

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مایعات و الکترولیت ها

Problem Definition	بیان مشکل
	اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - تعادل مایعات و الکترولیت ها را تنظیم کند. - از ایجاد عوارض مربوط به اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها پیشگیری کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<ol style="list-style-type: none"> ۱- مقادیر سرمی غیر طبیعی الکترولیت ها را کنترل کنید. ۲- نمونه های آزمایشگاهی را برای کنترل اختلال در سطوح مایعات و الکترولیت ها (مانند سطوح هماتوکریت، BUN، سدیم و پتاسیم) تهیه کنید. ۳- روزانه بیمار را وزن کنید و روند تغییر آنرا پایش کنید. ۴- در صورت وجود هیپوناترمی رقتی (سطوح سرمی سدیم کمتر از ۱۳۰ میلی اکی والان در لیتر) دریافت آزاد مایعات را محدود کنید. ۵- در صورت لزوم به بیمار مایعات بدهید. ۶- با فراهم کردن مایعات خوراکی که بیمار ترجیح می دهد، دریافت مایعات را بهبود بخشید. ۷- دریافت مایعات را در طی ۲۴ ساعت به طور مناسب تنظیم کنید. ۸- در صورت لزوم در جهت محدود کردن مایعات اقدام کنید. ۹- براساس برون ده، لوله بینی - معدی (NGT) را تعویض کنید. ۱۰- برای جبران مایعات و الکترولیت های از دست رفته از طریق اسهال برای بیمارانی که تغذیه لوله ای دارند، فیبر تجویز کنید. ۱۱- در صورت لزوم لوله بینی - معدی را با نرمال سالین شستشو دهید. ۱۲- تعداد قطعات یخ مصرف شده در بیمارانی که لوله معده ای آنها به ساکشن متصل است، را کم کنید. ۱۳- سرعت مناسب برای محلولهای وریدی (یا ترانسفوزیون خون) را انتخاب کنید. ۱۴- فرآورده های خونی را به طور مناسب برای تجویز آماده کنید (مانند کنترل کردن مشخصات بیمار با مشخصات کیسه خون و آماده کردن ست ترانسفوزیون). ۱۵- فرآورده های خونی مانند (پلاکت و FFP) را در صورت لزوم تجویز کنید.

- ۱۶- وضعیت همودینامیک، شامل CVP، MAP و سطوح PCWP را در صورت امکان کنترل کنید.
- ۱۷- در صورت تجویز برای بیمار کاتتر ادراری بگذارید.
- ۱۸- گزارش صحیحی از وضعیت intake/output بیمار تهیه کنید.
- ۱۹- در صورت لزوم علائم حیاتی را کنترل کنید.
- ۲۰- وضعیت هیدراتاسیون (مانند میزان رطوبت غشاهای مخاطی، کفایت نبض ها، فشار خون وضعیتی) را به طور مناسب کنترل کنید.
- ۲۱- دهیدراتاسیون را به طور مناسب تصحیح کنید.
- ۲۲- در صورت تجویز، مایع درمانی وریدی را شروع کنید.
- ۲۳- در صورت نیاز محلولهای وریدی همراه با الکتروولیت را تجویز کنید.
- ۲۴- پاسخ بیمار به الکتروولیت های تجویز شده را کنترل کنید.
- ۲۵- علائم عدم تعادل الکتروولیت ها را کنترل کنید.
- ۲۶- علائم و نشانه های احتباس مایعات (مانند کراکل ریوی، افزایش فشار ورید مرکزی، فشار وریدهای وداجی، ادم، تورم ورید های گردن و آسیت) را کنترل کنید.
- ۲۷- نتایج آزمایشگاهی مربوط به احتباس مایعات (مانند افزایش وزن مخصوص ادرار، افزایش Bun، کاهش هماتوکریت و افزایش سطح اسمولالیت ادرار) را کنترل کنید.
- ۲۸- نتایج آزمایشگاهی مربوط به تعادل مایعات (مانند سطح هما توکریت، Bun، آلومین، پروتئین توتال، اسمولالیتی سرم و وزن مخصوص ادرار) را کنترل کنید.
- ۲۹- وضعیت تغذیه و میزان دریافت غذا و مایعات را کنترل کنید.
- ۳۰- رژیم غذایی تجویز شده برای عدم تعادل مایعات و الکتروولیت ها (مانند کم سدیم، مایعات محدود شده، رژیم کلیوی، بدون نمک) را تهیه کنید.
- ۳۱- میزان کالری دریافتی روزانه را محاسبه کنید.
- ۳۲- بیمار را از نظر عوارض جانبی الکتروولیت های تجویز شده، بررسی کنید.
- ۳۳- غشاهای دهانی، صلبیه چشم و پوست را از نظر علائم اختلال در تعادل مایعات و الکتروولیت ها (مانند خشکی، سیانوز، یرقان) بررسی کنید.
- ۳۴- در صورت وجود یا بدتر شدن علائم و نشانه های عدم تعادل مایعات و الکتروولیت ها، با پزشک مشورت کنید.
- ۳۵- در صورت لزوم، تغییرات وزن بیمار قبل و بعد از دیالیز را کنترل کنید.
- ۳۶- ملحفه و پارچه های خیس را شمارش و یا وزن کنید.
- ۳۷- در صورت وجود ادم، محل و وسعت آن را بررسی کنید.
- ۳۸- در صورت لزوم دیورتیک تجویز کنید.

Patient Education	آموزش به بیمار
۱- در صورت لزوم در مورد وضعیت NPO بودن به بیمار آموزش دهید.	
۲- همراهان و خانواده بیمار را به کمک به وی در هنگام تغذیه تشویق کنید.	
۳- در صورت لزوم در مورد نوشیدن و خوردن مکرر مایعات و میوه های تازه یا عصاره آنها آموزش دهید.	
۴- به خانواده کودکان بیمار آموزش دهید تا نوشیدنی های خنک را طبق ذائقه آنها آماده کنند و ژلاتین را برای استفاده کودکان به اشکال جالب ببرند.	
۵- به بیمار در مورد بهبود دریافت مایعات از راه دهان (مانند فراهم کردن دریافت نوشیدنی از طریق نی، پیشنهاد دریافت مایعات بین وعده های غذایی، تغییر دریافت مایعات به مایعات خنک به طور روتین) آموزش دهید.	
۶- به خانواده بیمار آموزش دهید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	عدم تعادل مایعات
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد:
	- اطلاعات بیمار را به منظور تنظیم تعادل مایعات به طور صحیح جمع آوری کند.
	- اطلاعات جمع آوری شده را به طور مناسب تجزیه و تحلیل کند.
	- تعادل مایعات را برقرار کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- تاریخچه صحیحی از مقدار، نوع مایعات دریافتی و عادات دفعی بیمار تهیه کنید.
	۲- عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) ممکن برای عدم تعادل مایعات (مانند هیپوترمی، درمان با دیورتیک، بیماریهای کلیوی، نارسایی قلبی، تعریق بیش از حد، اختلال عملکرد کبد، ورزش همراه با تنفس صدا دار، در معرض گرما قرار گرفتن، عفونت، وضعیت بعد از عمل، پلی اورمی، استفراغ، اسهال) را تشخیص دهید.
	۳- وزن بیمار را کنترل کنید.
	۴- سطح الکترولیت های سرم و ادرار را کنترل کنید.
	۵- سطح پروتئین توتال و آلبومین سرم را کنترل کنید.
	۶- سطح اسمولالیتی ادرار و سرم را کنترل کنید.
	۷- فشار خون، ضربان قلب و وضعیت تنفسی بیمار را کنترل کنید.
	۸- در صورت لزوم پارامترهای همودینامیک را کنترل کنید.
	۹- گزارش صحیحی از I & O تهیه کنید.
	۱۰- بیمار را از نظر غشاهای مخاطی، تورگور پوست و تشنگی کنترل کنید.

- ۱۱- رنگ، مقدار و وزن مخصوص ادرار را کنترل کنید.
- ۱۲- بیمار را از نظراتساع وریدهای گردنی، صدای کراکل در ریه ها، ادم محیطی و وزن گرفتن کنترل کنید.
- ۱۳- در صورت لزوم کاتترهای داخل وریدی را کنترل کنید.
- ۱۴- علائم و نشانه های آسیب را کنترل کنید.
- ۱۵- به وجود یا عدم وجود سرگیجه هنگام ایستادن توجه کنید.
- ۱۶- مایعات را به طور مناسب تجویز کنید.
- ۱۷- دریافت مایعات را محدود یا اختصاصی کنید.
- ۱۸- سرعت تجویز مایعات وریدی را تنظیم کنید.
- ۱۹- داروهای تجویز شده جهت افزایش برون ده ادراری را به طور مناسب تجویز کنید.
- ۲۰- در صورت عدم وجود برون ده ادراری، دیالیز تجویز شده را انجام دهید.
- ۲۱- راه وریدی را در وریدی با قطر مناسب انتخاب و نگهداری کنید.
- ۲۲- به منظور اطمینان از تجویز مناسب مایعات با پزشک هماهنگی کنید.
- ۲۳- در صورت تجویز، مایعات وریدی کریستالوئیدی (مانند نرمان سالین و رینگر لاکتات) و آکالوئیدی (مانند Plasmacate، Hesban) را به بیمار بدهید.
- ۲۴- در صورت لزوم برای کراس مچ، نمونه خون تهیه کنید.
- ۲۵- در صورت تجویز، فرآورده های خونی را به بیمار بدهید.
- ۲۶- پاسخهای همودینامیکی بیمار را کنترل کنید.
- ۲۷- وضعیت اکسیژناسیون بیمار را کنترل کنید.
- ۲۸- بیمار را از نظر افزایش بار مایعات کنترل کنید.
- ۲۹- برون ده مایعات مختلف بدن (مانند ادرار، درناژ لوله بینی - معدی، چست تیوب) را کنترل کنید.
- ۳۰- Cr ، BUN ، سطوح پروتئین توتال و آلومین را کنترل کنید.

Patient Education

آموزش به بیمار

- ۱- علائم و نشانه های عفونت سیستم ادراری را به بیمار آموزش دهید.
- ۲- در مورد نحوه بدست آوردن نمونه های وسط ادرار در حین بروز اولین علامت از برگشت علائم و نشانه های عفونت، به بیمار آموزش دهید.
- ۳- در مورد نوشیدن حدود ۲۰۰ سی سی مایع با وعده های غذایی و بین وعده های غذایی به بیمار آموزش دهید.
- ۴- در مورد کنترل علائم و نشانه های عفونت سیستم ادراری به بیمار آموزش دهید.
- ۵- به بیمار در مورد تخلیه مثانه قبل از انجام هر پروسیجر آموزش دهید.

- 1- Alspach J.G . (2006) American Association of Critical Care Nurses: Core curriculum for critical care nursing. 6th Edition. Philadelphia: W. B. Saunders.
- 2- Baer C.L. Kinney M.R., Packa D.R., & Dunbar S.B.(1993). Fluid and electrolyte balance. AACN's clinical reference for critical-care nursing, St. Louis: Mosby.
- 3- Cullen L.M. Bulechek G.M., & McCloskey J.C. (1992). "Interventions related to fluid and electrolyte balance". Nursing Clinics of North America. 27(2): 569-598.
- 4- Horne M., & Swearingen P.(1997). Pocket guide to fluids and electrolytes, 3rd Edition. St. Louis: Mosby.
- 5- Kokko J., Tannen R.(1990). Fluids and electrolytes, 2nd Edition. Philadelphia, W. B. Saunders.
- 6- Wong D.L.(1995). Whaley and Wong's nursing care of infants and children, 5th ed.. St. Louis: Mosby.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم ادراری - تناسلی

Problem Definition	بیان مشکل
	الگوی دفع ادراری نامطلوب
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پرستار باید قادر باشد: - برون ده ادراری مطلوب را برای بیمار ایجاد کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<p>۱- در صورت لزوم الگوی دفع ادرار را از نظر تکرر ادرار، احتباس ادرار، بو، حجم و رنگ کنترل کنید.</p> <p>۲- بیمار را از نظر علائم و نشانه های احتباس ادراری بررسی کنید.</p> <p>۳- فاکتورهای موثر بر بی اختیاری ادرار را شناسایی کنید.</p> <p>۴- در صورت لزوم زمان آخرین دفع ادراری را یادداشت کنید.</p> <p>۵- اگر علائم و نشانه های عفونت دستگاه ادراری اتفاق افتاده است، بیمار را به پزشک ارجاع دهید.</p> <p>۶- در صورت لزوم به بیمار در مورد بهبود عادات دفع کمک کنید.</p> <p>۷- در صورت لزوم اولین دفع ادراری بعد از پروسیجر درمانی را گزارش کنید.</p> <p>۸- در صورت لزوم دریافت مایعات را محدود کنید.</p>
Patient Education	آموزش به بیمار
	<p>۱- در مورد نحوه کنترل علائم و نشانه های عفونت سیستم ادراری به بیمار آموزش دهید.</p> <p>۲- در مورد نحوه بدست آوردن نمونه های وسط ادرار در موقع برگشت علائم و نشانه های عفونت به بیمار آموزش دهید.</p> <p>۳- در مورد نوشیدن حدود ۲۰۰ سی سی مایع همراه با وعده های غذایی و بین وعده های غذایی به بیمار آموزش دهید.</p> <p>۴- به بیمار در مورد لزوم تخلیه مثانه قبل از انجام هر پروسیجر آموزش دهید.</p>

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت مجاری ادراری در زمان بستری شدن در بیمارستان ناشی از سوند ادراری	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: - هرگونه عفونت ادراری را بموقع تشخیص دهد. - از بروز عفونت ادراری پیشگیری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
<p>۱- استفاده از کاتترهای ادراری را به موارد زیر محدود کنید:</p> <p>- پایش برون ده ادراری در بیماران ویژه.</p> <p>- مراقبت و درمان احتباس ادراری حاد و انسداد ادراری.</p> <p>- کمک به بهبود زخم بستر در بیماران دچار بی اختیاری ادرار.</p> <p>۲- اطمینان حاصل کنید که افراد تعلیم دیده کاتتر ادراری را به بیمار متصل می کنند.</p> <p>۳- اطمینان حاصل کنید که وسایل لازم برای یک روش آسپتیک در دسترس است.</p> <p>۴- موارد زیر را برای ثبت اطلاعات مد نظر قرار دهید: اندیکاسیون گذاشتن کاتتر، تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر، فردی که این کار را انجام داده و تاریخ و زمان خارج ساختن کاتتر.</p> <p>۵- موارد ثبت شده، بایستی در پرونده قابل دسترس بوده و در یک چهار چوب استاندارد به منظور جمع آوری اطلاعات و با هدف ارتقای کیفیت ثبت شود.</p> <p>۶- اطمینان حاصل کنید که افراد آموزش دیده و منابع مورد نیاز در دسترس باشد.</p> <p>نظارت و مراقبت در عفونتهای ناشی از کاتترهای ادراری:</p> <p>۱- بیمارانی را که بیشتر در معرض خطر هستند، شناسایی کنید.</p> <p>۲- از معیارهای استاندارد برای تشخیص عفونت های ناشی از کاتتر ادراری استفاده کنید.</p> <p>۳- اطلاعات مربوط به روزهایی که کاتتر گذاشته شده، برای بیمارستان جمع آوری کنید.</p> <p>۴- میزان عفونتهای ناشی کاتتر ادراری را در جمعیت هدف محاسبه کنید.</p> <p>۵- میزان استفاده از کاتتر ادراری را اندازه گیری کنید.</p> <p>تکنیک صحیح گذاشتن کاتتر ادراری:</p> <p>۱- کاتتر ادراری را فقط زمانی بگذارید که حتماً ضرورت داشته باشد.</p> <p>۲- به سایر شیوه ها نیز توجه داشته باشید نظیر استفاده از سوندهای کاندومی در آقایان.</p> <p>۳- بهداشت دستها را رعایت کنید.</p> <p>۴- کاتتر ادراری را به شیوه آسپتیک و وسایل استریل قرار دهید.</p> <p>۵- از دستکش و گاز استریل و محلول آنتی سپتیک برای تمیز کردن سوارخ مجرای ادرار و یک ژل نرم</p>	

کننده یکبار مصرف استفاده کنید.

۶- برای اینکه آسیب مجرای ادرار به حداقل برسد در صورت امکان از یک کاتتر اندازه کوچک استفاده کنید.

مراقبت و درمان صحیح در کاتتر ادراری:

۱- بعد از گذاشتن کاتتر از حرکت دادن و کشیدن بیمار پیشگیری کنید.

۲- یک سیستم بسته و استریل را حفظ کنید.

۳- کاتتر ادراری و درناژ آن را تا زمانی که کاتتر شسته شود، قطع نکنید.

۴- جایگزینی سیستم جمع ادرار را با استفاده از یک شیوه آسپتیک انجام دهید.

۵- برای آزمایش ادرار نمونه کوچکی از ادرار را به کمک یک سرنگ و سرسوزن استریل و بعد از تمیز کردن پورت بگیرید.

۶- نمونه را به نحو صحیح به آزمایشگاه جهت کشت انتقال دهید.

۷- جهت تهیه مقادیر بیشتر جهت آزمایشات مختلف می توانید از کیسه ادرار بیمار استفاده کنید.

۸- دقت کنید در مسیر خروج ادرار انسدادی ایجاد نشود.

۹- کیسه ادرار را بطور منظم خالی کنید. برای هر بیمار یک ظرف جداگانه اختصاص دهید.

۱۰- همیشه کیسه ادرار را پایین تر از مثانه قرار دهید.

شیوه هایی که نبایستی به عنوان پیشگیری از عفونتهای ناشی از کاتتر ادراری بکار گرفته شود:

۱- بطور معمول از کاتترهای آغشته به نقره یا آنتی باکتریال استفاده نشود.

۲- باکتریوری بدون علامت در بیماران دارای کاتتر ادراری درمان نشود، مگر قبل از پروسیجرهای تهجمی اورولوژی.

۳- از شستشوی مداوم کاتتر ادراری به عنوان یک شیوه پیشگیری از عفونت خودداری شود مگر اینکه انسدادی وجود داشته باشد که در آن صورت با استفاده از یک سیستم بسته این کار انجام شود.

۵- از آنتی بیوتیک به عنوان پروفیلاکسی استفاده نشود.

۶- کاتتر ادرار بطورروتین تعویض نشود.

Patient Education

آموزش به بیمار

۱- به بیمار آموزش دهید به جای استفاده از وان، از دوش استفاده کند.

۲- بعد از هر بار دفع، ناحیه پرینه از جلو به عقب شسته شود.

۳- به بیمار آموزش دهید که مصرف مایعات فراوان از بروز عفونت ادراری پیشگیری می کند.

۴- در طی روز هر ۲ تا ۳ ساعت یکبار مثانه را تخلیه کند.

۵- بلافاصله پس از مقاربت، ادرار کند.

۶- داروهای تجویز شده را طبق دستور مصرف کند.

- Brunner, L.S., Suddarth, D.S. (2008). Text book of Medical Surgical Nursing. William and Wilkins.
- Fluid and electrolyte maintenance. Available from <http://amda.com/tools/cpg/dehydration.cfm>
- Nicole, L.E., Cassen, L.D. et al. (2008). "Strategies to prevent catheter associated urinary tract infections in acute care hospitals". Infection control and hospital epidemiology, 29(1):41-50.
- Pillitteri A. (2007). Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Timby B.K., Smith N.E. (2006). Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. Introductory medical-surgical nursing, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Titler M.G., Bulechek G.M., & McCloskey J.C (1992). "Interventions related to surveillance". Nursing Clinics of North America. 27(2):495-516.
- Topal J, Conklin S, et al. (2005). "Prevention of nosocomial catheter infection through computerized feedback physicians and a nurse directed protocol". American Journal of Medical Quality .20:121-126

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

دستگاه تناسلی زنان

Problem Definition	بیان مشکل
	<p>اضطراب بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نا آشنا بودن با محیط بخش. • کمبود اطلاعات در مورد تشخیص، روشهای تشخیصی و درمان. • تاثیر بیماری بر روی روش زندگی و ایفای نقش. • اختلال در تصویر ذهنی بیمار از خود. • علائم ظاهری بیماری. • ترس از پیش آگهی. • ترس از هر چیز ناشناخته. • درد.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <p>- علائم و نشانه های ترس و اضطراب را در بیمار بررسی کند (بیان ترس و اضطراب، تاکی پنه، تاکی کاردی، تعریق، افزایش فشار خون، رنگ پریدگی، برافروختگی صورت، ناسازگاری با برنامه مراقبتی).</p>
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<p>ارزیابی :</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اطلاعات در خصوص اضطراب بیمار جمع آوری کنید. ۲. اضطراب و سطح درک بیمار از بیماری را شناسایی کنید. ۳. تجارب قبلی بیمار در مورد بستری شدن در بیمارستان را شناسایی کنید. ۴. سیستمهای حمایتی با ارزش بیمار را شناسایی کنید. <p>اقدامات:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. بیمار را با محیط بیمارستان، ابزارها و روشهای درمانی و مراقبتی آشنا سازید. ۲. یک رابطه توأم با آرامش و رازداری با بیمار برقرار کنید. ۳. بیمار را به بیان ترسها و اضطراب تشویق کنید. ۴. توضیحات پزشک را برای رفع هرگونه سوء تفاهم در مورد تشخیص و درمان و پیش آگهی مجدداً بازگو کنید.

<p>۵. به خانواده بیمار جهت حمایت از وی آموزش دهید.</p> <p>۶. تسکین درد (درد عامل مهمی در بروز استرس است):</p> <ul style="list-style-type: none"> • روشهای غیر دارویی نظیر: سایکوپروفیلاکسی، هیپونیزم، طب سوزنی، ماساژ درمانی، TENS (فیزیوتراپی)، لمس درمانی. • روشهای دارویی: تجویز داروهای سیستمیک. <p>۷. از روشهای آرام سازی غیر دارویی استفاده کنید.</p> <p>۸. در صورت داشتن عمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح درک بیمار از عمل جراحی، عوارض بعد از عمل و نتایج عمل و ... را بررسی کنید. • به بیمار با توجه به درک و سواد وی توضیح دهید. • سوء تعبیر بیمار در مورد جراحی، عوارض و پیش آگهی آن را برطرف کنید. <p>۹. از همسر و اطرافیان بیمار برای حمایت روحی و کاهش سطح اضطراب وی کمک بگیرید.</p>
--

Patient Education	آموزش به بیمار
<p>۱. از روشهای آرام سازی زیر استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. <p>۲. به کار بردن مزاح و شوخی و کمک به بیمار در خندیدن.</p> <p>۳. در اختیار دادن کتاب دعا به بیمار و کمک به بیمار در داشتن عبادت متناسب با اعتقادات وی.</p>	

Problem Definition	بیان مشکل
	<p>یبوست بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش حرکات روده و معده بدلیل: مصرف داروهای مسکن مخدر (مورفین، کدئین، . . .). • کاهش مصرف غذاهای پر فیبر. • کاهش دریافت مایعات. • نارضایتی از دریافت لگن در تخت و بدنبال آن سرکوب کردن رفلکس دفع. • ضعف عضلات شکم بصورت کاهش تن عضلات . • استفاده طولانی مدت از هورمون پروژسترون. • مصرف قرص آهن. • استرس.

<ul style="list-style-type: none"> • حاملگی. • عوارض برخی از داروها نظیر آنتی اسیدهای آلومینیمی، کلسیم. • کاهش فعالیت. 	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - عادات دفع طبیعی بیمار را شناسایی کند. - خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام و شکل آن مورد بررسی قرار دهد. - نشانه های دال بر یبوست را شناسایی کند و اقدامات لازم را جهت پیشگیری و بر طرف کردن یبوست به کار برد. 	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
<p>ارزیابی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. عادات طبیعی دفع مددجو را بررسی نمائید. ۲. صداهای شکمی را سمع نمائید. ۳. خصوصیات مدفوع را از نظر دفعات، قوام، شکل بررسی نمائید. ۴. علائم و نشانه های دال بر یبوست (سردرد، بی اشتهایی، اتساع شکم، تهوع، احساس پری یا فشار در شکم یا رکتوم، کرامپهای شکمی) را بررسی نمائید. <p>اقدامات:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. فعالیت بیمار را افزایش دهید. ۲. بیمار را به عدم خودداری از دفع مدفوع، تشویق نمائید. ۳. بیمار را به استفاده از bed pan در زمان احساس دفع در صورت CBR بودن، تشویق نمائید. ۴. یک محیط خصوصی برای بیمار ایجاد کنید. ۵. بیمار را به ریلکس بودن در طی یک پروسه دفع تشویق نمائید. ۶. بیمار را به خوردن روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی (۸ تا ۱۰ لیوان) تشویق نمائید. ۷. بیمار را به نوشیدن مایعات گرم یا سرد جهت تحریک پرستالتیسم تشویق نمائید. ۸. بیمار را به مصرف غذاهای پر فیبر تشویق نمائید. ۹. کمک به مددجو برای قرار گرفتن در پوزیشن صحیح برای انجام عمل دفع و دادن فرصت کافی برای دفع. ۱۰. در صورت عدم بهبودی وضعیت، به پزشک اطلاع دهید. 	
Patient Education	آموزش به بیمار
<ol style="list-style-type: none"> ۱. در یافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها و عصاره میوه ها. 	

۲. بیمار را به دریافت تقریباً ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد) تشویق نمائید.
۳. بیمار را تشویق نمائید بتدریج مقدار دریافت مواد سیوس دار را افزایش دهد و همراه با آن مایعات دریافت کند.
۴. بیمار را به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات تشویق نمائید.
۵. محدود کردن میزان مصرف قهوه به ۲ تا ۳ فنجان در روز.
۶. بیمار را به نوشیدن یک لیوان آب گرم، ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه تشویق نمائید.
۷. یک زمان منظم و خاص برای دفع تعیین نمائید.
۸. بیمار را به قدم زدن و خارج شدن از تخت (در صورت عدم منع) تشویق نمائید.
۹. در صورت CBR بودن، آموزش انجام ورزشهای در تخت در حد تحمل (در تخت دراز بکشد و یک زانویش را به سمت قفسه سینه خم کند و هر زانو ۱۰ تا ۲۰ بار به سمت قفسه سینه خم شود) و این کار را ۳ یا ۴ بار در روز انجام دهد.
۱۰. از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع اجتناب کند.
۱۱. از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد استفاده کند.
۱۲. بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن را رعایت کند.
۱۳. بیمار را به پیاده روی تشویق نمائید.

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال بروز عفونت بعلت:
	کاهش مقاومت بدن نسبت به عفونت بدلیل سوء تغذیه، آنمی و ضعف عمومی.
	کاهش مقاومت بدن بدلیل هایپوکسی بافتی و تغذیه ناکافی.
	عوامل روانی (از جمله تنش، ترس از بیماریهای مقاربتی، سوء استفاده جنسی).
	بیماری های مزمن و اندوکرینی نظیر دیابت.
	شرکاء جنسی متعدد.
	مصرف آنتی بیوتیکها.
	استفاده از روشهای مکانیکی جلوگیری از بارداری.
	استفاده مکرر از دوش واژینال و تامپون.
	دستکاری مجرای ادراری .
	سوند گذاری دائم یا موقت.
	احتباس ادرار.

	<ul style="list-style-type: none"> • استاز ادرار بدنبال کاهش یا عدم تحرک. • کاهش مصرف مایعات . • قلیایی شدن ادرار. • حاملگی . • مقاربت با شریک جنسی آلوده. • تماس دهان با ژنیتال. • عفونت HIV. • سزارین. • پارگی زودرس پرده ها. • عدم رعایت بهداشت ناحیه مهبل. • مصرف داروهای ضد بارداری. • حاملگی. • زخم ناحیه تناسلی بدنبال خارش.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	<p style="text-align: center;">پرستار باید قادر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علائم و نشانه های بروز عفونت در بیمار را بررسی کند. ۲. اقدامات صحیح جهت کاهش خطر بروز عفونت را به کار برد. ۳. اقدامات صحیح جهت پیشگیری از بروز عفونت به کار برد.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<p style="text-align: center;">ارزیابی :</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علائم و نشانه های بروز عفونت را در بیمار بررسی نمائید: <ul style="list-style-type: none"> • افزایش درجه حرارت بدن. • بروز لرز. • افزایش تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه. • افزایش تعداد تنفس. • قرمزی، تورم، التهاب، در ناژ و بوی غیر طبیعی در هر منطقه ای که آسیب پوستی وجود دارد. • خروج ترشحات بد بو و حجیم از واژن همراه با خارش. • کدورت و بوی بد ادرار. • تکرر، فوریت و احساس سوزش در دفع ادرار.

- افزایش شمارش WBC و تغییرات مهم در تقسیمات آن.
- تغییر رنگ ترشحات واژن.
- ترشحات سفید دلمه ای شبیه به پنیر روستایی (نشانه عفونت کاندیدیاز).
- قرمزی در اطراف غده، تورم، ادم و آبه غده دهلیزی (نشانه بارتولینیت).
- ترشح چرکی فراوان، کمر درد، تکرر ادرار، احساس فوریت دفع (نشانه سرویسیت حاد و مزمن).
- ترشح و تحریک ناشی از PH قلیایی واژن (واژینیت آتروفیک).
- عدم وجود قرمزی ولو یا واژن، ترشحات خاکستری سفید یا زرد سفید در دیواره های خارجی واژن و ولو (نشانه گاردنلا همراه با واژینوز باکتریال بدنبال استعمال دخانیات، دوش واژینال، افزایش فعالیت جنسی).
- ترشحات واژینال رقیق (غالباً کف آلود)، زرد رنگ مایل به قهوه ای، بدبو، بسیار محرک (نشانه تریکومونیاژیس).
- درد قسمت پائین شکم، حساسیت بعد از قاعدگی، تب، لرز، بی حالی، تهوع، استفراغ، بی اشتها، درد همراه با اجابت مزاج و یا ادرار کردن، حساسیت شدید در معاینه سرویکس (نشانه عفونت لگنی).

اقدامات:

۱. از ترشحات واژن اسمیر تهیه کنید.
۲. اقداماتی جهت کاهش بروز عفونت انجام دهید، شامل:
 - شستوشوی صحیح دستها.
 - رعایت نکات استریل در انجام کلیه روشهای تهاجمی نظیر وارد کردن سوند و یا تزریقات.
 - مصرف مایعات به اندازه کافی.
 - حفظ تغذیه بدن در حد ایده ال و مطابق با نیاز بدن.
 - برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت بیمار.
 - تقویت فعالیت عضلانی در بیمار.
 - حفظ اسیدیته ادرار در حد طبیعی.
 - در صورت نیاز به سوند گذاری، رعایت نکات استریل.
 - در صورت نیاز به سوند گذاری طولانی مدت، استفاده از سوندهای سیلیکون به جای سوندهای لاتکس.
 - ثابت کردن سوند با چسب روی شکم یا ران.
 - حفظ بهداشت روزانه پرینه.

- قراردادن کیسه ادراری پایین تر از سطح مثانه جهت جلوگیری از برگشت ادرار از کیسه به مثانه.
 - پیشگیری از احتباس ادرار در مثانه .
 - کنترل روزانه PH ادرار.
 - تشویق بیمار به مصرف غذاها یا مایعات با اسیدیته بالا.
 - تعویض کاتتر ادراری مطابق با سیاستهای بیمارستان.
۳. علائم حیاتی را ثبت کنید.
 ۴. نمونه کشت از خون، خلط، ادرار، ترشحات واژن، دهان و زخم تهیه کنید.
 ۵. بیمار را به رعایت بهداشت ناحیه مهبل تشویق کنید.
 ۶. شریک جنسی را درمان کنید.
 ۷. کاهش خارش.
 ۸. عدم استفاده از دوش واژینال.
 ۹. احتیاطات لازم در مورد مصرف آنتی بیوتیکهای تجویز شده را آموزش دهید.
 ۱۰. از داروهای ضد قارچ برای درمان کاندیدیاز استفاده کنید.
 ۱۱. تجویز مترونیدازول طبق دستور پزشک، عدم مصرف الکل در درمان گاردنلا همرا با واژینوز باکتریال.
 ۱۲. برداشتن آگزودا، تسکین التهاب، حفظ اسیدیته، حفظ فلور نرمال واژن، تجویز مترونیدازول خوارکی طبق دستور پزشک برای بیمار و همسر وی در درمان واژینیت تریکوموناس واژینالیس.
 ۱۳. تخلیه آبه، تجویز آنتی بیوتیک مناسب توسط پزشک در بارتولینیت حاد و در صورت بارتولینیت مزمن، اکسیزیون غده.
 ۱۴. تجویز پنی سیلین (در صورت حساسیت به پنی سیلین تجویز استرپتومایسین یا تتراسیکلین) در درمان سرویسیت گنرووایی.
 ۱۵. استروژن درمانی واژینال و استفاده از داروهای مرطوب کننده برای کاهش خشکی واژن در درمان واژینیت آتروفیک.
 ۱۶. بهبود وضعیت تغذیه.
 ۱۷. در صورت التهاب بدنبال حساسیت به پروتئین پلاسمایی منی استفاده از کرم واژینال کرومولین و ایمنی درمانی و ارجاع به ایمونولوژیست.
 ۱۸. تجویز مترونیدازول طبق دستور پزشک هم برای بیمار و هم شریک جنسی .
 ۱۹. در صورت تجویز دارو داخل واژن، قرار دادن بیمار به حالت طاق باز به مدت ۳۰ دقیقه.
 ۲۰. عوارض مترونیدازول را به بیمار آموزش دهید.
 ۲۱. درمان عفونت لگنی شامل:
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف طبق دستور پزشک.

- در صورت عفونت شدید: بستری در بیمارستان، استراحت در بستر، تجویز آنتی بیوتیک داخل وریدی، کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی.
- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته جهت تسهیل خروج ترشحات.
- شست و شوی دستها.
- درمان شریک جنسی.
- توجه و درمان عوارض این عفونت شامل: پریتونیت لگنی، آبسه، تنگی لوله ها، انسداد لوله های فالوپ، بیوست.

آموزش به بیمار Patient Education

۱. بعد از دفع ادرار یا مدفوع، خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کنید.
۲. روزانه حداقل ۸ تا ۱۰ لیوان مایعات (در صورت عدم ممنوعیت) مصرف کنید.
۳. به حفظ بهداشت فردی توجه کنید.
۴. ورزش کنید، بخصوص پیاده روی.
۵. مایعات و یا غذاهای با اسیدیته بالا نظیر گوشت، تخم مرغ، آب آلو، مرغ، انگور، حبوبات مصرف کنید.
۶. لباسهای زیر کتانی بپوشید.
۷. لباس زیر سفید برای مشاهده سریع هرگونه آلودگی بپوشید.
۸. مکرراً لباس زیر خود را تعویض کنید.
۹. از دستمال توالت استفاده کنید.
۱۰. در صورت عفونت درمان شریک جنسی.
۱۱. از دوش واژینال استفاده نکنید.
۱۲. از وان حمام استفاده نکنید.
۱۳. از فعالیت جنسی در زمان ابتلا به عفونت امساک کنید.
۱۴. در صورت تجویز دارو داخل واژن، به حالت طاق باز به مدت ۳۰ دقیقه بخواهید.

پیشگیری از عود مجدد:

۱. از صابونهای ملایم برای جلوگیری از تحریک مهبل استفاده کنید.
۲. بطور روزانه مهبل را شست و شو کنید.
۳. بعد از دفع ادرار یا مدفوع، خود را از جلو به عقب تمیز و خشک کنید.
۴. از دوش مهبل و اسپری مهبل استفاده نکنید.
۵. در طی قاعدگی، بطور مرتب نوار بهداشتی را تعویض کنید.
۶. لباسهای زیر کتانی بپوشید و از لباس زیر مرطوب استفاده نکنید.
۷. وزن خود را متعادل نگه دارید.
۸. بعد از نزدیکی، اعضاء خارجی ناحیه تناسلی را شست و شو داد و مثانه را تخلیه کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد بعلت:	<ul style="list-style-type: none"> • فشار غدد لنفاوی بزرگ شده در بدخیمی های پستان و زیر بغل. • توده لگنی. • ترومای حاصل از جراحی. • ضایعات ژنیتال (هرپس، عفونتهای ولو واژینال، عفونتهای قارچی، ...).
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	<ol style="list-style-type: none"> ۱. علل ایجاد کننده درد را در مددجو شناسایی کند. ۲. علائم و نشانه های کلامی و غیر کلامی درد را شناسایی کند. ۳. عوامل تشدید کننده یا بهبودی درد را شناسایی کند. ۴. از ایجاد یا پیشرفت درد جلوگیری کند.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
ارزیابی :	<ol style="list-style-type: none"> ۱. پاسخهای معمول بیمار نسبت به درد را شناسایی کنید. ۲. علائم غیر کلامی حضور درد را شناسایی کنید: <ul style="list-style-type: none"> • انقباض عضلات صورت. • مشت کردن دست. • بی میلی برای حرکت. • ناآرامی. • تعریق. • رنگ پریدگی یا برافروختگی صورت. • تغییر در فشار خون، تاکی کاردی، تغییرات تنفسی. ۳. شناسائی محل، کیفیت، انتشار. ۴. شناسائی عوامل تشدید کننده درد. ۵. شناسایی عوامل بهبود دهنده درد.
اقدامات:	<ol style="list-style-type: none"> ۱. درمان بیماری. ۲. برطرف کردن ترس و اضطراب.

<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از عوامل غیر داروئی برای رهایی از درد: روشهای غیر داروئی نظیر: <ul style="list-style-type: none"> سایکوپروفیلاکسی، هیپونیزم، طب سوزنی، ماساژ درمانی، TENS (فیزیوتراپی)، لمس درمانی. • روشهای داروئی: تجویز داروهای سیستمیک. <ol style="list-style-type: none"> ۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته و استراحت مطلق قرار دهید. ۴. طبق دستور پزشك اكسيژن دهید. ۵. مسكن مخدر را طبق دستور پزشك در صورت عدم تسكين درد در طی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه تجویز کنید. ۶. افزایش فعالیت با توجه به سطح تحمل بیمار و دستور پزشك. ۷. در صورت نیاز و با مشورت پزشك اكسيژن تجویز کنید. ۸. قبل از سرفه به بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است، مسكن بدهید. ۹. تمیز نگه داشتن ضایعات. ۱۰. از پودرها و پمادها در محل ضایعه استفاده نکنید. ۱۱. بیمار را به ریختن آب روی ولو در حین دفع ادرار تشویق کنید.
--

Patient Education	آموزش به بیمار
<ol style="list-style-type: none"> ۱. از روشهای آرام سازی برای تسكين درد استفاده کنید. ۲. در صورت جراحی، برای انجام سرفه ناحیه عمل را با دست حمایت کنید. ۳. در صورت درد در حین ادرار کردن، ریختن آب بر روی ولو و یا نشستن در لگن آب گرم. ۴. تا درمان کامل تماس جنسی نداشته باشید. ۵. لباسهای تنگ نپوشید. ۶. از دوش مهبل، خوشبوکننده مهبل و خوشبوکننده حمام استفاده نکنید. 	

Problem Definition	بیان مشکل
<p style="text-align: right;">احتباس ادرار بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ترس و اضطراب. • کاهش تن عضلات مثانه بعلت مصرف داروهای مسكن مخدر. • اجتناب از دفع بدلیل حساسیت و درد در ناحیه پرینه. • آتونی مثانه در نتیجه ادم پلوئیس. 	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
<p style="text-align: right;">پرستار باید قادر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. الگوی طبیعی دفع ادرار را بررسی کند. ۲. علائم و نشانه های احتباس ادرار را گزارش کند. 	

	۳. در جهت رفع احتباس ادراری اقدام کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی :	
<p>۱. علائم و نشانه های احتباس ادراری را بررسی نمائید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دفع مقادیر کم ادرار. • اتساع ناحیه بالای پوبیس. • احساس فوریت در دفع ادرار و پری مثانه. • Output کمتر از Intake. <p>۲. علت احتباس ادرار را بررسی نمائید.</p> <p>۳. عوارض داروها را بررسی نمائید.</p>	
اقدامات:	
<p>۱. تشویق به کاهش ترس و اضطراب با :</p> <ul style="list-style-type: none"> • روشهای آرام سازی. • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. <p>۲. با نظر پزشک سوند گذاری دائم یا موقت انجام دهید.</p> <p>۳. يك محیط خصوصی برای دفع ایجاد کنید.</p> <p>۴. تشویق به استفاده از بیوفیدبکها برای کمک به دفع ادرار نظیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ماساژ شکم. • کشیدن موهای ناحیه پوبیس. • مشاهده جریان آب. • ریختن آب گرم روی پرینه. • قرار دادن دستهای بیمار در آب گرم. • حمایت روانی از بیمار بعمل آورید. 	
Patient Education	آموزش به بیمار
<p>۱. کاهش ترس و اضطراب با استفاده از:</p> <ul style="list-style-type: none"> - روشهای آرام سازی. - ماساژ پشت. - استفاده از روشهای آرام سازی. 	

<p>- هدایت تصویر ذهنی.</p> <p>۲. استفاده از بیوفیدبکها برای کمک به دفع ادرار نظیر:</p> <p>- ماساژ شکم.</p> <p>- کشیدن موهای ناحیه پوبیس.</p> <p>- مشاهده جریان آب.</p> <p>- ریختن آب گرم روی پرینه.</p> <p>- قرار دادن دستهای بیمار در آب گرم.</p>
--

بیان مشکل	Problem Definition
<p>اختلال در فعالیت جنسی به علت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خستگی. • اضطراب و ترس. • ترس از انتقال عفونت به همسر. • اختلال در اعتماد به نفس، درک از خود و تصویر ذهنی بدن. • تغییرات هورمونی بدن. • کاهش حس ژنیتال. • ترس از طرد شدن از طرف همسر. • دیس پارونی بدنبال یائسگی ناشی از کاهش سطح استروژن، عوارض رادیوتراپی، التهاب واژن. • واکنشهای روحی- روانی. 	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. فعالیت معمول جنسی را در بیمار مورد بررسی قرار دهد. ۲. تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی فرد را مورد بررسی قرار دهد. ۳. علل تغییر در فعالیت جنسی بیمار را شناسایی کند. ۴. تغییرات تأثیر گذار بر فعالیت جنسی را شناسایی کند. 	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
<p>ارزیابی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. بررسی فعالیت معمول جنسی. ۲. بررسی تغییرات ایجاد شده در فعالیت جنسی. ۳. بررسی علل تغییر در فعالیت جنسی نظیر محدودیتهای ناشی از بیماری و درمان. 	

<p>۴. بررسی تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی نظیر: رادیوتراپی، تروما، تغییرات بیوفیزیکی بدن، مشکلات روحی، ترس از طرد شدن از سوی همسر.</p> <p>اقدامات:</p> <p>۱. کاهش درد حین مقاربت با تشویق بیمار به:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استفاده از ژل لوبریکانت. • درمان واژینیت. • مصرف داروهای مسکن قبل از مقاربت. • استفاده از حمام گرم پیش از مقاربت جهت کنترل درد و ریلکس کردن عضلات. <p>۲. کمک به کاهش ترس و اضطراب با استفاده از روشهایی نظیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. • تغییر پوزیشن. • کمک خواستن از همسر بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار. <p>۳. عدم انجام مقاربت در صورت التهاب واژن بدنبال رادیوتراپی.</p> <p>۴. درمان عفونت.</p> <p>۵. اطلاع به پزشک در صورت عدم بهبودی در وضعیت جنسی.</p>	<p>۴. بررسی تغییرات تاثیر گذار بر فعالیت جنسی نظیر: رادیوتراپی، تروما، تغییرات بیوفیزیکی بدن، مشکلات روحی، ترس از طرد شدن از سوی همسر.</p> <p>اقدامات:</p> <p>۱. کاهش درد حین مقاربت با تشویق بیمار به:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استفاده از ژل لوبریکانت. • درمان واژینیت. • مصرف داروهای مسکن قبل از مقاربت. • استفاده از حمام گرم پیش از مقاربت جهت کنترل درد و ریلکس کردن عضلات. <p>۲. کمک به کاهش ترس و اضطراب با استفاده از روشهایی نظیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ماساژ پشت. • استفاده از روشهای آرام سازی. • هدایت تصویر ذهنی. • تغییر پوزیشن. • کمک خواستن از همسر بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار. <p>۳. عدم انجام مقاربت در صورت التهاب واژن بدنبال رادیوتراپی.</p> <p>۴. درمان عفونت.</p> <p>۵. اطلاع به پزشک در صورت عدم بهبودی در وضعیت جنسی.</p>
<p>Patient Education</p>	<p>آموزش به بیمار</p>
<p>۱. درک صحیح از انجام فعالیت جنسی.</p> <p>۲. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب.</p> <p>۳. استفاده از ژل لوبریکانت قبل از انجام مقاربت.</p> <p>۴. استفاده از حمام گرم جهت کاهش درد پیش از مقاربت.</p> <p>۵. استفاده از کاندوم بدنبال ترس از انتقال عفونت.</p>	<p>۱. درک صحیح از انجام فعالیت جنسی.</p> <p>۲. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب.</p> <p>۳. استفاده از ژل لوبریکانت قبل از انجام مقاربت.</p> <p>۴. استفاده از حمام گرم جهت کاهش درد پیش از مقاربت.</p> <p>۵. استفاده از کاندوم بدنبال ترس از انتقال عفونت.</p>

<p>Problem Definition</p>	<p>بیان مشکل</p> <p>کاهش برون ده قلب بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افزایش پس بار قلب بدلیل: انقباض عروقی حاصل از افزایش ترشح کاتکول آمینها در اثر اضطراب و ترس و افزایش حجم مایعات. • کاهش پیش بار قلبی بدلیل: هیپوولومی ناشی از کمبود دریافت مایعات، خونریزی. • آنمی ناشی از سوء تغذیه، بیماری، عوارض داروها.
---------------------------	--

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند. ۲. به رفع علائم و نشانه های برون ده قلبی کمک کند. ۳. عوارض کاهش برون ده قلبی را شناسایی کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<p>ارزیابی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علائم و نشانه های کاهش برون ده قلبی را بررسی کنید شامل: <ul style="list-style-type: none"> ● کاهش فشار خون سیستولی به اندازه ۲۰ میلی متر جیوه و یا کاهش فشار سیستولیک زیر ۸۰ میلی متر جیوه. ● سقوط مداوم فشار سیستولیک در هر بار کنترل به میزان ۵- ۱۰ میلی متر جیوه. ● نبض نامنظم. ● تعداد نبض کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه. ● کوتاه شدن صدای قلبی یا حضور سوفل. ● حضور گالوپ S3, S4 . ● تنفسهای تند و نامنظم. ● حضور رال مرطوب همراه با کاهش یا محو صداهای تنفسی. ● کاهش سطح هوشیاری. ● نا آرامی. ● کانفیوژن. ● سنکوپ. ● کاهش یا محو نبضهای محیطی. ● ضعیف شدن نبض کاروتید. ● پوست سرد و مرطوب یا رنگ پریده، سیانوتیک. ● برون ده ادراری کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت. ● ادم محیطی. ● اتساع وریدهای گردن. ● افزایش BUN و Cr سرم. ● بررسی دیس ریتمی قلبی.

اقدامات:

۱. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۲. در صورت لزوم پاها را از تخت آویزان کنید.
۳. استراحت جسمی و روانی بیمار را افزایش دهید.
۴. بیمار را به دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد تشویق کنید.
۵. مصرف اکسیژن طبق دستور پزشک.
۶. در صورت وجود بیماریهای زمینه ای نظیر آنمی، هایپرتانسیون، هایپرتیروئیدیسم، بیماریهای انسدادی مزمن ریه به پزشک اطلاع دهید.
۷. بیمار را به عدم مصرف سیگار تشویق کنید.
۸. فعالیت بیمار را به تدریج و با توجه به سطح تحمل وی افزایش دهید.
۹. تغذیه بیمار را اصلاح کنید.
۱۰. عامل زمینه ای را رفع کنید.
۱۱. آنمی را اصلاح کنید.
۱۲. از خونریزی جلوگیری کنید.
۱۳. عامل خونریزی را رفع کنید.
۱۴. فشار خون قبل و بعد از تجویز داروهای اینوتروپ منفی (پروپرانول)، وازودیلاتورها) نیتروگلسیرین و مسکن های مخدر و مورفین) را کنترل کنید.
۱۵. توجه به برون ده ادراری و ثبت هر ساعت آن.
۱۶. در صورت کانفیوژ بودن بیمار، اقدامات حفاظتی نظیر بالا بردن نرده های کنار تخت را انجام دهید.
۱۷. سطح اوره و کراتینین خون را اندازه گیری کنید.
۱۸. علائم حیاتی را اندازه گیری و ثبت کنید.
۱۹. مانیتورینگ بیمار و کنترل ریتم قلبی.
۲۰. ترجیحا بیمار را جهت کاهش نیاز به اکسیژن و جلوگیری از سنکوپ، CBR کنید.
۲۱. CVP را کنترل کنید.
۲۲. سمع صداهاى ریه و گزارش صدای غیر طبیعی به پزشک .
۲۳. رفع استرس و اضطراب.
۲۴. پوست را از نظر درجه حرارت بررسی کنید.
۲۵. اندازه گیری روزانه آنزیمهای قلبی (در صورت کاهش شدید برون ده قلبی احتمال آسیب به بافت میوکارد وجود دارد) را انجام دهید.
۲۶. پوست، دهان، بستر ناخن، لبها، لاله گوش و اندامها را از نظر سیانوز بررسی نمائید.
۲۷. خون و سرم را طبق نظر پزشک تجویز نمائید.

<p>۲۸. بیمار را از نظر نارسایی قلبی بررسی نمائید.</p> <p>۲۹. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی به پزشک اطلاع دهید.</p> <p>۳۰. در صورت وخیم شدن یا تداوم کاهش برون ده قلبی از تورنیکه چرخشی استفاده کنید.</p>
<p>آموزش به بیمار</p> <p>Patient Education</p>
<ol style="list-style-type: none"> ۱. عدم انجام مانور والسالوا (عدم زور زدن هنگام دفع مدفوع، نگه داشتن تنفس هنگام حرکت). ۲. دریافت مواد غذایی به مقدار کم و به دفعات زیاد. ۳. عدم دریافت مایعات حاوی کافئین نظیر قهوه، چای، شکلات، کولا. ۴. استراحت در فواصل بین انجام فعالیت و مراقبت از خود. ۵. عدم تغییر پوزیشن ناگهانی از حالت خوابیده به نشسته و از نشسته به ایستاده. ۶. استفاده از روشهای آرام سازی جهت کاهش ترس و اضطراب. ۷. اصلاح آنمی با: <ul style="list-style-type: none"> ▪ مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه‌های خشک (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی. ▪ مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند، می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند. ▪ پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا.

<p>بیان مشکل</p> <p>Problem Definition</p>
<p>الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش فعالیت و داشتن پوزیشن خوابیده به پشت. • کاهش تعداد و عمق تنفس در نتیجه مصرف مسکن های مخدر. • ناتوانی در اتساع مفید قفسه سینه به علت ضعف، خستگی، پوزیشن نامناسب بدن. • افزایش مقدار و کاهش تنفس در نتیجه ترس و اضطراب. • اجتناب از تنفس عمیق بعلت درد. • اختلال در PH خون.

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد: علائم و نشانه های الگوی غیر طبیعی تنفسی (تنفس های کوتاه، هایپر ونتیلیسیون، دیس پنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی) را بررسی کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
ارزیابی: ۱. علائم و نشانه های غیر طبیعی تنفس را بررسی نمایید. ۲. ABG بیمار را بررسی و موارد غیر طبیعی را گزارش نمایید. ۳. یافته های کاپنوگرافی و پالس اکسی متری را بررسی و تغییرات آنها را گزارش نمایید. اقدامات: ۱. بیمار را به انجام تنفس های عمیق و تمرینات دمی، حداقل هر ۲ ساعت تشویق کنید. ۲. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۳. به تغییر پوزیشن بیمار در تخت هر ۲ ساعت، در صورتی که CBR است، کمک نمایید. ۴. بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید. ۵. از داروهای مسکن مخدر و آرام بخشها طبق تجویز پزشک و یا روشهای غیر دارویی جهت تسکین درد استفاده کنید. ۶. آکالوز و اسیدوز بیمار را تصحیح کنید. ۷. در صورت عدم بهبود علائم به پزشک اطلاع دهید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. انجام تنفسهای عمیق و تمرینات دمی. ۲. تغییر پوزیشن در تخت هر ۲ ساعت. ۳. نشستن در پوزیشن نیمه نشسته.	

Problem Definition	بیان مشکل
خستگی بعلت: <ul style="list-style-type: none"> • اختلال در تغذیه بافتی در نتیجه نارسایی در پمپ خون. • اختلال در انتقال اکسیژن به سمت سلولهای بافتی. • اختلال در خواب و استراحت بدنبال ترس و اضطراب. 	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - علل خستگی را شناسایی کند. - علائم و نشانه های خستگی را مورد بررسی قرار دهد. - در جهت رفع و یا کاهش خستگی تلاش کند.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	<p>ارزیابی :</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علائم و نشانه های خستگی نظیر بیان کردن خستگی، احساس ضعف و ناتوانی، کاهش علاقه به انجام فعالیتهای روزانه، کاهش تمرکز، کاهش تحمل روانی را بررسی نمایید. ۲. عوامل ایجاد کننده خستگی نظیر استرس، ترس و اضطراب، تغذیه ناکافی، کمبود و یا اختلال در خواب را شناسایی کنید. <p>اقدامات:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. افزایش دوره های استراحت و کاهش دوره های فعالیت. ۲. الگوی خواب بیمار را تصحیح نمایید. ۳. زمان ملاقات و تعداد ملاقاتیها را محدود کنید. ۴. وسایل را در کنار تخت بیمار قرار دهید. ۵. ترس و اضطراب بیمار را کاهش دهید. ۶. از صندلی برای انجام کارهایی نظیر مسواک زدن، شانه کردن، حمام کردن استفاده کنید. ۷. از مواد غذایی به مقدار کم و دفعات زیاد استفاده کنید. ۸. از آب داغ برای استحمام و شست و شو استفاده نکنید. ۹. الگوی تغذیه را اصلاح کنید. ۱۰. وضعیت اکسیژناسیون را تصحیح کنید. ۱۱. کم خونی را اصلاح کنید. ۱۲. در صورت عدم اصلاح خستگی به پزشک اطلاع دهید.
Patient Education	آموزش به بیمار
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. کاهش ترس و اضطراب با کمک روشهای آرام سازی. ۲. حفظ ذخیره انرژی با افزایش دوره های استراحت. ۳. عدم استفاده از آب داغ برای استحمام و شست و شو. ۴. تصحیح الگوی خواب . ۵. اصلاح آنمی با: <ul style="list-style-type: none"> ▪ مصرف غذاهای حاوی آهن نظیر جگر، قلوه، گوشت قرمز، زرده تخم مرغ (در صورتی که منع مصرف

<p>نداشته باشند)، ماهی، سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات، مثل عدس و لوبیا همچنین میوه‌های خشک (برگه‌ها) بخصوص برگه زردآلو و دانه‌های روغنی.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ مصرف مواد حاوی ویتامین ث که در آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزی‌ها، آب پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، سیب و آناناس وجود دارند، می‌توانند عوامل افزایش دهنده جذب آهن در بدن باشند. ▪ پرهیز از مصرف چای یا قهوه همراه یا بلافاصله بعد از غذا. <p>۶. استفاده از صندلی برای انجام کارهایی نظیر مسواک زدن، شانه کردن، حمام کردن.</p>
--

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در آرامش ناشی از خارش بعلت:	<ul style="list-style-type: none"> • خشکی پوست ناشی از کمبود مایعات. • واژینیت یائسگی (واژینیت آتروفیک). • عفونت‌های واژینال. • تریکومونیاز. • عفونت‌های کاندیدا آلبیکانس.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	<ul style="list-style-type: none"> - علل خارش را شناسایی کند. - اقداماتی جهت کاهش و بهبود خارش انجام دهد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
<p>ارزیابی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. علل خارش را بررسی نمائید. ۲. خصوصیات و علائم خارش را بررسی نمائید. ۳. عوارض خارش در ناحیه پرینه و پوست اطراف آن را بررسی نمائید. ۴. عوامل تسکین دهنده و تشدید کننده خارش را بررسی نمائید. <p>اقدامات:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی و درمان علت اولیه. ۲. بیمار را به پوشیدن لباس زیر نخی تشویق نمائید. ۳. بیمار را به رعایت بهداشت فردی تشویق نمائید. ۴. بیمار را به استفاده از آب نیم گرم و صابون ضعیف جهت استحمام تشویق نمائید. 	

<p>۵. بیمار را به عدم پوشیدن لباسهای تنگ تشویق نمائید.</p> <p>۶. مصرف آنتی هیستامین.</p> <p>۷. از پودر نشاسته ذرت استفاده کنید.</p>

Patient Education	آموزش به بیمار
<p>۱. پوشیدن لباسهای زیر نخی و پنبه ای به جای لباسهای صناعی و نایلونی.</p> <p>۲. رعایت بهداشت فردی.</p> <p>۳. عدم پوشیدن لباسهای تنگ.</p> <p>۴. استفاده از روشهای آرام سازی.</p>	

Problem Definition	بیان مشکل
<p>پرو لاپس ارگانهای لگنی (سیستوسل، رکتوسل، انتروسل) بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زایمانهای متعدد. • کمبود هورمونها. • کشیدگی و شل شدن لیگامنتها و ساختارهای حفاظت کننده لگنی. 	

Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - علل پرو لاپس لگن را شناسایی کند. - درمانهای پرو لاپس لگن را بداند. - به درمان پرو لاپس لگن کمک کند. 	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
<p>ارزیابی:</p> <p>۱. علائم پرو لاپس لگنی (احساس فشار در لگن، خستگی، مشکلات اداراری، بی اختیاری اداراری، احساس فوریت در دفع)، احساس فشار در رکتوم، بیبوست، کمردرد، احساس پری در واژن را شناسایی کنید.</p> <p>اقدامات:</p> <p>۱. به بیمار جهت انجام ورزش کژل کمک کنید.</p> <p>۲. از شیاف حلقوی استفاده کنید.</p> <p>۳. به بیمار در مورد استفاده از شیاف حلقوی آموزش دهید.</p> <p>۴. در صورت نیاز به درمان جراحی، بیمار را آماده کنید.</p> <p>۵. در صورت تجویز استروژن، به عوارض آن توجه کنید.</p> <p>۶. بیمار را به خودداری از بلند کردن اجسام سنگین تشویق کنید.</p>	

۷. بیمار را به کنترل سرفه تشویق کنید.
۸. بیمار را به کاهش وزن تشویق کنید.
۹. در صورت بی اختیاری ادراری و احساس فوریت در دفع و یا بیوست، به رفع آنها کمک کنید.
آموزش به بیمار
Patient Education
<p>۱. خارج کردن شیاف حلقوی در هنگام خواب.</p> <p>۲. کاهش وزن .</p> <p>۳. انجام منظم ورزش های کژل (Kegel).</p> <p>۴. خودداری از بلند کردن اجسام سنگین.</p> <p>۵. کنترل وزن.</p> <p>۶. کنترل بیوست با:</p> <p>- دریافت روزانه مواد غذایی حاوی فیبر مثل میوه های تازه، غلات، مغز گردو، بادام، فندق، سبزیها، عصاره میوه ها.</p> <p>- تشویق بیمار به دریافت تقریبا ۸۰۰ گرم میوه و سبزی (در حدود ۴ تکه از میوه تازه و مقدار زیادی سالاد)</p> <p>- بتدریج مقدار دریافت مواد سبوس دار را افزایش دهید و همراه با دریافت آن، مایعات دریافت کنید.</p> <p>- تشویق بیمار به دریافت روزانه حداقل ۲ لیتر مایعات.</p> <p>- محدود کردن میزان مصرف قهوه به ۲ تا ۳ فنجان در روز.</p> <p>- نوشیدن یک لیوان آب گرم ۳۰ دقیقه قبل از صرف صبحانه.</p> <p>۷. اجتناب از نشستن طولانی مدت و زور زدن برای دفع مدفوع.</p> <p>۸. استفاده از لوبریکانت و محلولهای محافظت کننده در اطراف پوست ناحیه مقعد.</p> <p>۹. رعایت بهداشت ناحیه مقعد و پوست اطراف آن.</p> <p>۱۰. تشویق بیمار به پیاده روی .</p>

بیان مشکل	Problem Definition
تشنج بعلت اکلامپسی	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دلایل بروز اکلامپسی را بشناسد. - درمان اکلامپسی را بداند. - عوارض اکلامپسی را بشناسد. - اقدامات لازم جهت پیشگیری از اکلامپسی را بداند. - علائم تشنج را بررسی کند. 	

- درمان تشنج را بدانند. - اقدامات لازم جهت پیشگیری از تشنج را بدانند.
توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations
ارزیابی :
۱. علائم اکلامپسی نظیر فشار خون، پروتئین اوری، ادم، تشنج را بررسی کنید. ۲. بیمار را از نظر اخطار قبلی نظیر بی قراری، حرکت سریع چشم، انقباض عضلات صورت بررسی کنید. ۳. بررسی مراحل تشنج: مرحله تونیک، کلونیک، ... ۴. مادران در معرض خطر (زایمان اول، دیابت از قبل از حاملگی، بیماری کلیوی مادر، ترومبوفیلیت، نفروپاتی، بیماریهای بافت همبند، حاملگی مولار، هیدروپس فتالیس، حاملگی چندقلو) را شناسایی کنید.
اقدامات:
۱. در صورت بروز تشنج : <ul style="list-style-type: none"> • باز کردن راههای هوایی. • تجویز ۸ تا ۱۰ لیتر اکسیژن در دقیقه توسط ماسک. • جلوگیری از پیشرفت کما. • تجویز سولفات منیزیم طبق تجویز پزشک. • توجه به علائم نظیر: حجم ادرار، رفلکس پاتلا، دپرسیون تنفسی جهت جلوگیری از بروز مسمومیت با سولفات منیزیم. • آماده کردن گلوکونات کلسیم، لوله تراشه، وسایل احیاء قلبی-ریوی در کنار تخت بیمار. • خم کردن سر به یک طرف یا پوزیشن لترال. • بالا بردن نرده های کنار تخت. • کنترل صدای قلب جنین. • کنترل علائم حیاتی به خصوص فشار خون هر ۴ ساعت. • مانیتور کردن اکسیژناسیون و وضعیت متابولیک توسط پالس اکسی متری پوست یا گازهای خون شریانی (ABG). • گذاشتن پارچه روی زبان. • ساکشن کردن استفراغ و ترشحات دهانی. • جلوگیری از آسپیراسیون.
۲. اندازه گیری پروتئین ادرار.
۳. اندازه گیری حجم ادرار و آلبومین اوری هر ۴ ساعت.

<p>۴. انجام آزمایشات LDH, SGOT, Hb, HCT.</p> <p>۵. آماده کردن بیمار برای زایمان.</p> <p>۶. بررسی بیمار از نظر ادم ریه.</p> <p>۷. کنترل تجویز مایعات (حداکثر ۱۵۰ سی سی در ساعت).</p> <p>۸. کنترل بیمار از نظر تشنج در طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان.</p> <p>۹. استفاده از داروهای ضد فشار خون.</p>

آموزش به بیمار	Patient Education
<p>۱. در صورتی که یکی از اعضاء خانواده تان یا خودتان در حاملگی قبلی تان فشار خون بالا یا علائم مسمومیت خفیف را داشته اید به پزشک مراجعه کنید.</p> <p>۲. اگر در طول درمان یک یا چند مورد از علائم زیر را داشته اید: سردرد شدید یا اختلال بینایی، افزایش وزن به میزان بیش از ۱۳۵۰ گرم در ۲۴ ساعت، تهوع، استفراغ و اسهال، دردهای شکمی کرامپی، تحریک پذیری بیش از حد، به پزشک مراجعه کنید.</p>	

بیان مشکل	Problem Definition
<p>خونریزی بعلت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سقط. • مول هیداتی فورم. • حاملگی خارج رحمی. • دکولمان جفت. • پارگی رحم. • جفت سرراهی. • با علت نامعلوم. • اختلال عملکرد رحم بدلیل: رشد بیش از حد آندومتر، مصرف استروژن بدون پروژسترون حمایتی، کیست چند تخمکی، یانسگی. • منوراژی (خونریزی طولانی مدت یا شدید در زمان طبیعی سیکل قاعدگی). • متروراژی (خونریزی واژینال در فاصله بین پریودهای منظم قاعدگی). 	

برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
<p>پرستار باید قادر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - علت خونریزی را شناسایی کند. - از خونریزی جلوگیری کند. 	

- اقدامات لازم را جهت کنترل خونریزی به کار برد.
- از شوک هموراژیک جلوگیری کند.

Nursing Recommendations

توصیه های پرستاری

ارزیابی :

۱. علائم خونریزی دهنده را در بیمار بررسی کنید.
۲. علائم خونریزی را در هر اختلال خونریزی دهنده بررسی کنید.
۳. علائم شوک را در بیمار بررسی کنید.
۴. دلایل خونریزی غیر طبیعی در اختلال عملکرد رحم را بررسی کنید.

اقدامات:

۱. افراد مستعد خونریزی را شناسایی کنید.
۲. در صورت بروز خونریزی اقدامات زیر را انجام دهید:
 - برقراری راه وریدی.
 - مانیتور کردن اکسیژناسیون و وضعیت متابولیک توسط پالس اکسی متری پوست یا گازهای خون شریانی (ABG).
 - کنترل وضعیت همودینامیک، الکترولیتها، اسید و باز .
 - شمردن تعداد پدهای مصرفی برای تخمین مقدار خونریزی.
 - کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی.
 - جایگزینی خون و مایعات از دست رفته در صورت خونریزی شدید.
 - تجویز مکمل آهن در صورت نیاز.
 - تزریق آمپول رگام داخل عضلانی در صورت RH منفی.
 - کنترل I/O .
 - علائم شوک را بررسی کنید، نظیر:
 - پائین بودن CVP.
 - صاف و پهن شدن عروق گردن.
 - الیگوری و کاهش بازده ادراری.
 - کاهش فشار نبض.
 - تغییرات فشار خون .
 - تاکی کاردی در مراحل ابتدائی و برادی کاردی در مراحل انتهایی.
 - تغییرات سطح هوشیاری.
 - کاهش حجم ادرار.

<ul style="list-style-type: none"> - پوست سرد، مرطوب، رنگ پریده. • در اختلال عملکرد رحم موارد زیر را انجام دهید: - آماده کردن بیمار برای بیوپسی رحمی. - عدم استفاده از اسپرین برای کنترل درد. - کاهش اضطراب با استفاده از روشهای آرام سازی. - استفاده از کیسه آب گرم برای کنترل درد. • کاهش ترس و اضطراب بیمار با روشهای آرام سازی. • در صورت سقط: مشاهده تمامی بافتهای خارج شده از واژن. • حمایت روانی بیمار. • جلوگیری از کم خونی. • در صورت وجود خونریزی با منشاء نامعلوم، آماده کردن بیمار جهت انجام تستهای تشخیصی.
--

Patient Education

آموزش به بیمار

<ol style="list-style-type: none"> ۱. در صورت وجود خونریزی غیر طبیعی به پزشک مراجعه کنید. ۲. در صورت زیاد بودن خونریزی، کنترل و تعویض پد هر یک ساعت. ۳. به علائم عفونت نظیر تب، احساس ناخوشی، سردرد، گیجی، درد عضلانی توجه کنید. ۴. جلوگیری از بارداری. ۵. از غذاهای حاوی آهن برای جلوگیری از کم خونی استفاده کنید. ۶. بعد از یائسگی انجام پاپ اسمیر را دنبال کنید.

منابع مورد استفاده:

<ol style="list-style-type: none"> ۱. نیکروان مفرد، ملاحظت. (۱۳۸۲). تشخیص، مراقبت و مهارتهای پرستاری. تهران. انتشارات نور دانش. ۲. ذوالفقاری میترا، اسدی نوقابی احمد علی. (۱۳۸۸). پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان. تهران. نشر بشری. چاپ ششم. 3. Jevon, P. H. (2007). Emergency care. Churchill living strove. El service 4. Juall, L. (2006). Hand book of Nursing Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins. 5. Klug Red man, B. (2001). The practice of Patient Education. Mosby. 6. Weber, J & Kelley, S. (2007). Health Assessment in Nursing. . Lippincott Williams & Wilkins.
--