

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم گوارش

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه‌ای، دریافت تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با ناتوانی در جذب مواد غذایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. رژیم غذایی خود را تحمل کند و تجربه‌ای از تهوع و نفخ شکم نداشته باشد.	
۲. وزن در حد ایده‌آل باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با پزشک و متخصصین تغذیه در مورد رژیم غذایی، فراهم نمودن ۶ وعده غذا در یک روز، تهیه غذاهای خشک مثل نان تست، ذرت، و کراکرها، تهیه غذاهای کم کربوهیدرات و نمک و چربی متوسط و پر پروتئین، همکاری کنید.	
۲. به بیمار توصیه کنید از مصرف کربوهیدرات کنسانتره خودداری کند.	
۳. مصرف غذاهای داغ را توصیه نکنید.	
۴. از پودر پکتین مخلوط با آب استفاده کنید. اگر که به قدر کافی مخلوط با آب نشود بیمار ممکن است احساس خشکی در دهان را تجربه کند.	
۵. به بیمار توصیه کنید بین وعده‌های غذایی آب استفاده کند و از نیم ساعت قبل از غذا تا یک ساعت پس از غذا، آب مصرف نکند.	
۶. از داروی آنتی کولی نرژیک ۳۰ دقیقه قبل از وعده غذایی استفاده و اثرات دارو را بررسی کنید.	
۷. سطح گلوکز را کنترل کنید.	
۸. جذب و دفع را هر ۸ ساعت اندازه گیری کنید.	
۹. روزانه وزن را کنترل کنید.	
۱۰. پس از صرف غذا، بیمار به وضعیت خوابیده قرار گیرد.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد اهمیت برنامه غذایی توضیح دهید و تأکید بر وعده غذایی در هر بار کم و به دفعات باشد.	
توضیح دهید چه غذاهایی را مصرف کند و چه غذایی برای مددجو ممنوع می‌باشد.	
۲. تأکید کنید که غذا را به آرامی خورده و کاملاً بجود.	
۳. در مورد اینکه سندرم معمولاً موقتی است و ۲-۳ هفته ادامه می‌یابد، توضیح دهید.	
۴. به مددجو آموزش دهید پس از صرف غذا به سمت چپ بخوابد و خصوصاً در موقع غذا خوردن از	

موقعیت‌های استرس‌زا بپرهیزد.
۵. به استفاده از روش‌های آرام بخش تأکید کنید.
۶. مددجو را به پیگیری‌های مجدد تشویق کنید.
۷. برنامه غذایی پروتئین و کم چربی و کم کربوهیدرات تهیه کنید.
۸. بر اهمیت عدم مصرف مایعات در حین غذا خوردن تأکید کنید.
۹. تلفن و اسامی مراقبین در منزل و تیم‌های درمانی را فراهم کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با افزایش حجم خون درون پری‌توان، استقراغ و یا سوراخ شدن معده ایی روده ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. برآوردن مایعات به حد کافی با مشاهده ی تورگور طبیعی پوست و مرطوب بودن پوشش مخاطی.	
۲. ثابت شدن علائم حیاتی.	
۳. حفظ تعادل بین جذب و دفع.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت مایعات را بررسی کنید.	
۲. مددجو را در وضعیت ناشتا قرار دهید.	
۳. هر یک ساعت و یا در صورت لزوم علائم حیاتی و فشار ورید مرکزی را کنترل نموده و علائم شوک را مشاهده نمایید.	
۴. الکترولیت‌ها، آنتی بیوتیک‌ها و ویتامین‌ها را به مددجو برسانید.	
۵. وزن را روزانه اندازه گیری کنید (از نظر زمان و لباس و طریقه وزن گیری هر روز یکسان باشد).	
۶. هر یک یا دو ساعت جذب و دفع را اندازه گیری کنید. در صورت کمتر از ۳۰cc در ساعت به پزشک اطلاع داده شود (زیرا ممکن است دچار عوارض کلیوی شود).	
۷. به آسپراسیون (کشیدن) مایعات از حفره صفاقی و یا لاولژ کمک کنید، درن را به وسیله درازر (تخلیه کننده) اتصال دهید و:	
- مقدار محتویات تخلیه شده را اندازه گیری کنید.	
- برای بررسی از نظر کشت و حساسیت، نمونه‌ها را به آزمایشگاه بفرستید.	
۸. مایعات و گازهای خونی و هموگلوبین و هماتوکریت را مرتباً بررسی کنید.	
۹. انجام دادن حرکات فعال و غیر فعال اندام‌ها هر ۴ ساعت آموزش داده شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی نامنظم به دلیل درد و اتساع شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تنفس و صداهای تنفس به حد طبیعی برسد. ۲. مددجو توانایی انجام تمرینات تنفسی را داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تنفسی را از نظر عمق، مقدار تنفس و سرعت آن بررسی کنید. ۲. مددجو را در محیطی آرام و با بالا قرار دادن سر وی در زاویه ۳۵ - ۴۵ درجه در حالت استراحت قرار دهید. ۳. مددجو را از نظر اکسیژن درمانی کنترل کنید. ۴. به مددجو برای حرکت کردن هر ۴ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ۱ - ۲ ساعت یک بار کمک کنید. ۵. هر ۴ ساعت صداهای تنفسی را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه ای بصورت دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن به علت استفراغ و نقص در جذب آن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تهوع و استفراغ وجود نداشته باشد. ۲. تحمل مواد غذایی به حد کافی وجود داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. لوله معدي روده ای را بررسی کنید. الف) لوله را به ساکشن متناوب با فشار کم متصل کنید. ب) مشخصات، مقدار، رنگ و بوی مواد دفع شده (تخلیه شده) را کنترل کنید. ج) بطور مکرر بهداشت دهان و بینی را فراهم کنید. ۲. حرکت گازهای روده و نفخ شکم را کنترل کنید. ۳. صداهای روده ای را هر ۸ ساعت کنترل کنید. ۴. هیپیرالیمانتاسیون وریدی را پایش کنید. ۵. پس از برداشتن لوله معده، مایعات صاف شده را در حد تحمل برای بیمار فراهم کنید. ۶. در صورت انجام جراحی مراقبت پس از عمل را انجام دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با التهاب و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. درد را در حدّ تحمل بیان کند.	
۲. استفاده از وسایل متفاوت برای رهایی از درد را توضیح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی نوع، محل و شدّت درد با استفاده از معیار درد انجام دهید.	
۲. مصرف ضدّ درد را برای مددجو فقط پس از تشخیص انجام دهید.	
۳. بررسی مداخلات مؤثر برای کاستن درد بیمار را انجام دهید.	
۴. وضعیت مناسب را برای به حداقل رساندن فشار در شکم به مددجو بدهید.	
۵. وضعیت بیمار را در زمان های مناسب تغییر دهید (تغییر وضعیت با کمترین ناراحتی برای مددجو صورت گیرد).	
۶. دوره های استراحت برای مددجو برنامه ریزی کنید.	
۷. تکنیک های متفاوت کاهش درد را به کار ببرید.	
۸. فعالیت های انحراف فکر و کاهش توجه به درد را به کار ببرید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب به دلیل بحران موقعیتی (در حال حاضر).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساس و درک راه های مثبت انطباق را بیان نماید.	
۲. آرامش و راحتی را نشان دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را از نظر درک اطلاعات در مورد بیماری بررسی کنید.	
۲. در مورد تدابیر برای برطرف کردن درد و استفاده از روش آرام سازی بحث کنید.	
۳. بر اهمیت علائم و نشانه ها تأکید و در صورت وجود، آنها را به پزشک اطلاع دهید.	
۴. اطلاعاتی در مورد رژیم غذایی (رژیم غذایی در حدّ تحمل، خودداری از مصرف غذاهای محرک) فراهم کنید.	
۵. در مورد داروها و عوارض جانبی آنها توضیح دهید.	
۶. بیمار را به پیگیری های مجدّد تشویق نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با اسهال و از دست دادن مایعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی شود. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. تورگور پوستی در حد کفایت باشد. ۴. الکترولیت ها در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین ها را کنترل نمائید. ۲. علائم کم آبی و شوک را بررسی و سطح هوشیاری را (LOC) هر ۲ ساعت کنترل نمائید. ۳. علائم حیاتی را هر ۲ - ۴ ساعت مانیتور نمائید. ۴. جذب و دفع مایعات را هر ۸ ساعت اندازه گیری نمائید. ۵. وزن روزانه را (در زمان، معیار و مقیاس یکسان) اندازه گیری نمائید. ۶. الکترولیت ها، هموگلوبین و هماتوکریت را مانیتور نمائید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با کاهش سطح جذب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. تکرر دفع کاهش یابد. ۲. قوام مدفوع در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اثرات داروهای ضد اسهال، آنتی اسیدها، آنتاگونیست های گیرنده ی هیستامین را بررسی کنید. ۲. مدفوع، رنگ و قوام و مقدار و تکرر آن را مانیتور (پایش) کنید. ۳. مراقبت از ناحیه پرینه را پس از دفع انجام دهید. ۴. صداهای روده را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۵. مدفوع را از نظر خون بررسی و آنرا گزارش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه بصورت دریافت کمتر از نیاز بدن به دلیل از دست دادن سطح جذب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مددجو در حد طبیعی حفظ شود. ۲. تغییرات مورد نیاز در مورد رژیم غذایی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. همپیرالیمانتاسیون دستور داده شده را برقرار کنید. ۲. قند و استون ادرار را ۴ بار در روز مانیتور کنید. ۳. خط ورید مرکزی را از نظر عفونت مشاهده و در صورت نیاز و روزانه پانسمان را تعویض کنید. ۴. از رژیم غذایی دستور داده شده از طریق لوله معده و یا خوراکی و با توجه به اشتهای مددجو هر دو ساعت ۳۰۰cc تا ۳۵۰ cc ، استفاده کنید. ۵. در مورد بررسی برنامه تغذیه ای به صورت دوره ای، با مددجو و افراد فامیل مددجو صحبت کنید. ۶. از همکاری متخصص تغذیه استفاده و به مددجو در مورد رژیم غذایی و مواد غذایی مشاوره دهید. ۷. اثرات و عوارض جانبی آنتی اسیدها و آنتی کلي نرژیک ها را بررسی و پایش کنید. ۸. دریافت مواد غذایی را اندازه گیری و کالری لازم را برقرار کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
اطلاعات لازم در مورد برنامه غذایی به مددجو داده شود : ۱. به مددجو توصیه کنید معمولا رژیم غذایی کم لاکتوز و پر کالری مصرف کند. ۲. مددجو را به جویدن کامل غذا تشویق کنید. ۳. به مددجو توصیه کنید در صورت مشاهده علائم ذیل به پزشک گزارش نماید: تهوع، استفراغ، اسهال و دیگر مشکلات گوارشی. ۴. هدف از کاربرد و نام و دوز، زمان مصرف دارو و عوارض جانبی داروها را برای وی توضیح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات بطور ثانویه در رابطه با استفراغ و تهوع و تب و تعریق زیاد.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. تورگور پوستی طبیعی و تشنگی نداشته و وزن ثابت باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم حیاتی و سطح هوشیاری و شوک هیپوولمیک را بررسی کنید.	

۲. مددجو را ناشتا قرار داده و سطح مایعات وی را اندازه گیری کنید.
۳. جذب و دفع مایعات را اندازه گیری کنید.
۴. برای دریافت الکترولیت ها و آنتی بیوتیک ها و ویتامین ها راه غیر خوراکی (پارنترال) را برقرار و حفظ کنید.
۵. لوله ی معدي روده اي را وارد و کنترل نموده و به ساکشن مداوم متصل و دفع را هر ۸ ساعت اندازه گیری ، همچنین محتویات، رنگ و قوام مواد ساکشن شده را مشاهده کنید.
۶. لوله را هر ساعت پایش کنید.
۷. قرار دادن سوندفولی و گزارش دفع ادراری به پزشک در صورتیکه ادرار کمتر از ۳۰cc در ساعت باشد.
۸. الکترولیت ها، هموگلوبین ها و هماتوکریٹ را پایش کنید.
۹. در صورتی که دستور داده شود مددجو را برای جراحی آماده نمایید.
۱۰. مددجو را از نظر اتساع و درد یا سفت و سخت شدن شکم بررسی و این موارد را به پزشک گزارش کنید.
۱۱. دور شکم را هر ۸ ساعت برای کنترل نفخ و اتساع شکم اندازه گیری کنید.
۱۲. به بیمار توصیه کنید تا ۲۵۰۰cc در روز از طریق خوراکی مایعات مصرف کند مگر اینکه کنترا اندیکاسیون داشته باشد.
۱۳. مددجو را به حرکت تشویق نمایید.
۱۴. مواد دفعی را از نظر رنگ، قوام و مقدار مشاهده و از بیوست پیشگیری کنید.
۱۵. وزن مددجو را روزانه اندازه گیری کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با اتساع و سفتی شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو شکایتی از درد نداشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱) مددجو را در وضعیتی قرار دهید که وی راحت باشد، البته زانو ها هیپرفلکسیون نداشته باشد.	
۲) شدت و محل و نوع درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید.	
۳) اثرات و عوارض جانبی داروهای ضد درد را بررسی و کنترل و از مصرف مرفین برای پیشگیری از کاهش حرکات روده اجتناب کنید.	
۴) دوره های استراحت را برای بیمار فراهم کنید.	
۵) به مددجو کمک و به وی برای انجام حرکات فعال و غیر فعال Rom و تمرینات هر ۴ ساعت، آموزش دهید.	
۶) مددجو را بطور مکرر تغییر وضعیت داده و ماساژ پشت و مراقبت از پوست مددجو را انجام دهید.	

(۷) بهداشت دهان را در فواصل منظم براي بیمار فراهم کنید. (۸) صداهای روده را سمع و به افزایش رژیدیتی شکم و یا درد توجه کنید. (۹) عدم وجود صداهای روده را به پزشک گزارش نمایید. (۱۰) به بیمار برای انجام مداخلات لازم برای رهایی از درد آموزش دهید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی غیر موثر در رابطه با اتساع شکم و سختی آن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو تمرینات تنفسی را انجام دهد. ۲. ریت و ریتم تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
(۱) وضعیت تنفس را بررسی و از نظر عمق و سرعت تنفس مشاهده کنید. (۲) برای افزایش اتساع ریه سر بیمار را به میزان ۴۰-۶۰ درجه بالا قرار دهید. (۳) در مورد حرکت کردن و سرفه هر ۴ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ساعت، به بیمار کمک و آموزش دهید. (۴) برای بررسی تنفسی هر ۴ ساعت سمع ریوی را انجام دهید. (۵) اکسیژن درمانی را مانیتور کنید. (۶) در هنگام استفاده از اسپیرومتری هر یک ساعت تا ۲ ساعت، از بیمار حمایت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در ارتباط با بحران موقعیتی تغییرات و وضعیت جسمی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد: ۱. درک از بیماری اش را بیان کند. ۲. مهارت های انطباق مثبت را در هنگام اضطراب شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
(۱) رفتارهای انطباقی بیمار را بررسی و وی را به استفاده از مهارت های تطابقی موفق قبلی تشویق کنید. (۲) به بیمار اجازه دهید در مورد اضطراب و ترسش صحبت کند و محیط آرامی را برایش فراهم کنید. (۳) پروسیجرها و معالجات در حال انجام را به مددجو توضیح دهید. (۴) محیطی آرام ایجاد کنید و خانواده و افراد نگه دارنده وی را تشویق و حمایت کنید.	

Patient Education	آموزش به بیمار
(۱) رژیم غذایی مددجو را برایش توضیح دهید و بر اهمیت پیروی از رژیم غذایی و آهسته غذا خوردن، جویدن غذا بطور کامل و خوردن در فواصل منظم، تاکید کنید. (۲) نحوه پیشگیری از یبوست را به بیمار توضیح دهید: - استفاده از لاکسانو طبیعی و یا نرم کننده ی مدفوع، - دریافت مایعات به میزان ۲۵۰۰ سی سی در روز، - افزایش فعالیت در حد تحمل، (۳) در مورد علائم و نشانه هایی نظیر درد شکم، کرامپ، اتساع شکم و تهوع و استفراغ آموزش دهید و از بیمار بخواهید تا در صورت بروز آن ها به پزشک گزارش کند. (۴) بیمار را به ادامه معالجات و پیگیری آن تشویق کنید. (۵) از بیمار بخواهید تا در صورتی که جراحی لازم داشته باشد به بخش جراحی مراجعه کند. • آموزش هنگام ترخیص (۱) بیمار را به انجام تمرینات بدنی در منزل برای افزایش قدرت عضلانی تشویق کنید. (۲) بیمار را به پیشرفت دادن فعالیت ها به آهستگی تشویق کنید. (۳) بیمار را به راه رفتن کوتاه مدت تشویق کنید. (۴) به دریافت مواد غذایی و مایعات در حد کافی تاکید کنید. (۵) از بیمار بخواهید تا وزنش را هر هفته کنترل کند. (۶) بیمار را به پیگیری مجدد تشویق کنید. (۷) اگر جراحی نیاز دارد در این مورد به وی آموزش دهید. • آموزش ترخیص و منزل (۱) وی را به انجام تمرینات Rom در منزل و افزایش آن تشویق کنید. (۲) وی را به افزایش فعالیت به آهستگی تشویق کنید. (۳) وی را به راه رفتن تشویق کنید. (۴) اهمیت دریافت کامل مایعات را برای بیمار توضیح دهید. (۵) از بیمار بخواهید تا وزنش را هر هفته مانیتور کند.	

Problem Definition	بیان مشکل
الگوی تنفسی نا مؤثر در رابطه با درد محل برش جراحی و یا بیهوشی.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱. تعداد و ریتم تنفس طبیعی شود. ۲. صداهای تنفسی بطور واضح شنیده شود.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تنفسی را از نظر تعداد، نوع و مشخصات تنفس بررسی کنید.	
۲. سر بیمار را در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار دهید.	
۳. صداهای ریوی را هر ۲ ساعت سمع کنید.	
۴. به مددجو برای حرکت کردن و سرفه هر ۲ ساعت و انجام تنفس عمیق هر ساعت و حمایت محل برش جراحی همیاری و کمک و آموزش دهید.	
۵. هر ۱-۲ ساعت برای بیمار اسپیرومتری انجام دهید.	
۶. قبل از انجام مداخلات درمانی- مراقبتی از داروی ضد درد تجویز شده برای بیمار استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در ارتباط با ساکشن معده، اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد.	
۲. جذب و دفع متعادل باشد.	
۳. نبض های محیطی قابل لمس باشد.	
۴. مصرف مایعات با توجه به تورگور پوست و پرشدن مویرگی به حد کفایت برسد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در هنگام ناشتا بودن مددجو، او را از نظر وضعیت مایعات بررسی کنید این موارد شامل تورگور پوست، مرطوب بودن مخاط پوششی و پرشدن مویرگی است.	
۲. مایعات وریدی، الکترولیت ها، ویتامین ها و آنتی بیوتیک ها را حفظ کنید.	
۳. علائم حیاتی بیمار را هر ۲-۴ ساعت یکبار کنترل کنید.	
۴. پانسمان را از نظر تخلیه ترشحات زیاد و خونریزی کنترل کنید.	
۵. در صورت نیاز از وسایل و کیسه مخصوص استومی استفاده کرده و محتویات آنرا هر ۸ ساعت یکبار اندازه گیری کنید.	
۶. لوله بینی- معده ای- روده ای را کنترل و آنرا به ساکشن متناوب متصل کنید و اقدامات زیر را انجام دهید:	
- اندازه گیری مواد تخلیه شده هر ۸ ساعت،	
- بررسی رنگ و قوام مواد تخلیه شده،	
- شستشو با مقداری نرمال سالین اندازه گیری شده.	
۷. جذب و دفع مایعات را اندازه گیری و مددجو را از نظر اضافه وزن، ادم و رال ریوی بررسی کنید.	

۸. الکترولیت‌های سرم را کنترل کنید.
۹. مددجو را به تغییر وضعیت برای تحریک نمودن جریان گردش خون تشویق، سوند فولی و سیستم بسته آنرا پایش، دفع ادراری را هر ۲ تا ۴ ساعت اندازه‌گیری و اگر ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت باشد به پزشک گزارش دهید.
۱۰. در صورت ضرورت آزمایش گایاک را برای بررسی خون ریزی روده‌ای انجام دهید.
۱۱. طی ۲-۳ روز پس از عمل شکم را از نظر اتساع مشاهده و صداهای روده‌ای را بررسی کنید.
۱۲. نبضهای محیطی، علائم ادم و پرشدگی مویرگی را کنترل و بررسی کنید.
۱۳. بیمار را به پوشیدن و در آوردن جوراب‌های ضد آمبولی و مراقبت از پوست آن تشویق کنید.
۱۴. بیمار را به حرکت دادن پاها و انگشتان برای بهبود جریان گردش خون وریدی تشویق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. درد بیمار بصورت قابل تحمل گزارش شود.	
۲. مددجو ظاهری آرام و راحت را نشان دهد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محیطی آرام در هنگام استراحت مددجو فراهم نمائید.	
۲. محل، مشخصات و شدت درد را با استفاده از معیار رتبه‌بندی بررسی کنید.	
۳. مداخلات انجام شده برای برطرف نمودن درد را بررسی و عوارض جانبی آن‌ها را مشاهده کنید.	
۴. درد بیمار را با دادن داروهای تجویز شده توسط پزشک در طی ۴/۸ ساعت اولیه پس از جراحی کنترل نمائید.	
۵. بیمار را به حرکت برای کاستن از ناراحتی وی به دلیل وجود گازهای روده‌ای تشویق کنید.	
۶. فواصل زمانی مناسب استراحت برای بیمار که چندین اقدام مراقبتی پی در پی دارد فراهم نمائید (گذارن فاصله زمانی مناسب برای استراحت بین چند اقدام مراقبتی برای بیمار).	
۷. بطور مکرر مددجو را تغییر وضعیت داده و از ماساژ پشت برای رفع خستگی بیمار و فراهم کردن آسایش و راحتی بیمار استفاده کنید.	
۸. به بیمار در مورد استفاده از روش‌های برطرف کردن درد بدون مصرف دارو مانند تنفس عمیق و آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال خطر آسیب به پوست در ارتباط با افزایش ترشحات محل زخم، تغییرات جریان خون و تغذیه بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. محل زخم بدون وجود هیچ‌گونه عارضه بهبود یابد.	
۲. بافت تمیز، خشک و سالم اطراف محل بخیه و زخم را بپوشاند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بهداشت بینی و دهان را بطور مکرر رعایت نموده و رطوبت دهان و بینی مددجو را حفظ کنید.	
۲. پانسمان را در صورت نیاز تعویض نموده و از چسب‌های ضد حساسیت استفاده کنید.	
۳. فرآیند ترمیم و بهبودی زخم را بررسی کنید.	
۴. علائم تخلیه عفونت را بررسی و در صورت نیاز از محل زخم کشت تهیه کنید.	
۵. اطراف محل بخیه‌ها را حفظ کنید به صورتی که ناحیه تمیز و خشک باشد.	
۶. هنگامی که مددجو سرفه می‌کند محل بخیه‌ها را ثابت نگه دارید تا از باز شدن آن‌ها پیشگیری شود.	
۷. لوله و سوندها را با استفاده از نوارچسب راحت و مطمئن بطور دائم حفظ کنید.	
۸. اگر زخم درناژ دارد از یک سیستم تخلیه زخم استفاده کنید.	
۹. رنگ و وضعیت استوما و سلامت پوست اطراف استوما را بررسی کنید.	
۱۰. اگر رکتوم بسته شده باشد ناحیه پرینه را بدین صورت بررسی کنید:	
- حفظ نمودن تمیزی و خشکی پوست،	
- تعویض نمودن پانسمان در صورت لزوم.	
۱۱. درناژ زخم را از نظر افزایش محتویات تخلیه شده مشاهده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
بی‌اختیاری روده در ارتباط با بی‌حرکتی، تغییر در دریافت مواد غذایی و محل جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو باید قادر باشد عواملی را که موجب تغییر در دفع شده را دریابد (درک کند).	
۲. مواد دفعی نرم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. برای پیشگیری از استفراغ داروهای تجویز شده را بدهید و برای خنثی نمودن اسید معده، آنتی اسید و مهار کننده هیستامین تجویزی، داده شود.	
۲. بررسی عادات روده‌ای قبل از عمل و مواد غذایی دریافتی را انجام دهید، سپس علت تغییر توضیح داده شود.	

۳. مشاهده از نظر دفع گازها را انجام دهید.
۴. صداهای روده‌ای را هر ۸ ساعت تا برگشت به وضعیت معمول سمع کنید:
۵. اولین حرکات دودی روده را پس از عمل مشاهده کنید و همچنین از نظر رنگ قوام، مقدار، دفعات دفع بررسی کنید.
۶. در صورت تجویز، ویتامین K داده شود.
۷. در مورد شستشوی استومی و کاربرد وسایل آن به بیمار آموزش دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با ناشتا بودن، ساکشن معدي، روده‌ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مناسب داشته باشد.	
۲. تحمل مواد غذایی بدون ناراحتی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از برگشت صداهای روده، کلمپ (بستن) لوله روده‌ای و یا برداشتن آن و شروع نمودن رژیم غذایی مایعات صاف شده با میزان معین شده، با پزشک متخصص تغذیه هماهنگی و همکاری نمائید و مددجو را از نظر تحمل و یا ناراحت بودن در مورد مواد دریافتی بررسی نمائید.	
۲. پس از تحمل رژیم مایع، رژیم نرم یا معمولی را در حد تحمل تجویز کنید.	
۳. در تهیه رژیم غذایی پر پروتئین و غذاهای پر از ویتامین C برای پیشرفت در بهبودی محل جراحی همکاری کنید.	
۴. بیمار را بطور دائم از نظر سندرم سوء جذب پس از جراحی روده کوچک و استئاتوره، اسهال و از دست دادن وزن، بررسی نمائید.	
۵. وزن را بطور روزانه اندازه‌گیری نمائید.	
۶. جذب و دفع را پایش نمائید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. مواد آموزشی نوشتاری در مورد رژیم غذایی و محدودیت‌های آن را تهیه نمائید.	
۲. چگونگی تعویض پانسمان، مراقبت از زخم و تکنیک تمیز کردن را برای بیمار شرح دهید.	
۳. در مورد علائم عفونت محل زخم مثل درد، قرمزی، تورم، بو و درناژ با بیمار صحبت کنید.	
۴. مطالب لازم در مورد مراقبت از استومی را آموزش دهید.	
۵. اهمیت پیشگیری از یبوست و استفاده از ملین‌ها یا داروی تجویز شده را توضیح دهید.	
۶. در مورد فعالیت و نیاز به استراحت و انجام ورزش و جا به جا نمودن اشیاء سنگین (بیش از ۱۰-۵ پوند) به مدت ۶-۸ هفته توضیح دهید.	

۷. توصیه‌های پزشك در مورد جراحي و نتايج آنرا تكرر كنيد.
۸. اسامي داروها، تعداد، هدف استفاده از آن، زمان مصرف و عوارض جانبي آنها را توضيح دهيد.
۹. بيمار را به پيگيري و مراجعه به پزشك تشويق كنيد.
آموزش در هنگام ترخيص:
۱. در مورد پيگيري رژيم غذايي توضيح دهيد اين موارد شامل:
- مصرف ويتامين C و غذاي پرپروتئين.
- دريافت ۶ وعده غذاي كم حجم، براي كاستن احساس پري.
- نوشيدن مايعات.
- خوردن آهسته و جويدن غذاها بطور كامل.
۲. در مورد نوع پانسمان‌هاي مورد نياز و هزينه آن اطلاعاتي را فراهم كنيد.
۳. چگونگي رعايت بهداشت، شستن دست‌ها و استفاده از تكنيك تميز و تعويض پانسمان را توضيح دهيد.
۴. در مورد علائم و نشانه‌ها و گزارش آن به پزشك در موارد ذيل توضيح دهيد:
- تندرns، درناژ، قرمزي اطراف انسزيون.
- افزايش درد، اتساع شكم.
- خونريزي از محل برش محل جراحي.
- تهوع و استفراغ.
۵. براي كمك گرفتن در مورد غذاهاي آماده، مراقبت شخصي و مسافرت كردن بيمار را به منابع حمايت كننده ارجاع دهيد.

بيان مشكل	Problem Definition
درد در ارتباط با التهاب آپانديس و يا مداخلات جراحي.	
برآيندهاي مورد انتظار	Expected Outcomes
- درد كاهش يابد	
توصيه هاي پرستاري	Nursing Recommendations
۱. وضعيت راحت و استراحت نسبي را فراهم كنيد.	
۲. مراقبت از پوست و ماساژ پشت را براي راحتي مددجو انجام دهيد.	
۳. مددجو را گرم و خشك حفظ كنيد.	
۴. شدت درد را بررسي كنيد.	
۵. فعاليت‌هاي انحراف فكر را انجام دهيد و از تكنيك‌هاي درماني تصوري و تنفس عميق استفاده كنيد.	
۶. اثرات مداخلات انجام شده را بررسي كنيد.	

۷. فعالیت مددجو در حد تحمل وي زياد شود.

بیان مشکل	Problem Definition
احتمال عفونت در ارتباط با برش محل جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. برش محل جراحی خشک و تمیز و سالم باشد.	
۲. محل برش لاپاروسکوپی بدون قرمزی و التهاب باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل پانسمان را از نظر علائم عفونت (تب، تخلیه ترشحات، اریتم و بوي بد) بررسی کنید.	
۲. هر ۴-۲ ساعت یکبار درجه حرارت را پایش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب در رابطه با مداخلات جراحی و ترس از ناشناخته ها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید ترس خود را بیان کند و اضطراب وي برطرف شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در مورد معالجات و شیوه های مورد استفاده برای مددجو توضیح دهید.	
۲. توضیحات پزشک در مورد جراحی و تدابیر درمانی را مرور کنید.	
۳. مددجو را به صحبت کردن و بیان نمودن احساساتش تشویق کنید.	
۴. رفتارهای انطباقی و حمایت های مثبت و پاسخ های وي را ثبت کنید.	
۵. تکنیک های برطرف کردن استرس را به بیمار آموزش دهید.	
۶. بیمار را در مورد برقراری ارتباط با دیگران تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد آموزش ها و دستورالعمل های پزشکی با بیمار صحبت کنید.	
۲. به بیمار توصیه کنید فعالیت هایش را در حد تحمل افزایش دهد و از جابجا نمودن اجسام سنگین به مدت ۶-۴ هفته خودداری کند.	
۳. به بیمار توصیه کنید در صورت بروز درد در موقع حرکت کردن (احتمال آبسه رتروسکال)، گزارش دهد.	
۴. به بیمار توصیه کنید تب و افزایش درد شکم، لرز و درد محل برش جراحی، قرمزی، تورم یا خروج ترشحات از محل زخم را گزارش کند.	
۵. مراقبت از برش محل جراحی و یا زخم را به مددجو آموزش دهید.	

۶. استفاده از انما ممنوع می‌باشد معمولاً از سومین روز بعد از عمل نرم کننده مدفوع (ملین) داده می‌شود.

بیان مشکل	Problem Definition
ناموثر بودن الگوی تنفسی در رابطه با سختی و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. بیمار توانایی انجام تمرینات تنفسی را بیان کند.	
۲. صداهای ریوی و تنفس طبیعی شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید تا تنفسش آسان‌تر شود. از خم کردن زانو بر روی شکم خودداری کنید.	
۲. وضعیت تنفسی را بررسی کنید.	
۳. صداهای تنفسی را هر ۴ ساعت سمع کنید.	
۴. اکسیژن درمانی را مانیتور کنید.	
۵. به مددجو آموزش داده و کمک کنید که هر ۴ ساعت سرفه کند و تغییر وضعیت دهد و هر ساعت تنفس عمیق داشته باشد.	
۶. به مددجو آموزش داده و کمک کنید هر ۲ ساعت اسپرومتری انجام دهد.	
۷. تعادل بین فعالیت و استراحت را برقرار کنید.	
۸. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت پایش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در ارتباط با استفراغ و نفخ شکم.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مایعات در حد طبیعی باشد و تور گور پوست آن را نشان دهد.	
۲. جذب و دفع متعادل باشد.	
۳. صداهای روده‌ای طبیعی باشد.	
۴. الکترولیت‌ها در حد طبیعی باشند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را ناشتا قرار داده و وضعیت مایعات مددجو را بررسی کنید.	
۲. مایعات پرنترال به همراه الکترولیت‌ها را در حد طبیعی برقرار کنید.	
۳. لوله بینی معدي را حفظ نموده و به ساکشن متناوب با فشار کم وصل کنید.	

۴. لوله معده را با چسب به بینی بچسبانید و هر ساعت لوله را مانیتور کنید. ۵. مشخصات، مقدار و اسیدیته و رنگ محتویات تخلیه شده را هر ۴ ساعت پایش کنید و هر گونه تغییرات را به پزشك گزارش کنید. ۶. لوله معدي- روده‌اي ممکن است به ایلئوم وارد شود و به ساکشن با فشار کم وصل شود. شستشوي معده با مقدار نرمال سالین دستور داده شده را انجام دهید و رنگ و مقدار محتویات را گزارش کنید. ۷. جذب و دفع را اندازه‌گیری و ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت را به پزشك گزارش کنید. ۸. الکترولیت‌ها را پایش کنید. ۹. هنگامی که دفع معدي و روده‌اي کاهش یابد و صداهای روده‌اي به حالت طبیعی برگردد طبق دستور پزشك لوله را ببندید و مایعات را به اندازه دستور داده شده (آب ولرم، ۳۰ سی سی در هر ساعت) برای مددجو تجویز کنید. در صورتی که نفخ شکم و کرامپ روی داد، کلمپ را باز کنید و در صورت تحمل تغذیه، لوله را بردارید. ۱۰. بطور مداوم جذب و دفع مایعات را تا به حد کفایت رسیدن اندازه گیری کنید. ۱۱. هر روز مددجو را در يك زمان و با لباس یکسان وزن کنید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در رابطه با کاهش دریافت مواد غذایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. شناسایی عواملی که موجب یبوست می‌شود.	
۲. مواد دفعی نرم شده و شکل گرفته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اثرات و عوارض جانبی داروهای استفاده شده برای افزایش پرستالسیس را مورد بررسی قرار دهید.	
۲. استفاده از نرم کننده مدفوع را توصیه کنید.	
۳. هر ۴ ساعت صداهای روده‌اي را سمع کنید.	
۴. به بیمار توصیه کنید با پیشرفت حرکات دودی روده، رژیم غذایی پر فیبر و مایعات لازم را دریافت کند.	
۵. بیمار را به حرکت کردن تشویق کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. توضیحات پزشك در مورد ایلئوس فلجی را مجدداً به مددجو توضیح دهید.	
۲. تدابیر و درمانها را برای بیمار توضیح دهید.	
۳. در مورد روشهایی که موجب کاهش تجمع هوا در روده ها می‌شود، توضیح دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با تهوع، اسهال، بی‌اشتهایی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مایع درمانی کافی انجام شود. ۲. جذب و دفع متعادل باشد. ۳. علائم حیاتی در حیطه طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۴ ساعت در صورت نیاز علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. در صورت ناشتا بودن، سطح مایعات بدن را بررسی کنید. ۳. مایع درمانی همراه با آنتی بیوتیک و الکترولیت‌ها را برقرار کنید. ۴. مقادیر الکترولیت‌ها را کنترل کنید. ۵. با پزشک و متخصصین تغذیه همکاری کنید تا پس از برداشتن لوله معده و یا برطرف شدن تب و درد رژیم غذایی مایعات شروع شود و در صورت تحمل تبدیل به مایعات نرم و سپس رژیم پر فیبر شود. ۶. ۲۵۰۰ سی سی در روز مایعات بدهید مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد. ۷. مقدار خونریزی در مدفوع را بررسی و مانیتور کنید. ۸. پایش هموگلوبین و هماتوکریت را انجام دهید. ۹. کنترل انتقال خون را انجام دهید. ۱۰. به مددجو برای حرکت دادن پاها هر ۴ ساعت یکبار، کمک کنید. ۱۱. جذب و دفع مایعات را اندازه‌گیری و در صورت دفع کمتر از ۳۰ سی سی در یکساعت به پزشک گزارش کنید. ۱۲- بیمار را روزانه وزن کنید (لباس و ساعت و معیار یکسان باشد).	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در رابطه با بی‌اشتهایی و دریافت رژیم غذایی کم فیبر و بی‌حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. رژیم غذایی پر فیبر را تحمل کند. ۲. مدفوع نرم و شکل گرفته دفع شود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. لوله معدی - بینی را بررسی و ساکشن کم فشار متناوب را انجام دهید تا لوله باز شود. لوله را با مقداری نرمال سالین شستشو کنید و محتویات دفع شده معده را هر ۸ ساعت اندازه‌گیری نمایید.	

۲. سمع صداهای روده را هر ۴ ساعت انجام دهید.
۳. پایش مدفوع از نظر قوام، رنگ و مقدار و دفعات دفع و سفت شدن آنرا انجام دهید.
۴. در صورت تحمل مددجو را تشویق کنید تا حرکت کند تا حرکات دودی روده افزایش یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با التهاب و تحریک روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. درد در حد تحمل گزارش شود.	
۲. بیمار ظاهری آرام داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به بیمار در وضعیت آرامی، استراحت دهید.	
۲. محل، مشخصات و شدت درد را بررسی کنید.	
۳. از ضد درد دستور داده شده استفاده کنید و از مصرف مرفین خودداری کنید سپس اثرات داروها را بررسی کنید.	
۴. از مددجو بخواهید تا هر ۲ ساعت تنفس عمیق انجام دهد و جابجا شود.	
۵. دوره های استراحت برنامه ریزی شده برای بیمار تعیین و آنرا حفظ کنید.	
۶. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت دهید.	
۷. بیمار را به استفاده از روش های غیر دارویی درد مانند تکنیک ریلکسیشن با تنفس عمیق و حمام گرم تشویق کرده و آموزش دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. درک مددجو از بیماری را بررسی کنید.	
۲. دستورات غذایی و ارتباط بین مصرف غذاها و بیماری را برای مددجو توضیح دهید.	
۳. لیستی از غذاهای پرفیبر مانند میوه ها و سبزیجات را برای مددجو فراهم کنید.	
۴. اهمیت غذا خوردن منظم و آهسته و جویدن کامل غذا را توضیح دهید. به بیمار توصیه کنید از مصرف الکل و کافئین ها خودداری کند و در هر روز ۸ لیوان آب مصرف کند مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد.	
۵. در مورد اهمیت دفع برای وی توضیح دهید مثل برقراری عادات دفعی منظم، جلوگیری از ایجاد یبوست، سفت شدن مدفوع، مصرف ملین ها و انما.	
۶. استفاده از پسلیوم و رژیم غذایی پر فیبر را به مددجو توصیه کنید.	
۷. بطور منظم به پزشک مراجعه کند.	
- آموزش ترخیص:	
۱. در مورد تنظیم دفع روده ای صحبت کنید و بیمار را به خودداری از اضطراب، نوشیدن مایعات، ساعت	

منظم براي دفع و مصرف رژيم غذايي پرفيبر تشويق كنيد. ۲. علائم و نشانه‌هاي برگشت بيماري را توضيح دهيد همانند: درد در ربع تحتاني چپ شکم، کرامپ، اسهال، بيوست، خون در موفوع.

بيان مشكل	Problem Definition
كمبود حجم مايعات در رابطه با از دست دادن مايعات شكم (اسهال).	
برآيندهاي مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حياتي ثابت شود.	
۲. كم آبي برطرف شده بدین‌صورت كه تورگور پوست طبيعي و پوشش مخاطي مرطوب باشد.	
۳. جذب و دفع متعادل باشد.	
توصيه هاي پرستاري	Nursing Recommendations
۱. بيمار را ناشتا قرار داده و از نظر وضعيت مايعات بررسي كنيد.	
۲. الكتروليت‌ها و مايعات و ويامين ها را از طريق غير خوراكي تجويز كنيد.	
۳. علائم افزايش حجم جريان خون را بررسي كنيد.	
۴. جذب و دفع مثل استفراغ را هر ۸ ساعت اندازه‌گيري كنيد.	
۵. الكتروليت‌ها را پايش كنيد.	
۶. وزن را روزانه كنترل كنيد (وسيله اندازه‌گيري زمان و لباس يکسان باشد).	
۷. علائم حياتي را هر ۴ ساعت پايش كنيد. درجه حرارت ركتالي گرفته نشود و از نظر تغيير وضعيت ارتوستاتيك بررسي شود.	
۸. از ضد استفراغ و ضد تب تجويز شده استفاده كنيد.	

بيان مشكل	Problem Definition
اسهال در رابطه با التهاب روده.	
برآيندهاي مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. از دفعات دفع روده‌اي كاسته شود.	
۲. مددجو ابراز كند دفعش به حالت طبيعي و قبل از بيماري برگشته است.	
توصيه هاي پرستاري	Nursing Recommendations
۱. استراحت نسبي براي بيمار برقرار كنيد.	
۲. بررسي و پايش مقدار، دفعات و قوام و رنگ مدفوع را انجام دهيد.	
۳. مدفوع را از نظر وجود خون بررسي كنيد.	

۴. صداهای روده را هر ۸ ساعت سمع کنید.
۵. اثرات و عوارض جانبی داروهای مصرفی مثل ضد اسهال، آنتی بیوتیک‌ها و استروئیدها را بررسی کنید.
۶. بین استراحت و فعالیت تعادل برقرار نمایید.
۷. محیط بدون بوی نامطبوع و تمیز باشد (پس از دفع).
۸. علائم پرفوراسیون روده شامل تب، تکی کاردی، خواب‌آلودگی و درد را پایش کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه، دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با اسهال و تغییرات جذب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. وزن مددجو طبیعی شود.	
۲. تستهای آزمایشگاهی در حد طبیعی باشند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. وضعیت تغذیه‌ای را بررسی و به مددجو برای شناسایی مواد محرک روده مانند میوه‌های خام و سبزیجات، نوشابه گازدار، شیرها کمک کنید.	
۲. رژیم غذایی پرکالری، پروتئین همراه با ویتامین‌ها تهیه کنید که دارای چربی و فیبر کم باشد ۶، وعده غذایی در روز مناسب است. در صورت نیاز هیپرالیمانتاسیون وریدی انجام شده و عناصر معدنی آماده هم داده شود.	
۳. مددجو را به شرکت در تهیه برنامه غذایی تشویق کنید تا احساس کنترل و افزایش دریافت مواد غذایی را داشته باشد.	
۴. دریافت مواد غذایی را ثبت کنید و از مصرف غذاهایی که کرامپ و اسهال ایجاد می‌کند، خودداری شود.	
۵. آنتی کلی نرژیک، ویتامین ب، ۱۲ تجویز شده، مصرف شود.	
۶. بیمار را به خوردن غذا به آهستگی، جویدن کامل و خوردن لقمه‌های کوچک تشویق کنید.	
۷. بهداشت دهان را رعایت کنید.	
۸. به بیمار توصیه کنید غذا را در محیط جذاب میل کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب به پوست در رابطه با کمبود تغذیه و تحریک پوست به علت اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. پوست اطراف مقعد تمیز و سالم باشد.	
۲. تورگور پوست و رنگ آن طبیعی باشد.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناحیه اطراف رکتوم (مقعد) را از نظر التهاب، آبسه یا فیستول مورد بررسی قرار دهید.	
۲. به بیمار توصیه کنید پس از هر بار دفع ناحیه اطراف رکتوم را تمیز کند و با استفاده از آب و صابون شستشو دهد و از پماد محافظت کننده پوستی و پد خشک استفاده کند.	
۳. از حمام نشینگاهی تجویز شده استفاده کنید.	
۴. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت دهید.	
۵. از تشک هوا برای بیمار استفاده کنید.	
۶. با پرستار استومی و زخم مشاوری کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در ارتباط با التهاب و تحریک روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱- اثرات داروهای آرام کننده را شرح دهد.	
۲- قابل تحمل بدون درد را بیان کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مشخصات، شدت و محل درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید.	
۲. اثرات و عوارض جانبی سداتیوها، ضد دردها، شیاف رکتالی و پمادها را بررسی کنید.	
۳. بیمار را بطور مکرر تغییر وضعیت داده و ماساژ پشت را انجام دهید.	
۴. فعالیت های انحراف فکر از درد را بکار برید.	
۵. مددجو را با کمک و در حد تحمل وی حرکت دهید.	
۶. استفاده از تدابیر و روش های غیر دارویی درد مثل تنفس عمیق، تکنیک های آرام بخش، تصویر سازی را به بیمار آموزش داده و وی را به انجام آنها تشویق کنید.	
۷. استراحت و فعالیت متعادل برقرار کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
انطباق ناموثر در رابطه با استرسورهای متعدد و تغییر در سبک زندگی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساسات و آمادگی بیشتر خود را بیان کند.	

۲. درك و نیاز به تغییر در سبك زندگی را شرح دهد.	
۳. رفتارها و مهارتهای انطباقی مؤثر را بیان کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. الگوهای انطباقی گذشته و در حال حاضر را بررسی کنید.	
۲. زمانی را برای ارتباط با مجامع و افراد دارای شك فراهم کنید.	
۳. ارتباط حمایتی با مددجو و دیگر افراد خانواده برقرار کنید.	
۴. اطلاعاتی در مورد گروه‌های حمایتی فراهم کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
اختلال جنسی در رابطه با تغییر در عملکرد بدن، بیماری و نقص در اطلاعات.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بیمار باید قادر باشد:	
۱. در مورد احساسات خود صحبت کند.	
۲. در مورد درك از اختلالات جنسی صحبت کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. در مورد بدست آوردن اطلاعات کافی در مورد مشکلات جنسی صحبت کنید.	
۲. مددجو را به مطالعه در مورد وضعیت خود و کاربرد تکنیک‌های لازم در مشکلات جنسی، تشویق کنید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
۱. به بیمار نحوه مراقبت از پوست را آموزش دهید.	
۲. بر رعایت بهداشت و خشك نگه داشتن پوست تأکید کنید.	
۳. عوارض جانبی داروهای مثل استروئید (ادم صورت، اولسرها، عفونت) را توضیح دهید.	
۴. اطلاعاتی در مورد هزینه وسایل لازم و مراکز حمایتی، در اختیار مددجو قرار دهید.	
۵. در صورتی که مددجو از هیپرالیمانتاسیون استفاده می‌کند استفاده از روش‌های آسپینک را توضیح دهید.	
۶. وی را به ترك سیگار تشویق کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات بدن بطور غیر طبیعی از راه ایلئوستومی، کشیدن محتویات معده و ناشتا بودن.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
۱. علائم حیاتی طبیعی باشد.	
۲. جذب و دفع مایعات متعادل باشد.	

۳. دفع از طریق ایلئوستومی در حد طبیعی باشد.	
۴. الکترولیت‌ها در حد طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم کم آبی در مددجو شامل کاهش تورگوپوست، خشکی مخاط، ... را بررسی کنید. ۲. مددجو در حالت ناشتا قرار دهید. ۳. مایعات غیر خوراکی با الکترولیت‌ها و ویتامین‌های مورد نیاز را حفظ کنید. ۴. سوند ادراری و میزان مواد دفعی آنرا بررسی کنید. ۵. لوله معدي – بيني که به ساکشن با فشار کم متصل است را کنترل و در صورت نیاز آنرا شستشو کنید. ۶. مواد دفعی ایلئوستومی را کنترل کنید که در روز از ۱۲۰۰ – ۸۰۰ سی سی بیشتر نشود. ۷. سوند اطراف ساکرال را اگر به سیستم تخلیه‌ای متصل است هر ۲ تا ۱۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت تا زمانی که کاملاً مواد دفعی خارج شده باشد، بررسی کنید. ۸. هر ۸ ساعت جذب و دفع را بررسی کنید و از نظر احتباس ادراری مددجو کنترل شود. ۹. علائم حیاتی را هر ۲ ساعت تا ثابت شدن وضعیت و سپس هر ۴ ساعت کنترل کنید. ۱۰. روزانه وزن را کنترل کنید. ۱۱. با پزشک در موقع درآوردن لوله معدي- بيني و شروع تغذیه مددجو همراهی کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. مراقبت از پوست را آموزش دهید. ۲. بر رعایت بهداشت و خشک نگه داشتن پوست تأکید کنید. ۳. عوارض جانبی داروهای مثل استروئید (ادم صورت، اولسرها، عفونت) را توضیح دهید. ۴. در مورد هزینه وسایل لازم و مراکز حمایتی، اطلاعاتی در اختیار مددجو قرار دهید. ۵. در صورتی که مددجو از هیپرالیمانتاسیون استفاده می‌کند استفاده از روش‌های آسپیتک را برایش توضیح دهید. ۶. مددجو را به ترک سیگار تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب به پوست در رابطه با درناژ به اطراف مقعد و ایلئوسیتون.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. بهبود زخم‌ها دیده شود و زخم خشک و سالم و تمیز باشد. ۲. بیمار افزایش توان در مراقبت از ایلئوستومی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناحیه پرینه را از نظر درناژ و مخاط و بو بررسی کنید.	

۲. در صورت نیاز تعویض پانسمان را انجام دهید و ناحیه را تمیز کنید. ۳. پوست اطراف ساکروم را تمیز کرده و در صورت نیاز تعویض پانسمان انجام شود. ۴. در صورتی که دستور داده شده باشد روزانه محل جمع‌آوری مواد دفعی شستشو شود و از التهاب پوشیت^۲ جلوگیری شود. ۵. از پدهای ضد آب در شب و یا در موقع حرکت کردن استفاده کنید. ۶. در مورد مراقبت ایلئوستومی به بیمار کمک کنید و هم چنین در موقعی که از نظر جسمانی و فیزیکی آماده باشد آنرا آموزش دهید. ۷. از وسایل مناسب و در دسترس استفاده کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. بر مراقبت از پوست اطراف پرینه و محل ایلئوستن تأکید کنید. ۲. در مورد ورزش کیگل و همچنین ورزش‌هایی که تون اسفنکتر آنال را افزایش می‌دهد به مددجو آموزش دهید. ورزش‌ها ۶ هفته پس از عمل شروع می‌شود. ۳. توضیحات پزشکی در مورد روش جراحی II را تکرار و به سؤالات مددجو جواب دهید. ۴. بر استفاده از رژیم غذایی مناسب و تمرینات ورزشی تأکید کنید. ۵. در مورد افزایش اسهال و درناژ و نفخ شکم، عدم وجود مدفوع و بوی بد آن، آموزش دهید. ۶. مددجو را به پیگیری مجدد تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن غیر طبیعی مایعات از طریق ساکشن معدي و محل جمع‌کننده در ایلئوم و وضعیت ناشتا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی ثابت شود. ۲. جذب و دفع در حد متعادل باشد. ۳. وزن ثابت باقی بماند. ۴. مایعات در حد کافی باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
مشابه موارد ۱ تا ۵ مرحله ۱ می‌باشد. موارد دیگر عبارتند از: ۶. جذب و دفع را هر ۸ ساعت اندازه‌گیری کنید. ۷. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت کنترل کنید.	

۸. وزن را روزانه کنترل کنید.
۹. مددجو را به حرکت پاها هر يك ساعت تشويق کنید.
۱۰. در مورد تنفس عميق و سرفه در هر ساعت آموزش دهید.
۱۱. كنترل هموگلوبين و هماتوكريت و الكتروليتها را انجام دهید.
۱۲. علائم احتباس ادراري و عفونت را پس از درآوردن سوند ادراري بررسي کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب پوست اطراف پرینه در رابطه با اسهال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. زخم پرینه بهبود یابد.	
۲. پوست پرینه تمیز، خشك و سالم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در صورت نیاز پرینه را با آب شستشو داده و خشك کرده و از لباس نخی و نرم برای بیمار استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب پوستی (اطراف استوما) در رابطه با درناژ از محل استومی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. پوست اطراف استوما خشك و سالم باشد.	
۲. بیمار بتواند عملکرد استومی را بیان کند.	
۳. بیمار بتواند وسایل مورد نیاز در مراقبت از استومی را شرح دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پس از عمل جراحی مراقبت از استومی و وسایل (کیسه و...) را شروع کنید.	
۲. اندازمگیری صحیح سوراخ کیسه استومی را در هر بار تعویض کیسه انجام دهید. اندازه آن $\frac{1}{2}$ اینچ بزرگتر از سوراخ استوما باشد.	
۲. در صورت لزوم کیسه استومی را تعویض و از نظر رنگ، مقدار و قوام مدفوع و رنگ استوما و پوست اطراف آن مشاهده کنید.	
۳. سلامت پوست اطراف استوما را به طریق زیر حفظ کنید:	
- شستشو با آب.	
- خشك نگه داشتن پوست استوما و استفاده از محافظ پوستی در زیر کیسه.	
۴. به بیمار زمانی که از نظر جسمی و روحی آمادگی داشت در مورد مراقبت از خود آموزش دهید.	

۵. از کیسه‌های شفاف بر روی استوما استفاده کنید.
۶. با پرستار استومیت مشاوره انجام دهید.
۷. برای کنترل بو از قطره دئودورانت مخصوص با بیسموت و کلروفیل استفاده کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تصور ذهنی از خود در رابطه با ایلئوستومی، کله‌سومی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار باید قادر باشد:	
۱. احساسات خود را بیان کند.	
۲. راهکارهای انطباق مثبت را برای تطابق با استومی توصیف کند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به مددجو برای قبول استومی کمک کنید و زمانی را به وی بدهید تا در مورد آن صحبت کند.	
۲. به سؤالات در مورد نوع درمان و شیوه بکار برده شده پاسخ دهید.	
۳. علائم انکار، ترس یا عصبانیت را مشاهده کنید.	
۴. مددجو را به مراقبت از خود بدون کمک گرفتن از دیگران تشویق کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال جنسی در رابطه با استومی و کمبود اطلاعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مرحله انطباق با استومی را در مددجو بررسی کنید.	
۲. مددجو را به برقراری ارتباط با دیگران تشویق کنید.	
۳. در مورد روش‌های کنترل بوی کیسه و فراهم کردن بهداشت برای وی توضیح دهید.	
بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات در رابطه با افزایش از دست دادن مایعات (ایلئوستومی).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. علائم حیاتی ثابت باشد.	
۲. جذب و دفع مایعات متعادل باشد.	
۳. وزن ثابت باقی بماند.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations

۱. بیمار را از نظر کم آبی بررسی کنید.
۲. هر ۸ ساعت الکترولیتها و جذب و دفع را پایش کنید.
۳. مدفوع را از نظر تکرر دفع، حجم زیاد مواد دفعی کنترل کنید و در صورت وجود این علائم به پزشك گزارش کنید.
۴. روزانه مددجو را وزن کنید.
۵. هر ۸ ساعت علائم حیاتی را کنترل کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست (کلتومی) یا دفع زیاد (از ایلئوستومی) ثانویه در رابطه با کوتاه شدن روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
عملکرد درست کلتومی و یا ایلئوستومی	
بیمار باید قادر باشد:	
۱. عملکرد استومی را درك کند.	
۲. به مراقبت از استوما بپردازد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. عادات وسبك زندگی قبلي مددجو را بررسی نمایید.	
۲. توضیحات پزشك در مورد آناتومی و فیزیولوژی و روش جراحی را مجدداً برای مددجو بازگو و تأکید نمایید.	
۳. به مددجو آموزش دهید که مدفوع کلتومی قوام بیشتری داشته و مدفوع ایلئوستومی بیشتر شل است.	
۴. به مددجو آموزش دهید که ایلئوستومی هرگز شستشو داده نمی‌شود و کلتومی سیگمئید و روده پایین‌رو را می‌توان شستشو داد تا دفع نزدیک به حالت طبیعی باشد.	
۵. روش شستشوی کلتومی را برای مددجو شرح دهید.	
۶. اطلاعاتی در مورد وسایل مورد نیاز و نشانه‌های انسداد روده و یاپرولیس استوما به مددجو بدهید و در صورت وجود نشانه‌های ذکر شده به پزشك اطلاع دهید.	
۷. با متخصصین تغذیه در مورد رژیم غذایی و آموزش‌های لازم در مورد رژیم غذایی همیاری کنید. در موقع ترخیص، لیست مواد غذایی که ایجاد نفخ و یا اسهال می‌کند را به مددجو بدهید. بیشتر مددجویان رژیم غذایی معمول خود را می‌توانند استفاده کنند.	
۸. موارد ذیل را پیگیری کنید:	
- مددجویانی که دارای ایلئوستومی هستند باید غذاهایی که دارای سدیم و پتاسیم بالاست مثل موز، آب گوشت، مرکبات، چای، آب میوه استفاده کنند.	
- مددجویان ایلئوستومی از مصرف غذاهایی که گاز تولید می‌کنند، خودداری کنند و غذاهای آماده و غذاهای پرادویه و آجیل، جوز، کشمش و سبزیجات خام و میوه‌های خام به جز موز، غذاهای فیبری مانند	

کرفس، ذرت و نارگیل که ممکن است استوما را بلوک کند. - مددجویان که کلستومی دارند از مصرف غذاهایی مانند کاهو، باقلا، لوبیا، ذرت، کلم بروکلی، و گل کلم چون تولید گاز می‌کنند، خودداری کنند (در صورتی که گازها موجب ناراحتی و شرمساری مددجو می‌شود). - هر مددجو با روش آزمون و خطا می‌تواند غذاهایی را که تحمل می‌کنند، تشخیص دهد. - در هر بار مصرف غذا یک نوع غذا اضافه شود. ۹. به استفاده از مایعات و غذا به قدر کافی تأکید شود. ۱۰. به آرام خوردن غذا و جویدن کامل غذا و منظم بودن فواصل در دریافت غذا تأکید کنید. ۱۱. به مددجو توصیه کنید از مصرف نوشابه‌های گازدار و غذاهای با درجه حرارت بالا خودداری کند. ۱۲. در تهیه برنامه غذایی خانواده و مددجو درگیر شوید. ۱۳. صداهای روده‌ای را هر ۸ ساعت کنترل کنید و عدم وجود صداهای روده‌ای را به پزشک گزارش دهید. ۱۴. در مورد علائم و نشانه‌های انسداد یا سخت شدن مدفوع توضیح دهید مثل کاهش درناژ، یبوست، اسهال، کرامپ، اتساع شکم، تهوع، استفراغ.	آموزش به بیمار Patient Education
۱. مراحل مراقبت از استوما را برای مددجو و خانواده‌اش توضیح دهید. ۲. وسایل مورد استفاده و محل خرید وسایل را توضیح دهید، تهیه وسایل برای چند روز پس از ترخیص انجام شود. ۳. اطلاعات در مورد رژیم غذایی را به صورت نوشتاری در اختیار مددجو قرار دهید. ۴. اطلاعاتی در مورد گروه‌های حمایت انجمن‌های استومی در اختیار مددجو قرار دهید. ۵. علائم عفونت زخم، انسداد، پرولاپس را برای مددجو توضیح داده و از وی بخواهید تا در صورت مشاهده به پزشک گزارش کند. ۶. وی را به مراجعه مجدد و پیگیری تشویق کنید. ۷. اطلاعات مربوط به موارد ذیل را به صورت نوشتاری به مددجو ارائه کنید: - رنگ استومای طبیعی صورتی تا قرمز باشد و در صورت تغییر به پزشک اطلاع دهد. - اندازه و شکل استوما در طی ۶-۸ هفته اول کوچک تر می‌شود. - بطور مکرر سوراخ کیسه اندازه‌گیری شود. - در صورت نشت از کیسه و یا احساس سوزش، کیسه تعویض شود. - همیشه از محافظ پوستی استفاده کند. ۸. به وی توصیه کنید به میزان لازم مایعات مصرف کند تا از کم آبی روده‌ای جلوگیری شود. ۹. در مورد تغییر در سبک زندگی برای وی توضیح دهید. ۱۰. به وی توصیه کنید از جابجا نمودن وسایل تا ۶ هفته خودداری کند.	

۱۱. مددجو را به گروه‌ها و انجمن‌های استومی ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو سطح آرامش بیشتری را بیان نماید. ۲. مددجو آرامش داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. به مددجو توصیه کنید وقتی که استراحت نسبی دارد هر ۲ ساعت به پهلو بچرخد. ۲. در صورت استفاده از ضد دردهای تجویز شده برطرف شدن درد را بررسی کنید. ۳. به مددجو توصیه کنید در صورتی که بتواند به پهلو بخوابد، بالش را بین دو زانو قرار دهد و تا حد امکان به پشت بخوابد. ۴. اثرات کمپرس مرطوب و گرم یا کیسه یخ را پایش نمایید. ۵. هنگام حرکت دادن بیمار به وی کمک کنید و هنگام نشستن از ژل فوم و یا پد شناور استفاده کنید و از حلقه هوا استفاده نشود. ۶. به مددجو توصیه کنید از نشستن طولانی بر روی صندلی و وضعیت نشسته خودداری نماید. ۷. قبل از برداشتن پانسمان فشاری، به مددجو ضد درد تجویز شده را بدهید. ۸. تأثیر حمام نشیمنگاهی را در مددجو پایش نمایید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر یبوست در ارتباط با وضعیت ناشتا بودن و دفع دردناک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. صداهای روده‌ای طبیعی باشد. ۲. مدفوع نرم و شکل گرفته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تا برطرف شدن وضعیت استفراغ مددجو را ناشتا نگهدارید. ۲. رژیم غذایی کم باقیمانده (کم تفاله)، نرم و در حد تحمل برای مددجو فراهم کنید. ۳. مایعات ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ cc در روز بدهید مگر اینکه منع داشته باشد. ۴. صداهای روده‌ای را هر ۴ ساعت یکبار پایش کنید. ۵. نرم کننده مدفوع تجویز شده را به مددجو بدهید و در هنگام دفع محیط مناسبی برای وی فراهم کنید.	

۶. اثرات داروهای نرم کننده مدفوع را بررسی کنید.
۷. در صورت امکان، مددجو را به فعالیت و حرکت تشویق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در دفع ادرار در ارتباط با نوع روش جراحی روده و دستیابی به مثانه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. مددجو ادرار شفاف و زرد رنگ و مقدار مناسب را گزارش کند.	
۲. مددجو توانایی دفع ادرار بدون ناراحتی و کمک را بیان کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. جذب و دفع مایعات ۲۴ ساعته را اندازه گیری و از نظر رتانیسیون ادراری بررسی کنید.	
۲. در صورت نیاز مداخلات ضروری برای دفع ادرار را انجام دهید مانند باز کردن شیر آب، استفاده از آب گرم بر روی قسمت تحتانی شکم، گذاشتن دست در آب.	
۳. در هنگام ادرار کردن به مددجو کمک کنید. در هنگام ادرار کردن مردان به حالت ایستاده و استفاده از توالت فرنگی مخصوص و بالا قرار دادن سرمددجو در خاتمه ها استفاده شود.	
۴. حرکت دادن مددجو باعث می شود دفع به راحتی صورت گیرد.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در ارتباط با ناکافی بودن سیستم دفاع اولیه بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. زخم بهبود یابد.	
۲. بافت اطراف برش محل جراحی خشک، تمیز و سالم باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت پایش و در صورت افزایش درجه حرارت گزارش کنید.	
۲. پانسمان را هر ۴-۲ ساعت یکبار مشاهده و از نظر خونریزی، درناژ و بو بررسی کنید.	
۳. در صورت نیاز پانسمان را تعویض کنید.	
۴. پس از هر بار دفع، اطراف محل پرینه را تمیز و خشک کنید.	
۵. برای پیشگیری از تحریک و عفونت ناحیه تراشیده شود.	
۶. اگر لازم باشد نحوه شستشوی زخم را آموزش دهید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
۱. در مورد اهمیت تغذیه توضیح دهید:	

- رژیم غذایی باقیمانده طی یک هفته. - افزایش پید زیر تحمل شود. - در موقع مناسب میوه تازه داده شود. - مایعات ۲۵۰۰ سی سی در روز داده شود مگر اینکه ممنوعیت داشته باشد. - کنترل وزن هر هفته صورت گیرد. ۲. مراقبت از محل برش جراحی و مراقبت از پرینه را توضیح دهید: - از حمام نشمینگاهی دستور داده شده، استفاده شود. - از کمپرس گرم استفاده شود. - از پدهای وازلینی استفاده شود. - پس از هر بار دفع ناحیه کاملاً خشک و تمیز نگه داری شود. - پانسمان لازم بکار برده شود. ۳. نشانه‌های عفونت زخم را توضیح داده و از بیمار بخواهید علائم تنگی مقعد مثل قرمزی، حساسیت، تورم و درناژ از زخم را به پزشک گزارش دهد. ۴. توضیح در مورد اینکه دفع روده‌ای با استفاده از نرم کننده‌های مدفوع و ملین‌های تیوهای طبیعی، نرم باشد. ۵. اهمیت خودداری از برداشتن اشیاء سنگین و کشیدن آن‌ها را شرح دهید. ۶. مددجو را به پیگیری‌های مجدد و مراجعه به پزشک تشویق کنید. برنامه مراقبت در منزل/ ترخیص ۱. در مورد شستشوی زخم اگر مقدور باشد و حمام کردن توضیح دهید. ۲. چگونگی بررسی محل با استفاده از آینه را توضیح دهید. ۳. اطلاعاتی در مورد نوع و محل تهیه وسایل مورد نیاز داده شود.	
---	--

Problem Definition	بیان مشکل
	اسهال در ارتباط با فرایند التهاب روده.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	۱. برقراری دفع طبیعی در بیمار. ۲. برقراری و تعادل مایعات و الکترولیت‌ها. ۳. حفظ تغذیه مطلوب.

۱. در مرحله حاد جهت کاهش فعالیت و التهاب روده بهتر است بیمار را NPO نگه دارید.
۲. بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد (نیکوتین موجب تحریک GI می شود).
۳. از مصرف غذاهایی که به سختی جذب می شوند برای بیمار اجتناب کنید.
۴. از مصرف غذاهای خیلی سرد یا گرم برای بیمار اجتناب کنید.
۵. در حضور هایپوکالمی اقدامات لازم برای کنترل سطح پتاسیم را به کار بندید.
۶. در صورت تغذیه از راه NGT جهت تحمل بیمار ابتدا مقدار غذا را از نصف شروع کرده و سپس بتدریج به مقدار تجویز اضافه نمایید.

۷. طبق دستور پزشک از داروهای ضد اسهال استفاده کنید.

- مداخلات پرستاری در ارتباط با اختلالات الکترولیتی :

- ۱- اسمولالیت سرم، میزان الکترولیت ها را کنترل کرده و موارد غیر طبیعی را گزارش دهید.
- ۲- تهوع و استفراغ بیمار را کنترل کنید.
- ۳- روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی مایعات به بیمار بدهید (مگر در موارد منع مصرف).
- ۴- در صورت NPO بیمار وی را تشویق به مصرف سدیم و پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع).
- ۵- در صورت تداوم یا بدتر شدن علائم هایپوکالمی با پزشک مشورت کنید.

- مداخلات پرستاری در ارتباط با حفظ تغذیه مطلوب :

- ۱ - قبل از شروع تغذیه مراقبت های لازم از دهان بیمار را به عمل آورید.
- ۲ - مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار دهید.
- ۳ - محیط بیمار را تمیز و آرام نموده و تحریکات زیان آور محیطی را حذف کنید.
- ۴ - به بیمار آموزش دهید از مصرف مایعات و غذاهایی که تولید گاز می کنند اجتناب کند.
- ۵ - با مشورت متخصص تغذیه به بیمار اجازه دهید از غذاهای مورد علاقه خود استفاده کند.
- ۶ - از غذاهای پر کالری، پر ویتامین و پر پروتئین استفاده کنید.
- ۷ - جهت به حداقل رساندن خستگی بعد از خوردن غذا بیمار را تشویق به استراحت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
	۱. عدم تعادل تغذیه ای کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با تهوع و بی اشتها. ۲. خطر کمبود حجم مایعات در ارتباط با استفراغ و دهیدراسیون. ۳. اضطراب در ارتباط با جراحی و تشخیص سرطان . ۴. اختلال در سلامت پوست در ارتباط با برش جراحی، تشکیل استوما و آلودگی پوست اطراف استوما به وسیله ماده مدفوعی. ۵. اختلال در تصویر بدنی در ارتباط با کولوستومی.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
	۱. تامین بهترین سطح تغذیه ای. ۲. حفظ تعادل مایع و الکترولیت. ۳. کاهش اضطراب. ۴. آموزش درباره تشخیص پروسیجر جراحی و مراقبت از خود پس از ترخیص. ۵. حفظ التیام بافتی و حفاظت از پوست اطراف استوما. ۶. بیان احساسات و نگرانی ها درباره کولوستومی و تاثیر آن بر فرد و اجتناب از عوارض.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	آماده کردن بیمار برای جراحی: ۱. بیمار را از نظر فیزیکی جهت جراحی آماده کنید (رژیم غذایی پرکالری و پرپروتئین و پر کربوهیدرات و میزان کم بقیه مواد رژیم پر مایع ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از جراحی یا در صورت تجویز تغذیه غیر دهانی). ۲. آنتی بیوتیکها، شل کننده ها، انماها یا شستشو دهنده کولون را در صورت تجویز برای بیمار بکار ببرید. ۳. میزان مایعات دریافتی و برون ده بیمار (شامل استفراغ) را محاسبه کنید و لوله نازوگاستریک و میزان مایع داخل وریدی را کنترل نمایید. ۴. وضعیت هیدراتاسیون فرد (مانند توگور پوستی غشاهای مخاطی) را بررسی کنید. ۵. علایم انسداد یا پرفوراسیون (افزایش اتساع شکم، افت صداهای روده ای، درد یا رژیديتي) را کنترل کنید. ۶. آگاهی بیمار را در زمینه تشخیص پیش آگهی روش جراحی و سطح عملکردی مورد انتظار بعد از عمل را بالا برده و از او حمایت کنید و اطلاعاتی در زمینه زخم بعد از عمل و مراقبت استومی، محدودیت های رژیم غذایی، کنترل درد و کنترل طبی فراهم کنید.

- حفظ تغذیه مطلوب :

۱. یک رژیم پرپروتئین و پرکربوهیدرات و با میزان اندک بقیه فرآورده ها تهیه کنید.
۲. در صورت درخواست یک رژیم پرمایع ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از جراحی تامین کنید.
۳. برای بیماران بستری روش غیر خوراکی تجویز کنید.
۴. دریافت و برون ده را محاسبه کرده، مایعات داخل وریدی و الکترولیت ها را در صورت درخواست تجویز و پایش کنید.
۵. لوله نازوگاستریک را گذاشته و کنترل کنید و میزان درناژ آنرا یادداشت کنید.

- حفظ تعادل مایع و الکترولیت:

۱. ضد استفراغ ها را تجویز نموده و دریافت مایعات و غذاها را جهت جلوگیری از ایجاد استفراغ محدود نمایید. شکم را از نظر نفخ، از بین رفتن صداهای روده ای یا درد یا رژیذیتی (نشانه های انسداد یا سوراخ شدگی) پایش کنید.
۲. دریافت و برون ده را ثبت نموده و میزان مایعات و غذاهای خوراکی را به منظور جلوگیری از استفراغ محدود کنید.
۳. الکترولیت های سرم را جهت تشخیص هیپوکالمی و هیپوناترمی چک کنید.
۴. علائم حیاتی را به منظور تشخیص نشانه های هیپوولمی یعنی تاکی کاردی، هیپوتانسیون و افت حجم پالس ارزیابی کنید.
۵. وضعیت هیدراسیون بیمار را بررسی نموده و کاهش تورگور پوستی، خشکی غشاهای مخاطی و غلیظ بودن ادرار را گزارش کنید.

- تامین حمایت روانی:

۱. سطح اضطراب بیمار را بررسی نموده و مکانیسم های به کار رفته جهت مقابله با استرس را پایش کنید.
۲. در صورت تمایل محیط را خلوت کنید، نحوه تمرین های ریلکس شدن و تمرکز نگاه را به بیمار یاد دهید. به ابراز احساسات بیمار گوش دهید.
۳. در صورت تمایل، گفتگو با یکی از اعضای خانواده وی را ترتیب دهید.
۴. جلساتی را که پزشک و پرستار در آن حضور داشته باشد برای بیمار و خانواده وی و در مورد پیش آگهی

و درمان بیماری برگزار کنید گفتگو با یک درمانگر گوارش ممکن است مفید باشد .

۵. با حفظ آرامش و رفتار حرفه ای راحتی بیمار را بیشتر کنید.

۶. به شکلی که بیمار قادر به فهم مطالب باشد تمام تست ها و روشها را برای وی توضیح دهید و در صورت نیاز تکرار کنید.

- حمایت از تصویر بدنی مثبت:

۱. بیمار را به ابراز احساسات و نگرانی های خود تشویق کنید.

۲. به منظور تقویت سازگاری با تغییرات سبک زندگی که مرتبط با مراقبت از استوما است محیطی حمایتی فراهم کنید.

- تامین مراقبت پس از عمل:

۱. کنترل درد.

۲. کنترل بیمار از نظر عوارض (آناستوموز، پرولاپس، استوما، پرفوراسیون، تراکم مدفوع، تحریک پوست، عوارض تنفسی توام با جراحی شکمی).

۳. بررسی و کنترل شکم بیمار از نظر برگشت حرکات دودی روده و خصوصیات اولیه مدفوع.

۴. بیمارانی که کولوستومی شده اند در روز اول پس از عمل از رختخواب خارج شده و به مشارکت در مراقبت از کولوستومی تشویق شوند.

- حفظ بهترین وضعیت تغذیه ای:

۱. رژیم غذایی باید طوری تنظیم شود که موجب اسهال و یبوست نشود و برگشت به رژیم غذایی نرمال سریع صورت گیرد.

۲. بیمارانی که کولوستومی باید از خوردن غذاهایی که موجب بوی زیاد و دفع گاز می شوند اجتناب کنند (خانواده کلم، تخم مرغ، ماهی، حبوبات و محصولات پسرلولز).

۳. مصرف حداقل دو لیتر مایعات در روز.

۴. یک رژیم پرپروتئین و پرکربوهیدرات و با میزان اندک بقیه فرآورده ها تهیه نمایید.

۵. دیفنوکسیلات همراه با آتروپین برای کنترل اسهال ممکن است تجویز شود.

۶. برای رفع یبوست آب سیب یا یک ملین خفیف موثر است.

- تامین مراقبت از زخم:

۱. پانسمان شکم را از نظر خونریزی در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی بررسی کنید.
۲. به بیمار کمک کنید تا در هنگام سرفه و تنفس عمیق برای کاهش فشار بر لبه های برش شکمی شکم را ثابت نگه دارد.
۳. درجه حرارت، نبض و تنفس را از نظر افزایش کنترل کنید زیرا ممکن است نشان دهنده یک فرآیند عفونی باشد.
۴. اگر بیمار کولوستومی شده است استوما باید از نظر تورم (ادم جزئی ناشی از دستکاری جراحی طبیعی است)، رنگ (رنگ استوما صورتی یا قرمز است)، خونریزی (یک علامت غیرطبیعی) کنترل شود.

- آموزش به بیمار:

۱. نیاز و تمایل بیمار به کسب اطلاعات را بررسی نموده و اطلاعاتی به بیمار و خانواده وی بدهید.
۲. هنگام ترخیص اطلاعات مربوط به نیازهای بیمار را در اختیار وی قرار دهید.
۳. در صورتی که بیمار استومی داشته باشد آگاهی هایی در مورد مراقبت از استومی و عوارضی که باید مدنظر باشند مثل انسداد، عفونت، تنگی استومی، رتراکسیون یا پرولاپس یا تحریک پوست اطراف استومی به بیمار بدهید.
۴. به منظور کمک به بیمار در تشخیص و حذف غذاهایی که می توانند باعث اسهال یا یبوست شوند آموزش هایی درباره رژیم غذایی ارائه دهید.
۵. مجموعه ای از داروهای نسخه شده را همراه با اطلاعاتی در مورد اثر، هدف و احتمال عوارض جانبی آنها به بیمار ارائه دهید.
۶. نحوه استفاده از درمان ها و پانسمان ها را نشان داده و مرور کنید و خانواده بیمار را جهت مشارکت با آن تشویق کنید.
۷. آگاهی های لازم در مورد زمان های خاصی که بیمار باید با پزشک تماس بگیرد و عوارضی که نیاز به توجه ویژه دارند (مثل خونریزی نفخ شکمی رژیذیتی اسهال سندرم دامپینگ) را به بیمار بدهید.
۸. در صورت لزوم عوارض جانبی رادیوتراپی (بی اشتهایی، استفراغ، اسهال و خستگی) را به او بگویید.
۹. بیمار را در صورت نیاز به مراجع بهزیستی ارجاع دهید.

بیان مشکل	Problem Definition
درد و هایپرترمی ناشی از تشکیل آبسه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- در مددجو بر اساس شواهد زیر آبسه تشکیل نخواهد شد:	

۱. درجه حرارت ثابت و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ۲. عدم افزایش درد شکمی یا حساسیت. ۳. عدم افزایش بیشتر شمارش گلبول های سفید.	توصیه های پرستاری
Nursing Recommendations ۱. نشانه ها و علائم تشکیل آبسه را بررسی و گزارش کنید: - افزایش بیشتر درجه حرارت بالای ۳۸ درجه - افزایش درد شکمی و حساسیت موضعی - وجود توده قابل لمس در شکم - شمارش گلبول های سفید (بیش از ۱۵۰۰۰ باید گزارش شود) - اقدامات زیر را برای کاهش خطر سوراخ شدگی و تشکیل آبسه انجام دهید: - اعمال زیر را برای جلوگیری از افزایش بیشتر فشار درون شکم انجام دهید : ۱- در صورت دستور تغذیه دهانی را منع کنید. ۲- طبق دستور لوله معده بگذارید و ساکشن نمایید. ۳- انما تجویز نکنید. ۴- از تجویز داروهای ضد یبوست اجتناب کنید. ۵- از اعمال حرارت روی شکم خودداری کنید. - اگر علائم و نشانه های تشکیل آبسه ایجاد شد: ۱. در صورتی که برنامه ریزی شده است، مددجو را برای مطالعات تشخیصی مهیا کنید (توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی). ۲. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید. ۳. مددجو را برای جراحی یا درناژ زیر پوستی آبسه آماده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش وزن بدنبال اختلالات بلع (دیسفاژی).	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. کفایت مایعات و غذای مصرفی از نظر کمی و کیفی. ۲. بدست آوردن وزن مطلوب. ۳. عدم کاهش وزن.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- مراقبت های تغذیه از راه دهان را در افرادی که دچار اختلال در بلع (دیسفاژی) می باشند انجام دهید. ۲- بررسی اختلال بلع بر اساس نشانه های دیسفاژی و مداخلات بلع. ۳- به فاکتورهای مهم قبل از تغییر روند روش های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی توجه کنید. ۴- حمایت تغذیه ای از راه دهان. ۵- نشانه های واضح دیسفاژی عبارتند از: - اشکال یا درد در هنگام بلع یا جویدن. - برگشت مواد غذایی هضم نشده. - اشکال در کنترل غذا یا مایعات در داخل دهان. - تجمع بزاق در دهان. - خشونت صدا. - سرفه یا حالت خفگی قبل، حین و پس از بلع. - برگشت مواد به بینی. - احساس انسداد. ۶- نشانه های غیر واضح دیسفاژی عبارتند از: - تغییر در الگوی تنفس. - افزایش درجه حرارت بدون توجیه. - سوزش سردل.	

- تغییر در عادات خوردن برای مثال آهسته خوردن. - پاک کردن مکرر گلو. - عفونت های اخیر سینه. ۷. فاکتور هایی که قبل از تغییر روند روش های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی بایستی مورد توجه قرار داد عبارتند از: - عفونت های اخیر سینه. - تحرک. - وابستگی به افراد جهت خوردن. - دریافت خوشمزگی و ظاهر غذا یا آشامیدنی. - سطح هوشیاری. - سازگاری فیزیولوژیکی. - بهداشت ضعیف دهان. - وضعیت پزشکی. - نیازهای متابولیسمی و تغذیه ای. - آسیب پذیری. توجه : در افرادی که دچار دیسفاژی می باشند بایستی داروها از نظر ترکیبات، نحوه و زمان مصرف و عدم تداخل با رژیم غذایی و فرایند بلع بررسی شوند. ۸. شاخصهایی برای حمایت تغذیه ای از راه دهان : - جذب کلی غذا از مسیر دهان شامل ترکیبات ذیل می باشد: - پروتئین- انرژی - فیبر-الکترو لیت ها - ویتامین ها - مواد معدنی - توجه به دریافت ریز مغذی ها و مکمل های غذایی ۹. زمان قطع تغذیه دهانی : - حمایت تغذیه از راه دهان زمانی که بیمار قادر به مصرف مواد غذایی از راه دهان می باشد و این مسئله تثبیت شده باشد، متوقف می شود.	
---	--

۱۰. توصیه های مهم :

- دیسفاژی و اختلال در بلع با یا بدون آسپیراسیون نیاز به مداخلات بلع و تغییر در غلظت غذا دارد.
- مداخلات سریع شامل درگیر کردن خانواده جهت:
- حضور یا کمک در هنگام دادن وعده های غذایی.
- جایگزین کردن مواد غذایی.
- ارزیابی غذاها.
- مشخص کردن مواد غذایی مورد علاقه بیمار.
- استفاده از غذاهای پرکالری.
- انجام ورزش (مصرف مواد غذایی را افزایش می دهد).
- استفاده از مکمل های غذایی (مصرف غذا را افزایش می دهند و موجب افزایش وزن می گردند).
- مکمل های غذایی باید در بین وعده های غذایی داده شود (جایگزین کالری مصرفی در وعده های غذایی نمی باشد).

بیان مشکل	Problem Definition
التهاب صفاق مربوط به آزاد شدن محتویات روده به درون حفره.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• بر اساس شواهد زیر در مددجو پریتونیت ایجاد نخواهد شد: - الف) درجه حرارت پایدار و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ب) شکم نرم و غیر متورم. ج) عدم افزایش درد شکم و حساسیت، تهوع و استفراغ. د) صداهای طبیعی روده . ه) علائم حیاتی ثابت. و) عدم افزایش بیشتر در شمارش گلبول سفید خون.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه های التهاب صفاق را بررسی و گزارش نمائید شامل: - افزایش بیشتر درجه حرارت یا درجه حرارت بالای ۳۸ درجه.	

- اتساع و سفت شدن شکم.
- افزایش شدت درد شکمی.
- حساس شدن منطقه فشار داده شده.
- افزایش تهوع و استفراغ.
- کاهش یا فقدان صداهای روده ای.
- تاکی کاردی.
- افزایش تاکی پنه تعداد تنفس.
- کاهش فشار خون.
- افزایش در میزان WBC.
- در صورتی که علائم و نشانه های التهاب صفاق به وجود آمد :

۱. تغذیه دهانی را طبق دستور منع کنید.
۲. به منظور کمک به جمع کردن و متمرکز کردن محتویات گوارشی در حفره لگن خاصره تا اینکه در زیر دیافراگم جمع شوند، مددجو را در تخت در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.
۳. در صورتی که طرح ریزی شده است، مددجو را برای آزمون های تشخیصی آماده کنید (رادیوگرافی شکمی، توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی).
۴. لوله بینی- معده ای یا روده ای را طبق دستور وارد کنید و ساکشن را ادامه دهید.
۵. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید.
۶. در صورت دستور پزشک به منظور جلوگیری یا درمان شوک، مایعات داخل وریدی و یا افزایش دهنده های حجم خون، تجویز کنید.
۷. در صورتی که برنامه ریزی شده باشد، مددجو را برای جراحی آماده کنید (آپاندکتومی یا درناژ و شستشوی صفاق).

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در ارتباط با فرایند التهاب روده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
داشتن اجابت مزاج طبیعی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در مرحله حاد جهت کاهش فعالیت و التهاب روده بهتر است بیمار را NPO نگه دارید. ۲. بیمار را تشویق کنید که سیگار نکشد (نیکوتین موجب تحریک GI می شود). ۳. از مصرف غذاهایی که به سختی جذب می شوند اجتناب کنید. ۴. از مصرف غذاهای خیلی سرد یا گرم برای بیمار اجتناب کنید. ۵. در حضور هایپرکالمی اقدامات لازم برای کنترل سطح پتاسیم را به کار بندید. ۶. در صورت تغذیه از راه NGT جهت تحمل بیمار ابتدا مقدار غذا را از نصف شروع کرده و سپس بتدریج به مقدار تجویز اضافه نمایید. ۷. طبق دستور پزشک از داروهای ضد اسهال استفاده کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد مزمن در ارتباط با التهاب روده ای.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش یا عدم احساس درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - اقدامات غیر دارویی زیر را برای رهایی از درد به انجام برسانید: ماساژ، تغییر پوزیشن، روش های آرام سازی، هدایت تصورات ذهنی. ۲ - عواملی را که سبب تشدید یا بهبود درد می شوند مورد بررسی قرار دهید. ۳ - اثرات درمانی و عوارض جانبی داروهای مسکن را روی بیمار مورد بررسی قرار دهید. ۴ - مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار بدهید. ۵ - استفاده از یک کیسه آب گرم بر روی شکم می تواند تا حدودی از درد بکاهد.	
بیان مشکل	Problem Definition
عدم تعادل تغذیه ای کمتر از نیاز بدن.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
حفظ تغذیه مطلوب.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - قبل از شروع تغذیه مراقبت های لازم از دهان بیمار را به عمل آورید.	
۲ - مواد غذایی را به مقدار کم و به دفعات زیاد به بیمار دهید.	
۳ - محیط بیمار را تمیز و آرام نموده و تحریکات زیان آور محیطی را حذف کنید.	
۴ - به بیمار آموزش دهید از مصرف مایعات و غذاهایی که تولید گاز می کنند اجتناب کند.	
۵ - با مشورت متخصص تغذیه به بیمار اجازه دهید از غذاهای مورد علاقه خود استفاده کند.	
۶ - از غذاهای پر کالری پر ویتامین و پر پروتئین استفاده کند.	
۷ - جهت به حداقل رساندن خستگی بعد از خوردن غذا بیمار را تشویق به استراحت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود حجم مایعات و الکترولیت ها.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
برقراری و تعادل مایعات و الکترولیت ها.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - اسمولالیت سرم، میزان الکترولیت ها را کنترل کرده و موارد غیر طبیعی را گزارش دهید.	
۲ - تهوع و استفراغ بیمار را کنترل کنید.	
۳ - روزانه حداقل ۲۵۰۰ مایعات به بیمار بدهید (مگر در موارد منع مصرف).	
۴ - در صورت PO بودن بیمار وی را تشویق به مصرف سدیم و پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع).	
۵ - در صورت تداوم یا بدتر شدن علائم هایپوولمی با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
انجام فعالیتهای روزمره بدون احساس خستگی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار را تشویق به انجام فعالیت همراه با دوره های استراحت کنید.	
۲. در صورت نیاز به بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود کمک کنید.	
۳. اقداماتی را که موجب افزایش میزان خواب بیمار می شود به انجام رسانید.	
۴. وضعیت تغذیه بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	
۵. در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار، فعالیت را به تدریج زیاد کنید.	
۶. اقداماتی در جهت اکسیژناسیون بیمار انجام دهید (ترک سیگار، استفاده از اکسیژن).	

۷. در صورت پیشرفت عدم فعالیت با پزشک مشورت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
وجود اضطراب در بیمار.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
عدم وجود اضطراب.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱ - در مورد هدف کلیه روش های درمانی و تشخیص توضیح دهید.	
۲ - بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند.	
۳ - هنگام برقراری ارتباط با بیمار از یک روش مطمئن همراه با رازداری استفاده کنید.	
۴ - بیمار را تشویق به بیان ترس ها و اضطراب های خود کرده، بازخورد مناسب به او بدهید.	
۵ - در صورت نیاز روش آرام سازی را به بیمار آموزش دهید.	
۶ - به افراد نزدیک بیمار آموزش های لازم جهت حمایت از بیمار را بدهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در سازگاری.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
بهبود معیارهای سازگاری.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. در صورت امکان با دستکاری محیط استرس بیمار را کاهش دهید.	
۲. با ایجاد یک رابطه مثبت با بیمار و خانواده اش، آنها را در برنامه مراقبتی و تصمیم گیری سهیم کنید.	
۳. افراد، وسایل و موقعیت های تنش زا را تا جای ممکن از فرد دور کنید.	
۴. به بیمار اجازه دهید تا جای ممکن احساسات خود را بیان کند.	
۵. به خانواده بیمار آموزش دهید جلوی فرایند غم و اندوه را نگیرند.	
۶. ترسهای بیمار را مورد بررسی قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در تمامیت پوست.	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
داشتن پوست سالم و عاری از آسیب و شکنندگی.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری

۱- پوست بیمار مخصوصا پوست ناحیه پرینه باید مکررا معاینه شود.
۲- مراقبت از پرینه شامل استفاده از محافظ های پوست است که پس از هر بار حرکات روده ای مورد بررسی قرار می گیرد.
۳- مناطق قرمز تحریک شده در بالای برجستگی های استخوانی باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد.
۴- وسایل کاهنده فشار برای اجتناب از شکنندگی پوست مورد استفاده قرار گیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
کمبود آگاهی در ارتباط با فرایند بیماری و درمان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار آگاهی لازم در مورد بیماری و اقدامات درمانی مربوطه را بداند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- اطلاعات کافی در حد درک بیمار را در مورد روتین بیمارستان به او بدهید.	
۲- اطلاعات کافی و مناسب را در مورد بیماری و فرایند آن به بیمار بدهید.	
۳- اطلاعات کافی را پیرامون روشهای درمانی و جراحی و نتایج حاصل از آن را در اختیار بیمار قرار دهید.	
۴- مراقبت های قبل از عمل را برای بیمار توضیح دهید.	
۵- آموزش های لازم در مورد مراقبت از خود در منزل را به بیمار بدهید.	
نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در بیماری کرون :	
۱- انجام فعالیت فیزیکی و نرمال به جز زمانی که علائم نیاز به استراحت کامل در بستر دارند.	
۲- داروها همان طور که تجویز شده اند مصرف شوند.	
۳- استفاده از یک پد گرمایی یا کیسه آب گرم بر روی شکم ممکن است به تخفیف درد و کرامپها کمک کند.	
۴- در بیماری ناشی از کرون برای تخفیف درد ناشی از فیشر رکتال می توان از لگن آب گرم استفاده کرد.	
۵- اجتناب از مصرف چربی در رژیم غذایی .	
۶- اجتناب از خوردن غذاهای ادویه دار، قهوه و الکل.	
نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در بیماری کولیت اولسراتیو:	
۱- ارزیابی کولون به وسیله کولونوسکوپی برای تشخیص تغییرات سرطانی.	
۲-اجتناب از مصرف آسپرین زیرا می تواند باعث خونریزی شود.	
۳-اجتناب از مصرف داروهای ضد اسهال زیرا می تواند باعث مگا کولون شود.	
۴-اجتناب از مصرف میوه های نارس و سبزیجات زیرا می تواند نشانه ها را بدتر کند.	
۵-اجتناب از مصرف غذاهای ادویه دار زیرا می تواند نشانه ها را بدتر کند.	

۶- انجام فعالیت فیزیکی و نرمال به جز زمانی که علائم نیاز به استراحت کامل در بستر دارند.

۷- داروها همان طور که تجویز شده اند مصرف شوند.

۸- استفاده از یک پد گرمایی یا کیسه آب گرم بر روی شکم ممکن است به تخفیف درد و کرامپها کمک کند.

۹- در بیماری ناشی از کرون برای تخفیف درد ناشی از فیشر رکتال می توان از لگن آب گرم استفاده کرد.

۱۰- اجتناب از مصرف چربی در رژیم غذایی .

۱۱- اجتناب از خوردن غذاهای ادویه دار، قهوه و الکل .

نکات قابل توجه در مداخلات پرستاری در صورت نیاز به عمل جراحی

اقدامات قبل از عمل:

۱- تجویز مایعات

۲- تجویز پروتئین

۳- تجویز آنتی بیوتیک

۴- توضیح استومی به بیمار و آمادگی برای پذیرش و مراقبت از آن.

اقدامات بعد از عمل:

۱- بررسی از لحاظ دهیدراتاسیون .

۲- اندازه استومی سه هفته بعد مشخص می شود.

۳- گذاشتن NGT.

۴- مصرف غذاهای مایع ، کم باقیمانده و سرشار از کربوهیدرات.

Problem Definition	بیان مشکل
	کاهش جذب مواد غذایی توسط روده بعلت بیماری سلیاک و عدم تحمل لاکتوز.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- برقراری رژیم غذایی مناسب. - عدم وجود کرامپ شکمی، تهوع، اسهال، استئاتوره، استئومالاسی.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- علائم بیماریهای سوء جذبی را بررسی کنید. شامل: اسهال بدبو و خاکستری رنگ و حجیم و چرب، ضعف- کاهش وزن- آویتامینوز (K،E،D،A)- خونریزی به دلیل کاهش ویتامین K و کاهش پروترومبین- کم خونی(کاهش اسیدفولیک)- هیپوکلسمی که منجر به تحریک پذیری عصبی-عضلانی می شود.

۲. در صورت تشخیص سلیاک ،عدم مصرف غذاهای حاوی گلوتن، گندم، جو، بستنی ها را توصیه کنید.
۳. در صورت عدم تحمل لاکتوز ،عدم مصرف غذاهای حاوی لاکتوز مثل شیر، بستنی (مصرف پنیر و ماست مانعی ندارد) را توصیه کنید.
۴. بیمار را به مصرف ویتامین و اسید فولیک تجویز شده تشویق کنید.
۵. در صورت هیپوکلسمی دادن کلسیم تجویز شده.
۶. در صورت خونریزی تجویز ویتامین k.

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب. ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس .	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد: الف) بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ب) فقدان استفراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. ۲. اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. ۳. اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. ۴. مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید. ۵. مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع نفس عمیق و آهسته بکشد. ۶. مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود). ۷. بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید. ۸. در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید. ۹. در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید.	

- اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید:

۱. با پزشک مشورت نمایید.

۲. مددجو را برای قرار دادن لوله بینی- معده ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

- توجهات در لوله گذاری بینی معدي :

۱- بعد از قرار دان NGT باید آن را ثابت کنید.

۲- پس از آسیب‌رسانی کردن ترشحات معده از PH سنج استفاده نمایید.

۳- عکسبرداری از ناحیه شکم در صورت قرار دادن لوله در ناحیه پس از بیلور برای اطمینان از قرار گیری صحیح لوله.

- کنترل لوله ها، سیستم های ارائه مواد غذایی، استفاده از پمپ های تغذیه ، خطرات و مشکلات شایع و نحوه کنترل آنها.

- نحوه تهیه تجهیزات و ترکیبات غذایی از موسسه های مورد نظر.

بیان مشکل	Problem Definition
خون ریزی معده ای روده ای فوقانی و زخم پپتیک.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
قطع خونریزی و پیشگیری از عوارض خونریزی.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- بررسی دقیق بیماران و طبقه بندی بیماران به دو گروه پرخطر و کم خطر . - افراد پر خطر: - افزایش سن (میزان مرگ و میر در بیماران زیر ۴۰ سال بسیار نادر است در حالیکه احتمال مرگ و میر در بیماران بالای ۹۰ سال ، ۳۰ درصد است). - بیماریهای عفونی (این بیماری سبب افزایش خون ریزی شده و نمونه ها در بیمارانی دیده می شود که دارای بیماریهای عفونی مهمی هستند). - بیمارانی که به بیماری کبدی مبتلا هستند (باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند). - بیماران مبتلا به سرطان .	

- شوک (ضربان بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه و فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر جیوه).

- استفاده از امتیازدهی Rockall جهت تشخیص بیماران در معرض خطر بر اساس سن، وجود شوک و

نوع تشخیص

- تعیین میزان دقیق خون ریزی و باز گرداندن فشار خون به حالت عادی

- دسترسی وریدی

- آزمایشات عمومی خون

- تعیین شدت خون ریزی

جهت تعیین شدت خونریزی به موارد زیر توجه نمایند :

خون ریزی کم یا متوسط:

در این خون ریزی: ضربان و فشار خون طبیعی است. - غلظت هموگلوبین بیش از ۱۰۰ گرم در لیتر است. -

بیماران مبتلا به بیماریهای خفیف هستند. - سن اکثریت آنها کمتر از ۶۰ سال است.

- مداخلات در مورد بیمارانی که خونریزی کم یا متوسط دارند:

- این بیماران در بخش عمومی بستری می شوند.

- اگر شرایط و وضعیت آنها طبیعی بود، می توانند مایعات مصرف کنند.

- ضربان و فشار خون هر ساعت اندازه گیری می شود.

- حجم ادرار نیز باید روزانه اندازه گیری شود.

- خون ریزی شدید:

این بیماران اغلب: - سن بیش از ۶۰ سال دارند. - ضربان قلب آنها بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است. - فشار

خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه است. - غلظت هموگلوبین کمتر از ۱۰۰ گرم در لیتر است. - بیشتر

این افراد دارای بیماریهای عمومی مهمی هستند.

- مداخلات در مورد بیمارانی که خونریزی شدید دارند:

- گذاردن سوند ادراری و اندازه گیری روزانه ادرار.

- کنترل مداوم ضربان و فشار خون با استفاده از دستگاههای پایش اتوماتیک به طور ثابت.

- اندازه گیری فشار خون ورید مرکزی در بیمارانی که دچار بیماریهای قلبی مهم هستند.

- بیمارانی که مبتلا به بیماریهای حاد کبدی هستند، باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند.

-تغذیه بیمار زمانی آغاز می شود که شرایط وی تثبیت شده و آندوسکوپی بیمار نیز این مطلب را تایید کند.

- مداخلات در دسترسی وریدی و جایگزینی جریان خون:

- برقراری جریان وریدی و آنژیوکت.
- تزریق سرم نمکی معمولی (برای افزایش ضربان قلب، فشار خون، فشار وریدی مرکزی و حجم مناسب ادرار).
- در بیشتر بیماران تزریق ۱ تا ۲ لیتر سرم کافی است.
- در صورت ادامه شوک (به دلیل از دست رفتن حداقل ۲۰ درصد از حجم خون) تزریق پلاسما.

- در صورتیکه درمان مناسب بوده باشد موارد زیر اتفاق می افتد :

- حجم ادراری بیش از ۳۰ میلی لیتر در ساعت.
- فشار ورید مرکزی ۵ تا ۱۰ سانتی متر آب .

- مواردی که نیاز به تزریق خون می باشد:

- خون ریزی شدید ناشی از هماتمز فعال و یا هماتمز با شوک.
- غلظت خون کمتر از ۱۰۰ گرم در لیتر باشد (بغیر از بیمارانی که از قبل سابقه آنمیک داشته اند در سایر بیماران با خون ریزی شدید این غلظت از خون نشاندهنده لزوم تزریق خون به آنهاست).
- توجه به علائم و نشانه های شوک هایپوولمیک مانند از دست دادن خون، تعداد و فشار نبض، تعداد تنفس، میزان فشار خون و برون ده ادراری
- جایگزینی مایعات ، کریستالوئید و خون

- آموزش به بیمار در مورد درمانهای احتمالی :

- انجام آندوسکوپی (نحوه و علت استفاده جهت هموستاز و اسکلوترابی توضیح داده شود).
- درمان توسط آندوسکوپی را می توان به روشهای تزریقی، حرارتی و یا گیره های مکانیکی انجام داد.
- در مورد تزریق به بیمار اطمینان دهید که :
- از سوزن یکبار مصرف تزریقی برای تزریق محلول آدرنالین ۱:۱۰۰۰۰ در سرم نمکی استفاده می شود.
- محلول در محل و اطراف خون ریزی تزریق می شود.
- این عمل سبب کاهش خون ریزی های اولیه در ۹۵ درصد بیماران می شود .

- ممکن است بین ۱۵ تا ۲۰ درصد خون ریزی مجدد روی دهد.

در مورد حرارت به بیمار اطمینان دهید که :

- درمان حرارتی جهت هموستازیس از طریق بکارگیری پروب حرارتی و یا انعقاد چند قطبی صورت می گیرد.

- درمان با لیزر طولانی مدت نیست.

- پروب حرارتی با گرمای ۲۰ تا ۳۰ ژول به شکل ممتد استفاده می شود تا انعقاد خون صورت گرفته و محل مورد نظر به شکل مناسبی سیاه رنگ شود.

- در مورد گیره های مکانیکی به بیمار توضیح دهید که :

- گیره های مکانیکی را می توان به نقاط خون ریزی متصل کرد. از این روش در درمانهای بالینی استفاده شده و نتایج خوبی را به همراه داشته است. این گیره ها بویژه برای خون ریزی های فعال و ریدی وسیع مناسب است .

در مورد درمان های دارویی به بیمار توضیح دهید :

سه نوع متفاوت از داروها برای درمان خون ریزیها مورد استفاده قرار گرفته اند (بویژه برای درمان اولسهای گوارشی):

۱ - داروهای ضد اسیدی:

استفاده از این داورها بر پایه این یافته است که لخته های خون در محیط اسیدی پایداری کمی خواهند داشت، به همین دلیل pH بیشتر از ۶ موجب تراکم پلاکتها و pH زیر ۶ موجب از بین رفتن لخته می شوند.

- امپرازول بعنوان مهارکننده پمپ پروتون که از ترشح اسید معده جلوگیری می کند، در درمان بیماران مبتلا به خون ریزی های اولسر موثر است.

- - تزریق وریدی سوماتواستاتین با دوز بالا سبب توقف اسید و کاهش جریان خون در نتیجه سبب افزایش انعقاد خون می شود.

توجهات کلی :

بیمارانی که دچار خون ریزیهای شدید معده ای - روده ای فوقانی هستند ، باید بدقت تحت مراقبت قرار گیرند،(از طریق آندوسکوپی) و ضربان قلب، فشار خون و حجم ادرار آنها به شکل مداوم اندازه گیری شود. تعیین حجم خون ریزی مجدد و یا خون ریزی مداوم ضروری است . می توان به بیمارانی که در طول ۴ تا ۶ ساعت بعد از آندوسکوپی (ویا بدون انجام آندوسکوپی) خون ریزی مشخص و ثابتی دارند اجازه داد تا مایعات مصرف کنند و رژیم غذایی سبکی داشته باشند. نخوردن غذا برای مدت طولانی در مورد این بیماران توصیه نشده است.

در مورد خون ریزی های مجدد و همواژی کنترل شده باید توجه داشت :

بیماری که دچار همواژی فعال معده ای – روده ای است و نمی توان از طریق آندوسکوپی خون ریزی را متوقف کرد باید تحت عمل جراحی اورژانس قرار گیرد.

پیگیری

بیمارانی که دچار خون ریزی اولسر هستند باید تحت درمان مناسب قرار گیرند. در موارد بسیاری این درمان شامل مداوای هلیکوباکتری می شود و مطالعات متعدد نشان داده است که در این شرایط احتمال خون ریزی مجدد بسیار نادر خواهد بود. (رتبه A) در بیمارانی که از داروهای غیر استروئیدی ، ضدالتهابی و یا آسپیرین استفاده می کنند، باید این داروها قطع و از داورى پمپ پروتون به شکل خوراکی استفاده کنند.

بیماران مبتلا به خون ریزی های اولسر معده باید ۶ هفته بعد از ترخیصی از بیمارستان تحت آندوسکوپی قرار گیرند تا بهبودی کامل اولسر و عدم خون ریزی مجدد آن تایید شود. درمان با استفاده از مهار کننده پمپ پروتون باید تا زمان حصول به این نتیجه ادامه یابد.

بیان مشکل	Problem Definition
درد حاد شکمی در ارتباط با انسداد، التهاب و تحریک صفاق.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو بر اساس شواهد زیر کاهش درد شکم را گزارش خواهد داد :	۱. بیان شفاهی کاهش درد. ۲. حالت صورت و بدن راحت باشد. ۳. علائم حیاتی ثابت یا تثبیت شده.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه های درد را بررسی کنید:	- بیان شفاهی درد، تظاهرات بدنی، عدم تمایل به حرکت، حفاظت یا مالش شکم، عدم استراحت، تعریق، رنگ پریدگی صورت، افزایش فشار خون، تاکی کاردی، - ادراک مددجو را از شدت درد با به کارگیری وسیله سنجش شدت درد بسنجید. - الگوی درد مددجو را بررسی کنید مانند موقعیت مکانی ، کیفیت، شروع ، مدت ، عوامل تسریع کننده، عوامل تشدید کننده و عوامل تسکین دهنده

- اقدامات زیر را به منظور کاهش درد انجام دهید:

۱. اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب درباره تجربه درد انجام دهید (به مددجو اطمینان دهید که نیاز او به تخفیف درد را فهمیده اید. روش هایی برای دستیابی به کنترل درد با مددجو طرح ریزی نمایید).
۲. اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب به منظور افزایش آرامش و متعاقباً افزایش آستانه و تحمل بیمار برای درد انجام دهید.
۳. به مددجو یاری رسانید تا موقعیت راحتی به خود بگیرد (به عنوان مثال به پهلو خوابیدن با زانوی خم شده).
۴. تجویز کیسه یخ روی شکم طبق دستور.
۵. تجویز ضد درد طبق دستور.
۶. در صورتی که اقدامات ذکر شده در تسکین مؤثر درد کافی نبود با پزشک مشورت کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : (الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب (ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد : ۱. بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ۲. فقدان استفراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. • اقدامات زیر را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید : ۱. اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. ۲. اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. ۳. مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید.	

۴. مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع، نفس عمیق و آهسته بکشد.

۵. مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود).

۶. بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید.

۷. در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید.

۸. در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید.

• اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید:

۱. با پزشک مشورت نمایید.

۲. مددجو را برای قرار دادن لوله بینی-معدۀ ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سرطان کولورکتال

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب و عدم آگاهی از جراحی و مراقبتهای مربوط به جراحی و تغییرات تصویر ذهنی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- اضطراب کمتری احساس می کند ، نگرانی های و ترس های خود را ابراز می دارد، از روش های مقابله ای برای ساماندهی تنیدگی استفاده می کند. - برش جراحی، استوما و زخم ناحیه پرینه را تمیز نگه می دارد - احساسات خود را در مورد تغییر شکل ظاهری بیان می دارد. - بدون بروز عوارض بهبود می یابد:	a. تب ندارد. b. فعالیت های روده ای طبیعی را به دست می آورد. c. خونریزی یا سوراخ شدن ایجاد نمی شود.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱ - آماده سازی بیمار برای جراحی: - تقویت توان جسمی بیمار در روزهای قبل از جراحی. - تمیزکردن و استریل کردن روده در روز قبل از جراحی. - رژیم غذایی مایع برای ۲۴-۴۸ ساعت قبل از عمل. - استفاده از آنتی بیوتیک در روز قبل از جراحی برای کاهش باکتری های روده ای. ۲ - تدارک حمایت روانی: - استفاده از روش های کاهش اضطراب مثل تمرینات تنفس عمیق. - آشناکردن بیمار یا فردی که به طور موفقیت آمیز این جراحی را پشت سر گذاشته است. - فرصت دادن به بیمار تا صحبت کند و پرسش های خود را مطرح سازد یا گریه کند. - ترتیب دادن ملاقات با یک فرد روحانی. ۳ - مراقبت از زخم جراحی: - کنترل مرتب خونریزی پانسمان شکمی در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی. - کنترل V/S. - در صورت وجود کولوستومی بررسی رنگ و وجود ترشح و خونریزی.	

- به بیمار توضیح داده شود تا برای کاهش درد در هنگام سرفه و تنفس عمیق روی خط بخیه را ثابت نگه دارد.

سایر مداخلات پرستاری :

- سطح الکترولیت های سرم را مرتباً اندازه گیری کنید (جهت تشخیص هیپوکالمی و هیپوناترمی ناشی از درناژ ترشحات معده).
- بررسی از نظر بروز عوارضی چون نشت از محل آناستوموز، پرولاپس استوما، تشکیل توده سخت مدفوع، تحریک پوستی
- بررسی شکم از نظر برگشت حرکات دودی و مدفوع و تغییر صداهای روده و افزایش دور شکم
- از مصرف غذاهایی که بو و گاز زیادی تولید می کنند اجتناب شود مانند کلم، تخم مرغ، ماهی و بادام زمینی.
- برای رفع یبوست آب آلو یا سیب یا مصرف یک ملین خفیف موثر خواهد بود و مصرف حداقل ۲ لیتر مایع در روز.
- به بیمار در زمینه شناسایی غذاهای ایجاد کننده اسهال مثل میوه ها، غذاهای پرفیبر کمک کنید.
- عملکرد کلتومی ۳ تا ۶ روز پس از جراحی شروع می شود. مراقبت از کلتومی را به بیمار آموزش دهید.
- مراقبت از پوست اطراف استوما مسئله مهمی است زیرا تحریک یا زخم پوستی می تواند به سرعت پیشرفت کند.
- به بیمار در زمینه تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت، تنفس عمیق، سرفه و راه افتادن زودتر جهت پیشگیری از عوارض تنفسی آموزش دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون را بررسی کرده و کاهش تورگور پوست، خشکی غشاهای مخاطی و ادرار غلیظ را گزارش کنید.
- بررسی علائم حیاتی و خونریزی از رکتوم.
- اندازه گیری مرتب هموگلوبین و هماتوکریت.
- مداخلات در خصوص کیسه کلتومی و شستشوی آن:
- ۳-۶ روز پس از جراحی کولوستومی کار خود را آغاز می کند. پرستار در این مدت باید از کولوستومی مراقبت کرده و بیمار را در این زمینه آموزش دهد تا بیمار بتواند خود عهده دار مراقبت شود.
- هدف از شستشوی کولوستومی تخلیه کولون از گاز، موکوس و مدفوع است تا بیمار بتواند بدون ترس از بیرون ریختن مدفوع به فعالیت های اجتماعی و شغلی خود بازگردد.
- مداخلات به هنگام ترخیص بیمار:
- ۱- آموزش در مورد نحوه مصرف داروها.
- ۲- درمان های خاص (شستشو، تمیز کردن زخم) و تعویض پانسمان مرور شوند.

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش وزن بدنبال اختلالات سوء جذبی، دیسفاژی، سالمندی، جراحی، ...	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱ - کفایت مایعات و غذای مصرفی از نظر کمی و کیفی. ۲. بدست آوردن وزن مطلوب . ۳. عدم کاهش وزن.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
- غربالگری از نظر سوء جذب و خطر سوء جذب: ۱- بررسی و توجه به: - کاهش وزن غیر طبیعی و گشاد شدن لباس، - پوست شکننده، - بهبودی ضعیف زخم، - عضلات سست، - کم اشتها، - تغییر در حس چشایی، - اختلال در بلع، - تغییر در عادات روده‌ای، - بیماری مزمن ۲- محاسبه توده بدنی فرد (BMI) بر اساس $BMI = \frac{\text{وزن}}{\text{قد}^2}$ (وزن به کیلوگرم می‌باشد تقسیم به قد که به متر می‌باشد به توان ۲) . ۳. شناسایی افرادی که دچار سوء جذب می‌باشند: - BMI کمتر از ۱۸/۵ کیلوگرم/متر^۲ - کاهش وزن بیش از ۱۰٪ طی ۳ تا ۶ ماه - BMI کمتر ۲۰ کیلوگرم/متر ۲ و کاهش وزن بیشتر از ۵٪ در طی ۳ الی ۶ ماه ۴- شناسایی کسانی که در خطر سوء جذب می‌باشند: - کم خوردن یا نخوردن به مدت بیش از ۵ روز و یا احتمال کم خوردن یا نخوردن در طی ۵ روز آینده. - ظرفیت جذب ضعیف و یا کاهش مواد مغذی بالا یا افزایش نیازهای تغذیه‌ای به دنبال مسائلی چون افزایش کاتابولیسم. - مشاوره با متخصص تغذیه و سایر تیم درمان و تصمیم‌گیری جهت شروع درمان براساس: ۱- نیاز به انرژی، پروتئین، مایعات، الکترولیت، موادمعدنی، ریزمغذی‌ها و غیره ۲- سطح فعالیت و وضعیت‌های بالینی بیمار (برای مثال کاتابولیسم، تب)	

۳- تحمل روده‌ای معده‌ای، خطر مشکلات تغذیه مجدد

۴- طول مدت حمایت تغذیه‌ای

الف - برای کسانی که شدیداً آسیب ندیده‌اند یا بیمار نیستند (سالمندان)، کسانی که در معرض خطر سندرم شروع تغذیه نمی‌باشند پیشنهاد می‌شود که مواد مصرفی حاوی موارد زیر باشد:

۱- کل انرژی ۲۵ تا ۳۵ کیلو کالری به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن روزانه (شامل پروتئین {سطح آن ممکن

است در کسانی که BMI بالای ۲۵ دارند کمتر باشد})

۲- میزان پروتئین ۱/۵ - ۰/۸ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه

۳- ۳۰-۳۵ میلی لیتر مایعات بر حسب هر کیلوگرم وزن بدن (باید ترشحات و داروهای وریدی نیز محاسبه

شود)

۴- کفایت الکترولیت‌ها، مواد معدنی، ریزمغذی‌ها و فیبر اگر برای بیمار مناسب است.

ب - در کسانی که نیازهای تغذیه‌ای جدی دارند حمایت تغذیه‌ای از طریق لوله معده یا تغذیه وریدی صورت می‌گیرد. این تغذیه باید نیازهای ۲۴-۴۸ ساعته فرد را مطابق با نیازهای متابولیکی و تحمل دستگاه گوارش برآورد نمایند. کلیه نیازهای مایعات، الکترولیت‌ها، ویتامین‌ها و مواد معدنی باید از این طریق به بیمار رسانده شود.

- در افرادی که به مدت ۵ روز کم غذا خورده‌اند یا اصلاً غذا نخورده‌اند باید در طی دو روز اول ۵۰٪ نیازهای تغذیه‌ای برطرف شود.

- معیارهای مربوط به تشخیص زود هنگام افراد در معرض خطر مشکلات شروع تغذیه:

بیمارانی که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارا می‌باشند:

- BMI کمتر از ۱۶ kg/m²

- کاهش وزن غیر عمدی به میزان بیش از ۱۵٪ طی ۳-۶ ماه اخیر

- مصرف کم یا عدم مصرف غذا به مدت ۱۰ روز

- سطح پایین پتاسیم، فسفات یا منیزیم قبل از شروع تغذیه

یا بیمارانی که ۲ مورد یا بیشتر از موارد زیر را دارا باشند:

- BMI کمتر از ۱۸/۵ kg/m²

- کاهش وزن غیر عمدی بیش از ۱۰٪ در ۳-۶ ماه

- خوردن کم یا عدم مصرف غذا بیش از ۵ روز

- تاریخچه اعتیاد به الکل یا داروهای چون انسولین، شیمی درمانی، آنتی اسیدها یا دیورتیک‌ها

- مداخلات در مورد این بیماران :

- ۱- شروع حمایت تغذیه‌ای حداکثر ۱۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه، سپس این مقدار اضافه شود تا طی ۴ الی ۷ روز نیازها برآورده شود.
 - ۲- در افرادی که در مرز قرار دارند مثلاً BMI ۱۴ دارند یا بیش از ۱۵ روز غذا مصرف نکرده‌اند باید با ۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شروع شود و باید مراقب ریتم قلبی و کلیه آریتمی‌های قلبی باشیم.
- برقراری حجم در گردش و کنترل تعادل مایعات بر حسب وضعیت بالینی
 - ۳- تجویز سریع قبل یا در طی ۱۰ روز اول تغذیه: تیامین خوراکی ۳۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم روزانه، ترکیبات ویتامین B، ۱ الی ۲ قرص سه بار در روز (یا تزریق وریدی) و دادن مکمل‌های معدنی و مولتی ویتامین یکبار در روز
 - ۴- تجویز مکمل‌های پتاسیم به شکل وریدی، روده‌ای یا خوراکی (۲-۴۰ میلی مول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه) فسفات (۰/۳-۰/۶ میلی مول به ازای هر کیلوگرم روزانه) و منیزیم (۰/۲ میلی مول/کیلوگرم/روزانه، ۰/۴ میلی مول/روزانه خوراکی) مگر آنکه پیش از شروع تغذیه میزان آنها در پلاسما بالا باشد
- مراقبت های تغذیه از راه دهان در افرادی که دچار اختلال در بلع می باشند:

جدول شاخص های اختلال بلع:

نشانه های واضح دیسفاژی: - اشکال یا درد در هنگام بلع یا جویدن، - برگشت مواد غذایی هضم نشده، - اشکال در کنترل غذا یا مایعات در داخل دهان، - تجمع بزاق در دهان، - خشونت صدا، - سرفه یا حالت خفگی قبل، حین و پس از بلع، - برگشت مواد به بینی،
- احساس انسداد

توجه به نشانه های غیر واضح دیسفاژی: مانند تغییر در الگوی تنفس،

- افزایش درجه حرارت بدون توجیه، سوزش سردل، تغییر در عادات خوردن - برای مثال آهسته خوردن، پاک کردن مکرر گلو، عفونت های اخیر سینه

فاکتور هایی که قبل از تغییر روند روش های تغذیه و هیدریشن در افراد مبتلا به دیسفاژی بایستی مورد توجه قرار داد:

- عفونت های اخیر سینه، - تحرک، - وابستگی به افراد جهت خوردن، - دریافت خوشمزه‌گی و ظاهر غذا یا آشامیدنی، - سطح هوشیاری، - سازگاری فیزیولوژیکی، - بهداشت ضعیف دهان، - وضعیت پزشکی،
- نیازهای متابولیسمی و تغذیه ای، - آسیب پذیری

توجه: در افرادی که دچار دیسفاژی می باشند بایستی داروها از نظر ترکیبات، نحوه و زمان مصرف و عدم تداخل با

رژیم غذایی و فرایند بلع بررسی شوند.

شاخص هایی برای حمایت تغذیه ای از راه دهان :

- جذب کلی غذا از مسیر دهان شامل ترکیبات ذیل می باشد: پروتئین، - انرژی، - فیبر، -الکترولیت ها، ویتامین ها، مواد معدنی، توجه به دریافت ریز مغذی ها و مکمل های غذایی

- زمان قطع تغذیه دهانی :

- حمایت تغذیه از راه دهان زمانی که بیمار قادر به مصرف مواد غذایی از راه دهان می باشد و این مسئله تثبیت شده باشد، متوقف می شود .

شروع تغذیه پس از جراحی :

- تغذیه بیمارانی که مشکل در بلع ندارند و تحت عمل سزارین یا ژنیکولوژی قرار می گیرند را ۲۴ ساعت پس از جراحی می توان شروع نمود.

- پس از عمل های جراحی شکمی در افرادی که به خوبی عمل بلع را انجام می دهند و نگرانی خاصی در مورد این عملکرد وجود ندارد می توان ۲۴ ساعت بعد از جراحی تغذیه را شروع نمود. بیماران باید از نظر صداهای روده، حالت تهوع و استفراغ کنترل شوند.

- برای افرادی که بیش از ۴ هفته نیاز به تغذیه از راه لوله دارند گاستروستومی پیشنهاد می گردد. این لوله های پگ PEG در صورتیکه با عارضه همراه نباشند ۴ ساعت پس از قرار دادن قابل استفاده می باشند.

- برای افرادی که از راه لوله معده تغذیه می شوند روش های مداوم یا bolus بایستی مورد توجه قرار گیرد همچنین تجویز داروهای خوراکی نیز باید از این طریق مد نظر باشد.

توجهات در لوله گذاری :

- بعد از قرار دان NGT باید آن را ثابت کرد.

- پس از آسپیره کردن ترشحات معده از PH سنج استفاده نمود.

- عکسبرداری از ناحیه شکم در صورت قرار دادن لوله در ناحیه پس از بیلور برای اطمینان از قرار گیری صحیح لوله

- کنترل لوله ها، سیستم های ارائه مواد غذایی، استفاده از پمپ های تغذیه، خطرات و مشکلات شایع و نحوه کنترل آنها.

- نحوه تهیه تجهیزات و ترکیبات غذایی از موسسه های مورد نظر.

شاخص های اصلی برای تغذیه پرنترال:

- تغذیه پرنترال در این افراد صورت می گیرد:
- اختلالات سوء تغذیه دارند.
- دریافت غیر ایمن یا ناکافی مواد غذایی از راه دهان یا روده دارند.
- وجود علائمی از بیماریهای گوارشی حاد یا پرفوراسیون دستگاه گوارش دارند.

توجهات در تغذیه پرنترال :

- تغذیه پرنترال و وعده های آن بایستی به طور دقیق کنترل شود.
- معمولاً بیش از ۵۰ درصد نیاز های غذایی باید طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول مرتفع شود.
- لازم است که مواد غذایی قبل از استفاده از نظر ریز مغذیها، الکترولیت ها، ویتامین ها و املاح بررسی گردند.
- در کسانی که تغذیه پرنترال کمتر از ۱۴ روز طول می کشد استفاده از یک رگ محیطی کافی است ولی باید PH و غلظت و ترکیبات موادی که از این رگ محیطی وارد می شوند دقیقاً کنترل شوند.
- تغذیه از طریق ورید ساب کلاوین در مواردیکه بیش از ۳۰ روز نیاز به تغذیه پرنترال وجود دارد توصیه می شود.
- در افرادی که به شدت بیمار می باشند و نیاز به تغذیه پرنترال دارند روش مداوم ارجحیت دارد.

راهنمای بالینی برای پرستاران و متخصص تغذیه:

دستور العمل های بالینی اساساً تحت ۳ فاکتور قرار دارند :

- (a) کاهش وزن غیر عمدی بیش از ۵ درصد طی ۳۰ روز یا ۱۰ درصد طی ۱۸۰ روز
- (b) از دست دادن ۲۵ درصد از مواد غذایی طی ۷ روز و یا ۲/۳ غذا بر اساس رژیم غذایی حاوی ۲۰۰۰ kcal
- (c) شاخص وزن بدن معادل یا کمتر از ۱۹

توصیه ها:

زمانیکه فردی دچار کاهش وزن می شود حتماً باید با متخصص مراقبت بهداشتی مشاوری صورت گیرد و بحث در مورد اهداف مربوط به درمان و کیفیت زندگی بایستی در این مرحله آغاز شود.

وضعیت های پزشکی:

وضعیت های پزشکی همراه با آنورکسی مانند کاهش دریافت غذا و افزایش نیازهای متابولیکی باید بررسی شوند. افزایش نیازهای متابولیکی ممکن است به دنبال تب، عفونت و زخم های شدید پوستی ایجاد شود. آنورکسی ممکن

است به همراه بیماریها ، دارو، دمانس یا اختلالات خلقی دیده شود. در رفتار و بیمار نیز با بی اشتهایی ارتباط دارد. کاهش مصرف مواد غذایی نیز ممکن است در نتیجه دیسفاژی ، مشکلات مربوط به جویدن ، تهوع ، استفراغ، اسهال ، دردیاد مدفوع سخت ایجاد شود. درمان این شرایط می تواند منجر به بهبود اشتها و وزن بدن شود.

هیدراسیون:

دریافت مایعات و وضعیت هیدریشن ممکن است بر وزن بدن اثر داشته باشد. ارزیابی وضعیت هیدریشن ممکن است کاهش وزن را ناشی از کم آبی نشان دهد.

کم آبی توسط علائم کلینیکی به تنهایی قابل ردیابی نیست و مستلزم استفاده از پارامترهای بیوشیمی می باشد. توصیه های عمومی جهت مصرف مایع روزانه توسط بزرگسالان ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی لیتر می باشد.

پارامتر های آزمایشگاهی:

ارزیابی پارامتر های بیوشیمیایی مربوط به سوء تغذیه در این زمینه بایستی مورد توجه قرار گیرند پارامتر های بیوشیمیایی شامل آلبومین سرم ، کلسترول ، هموگلوبین و ترانسفرین سرم می باشند. ممکن است این پارامتر ها در شرایطی که سوء تغذیه وجود ندارد نیز غیر طبیعی باشند اما این پارامترها بعنوان یک راهنمای مفید در مداخلات مربوط به سوء تغذیه عمل می کنند. اختلالات در پارامتر های آزمایشگاهی بایستی مرتفع شوند.

فاکتور های محیطی:

شرایط محیطی و غذایی که بر دریافت غذا تاثیر می گذارند در ارزیابی ها مهم به نظر می رسند. عدم مطلوبیت ناشی از محدودیت های شدید در زمینه رژیم های غذایی می تواند منجر به کاهش دریافت مواد غذایی گردد. ویژگی مواد غذایی، غلظت غذا ، دمای غذا و خوشمزهگی در این رابطه مهم است ، زمان صرف مواد غذایی و مصرف آن در محیط های اجتماعی می تواند میزان خوردن را افزایش دهد. برنامه غذایی موثر، تشخیص مشکلات مربوط به تغذیه و روش های تغذیه مناسب توسط پرستار در خانه می تواند منجر به افزایش وزن گردد. دیسفاژی و اختلال در بلع با یا بدون اسپیراسیون نیاز به مداخلات بلع و تغییر در غلظت غذا دارد.

مداخلات :

- مداخلات سریع شامل درگیر کردن خانواده جهت:
- حضور یا کمک در هنگام دادن وعده های غذایی
- جایگزین کردن مواد غذایی
- ارزیابی غذاها
- مشخص کردن مواد غذایی مورد علاقه بیمار

استفاده از غذاهای پرکالری	-
انجام ورزش (مصرف مواد غذایی را افزایش می دهد)	-
استفاده از مکمل های غذایی (مصرف غذا را افزایش می دهند و موجب افزایش وزن می گردند)	-
مکمل های غذایی باید در بین وعده های غذایی داده شود (جایگزین کالری مصرفی در وعده های غذایی نمی باشد)	-

بیان مشکل	Problem Definition
درد مربوط به تحریک مخاط معده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش یا عدم درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. آموزش در مورد علل گاستریت و غذاهای تشدید کننده بیماری.	
۲. آموزش در مورد عوامل تشدید کننده بیماری نظیر استرس یا خستگی.	
۳. آموزش در مورد عدم مصرف الکل.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغذیه تغییر یافته کمتر از احتیاجات بدن به علت کاهش اشتها و استفراغ و درد.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم کاهش وزن .	
۲. مصرف مواد غذایی مورد نیاز.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. کاهش درد و دادن داروی ضد درد تجویز شده.	
۲. دادن داروی ضد تهوع به بیمار.	
۳. ایجاد محیط آرام برای بیمار.	
۴. توصیه به مصرف مواد غذایی کم در دفعات زیاد.	
۵. مصرف غذاهای نرم، ملایم و بدون ادویه.	
۶. توصیه به بیمار در خصوص جویدن غذا به طور کامل.	

بیان مشکل	Problem Definition
	تهوع و استفراغ ناشی از التهاب مخاطه معده.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم کاهش وزن ۲. مصرف مواد غذایی مورد نیاز	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بیمار در هنگام تهوع و استفراغ نباید چیزی مصرف کند. ۲. اگر این حالت بیش از ۱۲-۱۸ ساعت طول بکشد ممکن است موجب اختلالات آب و الکترولیت گردد. ۳. مصرف چای، آبگوشت و مایعات در فواصل مکرر و بتدریج بر حسب تحمل بیمار. ۴. تغذیه با شیرینی، ژلاتین و سوپ معمولاً بعد از ۱۲-۱۴ ساعت به خوبی تحمل می شود. آموزشهای لازم به بیمار گاستریتی : داشتن عادات تغذیه ای مناسب نگه داشتن وزن در حالت سالم و طبیعی ورزش کردن به اندازه کافی کنترل کردن استرس و فشارهای روانی روزانه.	

بیان مشکل	Problem Definition
	اختلال در تعادل مایعات و الکترولیت ها، کمبود حجم مایع، کاهش پتاسیم، کاهش کلر، آکالوز متابولیک در ارتباط با کاهش دریافت از طریق خوراکی (معمولاً به خاطر NPO) و از دست دادن بیش از حد آب و الکترولیتها همراه با استفراغ و تخلیه لوله بینی – معده ای.
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
تعادل مایعات و الکترولیتها در مددجو بر اساس شواهد زیر باید حفظ گردد: تورگور پوستی طبیعی، غشا مخاطی مرطوب، وزن پایدار، فشار خون و نبض در محدوده طبیعی بوده و با تغییر وضعیت پایدار باشد، زمان پر شدن مجدد مویرگی کمتر از ۳ ثانیه، وضعیت روانی معمولی، تعادل جذب و دفع، وزن مخصوص ادرار در حد طبیعی، شکم نرم بدون نفخ به همراه صداهای روده ای طبیعی، فقدان اختلال در ریتم قلبی، ضعف عضلانی، پaresthesia، لرزش، اسپاسم ها و سرگیجه، ۱۱. BUN، Hct، الکترولیت سرم و گاز خون در حد طبیعی باشد.	

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. علائم کمبود حجم مایع را بررسی کنید: - کاهش تورگور پوستی، غشا مخاطی خشک، تشنگی، - از دست دادن ناگهانی وزن به میزان ۲ درصد یا بیشتر، - افت وضعیتی فشار خون و یا کاهش فشار خون، - تنفس سریع و ضعیف، - زمان پر شدن مجدد مویرگی بیش از ۳ ثانیه، - مسطح شدن عروق گردنی در زمان خوابیدن به پشت، - تغییر در وضعیت روانی، - کاهش خروجی ادرار همراه با افزایش وزن مخصوص آن، - افزایش BUN و Hct - ۲. علائم کاهش پتاسیم خون مانند اختلال در ریتم قلبی، افت وضعیتی فشار خون، ضعف عضلانی، تهوع و استفراغ، نفخ شکم، کاهش یا فقدان صداهای روده ای و - کاهش پتاسیم سرم را بررسی کنید. - ۳. علائم کاهش کلر در خون و آلکالوز متابولیک مانند سرگیجه، - تحریک پذیری، پاراستزی، لرزش عضلانی یا اسپاسم، تهویه ناکافی، کاهش کلرید سرم و بالا رفتن PH و PCO2 را بررسی کنید: ۴. به منظور پیشگیری یا درمان عدم تعادل آب و الکترولیت اقدامات زیر را انجام دهید : - اقدامات مربوط به کاهش تهوع و استفراغ را انجام دهید. - در صورت وجود لوله بینی - معده ای و نیاز به شستشوی مکرر و یا همراه با حجم های زیاد محلول، بهتر است از نرمال سالین به جای آب استفاده شود. - بر طبق دستور درمان داخل وریدی را ادامه دهید. - در صورت دستور جایگزین های الکترولیتی را تجویز کنید. ۵. در صورتی که علائم و نشانه های عدم تعادل آب و الکترولیت ادامه یافت یا بدتر شد با پزشک مشورت کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	درد شکمی در ارتباط با انسداد، التهاب و تحریک صفاق.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	مددجو بر اساس شواهد زیر کاهش درد شکم را گزارش خواهد داد : ۱. بیان شفاهی کاهش درد. ۲. حالت صورت و بدن راحت باشد. ۳. علائم حیاتی ثابت.

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. علائم و نشانه های درد مانند بیان شفاهی درد، تظاهرات بدنی، عدم تمایل به حرکت، حفاظت یا مالش شکم، عدم استراحت، تعریق، رنگ پریدگی صورت، افزایش فشار خون، تاکی کاردی را بررسی کنید. ۲. ادراک مددجو را از شدت درد با به کارگیری وسیله سنجش شدت درد بسنجید. ۳. الگوی درد مددجو مانند موقعیت مکانی، کیفیت، شروع، مدت، عوامل تسریع کننده، عوامل تشدید کننده و عوامل تسکین دهنده را بررسی کنید. ۴. اقدامات زیر را به منظور کاهش درد انجام دهید: - اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب درباره تجربه درد انجام دهید (به مددجو اطمینان دهید که نیاز او به تخفیف درد را فهمیده اید. روش هایی برای دستیابی به کنترل درد با مددجو طرح ریزی نمایید). - اعمالی را برای کاهش ترس و اضطراب به منظور افزایش آرامش و متعاقباً افزایش آستانه و تحمل بیمار برای درد انجام دهید. - به مددجو یاری رسانید تا موقعیت راحتی به خود بگیرد (به عنوان مثال به پهلو خوابیدن با زانوی خم شده). - تجویز کیسه یخ روی شکم طبق دستور. - تجویز ضد درد طبق دستور. • در صورتی که اقدامات ذکر شده در تسکین مؤثر درد کافی نبود با پزشک مشورت کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	تهوع در ارتباط با تحریک مرکز استفراغ به دلیل : الف) تحریک راه های آوران احشایی ناشی از التهاب. ب) تحریک کورتکس مغزی ناشی از درد و استرس.
Expected Outcomes	برآوردهای مورد انتظار
	مددجو تسکین تهوع و استفراغ را بر اساس شواهد زیر نشان خواهد داد : ۱. بیان شفاهی از بین رفتن تهوع. ۲. فقدان استفراغ.

Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱. مددجو را از نظر تهوع و استفراغ بررسی کنید. ۲. اقدامات زیر را برای کاهش تهوع و استفراغ انجام دهید : - اعمالی را برای کاهش درد شکمی انجام دهید. - اقداماتی را به منظور کاهش ترس و اضطراب انجام دهید. - مناظر و بوهای مضر و ناخوشایند را از محیط حذف کنید. - مددجو را تشویق کنید تا هنگام تهوع نفس عمیق و آهسته بکشد. - مددجو را تشویق کنید تا به آرامی تغییر وضعیت دهد (حرکات سریع می تواند باعث تحریک استفراغ شود). - بعد از هر بار استفراغ بهداشت دهانی را فراهم آورید. - در صورت لزوم تغذیه دهانی را محدود کنید. - در صورت تجویز پزشک ضد استفراغ تجویز نمایید. • اگر اقدامات بالا به منظور کنترل کردن تهوع و استفراغ موفق نبود موارد زیر را در نظر بگیرید: - با پزشک مشورت نمایید. - مددجو را برای قرار دادن لوله بینی- معده ای و برقراری ساکشن آن آماده کنید.

Problem Definition	بیان مشکل
	هیپرترمی به علت تحریک مرکز تنظیم کننده دما در هیپوتالاموس به وسیله تب زاهای درون زا .
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	هیپرترمی مددجو بر اساس شواهد زیر کنترل خواهد شد: ۱. درجه حرارت و رنگ معمولی پوست. ۲. میزان نبض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه. ۳. تعداد تنفس ۲۰-۱۲ در دقیقه.

۴. درجه حرارت به سمت طبیعی برگردد .	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. علائم و نشانه هیپرترمی مانند پوست گرم و سرخ شده، تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش درجه حرارت. را بررسی کنید: ۲. در صورت تشخیص پزشک به منظور کمک به کاهش تب داروهای ضد تب و داروهای ضد میکروبی به منظور از بین بردن فرآیند عفونی به بیمار بدهید. ۳. در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند با پزشک مشورت کنید.	

Problem Definition	بیان مشکل
	تشکیل آبسه
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
در مددجو بر اساس شواهد زیر آبسه تشکیل نخواهد شد: - درجه حرارت ثابت و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. - عدم افزایش درد شکمی یا حساسیت. - عدم افزایش بیشتر شمارش گلبول های سفید.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. نشانه ها و علائم تشکیل آبسه را بررسی کنید: - افزایش بیشتر درجه حرارت بالای ۳۸ درجه. - افزایش درد شکمی و حساسیت موضعی. - وجود توده قابل لمس در شکم. - شمارش گلبول های سفید (بیش از ۱۵۰۰۰ باید گزارش شود). اقدامات زیر را برای کاهش خطر سوراخ شدگی و تشکیل آبسه انجام دهید: - اعمال زیر را برای جلوگیری از افزایش بیشتر فشار درون شکم انجام دهید : ۱ - در صورت دستور تغذیه دهانی را منع کنید. ۲ - طبق دستور لوله معده بگذارید و ساکشن نمایید.	

۳ - انما تجویز نکنید. ۴ - از تجویز داروهای ضد یبوست اجتناب کنید. ۵ - از اعمال حرارت روی شکم خودداری کنید. - اگر علائم و نشانه های تشکیل آبسه ایجاد شد: ۱. در صورتی که برنامه ریزی شده است، مددجو را برای مطالعات تشخیصی مهیا کنید (توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی). ۲. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید. ۳. مددجو را برای جراحی یا درناژ زیر پوستی آبسه آماده کنید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
التهاب صفاق مربوط به آزاد شدن محتویات روده به درون حفره صفاقی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- بر اساس شواهد زیر در مددجو پریتونیت ایجاد نخواهد شد: ۱. درجه حرارت پایدار و کمتر از ۳۸ درجه سانتی گراد. ۲. شکم نرم و غیر متورم. ۳. عدم افزایش درد شکم و حساسیت، تهوع و استفراغ. ۴. صداهای طبیعی روده. ۵. علائم حیاتی ثابت. ۶. عدم افزایش بیشتر در شمارش گلبول سفید خون.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
علائم و نشانه های التهاب صفاق مانند افزایش درجه حرارت بالای ۳۸ درجه، اتساع و سفت شدن شکم، افزایش شدت درد شکمی، حساس شدن منطقه فشار داده شده، افزایش تهوع و استفراغ، کاهش یا فقدان صداهای روده ای، تاکیکاردی، افزایش تعداد تنفس، کاهش فشار خون، افزایش در میزان WBC را بررسی کنید. - در صورتی که علائم و نشانه های التهاب صفاق به وجود آمد: ۱. تغذیه دهانی را طبق دستور منع کنید. ۲. به منظور کمک به جمع کردن و متمرکز کردن محتویات گوارشی در حفره لگن خاصره تا اینکه در زیر دیافراگم جمع شوند، مددجو را در تخت در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.	

۳. در صورتی که طرح ریزی شده است، مددجو را برای آزمون های تشخیصی آماده کنید (رادیوگرافی شکمی، توموگرافی کامپیوتری، اولتراسونوگرافی).

۴. لوله بینی- معده ای یا روده ای را طبق دستور وارد کنید و ساکشن را ادامه دهید.

۵. ضد میکروب ها را طبق دستور تجویز کنید.

۶. در صورت دستور پزشک به منظور جلوگیری یا درمان شوک، مایعات داخل وریدی و یا افزایش دهنده های حجم خون، تجویز کنید.

۷. در صورتی که برنامه ریزی شده باشد، مددجو را برای جراحی آماده کنید (آپاندکتومی با درناژ و شستشوی صفاق).

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

مشکلات آنورکتال و هموروئید

بیان مشکل	Problem Definition
اضطراب و ترس در ارتباط با نا آشنا بودن با محیط ، احتمال عود بیماری، علائم ظاهری بیماری، دیس پنه و تنگی نفس، درد شدید، ناتوانی در کنترل بیماری، تاثیر بیماری بر روش زندگی و ایفای نقش بیمار.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش اضطراب و ترس	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- رفتارهای حمایتی و ایمنی فرد را برای مقابله با اضطراب افزایش دهید. ۲- به حرف های مددجو خوب گوش دهید. ۳- برای مقابله با اضطراب بیمار را راهنمایی کنید. ۴- حمایت روحی بعمل بیاورید. ۵- مددجو را برای جلوگیری از صدمه به خود و دیگران کنترل کنید. ۶- گروه درمانی.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در ارتباط با دیلاتاسیون و ترومبوز و یا پر خونی عروق هموروئید در ناحیه آنال و رکتال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
کاهش درد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های درد مثل بیان شفاهی، عدم تمایل به حرکت کردن، مالش شکم، بی قراری، افزایش سرعت ضربان قلب و فشار خون و را بررسی کنید. ۲- با استفاده از یک وسیله سنجش درد درک مددجو را از شدت درد بررسی کنید. ۳- الگوی درد مددجو را بررسی کنید مثلا: محل، کیفیت، شروع، مدت، عوامل تسریع کننده و تشدید کننده و تسکین دهنده و..... ۴- قبل از فعالیت هایی که ممکن است سبب درد شود از مسکن استفاده کنید. ۵- از بیمار بخواهید از نشستن به مدت طولانی اجتناب کند. ۶- اعمالی را برای افزایش استراحت به منظور کاهش خستگی و افزایش آستانه و تحمل درد انجام دهید. ۷- اعمالی را برای کاهش التهاب و تحرک زیاد روده به منظور کاهش درد و کرامپ شکم انجام دهید.	

۸- برای تسکین درد از روش های غیر دارویی استفاده کنید مثل تغییر وضعیت، ورزش های شل کننده عضلات، آرام سازی محیط، فعالیت های تفریحی نظیر تماشای تلویزیون، مطالعه، صحبت با دیگران.
۹- به بیمار آموزش دهید که هنگام اجابت مزاج از زورزدن اجتناب نماید.

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش درجه حرارت بدن (هیپرترمی) در ارتباط با تحریک مرکز تنظیم درجه حرارت بدن در هیپوتالاموس.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
تنظیم درجه حرارت بدن، درمان تب.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- نشانه ها و علائم هیپرترمی مثل پوست گرم و قرمز، تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش درجه حرارت را بررسی نمایید.	
۲- ضد تب را بر اساس دستور پزشک تجویز نمایید.	
۳- در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند پزشک را مطلع کنید.	
۴- کنترل مایعات را انجام دهید.	
۵- کنترل علائم حیاتی را انجام دهید.	
۶- بیمار را حمام کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با استفاده طولانی مدت از مسهل ها، سرکوب رفلکس دفع به دلیل عدم تمایل به استفاده از bed pan در تخت، کاهش حرکات روده به دلیل کاهش فعالیت، کاهش دریافت مایعات.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در اجابت مزاج مشکلی نداشته باشد و دفع مدفوع صورت گیرد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- رعایت رژیم غذایی.	
۲- کاهش نفخ.	
۳- توصیه به خوابیدن بر روی شکم.	
۴- اجرای مداخلات دارویی.	
۵- مراقبت از استومی (در صورت وجود).	
۶- کنترل درد.	
۷- کنترل پرولاپس رکتال.	

۸- کنترل تمامیت پوستی.
۹- شست و شوی روده.
۱۰- ارتقا عملکرد روده ای.
۱۱- مصرف مایعات روزانه حداقل ۲/۵ لیتر.
۱۲- مراقبت از خود هنگام توالیت رفتن.
۱۳- نظارت بر دارو و تغذیه .

بیان مشکل	Problem Definition
احتباس ادراری در رابطه با تجمع ادرار در کلیه و مثانه به علت قرار گیری طولانی مدت در پوزیشن خوابیده، تحریک اعصاب سمپاتیک به دلیل ترس و اضطراب، کاهش تون عضلات مثانه به دلیل دیستانسیون طولانی مثانه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار در دفع ادراری مشکلی ندارد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- علائم و نشانه های احتباس ادراری را بررسی نمائید. ۲- پری مثانه یا ناراحتی فوق عانه، احتباس مثانه، دفع کمتر از جذب را گزارش نمائید. ۳- مدیریت مایعات. ۴- عادات دفع ادرار. ۵- کاستن اضطراب. ۶- افزایش آرامش. ۷- سوند گذاری ادراری و مراقبت از لوله ها.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سرطان مری

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال سوء تغذیه.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	- کنترل سوء تغذیه (کمبود پروتئین می‌تواند منجر به عوارض قلبی-عروقی و اختلال در ترمیم زخم شود و باعث افزایش ریسک عفونت شود لذا قبل از عمل جراحی با اندازه‌گیری آلبومین باید به این کمبود پی برد).
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- آلبومین سرم را بررسی کنید. ۲- توجه داشته باشید که تغذیه اینترال بر پارنترال ارجح است. ۳- بهداشت کامل دهان و دندان را حفظ کنید. ۴- مصرف سیگار و مواد الکلی را قطع نمایید. ۵- وضعیت قلبی-عروقی و ریوی را بررسی نمایید. ۶- در صورت وجود تومور در ثلث میانی مری انجام برونکوسکوپی برای بررسی فیستول ازوفاگو-تراکیال ۷- به بیمار جهت کاهش اضطراب و افزایش همکاری در پروسیجرها توضیح دهید مثل: ۱) درناژ بسته قفسه سینه ۲) ساکشن بینی-معددهای ۳) درمان وریدی ۴) لوله‌گذاری معددهای

مشکلات بعد از عمل جراحی

Problem Definition	بیان مشکل
	احتمال آسپیراسیون.
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
	پیشگیری از آسپیراسیون.
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
	۱- بیمار را قبل از هوشیاری کامل در وضعیت یک پهلو و بعد از آن در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار

دهید.

۲- علایم و نشانه‌های آسپیراسیون ترشحات یا مواد غذایی و مایعات (مثل صدای رونکوس، صدای مات هنگام دق قفسه سینه، تاکیکاردی، تنفس‌های تند، دیس‌پنه، سیانوز) را مورد ارزیابی قرار دهید.

۳- نتایج CXR و گزارش یافته‌های مربوط به انفیلتراسیون را کنترل کنید.

۴- دستگاه ساکشن را در کنار بیمار آماده نگه‌دارید و در صورت تجمع ترشحات در دهان ساکشن دهان و حلق و مراقبت از دهان را به عمل آورید.

۵- اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز استفراغ را به عمل آورید.

۶- در هنگام تغذیه از راه دهان ۱ الی ۴ ساعت بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع مثل سندرم دامپینگ).

۷- در صورت بروز علائم آسپیراسیون اقدامات زیر را انجام دهید:

(a) ساکشن تراشه

(b) خبر کردن پزشک

(c) آماده کردن بیمار برای کنترل CXR

۸- در صورتیکه بیمار از راه لوله‌ای-معدة ای تغذیه می‌شود به غذای او رنگ‌های غذایی اضافه کنید تا در صورت بروز آسپیراسیون به آسانی قابل مشاهده باشد.

۹- به بیمار تمریناتی را جهت افزایش قدرت جویدن آموزش دهید.

۱۰- در طول تغذیه تا جایی که امکان دارد تحریکات محیطی را کم کنید تا بیمار حواس خود را بر روی جویدن و بلع متمرکز کند.

۱۱- وعده‌های غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد (۷ الی ۸ وعده) در نظر بگیرید تا از خطر دیستانسیون شکم و برگشت محتویات معده کاسته شود.

۱۲- مدت زمان کافی را برای تغذیه در نظر بگیرید.

۱۳- از بیمار بخواهید در هنگام تغذیه از حرف زدن و خندیدن خودداری کند.

۱۴- به بیمار کمک کنید بعد از اتمام تغذیه به بهداشت دهان خود بپردازد.

۱۵- از ساکشن به جای فیزیوتراپی تنفسی استفاده کنید زیرا خطر آسپیراسیون وجود دارد.

۱۶- درجه حرارت را کنترل کنید زیرا افزایش آن نشان‌دهنده آسپیراسیون و پنومونی متعاقب آن و یا نشت مایع از محل آناستوموز مری به معده است.

۱۷- در بیمارانی که دارای سوند بینی-معدة‌ای هستند در اولین فرصت قسمت بیرونی آن را علامت‌گذاری کرده و آن را فیکس کنید و در صورت کوچک‌ترین جابجایی به جراح اطلاع داده و هرگز نباید سوند را وارد کرد زیرا احتمال آسیب محل آناستوموز وجود دارد.

۱۸- در شروع تغذیه دهانی ابتدا با مقدار کمی آب و غذاهای پوره شروع کنید بیمار را تشویق به خوردن غذا و استفاده از غذاهای خانگی جهت تحریک اشتها نمایید.

۱۹- بیمار را جهت افزایش وعده‌های غذایی و کاهش حجم آن و پوزیشن مناسب جهت جلوگیری از سندرم دامپینگ مگر در موارد منع، تشویق نمایید.
۲۰- موارد زیر را به بیمارانی که دارای پروتز داخل مری هستند، در رابطه با خوردن غذا تا غذا داخل پروتز نماند، آموزش دهید:
(a) جویدن غذا.
(b) نوشیدن مقدار کمی آب.
(c) حداقل ۲ ساعت در وضعیت نشسته باید قرار بگیرد.

بیان مشکل	Problem Definition
عدم آگاهی بیمار در خصوص نحوه مصرف مواد غذایی پس از ترخیص.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
بیمار اطلاعات کافی در خصوص مراقبت از خود و مصرف مواد غذایی داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- در مورد خوردن غذا به آرامی در حجم کم و دفعات زیاد، آموزش دهید.	
۲- در مورد عدم استفاده از غذاهای محرك، خیلی گرم، خیلی سرد و ادویه‌جات آموزش دهید.	
۳- در مورد نوشیدن آب حین غذا آموزش دهید.	
۴- در مورد اجتناب از الکل و سیگار آموزش دهید.	
۵- کنترل روزانه وزن جهت دریافت غذای روزانه را انجام دهید.	
۶- در مورد نشستن حداقل به مدت ۱ الی ۴ ساعت بعد از صرف غذا آموزش دهید.	
۷- نحوه استفاده از دستگاه ساکشن برای پیشگیری از آسپیراسیون را آموزش دهید.	
۸- در مورد عدم انجام فعالیت‌هایی که به قفسه‌ی سینه فشار آورد آموزش دهید.	
۹- هنگام خواب سر تختخواب را ۱۰ الی ۲۰ سانتیمتر بالاتر قرار دهید.	
۱۰- آموزش دهید بدون تجویز پزشک از آنتی‌اسید استفاده نکند.	
۱۱- در مورد مراقبت از ژرئونوستومی در بیمارانی که در این حالت از بیمارستان مرخص می‌شوند آموزش دهید.	
۱۲- مصرف دارو با حداقل ۱۲۰ میلی‌لیتر آب و حداقل ۱۰ ثانیه در وضعیت نشسته باقی بماند.	
۱۳- آگاهی بیمار در مورد بیماری مری، درمان، پیش‌آگهی و علت بروز بیماری و دلایل درمان جراحی یا داخلی و یا پیروی از برنامه‌های غذایی و دارو و پیشگیری از آسیب‌های بعدی را افزایش دهید.	

مشکلات پس از اعمال جراحی

بیان مشکل	Problem Definition
کاهش اشتها و وزن بدنبال سرطان معده.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱- برقراری وزن مناسب ۲- عدم وجود عوارض جراحی (شوک - خونریزی - عوارض ریوی - استئآتوره - سندرم دامپینگ - گاستریت و ازوفازیت ناشی از برداشتن پیلور و پس زدن صفرا) ۳- عدم کاهش ویتامین ب۱۲	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مداخلات پرستاری در ارتباط با تغذیه در بخش های دیگر نوشته شده است. -مداخلات پرستاری پس از جراحی: ۱- بیمار پس از جراحی از مصرف مایعات به همراه غذا خودداری کند. ۲- وعده های غذایی با حجم کم و دفعات بیشتر به بیمار بدهید. ۳- ترکیب غذا خشک باشد. ۴- آموزش دهید که از مصرف غذاهای حاوی کربوهیدرات با مولکول کوچک (گلوکوز و ساکارز) اجتناب کند. ۵- مصرف چربی باید در حد تحمل باشد. ۶- اضافه کردن ویتامین ب۱۲ و آهن.	

بیان مشکل	Problem Definition
بیرون زدگی احشاء شکم از خلال جدار شکم یا کانال اینگوئینال.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. عدم بیرون زدگی احشاء شکم از خلال جدار شکم یا کانال اینگوئینال. ۲. عدم درد و استقراغ.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- جهت جلوگیری از تورم اسکروتوم از کیسه یخ ظرف ۴۸-۲۴ ساعت پس از جراحی استفاده کنید. ۲- انجام فعالیت بدنی را بمدت ۷-۵ روز ممنوع کنید. ۳- برداشتن اجسام سنگین را بمدت ۶-۴ هفته ممنوع کنید. ۴- وعده های غذایی با حجم کم و دفعات بیشتر تهیه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
هیپرترمی به علت تحریک مرکز تنظیم کننده دما در هیپوتالاموس به وسیله تب زاهای درون زا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
• هیپرترمی مددجو بر اساس شواهد زیر کنترل خواهد شد : ۱. درجه حرارت و رنگ معمولی پوست. ۲. میزان نبض بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه. ۳. تعداد تنفس ۱۲-۲۰ در دقیقه. ۴. درجه حرارت به حد طبیعی برگردد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. علائم و نشانه هیپرترمی را بررسی نمایید شامل: - پوست گرم و سرخ شده. - تاکی کاردی، تاکی پنه. - افزایش درجه حرارت. ۲. در صورت تشخیص پزشک به منظور کمک به کاهش تب داروهای زیر را تجویز کنید: - داروهای ضد تب - داروهای ضد میکروبی به منظور از بین بردن فرآیند عفونی ۳. در صورتی که درجه حرارت بالاتر از ۳۸ باقی ماند با پزشک مشورت کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با دریافت ناکافی فیبر از رژیم غذایی و کاهش فعالیت.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
۱. حفظ یا برقراری یک الگوی منظم در دفع روده ای. ۲. اطمینان از دریافت کافی مایعات و غذاهای پرفیبر. ۳. آموزش درمورد روشهای پیشگیری از یبوست. ۴. کاهش اضطراب در مورد الگوهای دفع روده ای. ۵. پیشگیری از عوارض.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. درمورد شروع و مدت زمان یبوست، الگوهای گذشته و فعلی دفع، انتظار بیمار از یک دفع طبیعی روده ای و روش زندگی (به طور مثال سطح فعالیت و ورزش، شغل، نوع و مقدار غذا و مایع دریافتی و سطح تنیدگی) اطلاعات کسب کنید.	
۲. تاریخچه بیماریهای داخلی و جراحی گذشته، داروهای مورد مصرف فعلی و مصرف ملینها و تنقیه را کسب کنید.	
۳. از بیمار درمورد احساس پری و فشار در راست روده، درد شکم، زورزدن زیاد هنگام اجابت مزاج و دفع گاز سوال کنید.	
۴. رژیم غذایی پر فیبر را رعایت نمائید.	
۵. خوابیدن بر روی شکم را توصیه کنید.	
۶. مصرف مایعات روزانه حداقل ۲/۵ لیتر را توصیه کنید.	
۷. بیمار را به تحرك بیشتر (در صورت عدم ممنوعیت) تشویق نمائید.	
۵- بیمار را به ورزش منظم و انقباض و انبساط روده ای در تخت تشویق نمائید.	
۶- دفع روده ای در ساعات خاصی از روز را آموزش دهید.	
۷- استفاده از مسهل ها را آموزش دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با استرس، اضطراب، تغذیه با لوله معدی، روده ای، التهاب یا سوء جذب روده ای، اعتیاد به الكل، آلودگی ها توکسین ها، رادیوتراپی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- اقدامات لازم در مورد اسهال و عوارض آن را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی از نظر فاکتورهای اصلی مثل سفت و سخت شدن مدفوع.	
۲. در صورت ضرورت، مددجو را ناشتا قرار دهید.	
۳. همکاری نمودن با پزشك برای شروع مایعات و تغذیه تا تحمل نمودن رژیم غذایی نرم و بتدریج معمولی.	
۴. مددجو را به مصرف مواد غذایی حجیم کننده مدفوع مانند پسیلیوم در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد تشویق نمائید.	
۵. خودداری نمودن از مصرف مواد غذایی محرك مانند شیر، محصولات دارای کافئین و سبزی و میوه های خام.	

۶. وزن روزانه مددجو را کنترل کنید (زمان، معیار، پوشش مددجو یکسان باشد).
۷. الگوهای دفعی معمول را بررسی کنید.
۸. الکترولیت‌های سرم را کنترل کنید.
۹. تشویق نمودن وی به ابراز موقعیت استرس‌زایی که علت اسهال شده است.
۱۰. پربنه مددجو را از نظر راش، قرمزی بررسی کنید.
۱۱. مراقبت از پوست پس از هر بار دفع.
۱۲. فراهم نمودن وسایل لازم برای دفع مددجو (توالت، لگن، و...) و حفظ خلوت.

Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید.	
۱- اصول بهداشت، احتیاط‌های کنترل عفونت و خطرات بالقوه بیماری عفونی برای خود و دیگران	
۲- آموزش در مورد دست شستن، پختن و آماده کردن مواد غذایی و ذخیره آن.	
۳- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

Problem Definition	بیان مشکل
یبوست در ارتباط مشکلات عملکردی، سایکولوژیکی، مصرف داروها، مشکلات مکانیکی (مثل آبسه و یا زخم آنال)، فیزیولوژیک	
Expected Outcomes	برآیندهای مورد انتظار
پرستار باید قادر باشد:	
- اقدامات لازم در مورد یبوست و عوارض آن را انجام دهد.	
Nursing Recommendations	توصیه‌های پرستاری
0 عادات طبیعی دفع روده‌ای را بررسی کنید. 0 از نظر علائم و نشانه‌های یبوست (مثل کاهش یافتن حرکات روده‌ای، مدفوع سخت، بی‌اشتهایی، نفخ و درد شکم، احساس پری و فشار در مقعد و شکم) بررسی کنید. بررسی صداها و روده‌ای انجام شود و کاهش یافتن آن گزارش شود. 0 مددجو را تشویق کنید هرگاه احساس دفع دارد، به آن توجه نماید. 0 در هنگام دفع مددجو به وضعیت نشسته قرار داده شود و از توالت یا توالت فرنگی استفاده شود مگر این‌که ممنوعیت داشته باشد. 0 در موقع دفع، مددجو تشویق به ریلکس شدن شود و خلوت آن فراهم شود. 0 برای دفع، یک زمان منظم قرار داده شود، معمولاً یک ساعت پس از غذا ترجیح دارد. 0 حداقل ۲۵۰۰ سی‌سی در روز مایعات بدهید مگر اینکه منع وجود داشته باشد.	

0	مددجو را به نوشیدن مایعات نرم (مثل چای، قهوه) پس از بیدار شدن از خواب تشویق کنید.
0	مددجو به افزایش فعالیت در روز تشویق شود.
0	در صورت نیاز به ضد درد ترجیحاً از داروهای ضد درد غیرنارکوتیک استفاده کنید.
0	با تجویز پزشک، ملین و یا مسهل ها و یا حجم کننده های مدفوع، لوبریکانت ها و محرک ها و یا داروهای اسموتیک و یا سالین دستور داده شده به مددجو داده شود.
0	در صورت دستور انما روغنی یا تمیز کننده، آن را به اجرا درآورید.
0	اگر علائم یبوست در طی ۳ روز وجود داشته باشد با پزشک در مورد سفت و سخت شدن مدفوع و برداشتن آن توسط پزشک با توشه رکتال مشاوری کنید.
0	علائم و نشانه های یبوست به مددجو آموزش داده شود و پس از ترخیص در صورت وجود آن علائم به مراقب بهداشتی گزارش شود.
آموزش به بیمار	
Patient Education	
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید.	
۱- تاکید بر حفظ رژیم غذایی پر فیبر، افزایش مصرف مایعات و برنامه ورزشی منظم.	
۲- داشتن زمان منظم برای دفع.	
۳- منع مصرف ملین .	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

تغذیه داخل روده‌ای

بیان مشکل	Problem Definition
اسهال در رابطه با تغییر در دریافت مواد غذایی، سوء جذب آلودگی مواد غذایی، ترکیبات مواد غذایی، آلودگی باکتریایی، استرس/ اضطراب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
- حجم غلظت و ترکیبات مواد غذایی آماده را به گونه ای تهیه کند که مددجو دچار اسهال نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. رنگ، بو، مقدار و تکرار دفع را در هر روز ثبت و گزارش کنید. ۲. هر ۸ ساعت جذب و دفع را پایش کنید. ۳. مدفوع را از نظر خون مخفی بررسی کنید. ۴. وزن مددجو را هر روز در ساعت و با لباس و با معیار معینی اندازه‌گیری کنید. ۵. علائم و نشانه‌های کم آبی (کاهش تورگور پوست، کاهش دفع ادرار، افزایش وزن مخصوص ادرار و خشکی پوشش مخاطی) را بررسی کنید. ۶. نتایج آزمایش‌ها پایش شود و موارد غیر طبیعی گزارش شود. ۷. اثرات داروها، آنتی بیوتیک‌ها، سالمترین و سایر بلوک‌کننده سیستم ۲، الگزیبرهای الکترولیتی و آنتی اسیدها را از نظر عوارض جانبی مثل اسهال بررسی مجدد کنید. ۸. هر ۴ ساعت، تحمل مددجو نسبت به دریافت محلول‌ها بررسی شود. ۹. واکنش غیر طبیعی به محلول‌های دریافتی مثل نفخ شکم، تأخیر در تخلیه معده، تهوع و استفراغ و کرامپ، را به پزشک گزارش کنید. ۱۰. هر ۴ ساعت صداهای روده‌ای سمع شود و در صورت افزایش و یا کاهش صداهای روده‌ای به پزشک گزارش شود. ۱۱. در صورتی که حجم باقیمانده در معده بیش از ۱۰۰ سی سی باشد، تغذیه لوله‌ای را ادامه ندهید و به پزشک گزارش کنید و ماده باقیمانده را به معده برگردانید. ۱۲. از آنفوزیون سریع خودداری کنید. موارد زیر را اجرا کنید: - الف- تغذیه با غلظت زیاد را در شروع به آهستگی بدهید و یا طبق دستور پزشک؛ - ب- ریت را در صورت تحمل مددجو افزایش دهید؛	

ج- جریان ریت پمپ اینترنال را تنظیم کنید.
د- هر ۱ ساعت، درجه حرارت فرمولا را چک و ریت را کنترل کنید.
۱۳. از مصرف فرمولا با اسمولالیتی بالا و چربی زیاد خودداری کنید و در صورت تغییر فرمولا ابتدا با پزشک مشورت کنید.
۱۴. اقدامات لازم را در صورت عدم تحمل به لاکتوز انجام دهید همانند:
- کلیه محصولات لبنیاتی را از رژیم غذایی حذف کنید.
- تماس با پزشک در مورد تغییر فرمولای مواد غذایی به صورت بدون لاکتوز.
۱۵. از آلودگی فرمولا به باکتری جلوگیری کنید.
۱۶. قبل از آماده کردن مواد غذایی دست خود را بشوئید.
۱۷. فرمولا را بیش از ۸-۱۲ ساعت در درجه حرارت محیط آویزان نکنید.
۱۸. فرمولای بیرون از یخچال را استفاده نکنید.
۱۹. روزانه ست گاوژ را تعویض کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب راسیون در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری، کاهش رفلکس آغ زدن و سرفه، تأخیر در تخلیه معده، جا به جا شدن لوله تغذیه ای	
برآیندهای مورد انتظار :	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
خطر آسیب راسیون را پیشگیری کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. از لوله معده مناسب استفاده کنید، لوله ای که اسنفکتر مری و رفلکس ها را کمتر از بین ببرد.	
۱. هر ۴ ساعت مطمئن شوید که لوله معدی یا روده ای بطور صحیح در محل خود قرار دارد. در صورت نیاز عکسبرداری انجام شود تا از ثابت شدن محل اطمینان حاصل شود.	
۲. در طول تغذیه و یک ساعت پس از تغذیه سر تخت در زاویه ۳۰-۴۵ درجه باشد.	
۳. در هنگامی که سر تخت صاف می شود لوله تغذیه کلامپ شود.	
۴. در صورت انجام تغذیه به طور مداوم، هر ۴ ساعت میزان محتویات درون معده اندازه گیری شود و در صورت تغذیه به صورت متناوب قبل از هر بار تغذیه میزان محتویات اندازه گیری شود.	
۵. در صورتی که محتویات باقی مانده معده ۱۰۰ سی سی یا بیشتر باشد تغذیه صورت نگیرد و به پزشک گزارش شود.	
۶. محتویات کشیده شده برای اندازه گیری را دوباره به درون لوله بفرستید تا از دست دادن شیر معده	

و الکترولیت‌ها جلوگیری شود.
۷. مددجو را از نظر کرامپ، تهوع و نفخ شکم بررسی کنید.
۸. هر ۴ ساعت، ساعت صداهای روده‌ای را سمع کنید.
۹. هر ۴ ساعت، درجه حرارت، نبض، فشار خون و تنفس را کنترل کنید.
۱۰. هنگام تغذیه و یک ساعت پس از آن کاف تراکتوستومی و یا اندوتراکئال تیوپ را پر از هوا کنید.
۱۱. از نظر علائم و نشانه‌های آسپیراسیون مددجو را بررسی کنید و در صورت ایجاد آن به پزشک گزارش کنید. این علائم عبارتند از: کوتاهی تنفس، تب، سرفه، افزایش تعداد تنفس، تغییر رنگ محتویات آسپیره شده از تراشه، سیانوز، کاهش صداهای تنفس، رال، رونکای.
۱۲. موقع کشیدن لوله معدی، آن را شستشو داده و کلمپ کنید تا خطر آسپیراسیون در هنگام کشیدن لوله به حداقل برسد.

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در حجم مایعات در رابطه با ناکافی بودن مایعات دریافتی و از دست دادن مایعات در هنگام تغذیه با محلول با اسمولالیته بالا.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	
تورگور و رنگ پوست و مخاط پوششی و وزن مناسب و وزن مخصوص ادرار مددجو را در حد طبیعی حفظ کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۸ ساعت علائم و نشانه‌های حجم مایعات را بررسی کنید.	
۲. موارد ذیل به پزشک اطلاع داده شود: تورگور ضعیف پوستی، کاهش دفع ادرار، مخاط پوششی خشک، از دست دادن وزن بیشتر از ۰/۵ کیلوگرم در هر روز، کاهش فشار خون، افزایش وزن مخصوص ادرار.	
۳. هر ۸ ساعت جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید.	
۴. مددجو را روزانه وزن کنید.	
۵. در صورت تجویز، میزان دریافتی آب از طریق لوله تغذیه افزایش یابد و هر ۴-۶ ساعت به میزان ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب داده شود.	
۶. وزن مخصوص ادرار را هر ۸ ساعت کنترل کنید.	
۷. ثبت وضعیت هوشیاری مددجو در ابتدا و هر ۴ ساعت بررسی شود و در صورت تغییر گزارش داده شود.	
۸. در صورت داشتن تغذیه مداوم، هر یک ساعت کنترل کنید.	

۹. از پمپ داخل روده‌ای برای تنظیم ریت تغذیه استفاده کنید. ۱۰. گلوکز ادرار و سرم هر ۶ ساعت و یا طبق دستور کنترل شود.

بیان مشکل	Problem Definition
یبوست در ارتباط با ترکیبات مواد غذایی و ناکافی بودن دریافت مایعات و بی‌حرکتی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد:	خطر یبوست را پیشگیری کند، با بررسی مددجو از نظر: - تغذیه لوله‌ای را تحمل کند و وزن متعادل داشته باشد. - هر روز مدفوع شکل گرفته و نرم دفع کند.
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. در صورت مجاز بودن از مایعات به میزان کافی استفاده کنید (بدون محدودیت). ۲. هر ۴-۶ ساعت به میزان ۳۰ تا ۵۰ سی‌سی آب از طریق لوله معده به صورت فلش داده شود. ۳. نرم کننده مدفوع تجویز شده را استفاده کنید. ۴. هر روز در صورت تجویز، آب میوه خالص ۶-۴ اونس داده شود. ۵. کنترل داروها و عوارض جانبی در صورتی که تجویز شده باشد. ۶. تشویق به فعالیت فیزیکی در محدوده طبیعی صورت گیرد. - کمک کردن برای حرکت دادن مددجو؛ - تغییر وضعیت دادن هر ۲ ساعت؛ - چک کردن مدفوع سفت و سخت؛ - دادن زمان کافی برای نشستن بر روی لگن؛ - محیط خلوت فراهم شود؛ - کنترل الگوی دفعی انجام شود.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

بیوپسی کبد

بیان مشکل	Problem Definition
مشکلات قبل از بیوپسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار مراقبت قبل از بیوپسی را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. نوع و گروه خون مددجو مشخص شود. ۲. علائم حیاتی را کنترل کنید. ۳. وضعیت هوشیاری و توانایی همکاری را بررسی کنید. ۴. رویه کاری را به مددجو توضیح دهید. ۵. ضد درد یا سداتیو دستور داده شده را به مددجو بدهید. ۶. از نظر حساسیت نسبت به داروهای بی حسی موضعی مددجو را کنترل کنید. ۷. به مددجو آموزش دهید چگونه نفس خود را هنگام وارد کردن نیل نگه دارد. ۸. از نظر خونریزی و انعقاد و پروترومبین مددجو را کنترل کنید و در صورت مشاهده موارد غیر طبیعی به پزشک گزارش کنید. ۹. ۸ ساعت قبل از انجام بیوپسی مددجو ناشتا باشد. ۱۰. قبل از انجام پروسیجر مددجو ادرار خود را تخلیه کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
بررسی های پس از بیوپسی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
- پرستار مراقبت پس از بیوپسی را انجام دهد. - خونریزی داخل کبدی، داخل پریتون و پنوموتراکس را تشخیص دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت، سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت یکبار علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. بکاربردن فشار در روی محل بیوپسی در ۱۵ دقیقه اول پس از انجام بیوپسی. ۳. تا ۲۴ ساعت مددجو به حالت خوابیده به پشت استراحت داشته باشد. ۴. وضعیت به پهلوی راست در ۶ ساعت اول برای حفظ فشار بر روی محل بیوپسی بکار رود.	

۵. هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت محل بیوپسی از نظر خونریزی، تورم و یا درد شدید مشاهده شود.
۶. هموگلوبین و هماتوکریت را چک کنید.
۷. اگر درد در ناحیه اپی گاستر و یا به ناحیه کتف برسد، گزارش کنید.
۸. افزایش تعداد تنفس، درد شدید کتف و کاهش صداهای تنفسی را به پزشک گزارش کنید.
۹. ویتامین K تجویز شده تزریق شود.
۱۰. کمک کردن به مددجو در خوردن غذا و هنگام انجام فعالیت‌ها در ۲۴ ساعت اول در صورت نیاز.

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیروز

بیان مشکل	Problem Definition
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با نامناسب بودن رژیم غذایی، استفراغ و یا بی اشتها.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد: خطر دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن را پیشگیری کند، با بررسی مددجو از نظر: - رژیم غذایی تجویز شده را تحمل کند. - تغییرات رژیم غذایی را توصیف کند. - وزن مناسب را بدست آورد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. ناشتا قرار دادن مددجو در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد. ۲. در صورت نیاز از هیپرالیمانتاسیون وریدی تجویز شده استفاده کنید. ۳. محیطی آرام برای استراحت وی فراهم کنید. ۴. رژیم غذایی توصیه شده به مقدار کم و مکرر استفاده شود (چربی، پروتئین و کربوهیدرات با توجه به وضعیت بیمار می باشد). ۵. میزان کالری لازم برای وی فراهم کنید. ۶. جایگزین های نمک استفاده شود و دقت کنید که آن ها دارای آمونیوم نباشند. ۷. مددجو را به خوردن غذا تشویق کنید و قبل از غذا بهداشت دهان را رعایت کنید. ۸. وزن روزانه و آسیت و ادم بررسی شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
افزایش حجم مایعات در رابطه با افزایش دریافت مایعات و نمک و سوء تغذیه.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد از افزایش حجم مایعات پیشگیری کند. با بررسی مددجو از نظر: - ثابت شدن علائم حیاتی. - جذب و دفع متعادل باشد. - ادم کاهش یافته و ورید ژوگولار مستع نباشد. - الکترولیت ها در محدوده طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations

۱. بررسی وضعیت مایعات صورت گیرد (تورگور پوستی، رطوبت مخاط پوششی)
۲. متسع شدن وریدژوگولار و ادم را بررسی کنید
۳. مایعات و الکترولیت و ویتامین‌های تجویز شده، مصرف شود.
۴. جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید.
۵. صداهای ریوی هر ۴ ساعت از نظر ادم ریوی کنترل شود.
۶. به دفع مدفوع و ادرار از نظر رنگ، تکرار و قوام توجه کنید.
۷. الکترولیت‌های ادرار و سرم را از نظر عدم تعادل سدیم و یا پتاسیم چک کنید.
۸. آلبومین‌های بدون نمک تجویز به مدد جو داده شود.
۹. علائم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل شود (از نظر تب و دیس ریتمی و علائم نارسایی احتقانی قلب).
وزن روزانه کنترل شود.
۱۰. بررسی از نظر اثرات و عوارض جانبی دیوریتیک‌ها انجام شود.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر آسیب پوستی در رابطه با ادم، کم آبی، یرقان.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار باید قادر باشد: آسیب پوستی را پیشگیری کند. با بررسی مددجو از نظر:	
- روش‌های پیشگیری از آسیب پوستی را شرح دهد. - در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت کند. - سلامت پوست حفظ شود.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی پوست از نظر قرمزی، خارش و یرقان، انجام شود. ۲. برای پیشگیری از ایسکمی بافتی از تشک‌های با پوست گوسفند که فشارهای متغیری دارند استفاده کنید. ۳. بطور مکرر مراقبت از پوست انجام شود. ۴. مراقبت از پوست اطراف پرینه پس از دفع ادرار و مدفوع انجام شود. ۵. هر ۲ ساعت بیمار چرخانده شود و مراقبت از پشت انجام شود. ۶. ورزش‌های فعال و یا غیر فعال اندام‌ها هر ۴ ساعت انجام شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی نامؤثر در رابطه با آسیب.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes

پرستار قادر باشد: الگوي تنفسي نامؤثر را پيشگيري کند. با بررسي مددجو از نظر:	
- گازهاي خوني در حد طبيعي باشد. - تنفس طبيعي باشد و صداهاي ريوي واضح باشد.	
Nursing Recommendations	توصيه هاي پرستاري
۱. سر در زاويه ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا قرار داده شود. ۲. هر ۴ ساعت به مددجو در حرکت کردن و انجام سرفه و هر نيم ساعت انجام تنفس عميق، کمک کنید. ۳. صداهاي ريوي را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۴. اکسيژن مورد نياز دستور داده شده را وصل کنید. ۵. گازهاي خوني و پالس اکسي متري کنترل شده و علائم پنوموني و آتלקتازي را بررسي کنید. ۶. علائم هيپوکسي را کنترل کنید.	

Problem Definition	بيان مشكل
تغيير در سيستم حفاظتي و خوني در رابطه با اختلال در انعقاد خون يا خون ريزي ناشي از هيپرتانسيون پورتال.	
Expected Outcomes	برآيندهاي مورد انتظار
مددجو قادر باشد: - توانايي براي اجراي تغييرات مورد نياز در فعاليتهايش را شرح دهد. - خونريزي را کنترل کند.	
Nursing Recommendations	توصيه هاي پرستاري
۱. علائم و نشانههاي خون ريزي از پوشش مخاطي را چك کنید. ۲. توصيه به استفاده از مسواكهاي نرم شود. ۳. ناحيه تزريقات را از نظر خونريزي طولاني مدت مشاهده کنید و پس از تزريق فشار زيادي در محل بياوريد و از سر سوزن كوچك استفاده کنید. ۴. از اشياء تيز و تيغ استفاده نکنيد. ۵. در هنگام دفع از زور زدن و يا فشار آوردن به بيني درفين کردن خودداري کنید. ۶. از نرم کننده مدفوع توصيه شده استفاده کنید. ۷. زمان پروترومبين و INR و پلاکت را کنترل کنید. ۸. در صورت تجويز ويتامين K و داروهاي آنتي فيبرينوليتيك، اثرات و عوارض جانبي آن را بررسي کنید. ۹. علائم خونريزي را مشاهده کنید (افت فشار خون، افزايش نبض، هماتمز، ملنا).	

۱۰. علائم حیاتی و هموگلوبین و هماتوکریٹ را کنترل کنید.
۱۱. در صورت خونریزی مددجو را برای آندوسکوپی آماده کنید.
۱۲. لوله معدی روده‌ای را کنترل نموده و هر ساعت میزان دفع شده را اندازه‌گیری کنید.
۱۳. مایعات پارنترال و یا ترانسفوزیون را برقرار کنید.
۱۴. داروهای دستور داده شده مانند ویتامین K، وازوپرسین و نئومایسین را به بیمار بدهید و از مصرف آسپرین خودداری کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات فرآیند تفکر در رابطه با افزایش آمونیاک سرم و کمای کبدی.	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
مددجو قادر باشد: - هوشیاری در حد طبیعی داشته باشد. - آگاهی به زمان، نام و مکان داشته باشد. - توانایی برای تمرکز داشتن و افزایش یافتن فعالیت‌های روزمره داشته باشد.	
توصیه‌های پرستاری	Nursing Recommendation
۱. تغییرات وضعیت هوشیاری (خواب‌آلودگی، گیجی و غیره) را چک کنید. ۲. وضعیت نورولوژیک مددجو را کنترل کنید و کاهش توانایی حرکتی را گزارش کنید. ۳. داروهای نارکوتیک، سداتیو و ترانکو‌لایزها، برای مددجو مصرف نشود. ۴. محیط ایمنی را برای مددجو فراهم کنید. ۵. اوره سرم را کنترل کنید. ۶. محرک‌های محیطی را کاهش دهید. ۷. اقدامات کاهش استرس را برای مددجو فراهم کنید.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- رژیم غذایی از نظر چربی، کربوهیدرات، پروتئین، چربی، نمک. ۲- تکنیک کنترل استرس. ۳- توضیح در مورد الکل و ارتباط آن با سیروز. ۴- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۵- اهمیت استراحت و ورزش و جلوگیری از عفونت. ۶- مراقبت از پوست. ۷- گزارش علائم خونریزی (هماچوری، ملنا، نفخ شکم، ادم، تب، خونریزی).	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

جراحی‌های کبد: مراقبت قبل از عمل

بیان مشکل	Problem Definition
مشکلات عمومی قبل از عمل	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بتواند مراقبت قبل از عمل را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی وضعیت قلبی، عروقی، تنفسی، مغزی، علائم حیاتی و مشاهده یرقان. ۲. آمادگی روده‌ای دستور داده شده مثل انما (تنقیه)، آنتی بیوتیک خوراکی را اجراء نمایند. ۳. گذاردن یک لوله معده و کاتتر ادراری. ۴. ویتامین K و یا ترانسفوزیون خون دستور داده شده را بدهید. ۵. آموزش‌ها و توضیحات پزشک در مورد عمل جراحی و مراقبت پس از عمل را برای مددجو تکرار کنید. ۶. فراهم کردن حمایت‌های عاطفی برای مددجو و خانواده‌اش.	

جراحی‌های کبد: مراقبت بعد از عمل

بیان مشکل	Problem Definition
مشکلات عمومی بعد از عمل	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بتواند مراقبت بعد از عمل را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مددجو را از نظر تهوع، کاتترها، محل عمل و نوع درد و دیسپنه، مشخصات و مقدار ترشحات موجود در چپ تیوپ و کیسه جمع‌آوری کننده ترشحات معده و کیسه ادراری و درناژ محل زخم، تهوع، نفخ شکم، تکی کاردی، تکی پنه، کاهش صداهای تنفسی و افزایش درجه حرارت، بررسی کنید. ۲. تست‌های تشخیصی را بررسی کنید.	

۳. عوارض پس از عمل جراحی شامل: عدم تعادل الکترولیت‌ها، کاهش آلبومین سرم، هیپوگلیسمی، آتلتکنازی، پنومونی، ایلئوس پارالتیک، خونریزی، شوک، آبسه شکمی، یرقان، کمای کبدی، عفونت زخم را بررسی کنید.
--

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفس نامؤثر در رابطه با پروسیجرهای تهاجمی، وجود چست تیوپ و یا درد.	
بر آینده‌های د انتظار	Expected Outcomes
- تنفس طبیعی شود. - بیمار ابراز نماید تمرینات تنفسی و نیاز به ورزش‌های تنفسی را درک نموده است.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سر تخت به میزان ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا قرار داده شود. ۲. بررسی محل چست تیوپ و اتصال آن به ساکشن متناوب و بررسی رنگ محتویات آسپیره شده هر ۴ ساعت انجام شود. ۳. هر ۲ ساعت سمع صداهای ریوی را انجام دهید. ۴. هر نیم ساعت یکبار تنفس عمیق و هر دو ساعت سرفه و حرکات تنفسی را با کمک انجام دهید. قبل از انجام این کار از ضد درد دستور داده شده استفاده نمایید. ۵. هر ۸ ساعت پالس اکسی متری را در صورت کاربرد، کنترل کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
خطر اختلال در حجم مایعات به دلیل از دست دادن مایعات در پی ناشتا بودن و یا ساکشن از لوله معدي	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- جذب و دفع متعادل باشد. - الکترولیت‌ها در حد طبیعی حفظ شود. - تورگور پوست طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. حفظ ناشتا بودن مددجو و بررسی وضعیت مایعات و تورگور پوستی و رطوبت مخاط پوششی و پر شدن کاپیلرها. ۲. مایعات پرنترال همراه با الکترولیت‌ها و یا آنتی بیوتیک لازم را برقرار کنید. ۳. لوله معده همراه با ساکشن با فشار کم متناوب و شستشوی آنرا کنترل کنید. ۴. هر ساعت دفع ادرار چك شده و اگر کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت باشد گزارش کنید. ۵. هر ۸ ساعت جذب و دفع را کنترل کنید.	

۶. هر ساعت علائم حیاتی را چک کرده و پس از ثابت شدن هر ۴ ساعت کنترل کنید.
۷. بیمار را به حرکت دادن اندام تحتانی تشویق کنید.
۸. از جوراب‌های الاستیکی استفاده کنید.
۹. الکترولیت‌های سرم، آلبومین و گلوکز را بررسی کنید و وضعیت مایعات و هماتوکریت را نیز چک کنید.
۱۰. صداهای روده‌ای را هر ۸ ساعت سمع کنید.
۱۱. ادم محیطی بررسی شود و هر ۸ ساعت نبض پاها را کنترل کنید.
۱۲. از نظر علائم هیپوگلیسمی (خواب آلودگی، تهوع، لرز و) بررسی کنید.
۱۳. هر ۴ ساعت وضعیت هوشیاری را بررسی کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر یافتن سیستم محافظتی در رابطه با پروفایل خونی غیر طبیعی و تغییر در فاکتورهای انعقادی .	
بر آینده‌های مورد انتظار:	Expected Outcomes
- پروفایل خونی در محدوده طبیعی باشد (هموگلوبین- هماتوکریت- انعقاد خون). - خونریزی در محل تزریق و یا از محل زخم دیده نشود.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل پانسمان و برش‌های جراحی را از نظر خونریزی و درناژ هر ۲ ساعت چک کنید. ۲. علائم خونریزی (تاکی کاردی، هیپوتانسیون و سردی پوست....) را کنترل کنید. ۳. بررسی خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K انجام شود(در محل تزریقات، پوشش مخاطی). ۴. در موقع تزریق از سرسوزن کوچک استفاده کنید و پس از تزریق برای جلوگیری از خونریزی محل تزریق کاملاً فشار داده شود. ۵. هموگلوبین و هماتوکریت و زمان انعقاد را کنترل کنید. ۶. اثرات و عوارض تزریق ویتامین K را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با مداخلات جراحی	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو ظاهری آرام و راحت داشته باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. سر در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار داده شود و محیطی آرام و ساکت فراهم کنید. ۲. نوع و شدت و محل درد را براساس معیار درد بررسی کنید.	

۳. در صورت نیاز، داروي ضد درد مجاز داده شود.
۴. مکرراً تغییر پوزش داده شود.
۵. از اقدامات غیر دارويي کاهش درد استفاده کنید.
۶. به استفاده از الگوي فعاليت و استراحت متعادل تشويق کنید.

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه‌ای: دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن به دلیل ناشتا بودن و کاهش انرژی.	
بر آینده‌های مورد انتظار	Expected Outcomes
- وزن بیمار در حد متعادل و طبیعی باشد. - رژیم غذایی در حد تحمل و بدون مشکل به وي ارائه شود.	
توصیه های پرستاري	Nursing Recommendations
۱. همکاری نمودن با پزشك در برداشتن و یا کلمپ کردن لوله معده هنگامی که صداهای روده‌ای برگشت. ۲. در ابتدا مقداري کم آب و یا مایعات به مدد جو داده شود و تحمل وي را کنترل کنید. ۳. پس از تحمل مایعات، تبدیل به رژیم غذایی نرم شده و مقدار چربي و پروتئين و کربوهیدرات آن بستگی به توانايي کبد براي متابوليزه مواد غذایی دارد. بنابراین با متخصص تغذیه تماس گرفته شود. ۴. جذب و دفع اندازه گيري شود. ۵. در صورتي که محدودیت نداشته باشد ۲۵۰۰ سي سي در روز مایعات مصرف کند. ۶. بهداشت دهان خصوصاً قبل از غذا رعایت شود. ۷. وزن روزانه کنترل شود.	
آموزش به بیمار	
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید: ۱- رژیم غذایی. ۲- مراقبت از محل بخیه و نشانه های عفونت زخم و گزارش آن به پزشک. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- تعادل بین استراحت و فعاليت روزمره. ۵- تشويق به استفاده از تکنیک دست شستن. ۶- گزارش علائم به پزشک (کاهش هوشیاری، لتارژی، درد و نفخ شکم، تب، یرقان، دیسپنه) ۷- تشويق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

هیأتیت ویروسی

بیان مشکل	Problem Definition
عدم تحمل فعالیت در رابطه با خستگی یا ضعف در رابطه با عفونت	
برآیندهای مورد انتظار	Expected Outcomes
پرستار بتواند: اقدامات لازم در مورد عدم تحمل فعالیت را انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. استراحت نسبی در محیطی آرام برای مددجو فراهم کنید. ۲. به مددجو کمک کنید هر ۲ ساعت تغییر وضعیت دهد و تنفس عمیق هر نیم ساعت انجام دهد. ۳. سداتیو تجویز شده داده شود. ۴. فعالیت های انحراف افکار را اجرا کنید. ۵. ورزش های فعال و غیر فعال هر ۴ ساعت انجام دهد. ۶. برای دوره های استراحت برنامه ریزی شود و حرکت خود را در هنگامی که توان دارد انجام دهد. به طرف عدم وابستگی تشویق شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه با بی اشتهایی، استفراغ، تغییر در جذب.	
برآیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو وزن ایده آل بدست آورد. - مددجو رژیم غذایی خود را تحمل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. با پزشک و متخصص تغذیه برای اجرای رژیم غذایی نرم و کنترل دریافت پروتئین و چربی و کربوهیدرات ها همکاری کنید. ۲. رژیم غذایی به دفعات مکرر و با حجم کم بدهید. ۳. تشویق به دریافت مایعات ۲۵۰۰ سی در روز مگر اینکه کنترا اندیکاسیون داشته باشد شامل آب میوه و ... ۴. اثرات و عوارض داروهای دریافتی مثل آنتی اسید و ضد استفراغ را بررسی کنید. از دادن پروکلروپرازین و کلروپرومازین خودداری کنید.	

۵. وزن را روزانه کنترل کنید.
۶. رعایت بهداشت دهان و دندان انجام شود.
۷. گلوکز خون از نظر هیپر و یا هیپوگلیسمی چک شود.

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات در پی استفراغ، تب، اسهال.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت باشد. - تورگور پوستی نرمال باشد. - جذب و دفع متعادل باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. اگر مددجو استفراغ و تهوع دارد او را ناشتا نگه دارید. ۲. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین K با تجویز پزشک برقرار شود. ۳. از نظر کم آبی مددجو را چک کنید. ۴. جذب و دفع را هر ۸ ساعت چک کنید. ۵. رنگ مدفوع و ادرار و قوام و تکرار آن را چک کنید. ۶. علائم حیاتی، الکترولیت ها، هموگلوبین و هماتوکریت چک شود و موارد غیر طبیعی گزارش شود.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در سیستم حفاظتی (ایمنی) در رابطه با غیر طبیعی شدن انعقاد خون.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- خون ریزی نداشته و عدم وجود خون ریزی لثه و در محل تزریق و خون هم در مدفوع و ادرار نداشته باشد. - آزمایشات انعقاد خون طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی از نظر خون ریزی انجام شود (مخاط پوششی، محل تزریق، استفراغ و مدفوع). ۲. آزمایشات انعقاد خون را کنترل کنید. ۳. در هنگام تزریق از سرسوزن کوچک استفاده کنید و پس از تزریق محل فشار داده شود. ۴. اثرات دریافت ویتامین K را بررسی کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب به پوست در رابطه با پرقان و خارش.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- خارش کاهش یابد - مددجو در مراقبت از خود همکاری نماید.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. مراقبت از پوست فراهم شود. از مصرف صابون خودداری کنید. ۲. حمام با جوش شیرین و یا پودر ذرت انجام شود و لوسین بکار رود. ۳. آنتی هیستامین تجویز شده داده شود. ۴. اثرات کلسترامین تجویز و مصرف شده را بررسی کنید. ۵. تغییر پوزیش بطور مکرر صورت گیرد. ۶. ناخن ها کوتاه و استفاده از دستکش را توصیه کنید. ۷- فعالیت های انحراف فکر را توصیه کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
عفونت در رابطه با سوء تغذیه و عدم کفایت سیستم دفاعی.	
بر آیند مورد انتظار	Expected Outcomes
- مددجو ادارك احتیاطات لازم را بیان کند. - درجه حرارت و تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. روش ایزولاسیون بکار ببرید. ۲. احتیاطات لازم در مورد مواد دفعی و خون و مایعات صورت گیرد. ۳. اطمینان یابید که کلیه ملاقات کنندگان اقدامات حفاظتی در مقابل هپاتیت را انجام می دهند. ۴. درجه حرارت و صداهای تنفسی را هر ۴-۸ کنترل کنید. ۵. ملاقاتی ها را محدود کنید. ۶. مایعات به حد کافی دریافت کند (۲۰۰۰ سی سی در روز). ۷. داروهای آنتی ویرال تجویز شده را مصرف کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
اختلال در مفهوم از خود در رابطه با فرآیند بیماری، بستری شدن در پرستاری و ایزولاسیون	
بر آیند مورد انتظار:	Expected Outcomes

مددجو قادر باشد:	
- اقدامات انطباقی را بکار ببرد. - از فعالیت‌های انحراف فکر استفاده کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. تشویق به بیان کردن احساس ترس در هنگام برقراری ارتباط با دیگران. ۲. آموزش‌های لازم در مورد روند بیماری را داده بدهید. ۳. هدف از ایرولاسیون را برای وی بیان کنید. ۴. بررسی کردن برنامه‌های انطباقی با وضعیت موجود و اقدامات حمایتی را درک کنید. ۵. از قضاوت در مورد سبک زندگی خودداری کنید.	
	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- اصول پیشگیری و نحوه انتقال بیماری به سایر اعضای خانواده. ۲- ویزیت‌های منظم حداقل تا یک سال بعد از تشخیص و خطر عود مجدد در هیپاتیت B و C ۳- بیماری که از نظر آنتی ژن هیپاتیت B مثبت باقی می‌ماند ناقل مزمن می‌باشند، بنابراین هیچ‌گاه نباید خون دهد. ۴- مصرف داروی اینترفرون آلفا و تزریق آن به بیمار و یا اعضای خانواده. ۵- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

انسداد کیسه صفرا (سنگ و عفونت)

Problem Definition	بیان مشکل
خطر کمبود حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات، وضعیت ناشتا بودن و ساکشن معده و استفراغ.	
Expected Outcomes	برآیند مورد انتظار:
- علائم حیاتی ثابت باشد. - جذب و دفع متعادل باشد. - الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی باشد. - مایعات به حد کفایت باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. مددجو ناشتا قرار داده شود و از نظر علائم کم‌آبی بررسی شود. ۲. علائم حیاتی را هر ۴ ساعت و در صورت نیاز چک کنید. ۳. مایعات پرنترال همراه با الکترولیت‌ها و ویتامین K و آنتی بیوتیک به مددجو بدهید. ۴. لوله معده و ساکشن با فشار متناوب و شستشو با مقدار نرمال سالین تعیین شده (در صورت نیاز) و هر ۴ ساعت اسیدیته معده پایش شود. ۵. هر ۴ ساعت صداهای روده‌ای را سمع کنید. ۶. بهداشت دهان را (در صورت نیاز) اجرا کنید. ۷. لته‌ها و محل تزریق را از نظر خون‌ریزی و انسداد صفراوی بررسی کنید. ۸. هر ۸ ساعت جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید (رنگ و قوام ادرار و مدفوع و محتویات معده نوشته شود). ۹. الکترولیت‌های سرم را پایش کنید. ۱۰. مددجو را از نظر، یرقان، خارش، کاهش ویتامین کا و زمان پروتروبین مشاهده کنید. ۱۱. هر ۸ ساعت تورگور پوستی را پایش کنید. ۱۲. ضد استفراغ تجویز شده، داده شود.	

Problem Definition	بیان مشکل
درد در رابطه با فرآیند بیماری، وجود سنگ و عفونت.	
Expected Outcomes	برآیند مورد انتظار:
- کاهش درد گزارش شود.	

- ظاهر مددجو آرام باشد.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. بررسی درد از نظر شدت و محل و مشخصات درد انجام شود (با استفاده از معیار درد). ۱. آنتی کلینرژیک و ضد درد تجویز شده داده شود. ۱. از مصرف مرفین خودداری کنید. ۲. مددجو را در وضعیت مناسب قرار دهید (سر را در زاویه ۳۰-۴۵ درجه قرار دهید) و تغییر وضعیت مکرر و به آرامی انجام شود. ۳. فعالیت های انحراف فکر و اقدامات کاهش درد انجام شود. ۴. مراقبت از پوست انجام شود.	

Problem Definition	بیان مشکل
دریافت مواد غذایی کمتر از نیاز بدن در رابطه استفراغ و کاهش دریافت مواد غذایی.	
Expected Outcomes	برآیند مورد انتظار:
- مددجو قادر باشد: - وزن مطلوب را بدست آورد. - رژیم غذایی را تحمیل کند.	
Nursing Recommendations	توصیه های پرستاری
۱. پس از برداشتن لوله معده رژیم غذایی مایعات صاف شده شروع شود و رژیم کم چربی باشد (طبق دستور پزشک). ۲. صداهای روده ای را پایش کنید. ۳. آلبومین و ازت اوره سرم را پایش کنید. ۴. تشویق به دریافت مایعات ۲۵۰۰ سی سی در روز کنید مگر اینکه منع مصرف داشته باشد. ۵. عدم تحمل به رژیم غذایی را پایش کنید. ۶. در مورد رژیم غذایی مناسب صحبت کنید. ۷. محیطی آرام و بدون استرس در هنگام صرف غذا فراهم کنید و مددجو را به حرکت تشویق کنید. ۸. وزن روزانه را کنترل کنید.	
آموزش به بیمار	
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- گزارش علائم (تهوع، استفراغ، یرقان، خارش، ادرار تیره، خون ریزی از مخاط و خون در ادار، مدفوع بی رنگ). ۲- خودداری از مصرف غذاهای نفاخ و ادویه جات، کافئین، مواد غذایی محرک.	

۳- مصرف رژیم غذایی بدون چربی و عدم مصرف بستنی، کره، شیر، غذاهای خشک شده چرب.
۴- داشتن وزن متعادل.
۵- اهمیت استرس زدایی.
۶- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.

جراحی کیسه صفرا

بیان مشکل	Problem Definition
ناموثر بودن الگوی تنفسي در رابطه با کاهش اکسیژناسیون ریوی و درد.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
مددجو قادر باشد: - توانایی حرکت کردن و سرفه و تنفس عمیق را نشان دهد. - از اسپیرومتری بطور صحیح استفاده کند. - صداهای تنفسي و نوع تنفس طبیعی باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. بررسی وضعیت تنفس انجام شود و از نظر وجود تنفس کم عمق و سریع مشاهده شود. ۲. صداهای ریوی را هر ۲ ساعت سمع کنید. ۳. هر ۲ تا ۴ ساعت يك بار اسپیرومتری تشویقي را انجام دهید. ۴. داروهای ضد درد تجویز شده را در هنگام حرکت و انجام حرکات تنفسي بدهید. ۵. به مددجو کمک کنید و به وي آموزش دهید هر ۲ ساعت سرفه نموده و حرکت کند و هر ساعت نیز تنفس عمیق انجام دهد. ۶. سر تخت را در زاویه ۲۰-۳۰ درجه بالا قرار دهید.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با ناشتا بودن و افزایش از دست دادن مایعات به دلیل وجود ساکشن معده.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- جذب و دفع متعادل باشد. - علائم حیاتی ثابت باشد. - مایعات به حد کفایت استفاده کند و تورگور پوستی نرمال باشد.	

توصیه های پرستاری
۱. بیمار را ناشتا حفظ کنید و از نظر کم آبی (تورگور ضعیف پوستی، خشکی مخاط، کاهش پرشدن مویرگی) پایش کنید. ۲. مایعات و الکترولیت ها و ویتامین K تجویز شده از طریق پرنترال داده شود. ۳. هر ۴ ساعت علائم حیاتی را پایش کنید. ۴. لوله معده با ساکشن فشار کم پایش شده و در صورت نیاز با مقدار نرمال سالیین معین شستشو داده شود. ۵. جذب و دفع را هر ۸ ساعت کنترل کنید. ۶. لوله تی و سیستم درناژ بسته آن اگر استفاده شده پایین شده و از نظر رنگ و مقدار مواد درناژ شده هر ۸ ساعت گزارش شود. در صورتی که بیش از ۵۰۰ سی سی در روز میزان محتویات باشد به پزشک گزارش کنید. ۷. نمکهای صفراي دستور داده شده را جایگزین کنید. ۸. الکترولیت های سرم، هموگلوبین و هماتوکریت و زمان پروتروبین را کنترل کنید. ۹. مدفوع را از نظر رنگ و ادرار را از نظر وجود بیلیروبین چک کنید. ۱۰. وزن روزانه را در صورت نیاز اندازه گیری کنید. ۱۱. مددجو تشویق به حرکت کردن شود.

بیان مشکل	Problem Definition
آسیب پوستی در رابطه با درناژ لوله، تغییر وضعیت تغذیه ای و پروسجرهای تهاجمی.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- زخم ها بهبود یابند.	
- اطراف زخم سالم، خشک و تمیز باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۲ ساعت و سپس هر ۴ ساعت محل انسزیون را از نظر خونریزی و درناژ چک کنید.	
۲. در صورت نیاز پانسمان را تعویض کنید.	
۳. در صورت درناژ زیاد و یا خونریزی به پزشک اطلاع داده شود.	
۴. انتهای زخم دارای درناژ را با کیسه استومی بپوشانید تا پانسمان استریل بماند و در صورت نیاز به راحتی تعویض شود.	
۵. در صورت نیاز به تزریق، با سرسوزن کوچک انجام شود و پس از تزریق مدتی بر روی محل فشار وارد آورید.	
۶. بهداشت دهان را رعایت کنید.	

۷. هر ۲ ساعت بازبودن لوله تي را بررسي نموده و از نظر پيچ خوردگي در لوله آن را مشاهده كنيد. ۸. هر ۲ ساعت تا ۴ ساعت پوست اطراف لوله تي را بررسي نموده و در صورت نياز با آب و صابون آن را شسته و خشك كنيد. ۹. در صورت نياز از چسب مونتگمري استفاده كنيد. ۱۰. پوست و صلبیه را از نظر وجود يرقان و خارش مشاهده كنيد. ۱۱. حواس مددجو را به فعاليت هاي ديگر پرت كنيد. ۱۲. طبق دستور پزشك پس از صرف غذا، لوله تي را ببنديد، مددجو را از نظر كرامپ و درد و نفخ مشاهده كنيد. در صورت بروز هر يك از علائم، كلمپ را باز نموده و به پزشك اطلاع دهيد. ۱۳. در صورت تحمل مددجو، وي را وادار به حركت كنيد.
اقدامات لازم در درمان با لوله تي: ۱. اتصال دادن لوله به سيستم درناژ و قرار دادن آن در پايين تر از محل برش جراحي. ۲. با نوار چسب لوله ارتباط دهنده بسته شود و حركت لوله تي آزاد باشد. ۳. بر روي لوله تي پد ۴*۴ قرار داده و آن را چسب بزنيد. ۴. پوست اطراف لوله تي را بررسي نموده و آن جا را خشك و تميز نگه داريد. ۵. هر ۸ ساعت مواد صفراوي دفع شده را اندازه گيري كنيد و در صورتي كه بيش از ۵۰۰ سي سي در روز باشد به پزشك گزارش كنيد. ۶. هر ۸ ساعت صداهاي شكمي را گوش كنيد. ۷. مدفوع را از نظر مقدار، قوام و رنگ (سياه شدن و يا خاكستري شدن) مشاهده كنيد. ۸. پس از بستن لوله تي با پزشك همكاري نماييد و در صورت وجود درد شكم، نفخ، لرز و تب، تهوع، پس از باز كردن لوله تي، به پزشك اطلاع دهيد. ۹. قبل و پس از صرف غذا، لوله تي را ببنديد تا هضم غذا تسهيل شود.

Problem Definition	بيان مشكل
درد در رابطه با مداخلات جراحي.	
Expected Outcomes	برآيند مورد انتظار:
- مددجو کاهش درد را بيان كند. - مددجو ظاهري آرام و بدون استرس داشته باشد.	
Nursing Recommendations	توصيه هاي پرستاري
۱. موضع، نوع و شدت درد را با معيار درد بررسي نماييد. ۲. داروي ضد درد تجويز شده را در صورت نياز بدهيد و اثرات آن را بررسي كنيد. ۳. محيط را آرام نگه داريد.	

۴. بطور مکرر تغییر وضعیت به مددجو بدهید و ماساژ پشت را انجام دهید. ۵. روش‌های آلترناتیو ضد درد را توصیه کنید و فعالیت‌های انحراف افکار از درد را بکاربرید.	
Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش‌های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- رژیم غذایی. ۲- مراقبت از محل بخیه و لوله تی. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- گزارش علائم ذیل به پزشک (افزایش درد در محل اپی گاستر- ادرار تیره- مدفوع بی رنگ- یرقان) ۵- افزایش تدریجی فعالیت ۶- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

اعمال جراحی لاپاروسکوپی ، لیزر آندوسکوپی، کوله سیستکتومی

بیان مشکل	Problem Definition
الگوی تنفسی نامؤثر در رابطه با کاهش اتساع ریوی و پرشدن شکم با دی اکسید کربن.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- صداهای تنفس نرمال باشد. - تنفس عمیق را هر ۸ ساعت انجام دهد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. تا زمانی که مددجو بتواند فعالیت مجدد داشته باشد، استراحت نسبی داشته باشد. ۲. وضعیت مددجو را به حالت نیمه نشسته (به پهلو چپ با خم کردن زانوی راست به طرف سینه و بازوی راست را خم کرد) ۳. از نظر وضعیت تنفسی تا ۸ ساعت هر ۴ ساعت یکبار صداهای تنفسی و وضعیت آن را بررسی کنید. ۴. به مددجو کمک دهید تا هر ۸ ساعت تنفس عمیق را انجام دهد. ۵. هر ۲ ساعت از اسپرومتری تشویقی استفاده کنید. ۶. ۳ تا ۴ ساعت پس از عمل با کمک حرکت کند.	

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات ناشی از ناشتا بودن، تهوع و استفراغ.	
برآیند مورد انتظار :	Expected Outcomes
- علائم حیاتی ثابت باشد. - جذب و دفع متعادل باشد. - تورگور پوستی طبیعی باشد. - مددجو رژیم غذایی را تحمل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. هر ۴ ساعت علائم حیاتی را کنترل کنید. ۲. از نظر علائم کم آبی چک کنید. ۳. وقتی تهوع کاهش یافت، لوله معده برداشته شود. ۴. وقتی مددجو تحمل نمود مایعات صاف شده بدون گاز برای وی شروع شود و رژیم کم کم به رژیم قبل از	

عمل تبدیل شود.
۵. در صورت عدم کنتراندیکاسیون، تشویق به خوردن مایعات کنید.
۶. هر ۸ ساعت جذب و دفع جمع زده شود.
۷. وقتی جذب و دفع متعادل شد، سوند ادراری برداشته شود.

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با انجام پروسیجر.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- کاهش درد و یا عدم آن گزارش شود. - مددجو آرام باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محل، شدت و مشخصات درد را با استفاده از معیار درد بررسی کنید. ۲. اثرات ضد درد تجویز شده را بررسی کنید. ۳. در صورت وجود درد و شدت یافتن آن به پزشک گزارش کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییر در سیستم محافظتی در رابطه با غیر طبیعی شدن پروفایل خونی به تبع خونریزی.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
پرستار قادر باشد: تغییر در سیستم محافظتی را کنترل کند.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. پانسمان از نظر خون و محتویات درناژ شده پایش شود و در صورت نیاز تعویض گردد. ۲. شکم از نظر درد شدید و یا متسع شدن بررسی شود. ۳. علائم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل شود.	
آموزش به بیمار	Patient Education
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید. ۱- رژیم غذایی و دریافت مایعات. ۲- مراقبت از محل برش. ۳- اهمیت دوره های استراحت در بین فعالیتها. ۴- گزارش علائم به پزشک (قرمزی و ادم و درناژ زخم، اتساع شکم، تهوع و استفراغ، درد شدید) ۵- عدم برداشتن اجسام سنگین بیش از ۱۰ پوند.	

راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

پانکراتیت حاد و مزمن

بیان مشکل	Problem Definition
نقص در حجم مایعات در رابطه با از دست دادن مایعات به طور غیر طبیعی در پی استفراغ، تب، و یا آسپیراسیون	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
	- علائم حیاتی ثابت شود. - الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی باشد. - تورگور پوستی در حد طبیعی باشد. - جذب و دفع به حالت تعادل باشد.
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
	۱. در وضعیت ناشتا قرار داده شود و وضعیت مایعات بررسی شود: تورگور پوست، وضعیت مخاط پوششی و رطوبت آن، پرشدن کامپله‌ها. ۲. اگر اندیکاسیون داشته باشد، مایعات و الکترولیت‌ها، ویتامین‌ها، آلبومین و آنتی بیوتیک از طریق پرنترال برقرار شود. ۳. کنترل کردن لوله معدی – روده‌ای و ساکشن متناسب با فشار کم و شستشوی آن با مقدار نرمال سالین تعیین شده و اندازمگیری دفع محتویات معده هر ۴ ساعت و چک اسیدیته آن. ۴. صداهای روده‌ای و شکم را هر ۴ ساعت سمع کنید. ۵. از نظر نفخ شکم، استفراغ و کاهش صداهای روده‌ای پس از برداشتن لوله معدی – روده‌ای مشاهده کنید. ۶. علائم حیاتی را هر ۲-۴ ساعت کنترل کنید. پالس اپیکال را چک کنید. ۷. گازهای خون شریانی و پالس اکسی متری و کاتتر سوان گنز را کنترل کنید. ۸. هر ساعت دفع ادراری بررسی شود و دفع ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت به پزشک گزارش شود. ۹. هر ۸ ساعت جذب و دفع جمع بسته شود. ۱۰. از نظر عدم تعادل کلسیم و الکترولیت‌ها و گلوکز و عملکرد کبدی و پروترومبین کنترل کنید. ۱۱. ادم محیطی را بررسی کنید. ۱۲. تشویق به حرکت کردن مددجو هر ۱ ساعت و استفاده از جوراب واریس.

بیان مشکل	Problem Definition
خطر عفونت در رابطه با ناکافی بودن دفاع اولیه، عدم تعادل تغذیه‌ای.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- مددجو تب نداشته باشد. - صداهای تنفسی طبیعی باشد. - پوست، تمیز و خشک حفظ شود. - ادرار بدون عفونت باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. در صورت نیاز آنتی بیوتیک دستور داده شده مصرف شود. ۲. مددجو را به تغییر وضعیت مکرر تشویق کنید. ۳. وضعیت تنفسی از نظر صداهای ریوی، سرفه، خلط، تنفس کم عمق، تجمع مایعات کنترل شود. ۴. پانسمان به روش استریل تعویض شود و زخم را از نظر علائم عفونت (قرمزی) حساسیت، افزایش ترشحات) کنترل کنید. ۵. لوله‌ها و درن‌ها و کاتترها و لاین‌های وریدی به روش آسپتیک تعویض شوند. ۶. شستن دست‌ها با روش صحیح قبل از انجام هر کاری برای مددجو. ۷. کمک و آموزش به مددجو که هر ۲ ساعت جابجا شود و سرفه کند و تنفس عمیق هر نیم ساعت و انجام اسپرومتری تشویقی هر ۲ ساعت صورت گیرد. ۸. هر ۲ تا ۴ ساعت بهداشت دهان و پوست انجام شود. پوست را از نظر قرمزی و یا شکسته شدن پوست مشاهده کنید. ۹. علائم یرقان مشاهده شود، پوست، ادرار بررسی شود. ۱۰. افزایش درجه حرارت را کنترل کنید (درجه حرارت بیش تر از ۳۸/۲ درجه سانتی‌گراد). ۱۱. ادرار را از نظر عفونت کنترل کنید. ۱۲. در صورت نیاز آنتی بیوتیک دستور داده شده را مصرف کنید. ۱۳. تشویق به تغییر وضعیت به‌طور مکرر.	

بیان مشکل	Problem Definition
درد در رابطه با انسداد مجاری پانکراس و صفرا.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- ابراز نماید دردش کاهش یافته است. - آرامش و راحتی در ظاهر فرد مشاهده شود.	

توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱. محیط آرامی برای مددجو فراهم کنید. ۲. نوع و شدت و محل درد را بررسی کنید و از معیار برای اندازه گیری درد استفاده کنید. ۳. اثرات دارویی ضد درد را اندازه گیری کنید. ۴. از مصرف مرفین خودداری کنید و از مپریدين با دوز مکرر و کم استفاده کنید. ۵. روش های آلترناتیو ضد درد، تنفس عمیق، آرام سازی، تصویر سازی (افکار مثبت) آموزش داده شود. ۶. تغییر وضعیت مکرر داده شود. ۷. تمرینات ورزشی هر ۴ ساعت (ورزش های فعال و اندام های مختلف) انجام شود. ۸. هنگامی که اجازه داده شد مددجو را با کمک حرکت دهید. ۹. داروهای آنتی اسید و سایمتیدین تجویز شده را مصرف کنید.	

بیان مشکل	Problem Definition
تغییرات تغذیه ای کمتر از نیاز بدن در رابطه با بی اشتها، استفراغ و یا کاهش آنزیم های گوارشی.	
برآیند مورد انتظار:	Expected Outcomes
- مددجو قادر باشد رژیم غذایی متعادل را تحمل کند. - ادرار و مدفوع در حد متعادل باشد. - وزن مددجو در حد متعادل باشد.	
توصیه های پرستاری	Nursing Recommendations
۱- صدهای روده ای را کنترل کنید. ۲- با پزشک، متخصص تغذیه همکاری کنید و در هنگامی که مددجو تحمل کند رژیم غذایی از مایع به نرم و پروتئین و پرکالری و کم چربی یا رژیم دیابتی به مقدار کم و در وعده های متعدد بدهید. ۳- در صورت تجویز و جایگزین مواد صفراوی و پانکراس، از خوردن این مواد غذایی با غذاها و مایعات گرم خودداری شود. ۴- از مصرف چای، قهوه و محرک ها و مواد غذایی تولید کننده گاز خودداری شود. ۵- از نظر تحمل به مواد غذایی مددجو را کنترل کنید. ۶- اقدامات مراقبتی از نظر بهداشت دهان قبل و پس از غذا را فراهم کنید. ۷- در صورت تجویز انسولین، آنتی اسیدها و آنتی کولی نرژیک ها، از نظر عوارض جانبی و اثرات آن بررسی شوند. ۸- وزن مددجو را روزانه کنترل کنید. ۹- مدفوع را از نظر قوام، رنگ، مقدار و تکرار کنترل کنید. ۱۰- قند ادرار و استون آن بررسی شود.	

Patient Education	آموزش به بیمار
به مددجویان آموزش های ذیل را ارائه و به صورت کتابچه در اختیار آنها قرار دهید: ۱- رژیم غذایی مصرف الکل و ارتباط آن با پانکراتیت. ۲- دیابت، انسولین درمانی و تست خون و علائم و عوارض بیماری. ۳- داروهای مورد مصرف، دوز، تنظیم، عوارض جانبی. ۴- تشویق به پیگیری و مراجعه مجدد.	

منابع
• Eaden, J. A. Mayberry, J . F. (2002). Guidelines for screening and surveillance of asymptomatic colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease . www.gutjnl.com. • Tucker, M.S. Caanobbio ,M.M. Paquette,V.E. Wells, F,M. (2000). Patient care standards : Collaborative Planning & Nursing Intervention . St . Louis: Mosby. • WPCT Bowel Care Guidelines. BOWEL CARE GUIDELINES (ADULT) . June 2007. • Wanke, C. A. (2008). Patient information: Acute diarrhea in adults . www. Acg.gi.org/patient/ gihealth/diarrhea.asp • Ulrich ,S . P. & Canale, S. W. (2005). Nursing Care planning Guides for Adults in Acute , Extended and Home Care Settings . 6 Ed . St .Louis: Elsevier Saunders. Prevention of constipation in the older adult population: Summary of recommendations . Nursing Best Practice Guideline. www.rnao.org/bestpracticesOM • http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/_nursing-infirm/2001_ped_guide/chap_12a-eng.ph National Collaborating Centre for Acute Care. Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 Nov. 451 p. [384 references

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008 Sep. 57 p. (SIGN publication; no. 105). [194 references]
- Smeltzer, S. C, Bare, B. G. Brunner, L.S & Suddarths, D.s. (2008). Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th. Philadelphia: Lippincott.
- برونر و سودارت « پرستاری داخلی – جراحی درد ، الکترولیت ، شوک ، سرطان ، مراقبت پایان عمر ». ژيلا عابد سعیدی و دیگران (مترجمین) ، تهران . انتشارات سالمی ، ۱۳۸۳
- -راهنمای برنامه مراقبتهای پرستاری اولریچ، ترجمه نیره براهیمی و دیگران ، ناشر گلبن ، ۱۳۸۴
- - لاکمن، درسنامه پرستاری بیماریهای داخلی جراحی I ، ترجمه آتش زاده ، فروزان و دیگران انتشارات آبیژ. ۱۳۸۴