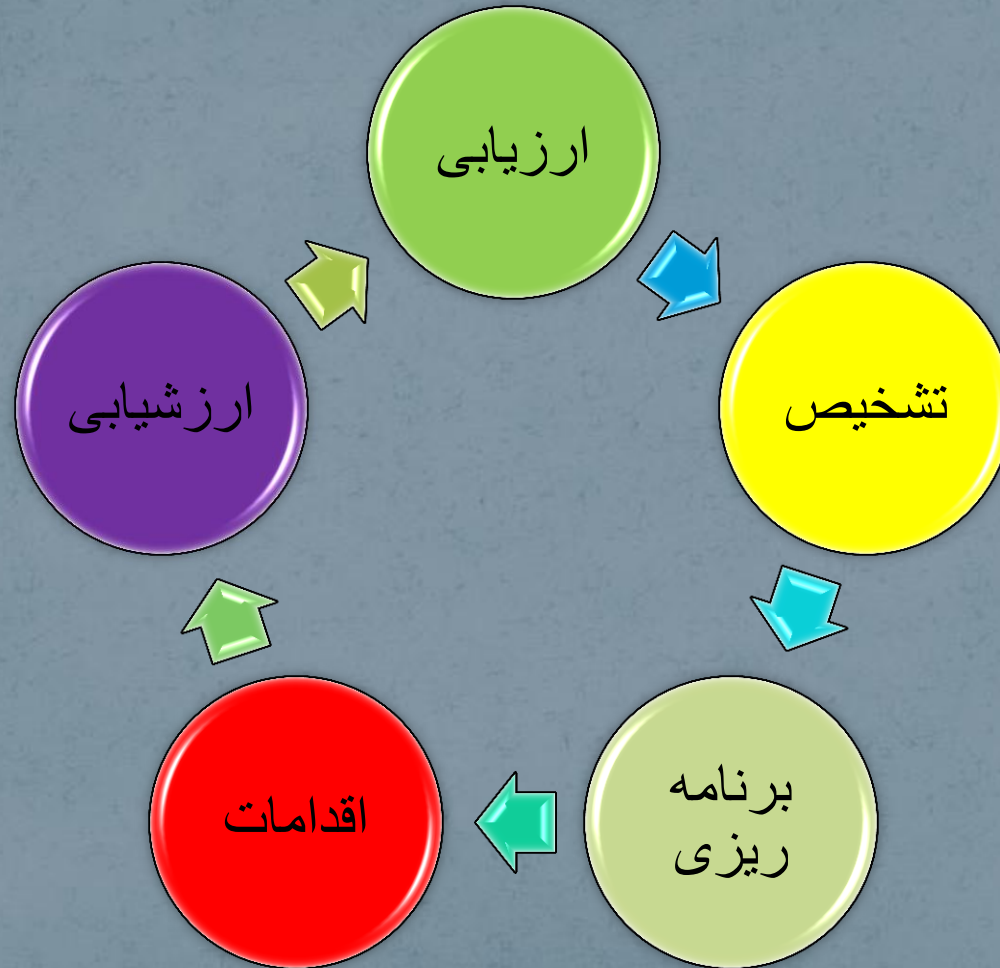


# بنام خداوند بخشنده مهربان

تدوین: سهیلا رضایی کارشناسی ارشد ویژه

مدیریت پرستاری استان - معاونت درمان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز

# فرایند پرستاری در مراقبتهای ویژه قلبی



# ارزیابی

تاریخچه

معاینه فیزیکی

آزمایشات

# تشخیص پرستاری

جملات غیر قابل  
تغییر از فهرست  
ناندا

در ارتباط با

سن  
فعالیت فیزیکی  
پاتوفیزیولوژی  
رژیم غذایی  
عوارض  
دارویی



## ارزیابی

❖ تغییرات فشار خون

❖ آریتمی

❖ خستگی

❖ تنگی نفس

❖ سرگیجه و سنکوپ

❖ CRT > 3sec

❖ اولیگوری

❖ ادم

❖ JVD

## تشخیص پرستاری

کاهش برون ده قلبی در ارتباط با

✓ اختلال در پس بار

✓ اختلال اختلال در پیش بار

✓ اختلال در قدرت انقباض قلب

✓ اختلال در حجم ضربه ای

✓ اختلال در ریتم قلب

✓ اختلال در تعداد ضربان قلب

# اقدامات

- بررسی وضعیت قبلی بیمار را از نظر تعداد و ریتم ضربان قلب ، تنگی نفس ، خستگی ، کراکل در ریه ها ، اتساع ورید ژوگولار و درد قفسه سینه هر ۴ ساعت یکبار
- تجویز اکسیژن طبق دستور
- انجام ورزشهای ROM ,Change position هر دو ساعت یکبار
- تجویز داروهای ضد آریتمی
- استفاده از ملینها با هدف کاهش مانور والسالوا
- ثبت دخول و خروج مایعات
- بررسی ادم
- افزایش تدریجی فعالیت بیمار
- آموزش راجع به pain و سایر علائم مهم رژیم غذایی ، داروها ( آسم ، دوزاژدارو ، تعداد دفعات مورد استفاده و عوارض جانبی و خصوصیت درمانی آنها ) سطح فعالیت ها ، روش های ساده خم و راست شدن ، تکنیک های کاهش استرس

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزشیابی (ارزیابی نهایی)

- ✓ فشار خون بیمار در حد طبیعی باشد.
- ✓ ریتم قلبی بیمار در حد ۶۰-۱۰۰ باشد.
- ✓ احساس خستگی و ضعف وجود نداشته باشد.
- ✓ صداهای تنفسی واضح و قابل شنیدن باشد.
- ✓ نبضهای محیطی قابل لمس باشند.
- ✓ پوست از نظر گرما و رنگ طبیعی باشد.
- ✓  $CRT < 3sec$
- ✓ برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت نباشد.
- ✓ فقدان ادم و برجستگی

## ارزیابی

## تشخیص پرستاری

### خطر بروز پرفیوژن ناموثر کلیوی در ارتباط با

- Hypertension
- Hypovolemia
- Hypoxemia
- Hypoxia
- Cardiac surgery
- CABG
- Diabetes mellitus
- استفاده از داروهای نفروتوکسیک
- Treatment regimen

بررسی علایم و نشانه  
های اختلال در عملکرد  
کلیه  
مانند: کاهش برون ده  
ادراری، ادم،  
افزایش BUN-Cr و  
...





# اقدامات

- بررسی وضعیت کلیوی بیمار از نظر عوامل به وجود آورنده کاهش پرفیوژن بافت کلیه
- بررسی دخول و خروج مایعات و جایگزین کردن مایعات در صورت لزوم
- نگه داشتن فشارخون شریانی بیمار بین ۶۰-۷۰ میلیمتر جیوه

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

- برون ده ادرازی حداقل ۳۰ سی سی در ساعت باشد.
- میزان BUN, Cr سرم در محدوده طبیعی باشد.

## ارزیابی

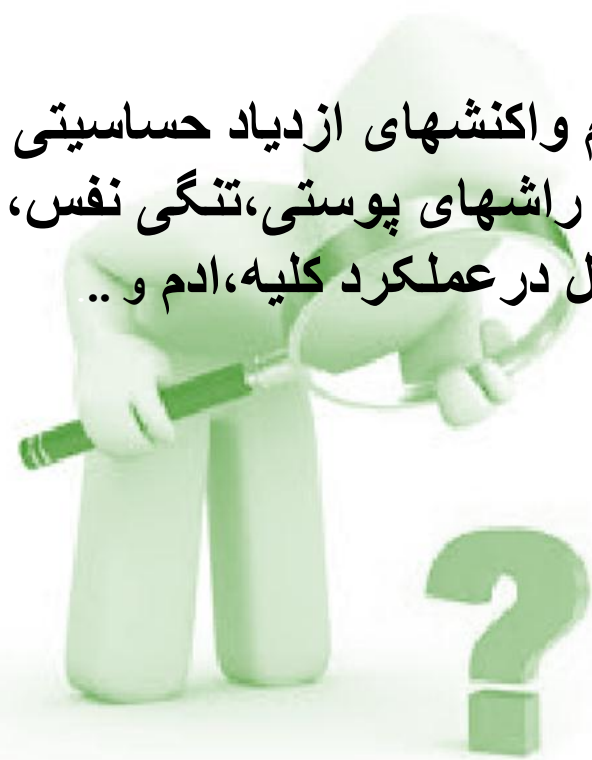
## تشخیص پرستاری

خطر بروز واکنش مضر نسبت به

مواد حاجب پیدار در ارتباط با

- ✓ تاریخچه ی عارضه جانبی قلبی به ماده حاجب
- ✓ تاریخچه ی داشتن آلرژی
- ✓ سن
- ✓ دهیدراتاسیون
- ✓ استفاده از داروهایی مانند بتابلاکرها ، اینترکولین - ۲ ، متفورمین ، داروهای نفروتوکسیک
- ✓ عروق شکننده

علائم واکنشهای ازدیاد حساسیتی  
نظیر راشهای پوستی، تنگی نفس،  
اختلال در عملکرد کلیه، ادم و ..



# اقدامات

- بررسی عوارض جانبی قبلی به ماده حاجب
- بررسی هرگونه تاریخچه مربوط به داشتن آلرژی به مواد غذایی
- پیشگیری از ابتلا به نارسایی کلیوی با هیدراتاسیون بیمار با تزریق سرم نرمال سالین
- داروی متفورمین را بایستی قبل از استفاده از ماده حاجب hold کرد و تا ۴۸ ساعت بعد و با بررسی عملکرد کلیوی بایستی دارو را hold نگه داشت.
- در بیمارانی که سابقه وجود حساسیت به ماده حاجب دارند مصرف داروهای نظیر کورتیکو استروئیدها یا آنتی هیستامین ها به منظور کاهش بروز حساسیت لازم است.





- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزشیابی (ارزیابی نهایی)

- بیمار علایمی دال بر واکنشهای ازدیاد حساسیتی نداشته باشد.

## ارزیابی

## تشخیص پرستاری

- خطر بروز سقوط در ارتباط با
- داشتن آنمی ، اسهال ، بیماری حاد ، بی اختیاری ، اختلال در حرکت
- \* مشکلات مربوط به دید یا شنوایی
- \* بی اختیاری
- سن بیشتر از ۶۵ سال
- \* زندگی کردن به تنهایی
- \* خطرات محیطی ( مانند محیط با نور کم یا نداشتن میله کنار پله ها )
- \* داشتن پروتز در اندام های تحتانی ، استفاده از وسایل جانبی برای راه رفتن
- \* داشتن تاریخچه ای از افتادن
- \* استفاده از الکل - دیورتیک ها و داروهای سه حلقه ای

● احساس گیجی

● سنکوپ

● ضعف و خستگی



# اقدامات

- بررسی شدت اختلالات حسی - حرکتی فرد ، خطرات محیطی مانند کم بودن نور محیط ، مصرف داروها یا استفاده از وسایل کمک حرکتی
- ایجاد تغییرات در محیط برای افراد سالمند، بیمار را به محیط آشنا کنید به نحوی مشخص کنید که بیمار در معرض خطر افتادن است. زمانی که بیمار در تخت است میله های کنار تخت بیمار بالا باشد.
- در صورتی که بیمار دچار عدم تعادل در راه رفتن است به وی آموزش دهید که چگونه از وسایل کمک حرکتی استفاده کند. با توجه به اینکه لازم است که استفاده ناصحیح وسایل کمک حرکتی بیشتر بیمار را در معرض خطر افتادن قرار می دهد.
- آموزش به بیمار راجع به عوارض جانبی داروهای مصرفی توسط وی

**Fall Assessment Tool  
Morse Fall Scale**

<b>Morse Fall Risk Assessment</b>		
<b>Risk Factor</b>	<b>Scale</b>	<b>Score</b>
<b>History of Falls</b>	Yes	25
	No	0
<b>Secondary Diagnosis</b>	Yes	15
	No	0
<b>Ambulatory Aid</b>	Furniture	30
	Crutches/Cane/Walker	15
	None/Bed Rest/Immobile	0
<b>IV/Heparin Lock</b>	Yes	20
	No	0
<b>Gait/Transferring</b>	Impaired	20
	Weak	10
	Normal/Bed Rest/ Immobile	0
<b>Mental Status</b>	Forgets Limitations	15
	Oriented to Own Ability	0

**Fall Risk**

Low Morse Fall Scale = 0-24  
 Moderate Morse Fall Scale =25-44  
 High Morse Fall Scale =45 and above



- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

• بیمار دچار زمین خوردن (سقوط) نشود.

## ارزیابی

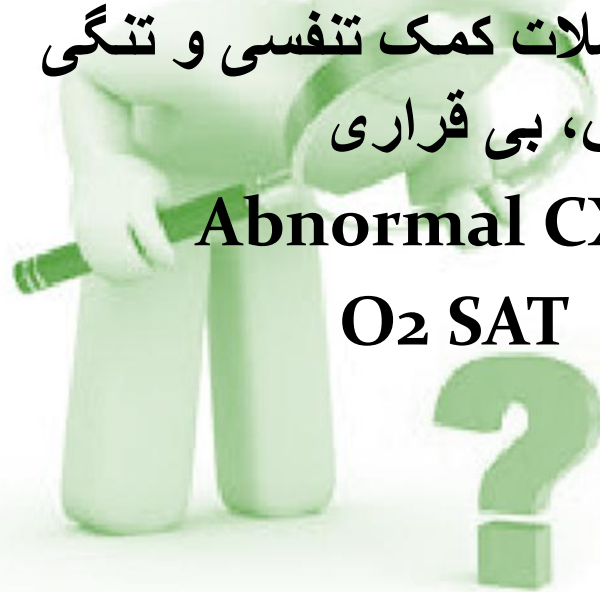
## تشخیص پرستاری

### پاکسازی ناموثر راههای هوایی در ارتباط

با

- عوامل محیطی نظیر: ( Second – hand smoker ) استنشاق دود سیگار و مصرف سیگار
- عوامل فیزیولوژیکی: آلرژی، آسم، COPD، عفونت، بیماریهای عصبی عضلانی، هایپرپلازی دیواره برونش ها
- انسداد راه هوایی: اسپاسم راه های هوایی، تولید بیش از حد مخاط در راه هوایی، وجود آگزودا در آلونول ها، وجود جسم خارجی در راه هوایی، وجود راه هوایی مصنوعی، تجمع ترشحات، وجود ترشحات در برونش ها

- بررسی علایم و نشانه های اختلال تنفسی مانند استفاده از عضلات کمک تنفسی و تنگی نفس، بی قراری
- Abnormal CXR
- افت O<sub>2</sub> SAT



# اقدامات

- بررسی راه های هوایی و وضعیت تنفسی بیمار حداقل برای هر ۴ ساعت یکبار
- بررسی وضعیت اکسیژناسیون و ونتیلاسیون با در نظر گرفتن و ارزیابی ABG و Hgb
- بررسی وضعیت خلط بیمار از نظر رنگ، مقدار، بو و غلظت آن
- بایستی بیمار را هر ۲ ساعت change position داد.
- در صورت لزوم به منظور تحریک سرفه و پاکسازی راه هوایی ساکشن انجام شود.
- از اعمالی نظیر درناژ وضعیتی ، vibration و percussion برای تسهیل حرکت ترشحات
- به منظور رقیق شدن ترشحات از humidification یا بخور استفاده کنید.
- از داروهایی نظیر داروهای خلط آور، برونکودیلاتورها

# اقدامات

- به منظور رقیق شدن ترشحات از humidification یا بخور استفاده کنید.
- از داروهایی نظیر داروهای خلط آور، برونکودیلاتورها از اکسیژن طبق دستور به منظور بهبود اکسیژناسیون سلولی در بدن استفاده کنید.
- به بیمار آموزش دهید از سرفه با هدف پاکسازی بهتر راه هوایی
- با هدف بهبود hydration و رقیق شدن ترشحات ۴ - ۳ لیتر آب در روز



- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

- عمق و تعداد تنفس طبیعی باشد.
- تنگی نفس کاهش یابد.
- صداهای تنفسی طبیعی بوده یا رو به پیشرفت داشته باشد.

## ارزیابی

- علایم و نشانه های ایجاد کننده اضطراب را در بیمار بررسی کنید: افزایش ضربان قلب، فشارخون، سردی اندامها و بیان اضطراب از سوی بیمار



## تشخیص پرستاری

- اضطراب در ارتباط با
- استرس
- نیازهای unmet
- تغییر در وضعیت اقتصادی ، محیطی ، بهداشتی ، نقشی
- جدایی در خانواده
- سوء مصرف مواد



## اقدامات...

- به بیمار به صورت فعال گوش کنید تا دقیقاً مشخص شود که خواسته ها و نیازهای وی چیست.
- پاسخ فیزیولوژیک بیمار به استرس در هنگام بروز اضطراب نظیر . BP . HR . RR را کنترل کنید.
- با هدف کاهش عملکرد سیستم اتونوم در پاسخ اضطراب، به بیمار آموزش دهید که از تکنیک های Relaxation حداقل هر ۴ ساعت یکبار استفاده کند.
- به منظور بهبود و ارتقاء وضعیت روحی روانی بیمار، وی را به متخصصین بهداشت روان ارجاع دهید.

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

بیمار علایم مربوط به کاهش اضطراب  
را نشان میدهد.



## تشخیص پرستاری

- خطر بروز خونریزی در ارتباط با
- **DIC**
- اختلالات کوآگولوپاتی مانند ترمبوسیتوپنی ، هموفیلی
- اختلالات گوارشی مانند زخم های گوارشی ، پولیپ ها و واریس ها
- آنوریسم
- اختلال در عملکرد کبد ( مانند بیماریهای سیروز و هپاتیت )
- تروما

## ارزیابی

- بررسی علایم خونریزی مانند:
  - پتیشیا
  - اکیموزیس
  - هماتوما
  - ملنا
  - هماچوریزی
  - هماتمزیس
  - هموپتزیس و ....



## اقدامات...

- آیا فرد می داند در معرض خونریزی خطر قرار دارد یا نه
- پاسخ فیزیولوژیک بدن را در هنگام بروز خونریزی بررسی کنید. فعالیت مکانیسم های جبرانی اولیه در برابر خونریزی باعث ایجاد اختلال در تنفس ، نبض و فشارخون می شوند.
- وجود خون را چه به صورت نهفته چه به صورت آشکار در ادرار ، مدفوع ، زخم و پاتسمان با دید غیرمسلح یا با استفاده از روش های آزمایشگاهی بررسی کنید.
- تست های آزمایشگاهی نظیر ( HCT , CBC , PT , PTT , Hgb و ... ) و همچنین تست های مربوط به تاثیر مراقبت های درمانی مانند تست های مربوط به ادرار ، مدفوع ، معده ) را طبق دستور انجام دهید و بررسی کنید.

## اقدامات...

- پانسمان ها و تیوب های متصل به بیمار را بررسی و هرگونه تغییر قابل توجه را گزارش کنید.
- بیمارانی را که از خونریزی بهبود پیدا کرده اند، تحت نظر داشته باشید چون ضعف ناشی از خونریزی بیمار را در معرض خطر آسیب و افتادن قرار می دهد.

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

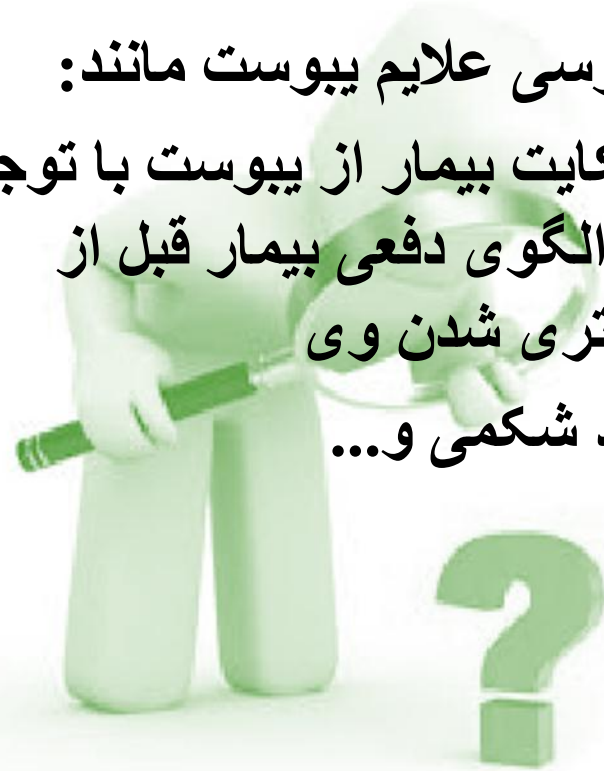
## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

بیمار علایم مربوط به خونریزی را نشان نمیدهد.



## ارزیابی

- بررسی علایم یبوست مانند:
- شکایت بیمار از یبوست با توجه به الگوی دفعی بیمار قبل از بستری شدن وی
- درد شکمی و...



## تشخیص پرستاری

- خطر بروز یبوست در ارتباط با
- **علل functional** : نادیده گرفتن احساس دفع مدفوع ، الگوی نامنظم دفع مدفوع فعالیت فیزیکی ناکافی
- **علل سایکولوژیک** : افسردگی ، استرس روحی ، گنجی
- **علل فارماکولوژیک** : استفاده از داروهای آنتی اسید حاوی آلومینوم ، داروهای موثر بر روده ها
- **علل مکانیکال** : اختلالات الکترولیتی ، هموروئید **علل سایکولوژیکال** : اختلال یا تغییر در الگوی غذایی ، دهیدراتاسیون ، اختلال در دندان ها یا بهداشت دهان ، فیبر ، مایعات ناکافی

## اقدامات...

- روزانه تواتر و قوام مدفوع بیمار بررسی شود ( الگوي دفعي بیمار بررسی شود)
- میزان جذب و دفع مایعات بیمار با دقت بررسی و ثبت شود چون دریافت ناکافي مایعات توسط بیمار باعث سفت شدن مدفوع و ایجاد یبوست می گردد.
- به منظور ارتقاء وضعیت سایکولوژیکال بیمار، در هنگام دفع بایستی حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- يك رژیم دفعي فردي به منظور ایجاد يك الگوي دفعي خاص براي بیمار در نظر بگیرید و به بیمار ورزش هایی را آموزش دهید تا با بکارگرفتن این ورزش ها تونیسیتة عضلات لگن و شکمش را افزایش دهید.

## اقدامات...

- به بیمار به صورت موكد تكرر كنيد كه در صورتي كه احساس دفع داشت اجابت مزاج را انجام دهد و به بیمار آموزش دهید كه لباسهاي را بپوشد كه راحت مي توان آنها را از تن خارج كرد تا زمان زيادي براي بيرون آوردن لباسهايش صرف نكند.
- به بیمار آموزش دهید كه حداقل روزي يكبار شكمش را در جهت كولون عرضي و كولون پايين رونده با حرکات آرام ماساژ دهد چون ماساژ باعث تحريك حرکات رودي روده ها شده و دفع را تسهيل مي كند.
- به منظور پيشگيري از وابستگي بیمار به لاگزاتيوها حساسيت بیمار را به اين داروها بررسی كنيد مصرف بيش از حد لاگزاتيوها و انما باعث از دست دادن مايعات و الكتروليت ها مي شود و به مخاط روده آسیب مي رساند.

## اقدامات...

- بیمار را تشویق کنید تا از کمد کنار تخت استفاده کند و یا تا توالت راه برود و یا پوزیشن مناسبی را برای دفع بهتر در توالت داشته باشد.
- به بیمار کمک کنید تا از یک رژیم غذایی تعدیل و تجویز شده توسط متخصص تغذیه بهره برد تا الگوی دفع بهتری داشته باشد.



- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

بیمار از پیوست شکایتی ندارد

## ارزیابی

• بررسی علایم مربوط به افزایش  
یا کاهش:

✓ سدیم

✓ پتاسیم

✓ منیزیم

✓ کلسیم



## تشخیص پرستاری

• خطر بروز عدم تعادل الکترولیت در ارتباط با

• افزایش یا کاهش حجم مایعات

• عوارض جانبی داروها یا درن ها به دنبال درمان بیماران

• اسهال

• استفراغ

• اختلال در عملکرد کلیه ها

• اختلال در عملکرد سیستم اندوکرین

• اختلال در عملکرد مکانیسم های تنظیمی مانند ( دیابت بی مزه ، سندروم ترشح نابجای هورمون آنتی دیورتیک )

## اقدامات...

- وضعیت مهم مایعات بدن بیمار را بررسی کنید. بیماری که مشکل اختلال در حجم مایعات بدنش وجود دارد و به تبع آن اختلال در تعادل الکترولیتی وی نیز وجود دارد.
- علائم مربوط به اختلالات الکترولیتی در بیماران را بررسی کنید. بسیاری از علائم مربوط به سیستم قلبی عروقی، نورولوژیکی و عضلاتی اسکلتی مربوط به اختلالات الکترولیتی است.
- طبق دستور پزشک میزان الکترولیت های سرم بیمار را به منظور تشخیص و درمان بسیاری از اختلالات الکترولیتی چک کنید. بیماری زمینه ای ایجاد کننده و بیماری فرد را درمان کنید. رفع عامل زمینه ای ایجاد کننده اختلال الکترولیتی اولین قدم در اصلاح اینگونه اختلالات است.



- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارز ثیابی)

الکترو لیت مورد نظر در محدوده طبیعی است.

✓ پتاسیم (۵ - ۳,۶ میلی اکی والان در لیتر)

✓ سدیم (۱۴۵ - ۱۳۵ میلی اکی والان در لیتر)

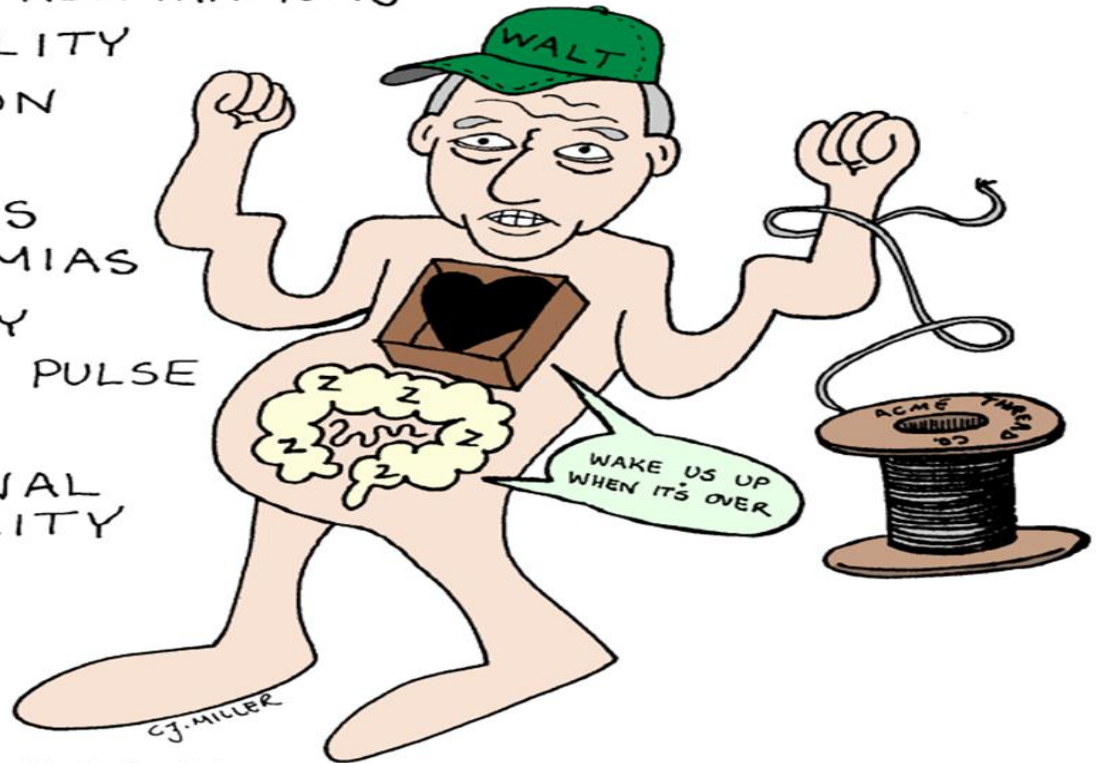
✓ کلسیم (۱۰,۵ - ۸,۵ میلی گرم در دسی لیتر)

✓ منیزیم (۱,۳ - ۲,۱ میلی اکی والان در لیتر)



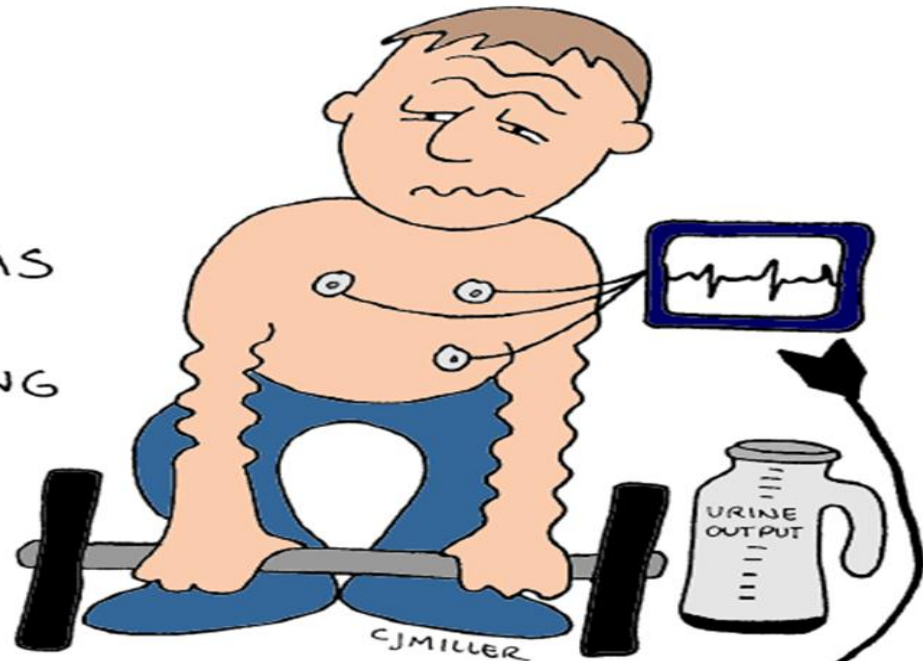
~~K<sup>+</sup>~~  
POTASSIUM DEFICIT

- \* ALKALOSIS
- \* SHALLOW RESPIRATIONS
- \* IRRITABILITY
- \* CONFUSION
- \* WEAKNESS
- \* ARRHYTHMIAS
- \* LETHARGY
- \* THREADY PULSE
- \* ↓ INTESTINAL MOTILITY



# HYPERK<sup>+</sup> ↑

- \* MUSCLE CRAMPS → WEAKNESS → PARALYSIS
- \* DROWSINESS
- \* ↓ BP
- \* EKG CHANGES
- \* DYSRHYTHMIAS
- \* ABDOMINAL CRAMPING
- \* DIARRHEA
- \* OLIGURIA

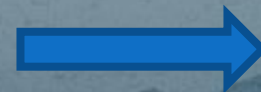


# hyponatremia

- **Assessment findings:**
- **Neuro** - Generalized skeletal muscle weakness. Headache / personality changes.
- **Resp.**- Shallow respirations
- **CV** - Cardiac changes depend on fluid volume
- **GI** – Increased GI motility, Nausea, Diarrhea (explosive)
- **GU** - Increased urine output

# hypernatremia

- **Assessment findings:**
- **Neuro** - Spontaneous muscle twitches. Irregular contractions. Skeletal muscle weakness. Diminished deep tendon reflexes
- **Resp.** – Pulmonary edema
- **CV** – Diminished CO. HR and BP depend on vascular volume.
- **GU** – Dec. urine output. Inc. specific gravity
- **Skin** – Dry, flaky skin. Edema r/t fluid volume changes.





## Hypocalcaemia

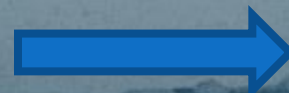
- **Assessment findings:**

- **Neuro** – Irritable muscle twitches.
  - Positive Trousseau's sign.
  - Positive Chvostek's sign.
- **Resp.** – Resp. failure d/t muscle tetany.
- **CV** – Dec. HR., dec. BP, diminished peripheral pulses
- **GI** – Inc. motility. Inc. BS. Diarrhea

## Hypercalcaemia

- **Assessment findings:**

- **Neuro** – Disorientation, lethargy, coma, profound muscle weakness
- **Resp.** – Ineffective resp. movement
- **CV** - Inc. HR, Inc. BP. , Bounding peripheral pulses, Positive Homan's sign.
  - Late Phase – Bradycardia, Cardiac arrest
- **GI** – Dec. motility. Dec. BS. Constipation
- **GU** – Inc. urine output. Formation of renal calculi





## Hypomagnesaemia

---

- **Assessment findings:**

- \***Neuro** - Positive Trousseau's sign.  
Positive Chvostek's sign.  
Hyperreflexia. Seizures
- \***CV** – ECG changes.  
Dysrhythmias. HTN
- \***Resp.** – Shallow resp.
- \***GI** – Dec. motility.  
Anorexia. Nausea

## Hypermagnesaemia

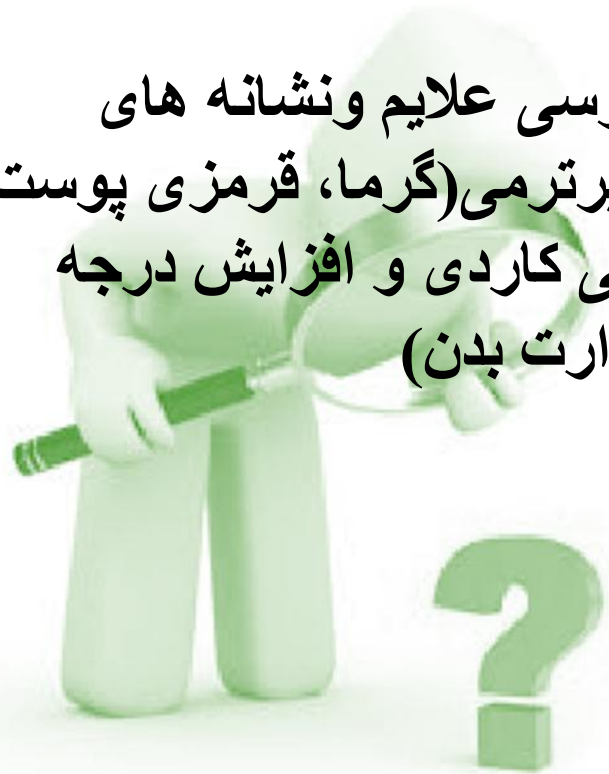
---

- **Assessment findings:**

- Neuro** – Reduced or weak DTR's. Weak voluntary muscle contractions. Drowsy to the point of lethargy
- CV** – Bradycardia, peripheral vasodilatation, hypotension. ECG changes.

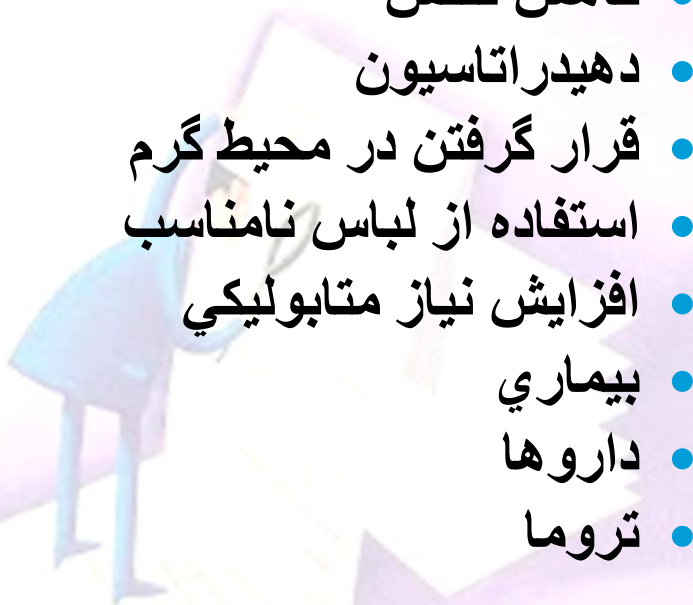
## ارزیابی

- بررسی علایم و نشانه های هیپرترمی (گرما، قرمزی پوست، تاکی کاردی و افزایش درجه حرارت بدن)



## تشخیص پرستاری

- هایپرترمی در ارتباط با
- بیهوشی
- کاهش تنفس
- دهیدراتاسیون
- قرار گرفتن در محیط گرم
- استفاده از لباس نامناسب
- افزایش نیاز متابولیکی
- بیماری
- داروها
- تروما



## اقدامات...

- هر ۴-۱ ساعت ضربان قلب، تنفس، فشار خون و سطح هوشیاری بیمار را به منظور بررسی تاثیر اقدامات درمانی انجام شده و عوارض هایپرترمی رامانتور کنید.
- تمایل بیمار را به منظور مصرف مایعات بررسی کنید و بیمار را تشویق به مصرف زیاد مایعات کنید مگر اینکه منع مصرف مایعات وجود داشته باشد.
- دخول و خروج مایعات را بررسی و در صورت دستور پزشك برای بیمار سرم تجویز نمایید. چون با افزایش هر ۱ درجه سانتیگراد درجه حرارت بدن، دفع نامحسوس مایعات بدن تا ده درصد افزایش می یابد، بمنظور پیشگیری از دهیدراتاسیون بیمار را تشویق به مصرف مایعات کنید

## اقدامات...

- درجه حرارت بدن را هر ۴-۱ ساعت چک و آنرا ثبت نمایید.
- از روشهای غیر دارویی نظیر برداشتن پوششهای اضافی (پتو، لباسهای اضافی)، کیسه آب سرد و wet sponge استفاده کنید.
- در صورتیکه دمای بدن بیمار بیشتر از ۳۹.۴ درجه سانتیگراد شد، طبق دستور پزشک، از پتوی هایپوترمیا استفاده و علائم حیاتی بیمار را در یک ساعت اولیه؛ هر ربع ساعت و سپس در صورت لزوم بررسی کنید. افزایش بیش از حد دمای بدن ممکن است باعث بروز عوارضی مانند تشنج شود. در صورت بروز لرز پتوی هایپوترمی را بردارید، چون لرز باعث افزایش نیاز متابولیکی بدن میشود و درجه حرارت بدن را بیشتر افزایش میدهد.



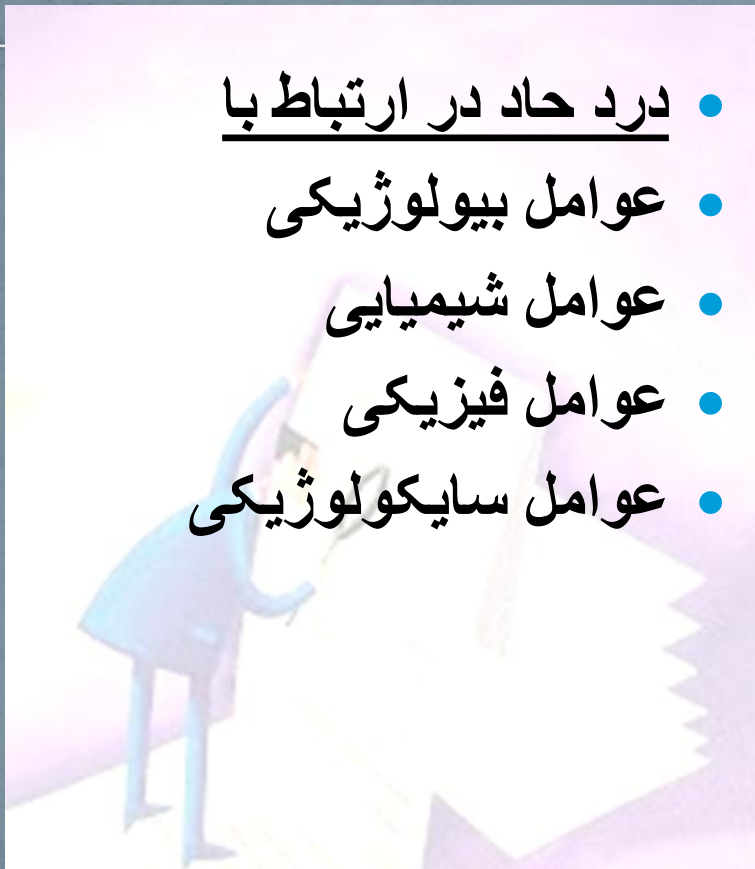
- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

## ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

درجه حرارت بدن بیمار در محدوده  
طبیعی است

## تشخیص پرستاری

- درد حاد در ارتباط با
- عوامل بیولوژیکی
- عوامل شیمیایی
- عوامل فیزیکی
- عوامل سایکولوژیکی



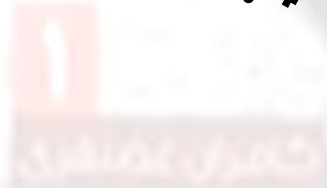
## ارزیابی

- بررسی علایم و نشانه های درد
- بررسی کیفیت، شروع، زمان و ..... درد



## اقدامات...

- ویژگیهای درد(محل درد، کیفیت و شدت درد بر اساس نمره دهی ۱۰-۱) منابع رها کننده بیمار از درد را بررسی کنید.
- تغییرات محیطی را بر اساس پیشنهاد بیمار با هدف ارتقای خواب وی فراهم کنید.
- از روشهای گرما درمانی یا سرما درمانی با هدف کاهش درد بیمار استفاده کنید. از بالشتکهایی برای پوزیشن دادن بیمار و رهایی وی از در استفاده کنید.
- از داروهای ضد درد طبق دستور پزشک استفاده کنید. بیمار را تشویق به استفاده از روشهای تنفس عمیق، اروماتراپی کنید.



## اقدامات...

- به بیمار آموزش دهید تا از مصرف کافیین، الکل بخصوص در زمان قبل از خواب خودداری کند.
- به بیمار فرصت دهید تا درباره درد خود صحبت کند و زمانی را برای صحبت با بیمار در نظر بگیرید تا درباره خود با شما صحبت کند.



# ارزیابی نهایی (ارزشیابی)

- Excellent
- Very good
- Good
- Average
- Poor

درد بیمار کاهش یافته یا از بین  
رفته است

# منابع:

- Sparks & Taylors, nursing diagnosis pocket guide, 2014
- Blackwell Willey, nursing diagnosis definition & classification, 2015-2017