

کلیوی - ادراری

۱-۴-عدم کنترل ادرار در رابطه با:

- ۱-درگیری نرون محرکه فوقانی،(صدمه طناب نخاعی بین کورتکس مغز و مهره های s1,s2,s3
- ۲-کنترل ضعیف روی اسفنکتر ادراری در نتیجه کاهش سطح هوشیاری
- ۳-ناتوانی در برقراری ارتباط و اختلال در تحرک جسمانی
- ۴-کمبود کنترل روی اسفنکتر ادراری بدلیل نوروپاتی اتونومیک (در دیابت و الکلیسم)
- ۵-کاهش ظرفیت مثانه در نتیجه انقباض (مثانه اسپاستیک) در شوک نخاعی
- ۶-کاهش ظرفیت مثانه در نتیجه سونداژ ادرار و یا ابزارهای جراحی
- ۷-صدمه به اسفنکتر ادراری توسط سوند ادرار و یا ابزارهای جراحی
- ۸-صدمه به اعصاب و عضلات ناحیه پرینه بدنبال جراحی
- ۹-التهاب و تحریک ناحیه پرینه
- ۱۰-استرس یا ترس
- ۱۱-حاملگی
- ۱۲-چاقی
- ۱۳-واژینیت
- ۱۴-کپهولت سن
- ۱۵-صدمات ، عفونت و تومور نخاعی
- ۱۶-بیماریهای عصبی نظیر پارکینسون و مولتیپل اسکلروزیس
- ۱۷-درمانهای دارویی نظیر مصرف دیورتیک یا شل کننده های عضلانی

تعریف: وضعیتی که در آن فرد دچار عدم کنترل روی دفع ادرار بصورت دائم یا موقت میشود

مشخصات: جریان دائمی و غیر قابل پیش بینی ادرار ،شب ادراری بیش ز ۲۰ بار ،عدم آگاهی از پرشدگی مثانه

بر آیند مورد انتظار:

✓ بیمار روی دفع ادرار خود کنترل داشته باشد.

اقدامات پرستاری:

- ۱- شواهد دال بر عدم کنترل ادرار را در بیمار مورد بررسی قرار دهید.
- ۲- به بیمار کمک کنید هر دو تا سه ساعت به دستشویی برود و یا ظر ادرار را در اختیار او بگذارید.
- ۳- به منظور تخلیه کامل مثانه تا جای امکان در هنگام دفع بیمار را در وضعیت طبیعی قرار دهید. (مگر در موارد منع)
- ۴- جهت کاهش احتمال بی اختیاری در شب مصرف مایعات را در طول شب محدود کنید.
- ۵- ورزشهای پرینه را به بیمار آموزش دهید:
- ✓ قطع و وصل کردن دفع ادرار در هنگام انجام عمل تخلیه
- ✓ فشردن باسن به هم و سپس ازاد کردن عضلات ان (این عمل تون اسفنکتر ادراری را تقویت می کند)
- ۶- از بیمار بخواهید از نوشیدن مایعات و غذای کافئین دار اجتناب کند.
- ۷- اثرات درمانی و عوارض داروهای الفا ادرنرژیک را روی افزایش تون اسفنکتر ادراری مورد بررسی قرار دهید (مثل افدرین)
- ۸- در صورت عدم کنترل ادرار با پزشک در مورد سوند گذاری متناوب، دائم، و یا استفاده از سوند خارجی ادرار (کاندوم) مشورت کنید.
- ۹- از بیمار و خانواده او حمایت روانی بعمل آورید.

۴-۲- احتباس ادرار در رابطه با:

- ۱- تجمع ادرار در کلیه و مثانه بدلیل قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به مدت طولانی
- ۲- تحریک اعصاب سمپاتیک به دلیل درد، ترس و اضطراب
- ۳- اثرات کاهنده بعضی از داروها (مثل داروهای بیهوشی و مسکن مخدر) روی تون عضلات مثانه
- ۴- انسداد مجرای ادرار توسط بزرگ شدن پروستات، حضور لخته یا ادم
- ۵- کاهش تون عضله مثانه بدلیل دیستانسیون طولانی مثانه
- ۶- کاهش تون عضله بدلیل هایپرتروفی مثانه در نتیجه افزایش تدریجی باقیمانده ادرار بدنبال پیشرفت انسداد
- ۷- اتونی مثانه در نتیجه ادم پلوپس و ترومای عصب (بدلیل جراحی)
- ۸- کاهش تون عضله مثانه در نتیجه کاهش عمومی تون عضلات بدن بدلیل عدم تحرک طویل مدت
- ۹- مثانه هایپوتونیک در نتیجه صدمه به راههای ابران تنه کورتیکواستروئید MS
- ۱۰- اسپاسمهای رفلکسی در ناحیه خروجی مثانه و عضلات پلوپس و اجتناب از دفع بدلیل حساسیت و درد در ناحیه پرینه
- ۱۱- اتونی دیواره مثانه و انقباض اسفنکتر خارجی ادرار بدنبال شوک نخاعی
- ۱۲- تخلیه ناکامل مثانه به دلیل اسپاسم اسفنکتر خارجی مثانه بدنبال شوک نخاعی
- ۱۳- عدم حس پری مثانه و کاهش انقباض پذیری عضله مثانه بدلیل نورپاتی اتونومیک مثلا در دیابت
- ۱۴- تحریک مستقیم فیبرهای سمپاتیک که عصب دهی به مثانه را به عهده دارند در لامینکتومی کمری
- ۱۵- فشار روی مجرای ادرار در نتیجه ترومای لگن

تعریف: وضعیتی که بیمار قادر به تخلیه کامل مثانه نیست

مشخصات: اتساع مثانه، دفع ادرار بصورت مکرر و به تعداد کم و یا عدم برون ده ادراری، احساس پری در مثانه، وجود ادرار باقیمانده بیش از ۱۰۰ میلی لیتر، دیزوری، عدم کنترل روی دفع ادرار

برآیند مورد انتظار: بیمار علائم احتباس ادرار را نداشته باشد :

- ۱ - عدم حضور دیستانتسیون سوپراپوبیک
- ۲ - توانایی دفع ارادی ادرار
- ۳ - دفع کامل ادرار با حجم باقیمانده کمتر از ۵۰ میلی لیتر در مثانه
- ۴ - تعادل در میزان جذب و دفع مایعات
- ۵ - عدم احساس پری مثانه و احساس فوریت در دفع ادرار

اقدامات پرستاری:

- ۱ - علائم و نشانه های احتباس ادرار را بررسی و گزارش کنید:
 - ✓ دفع مکرر مقادیر کم ادرار (۲۵-۵۰ میلی لیتر)
 - ✓ اتساع ناحیه بالای پوبیس
 - ✓ احساس فوریت در دفع ادرار و پری مثانه
 - ✓ برون ده ادرار کمتر از میزان جذب مایعات
- ۲-در مورد الگوی طبیعی دفع ادرار از بیمار سوال کنید.
- ۳-طبق دستور برای بیمار سوند بگذارید و مقدار ادراری را که بلافاصله تخلیه می شود اندازه گیری کنید(حجم ادرار باقیمانده)
- ۴-به بیمار آموزش دهید هر زمان احساس دفع داشت اقدام به ادرار کردن نماید.
- ۵-جهت دفع ادرار محیط را برای بیمار خصوصی کنی.د
- ۶-جهت تخلیه کامل مثانه ،هنگام دفع بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید (مگر در موارد منع)
- ۷-به منظور تخلیه کامل مثانه و کاهش حجم باقیمانده به کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر از بیو فید بکها استفاده کنید:
 - ✓ ضربه ناحیه سوپراپوبیک
 - ✓ ضربه یا ماساژ شکم
 - ✓ ضربه یه قسمت داخلی ران
 - ✓ کشیدن موهای ناحیه پوبیس
 - ✓ باز کردن شیر اب (شنیدن صدای جریان اب)
 - ✓ ریختن اب گرم روی پرینه
 - ✓ قرار دادن دستهای بیمار در اب گرم
- ۸-اثرات درمانی و عوارض داروهای کلینرژیک را مورد را بررسی قرار دهید.
- ۹-در صورت عدم تخلیه ادرار ،طبق دستور از سوند دائم ادراری استفاده کنید.
- ۱۰-بیمار را تحت حمایت های روانی قرار دهید.
- ۱۱-در حضور سوند دائم ادرار کلیه مسیر های سوند را از نظر خمیدگی یا انسداد مورد بررسی قرار دهید.

۳-۴-احساس فوریت و تکرر در دفع ادرار در رابطه با:

- ۱-وجود مثانه اسپاستیک بدلیل لزیونهای راههای وابران تنه کورتیکواستروئید MS
- ۲-کاهش ظرفیت مثانه کمتر از ۲۵۰ میلی لیتر
- ۳-افزایش انقباضات مهار نشده عضله دتروسور مثانه مثلا در افراد مسن
- ۴-کاهش مهار CNS روی عمل دفع ادرار

۵-قرار گرفتن در معرض سرما
تعریف: وضعیتی که در آن بیمار دچار احساس فوریت برای دفع و دفع مکرر مقادیر کم ادرار می شود.
مشخصات: احساس مکرر برای دفع ادرار، دفع ادرار با مقادیر کم
برآیند مورد انتظار: ✓ برطرف شدن احساس فوریت در دفع
اقدامات پرستاری: ۱-علائم و نشانه های مربوط به احساس فوریت و تکرر ادرار را مورد بررسی قرار دهید . ۲-اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اسپاسم را بر کاهش انقباض مثانه بررسی کنید. ۳-ظرف ادرار را در دسترس بیمار قرار دهید . ۴-اقداماتی جهت کاهش اضطراب و ترس بیمار بعمل آورید. ۵-محیط بیمار را گرم نگهدارید . ۶-در صورت بدتر شدن وضعیت با پزشک مشورت کنید.
چشم
۱-۵-در معرض خطر خشکی چشم در رابطه با: ۱ - کار چشمی طولانی مدت در مواردی که فرد برای مدت طولانی به چیزی خیره شود و پلک نزد (مثلاً در موقع کار با کامپیوتر، تماشای تلویزیون یا مطالعه). ۲ - استفاده از لنز های تماسی در نتیجه کاهش پلک زدن و کم شدن حس قرنیه ۳ - عمل جراحی چشم بخصوص در مرحله بهبودی ۴ - قرار گرفتن در مناطق با آب و هوای گرم و خشک و یا استفاده از وسایل گرمازا (مثل بخاری و شومینه) در نتیجه تبخیر شدن اشک از سطح چشم ۵ - سن بالای ۵۵ سال در نتیجه کاهش تولید و افزایش تبخیر لایه آبی اشک ۶ - بسته نشدن پلک ها در رابطه با مشکلات عصبی ۷ - مشکلات تغذیه ای از جمله کمبود ویتامین A ۸ - استفاده از داروها بخصوص آنتی هیستامین ها و ضد افسردگی ها در نتیجه کاهش تولید اشک ۹ - دود سیگار و سایر مواد شیمیایی در نتیجه افزایش تبخیر اشک ۱۰ - عفونت چشم که سبب افزایش تبخیر اشک ۱۱ - بیماری های بافت همبند نظیر سندروم شوگرن و روماتیسم مفصلی
تعریف: بیماری که ناشی از تغییر در کیفیت یا کمیت اشک چشم می باشد .
مشخصات: اکثر مواقع فرد مبتلا احساس نمی کند که چشمش خشک شده است . سوزش ، خارش ، گاهی اشک ریزش چشم ها ، احساس وجد جسم خارجی (شن ریزه) در چشم ها ، تاری دید که با پلک زدن برطرف می شود ، قرمزی چشم ها ، در دو اشکال در حرکت پلک ها ، حساسیت به نورهای شدید ، اشک ریزش بیش از حد و عدم