

	یا من اسمہ دواء و ذکرہ شفاء	
---	-----------------------------------	---

مراقبت از بیمار بقرار



معصومه مہدی - کارشناس پرستاری تابستان ۱۴۰۲

مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی قلب و عروق

شهید مدنی تبریز

<http://madanihosp.tbzmed.ac.ir>

اهداف مراقبت از بیمار بقرار

تأمین ایمنی بیمار، بررسی علل بیقراری و رفع آنها ، استفاده مناسب از داروهای آرامبخش ، عدم استفاده از محدود کننده های فیزیکی تا حد امکان (ایجاد بیقراری بیشتر در بیمار) پیشگیری از کشیدن و دستکاری کاتترهای تهجمی توسط بیمار.

شرایط استفاده از مهار فیزیکی: پیشگیری از عوارض (اختلالات روانی، اختلال در گردش خون، آسیب به پراکیال ، از بین رفتن تداوم پوست) با توجه به نبض های انتهایی عضو، بررسی پرشدگی مویرگی ، قرار دادن عضو در راستای بدن ، بستن نوار مهار کننده به نرده کنار تخت.

علل و عوامل متعددی ممکن است موجب بیقراری بیمار بستر در بخش ها بخصوص بخش های ویژه شوند که مهمترین آنها عبارتند از:

درد ، اضطراب ، هذیان، اختلالات الگوی خواب

درد : اگرچه درد بیمار بطور روتین با استفاده از داروها تسکین داده می شود ، اما ۵۰٪ بیمارانی که مرخص شده اند ، بخصوص بیمارانی ICU از درد به عنوان بدترین تجربه یاد کرده اند . درد یک حس ذهنی بوده و می توان شدت ، مدت ، موضع و کیفیت آن را تعیین نمود.

اضطراب: اضطراب با احساس ترس شدید و نگرانی که بیشتر منشاء داخلی دارند تا خارجی ، مشخص می شود .

* آژیتاسیون ترکیبی از اضطراب و افزایش فعالیت حرکتی است

* دلیریوم یک سندرم اختصاصی در اختلال وضعیت روانی است که ممکن است اضطراب جزئی از این سندرم باشد یا نباشد.

هذیان: هذیان با عدم هوشیاری ، گیجی، اختلالات درکی، بیقراری، انحراف فکر و اختلال چرخه خواب و بیداری مشخص می شود .

علل گیجی معمولاً " چند عاملی است و شامل اختلالات متابولیکی، استفاده از داروهای متعدد (مخدرها، آنتی آریتمی ها، بنزودیازپین ها، دیفن هیدرامین و فاموتیدین)

بی حرکتی ، عفونت (مخصوصاً عفونت دستگاه ادراری، مجاری تنفسی فوقانی)، دهیدراتاسیون ، عدم تعادل الکترولیت ها، اختلالات حسی و عوامل محیطی می باشد .

- درمان هذیان مشکل است ، لذا باید به پیشگیری اندیشید . هذیان شایعترین اختلال رفتاری در بیمار بخش مراقبتهای ویژه بوده و در بیمار مسن شایعتر است.

اختلالات الگوی خواب: بیمار بدهال و بستری در بخش مراقبتهای ویژه ، دچار تغییر در الگوی خواب می شوند . درد و اضطراب در بیمار بدهال که به رغم تلاش تیم درمان از بین نمی رود ، خوابیدن را برای بیمار مشکل می کند .

عوامل موثر در ایجاد اختلال الگوی خواب و بیداری

بیماری قلبی عروقی ، بیماری مزمن انسدادی ریه، تغییرات متابولیک ، درد ، اضطراب و ترس ، هذیان ، داروها نظیر بتا بلوکرها ، گشاینده های عروق ، بنزودیازپین ها، مخدرها، سرو صدا ، مکالمات کارکنان ، زنگ هشدار دستگاه ها ، نور ، دما، فقدان خواب معمول و خواب غیر راحت.

اقدامات:

۱. برقراری ارتباط مستقیم و موثر با بیمار و توضیح به آنها در مورد کنترل درد، بهترین روش برای ایجاد راحتی و رفع ترس آنها می باشد.
۲. باید به بیمار توضیح داد مصرف داروهای مخدر در بیمارستان موجب اعتیاد دارویی نمی شود .

۳. استفاده از پارامترهای فیزیولوژیک نظیر افزایش تعداد ضربان قلب و حالت چهره برای تعیین شدت درد چندان مناسب نیست ولی در مواردی که امکان برقراری ارتباط یا بیمار نیست، ناچار از این نشانه ها استفاده می شود.

۴. تسکین درد در بیماران با استفاده از داروهای مخدر (مورفین، فنتانیل و...) و یا غیر مخدر انجام می شود.

۵. آرام کردن بیمار مضطرب، صحبت کردن و کمک به سازگاری او با محیط و در صورت نیاز استفاده از داروهایی نظیر میدازولام، پروپوفول و لورازپام

۶. جهت کاهش استرس و اضطراب، پرستار در ارتباط نزدیک با بیمار می باشد و در کلیه مراحل آموزش و توجهات روحی را انجام می دهد.

۷. پرستار بیمار را با صدا زدن نام و معرفی خود تحریک حسی می نماید.

۸. پرستار محیط فیزیکی را برای بیمار معرفی می کند و در مورد صداها و وسایل، اهداف درمانی و شرایط آلارمها توضیح میدهد و در زمان شب صداها را محدود می کند.

۹. پرستار روشنایی بخش را اصلاح می کند سیکل های روز و شب با روشنایی محیطی تنظیم می شوند. چشمان بیمار را با گاز یا شیلد در طول شب می بندد.

۱۰. پرسنل هیچ گاه لامپ بالای سر بیمار را بدون اطلاع به بیمار و بطور ناگهانی روشن نمی کند.

۱۱. پرستار محیط خصوصی را برای بیمار فراهم می نماید و بیمار را همواره مورد احترام قرار می دهد و قلمرو شخصی برای بیمار فراهم می نماید.

۱۲. عریان شدن بیمار سبب احساس ترس و اضطراب و ناتوانی در بیمار می گردد. پرسنل درمانی از عریان کردن بیمار خودداری می کند.

۱۳. جلوگیری از ازدحام هر بیمار بر اساس شرایط و فقط داشتن یک همراه

۱۴. اجرای دستورات و پروسیجرهای پزشکی، پرستاری و نظافت بخش در ساعت های مشخص به صورتی که با ساعتهای استراحت بیمار مداخله نداشته باشد.

در صورت ادامه بیقراری :

۱۵. مهار فیزیکی با دستور پزشک انجام می شود.

۱۶. نوار مناسب مهار (پد دار، قابل انعطاف و عرض مناسب) انتخاب می شود. نوارها باید به خود تخت بسته شوند نه به نرده های آن

۱۷. نوارها به شکلی بسته می شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد.

۱۸. پس از بستن عضو، نبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی هر ۱ ساعت توسط پرستار بررسی می شود.

۱۹. وسایل مهار هر ۲ ساعت توسط پرستار یا کمک بهیار برداشته شده و مجدد بسته می شود.

۲۰. هر ۲ ساعت بیمار تغییر وضعیت داده می شود.

۲۱. هر ۱۲ ساعت بیمار از لحاظ ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی می شود.

مهار شیمیایی

۱. استفاده از مهار شیمیایی تنها با دستور پزشک مجاز است و تمديد آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد و پزشک هنگام تجویز دارو سطح سداتیو پایه بیمار را بر اساس معیار Richmond تعیین می کند.

۲. ارزیابی علائم حیاتی، راه تنفسی و سیستم گردش عصبی و عروقی قبل از تزریق داروهای آرامبخش توسط پرستار صورت می گیرد. بعد از اجرای مهار شیمیایی عوارض احتمالی را بررسی می نماید.

۳. در صورت استفاده از مهار شیمیایی (در حالت خواباندن بیمار برای مدت طولانی) بیمار از نظر زخم بستر کنترل شده هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن انجام می گردد و از تشک مواج استفاده می شود.

۴. پس از تزریق دارو، بیمار از نظر سطح هوشیاری - وضعیت همودینامیک - تهویه - اکسیژن رسانی - آپنه - افت فشار خون - اغما - ضعف تنفسی کنترل می شود.

۵. در صورت بروز کم فشاری خون طبق دستور پزشک، تجویز داروهای آرامبخش قطع و مایعات و داروهای وریدی مانند فنیل افرین یا افرین را جهت بالا بردن فشار خون تا سطح پایه توسط پرستار استفاده می گردد.

۶. پس از تزریق داروهای آرامبخش حفاظت تخت بیمار باید بالا برده شود و تا بازگشت سطح هوشیاری بیمار تحت پایش قرار می گیرد.

۷. کلیه اقدامات فوق در پرونده و گزارش پرستاری ثبت میگردد و تمام داروهای سداتیو مورد استفاده شده در آرامبخشی متوسط و عمیق توسط ۲ کارشناس پرستاری چک و اجرا می شود.

منبع

برونر - پرستاری داخلی - جراحی، ۱۳۹۹