

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص خطر سقوط

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در بزرگسال : موری

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در اطفال : هامپی دامپی

کد مورد استفاده بر روی دست بند: کد ۲۴

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص:

**** استفاده بیماران از هندری های بخش ها در هنگام جابجایی**

**** استفاده از کفش مناسب جهت جلوگیری از لیز یا سر خوردن**

**** استفاده از عصا یا واکر یا هر نوع وسیله کمک حرکتی در هنگام جابجایی**

**** بالابودن بد ساید تخت ها در حین بستری و جابجایی بیماران**

**** نبود هیچ گونه مانع در سر راه بیماران در هنگام جابجایی**

**** ارتفاع مناسب تخت از سطح زمین**

**** تخت بیمار در وضعیت قفل شده**

**** سهولت دسترسی بیمار به زنگ احضار پرستار**

**** تمامی وسایل و ملزومات بیمار را در اختیار بیمار یا در نزدیکی تخت بیمار قرار دهید تا جهت استفاده از**

این موارد نیازی به جابجایی یا حرکت بیشتر نباشد.

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص زخم بستر(زخم فشاری)

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر زخم بستر در بزرگسال و اطفال : نورتون

کد مورد استفاده بر روی دست بند: کد ۱۷

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص:

**** از ماساژ یا مالش شدید برای پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری استفاده نکنید.**

**** از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت کنید.**

**** از آنجا که سو تغذیه از عوامل بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود وضعیت تغذیه**

تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.

**** در تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت**

پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان

می باشد.

**** نسبت تغییر وضعیت (یا تغییر پوزیشن) فرد بستگی به تحمل بافتی سطح فعالیت فرد وضعیت عمومی و**

ارزیابی وضعیت پوست دارد. که تغییر وضعیت در تشک معمولی باید خیلی بیشتر از تغییر وضعیت در تشک مواج

باشد.

**** در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت بستری در تخت یا وابسته به صندلی از کشیدن وی در تخت**

اجتناب نموده و وی را کاملاً از سطح تخت جدا کرده و سپس جابجا نمایید. و برای سهولت می توان از ملحفه

استفاده نمود.

**** از تشک های توزیع کننده انرژی یا مواج استفاده نمایید.**

**** زمان های تغییر پوزیشن در چهار وضعیت (ساعت ۱۲-۳-۶-۹) را رعایت فرمایید.**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص ترومبوآمبولیسم

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در بزرگسال و اطفال : **ولز**

کد مورد استفاده بر روی دست بند: **کد ۹**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص:

اهداف پرستاری بر اساس جلوگیری از تبدیل ترومبوز موجود به آمبولی و پیشگیری از ترومبوز جدید می باشد.

❖ بهبود بازگشت وریدی:

الف) بالا بردن ساق پا بالاتر از قلب باعث افزایش جریان خون و پیشگیری از استازوریدی و تشکیل ترومبوز جدید می شود (پوزیشن ترند لنبرگ)

ب) بانداز پا با جوراب الاستیک که در ۴ تا ۸ ساعت یکبار باز شده مجدد پوشانده شود.

❖ کاهش احساس ناراحتی:

الف) بالا بردن اندام (ب) پدهای گرم (ج) مسکن

❖ کنترل درمان ضد انعقاد:

کنترل PTT و INR \gh;j, هر ۴ تا ۸ ساعت در صورت استفاده از هپارین

❖ کنترل عوارض داروهای ضد انعقاد:

الف) هماچوری (ب) ملنا (ج) خونریزی

❖ کنترل از نظر وجود آمبولی ریوی:

آمبولی ریه یک عارضه حاد و بالقوه کشنده ترومبوز ورید عمقی می باشد. تاکی ینه شایع ترین علامت آمبولی ریه است. درد قفسه سینه به صورت ناگهانی ایجاد شده و با تنفس شدت پیدا می کند. وجود هموینزی نشان دهنده انفارکتوس ریه می باشد بنابراین باید پزشک را در جریان علایم بیمار قرار داد.

بیمار مانیتورینگ شده و از نظر علائم هیپوکسی و بروز مشکلات تنفسی بررسی شود.

-استفاده از پالس اکسیمتری، بررسی علائم حیاتی و صداهای ریوی به طور متناوب و اندازه گیری میزان ABG جهت پایش گازهای خون شریانی ضروری است. جهت تسهیل تنفس، سر تخت را بالا برده و اکسیژن طبق دستور پزشک به کار گرفته می شود.

-مانیتورینگ قلبی بیمار بدلیل خطر ایجاد نارسایی قلب راست لازم است. سمع صداهای قلبی به طور متناوب و بررسی مرم و صداهای اضافی قلب، چک ادم محیطی و اتساع وریدهای گردنی لازم است.

❖ پایش تغییرات علائم حیاتی

❖ اجتناب از ماساژ دادن موضع برای کاستن شانس کنده شدن و جابجایی لخته

❖ گرمای متناوب، رطوبت. بررسی پوست در بین تغییرات

❖ تجویز هپارین با وزن ملکولی پایین (انوکسپارین)

❖ پایش نشانه های خونریزی یا خونمردگی

❖ آموزش موارد زیر به بیمار:

❖ نشانه های خونریزی یا خونمردگی را به پزشک یا پرستار خود گزارش کند.

❖ از صدمه و آسیب دیدن اجتناب کند

❖ از ریش تراش برقی و مسواک نرم استفاده کند، از خلال بین دندان ها اجتناب کند

❖ اجتناب از پوشیدن لباس تنگ مانند بند جوراب ، کمربند ، جوراب خیلی تنگ.

❖ اجتناب از نشستن یا ایستادن در يك وضعيت براي مدت طولاني

❖ پوشیدن جورابهایی با فشار و یا جوراب حمایتی هنگام روز

❖ اجتناب از روی هم انداختن پاها و دراز کشیدن یا نشستن با قرار دادن چند بالش زیر زانوها

❖ تمرینات منظم مانند شنا -قدم زدن- دوچرخه سواری- بالا بردن پاها به طور دوره ای به خصوص زمانی که می نشیند.

❖ به طور منظم پاها را به عقب خم کند.

❖ حفظ وزن ایده آل بدنی نسبت به سن ، قد و استخوان بندی.

❖ اطلاع به مددجو که سیگار کشیدن و استفاده از استروژن یا قرصهای جلوگیری از حاملگی خطر تشکیل ترومبوز مجدد را افزایش می دهد.

❖ آموزش به مددجو برای اجتناب از آسیب و یا ماساژ نواحی امکان تشکیل ترومبوز به منظور کاهش خطر آمبولی ریوی

❖ اجتناب از خوردن مقدار زیادی غذاهای حاوی ویتامین k مانند سبزیهای دارای برگ سبز

❖ گزارش به موقع خونریزی شدید یا طولانی از پوست ، بینی و دهان ، پا ، خون در ادرار، استفراغ ، خلط یا مدفوع ، طولانی شدن و یا شدید شدن خونریزی ماهانه ، کبودی شدید ، سردرد شدید یا درد شدید پشت و یا شکم به طور ناگهانی

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص ریسک خودکشی

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در **بزرگسال و اطفال: SAD**

کد مورد استفاده بر روی دست بند: **کد ۱۲**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص:

تعیین نوع مداخله بر اساس سطح خطر

اگر خطر خودکشی پایین است نمره ۰ تا ۲ بر اساس معیار SAD: با ریسک خفیف مستلزم ارزیابی مجدد و پایش افکار خودکشی در طی زمان هستند چون سطح خطر ایستا نیست کسانی که در این گروه خطر قرار می گیرند ممکن است به سمت گروه های بالاتر حرکت کنند. ارجاع این بیماران به روانپزشک جهت مشاوره روان در بیمارستان و تکمیل پرسشنامه روانپزشکی باید صورت پذیرد.

اگر خطر خودکشی متوسط باشد نمره ۳ تا ۴ بر اساس معیار SAD: در فواصل هفتگی و حداقل ماهانه بیمار پایش شود تا اگر نیاز به بستری شدن وجود داشته باشد سریعاً این کار انجام گردد. ارجاع این بیماران به روانپزشک جهت انجام مشاوره روان باید صورت پذیرد که بیمار باید به صورت ۲۴ ساعته به خدمات بالینی مرکز دسترسی داشته باشد.

اگر خطر خودکشی متوسط به بالا باشد نمره ۵ تا ۶ بر اساس معیار SAD: بیمار باید بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان قرار گیرد و بر برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده در بیمارستان اجرا گردد.

اگر خطر خودکشی بالا باشد نمره ۷ تا ۱۰ بر اساس معیار SAD: بستری کردن بیمار باید به صورت اجباری انجام شود و ویزیت توسط متخصص روانپزشکی انجام گردد. اگر اعضای خانواده بتوانند نظارت و مراقبت ۲۴ ساعته داشته باشند، امکان درمان سرپایی وجود دارد.

**** اگر افکار خودکشی در هر کدام از بیماران وجود داشت باید به روان پزشک و روانشناس جهت دارو درمانی و خدمات روانپزشکی بر حسب مشکل بیمار ارجاع داده شود.**

**** خودکشی اورژانس روانپزشکی است. بیماری که افکار خودکشی دارد چه به شوخی چه به خنده و چه به صورت جدی یا نمایشی باید تحت نظر روانپزشکی باشد.**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص سو تغذیه

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در بزرگسال و اطفال : BMI کم تر از ۲۰

کد مورد استفاده بر روی دست بند: کد ۳۱

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص :

**** ابتدا بر اساس نمودارهای تخصصی تغذیه موجود در بخش ها نسبت به ارزیابی BMI یا شاخص توده بدنی اقدام نمایید و در صورتی که بیمار BMI یا شاخص توده بدنی پایین تر از ۲۰ داشت به عنوان بیمار دارای سوء تغذیه انتخاب گردد و جهت اقداماتی بعدی از قبیل مشاوره و برنامه غذایی و ... به کارشناس تغذیه معرفی گردد.**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص تشنج

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در **بزرگسال و اطفال**: دارای علائم بالینی یا سابقه بستری قبلی

کد مورد استفاده بر روی دست بند: **کد ۲۹**

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص :

مراقبتهای پرستاری در خلال تشنج:

- **** اطراف بیمار را خلوت کنید و وی را از دید افراد کنجکاو دور نگه دارید (بیمارانی که دارای اورا - Aura- علامت اختطار دهنده که میتواند دیداری و شنیداری و بویایی باشد و در واقع هشدار است نسبت به قریب الوقوع بودن تشنج میباشدند، فرصت دارند تا مکانی خلوت و ایمن را بیابند.
- **** در صورت امکان ، بیمار را بر روی زمین قرار دهید و اگر بیمار در ارتفاع است (مثلاً نزدیک راه پله) بیمار را از خطر سقوط محافظت نمایید.
- **** سر را با استفاده از یک بالش محافظت نموده و از بروز آسیب دیدگی سر پیشگیری کنید.
- **** لباس های تنگ بیمار را باز کنید.
- **** هر نوع اسباب و لوازم پیرامونی را که ممکن است هنگام بروز تشنج به بیمار آسیب برساند، را به کناری انتقال دهید.
- **** اگر بیمار روی تخت قرار دارد، بالش ها را برداشته و نرده های کناری تخت را بالا ببرید.
- **** اگر قبل از بروز حمله اورا وجود دارد، برای کاهش احتمال گازگرفتگی زبان با لب ، یک ایروی دهانی برای بیمار کار بگذارید، یا یک دستمال تمیز را چند لایه کرده و و بین دندان های او قرار دهید.
- **** هرگز سعی نکنید تا فکهای بیمار را که در اثر اسپاسم به هم فشرده شده اند را به زور باز کنید و چیزی را بین آنها قرار دهید؛ نتیجه ی چنین کاری میتواند شکستن دندان ها و آسیب دیدگی زبان و لب باشد.
- **** هیچ کوششی در جهت مهار یا محدود کردن حرکات بیمار در خلال تشنج نباید صورت گیرد، چون انقباضات عضلانی قوی بوده و مهار حرکات بیمار میتواند سبب آسیب دیدگی شود.
- **** در صورت امکان بیمار را به یک پهلو خوابانده و سر وی را اندکی به طرف جلو خم نمایید تا زبان به سمت جلو متمایل شده، تخلیه بزاق و موکوس به راحتی صورت گیرد. اگر دستگاه ساکشن موجود می باشد، در صورت ضرورت برای پاک کردن ترشحات از آن استفاده نمایید.

****** باید به خانواده بیمار این نکته را گوشزد کرد که در صورت وجود این موارد، حتماً باید با اورژانس تماس گرفته شود: خواب آلودگی بیش از ۳۰ دقیقه بعد از وقوع تشنج، تشنج های مکرر (تشنج هایی که بیش از یکبار در ۲۴ ساعت اتفاق می افتد)، طول کشیدن تشنج بیش از ۵ دقیقه.

مراقبت های پرستاری بعد از تشنج:

****** برای پیشگیری از بروز آسپیراسیون، بیمار را در همان وضعیت خوابیده به پهلو نگاه دارید. از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید.

****** معمولاً پس از تشنج، بیمار طی دوره ای دچار کانفیوز و خواب آلودگی می گردد.

****** در خلال بروز تشنج های عمومی یا بلافاصله پس از آن، ممکن است دوره کوتاه قطع تنفس بوجود آید.

****** بعد از اینکه بیمار بیدار شده و هوشیاری خود را بدست آورد، باید وی را نسبت به محیط آشنا کرد.

****** اگر بیمار پس از تشنج (یا پس از غش) دچار هیجانات شدید شد، وی را به خونسردی و آرامش دعوت کرده و از وسایلی استفاده نمایید که حرکات وی را کنترل کند

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص پلی فارمسی

معیار مورد استفاده جهت ارزیابی خطر سقوط در بزرگسال و اطفال: استفاده ۴ دارو و یا بیشتر به صورت هم زمان

کد مورد استفاده بر روی دست بند: کد ۳۳

مراقب ها و ملاحظات پرستاری پس از تشخیص:

****آموزش به بیمار در مورد نحوه صحیح مصرف دارو توسط پرستار به بیمار جهت جلوگیری از ایجاد تداخل دارویی**

****پایش مداوم بیماران در طول درمان و پس از دارودهی**

****تجویز دارو در بیماران پلی فارمسی و سالمندان که بیشتر از ۴ دارو به طور هم زمان مصرف می نمایند. با احتیاط**

های بیشتری انجام شود

****وضعیت همودینامیک بیمار بعد از مصرف دارو به دقت پایش گردد.**