تحرک در حال افزایش است.

درمان دیابت نوع ۲ بر اساس آخرین گایدلاین ها، رویکردی شخصی سازی شده و چندمحوری دارد:

اصلاح سبک زندگی: پایه و اساس درمان شامل تغذیه سالم، فعالیت بدنی منظم (حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته)، کاهش وزن (۵-۱۰٪) کاهش وزن تأثیر قابل توجهی بر کنترل قند دارد.

درمان دارویی خوراکی:

متفورمین: داروی خط اول در اکثر بیماران.

داروهای جدید دیابت (مانند امپاگلیفلوزین و لیراگلو تاید) فقط قند خون را پایین نمی آورند، بلکه از قلب و کلیه های شما محافظت می کنند. اگر پزشک این داروها را برای شما تجویز کرد، به این معنی است که می خواهد از شما در برابر سکت قلبی و نارسایی کلیه محافظت کند. مصرف منظم این داروها بسیار مهم است.

درمان تزریقی:

-انسولین: در موارد عدم کنترل با داروهای خوراکی یا وجود موارد منع مصرف.

درمان چاقی: داروهای جدید، گزینه های جدیدی برای بیماران چاق فراهم کرده اند.

اگر پزشک برای شما "ویکتوزا"، "اوزمپیک" یا "ترولیستی" تجویز کرده است، اینها همان داروهای دوست دار قلب و لاغرکننده هستند که علاوه بر کاهش قند خون، به کاهش وزن و محافظت از قلب شما کمک می کنند.

رژیم غذایی در زمان بستری

- مصرف مواد غذایی نشاسته ای مانند برنج، نان، سیب زمینی و... باید محدود شود.
- میوه به شرط اینکه تعداد آن محدود به ۲-۳ عدد در روز باشد. حتی الامکان با پوست میل نمائید و از مصرف آبمیوه بسته بندی شده اجتناب کنید.
- مصرف خشکبار مانند انجیر خشک، توت خشک، خرما و کشمش را باید محدود کنید.
- بهتر است بین صبحانه، نهار و شام سه میان وعده، حدود ۱۰ صبح، ۴ بعد از ظهر و قبل از خواب مصرف کنید.

فعالیت در زمان بستری

- برای پیشگیری از افت قند خون از انجام فعالیتهای سنگین بدنی خودداری کنید.
- در صورت بروز اسهال و یا تب از مایعات بیشتری استفاده کنید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ در صورت بروز علائم کاهش قند خون از قبیل احساس عرق ریزش یا سرما (در لمس پوست سرد و مرطوب)، احساس ضعف و لرزش بدن، احساس گزگز در اطراف لبها و پاها، احساس گرسنگی، تاری دید، تغییرات عاطفی (آشفته‌گی یا عصبانیت)، رنگ پریدگی، بریده بریده سخن گفتن و خواب آلودگی اطلاع دهید.
- ✓ در صورت بروز علائم افزایش قند خون از قبیل ابتدا افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، سردرد، تهوع و استفراغ، کرامپ شکمی، ضعف، تاری دید، خشکی دهان، تشنگی مفرط، افزایش ادرار و خستگی مفرط، اطلاع دهید.
- ✓ آزمایشاتی (جهت اندازه گیری قند خون و...) به صورت مکرر برای شما انجام می‌شود.
- ✓ مایعات فراوان مصرف کرده و بهداشت دستگاه تناسلی را رعایت کنید.
- ✓ روزانه انگشتان پا را از زخم بررسی کنید.
- ✓ به جای دمیایی جلو باز برای جلوگیری از زخم پا از کفش مناسب استفاده کنید.
- ✓ روزانه پاها را با آب و صابون شسته و آن را خشک کنید. (بخصوص بین انگشتان)
- ✓ بهداشت فردی (شستن دستها و مسواک زدن بعد از هر وعده غذا و...) را رعایت کرده چرا که بیماران دیابتی مستعد عفونت میباشند.

دارو در زمان بستری

داروهای خوراکی و تزریقی (انسولین) طبق دستور پزشک در ساعات مشخص توسط پرستار تجویز می‌شود.

نام دارو	عارضه شایع	بهترین زمان مصرف
گلی بن‌گلامید	حالت تهوع ، افت قندخون	نیم ساعت قبل غذا و در صورت عدم مصرف وعده غذایی اصلی، دارو مصرف نشود
متفورمین	تهوع و اسهال	همزمان با غذا یا بلافاصله بعد غذا
آکاربوز	دل درد، نفخ، اسهال	درابتدای غذا
رپاگلیناید	عوارض گوارشی	بلافاصله قبل غذا و در صورت عدم مصرف وعده غذایی اصلی، دارو مصرف نشود
گلیکلازید	دردشکم و تهوع در روزهای اول	همراه وعده های غذایی سنگین‌تر
امپاگلیفوزین	عفونت ادراری و عفونت قارچی	همراه با غذا یا بدون آن
سیتاگلیپتین (زیپتن)	اسهال و تهوع	همراه با غذا یا بدون آن

پرستار در زمان ترخیص بیمار دیابت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ مصرف مواد غذایی نشاسته‌ای مانند برنج، نان، سیب زمینی و خشکبار مانند انجیر خشک، توت خشک و کشمش را باید محدود کنید.
- ✓ میوه، تعداد آن محدود به ۲-۳ عدد در روز باشد. حتی الامکان با پوست میل نمایید و از مصرف آبمیوه بسته بندی شده اجتناب کنید.
- ✓ مرغ و ماهی را کاملاً بدون پوست (آب پز یا کبابی) استفاده کرده و گوشت قرمز را به مقدار کم مصرف کنید.
- ✓ از مصرف مغز، دل و جگر، کله پاچه، لبنیات پر چرب، بستنی، خامه و کیکهای خامه‌ای، مربا، قند، شکر و نوشابه اجتناب کنید.

فعالیت در منزل

- برای پیشگیری از افت قند خون، از انجام ورزش شدید و فعالیتهای سنگین بدنی خودداری کنید. قبل از ورزش و فعالیت بدنی سنگین یک میان وعده در برنامه ی غذایی خود بگنجانید.
- برای تنظیم قندخون تمرینات آیروبیک (پیاده روی، شنا و دوچرخه سواری) را طبق نظر پزشک انجام دهید.

مراقبت در منزل

- ✓ تعداد وعده های غذایی خود را منظم و زیاد و حجم غذای مصرفی در هر وعده را کم کنید. به جای ۳ وعده حداقل ۶ بار در روز از غذا استفاده کنید. بهتر است مابین صبحانه، نهار و شام سه میان وعده حدود ۱۰ صبح، ۴ بعد از ظهر و قبل از خواب مصرف کنید.
- ✓ در صورتی که انسولین رگولار (شفاف) مصرف میکنید ۳ ساعت پس از تزریق انسولین احتمال افت قند خون وجود دارد.
- ✓ در صورتی که انسولین ان. پی. اچ (شیری) مصرف میکنید عصرها و یا قبل از شام احتمال افت قند خون وجود دارد.
- ✓ پاها را با آب ولرم و صابون ملایم (صابون بچه) هر روز شسته و خشک کنید. (بخصوص بین انگشتان)
- ✓ از جوراب نخی استفاده کرده و روزانه آنها را تعویض کنید.
- ✓ کفشهای پاشنه کوتاه با پنجه پهن از جنس نرم بپوشید و کفشهای نو حداکثر یک ساعت در روز استفاده و در روزهای بعد ساعت استفاده از آن را افزایش دهید.
- ✓ ناخنهای خود را به صورت صاف بگیرید و با سوهان سر آنها را صاف کنید.
- ✓ همچنین همیشه کارت دیابت خود را به همراه داشته باشید تا هنگام بروز افت قند اطرافیان شما بتوانند عکس العمل صحیحی داشته باشند.

دارو در منزل

- ✓ انسولین را در دو طرف شکم به فاصله چهار انگشت از ناف (دور ناف)، قسمت بالا و بیرونی بازوها، بالا و بیرون ران تزریق کنید.
- ✓ در ناحیه شکم با زاویه ۹۰ درجه یا مستقیم، بازو و ران با زاویه ۴۵ درجه یا مایل تزریق کنید.
- ✓ تزریق انسولین را به صورت چرخشی در نقاط مختلف انجام داده و فاصله هر تزریق با تزریق بعدی را ۲ سانتیمتر در نظر بگیرید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت بروز علائم عفونت مانند تب، ضعف و... به پزشک مراجعه کنید.
- ✓ در صورت فراموش کردن دوز انسولین و داشتن علائم از قبیل پوست گرم و خشک، تنگی نفس، بوی شیرین و یا بوی میوه در تنفس که توسط خانواده تشخیص داده میشود، احساس گیجی و عدم آگاهی به اطراف، سریعاً به اورژانس مراجعه و یا با ۱۱۵ تماس حاصل کنید
- ✓ در صورت دریافت انسولین و داشتن علائم از قبیل تعریق و رنگ پریدگی، سرگیجه و سردرد، لرزش، اضطراب، احساس گرسنگی شدید و ضعف به اورژانس مراجعه و یا با فوریتهای پزشکی (۱۱۵) تماس حاصل کنید.
- ✓ به طور مرتب و منظم جهت ادامه درمان به پزشک مراجعه کنید.

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران کتواسیدوز دیابتی

آشنایی با علت بیماری

آموزش علائم هشدار بیماری

آموزش نحوه صحیح مصرف داروها و تزریق انسولین

آموزش رژیم غذایی

آموزش میزان فعالیت و تحرک و تاثیر آن بر سلامتی و رسیدن به وزن ایده آل

آموزش کنترل قند خون در منزل

ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

جدول فرایند پرستاری در کتواسیدوز دیابتی:

ارزیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا علائم کم آبی کاهش یافته است؟ آیا برونده ادراری کافی است؟ آیا فشار خون تثبیت شده است؟	پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب و دمای بدن را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه گیری کنید. پایش تورگور پوست و مخاط: هر شیفت وضعیت هیدراتاسیون را بررسی کنید. پایش وزن: وزن روزانه برای ارزیابی پاسخ به مایعات. تجویز مایعات: مایعات وریدی را طبق دستور پزشک با سرعت مناسب تجویز کنید (ابتدا سریع، سپس تدریجی). آموزش: به بیمار و خانواده توضیح دهید که مایعات وریدی برای جبران آب از دست رفته بدن ضروری است.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: علائم کم آبی (خشکی پوست و مخاط، کاهش تورگور پوست) بهبود یابد. برونده ادراری به حداقل ۶۰-۳۰ میلی لیتر در ساعت برسد. فشار خون تثبیت شده و تاکی کاردی کاهش یابد.	۱. کمبود حجم مایعات مرتبط با دیورز اسمتیک ناشی از هیپرگلیسمی، استفراغ و کاهش دریافت مایعات.
آیا سطح پتاسیم در محدوده نرمال است؟ آیا ECG نرمال است؟ آیا علائم ضعف عضلانی کاهش یافته است؟	پایش آزمایشگاهی: نتایج الکترولیتها (به ویژه پتاسیم) را هر ۲-۴ ساعت بررسی و به پزشک گزارش دهید. پایش ECG: مانیتورینگ مداوم قلبی برای تشخیص تغییرات ناشی از اختلال پتاسیم (موج T بلند یا مسطح) پایش علائم: ضعف عضلانی، کرامپ، بی حسی و گزگز را بررسی کنید. تجویز الکترولیتها: پتاسیم و سایر الکترولیتها را طبق دستور پزشک و با احتیاط تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز پتاسیم، به بیمار توضیح دهید که این دارو برای تنظیم الکترولیتهای بدن و جلوگیری از عوارض قلبی است.	طی ۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: سطح پتاسیم، سدیم و سایر الکترولیتها در محدوده نرمال حفظ شود. علائم هیپوکالمی (ضعف عضلانی، آریتمی) یا هیپرکالمی مشاهده نشود.	۲. خطر عدم تعادل الکترولیتها مرتبط با دفع الکترولیتها از طریق ادرار، جابجایی مایعات و درمان با انسولین.

۳. خطر ناپایداری سطح گلوکز خون مرتبط با کمبود انسولین، مقاومت به انسولین و اصلاح سریع قند خون.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: قند خون به تدریج کاهش یابد (هدف کاهش ۷۵-۵۰ میلی گرم/دسی لیتر در ساعت). از افت ناگهانی قند خون (هیپوگلیسمی) جلوگیری شود. قند خون نهایی به محدوده ۱۵۰-۲۰۰ میلی گرم/دسی لیتر برسد.	پایش دقیق قند خون: قند خون مویرگی را هر ساعت (یا طبق دستور) اندازه گیری و ثبت کنید. پایش انفوزیون انسولین: میزان انفوزیون انسولین وریدی را دقیقاً طبق پروتکل تنظیم کنید. پایش علائم هیپوگلیسمی: تعریق، لرزش، تاکی کاردی، تغییر سطح هوشیاری را هر ساعت بررسی کنید. انتقال به انسولین زیرجلدی: هنگام انتقال از انسولین وریدی به زیرجلدی، از همپوشانی مناسب اطمینان حاصل کنید تا از عود DKA جلوگیری شود. آموزش دارویی (حین بستری): علائم افت قند را توضیح دهید و تأکید کنید در صورت بروز این علائم، سریعاً پرستار را مطلع کند.	آیا قند خون به تدریج کاهش یافته است؟ آیا هیپوگلیسمی رخ داده است؟ آیا انتقال به انسولین زیرجلدی موفقیت آمیز بوده است؟
۴. اختلال در تبادل گازها مرتبط با تنفس کاسمول (تنفس جبرانی) ناشی از اسیدوز متابولیک.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه کاهش یابد. گازهای خون شریانی بهبود یابد. سطح هوشیاری به حالت طبیعی برگردد.	پایش تعداد تنفس: هر ۲-۱ ساعت تعداد و عمق تنفس را بررسی کنید. پایش گازهای خون: نتایج ABG را پیگیری کرده و بهبود را بررسی کنید. پایش سطح هوشیاری: هر ساعت سطح هوشیاری را بررسی کنید. اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن، اکسیژن تجویز کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید تا تنفس راحت تر شود.	آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ آیا pH خون بهبود یافته است؟ آیا سطح هوشیاری طبیعی است؟
۵. خستگی مفرط مرتبط با اختلال متابولیک، کم آبی و کاهش انرژی سلولی.	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: سطح انرژی افزایش یافته و بتواند فعالیت های سبک را انجام دهد. خستگی گزارش شده کاهش یابد.	استراحت کافی: دوره های استراحت بدون وقفه را فراهم کنید. فعالیت تدریجی: با بهبود وضعیت، فعالیت را به تدریج افزایش دهید. تغذیه مناسب: با شروع تغذیه خوراکی، مواد مغذی کافی را فراهم کنید. حمایت عاطفی: به بیمار اطمینان دهید که با اصلاح متابولیک، انرژی باز خواهد گشت.	آیا سطح انرژی بیمار افزایش یافته است؟ آیا بیمار می تواند فعالیت های سبک را انجام دهد؟
۶. اضطراب مرتبط با بستری شدن در ICU، علائم شدید بیماری و ترس از عوارض.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با تیم درمان همکاری کند.	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان بخش صحبت کنید. آموزش لحظه ای: اقدامات درمانی را به زبان ساده توضیح دهید. محیط آرام: از شلوغی اطراف تخت جلوگیری کنید. حمایت خانواده: در صورت امکان، ارتباط با خانواده را فراهم کنید.	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ آیا بیمار آرام تر شده است؟
۷. دانش ناقص در مورد مدیریت دیابت و پیشگیری از عود DKA مرتبط با عدم آشنایی با عوامل خطر،	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: عوامل خطر عود DKA (قطع انسولین، عفونت) را شناسایی کنند. نحوه مدیریت روزهای	آموزش مدیریت روزهای بیماری: - هرگز انسولین را قطع نکنید (حتی اگر نمی توانید غذا بخورید). - قند خون را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید. - در صورت قند بالای ۲۵۰، کتون ادرار را بررسی کنید. - مایعات فراوان (بدون قند) بنوشید.	از بیمار پرسید: "اگر تب کردید و نتوانستید غذا بخورید، با انسولین خود چه کار می کنید؟"

مدیریت داروها و علائم هشدار	بیماری (Sick Day Rules) را توضیح دهند . علائم هشدار DKA را بشناسند و اقدام مناسب را بدانند. نحوه صحیح مصرف انسولین را نشان دهند.	-در صورت استفراغ، تب بالا، قند بالای ۳۰۰ یا کتون مثبت، فوراً به پزشک مراجعه کنید . آموزش علائم هشدار: -علائم اولیه: پرנוشی، پرادراری، خستگی، تاری دید -علائم پیشرفته: تهوع، استفراغ، درد شکم، تنفس سریع، بوی استون در دهان آموزش انسولین: نحوه تزریق صحیح، پایش قند و تنظیم دوز را مرور کنید. آموزش پیشگیری: بر اهمیت واکسیناسیون (آنفلوانزا، پنوموکوک) برای پیشگیری از عفونت‌ها تأکید کنید. پیشگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	از بیمار بپرسید: "چه علائمی نشان می‌دهد که قند خونتان خیلی بالا رفته و باید به پزشک مراجعه کنید؟" از بیمار بخواهید نحوه تزریق انسولین را نشان دهد.
-----------------------------	--	--	---

پرستار در حین بستری بیمار کتواسیدوز دیابتی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

به بیمار توضیح دهید DKA به دلیل کمبود انسولین در بدن رخ می‌دهد که باعث می‌شود قند خون بسیار بالا رفته و بدن اسید (کتون) تولید کند. علائم آن شامل تشنگی شدید، تکرر ادرار، تهوع، درد شکم، تنفس عمیق و سریع و بوی استون از دهان است. بیمار باید بداند که DKA یک اورژانس است و نیاز به بستری دارد.

روند درمان:

درمان کتواسیدوز دیابتی یک اورژانس پزشکی است و شامل موارد زیر است:

احیای مایعات: اولویت اول و حیاتی است و سرم نرمال سالین تا زمان اصلاح قند خون تجویز می‌شود و وقتی قند به ۲۵۰-۲۰۰ میلی‌گرم/دسی‌لیتر رسید، به سرم گلوکز ۵٪ + انسولین تغییر می‌کند.

انسولین درمانی:

انسولین رگولار وریدی به صورت انفوزیون مداوم (دوز ۱/۰ واحد/کیلوگرم/ساعت)

پس از اصلاح اسیدوز، انتقال به انسولین زیرجلدی

تأکید کنید که هرگز انسولین را قطع نکنند، حتی اگر بی‌اشتهایی دارند یا حوصله خوردن ندارند. قطع انسولین شایع‌ترین علت بروز مجدد DKA است.

اصلاح الکترولیت‌ها:

-پتاسیم: پایش هر ۲-۴ ساعت و جایگزینی مناسب (هدف نگه داشتن پتاسیم ۵-۴ میلی‌اکی‌والان/لیتر)

-بی‌کربنات فقط در اسیدوز شدید ($\text{pH} < 6/9$)

• شناسایی و درمان علت زمینه‌ای: مانند درمان عفونت با آنتی‌بیوتیک

• پایش دقیق: قند خون ساعتی، الکترولیت‌ها هر ۲-۴ ساعت، گازهای خون شریانی

تغذیه در زمان بستری

➤ در مرحله حاد بیماری برای شما سرم وصل میشود تا نیاز تغذیه ای شما را تا حدودی برآورده کند.

- پس از بهتر شدن حال عمومی با اجازه پزشک میتوانید ابتدا مایعات مصرف کنید و در صورت تحمل رژیم دیابتی را شروع کنید.
- در صورتی که تهوع و استفراغ دارید از نوشیدن و آشامیدن خودداری نمایید و به پرستار خود اطلاع دهید.
- در صورت بی اشتها بی غذا را کم و در وعده های غذایی بیشتر میل کنید. سعی کنید مایعات بیشتری مصرف کنید

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در مرحله شدید بیماری، استراحت کافی در بستر برای درمان کامل بیماری لازم است. برای خروج از بستر، پس از اجازه پزشک ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان کنید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

مراقبت در زمان بستری

- ❖ در صورت بروز علائم کاهش قند خون از قبیل احساس ریزش عرق یا سرما (در لمس پوست سرد و مرطوب)، احساس ضعف و لرزش بدن، احساس گزگز در اطراف لب ها و پاها، احساس گرسنگی، تاری دید، تغییرات عاطفی (آشفته گی یا عصبانیت)، رنگ پریدگی، بریده بریده سخن گفتن و خواب آلودگی اطلاع دهید.
- ❖ در صورت بروز علائم افزایش قند خون از قبیل افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، سردرد، تهوع و استفراغ، دل درد، ضعف، تاری دید، خشکی دهان، تشنگی مفرط، افزایش ادرار و خستگی مفرط، به پزشک خود اطلاع دهید.
- ❖ آزمایشاتی مانند اندازه گیری قند خون و .. به صورت مکرر برای شما انجام میشود.
- ❖ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ❖ از مصرف خودسرانه دارو بغیر از داروهای تجویز شده بدون اجازه پزشک خودداری کنید.
- ❖ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.

مراقبت در زمان بستری

- ❖ در صورت بروز علائم کاهش قند خون از قبیل احساس ریزش عرق یا سرما (در لمس پوست سرد و مرطوب)، احساس ضعف و لرزش بدن، احساس گزگز در اطراف لب ها و پاها، احساس گرسنگی، تاری دید، تغییرات عاطفی (آشفته گی یا عصبانیت)، رنگ پریدگی، بریده بریده سخن گفتن و خواب آلودگی اطلاع دهید.
- ❖ در صورت بروز علائم افزایش قند خون از قبیل افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، سردرد، تهوع و استفراغ، دل درد، ضعف، تاری دید، خشکی دهان، تشنگی مفرط، افزایش ادرار و خستگی مفرط، به پزشک خود اطلاع دهید.
- ❖ آزمایشاتی مانند اندازه گیری قند خون و .. به صورت مکرر برای شما انجام میشود.
- ❖ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ❖ از مصرف خودسرانه دارو بغیر از داروهای تجویز شده بدون اجازه پزشک خودداری کنید.
- ❖ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.

مدیریت دیابت در زمان بیماری (قوانین روزهای بیماری)

این بخش بسیار مهم است. به بیمار بگویید:

- حتی اگر اشتها ندارید و نمی خورید، انسولین را قطع نکنید (دوز ممکن است نیاز به تنظیم داشته باشد، با پزشک مشورت کنید).
- هر ساعت چند جرعه آب یا مایعات بدون قند بنوشید تا دهیدراته نشوید.
- قند خون هر ۴ ساعت چک شود.
- اگر قند خون بالای ۲۵۰ بود و کتون متوسط یا زیاد بود، با پزشک تماس بگیرید.
- اگر استفراغ دارید و نمی توانید مایعات بخورید، به اورژانس مراجعه کنید.

پرستار در زمان ترخیص بیمار کتواسیدوز دیابتی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

قبل از ترخیص، پرستار باید مطمئن شود بیمار و همراه اطلاعات زیر را دریافت کرده و درک کرده‌اند.

۱. برنامه دقیق دارویی ترخیص

یک برگه مکتوب شامل موارد زیر به بیمار داده شود:

- نوع انسولین (مثلاً انسولین قلمی نوسوراپید یا لانتوس)
- دوز هر نوبت
- زمان تزریق (مثلاً قبل از صبحانه، قبل از ناهار، قبل از شام و شب)
- نحوه نگهداری انسولین
- هماهنگی انسولین با وعده غذایی

۲. برنامه اندازه‌گیری قند خون در منزل

بیمار باید بداند:

- چه ساعتی قند چک کند (معمولاً قبل از هر وعده و شب)
- محدوده هدف قند خون: ناشتا ۸۰ تا ۱۳۰، دو ساعت بعد از غذا کمتر از ۱۸۰
- ثبت قند خون در دفترچه مخصوص و نشان دادن به پزشک در هر ویزیت

۳. زمان مراجعه به پزشک پس از ترخیص

بیمار باید ظرف ۱ تا ۲ هفته پس از ترخیص به پزشک داخلی مراجعه کند. کارت ویزیت یا آدرس کلینیک دیابت به او داده شود.

۴. شرایط مراجعه فوری به اورژانس (علائم خطر قرمز)

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر به اورژانس مراجعه کنید:

- استفراغ مداوم (بیش از ۲ بار)
- درد شدید شکم
- تنفس غیرعادی (سریع و عمیق)
- گیجی یا خواب‌آلودگی غیرعادی
- قند خون بالای ۳۰۰ با وجود تزریق انسولین
- کتون متوسط یا زیاد در ادرار/خون

۵. پیشگیری از DKA مجدد (نکات کلیدی)

به بیمار بگویید سه کار را هرگز انجام ندهد:

- انسولین را قطع نکند
- در زمان بیماری قند خون را چک نکند
- در زمان تشنگی و تهوع مایعات نخورد

یک چک‌لیست یک صفحه‌ای با عنوان «وقتی مریض هستم چه کار کنم؟» به بیمار داده شود.

۶. شناسایی و درمان هیپوگلیسمی (قند پایین)

علائم قند پایین شامل تریق، لرزش، تپش قلب، گرسنگی شدید، گیجی و در موارد شدید بیهوشی است. درمان با قانون ۱۵-۱۵:

- ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع جذب بخورد (نصف لیوان آبمیوه طبیعی، ۳ حبه قند، نصف لیوان نوشابه غیررژیمی)
- ۱۵ دقیقه صبر کند
- دوباره قند خون چک کند
- اگر قند هنوز پایین است، تکرار کند
- اگر زمان وعده غذایی بعدی بیش از یک ساعت است، یک میان وعده شامل کربوهیدرات و پروتئین بخورد

۷. مراقبت از محل تزریق انسولین

هر بار با سرنگ یا قلم جدید تزریق شود. محل تزریق هر روز چرخانده شود. اگر قرمزی، تورم یا توده در محل تزریق دید، به پزشک اطلاع دهد.

۸. رژیم غذایی و فعالیت بدنی

بیمار باید وعده‌های غذایی را حذف نکند. شمارش کربوهیدرات (در صورت توانایی) کمک زیادی به کنترل قند می‌کند. فعالیت بدنی منظم مانند پیاده‌روی روزانه ۳۰ دقیقه توصیه می‌شود. قبل از ورزش، قند خون چک شود و در صورت پایین بودن، یک میان وعده کوچک خورده شود. همراه داشتن یک منبع قند حین ورزش ضروری است.

تزریق انسولین

انسولین هورمونی است که در پانکراس تولید می‌شود و سلول‌ها را قادر می‌سازد که گلوکز را از خون گرفته و برای تولید انرژی استفاده کنند.

محل تزریق انسولین

تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) در محلی که میزان مناسبی از چربی زیر پوست وجود دارد و اغلب بدون هیچ گونه درد و یا سوزشی انجام می‌شود.

سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد.

محل‌های تزریق انسولین به ترتیب سرعت جذب عبارتند از:

۱- اطراف ناف (محدوده ۵ سانتی متری) ۲- پشت بازو

۳- جلوی ران ۴- روی باسن



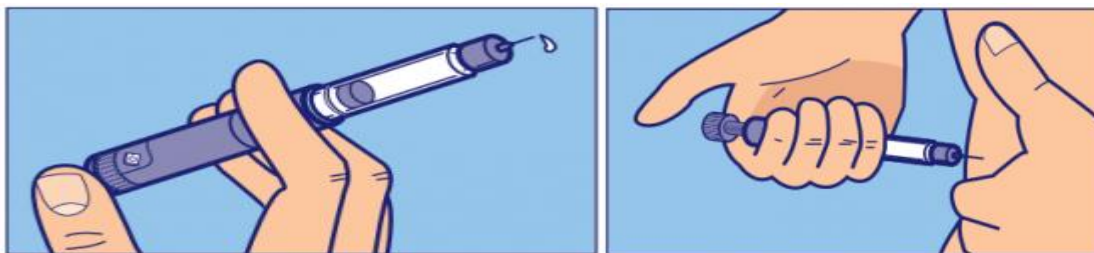
مراقبت های لازم جهت نگهداری و مصرف انسولین

۱. ویال انسولین (در صورتی که باز نشده است) را حتماً در دمای ۸ - ۲ سانتیگراد، داخل یخچال نگهداری کنید .
۲. هرگز ویال انسولین را در فریزر قرار ندهید .
۳. ویال های انسولین که باز شده است را می توان به مدت حد اکثر ۲۸ روز در جای خشک و خنک نگهداری کرد. چنانچه یک ویال را ظرف مدت یک ماه مصرف نمی کنید آن را همیشه در یخچال نگهداری کنید.
۴. اگر از انسولین شیری رنگ استفاده می کنید پیش از تزریق ویال آن را در کف دستتان بغلتانید و به هیچ وجه آن را محکم تکان ندهید.
۵. ویال انسولین را مقابل نور خورشید و در معرض حرارت قرار ندهید .
۶. حتماً تاریخ انقضاء درج شده روی ویال انسولین را قبل از مصرف کنترل کنید .
۷. اگر در ویال انسولینِ رگولار توده های کریستالی و یا کدورتی مشاهده کردید از مصرف آن خودداری کنید. انسولین رگولار تنها در شرایطی قابل استفاده است که کاملاً شفاف باشد .

۸. از تزریق انسولین خنک اجتناب کنید. این عمل می تواند باعث لیپودیستروپی (فرو رفتگی در پوست) کاهش سرعت جذب انسولین و عکس العمل های موضعی شود.

تزریق انسولین قلمی توسط بیمار:

- ۱) جهت تزریق انسولین نیاز به تمیز کردن پوست با الکل نمی باشد، اما در صورت استفاده از الکل اجازه دهید کاملاً خشک شود
- ۲) سرسوزن در هر نوبت استفاده از قلم باید تعویض شود. سرسوزن مناسب با ضخامت پوست خود انتخاب کنید.
- ۳) در صورتی که پیش از استفاده انسولین در یخچال نگهداری شده است، اجازه دهید در هوای اتاق گرم شود. دسته های خود را بشوید در صورتی که از انسولین ترکیبی استفاده می کنید ابتدا قلم را بین دسته های خود بچرخانید و مطمئن شوید که محتویات آن کاملاً یکدست باشد.
- ۴) سرسوزن را جایگذاری کنید.
- ۵) درجه ی انتهایی قلم را روی یک واحد (عدد ۱) تنظیم کنید و با فشار پیستون انتهای قلم، تزریق را در هوا انجام دهید و مطمئن شوید سرسوزن باز است و خروج قطره انسولین را از انتهای سوزن ببینید.



- ۶) در صورت مناسب بودن سرسوزن درجه انتهای قلم را روی عدد انسولین مد نظر خود تنظیم کنید.
- ۷) با انگشت اشاره و شست پوست محل تزریق (ران، اطراف ران یا بازو) را جمع کنید.
- ۸) سوزن قلم را به صورت عمودی وارد پوست کنید و پیستون را فشار دهید.
- ۹) به مدت ۱۰ ثانیه قلم انسولین را داخل پوست نگهدارید و سپس سوزن را از پوست خارج کنید و پنبه را روی محل تزریق برای چند ثانیه فشار دهید.
- ۱۰) محل تزریق را مالش ندهید.
- ۱۱) سرسوزن را خارج کرده و درب قلم را ببندید

انواع انسولین:

نوع انسولین	شروع اثر	مدت اثر	رنگ	بهترین زمان مصرف
کریستال یا شفاف	۳۰ تا ۶۰ دقیقه	۶ تا ۸ ساعت	شفاف	قبل از غذا
NPH یا کدر	۶۰ تا ۹۰ دقیقه	۱۶ تا ۲۴ ساعت	شیری	نیم ساعت قبل غذا
لانتوس یا گلارژین	۹۰ دقیقه	۲۴ ساعت	قلم خاکستری رنگ	هر زمانی از روز
نورپید (سریع اثر)	۱۵ دقیقه	۳-۵ ساعت	قلم نارنجی رنگ	قبل از غذا
نوومیکس	۱۰-۱۵ دقیقه	۲۴ ساعت	سورمه ای رنگ	بلافاصله پیش از غذا

تست ورزش:

رژیم غذایی و تغذیه قبل از تست:

- صبحانه سبک میل کنید، ولی ۲ ساعت قبل از تست ورزش معده پر نباشد.
- از مصرف مواد غذایی محرک مانند قهوه و چای خودداری کنید.

فعالیت

- ✓ شب قبل از انجام تست ورزش استراحت کافی داشته باشید.

مراقبت قبل از تست

- صبح زود قبل از مراجعه، دوش بگیرید و موهای زائد قفسه سینه را بردارید.
- از گرفتن دوش آب گرم دو ساعت قبل از انجام تست ورزش خودداری کنید.
- در صورت مشکلات قند خون یک آرمیوه با خودتان بیاورید و مسئول تست ورزش را در جریان بیماری خود قرار دهید.
- کلیه مدارک قبلی را همراه داشته باشید.
- یک نفر همراه داشته باشید.
- یک حوله به همراه داشته باشید.
- استفاده از سینه بند محکم در خانم ها الزامی است.
- پاهای خود را شسته و جوراب تمیز بپوشید.

دارو قبل از تست ورزش:

- مصرف داروهایی مثل پروپرانولول، متورال و نیتروگلیسرین و یا هرگونه داروی فشارخون با اجازه پزشک از روز قبل قطع شود.
- آنتنولول با اجازه پزشک از دو روز قبل قطع شود.
- از مصرف هر نوع داروی مسکن ۴۸ ساعت قبل از انجام تست خودداری نمایید.
- پرستار، ابتدا فشارخون و نبض شما را کنترل میکند و الکترودهایی را روی سینه شما وصل مینماید و کاف فشارخون را بر روی بازو شما مینبندد تا ضمن تست ورزش از شما نوار قلب و فشارخون بگیرد.
- شما بر روی نوار متحرک (روی سطح صاف) راه میروید و بتدریج شیب و سرعت زیاد میشود.
- به محض احساس درد قفسه سینه، درد بازو، سرگیجه، خستگی، تپش قلب و درد در ناحیه پاها، پرستار را خبر نمایید.
- تست کامل حدود ۴۵ دقیقه طول میکشد.

اقدامات و توصیه های بعد از تست ورزش

- ✓ لازم است مدتی استراحت کنید و سپس می توانید فعالیتهای معمول را از سر بگیرید.
- ✓ از حمام داغ صرف نظر کنید زیرا باعث افت فشارخون می شود.
- ✓ طبق دستور پزشک داروهایتان را مصرف نمایید.

ضعف و بیحالی

پرستار در زمان ترخیص بیمار دچار ضعف و بیحالی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تعریف و درمان :

ضعف و بیحالی در سالمندان یک بخش طبیعی از پیری نیست و اغلب قابل درمان یا بهبود است. با تغذیه مناسب (پروتئین کافی، میوه و سبزیجات)، فعالیت بدنی منظم (پیاده روی روزانه)، پیشگیری از سقوط و پیگیری علائم هشدار، می توانید کیفیت زندگی خود یا عزیزتان را بهبود بخشید.

درمان ضعف و بی حالی در سالمندان با شناسایی علت زمینه ای شروع می شود و شامل اصلاح تغذیه (پروتئین و مایعات کافی)، فعالیت بدنی منظم (پیاده روی و تمرینات مقاومتی)، درمان بیماری های همراه، حمایت روانی و پیشگیری از سقوط است.

علائم خطر و زمان مراجعه بعدی

- در صورت تشدید ضعف و بیحالی تب و لرز افت فشار خون و سرگیجه تپش قلب درد قفسه سینه و تنگی نفس بلافاصله به بیمارستان نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه کنید.
- مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ نمایید .

دارو در منزل :

- داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید و از قطع خودسرانه داروها خودداری کنید.
- آموزش نوع دارو و کاربرد و زمان مصرف داروها انجام شود.

پیگیری آزمایشات :

- ✓ جهت دریافت جواب نمونه آزمایش یا پاتولوژی به آزمایشگاه مراجعه کرده و جواب را حتما به رویت پزشک برسانید.
- ✓ شماره قبض آزمایش تحویل بیمار شود .
- ✓ در صورتیکه نیاز است به بیمار توضیح داده شود از آزمایشات، نوار قلبها، اکو، سونوگرافی، رییورتها و ... کپی تهیه نماید.

رژیم غذایی در منزل:

- ✓ مصرف میوه های قرمز رنگ ، مصرف شیر قبل از خواب، مصرف مرکبات از جمله لیمو و پرتقال برای شما مفید می باشد.
- ✓ صبحانه را کامل بخورید مصرف میوه و سبزیجات فراوان انواع مغزها و روغنهای گیاهی را در برنامه روزانه خود داشته باشید.
- ✓ مصرف ۶ تا ۸ لیوان مایعات در شبانه روز در صورتیکه محدودیت پزشکی ندارید.

فعالیت در منزل:

- انجام فعالیت های ورزشی سبک و منظم مانند پیاده روی را در برنامه خود قرار دهید.
- نظافت فردی رعایت شود. بعد از رفتن به سرویس بهداشتی دستها با آب و صابون شستشو داده شود
- سعی کنید شاد بوده و از استرس و اضطراب دوری کنید.

پاسخ به سوالات : جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۵۷۲۳۶۸۳۳-۰۵۱ و شماره داخلی بخش مربوطه:

..... یا کلینیک پرستاری پی گیری و آموزش بیماران با شماره داخلی ۱۶۰۶ شماره مستقیم ۵۷۲۲۴۰۷۰ تماس بگیرید .

- توجه : در صورتیکه بیماری زمینه ای دارد در آموزشها مدنظر قرار گیرد.

جدول فرایند پرستاری در ضعف و بیحالی سالمندان:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا بیمار از افزایش انرژی خبر می‌دهد؟ آیا بیمار فعالیت‌های روزمره را با استقلال بیشتری انجام می‌دهد؟ آیا الگوی استراحت بهبود یافته است؟	بررسی الگوی خستگی: زمان‌های اوج خستگی و فعالیت را شناسایی کنید. برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در زمان‌هایی که بیمار انرژی بیشتری دارد (معمولاً صبح) برنامه‌ریزی کنید. فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت‌ها استراحت کافی بگنجانید. آموزش صرفه‌جویی در انرژی: تکنیک‌های ساده مانند نشستن به جای ایستادن هنگام انجام کارها، تقسیم کارها به بخش‌های کوچکتر را آموزش دهید. حفظ استقلال: به بیمار اجازه دهید کارهایی را که می‌تواند انجام دهد، خودش انجام دهد (با نظارت). آموزش به خانواده: خانواده را در برنامه‌ریزی فعالیت‌ها مشارکت دهید.	طی یک هفته اول بستری، بیمار: سطح انرژی خود را افزایش یافته گزارش دهد (با استفاده از مقیاس دیداری خستگی). بتواند فعالیت‌های سبک روزمره (نشستن، راه رفتن کوتاه) را با کمک کمتر انجام دهد. تعداد دفعات استراحت در طول روز کاهش یابد.	۱. خستگی مزمن مرتبط با کاهش توده عضلانی، بیماری‌های زمینه‌ای و کاهش انرژی.
آیا مسافت پیاده‌روی افزایش یافته است؟ آیا تعادل بهبود یافته است؟ آیا علائم حیاتی پس از فعالیت نرمال است؟	ارزیابی سطح فعالیت فعلی: با استفاده از مقیاس‌های استاندارد، سطح فعالیت را تعیین کنید. برنامه تمرینی تدریجی: روزانه ۱۰-۵ دقیقه پیاده‌روی با نظارت، افزایش تدریجی زمان. تمرینات تعادلی: تمرینات ساده تعادل (ایستادن با کمک، راه رفتن روی خط صاف) برای پیشگیری از سقوط. تمرینات مقاومتی: با کش‌های مقاومتی یا وزنه‌های سبک برای تقویت عضلات. پایش علائم حیاتی: قبل، حین و بعد از فعالیت، فشار خون، ضربان قلب و تنفس را بررسی کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که فعالیت منظم باعث کاهش خستگی طولانی‌مدت می‌شود.	طی ۵-۳ روز اول، بیمار: بتواند با کمک کمتر راه برود (مثلاً با واکر به جای ویلچر). تعداد دفعات توقف در هنگام راه رفتن کاهش یابد. علائم حیاتی در محدوده نرمال باقی بماند.	۲. عدم تحمل فعالیت مرتبط با ضعف عضلانی، کاهش ظرفیت قلبی-تنفسی و خستگی مزمن.
آیا وزن بیمار افزایش یافته است؟ آیا مصرف غذا بهبود یافته است؟ آیا آلبومین افزایش یافته است؟	ارزیابی تغذیه: وزن، BMI، آلبومین، پروتئین تام و سطح ویتامین‌ها را بررسی کنید. بررسی مشکلات تغذیه: مشکلات دندانی، خشکی دهان، اشکال در بلع را ارزیابی کنید. وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۵-۶ وعده کوچک با مواد مغذی بالا ارائه دهید. غذاهای پرانرژی و پرپروتئین: تخم‌مرغ، ماهی، گوشت بدون چربی، لبنیات، حبوبات. مکمل‌های تغذیه‌ای: در صورت نیاز، مکمل‌های پروتئینی (مانند انشور، پروتئین وی) تجویز شود. بهبود طعم: با اجازه پزشک، از ادویه‌های مجاز برای بهبود طعم غذا استفاده کنید. محیط مناسب: محیط آرام و بدون بوهای نامطبوع برای صرف غذا فراهم کنید.	طی یک هفته اول بستری، بیمار: حداقل ۷۵٪ وعده‌های غذایی را مصرف کند. وزن تثبیت شده یا افزایش جزئی داشته باشد. آلبومین و پروتئین تام بهبود یابد.	۳. سوءتغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با کاهش اشتها، مشکلات دندانی، تنهایی، افسردگی یا محدودیت مالی.

	کمک در تغذیه: در صورت نیاز، به بیمار در غذا خوردن کمک کنید. آموزش به خانواده: اهمیت تغذیه مناسب را به خانواده توضیح دهید.		
۴. خطر سقوط مرتبط با ضعف عضلانی، اختلال تعادل، کاهش بینایی، عوارض داروها و محیط ناآشنا.	در طول مدت بستری، بیمار: - هیچ سقوط یا زمین خوردگی نداشته باشد. - از وسایل کمکی (واکر، عصا) به درستی استفاده کند. - اقدامات پیشگیری از سقوط را رعایت کند.	ارزیابی خطر سقوط: با ابزار استانداردمانند Mrse Fall Scale خطر سقوط را ارزیابی کنید محیط ایمن: - نرده‌های تخت را بالا بزنید. - مسیر حرکت را از اشیاء مزاحم خالی کنید. - از کفش مناسب و غیرلغزنده استفاده کنید. - نور کافی در شب فراهم کنید. کمک در راه رفتن: در ۲۴ ساعت اول و در صورت نیاز، هنگام راه رفتن به بیمار کمک کنید. آموزش: به بیمار آموزش دهید هنگام خروج از تخت از زنگ احضار استفاده کند. بررسی داروها: داروهای آرامبخش، خواب‌آور و کاهنده فشار خون را که خطر سقوط را افزایش می‌دهند، شناسایی کنید. تمرینات تعادلی: تمرینات ساده تعادل را آموزش دهید.	آیا بیمار سقوط کرده است؟ آیا بیمار از وسایل کمکی به درستی استفاده می‌کند؟ آیا اقدامات ایمنی رعایت شده است؟
۵. اختلال در مراقبت از خود مرتبط با ضعف، خستگی و کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره (حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن).	تا پایان بستری، بیمار: - بتواند فعالیت‌های روزمره را با حداقل کمک انجام دهد. - احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشد.	ارزیابی توانایی: سطح توانایی بیمار در انجام ADL (فعالیت‌های روزمره) را ارزیابی کنید. کمک تدریجی: در ابتدا کمک کامل، سپس تدریجاً کمک را کاهش دهید. تکنیک‌های تطابقی: استفاده از وسایل کمکی (صندلی حمام، دستگیره در توالت) را آموزش دهید. تشویق به استقلال: کارهایی را که بیمار می‌تواند انجام دهد، به خودش واگذار کنید. آموزش به خانواده: خانواده را در حمایت از استقلال بیمار مشارکت دهید.	آیا بیمار فعالیت‌ها را با استقلال بیشتری انجام می‌دهد؟ آیا از وسایل کمکی استفاده می‌کند؟
۶. کم‌آبی (دهیدراتاسیون) مرتبط با کاهش حس تشنگی در سالمندان، مصرف کم مایعات، تب یا اسهال.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: - علائم کم‌آبی (خشکی دهان، کاهش تورور پوست) بهبود یابد. - برونده ادراری به حداقل ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت برسد. - رنگ ادرار روشن‌تر شود.	پایش علائم: هر شیفت خشکی دهان، تورور پوست و رنگ ادرار را بررسی کنید. پایش برونده ادراری: ثبت میزان خروجی ادرار تشویق به نوشیدن: مایعات را در دسترس قرار دهید و به طور منظم به بیمار یادآوری کنید. تنوع مایعات: آب، آبمیوه رقیق شده، سوپ، دوغ، چای کم‌رنگ. پایش الکترولیت‌ها: پیگیری نتایج سدیم و پتاسیم مایعات وریدی: در صورت کم‌آبی شدید، طبق دستور مایعات وریدی تجویز کنید.	آیا علائم کم‌آبی کاهش یافته است؟ آیا برونده ادراری افزایش یافته است؟ آیا رنگ ادرار روشن‌تر شده است؟
۷. اختلال الگوی خواب مرتبط با بیماری، درد، استرس بستری، مصرف برخی داروها و بی‌حرکی.	طی ۵-۳ روز اول، بیمار: - کیفیت خواب خود را بهبود یافته گزارش دهد. - تعداد دفعات بیدار شدن در شب کاهش	بررسی الگوی خواب: عادات خواب، زمان بیدار شدن، تعداد دفعات بیدار شدن را ثبت کنید. برنامه منظم: زمان مشخصی برای خواب و بیداری تنظیم کنید. محیط مناسب: نور کم در شب، کاهش سر و صدا، دمای مناسب اتاق فعالیت روزانه: فعالیت بدنی منظم در طول روز را تشویق کنید. کاهش چرت‌های روزانه: چرت‌های طولانی روزانه را محدود کنید.	آیا کیفیت خواب بهبود یافته است؟ آیا بیمار در طول روز هوشیارتر است؟

	آرام‌سازی قبل از خواب: موسیقی ملایم، تنفس عمیق، مطالعه. بررسی داروها: داروهایی که ممکن است خواب را مختل کنند، شناسایی کنید.	یابد. در طول روز هوشیارتر باشد.	
آیا خلق‌وخوی بیمار بهبود یافته است؟ آیا بیمار در فعالیت‌ها شرکت می‌کند؟ آیا بیمار از کاهش غمگینی خبر می‌دهد؟	غربالگری افسردگی: با ابزار استاندارد (مانند GDS-15) افسردگی را ارزیابی کنید. گوش دادن فعال: به نگرانی‌ها و احساسات بیمار گوش دهید. ارتباط با خانواده: تماس با خانواده و ملاقات را تشویق کنید. فعالیت‌های معنادار: فعالیت‌هایی که برای بیمار معنا دارد (مطالعه، موسیقی، صحبت) را فراهم کنید. ارجاع به روانشناس: در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی فراهم کنید. بررسی داروها: در صورت تشخیص افسردگی، درمان دارویی را با روانپزشک هماهنگ کنید.	در طول بستری، بیمار: خلق‌وخوی بهبود یافته را نشان دهد. در فعالیت‌های گروهی (در صورت امکان) شرکت کند. احساس امیدواری بیشتری نسبت به آینده داشته باشد.	۸. خطر افسردگی مرتبط با کاهش استقلال، انزوای اجتماعی، بستری شدن و بیماری‌های مزمن.
از بیمار پرسید: "چه نوع غذاهایی برای تقویت بدن شما مفید است؟" از بیمار پرسید: "چطور می‌توانید در خانه از سقوط جلوگیری کنید؟" از بیمار پرسید: "در چه شرایطی باید به پزشک مراجعه کنید؟" آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟	آموزش تغذیه: - مصرف کافی پروتئین (گوشت، مرغ، ماهی، تخم‌مرغ، لبنیات، حبوبات) - مصرف میوه و سبزیجات تازه - مایعات کافی (۸-۶ لیوان در روز) - مکمل‌های ویتامین D و کلسیم در صورت تجویز آموزش فعالیت: - پیاده‌روی روزانه (۳۰-۱۵ دقیقه) - تمرینات تعادلی ساده در خانه - تمرینات مقاومتی با کش یا وزنه‌های سبک - از بی‌حرکتی طولانی خودداری کند آموزش پیشگیری از سقوط در منزل: - فرش‌ها و سیم‌های مزاحم را جمع کنید - از کفش مناسب و غیرلغزنده استفاده کنید - دستگیره‌های ایمنی در حمام و توالت نصب کنید - نور کافی در راهروها و شب‌ها - از وسایل کمکی (واکر، عصا) در صورت نیاز استفاده کند آموزش علائم هشدار: - کاهش ناگهانی توانایی در انجام کارهای روزمره - کاهش وزن بدون دلیل - تب، بی‌حالی شدید، گیجی - زمین‌خوردن مکرر - در صورت مشاهده، به پزشک مراجعه کند پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: اصول تغذیه سالمند را توضیح دهند. برنامه فعالیت بدنی مناسب را شرح دهند. علائم هشدار که نیاز به مراجعه به پزشک دارد را بشناسند. نحوه پیشگیری از سقوط در منزل را توضیح دهند.	۹. دانش ناقص در مورد مدیریت سلامت و پیشگیری از ضعف مرتبط با عدم آشنایی با تغذیه مناسب، فعالیت بدنی، مدیریت بیماری‌های زمینه‌ای و علائم هشدار.

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا بیمار سقوط کرده است؟ آیا بیمار از وسایل کمکی به درستی استفاده می کند؟ آیا اقدامات ایمنی رعایت شده است؟	ارزیابی خطر سقوط :با ابزار استاندارد (Morse Fall Scale) در بدو ورود و هر شیفت ارزیابی کنید . غربالگری BPPV: در همه سالمندان با مشکل تعادل، حتی بدون شکایت سرگیجه، تست موقعیتی (Dix-Hallpike) انجام دهید . محیط ایمن: -نرده های تخت را بالا بزنید -مسیر حرکت را از اشیاء مزاحم خالی کنید -نور کافی در شب فراهم کنید -از کفش مناسب و غیرلغزنده استفاده کنید کمک در راه رفتن: در ۲۴ ساعت اول و در صورت سرگیجه، هنگام راه رفتن به بیمار کمک کنید. آموزش: به بیمار آموزش دهید هنگام خروج از تخت از زنگ احضار استفاده کند و آهسته بلند شود.	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ سقوط یا زمین خوردگی نداشته باشد. نمره خطر سقوط (مانند Morse) کاهش یابد. از وسایل کمکی به درستی استفاده کند.	۱. خطر سقوط مرتبط با سرگیجه، عدم تعادل، افت فشارخون وضعیتی و اختلال راه رفتن.
آیا سرعت راه رفتن افزایش یافته است؟ آیا تعادل بهبود یافته است؟ آیا بیمار با اطمینان بیشتری راه می رود؟	مداخلات مستقل و ارجاع ارزیابی راه رفتن :سرعت راه رفتن، تغییرات گام و تست "stp walking when talking" را بررسی کنید . ارجاع به فیزیوتراپیست :برای توانبخشی دهلیزی و تمرینات تعادلی تخصصی . تمرینات تعادلی ساده: -ایستادن با کمک (در کنار دیوار یا صندلی) -راه رفتن روی خط صاف با کمک -تمرینات وزن اندازی (weight shifting) برنامه پیاده روی تدریجی: روزانه ۵-۱۰ دقیقه پیاده روی با نظارت. آموزش: به بیمار توضیح دهید که تمرینات تعادلی به مرور زمان باعث کاهش سرگیجه و بهبود راه رفتن می شود.	طی ۵-۳ روز اول، بیمار: سرعت راه رفتن افزایش یابد. نمره مقیاس تعادل برگ (Berg Balance Scale) افزایش یابد.	۲. اختلال در تعادل و راه رفتن مرتبط با اختلال عملکرد دهلیزی، ضعف عضلانی و اختلال حس عمقی.
آیا شدت سرگیجه کاهش یافته است؟ آیا مانور repositining موفقیت آمیز بوده است؟ آیا بیمار می تواند راحت تر تغییر وضعیت دهد؟	بررسی سرگیجه: زمان شروع، مدت، محرک ها و علائم همراه را ثبت کنید. مانورهای repositining: در صورت تشخیص BPPV و با هماهنگی پزشک، مانور اپلی (برای کانال خلفی) یا مانورهای اصلاح شده برای سالمندان کم تحرک انجام دهید . -برای محدودیت گردن: از مانور Dix-Hallpike اصلاح شده با بالش زیر شانه استفاده کنید . -برای محدودیت حرکتی: از مانور side-lying test استفاده کنید . پوزیشن ایمن: بیمار را در وضعیتی قرار دهید که سرگیجه کمترین شدت را دارد. کمک در تغییر وضعیت: به بیمار آموزش دهید آهسته تغییر وضعیت دهد و از حرکات ناگهانی سر خودداری کند.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: شدت سرگیجه (مقیاس ۱۰-۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. حملات سرگیجه وضعیتی کاهش یابد. بتواند بدون سرگیجه شدید تغییر وضعیت دهد.	۳. سرگیجه حاد مرتبط با جابجایی اتوکونیا در کانال های نیم دایره ای (BPPV) یا اختلال عملکرد دهلیزی.

	تجویز دارو: در صورت نیاز، داروهای ضدسرگیجه (بتاهیستین) را طبق دستور تجویز کنید		
۴. ترس از سقوط و اضطراب مرتبط با تجربه سرگیجه و ترس از زمین خوردن.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. تمایل به راه رفتن و فعالیت نشان دهد.	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان بخش صحبت کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با درمان مناسب، سرگیجه قابل کنترل است و خطر سقوط کاهش می یابد. تشویق به فعالیت تدریجی: با پیشرفت درمان، بیمار را به فعالیت تشویق کنید. حمایت خانواده: خانواده را در حمایت عاطفی بیمار مشارکت دهید. ارجاع به روانشناس: در صورت اضطراب شدید یا پانیک، مشاوره روانشناسی فراهم کنید.	آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ آیا تمایل به فعالیت افزایش یافته است؟
۵. اختلال در فعالیت های روزمره مرتبط با سرگیجه و ترس از سقوط.	تا پایان بستری، بیمار: بتواند فعالیت های روزمره (حمام کردن، لباس پوشیدن) را با کمک کمتر انجام دهد. استقلال بیشتری در انجام کارها داشته باشد.	ارزیابی توانایی: سطح توانایی بیمار در انجام ADL را ارزیابی کنید. کمک تدریجی: در ابتدا کمک کامل، سپس تدریجاً کمک را کاهش دهید. تکنیک های تطابقی: - نشستن به جای ایستادن هنگام حمام کردن - استفاده از صندلی حمام - دستگیره های ایمنی در توالت و حمام آموزش به خانواده: خانواده را در حمایت از استقلال بیمار مشارکت دهید.	آیا بیمار فعالیت ها را با استقلال بیشتری انجام می دهد؟
۶. دانش ناقص در مورد مدیریت سرگیجه و پیشگیری از سقوط مرتبط با عدم آشنایی با ماهیت بیماری، عوامل خطر و اقدامات پیشگیرانه.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: ماهیت سرگیجه خود (BPPV یا علل دیگر) را توضیح دهند. مانورهای ساده repositining (در صورت لزوم) را انجام دهند. اقدامات پیشگیری از سقوط در منزل را رعایت کنند. علائم هشدار که نیاز به مراجعه به پزشک دارد را بشناسند.	آموزش ماهیت بیماری: در: BPPV توضیح دهید که کریستال های کلسیم در گوش داخلی جابجا شده اند و با مانورهای مخصوص قابل درمان هستند. در سایر علل: توضیح مختصر و متناسب آموزش مانورهای repositining خانگی: در صورت تجویز پزشک، نحوه انجام مانور اپلی یا Semnt را با استفاده از تصاویر یا ویدئو آموزش دهید. آموزش پیشگیری از سقوط در منزل: - فرش ها و سیم های مزاحم را جمع کنید - دستگیره های ایمنی در حمام و توالت نصب کنید - از پادری های غیرلغزنده استفاده کنید - نور کافی در راهروها و شب ها - از کفش مناسب و غیرلغزنده استفاده کنید - در صورت نیاز از وسایل کمکی (واکر، عصا) استفاده کند • آموزش تغییر وضعیت آهسته: هنگام بلند شدن از حالت خوابیده یا نشسته، آهسته انجام شود (چند دقیقه بنشیند، سپس بایستد). • آموزش علائم هشدار: - سرگیجه همراه با اختلال تکلم، ضعف یک طرفه، دوبینی (علائم سکت) - سرگیجه همراه با سنکوپ یا افت فشار خون - سرگیجه همراه با سردرد شدید ناگهانی - در صورت مشاهده، فوراً به اورژانس مراجعه کند • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام تست های تعادلی را مشخص کنید.	از بیمار بپرسید: "اگر سرگیجه شما برگشت، چه کار می کنید؟" از بیمار بپرسید: "چطور می توانید در خانه از سقوط جلوگیری کنید؟" از بیمار بپرسید: "چه علائمی نشان می دهد که باید به اورژانس مراجعه کنید؟" آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟

پرستار در زمان بستری و ترخیص بیمار سردرد و سرگیجه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری:

سرگیجه یک علامت شایع با علل متعدد است که حدود ۳۸-۱۳٪ از سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهد، علل اصلی عبارتند از:

علل دهلیزی محیطی (۵۰-۴۰ موارد):

- (سرگیجه وضعیتی حمله ای خوش خیم): شایع ترین علت (تا ۳۹٪ در کلینیک های سقوط)

- بیماری منیر

- نوریت وستیبولار (عفونت عصب تعادلی)

علل مرکزی (۸٪ موارد اما پرخطر):

- نارسایی ورتهربازیلار

- سکته مغزی

- ام اس، پارکینسون، تومورها

علل قلبی-عروقی:

- افت فشارخون وضعیتی

- آریتمی ها

- سنکوپ وازوواگال

علل دیگر:

- عوارض دارویی (پلی فارماسی)

- اختلالات بینایی و حس عمقی

- اختلالات اضطرابی و پانیک

- کاهش قند خون

روند درمان:

درمان سرگیجه بر اساس تشخیص دقیق علت زمینه ای انجام می شود:

درمان BPPV (شایع ترین علت)

- مانورهای **repsitining** ذرات اپلی (برای کانال خلفی)، Semnt، BBQ rll برای کانال افقی

- در سالمندان با محدودیت حرکتی، مانورهای اصلاح شده مانند side-lying test، Gans manœuvre استفاده شود

درمان دارویی:

- بتاهیستین (برای منیر و سرگیجه)

- دیازپام با دوز پایین (کوتاه مدت)

- آنتی هیستامین ها (دیمن هیدرینات)

درمان علل زمینه ای:

- تنظیم داروهای فشار خون

- درمان کم خونی و اختلالات تیروئید

- مدیریت دیابت

علایم هشدار و زمان مراجعه بعدی

✓ در صورت عدم بهبودی و ادامه داشتن سردرد و سرگیجه کاهش شنوایی تکرار حملات، سردرد، تب، ضربه سر، تشنج، اختلال دید یا

دوبینی ضعف و بیحسی یا فلج اندام در اسرع وقت به بیمارستان یا پزشک معالجتان مراجعه کنید.

✓ مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ نمایید

دارو در منزل:

- داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید و از قطع خودسرانه داروها خودداری کنید. کد رهگیری دارو تحویل گردد.
- بعد از مصرف داروهای تجویز شده حتماً به پزشک مراجعه کنید طبق دستور پزشک در صورت ادامه ی سردرد مراجعه به پزشک مغز و اعصاب داشته باشید. طبق دستور پزشک در صورت ادامه داشتن سرگیجه به پزشک گوش و حلق مراجعه کنید.

پیگیری آزمایشات و پاراکلینیک:

- جهت دریافت جواب نمونه آزمایش یا پاتولوژی به آزمایشگاه مراجعه کرده و جواب را حتماً به رویت پزشک برسانید.
- شماره قبض آزمایش تحویل بیمار شود.
- در صورتیکه نیاز است به بیمار توضیح داده شود از آزمایشات، نوارقلبها، اکو، سونوگرافی، ریهپورتها و ... کپی تهیه نماید.

تغذیه در منزل

- ✓ از مصرف غذاهای شور خودداری کنید. برنامه غذایی منظم و کامل داشته باشید و از گرسنگی طولانی مدت نیز جلوگیری کنید.
- ✓ صبحانه از وعده هایی است که هرگز نباید فراموش شود.
- ✓ مایعات کافی میل کنید. مصرف میوه و سبزیجات فراوان انواع مغزها را در برنامه غذایی داشته باشید

خودمراقبتی و فعالیت و استراحت در منزل:

- هنگام خواب سر خود را کاملاً بالا قرار دهید. استراحت و خواب کافی داشته باشید. زمانی که می‌خواهید از حالت خوابیده برخاسته و راه بروید ابتدا کمی بنشینید و سپس به آرامی بلند شوید و در صورت بروز سرگیجه بلافاصله بنشینید.
- از هر گونه تغییر وضعیت ناگهانی جدا بپرهیزید.
- از مصرف خودسرانه داروهای خواب آور و آرام بخش پرهیز کنید. هنگام بلند شدن از تخت خواب ابتدا چند دقیقه بنشینید و سپس در صورت عدم سرگیجه بلند شوید.
- به دلیل احتمال افتادن، هنگامی که در منزل تنها هستید از رفتن به حمام خودداری کنید از مصرف سیگار و قلیان خودداری کنید. در صورتیکه فشارخون شما نامنظم است روزانه آن را کنترل کنید.

پاسخ به سوالات: جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۵۷۲۳۶۸۳۳-۰۵۱ و شماره داخلی بخش مربوطه: یا کلینیک پرستاری پی گیری و آموزش بیماران با شماره داخلی ۱۶۰۶ و شماره مستقیم ۵۷۲۲۴۰۷۰ تماس بگیرید.

- توجه: در صورتیکه بیماری زمینه ای دارد در آموزشها مدنظر قرار گیرد.

برنامه مداخلات پرستاری در سردرد

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
آیا شدت درد کاهش یافته است؟ آیا بیمار از بهبودی خبر می‌دهد؟ آیا فشار خون کنترل شده است؟	بررسی کامل درد: محل دقیق، کیفیت (ضربان دار، فشاری، تیرکشنده)، شدت، مدت، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده را ثبت کنید. پایش علائم حیاتی: فشار خون (به ویژه در سالمندان)، ضربان قلب و دما را بررسی کنید. محیط آرام: نور کم، کاهش صدا، تهویه مناسب. کمپرس: - کمپرس سرد روی پیشانی (برای میگرن) - کمپرس گرم روی گردن و شانه‌ها (برای سردرد تنشی) ماساژ: ماساژ ملایم گردن و شانه‌ها برای کاهش تنش عضلانی. تجویز دارو: مسکن‌ها را طبق دستور پزشک به موقع تجویز کنید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز مسکن، نام دارو، دوز و زمان اثر را توضیح دهید.	طی ۴-۲ ساعت اول پس از مداخله، بیمار: شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. بتواند بدون درد فعالیت‌های سبک را انجام دهد. نیاز به مسکن تکراری کاهش یابد.	۱. درد حاد مرتبط با تنش عضلانی، گشاد شدن عروق مغزی یا تحریک مننژ.
آیا علائم خطر شناسایی شده است؟ آیا فشار خون کنترل شده است؟ آیا عارضه عصبی جدیدی ایجاد نشده است؟	غریبالگری علائم خطر: - علائم عصبی: اختلال تکلم، ضعف یک طرفه، بی‌حسی، دوبینی، عدم تعادل ناگهانی (احتمال سکته) - علائم مننژیت: سردرد + تب + سفتی گردن + تهوع - علائم آرتربت تمپورال: سردرد در شقیقه، درد فک هنگام جویدن، اختلال بینایی (در سالمندان بالای ۵۰ سال) - سردرد صبحگاهی + تهوع: احتمال تومور مغزی پایش فشار خون: در سردرد شدید، فشار خون را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. پایش سطح هوشیاری: هر شیفت سطح هوشیاری را بررسی کنید. ارجاع فوری: در صورت وجود هر یک از علائم خطر، فوراً به پزشک گزارش دهید.	طی ۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: علائم خطر (علائم عصبی، افت فشار خون، اختلال بینایی) شناسایی و گزارش شود. فشار خون به محدوده ایمن کاهش یابد. هیچ عارضه عصبی جدیدی ایجاد نشود.	۲. خطر عوارض عصبی مرتبط با سردردهای ثانویه (فشار خون بالا، سکته، آرتربت تمپورال).
آیا تهوع و استفراغ قطع شده است؟ آیا بیمار می‌تواند مایعات تحمل کند؟	پایش: تعداد دفعات استفراغ و میزان مایعات دریافتی را ثبت کنید. محیط: تهویه مناسب، دوری از بوهای تند. وعده‌های کوچک: پس از قطع تهوع، وعده‌های کوچک و مکرر ارائه دهید. مایعات: مایعات را به آرامی و در حجم کم شروع کنید. تجویز دارو: داروهای ضدتهوع (متوکلوپرامید، اندانسترون) را طبق دستور تجویز کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که تهوع در میگرن شایع است و با درمان سردرد بهبود می‌یابد.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: تهوع و استفراغ قطع شود. بتواند مایعات و غذای نرم تحمل کند. از کم‌آبی جلوگیری شود.	۳. تهوع و استفراغ مرتبط با میگرن یا سردردهای شدید.
آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ آیا بیمار آرام‌تر شده است؟	حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید، با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد نوع سردرد و درمان آن به بیمار بدهید. تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق، آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی را آموزش دهید.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند سوالات خود را	۴. اضطراب مرتبط با سردرد مزمن، ترس از بیماری جدی (تومور مغزی) و محدودیت در فعالیت‌ها.

	شناسایی محرک‌ها: به بیمار کمک کنید محرک‌های سردرد خود (استرس، گرسنگی، کم‌خوابی) را شناسایی کند. حمایت خانواده: خانواده را در حمایت عاطفی مشارکت دهید.	بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند.	
از بیمار بپرسید: "چه عواملی می‌تواند باعث سردرد شما شود؟" از بیمار بپرسید: "اگر سردرد شدید و ناگهانی پیدا کردید، چه کار می‌کنید؟" از بیمار بپرسید: "چند بار در هفته می‌توانید مسکن مصرف کنید؟" آیا بیمار شماره تماس اورژانس و پزشک را در دسترس دارد؟	آموزش ترخیص: آموزش شناسایی نوع سردرد: - سردرد تنشی: درد دوطرفه، فشاری، بدون علائم همراه - میگرن: درد یک‌طرفه، ضربان‌دار، با تهوع و حساسیت به نور و صدا آموزش شناسایی و اجتناب از محرک‌ها: - استرس، اضطراب - گرسنگی و حذف وعده‌های غذایی - کم‌خوابی یا پرخوابی - برخی غذاها (پنیر کهنه، شکلات، کافئین، الکل، غذاهای فرآوری‌شده) - تغییرات هورمونی (در زنان) آموزش دارویی: - مسکن‌های ساده: در شروع سردرد مصرف شود، از مصرف بیش از حد (بیش از ۳-۲ بار در هفته) خودداری کند (خطر سردرد برگشتی). - تریپتان‌ها: در شروع میگرن مصرف شود، نحوه مصرف را دقیقاً آموزش دهید. - داروهای پیشگیری: مصرف منظم حتی در زمان بهبودی (در صورت تجویز). آموزش تکنیک‌های غیردارویی: - کمپرس گرم یا سرد - تکنیک‌های آرام‌سازی و تنفس عمیق - ماساژ گردن و شانه‌ها - ورزش منظم (پیاده‌روی، یوگا) آموزش علائم هشدار (نیاز به مراجعه فوری به اورژانس): - سردرد ناگهانی و بسیار شدید (تندر کلپ - بدترین سردرد زندگی) - سردرد همراه با اختلال تکلم، ضعف یک طرفه، بی‌حسی (علائم سکته) - سردرد همراه با تب و سفتی گردن (مننژیت) - سردرد پس از ضربه به سر - سردرد همراه با تشنج - سردرد در بیمار با سابقه سرطان یا نقص ایمنی - سردرد جدید در سالمند بالای ۵۰ سال (به ویژه همراه با درد شقیقه و اختلال بینایی - آرتریت تمپورال) پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و ثبت دفترچه سردرد را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نوع سردرد خود را شناسایی کنند. محرک‌های سردرد را بشناسند و از آنها دوری کنند. نحوه صحیح مصرف داروها (مسکن‌ها، داروهای پیشگیری) را توضیح دهند. علائم هشدار که نیاز به مراجعه به اورژانس دارد را بشناسند.	۶. دانش ناقص در مورد مدیریت سردرد و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با عوامل خطر، داروها، تکنیک‌های غیردارویی و علائم هشدار.

پرستار در زمان ترخیص بیمار دچار تب و تنگی نفس موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری:

تب و تنگی نفس معمولاً نشانه عفونت ریه یا بیماری قلبی است. مصرف منظم داروها (به ویژه آنتی بیوتیک ها)، استراحت کافی، مصرف مایعات فراوان و پایش علائم (تب، تعداد تنفس) برای بهبودی ضروری است.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- تشدید تنگی نفس، تنفس دشوار و درد قفسه سینه، درد مداوم یا فشار قفسه سینه، تشدید سرفه ها یا بروز سرفه های خلط دار
- عدم قطع تب پس از ۵ روز از شروع بیماری
- اگر تنگی نفس بدتر شد، تب پس از قطع دارو برگشت، یا دچار گیجی شدید، فوراً به پزشک مراجعه کنید.
- مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ نمایید.

دارو در منزل:

- ✓ داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید و از قطع خودسرانه داروها خودداری کنید.
- ✓ آموزش نوع دارو و کاربرد و زمان مصرف داروها انجام شود و کد رهگیری دارو تحویل گردد.

پیگیری آزمایشات و پاراکلینیک:

- جهت دریافت جواب نمونه آزمایش یا پاتولوژی به آزمایشگاه مراجعه کرده و جواب را حتماً به رویت پزشک برسانید.
- شماره قبض آزمایش تحویل بیمار شود. در صورتیکه نیاز است به بیمار توضیح داده شود از آزمایشات، نوار قلبها، اکو، سونوگرافی، ریه پورها و ... کپی تهیه نماید.

تغذیه در منزل

- مصرف چربیها و فست فود را کاهش دهید.
- بهتر است از رژیم غذایی سرشار از پروتئین، ویتامین و پرفیبر (سبزیجات، میوه و ...) استفاده کنید.
- از خوردن غذاهای نفاخ، ادویه دار و خیلی داغ یا خیلی سرد اجتناب کنید.
- در صورتی که محدودیت پزشکی ندارید، مایعات فراوان مصرف کنید.

فعالیت و نکات خود مراقبتی

- ✓ روزانه به طور منظم، تدریجی و در حد تحمل ورزشهای سبک مانند پیاده روی انجام دهید. کارهایی مثل حمام کردن، لباس پوشیدن، راه رفتن در زمان کم و مسافت کوتاه را انجام دهید و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.
- ✓ در صورت آلودگی قابل توجه هوا و یا هوای گرم و مرطوب، از منزل خارج نشوید.
- ✓ برای خروج ترشحات، سرفه آرام داشته باشید.
- ✓ تا حد امکان از استرس و اضطراب دوری کنید زیرا کاهش اضطراب نیاز به اکسیژن را کمتر میکند.
- ✓ تا حد امکان از بروز بیماری های عفونی و ویروسی مانند سرماخوردگی و آنفلوانزا جلوگیری نمایید و با توصیه پزشک در زمان معین واکسن آنفلوانزا تزریق کنید.
- ✓ بهداشت دهان و حلق را رعایت نمایید. از مصرف دخانیات به شدت پرهیز شود.

پاسخ به سوالات: جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۵۷۲۳۶۸۳۳-۰۵۱ و شماره داخلی بخش مربوطه:

..... یا کلینیک پرستاری پی گیری و آموزش بیماران با شماره داخلی ۱۶۰۶ و شماره مستقیم ۵۷۲۲۴۰۷۰ تماس بگیرید.

توجه: در صورتیکه بیماری زمینه ای دارد در آموزشها مدنظر قرار گیرد.

برنامه مداخلات پرستاری در تب و تنگی نفس

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. هایپرترمی (تب) مرتبط با فرآیند التهابی و عفونت	طی ۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: دمای بدن به محدوده نرمال (۳۶-۳۷/۵ درجه) کاهش یابد. دفعات لرز کاهش یابد. بیمار از کاهش ناراحتی خبر دهد.	پایش دما: دمای بدن را هر ۴-۲ ساعت اندازه‌گیری و ثبت کنید. پایش علائم حیاتی: نبض، تنفس و فشار خون را همراه با دما بررسی کنید. کمپرس: در تب بالا، از کمپرس ولرم استفاده کنید (از آب سرد خودداری شود). تنظیم محیط: دمای اتاق را مناسب نگه دارید، از پتوی سبک استفاده کنید. تجویز دارو: داروهای تب‌بر (استامینوفن، ایبوپروفن) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات را برای جبران آب از دست رفته افزایش دهید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام دادن تب‌بر، هدف دارو را توضیح دهید و تأکید کنید که در صورت بازگشت تب، پرستار را مطلع کند.	آیا دمای بدن کاهش یافته است؟ آیا بیمار از کاهش ناراحتی خبر می‌دهد؟ آیا لرز قطع شده است؟
۲. الگوی تنفس ناکارآمد مرتبط با کاهش تبادل گازها، تجمع ترشحات و التهاب راه‌های هوایی	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه کاهش یابد. سطح اکسیژن خون (اشباع اکسیژن) بالای ۹۲٪ حفظ شود. از عضلات فرعی تنفس استفاده نکند. نگی نفس کاهش یابد.	پایش تنفس: تعداد تنفس، عمق، ریتم و استفاده از عضلات فرعی را هر ۲-۱ ساعت بررسی کنید. پالس اکسیمتری: اشباع اکسیژن را به طور مداوم یا هر ۲-۱ ساعت پایش کنید. اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده هدف $SpO_2 > 92\%$ وصل کنید. سمع ریه: صداهای ریوی (کراکل، رونکای، ویزینگ) را هر شیفت بررسی کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت فاولر یا های فاولر (نشسته یا نیمه‌نشسته) قرار دهید. فیزیوتراپی تنفسی: در صورت وجود ترشحات، تشویق به سرفه مؤثر و تنفس عمیق. آمادگی برای تهویه پیشرفته: در صورت بدتر شدن وضعیت، برای CPAP، BiPAP یا انتوباسیون آماده باشید. آموزش: تکنیک تنفس با لب‌های غنچه‌ای را در صورت لزوم آموزش دهید.	آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ آیا SpO_2 بالای ۹۲٪ حفظ شده است؟ آیا بیمار از کاهش تنگی نفس خبر می‌دهد؟
۳. پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی مرتبط با افزایش ترشحات، ضعف و سرفه غیرمؤثر	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: بتواند ترشحات را به طور مؤثر تخلیه کند. صداهای تنفسی اضافی کاهش یابد. خلط راحت‌تر خارج شود.	بررسی خلط: رنگ، غلظت، مقدار و بوی خلط را هر شیفت بررسی و ثبت کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات گرم (۸-۱۰ لیوان در روز) را برای رقیق شدن خلط تشویق کنید. سرفه مؤثر: تکنیک سرفه مؤثر و کنترل شده را آموزش دهید. نبولایزر: در صورت تجویز، داروهای استنشاقی (سالبوتامول، ایپراتروپیوم) را با نبولایزر تجویز کنید. فیزیوتراپی قفسه سینه: در صورت لزوم، پرکاشن و ویبریشن انجام دهید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز اسپری یا نبولایزر، نحوه مصرف و هدف دارو را توضیح دهید.	آیا بیمار قادر به تخلیه خلط است؟ آیا صداهای ریوی بهبود یافته است؟ آیا خلط رقیق‌تر شده است؟
۴. خطر کمبود حجم مایعات مرتبط با تب، تعریق، تنفس سریع و کاهش دریافت خوراکی	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: پوست و مخاط دهان مرطوب باشد. برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت داشته باشد. علائم کم‌آبی (خشکی دهان،	پایش ورودی و خروجی: میزان مایعات دریافتی و خروجی (ادرار) را هر شیفت ثبت کنید. پایش پوست: هر شیفت پوست و مخاط را از نظر خشکی بررسی کنید. تشویق به نوشیدن: بیمار را به نوشیدن مایعات (آب، سوپ، آبمیوه رقیق) تشویق کنید. مایعات وریدی: در صورت کم‌آبی شدید یا عدم تحمل خوراکی، مایعات IV را طبق دستور تجویز کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که در زمان تب باید مایعات بیشتری بنوشد.	آیا پوست و مخاط مرطوب است؟ آیا برونده ادراری کافی است؟ آیا علائم کم‌آبی کاهش یافته است؟

		کاهش تورگور پوست) نداشته باشد.	
۶. عدم تحمل فعالیت مرتبط با تب، تنگی نفس و خستگی ناشی از عفونت	تا پایان روز سوم بستری، بیمار: فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه) را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. بتواند فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تنظیم کند.	برنامه فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت‌ها استراحت کافی بگنجانید. پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی و سطح تنگی نفس را بررسی کنید. تشویق به تحرک زودهنگام: برای پیشگیری از آتلکتازی و DVT، به تدریج تحرک را افزایش دهید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با بهبود عفونت، سطح انرژی بازخواهد گشت.	آیا بیمار فعالیت‌ها را با تحمل بهتری انجام می‌دهد؟
۷. اختلال در تبادل گازها مرتبط با تجمع مایع یا ترشحات در آلوئول‌ها و کاهش سطح تماس برای تبادل اکسیژن	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: گازهای خون شریانی (ABG) بهبود یابد. سطح هوشیاری طبیعی باشد. سیانوز (کبودی) نداشته باشد.	پایش گازهای خون: نتایج ABG را پیگیری کنید. پایش سطح هوشیاری: هر ۴-۲ ساعت سطح هوشیاری را بررسی کنید (بی‌قراری یا خواب‌آلودگی می‌تواند نشانه هیپوکسی باشد). پایش رنگ پوست: پوست و مخاط را از نظر سیانوز بررسی کنید. اکسیژن درمانی: دوز اکسیژن را بر اساس سطح اشباع و ABG تنظیم کنید. پوزیشن: وضعیت بیمار را برای بهینه‌سازی تهویه-پرفیوژن تنظیم کنید.	آیا ABG بهبود یافته است؟ آیا سطح هوشیاری طبیعی است؟
۸. خطر عفونت مرتبط با ماهیت مسری بسیاری از عفونت‌های تنفسی	در طول مدت بستری، بیمار: از انتقال عفونت به دیگران جلوگیری شود. اقدامات کنترل عفونت به درستی رعایت شود.	ایزوله تنفسی: بیمار را در اتاق ایزوله (ترجیحاً با فشار منفی) قرار دهید یا اقدامات احتیاطی تنفسی را رعایت کنید. بهداشت دست: بر شستشوی مکرر دست‌ها توسط بیمار، خانواده و پرسنل تأکید کنید. ماسک: بیمار در زمان خروج از اتاق یا تماس نزدیک، ماسک بزند. آداب سرفه: آموزش پوشاندن دهان و بینی با آرنج هنگام سرفه. ضد عفونی محیط: سطوح و تجهیزات را به طور مرتب ضد عفونی کنید. آموزش: به بیمار و خانواده اصول پیشگیری از انتقال عفونت را آموزش دهید	آیا اقدامات کنترل عفونت رعایت شده است؟ آیا مورد جدید عفونت در تماس‌داران گزارش نشده است؟
۹. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری در منزل مرتبط با عدم آشنایی با داروها، علائم هشدار و مراقبت‌های پس از ترخیص	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح مصرف داروها (آنتی‌بیوتیک، تب‌بر، اسپری) را توضیح دهند. علائم هشدار که نیاز به مراجعه مجدد دارد را بشناسند. اقدامات پیشگیرانه (واکسیناسیون، شستشوی دست) را رعایت کنند.	آموزش دارویی: - تأکید بر تکمیل دوره آنتی‌بیوتیک حتی پس از قطع تب. - نحوه مصرف صحیح اسپری‌ها و نیولایزر (در صورت تجویز). - عوارض جانبی داروها و زمان مراجعه در صورت بروز. آموزش علائم خطر: - بازگشت تب پس از قطع آن. - افزایش تنگی نفس، درد قفسه سینه. - تغییر رنگ خلط به زرد یا سبز. - گیجی یا کاهش سطح هوشیاری. - در صورت مشاهده، فوراً به پزشک مراجعه کند. آموزش پیشگیری: - شستشوی مکرر دست‌ها. - پرهیز از تماس نزدیک با افراد مبتلا به عفونت تنفسی. - واکسیناسیون آنفلوانزا و پنوموکوک. تغذیه و مایعات: مصرف مایعات کافی و تغذیه مناسب در دوران نقاهت. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	از بیمار پرسید: "اگر دوباره تب کردید، چه کار می‌کنید؟" از بیمار پرسید: "داروی آنتی‌بیوتیک را تا کی باید مصرف کنید؟" آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟

نیازهای آموزشی بیماران کووید (حین بستری)

۱	آموزش در خصوص مراقبت از اتصالات بیماران (اکسیژن تراپی، سوندفولی، خط وریدی و)
۲	آموزش رژیم غذایی
۳	آموزش میزان فعالیت و تحرک در زمان بستری
۴	آمادگی برای تستهای تشخیصی
۵	آموزش نکات خودمراقبتی در خصوص بیماریهای زمینه ای
۶	داروهای مصرفی و نحوه مصرف آن در حین بستری

نیازهای آموزشی بیماران کووید (حین ترخیص)

۱	آموزش در خصوص داروهای مصرفی هنگام ترخیص
۲	آموزش رژیم غذایی، میزان فعالیت و تحرک
۳	زمان مراجعه مجدد به پزشک و پیگیریها پس از ترخیص
۴	آموزش نکات خودمراقبتی در خصوص بیماریهای زمینه ای
۵	آموزش علائم هشدار بیماری در هنگام ترخیص به بیمار و همراهی
۶	آموزش نکات خودمراقبتی در هنگام ترخیص (قرنطینه، شستشوی دست، تهیه محلولهای ضدعفونی و گندزدا، رعایت فاصله گذاری اجتماعی، رژیم غذایی در دوران نقاهت و میزان فعالیت و تحرک، کاهش استرس پس از ترخیص) به بیمار و همراهیان

جدول فرایند پرستاری در کووید:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. اختلال در تبادل گازها مرتبط با درگیری ریه، التهاب آلوئولها و کاهش سطح تماس برای تبادل اکسیژن.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: سطح اکسیژن خون (Sp2) بالای ۹۲٪ حفظ شود. تعداد تنفس به محدوده ۲۰-۱۶ در دقیقه کاهش یابد. گازهای خون شریانی (ABG) بهبود یابد.	پالس اکسیمتری مداوم: Sp2 را به طور مداوم یا هر ۱-۲ ساعت پایش کنید. پایش تنفس: تعداد تنفس، عمق، ریتم و استفاده از عضلات فرعی را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده (هدف $Sp2 > 92\%$) وصل کنید. پوزیشن: بیمار را در وضعیت فاولر یا پرون (در صورت صلاحدید پزشک) قرار دهید. پایش ABG: نتایج گازهای خون را پیگیری کنید. پایش سطح هوشیاری: بی‌قراری یا خواب‌آلودگی می‌تواند	• آیا Sp2 بالای ۹۲٪ حفظ شده است؟ • آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟ • آیا ABG بهبود یافته است؟

	نشانه هیپوکسی باشد. آمادگی برای تهویه پیشرفته: در صورت بدتر شدن، برای CPAP، BiPAP یا انتوباسیون آماده باشید.		
۲. هایپر ترمی (تب) مرتبط با پاسخ التهابی سیستمیک به عفونت ویروسی.	طی ۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: دمای بدن به محدوده نرمال (۳۶-۵/۳۷ درجه) کاهش یابد. تعداد دفعات لرز کاهش یابد. بیمار از کاهش ناراحتی خبر دهد.	پایش دما: دمای بدن را هر ۴ ساعت اندازه گیری و ثبت کنید. کمپرس: در تب بالا، از کمپرس ولرم استفاده کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات را برای جبران آب از دست رفته افزایش دهید. تجویز دارو: داروهای تب بر (استامینوفن) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. تنظیم محیط: دمای اتاق را مناسب نگه دارید. آموزش دارویی (حین بستری): هنگام دادن تب بر، هدف دارو را توضیح دهید.	• آیا دمای بدن کاهش یافته است؟ • آیا لرز قطع شده است؟
۳. پاکسازی غیر مؤثر راه هوایی مرتبط با افزایش ترشحات، سرفه غیر مؤثر و ضعف عضلات تنفسی.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: بتواند ترشحات را به طور مؤثر تخلیه کند. صداهای تنفسی اضافی (کراکل، رونکای) کاهش یابد. سرفه مؤثرتر شود.	بررسی صداهای ریوی: هر شیفت ریه ها را سمع کنید. بررسی خلط: رنگ، غلظت و مقدار خلط را ثبت کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات گرم را برای رقیق شدن خلط تشویق کنید. سرفه مؤثر: تکنیک سرفه مؤثر و کنترل شده را آموزش دهید. از خوابیدن به پشت خودداری کند. فیزیوتراپی تنفسی: در صورت لزوم، تشویق به تنفس عمیق. آموزش: به بیمار آموزش دهید که سرفه را با آرنج بپوشاند (آداب سرفه).	• آیا بیمار قادر به تخلیه خلط است؟ • آیا صداهای ریوی بهبود یافته است؟
۴. خطر عفونت (انتقال به دیگران) مرتبط با ماهیت بسیار مسری ویروس.	در طول مدت بستری، بیمار: از انتقال عفونت به دیگران جلوگیری شود. اقدامات کنترل عفونت به درستی رعایت شود.	ایزوله تنفسی: بیمار را در اتاق ایزوله (ترجیحاً با فشار منفی) قرار دهید یا اقدامات احتیاطی تنفسی را رعایت کنید. PPE کامل: پرستار و پرسنل از ماسک N95، گان، دستکش و محافظ صورت استفاده کنند. بهداشت دست: بر شستشوی مکرر دست ها تأکید کنید. ماسک برای بیمار: بیمار در زمان خروج از اتاق، ماسک بزند. ضد عفونی محیط: سطوح و تجهیزات را به طور مرتب ضد عفونی کنید. آموزش: به بیمار و خانواده اصول پیشگیری از انتقال عفونت را آموزش دهید.	• آیا اقدامات کنترل عفونت رعایت شده است؟ • آیا مورد جدید عفونت در تماس داران گزارش نشده است؟
۵. اضطراب مرتبط با تنگی نفس، بستری شدن، ترس از مرگ، انزوا و نگرانی از آینده.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. بتواند با تیم درمان همکاری کند. علائم فیزیکی اضطراب	ارتباط مؤثر: با لحنی آرام و اطمینان بخش صحبت کنید و اطلاعات واضح ارائه دهید. آموزش: اقدامات درمانی را به زبان ساده توضیح دهید. حمایت روانی: از حمایت خانواده از طریق تماس تلفنی یا ویدئویی استفاده کنید. محیط آرام: نور کم، کاهش صدا.	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می دهد؟ • آیا بیمار آرام تر شده است؟

	تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق آرام را آموزش دهید. ارجاع: در صورت نیاز، به روانشناس یا مشاور ارجاع دهید.	(تاکی کاردی، بی‌قراری) کاهش یابد.	
۶. عدم تحمل فعالیت مرتبط با ضعف ناشی از عفونت، تب و بی‌حرکتی طولانی.	تا پایان بستری، بیمار: فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه) را با تنگی نفس کمتر انجام دهد. بتواند فعالیت‌ها را با استراحت بین آنها تنظیم کند.	فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت‌ها استراحت کافی بگنجانید. پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی و سطح تنگی نفس را بررسی کنید. تشویق به تحرک زودهنگام: برای پیشگیری از آتلکتازی و DVT، به تدریج تحرک را افزایش دهید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با بهبود عفونت، سطح انرژی باز خواهد گشت.	• آیا بیمار فعالیت‌ها را با تحمل بهتری انجام می‌دهد؟
۷. خطر عوارض ترومبوآمبولی مرتبط با التهاب سیستمیک و بی‌حرکتی.	در طول مدت بستری، بیمار: هیچ علامت DVT (تورم، درد ساق) یا آمبولی ریه (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه) نشان ندهد.	پایش علائم: علائم DVT و آمبولی ریه را هر شیفت بررسی کنید. پروفیلاکسی ضد انعقاد: داروهای ضد انعقاد پیشگیرانه (مانند هپارین با وزن مولکولی کم) را طبق دستور تجویز کنید. تحرک زودهنگام: تشویق به تحرک و استفاده از جوراب فشرده‌سازی. آموزش: به بیمار آموزش دهید در صورت تورم ناگهانی پا یا تنگی نفس، فوراً گزارش دهد.	• آیا علائم DVT مشاهده شده است؟
۸. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری در منزل و مراقبت‌های پس از ترخیص مرتبط با عدم آشنایی با علائم خطر، ایزوله خانگی و پیگیری.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: علائم خطر که نیاز به مراجعه مجدد دارد را بشناسند. مدت ایزوله خانگی را رعایت کنند. برنامه پیگیری را بدانند.	آموزش علائم خطر: - بدتر شدن تنگی نفس - کاهش Sp2 زیر ۹۲٪ (با دستگاه خانگی) - درد قفسه سینه - گیجی یا کاهش سطح هوشیاری - سیانوز لب‌ها آموزش ایزوله خانگی: مدت ایزوله (بر اساس گایدلاین محل)، استفاده از ماسک، تهویه مناسب، عدم تماس نزدیک با افراد پرخطر. آموزش تغذیه و مایعات: مصرف مایعات کافی و تغذیه مناسب در دوران نقاهت. پالس اکسیمتر خانگی: در صورت نیاز، نحوه استفاده و تفسیر اعداد را آموزش دهید. پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید. آموزش در مورد Lng COVID در صورت تداوم علائم (خستگی، تنگی نفس، مه مغزی)، به بیمار توضیح دهید که ممکن است نیاز به توانبخشی و پیگیری طولانی‌مدت داشته باشد	از بیمار پرسید: "اگر تنگی نفس شما بدتر شد، چه کار می‌کنید؟" • از بیمار پرسید: "چه مدت باید در خانه ایزوله بمانید؟" • آیا بیمار شماره تماس اورژانس را در دسترس دارد؟

پرستار در زمان بستری بیمار کووید ۱۹ موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

کووید-۱۹ یک بیماری عفونی تنفسی است که توسط ویروس کرونا (SARS-CV-2) ایجاد می شود. این ویروس از طریق قطرات تنفسی (سرفه، عطسه، صحبت کردن) و سطوح آلوده منتقل می شود.

درمان کووید-۱۹ بر اساس شدت بیماری و عوامل خطر بیمار تعیین می شود:

• درمان سرپایی (خفیف):

-استراحت، مصرف مایعات فراوان

-استامینوفن برای تب و بدن درد

-پالس اکسیمتر خانگی برای پایش سطح اکسیژن

-در بیماران پرخطر: داروهای ضد ویروس (پکسلووید، رمدسیویر)

• درمان بستری (متوسط تا شدید):

-اکسیژن درمانی: برای حفظ $SpO_2 > 92\%$

-داروهای ضد ویروس: رمدسیویر

-کورتیکواستروئیدها: دگزامتازون در بیماران با نیاز به اکسیژن

-داروهای تعدیل کننده ایمنی: توسیلیزوماب، باریسیتینیب (در موارد شدید)

-آنتی بیوتیک: فقط در صورت مشکوک به عفونت باکتریال ثانویه

• درمان پیشرفته:

-تهویه غیرتهاجمی (CPAP)، (BiPAP)

-تهویه مکانیکی (اینتیوباسیون) در نارسایی تنفسی شدید

• درمان طولانی مدت: توانبخشی در سندرم پس از کووید (Long COVID)

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

- ✓ مواد غذایی پرکالری، پر پروتئین، پر ویتامین (ث، اسید فولیک و...) مصرف کنید.
- ✓ تعداد وعده های غذایی را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.
- ✓ میوه و مایعات بیشتر مصرف کنید.
- ✓ از خوردن مواد حاوی کافئین مثل قهوه، چای، کولا، شکلات، غذاهای نفاخ (کلم، حبوبات و ...) خودداری کنید.

فعالیت در حین بستری

- ✓ استراحت نسبی داشته باشید و هنگام استراحت، در فواصل منظم در تخت چرخیده و وضعیت جدیدی به خود بگیرید.
- ✓ فعالیت هایی مثل حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.

نکات مراقبت از خود در حین بستری

- ✓ برای بهبود وضعیت تنفسی خود، دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو و با لب های غنچه ای انجام دهید.
- ✓ جهت تسهیل تنفس، به صورت نیمه نشسته در بستر استراحت نمائید.

- ✓ جهت تسهیل تنفس و برطرف شدن تنگی نفس (بخصوص شب)، برای شما اکسیژن کار گذاشته میشود. در صورت بروز و یا تغییر علائم، پرستار را مطلع نموده و از ایجاد تغییر در روند اکسیژن رسانی خودداری نمائید.
- ✓ جهت رقیق کردن ترشحات، مایعات فراوان استفاده کنید.
- ✓ برای پاک کردن راه هوایی آرام و به صورت کنترل شده سرفه کنید.
- ✓ برای حفظ رطوبت از بخور استفاده کنید.
- ✓ جهت خروج خلط در فیزیوتراپی قفسه سینه و گرفتن نمونه جهت آزمایش همکاری نمائید.
- ✓ پس از استفاده از داروی استنشاقی جهت کاهش خطر عفونت های قارچی دهان، دهان را شستشو دهید.
- ✓ ساعات خواب و استراحت روزانه ی خود را تنظیم نمائید.
- ✓ در صورت وجود تب، تغییر در رنگ و مقدار خلط ، تنگی نفس و سرفه به پزشک اطلاع دهید.

دارو

- ✓ داروهایی شامل آنتی بیوتیک، گشاد کننده برونش (اسپری)، کورتیکواستروئیدها (هیدروکورتیزون و ...) و سایر داروها طبق دستور پزشک توسط پرستار در فواصل و زمان های مشخص شده به شما داده میشود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار کووید ۱۹ موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت تب مداوم (بالای ۴ روز) و بازگشت تب، علائم تنگی نفس، تشدید بی اشتهایی، بیقراری شدید (از علائم کاهش سطح اکسیژن)، خلط خونی، گیجی یا افت هوشیاری و درد قفسه سینه به بیمارستان مراجعه کنید
- ✓ زمان مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار هماهنگ کنید.

مصرف داروها در منزل

- داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید و از قطع خودسرانه داروها خودداری کنید. کد رهگیری داروها به بیمار تحویل شود.
- آموزش نوع دارو و کاربرد و زمان مصرف داروها انجام شود.

پیگیری آزمایشات و پاراکلینیک

- جهت دریافت جواب نمونه آزمایش یا پاتولوژی به آزمایشگاه مراجعه کرده و جواب را حتما به رویت پزشک برسانید.
- شماره قبض آزمایش تحویل بیمار شود . در صورت نیاز از آزمایشات، نوار قلبها، اکو، سونوگرافی، ریهپورها و ... کپی تهیه نماید.

رژیم غذایی در منزل

- از غذاهای پرانرژی و پرپروتئین (گوشت و تخم مرغ و حبوبات) در حجم کم و وعده های زیاد مصرف کنید.
- در صورت نداشتن محدودیت مصرف مایعات، حداقل ۸ یا ۱۰ لیوان در روز آب بنوشید.
- از مواد غذایی مفید برای کاهش التهاب گلو مانند نوشیدنی های گرم حاوی عسل استفاده کنید.
- مصرف نمک، چربی و نوشیدنی های حاوی کافئین را در رژیم غذایی خود محدود کنید.
- تعداد وعده های غذایی خود را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.
- میوه و سبزیجات بیشتر مصرف کنید. غذاهای نفاخ (کلم، بادمجان، ...) مصرف نکنید.
- از مصرف چای، قهوه، الکل، نوشابه، ادویه، نمک، سیگار، قلیان خودداری نمائید.

- رژیم غذایی شما سرشار از ویتامین های گروه ب، ویتامین های ک، ث، آ و اسید فولیک باشد.
- غذای سرخ نشده و کم چرب استفاده کنید. از روغن های مفید مثل روغن زیتون و روغن کانولا استفاده کنید.

فعالیت و خودمراقبتی در منزل:

- روزانه به طور منظم، تدریجی و در حد تحمل ورزشهای سبک مانند پیاده روی انجام دهید.
- از انجام ورزشهای سنگین نظیر بدنسازی اجتناب کنید. فعالیتها (استحمام و قدم زدن) را به تدریج و در حد تحمل افزایش دهید.
- در یک اتاق مجزا از سایر اعضای خانواده و با تهویه مناسب (پنجره دار) استراحت نمایید و فقط برای موارد ضروری از اتاق خارج شوید؛ تعداد مراقبین به حداقل رسانده شود، یک فرد سالم بدون سابقه بیماری و با ماسک وظیفه مراقبت را به عهده بگیرد.
- فاصله ۲ متر را با دیگران بخصوص افراد سالمند که سیستم ایمنی ضعیفی دارند، رعایت کنید. دستهای خود را مرتب با آب و مایع صابون، ۲۰ تا ۳۰ ثانیه به روش صحیح بشوید و با دستمال کاغذی خشک کنید.

پاسخ به سوالات : جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۰۵۱-۵۷۲۳۶۸۳۳ و شماره داخلی بخش مربوطه:
یا کلینیک پرستاری پی گیری و آموزش بیماران با شماره داخلی ۱۶۰۶ و شماره مستقیم ۵۷۲۲۴۰۷۰ تماس بگیرید .

توجه : در صورتیکه بیماری زمینه ای دارد در آموزشها مدنظر قرار گیرد

شکم درد و گاستروانتریت

نیازهای آموزشی، تشخیصهای پرستاری در شکم درد و گاستروانتریت

آموزش میزان فعالیت
آموزش نحوه تامین آب از دست رفته بدن از طریق رژیم غذایی
آموزش نحوه مصرف او ار اس
آموزش ممنوعیتهای تغذیه ای (شیر، قهوه و نسکافه، ابمیوه های بسته بندی شده ، نوشیدنی های بسیار شیرین، آب الوده، و سسها ، خامه و فست فودها، کره ، مایونز، غذاهای پرادویه و سرخ کردنی...)
شروع تغذیه با (برنج یا غلات پخته شده، سیب، موز، نان، سیب زمینی با ماست شیرین، گوشت و سبزیجات پخته شده)
اجتناب از فعالیتهای سنگین در هوای گرم
دوری از استرسهای محیطی
شستشوی مرتب دستها و ضد عفونی سطوح
علامیم هشدار (درد شکم ، تب، دفع خون از مدفوع، تشدید تهوع و استفراغ، کاهش وزن و بی اشتهاپی شدید، کاهش ادرار، تنگی نفس رنگ پریدگی ، درد قفسه سینه)

جدول فرایند پرستاری در گاستروانتریت:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. خطر کمبود حجم مایعات مرتبط با از دست دادن مایعات از طریق اسهال و استفراغ، و کاهش دریافت خوراکی	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: علائم کم آبی (خشکی دهان، کاهش تورور پوست) بهبود یابد. برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر در ساعت داشته باشد. فشار خون در محدوده نرمال تثبیت شود.	پایش ورودی و خروجی :میزان مایعات دریافتی و خروجی (دفعات و حجم اسهال/استفراغ) را هر شیفت ثبت کنید . پایش علائم حیاتی :فشار خون، ضربان قلب و دمای بدن را هر ۴ ساعت بررسی کنید (تاکی کاردی و افت فشارخون از علائم کم آبی است). پایش وزن :وزن روزانه برای ارزیابی پاسخ به مایعات . پایش پوست :هر شیفت پوست و مخاط را از نظر خشکی و تورور بررسی کنید. تشویق به مصرف RS محلول RS را در دسترس قرار دهید و به بیمار آموزش دهید جرعه جرعه بنوشد . مایعات وریدی :در صورت کم آبی شدید یا عدم تحمل خوراکی، مایعات IV را طبق دستور تجویز کنید . آموزش دارویی (حین بستری) :نحوه تهیه و مصرف RS را توضیح دهید.	• آیا برونده ادراری کافی است؟ • آیا علائم کم آبی کاهش یافته است؟ • آیا فشار خون تثبیت شده است؟
۲. اسهال مرتبط با التهاب مخاط روده و افزایش ترشحات	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: تعداد دفعات اسهال کاهش یابد (کمتر از ۳ بار در ۲۴ ساعت).	پایش مشخصات اسهال :تعداد دفعات، قوام، رنگ و وجود خون یا مخاط را ثبت کنید . پایش عوارض :پوست ناحیه مقعد را از نظر تحریک و قرمزی بررسی کنید و در صورت نیاز از پماد محافظ استفاده کنید. تجویز دارو :داروهای ضد اسهال را طبق دستور پزشک تجویز	• آیا تعداد دفعات اسهال کاهش یافته است؟ • آیا قوام مدفوع بهتر شده است؟

	قوام مدفوع سفت تر شود. از دل پیچه و ناراحتی شکمی کاسته شود.	کنید (با احتیاط در موارد مشکوک به عفونت باکتریال) . پروبیوتیک ها: در صورت تجویز، مصرف منظم را تشویق کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که اسهال مکانیسم دفاعی بدن است و مصرف خودسرانه ضد اسهال ممکن است مضر باشد.
۳. تهوع و استفراغ مرتبط با تحریک مخاط معده و التهاب	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: تهوع و استفراغ قطع شود. بتواند مایعات و غذای نرم را تحمل کند.	پایش: تعداد دفعات استفراغ و میزان مایعات دریافتی را ثبت کنید. پایش الکترولیت ها: نتایج پتاسیم و سدیم را پیگیری کنید (استفراغ مکرر باعث هیپوکالمی می شود). وعده های کوچک: پس از قطع تهوع، وعده های کوچک و مکرر ارائه دهید. محیط: تهویه مناسب، دوری از بوهای تند. تجویز دارو: داروهای ضد تهوع (متوکلوپرامید، اندانسترون) را طبق دستور تجویز کنید . آموزش: به بیمار توضیح دهید که در زمان تهوع، مایعات را جرعه جرعه و به آرامی بنوشد.
۴. درد حاد مرتبط با اسپاسم عضلات صاف روده و التهاب مخاط	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: شدت درد شکمی (مقیاس ۱۰-۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. از کاهش دل پیچه خبر دهد.	بررسی درد: محل، شدت و کیفیت درد را هر شیفت بررسی کنید. کمپرس گرم: روی شکم (در صورت تمایل بیمار) برای کاهش اسپاسم. پوزیشن راحت: بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید (معمولاً به پهلو چپ). تجویز دارو: داروهای ضد اسپاسم (هیوسین) را طبق دستور تجویز کنید . آموزش: به بیمار توضیح دهید که درد ناشی از التهاب است و با کنترل اسهال بهبود می یابد.
۵. هایپرترمی (تب) مرتبط با فرآیند التهابی و عفونت	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: دمای بدن به محدوده نرمال کاهش یابد. تعداد دفعات لرز کاهش یابد.	پایش دما: دمای بدن را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید. کمپرس ولرم: در صورت تب بالا. تجویز دارو: داروهای تب بر (استامینوفن) را طبق دستور تجویز کنید. هیدراتاسیون: مصرف مایعات را افزایش دهید (تب باعث کم آبی بیشتر می شود).
۶. خستگی مفرط مرتبط با کاهش دریافت مواد مغذی، کم آبی و پاسخ التهابی بدن	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: سطح انرژی افزایش یافته را گزارش دهد. فعالیت های سبک را انجام دهد.	استراحت کافی: دوره های استراحت بدون وقفه را فراهم کنید. فعالیت تدریجی: با بهبود وضعیت، فعالیت را به تدریج افزایش دهید. تغذیه مناسب: با شروع تغذیه خوراکی، مواد مغذی کافی را فراهم کنید. آموزش: به بیمار توضیح دهید که با اصلاح کم آبی و تغذیه، انرژی باز خواهد گشت.
۷. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری در منزل و پیشگیری از عود مرتبط با عدم	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: نحوه صحیح تهیه و مصرف RS را توضیح دهند.	آموزش: نحوه تهیه او آر اس و مصرف (جرعه جرعه) را آموزش دهید . آموزش رژیم غذایی: رژیم BRAT (موز، برنج، سیب، نان تست) در ۲۴ ساعت از بیمار پرسید "RS": را چگونه تهیه می کنید؟ از بیمار پرسید: "در

۲۴ ساعت اول چه غذاهایی می‌توانید بخورید؟ از بیمار بپرسید: "چه علائمی نشان می‌دهد که باید به پزشک مراجعه کنید؟" آیا بیمار اصول بهداشت دست را می‌داند؟	اول . - پس از بهبود، غذاهای نرم و کم چرب (سیب‌زمینی آب‌پز، مرغ بدون چربی، سوپ ساده). - پرهیز از لبنیات، کافئین، الکل، غذاهای چرب و سرخ کردنی تا بهبودی کامل آموزش علائم خطر (نیاز به مراجعه مجدد): - تشدید علائم یا عدم بهبود پس از ۴۸ ساعت . - اسهال خونی - تب بالای ۵/۳۸ درجه - درد شدید شکمی - علائم کم‌آبی شدید (سرگیجه، کاهش هوشیاری، کاهش شدید ادرار) آموزش پیشگیری از انتقال: - شستشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون، به ویژه پس از توالت و قبل از تهیه غذا . - ضدعفونی سطوح آلوده. - خودداری از تهیه غذا برای دیگران تا ۴۸ ساعت پس از قطع علائم. پیگیری : زمان مراجعه بعدی به پزشک (در صورت تداوم علائم) را مشخص کنید.	• رژیم غذایی مناسب در دوره نقاهت را شرح دهند. • علائم خطر که نیاز به مراجعه مجدد دارد را بشناسند. • راه‌های پیشگیری از انتقال را رعایت کنند. آشنایی با علل بیماری، رژیم غذایی مناسب، علائم خطر و راه‌های انتقال
---	---	---

پرستار در حین بستری بیمار شکم درد و گاستروآنتریت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

گاستروآنتریت حاد به التهاب مخاط معده و روده گفته می‌شود که معمولاً در اثر عفونت ایجاد می‌شود. علل اصلی عبارتند از :

عفونت‌های ویروسی (شایع‌ترین علت):

- نوروویروس، روتاویروس، آدنوویروس

عفونت‌های باکتریایی:

- کامپیلوباکتر، سالمونلا، شیگلا، اشریشیاکلی (E. coli)

- معمولاً ناشی از مصرف غذا یا آب آلوده

عفونت‌های انگلی :ژیاردیا، کریپتوسپوریديوم

عوامل غیر عفونی:

- مصرف داروها آنتی‌بیوتیک‌ها، NSAIDs

- عدم تحمل غذایی (لاکتوز)

- مسمومیت غذایی

علائم اصلی : اسهال آبکی حاد (۳ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت)، تهوع، استفراغ، دل‌پیچه، گاهی تب و بی‌حالی

درمان گاستروآنتریت حاد بزرگسالان عمدتاً حمایتی است و بر پیشگیری و اصلاح کم‌آبی بدن متمرکز می‌باشد :

جبران مایعات و الکترولیت‌ها (اولویت اول):

RS -محلول RS خوراکی : درمان خط اول برای کم آبی خفیف تا متوسط

-مایعات وریدی :در کم آبی شدید، استفراغ مکرر یا عدم تحمل خوراکی

درمان دارویی علامتی:

-ضد تهوع :متوکلوپرامید، اندانسترون

-ضد اسهال :لوپرامید (با احتیاط و در صورت عدم وجود تب و اسهال خونی)

-ضد اسپاسم :برای دل پیچه (هیوسین)

آنتی بیوتیک:

-فقط در موارد خاص (اسهال خونی، تب بالا، علائم سپسیس، بیماران دچار نقص ایمنی) تجویز می شود

-داروهای رایج: سیپروفلوکساسین، آزیترومایسین

پروبیوتیک ها :ممکن است به کاهش مدت اسهال کمک کنند

اصلاح تغذیه :رژیم غذایی نرم و کم چرب (برنج، موز، نان تست، سیب) و پرهیز از لبنیات، کافئین و غذاهای چرب

رژیم غذایی در زمان بستری

- در مرحله حاد ممکن است با دستور پزشک برای چند ساعت خوردن و نوشیدن را قطع کنید تا معده در حالت استراحت قرار گیرد.
- پس از فروکش کردن علائم، ابتدای مایعات صاف شده محدود و اگر تا ۱۲ ساعت با مایعات مشکلی پیش نیامد، مقادیر کمی از غذاهای نرم و سریع الهضم مثل غلات، برنج، موز، جوجه یا سیب زمینی پخته شده و ماست بخورید.
- جهت جلوگیری از کم آبی مایعات فراوان میل کنید.

فعالیت در زمان بستری

- در مرحله حاد، باید در تخت استراحت کنید.
- کم آبی میتواند باعث ضعف و خستگی در شما گردد، لذا برای کاهش اتلاف انرژی زمان استراحت بیشتری داشته باشید.

مراقبت در زمان بستری

- مرتب دستان خود را بشویید به خصوص پس از توالت رفتن و قبل از غذا خوردن.
- در هنگام تهوع نفس عمیق و آهسته بکشید و به آرامی تغییر وضعیت دهید.
- پس از هر بار استفراغ بهداشت دهان خود را رعایت کنید.
- مدفوع را از نظر خون بررسی کنید و در صورت مشکل به پرستار اطلاع دهید.
- ممکن است آزمایشات خون و مدفوع برای شما انجام و در صورت نیاز تکرار شوند.
- پس از هربار دفع ناحیه اطراف رکتوم را به خوبی تمیز کنید واز پماد محافظت کننده طبق تجویز پزشک استفاده کنید.

دارو در زمان بستری

- ممکن است مایع درمانی (سرم) و در صورت نیاز آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک معالج تجویز شود.
- داروها طبق دستور پزشک توسط پرستار در فواصل و ساعات معین تجویز میشود.

پرستار در حین ترخیص بیمار شکم درد و گاستروآنتریت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- اگر علائم کم آبی مثل خشکی دهان، پوست چروکیده، تشنگی زیاد، یا کاهش ادرار به وجود آیند.

- درد شدید در شکم یا راست روده، خصوصاً دردی که از وسط شکم شروع شود و تدریجاً به قسمت پایینی شکم در سمت راست تغییر مکان دهد.
- در موارد استفراغ بیشتر از دو روز، اسهال بیشتر از چندین روز، اسهال خونی
- تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد، دردهای شکمی شدید، ضعف و گیجی به پزشک مراجعه کنید
- مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ نمایید .

رژیم غذایی در منزل

- از نوشیدن نوشیدنیهای حاوی کافئین (قهوه، چای سنگین) الکل، مصرف سیگار و غذاهای محرک، تند و پرادویه اجتناب کنید.
- پس از متوقف شدن اسهال و استفراغ، از مایعات رقیق مثل چای، سوپ رقیق استفاده کنید.
- از مصرف آبمیوه های بازاری، غذاهای بسته بندی شده، فست فود(سوسیس و کالباس) ، خامه ، کره ، مایونز ، شکلات، غذاهای بسیار چرب یا پرادویه و انواع سس ها خودداری کنید.
- مصرف مایعات و آب کافی جهت جلوگیری از کم آبی انجام شود.

فعالیت در منزل

- تا یک هفته ممکن است ضعف و بی حالی داشته باشید بنابر این از فعالیت های شدید پرهیز کنید.

مراقبت در منزل

- وزن خود را در حد متعادل حفظ کنید. بلافاصله پس از خوردن غذا به رختخواب نروید و دراز نکشید.
- از فعالیت فیزیکی و ورزش سنگین بویژه در هوای گرم که باعث تشدید کم آبی بدن می شود خودداری کنید.
- تا زمانی که تهوع، استفراغ، اسهال و تب برطرف نشده باشد در رختخواب استراحت کنید.
- سیگار نکشید زیرا باعث تحریک دستگاه گوارش میشود.
- شستن دست ها مهمترین اقدام جهت پیشگیری از انتشار این بیماریهاست. این کار باید قبل از آماده سازی مواد غذایی و صرف غذا بعد از رفتن به توالت و لمس وسایل شخصی صورت گیرد.

دارو در منزل

- داروهایی که پزشک برایتان تجویز نموده است را طبق دستور منظم مصرف نمایید.
- کدرگیری دارو تحویل داده شود و آموزش داروها انجام گردد.

پاسخ به سوالات : جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۵۷۲۳۶۸۳۳-۰۵۱ و شماره داخلی بخش مربوطه:

..... یا کلینیک پرستاری پی گیری و آموزش بیماران با شماره داخلی و ۱۶۰۶ شماره مستقیم ۵۷۲۲۴۰۷۰ تماس بگیرید .

توجه : در صورتیکه بیماری زمینه ای دارد در آموزشها مدنظر قرار گیرد

نارسایی مزمن کلیه

نیازها و اولویتهای آموزشی نارسایی مزمن کلیوی
علل بیماری و عوارض آن
درمان نهایی نارسایی کلیه
انجام آزمایشات و پیگیری های دوره ای
کنترل بیماریهای زمینه ای
مصرف داروها
مراقبت در خصوص گذاشتن شالدون
مراقبت از فیستول یا گرافت

جدول فرایند پرستاری در نارسایی مزمن کلیه:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. حجم مایع اضافی مرتبط با کاهش توانایی کلیه در دفع آب و سدیم، و احتباس مایعات.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: وزن روزانه کاهش یابد (هدف ۱/۰-۵ کیلوگرم در روز). ادم محیطی (تورم پاها، دستها) کاهش یابد. صداهای ریوی (کراکل) در سمع کاهش یابد. فشار خون در محدوده هدف تثبیت شود.	• پایش دقیق وزن: هر روز صبح پس از ادرار، با همان لباس و قبل از صبحانه بیمار را وزن کنید. • پایش ادم: هر شیفت میزان ادم در پاها، مچها و ناحیه خاجی را بررسی و ثبت کنید (مقیاس ۱+ تا ۴+). • پایش ورودی و خروجی: میزان مایعات دریافتی و خروجی ادرار را دقیقاً ثبت کنید. • پایش صداهای ریوی: هر شیفت ریهها را از نظر کراکل سمع کنید. • پایش فشار خون: هر ۶-۴ ساعت فشار خون را بررسی کنید. • تجویز دیورتیکها: داروهای مدر را طبق دستور پزشک و در زمان مناسب (ترجیحاً صبح) تجویز کنید. • محدودیت مایعات: در صورت تجویز، محدودیت مایعات را رعایت کنید و به بیمار آموزش دهید. • آموزش دارویی (حین بستری): هنگام تجویز دیورتیکها، هدف دارو (دفع مایعات اضافی) و اهمیت مصرف صبحگاهی را توضیح دهید.	• آیا وزن بیمار کاهش یافته است؟ • آیا ادم کاهش یافته است؟ • آیا صداهای کراکل در ریه کاهش یافته است؟ • آیا برونده ادراری افزایش یافته است؟

• آیا سطح پتاسیم و فسفر به محدوده هدف نزدیک شده است؟ • آیا ECG نرمال است؟ • آیا بیمار از رژیم غذایی کم پتاسیم و فسفر پیروی می کند؟	• پایش آزمایشگاهی: نتایج پتاسیم، فسفر و کلسیم را روزانه پیگیری کنید. • پایش ECG: مانیتورینگ مداوم قلبی برای تشخیص تغییرات ناشی از هیپرکالمی (موج T بلند، کمپلکس QRS وسیع). • پایش علائم: ضعف عضلانی، کرامپ، بی حسی و گزگز را بررسی کنید. • رژیم غذایی کم پتاسیم: از مصرف مواد غذایی پر پتاسیم (موز، پرتقال، سیب زمینی، گوجه فرنگی، سبزیجات برگ سبز) خودداری شود. • رژیم غذایی کم فسفر: از مصرف مواد غذایی پر فسفر (لبنیات، آجیل، نوشابه های گازدار، حبوبات) خودداری شود. • تجویف داروهای کاهنده پتاسیم: رزین های تبادل کاتیونی (کایکسالات) یا گلوکونات کلسیم را در موارد اورژانسی طبق دستور تجویز کنید. • تجویف فسفات بایندها: داروهای متصل شونده به فسفر (کربنات کلسیم، استات کلسیم، سولامر) را همراه با غذا تجویز کنید. • آموزش دارویی (حین بستری): نحوه مصرف فسفات بایندها (همراه با غذا) و اهمیت آن در کنترل فسفر را توضیح دهید.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: • سطح پتاسیم سرم در محدوده ۵/۵-۵/۳ میلی اکی والان/لیتر حفظ شود. • سطح فسفر سرم کاهش یابد. • علائم هیپرکالمی (ضعف عضلانی، آریتمی) مشاهده نشود.	۲. عدم تعادل الکترولیتها (هیپرکالمی، هیپرفسفاتمی) مرتبط با کاهش دفع پتاسیم و فسفر توسط کلیه ها.
• آیا سطح هموگلوبین افزایش یافته است؟ • آیا بیمار از کاهش خستگی خبر می دهد؟ • آیا بیمار فعالیت های روزمره را با انرژی بیشتری انجام می دهد؟	• پایش هموگلوبین: نتایج Hb را پیگیری کنید (هدف معمولاً ۱۱-۵/۱۰ گرم/دسی لیتر). • تجویف عوامل محرک اریتروپوئز: اپوئتین آلفا یا داروهای مشابه را طبق دستور تجویز کنید. • مکمل آهن: در صورت نیاز، آهن وریدی یا خوراکی تجویز کنید. • برنامه فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت ها استراحت کافی بگنجانید. • برنامه ورزشی منظم: بر اساس توانایی بیمار، برنامه ورزشی شامل تمرینات هوازی و مقاومتی طراحی کنید (ورزش منظم کیفیت زندگی را بهبود می بخشد). • آموزش صرفه جویی در انرژی: تکنیک های ساده مانند نشستن به جای ایستادن، تقسیم کارها به بخش های کوچکتر را آموزش دهید. • آموزش دارویی (حین بستری): هدف از مصرف	تا پایان هفته اول بستری، بیمار: • سطح انرژی خود را افزایش یافته گزارش دهد. • بتواند فعالیت های سبک روزمره را با کمک کمتر انجام دهد. • نمره خستگی (مقیاس دیداری) کاهش یابد.	۳. خستگی مزمن مرتبط با کم خونی، تجمع اوره و سایر سموم، و اختلالات متابولیک

	اریتروپوئیتین و آهن را توضیح دهید (افزایش گلبول‌های قرمز و کاهش خستگی).		
۴. اختلال در یکپارچگی پوست مرتبط با ادم، خشکی پوست، خارش اورمیک و کاهش تحرک.	در طول مدت بستری، بیمار: • پوست دست نخورده و بدون زخم باقی بماند. • خارش کاهش یابد. • پوست مرطوب و نرمال باشد.	• پایش پوست: هر شیفت پوست را از نظر قرمزی، خشکی، ترک و زخم بررسی کنید. • مرطوب‌کننده: از کرم‌های مرطوب‌کننده بدون عطر استفاده کنید. • حمام با آب ولرم: از آب داغ خودداری شود (خشکی پوست را تشدید می‌کند). • کنترل خارش: از آنتی‌هیستامین‌ها یا کرم‌های ضدخارش طبق دستور استفاده کنید. ناخن‌ها را کوتاه نگه دارید تا از خراشیدگی جلوگیری شود. • تغییر وضعیت: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید (به ویژه در بیماران کم‌تحرک). • محافظت از پوست: در نواحی در معرض فشار، از پدهای محافظ استفاده کنید.	• آیا پوست سالم باقی مانده است؟ • آیا خارش کاهش یافته است؟ • آیا زخم فشاری ایجاد شده است؟
۵. اختلال در تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ و محدودیت‌های غذایی.	طی یک هفته اول بستری، بیمار: • حداقل ۷۵٪ وعده‌های غذایی را مصرف کند. • وزن تثبیت شده یا افزایش جزئی داشته باشد. • آلبومین سرم بهبود یابد یا کاهش نیابد.	• پایش تغذیه: وزن، BMI، آلبومین و پروتئین تام را پیگیری کنید. • ارزیابی تهوع و استفراغ: در صورت وجود، قبل از غذا داروهای ضدتهوع تجویز کنید. • وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۵-۶ وعده کوچک ارائه دهید. • مشاوره تغذیه: با متخصص تغذیه هماهنگ کنید تا برنامه غذایی مناسب با مرحله CKD تنظیم شود. • مکمل‌های تغذیه‌ای: در صورت نیاز، مکمل‌های پروتئینی یا کالریک تجویز کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده اهمیت تغذیه مناسب در CKD را توضیح دهید.	• آیا وزن بیمار تثبیت شده است؟ • آیا مصرف غذا بهبود یافته است؟ • آیا آلبومین کاهش نیافته است؟
۶. خطر عفونت مرتبط با اختلال در عملکرد ایمنی، سوءتغذیه و روش‌های تهاجمی (دیالیز، کاتتر).	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت عفونت (تب، قرمزی، تورم، ترشح چرکی) نشان ندهد. • محل کاتتر دیالیز یا فیستول بدون عفونت باقی بماند.	• پایش علائم عفونت: هر شیفت علائم حیاتی (به ویژه دما) را بررسی کنید. محل کاتتر یا فیستول را از نظر قرمزی، تورم، گرمی و ترشح بررسی کنید. • مراقبت از کاتتر: پانسمان کاتتر را طبق پروتکل تعویض کنید (معمولاً ۷۲-۴۸ ساعت). از تکنیک استریل استفاده کنید. • مراقبت از فیستول: نبض، thrill و bruit را روزانه بررسی کنید. از خون‌گیری و اندازه‌گیری فشار خون در اندام دارای فیستول خودداری کنید. • بهداشت دست: بهر شستشوی مکرر دست‌ها توسط بیمار،	• آیا علائم عفونت مشاهده شده است؟ • آیا محل کاتتر یا فیستول سالم است؟

	خانواده و پرسنل تأکید کنید. • واکسیناسیون : بر اهمیت واکسیناسیون آنفلوانزا و پنوموکوک تأکید کنید		
۷. رنج روانی (اضطراب، افسردگی) مرتبط با بیماری مزمن، وابستگی به دیالیز، تغییر سبک زندگی و ترس از آینده	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند احساسات خود را بیان کند. • در برنامه درمانی مشارکت نشان دهد.	• ارزیابی روانی : با ابزارهای استاندارد مانند Hamilton Anxiety and Depression Scale را ارزیابی کنید. • حضور حمایتی : کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان بخش صحبت کنید. • آموزش : اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. دانش، قدرت می بخشد. • تشویق به بیان احساسات : به بیمار اجازه دهید ترس‌ها و نگرانی‌های خود را بیان کند. • حمایت خانواده : خانواده را در حمایت عاطفی بیمار مشارکت دهید. • ارجاع به روانشناس : در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی فراهم کنید.	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار احساسات خود را بیان می‌کند؟ • آیا در برنامه درمانی مشارکت دارد؟
۸. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری، درمان‌های جایگزین کلیه و خودمراقبتی مرتبط با عدم آشنایی با رژیم غذایی، محدودیت مایعات، داروها، علائم هشدار و گزینہ‌های درمانی	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • اصول رژیم غذایی CKD (کم پتاسیم، کم فسفر، کم نمک، پروتئین کنترل شده) را توضیح دهند. • محدودیت مایعات (در صورت وجود) را رعایت کنند. • نحوه صحیح مصرف داروها (به ویژه فسفات بایندها) را توضیح دهند. • علائم هشدار که نیاز به مراجعه به پزشک دارد را بشناسند. • در صورت نیاز به دیالیز، با اصول اولیه آن آشنا باشند.	آموزش ترخیص: • آموزش رژیم غذایی: - کم سدیم: از مصرف غذاهای کنسروی، فست‌فودها، چیپس، سوسیس و کالباس، نان‌های نمک‌دار خودداری کند. - کم پتاسیم: موز، پرتقال، گوجه‌فرنگی، سیب‌زمینی، سبزیجات برگ‌سبز محدود شود. - کم فسفر: لبنیات، آجیل، نوشابه‌های گازدار، حبوبات محدود شود. - پروتئین کنترل شده: میزان پروتئین بر اساس مرحله CKD و توصیه پزشک/تغذیه تنظیم شود. • آموزش محدودیت مایعات : در صورت تجویز، محدودیت مایعات (معمولاً ۱-۵/۱ لیتر در روز) را آموزش دهید. به بیمار بگویید تمام مایعات (آب، چای، سوپ، میوه‌های آبدار) را حساب کند. • آموزش دارویی : - فسفات بایندها: حتماً همراه با غذا مصرف شود. - مکمل آهن و اریثروپوئیتین: اهمیت مصرف منظم برای کنترل کم‌خونی. - داروهای فشار خون: مصرف منظم حتی در زمان احساس خوب بودن.	ارزیابی مجدد در زمان ترخیص: • از بیمار بپرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید و چرا؟" • از بیمار بپرسید: "داروی فسفات بایندها را چه موقع باید مصرف کنید؟" • از بیمار بپرسید: "اگر وزن شما یکبار ۲ کیلوگرم افزایش یافت، چه کار می‌کنید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟

•آموزش پایش در منزل:

- وزن روزانه (صبح پس از ادرار، قبل از صبحانه) .
- فشار خون منظم (در صورت داشتن دستگاه).
- پایش ادم.

•آموزش علائم خطر (نیاز به مراجعه به پزشک):

- افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلوگرم در روز).
- تنگی نفس شدید.
- کاهش شدید ادرار.
- گیجی یا کاهش سطح هوشیاری.
- علائم عفونت (تب، لرز).

•آموزش در مورد گزینه‌های درمانی: در صورت نزدیک

شدن به مرحله دیالیز، اطلاعات پایه در مورد همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه ارائه دهید. آموزش، قدرت می‌بخشد .

•توانبخشی و ورزش: بر اهمیت فعالیت بدنی منظم (با نظر پزشک) تأکید کنید .

•پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید.

پرستار در حین بستری بیمار نارسایی مزمن کلیه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

نارسایی مزمن کلیه به آسیب پیشرونده و غیرقابل برگشت کلیه‌ها گفته می‌شود که به تدریج توانایی آن‌ها در دفع مواد زائد، تنظیم مایعات و الکترولیت‌ها و تولید هورمون‌ها کاهش می‌یابد . این بیماری معمولاً در مراحل اولیه بدون علامت است و زمانی تشخیص داده می‌شود که عملکرد کلیه به شدت کاهش یافته است

درمان نارسایی مزمن کلیه بر اساس مرحله بیماری و با اهداف کند کردن پیشرفت بیماری، کنترل علائم، پیشگیری از عوارض و آماده‌سازی برای درمان‌های جایگزین کلیه انجام می‌شود

رژیم غذایی در حین بستری

- ✓ بیمار را تشویق کنید که از غذاهای پر پتاسیم، سدیم و فسفر پرهیز کند. با بدتر شدن CKD، نیازهای تغذیه ای تغییر می کند. پرهیز از غذاهای سرشار از پتاسیم، سدیم و فسفر می تواند فشار خون را کنترل کند، از قلب محافظت کند و از ضعف شدن استخوان ها جلوگیری کند.
- ✓ به بیمار آموزش دهید که مصرف چربی های اشباع و ترانس را محدود کند.محدود کردن مصرف چربی های اشباع و ترانس می تواند تجمع چربی در رگ های خونی، قلب و کلیه ها را کاهش دهد. چربی های غیر اشباع موجود در روغن زیتون جایگزین سالم تری برای چربی های ترانس و اشباع شده هستند.

- ✓ مصرف فیبر را افزایش دهید. یبوست یک شکایت رایج در CKD است. ۲۰-۲۵ گرم فیبر برای زنان و ۳۰-۳۸ گرم برای مردان برای جلوگیری از یبوست و حفظ تعادل باکتری های سالم در روده توصیه می شود.
- ✓ بیمار را به متخصص تغذیه ارجاع دهید.

درمان در حین بستری

- ✓ اگر نارسایی کلیه مزمن باشد، با مصرف دارو از بین نمی رود.
- ✓ درمانهای جایگزین کلیه شامل: انجام دیالیز و پیوند کلیه می باشد.

فعالیت و مراقبت در حین بستری

- ✓ شناسایی و درمان علائم و عوارض نارسایی مزمن کلیه که شامل درمان خارش پوست، کم خونی، اختلالات کلسیم و فسفر و بررسی و درمان اختلالات قلبی - عروقی توصیه می شود.
- ✓ کنترل مناسب فشار خون برای کاهش سرعت پیشرفت بیماری کلیوی مزمن ضروری است.
- ✓ ایجاد آمادگی از نظر روحی برای مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیه و آشنایی با اقدامات جایگزینی مانند دیالیز یا پیوند
- ✓ ثبت دقیق میزان دریافت و دفع مایعات بیماران
- ✓ تزریق روزانه بیمار مبتلا به ادم و تحت درمان دیورتیک توصیه میشود.
- ✓ روزانه وزن شما اندازه گیری میشود. پایش روزانه وزن بیمار باید با استفاده از همان ترازو در همان زمان از روز در حالی که بیمار همان نوع لباس را می پوشد برای نتایج دقیق انجام شود
- ✓ آگاهی بیمار نسبت به زمان، مکان و شخص به صورت مداوم مورد بررسی قرار گیرد.
- ✓ در زمان استراحت در بستر نرده های کنار تخت بالانگه داشته شوند.
- ✓ برای جلوگیری از ایجاد زخم فشاری و بالا بردن اندام های آسیب دیده برای بهبود جریان خون و کاهش تورم، بیمار را هر دو ساعت یکبار تغییر مکان دهید.
- ✓ به بیمار در مورد علائم پتاسیم بالا و سایر خطرات آموزش دهید. بیماران مبتلا به CRF مستعد هیپرکالمی و هیپوناترمی هستند.
- ✓ هایپرکالمی می تواند باعث ضعف عضلانی، بی قراری، گرفتگی عضلات و ضربان قلب کند شود. هیپوناترمی می تواند باعث گرفتگی عضلات، حالت تهوع، بی نظمی و تغییر در وضعیت ذهنی شود.

پرستار در حین ترخیص بیمار نارسایی مزمن کلیه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

علائم هشداردهنده و زمان مراجعه بعدی در صورت داشتن موارد زیر حتما به بیمارستان مراجعه نمایید :

- ✓ تب، درد، قرمزی، تورم، ترشح چرکی از محل بخیه ها، خونریزی، بیحسی و کاهش دما (در صورتیکه کاتتر دارید)
- ✓ در صورت داشتن ضعف عضلانی - تنگی نفس - بیقراری - تحریک پذیری - افزایش یا کاهش ضربان قلب و تهوع و تغییر در سطح هوشیاری
- ✓ در زمان معین به پزشک خود یا طبق برنامه جهت دیالیز مراجعه نمایید.

فعالیت و مراقبت در منزل:

- ✓ فعالیتهای را به تدریج و در حد تحمل افزایش دهید؛ در بین فعالیتهای برای حفظ انرژی استراحت نمائید.

- ✓ جهت پیشگیری از لخته شدن خون در وریدهای اندام تحتانی، ساق پا را به طور مکرر خم و راست کنید.
- ✓ پوست بدن بخاطر ورم، خشک و مستعد شکنندگی (زخم شدن) است؛ بنابراین مراقبت دقیق از پوست اهمیت دارد.
- ✓ ماساژ برجستگیهای استخوانی، تغییر وضعیت مکرر و پهلوی به پهلوی شدن در زمان استراحت در بستر و استحمام با آب سرد، استفاده از کرمها و مرطوب کننده ها کمک کننده است.
- ✓ در صورتی که برای شما کاتتر (لوله هایی در گردن یا کشاله ران) جهت انجام دیالیز تعبیه شده است: روزانه پانسمان آن تعویض شود (در زمان تعویض پانسمان برای خود و فرد تعویض کننده پانسمان از ماسک صورت استفاده شود محل پانسمان خشک و تمیز نگهداشته شود.
- ✓ در صورتی که برای شما فیستول یا شنت جهت انجام دیالیز تعبیه شده است، سه روز بعد از عمل می توانید حمام کنید و نیاز به پانسمان مجدد ندارید.
- ✓ انجام موارد زیر را با دست عمل شده ممنوع میباشد: انجام فعالیتهای سنگین، لباس تنگ گرفتن نمونه خون یا اندازه گیری فشارخون، خوابیدن روی دست عمل شده، آویزان کردن بازوها از پشت صندلی و گرفتن عصا زیر بغل از گرما و سرمای بیش از حد اجتناب کنید، از ساعت و یا مچ بند در دست عمل شده استفاده نکنید.

رژیم غذایی در منزل:

- مصرف مواد غذایی پر پتاسیم از قبیل حبوبات (شامل عدس، لوبیا، نخود) و سیب زمینی محدود شود. در صورت استفاده، حبوبات باید از چند ساعت قبل خیسانده شوند و آب آن دور ریخته شود؛ سیب زمینی نیز پوست آن جدا شده و آب پز شود و آب آن دور ریخته شود.
- میوه های کم پتاسیم از قبیل لیمو، نارنگی، سیب، گریپ فروت، هندوانه، تمشک، آناناس، توت فرنگی و گیلان می توانید مصرف کنید.
- مواد غذایی شور و دارای سدیم بالا مانند چیپس، پفک، سوسیس و کالباس، زیتون، خیار شور، سس ها، رب های آماده، ماهی شور و دودی، چوب شور، آب گوشت و سبزیجات آماده استفاده نکنید.
- سبزیجات بهتر است به صورت پخته و پس از دور ریختن آب آن استفاده شود.
- مصرف نمک و مصرف مایعات محدود شود. مقدار مایعات مصرفی و ادرار دفعی خود را در هر روز اندازه گیری و ثبت کرده و هنگام مراجعه به پزشک یا پرستار اعلام شود. مصرف مایعات در حدی باشد که اضافه وزن بین دو جلسه بیش از ۵ درصد وزن شما نباشد. مثال اگر ۵۰ کیلوگرم وزن شماست ۲.۵ کیلوگرم اضافه وزن می توانید داشته باشید.
- برای رفع تشنگی از لیمو، تکه های یخ، خیس کردن لبها و یا جویدن آدامس استفاده کنید.
- بیمار را به خوردن مقدار و نوع پروتئین مناسب تشویق کنید. پروتئین بیش از حد می تواند کلیه ها را در فیلتر کردن مواد زائد دچار مشکل کند.
- بیماران که دیالیز نمی شوند باید ۰.۶-۰.۸ گرم بر کیلوگرم پروتئین در روز مصرف کنند، در حالی که میزان نیاز به دریافت پروتئین بیماران دیالیز تقریباً دو برابر بالغین نرمال است حداقل ۵۰٪ پروتئین دریافتی باید دارای ارزش بیولوژیکی بالا (پروتئینهای حیوانی) باشد.

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
• آیا فشار خون تثبیت شده است؟ • آیا برونده ادراری به محدوده هدف رسیده است؟ • آیا علائم کم آبی کاهش یافته است؟	• پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب، MAP و دمای بدن را هر ۴-۱ ساعت بررسی کنید (تاکی کاردی و افت فشارخون از علائم هیپوولمی است). • پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه گیری کنید. • پایش علائم هیپوولمی: خشکی مخاط، کاهش تورور پوست، تشنگی را بررسی کنید. • پایش وزن: وزن روزانه برای ارزیابی پاسخ به مایعات. • تجویز مایعات: در صورت هیپوولمی، مایعات وریدی را طبق دستور (معمولاً ۵۰۰ میلی لیتر بولوس کریستالوئید طی ۱۵ دقیقه) تجویز کنید و پاسخ را پایش کنید. • آموزش دارویی (حین بستری): اهمیت گزارش علائم کم آبی (تشنگی شدید، کاهش ادرار) را به بیمار توضیح دهید.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: • فشار خون در محدوده هدف ($MAP > 65 \text{ mmHg}$) تثبیت شود. • برونده ادراری به حداقل ۵/۰ میلی لیتر/کیلوگرم/ساعت برسد. • سطح کراتینین روند کاهشی داشته باشد یا ثابت شود.	۱. کاهش پرفیوژن بافت کلیه مرتبط با هیپوولمی، کاهش برون ده قلبی یا افت فشار خون
• آیا وزن بیمار افزایش نیافته است؟ • آیا ادم کاهش یافته است؟ • آیا صداهای کراکل کاهش یافته است؟ • آیا تنگی نفس بهبود یافته است؟	• پایش دقیق وزن: هر روز صبح پس از ادرار، با همان لباس و قبل از صبحانه بیمار را وزن کنید. • پایش ادم: هر شیفت میزان ادم در پاها، مچ ها و ناحیه خاجی را بررسی کنید. • پایش صداهای ریوی: هر شیفت ریه ها را از نظر کراکل سمع کنید. • پایش ورودی و خروجی: میزان مایعات دریافتی و خروجی را دقیقاً ثبت کنید. • پایش تنفس: تعداد تنفس و سطح اشباع اکسیژن را پایش کنید. • پوزیشن: سر تخت را بالا نگه دارید (فاولر) تا تنفس راحت تر شود. • تجویز دیورتیک ها: داروهای مدر را طبق دستور پزشک با احتیاط در AKI پره رنال تجویز کنید. • محدودیت مایعات: محدودیت مایعات را رعایت کنید (معمولاً حجم ادرار + ۵۰۰ میلی لیتر). • آموزش دارویی (حین بستری): هدف از مصرف دیورتیک ها و اهمیت محدودیت مایعات را توضیح دهید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: • وزن روزانه ثابت بماند یا کاهش یابد (هدف عدم افزایش وزن). • ادم محیطی (تورم پاها، دست ها) کاهش یابد. • صداهای ریوی (کراکل) در سمع کاهش یابد. • تنگی نفس بهبود یابد.	۲. حجم مایع اضافی مرتبط با کاهش برونده ادراری و احتباس سدیم و آب
• آیا سطح پتاسیم به محدوده هدف نزدیک شده است؟ • آیا ECG نرمال است؟	• پایش آزمایشگاهی: نتایج پتاسیم، فسفر و کلسیم را روزانه پیگیری کنید. • پایش ECG: مانیتورینگ مداوم قلبی برای تشخیص تغییرات ناشی از هیپرکالمی (موج T بلند، کمپلکس QRS وسیع) • پایش علائم: ضعف عضلانی، کرامپ، بی حسی و گزگز را بررسی	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: • سطح پتاسیم سرم در محدوده ۳/۵-۵/۵ میلی اکی والان/لیتر حفظ شود. • سطح فسفر سرم کاهش یابد.	۳. عدم تعادل الکترولیت ها (هیپرکالمی، هیپر فسفاتمی) مرتبط با کاهش دفع کلیوی

• آیا بیمار از رژیم غذایی کم پتاسیم پیروی می‌کند؟	کنید. • رژیم غذایی کم پتاسیم: از مصرف مواد غذایی پرپتاسیم (موز، پرتقال، سیب‌زمینی، گوجه‌فرنگی، سبزیجات برگ‌سبز) خودداری شود. • رژیم غذایی کم فسفر: از مصرف مواد غذایی پرفسفر (لبنیات، آجیل، نوشابه‌های گازدار، حبوبات) خودداری شود. • تجویز داروهای کاهنده پتاسیم: در هیپرکالمی حاد، کلسیم گلوکونات، انسولین + گلوکز، سالبوتامول و رزین‌های تبادل کاتیونی را طبق دستور تجویز کنید. • آموزش دارویی (حین بستری): علائم هیپرکالمی و اهمیت رژیم غذایی کم پتاسیم را به بیمار آموزش دهید.	• علائم هیپرکالمی (ضعف عضلانی، آریتمی) مشاهده نشود.	
• آیا وزن بیمار تثبیت شده است؟ • آیا مصرف غذا بهبود یافته است؟ • آیا آلومین کاهش نیافته است؟	• پایش تغذیه: وزن، BMI، آلومین و پروتئین تام را پیگیری کنید. • مشاوره تغذیه: با متخصص تغذیه هماهنگ کنید تا برنامه غذایی پرکالری (حداقل ۱۸۰۰ کالری در روز) و کم پروتئین تنظیم شود. • وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۵-۶ وعده کوچک ارائه دهید. • کنترل تهوع: در صورت تهوع، داروهای ضد تهوع را قبل از غذا تجویز کنید. • مکمل‌های تغذیه‌ای: در صورت نیاز، مکمل‌های تغذیه‌ای تجویز کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده اهمیت تغذیه مناسب در دوره نقاهت را توضیح دهید.	• طی یک هفته اول بستری، بیمار: • حداقل ۷۵٪ وعده‌های غذایی را مصرف کند. • وزن تثبیت شده یا کاهش جزئی داشته باشد. • آلومین سرم کاهش نیابد.	۴. عدم تعادل تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ و کاتابولیسم
• آیا علائم عفونت مشاهده شده است؟ • آیا محل کاتتر سالم است؟	• پایش علائم عفونت: هر شیفت علائم حیاتی (به ویژه دما) را بررسی کنید. محل کاتتر را از نظر قرمزی، تورم، گرمی و ترشح بررسی کنید. • مراقبت از کاتتر: پانسمان کاتتر را طبق پروتکل تعویض کنید. از تکنیک استریل استفاده کنید. • بهداشت دست: بر شستشوی مکرر دست‌ها توسط بیمار، خانواده و پرسنل تأکید کنید. • پرهیز از تماس با افراد بیمار: بیمار را از تماس با افراد مبتلا به عفونت تنفسی دور نگه دارید. • آموزش: علائم عفونت را به بیمار و خانواده آموزش دهید و تأکید کنید که در صورت مشاهده، سریعاً گزارش دهند.	• در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت عفونت (تب، قرمزی، تورم، ترشح چرکی) نشان ندهد. • محل کاتتر عروقی یا دیالیز بدون عفونت باقی بماند.	۵. خطر عفونت مرتبط با اختلال در عملکرد ایمنی، روش‌های تهاجمی (کاتتر، دیالیز) و بستری طولانی
• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار احساسات خود را بیان می‌کند؟ • آیا در برنامه درمانی مشارکت دارد؟	• حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. • آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. دانش، اضطراب را کاهش می‌دهد. • تشویق به بیان احساسات: به بیمار اجازه دهید ترس‌ها و نگرانی‌های خود را بیان کند. • حمایت خانواده: در صورت امکان، ارتباط با خانواده را فراهم	• طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند احساسات خود را بیان کند. • در برنامه درمانی مشارکت نشان دهد.	۶. رنج روانی (اضطراب، ترس) مرتبط با بستری شدن، تشخیص ناگهانی، روش‌های تهاجمی و عدم اطمینان از آینده

• از بیمار پرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید و چرا؟" • از بیمار پرسید: "اگر وزن شما یکباره ۲ کیلوگرم افزایش یافت، چه کار می‌کنید؟" • از بیمار پرسید: "آیا می‌توانید ایبوپروفن یا ژلوفن مصرف کنید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟	کنید. • محیط آرام: نور کم، کاهش صدا. آموزش ترخیص: • آموزش رژیم غذایی: - کم سدیم: از مصرف غذاهای کنسروی، فست‌فودها، چیپس، سوسیس و کالباس، نان‌های نمک‌دار خودداری کند. - کم پتاسیم: موز، پرتقال، گوجه‌فرنگی، سیب‌زمینی، سبزیجات برگ‌سبز محدود شود. • آموزش پایش در منزل: - وزن روزانه (صبح پس از ادرار، قبل از صبحانه) و ثبت آن. - اندازه‌گیری فشار خون منظم (در صورت داشتن دستگاه). - پایش میزان ادرار. • آموزش علائم خطر (نیاز به مراجعه فوری): - کاهش شدید یا قطع ادرار. - افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱-۵/۱ کیلوگرم در ۲۴ ساعت). - تنگی نفس شدید یا تورم ناگهانی پاها. - گیجی یا کاهش سطح هوشیاری. - تب و لرز. • آموزش دارویی: - از مصرف خودسرانه داروهای مسکن (به ویژه NSAIDs مانند ایبوپروفن، ناپروکسن، دیکلوفناک) خودداری کند. - تمام داروها را فقط با نسخه پزشک مصرف کند. - در صورت تجویز دیورتیک‌ها، بهترین زمان مصرف (صبح) را رعایت کند. • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید. پیگیری منظم برای پایش عملکرد کلیه ضروری است (آزمایش هفتگی کراتینین و پتاسیم در مراحل اولیه)	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • علت زمینه‌ای AKI را توضیح دهند. • رژیم غذایی مناسب (کم نمک، کم پتاسیم) را رعایت کنند. • نحوه صحیح مصرف داروها را توضیح دهند. • علائم هشدار که نیاز به مراجعه مجدد دارد را بشناسند. • از مصرف خودسرانه داروهای نفروتوکسیک (NSAIDs) خودداری کنند	۷. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با علت بیماری، رژیم غذایی، داروها و علائم هشدار
--	---	--	--

پرستار در حین بستری بیمار نارسایی حاد کلیه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می‌دهد.

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ عدم مصرف رژیم غذایی حاوی پروتئین که منبع اصلی تولید مواد زائد در بدن می‌باشد برای کاهش بار کاری کلیه ها بخشی از درمان می‌باشد.
- ✓ پس پروتئین محدود شده و چربی و کربوهیدرات بالا در زمان محدودیت مصرف پروتئین داده میشود.
- ✓ مقدار نمک مصرفی محدود شود.
- ✓ امکان دارد که به محدودیت پتاسیم نیاز داشته باشید، چون دفع پتاسیم اضافی از بدن برای کلیه ها مشکل است. مقدار زیاد پتاسیم میتواند موجب ایجاد مشکلاتی در ضربان قلبی شود. از خوردن سبزی و میوه حاوی مقدار زیاد پتاسیم مانند موز و سیب زمینی اجتناب کنید.

فعالیت در زمان بستری

- در مراحل اولیه این بیماری برای حفظ انرژی بدن در بستر استراحت نمایید و پس از بهبود علائم، با اجازه پزشک معالج فعالیتهای طبیعی خود را از سر بگیرید.
- به منظور پیشگیری از لخته شدن خون در سیاهرگ های اندام تحتانی و یا پاها، ساق پا را به طور مکرر خم و راست کنید.

درمان نارسایی حاد کلیه

- ❖ بستری فوری بیمار در بیمارستان جهت اصلاح وضعیت آب و الکترولیت های بدن انجام میگیرد.
- ❖ مهمترین اقدام برای درمان بیماری، برطرف کردن عامل بیماری یا علت زمینه ساز نارسایی کلیه مانند دیابت و فشارخون است تا باقیمانده بافت
- ❖ سالم کلیه حفظ شود و کلیهها بتوانند کار خود را بخوبی انجام دهند. در مواردی که علت زمینههای با جراحی قابل اصلاح باشد مانند خارج کردن
- ❖ سنگ کلیه، جراحی توصیه میشود.
- ❖ در مراحل اولیه نارسایی کلیه، مصرف دارو ممکن است بیماری را کنترل نماید.
- ❖ گاهی کلیه ها عملکرد خود را شروع نمیکند و ممکن است نیاز به دیالیز داشته باشید. دیالیز محصولات زائد و آب اضافی را از خون حذف میکند. البته مشاهده شده بعد از چندین هفته دیالیز، کلیه ها کار خود را شروع میکنند؛ در این حالت دیالیز متوقف میشود.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ غذاها و مایعات دریافتی باید با دقت کنترل شوند تا از بروز اختلالات آب و الکترولیت جلوگیری شده و تجمع مواد زاید در بدن به حداقل برسد.
- ✓ باید مقدار ادراری که می کنید با مقدار مایعی که می نوشید در تعادل باشد و به طور دقیق ثبت شود.
- ✓ روزانه وزن شما اندازه گیری میشود.
- ✓ آگاهی شما نسبت به زمان، مکان و شخص به صورت مداوم مورد بررسی قرار میگیرد.
- ✓ در زمان استراحت در بستر نرده های کنار تخت بالا نگهداشته میشوند.
- ✓ در صورت ایجاد علائم خونریزی در هر نقطه از بدن به پرستاران یا پزشک معالج اطلاع دهید.
- ✓ از ملاقات کنندگانی که دارای سرماخوردگی یا هر نوع عفونت میباشند؛ دوری کنید.
- ✓ در صورت مشاهده نشانه های عفونت مانند تب و لرز پرستاران یا پزشک را در جریان قرار دهید.
- ✓ مراقبت از اتصالات به بیمار آموزش داده می شود.

پرستار در حین ترخیص بیمار نارسایی حاد کلیه موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- بر اساس توصیه های پزشک خود در رژیم غذایی تغییراتی ایجاد کنید. از پزشک برای نوشتن یک برنامه ی غذایی یا ارجاع به یک متخصص تغذیه سوال کنید. برای تعادل مایعات روزانه از دستورات پزشک پیروی کنید.
- از یک رژیم غذایی کم نمک، کم پتاسیم، کم پروتئین و پرفیبر استفاده کنید.
- رژیم غذایی را به صورت وعده های غذایی پرکالری، کم حجم و متعدد برنامه ریزی کنید.
- از مواد غذایی شور و دارای سدیم بالا مانند چیپس، پفک، سوسیس و کالباس، زیتون، خیار شور، سس ها، رب های آماده، ماهی شورودودی، چوب شور، آب گوشت و سبزیجات آماده استفاده نکنید.
- مصرف سیب زمینی، رب، نخود فرنگی، انواع کلم و گل کلم، اسفناج، کدو حلوایی، کرفس پخته، سیروموسیر، موز، خردل، پرتقال، آلو، خرما، آجیل و خشکبار، انبه، کیوی، شلیل، گرمک و خربزه، گلابی تازه، انجیر و روغن زیتون محدود شوند.
- نوشابه ها، لبنیات (شیرحداکثر نصف لیوان در روز)، ماست، پنیر(حداکثر ۳۰ گرم در روز)، کشک، کاکائو و قهوه، ماهی(سفید، ساردین، تن)، احشاء بدن حیوانات، حبوبات، نان های کامل و سبوسدار، محدود شوند.

فعالیت در منزل

- ❖ فعالیت خود را کاهش دهید. از تحرک بیش از حد اجتناب کرده و خود را زیاد خسته نکنید.

- ❖ خواب شبانه را افزایش داده و در طی روز نیز زمان هایی را برای استراحت در نظر بگیرید. اگر مجبور به استراحت در بستر هستید، به منظور پیشگیری از لخته شدن خون در وریدهای اندام تحتانی، ساق پا را به طور مکرر خم و راست کنید.
- ❖ حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.
- ❖ با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آن را به طور منظم انجام دهید.

مراقبت در منزل:

- مراقبت از پوست اهمیت زیادی دارد. ماساژ برجستگیهای استخوانی، تغییر وضعیت مکرر و پهلوی به پهلوی شدن در زمان استراحت در بستر و استحمام با آب سرد، استفاده از کرم ها و مرطوب کننده ها موجب راحتی بیمار را تامین کرده و از شکنندگی پوست جلوگیری میکند. بهداشت پوست را رعایت فرمایید و از صابون های ملایم در هنگام استحمام استفاده نمایید.
- به علت رسوب سموم محرک در بافت های بدن، خارش پوست ایجاد میشود. سعی کنید با ناخن پوست را نخارانید
- اندازه گیری و ثبت دقیق مایعات مصرفی و ادرار دفعی و وزن روزانه توصیه می شود. (جهت اطلاع به پزشک و تیم درمان). اگر مقدار ادرار روزانه کمتر از ۲۵۰۰ سی سی باشد، باید مقدار مایعات مصرفی روزانه را تا میزان حداکثر ۸۰۰ میلی لیتر بیش از مقدار ادرار روزانه کاهش دهد. به عنوان مثال، اگر مقدار ادرار در ۲۴ ساعت، ۲۰۰۰ سی سی باشد، مقدار مایعات مصرفی در ۲۴ ساعت آینده نباید بیش از ۲۸۰۰ سی سی باشد.
- برای کاهش تشنگی از یخ خرد شده، میوه یخ و آب نبات ترش استفاده کنید. از لیوان های کوچک درجه بندی استفاده کنید.
- عملکرد تنفسی بیمار مورد توجه قرار دهید، تغییر وضعیت مکرر و پهلوی به پهلوی شدن در زمان استراحت در بستر و انجام سرفه و تنفس عمیق از جمع شدن ریه ها و عفونت تنفسی پیشگیری میکند.
- مراقبت از اتصالات بیمار (سوند فولی، سوند معده، کاتتر، فیستول و گرافت) آموزش داده شود.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی:

- در صورت تب ولرز، تنگی نفس، اختلال هوشیاری و بیقراری و تحریک پذیری و ضربان قلب نامنظم به بیمارستان مراجعه کنید.

راهنمای داروهای مصرفی بیمار در دیالیز:

اریتر و پوئیتین:

- ✓ خونساز است و به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی استفاده میشود.
- ✓ این دارو طبق تجویز پزشک استفاده شود
- ✓ در دمای ۸ تا ۲۰ درجه نگهداری شود و از یخ زدگی آن جلوگیری شود. از نور مستقیم خورشید محافظت شود
- ✓ رنگ محلول شفاف باشد و بعد از دیالیز تزریق شود.
- ✓ در صورت افزایش فشار تزریق نشود.

آهن تزریقی (ونوفر)

- ✓ جهت درمان کم خونی میباشد.
- ✓ باید رقیق شده و داخل وریدی تزریق شود و تزریق حتما در بیمارستان انجام شود.
- ✓ نیازی به نگهداری در یخچال ندارد
- ✓ با هیچ دارویی نباید مخلوط شود.
- ✓ مصرف همزمان آن با آهن خوراکی توصیه نمیشود

کربنات کلسیم

- ✓ یک مکمل غذایی هنگامی که دریافت کلسیم کم است می‌باشد. همچنین باعث کاهش جذب فسفر میشود.
- ✓ به صورت قرصهای خوراکی میباشد.
- ✓ در صورت بروز علائم بی اشتها، تهوع، یبوست، دل درد، خشکی دهان یا احساس تشنگی با پزشک مشورت نمایید.
- ✓ باید دارو در ابتدا و یا وسط غذا میل شود.
- ✓ آنتی بیوتیک ها و آهن، جذب کلسیم را مختل میکند بنابراین با فاصله زمانی از هم مصرف شود.

رناژل (سولامر):

- ✓ این دارو به فسفر مواد غذایی متصل شده و آن را از طریق دستگاه گوارش دفع می‌کند و مانع جذب فسفر می‌شود.
- ✓ این دارو به صورت کپسول و خوراکی میباشد.
- ✓ عوارض آن مانند کربنات کلسیم است ولی یبوست بیشتر دیده میشود.
- ✓ باید مصرف مواد حاوی فسفر مانند آجیل و لبنیات را کاهش داد.
- ✓ فاصله مصرف رناژل با داروهای ضد تشنج، وارفارین، سیپرو فلوکساسین باید حداقل ۱ تا ۳ ساعت باشد.

کلسی تریول (روکاترول)

- ✓ این دارو فرم فعال شده ویتامین دی است که به جذب مواد معدنی مورد نیاز بدن کمک می‌کند و موجب تقویت استخوان می‌شود.
- ✓ این دارو به شکل کپسول ژلاتینی می‌باشد و آمپول ۱ میکروگرم می‌باشد.
- ✓ مهمترین عارضه آن افزایش کلسیم است که با کنترل دوره ای کلسیم مشخص می‌گردد.

کارنیتین

- ✓ برای جلوگیری از کرامپهای عضلانی تجویز میشود. مکمل غذایی است.
- ✓ بعد از دیالیز مصرف شود.
- ✓ تهوع، استفراغ، اسهال و کرامپهای شکمی از عوارض کارنیتین است.

سولفات کینین

- ✓ جهت جلوگیری از کرامپهای عضلانی دو ساعت قبل از دیالیز مصرف شود.
- ✓ این دارو دارای عوارض گوارشی و همچنین تاثیر بر روی عصب بینایی و عصب شنوایی است که در صورت مشاهد فوراً به پزشک خود اطلاع دهید.

اگزازپام

- ✓ جهت جلوگیری از کرامپهای عضلانی دو ساعت قبل از دیالیز استفاده می‌شود.

داروهای فشار خون و انسولین

- ✓ عارضه اصلی افزایش فشار خون و دیابت، نارسایی کلیه ها می‌باشد. لذا اغلب بیماران دیالیزی از داروهای کاهش دهنده فشار خون و قند استفاده می‌نمایند.
- ✓ کلیه داروها را باید طبق دستور و منظم مصرف کنید.
- ✓ از قطع ناگهانی دارو پرهیز کنید.
- ✓ اگر در حین دیالیز دچار افت فشار خون یا قند میشوید، فقط وعده دارویی قبل از دیالیز را مصرف نکنید.

نکات کلی در مصرف داروها

- ✓ کلیه داروها، حتی داروهایی را که پزشکان برای شما تجویز میکنند، باید با اطلاع پزشک نفرولوژیست شما باشد.
- ✓ از مصرف هرگونه مسکن به خصوص متوکاربامول و باکلوفن تجویز پزشک معالجتان خودداری فرمایید.
- ✓ مصرف سایر ویتامین ها، را باید با نظر پزشک معالج مصرف کنید.
- ✓ داروها را در ساعت مشخص مصرف کنید. در صورتی که دارویی را فراموش نمودید و تا ساعت مصرف بعدی زمان زیادی دارید آن را مصرف کنید. ولی اگر به زمان مصرف بعدی نزدیک است از مصرف آن خودداری نمایید.
- ✓ داروها را دور از دسترس اطفال نگهداری کنید.
- ✓ قرصهای تاریخ مصرف گذشته را در منزل نگه داری نکنید.
- ✓ همیشه به میزان کافی داروهای مصرفی را در منزل داشته باشید و پیش از تمام شدن آن، دوباره نسخه را از داروخانه تهیه نمایید یا به پزشک مراجعه نمایید.
- ✓ اگر قصد سفر دارید، حتما مطمئن شوید که دارو به میزان کافی برای آن مدت به همراه دارید.
- ✓ در صورت مراجعه به هر پزشک دیگر، حتما پزشک را از مصرف داروها مطلع نمایید.
- ✓ خودسرانه و بدون مشورت با پزشک، داروهای مصرفی خود را قطع نکنید و یا آنها را تغییر ندهید.

زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت مشاهده عوارض دارویی مانند بی اشتها، استفراغ، اسهال و ... به پزشک مراجعه نمایید.
- ✓ در صورت اتمام داروهای مصرفی و یا رسیدن زمان ویزیت پزشک مراجعه نمایید.

فیستول و گرافت و کاتتر

سه راه ایجاد ارتباط خون با دستگاه همودیالیز هستند.

فیستول :

پس از بیحسی موضعی دست و ایجاد برشی به طول ۲-۳ سانتی متر در مچ دست یا آرنج توسط اتصال سرخرگ به سیاهرگ ایجاد میشود. پس از ۱۵ روزبخیه ها توسط جراح کشیده می شود حداقل ۴۰ تا ۴۵ روز پس از کار گذاشتن فیستول در صورت مناسب بودن جریان خون و تایید پزشک و پرستار قابل استفاده است. فیستول ۵ تا ۷ سال و گاهی تا ۱۰ سال قابل استفاده است. بهترین و کم عارضه ترین و امن ترین راه دسترسی به عروق فیستول است.

گرافت یا رگ مصنوعی:

یک قطعه کوچک از لوله مخصوص است که ارتباط بین شریان و ورید و همچنین جریان خون و ماشین دیالیز را برقرار می کند. بین ۲-۴ هفته بعد از جراحی مورد استفاده قرار می گیرد زیرا نیاز به حجیم شدن ندارد اما سایر مراقبت ها مانند فیستول است.

مراقبت از فیستول و گرافت:

- ✓ محل فیستول از نظر خونریزی تورم، تغییررنگ، ترشح و التهاب چک شود.
- ✓ وجود نوعی صدای طوفانی در محل انجام عمل یا تریل نشانه سلامت فیستول است.
- ✓ توصیه میشود به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از عمل استراحت در بستر داشته باشید .
- ✓ روی دست فیستول دار خود ن خوابد.
- ✓ از پوشیدن لباسهای تنگ، دستبند و مچبند در دست فیستول دار خودداری کنید.

- ✓ عضو دارای فیستول نباید در معرض گرما یا سرمای شدید قرار گیرد.
- ✓ اندازه گیری فشارخون و انجام تزریقات و گرفتن نمونه خون از این دست ممنوع است.
- ✓ از بی حرکتی مداوم دست فیستول دار بپرهیزید.
- ✓ از حمل وسایل سنگین و ضربه به دست فیستول دار جلوگیری کنید.
- ✓ از کندن پوسته های زخم خودداری کنید .
- ✓ هر روز از نظر ارتعاش و نبض فیستول کنترل شود.
- ✓ وجود درد یا سردی دست را کنترل کنید زیرا می تواند نشاندهنده اختلال در کارکرد فیستول باشد.
- ✓ بعد از دیالیز در محل تزریق ، کمپرس سرد بگذارید و روز بعد، کمپرس گرم استفاده کنید.
- ✓ جهت به حداقل رساندن میکروبها قبل از انجام دیالیز عضو فیستول دار را با آب و صابون بشویید.
- ✓ باتیم درمان در تغییر محل تزریق سوزنها در هر جلسه همکاری کنید.
- ✓ ورزشهای آموزش داده شده ی مربوط به دست فیستول دار را انجام دهید که شامل:
- دست را پایین تر از قفسه سینه قرار دهید
- خمیر یا تویپ قابل ارتجاع در دست گرفته و با فشار آن را بازوبسته کنید، ۲۰ بار تکرار کرده سپس استراحت کنید.

کاتتر:

لوله ای نرم با تعداد سوراخهای زیاد که در داخل سیاهرگ بزرگی مانند ژوگولار و ساب کلاوین قرار داده می شود.

مراقبت از کاتتر:

- ✓ حین وصل و قطع شدن از دستگاه دیالیز ماسک بزنید. پرستار نیز باید ماسک بزند.
- ✓ هرگونه کشیدگی و ضربه به کاتتر احتمال عفونت را افزایش می دهد.
- ✓ زمانی که به دیالیز وصل نیستید نباید کاتتر خم شود یا گیره های آن باز بسته شود.
- ✓ در صورت مشاهده هر نشانه ای از عفونت کاتتر مانند تب و لرز به طور دائم یا حین دیالیز، قرمزی، گرمی یا ترشح چرکی از محل کاتتر و خونمردگی یا درد باید به پزشک مراجعه کرد. بهتر است ۲ راه کاتتر بعد از هر دیالیز با باند تمیز پوشانده شود.
- ✓ دوش گرفتن با کاتتر موقت اشکالی ندارد ولی پانسمان آن نباید خیس شود.
- ✓ ولی در کاتتر دائم می توانید یک تا دو هفته بعد زیر دوش بروید ولی وان و استخر ممنوع است .
- ✓ بهتر است قبل از مراجعه به دیالیز دوش گرفته شود و محل کاتتر دائم با آب و شامپو شستشو شود تا پانسمان مناسب بعد از دیالیز صورت گیرد و یا پس از استحمام یک گاز استریل روی محل خروج کاتتر گذاشته شود.
- ✓ همیشه کاتتر را به طور مستقیم به کمک چسب به پوست بچسبانید و آن را ثابت نگه دارید .
- ✓ کاتتر را همیشه خشک و تمیز نگه دارید.
- ✓ در صورت بروز خونریزی یا پاره شدن بخیه ها یا خارج شدن کاتتر از بدن با یک گاز استریل محل کاتتر را فشار دهید و به سرعت به بیمارستان مراجعه کنید
- ✓ هرگز سر پیچ های دوشاخه را دستکاری نکنید و اگر باز شد فوراً ببندید.
- ✓ اطراف کاتتر را روزانه با یک گاز یا پارچه تمیز، تمیز کنید.
- ✓ هرگز کاتتر را به بیرون یا داخل جابه جا نکنید.
- ✓ هرگز از اشیای تیز و قیچی در اطراف کاتتر استفاده نکنید.
- ✓ مصرف هرگونه داروی تزریقی یا خونگیری از طریق کاتتر ممنوع است.
- ✓ محل خروج کاتتر دائم بخیه ای ندارد کاتتر یک تکه چوب پنبه دارد که در زیر پوست می چسبد هرگونه کشیدگی و ضربه به کاتتر باعث عفونت و یا از دست دادن کاتتر می شود.

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. برپیوژن بافتی ناکارآمد (مغزی) مرتبط با انسداد عروق مغزی یا خونریزی داخل مغزی.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: سطح هوشیاری پایدار یا بهبود یابد (بر اساس مقیاس GCS) علائم عصبی جدید ایجاد نشود. فشار خون در محدوده هدف (بر اساس نوع سکته) کنترل شود.	• پایش عصبی مکرر: هر ۴-۱ ساعت سطح هوشیاری (GCS)، قدرت عضلانی، مردمک‌ها و علائم حیاتی را بررسی کنید. • پایش فشار خون: فشار خون را طبق دستور پایش کنید (هدف در سکته ایسکمیک معمولاً ۱۸۵/۱۱۰ < و در سکته هموراژیک کنترل شدیدتر) • پوزیشن: سر تخت را ۳۰ درجه بالا نگه دارید (مگر موارد منع). • پیشگیری از افزایش فشار داخل جمجمه: از فعالیت‌هایی که فشار داخل جمجمه را افزایش می‌دهد (زور زدن، مانور والسالوا) خودداری کنید. • اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن (> 94%)، اکسیژن تجویز کنید. • پایش ECG: مانیتورینگ مداوم قلبی برای تشخیص آریتمی‌ها (به ویژه فیبریلاسیون دهلیزی) • آمادگی برای tPA: در بیماران کاندید، تجهیزات و داروها را آماده کنید و علائم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه پایش کنید.	• آیا سطح هوشیاری بهبود یافته است؟ • آیا علائم عصبی جدید ایجاد نشده است؟ • آیا فشار خون در محدوده هدف است؟
۲. اختلال در تحرک فیزیکی مرتبط با همی پارزی یا همی پلژی، ضعف عضلانی و عدم تعادل.	تا پایان هفته اول بستری، بیمار: • بتواند با کمک یا وسایل کمکی راه برود یا در تخت جابجا شود. • خطر سقوط کاهش یابد. • دامنه حرکتی مفاصل حفظ شود.	• ارزیابی عملکرد حرکتی: قدرت عضلانی (مقیاس ۵-۰) و دامنه حرکتی را روزانه بررسی کنید. • تمرینات دامنه حرکتی: تمرینات غیرفعال را حداقل ۲ بار در روز برای اندام‌های مبتلا انجام دهید. • پوزیشن صحیح: اندام‌ها را در وضعیت صحیح (ضد اسپاستیسیتیه) قرار دهید. • جابجایی ایمن: از تکنیک‌های صحیح برای جابجایی بیمار استفاده کنید و بیمار را در استفاده از تکنیک‌های جابجایی ایمن آموزش دهید. • ارجاع به فیزیوتراپی: برای برنامه توانبخشی تخصصی و تمرینات تعادلی. • وسایل کمکی: در صورت نیاز، از واکر، عصا یا اسپیلنت استفاده کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده نحوه کمک به جابجایی ایمن را آموزش دهید.	• آیا قدرت عضلانی بهبود یافته است؟ • آیا دامنه حرکتی مفاصل حفظ شده است؟ • آیا بیمار می‌تواند با کمک راه برود؟
۳. اختلال در مراقبت از خود (حمام کردن، لباس پوشیدن، تغذیه، توالت) مرتبط با ضعف عضلانی، عدم تعادل و نقص شناختی.	تا زمان ترخیص، بیمار: • بتواند فعالیت‌های روزمره را با حداقل کمک انجام دهد. • احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشد.	• ارزیابی توانایی: سطح توانایی بیمار در انجام ADL را ارزیابی کنید. • کمک تدریجی: در ابتدا کمک کامل، سپس تدریجاً کمک را کاهش دهید. • تکنیک‌های تطابقی: استفاده از وسایل کمکی (صندلی حمام، دستگیره در توالت، لباس‌های آسان) را آموزش دهید. • ارجاع به کاردرمانی: برای ارزیابی تخصصی و آموزش تکنیک‌های تطابقی.	• آیا بیمار فعالیت‌ها را با استقلال بیشتری انجام می‌دهد؟ • آیا از وسایل

کمکی استفاده می‌کند؟	• تشویق به استقلال: کارهایی را که بیمار می‌تواند انجام دهد، به خودش واگذار کنید. • آموزش به خانواده: خانواده را در حمایت از استقلال بیمار مشارکت دهید.		
• آیا ارزیابی بلع انجام شده است؟ • آیا آسپیراسیون رخ داده است؟ • آیا بیمار تغذیه ایمن دریافت می‌کند؟	• غربالگری بلع: قبل از هرگونه خوراکی، بلع بیمار را با یک تست ساده (مثلاً قاشق آب) ارزیابی کنید. • NPO: تا زمان تأیید بلع ایمن، بیمار را NPO نگه دارید • پوزیشن: هنگام تغذیه، سر تخت را ۹۰ درجه بالا نگه دارید و سر بیمار را کمی به جلو خم کنید. • ارجاع به گفتاردرمانگر: برای ارزیابی تخصصی بلع. • تغذیه کمکی: در صورت تأیید، از غذای نرم و پوره شده استفاده کنید و به آرامی تغذیه کنید. • پایش آسپیراسیون: علائم آسپیراسیون (سرفه هنگام غذا، تب، کاهش اشباع اکسیژن) را پایش کنید. • لوله تغذیه: در صورت دیسفاژی شدید، برای لوله بینی-معدی (NG tube) هماهنگ کنید. • آموزش به خانواده: نحوه تغذیه ایمن و علائم آسپیراسیون را آموزش دهید.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: • ارزیابی بلع توسط پزشک یا گفتاردرمانگر انجام شود. • آسپیراسیون رخ ندهد. • تغذیه ایمن دریافت کند.	۴. اختلال در بلع (دیسفاژی) مرتبط با آسیب عصبی و ضعف عضلات بلع.
• آیا بیمار می‌تواند نیازهای اساسی را ارتباط دهد؟ • آیا خانواده از روش‌های ارتباطی استفاده می‌کنند؟	• ارزیابی ارتباط: نوع و شدت اختلال ارتباطی را ارزیابی کنید (آفازی دریافتی، بیانی، یا مختلط). • ارتباط ساده: با جملات کوتاه و ساده صحبت کنید، از حرکات و تصاویر استفاده کنید. • صبر و حوصله: به بیمار زمان کافی برای پاسخ دادن بدهید. • تأیید درک: از بیمار بخواهید با بله/خیر یا حرکات سر پاسخ دهد. • ارجاع به گفتاردرمانگر: برای ارزیابی و درمان تخصصی. • تابلوهای ارتباطی: از تابلوها یا کارت‌های تصویری برای نیازهای اساسی استفاده کنید. • آموزش به خانواده: روش‌های برقراری ارتباط مؤثر با بیمار را آموزش دهید.	در طول مدت بستری، بیمار: • بتواند نیازهای اساسی خود را به نحوی ارتباط دهد. • نمره مقیاس ارتباط بهبود یابد. • از روش‌های جایگزین ارتباط استفاده کند.	۵. اختلال در ارتباط کلامی (آفازی، دیس آرتری) مرتبط با آسیب به مراکز زبان و گفتار در مغز.
• آیا الگوی دفع منظم است؟ • آیا علائم عفونت ادراری وجود ندارد؟	• ارزیابی دفع: زمان و حجم ادرار را ثبت کنید. • برنامه دفع منظم: بیمار را هر ۲-۳ ساعت به توالت ببرید یا از لوله و لگن استفاده کنید. • سونداژ: در صورت احتباس ادرار یا برای پایش دقیق برونده ادراری، سوند ادراری گذاشته شود. • مراقبت از سوند: بهداشت ناحیه تناسلی را رعایت کنید و از باز بودن سوند اطمینان حاصل کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده مراقبت از سوند را آموزش دهید.	در طول مدت بستری، بیمار: • الگوی دفع ادرار منظم داشته باشد. • از بی‌اختیاری ادرار جلوگیری شود. • عفونت ادراری ایجاد نشود.	۶. اختلال در دفع ادرار (بی‌اختیاری یا احتباس ادرار) مرتبط با آسیب عصبی، کاهش تحرک و گیجی.
• آیا پوست سالم باقی مانده است؟ • آیا زخم	• ارزیابی پوست: هر شیفت پوست را از نظر قرمزی، گرمی و فشار بررسی کنید. • تغییر وضعیت: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید. • تشک مواج: در بیماران پرخطر از تشک مواج استفاده کنید. • محافظت از نواحی پرخطر: از پدهای محافظ برای پاشنه، ساکروم	در طول مدت بستری، بیمار: • پوست دست نخورده و بدون زخم بستر باقی بماند. • اقدامات پیشگیری از زخم بستر انجام شود.	۷. خطر یکپارچگی پوست (زخم بستر) مرتبط با بی‌حرکتی، کاهش حس و بی‌اختیاری.

فشاری ایجاد نشده است؟	و آرنج استفاده کنید. • مرطوب سازی: پوست را با لوسیون مرطوب کنید. • پایش بی اختیاری: در صورت بی اختیاری، سریعاً تعویض کنید و پوست را تمیز و خشک نگه دارید.		
• آیا بیمار سقوط کرده است؟ • آیا اقدامات ایمنی رعایت شده است؟	• ارزیابی خطر سقوط: با ابزار استاندارد) مانند Morse خطر سقوط را ارزیابی کنید. • محیط ایمن: نرده های تخت را بالا بزنید، مسیر حرکت را از اشیاء مزاحم خالی کنید، از کفش مناسب استفاده کنید. • کمک در راه رفتن: هنگام جابجایی، به بیمار کمک کنید. • آموزش: به بیمار آموزش دهید هنگام خروج از تخت از زنگ احضار استفاده کند. • نور کافی: در شب، نور کافی در مسیر توالی فراهم کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ سقوط یا زمین خوردگی نداشته باشد. • اقدامات پیشگیری از سقوط رعایت شود.	۸. خطر سقوط مرتبط با همی پارزی، عدم تعادل، اختلال بینایی و گیجی.
• از بیمار بپرسید: "علائم هشدار سکتة چیست؟" • از بیمار بپرسید: "چرا باید داروهای فشار خون را حتی پس از ترخیص مصرف کنید؟" • از بیمار بخواهید FAST را توضیح دهد. • آیا بیمار شماره تماس اورژانس را در دسترس دارد؟	• آموزش عوامل خطر: بر اهمیت کنترل فشار خون، دیابت، چربی خون، ترک سیگار، رژیم غذایی سالم و فعالیت بدنی تأکید کنید. • آموزش دارویی: - داروهای ضد پلاکت (آسپرین، کلوپیدوگrel): اهمیت مصرف منظم و عوارض (خونریزی). - داروهای ضد انعقاد (وارفارین): نیاز به پایش منظم INR و مصرف ثابت ویتامین K. - داروهای فشار خون و استاتین ها: مصرف منظم حتی در زمان احساس خوب بودن. • آموزش علائم هشدار سکتة (FAST): F (Face): افتادگی صورت A (Arm): ضعف یک طرفه دست یا پا S (Speech): اختلال در تکلم T (Time): زمان، فوراً با اورژانس تماس بگیرید. • آموزش توانبخشی: - اهمیت ادامه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی در منزل. - تمرینات روزانه و صبر در فرآیند بهبودی. • آموزش مراقبت در منزل: - پیشگیری از سقوط (ایمن سازی منزل، استفاده از وسایل کمکی). - تغذیه مناسب (در صورت دیسفاژی، رژیم غذایی نرم). - مراقبت از سوند (در صورت وجود). - برنامه منظم برای فعالیت های روزمره. • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • عوامل خطر را شناسایی و راه های کنترل آنها را توضیح دهند. • نحوه صحیح مصرف داروها (ضد پلاکت، ضد انعقاد، داروهای فشار خون) را توضیح دهند. • علائم هشدار سکتة مجدد را بشناسند. • برنامه توانبخشی را درک کرده و در آن مشارکت کنند. • مراقبت های لازم در منزل (پیشگیری از سقوط، تغذیه، مراقبت از سوند) را بدانند.	۹. دانش ناقص در مورد مدیریت بیماری، توانبخشی و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با عوامل خطر، داروها، توانبخشی و علائم هشدار.

نیازها و اولویهای آموزشی بیماران CVA

آرامش روحی روانی به بیمار و همراهیان	آموزش حین ترخیص و بازتوانی پس از ترخیص
آموزش میزان فعالیت (پوزیشن و نوع استراحت و پیشگیری از زخم بستر ...)	آموزش علایم هشدار در منزل و نحوه برخورد با آن
آموزش نحوه تغذیه صحیح و نحوه گاوآژ	آموزش نوع داروها و میزان و نحوه مصرف
آموزش فیزیوتراپی (اندامها و تنفسی)	مراقبت از سوند فولی و سایر اتصالات بیمار
آموزش علل و عوارض سکته مغزی	در صورت تزریق آلتپلاز (آموزش عوارض حین تزریق و بعد از آن و توضیح علائم هشدار و اقدام به اطلاع پرستار)
پیشگیری از عوارض سکته مغزی (زخم بستر، امبولی، اسپیراسیون و ..)	اخذ رضایت آگاهانه از همراهی در صورت تزریق التپلاز
آموزش علایم DVT و استفاده از جوراب واریس	ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران

پرستار در حین بستری بیمار سکته مغزی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

سکته مغزی به آسیب ناگهانی سلولهای مغزی در اثر اختلال در جریان خون گفته می شود. این بیماری دومین علت مرگ و سومین علت ناتوانی طولانی مدت در جهان است. سکته مغزی به دو نوع اصلی تقسیم می شود:

سکته ایسکمیک ۸۷-۸۵ موارد: انسداد یک شریان مغزی توسط لخته خون (ترومبوز) یا آمبولی. شایع ترین علت انسداد عروق مغزی است.

سکته هموراژیک ۱۵-۱۳ موارد: پارگی یک رگ خونی در مغز و خونریزی داخل بافت مغز. این نوع خطرناک تر بوده و میزان مرگ و میر بالاتری دارد.

درمان سکته مغزی بر اساس نوع سکته و زمان شروع علائم تعیین می شود. اصل اساسی در درمان سکته حاد، "زمان برابر است با بافت مغز" (Time is Brain) است:

درمان سکته ایسکمیک حاد (بازه زمانی طلایی):

- درمان با tPA آلتپلاز: داروی حل کننده لخته وریدی که در ۴-۵ ساعت اول پس از شروع علائم تجویز می شود.
- ترومبکتومی مکانیکی: برداشتن لخته با کاتتر از طریق شریان که در ۲۴-۶ ساعت اول (در موارد انتخاب شده) انجام می شود.
- آسپرین: طی ۲۴-۴۸ ساعت پس از سکته ایسکمیک در صورت عدم دریافت tPA شروع می شود.

درمان سکته هموراژیک:

- کنترل فشار خون (هدف کاهش سریع ولی کنترل شده)
- قطع داروهای ضد انعقاد و ضد پلاکت
- در موارد خاص، جراحی برای تخلیه هماتوم یا کلیپ کردن آنوریسم

درمان حمایتی:

- کنترل قند خون، تب و فشار خون
- پیشگیری از عوارض (پنومونی، DVT، زخم بستر)
- توانبخشی زودهنگام (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی)

رژیم غذایی :

- ✓ در ساعات اولیه ممکن است طبق دستور پزشک بیمار NP باشد و از راه دهان تغذیه نشود.
- ✓ در صورتیکه بیمار هوشیاری کامل دارد در ابتدا رژیم غذایی با پوره یا مایعات غلیظ یا میوه جات کنسرو شده شروع شود چون این نوع غذا ها راحتتر از مایعات رقیق بلعیده می شود.
- ✓ توصیه به خانواده که هنگام غذا خوردن بیمار را از نظر سرفه ، بیرون ریختن غذا از یک سمت دهان ، نگه داشتن غذا به مدت طولانی در دهان یا برگشت مایعات از بینی هنگام بلع بررسی نمایید.
- ✓ در صورت تحمل بیمار به تدریج از رژیم غذایی معمولی استفاده کنید.
- ✓ از مصرف مواد غذایی که حالت چسبنده دارند مثل عسل یا کره بادام زمینی ، نان نرم (باگت) اجتناب شود .
- ✓ اگر بیمار فلج یک طرفه داشته باشد، غذا باید در طرف غیر مبتلا دهان قرار داده شود.
- ✓ در صورتی که بیمار هوشیاری کاملی نداشته باشد به دستور پزشک سوند معده گذاشته می شود.

تحرك و فعالیت (پیشگیری از زخم بستر)

- ✓ روزانه مناطقی که در خطر بروز زخم هستند را بررسی کنید
- ✓ برجستگی استخوان ها مانند آرنج، پاشنه، قوزک پا ،قسمت نشیمن گاهی، زیر پستان و مہبل مناطق مستعد می باشند زیرا این نواحی تنها از یک لایه نازک پوست پوشیده شده اند.
- ✓ در صورت عدم منع حداقل هر ۲ ساعت یکبار بیمار خود را بچرخانید. استفاده از تشکهای بادی (تشک موج) مفید می باشد •
- ✓ طول مدتی را که بیمارتان در حالت نیمه نشسته قرار دارد را محدود کنید و به ۳۰ دقیقه برسانید. زیرا در وضعیت نیمه نشسته بیمار به سمت پایین حرکت کرده و سر می خورد و همین امر موجب بروز اصطکاک بین پوست بدن و تخت می شود •
- ✓ هنگام جابجا کردن بیمار در تخت حتماً از چند نفر برای این کار استفاده کرد تا بتوانید بیمارتان را کاملاً بلند کرده و مانع کشیدن بیمار بر روی تخت شوید.
- ✓ در زیر مناطقی که حساس تر هستند و احتمال بروز زخم بالا است مانند پاشنه پا، آرنج و قسمت نشیمنگاهی از پنبه خشک استفاده کنید •
- ✓ زمانی که بیمار روی دست خوابیده بالش یا ملحفه کوچکی را بین دو ساق پای بیمار قرار دهید تا از فشار بر نقاط استخوانی بکاهد •
- ✓ از انجام ماساژ در نواحی قرمز شده پرهیز کنید زیرا باعث آسیب به بافتهای عمیق می شود •
- ✓ پوست سالم را می توانید به طور آرام هر ۲ ساعت یکبار ماساژ بدهید •
- ✓ اندامهای ورم کرده را بالاتر قرار دهید این اقدام باعث افزایش جریان خون به این اندامها می شود •
- ✓ ملحفه های تخت بدون چین و چروک و تمیز باشند و زیر بدن بیمار جمع نشود. این امر مانع ایجاد فشار بر پوست می شود .

داروها:

داروهای ضد فشار خون و داروهای پایین آورنده کلسترول خون و ضدانعقادها مانند آسپرین برای بیمار تجویز می شود.

پرستار در حین بستری و ترخیص بیمار سکنه مغزی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

مراقبت از اتصالات :

- در هنگام تغذیه با سوند معده نکات زیر را رعایت کنید.
- ✓ مقدار و نوع غذا را پزشک و کارشناس تغذیه تعیین می کند.
- ✓ قبل از شروع تغذیه ابتدا دستهای خود را شستشو دهید.
- ✓ قبل از شروع غذا از قرار گیری محل صحیح آن مطمئن باشید.
- ✓ قبل از شروع غذا سر تخت را بالاتر بیاورید.

- ✓ مطمئن باشید غذا هم دمای اتاق است سرد یا گرم نباشد زیرا مناسب نبودن دما موجب تغییر در حرکات روده می شود و در نتیجه ممکن است بیمار دچار درد شکم و اسهال شود. قبل از برداشتن غذا آنرا با قاشق خوب به هم بزنید.
- ✓ بعد از ریختن غذا سرنگ محتوی غذا را ۴۰ سانتی متر بالاتر از سطح بیمار قرار دهید تا غذا به راحتی به کمک جاذبه زمین وارد معده شود.
- ✓ حین تغذیه و ۳۰ دقیقه پس از آن سر بیمار همچنان بالاتر قرار گیرد.
- ✓ به منظور تخلیه راحت تر غذا از معده به روده، بیمار را به پهلوئی راست بچرخانید.
- ✓ قبل و بعد از دادن غذا یا دارو به بیمار ۳۰ سی سی آب از طریق لوله به بیمار دهید تا لوله شسته شود.
- ✓ قرصهای بیمار را خوب خرد کنید و در آب حل کنید و سپس آنرا از طریق لوله به بیمار خود دهید.
- ✓ هیچگاه قرصها را با غذا مخلوط نکنید.
- ✓ در هر بار تغذیه نباید مقدار غذا بیشتر از ۵۰-۳۵۰ سی سی شود.
- ✓ بهداشت دهان و دهانشویه آموزش داده شود.

چگونه از سوند ادراری مراقبت کنید:

- هیچگاه کیسه ادرار نباید از لوله ادراری جدا شود .
- هنگام حمام کردن به هیچ عنوان کیسه جدا نشود.
- در روز حداقل ۱۰-۸ لیوان آب و آبمیوه طبیعی را در صورت عدم وجود ممانعت مصرف شود تا احتمال عفونت را کاهش دهد.
- در تمام مدت لوله ادراری باید پایین تر از مثانه قرار گیرد و آزاد بر روی زمین رها نشود.
- مطمئن باشید مسیر تخلیه ادرار در هیچ قسمتی مسدود نشده باشد چون باعث عدم تخلیه ادرار می شود.
- روزی ۲ بار با سرم شستشو ناحیه تناسلی را تمیز نمائید تا از عفونت ادراری پیشگیری شود.
- در صورت تیره شدن رنگ ادرار ، غیر شفاف بودن و بد بو بودن آن، تب لرز و درد در ناحیه زیر شکمی و پشت به پزشک مراجعه کنید .
- جهت جلوگیری از احتباس ادراری باید مثانه بیمار را مداوم چک کنید در صورت کدر شدن یا خونی شدن ادرار بهتر است یا پزشک معالج مشورت نمائید.

پرستار در حین ترخیص بیمار سکنه مغزی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تغذیه بیمار در منزل

در صورتی که بیمار سوند معده ندارد و قادر به بلع می باشد:

- از رژیم پر فیبر مانند میوه و سبزی به همراه مایعات فراوان در صورت نداشتن ممنوعیت استفاده کنید زیرا کم تحرکی عامل یبوست است.
- وعده های غذایی را در حجم کم و تعداد زیاد حدود ۵-۶ وعده انتخاب کنید.
- در صورت اختلال در بلع، مواد غذایی را به شکل مایعات غلیظ یا جامد نرم مصرف نموده و بهتر است از گوشت و سبزیجات میکس شده، استفاده کنید.
- ترکیبات مختلف غذایی را همزمان داخل دهان نگذارید و مواد سرد و گرم را با هم نخورید.
- از رژیم غذایی کم چربی، کم نمک، غنی از پتاسیم (نظیر موز، پرتقال، فلفل دلمه ای و خرما) و حاوی ویتامین K (سبزیجات با رنگ تیره) استفاده کنید.
- از خوردن غذاها و نوشیدنی های محرک مانند نوشابه های گازدار و الکل و قهوه خودداری کنید.
- طبق یک برنامه منظم و در محیط آرام و بدون استرس غذا بخورید.

در صورت ترخیص با سوند معده:

- در هنگام غذا دادن از لوله معده، با کمک بالشت زیر سر و شانه بیمار را بالا آورده و بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید و اجازه دهید نیم ساعت بعد از تغذیه در همان وضعیت بماند.

- قبل از شروع غذا از قرار گیری محل صحیح آن مطمئن باشید .
- پر بودن زیاد معده باعث بروز استفراغ می‌شود. و چک کنید قبل از معده پر نباشد برای اینکار مایع برگشتی از معده اگر کمتر از ۱۰۰ سی سی باشد غذا شروع می شود.
- مطمئن باشید غذا هم دمای اتاق است سرد یا گرم نباشد زیرا مناسب نبودن دما موجب تغییر در حرکات روده می شود و در نتیجه ممکن است بیمار دچار درد شکم و اسهال شود.
- به منظور تخلیه راحت تر غذا از معده به روده، بیمار را به پهلوئی راست بچرخانید .
- قبل و بعد از دادن غذا یا دارو به بیمار ۵۰-۳۰ سی سی آب از طریق لوله به بیمار دهید تا لوله شسته شود .
- قرصهای بیمار را خوب خرد کنید و در آب حل کنید و سپس آنرا از طریق لوله به بیمار خود دهید.
- در هر بار تغذیه نباید مقدار غذا بیشتر از ۵۰-۳۵ سی سی شود. زیرا وارد کردن حجم زیاد غذا به معده بیمار سبب بروز اسهال، استفراغ و تهوع می شود.
- در صورت بروز قرمزی و زخم در ناحیه بینی، اسهال و استفراغ، تغییر در اندازه لوله (کوتاه شدن یا بلند شدن) به پزشک مراجعه کنید.
- غذای استفاده نشده را می توان به مدت ۲۴ ساعت در یخچال نگه دارید.
- دو ساعت بعد از هر وعده غذایی در صورت تحمل بیمار یک سوم لیوان آب میوه یا آب دهید.

فعالیت در منزل

در بیماری که قادر به راه رفتن نیست :

- اندامهای آسیب دیده را بطور غیر فعال ورزش دهید و ۴-۵ دقیقه در روز در محدوده حرکتی کامل، آنها را به حرکت در آورید.
- مراقب باشید که حرکتها شدید نباشد چون باعث آسیب به عضو و حتی دررفتگی می شود.
- پوست سالم را می توانید به طور آرام هر ۲ ساعت یکبار ماساژ بدهید
- در صورت داشتن ورم در دست ها و پاها، با یک بالش و یا پتو آنها را بالاتر از سطح بدن قرار دهید .
- در صورتیکه در یک عضو بیمار ضعف اندام وجود دارد بیمار را تشویق کنید تا در طول روز به انجام ورزش در این نیمه پردازد (حتی با کمک نیمه سالم بدن)
- جهت افزایش حس اعتماد به نفس انجام کلیه اموری را که بیمار قادر به انجام آن می باشد را به خود او واگذار کنید.

در صورتیکه بیمار می تواند راه برود :

- از وسایل کمک حرکتی مانند (عصا، واکر و چوب زیر بغل) استفاده کنید.
- فیزیوتراپی می‌تواند در قوی شدن عضلات و یادگیری دوباره راه رفتن و حرکت دادن ماهیچه های بدن به شما کمک کند.
- کارهای سبک و سنگین را بطور متناوب انجام دهید و بین فعالیتها دوره های مکرر استراحت داشته باشید.

نکات خودمراقبتی :

- داروهای خود را به طور منظم مصرف نمایید و از قطع خودسرانه داروها خودداری کنید .آموزش نوع دارو و کاربرد و زمان مصرف داروها انجام شود.
- فشار خون بیمار را مرتب اندازه گیری و کنترل کنید.
- روشن بودن چراغ، سرو صدا می تواند موجب بی خوابی گردد. تجویز آرام بخش، طبق دستور پزشک نیز به خواب کمک می کند.
- در صورت بی قراری و حرکات غیرارادی باید اطراف تخت نرده زده و بالش گذاشته شود. قراردادن وسایل گرمازا و برقی در نزدیکی آنها میتواند خطراتی به وجود آورد.
- به علت نداشتن حرکت نگهداری از پوست این بیماران بسیار مهم است و احتمال زخم بستر در نواحی تحت فشار وجود دارد که به محض دیدن قرمزی پوست، بیمار را سمت مخالف بچرخانید و پوست را ماساژدهید و در معرض هوا بگذارید و با پماد یا وازلین چرب کنید.
- (آموزشهای پیشگیری از زخم بستر داده شود) استفاده از تشکهای بادی (تشک موج) مفید می باشد .
- هنگام جابجا کردن بیمار در تخت حتماً از چند نفر برای این کار استفاده کرد تا بتوانید بیمارتان را کاملاً بلند کرده و مانع کشیدن بیمار بر روی تخت شوید .
- در صورت ترخیص با سوند مثانه روزی دو بار ناحیه تناسلی را بشویید تا از عفونت ادراری جلوگیری شود.

- در صورتی که فرد در پلک زدن دچار مشکل می باشد، بهتر است از قطره های اشک مصنوعی استفاده شود.
- دهانشویه بیماران را فراموش نکنید بهتر است هر ۱۲ ساعت شستشوی دهان با دهانشویه انجام شود. در صورتی که می توانید مسواک زدن با خمیر دندان را برای بیمار انجام دهید . تحقیقات نشان می دهد شستشو و بهداشت دهان در کاهش عفونتهای تنفسی تاثیر چشمگیری دارد.

علائم هشداردهنده و زمان مراجعه بعدی

در صوت بروز این علائم به بیمارستان یا پزشک مراجعه کنید :

- تغییر در سطح هوشیاری ، تنگی نفس و دیسترس تنفسی و تب
 - خارج شدن اتصالات بیمار مانند سوند معده، تراکتوستومی
 - بروز هر گونه علائم نگران کننده مانند از دست دادن تعادل ، سردرد ناگهانی و شدید ، مشکل ناگهانی در بینایی و.....
- جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۰۵۱-۵۷۲۳۶۸۳۳ و شماره داخلی بخش مربوطه می توانید تماس بگیرید.
- مراجعه کننده گرامی در صورت بروز هر گونه سوال و ابهام در رابطه با آموزشهای داده شده میتوانید با شماره ۰۵۱۵۷۲۲۴۰۷۰ کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار تماس بگیرید.
- در صورتیکه نیاز است به بیمار توضیح داده شود از آزمایشات، نوارقلبها، اکو، سونوگرافی، ریپورتهای و ... کپی تهیه نماید.

خونریزی گوارشی و زخم معده

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران خونریزی گوارشی

آموزش علت زخم و علایم خونریزی گوارشی
آموزش نحوه درمان (سرم تراپی، شستشوی معده، تستهای تشخیصی)
آموزش نحوه انجام اندوسکوپی و کولونوسکوپی و امادگیهای آن
آموزش رژیم غذایی در ابتدای ورود و در بعد از ترخیص و حین بستری
آموزش میزان فعالیت
آموزش مصرف داروها در بستری و ترخیص
آموزش دوری از استرس و ارجاع به روانشناس در صورت نیاز
آموزش علایم هشداردهنده و اقدام بیمار

جدول فرایند پرستاری در خونریزی گوارشی:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. خطر شوک (کمبود حجم مایعات) مرتبط با خونریزی فعال گوارشی.	طی ۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: • علایم حیاتی در محدوده نرمال تثبیت شود (فشار خون 90/60 >، ضربان قلب < 100). • برونده ادراری حداقل ۳۰ میلی لیتر/ساعت داشته باشد. • علایم شوک (تعریق سرد، گیجی، رنگ پریدگی) مشاهده نشود.	• پایش دقیق علایم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب و سطح هوشیاری را هر ۳۰-۱۵ دقیقه در مرحله حاد بررسی کنید. • پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه گیری کنید. • پایش علایم شوک: رنگ پریدگی، تعریق سرد، سیانوز لبها و بی قراری را بررسی کنید. • بررسی خونریزی: حجم و رنگ استفراغ و مدفوع را ثبت کنید (استفراغ تفاله قهوه، مدفوع قیری شکل). • برقراری راه وریدی: دو راه وریدی بزرگ (با آنژیوکت ۱۸-۱۶) برقرار کنید. • تجویز مایعات و خون: مایعات وریدی و فرآورده های خونی را طبق دستور سریعاً تجویز کنید. • آمادگی برای انتقال به ICU: در صورت خونریزی شدید، برای انتقال به ICU آماده باشید.	ارزیابی مجدد پس از مداخلات: • آیا فشار خون تثبیت شده است؟ • آیا برونده ادراری کافی است؟ • آیا علایم شوک کاهش یافته است؟
۲. کاهش پرفیوژن بافتی مرتبط با کاهش حجم خون و کاهش اکسیژن رسانی به بافتها.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: • سطح هموگلوبین تثبیت شده یا افزایش یابد. • سطح هوشیاری طبیعی باشد. • اکسیژن رسانی بافتی (بر اساس علایم) بهبود یابد.	• پایش سطح هوشیاری: هر ۲-۱ ساعت سطح هوشیاری را بررسی کنید (گیجی و بی قراری از علایم هیپوکسی مغزی است). • پایش هموگلوبین و هماتوکریت: نتایج آزمایشگاهی را پیگیری کنید. • پایش رنگ پوست و مخاط: رنگ پریدگی را بررسی کنید. • اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن، اکسیژن تجویز کنید.	• آیا سطح هموگلوبین بهبود یافته است؟ • آیا سطح هوشیاری طبیعی است؟

	• تزریق خون: طبق دستور، خون تزریق کنید (هدف هموگلوبین ۷-۹ گرم/دسی لیتر در بیماران همودینامیک پایدار)		
۳. تهوع و استفراغ مرتبط با تحریک مخاط معده و خون در معده.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: • تهوع و استفراغ قطع شود. • بتواند مایعات را تحمل کند.	مداخلات مستقل و وابسته: • پایش: تعداد دفعات استفراغ و میزان مایعات دریافتی را ثبت کنید. • بررسی استفراغ: رنگ و حجم استفراغ را بررسی کنید (خون روشن یا تفاله قهوه). • NP: در مرحله حاد خونریزی، بیمار را NP نگه دارید. • محیط: تهویه مناسب، دوری از بوهای تند. • تجویز دارو: داروهای ضد تهوع (متوکلوپرامید، اندانسترون) را طبق دستور تجویز کنید. • آموزش: به بیمار توضیح دهید که در زمان تهوع، نفس عمیق بکشد و از حرکات ناگهانی خودداری کند.	• آیا تهوع و استفراغ قطع شده است؟ • آیا استفراغ خونی ادامه دارد؟
۴. درد حاد شکمی مرتبط با تحریک مخاط معده توسط اسید و خون.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: • شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. • از کاهش درد شکمی خبر دهد.	• بررسی درد: محل، شدت، کیفیت و ارتباط آن با غذا را بررسی کنید. • پایش علائم سوراخ شدن: درد ناگهانی و بسیار شدید، شکم سفت و تخته‌ای، علائم شوک (احتمال سوراخ شدن زخم). • پوزیشن راحت: بیمار را در وضعیت نیمه‌نشسته قرار دهید (کاهش فشار بر معده). • کمپرس گرم: در صورت تمایل و عدم وجود خونریزی فعال، کمپرس گرم روی شکم. • تجویز دارو: مسکن‌ها) پرهیز از NSAIDs، استفاده از استامینوفن در صورت نیاز (را طبق دستور تجویز کنید). • PPI درمانی: تجویز PPI وریدی یا خوراکی برای کاهش اسید و درد	• آیا شدت درد کاهش یافته است؟ • آیا علائم سوراخ شدن وجود ندارد؟
۵. ترس و اضطراب مرتبط با استفراغ خونی، بستری شدن و ترس از مرگ.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند با تیم درمان همکاری کند.	• حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. • آموزش لحظه‌ای: اقدامات درمانی (آندوسکوپی، داروها) را به زبان ساده توضیح دهید. • محیط آرام: نور کم، کاهش صدا. • حمایت خانواده: در صورت امکان، ارتباط با خانواده را فراهم کنید. • آمادگی برای اقدامات تشخیصی: برای آندوسکوپی، مراحل کار را توضیح دهید تا اضطراب کاهش یابد.	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار آرام‌تر شده است؟
۶. خطر خونریزی مجدد مرتبط با توقف ناقص خونریزی یا عدم بهبودی زخم.	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت خونریزی مجدد (استفراغ خونی، مدفوع	• پایش علائم حیاتی: پایش مکرر فشار خون و ضربان قلب (افت فشار خون و تاکی کاردی از علائم خونریزی مجدد است). • پایش مدفوع: هر بار دفع، رنگ و قوام مدفوع را بررسی کنید. • پایش استفراغ: در صورت استفراغ، رنگ آن را بررسی کنید.	• آیا علائم خونریزی مجدد مشاهده می‌شود؟ • آیا مدفوع به رنگ طبیعی برگشته است؟

	•آموزش :به بیمار آموزش دهید که در صورت مشاهده مدفوع سیاه یا استفراغ خونی، فوراً گزارش دهد. •اجتناب از داروهای مضر :از مصرف NSAIDs ، آسپرین و داروهای رقیق کننده خون خودداری شود	سیاه جدید، افت فشار خون) نشان ندهد.	
•از بیمار پرسید: "چه داروهایی را نباید مصرف کنید؟" •از بیمار پرسید: "اگر دوباره مدفوع سیاه دیدید، چه کار می کنید؟" •از بیمار پرسید: "چه غذاهایی را باید محدود کنید؟" •آیا بیمار شماره تماس اورژانس را در دسترس دارد؟	•آموزش دارویی: -درمان H. pylori: تأکید بر تکمیل دوره ۱۴-۱۰ روزه آنتی بیوتیک ها حتی با قطع علائم . PPI: -مصرف منظم در زمان مشخص (معمولاً قبل از صبحانه) برای مدت تجویز شده . -آنتی اسیدها :در صورت نیاز، بین وعده های غذایی و هنگام خواب . -هشدار جدی :از مصرف خودسرانه NSAIDs (ایبوپروفن، ژلوفن، دیکلوفناک، ناپروکسن) خودداری کند. در صورت نیاز به مسکن، فقط استامینوفن مجاز است . •آموزش رژیم غذایی: -رژیم غذایی سالم و متعادل . -پرهیز از غذاها و نوشیدنی های محرک: الکل، کافئین، نوشابه های گازدار، غذاهای چرب، شکلات، غذاهای تند . -پرهیز از خوردن تنقلات دیروقت . -مصرف وعده های کوچک و مکرر در دوره حاد . •آموزش سبک زندگی: -ترک سیگار (سیگار بهبود زخم را کند کرده و خطر عود را افزایش می دهد) . -کاهش استرس و یادگیری تکنیک های مدیریت استرس . •آموزش علائم هشدار (نیاز به مراجعه فوری): -درد ناگهانی و شدید شکمی . -استفراغ خونی . -مدفوع سیاه و قیری شکل . -علائم شوک: گیجی، تعریق سرد، سبکی سر . -احساس پری پس از خوردن مقدار کم غذا، کاهش وزن بی دلیل . •پیگیری: -آندوسکوپی مجدد برای اطمینان از بهبودی زخم معده (به دلیل خطر بدخیمی) . -تست مجدد H. pylori حداقل ۲ هفته پس از پایان درمان	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: •نحوه صحیح مصرف داروها (آنتی بیوتیک ها، PPI) را توضیح دهند . •رژیم غذایی مناسب را رعایت کنند . •از مصرف داروهای مضر (NSAIDs) خودداری کنند . •علائم هشدار خونریزی را بشناسند	۷. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با علل بیماری، رژیم غذایی مناسب، داروها و علائم هشدار

پرستار در زمان بستری بیمار خونریزی گوارشی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

زخم معده به زخم‌های باز یا نقاط خونریزی‌کننده در دیواره معده (زخم معده) یا ابتدای روده باریک (زخم اثنی‌عشر) گفته می‌شود. علل اصلی عبارتند از:

• عفونت هلیکوباکتر پیلوری (**H. pylori**) شایع‌ترین علت زخم معده. این باکتری با تضعیف دیواره محافظتی معده باعث ایجاد زخم می‌شود.

• مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (**NSAIDs**) مانند ایبوپروفن، ناپروکسن، آسپرین و دیکلوفناک. این داروها با کاهش مواد محافظتی معده باعث آسیب می‌شوند.

• عوامل خطر دیگر: استرس شدید در بیماران بدحال بستری در ICU، مصرف سیگار، الکل، سن بالا و سابقه قبلی زخم.

خونریزی گوارشی یک عارضه شایع و جدی زخم معده است که می‌تواند به صورت استفراغ خونی (هماتمز)، مدفوع سیاه و قیری شکل (ملنا) یا کاهش سطح هوشیاری تظاهر کند.

درمان بر اساس کنترل خونریزی حاد، درمان علت زمینه‌ای و پیشگیری از عود انجام می‌شود:

• درمان خونریزی حاد:

- درمان اورژانسی: برقراری دو راه وریدی، تجویز مایعات، تزریق خون در صورت نیاز.
- PPI** - وریدی: تجویز مهارکننده‌های پمپ پروتون (پنتوپرازول) با دوز بالا قبل از آندوسکوپی برای کاهش شدت خونریزی.
- آندوسکوپی: برای تشخیص محل خونریزی و اقدامات درمانی (تزریق آدرنالین، کلیپ، کوتر).
- ترانکسسامیک اسید: ممکن است در کاهش مرگ‌ومیر مؤثر باشد، اما شواهد قطعی نیست.

• درمان دارویی (درمان استاندارد زخم):

- درمان **H. pylori** ترکیبی از دو آنتی‌بیوتیک (آموکسی‌سیلین، کلاریترومایسین) + PPI به مدت ۱۴-۱۰ روز.
- PPI**: برای کاهش اسید معده و بهبود زخم (۸ هفته در زخم بدون **H. pylori** یا ناشی از NSAIDs)
- آنتی‌اسیدها: در صورت نیاز برای کاهش علائم.

• پروفیلاکسی زخم‌های استرسی در بیماران بستری در ICU با عوامل خطر (تهویه مکانیکی، کوآگولوپاتی) با PPI یا آنتاگونیست H₂.

• پیگیری: آندوسکوپی مجدد برای اطمینان از بهبودی زخم معده (به دلیل خطر بدخیمی)

درمان در زمان بستری

- درمان خونریزی گوارشی بستگی به علت بروز آن دارد؛
- در موارد خونریزی فعال و شدید درمان بر توقف خونریزی متمرکز است. مثال در صورتی که علت خونریزی وجود زخم و یا سوراخ شدن معده و اثنی‌عشر باشد، باید با سرم درمانی، شستشوی معده و یا جراحی، محل خونریزی را بست.
- در موارد مزمن درمان بیماری زمینه‌ای مانند هموروئید مطرح است.

➤ اگر علت آن عفونت های متعدد باشد، باید عفونت ها را درمان کرد.

رژیم غذایی و تغذیه در زمان بستری

- ✓ در زمان داشتن خونریزی فعال و استفراغ خونی پزشک به شما اجازه خوردن و آشامیدن نداده و از راه دهان نباید چیزی مصرف کنید.
- ✓ در صورت اجازه پزشک ابتدا کمی مایعات مصرف کنید و در صورت نداشتن تهوع و استفراغ میزان مایعات مصرفی را افزایش و سپس غذا مصرف نمایید.
- ✓ در صورتی که حالت تهوع و استفراغ داشتید از خوردن و آشامیدن خودداری نمایید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در بستر انگشتان و مچ پاهای سالم را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود.
- ✓ در صورت اجازه پزشک برای خروج از تخت ابتدا نشسته و سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان نمایید و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه خود و یا پرستار از تخت خارج شوید.
- ✓ سعی کنید هر چه سریعتر از بستر خارج شده و فعالیت نمایید تا از ایجاد لخته جلوگیری شود.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ در صورتی که بیماری خاصی دارید و تحت درمان هستید، به پزشک و پرستار خود اطلاع دهید، زیرا ممکن است نیاز باشد داروهای شما قطع شده و داروهای جدید جایگزین شود.
- ✓ یک لوله از راه بینی در زمان خونریزی معده در معده گذاشته میشود که کمیدردناک است و موجب ناراحتی شما میشود. در صورتی که با پرستار خود همکاری نمایید مشکلات شما کمتر خواهد شد. این لوله با اجازه پزشک بعد از اتمام شستشوی معده و قطع خونریزی خارج خواهد شد. از کشیدن لوله معده و خارج کردن آن خودداری نمایید.
- ✓ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ✓ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- ✓ با تیم درمانی خود در انجام اقدامات تشخیصی درمانی همکاری نمایید.

امادگی برای تستهای تشخیصی درمانی :

- ✓ امادگی برای اندوسکوپی و کولونوسکوپی به بیمار آموزش داده شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار خونریزی گوارشی موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه

- ✓ از مصرف سس گوجه فرنگی و ترشی، غذاهای آماده یا همان فست فود ها اجتناب کنند.
- ✓ چربی غذا را کاهش دهید و از خوردن سرخ کردنیها و غذاهای تند، جداً پرهیز کنید.
- ✓ مصرف میان وعده های ناسالم همچون چیپس و پفک و غذاهای تند، شور، و پر ادویه را به حداقل برسانید.
- ✓ از میان وعده های سالم مانند انواع میوه ها و آجیل استفاده کنید.
- ✓ به جای ۳ وعده غذایی، ۵ تا ۶ وعده غذای سبک مصرف کنید. و از پر خوری پرهیز کنید. آهسته غذا بخورید و خوب بجوید
- ✓ از مصرف چای فراوان و پر رنگ پرهیزید و غذاهای چرب نخورید.

- ✓ سعی کنید مقدار وعده های غذایی را افزایش اما حجم آنها را کاهش دهید.
- ✓ رژیم غذایی سالم و سرشار از میوه، سبزی و غلات برای درمان زخم معده مفید است. کمبود ویتامین، التیام زخم معده را دشوار می سازد .
- ✓ از مصرف نوشابه های گاز دار ، شکلات و تنقلات و غذاهای چاشنی دار اجتناب کنید .

فعالیت در منزل

- ✓ از انجام فعالیتهای سنگین و قدرتی تا زمانی که کم خونی شما جبران نشده است خودداری کنید .
- ✓ انجام ورزش به طور منظم موجب پیشگیری از خونریزیهای دستگاه گوارشی میگردد.

مراقبت در منزل:

- ✓ مصرف الکل، سیگار و سایر دخانیات را ترک نمائید.
- ✓ در بیمارانی که علائم برگشت اسیده معده به داخل مری یا بازگشت غذا از معده به مری دارند، لازم است از دراز کشیدن بلافاصله پس از غذا خودداری کنید.
- ✓ در صورت مصرف مداوم مسکن، بهتر است با پزشک در مورد مناسب بودن استامینوفن مشورت شود.
- ✓ به یاد داشته باشید هر زمان برای سایر مشکلات به پزشک مراجعه کردید، سابقه خونریزی گوارشی خود را بیان کنید.
- ✓ از مصرف داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی و مسکنها بدون اجازه پزشک خودداری نمایید.
- ✓ در صورتی که آنتی بیوتیک برای شما تجویز شد آن را سر ساعت مصرف نمایید و پس از اتمام آن به پزشک مراجعه کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

در صورت علائم زیر به پزشک یا بیمارستان مراجعه کنید

- ✓ دهان تشنه و خشک ، سستی و بیحالی و کاهش وزن ، یبوستی که با تغییر رژیم غذایی یا رژیم پر فیبر برطرف نشود.
 - ✓ اسهالی که بیشتر از ۲۴ ساعت طول بکشد یا حاوی خون باشد.
 - ✓ استفراغ خونی یا مدفوع سیاه و شل داشته باشد، یا به هر شکلی خون از مقعدش دفع کند.
- جهت پاسخگویی به سوالات خود پس از ترخیص با شماره تلفن ۰۵۱-۵۷۲۳۶۸۳۳ و شماره داخلی بخش مربوطه می توانید تماس بگیرید. مراجعه کننده گرامی در صورت بروز هر گونه سوال و ابهام در رابطه با آموزه های داده شده میتوانید با شماره ۰۵۱۵۷۲۲۴۰۷۰ کلینیک پرستاری آموزش و پیگیری بیمار تماس بگیرید

کولونوسکوپي

مورد زیر را از ۴۸ ساعت قبل از کولونوسکوپي اجرا نمایید:

- ✓ به هیچ عنوان از مواد جامد و جویدنی (نان ، گوشت، برنج ، حبوبات، سبزیجات و ...) استفاده نکنید.
- ✓ فقط مایعات بنوشید (آب، سوپ صاف شده، آب گوشت بدون چربی، آب سینه مرغ، آبمیوه، چای کمرنگ، آب کمپوت و آب فراوان (حداقل ۳۰ لیوان)
- ✓ در صورت ضعف عمومی به همراه چای می توانید از شکر، نبات، عسل به صورت حل شده استفاده کنید.
- ✓ از مصرف آبمیوه های دارای تکه های جامد خودداری نمایید.
- ✓ از مصرف آبمیوه های رنگی خودداری کنید (مانند آب هویج، آب انار، آب انگور، آب زرشک)
- ✓ از خوردن لبنیات مانند شیر، دوغ، ماست، کره، خامه و خودداری کنید.

- ✓ تحرک زیاد داشته باشید. پیاده روی کنید تا روده ها سریعتر تخلیه شود.
- ✓ مصرف قرص آهن باید از ۵ روز قبل قطع شود در این خصوص با پزشک خود مشورت نمایید.

همچنین آمادگی‌های زیر را به همراه رژیم مایعات از روز قبل از مراجعه رعایت کنید:

الف) همراه رژیم مایعات، چهار بسته ساشه نوناپیک را به روش زیر مصرف نمایید.

ساشه نوناپیک یک ترکیب ملین بوده که به منظور افزایش اثربخشی بالا و عوارض فوق العاده کم برای بیمارانی که نیاز به پاکسازی کامل روده ها جهت اعمال تشخیصی مانند کولونوسکوپی دارند طراحی شده است.

نحوه مصرف پودر نوناپیک:

۱. هر ساشه بایستی در یک فنجان آب سرد (در حدود ۱۵۰ سی سی) حل شود. ۲ تا ۳ دقیقه همزده و سپس محلول را بنوشید.
۲. پس از خوردن هر ساشه در حدود ۱۰ دقیقه صبر کنید، سپس در حدود ۱/۵ تا ۲ لیتر از انواع مایعات شفاف را طی ۳ الی ۴ ساعت بعد (هر ساعت در حدود ۲۵۰ سی سی معادل یک لیوان کوچک تا ۴۰۰ سی سی معادل یک لیوان بزرگ) بنوشید.
۳. پس از دریافت آخرین ساشه و مصرف ۱/۵ تا ۲ لیتر مایعات از خوردن هر چیز برای حداقل ۶ ساعت پیش از انجام فرآیند یا طبق توصیه ی پزشکتان خودداری کنید.

چنانچه نوبت کولونوسکوپی شما صبح است چهار عدد ساشه نوناپیک را به طریق زیر مصرف نمایید:

۱. ساشه اول را صبح روز قبل از انجام کولونوسکوپی در ساعت ۷-۸ صبح مصرف نمایید.
۲. ساشه دوم را ۳ الی ۴ ساعت بعد یعنی بین ساعتهای ۱۱ الی ۱۲ (ساعت یازده تا دوازده ظهر)
۳. ساشه سوم را ۳ الی ۴ ساعت بعد از مصرف دومین ساشه در ساعت ۱۶ تا ۱۷ (ساعت چهار تا پنج عصر)
۴. ساشه چهارم را ۳ الی ۴ ساعت بعد از مصرف سومین ساشه در ساعت ۲۰ مصرف نمایید.

ب) در روز قبل ۱۰ عدد قرص بیزاکودیل، هر ۴ ساعت ۲ عدد قرص بخورید (ساعت ۸ صبح، ۱۲ ظهر، ۴ بعد از ظهر، ۸ شب، ۱۰ شب)

ج) از قرص دومپریدون یا اندانسترون جهت پیشگیری از تهوع می توانید استفاده نمایید.

- ✓ مصرف مایعات را تا ۶ ساعت قبل از مراجعه ادامه دهید.
- ✓ توجه داشته باشید که در صورتی که اجابت مزاج به خوبی انجام نشد، بایستی طبق دستور پزشک یک بسته ساشه نوناپیک علاوه بر رژیم فوق مصرف شود.

توجهات بعد از کولونوسکوپی

علائم هشدار دهنده سرطان روده:

۱. تغییر در دفعات یا نوع حرکات روده، مانند اسهال، یبوست، یا مدفوع باریک و نوار مانند
۲. احساس می‌کنید که روده کامل تخلیه نشده‌است.
۳. نفخ و ورم شکم و احساس ناخوشی و ناراحتی گنگ در شکم
۴. تهوع و استفراغ و خستگی و انرژی نداشتن دائمی
۵. خونریزی از مقعد و وجود خون در مدفوع (به صورت لکه های قرمز روشن یا لکه های تیره قیر مانند)
۶. تغییر غلظت مدفوع (مدفوع سفت یا آبکی)
۷. کاهش وزن غیر قابل توضیح

مراقبتها و توجهات بعد از کولونوسکوپی:

- پس از انجام معاینات پزشکی به مدت ۱ ساعت زمان می برد تا تاثیرات دارو کم شود. ممکن است تاثیرات داروهای مسکن و آرام بخش به مدت ۲۴ ساعت طول بکشد تا به صورت کامل از بین روند لذا فرد در باقیمانده روز رانندگی نکند و کارهای سخت انجام ندهد.
- در روزی که قرار است کولونوسکوپی لازم انجام شود، می بایستی یک فرد همراه بیمار باشد.
- ممکن است به مدت چندین ساعت پس از کولونوسکوپی دچار نفخ شکم و یا احساس تخلیه گاز شوید که قدم زدن برای بیمار مفید بوده و از ناراحتی وی کم می کند.
- ممکن است به اندازه اندکی خون در مدفوع اول وی پس از معاینات پزشکی رویت شود که این امری طبیعی می باشد و هیچگونه خطری برای بیمار ندارد .
- در صورتی که سابقه بیماری خاصی دارید مانند دیابت، فشارخون، قلبی و ... داروهای خود را طبق دستور پزشک مصرف نمایید.

رژیم غذایی بعد از کولونوسکوپی :

بهتر است از مایعات و غذاهای نرم استفاده کنید چرا که هضم آنها برای دستگاه گوارش شما آسان تر خواهد بود .
مانند سوپ، پوره سیب، سیب زمینی له شده یا پخته شده، سبزیجات پخته شده نرم، تخم مرغ هم زده ، میوه های کنسرو شده مانند هلو ، ماست، آب و آبمیوه های طبیعی

علائم هشدار پس از کولونوسکوپی :

در صورت داشتن این علائم بعد از کولونوسکوپی به بیمارستان مراجعه نمایید.

۱. اگر فرد دچار خونریزی شود و این خونریزی ادامه پیدا کرد
۲. اگر دل درد بیش از حد داشتید
۳. داشتن مشکلات تنفسی
۴. استفراغی که خون یا زردآب در آن باشد
۵. سفت و حساس به لمس شدن شکم
۶. ناتوان بودن در دفع مدفوع یا ادرار

پیگیری نمونه برداری و پاتولوژی :

بعضی از نتیجه ها پس از پایان معاینه به خود بیمار گزارش داده می شود اما اگر نمونه بافت گرفته شود، این نمونه جهت بررسی و ارزیابی بیشتر به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده می شود، که نتیجه آن امکان دارد تا چندین هفته به طول انجامد.

آندوسکوپی

داروها

اگر شما در حال مصرف هر یک از داروهای زیر هستید، لطفاً به پزشک خود اطلاع دهید:

- ✓ آسپرین و داروهای ضد انعقاد
- ✓ داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (آسپرین و یا داروهای آرتريت)
- ✓ داروهای دیابت (انسولین و...)
- ✓ داروهای قلب
- ✓ آنتی اسیدها
- ✓ در صورتی که به بیماریهایی مثل هیپاتیت یا ایدز مبتلا هستید ،حتما پیش از انجام آندوسکوپی این موارد را به پزشک اطلاع دهید.

رژیم غذایی و تغذیه

- ✓ از نیمه شب (ساعت ۲۴) از خوردن و نوشیدن پرهیز کنید.
- ✓ اگر پزشک یا آزمایشگاه به شما گفته است داروی معمول خود را مصرف کنید، آن را فقط با جرعه های کوچک آب میل کنید.

قبل و حین آندوسکوپی

- از شما خواسته خواهد شد تا فرم رضایتنامه را امضاء کنید.
- خواسته میشود که دندان مصنوعی، لنزهای تماسی یا عینک و جواهرات خود را خارج کنید.
- به گلولی شما یک اسپری بی حس کننده زده میشود تا چیزی احساس نکنید
- ممکن است یک قطعه کوچک محافظ در بین دندانهای شما قرار داده شود. این کار باعث میشود که دندانهای شما آسیب نبینند.
- وقتی شما آماده بودید، پزشک سر آندوسکوپ را روی زبان شما قرار داده و آن را به طرف گلو میبرد و از شما میخواهد که آن را قورت دهید و سپس به سمت پایین معده میرود.
- یک پرستار دائما مراقب شما خواهد بود و با یک ساکشن بزاق شما را که در داخل دهانتان جمع شده ساکشن می کند.
- گاهی پزشک اقدام به نمونه برداری از بافت معده (بیوپسی) می کند و درد ندارد.

پس از آندوسکوپی

- ✓ پرستار شما همچنین حالت تهوع شما را کنترل میکند.
- ✓ زمانی که بی حسی گلولی شما تمام شود و حالت تهوع نداشته باشید، می توانید چیزی بخورید.
- ✓ ابتدا مایعات بخورید و در صورت نداشتن مشکل، سپس رژیم غذایی معمولی.

علائم هشداردهنده

- اگر شما تجربه هر یک از موارد زیر را داشتید بلافاصله به دکتر یا پرستار خود اطلاع دهید:
- ✓ بروز تب
- ✓ استفراغ خونی یا استفراغی که به نظر می رسد قهوه ای باشد.
- ✓ مدفوع خونی سیاه رنگ و یا قیری رنگ
- ✓ گلودرد شدید یا نداشتن توان بلع غذا
- ✓ تنفس سخت

پانکراتیت و شکم درد ناشی از کله سیستیت

جدول فرایند پرستاری در پانکراتیت

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. درد حاد مرتبط با التهاب و اتساع پانکراس، تحریک صفاق و انسداد مجاری.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: • شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. • از کاهش درد شکمی خبر دهد. • بتواند در وضعیت راحت‌تری قرار گیرد و استراحت کند.	• بررسی درد: محل، شدت، کیفیت (درد مداوم، کوبنده)، عوامل تشدیدکننده (خوابیدن به پشت، غذا خوردن) و تسکین‌دهنده (نشستن و خم شدن به جلو) را بررسی کنید. • پوزیشن: به بیمار کمک کنید در وضعیت جنینی یا نشسته و خمیده به جلو قرار گیرد که باعث کاهش کشش کپسول پانکراس می‌شود.. • NPO: در مرحله حاد و تا زمان کاهش درد، بیمار را NPO نگه دارید (مگر در موارد تغذیه روده ای). • تجویز دارو: مسکن‌های تجویزی (اغلب مخدرها) را به موقع و طبق دستور تجویز کنید. • آموزش دارویی (حین بستری): هدف داروهای مسکن را توضیح دهید و تأکید کنید که در صورت عدم کاهش درد، پرستار را مطلع کند.	• آیا شدت درد کاهش یافته است؟ • آیا بیمار وضعیت راحت‌تری پیدا کرده است؟ • آیا نیاز به مسکن کاهش یافته است؟
۲. کمبود حجم مایعات مرتبط با استفراغ، تعریق، تب، کاهش دریافت خوراکی و ترشح مایع در فضای سوم- (third-spacing) التهاب.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: • علائم حیاتی (فشار خون، ضربان قلب) در محدوده نرمال تثبیت شود. • برونده ادراری حداقل نیم میلی‌لیتر/کیلوگرم/ساعت داشته باشد. • علائم کم‌آبی (خشکی دهان، کاهش تورگور پوست) بهبود یابد.	• پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب و تنفس را هر ۴-۱ ساعت بررسی کنید. تاکی‌کاردی و افت فشارخون از علائم شوک هیپوولمیک است. • پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه‌گیری کنید. • پایش پوست و مخاط: تورور پوست، خشکی مخاط و پر شدن مویرگ‌ها (capillary refill) را بررسی کنید. • پایش آزمایشگاهی: نتایج هماتوکریت، اوره و کراتینین را پیگیری کنید (افزایش هماتوکریت نشان‌دهنده غلظت خون است). • تجویز مایعات: مایعات وریدی (کریستالوئیدها) را طبق دستور با سرعت مناسب (اغلب بولوس اولیه و سپس انفوزیون مداوم) تجویز کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده اهمیت دریافت مایعات وریدی برای حفظ فشار خون و عملکرد کلیه را توضیح دهید.	• آیا علائم حیاتی تثبیت شده است؟ • آیا برونده ادراری کافی است؟ • آیا علائم کم‌آبی کاهش یافته است؟
۳. عدم تعادل تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با NP، تهوع، استفراغ، درد و افزایش نیاز	تا زمان ترخیص، بیمار: • بتواند تغذیه خوراکی را تحمل کند و حداقل ۵۰٪ وعده‌های غذایی را مصرف نماید. • وزن تثبیت شده یا کاهش	• پایش تغذیه: وزن روزانه و آلبومین/پروتئین تام را پیگیری کنید. • شروع تغذیه: به محض کاهش درد و علائم، با مشورت پزشک، تغذیه خوراکی را با مایعات شفاف و رژیم کم چرب شروع کنید. • تغذیه روده ای: در بیماران با پانکراتیت شدید که نمی‌توانند خوراکی تغذیه شوند، برای شروع تغذیه از طریق لوله بینی-	• آیا بیمار تغذیه خوراکی را تحمل می‌کند؟ • آیا تهوع و استفراغ پس از غذا عود نمی‌کند؟

متابولیک ناشی از التهاب.	جزئی داشته باشد. •آلبومین سرم کاهش نیابد.	ژژونال NG یا NJ هماهنگ کنید. این کار باید ظرف ۷۲ ساعت انجام شود . • وعده‌های کوچک و مکرر: وعده‌های غذایی کوچک و کم چرب ارائه دهید. • اجتناب از محرک‌ها: از دادن غذاهای چرب، سرخ کردنی، الکل و کافئین خودداری کنید . • آموزش: اهمیت تغذیه برای بهبودی را به بیمار توضیح دهید.	•آیا وزن بیمار تثبیت شده است؟
۴. تهوع و استفراغ مرتبط با تحریک و التهاب پانکراس و ایلئوس (فلج روده).	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: •تهوع و استفراغ قطع شود. •بتواند مایعات را تحمل کند.	• پایش: تعداد دفعات و حجم استفراغ را ثبت کنید. • پایش الکترولیت‌ها: نتایج پتاسیم و سدیم را پیگیری کنید (استفراغ باعث هیپوکالمی و آکالوز می‌شود). • NPO: در مرحله حاد، بیمار را NPO نگه دارید. • لوله بینی-معدی: در صورت استفراغ مکرر یا ایلئوس شدید، برای گذاشتن لوله بینی-معدی (NG tube) و وصل کردن آن به ساکشن هماهنگ کنید . • بهداشت دهان: پس از استفراغ، به بیمار در شستشوی دهان کمک کنید. • تجویز دارو: داروهای ضد تهوع (اندانسترون، متوکلوپرامید) را طبق دستور تجویز کنید.	•آیا تهوع و استفراغ قطع شده است؟ •آیا الکترولیت‌ها نرمال شده است؟
۵. خطر عفونت مرتبط با نکروز بافت پانکراس، سوءتغذیه و تهاجم باکتری‌ها از روده.	در طول مدت بستری، بیمار: •هیچ علامت عفونت (تب، لرز، تاکی کاردی، افزایش گلبول‌های سفید) نشان ندهد. •از عفونت نکروز پانکراس جلوگیری شود.	• پایش علائم عفونت: دمای بدن را هر ۴ ساعت پایش کنید. تب و لرز از علائم عفونت در نکروز پانکراس است. • پایش آزمایشگاهی: نتایج گلبول‌های سفید، پروکلسیتونین و CRP را پیگیری کنید . • پایش علائم سپسیس: علائم شوک سپتیک (افت فشار خون، گیجی، کاهش برونده ادراری) را پایش کنید. • آنتی‌بیوتیک: در صورت تشخیص نکروز عفونی، آنتی‌بیوتیک‌ها را طبق دستور به موقع تجویز کنید . • بهداشت دست: رعایت دقیق بهداشت دست توسط پرسنل و خانواده. • مراقبت از کاتترها: مراقبت صحیح از کاتترهای عروقی و لوله‌های تغذیه برای پیشگیری از عفونت.	•آیا علائم عفونت مشاهده می‌شود؟ •آیا گلبول‌های سفید در محدوده نرمال است؟
۶. خطر اختلال در یکپارچگی پوست مرتبط با تحریک پوست توسط آنزیم‌های پانکراس در درناژها یا فیستول‌ها (نادر)، و بی‌حرکتی.	در طول مدت بستری، بیمار: •پوست دست نخورده و بدون تحریک باقی بماند.	• پایش پوست: هر شیفت پوست، به ویژه در محل درناژها یا اطراف لوله‌ها را از نظر قرمزی، تحریک یا خوردگی بررسی کنید. • محافظت از پوست: در صورت وجود درناژ با آنزیم‌های فعال، از پانسمان‌های محافظ (مانند پوست مصنوعی یا پمادهای محافظ) استفاده کنید. • تغییر وضعیت: در بیماران بستری طولانی، هر ۲ ساعت وضعیت را تغییر دهید.	•آیا پوست سالم باقی مانده است؟ •آیا تحریک پوستی مشاهده نمی‌شود؟

• از بیمار پرسید: "به نظر شما چه چیزی باعث پانکراتیت شما شد؟" • از بیمار پرسید: "چه نوع غذاهایی را باید محدود کنید؟" • از بیمار پرسید: "اگر دوباره درد شکم پیدا کردید، چه کار می کنید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟	• آموزش علت بیماری: بر اساس علت زمینه‌ای (سنگ صفرا، الکل، چربی خون) به بیمار آموزش دهید . • آموزش پرهیز از الکل و سیگار: تأکید کنید که الکل و سیگار مهم‌ترین عوامل خطر برای عود هستند. در صورت نیاز، به برنامه‌های ترک اعتیاد ارجاع دهید . • آموزش رژیم غذایی: - رژیم کم چرب: از مصرف غذاهای چرب، سرخ کردنی، فست‌فودها، سس‌های چرب، لبنیات پرچرب، گوشت قرمز پرچرب و زرده تخم‌مرغ خودداری کند . - وعده‌های کوچک و مکرر . - مصرف مایعات کافی . - در صورت پانکراتیت ناشی از چربی خون، رعایت دقیق رژیم کم چربی و مصرف منظم داروهای کاهنده چربی . • آموزش در مورد جراحی: اگر پانکراتیت ناشی از سنگ صفرا بوده، در مورد لزوم انجام کوله‌سیستکتومی (جراحی برداشتن کیسه صفرا) توضیح دهید . • آموزش دارویی: در صورت تجویز داروهای کاهنده چربی یا آنزیم‌های پانکراس، نحوه مصرف را آموزش دهید . • آموزش علائم هشدار (نیاز به مراجعه فوری) : - عود درد شکمی (درد از بالای شکم به پشت). - تهوع و استفراغ. - تب و لرز. - زردی پوست یا چشم (یرقان). - تورم و حساسیت شکم. - تنفس سریع و سطحی یا تپش قلب. • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • علت پانکراتیت خود را توضیح دهند. • از مصرف الکل و سیگار خودداری کنند . • رژیم غذایی کم چرب را رعایت کنند. • علائم هشدار عود را بشناسند.	۷. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با علل بیماری، رژیم غذایی، پرهیز از الکل و علائم هشدار
--	--	--	---

نیازهای آموزشی، تشخیصی، پرستاری در پانکراتیت

علائم هشداردهنده در هنگام ترخیص	تغذیه و رژیم غذایی در حین بستری و بعد از آن
میزان فعالیت و مراقبتهای حین بستری	داروهای مصرفی
	نحوه درمان بیماری

پرستار در زمان بستری پانکراتیت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری:

پانکراتیت به التهاب حاد یا مزمن لوزالمعده (پانکراس) گفته می شود که در اثر فعال شدن زودرس آنزیم های گوارشی در داخل خود غده و هضم بافت پانکراس ایجاد می گردد. این بیماری یکی از شایع ترین علل بستری در بخش های گوارش محسوب می شود

علل اصلی :

- سنگ کیسه صفرا : شایع ترین علت (حدود ۶۰-۴۰٪ موارد).
 - مصرف الکل: دومین علت شایع، به ویژه در مردان میانسال.
 - افزایش تری گلیسیرید خون (هیپرتری گلیسیریدمی)
 - افزایش کلسیم خون (هیپرکلسمی)
 - داروها: برخی داروها مانند دیورتیک ها، کورتیکواستروئیدها و آنتی بیوتیک ها
 - تروما و جراحی ها
 - علل ژنتیکی و خودایمنی
 - عوامل خطر: سیگار کشیدن ، چاقی، دیابت
- درمان بر اساس شدت بیماری (خفیف یا شدید) متفاوت است و شامل موارد زیر می شود :

درمان حمایتی و مراقبت های اولیه:

- کنترل درد: اولویت اول درمان. استفاده از مسکن های قوی (اغلب اپیوئیدها) .
- احیای مایعات وریدی: تجویز سریع و کریستالوئیدها (مانند رینگر لاکتات) برای حفظ فشار خون و پرفیوژن بافت ها. این اقدام حیاتی است .
- مدیریت الکترولیت ها: پایش و اصلاح اختلالات الکترولیتی.
- استراحت پانکراس: در گذشته NP مطلق توصیه می شد، اما امروزه شروع زودهنگام تغذیه خوراکی (در صورت تحمل) ارجح است .

درمان تغذیه ای :

- پانکراتیت خفیف: شروع تغذیه خوراکی با رژیم کم چرب به محض کاهش علائم و درد، بدون نیاز به صبر برای نرمال شدن آنزیم ها.
- پانکراتیت شدید: شروع تغذیه روده ای (از طریق لوله بینی-معدی یا بینی-ژژونال) ظرف ۷۲ ساعت اول بستری در بیمارانی که نمی توانند ۶۰٪ نیاز کالری خود را از راه خوراکی تأمین کنند.

درمان اختصاصی بر اساس علت:

- پانکراتیت بیلیاری: انجام ERCP (کلانژیوپانکراتوگرافی رتروگرااد آندوسکوپی) برای خارج کردن سنگ ها و سپس کوله سیستکتومی (جراحی برداشتن کیسه صفرا) .

-هیپرتری گلیسیریدمی: داروهای کاهنده چربی.

درمان عوارض: در موارد نکروز عفونی، استفاده از آنتی بیوتیک ها و گاهی مداخلات جراحی یا آندوسکوپی برای تخلیه نکروز

درمان در زمان بستری

- ✓ پانکراتیت حاد اغلب با مراقبت های ویژه بهبود می یابد. در پانکراتیت حاد معمولاً "بستری کردن بیمار در بیمارستان برای تجویز مایعات وریدی، کنترل درد و استفراغ و اصلاح اختلالات کمبود کلسیم و منیزیم لازم است.
- ✓ جراحی ممکن است در موارد وجود سنگ های صفراوی، زخم معده سوراخ شده یا تخلیه منبع عفونت لازم باشد.
- ✓ درمان پانکراتیت مزمن ممکن است به طور سرپایی با تجویز داروها، تنظیم رژیم غذایی، و منع مصرف الکل صورت گیرد.

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ در مراحل ابتدایی بیماری به شما توصیه میشود که از راه دهان چیزی مصرف نکنید. به توصیه های پزشک و پرستار توجه نمایید و بدون اجازه مواد غذایی مصرف نکنید.
- ✓ بعد از کنترل درد و تهوع، رژیم مصرف غذاهای زود هضم و کم چرب شروع میشود.
- ✓ وعده های غذایی کم حجم و متعدد قابل تحملتر خواهند بود.
- ✓ ممکن است مکمل غذایی با آنزیمهای پانکراس برای درمان اسهال چرب ضروری باشد.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در پانکراتیت حاد، استراحت در بستر یا اگر در حالت نشسته راحتتر هستید، استراحت به حالت نشسته بر روی صندلی توصیه میشود.
- ✓ وضعیت نشسته در حالی که تنه خم شده یا در وضعیت خوابیده به پهلو در حالی که زانوها به سمت شکم شده اند جهت کاهش درد مناسب است.
- ✓ در بستر، انگشتان و مچ پاهای سالم را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود.
- ✓ در صورت اجازه پزشک برای خروج از تخت ابتدا نشسته و سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان نمایید و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه خود و یا پرستار از تخت خارج شوید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ ممکن است لوله ای از راه بینی شما در معده قرار داده شود. از کشیدن و خارج کردن این لوله خودداری نمایید.
- ✓ در زمان عدم مصرف مواد غذایی و داشتن لوله بینی- معده ای بهداشت دهان خود را حفظ کنید.
- ✓ در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- ✓ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ✓ از مصرف خودسرانه دارو و غیر از داروهای تجویز شده و بدون اجازه پزشک خودداری کنید.
- ✓ با تیم مراقبتی خود جهت تشخیص قطعی همکاری نمایید.
- ✓ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما اجرا خواهد شد.

پرستار در حین ترخیص پانکراتیت موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در زمان ترخیص

- ✓ مواد غذایی که بهتر است پرهیز شود شامل :
- ✓ شیر چرب، بستنی که از شیر چرب درست شده باشد، کیکها و شیرینی هایی که خامه و چربی داشته باشند .
- ✓ تخم مرغ نیمرو مصرف نشود. (تخم مرغ آب پز در هفته ۳ عدد سفیده و یک زرده مجاز است)
- ✓ از خوردن گوشتهایی که به صورت کنسرو شده و پر چربی است مانند سوسیس، کالباس و سوپهایی که با خامه و شیر چرب درست شده اند و چربیهای حیوانی و چربیهای مانند خامه و سس سالاد و غذاهای سرخ شده، آجیل، زیتون شور، خیارشور، ذرت بو داده و چاشنی پرهیز شود .
- ✓ همچنین در صورتی که بیمار نتواند ادویه جات را تحمل نماید؛ بهتر است پرهیز گردد .
- ✓ میوه هایی از قبیل سیب کال و میوه های توتی که ممکن است قابل تحمل نباشد؛ استفاده نکنید.
- ✓ از وعده های غذایی کم حجم در دفعات بیشتر استفاده شود.
- ✓ غذاهای زود هضم و کم چرب و رژیم غذایی پر پروتئین، پرکربوهیدرات و پر ویتامین مصرف کنید.
- ✓ از مصرف الکل و مواد محرک مانند کافئین خودداری نمایید.
- ✓ مایعات فراوان بنوشید. مواد و ترکیبات موجود در روغن زیتون تازه و ماهی به بهبود علائم پانکراتیت یا التهاب لوزالمعده کمک میکند.

فعالیت در زمان ترخیص

- ✓ با برطرف شدن علائم بیماری میتوانید فعالیت طبیعی خود را به تدریج از سر بگیرید.
- ✓ در پانکراتیت مزمن محدودیتی از نظر فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری وجود ندارد.

مراقبت در زمان ترخیص

- ✓ وضعیت نشسته در حالی که تنه خم شده یا در وضعیت خوابیده به پهلو در حالی که زانوها به سمت شکم شده اند جهت کاهش درد مناسب است.
- ✓ روش های شل کنندگی نظیر تنفس عمیق و روش های خیال انگیز و پرت کننده حواس نظیر موزیک تلویزیون و خیاطی برای کاهش درد کمک کننده است.
- ✓ از مصرف غذاهای سنگین و پر حجم خصوصا در زمان شب خودداری نمایید.
- ✓ در صورتی که پانکراتیت شما باعث بروز علائم افسردگی شده است، با یک مشاور صحبت کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- اگر علائم زیر را در حین یا پس از درمان داشتید هر چه سریع تر با نزدیکترین اورژانس بیمارستان یا با پزشک خود تماس بگیرید:
- ✓ یرقان یا زردی پوست و چشمها ، تب $38/3^{\circ}\text{C}$ درجه سانتیگراد یا بالاتر
- ✓ کاهش وزن مداوم ، علائم کمبود کلسیم نظیر انقباضات عضلانی یا تشنج
- ✓ درد شدید شکمی که بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده است، درد همراه با تهوع شدید یا استفراغ

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. خطر عفونت مرتبط با نوتروپنی (کاهش نوتروفیل‌ها) و نقص ایمنی ثانویه به بیماری یا درمان سرکوبگر ایمنی	در طول مدت بستری، بیمار: - هیچ علامت عفونت (تب، لرز، سرفه، خلط، چرکی، سوزش ادرار) نشان ندهد. - دمای بدن در محدوده نرمال (کمتر از ۳۷/۵ درجه) باقی بماند. - گلبول‌های سفید و نوتروفیل‌ها در محدوده ایمن حفظ شوند (با حمایت دارویی).	پایش علائم عفونت: دمای بدن را هر ۴ ساعت پایش کنید. هرگونه تب ناگهانی را فوراً گزارش دهید. پایش آزمایشگاهی: نتایج CBC diff به ویژه Abslute (Neutrophil Count - ANC) را روزانه پیگیری کنید. نوتروفیل کمتر از ۵۰۰ خطر عفونت را به شدت افزایش می‌دهد. ایزوله حفاظتی: (Prctective Islatin) - در نوتروپنی شدید ($ANC < 500$)، بیمار را در اتاق خصوصی ایزوله کنید. - محدودیت ملاقات کنندگان و پرهیز از تماس با افراد دارای عفونت. - استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام خروج از اتاق. بهداشت دقیق دست: رعایت دقیق بهداشت دست توسط پرسنل، بیمار و خانواده. مراقبت از پوست و مخاط: بهداشت دهان روزانه با مسواک نرم، مراقبت از پوست برای پیشگیری از خراشیدگی. پرهیز از اقدامات تهاجمی غیرضروری: از تعبیه سوند ادراری یا برقراری راه‌های وریدی غیرضروری خودداری کنید. تغذیه ایمن: رژیم غذایی با غذاهای کاملاً پخته و پرهیز از میوه‌ها و سبزیجات خام (رژیم نوتروپنیک). تجویز دارو: آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک و فاکتورهای رشد (G-CSF) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. آموزش: به بیمار و خانواده علائم عفونت و اهمیت رعایت اصول پیشگیری را آموزش دهید.	- آیا بیمار تب کرده است؟ - آیا علائم عفونت (سرفه، خلط، سوزش ادرار) ظاهر شده است؟ - آیا ANC در محدوده ایمن حفظ شده است؟
۲. خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت‌ها) و اختلال عملکرد پلاکت‌ها	در طول مدت بستری، بیمار: - هیچ علامت خونریزی فعال (پتشی، اکیموز، خونریزی لثه، اپیستاکسی، خون در ادرار یا مدفوع) نشان ندهد. - شمارش پلاکت در محدوده ایمن (معمولاً $> 20000 - 10000$ در بیمارانی بدون خونریزی فعال) حفظ شود.	پایش علائم خونریزی: هر شیفت پوست (پتشی، اکیموز)، مخاط دهان، بینی، ادرار و مدفوع را از نظر خونریزی بررسی کنید. پایش آزمایشگاهی: شمارش پلاکت را روزانه پیگیری کنید. پایش علائم حیاتی: تاکی کاردی، افت فشار خون و تاکی پنه می‌تواند نشانه خونریزی داخلی باشد. اقدامات احتیاطی خونریزی: از مسواک نرم استفاده کنید (از نخ دندان خودداری شود). - از تیغ مستقیم برای اصلاح استفاده نکنید (از ریش تراش برقی استفاده شود). - از تزریقات عضلانی خودداری کنید. - در صورت رگ‌گیری، حداقل ۱۰-۵ دقیقه محل را فشار دهید. - از مصرف داروهای حاوی آسپرین یا NSAIDs خودداری کنید. - یبوست را پیشگیری کنید (برای جلوگیری از زور زدن).	- آیا علائم خونریزی جدید مشاهده شده است؟ - آیا شمارش پلاکت در محدوده ایمن است؟ - آیا بیمار اقدامات احتیاطی را رعایت می‌کند؟

	• محافظت در برابر تروما: از فعالیت‌های پرخطر و زمین خوردن پیشگیری کنید. • تجویز پلاکت: پلاکت را طبق دستور (معمولاً قبل از اقدامات تهاجمی یا در خونریزی فعال) تزریق کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده علائم خونریزی و اقدامات پیشگیرانه را آموزش دهید		
۳. خستگی مزمّن مرتبط با آنمی (کاهش گلبول‌های قرمز)، کاهش اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها و افزایش نیاز متابولیک	طی یک هفته اول بستری، بیمار: • سطح انرژی خود را افزایش یافته گزارش دهد (مقیاس خستگی کاهش یابد). • بتواند فعالیت‌های سبک روزمره را با کمک کمتر انجام دهد. • سطح هموگلوبین با ترانسفوزیون یا درمان در محدوده قابل تحمل حفظ شود.	• پایش سطح هموگلوبین: نتایج Hb را روزانه پیگیری کنید. • برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در زمان‌هایی که بیمار انرژی بیشتری دارد (معمولاً صبح) برنامه‌ریزی کنید. • تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی: به بیمار آموزش دهید فعالیت‌ها را اولویت‌بندی کند، در فواصل منظم استراحت داشته باشد و هنگام انجام کارها بنشیند. • استراحت کافی: دوره‌های استراحت بدون وقفه را در برنامه روزانه بگنجانید. • کمک در فعالیت‌ها: در انجام فعالیت‌های روزمره به بیمار کمک کنید تا انرژی او حفظ شود. • تجویز ترانسفوزیون: گلبول قرمز فشرده را طبق دستور (معمولاً در $Hb < 8-7$ یا بر اساس علائم) تزریق کنید. • آموزش: به بیمار توضیح دهید که با افزایش هموگلوبین، سطح انرژی بهبود خواهد یافت.	• آیا سطح انرژی بیمار افزایش یافته است؟ • آیا هموگلوبین در محدوده هدف است؟ • آیا بیمار می‌تواند فعالیت‌های روزمره را با خستگی کمتر انجام دهد؟
۴. عدم تحمل فعالیت مرتبط با آنمی، خستگی و ضعف عمومی	تا پایان بستری، بیمار: • بتواند فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه در اتاق) را بدون تنگی نفس شدید یا تاکی‌کاردی انجام دهد.	• پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی (نبض، تنفس، فشار خون) و سطح تنگی نفس را بررسی کنید. • فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت‌ها استراحت کافی بگنجانید. • پوزیشن: در هنگام استراحت، سر تخت را بالا نگه دارید تا تنفس راحت‌تر شود. • آموزش: به بیمار آموزش دهید در صورت احساس تنگی نفس، سرگیجه یا ضعف شدید، فعالیت را متوقف کرده و استراحت کند.	• آیا بیمار فعالیت‌ها را با تحمل بهتری انجام می‌دهد؟ • آیا علائم حیاتی پس از فعالیت نرمال است؟
۵. عدم تعادل تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با بی‌اشتهایی، ضعف، عوارض جانبی درمان و افزایش نیاز متابولیک.	طی یک هفته اول بستری، بیمار: • حداقل ۷۵٪ وعده‌های غذایی را مصرف کند. • وزن تثبیت شده یا کاهش جزئی داشته باشد. • آلبومین سرم کاهش نیابد.	• پایش تغذیه: وزن روزانه و آلبومین/پروتئین تام را پیگیری کنید. • مشاوره تغذیه: با متخصص تغذیه هماهنگ کنید تا برنامه غذایی پرکالری و پرپروتئین تنظیم شود. • وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۵-۶ وعده کوچک ارائه دهید. • کنترل تهوع: در صورت تهوع ناشی از داروها، داروهای ضد تهوع را قبل از غذا تجویز کنید. • مکمل‌های تغذیه‌ای: در صورت نیاز، مکمل‌های پروتئینی یا مولتی‌ویتامین تجویز کنید.	• آیا وزن بیمار تثبیت شده است؟ • آیا مصرف غذا بهبود یافته است؟ • آیا آلبومین کاهش نیافته است؟

• آموزش: به بیمار و خانواده اهمیت تغذیه مناسب برای تقویت سیستم ایمنی و تحمل درمان را توضیح دهید	• ارزیابی روانی: با ابزارهای استاندارد سطح افسردگی و اضطراب و وضعیت روانی را ارزیابی کنید . • حضور حمایتی: با لحنی آرام و همدلانه به نگرانی‌های بیمار گوش دهید . • آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. دانش، اضطراب را کاهش می‌دهد . • تشویق به بیان احساسات: به بیمار اجازه دهید ترس‌ها و نگرانی‌های خود را بیان کند. • حمایت خانواده: خانواده را در حمایت عاطفی بیمار مشارکت دهید. • ارجاع به روانشناس: در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی یا روانپزشکی فراهم کنید . • گروه‌های حمایتی: در صورت وجود، بیمار را به گروه‌های حمایتی بیماران مشابه معرفی کنید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب و افسردگی خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند احساسات خود را بیان کند. • در برنامه درمانی مشارکت نشان دهد.	۶. تصویر بدنی مختل و رنج روانی (اضطراب، افسردگی) مرتبط با تغییرات ظاهری (رنگ پریدگی، کبودی، ریزش مو ناشی از درمان)، بیماری مزمن، وابستگی به ترانسفوزیون و عدم اطمینان از آینده
• از بیمار بپرسید: "اگر تب کردید، چه کار می‌کنید؟" • از بیمار بپرسید: "برای جلوگیری از خونریزی چه اقداماتی باید انجام دهید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟	• آموزش بیماری: توضیح دهید که آنمی آپلاستیک به معنی نارسایی مغز استخوان در تولید سلول‌های خونی است . • آموزش علائم هشدار: - عفونت: تب (بالای ۵/۳۷ درجه)، لرز، سرفه، گلودرد، سوزش ادرار . - خونریزی: کبودی خودبه‌خودی، خونریزی لثه، خون در ادرار یا مدفوع، استفراغ خونی. - تأکید کنید که در صورت مشاهده، فوراً با پزشک تماس بگیرد یا به اورژانس مراجعه کند. • آموزش پیشگیری از عفونت : - شستشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون. - پرهیز از تماس با افراد بیمار. - رعایت رژیم غذایی ایمن (پخت کامل غذاها، پرهیز از میوه‌های خام و پرهیز از خوردن غذاهای مانده). - بهداشت دقیق دهان و دندان. • آموزش پیشگیری از خونریزی : - استفاده از مسواک نرم و ریش‌تراش برقی. - پرهیز از فعالیت‌های پرخطر و ورزش‌های تماسی. - پیشگیری از یبوست با مصرف مایعات کافی و فیبر. • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید. پیگیری منظم برای پایش پاسخ به درمان ضروری است.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • ماهیت بیماری و اصول درمان را توضیح دهند. • علائم هشدار عفونت و خونریزی را بشناسند . • از اقدامات پیشگیرانه (بهداشت دست، رژیم غذایی ایمن) پیروی کنند. • برنامه پیگیری را بدانند.	۷. کمبود دانش در مورد بیماری، درمان و خودمراقبتی مرتبط با عدم آشنایی با آنمی آپلاستیک، عوارض درمان، علائم هشدار و مراقبت‌های لازم در منزل

پرستار در حین بستری بیمار آنمی آپلاستیک موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و درمان:

آنمی آپلاستیک یک سندرم نادر اما جدی نارسایی مغز استخوان است که با پان سیتوپنی (کاهش هر سه رده سلولی خون: گلبول های قرمز، سفید و پلاکت ها) و خون سازی ناکارآمد مشخص می شود. بدون درمان، مرگ و میر در موارد شدید طی ۲ سال به ۷۰٪ می رسد

علل اصلی :

- ایدیوپاتیک (ناشناخته): شایع ترین نوع (بیشتر موارد اکتسابی).
 - خودایمنی: حمله سیستم ایمنی به سلول های بنیادی مغز استخوان.
 - عفونت ها: ویروس ها (هپاتیت، EBV، CMV، پاروویروس، B19)
 - داروها و مواد شیمیایی: آنتی بیوتیک ها (کلرامفنیکل)، داروهای ضد التهاب، داروهای شیمی درمانی، بنزن.
 - اشعه: پرتو درمانی یا تماس با مواد رادیواکتیو.
 - بیماری های خودایمنی: لوپوس، سندرم شوگرن.
 - ژنتیک: آنمی فانکونی و سایر سندرم های نادر.
 - علائم: خستگی مزمن، رنگ پریدگی (آنمی)، عفونت های مکرر (نوتروپنی)، خونریزی و کبودی آسان (ترومبوسیتوپنی)
- درمان بر اساس سن بیمار، شدت بیماری و دسترسی به دهنده مناسب تعیین می شود:

- درمان قطعی (برای بیماران زیر ۴۰-۵۰ سال):
 - پیوند سلول های بنیادی خون ساز
- درمان سرکوبگر ایمنی IST برای بیماران بدون دهنده یا بالای ۴۰-۵۰ سال
- درمان حمایتی (برای همه بیماران):
 - ترانسفوزیون: گلبول قرمز فشرده (برای آنمی علامت دار) و پلاکت (برای پیشگیری از خونریزی در ترومبوسیتوپنی شدید).
 - آنتی بیوتیک ها: پیشگیری و درمان عفونت ها در نوتروپنی.
 - عوامل محرک کلونی G-CSF: در برخی موارد برای افزایش نوتروفیل ها.
 - کلاتیون آهن: در بیماران با ترانسفوزیون مکرر.

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

- ✓ پزشک و متخصص تغذیه می توانند در مورد روش های حفظ تغذیه سالم توصیه های لازم را داشته باشند.
- ✓ در صورت حالت تهوع و استفراغ از خوردن و آشامیدن خودداری نمایید و سپس در صورت بهتر شدن حال عمومی و اجازه پزشک ابتدا رژیم مایعات و سپس در صورت توانایی بدن به جذب مایعات معمولی شروع شود.
- ✓ کلسیم جذب آهن را مشکل میکند لذا برای به کار گرفتن بهترین روش برای مصرف کلسیم به میزان مناسب و کافی، باید با پزشک متخصص مشورت کرد.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در بستر پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود. بهتر است هر چه زودتر از بستر خارج شده و راه بروید.
- ✓ به آرامی تغییر وضعیت دهید. (از وضعیت ایستاده به نشسته یا خوابیده و بالعکس) تا دچار سرگیجه نشوید.
- ✓ در صورت خارج شدن از تخت ابتدا بنشینید، سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان کنید. در صورت نداشتن سرگیجه و تاری دید و ... از تخت خارج شوید. دقت کنید حتما پرستار بخش را در زمان خارج شدن از تخت مطلع فرمایید تا در کنار شما باشد.

مراقبت در زمان بستری

- از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- وجود خون در ادرار، تهوع و استفراغ، خونریزی از اندام ها و ... را به پزشک اطلاع دهید.
- در هنگام گرفتن خط وریدی از کوچکترین آنژیوتک موجود استفاده گردد.
- تا ۵ دقیقه بعد از کشیدن آنژیوتک، روی محل با فشار مستقیم، فشرده شود تا خون کاملاً بند آید.
- در اطراف بیمار، در صورت نیاز از نرده محافظ کنار تخت استفاده گردد.
- بطور مرتب دستانتان را با آب و صابون بشوئید.
- افرادی که دارای عفونت های تنفسی و ... میباشند به ملاقات بیمار نروند.
- اتاق بیمار شلوغ و پر از ملاقات کنندگان نباشد.
- ممکن است هر روز نیاز به خونگیری داشته باشید.

پرستار در حین ترخیص بیمار آنمی آپلاستیک موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- میوه و سبزیجات را قبل از مصرف کاملاً شسته و ضدعفونی نمایید.
- غذاهای حاوی آهن زیاد از جمله گوشت قرمز، ماهی، مرغ، تخم مرغ، میوه های خشک شده، عدس و لوبیا، سبزیجات سبز برگ پهن مانند اسفناج، کلم و یا غله های حاوی آهن غنی شده مصرف نمایید.
- مواد خوراکی که جذب آهن را در بدن افزایش می دهد مانند آب پرتغال یا سایر میوه ها و سبزیجات حاوی ویتامین C مصرف نمایید.
- از نوشیدن قهوه و چای همراه با وعده های غذایی به علت دشوار کردن فرآیند جذب آهن، خودداری کنید.
- از مصرف گوشت، ماهی و تخم مرغ خام خودداری کنید.
- پزشک و متخصص تغذیه می توانند درمورد روش های حفظ تغذیه سالم توصیه های لازم را داشته باشند.

فعالیت در منزل

- ✓ در طول روز به میزان کافی استراحت کنید. شبها به میزان کافی بخوابید.
- ✓ ورزش های سبک در فضای باز مثل قدم زدن و دوچرخه سواری برای شما مفید میباشد.
- ✓ از فعالیت های فیزیکی سنگین که موجب آسیب به اندام ها میگردد، خودداری کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ با پزشک خود در مورد ادامه درمان همکاری لازم را داشته باشید و درمان خود را تکمیل نمایید.

- ✓ از افرادی که دچار بیماریهای عفونی هستند دوری کنید و از جاهای شلوغ و پر ازدحام پرهیز نمائید.
- ✓ روزانه استحمام کنید زخم های بدنتان را تمیز نگه دارید و بطور استریل پانسمان نمایید.
- ✓ از کسانی که به تازگی واکسینه شده اند دوری کنید. بهداشت دهان و دندان را به دقت رعایت کنید.
- ✓ از بروز صدمه و جراحی جلوگیری نمایید. از ماشین ریش تراش به جای تیغ استفاده نمایید.
- ✓ از مسواک نرم استفاده نمایید. از انما و دماسنج مقعدی استفاده نکنید.
- ✓ برای جلوگیری از یبوست، از داروهای ملین و نرم کننده استفاده کنید.
- ✓ در صورت خونریزی، روی محل خونریزی به صورت مستقیم فشار وارد کنید.
- ✓ در صورت خونریزی از بینی، در وضعیت کاملاً "نشسته قرار بگیرید و در پشت گردن قطعات یخ گذاشته و بینی خود را فشار دهید و در صورتی که خونریزی بعد از ۱۰ دقیقه متوقف نشد، به پزشک خود اطلاع دهید یا به بیمارستان مراجعه کنید.
- ✓ در کارها و امور روزمره از دیگران کمک بگیرید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- در فواصل منظم و تعیین شده به پزشک مراجعه نمایید.
- در صورت مشاهده علائم عفونت مانند تب در زمان ابتلا به این بیماری به پزشک مراجعه نمایید.
- اگر در طی درمان علائم جدید و غیر قابل توجه مشاهده شد. حتماً به پزشک مراجعه کنید.

پرستار در حین بستری بیمار آئمی فقر آهن موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

توضیح بیماری و روند درمان:

آئمی فقر آهن شایع ترین نوع کم خونی در جهان است و حدود ۵۰٪ موارد آئمی را تشکیل می دهد. این بیماری زمانی رخ می دهد که ذخایر آهن بدن برای تولید هموگلوبین کافی نباشد.

علل اصلی :

کاهش دریافت آهن : رژیم غذایی فاقد آهن کافی (به ویژه در کودکان، نوجوانان و گیاهخواران).

افزایش نیاز به آهن : دوران رشد سریع (نوزادی، نوجوانی)، بارداری و شیردهی.

از دست دادن خون (شایع ترین علت در بزرگسالان):

-خونریزی مزمن گوارشی (زخم معده، بواسیر، سرطان کولون، مصرف مزمن آسپرین یا NSAIDs)

-خونریزی قاعدگی شدید (منوراژی).

-اهدای مکرر خون.

•اختلال در جذب آهن : بیماری سلیاک، گاستروکتومی، بیماری التهابی روده (کرون، کولیت اولسراتیو)، عفونت هلیکوباکتر پیلوری.

علائم : خستگی مزمن، رنگ پریدگی پوست و مخاط، تنگی نفس با فعالیت، سرگیجه، سردرد، سندرم پای بی قرار، ریزش مو، شکنندگی ناخن ها (ناخن قاشقی - کویلونیشیا)، پیکا (تمایل به خوردن مواد غیرعادی مانند خاک یا یخ).

درمان بر اساس شناسایی و درمان علت زمینه ای و جایگزینی آهن انجام می شود:

•درمان آهن خوراکی (خط اول درمان):

-فروم سولفات (آهن سولفات) : رایج ترین و ارزان ترین گزینه. دوز معمول ۳۲۵ میلی گرم (۶۵ میلی گرم آهن المنتال) یک تا سه بار در روز.

-سایر اشکال: فروم فومارات، فروم گلوکونات.

-مصرف با معده خالی (یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از غذا) جذب را افزایش می دهد، اما عوارض گوارشی را تشدید می کند. مصرف با غذا

جذب را کاهش می دهد اما عوارض را کم می کند.

-مصرف همراه با ویتامین C (آب پرتقال) جذب را افزایش می دهد.

-درمان معمولاً ۳-۶ ماه طول می کشد تا ذخایر آهن پر شود.

•درمان آهن وریدی:

-اندیکاسیون ها: عدم تحمل یا پاسخ ناکافی به آهن خوراکی، سوء جذب شدید، خونریزی مزمن شدید، بیماری التهابی روده، نارسایی مزمن کلیه

تحت دیالیز، بیماران تحت درمان با اریتروپوئتین.

-اشکال: فروم کربوکسی مالتوز، آهن ساکارز، فریک گلوکونات.

•درمان علت زمینه ای:

-کنترل خونریزی (جراحی، آندوسکوپی).

-درمان بیماری سلیاک با رژیم بدون گلوتن.

-درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری.

-قطع داروهای مضر (NSAIDs).

•ترانسفوزیون گلوبول قرمز : در موارد بسیار شدید (هموگلوبین $< 7-6$) یا علائم شدید هیپوکسی.

رژیم غذایی و تغذیه در حین بستری

- در صورت اجازه پزشک و نداشتن تهوع و استفراغ میتوانید غذا بخورید.
- از رژیم سرشار از پروتئین، ویتامین و آهن استفاده نمایید.
- کارشناس تغذیه میتواند در انتخاب رژیم صحیح با توجه به نوع بیماری شما کمک نماید.

فعالیت در حین بستری

- در صورت داشتن سرگیجه و تاری دید از تخت خود خارج نشوید.
- زمانی که پزشک اجازه خارج شدن از تخت را داد؛ ابتدا بنشینید و سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان نمایید و در صورت نداشتن سرگیجه و تاری دید و ... از تخت خارج شوید.
- از تحرک بیش از حد اجتناب کرده و خود را زیاد خسته نکنید.
- در صورتی که مجبور به استراحت در تخت میباشید جهت جلوگیری از رکود خون در پاها، آن ها را به آرامی حرکت دهید.

مراقبت در حین بستری

- ✓ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خودداری کنید.
- ✓ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- ✓ از ملاقات کنندگانی که دارای سرماخوردگی یا هر نوع عفونت می باشند؛ دوری کنید.
- ✓ چنانکه قرص آهن با معده خالی مصرف شود جذب آن بهتر و بیشتر صورت میگیرد، ولی در این حالت سبب تحریک معده و بروز مشکلات گوارشی میشود.
- ✓ در صورتی که در طول بستری علائم جدید مشاهده نمودید، به پزشک یا پرستار اطلاع دهید.

پرستار در حین ترخیص بیمار آنمی فقر آهن موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- ✓ برای جبران کمبود آهن از مواد غذایی ذکر شده در زیر استفاده کنید:
- ✓ آهن موجود در پروتئینهای حیوانی مانند گوشت گاو، ماهی و پرندگان بیشتر جذب میشود، در حالی که جذب آهن پروتئینهای گیاهی مانند سبزیها و میوه ها کمتر میباشد.
- ✓ منابع غذایی آهن دار عبارتند از: جگر، قلوه، گوشت قرمز، ماهی، زرده تخم مرغ، سبزیهای دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات مانند عدس و لوبیا، غلات و حبوبات جوانه زده، همچنین میوههای خشک بخصوص برگه زردآلو، توت خشک، برگه آلو، انجیر خشک، کشمش و دانه های روغنی.
- ✓ باید توجه داشت که ویتامین ث جذب آهن سبزیها و میوه ها را بیشتر میکند. منابع دارای اسید سیتریک و اسید اسکوربیک یا ویتامین ث عبارتند از: آلو، خربزه، ریواس، انبه، گالی، طالبی، گل کلم، سبزیها، آب پرتقال، گریبفروت، گوجه فرنگی، لیمو شیرین، توت فرنگی، فلفل سبز، لیمو ترش، سیب و آناناس.

فعالیت در منزل

- ✓ از تحرک بیش از حد اجتناب کرده و خود را زیاد خسته نکنید.
- ✓ خواب شبانه را افزایش داده و در طی روز نیز زمان هایی را برای استراحت در نظر بگیرید.

- ✓ از اطرافیان خود در فعالیت های روزانه به منظور حفظ انرژی کمک بگیرید.
- ✓ فعالیت هایی مانند حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید.
- ✓ با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آن را به طور منظم انجام دهید.

دارو در منزل

- ✓ درمان با نمکهای ساده آهن مانند سولفات فروی خوراکی که به شکل قرص، کپسول یا تزریقی است و باید مصرف آنها تا چندین ماه ادامه یابد. روزانه یک قرص آهن از پایان ماه چهارم بارداری تا سه ماه پس از زایمان در زنان باردار و قطره آهن همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا پایان ۲ سالگی در کودکان مصرف شود.
- ✓ ویتامین ث و اسید مالیک و اسید تارتاریک جذب آهن را افزایش میدهد. به همین دلیل معمولاً مصرف این مواد به همراه آهن پیشنهاد میشود.
- ✓ منابع دارای اسید مالیک و اسید تارتاریک عبارتند از: هویج، سیب زمینی، چغندر، کدوتنبیل، گوجه فرنگی، کلم پیچ و شلغم.
- ✓ علاوه بر درمان دارویی باید به میزان آهن قابل جذب در غذا نیز توجه کرد.

مراقبت در منزل

- چنانکه قرص آهن با معده خالی مصرف شود جذب آن بهتر و بیشتر صورت میگیرد، ولی در این حالت سبب تحریک معده و بروز مشکلات گوارشی میشود.
- عوارض گوارشی ناشی از مصرف آهن نظیر تهوع، دل پیچه، سوزش قلب، اسهال یا یبوست را میتوان به حداقل رساند، به شرطی که آهن را با میزان بسیار کم مصرف کرده و به تدریج به میزان آن افزوده تا به حد مورد نیاز بدن برسد.
- بهتر است قرص آهن در آخر شب قبل از خواب استفاده شود تا عوارض ناشی از آن کاهش یابد.
- باید توجه داشت که ویتامین ث جذب آهن سبزیها و میوه ها را بیشتر میکند.
- مصرف چای همراه یا بلافاصله بعد از غذا میتواند جذب آهن را تا حدصفر تا پنج درصد کاهش دهد.
- قهوه، تخم مرغ، شیر و لبنیات، نان گندم، حبوبات و فیبرهای غذایی جذب آهن را کاهش میدهند. بنابراین فرآوردههای حاوی آهن، طی یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از مصرف هر یک از این مواد نباید مصرف شود.
- از تماس با افرادی که دارای عفونت تنفسی و سرماخوردگی میباشند اجتناب کنید.
- از انجام اقداماتی که منجر به زخم اندام ها و ایجاد خونریزی میشود خودداری کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

در صورت وجود موارد زیر به پزشک خود مراجعه کنید:

- تب، سرفه، گلودرد، ورم مفاصل، درد عضلانی، ادرار خونی، بروز علائم عفونت در هر کجای بدن مانند قرمزی، درد، ورم، تب
- اگر دچار علائم جدید و غیرقابل کنترل شده اید .
- داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

برنامه مداخلات و فرایند پرستاری در بیماران اوروسپسیس

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
• آیا MAP بالای ۶۵ حفظ شده است؟ • آیا سطح لاکتات کاهش یافته است؟ • آیا برونده ادراری کافی است؟	• پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب، تنفس و اشباع اکسیژن را هر ۱۵-۳۰ دقیقه در مرحله حاد پایش کنید. MAP را محاسبه و ثبت کنید. • پایش سطح لاکتات: نتایج آزمایشگاهی را پیگیری کنید (لاکتات بالای ۲ نشانه هیپوپرفیوژن است). • پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه گیری کنید. • بررسی علائم شوک: رنگ پریدگی، تعریق سرد، سیانوز لبها، بی قراری یا کاهش سطح هوشیاری را بررسی کنید. • برقراری دو راه وریدی بزرگ: با آنژیوکت ۱۶-۱۸ برای تجویز مایعات و داروها. • تجویز مایعات: مایعات وریدی را طبق دستور (معمولاً ۳۰ میلی لیتر/کیلوگرم کریستالوئید در ۳ ساعت اول) تجویز کنید. • آمادگی برای وازوپرسورها: در صورت عدم پاسخ به مایعات، برای شروع داروهای وازواکتیو (نوراپی نفرین) از طریق خط مرکزی آماده باشید	• طی ۱۲-۶ ساعت اول بستری، بیمار: • فشار خون متوسط شریانی (MAP) بالای ۶۵ میلی متر جیوه حفظ شود. • سطح لاکتات سرم کاهش یابد. • برونده ادراری حداقل نیم میلی لیتر/کیلوگرم/ساعت داشته باشد.	۱. خطر شوک سپتیک مرتبط با پاسخ التهابی سیستمیک به عفونت ادراری و احتمال افت فشار خون مقاوم.
• آیا دمای بدن کاهش یافته است؟ • آیا لرز قطع شده است؟	• پایش دما: دمای بدن را هر ۴-۲ ساعت اندازه گیری و ثبت کنید. • کمپرس ولرم: در صورت تب بالا، از کمپرس ولرم استفاده کنید. • تنظیم محیط: دمای اتاق را مناسب نگه دارید. • تجویز دارو: داروهای تبیر (استامینوفن) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. • هیدراتاسیون: مصرف مایعات وریدی را برای جبران آب از دست رفته ادامه دهید.	• طی ۴۸-۲۴ ساعت اول بستری، بیمار: • دمای بدن به محدوده نرمال (۳۶-۵/۳۷ درجه) کاهش یابد. • تعداد دفعات لرز کاهش یابد.	۲. هایپرترمی (تب) مرتبط با پاسخ التهابی سیستمیک به عفونت.
• آیا علائم حیاتی به درمان پاسخ داده است؟ • آیا نتایج آزمایشگاهی WBC، CRP بهبود یافته است؟	• پایش علائم حیاتی مکرر: هر ۲-۱ ساعت علائم حیاتی را بررسی کنید. تاکی کاردی، تاکی پنه و افت فشارخون از علائم پیشرفت سپسیس است. • پایش آزمایشگاهی: نتایج گلبول های سفید، CRP، پروکلسیتونین و لاکتات را پیگیری کنید. • اخذ نمونه های کشت: قبل از شروع آنتی بیوتیک، حتماً نمونه های کشت خون و ادرار اخذ شده باشد. • تجویز آنتی بیوتیک: آنتی بیوتیک های تجویزی را دقیقاً و به موقع (ترجیحاً در ساعت اول تشخیص سپسیس) تجویز کنید.	• در طول مدت بستری، بیمار: • علائم سپسیس تحت کنترل باشد و به درمان پاسخ دهد. • از بروز سپسیس شدید و شوک سپتیک جلوگیری شود.	۳. خطر انتشار عفونت (سپسیس) مرتبط با احتمال مثبت شدن کشت خون و گسترش عفونت.

	• آمادگی برای انتقال به ICU: در صورت بدتر شدن وضعیت، برای انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه آماده باشید.		
۴. اختلال در تبادل گازها مرتبط با سپسیس و احتمال درگیری ریه (ARDS).	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اشباع اکسیژن (Spo2) بالای ۹۲٪ حفظ شود. • تعداد تنفس به محدوده ۱۶-۲۰ در دقیقه کاهش یابد. • گازهای خون شریانی (ABG) بهبود یابد.	• پالس اکسیمتری مداوم Spo2 را به طور مداوم پایش کنید. • پایش تنفس: تعداد تنفس، عمق و الگوی تنفس را هر ۱-۲ ساعت بررسی کنید. • اکسیژن درمانی: اکسیژن را با دوز تجویز شده هدف $Spo2 > 92\%$ وصل کنید. • پوزیشن: سر تخت را بالا نگه دارید (فاولر) تا تنفس راحت‌تر شود. • آمادگی برای تهویه پیشرفته: در صورت بدتر شدن، برای CPAP، BiPAP یا انتوباسیون آماده باشید.	• آیا SpO2 بالای ۹۲٪ حفظ شده است؟ • آیا تعداد تنفس کاهش یافته است؟
۵. خطر آسیب کلیوی مرتبط با هیپوپرفیوژن ناشی از سپسیس و نفروتوکسیسته داروها.	طی ۴۸-۷۲ ساعت اول، بیمار: • سطح کراتینین افزایش نیابد یا به محدوده پایه برگردد. • برونده ادراری کافی حفظ شود.	• پایش عملکرد کلیه: نتایج کراتینین، BUN و الکترولیت‌ها را روزانه پیگیری کنید. • پایش برونده ادراری: میزان خروجی ادرار را هر ساعت ثبت کنید. • پایش رنگ ادرار: وجود هماچوری یا کدورت را بررسی کنید. • اجتناب از داروهای نفروتوکسیک: از مصرف NSAIDs و سایر داروهای نفروتوکسیک خودداری شود. • هیدراتاسیون کافی: با تجویز مایعات وریدی، پرفیوژن کلیه را حفظ کنید.	• آیا کراتینین افزایش نیافته است؟ • آیا برونده ادراری کافی است؟
۶. درد حاد مرتبط با انسداد مجاری ادراری (سنگ، تومور) یا التهاب.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: • شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. • از کاهش درد پهلوی شکم خبر دهد.	• بررسی درد: محل، شدت، کیفیت و عوامل تشدیدکننده را بررسی کنید. • پوزیشن راحت: به بیمار کمک کنید وضعیت راحت پیدا کند. • تجویز دارو: مسکن‌ها (معمولاً مخدرها در درد شدید) را طبق دستور تجویز کنید. • آمادگی برای اقدامات مداخله‌ای: برای دکمپرسیون اورژانسی (استنت یا نفرستومی) هماهنگی کنید. • آموزش: به بیمار توضیح دهید که با رفع انسداد، درد کاهش خواهد یافت.	• آیا شدت درد کاهش یافته است؟ • آیا اقدامات دکمپرسیون انجام شده است؟
۷. رنج روانی (اضطراب، ترس) مرتبط با بستری شدن در ICU، تشخیص ناگهانی و ترس از مرگ.	طی ۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند با تیم درمان همکاری کند.	• حضور حمایتی: کنار بیمار بمانید و با لحنی آرام و اطمینان‌بخش صحبت کنید. • آموزش لحظه‌ای: اقدامات درمانی (مایعات، آنتی‌بیوتیک، دکمپرسیون) را به زبان ساده توضیح دهید. • محیط آرام: نور کم، کاهش صدا.	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار آرام‌تر شده است؟

		• حمایت خانواده: در صورت امکان، ارتباط با خانواده را فراهم کنید.	
۸. کمبود دانش در مورد بیماری، درمان و پیشگیری از عود مرتبط با عدم آشنایی با علل اوروسپسیس، علائم هشدار، اهمیت مصرف کامل آنتی بیوتیک و مراقبت های لازم پس از ترخیص.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • علت اوروسپسیس (در صورت وجود سنگ یا انسداد) را توضیح دهند. • علائم هشدار عود را بشناسند. • اهمیت تکمیل دوره آنتی بیوتیک را بدانند. • برنامه پیگیری را بدانند.	- تأکید بر تکمیل دوره کامل آنتی بیوتیک حتی با قطع علائم. - در صورت تجویز داروهای مسکن یا ضد التهاب، نحوه مصرف صحیح را آموزش دهید. • آموزش پیشگیری: - مصرف مایعات کافی (حداقل ۸-۶ لیوان آب در روز، مگر منع پزشکی). - رعایت بهداشت فردی، به ویژه بهداشت ناحیه تناسلی. - دفع ادرار پس از رابطه جنسی (در زنان). - پرهیز از نگه داشتن طولانی مدت ادرار. - در بیماران با کاتتر ادراری: آموزش مراقبت صحیح از کاتتر و پایش علائم عفونت. - در سالمندان: توجه به علائم غیراختصاصی عفونت (بی حالی، گیجی). • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک، انجام آزمایشات و تصویربرداری های لازم را مشخص کنید.	• از بیمار پرسید: "چه علائمی نشان می دهد که عفونت شما برگشته است؟" • از بیمار پرسید: "آنتی بیوتیک را تا کی باید مصرف کنید؟" • از بیمار پرسید: "برای پیشگیری از عفونت ادراری چه کارهایی می توانید انجام دهید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟

برنامه مداخلات و فرایند پرستاری در بیماران اوروسپسیس و افت هوشیاری و انتوبه

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف اسمارت	تشخیص پرستاری
• آیا صداهای تنفسی واضح هستند؟ • آیا فشار راه هوایی کاهش یافته است؟ • آیا علائم انسداد لوله تراشه وجود ندارد؟	• ساکشن داخل تراشه: ساکشن را با تکنیک استریل و در صورت نیاز (وجود ترشحات، صداهای اضافی، افزایش فشار راه هوایی) انجام دهید. از نرمال سالین برای رقیق کردن ترشحات استفاده نکنید مگر در موارد خاص. • مانیتورینگ فشار راه هوایی: فشار راه هوایی را به طور مداوم پایش کنید. افزایش ناگهانی می تواند نشانه انسداد لوله یا ترشحات باشد. • مراقبت از لوله تراشه: کاف لوله تراشه را هر شیفت بررسی کنید و فشار آن را بین ۲۰-۳۰ سانتی متر آب تنظیم نمایید. • پوزیشن: سر تخت را ۳۰-۴۵ درجه بالا نگه دارید (مگر موارد منع) تا از آسپیراسیون و پنومونی وابسته به ونتیلاتور (VAP) پیشگیری شود. • آموزش به خانواده: در مورد اهمیت پوزیشن و محدودیت ملاقات کنندگان در زمان عفونت توضیح دهید.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: • صداهای تنفسی واضح و بدون ترشح اضافی باشد. • فشار راه هوایی (Peak airway pressure) محدوده نرمال باقی بماند. • اشباع اکسیژن بالای ۹۲٪ حفظ شود.	۱. پاکسازی ناکارآمد راه هوایی مرتبط با ترشحات زیاد، ضعف عضلات تنفسی و سرفه غیر مؤثر در بیمار اینتوبه.
• آیا نسبت Pa2/Fi2 بهبود یافته است؟ • آیا Sp2 در محدوده هدف حفظ شده است؟	• تهویه محافظتی ریه: هماهنگی با پزشک برای تنظیم حجم جاری (Tidal Volume) ۸-۶ میلی لیتر/کیلوگرم وزن ایده آل بدن و فشار پلاتو ≥ 30 سانتی متر آب. • تنظیم PEEP: بر اساس نیاز بیمار و با هدف حفظ باز شدن آلوئول ها، PEEP را تنظیم کنید (معمولاً حداقل ۵ سانتی متر آب). • مانیتورینگ ABG و Spo2: نتایج ABG را پیگیری کنید و Spo2 را	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول، بیمار: • نسبت Pao2/Fio2 بهبود یابد. • اشباع اکسیژن (Spo2) بالای ۹۲٪ حفظ شود.	۲. اختلال در تبادل گازها مرتبط با آسیب حاد ریوی (ARDS) ناشی از سپسیس و تهویه مکانیکی.

• آیا عارضه جدیدی در CXR دیده نمی‌شود؟	به طور مداوم پایش نمایید. هدف Sp2 بین ۸۸-۹۵٪ است . • پوزیشن پرون (درمان در وضعیت دمر) :در موارد ARDS متوسط تا شدید ($Pao_2/Fio_2 < 150$) ، با تیم درمان برای پوزیشن پرون به مدت حداقل ۱۶ ساعت در روز هماهنگ کنید . • بررسی رادیوگرافی قفسه سینه :نتایج روزانه CXR را برای ارزیابی پیشرفت ARDS یا بروز پنوموتوراکس بررسی کنید.	• گازهای خون شریانی (ABG) در محدوده هدف درمانی باشد.	
• آیا MAP در محدوده هدف حفظ شده است؟ • آیا سطح هوشیاری بهبود یافته است؟ • آیا تشنج رخ داده است؟	• پایش عصبی مکرر: هر ۱-۲ ساعت سطح هوشیاری با استفاده از ابزارهای معتبر مانند GCS یا مقیاس RASS و مردمک‌ها را بررسی کنید . • پایش همودینامیک: MAP را به طور مداوم پایش کنید و در صورت افت، با هماهنگی پزشک برای تنظیم وازوپرسورها (نوراپی نفرین) اقدام نمایید . • پایش سطح لاکتات: نتایج لاکتات سرم را پیگیری کنید (افزایش لاکتات نشانه هیپوپرفیوژن بافتی است) . • پیشگیری از تشنج: در صورت وجود ریسک فاکتورها (هیپوناترمی، اورمی، تب بالا)، اقدامات پیشگیرانه را انجام دهید و در صورت بروز تشنج، آن را سریعاً مدیریت کنید. • آرام‌سازی بهینه: در بیماران اینتوبه، از حداقل دوز مؤثر داروهای آرامبخش استفاده کنید تا امکان ارزیابی دقیق سطح هوشیاری فراهم شود روزانه. Spontaneous Awakening Trial • آموزش به خانواده: در مورد اهمیت پایش سطح هوشیاری و علائم هشدار (بی‌قراری شدید، تشنج) به خانواده توضیح دهید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، بیمار: • فشار خون متوسط شریانی (MAP) بالای ۶۵ میلی‌متر جیوه حفظ شود . • سطح هوشیاری بر اساس GCS یا RASS ثابت یا بهبود یابد. • تشنج یا میوکلونوس مشاهده نشود.	۳. خطر آسیب مغزی ثانویه (هیپوکسیک/ایس کمیک) مرتبط با کاهش پرفیوژن مغزی ناشی از سپسیس، اختلال هوشیاری و نوسانات همودینامیک.
• آیا CAM-ICU منفی است؟ • آیا دوره‌های بی‌قراری کنترل شده است؟ • آیا خانواده در مراقبت مشارکت دارد؟	• غربالگری روزانه: حداقل یک بار در شیفت، دلیریوم را با ابزار CAM-ICU ارزیابی کنید . • بسته مراقبتی: ABCDEF: A: Assess, Prevent, and Manage Pain: - ارزیابی و مدیریت درد . B: Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT): - بیداری خودبه‌خودی و تنفس خودبه‌خودی . C: Choice f Analgesia and Sedation: - انتخاب حداقل آرامبخش مؤثر . D: Delirium: Assess, Prevent, and Manage: - ارزیابی و مدیریت دلیریوم. E: Early Mobility and Exercise: - تحرک زودهنگام (حتی در حد تغییر وضعیت در تخت) . F: Family Engagement and Empwermment: - مشارکت و توانمندسازی خانواده (توضیح وضعیت، کمک به روتین روزانه) . • مداخلات غیردارویی: - جهت یابی مجدد :به طور مکرر با بیمار صحبت کنید، نام، مکان و زمان را	در طول مدت بستری، بیمار: • نمره ابزار غربالگری دلیریوم مانند CAM-ICU منفی باشد . • دوره‌های بی‌قراری شدید یا کاهش ناگهانی سطح هوشیاری نداشته باشد.	۴. خطر دلیریوم (هذیان) مرتبط با سپسیس، بستری در ICU، اختلال متابولیک، محرومیت حسی و مصرف داروهای آرامبخش.

	به او یادآوری کنید. -استفاده از عینک و سمعک: در صورت نیاز، از عینک و سمعک بیمار استفاده کنید. -روال خواب: چراغها را شبها کم کنید، سر و صدا را به حداقل برسانید و مراقبت‌های پرستاری را در شب تجمیع کنید تا خواب بیمار مختل نشود.		
۵. اختلال در یکپارچگی پوست (خطر زخم فشاری) مرتبط با بی حرکتی طولانی، کاهش سطح هوشیاری، ادم، استفاده از وسایل ته‌جامی (لوله تراشه، لوله‌های تغذیه، کاتترها) و پوزیشن پرون.	در طول مدت بستری، بیمار: • پوست سالم و بدون زخم فشاری باقی بماند. • نمره برادن (Braden Scale) بهبود یابد.	• ارزیابی روزانه پوست: هر شیفت تمام نواحی پوست، به ویژه نواحی تحت فشار (ساکروم، پاشنه‌ها، پس‌سر، و در پوزیشن پرون: صورت، قفسه سینه، زانوها) را بررسی کنید. • تغییر وضعیت منظم: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید. در پوزیشن پرون، از روش‌های صحیح جابجایی (حداقل ۵ نفر) برای جلوگیری از آسیب به پوست و جابجایی ناخواسته لوله‌ها استفاده کنید. • محافظت از پوست: از پانسمان‌های محافظ (فوم، هیدروکلوئید) برای نواحی پرخطر استفاده کنید. • مدیریت رطوبت: در صورت بی‌اختیاری ادرار، پوست را سریعاً تمیز و خشک کنید و از کرم‌های محافظ استفاده نمایید. • تشک مواج: از تشک‌های مخصوص کاهش فشار استفاده کنید. • ارزیابی تغذیه: با متخصص تغذیه هماهنگ کنید تا نیازهای پروتئینی و کالری بیمار تأمین شود (پروتئین کافی برای حفظ یکپارچگی پوست ضروری است)	• آیا زخم فشاری جدید ایجاد شده است؟ • آیا پوست نواحی تحت فشار سالم است؟
۶. خطر تغذیه نامتعادل: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با افزایش شدید نیاز متابولیک (هایپرکاتابولیسم) ناشی از سپسیس، NP بودن و تأخیر در شروع تغذیه.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: • تغذیه روده‌ای (Enteral) شروع شود. • وزن بدن کاهش نیابد یا ثابت بماند. • سطح آلبومین و پروتئین تام به طور قابل توجهی کاهش نیابد.	• شروع زود هنگام تغذیه روده‌ای: با هماهنگی پزشک، تغذیه روده‌ای را در اسرع وقت (ترجیحاً طی ۴۸-۲۴ ساعت اول) از طریق لوله بینی-معده یا بینی-ژژونال شروع کنید. • پایش تحمل تغذیه: هر ۶-۴ ساعت حجم باقیمانده معده (Gastric Residual Volume) را بررسی کنید. در صورت افزایش $GRV > 500$ (ml) یا علائم عدم تحمل (اتساع شکم، استفراغ)، با پزشک مشورت کنید. • پایش قند خون: قند خون را هر ۲-۱ ساعت (تا زمان پایدار شدن) و سپس هر ۴ ساعت پایش کنید و انسولین را طبق دستور برای نگه داشتن قند خون زیر ۱۸۰ میلی گرم/دسی لیتر تجویز نمایید. • پایش الکترولیت‌ها: سطح فسفر، پتاسیم و منیزیم را روزانه پایش کنید (سندرم تغذیه مجدد). • پایش وزن: وزن بیمار را روزانه اندازه‌گیری کنید.	• آیا تغذیه روده‌ای شروع شده و تحمل می‌شود؟ • آیا قند خون در محدوده هدف است؟ • آیا الکترولیت‌ها نرمال هستند؟
۷. اختلال در فرآیندهای خانوادگی در ارتباط با بستری ناگهانی یکی از اعضای خانواده در ICU، ترس از مرگ، عدم اطمینان از آینده و	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، خانواده: • اطلاعات واضح و قابل فهم در مورد وضعیت بیمار دریافت کنند. • بتوانند سوالات خود را بپرسند و استرس خود را بیان کنند.	• ارتباط مؤثر: به طور منظم با خانواده ارتباط برقرار کنید و اطلاعات صادقانه و قابل فهم در مورد وضعیت بیمار، درمان‌ها و پیش‌آگهی به آنها بدهید. • آموزش: تجهیزات و مانیتورینگ اطراف بیمار (مانند ونتیلاتور، مانیتور ضربان قلب) را به زبان ساده برای خانواده توضیح دهید تا ترس آنها کاهش یابد. • حمایت عاطفی: به نگرانی‌ها و احساسات خانواده گوش دهید و از آنها حمایت عاطفی کنید.	• آیا خانواده اطلاعات کافی دریافت کرده‌اند؟ • آیا سطح استرس خانواده کاهش یافته است؟ • آیا خانواده در

استرس ناشی از محیط ICU	• در صورت تمایل، در مراقبت‌های غیرتهاجمی بیمار مشارکت داده شوند.	• مشارکت در مراقبت: در صورت تمایل و با رعایت اصول کنترل عفونت، از خانواده برای مشارکت در مراقبت‌های ساده (مانند مرطوب کردن لب‌های بیمار با تکه یخ، صحبت کردن با بیمار) دعوت کنید . • تسهیل ملاقات: با تیم درمان برای تنظیم زمان‌های ملاقات منعطف هماهنگی کنید. • ارجاع به مددکار اجتماعی یا روانشناس: در صورت وجود استرس شدید، خانواده را به مددکار اجتماعی یا روانشناس بالینی ارجاع دهید.	مراقبت مشارکت داده شده‌اند؟
------------------------	--	---	-----------------------------

برنامه مداخلات و فرایند پرستاری در بیماران سپسیس

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. پرفیوژن بافتی ناکارآمد مرتبط با هیپوولمی نسبی، وازودیلاتاسیون و هیپوپرفیوژن ناشی از سپسیس.	- طی ۱۲-۶ ساعت اول بستری، بیمار: - فشار خون متوسط شریانی (MAP) بالای ۶۵ میلی‌متر جیوه حفظ شود. - سطح لاکتات سرم حداقل ۲۰٪ کاهش یابد یا به زیر ۲ میلی‌مول/لیتر برسد. - برونده ادراری حداقل ۵/۰ میلی‌لیتر/کیلوگرم/ساعت داشته باشد. - زمان پر شدن مویرگی (Capillary refill) کمتر از ۳ ثانیه باشد	• پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، MAP، ضربان قلب را هر ۳۰-۱۵ دقیقه در مرحله حاد پایش کنید. • پایش سطح لاکتات: نتایج آزمایشگاهی را هر ۴-۲ ساعت پیگیری کنید. • پایش برونده ادراری: سوند ادراری گذاشته و میزان خروجی ادرار را هر ساعت اندازه‌گیری کنید. • پایش پرفیوژن محیطی: زمان پر شدن مویرگی، رنگ و دمای پوست را بررسی کنید. • پایش پاسخ به مایعات: از روش‌های دینامیک مانند Passive Leg Raise برای ارزیابی پاسخ به مایعات استفاده کنید. • تجویز مایعات: مایعات کریستالوئیدی (ترجیحاً بالانس شده مانند رینگر لاکتات) را طبق دستور تجویز کنید. • آمادگی برای وازوپرسورها: در صورت عدم پاسخ به مایعات، برای شروع نوراپی نفرین از راه وریدی مرکزی آماده باشید	• آیا MAP بالای ۶۵ حفظ شده است؟ • آیا سطح لاکتات کاهش یافته است؟ • آیا برونده ادراری کافی است؟ • آیا زمان پر شدن مویرگی بهبود یافته است؟
۲. اختلال در تبادل گازها مرتبط با آسیب حاد ریه ناشی از پاسخ التهابی سیستمیک	- طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: - نسبت Pao2/Fio2 بهبود یابد. - اشباع اکسیژن (Spo2) بالای ۹۲٪ حفظ شود. - تعداد تنفس در محدوده هدف ونتیلاتور تنظیم شود.	• پالس اکسیمتری مداوم Spo2: را به طور مداوم پایش کنید. • پایش ABG: نتایج گازهای خون شریانی را پیگیری کنید. • تهویه محافظتی ریه: با تیم درمان برای تنظیم حجم جاری (۶ میلی‌لیتر/کیلوگرم وزن ایده‌آل) و فشار پلاتو ≥ 30 سانتی‌متر آب هماهنگ کنید. • تنظیم PEEP: بر اساس نیاز بیمار، PEEP را برای باز نگه داشتن آلوئول‌ها تنظیم کنید. • پوزیشن پرون: در ARDS شدید ($Pao2/Fio2 < 150$)، برای پوزیشن پرون به مدت ≤ 16 ساعت هماهنگ کنید. • بررسی رادیوگرافی قفسه سینه: نتایج روزانه CXR را برای ارزیابی پیشرفت ARDS بررسی کنید.	• آیا نسبت Pa2/Fi2 بهبود یافته است؟ • آیا Spo2 بالای ۹۲٪ حفظ شده است؟ • آیا عارضه جدیدی در CXR دیده نمی‌شود؟
۳. پاکسازی ناکارآمد راه هوایی مرتبط با ترشحات زیاد، ضعف عضلات تنفسی و کاهش سطح هوشیاری.	- طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: - صداهای تنفسی واضح و بدون ترشح اضافی باشد. - فشار راه هوایی (Peak airway pressure) محدوده نرمال باقی بماند.	• ساکشن داخل تراشه: ساکشن را با تکنیک استریل و در صورت نیاز انجام دهید. • مانیتورینگ فشار راه هوایی: فشار راه هوایی را پایش کنید (افزایش ناگهانی نشانه انسداد لوله یا ترشحات است). • مراقبت از لوله تراشه: کاف لوله تراشه را بررسی کنید و فشار آن را بین ۲۰-۳۰ سانتی‌متر آب تنظیم نمایید.	• آیا صداهای تنفسی واضح هستند؟ • آیا فشار راه هوایی در محدوده نرمال است؟

•آیا علائم آسپیراسیون وجود ندارد؟	•پوزیشن: سر تخت را ۳۰-۴۵ درجه بالا نگه دارید تا از آسپیراسیون و VAP پیشگیری شود . •فیزیوتراپی تنفسی: در صورت امکان، برای کمک به تخلیه ترشحات هماهنگ کنید.	•از آسپیراسیون جلوگیری شود.	
•آیا MAP با درمان قابل کنترل است؟ •آیا سطح لاکتات کاهش می‌یابد؟ •آیا علائم شوک کاهش یافته است؟	•پایش دقیق علائم حیاتی: هر ۱۵-۳۰ دقیقه فشار خون، MAP و ضربان قلب را پایش کنید . •پایش سطح لاکتات: افزایش لاکتات نشانه هیپوپرفیوژن بافتی است . •پایش علائم شوک: رنگ پریدگی، تعریق سرد، سیانوز لب‌ها، بی‌قراری یا کاهش سطح هوشیاری را بررسی کنید. •پایش عملکرد قلبی: در صورت وجود خط مرکزی، CVP را پایش کنید. •تنظیم وازوپرسورها: نوراپی نفرین را بر اساس پاسخ فشار خون تیترو کنید . •آمادگی برای اینوتروپها: در صورت وجود اختلال عملکرد قلبی، برای افزودن دوبوتامین آماده باشید	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: •فشار خون با مایعات و وازوپرسورها قابل کنترل باشد. •علائم شوک (افت فشار خون مقاوم، اسیدوز لاکتیک، کاهش سطح هوشیاری) تشدید نشود.	۴. خطر شوک سپتیک مرتبط با پاسخ التهابی کنترل نشده و اختلال عملکرد قلبی-عروقی.
•آیا سطح هوشیاری بهبود یافته است؟ •آیا-CAM ICU امنی است؟ •آیا تشنج رخ نداده است؟	•پایش عصبی مکرر: هر ۲-۱ ساعت سطح هوشیاری و مردمک‌ها را بررسی کنید . •غربالگری دلیریوم: حداقل یک بار در شیفت، دلیریوم را با ابزار CAM-ICU ارزیابی کنید . •مداخلات غیردارویی دلیریوم: -جهت‌یابی مجدد: به طور مکرر با بیمار صحبت کنید، نام، مکان و زمان را یادآوری کنید. -استفاده از عینک و سمعک: در صورت نیاز، از وسایل کمک‌کننده استفاده کنید. -روال خواب: چراغ‌ها را شب‌ها کم کنید، سر و صدا را به حداقل برسانید. -تحرك زودهنگام: در حد توان بیمار، تغییر وضعیت و تحرك را تشویق کنید . •پایش متابولیک: الکترولیت‌ها (سدیم، کلسیم، منیزیم) و گازهای خون را پایش کنید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، بیمار: •سطح هوشیاری بر اساس GCS یا RASS ثابت یا بهبود یابد. •نمره ابزار غربالگری دلیریوم (CAM-ICU) منفی باشد . •تشنج یا میوکلونوس مشاهده نشود.	۵. اختلال در عملکرد عصبی (انسفالوپاتی سپتیک/دلیریوم) مرتبط با پاسخ التهابی، هیپوپرفیوژن مغزی و اختلالات متابولیک
•آیا زخم فشاری جدید ایجاد شده است؟ •آیا پوست نواحی تحت فشار سالم است؟	•ارزیابی روزانه پوست: هر شیفت تمام نواحی پوست، به ویژه نواحی تحت فشار (ساکروم، پاشنه‌ها، پس‌سر، و در پوزیشن پرون: صورت، قفسه سینه، زانوها) را بررسی کنید . •تغییر وضعیت منظم: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید. در پوزیشن پرون، از تیم حداقل ۵ نفره برای جابجایی ایمن استفاده کنید . •محافظت از پوست: از پانسمان‌های محافظ (فوم) برای نواحی پرخطر استفاده کنید . •مدیریت رطوبت: در صورت بی‌اختیاری، پوست را سریعاً تمیز و خشک کنید و از کرم‌های محافظ استفاده نمایید. •تشک مواج: از تشک‌های مخصوص کاهش فشار استفاده کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: •پوست سالم و بدون زخم فشاری باقی بماند. •نمره برادن (Braden Scale) بهبود یابد.	۶. اختلال در یکپارچگی پوست (خطر زخم فشاری) مرتبط با بی‌حرکتی، کاهش سطح هوشیاری، ادم، استفاده از وسایل ته‌اجمی و پوزیشن پرون

• آیا تغذیه روده‌ای شروع شده و تحمل می‌شود؟ • آیا قند خون در محدوده هدف است؟ • آیا الکترولیت‌ها نرمال هستند؟	• شروع زودهنگام تغذیه روده‌ای: با هماهنگی پزشک، تغذیه روده‌ای را طی ۲۴-۴۸ ساعت اول شروع کنید . • پایش تحمل تغذیه: حجم باقیمانده معده (GRV) و علائم عدم تحمل (اتساع شکم، استفراغ) را بررسی کنید. • پایش قند خون: قند خون را هر ۲-۱ ساعت (تا زمان پایدار شدن) پایش کنید و انسولین را طبق دستور تجویز نمایید . • پایش الکترولیت‌ها: سطح فسفر، پتاسیم و منیزیم را روزانه پایش کنید . • پایش وزن: وزن بیمار را روزانه اندازه‌گیری کنید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: • تغذیه روده‌ای (Enteral) شروع شود. • قند خون در محدوده ۱۸۰-۱۴۰ میلی گرم/دسی لیتر کنترل شود . • الکترولیت‌ها (فسفر، پتاسیم، منیزیم) در محدوده نرمال حفظ شود.	۷. خطر تغذیه نامتعادل: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با افزایش شدید نیاز متابولیک (هایپرکاتابولیسم) و تأخیر در شروع تغذیه
• آیا علائم DVT مشاهده می‌شود؟ • آیا بیمار پروفیلاکسی دریافت کرده است؟	• پروفیلاکسی دارویی: هپارین با وزن مولکولی کم یا هپارین معمولی را طبق دستور تجویز کنید . • وسایل مکانیکی: از جوراب فشرده‌سازی یا دستگاه فشرده‌سازی متناوب پنوماتیک استفاده کنید. • پایش علائم DVT: تورم، درد، قرمزی و گرمی اندام‌ها را بررسی کنید. • پایش علائم آمبولی ریه: تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، هموپتزی را پایش کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت DVT یا آمبولی ریه نشان ندهد. • پروفیلاکسی ترومبوآمبولی دریافت کند.	۸. خطر عوارض ترومبوآمبولی مرتبط با بی‌حرکتی، پاسخ التهابی و انعقاد داخل عروقی منتشر (DIC)
• آیا بیمار و خانواده از کاهش اضطراب خبر می‌دهند؟ • آیا خانواده اطلاعات کافی دریافت کرده‌اند؟ • آیا خانواده در مراقبت مشارکت داده شده‌اند؟	• ارتباط مؤثر: به طور منظم با بیمار (در حد توان) و خانواده ارتباط برقرار کنید و اطلاعات صادقانه و قابل فهم بدهید . • حضور حمایتی: با لحنی آرام و همدلانه به نگرانی‌ها گوش دهید. • آموزش: تجهیزات و مانیتورینگ اطراف بیمار را به زبان ساده توضیح دهید. • مشارکت در مراقبت: در صورت تمایل، از خانواده برای مراقبت‌های ساده (مانند مرطوب کردن لب‌ها) دعوت کنید . • تسهیل ملاقات: با تیم درمان برای تنظیم زمان‌های ملاقات منعطف هماهنگی کنید. • ارجاع: در صورت نیاز، به مددکار اجتماعی یا روانشناس ارجاع دهید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، بیمار و خانواده: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهند. • اطلاعات واضح و قابل فهم در مورد وضعیت بیمار دریافت کنند. • در صورت تمایل، در مراقبت‌های غیرتهاجمی مشارکت داده شوند.	۹. رنج روانی (اضطراب، ترس) در بیمار و خانواده مرتبط با بستری در ICU، تشخیص ناگهانی، ترس از مرگ و عدم اطمینان از آینده
• از بیمار و خانواده بپرسید: "چه عوارضی ممکن است پس از ترخیص ادامه یابد؟" • آیا برنامه پیگیری مشخص است؟ • آیا شماره تماس‌های ضروری در دسترس است؟	• آموزش در مورد سندرم پس از سپسیس: به بیمار و خانواده توضیح دهید که ضعف، خستگی، مشکلات حافظه و تمرکز، اضطراب و افسردگی ممکن است ماه‌ها ادامه یابد . • توانبخشی فیزیکی: بر اهمیت ادامه فیزیوتراپی و کاردرمانی تأکید کنید . • توانبخشی شناختی: در صورت وجود اختلالات شناختی، برای پیگیری با متخصص مغز و اعصاب یا روانشناس هماهنگ کنید . • حمایت روانی: در صورت نیاز، برای مشاوره روانشناسی ارجاع دهید . • برنامه پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید. • علائم هشدار: علائم عود عفونت (تب، لرز، تنگی نفس) را آموزش دهید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر باشند: • علائم سندرم پس از سپسیس (خستگی، ضعف شناختی، اضطراب) را بشناسند . • برنامه پیگیری و توانبخشی را بدانند. • شماره تماس‌های ضروری را در دسترس داشته باشند.	۱۰. کمبود دانش در مورد مدیریت بیماری پس از ترخیص و پیشگیری از عوارض طولانی‌مدت (سندرم پس از سپسیس) مرتبط با عدم آشنایی با عوارض شناختی، فیزیکی و روانی پس از سپسیس

اولویتها و نیازهای آموزشی بیمار اوروسپسیس	
علت بیماری و نحوه درمان	مراقبت در حین بستری و ترخیص
میزان فعالیت	علایم هشداردهنده حین بستری و زمان ترخیص
رژیم غذایی در حین بستری و بعد از ترخیص	مراقبت از اتصالات

پرستار در حین بستری بیمار اوروسپسیس موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

علت بیماری و علایم :

هنگامی که عفونت دستگاه ادراری درمان نشود، می تواند به طور سیستماتیک گسترش یابد و منجر به اوروسپسیس شود و باعث نارسایی اندام و مرگ شود. اوروسپسیس، سپسیس ناشی از عفونت مجاری ادراری، مثانه یا کلیه است. تقریباً یک چهارم موارد سپسیس از عفونت دستگاه تناسلی ایجاد میشود.

علایم شامل: سوزش ادرار تکرر ادرار هماچوری فوریت های ادراری تب سوزش ادرار درد پهلوی لرز درد و حساسیت در پشت و پهلوی، اختلال هوشیاری و گیجی ، تغییرات فشارخون، دیسترس تنفسی و نارسایی کلیه، افزایش گلبولهای سفید خون

معمولاً قبل از آنکه تشخیص قطعی شود، پزشکان تجویز آنتی بیوتیک را شروع می کنند زیرا تا انجام آزمایشات کامل و نتیجه آنها دو تا سه روز زمان لازم است. لذا عدم شروع درمان و منتظر ماندن برای جواب میتواند به عفونت اجازه دهد که بصورت کامل در بدن منتشر شده و منجر به بروز عواقب وخیمی شود.

درمان حمایتی شامل:

- تجویز اکسیژن (اگر سختی تنفسی وجود دارد)
- تنظیم دقیق مایعات بدن و اصلاح الکترولیت ها و طریق سرم تراپی
- دارو درمانی برای کنترل فشارخون ، قند خون ، و شروع درمان آنتی بیوتیک وسیع الطیف
- قطع موقت تغذیه از راه دهان
- در صورتی که علائمی مانند شوک در فرد ایجاد شود، باید او را به بخش مراقبت های ویژه منتقل کرد.
- علائم شوک عبارتند از: رنگ پریدگی، ضربان تند ولی ضعیف، تنفس تند ولی کم عمق، سرگیجه و عدم هوشیاری، فشار خون پایین
- کنترل علائم حیاتی و تنظیم حرارت محیط ضروری است.
- در صورت مثبت شدن کشت ها درمان باید ۷-۱۰ روز ادامه یابد

مراقبت و رژیم غذایی در بستری :

- از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به نوزاد خود خودداری کنید.
- داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار برای بیمار اجرا خواهد شد.
- با تیم مراقبتی در زمان انجام اقدامات تشخیصی و درمانی همکاری نمایید.
- ممکن است بیمار در ابتدا NP شود لذا نباید بدون اجازه پزشک چیزی از راه دهان مصرف کند.
- در صورت هوشیاری کامل و اجازه پزشک ابتدا رژیم مایعات و سپس غذای معمولی به بیمار داده می شود.
- میوه ها و آبمیوه های ترش و حاوی ویتامین ث مثل مرکبات و آب پرتقال بیشتر مصرف کنید .

➤ استراحت کافی داشته باشید تا بدن شما قدرت کافی برای مبارزه با میکروب ها را داشته باشد .

پرستار در حین ترخیص بیمار اوروسپسیس موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل:

- در صورت نداشتن منع پزشکی ، آب زیاد بنوشید، جریان زیاد ادرار باعث شسته شدن میکروب ها از داخل مجاری ادراری می شود .
- نوشیدن زیاد قهوه، نسکافه و سایر نوشیدنی های حاوی کافئین زیاد تا زمان بهبود، ممکن است با تحریک مثانه باعث تشدید علائم شود
- از مصرف زیاد انواع شکلات، غذاهای تند و پرادویه و نوشیدنی های گازدار (مثل نوشابه) خودداری کنید.
- میوه ها و آبمیوه های ترش و حاوی ویتامین ث مثل مرکبات و آب پرتقال بیشتر مصرف کنید .
- رژیم غذایی بیمار را به شکلی تنظیم کنید که از بروز یبوست جلوگیری کند، یبوست مزمن با ایجاد فشار باعث تخلیه ی ناکامل مثانه می شود.

دارو در منزل:

- در صورت تجویز آنتی بیوتیک دارو را دقیقا در زمان معین مصرف کنید و حتما دوره ی درمان را تا پایان کامل کنید، این زمان معمولا ۷ روز است ولی در مورد عفونت های شدید که کلیه ها را درگیر می کند ۱۰ - ۱۴ روز ادامه می یابد.
- مصرف غلط آنتی بیوتیک ها باعث مقاوم شدن میکروب ها،باقی ماندن میکروب ها و افزایش احتمال تکرار عفونت در آینده می شود.

فعالیت و مراقبت در منزل:

- ✓ لباس زیر نخی و گشاد بپوشید
- ✓ تا زمان بهبودی استراحت کافی داشته باشید و از انجام ورزش های سنگین خودداری کنید، فعالیت جسمانی زیاد باعث تشدید برخی علائم مثل ضعف و بی حالی شده و هم چنین با افزایش میزان تعریق باعث کم آبی بدن میشود .
- ✓ ادرار خود را نگه ندارید و در صورت احساس نیاز به دفع ادرار سریعاً این کار را انجام داده و مثانه ی خود را به طور کامل تخلیه کنید.
- ✓ در صورتی که بیمار سوند فولی دارد مراقبتهای آن را آموزش دهید.
- ✓ در صورتی که بیمار قادر به حرکت نمی باشد اقدامات پیشگیرانه از زخم بستر و ترومبوآمبولی را آموزش دهید.
- ✓ در صورتی که بیمار سوند معده دارد روش تغذیه از راه سوند معده و مراقبت از آن را آموزش دهید.
- ✓ بهداشت ناحیه تناسلی را رعایت نمایید
- ✓ دستهای خود را مرتب بشویید.
- ✓ مراقبت تشنج بیمار باشید زیرا بالارفتن تب و هایپرترمی می تواند زمینه ساز تشنج باشد.

علائم هشدار وزمان مراجعه بعدی به پزشک:

تب، ضربان قلب سریع، تغییر وضعیت ذهنی و خشکی غشاهای مخاطی می تواند نشان دهنده یک عارضه در حال پیشرفت مانند شوک سپتیک باشد در صورت وجود این علائم هرچه سریعتر به اورژانس مراجعه کنید.

زمان مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ کنید.

توضیح بیماری و علل و روند درمان:

سپسیس یک وضعیت تهدیدکننده زندگی است که در اثر پاسخ نامنظم بدن به عفونت ایجاد می شود و منجر به اختلال عملکرد اندامها می گردد. این سندرم یکی از علل اصلی مرگ و میر در جهان است و سالانه میلیون ها نفر را تحت تأثیر قرار می دهد.

علل شایع سپسیس :

- عفونت های ریوی: پنومونی (شایع ترین علت).
- عفونت های ادراری: به ویژه در سالمندان و بیماران با کاتتر ادراری.
- عفونت های شکمی: آپاندیسیت، کوله سیستیت، پانکراتیت عفونی.
- عفونت های پوست و بافت نرم: سلولیت، زخم فشاری عفونی.
- عفونت های جریان خون: مرتبط با کاتترهای عروقی.

عوامل خطر :

- سن بالا (بالای ۶۵ سال) یا بسیار کم (نوزادان)
- نقص ایمنی (سرطان، شیمی درمانی، HIV، مصرف کورتیکواستروئیدها)
- بیماری های مزمن (دیابت، بیماری کلیوی، کبدی، قلبی)
- بستری طولانی در ICU
- استفاده از وسایل تهاجمی (ونتیلاتور، کاتتر)
- سوء تغذیه

درمان سپسیس یک اورژانس پزشکی است و بر اساس پروتکل های استاندارد (Sepsis Bundles) انجام می شود. هدف اصلی، کنترل سریع عفونت و حمایت از عملکرد اندامها است.

۱۰ احیای اولیه (۶ ساعت اول) :

- اندازه گیری سطح لاکتات سرم (هدف کاهش لاکتات)
- اخذ کشت خون قبل از شروع آنتی بیوتیک
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف در ساعت اول (در صورت شوک سپتیک) یا ظرف ۳ ساعت
- تجویز مایعات وریدی: حداقل ۳۰ میلی لیتر/کیلوگرم کریستالوئید در ۳ ساعت اول
- استفاده از وازوپرسورها (نوراپی نفرین خط اول) برای حفظ $MAP \geq 65 \text{ mmHg}$

درمان آنتی میکروبیال :

- شروع سریع آنتی بیوتیک تجربی وسیع الطیف
- روزانه ارزیابی برای کاهش دوز و طیف آنتی بیوتیک
- کنترل منبع عفونت (درناژ آبسه، خارج کردن کاتتر آلوده، جراحی)

درمان حمایتی :

- تهویه مکانیکی محافظتی در صورت ARDS
- پوزیشن پرون در ARDS شدید
- کنترل قند خون (هدف زیر ۱۸۰ میلی گرم/دسی لیتر)

- پروفیلاکسی ترومبوآمبولی و زخم استرس
- حمایت تغذیه‌ای (شروع زودهنگام تغذیه روده‌ای)

علت بیماری و علایم :

- ✓ سپسیس یک پاسخ سیستمیک به عفونت است. این بیماری به عنوان یک پیامد عفونت مستند یا احتمالی ظاهر می شود.
- ✓ از علل سپسیس می توان : تضعیف سیستم ایمنی بدن در بیمارانی که سیستم ایمنی آنها سرکوب شده است. افراد مسن و نوزادان ، افرادی که سوء تغذیه دارند، بیماران مزمن و بیمارانی که تحت پروسیجرهای تهاجمی قرار گرفته اند.
- ✓ در بیماری سپسیس افت فشارخون، تغییر وضعیت ذهنی، کاهش اشباع اکسیژنی ، کاهش خروجی ادرار و تاکی کاردی را مشاهده می کنیم .

درمان حمایتی شامل:

- تجویز اکسیژن (اگر سختی تنفسی وجود دارد)
- تنظیم دقیق مایعات بدن و اصلاح الکترولیت ها و طریق سرم تراپی
- دارو درمانی برای کنترل فشارخون ، قند خون ، و شروع درمان انتی بیوتیک وسیع الطیف
- قطع موقت تغذیه از راه دهان
- در صورتی که علائمی مانند شوک در فرد ایجاد شود، باید او را به بخش مراقبت های ویژه منتقل کرد.
- علائم شوک عبارتند از: رنگ پریدگی، ضربان تند ولی ضعیف، تنفس تند ولی کم عمق، سرگیجه و عدم هوشیاری، فشار خون پایین
- کنترل علائم حیاتی و تنظیم حرارت محیط ضروری است.
- در صورت مثبت شدن کشت ها درمان باید ۷-۱۰ روز ادامه یابد

مراقبت و رژیم غذایی در بستری :

- از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به نوزاد خود خودداری کنید.
- داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار برای بیمار اجرا خواهد شد.
- با تیم مراقبتی در زمان انجام اقدامات تشخیصی و درمانی همکاری نمایید.
- ممکن است بیمار در ابتدا NP شود لذا نباید بدون اجازه پزشک چیزی از راه دهان مصرف کند.
- تغذیه درمانی تزریقی و مکمل های غذایی تزریقی داده خواهد شد.
- در صورت هوشیاری کامل و اجازه پزشک ابتدا رژیم مایعات و سپس غذای معمولی به بیمار داده می شود.
- میوه ها و آبمیوه های ترش و حاوی ویتامین ث مثل مرکبات و آب پرتقال بیشتر مصرف کنید .
- استراحت کافی داشته باشید تا بدن شما قدرت کافی برای مبارزه با میکروب ها را داشته باشد .

پرستار در حین ترخیص بیمار سپسیس موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل:

- میوه ها و آبمیوه های ترش و حاوی ویتامین ث مثل مرکبات و آب پرتقال بیشتر مصرف کنید .
- رژیم غذایی بیمار را به شکلی تنظیم کنید که از بروز یبوست جلوگیری کند، یبوست مزمن با ایجاد فشار باعث تخلیه ی ناکامل مثانه می شود
- اطمینان حاصل کنید که ترکیب خوبی از کربوهیدارتها، مواد مغذی در غذا و نوشیدنی خود دارید.
- چربی های سالم مانند روغن زیتون، آجیل، ماهی های چرب (مانند سالمون، تن)، سویا برای تامین پروتئین بدن شما ضروری هستند که مانند بلوک ساختمانی برای توده عضلانی است.
- شما می توانید با مصرف تخم مرغ کامل، میوه و حتی کره بادام زمینی پروتئین دریافت کنید.

دارو در منزل:

- در صورت تجویز آنتی بیوتیک دارو را دقیقا در زمان معین مصرف کنید و حتما دوره ی درمان را تا پایان کامل کنید، این زمان معمولا ۷ روز است ولی در مورد عفونت های شدید که کلیه ها را درگیر می کند ۱۰ - ۱۴ روز ادامه می یابد.
- مصرف غلط آنتی بیوتیک ها باعث مقاوم شدن میکروب ها، باقی ماندن میکروب ها و افزایش احتمال تکرار عفونت در آینده می شود.

فعالیت و مراقبت در منزل:

- ✓ در صورتی که بیمار سوند فولی دارد مراقبتهای آن را آموزش دهید.
- ✓ در صورتی که بیمار قادر به حرکت نمی باشد اقدامات پیشگیرانه از زخم بستر و ترومبوآمبولی را آموزش دهید.
- ✓ در صورتی که بیمار سوند معده دارد روش تغذیه از راه سوند معده و مراقبت از آن را آموزش دهید.
- ✓ بهداشت ناحیه تناسلی را رعایت نمایید
- ✓ دستهای خود را مرتب بشویید.
- ✓ مراقبت تشنج بیمار باشید زیرا بالا رفتن تب و هایپرترمی می تواند زمینه ساز تشنج باشد.

علائم هشدار وزمان مراجعه بعدی به پزشک:

- تب، ضربان قلب سریع، تغییر وضعیت ذهنی و خشکی غشاهای مخاطی می تواند نشان دهنده یک عارضه در حال پیشرفت مانند شوک سپتیک باشد در صورت وجود این علائم هرچه سریعتر به اورژانس مراجعه کنید.
- زمان مراجعه بعدی به پزشک را با بیمار و خانواده وی هماهنگ کنید.

عفونت ادراری بزرگسالان

جدول فرایند پرستاری در عفونت ادراری:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. اختلال در دفع ادرار مرتبط با التهاب مخاط مثانه و مجرای ادرار.	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول درمان، بیمار: • تعداد دفعات ادرار در شبانه روز کاهش یابد (به محدوده طبیعی). • سوزش و درد هنگام ادرار به طور قابل توجهی کاهش یابد. • احساس تخلیه ناقص مثانه نداشته باشد.	• پایش الگوی ادرار: تعداد دفعات، حجم، و علائم همراه (سوزش، فوریت، تکرر) را ثبت کنید. • پایش ظاهر ادرار: کدورت، رنگ، وجود خون را بررسی کنید. • تشویق به مصرف مایعات: مصرف مایعات را به ۸-۶ لیوان در روز (حداقل ۲-۱٫۵ لیتر) افزایش دهید (مگر موارد منع پزشکی). • دفع مکرر: به بیمار توصیه کنید هر ۳-۲ ساعت یکبار ادرار کند و از نگه داشتن طولانی مدت ادرار خودداری نماید. • حمام گرم: نشستن در وان آب گرم می تواند به کاهش سوزش کمک کند. • آموزش: به بیمار آموزش دهید که در زمان ادرار کاملاً مثانه را تخلیه کند و برای کاهش سوزش، هنگام ادرار آب ولرم روی ناحیه تناسلی بریزد.	• آیا تعداد دفعات ادرار کاهش یافته است؟ • آیا بیمار از کاهش سوزش خبر می دهد؟ • آیا احساس تخلیه ناقص کاهش یافته است؟
۲. هایپرترمی (تب) مرتبط با پاسخ التهابی سیستمیک به عفونت (به ویژه در پیلونفریت).	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری، بیمار: • دمای بدن به محدوده نرمال (۳۶/۳۷-۵/۵ درجه) کاهش یابد. • تعداد دفعات لرز کاهش یابد یا قطع شود. • علائم حیاتی (ضربان قلب، تنفس) بهبود یابد.	• پایش دما: دمای بدن را هر ۴ ساعت اندازه گیری و ثبت کنید. • پایش علائم حیاتی: ضربان قلب و تنفس را همراه با دما بررسی کنید (تاکی کاردی و تاکی پنه همراه با تب). • کمپرس ولرم: در صورت تب بالا، از کمپرس ولرم استفاده کنید (از آب سرد خودداری شود). • تنظیم محیط: دمای اتاق را مناسب نگه دارید، از پتوی سبک استفاده کنید. • تجویز دارو: داروهای تب بر (استامینوفن) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. • هیدراتاسیون: مصرف مایعات را برای جبران آب از دست رفته افزایش دهید. • آموزش: به بیمار توضیح دهید که تب با کنترل عفونت کاهش می یابد و مصرف منظم داروها ضروری است.	• آیا دمای بدن کاهش یافته است؟ • آیا لرز قطع شده است؟ • آیا بیمار از کاهش ناراحتی خبر می دهد؟
۳. درد حاد مرتبط با التهاب مخاط مثانه (درد سوپراپوبیک) یا درگیری کلیه (درد پهلو در پیلونفریت).	طی ۲۴-۴۸ ساعت اول درمان، بیمار: • شدت درد (مقیاس ۰-۱۰) به کمتر از ۳ کاهش یابد. • بتواند بدون ناراحتی ادرار کند. • به فعالیت های عادی خود بازگردد.	• بررسی درد: محل (شکم تحتانی، پهلو)، شدت، کیفیت و عوامل تشدیدکننده (ادرار کردن) را بررسی کنید. • پوزیشن راحت: به بیمار کمک کنید وضعیت راحت پیدا کند. • کمپرس گرم: کیسه آب گرم روی ناحیه سوپراپوبیک یا پهلو (در صورت عدم وجود خونریزی) می تواند به کاهش درد کمک کند. • تجویز دارو: مسکن ها (استامینوفن، NSAIDs) در صورت عدم موارد منع را طبق دستور تجویز کنید.	• آیا شدت درد کاهش یافته است؟ • آیا بیمار می تواند راحت تر ادرار کند؟

	• آموزش: به بیمار توضیح دهید که با کنترل عفونت، درد کاهش خواهد یافت.		
۴. خطر انتشار عفونت (پیلونفریت/سپسیس) مرتبط با احتمال گسترش عفونت از مثانه به کلیه‌ها یا ورود به جریان خون (به ویژه در بیماران پرخطر).	در طول مدت بستری، بیمار: • علائم پیلونفریت (تب بالا، لرز، درد پهلو، تهوع) کنترل شود. • علائم سپسیس (افت فشار خون، تاکی کاردی، کاهش سطح هوشیاری) مشاهده نشود.	• پایش دقیق علائم حیاتی: فشار خون، ضربان قلب و دما را هر ۴ ساعت پایش کنید. • پایش علائم پیلونفریت: درد پهلو، تهوع، استفراغ، تب و لرز را بررسی کنید. • پایش علائم سپسیس: افت فشار خون، تاکی کاردی، تاکی پنه، کاهش سطح هوشیاری، گیجی. • اخذ نمونه کشت ادرار: قبل از شروع آنتی بیوتیک، نمونه کشت ادرار اخذ شده باشد. • تجویز آنتی بیوتیک: آنتی بیوتیک‌های تجویزی را دقیقاً و به موقع تجویز کنید. • پایش آزمایشگاهی: نتایج CBC، CRP، کراتینین و الکترولیت‌ها را پیگیری کنید. • آمادگی برای اقدامات تشخیصی: برای انجام سونوگرافی یا CT scan در صورت شک به عوارض هماهنگ کنید.	• آیا علائم پیلونفریت کنترل شده است؟ • آیا علائم سپسیس مشاهده نمی‌شود؟ • آیا نتایج آزمایشگاهی بهبود یافته است؟
۵. خطر عفونت مجدد/عود مرتبط با عوامل خطر زمینه‌ای (آناتومی، رفتارهای جنسی، بی‌بوست، عدم رعایت بهداشت).	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر باشند: • عوامل خطر را شناسایی کرده و راه‌های پیشگیری را رعایت کنند. • علائم هشدار عود را بشناسند. • برنامه پیگیری را بدانند.	آموزش ترخیص (پیشگیری از عود): • آموزش مصرف مایعات: مصرف حداقل ۶-۸ لیوان آب در روز (برای شستشوی مکانیکی باکتری‌ها). • آموزش دفع مکرر ادرار: هر ۲-۳ ساعت یکبار ادرار کند و از نگه داشتن طولانی مدت خودداری نماید. • آموزش دفع ادرار پس از رابطه جنسی: برای دفع باکتری‌های احتمالی وارد شده به مجرای ادرار. • آموزش بهداشت: - شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب (به ویژه در زنان). - پرهیز از استفاده از دوش‌های واژینال و اسپری‌های بهداشتی معطر. - تعویض روزانه لباس زیر و استفاده از لباس زیر نخی. • آموزش پیشگیری از بی‌بوست: مصرف فیبر کافی و مایعات. • آموزش در مورد آب زغال اخته: ممکن است در پیشگیری از عفونت‌های عودکننده مؤثر باشد (به صورت آب طبیعی یا مکمل). • آموزش علائم هشدار عود: سوزش ادرار، تکرر، فوریت، تب، درد پهلو. • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات (ادرار کشت) را مشخص کنید.	• از بیمار بپرسید: "برای پیشگیری از عفونت ادراری چه کارهایی می‌توانید انجام دهید؟" • از بیمار بپرسید: "چه علائمی نشان می‌دهد که عفونت شما برگشته است؟" • آیا بیمار نحوه صحیح شستشو را می‌داند؟
۶. کمبود دانش در مورد مصرف صحیح	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر باشند:	آموزش دارویی ترخیص: • تکمیل دوره درمان: تأکید کنید که آنتی بیوتیک باید حتی	• از بیمار بپرسید: "اگر پس از ۳ روز مصرف

دارو، علائم شما قطع شد، آیا می‌توانید مصرف دارو را قطع کنید؟ • از بیمار بپرسید: "چه عوارضی را باید به پزشک گزارش دهید؟"	پس از قطع علائم، تا پایان دوره تجویز شده مصرف شود. • زمان مصرف: داروها را در ساعات منظم و طبق دستور مصرف کند. • عوارض جانبی: عوارض شایع (تهوع، اسهال، سردرد) و عوارض جدی (بثورات پوستی، تنگی نفس، اسهال شدید) را توضیح دهید و در صورت بروز عوارض جدی، به پزشک مراجعه کند. • تداخلات دارویی: در صورت مصرف داروهای دیگر، با پزشک مشورت کند. • پرهیز از مصرف خودسرانه: از مصرف آنتی‌بیوتیک‌های باقی‌مانده از دوره قبلی یا برای دیگران خودداری کند.	• نحوه صحیح مصرف آنتی‌بیوتیک (دوز، زمان، مدت) را توضیح دهند. • اهمیت تکمیل دوره درمان را بدانند. • عوارض جانبی احتمالی را بشناسند و در صورت بروز، اقدام مناسب را انجام دهند.	آنتی‌بیوتیک مرتبط با عدم آگاهی از اهمیت تکمیل دوره درمان و عوارض جانبی.
• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار سوالات خود را می‌پرسد؟	• حضور حمایتی: با لحنی آرام و همدلانه به نگرانی‌های بیمار گوش دهید. • آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. • اطمینان بخشی: به بیمار اطمینان دهید که با درمان مناسب، علائم به سرعت بهبود می‌یابد. • حمایت خانواده: خانواده را در حمایت عاطفی بیمار مشارکت دهید.	طی ۴۸-۲۴ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند سوالات خود را بپرسد و در مورد بیماری صحبت کند.	۷. رنج روانی (اضطراب، نگرانی) مرتبط با ناراحتی ناشی از علائم، ترس از عود یا عوارض بیماری.

نیازها و اولویتهای آموزشی عفونت ادراری

آموزش علل و علائم عفونت ادراری	نگه نداشتن ادرار و عدم انجام ورزشهای سنگین
راههای تشخیص و امادگی تستهای تشخیصی و نمونه گیری	مصرف میوه و ابمیوه های ترش ، مرکبات، قره قروت
مصرف مایعات فراوان و استراحت کافی	نظافت ناحیه تناسلی و پوشش زیر کاملا نخی
تکمیل دوره درمان آنتی بیوتیکی	نپوشیدن لباسهای تنگ و چسب
مصرف داروها وعوارض ان	رژیم غذایی ملین جهت جلوگیری از یبوست
منع مصرف زیاد قهوه و نسکافه، نوشیدنی گازدار، غذاهای تند	درمان عفونتهای ناحیه تناسلی
علائم هشدار(درد شدید پهلوها، تهوع استفراغ شدید، تب ، بیحالی و افت سطح هوشیاری، کاهش ادرار	

تعریف بیماری و روند درمان:

عفونت ادراری به عفونت هر یک از اجزای دستگاه ادراری (کلیه‌ها، حالب‌ها، مثانه، مجرای ادرار) گفته می‌شود و دومین عفونت شایع در بزرگسالان است.

انواع عفونت ادراری :

- سیستیت (عفونت مثانه): شایع‌ترین نوع، با سوزش و تکرر ادرار.
- پیلونفریت (عفونت کلیه): عفونت ascend به کلیه‌ها، همراه با تب و درد پهلو.
- باکتریوری بدون علامت: وجود باکتری در ادرار بدون علائم.

علل اصلی :

- باکتری اشریشیاکلی (**E. coli**): عامل ۷۵-۹۵٪ عفونت‌های ادراری بدون عارضه.
- سایر باکتری‌ها: کلبسیلا، پروتئوس، انتروکوک، استافیلوکوک ساپروفیتیکوس.
- قارچ‌ها: کاندیدا (در بیماران با کاتتر یا دیابت).

عوامل خطر :

- در زنان: آناتومی مجرای ادرار کوتاه‌تر، نزدیکی به مقعد، فعالیت جنسی، استفاده از اسپرم‌کش‌ها، دیافراگم.
- در مردان: هیپرتروفی خوش‌خیم پروستات (BPH)، عدم ختنه.
- سن بالا (به ویژه در سالمندان)

کاتتر ادراری

• دیابت

• بارداری

• سابقه قبلی عفونت ادراری

• بیوست مزمن

• بیماری‌های نوروزنیک مثانه

درمان بر اساس نوع عفونت، شدت علائم و وضعیت بیمار تعیین می‌شود:

• سیستیت بدون عارضه (زنان غیرباردار سالم):

- آنتی‌بیوتیک خوراکی کوتاه مدت (۳-۵ روز). گزینه‌ها: نیتروفورانتوئین، تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول، فسفومایسین.
- مصرف مایعات فراوان.

• پیلونفریت حاد (بدون عارضه):

- آنتی‌بیوتیک خوراکی یا وریدی (بسته به شدت) به مدت ۷-۱۴ روز. گزینه‌ها: فلوروکینولون‌ها، سفالوسپورین‌ها.
- در موارد شدید: بستری و آنتی‌بیوتیک وریدی.

• عفونت ادراری عارضه‌دار (با کاتتر، انسداد، دیابت، بارداری):

- آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و طولانی‌تر (۷-۱۴ روز).
- رفع عامل زمینه‌ای (تعویض کاتتر، رفع انسداد).

• پیشگیری:

- مصرف مایعات کافی.
- دفع ادرار پس از رابطه جنسی.
- رعایت بهداشت.
- در موارد عود مکرر: آنتی بیوتیک پروفیلاکسی.

تغذیه در زمان بستری

- ✓ روزانه حداقل ۶-۸ لیوان آب بنوشید.
- ✓ آب میوه تازه حاوی ویتامین ث استفاده نمایید
- ✓ از نوشیدن نوشیدنی های شیرین و آب میوه های شیرین پرهیز کنید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در صورت داشتن تب و عدم تحمل فعالیت تا سپری شدن دوره حاد بیماری فعالیت خود را محدود کنید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ از دستکاری سرم و رابط ها اجتناب کنید.
- ✓ دستورات دارویی طبق تجویز پزشک در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما اجرا میشود.
- ✓ ادرار خود را از نظر رنگ و بو و کدورت کنترل کرده و به پرستار اطلاع دهید.
- ✓ هیچگاه احساس دفع ادرار را نادیده نگیرید و سعی کنید هر بار مثانه را کاملاً خالی کنید.
- ✓ لباس های زیر خود را از نوع نخی انتخاب کنید و از جوراب شلواری هایی که قسمت بالای آن نخی است استفاده کنید.
- ✓ در صورت داشتن سوند ادراری کیسه ادرار را بالاتر از سطح بدن قرار ندهید زیرا ادرار آلوده وارد مثانه می شود و باعث عفونت مثانه می شود.
- ✓ کیسه تخلیه ادرار نباید با زمین تماس داشته باشد بهتر است بصورت قلاب هایی از لب تخت آویزان باشد.
- ✓ مراقب تا خوردن یا پیچ خوردن و بسته شدن لوله ادراری باشید. ادرار باید به راحتی در لوله جریان داشته باشد.

پرستار در زمان ترخیص بیمار عفونت ادراری موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی در منزل

- در طول روز زیاد مایعات بنوشید و از مصرف نوشیدنی های شیرین و آب میوه های شیرین پرهیز کنید و میزان توصیه شده ۶-۸ لیوان آب تصفیه شده در روز است.
- سعی کنید مصرف آلرژن ها، نگهدارنده ها و افزودنی های غذایی را کاهش دهید.
- به جای گوشت قرمز، ماهی و سویا و لوبیا ها را به عنوان منبع پروتئین مصرف کنید.
- مواد غذایی حاوی آنتی اکسیدان مثل میوه هایی چون زغال اخته، گیلاس و سبزیجاتی مانند کدو حلوایی و گوجه فرنگی را بیشتر مصرف کنید.
- مواد غذایی حاوی فیبر مثل لوبیا، جو، ریشه سبزیجات مثل سیب زمینی و دانه پسیلیوم (دانه گیاه اسفرزه) را بیشتر مصرف کنید.
- از مصرف زیاد مواد غذایی تصفیه شده مانند نان سفید، پاستا و به ویژه شکر اجتناب کنید.
- روغن های پخت و پز سالم مثل روغن زیتون یا روغن سبزیجات را مصرف نمایید.
- مصرف اسیدهای چرب ترانس را در رژیم غذایی خود کاهش دهید یا در صورت امکان آنها را حذف کنید: این نوع اسیدهای چرب معمولاً در مواد غذایی پخته شده در صنایع غذایی مثل کلوچه ها، بیسکویتهای خشک نمکی، سیب زمینی سرخ کرده، مواد غذایی فرآوری شده و مارگارین وجود دارند.

- اجتناب از مصرف قهوه و سایر محرک ها مانند الکل و تنباکو و چای غلیظ زیرا با تحریک مثانه احتمال ابتلا به عفونت را افزایش میدهند
- اجتناب از مصرف محرک هایی مثل سرکه و ادویه جات.

فعالیت در منزل

- پس از بهبود علائم حاد بیماری و افزایش قدرت جسمانی فعالیت های خود را افزایش دهید و در برنامه ریزی روزانه ورزشهای ملایم به همراه دوره های استراحت بگنجانید.
- حداقل ۳۰ دقیقه و ۵ بار در هفته ورزش کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ رعایت بهداشت فردی بویژه پس از اجابت مزاج و تعویض مرتب لباس زیر ضروری است.
- ✓ هیچ گاه ادرار کردن را به تاخیر نیندازید.
- ✓ همیشه به درستی خودتان را تمیز کنید و از جلو به سمت عقب خود را بشویید تا باکتری ها وارد دستگاه ادراری نشوند. از اسپری ویا عطر زنانه در دستگاه تناسلی استفاده نکنید.
- ✓ از پوشیدن لباسهای تنگ و شورت های نایلونی برای مدت طولانی خودداری کنید.
- ✓ پیش از مقاربت جنسی و بعد از آن ادرار کنید و دستگاه تناسلی را با آب و صابون ملایم بشوئید.
- ✓ از فرآورده های بهداشتی مخصوص دستگاه تناسلی (اسپری یا پودر) و صابون های قوی خودداری کنید
- ✓ عدم استفاده از وان هنگام استحمام کردن.
- ✓ در زمان مشخص شده توسط پزشک اگر نیاز باشد بعد از درمان باید آزمایش ادرار را تکرار کنید تا مشخص شود که عفونت برطرف شده است.
- ✓ انجام کشت های مکرر ادرار با فواصل معین در تمام دوره بارداری امری الزامی است تا از عدم بازگشت عفونت اطمینان حاصل شود.
- ✓ در شرایط خاصی که شما با لوله و یا سوند ادراری مرخص میشوید. لطفاً قبل و پس از دست زدن به لوله ادرای و کیسه تخلیه دستها را بشوئید.
- ✓ برای جلوگیری از آلودگی لوله ادرای را از کیسه تخلیه جدا نکنید.
- ✓ ادرار درون کیسه تخلیه را حداقل هر ۸ ساعت یکبار و یا در صورت زیاد بودن حجم ادرار با فواصل کمتر تخلیه کنید.
- ✓ از دست کاری لوله و کیسه تخلیه خودداری کنید.
- ✓ لازم به ذکر است که تعویض یا در آوردن لوله ادراری باید توسط افراد با تجربه انجام شود تا از صدمه رسیدن به مجرای ادرای بیمار جلوگیری شود.

دارو در منزل

در صورت تجویز آنتی بیوتیک به مدت کافی دوره درمان را کامل کنید.

علائم هشدار دهنده و زمان مراجعه بعدی

در صورت وجود علائم زیر به پزشک مراجعه شود:

- ✓ وجود خون و ترشحات چرکی در ادرار ، درد شدید پهلوها و کمر ، بروز یا تشدید تب و لرز ، تهوع و استفراغ شدید ، عدم توانایی خوردن یا نوشیدن ، بی حالی و کاهش سطح هوشیاری ، عدم بهبودی کامل پس از ۲ هفته ، بروز بثورات و ضایعات پوستی مثل کهیر که می تواند نشانه ی حساسیت به آنتی بیوتیک باشد.
- ✓ زمان ویزیت مجدد را با بیمار هماهنگ نمایید.

جدول فرایند پرستاری در صرع و تشنج:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. خطر آسیب مرتبط با تشنج غیرقابل کنترل، کاهش سطح هوشیاری و حرکات غیرارادی حین تشنج.	طی ۲۴ ساعت اول بستری و در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ آسیب فیزیکی (ضربه به سر، شکستگی، زخم) حین تشنج نداشته باشد. • نمره خطر سقوط در محدوده ایمن باقی بماند.	• محیط ایمن: نرده‌های تخت را همیشه بالا نگه دارید. تخت را در پایین‌ترین ارتفاع ممکن قرار دهید. از تشک‌های نرم استفاده کنید. اشیاء خطرناک را از اطراف بیمار دور کنید. • پیشگیری از سقوط: به بیمار کمک کنید هنگام راه رفتن از وسایل کمکی استفاده کند. در صورت احساس aura یا علائم هشدار، سریعاً بنشیند یا دراز بکشد. • اقدامات حین تشنج (آموزش و اجرا): - حفظ آرامش و ماندن در کنار بیمار. - زمان‌گیری مدت تشنج. - محافظت از سر با قرار دادن یک جسم نرم زیر آن. - چرخاندن بیمار به یک پهلو برای جلوگیری از آسپیراسیون. - شل کردن لباس‌های تنگ. - هشدار: هرگز چیزی در دهان بیمار قرار ندهید و سعی نکنید زبان را بیرون بیاورید. • پس از تشنج: بیمار را به پهلو بخواهانید، راه هوایی را باز نگه دارید و علائم حیاتی را پایش کنید.	• آیا بیمار دچار آسیب ناشی از تشنج شده است؟ • آیا اقدامات ایمنی حین تشنج به درستی انجام شده است؟
۲. پاکسازی ناکارآمد راه هوایی مرتبط با ترشحات دهان، بسته شدن عضلات حنجره و کاهش سطح هوشیاری حین و پس از تشنج تونیک-کلونیک.	طی ۲۴ ساعت اول، بیمار: • راه هوایی باز و بدون انسداد باقی بماند. • صداهای تنفسی واضح باشند. • سطح اشباع اکسیژن بالای ۹۲٪ حفظ شود.	• پوزیشن ایمن: بلافاصله پس از پایان تشنج، بیمار را به پهلو چپ (موقعیت ریکاوری) بچرخانید تا زبان و ترشحات راه هوایی را مسدود نکنند. • ساکشن: در صورت وجود ترشحات فراوان و عدم توانایی بیمار در تخلیه، ساکشن دهان و حلق را انجام دهید. • اکسیژن درمانی: در صورت کاهش اشباع اکسیژن، اکسیژن را با دوز تجویز شده وصل کنید. • پایش تنفس: تعداد تنفس، عمق و صداهای تنفسی را پس از تشنج به طور مکرر بررسی کنید. • آمادگی برای وسایل پیشرفته: در صورت تشنج طول کشیده (استاتوس اپی‌لپتیکوس)، برای لوله‌گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی آماده باشید.	• آیا راه هوایی باز است؟ • آیا اشباع اکسیژن نرمال است؟ • آیا علائم آسپیراسیون (سرفه، خس‌خس، تب) مشاهده نمی‌شود؟
۳. اضطراب مرتبط با غیرقابل پیش‌بینی بودن زمان تشنج، ترس از آسیب، نگرانی از طرد اجتماعی و انگ بیماری.	طی ۴۸-۷۲ ساعت اول بستری، بیمار: • سطح اضطراب خود را کاهش یافته گزارش دهد (با استفاده از مقیاس دیداری	• برقراری ارتباط درمانی: با لحنی آرام، همدلانه و غیرقضاوتی به نگرانی‌های بیمار گوش دهید. • آموزش: اطلاعات دقیق و قابل فهم در مورد ماهیت بیماری، محرک‌ها و درمان به بیمار و خانواده بدهید. دانش، عدم قطعیت و اضطراب را کاهش می‌دهد.	• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار احساسات خود را بیان می‌کند؟

• آیا کیفیت خواب بهبود یافته است؟	• تکنیک‌های آرام‌سازی: تنفس عمیق، مدیتیشن یا تصویرسازی ذهنی را به بیمار آموزش دهید. • تشویق به بیان احساسات: به بیمار اجازه دهید از ترس از انگ اجتماعی یا محدودیت‌های شغلی و رانندگی صحبت کند. • ارجاع به روانشناس: در صورت وجود اضطراب شدید یا علائم افسردگی، برای مشاوره روانشناسی ارجاع دهید. • شناسایی محرک‌ها: به بیمار کمک کنید محرک‌های شخصی تشنج (کم خوابی، استرس، نور) را شناسایی کند.	اضطراب). • بتواند درباره ترس‌ها و نگرانی‌های خود صحبت کند. • الگوی خواب بهبود یابد.	
• آیا بیمار سقوط کرده است؟ • آیا اقدامات ایمنی رعایت شده است؟	• ارزیابی خطر سقوط: با ابزار استاندارد مانند Morse Fall Scale خطر سقوط را ارزیابی کنید. بیماران با صرع به دلیل ماهیت غیرقابل پیش‌بینی تشنج و عوارض دارویی در معرض خطر بالای سقوط هستند. • محیط ایمن: نرده‌های تخت را بالا بزنید، مسیر حرکت را از اشیاء مزاحم خالی کنید، نور کافی در شب فراهم کنید. • کمک در راه رفتن: به بیمار آموزش دهید هنگام aura یا احساس ضعف، فوراً بنشینند یا دراز بکشند و از زنگ احضار استفاده کند. • پایش عوارض دارویی: بیمار را از نظر بروز سرگیجه، آتاکسی یا تاری دید پس از مصرف داروها بررسی کنید و در صورت بروز، اقدامات ایمنی را تشدید کنید.	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ سقوط یا زمین‌خوردگی نداشته باشد. • اقدامات پیشگیری از سقوط را رعایت کند.	۴. خطر سقوط مرتبط با aura (علائم هشدار) که می‌تواند منجر به سرگیجه و عدم تعادل شود، دوره‌های پس از تشنج (خواب‌آلودگی، گیجی) و عوارض جانبی داروهای ضد تشنج (آتاکسی، سرگیجه).
• آیا بیمار از وسایل یادآور استفاده می‌کند؟ • آیا خانواده از روش‌های کمک رسانی آگاه است؟	• پایش شناختی: شکایت بیمار از فراموشی را جدی بگیرید و در صورت امکان با ارزیابی ساده بررسی کنید. • کمک‌های یادآور: استفاده از جعبه قرص، ساعت زنگ‌دار، اپلیکیشن موبایل یا دفترچه یادداشت را برای یادآوری زمان مصرف داروها آموزش دهید. • آموزش به خانواده: به خانواده بیاموزید که با حوصله به بیمار در یادآوری موارد کمک کنند. • ارجاع: در صورت اختلال شناختی قابل توجه، برای ارزیابی نوروسایکولوژیک ارجاع دهید	در طول مدت بستری، بیمار: • با کمک یادآورها، بتواند برنامه درمانی (زمان داروها) را پیگیری کند. • احساس کند که کاهش حافظه مدیریت می‌شود.	۵. اختلال در حافظه مرتبط با آسیب مغزی زمینه‌ای، عوارض جانبی داروهای ضد تشنج یا عود مکرر تشنج.
• ارزیابی مجدد پس از مداخلات: • آیا خانواده نحوه برخورد با تشنج را می‌دانند؟ • آیا سطح استرس خانواده کاهش یافته است؟	• آموزش به خانواده: نحوه برخورد صحیح با تشنج، اقدامات حین و پس از تشنج، و زمان مراجعه به اورژانس را به طور عملی به خانواده آموزش دهید. • حمایت عاطفی: به نگرانی‌های خانواده گوش دهید و آنها را از نظر عاطفی حمایت کنید. • مشارکت در مراقبت: خانواده را در مراقبت از بیمار (در حد توان) مشارکت دهید. • ارجاع به گروه‌های حمایتی: خانواده را به انجمن‌های حمایت از بیماران صرع معرفی کنید تا با سایر خانواده‌ها در ارتباط باشند و از	طی مدت بستری و در برنامه ترخیص، خانواده: • استرس خود را کاهش یافته گزارش دهد. • اطلاعات کافی در مورد نحوه برخورد با تشنج دریافت کرده باشد. • شبکه حمایتی خود را شناسایی کند.	۶. فرآیندهای خانوادگی مختل مرتبط با استرس مراقبت از عضو خانواده با بیماری مزمن، ترس از تشنج، محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی.

	تجربیات آنها استفاده کنند. • پیشگیری از فرسودگی: به خانواده اهمیت مراقبت از خود و مدیریت استرس را یادآوری کنید		
ارزیابی مجدد در زمان ترخیص: • از بیمار پرسید: "اگر یک نوبت از داروی خود را فراموش کردید، چه کار می‌کنید؟" • از بیمار پرسید: "چه عواملی می‌تواند باعث تشنج شما شود؟" • از بیمار پرسید: "در صورت بروز تشنج طولانی، چه اقداماتی انجام می‌دهید؟" • آیا بیمار در مورد محدودیت رانندگی اطلاعات کافی دارد؟	• آموزش ماهیت بیماری: به زبان ساده توضیح دهید که صرع به معنای وجود اختلال در فعالیت الکتریکی مغز است و با دارو قابل کنترل است. • آموزش پایبندی به درمان دارویی: - تأکید کنید که داروهای ضد تشنج باید هر روز و سر ساعت مشخص مصرف شوند. قطع خودسرانه داروها شایع‌ترین علت عود تشنج است. - عوارض جانبی شایع (خواب‌آلودگی، سرگیجه، عدم تعادل) و عوارض جدی (بثورات پوستی، تشدید تشنج) را توضیح دهید و در صورت بروز آنها، باید با پزشک تماس بگیرد. - استفاده از جعبه قرص و یادآورها را آموزش دهید. - در صورت فراموش کردن یک نوبت، با پزشک مشورت کند (برخی داروها نیاز به اقدام فوری دارند). • آموزش ثبت دفترچه تشنج: به بیمار و خانواده آموزش دهید که تاریخ، زمان، مدت، نوع تشنج و اتفاقات قبل از آن (محرک‌ها) را ثبت کنند. این اطلاعات برای تنظیم درمان بسیار ارزشمند است. • آموزش در مورد محرک‌ها: به بیمار در شناسایی محرک‌های شخصی (کم‌خوابی، استرس، نور، الکل) کمک کنید و راه‌های اجتناب از آنها را آموزش دهید. • آموزش محدودیت‌های قانونی: - رانندگی: بسته به قوانین محلی، معمولاً بیماران مبتلا به صرع تا مدت مشخصی (مثلاً ۶ ماه تا یک سال) پس از آخرین تشنج مجاز به رانندگی نیستند. این موضوع را شفاف با بیمار در میان بگذارید. - کار و فعالیت: در مورد محدودیت‌های شغلی (کار در ارتفاع، کار با ماشین‌آلات سنگین) و فعالیت‌های پرخطر (شنا به تنهایی) توضیح دهید. • آموزش علائم خطر (نیاز به مراجعه فوری): - تشنج طول کشیده (بیش از ۵ دقیقه). - تشنج‌های پشت سر هم بدون بهبودی هوشیاری بین آنها (استاتوس اپی‌لپتیکوس). - آسیب حین تشنج. - اولین بار تشنج. - بارداری یا قصد بارداری (نیاز به تنظیم داروها دارد). • پیگیری: زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات (بررسی سطح دارو در خون در صورت نیاز) را مشخص کنید.	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر باشند: • علل و محرک‌های تشنج را توضیح دهند. • اهمیت مصرف منظم داروهای ضد تشنج و عوارض جانبی آنها را بدانند. • نحوه ثبت دفترچه تشنج را بدانند. • محدودیت‌های قانونی (به ویژه رانندگی) را توضیح دهند. • علائم هشدار که نیاز به مراجعه فوری به پزشک دارد را بشناسند.	۷. کمبود دانش در مورد بیماری، درمان و خودمراقبتی مرتبط با عدم آشنایی با ماهیت صرع، محرک‌ها، اهمیت پایبندی به داروها، عوارض جانبی، محدودیت‌های قانونی (رانندگی) و ایمنی.

نیازهای آموزشی در بیماران صرع و تشنج

آموزش علائم و علل تشنج
آموزش رژیم غذایی، پیشگیری از سقوط، رعایت نکات ایمنی بیمار (بالابودن نرده تخت) و میزان فعالیت و تحرک بیمار
آموزش اقدام صحیح در هنگام بروز تشنج
آموزش مصرف صحیح و به موقع داروها
اجتناب از کارهای حساس مثل شناکردن به تنهایی
داشتن خواب کافی و پیشگیری از تب و خستگی
رژیم غذایی مناسب و پرهیز از گرسنگی
اجتناب از رانندگی تا یکسال
آموزش علایم هشداردهنده (تب، اشکال در راه رفتن، سرگیجه، خواب الودگی، سستی و بیحالی، خواب نامناسب، اختلال بینایی) و مراجعه به پزشک

پرستار در زمان بستری بیمار تشنج موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

تشنج به عنوان نشانه ها و/یا علائمی تعریف می شود که در اثر فعالیت نورونی غیرطبیعی، بیش از حد یا همزمان در مغز ایجاد می گردد
صرع یک بیماری مزمن مغزی است که با استعداد پایدار برای ایجاد تشنج و با عواقب نوروبیولوژیکی، شناختی و روانی مشخص می شود

علل اصلی تشنج :

- ایدیوپاتیک (ژنتیکی) :با سابقه خانوادگی و بدون علت ساختاری مشخص.
- ساختاری :ناشی از آسیب مغزی مانند سکتة مغزی، ضربه به سر، تومورها، عفونت ها (مننژیت، آنسفالیت)، یا ناهنجاری های مادرزادی.
- متابولیک :اختلالات الکترولیتی شدید (هیپوناترمی، هیپوکلسمی)، هیپوگلیسمی، نارسایی کبدی یا کلیوی.
- عفونی :نوروسیسیتیس کوز، HIV، مالاریای مغزی.
- خودایمنی :آنسفالیت خودایمنی.
- دارویی/ترک :مصرف برخی داروها (بوپروپیون، ایزونیازید) یا ترک ناگهانی داروها (الکل، بنزودیازپین ها، باربیتورات ها).

عوامل محرک (در افراد با صرع شناخته شده) :کم خوابی، استرس، تب، نورهای چشمک زن، قاعدگی، الکل، عدم پایبندی به داروهای ضد تشنج

درمان بر اساس نوع تشنج، سندرم صرع، سن بیمار و شرایط همراه تعیین می شود:

•درمان دارویی (ضد تشنج):

-انتخاب دارو بر اساس نوع تشنج (فوکال، ژنرالیزه، یا نامشخص) صورت می گیرد. گزینه ها شامل لوتیراستام، لاموتریژین، والپروات سدیم، کاربامازپین و غیره است.

-درمان معمولاً با یک دارو (مونوتراپی) شروع و دوز آن تا رسیدن به کنترل تشنج یا بروز عوارض جانبی تنظیم می شود.

- در صورت عدم پاسخ، می‌توان به ترکیبی از داروها (پلی‌تراپی) روی آورد.
- تشنج‌های عملکردی به داروهای ضد تشنج پاسخ نمی‌دهند و نیاز به مداخلات روانشناختی دارند.

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

- چند ساعت بعد از وقوع تشنج طبق دستور پزشک ناشتا باشید و در صورت اجازه پرستار ابتدا رژیم مایعات را شروع کنید.
- از خوردن و آشامیدن زیاد پرهیز کنید.
- از خوردن چای، قهوه و مواد کافئین دار اجتناب کنید.

فعالیت در زمان بستری

- تازمانیکه خطر تشنج وجود دارد نرده های تخت بالا باشد و بیمار بدون اجازه پرستار حق خروج از تخت را ندارد به دلیل احتمال سقوط.
- در صورتی که پزشک اجازه داده است و میتوانید همه اعضای خود را حرکت دهید و احساس ضعف ندارید میتوانید فعالیتهای طبیعی خود را داشته باشید ولی بایستی با کمک تیم مراقبتی از تخت خارج شوید.
- در بستر پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون درعروق پاها پیشگیری شود.

مراقبت در زمان بستری

- درحین بستری برای شما (EEG نوار مغز) انجام خواهد شد.
- به صورت دوره ای تستهای خونی از شما گرفته میشود.
- در صورت بروز علائمی مانند: یک احساس عجیب و غریب، یک بو یا مزه خاص سریعاً به پرستار اطلاع دهید.
- در صورت داشتن سردرد و حالت گیجی و منگی و احساس ضعف در اندامها به پرستار اطلاع دهید.
- در صورت داشتن احساس غیر طبیعی و نا آرامی آن را به پزشک اطلاع دهید.
- نرده های محافظ کنار تخت را بالا بکشید.
- در صورت خروج از تخت حتماً پرستار را در جریان امر قرار دهید.
-

دارو در بستری

- ✓ داروهای ضد تشنج طبق دستور پزشک در فواصل وساعات مشخص توسط پرستار تجویز میشود.
- ✓ در صورت بروز علائمی مانند: پوسته پوسته شدن و کهیر بعد از مصرف دارو سریعاً آنها را به پزشک خود اطلاع داده شود.

پرستار در زمان ترخیص بیمار تشنج موارد زیر را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- مصرف غذاهای غنی از ویتامین (D مثل شیر و لبنیات) را افزایش دهید.
- از رژیم سبزیجات و میوه های تازه و حبوبات استفاده کنید.
- در صورتی که داروها باعث حالت تهوع میشوند از مصرف غذاهای بودار و سرخ کرده خودداری کنید.
- برای پیشگیری از افت قند خون(که یکی از عوامل خطرناک تشنج است) وعده های غذایی منظم داشته باشید و از میان وعده های کوچک استفاده کنید.
- از خوردن چای، قهوه و مواد کافئین دار اجتناب کنید.

فعالیت در منزل

- ✓ از استرس، عصبانیت، فعالیت بدنی بیش از اندازه و انجام فعالیتهای سنگین به خصوص در گرما اجتناب کنید.
- ✓ از ورزشهای سنگین به خصوص ورزشهایی که در هنگام حمله خطر ناک هستند مانند: شنا، کوهنوردی، غواصی، ماشین سواری، موتور سواری، دوچرخه سواری و... اجتناب کرده در صورت تمایل به انجام آنها و نکات ایمنی مرتبط با آنها را یاد بگیرید و انجام دهید.
- ✓ برای ورزش کردن یک فضای امن را انتخاب کنید. در جاهای لغزنده و کم نور که کار در آن فضا با خطراتی همراه است ورزش نکنید.
- ✓ حد اقل ۶ الی ۸ ساعت در شبانه روز استراحت کنید.

مراقبت در منزل

- ❖ از استرسهای عاطفی اجتناب کنید.
- ❖ از مصرف نوشابه های الکلی و استعمال دخانیات خودداری کنید چون الکل میتواند روی داروها اثر بگذارد.
- ❖ عوامل ایجاد حمله را شناسایی و از آنها اجتناب کنید. (مانند نور شدید لامپ، مانیتور کامپیوتر، تلویزیون یا سروصدای زیاد)
- ❖ به یاد داشته باشید تب و عفونت میتوانند باعث بروز تشنج شوند. (هرچند تب و تشنج بیشتر در کودکان ملاحظه میشود)
- ❖ سعی کنید بیشتر در دید باشید و هنگام حمام کردن افراد خانواده را در جریان قرار دهید و به تنهایی شنا نکنید.
- ❖ کارت شناسایی پزشکی برای مواقع ضروری به همراه داشته باشید.

دارو در منزل

- ✓ هرگز داروهایتان را بدون دستور پزشک قطع نکنید. اندازه گیری غلظت داروها در خون را طبق دستور پزشک (به صورت دوره ای) انجام دهید.

در صورت مصرف داروهای ضد تشنج:

- ✓ بهداشت دهان و لثه رعایت شود و به طور دوره ای توسط دندانپزشک ویزیت شوید.
- ✓ در هنگام مصرف دارو از انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری کامل دارد اجتناب کنید.
- ✓ قبل از هر نوع جراحی پزشک را مطلع کنید.
- ✓ در صورتی که باردار هستید به پزشک معالج اطلاع دهید.
- ✓ بدون اجازه پزشک داروهای گیاهی، محرکها و خواب آور مصرف نکنید و داروهایتان را هر روز به صورت مرتب مصرف کنید.
- ✓ در صورت بروز تب آن را سریعاً درمان کنید و مایعات فراوان بنوشند، از پوشاندن لباس زیاد به کودک خودداری کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت علائم تب، گلودرد، خونریزی زیر پوستی و خونمردگی خود به خودی و سایر علائم جدید به پزشک مراجعه کنید.
- ✓ اگر تشنج بیش از ۵-۳ دقیقه طول کشید با مرکز فوریتهای پزشکی (۱۱۵) تماس بگیرید.
- ✓ به طور منظم جهت کنترل بیماری و تنظیم میزان داروها به پزشک معالج مراجعه نمائید.

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
اختلال در تحرک فیزیکی مرتبط با سفتی عضلات، ترمور و برادی کینزی	۱. بیمار بتواند با حداقل کمک راه برود. ۲. کاهش سفتی و بهبود دامنه حرکتی.	کمک به تمرینات RM دو بار در روز. آموزش تکنیک‌های راه رفتن: قدم‌های کوتاه، توجه به نقطه ثابت. استفاده از وسایل کمکی (walker، عصا). هماهنگی با فیزیوتراپی برای تمرینات قدرتی.	- بهبود تعادل. - کاهش سقوط. - افزایش استقلال در تحرک.
خطر سقوط مرتبط با عدم تعادل، سفتی و ترمور	۱. بیمار طی شیفت سقوط نکند. ۲. محیط امن فراهم شود.	- حذف موانع محیطی، تنظیم نور. - استفاده از کفش ضدلغزش. - قرار دادن نرده کنار تخت. - آموزش برخاستن آهسته از تخت.	- عدم وقوع سقوط. - گزارش بیمار از احساس امنیت بیشتر.
اختلال در بلع مرتبط با ضعف عضلات دهان و حلق	۱. بیمار بدون Aspiratin غذا مصرف کند. ۲. وزن ثابت یا افزایش یابد.	- ارزیابی سطح بلع و صداهای خرخر. - قرار دادن بیمار در وضعیت ۹۰ درجه هنگام غذا. - استفاده از غذاهای نیم‌جامد. - آموزش لقمه‌های کوچک و سرعت کم.	- عدم سرفه و خفگی. - حفظ وزن. - گزارش بهبود بلع.
یبوست مرتبط با کاهش حرکات روده، داروها و کم‌تحرکی	۱. دفع طبیعی ۳-۱ بار در هفته. ۲. کاهش زور زدن.	- افزایش مصرف مایعات (۱.۵-۲ لیتر). - مصرف فیبر: میوه، سبزی، سیوس. - تشویق به فعالیت حرکتی سبک. - بررسی نیاز به ملین‌ها طبق دستور.	- دفعات دفع منظم. - کاهش شکایت از نفخ و درد شکم.
غیرموثر بودن الگوی تنفس مرتبط با ضعف عضلات تنفسی	۱. حفظ اشباع اکسیژن بالای ۹۲٪. ۲. کاهش تنگی نفس.	- ارزیابی Sa2 و الگوی تنفس. - تمرینات تنفسی دیافراگمی. - کمک به سرفه مؤثر. - قرار دادن بیمار در وضعیت نیم‌نشسته.	- Sa2 بالا. - کاهش دیسترس تنفسی. - تهویه بهتر ریه‌ها.
اختلال در تغذیه (کمتر از نیاز بدن)	۱. وزن بیمار در محدوده مطلوب حفظ شود. ۲. دریافت کالری کافی.	- وعده‌های کوچک و مکرر. - آموزش مصرف پروتئین کافی. - تنظیم زمان مصرف لوودوپا با غذاهای پروتئینی. - ارجاع به کارشناس تغذیه.	- تثبیت وزن. - کاهش ضعف. - ثبت میزان کالری دریافتی.
اختلال در تکلم مرتبط با سفتی و ضعف عضلات صورت	۱. بیمار بتواند پیام‌های خود را واضح‌تر منتقل کند.	- تمرینات تقویت عضلات صورت و زبان - صحبت آرام، شمرده و با تنفس کافی. - هماهنگی با گفتاردرمانی.	- افزایش وضوح تکلم. - کاهش نیاز به تکرار.
آمادگی برای ارتقای دانش و مهارت خودمراقبتی در منزل مرتبط با نیاز به مدیریت علائم و داروها	۱. بیمار و خانواده نحوه مصرف داروها، تغذیه، پیشگیری از سقوط و مراقبت‌های خانگی را توضیح دهند. ۲. بیمار قادر به ادامه برنامه درمانی با حداقل خطا باشد.	- آموزش زمان و نحوه مصرف لوودوپا و سایر داروها. - آموزش علائم هشداردهنده (افزایش سفتی، سقوط، اختلال بلع). - آموزش رژیم غذایی مناسب: وعده‌های کوچک، تنظیم پروتئین با دارو. - آموزش تکنیک‌های تحرک ایمن در خانه. - تهیه برگه آموزش ترخیص شامل داروها، مراقبت‌ها، فیزیوتراپی، اورژانس‌ها. - پیگیری تلفنی و تعیین نوبت کنترل بعدی.	- بیمار و خانواده نحوه مصرف دارو و اقدامات خانگی را بازگو کنند - بیمار برنامه دارویی را بدون خطا اجرا کند. - کاهش مراجعه غیرضروری به اورژانس.

پارکینسون
آموزش بیماری و علل و علائم
مصرف دارو و داروهای ممنوعه
پیشگیری از سقوط
تغذیه و بلع
حرکت و جابجایی و مراقبت از اتصالات
آموزش علایم هشدار

پرستار در طول بستری به بیمار خانواده اش در مورد بیماری پارکینسون آموزش های زیر را می دهد.

تعریف بیماری و علل و علایم:

پارکینسون یک بیماری مزمن و پیشرونده مغزی است که در اثر کاهش تدریجی ماده های به نام **دوپامین** در مغز ایجاد می شود. دوپامین یک پیام رسان شیمیایی است که به هماهنگی حرکات بدن کمک می کند. وقتی دوپامین کم شود، حرکات بدن دچار اختلال می شود. علت دقیق پارکینسون در اکثر موارد **ناشناخته** است (ایدیوپاتیک). با این حال، عوامل زیر می توانند نقش داشته باشند:

- افزایش سن: شایع ترین عامل خطر.
 - ژنتیک: سابقه خانوادگی در موارد نادر.
 - عوامل محیطی: تماس با برخی سموم و آفت کش ها (در برخی مطالعات).
- علائم به دو دسته حرکتی و غیر حرکتی تقسیم می شوند:

علائم حرکتی: (Mtr Symptms)

- لرزش: (Tremr) لرزش در حالت استراحت، معمولاً در دست ها، پاها یا چانه. (مثل "شمارش پول").
- سفتی عضلات: (Rigidity) خشکی و سفتی در بازوها، پاها یا تنه که باعث محدودیت حرکتی می شود.
- کندی حرکت: (Bradykinesia) حرکات آهسته، مشکل در شروع حرکت (مثل بلند شدن از صندلی)، قدم های کوتاه و کشیده روی زمین.
- اختلال تعادل و راه رفتن: (Pstural Instability) تمایل به افتادن به جلو یا عقب، عدم تعادل هنگام راه رفتن، "فریزینگ (Freezing)" یعنی چسبیدن پا به زمین و ناتوانی در برداشتن قدم.

علائم غیر حرکتی: (Nn-mtr Symptms)

- یبوست: شایع ترین علامت غیر حرکتی.
- افسردگی و اضطراب
- اختلال خواب: بی خوابی، کابوس، حرکات سریع چشم در خواب. (REM Sleep Disrder).
- اختلال بویایی: کاهش یا از دست دادن حس بویایی.
- افت فشار خون وضعیتی: هنگام بلند شدن ناگهانی، فشار خون افت می کند و فرد دچار سرگیجه می شود.
- مشکلات بلع و صحبت کردن: صدای آرام و بم، آب ریزش از دهان.

تغذیه و رژیم غذایی :

- رژیم غذایی متعادل و متنوع شامل میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل، پروتئین‌های کم چرب (مرغ، ماهی، حبوبات) و لبنیات کم چرب.
- وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۵-۶ وعده کوچک در طول روز مصرف کنید. این کار به بهبود جذب داروها و کاهش نوسانات حرکتی کمک می‌کند.
- تداخل پروتئین با لوودوپا: غذاهای پرپروتئین (گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم‌مرغ، پنیر، حبوبات) می‌توانند جذب لوودوپا را کاهش دهند.
- راهکار: اگر متوجه شدید که دارو بعد از غذا خوب اثر نمی‌کند، می‌توانید دارو را ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از غذا یا ۲ ساعت بعد از غذا مصرف کنید. در صورت نیاز به تنظیم، با پزشک مشورت کنید.
- مایعات کافی: روزانه ۸-۶ لیوان آب بنوشید.
- فیبر کافی: از غذاهای پر فیبر مانند میوه‌ها (به ویژه آلو، انجیر، گلابی)، سبزیجات (کلم بروکلی، اسفناج، هویج)، غلات کامل (جو دوسر، نان سبوس‌دار) و حبوبات استفاده کنید.
- تحرک: تا حد امکان فعال باشید و ورزش کنید.
- در صورت نیاز: با مشورت پزشک از نرم‌کننده‌های مدفوع یا ملین‌های ملایم استفاده کنید.
- غذای نرم و پوره شده: غذاهایی مانند پوره سیب‌زمینی، فرنی، سوپ غلیظ، ماست، پودینگ، تخم‌مرغ نیم‌بافت.
- اجتناب از غذاهای خطرناک: از غذاهای خشک و شکننده (نان تست خشک، بیسکویت)، غذاهای چسبناک (کره بادام‌زمینی) و غذاهای با دو بافت متفاوت (سوپ با تکه‌های گوشت) خودداری کنید.
- پوزیشن صحیح هنگام غذا: صاف بنشینید و سر را کمی به جلو خم کنید.

پیشگیری از سقوط

در بیمارستان:

- همیشه یکی از نرده‌های تخت بالا باشد.
- هنگام بلند شدن از تخت، با بیمار باشید و کمکش کنید.
- در صورت نیاز به دستشویی، از پرستار کمک بخواهید.
- کفپوش‌ها: فرش‌ها و قالیچه‌های لغزنده را جمع کنید یا با چسب مخصوص به زمین بچسبانید.
- سیم‌ها: سیم‌های برق و تلفن را از مسیر رفت و آمد دور کنید.
- نور کافی: راهروها، پله‌ها و ورودی اتاق‌ها را به خوبی روشن کنید. از چراغ خواب در مسیر تا توالت استفاده کنید.
- دستگیره‌ها: در حمام و توالت، دستگیره‌های ایمنی نصب کنید.
- صندلی حمام: از صندلی یا چهارپایه مخصوص زیر دوش استفاده کنید.
- کفش مناسب: کفش‌های بسته، راحت و با کفی غیرلغزنده بپوشید. از دمپایی لانگشتی و کفش‌های پاشنه‌بلند خودداری کنید.
- بلند شدن آهسته: هنگام بلند شدن از رختخواب یا صندلی، اول چند ثانیه بنشینید، سپس آهسته بایستید و چند لحظه صبر کنید تا سرگیجه نگیرید.

• غلبه بر "فریزینگ" (چسبیدن پا):

- اگر پاهایتان به زمین چسبید، نترسید و به جلو خم نشوید (خطر افتادن).
- تصور کنید از روی یک مانع (مثل یک خط فرضی یا یک سنگریزه) قدم برمی‌دارید.
- با خودتان شمارش کنید (۱، ۲، ۳) و روی شماره ۳ قدم بردارید.
- آهنگ‌های موزون گوش کنید و با ضرب آن راه بروید.
- از واکر یا عصا (با نظر فیزیوتراپیست) استفاده کنید.

تحرک و میزان فعالیت:

- ورزش به حفظ تعادل، کاهش سفتی عضلات، بهبود راه رفتن، کاهش خطر سقوط و بهبود خلق و خو کمک می‌کند.
- پیاده‌روی روزانه: حداقل ۳۰-۲۰ دقیقه در روز (در صورت توان).

- تمرینات تعادلی: ایستادن روی یک پا (با کمک)، راه رفتن روی خط صاف.
- تمرینات کششی: حرکات کششی ملایم برای گردن، شانه‌ها، کمر و پاها برای کاهش سفتی.
- تمرینات قدرتی: با کش‌های مقاومتی یا وزنه‌های سبک برای تقویت عضلات.
- تای چی و یوگا: این ورزش‌ها برای تعادل و انعطاف‌پذیری بسیار مفید هستند.
- قبل از شروع هر برنامه ورزشی، با پزشک یا فیزیوتراپیست مشورت کنید.
- در محیطی ایمن و عاری از اشیاء خطرناک ورزش کنید.
- اگر احساس خستگی یا سرگیجه کردید، استراحت کنید.

شناخت علایم خطر فوری:

علایمی که باید بلافاصله مراجعه کنید:

- تب و لرز: می‌تواند نشانه عفونت (به ویژه ریه یا ادرار) باشد.
- تغییر ناگهانی سطح هوشیاری: گیجی، خواب‌آلودگی شدید، توهم.
- مشکل شدید در بلع: به طوری که بیمار نمی‌تواند آب دهان خود را قورت دهد.
- زمین خوردن همراه با ضربه به سر.
- بی‌بوست شدید همراه با درد شکم و نفخ.

علایمی که باید با پزشک در مورد آن مشورت کنید:

- افزایش غیرقابل کنترل لرزش یا سفتی.
- افت فشار خون مکرر (سرگیجه هنگام بلند شدن).
- علائم افسردگی شدید (غم‌گینی مداوم، بی‌علاقگی).
- عوارض جانبی داروها (حرکات غیرارادی، توهم).

هپاتیت حاد و مزمن

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. عدم تحمل فعالیت مرتبط با ضعف عضلانی و خستگی ناشی از التهاب کبد	بیمار قادر به انجام فعالیت‌های روزانه پایه با خستگی حداقل شود؛ خستگی از ۷ به ۳ از ۱۰ کاهش یابد	استراحت مطلق در مرحله حاد؛ کمک در ADL؛ برنامه‌ریزی تدریجی فعالیت؛ مانیتورینگ سطح انرژی؛ تشویق به استراحت قبل از غذا	پس از ۳ روز، بیمار بدون تنگی نفس و خستگی شدید قادر به نشستن بر روی صندلی و انجام مراقبت شخصی سبک است
۲. عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با تهوع، استفراغ و بی‌اشتهایی	وزن پایدار یا افزایش تدریجی؛ دریافت غذای $\leq 70\%$ وعده‌ها	وعده‌های کوچک و مکرر (۶-۸ وعده)؛ تشویق غذاهای پرکالری کم چرب؛ ضدتهوع طبق دستور قبل از غذا؛ رژیم با پروتئین بالا (در صورت عدم وجود آنسفالوپاتی)؛ ثبت ورودی غذا	پس از ۵ روز، وزن بیمار ثابت مانده و حداقل 50% وعده‌های اصلی را میل می‌کند؛ تهوع گزارش نمی‌دهد
۳. اختلال عملکرد کبد مرتبط با آسیب سلول‌های کبدی (افزایش آنزیم‌ها، کاهش سنتز پروتئین)	آنزیم‌های کبدی رو به کاهش؛ زمان انعقادی (PT/INR) در محدوده نرمال یا نزدیک به نرمال	مانیتورینگ روزانه ALT، AST، بیلی روبین، آلبومین، PT/INR؛ تجویز ویتامین K در صورت دستور؛ پرهیز از داروهای کبدآزار؛ همکاری برای درمان آنتی‌ویروسی	پس از یک هفته، ALT و AST حداقل 50% کاهش داشته و INR به زیر ۱.۵ رسیده است (بدون خونریزی)
۴. خطر خونریزی مرتبط با کاهش فاکتورهای انعقادی کبدی (کاهش سنتز پروتئین)	بدون شواهد خونریزی (پتشی، اپیستاکسی، خونریزی لثه، ملنا)؛ PT/INR کنترل شده	مانیتورینگ علائم خونریزی هر شیفت؛ پرهیز از تزریقات غیرضروری؛ استفاده از مسواک نرم؛ احتیاط در اقدامات تهاجمی؛ تجویز ویتامین K؛ در صورت INR بالا، آمادگی برای پلاسمای تازه منجمد	پس از کل دوره بستری، هیچ گونه خونریزی واضحی رخ نداده است؛ PT/INR به محدوده ایمن رسیده
۵. خطر عفونت (در هپاتیت مزمن و نارسایی کبد) مرتبط با اختلال ایمنی	عدم وجود علائم عفونت (تب، لرز، لکوسیتوز)	مانیتورینگ علائم حیاتی هر ۶ ساعت؛ شستشوی دستها قبل و بعد از تماس؛ ایزولاسیون ترشحات در صورت هپاتیت حاد A/E؛ واکسیناسیون پنوموکوک و آنفلانزا در مزمن	در طول بستری، تب و لکوسیتوز رخ نداده است؛ کشت‌ها منفی هستند
۶. زردی مرتبط با افزایش بیلی روبین مستقیم و غیرمستقیم (اختلال دفع صفرا)	کاهش زردی صلبیه و پوست؛ ادرار از تیره به روشن تغییر کند	مانیتورینگ رنگ پوست، صلبیه، ادرار و مدفوع هر روز؛ تشویق به مایعات کافی (در صورت عدم آسیب)؛ تجویز آنتی‌هیستامین برای خارش پوستی (در صورت دستور)؛ مراقبت از پوست خشک	پس از ۷ روز، زردی از صورت به سمت پایین تنه کاهش یافته و رنگ ادرار روشن‌تر شده است

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۷. خارش پوست مرتبط با رسوب نمک‌های صفراوی در پوست	بیمار خارش را کاهش یافته (≥ 2 از ۱۰) گزارش دهد؛ پوست بدون خارش	کمپرس خنک؛ حمام با آب ولرم و بلغور جو دوسر (در صورت مجاز)؛ ناخن‌های بیمار کوتاه شود؛ دستکش نخی در شب؛ تجویز آنتی‌هیستامین یا کلستیرامین طبق دستور	پس از ۳ روز، بیمار از خارش کمتر شکایت دارد و خراشیدگی پوستی جدید دیده نمی‌شود
۸. کمبود دانش مرتبط با بیماری هپاتیت، راه‌های انتقال، مراقبت در منزل	بیمار و خانواده بتوانند سه راه انتقال اصلی و روش‌های پیشگیری را نام ببرند؛ برنامه پیگیری را بگویند	آموزش انفرادی با زبانی ساده؛ ارائه بروشور؛ بازآموزی روش شستشوی دست؛ آموزش علائم هشدار (خونریزی، گیجی، زردی شدید)؛ توضیح برنامه دارویی و پیگیری	قبل از ترخیص، بیمار و همراه به سؤالات کلیدی پاسخ صحیح می‌دهند و برگه آموزش را دریافت کرده‌اند
۹. اضطراب مرتبط با ناشناخته بودن بیماری و ترس از مزمن شدن یا انتقال به خانواده	بیمار سطح اضطراب کاهش یافته (≥ 3 از ۱۰) و سؤالات خود را بپرسد	اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌های بیمار؛ توضیح قابل درمان بودن اکثر هپاتیت‌های حاد؛ ارجاع به مشاور در صورت نیاز؛ اطلاع از واکسیناسیون خانواده	پس از ۲ جلسه آموزش، بیمار آرام‌تر به نظر می‌رسد و سؤالات منطقی می‌پرسد؛ کیفیت خواب بهبود یافته است
۱۰. خطر سقوط مرتبط با ضعف، خستگی، تاری دید (در صورت آنسفالوپاتی یا کمبود ویتامین)	بدون سقوط در طول بستری؛ بیمار از نرده و زنگ کمک استفاده کند	نرده تخت بالا؛ زنگ اخبار در دسترس؛ کفش مناسب غیرلغزنده؛ کمک در راه رفتن تا زمان رفع ضعف؛ مانیتورینگ سطح هوشیاری هر شیفت	در تمام مدت بستری هیچ حادثه سقوط رخ نداده است؛ بیمار درخواست کمک می‌کند

پرستار در حین بستری آموزشهای زیر را به بیمار هپاتیت می‌دهد:

۱. ماهیت بیماری و علائم آن

به بیمار توضیح دهید هپاتیت به معنی التهاب کبد است که در نوع ویروسی می‌تواند حاد یا مزمن باشد. علائم شایع شامل خستگی شدید، تهوع، استفراغ، درد در ناحیه فوقانی راست شکم، تب خفیف، تیرگی ادرار، رنگ پریدگی مدفوع و زردی پوست و چشم است. بستری شدن برای کنترل علائم، پیشگیری از نارسایی کبد و در موارد شدید برای درمان حمایتی است.

۲. راه‌های انتقال و پیشگیری از آن (بسیار مهم برای بیمار و خانواده)

- هپاتیت A و E از طریق مدفوع-دهانی (آب و غذای آلوده): آموزش دهید دستها را پس از توالت و قبل از غذا بشوید. از مصرف آب و غذای آلوده پرهیز کنید.
- هپاتیت B و C از طریق خون، تماس جنسی، مادر به جنین، سرنگ مشترک، خالکوبی و تاتو با وسایل غیراستریل. آموزش دهید وسایل شخصی مانند تیغ، مسواک، ناخنگیر جداگانه استفاده شود. در صورت تماس جنسی از کاندوم استفاده شود.
- به خانواده بیمار توصیه شود واکسن هپاتیت B دریافت کنند (برای هپاتیت A نیز واکسن وجود دارد)

۳. استراحت و فعالیت

در مرحله حاد، استراحت مطلق ضروری است. با بهبود علائم، فعالیت تدریجی افزایش یابد. خستگی ممکن است چند هفته تا چند ماه باقی بماند.

۴. رژیم غذایی در حین بستری

- تغذیه پرکالری و پرپروتئین (در صورت عدم وجود آنسفالوپاتی کبدی)
- وعده‌های کوچک و مکرر برای کاهش تهوع
- پرهیز از غذاهای چرب و سرخ شده (کبد توانایی هضم چربی را ندارد)
- پرهیز مطلق از الکل
- در صورت تهوع شدید، تغذیه وریدی یا مایعات IV برقرار می‌شود

۵. داروها و پرهیز از داروهایی که برای کبد سمی هستند

- هیچ دارویی بدون مشورت پزشک مصرف نشود، به ویژه استامینوفن (استادول) در دوز بالا برای کبد سمی است.
- داروهای تجویز شده مانند آنتی ویروسها (برای هپاتیت B و C مزمن) یا داروهای حمایتی طبق دستور مصرف شود.

۶. کنترل تهوع و حفظ تغذیه

اگر تهوع دارید، غذاهای خشک و ساده مانند برنج، نان تست، بیسکویت ساده را امتحان کنید. از بوهای تند پرهیز کنید. مایعات کافی بنوشید (آب، آبگوشت کم چرب).

۷. پایش علائم خطر (در حین بستری به بیمار آموزش داده شود که در صورت بازگشت به خانه این علائم را بشناسد)
در صورت مشاهده گیجی، خواب‌آلودگی غیرعادی، خونریزی لثه یا کبودی آسان، زردی شدیدتر، ادرار تیره، مدفوع خونی

پرستار در روز ترخیص آموزشهای زیر را به بیمار هپاتیت می دهد:

۱. ادامه استراحت و بازگشت تدریجی به فعالیت

حداقل ۲ تا ۴ هفته پس از ترخیص از فعالیت سنگین پرهیز شود. بازگشت به کار تدریجی باشد. اگر خستگی ادامه دارد، استراحت بیشتری نیاز است.

۲. رژیم غذایی پس از ترخیص

- رژیم کم چرب، پرکالری، با پروتئین کافی (مثل مرغ، ماهی، تخم مرغ، حبوبات)
- مصرف میوه و سبزیجات تازه (با رعایت بهداشت برای جلوگیری از هپاتیت A)
- پرهیز از الکل برای همیشه (الکل به کبد آسیب دیده صدمه شدید می‌زند)
- پرهیز از غذاهای خام یا نیم پز دریایی
- در صورت تشخیص هپاتیت A یا E، رعایت بهداشت مواد غذایی برای جلوگیری از انتقال به خانواده

۳. مصرف صحیح داروها در خانه

- داروهای تجویز شده در هپاتیت B و C مزمن ممکن است داروهای ضد ویروسی مانند تنوفوویر، انتکاویر یا داروهای جدیدتر هپاتیت C دقیقاً طبق دستور مصرف شود.

- از مصرف خودسرانه استامینوفن، مسکن‌های غیراستروئیدی (ایبوپروفن، ژلوفن، دیکلوفناک) و گیاهان دارویی بدون مشورت پزشک خودداری کنید.
- ویتامین‌ها فقط در صورت تجویز مصرف شوند.

۴. برنامه پیگیری و آزمایشات

بیمار باید بداند:

- زمان نوبت بعدی (معمولاً ۲-۴ هفته پس از ترخیص)
- انجام آزمایشات دوره‌ای آنزیم‌های کبدی ALT ، AST ، بیلی روبین، زمان‌های انعقادی و در صورت نیاز آزمایش‌های ویروسی و سونوگرافی کبد
- در هپاتیت مزمن B و C ، پیگیری طولانی مدت برای پیشگیری از سیروز و سرطان کبد ضروری است.

۵. علائم هشداردهنده که نیاز به مراجعه فوری دارند

- گیجی، منگی، خواب‌آلودگی غیرعادی
- خونریزی یا کبودی بی‌دلیل
- زردی شدیدتر (تیره‌تر شدن رنگ پوست و چشم)
- ادرار تیره مثل چای پررنگ
- مدفوع روشن یا سفید
- تورم شکم یا پاها
- درد شدید در ناحیه کبد
- استفراغ خونی یا مدفوع سیاه و قیری

۶. پیشگیری از انتقال به دیگران (مهم برای خانواده)

- هپاتیت A: به مدت یک هفته پس از شروع زردی، بیمار ناقل است. دستها مرتب شسته شود. وسایل شخصی جداگانه. توالت با محلول کلر ضدعفونی شود. واکسیناسیون خانواده (در صورت نداشتن ایمنی).
- هپاتیت B تا زمانی که آنتی ژن سطحی (HBsAg) مثبت است، ناقل می‌باشد. وسایل تیز و برنده (تیغ، مسواک، ناخنگیر) جداگانه. خون و ترشحات آلوده را با دستکش تمیز کنید. کاندوم در روابط جنسی. واکسن هپاتیت B برای تمام اعضای خانواده ضروری است.
- هپاتیت C عمدتاً از راه خون منتقل می‌شود. وسایل شخصی جداگانه. خونریزی را با دستکش تمیز کنید. واکسنی وجود ندارد.

۷. ممنوعیت اهدای خون و بافت

به بیمار تأکید شود که تا آخر عمر حق اهدای خون، پلاسما، ارگان یا بافت را ندارد (در هپاتیت B و C مزمن و هپاتیت A حاد تا ۶ ماه)

۸. سبک زندگی سالم

- پرهیز از الکل و مواد مخدر
- کنترل وزن (کبد چرب باعث بدتر شدن هپاتیت می‌شود)
- واکسیناسیون علیه هپاتیت A و B اگر تاکنون انجام نشده و نوع هپاتیت متفاوتی دارد
- در صورت هپاتیت مزمن، معاینات منظم هر ۶ ماه یکبار برای غربالگری سرطان کبد

1	NANDA International Nursing Diagnoses
2	Nursing Interventions Classification (NIC)
3	Nursing Outcomes Classification (NC)
4	NANDA/NIC/NC Clinical Validation
5	Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing
6	Lewis's Medical-Surgical Nursing
7	Excerpt Handbook of Critical Care Nursing
8	PubMed / MEDLINE
9	Cochrane Database of Systematic Reviews
10	SpringerLink (Infectious Journal) Elsevier (Nursing Clinics)
11	Journal for Healthcare Quality

References : 1. clinicalkey 2. mayoclinic 3. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 4. familydoctor 5. Betterhealth
6. NANDA Nursing Diagnosis, <https://www.nursesetgether.com> .