

تشخیص های پرستاری و اقدامات پرستاری در بخش های ویژه کویید

الف- در معرض زخم بستر

تشخیص های پرستاری احتمال ایجاد زخم بستر در رابطه با موارد زیر است

- 1- بی حرکتی
- 2- کاهش درک حسی و بیماری های حسی عصبی
- 3- کاهش سطح هوشیاری
- 4- وجود تجهیزات خارجی فشارنده اندام های بدن
- 5- رطوبت
- 6- وضعیت عضلانی
- 7- اختلالات عصبی و عروقی
- 8- پوزیشن نامناسب بیمار در تخت
- 9- استفاده از روش های نامناسب برای جا به جایی بیمار

تعریف

به هر گونه ضایعه که به علت فشار بر ناحیه ای از بدن ایجاد شده و منجر به آسیب بافت های زیرین شود ، زخم فشاری گفته می شود. زخم فشاری نکرور بخشی از بافت سلولی است که ناشی از عدم وجود گردش خون در محل مزبور می باشد. به عبارت دیگر زخم فشاری ناحیه متمرکزی از نکرور بافتی است و هنگامی کته بافت نرم بین یک برجستگی استخوانی و یک سطح خارجی به مدت طولانی تحت فشار قرار گیرد، ایجاد می شود.

مشخصات

اختلال در تمامیت پوست همراه با تغییر رنگ ، سوزش ، درد و در مواردی که زخم پیشرفت کرده باشد، ممکن است با عفونت همراه باشد. زخم فشاری 4 مرحله دارد. ممکن است از قرمزی پوست و بافت های اطراف (مرحله 1) تا آسیب به کل ضخامت پوست با تخریب وسیع، نکرور بافتی یا آسیب استخوانی و عضلانی (مرحله 4) متفاوت باشد

اقدامات پرستاری

- 1- بررسی مداوم پوست (حداقل روزی یک بار) به خصوص نواحی که بیشتر مستعد زخم فشاری هستند
- 2- انجام اقدامات مراقبتی در پیشگیری از صدمات پوستی
- 3- حفظ بهداشت پوست و آموزش بیمار در مورد اهمیت و چگونگی رعایت بهداشت پوست
- 4- حفظ هیدراتاسیون کافی و جلوگیری از خشکی پوست

- 5- استفاده از وسایل رفع فشار جهت کاهش هرچه بیشتر فشار بر روی پوست و برجستگی های استخوانی
- 6- حفظ رژیم غذای با کالری، پروتئین، ویتامین ها و آهن کافی (توصیه می شود از مکمل های غذایی استفاده شو)
- 7- هنگام حمام دادن به بیمار در تخت باید اعمال فشار و اصطکاک بر پوست را به حداقل رسانده و از مواد شوینده سالم استفاده نمود و پس از پایان استحمام باید پوست بیمار را به طور کامل خشک نمود (پوست مددجو را همواره خشک، پاکیزه و عاری از ادرار، مدفوع و عرق نگهدارید)
- 8- بهتر است ماساژ بر روی برجستگی های استخوانی انجام نشود. به علاوه انجام ماساژ شدید خود می تواند منجر به ترومای عمیق بافتی شود.
- 9-تغییر پوزیشن، جابجایی و چرخش مددجو باید به صورت صحیح انجام گیرد.

ب- اختلالات خواب

تشخیص های پرستاری اختلالات خواب در رابطه با موارد زیر است

- 1 عالیم فیزیولوژیک غیر طبیعی (مثل هیپوکسی، دیس پنه، اختلالات عملکرد نرولوژیک)
- 2 سن بالا
- 3 اضطراب
- 4 استرس مزمن
- 5 افسردگی
- 6 ناراحتی جسمی یا روانی
- 7 تغییرات محیطی
- 8 تحریکات بیش از حد
- 9 داروها
- 10 درد
- 11 سوء مصرف مواد

تعریف

بر اساس تشخیص پرستاری ناندا، بیخوابی به صورت اختلال در خواب که بر عملکرد تاثیر می گذارد، تعریف می شود. خواب و تندرستی با هم ارتباط مستقیم دارند و خوب خوابیدن همانند خوردن سالم و فعالیت بدنی منظم، برای سلامتی حیاتی است. به بدنتان مثل یک کارخانه نگاه کنید. خواب بمنظور تجدید قوا برای فعالیتهای جسمی و فکری ضروری است. زمانیکه فرد قادر به خوابیدن نیست، مشکل او Insomnia نامیده می شود.

مشخصات : علائم و نشانه های زیر تشخیص بیخوابی را مشخص می کنند

● بیدار شدن زودتر یا دیرتر از زمان مورد انتظار

● کسالت

● کم شدن کیفیت زندگی

● ناراضایتی از الگوی خواب

● خواب منقطع

● تحریک پذیری

● کمبود انرژی

● مشکل در تمرکز و حافظه

● خواب آلودگی در طول روز

● شکایت بیمار در خصوص مشکل در به خواب رفتن

اقدامات پرستاری

1- به بیمار در مورد دریافت غذا و مایعات کافی و اجتناب از وعده های غذایی سنگین، الکل، کافئین، یا سیگار قبل از خواب آموزش دهید.

2- بیمار را به انجام نرمش های جسمی در طول روز تشویق کنید. در عین حال بیمار باید آموزش ببیند که از انجام ورزشهای فعال قبل از زمان خواب پرهیز کند

3- بیمار را به نوشیدن شیر تشویق کنید.

4- به بیمار در تنظیم یک برنامه زمانی منظم برای خواب و استراحت آموزش دهید.

5- از فعالیتهای آرام سازی مثل حمام گرم، موسیقی آرام، خواندن کتاب و تمرینات ریلکسیشن قبل از خواب استفاده کنید

6- به بیمار آموزش دهید از فکر کردن به روزهای آینده یا هر ذهنیتی که خواب بیمار را مختل کند، بپرهیزد.

7- بیمار را در اتاقی دور از عوامل محرک یا صدا مثل ایستگاه پرستاری قرار دهید

8- به بیمار کمک کنید دلیل اصلی مشکلات خواب را پیدا کند.