



فصل بیستم
سالمندی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ☆ نوع فعالیت: کنترل بی اختیاری ادرار در سالمندان
 اهداف:

۱- باز آموزی کنترل ادرار

۲- یادگیری کنترل رفتار

۳- حفظ استقلال

وسایل مورد نیاز:

برگه ثبت بازآموزی ادرار- دستکش - لوبریکنت - کرم مرطوب کننده - پد - لگن - ظرف جمع آوری نمونه - برچسب نام بیمار - درخواست فرم آزمایشگاه - در صورت نیاز کاتتر ادراری.
 عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار سوال می کند که چه زمانی متوجه نشت ادرار شده است.			
۲	از بیمار سوال می کند شروع بی اختیاری ناگهانی یا تدریجی بوده است.			
۳	الگوی بی اختیاری ادرار را از سالمند سوال می کند: الف - آیا معمولاً بی اختیاری در طی روز یا شب اتفاق می افتد؟ ب - آیا بی اختیاری بلافاصله پس از تخلیه مثانه رخ می دهد؟ پ- آیا برای تخلیه ادرار اضطراب دارد؟ ت - چه میزان می تواند ادرار خود را کنترل کند، آیا کنترل متوسطی بر ادرار دارد؟ ث - آیا بی اختیاری ادرار به طور کامل رخ می دهد؟ ج - در صورتی که گاهی اوقات کنترل بر ادرار کردن وجود دارد چه موقع و چگونه صورت می گیرد؟			
۴	وجود دیگر مشکلات همراه با آن را سوال می کند: - تردید در ادرار کردن، تکرر ادرار ، اضطراب در ادرار، شب ادراری، کاهش قدرت ادرار کردن و قطع جریان ادرار			
۵	از سالمند در مورد درمان هایی که تاکنون برای کنترل بی اختیاری انجام داده است سوال می کند.			

۶	در مورد مصرف داروهای بدون نسخه از سالمند جويا می شود.		
۷	محیط زندگی سالمند را بررسی می کند: الف- آیا دسترسی به توالت آسان است؟ ب - چه مدت طول می کشد تا سالمند به توالت برسد؟ پ- پس از ورود به توالت چقدر سریع می تواند لباس هایش را درآورد؟		
۸	وضعیت روانی و عملکرد شناختی سالمند را بررسی می کند.		
۹	میزان دریافت مایعات روزانه را مشخص می کند.		
۱۰	تاریخچه دارویی و غذایی که می تواند بر جذب و دفع بیمار تأثیر بگذارد را جويا می شود.		
۱۱	تاریخچه پزشکی بیمار از جمله تعداد و روش زایمان ها و هیستریکتومی (در بانوان)، سابقه بروز عفونت سیستم ادراری، وجود بیماری پروستات، دیابت، صدمه یا ضربه به ستون مهرهها، سکت، سابقه جراحی مثانه، پروستات یا جراحی لگنی، وجود بیماریهایی نظیر دلیریوم، دهیدراتاسیون، احتباس ادراری، محدودیت حرکتی، یبوست، عفونت، التهاب و پرنوشی را بررسی می کند.		
۱۲	مجرای ادراری را از نظر وجود التهاب یا نقص آناتومیکی بررسی می کند.		
۱۳	لباس زیر بیمار را از نظر نشت ادرار کنترل می کند.		
۱۴	در صورت مشاهده علائم احتباس ادراری، شکم را از نظر وجود تورم مثانه به آرامی لمس می کند.		
۱۵	حساسیت زاویه مهره ای- دنده ای را بررسی می کند.		
۱۶	در صورت امکان یک اورولوژیست بیمار را ویزیت کند.		
۱۷	یک نمونه ادرار جمع آوری کرده و به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۸	برنامه بازآموزی کنترل ادرار را اجرا می کند.		
۱۹	قبل از اجرای بازآموزی کنترل ادرار ۲۴ تا ۴۸ ساعت الگوی دفع ادراری را ثبت می کند.		
۲۰	توصیه می کند بیمار تا قبل از ساعت ۶ بعد از ظهر ۶ تا ۸ لیوان آب بخورد.		
۲۱	از ورزش های تقویت کننده عضلات کف لگن استفاده می کند.		
۲۲	برای کنترل بی اختیاری، وضعیت عملکردی و روانی بیمار را کنترل می کند.		

			۲۳	به طور مرتب به او تذکر می دهد که ادرار کند.
			۲۴	او را در رفتن به دستشویی یاری می دهد.
			۲۵	تمام موارد بازآموزی کنترل مثانه، جدول تعداد دفعات رفتن به توالت، دریافت مایعات و غذا و میزان دفع را ثبت می کند. طول مدت زمان کنترل بیمار را ذکر می کند. همزمان با درمان وی به وجود هر نوع عارضه از جمله مشکلات هیجانی و شکنندگی پوست و عفونت توجه می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

* نوع فعالیت: کنترل بی اختیاری مدفوع در سالمندان

اهداف:

۱- حفظ استقلال

۲- پیشگیری از عوارض

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گوشی برای شنیدن صداهای روده ای - ژل لوبریکنت - کرم مرطوب کننده - پد - لگن - ظرف جمع آوری نمونه - برچسب - فرم درخواست آزمایشگاه - در صورت لزوم ظرف جمع آوری مدفوع

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار در مورد زمان و شروع بی اختیاری، طول مدت آن، شدت و الگوی آن (در طی شب یا توام با اسهال) سوال می کند.			
۲	تاریخچه ای از وضعیت اختلالات دستگاه گوارش، نورولوژی و روانی کسب می کند.			
۳	در طی ۲۴ ساعت تکرار، تداوم و حجم مدفوع را مشخص می کند.			
۴	در صورت لزوم یک نمونه مدفوع تهیه می کند.			
۵	از پدهای جاذب رطوبت استفاده می کند.			
۶	وجود یبوست مزمن، اختلالات نورولوژیکی و گوارشی و سوء مصرف مسهلها را جویا می شود.			
۷	شکم را از نظر وجود نفخ بررسی می کند.			
۸	به صداهای روده ای گوش می دهد.			
۹	در صورت لزوم، روده را از نظر وجود مدفوع فشرده بررسی می کند.			
۱۰	بیمار را از نظر مصرف داروهای مؤثر بر تحرک روده بررسی می کند.			
۱۱	در صورت توانایی بیماران مبتلا به بی اختیاری مزمن، برنامه بازآموزی دفع روده ای را اجرا می کند.			
۱۲	به بیمار توصیه می کند از رژیم غذایی پرفیبر، حاوی مقدار زیادی مواد خام و سبزیجات برگ دار (نظیر هویج و کاهو)، میوه جات بدون پوست (نظیر سیب)، غلات کامل (نظیر گندم یا دانه جو و غلات) استفاده کند.			

			بیمار را به دریافت مایعات کافی تشویق می کند.	۱۳
			به بیماران سالمند توصیه می کند که مصرف مسهل ها را کاهش دهند.	۱۴
			توصیه می کند از مسهل های طبیعی نظیر آلو یا آب آلو استفاده کنند.	۱۵
			با توضیح تأثیر تحرک بر حرکت روده ها سالمندان را به انجام منظم ورزش تشویق می کند.	۱۶
			همه موارد را به طور کامل ثبت می کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ☆ نوع فعالیت: دارو درمانی در سالمندان
 اهداف:

- ۱- پیشگیری از مشکلات ناشی از عوارض دارویی
- ۲- دریافت دارو به طور مناسب.

وسایل مورد نیاز:

برگه ثبت دارویی - داروی مورد نظر - دستورالعمل کتبی در مورد میزان دارو - در صورت نیاز
 وسایل کمکی مصرف دارو (ظرف محتوی دارو، تقویم یا دیگر روش های کمکی)
 عامل انجام کار: پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	توانایی مصرف دارو توسط بیمار را بررسی می کند.			
۲	تاریخچه ای از وضعیت سلامتی و مصرف دارو توسط بیمار تهیه می کند.			
۳	توانایی فیزیکی بیمار در مصرف دارو را در نظر می گیرد: الف- آیا می تواند برچسب دارو و دستور العمل آن را بخواند؟ ب- دارو را از طریق مشاهده یا لمس کردن تشخیص می دهد؟ ج- می تواند درب جعبه دارو را به راحتی باز کند؟			
۴	مهارت های شناختی بیمار را بررسی می کند: الف- آیا می تواند داروی تجویز شده را در زمان صحیح آن مصرف کند؟ ب- آیا می داند دارو را در کجا قرار داده است؟			
۵	شیوه زندگی بیمار را بررسی می کند: الف- آیا همراه خانواده یا دوستانش زندگی می کند؟ ب- آیا به تنهایی یا به همراه یک همسر ناتوان زندگی می کند؟			
۶	بیمار را به آژانس های اجتماعی مناسب ارجاع می دهد تا از دریافت اصولی دارو و کمک های مالی اطمینان یابد.			
۷	باورهای بیمار در مورد مصرف دارو را بررسی می کند.			
جلوگیری از واکنش ناشی از عدم توانایی				
۸	در مورد نام دارو، اثرات آن و عوارض سوء احتمالی با بیمار صحبت می کند.			

			در مورد تمام داروها با نسخه، بدون نسخه و گیاهی که در حال دریافت آن است یا در گذشته مصرف کرده است از بیمار می پرسد.	۹
			در مورد نام دارو سوال می کند و می پرسد چرا، چه زمان و چگونه آن دارو را مصرف می کرده است.	۱۰
			سوال می کند که آیا به توصیه دیگران دارو مصرف کرده است.	۱۱
			به بیمار تذکر می دهد که می تواند برای پیشگیری از تداخلات دارویی نام تمام داروهای مصرفی و دیگر اطلاعات کسب شده را در کامپیوتر قرار دهد.	۱۲
			توصیه می کند همیشه از یک داروخانه دارو تهیه کند، به ویژه داروخانه هایی که برای هر مصرف کننده یک پرونده دارویی دارند.	۱۳
			توصیه می کند تا بیمار با دکتر دارو ساز در مورد عوارض آن مشورت کند.	۱۴
			در مورد تداخلات دارویی با بیمار صحبت می کند.	۱۵
کمک به افزایش توانایی بیمار				
			در صورتی که بیمار نمی تواند نام دارو را بخواند از حروف بزرگ برای نوشتن دستور العمل دارو استفاده می کند.	۱۶
			عادات مصرف دارو را در بیمار تغییر می دهد.	۱۷
			تأکید می کند کدام دارو را باید همراه غذا و کدام دارو را با معده خالی مصرف کند.	۱۸
			به بیمار کمک می کند تا بر اساس عادات غذایی خود جدول مصرف دارو را تنظیم کند.	۱۹
			وی را یاری می دهد تا روش آسان تری را برای مصرف دارو پیدا کند.	۲۰
			توصیه می کند که اگر بیمار نمی تواند به راحتی قرص یا کپسول را ببلعد از پودر یا شربت استفاده کند.	۲۱
			دقت می کند که چه داروهایی را نمی تواند خرد کند.	۲۲
			در صورتی که بیمار زمان مصرف دارو را فراموش می کند از یک وسیله یادآور برای مصرف دارو در زمان صحیح استفاده می کند.	۲۳
			برای یادآوری مصرف و خرید دارو از جدول، چک لیست یا آلارم ساعت مچی استفاده می کند.	۲۴

			گاهی اوقات بیماران به دلیل مشکلات مالی، از تهیه دوباره دارو اجتناب می کنند یا داروها را بر طبق دستور مصرف نمی کنند تا زمان استفاده از آن طولانی شود. در این مواقع از نظر دریافت حمایت های مالی وی را راهنمایی می کند.	۲۵
			تمام یافته های ناشی از بررسی و تست های آزمایشگاهی را در چارت بیمار ثبت می کند. تمام موارد آموزش داده شده به بیمار، اعضای خانواده و دیگر مراقبین بهداشتی و وسایل کمک آموزشی را ذکر می کند. تمام داروها، میزان آن و واکنش های سوء و تداخلات دارویی را ذکر می کند. به بیمار توضیح می دهد تا رژیم دارویی خود را به خوبی درک کند. آژانس های اجتماعی یا بهداشتی که بیمار را به آن ارجاع داده است قید می کند.	۲۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پیشگیری و کنترل زمین خوردن سالمندان

هدف:

پیشگیری از صدمه و آسیب در سالمندان

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - فشار سنج - مسکن - کمپرس سرد و گرم - بالش - پتو - تجهیزات احیاء اورژانس در صورت لزوم - مانیتور الکتروکاردیوگرام (ECG) در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پیشگیری از زمین خوردن				
۱	بیمار را از نظر خطر زمین خوردن کنترل می کند.			
۲	به هر نوع تغییر در محیط توجه می کند.			
۳	عوامل خطرزا را در اتاق بیمار تعدیل می کند.			
۴	شب ها نور مناسب در محیط برقرار می کند.			
۵	وسایل شخصی بیمار نظیر کیف پول، کتاب، دستمال یا عصا را در جایی قرار می دهد که دسترسی به آن آسان باشد.			
۶	برای پیشگیری از سرگیجه به بیمار آموزش می دهد به آهستگی از حالت نشسته تغییر وضعیت دهد.			
۷	فاصله تخت با زمین زیاد نباشد تا بیمار بتواند در هنگام بلند شدن از تخت به راحتی پاهای خود را به زمین بگذارد.			
۸	چرخ های تخت را قفل می کند.			
۹	نرده های کنار تخت را بالا می کشد.			
۱۰	از کف پوش های غیر لغزنده استفاده می کند.			
۱۱	در صورت درخواست بیمار از طریق زنگ به وی پاسخ می دهد تا نیاز به پائین آمدن از تخت به تنهایی نباشد.			
۱۲	بیمار را هر ۲ ساعت کنترل می کند. بیماران با شرایط ویژه را هر ۳۰ دقیقه یک بار کنترل می کند.			
۱۳	مراقبین بیمار را از احتمال زمین خوردن آگاه می کند.			
۱۴	دو بیمار با شرایط ویژه را در یک اتاق قرار می دهد و یک مراقب به طور تمام وقت در آنجا حضور می یابد.			

			برای بهبود هماهنگی عضلات بیمار، وی را به انجام ورزش در محدوده طبیعی تشویق می کند.	۱۵
کنترل زمین خوردن				
			چنانچه بیمار در حال زمین خوردن است وی را به سمت خود می کشد.	۱
			بدن وی را حمایت می کند به ویژه سر و قفسه سینه وی را به آرامی روی زمین قرار می دهد.	۲
			در صورت امکان وی را روی زمین می نشاند.	۳
			از پاهای خود برای تصحیح مرکز ثقل بدن بیمار استفاده می کند.	۴
			به منظور پیشگیری از صدمه به خود به جای خم کردن پشت، زانوها را خم می کند.	۵
			خونسردی خود را حفظ می کند.	۶
			از پرستار دیگری می خواهد وسایل مورد نیاز از قبیل گوشی پزشکی و دستگاه فشار خون را بیاورد.	۷
			جهت اطمینان از این که افتادن به دلیل ایست قلبی-تنفسی نبوده است، تنفس و جریان خون بیمار را کنترل می کند.	۸
			در صورت نبود نبض و تنفس برای انجام احیاء قلبی-ریوی کد اعلام می کند.	۹
			سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند.	۱۰
			برای تعیین وسعت صدمه بیمار به علایمی نظیر پارگی، ساییدگی و یا تغییر شکل های قابل مشاهده دقت می کند.	۱۱
			به پزشک اطلاع می دهد.	۱۲
			بیمار را از نظر وجود خونریزی ساب دورال کنترل می کند.	۱۳
			در صورتی که در هنگام سقوط در محل حضور ندارد از بیمار هوشیار می پرسد که چه اتفاقی افتاده است.	۱۴
			وجود درد و تغییر در هوشیاری را جویا می شود.	۱۵
			تا قبل از ارزیابی کامل وضعیت بیمار، وی را حرکت نمی دهد.	۱۶
			قدرت و حرکت اعضاء بدن بیمار را بررسی می کند.	۱۷
			در صورت وجود شک به شکستگی، از حرکت دادن اعضاء بیمار خودداری می کند.	۱۸
			همان طور که بیمار روی زمین قرار دارد تا پزشک برسد از بالش و پتو برای راحتی بیمار استفاده می کند.	۱۹

			در صورتی که به صدمه طناب نخاعی مشکوک است بالش را زیر سر بیمار نمی گذارد.	۲۰
			در صورتی که هیچ مشکلی وجود ندارد به کمک پرستار دیگر بیمار را به تخت بازمی گرداند.	۲۱
			در صورت نیاز برای تعیین شکستگی از X-ray استفاده می کند.	۲۲
			بیمار را تا ۲۴ ساعت یا براساس پروتوکل بیمارستان خود کنترل می کند.	۲۳
			اگر بیمار اختلالی را نشان نمی دهد علایم حیاتی وی را هر ۱۵ دقیقه به مدت ۱ ساعت و سپس هر ۳۰ دقیقه به مدت ۱ ساعت و سپس هر ۲ ساعت تا پایدار شدن شرایط کنترل می کند.	۲۴
			ارزیابی های اولیه را برای کاستن درد و ناراحتی بیمار انجام می دهد.	۲۵
			در صورت وجود دستور پزشک از مسکن استفاده می کند.	۲۶
			در ۲۴ ساعت اول از کمپرس سرد و پس از آن کمپرس گرم استفاده می کند.	۲۷
			محیط را از نظر وجود عوامل خطر زامجداً کنترل می کند.	۲۸
			با بیمار صحبت می کند که چگونه این اتفاق رخ داد و علت بروز حادثه را بررسی می کند.	۲۹
			در صورت لزوم بیمار را به بخش فیزیوتراپی ارجاع می دهد.	۳۰
			پروتکل جدیدی برای پیشگیری از سقوط بیماران پیشنهاد می دهد.	۳۱
			پس از رخداد سقوط به منظور پیشگیری از رخدادهای دیگر، تمام جزئیات حادثه را ثبت می کند. در گزارش حادثه باید محل و زمان سقوط، اینکه بیمار در چه وضعیتی پیدا شد، عدم هوشیاری، واکنش بیمار به سقوط و جزئیات شرایط قید شود. تمام مداخلات انجام شده و نام دیگر همکارانی که کمک نموده اند، نام پزشک، زمان و تاریخ اطلاع حادثه به وی قید شود. نسخه وی از گزارش پزشک ضمیمه باشد. در صورتی که بیمار به قسمت های دیگر ارجاع داده شده، ذکر شود. به جز جزئیات سقوط، علایم حیاتی بیمار را نیز ثبت می کند. در صورتی که بیمار را از نظر بروز عوارض پایش می کند آن را ذکر می کند.	۳۲