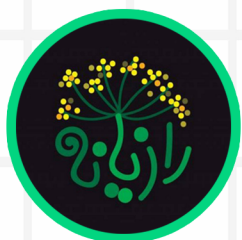


گاهنامه علمی و فرهنگی
شماره هشتم
اسفند ۱۴۰۱



رازیانه



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رازیانه

نشریه علمی فرهنگی رازیانه

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شماره هشتم، سال پنجم، اسفند ۱۴۰۱

شماره مجوز : ۹۳/۱۰/۵۲/۱۹۲۵۶

صاحب امتیاز : دانشکده پرستاری مامایی رازی

مدیر مسئول : الهام حمزه

سردبیر : الهام حمزه

صفحه آرایی و حروف چینی : علیرضا ارم روشن

هیئت تحریریه : محمدحسین خواجه پور، ریحانه سرابندی،

محبوبه شمسی، فائزه سطلانی، شیما گدري، الهام حمزه،

امیرعباس میرزایی، مرتضی تقی زاده، سمیه شکیبا

فهرست

سخن سردبیر	۰۴
شعر	۰۵
نارسایی مزمن قلبی	۰۶
ضایعه نخاعی	۱۰
مراقبت های معنوی در بیماران مبتلا به اختلالات روان	۱۲
صلاحیت های مدیریت خطر بلایا در پرستاران	۱۵
جرأت ورزی	۱۷
نیتروگلیسرین	۱۹
فلبیت	۲۴

سخن سردیر

به نام آنکه جان بخشید
سپاس از لطفش که توفیقی داد تا بار دیگر شماره ی دیگری از نشریه را
به چاپ برسانیم. امید است مطالبی از نشریه رازیانه به چاپ می رسد نظر
خوانندگان را جلب کند و جا دارد از دانشجویان ارشد و دکتری که در این
شماره از نشریه همکاری داشته اند تشکر و قدردانی کنم.
خوشحال میشویم که مطالب مفیدتان را برای ما ارسال کنید و بر غنای مطالب
این نشریه بیفزایید.

با آرزوی موفقیت و شادکامی
الهام حمزه



امشب از واژه های گریانم، روی کاغذ، غزل نمی بارد
این کشاورز بی وفای عشق، در دلم، بذریه می کارد
من همانم که عاقبت روزی، از نبودت به کور خواهد رفت
قلب از من جدا شد و حالا، غصه دارم که دور خواهد رفت
من تو را دیدم و دلم جان داد، ای که اینگونه عاشقم کردی
کاش می شد دوباره برگردی، شاید اینگونه عاشقم کردی
من خدا را کلافه کردم، آه... تا تو را پس دهد به دستانم
زندگی بی تو سخت، دشوار است، زیر کبار اشک چشمانم
من به دیوار بی کسی هر دم، بی تو با گریه تکیه می کردم
روح من، بعد تو، رهایم کرد، من چگونه به خویش برگردم
هر که حال مرا، ز من پرسید، گفتش خوب و عالی ام اما
اشک چشمان من خبر میداد، از من ساکت پر از غوغا
خوش بحال کسی که بعد از من، کم شود تویی مرز آغوش
می روم بی تو و دلم جا ماند، تا ابد تویی عطر تن پوشت

سمیه شکیبا
علوم تغذیه ۹۸
۱۴۰۱/۱۱/۰۷

نارسایی مزمن قلبی



نارسایی مزمن قلبی یک بیماری پیشرونده و محدود کننده زندگی است و از مشکلات شایعی است که بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر می گذارد که علاوه بر همراهی با پیش آگهی ضعیف و کیفیت پایین زندگی، هزینه های مراقبتی بالایی نیز به همراه دارد. آنچه اهمیت توجه به سالمندان مبتلا به نارسایی قلب را به ویژه در کشور ما، دو چندان می کند شیوع رو به رشد، کیفیت زندگی پایین این بیماران و عدم توجه کادر بهداشتی به مراقبت تسکینی برای این بیماران است.

هدف عمده در این مراقبت در بیماران شامل تسکین درد، نشانه های جسمی، کمک و حمایت بیمار و دادن معنا و مفهوم زندگی تا پایان عمر است و همچنین فهماندن این نکته به بیمار مهم می باشد. این روش درمانی نه تنها به مراقبت های پزشکی ساده به جای اتاق های سی سی یو نیاز دارد، بلکه می تواند با مداخلاتی به جز مداخلات پزشکی کمک کننده باشد.

در سال های اخیر، مراقبت های تسکینی به منظور ادغام در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلب حمایت شده است.

شواهد به طور مداوم نشان می دهد که بسیاری از بیماران با

نارسایی قلبی پیشرفته از درد شدید، پریشانی روانی و کیفیت پایین زندگی رنج می برند. بنابراین، مراقبت تسکینی با هدف بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های پیشرونده برای بیماران با نارسایی قلب پیشرفته مفید خواهد بود.

فقدان شفافیت مفهومی ممکن است مانع از اجرای مراقبت های تسکینی و در نتیجه دستیابی به مراقبت های بهداشتی همگانی برای کشورها، به ویژه کشورهای کم درآمد و متوسط، شود. با این حال، با تکامل علم بالینی و ظرفیت ارائه خدمات درمانی، بحث پیرامون تعریف مراقبت تسکینی شدیدتر و پیچیده تر شده است.

تعاریف زیادی از مراقبت تسکینی وجود دارد و تعریف **سازمان بهداشت جهانی** از مراقبت تسکینی موارد زیر را بیان می کند :

مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها را که با مشکلات مرتبط با بیماری تهدید کننده زندگی روبرو هستند، از طریق پیشگیری و تسکین رنج با شناسایی سریع و ارزیابی صحیح و درمان درد و سایر مشکلات، اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بهبود می بخشد.



دلایل متعددی برای عدم توافق درباره تعریف مراقبت تسکینی ارائه شده است و مروری بر تعاریف مختلف، تفاوت در نحوه (به عنوان تخصص پزشکی یا رویکرد کلی) و زمان (پایان عمر یا اوایل دوره بیماری) مراقبت تسکینی را در زنجیره مراقبت نشان داد دلایل متعددی برای عدم توافق درباره تعریف مراقبت تسکینی ارائه شده است و مروری بر تعاریف مختلف، تفاوت در نحوه (به عنوان تخصص پزشکی یا رویکرد کلی) و زمان (پایان عمر یا اوایل دوره بیماری) مراقبت تسکینی را در زنجیره مراقبت نشان داد.

بنابراین مراقبت تسکینی یک مراقبت بیمار محور را برای افراد و خانواده های آنها ارائه می دهد. این مراقبت به رنج همه افراد مبتلا به بیماری های جدی می پردازد و می تواند در هر زمان پس از تشخیص بیماری محدود کننده زندگی مفید باشد، اما اغلب در اوایل دوره بیماری همراه با مراقبت های درمانی موثرتر است و به مدیریت نیازهای جسمی، روانی و روانی اجتماعی بیماران و خانواده ان ها کمک می کند. ضروری است که مراقبت تسکینی از مراقبت پایان عمر متمایز شود، که نقش کوچکی در عین حال مهم برای ارائه دهنده مراقبت تسکینی ایفا می کند.

سیر بیماری نارسایی قلب نسبتاً طولانی تر از سرطان است و بنابراین بیماران معمولاً مجبورند سالها با این بیماری زندگی کنند که با دوره های مکرر تشدید و بهبودی همراه است. بعلاوه، میانگین سنی بیماران با نارسایی قلب پیشرفته بیشتر از مبتلایان به سرطان است، ممکن است تأثیرات بیماری با تغییرات فیزیولوژیکی مرتبط با سن، بیماریهای هم زمان و تداخلات دارویی پیچیده شود. علاوه بر این، با توجه به ناهمگن بودن این دو گروه از بیماران، مراقبت تسکینی موجود برای بیماران سرطانی ممکن است مستقیماً مربوط به بیماران با نارسایی قلبی پیشرفته نباشد.

بیماران مسن تر مبتلا به نارسایی قلبی به ندرت به خدمات مراقبت های حمایتی تسکینی دسترسی دارند زیرا مسیر بیماری غیرقابل پیش بینی است و ممکن است درمان تسکینی تا زمانی که سایر درمان های پزشکی دیگر آزمایش نشده باشد، ارائه نشود. علاوه بر این، بررسی های اخیر نشان دهنده کاهش استفاده از منابع بهداشتی درمانی با مداخله مراقبت تسکینی است. یک جنبه مهم این است که بیماران حق دارند مراقبت های تسکینی لازم را در محلی که انتخاب می کنند، دریافت کنند. های تسکینی در منزل به بیماران در ادامه زندگی در خانه کمک میکند.





به منظور اجرای مراقبت های تسکینی خانگی؛ تیم مراقبت های بهداشتی، بیمار و خانواده باید توافق کنند که بیمار می تواند به طور مناسب در خانه مدیریت شود و برنامه درمان باید توسط طرفین تأیید شود. بسته به وضعیت سلامتی بیمار در مراقبت های تسکینی در منزل، لازم است بیماران در فواصل زمانی مشخص شده با مراجعه تیم مراقبت های تسکینی به منزل، براساس پروتکل درمان مورد ارزیابی قرار گیرند.

این امر پایه و اساس مفهوم مراقبت تسکینی مبتنی بر خانه را ایجاد کرده است. مراقبت های تسکینی در منزل بهتر است توسط یک تیم چندرشته ای آموزش دیده در زمینه مراقبت های تسکینی، از جمله پزشکان، پرستاران، کارکنان بهداشت عمومی ارائه شود. مراقبت های تسکینی مبتنی بر بیمارستان برای بیمارانی که نیاز به مدیریت علائم شدیدتری دارند یا قادر به کنار آمدن با بار مراقبت خانواده نیستند، انتخاب مناسب تری است.

فواید مراقبت تسکینی در منزل :

- + اعضای خانواده مستقیماً در فرایند مراقبت تسکینی شرکت می کنند
- + بنابراین ، بیمار دسترسی آسانی به مراقبت دارد
- + به اعضای خانواده آموزش می دهد و به آنها کمک می کند تا به عنوان مراقب رشد کنند
- + تیم مراقبت تسکینی در منزل می تواند ارجاع سریع به بیمارستان را در صورت لزوم تسهیل کند
- + هنگامی که مراقبت در منزل بیمار انجام می شود، حریم خصوصی و محرمانه حفظ می شود
- + به افزایش آگاهی جامعه در مورد مراقبت تسکینی کمک می کند
- + صرفه جویی در هزینه و زمان برای بیمار و خانواده اش

بنابراین با توجه به افزایش تعداد بیماران وخیم که به مدت طولانی به مراقبت های تسکینی نیاز دارند، زمان آن فرا رسیده است که بر اجرای اقدامات مراقبتی تسکینی در منزل که به حفظ کیفیت زندگی بیماران کمک می کند تمرکز کنیم. باید تأکید کرد که مراقبت های تسکینی، به ویژه مراقبت های تسکینی در منزل را در مراقبت های اولیه، خدمات بهداشتی و درمانی خانگی قرار داد.

Yee Man Ng و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند مراقبت تسکینی در منزل، بر کیفیت زندگی، بار علائم، وضعیت عملکردی، رضایت بیمار و بار مراقب در بیماران مبتلا به مرحله پایانی نارسایی قلبی تاثیر مثبتی دارد (۱).



Shibata و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر فعالیت های تیم مراقبت تسکینی اختصاصی نارسایی قلب بر مراقبت های آخر عمر و درمان نارسایی قلب و مصرف غذا در پایان زندگی نشان داد، ارائه مراقبت تسکینی مطلوب در پایان زندگی چالش ها و پیچیدگی های زیادی را به همراه دارد و فعالیت های تیم مراقبتی فرصتی برای بحث در مورد مراقبت های آخر عمر با بیماران، کاهش بار علائم جسمی و روحی است و ممکن است اهداف مراقبت های تغذیه ای در پایان عمر را به منظور اطمینان از راحتی و کیفیت زندگی تغییر دهد (۲).



محمد حسین خواجه پور کارشناسی ارشد پرستاری



1. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden : A Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. 2018;55(1):1-11.

2. Shibata T, Mawatari K, Nakashima N, Shimozone K, Ushijima K, Yamaji Y, et al. Multidisciplinary team-based palliative care for heart failure and food intake at the end of life. Nutrients. 2021;13.

ضایعه نخاعی

زندگی کردن با ضایعه‌ی نخاعی ممکن است نیازمند استفاده از وسایل کمکی از قبیل ویلچر، ونتیلاتور و ... باشد که همه‌ی این موارد می‌توانند بر روی کیفیت زندگی این افراد تاثیر بگذارند و این پیامدهای ثانویه فیزیکی و روانی خودمدیریتی آنها را تحت تاثیر قرار داده که در چنین شرایطی این افراد نیازمند مداخلات روانی هستند.

با توجه به طیف سنی این افراد و اینکه اغلب این افراد در گروه مولد و کارآفرین مفید جامعه قرار میگیرند، انجام هرگونه مداخله برای کاهش این اثرات میتواند سبب بهبود زندگی آنها و به نفع جامعه باشد.

بر طبق مطالعه ای که توسط
Abu-Baker

و همکارانش دانشگاه پرستاری اردن در سال ۲۰۲۱ با هدف بررسی توانایی خودمراقبتی و کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آنها در بیماران ضایعه نخاعی بر روی ۱۵۲ بیمار از ۴ کلینیک توانبخشی اردن انجام دادند مشخص گردید که حدود ۳/۵۵٪ از این بیماران وابستگی متوسطی به دیگران جهت مراقبت از خود داشته و ۵۲ درصد آنها کیفیت زندگی پایینی را گزارش دادند و نتایج مطالعه نشان داد که همکاری بین جوامع بهداشتی، خانواده و خود افراد میتواند تاثیر زیادی را در بهبود کیفیت زندگی این

ضایعه نخاعی از جمله رویدادهای آسیب‌زا در جهان است که بر تمام ابعاد زندگی بیمار، خانواده و جامعه تاثیر می‌گذارد و هر ساله هزاران نفر در اثر حوادث مختلف، قربانی صدمات نخاعی می‌شوند. داده‌های منتشر شده از شیوع این بیماری حدود ۲۲۳-۷۵۵ در هر میلیون نفر جمعیت در سراسر جهان را برآورد میکند و سالانه ۱۷۷۳۰ نفر به آن مبتلا میشوند. این آمار در ایران حدود ۴۰ تا ۵۰ نفر در هر یک میلیون نفر در سال است. شایع‌ترین سن وقوع آسیب طناب نخاعی، ۱۶ تا ۳۰ سال بوده و در رده‌های بعدی سنین ۲۱ تا ۴۵ سال و ۴۶ تا ۶۰ سال قرار دارند. ضایعه نخاعی زمانی اتفاق می‌افتد که نخاع در اثر یک بیماری یا تروما دچار آسیب شده و اغلب باعث از بین رفتن عملکرد حسی و حرکتی بطور کامل یا جزئی در زیر ضایعه میگردد.

افراد با ضایعه نخاعی اغلب با وقوع مشکلات ثانویه سلامتی از قبیل مشکلات قلبی و عروقی، مشکلات سیستم تنفسی، اختلال عملکرد جنسی و دردهای مزمن نورولوژیک مواجه میشوند همچنین آنها با تغییر نقش های اجتماعی و اختلالات سایکولوژیک دست و پنجه نرم میکنند که این موارد بیماران را با چالش بزرگی در زندگی مواجه میسازد.

بیماران ضایعه نخاعی باید توانایی های پایه از قبیل غذا خوردن، راه رفتن، رانندگی کردن و ... را با توجه به شرایط جدید زندگی خود از نو بیاموزند. زندگی کردن با ضایعه‌ی نخاعی ممکن است نیازمند استفاده از وسایل کمکی از قبیل ویلچر، ونتیلاتور و ... باشد که همه‌ی این موارد می‌توانند بر روی کیفیت زندگی این افراد تاثیر بگذارند و این پیامدهای ثانویه فیزیکی و روانی خودمدیریتی آنها را تحت تاثیر قرار داده که در چنین شرایطی این افراد نیازمند مداخلات روانی هستند بیماران ضایعه نخاعی باید توانایی های پایه از قبیل غذا خوردن، راه رفتن، رانندگی کردن و ... را با توجه به شرایط جدید زندگی خود از نو بیاموزند.



عوارض ناشی از آسیب نخاعی می‌تواند فرد را از چرخه اقتصادی جامعه دور کرده و هزینه سنگینی را بر سیستم بهداشتی درمانی جامعه تحمیل کند. این افراد هر روز با مشکلات متعددی از قبیل مسائل مالی، عدم دریافت حمایت اجتماعی و مشکلات سلامت روبه‌رو می‌شوند. این مشکلات می‌تواند تا آخر عمر گریبان‌گیر فرد باشد.

گرچه بسیاری از این بیماران به‌تدریج ضایعه را می‌پذیرند، اما این فرایند بدون تردید با مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی بسیاری همراه خواهد بود.

ریحانه سرابندی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی



مراقبت های معنوی در بیماران مبتلا به اختلالات روان

محبوبه شمسی
کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه



معنویت در اسلام به معنای داشتن ارزش های انسانی از جمله: ایمان به خدا، احترام و پذیرش دیگران، تقوا، خدمت به مردم، خوش بینی و صداقت می باشد. بین دین و معنویت نمی توان تفاوتی قائل شد، به عبارتی دیگر مفهوم دین جزئی از معنویت است و هیچ معنویتی بدون اندیشه و دین وجود ندارد. معنویت از ابتدای خلقت انسان ها قسمت عمده ی زندگی آنان را تشکیل می داده است. داستان های قرآنی به صورت بارزی این امر را نشان داده اند. انسان ها معنویت خود را در ارتباط با خدا، آنچه ماورای زندگی روزمره ی آنان است و به زندگی و حیات آنان معنی می دهد نشان می دادند.

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را از چهار جنبه تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف نموده است. اقدامات مبتنی بر معنویت / مذهب مؤلفه ی مهمی در مدل مراقبت های سلامت جامع و کل نگر است و در سلامت، رفاه و درمان انواع بیماری ها در سراسر جهان مورد استفاده قرار می گیرد. معنویت/مذهب عبارت است از مجموعه رویدادهایی که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از همه ی وابستگی ها روی می دهد، به طوری که بین او و چیزی که او آن را امر خدایی می داند، رابطه برقرار می کند که این رابطه یا از راه قلب یا از روی عقل و یا به وسیله ی اجرای مراسم و اعمال مذهبی ایجاد می گردد.

مراقبت های معنوی عبارت است از کمک به ارتقای باورهای توحیدی، اخلاص، پاکی درون و برقراری ارتباط مؤثر با انسان های دیگر و همچنین به کارگیری معنویت در ارتقای دیگر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) می باشد. به عبارتی دیگر مراقبت معنوی به صورت فعالیت ها و روش هایی از مراقبت تعریف می شود که باعث ارتقاء کیفیت زندگی معنوی، سلامت معنوی و عملکرد معنوی می شود. انجام مراقبت معنوی، بر پاسخ فرد به استرس، سلامت معنوی (تعادل بین جوانب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود)، احساس تمامیت و تعالی و بهبود ارتباطات او با دیگران تأثیر مثبت دارد.

مراقبت معنوی بخش مهمی از عملکرد پرستاری است، زیرا پرستاری باعث حفظ و ارتقاء سلامتی، جلوگیری از بیماری، از بین بردن درد و ناراحتی می شود. در اسلام، مراقبت معنوی شامل مراقبت های مذهبی و غیرمذهبی است. بعد مذهبی مراقبت معنوی شامل دعا و نیایش با بیمار، گفتگو با بیمار درباره خدا، روشن شدن رابطه بین بیمار و خدا، استفاده از متون دینی و ارجاع بیمار به یک رهبر معنوی است. ابعاد غیرمذهبی مراقبت های معنوی شامل: مهارت های ارتباطی، مشاوره، حمایت عاطفی و معنوی از بیمار، گوش دادن فعال، تشویق بیمار برای ابراز احساسات، تشویق تفکر مثبت، ارتباط همدلانه و احترام به بیمار می باشد.

پرستاران از طریق اظهار عشق و محبت به بیماران کیفیت مراقبت بین فردی و مراقبت معنوی را ارتقا می بخشند. این امر در پرستاران ارائه دهنده مراقبت به بیماران اعصاب و روان اهمیت بیشتری دارد چرا که این بیماران و خانواده آنها به علت استیگماهای اجتماعی از جامعه طرد شده اند.

بنابراین
ارائه مراقبت
معنوی به بیمار و خانواده وی
می تواند موجب آسایش و کاهش
دردهای جسمانی، آسودگی روانی،
کاهش ابتلا به افسردگی، کاهش اضطراب،
افزایش سرعت بهبودی، افزایش امیدواری، ارتباط
عمیق تر بیمار و پرستار و ایجاد هدف و معنا در
زندگی بیمار شود.

دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می کند :

رفتار های بهداشتی :

تعهد دینی و معنویت موجب فعال سازی مسئولیت پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج شده در دین می شود، که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می کند. مانند رفتارهای تغذیه ای توصیه شده در ادیان.



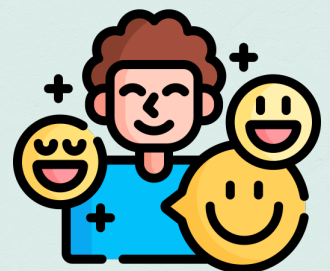
حمایت اجتماعی :

انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تأثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.



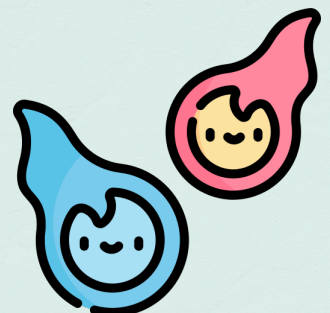
سایکونوروفیزیولوژیک :

احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم ها و ارگان های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تاثیر تقویت کننده دارد.



اثرات مافوق طبیعی :

اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است. نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریعتر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی درمانی است که در تحقیقات نشان داده است.





صلاحیت های مدیریت خطر بلایا در پرستاران

سلامت، پرستاران اغلب اولین گروهی هستند که به عنوان پاسخ دهنده به مصدومین حوادث و بلایا در بخش های مختلف بیمارستان و به خصوص بخش اورژانس بیمارستان ایفای نقش می کنند. این نقش ها بسیار حیاتی و در عین حال متنوع هستند. پرستار در هنگام وقوع بلایا نقش های مهمی همچون ارائه دهنده تخصصی مراقبت سلامت، هماهنگ کننده مراقبت، ارائه دهنده اطلاعات، مشاور بهداشت روانی و مسئول تریاژ بلایا به عهده می گیرد. پاسخ مناسب پرستاران در گرو آمادگی کامل آن ها بوده که به دانش و توانایی پرستار، تصمیم گیری مؤثر و سریع او و حفظ منابع و امکانات بستگی دارد که این موارد با آمادگی کافی به دست می آید. مفهوم صلاحیت پرستاری در بلایا به عنوان ترکیبی از دانش، مهارت ها

بلایا به عنوان رویدادهای طبیعی یا ساخته دست بشر تعریف می شوند که جامعه تحت تأثیر برای پاسخ به آن رویداد نیازمند ظرفیتی فراتر از امکانات موجود است. این نیاز ممکن است در سطوح تغییر فرآیندهای جاری، افزایش ظرفیت پرسنل و تجهیزات باشد. عواقب و تأثیرات بلایا شامل از صدمات جسمانی، مرگ و میر و خسارات در اموال است. در این شرایط اختلال در زندگی روزمره در صورت فراتر رفتن از ظرفیت جامعه برای پاسخگویی و سازگاری، جامعه را نیازمند کمک خارجی می نماید. با توجه به افزایش روزافزون بلایا و نقش ویژه خدمات سلامتی در قبل، حین و بعد از وقوع چنین حوادثی، آمادگی مناسب برای مواجهه کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامتی بسیار ضروری می باشد. از میان پرسنل مراقبت

از طرفی میتوان صلاحیت های مورد نیاز پرستاران در بلایا را این چنین معرفی کرد.

- ۱- تشخیص بروز حوادث فاجعه بار بالقوه و انجام اقدامات اولیه یا پیشگیرانه
- ۲- اعمال اصول مدیریت بلایا
- ۳- تعیین و بکارگیری اصول حیاتی برای حفظ ایمنی در برابر حادثه
- ۴- درک و اجرای برنامه عملیات اضطراری سازمان یا بیمارستان
- ۵- تعیین روشهای برقراری ارتباط در حادثه
- ۶- درک سیستم فرماندهی حادثه و نقش افراد در آن
- ۷- ارائه دانش و مهارت لازم برای تحقق نقش فرد در شرایط حادثه

با دستیابی به این صلاحیت های فردی و حرفه ای پرستاران می توانند با موفقیت بر مشکلات و موقعیت های بلایا مسلط شوند. بنابراین با کسب چنین مهارت ها و صلاحیت هایی پرستاران از نظر ذهنی و عملی آمادگی رویارویی با بلایا را کسب می کنند و در واقع برای کار در شرایط بلایا مهیا می شوند.

فائزه سلطانی دکتری پرستاری



و رفتارهای مورد نیاز پرستاران برای آمادگی و پاسخ به بلایای طبیعی یا ساخته دست بشر تعریف شده است. تمامی تخصص های پرستاری، نیاز به دانش لازم در زمینه چگونگی ارزیابی، اولویت بندی، ارائه حمایت و انجام عملکرد صحیح دارند. درک این مسئله بسیار مهم است که نیازها و نگرانی های پرستاران در طول بلایا درک شود. در صورتیکه پرستاران صلاحیت های لازم جهت مدیریت خطر بلایا را نداشته باشند، ایجاد شرایط حوادث و بلایا و عدم آمادگی برای حضور در چنین موقعیت هایی موجب بحران زدگی، گیج و شوکه شدن آنان می شود.

به منظور ارائه نقشهای متعدد در شرایط بلایا و مواجهه با شدت جراحت مجروحین، حجم تلفات و آمادگی برای زندگی در شرایط سخت، برای پرستاران داشتن مهارت های فنی و مهارت های ارتباطی مناسب و به عبارتی صلاحیت بالینی پرستاری و صلاحیت های حرفه ای ضروری می باشد. دانش و مهارت های بسیار کاربردی که به عنوان صلاحیت های پایه ای ضروری در حوادث و بلایا مورد توجه قرار گرفته اند؛ عبارتند از:

- مهارت ها و توانایی های خاص فردی
- توانمندی مدیریت صحنه
- مهارت های تخصصی بلایا
- مهارت های اخلاقی و قانونی
- مهارت های ارتباطی
- مهارت های کار تیمی و سازماندهی تیمی
- مدیریت مناسب منابع محدود و
- توجه به وحدت فرماندهی
- مهارت های رهبری و مدیریتی
- مهارت های همکاری و آموزش

هم چنین مهارت های فنی و تکنیکال، تخصصی و ویژه بلایا همچون توانایی کار با تجهیزات، آشنایی به طرح و دستورالعمل های واکنش سریع و سیستم فرماندهی زمان بلایا، شناسایی کانالهای ارتباطی و توانایی برقراری ارتباطات در شرایط بلایا، شرکت در ارزیابی تمرینات عملیاتی و در صورت نیاز اصلاح طرحهای پاسخ دهی از جمله دیگر این صلاحیت هاست.

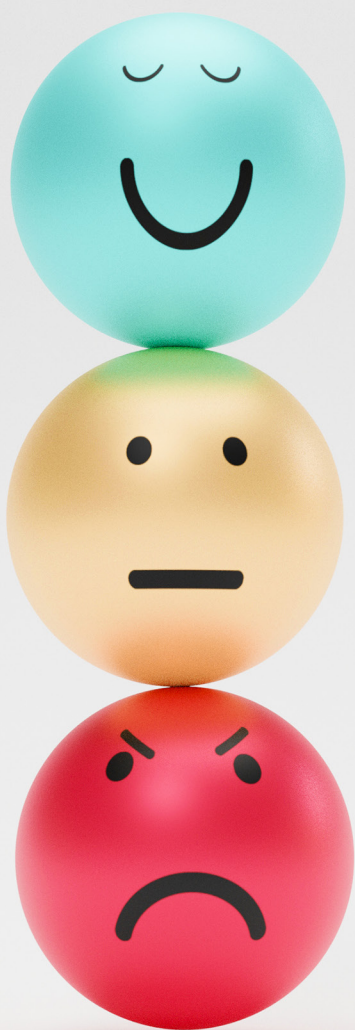
جرأت ورزی

شیما گدري

کارشناسی ارشد سلامت جامعه

رفتار افراد کم جرأت در دو دامنه است یا آن ها را به سوی اتخاذ رفتارهای منفعلانه مانند خجالتی بودن، اضطراب و افسردگی سوق می دهد و یا به سوی پرخاشگری و بزهکاری هدایت می کند. فرد منفعل تمایل دارد که از تعارض در همه شرایط جلوگیری کند. معتقد است که نیازهای دیگران مهمتر از نیازهای خود او است و اگر نیازهای خود را برآورده کند از سوی دیگران طرد خواهد شد.

جرأت ورزی عبارت است؛ دفاع از حقوق و بیان افکار و احساسات خویش به شیوه مستقیم، صادقانه و مناسب که با در نظر گرفتن حقوق دیگران می باشد و فرد جرأت ورز مسئولیت رفتارها و انتخاب های خود را می پذیرد. جرأت ورزی در کودکان با تغییرات شناختی در ارتباط است و منجر به شناخت بهتر کودک از محیط اجتماعی، دیگران و عکس العمل های دیگران می شود.

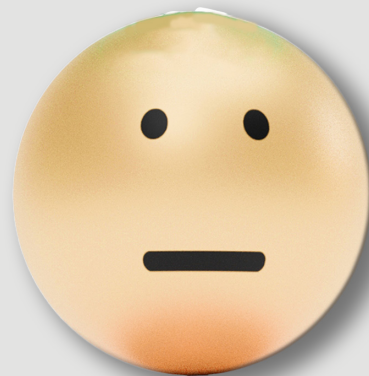


Assertive

Passive

Aggressive

سطح پایین جرأت ورزی فرد را مستعد و آماده فشارهای روانی می کند، یعنی فرد در بیان باورهای شخصی، احساسات و نگرش های خویش دچار مشکل است و در برابر درخواست های دیگران نمی تواند واکنش صحیحی نشان دهد.



افراد جرأت ورز منفعل و یا پرخاشگر نیستند و ضمن اینکه به حقوق دیگران احترام می گذارند، اجازه نمی دهند که از آن ها بهره کشی شود و سعی در برقراری ارتباط نزدیک و ابراز افکار مثبت و منفی خود می کنند. آنان بی آنکه احساس گناه و اضطرابی داشته باشند از حقوق خود دفاع می کنند. فرد جرأت مند در واقع توانایی ابراز وجود را دارد و دارای عزت نفس کافی است و با استفاده از روش های ارتباطی مناسب حرمت نفس خود را حفظ کرده، احساس، افکار و نگرشی مثبت به خود و دیگران دارد و درجات بالایی از اعتماد به نفس را دارا می باشد و فرد جرأت مند قادر است خشنودی و ارضای نیازهایش را دنبال کند.



Wolpe :

میان رفتارهای جرأت مندانه تضاد جمع ناپذیری با اضطراب وجود دارد و افراد با یادگیری این مهارت توانایی بالایی برای غلبه بر ترس و اضطراب کسب می کنند.

Alberti Emmons :

جرأت ورزی یک مهارت در ارتباطات بین فردی قلمداد می شود و به فرد کمک می کند تا توانایی مقابله با دشواری های زندگی روزمره را داشته باشد و با موقعیت های چالش زا سازگار شود.



واسکولیت

واسکولیت التهاب عروق خونی است. این اتفاق زمانی می افتد که سیستم ایمنی بدن به اشتباه به رگ های خونی حمله میکند و این به دلیل عفونت، دارو، یا بیماری های دیگر اتفاق می افتد. علت اغلب ناشناخته است. واسکولیت بر شریان ها، سیاهرگ ها و مویرگ ها تاثیر می گذارد.

التهاب رگ ها می تواند باعث ورم دیواره رگ ها و در نتیجه کاهش جریان گردش خون و حتی انسداد رگ ها و عدم خون رسانی به بافت ها و اندام های مختلف بدن شود.

این بیماری می تواند در هر قسمتی از بدن، رگ های خونی را تحت تاثیر قرار دهد و علائم گوناگونی را بوجود بیاورد و دارای عوارض بالقوه ای نیز می باشد.

انواع واسکولیت :

واسکولیت ها دو نوع هستند :

واسکولیت اولیه که هیچ زمینه ای برای آن پیدا نمی شود و از لحاظ شیوع نادر است.

واسکولیت ثانویه که در اثر بیماری روماتیسمی مانند لوپوس و غیره ایجاد می شود. این نوع واسکولیت شیوع بالاتری دارد.

بیماری کاوازاکی (کاواساکی)، سندرم چرگ اشتراوس و بیماری پورپورا از انواع بیماری واسکولیت می باشند

علل واسکولیت :

اکثر مواقع علت دقیق بوجود آمدن آن ناشناخته می باشد، اما **عوامل ژنتیکی** در پیدایش این بیماری موثر می باشد علت بعضی از انواع واسکولیت **عفونت ها** می باشد، مخصوصاً **هپاتیت**. در بعضی موارد، **داروهای خاصی** نیز باعث بوجود آمدن این بیماری می شوند، برای مثال **آلوپورینول** که جهت درمان بیماری نقرس استفاده می شود. این فرضیه وجود دارد که اکثر انواع بیماری واسکولیت گونه ای از **بیماری های خودایمنی** می باشند. می دانیم که در بیماری های خودایمنی، مکانیسم دفاعی بدن، کار عادی خود را که مقابله با عفونت ها می باشد انجام نمی دهد و به جای آن، به قسمت های سالم بدن حمله کرده و باعث التهاب می گردد.

تشخیص واسکولیت :

طبق اطلاعات علمی تله مدیکال اگر علائم عمومی (تب، کاهش وزن، درد مفاصل، درد عضلات) را با یکی از نشانه های زیر دیدید حتماً به واسکولیت فکر کنید.



راه تنفسی فوقانی

- رینیت راجعه با ترشح خونی از بینی
- سینوزیت مکرر



پوست

- پورپورای قابل لمس
- ندول زیر جلدی
- بول هموراژیک
- کهیر



چشم و گوش

- کونژکتیویت
- اپی اسکلیت
- یووئیت
- اوتیت مدیا



گلوMERONFRIT

- سدیمان نفریتیک
- سندرم نفریتیک حاد
- RPGN



دستگاه گوارش

- درد شکم
- هماتوشری
- ایسکمی مزانتر



ریه

- هموپتیزی
- سابقه آسم
- عفونت ریه مکرر
- ارتشاح یا ندول متعدد در گرافی ریه



علائم نورولوژیک

- مونونوویت مولتی پلکس

راه های تشخیص واسکولیت :

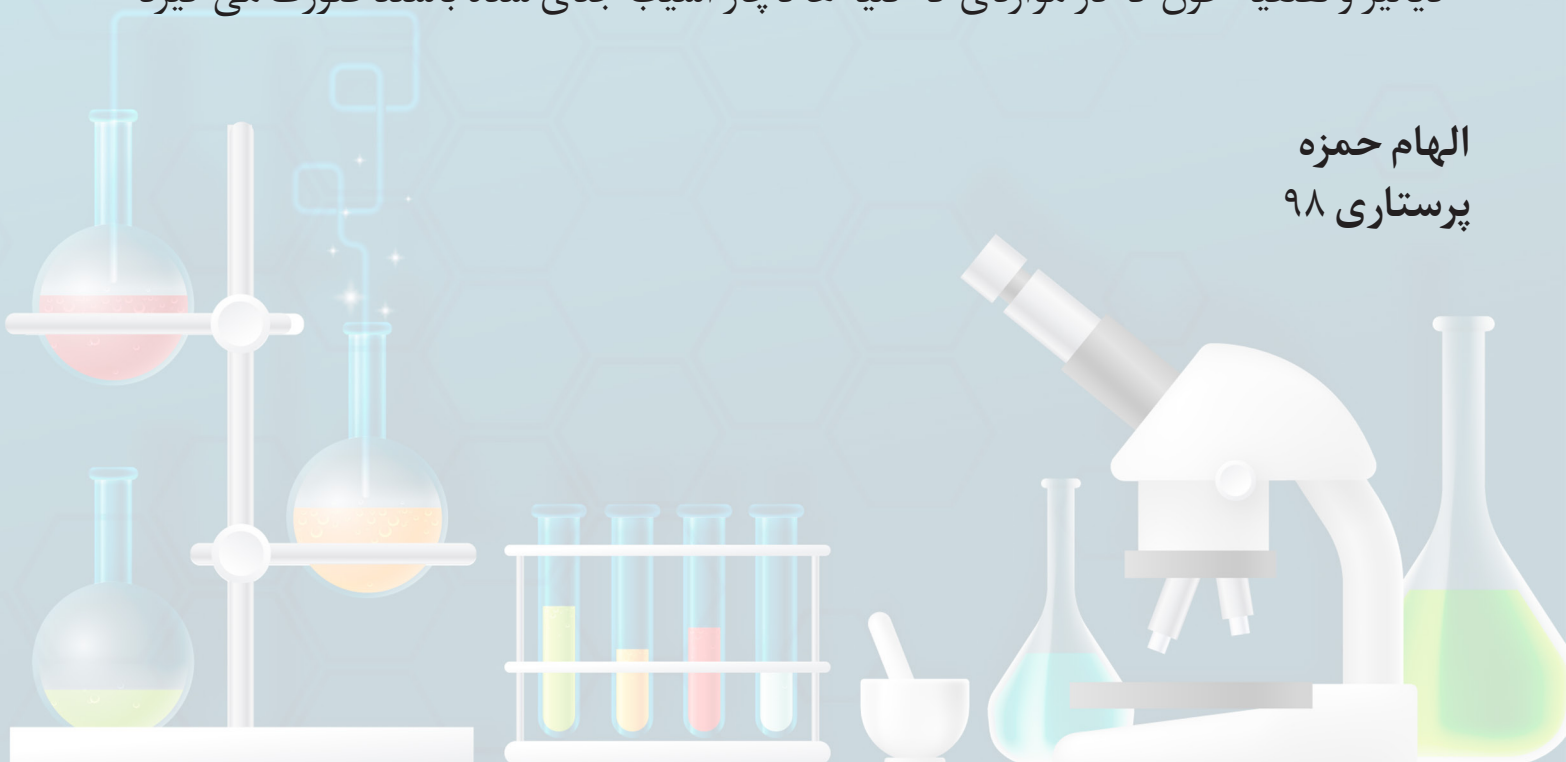
- آزمایش کامل خون
- عکسبرداری با اشعه X
- سی تی اسکن و MRI
- بیوپسی یا نمونه برداری از بافت بدن
- آزمایش ادرار
- آزمایشات مربوط به عملکرد کبد
- اکوکاردیوگرام و الکتروکاردیوگرام
- آنژیوگرافی عروق در صورت مبتلا شدن عروق داخلی

اگر طبق گفته های قبلی تله مدیکال شک به واسکولیت کردید درباره استفاده از داروها و یا درمان های پزشکی که در چند هفته گذشته بیمار داشته، سوال کنید و همچنین انجام آزمایش های زیر را بسته به علائم برایش تجویز کنید :

درمان واسکولیت :

- تعویض پلاسمای خون
- استفاده از استروئید ها
- داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی
- تزریق ایمونوگلوبولین برای بیماران مبتلا به نوع کاوازاکی
- معالجات ضد ویروسی برای افراد مبتلا به هپاتیت و عفونت های ویروسی
- دیالیز و تصفیه خون که در مواردی که کلیه ها دچار آسیب جدی شده باشند صورت می گیرد

الهام حمزه
پرستاری ۹۸





نیترو گلیسرین (TNG)

! مهمترین تداخل TNG با داروهای مهارکننده فسفودی استراز تیپ ۵ (سیلدنافیل، تادالافیل و....) می باشد از تجویز همزمان تی ان جی با سیلدنافیل (ویاگرا) اجتناب شود زیرا تجویز همزمان سبب هیپوتانسیون شدید و حتی مرگ میشود.

! TNG با داروی هپارین بصورت همزمان از یک رگ تزریق نشود زیرا تی ان جی اثر ضدانعقادی هپارین را کم می کند.

! قبل از تزریق TNG حتما فشار خون بیمار را کنترل نمایید اگر فشار خون بیمار کمتر یا مساوی ۹۰ میلی متر جیوه بود از دادن دارو خودداری نمایید.

! TNG با سرم نرمال سالین و دکستروز ۵٪ سازگاری دارد.

از دسته دارویی نیترات ها می باشد که با آزاد کردن گاز NO سبب شل کردن عضلات صاف عروق و در نتیجه گشادی عروق و افت فشار خون می شود.

یکی از اندیکاسیون های اصلی آن **هایپرتانسیون** می باشد.

! عوارض آن را با رمز هفت به ذهن بسپارید:

هفت

تاکیکاردی رفلکسی و تهوع
فلاشینگ (گرگرفتگی)
هیپوتانسیون و هدیک (headache)

! TNG با گشادی عروق منتر سبب سردرد می شود.

نحوه آماده کردن سرم تی ان جی و انفوزیون از طریق میکروست:

✓ در ابتدا یک میکروست به سرم دکستروز ۵% وصل نموده و ۹۵ سی سی از سرم مربوطه را به درون میکروست ریخته سپس ۵ میلی گرم از تی ان جی را به درون میکروست تزریق و سپس هواگیری نمایید.

نحوه محاسبه تعداد قطرات تی ان جی :

! بستگی به دستور پزشک دارد.

	5 micro	-----	6 gtt
	10 micro	-----	12 gtt
	15 micro	-----	18 gtt

✓ اگر دستور پزشک ۵ میکروگرم باشد شما روی ۶ قطره تنظیم نمایید ولی اگر دستور پزشک محترم ۱۰ میکروگرم باشد ۱۲ قطره و اگر دستور ۱۵ میکروگرم باشد ۱۸ قطره انفوزیون نمایید.

! نکته مهم : داروی تی ان جی بر اساس وزن نمی باشد.

امیر عباس میرزایی
پرستاری ۹۹



فلبیت

فلبیت عارضه‌ی شایع درمان وریدی است و معمولاً در اثر انفوزیون دارو یا محلول اسیدی، قلیایی، یا دارای اسمولالیتیه‌ی بالا رخ می‌دهد.

عوامل زمینه ساز فلبیت:

- بکارگیری وسایل بزرگتر از معمول برای دسترسی به عروق
- تروما به ورید در طی جاگذاری وسیله‌ی دسترسی وریدی
- استفاده‌ی طولانی مدت از یک ورید می‌باشند
- استفاده از ورید بسیار کوچک

❏ فلبیت ممکن است متعاقب هر انفوزیون (یا حتی تزریق فقط یک دارو) ایجاد شود، ولی معمولاً پس از انفوزیون‌های پی در پی بیشتر رخ می‌دهد.

❏ این عارضه در وریدهای دیستال سریع‌تر از وریدهای بزرگتر و نزدیک قلب ایجاد می‌شود.

❏ باید دانست داروهایی که صورت مستقیم تزریق می‌شوند و با غلظت و سرعت مناسب تجویز می‌گردند معمولاً باعث فلبیت نمی‌شوند.

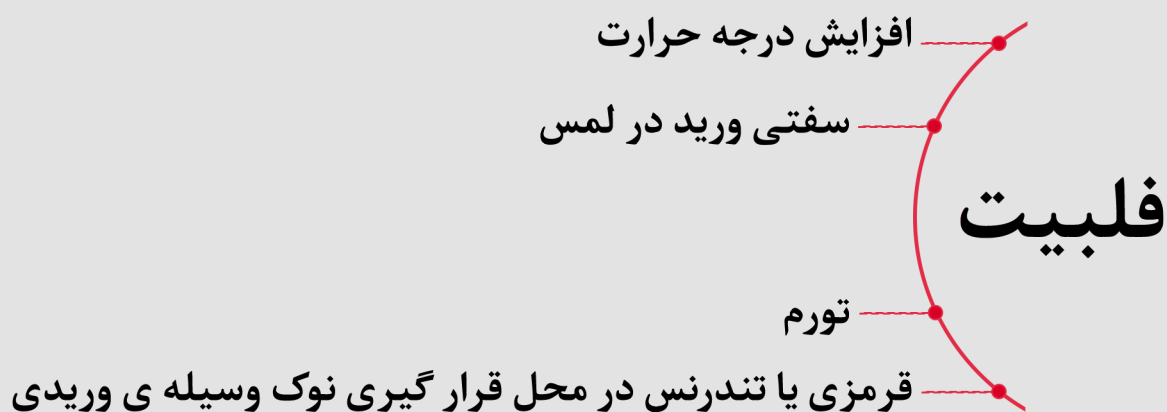
❏ لازم به ذکر است که تنها دلیل فلبیت انفوزیون‌های وریدی نیست و این عارضه انواع و دلایل بیشتری دارد که در قسمت‌های دیگر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

⚠ فنی توئین و دیازپام که معمولاً به صورت مستقیم تزریق می‌شوند، پس از یک یا چند تزریق در یک خط وریدی باعث فلبیت می‌شوند.

⚠ برخی از داروهای محرک وریدی مثل: اریترومايسين، تتراسایکلین، نافسیلین، وانکومايسين و آمفوتریسین B به هنگام تجویز از طریق ست دو راهی (piggyback) می‌توانند باعث فلبیت شوند.

⚠️ مقادیر بالای کلرید پتاسیم ($\text{mEq/L} 40$ یا بیشتر)، اسیدهای آمینه، سرم های قندی (10% یا بیشتر) و مولتی ویتامین ها نیز ممکن است منجر به فلبيت شوند.

علايم و نشانه ها:



مرتضی تقی زاده
پرستاری ۹۹



گاهنامه علمی فرهنگی رازیانه

(شماره هشتم)

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

