

# درسنامه جامع پرستاری

## بر اساس کتاب ساندرز

جلد چهارم

لیندا آنه سیلوستری  
آنجلای. سیلوستری

ترجمه و تالیف:  
فاطمه سادات قدسی

## درسنامه جامع پرستاری بر اساس کتاب ساندروز - جلد چهارم

ترجمه و تالیف: فاطمه سادات قدسی

ناشر:

نوبت و سال چاپ:

شایک دوره:

شایک جلد چهارم:

قیمت: تومان

طبق قانون حمایت از آثار مولفین و مترجمین، تمامی حقوق جهت مؤلف و ناشر براساس قرارداد فی مابین محفوظ است و هرگونه کپی برداری ممنوع و پیگرد قانونی دارد.

# فهرست

---

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| بخش سیزدهم.....              | ۹   |
| مشکلات چشم و گوش.....        | ۱۱  |
| داروهای چشم و گوش.....       | ۴۵  |
| بخش چهاردهم.....             | ۶۳  |
| مشکلات سیستم عصبی.....       | ۶۵  |
| داروهای سیستم عصبی.....      | ۱۰۹ |
| بخش پانزدهم.....             | ۱۲۹ |
| مشکلات اسکلتی عضلانی.....    | ۱۳۱ |
| داروهای اسکلتی عضلانی.....   | ۱۶۹ |
| بخش شانزدهم.....             | ۱۸۱ |
| مشکلات سیستم ایمنی.....      | ۱۸۳ |
| داروهای سیستم ایمنی.....     | ۲۰۳ |
| بخش هفدهم.....               | ۲۱۳ |
| مبانی روان پرستاری.....      | ۲۱۵ |
| بیماری‌های اعصاب و روان..... | ۲۳۳ |

# فهرست

---

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| ۲۶۷ | اعتیاد.....                     |
| ۲۸۱ | تئوری بحران و اقدامات لازم..... |
| ۳۰۱ | داروهای روان‌درمانی.....        |
| ۳۲۳ | بخش هجدهم.....                  |
| ۳۲۵ | مراقبت‌های پیچیده.....          |

## پیشگفتار

کتاب پیش رو ترجمه فارسی Saunders Comprehensive Review for the NCLEX-RN است که مطالب پیش پا افتاده و تکراری از آن حذف شده و نکات و تعاریف مهم به آن اضافه شده است.

درسنامه جامع پرستاری بر اساس کتاب ساندرز، شامل چهار جلد است. در جلد اول به قوانین و مبانی پایه در پرستاری و در جلد دوم به مباحث مرتبط با مادر و نوزاد و کودکان می پردازیم و در جلد سوم و چهارم تمامی مباحث بزرگسالان را فرا می گیریم. نمودار بودجه بندی سوالات آزمون NCLEX-RN را در انتهای این گفتار برای شما قرار می دهیم تا مطالعه هدفمندی بر مطالب با توجه به تعداد سوالات آن در آزمون داشته باشید.

کتاب ساندرز منبع اصلی آزمون NCLEX-RN آمریکا، استرالیا و کانادا است و همچنین یکی از بهترین منابع برای مطالعه، جهت شرکت در آزمون های پرومتریک و پیرسون کشورهای عربی است. در پاسخ به این پرسش که آیا مطالعه این کتاب جهت آزمون های مهاجرتی ضروری است یا خیر باید بگوییم که اساس سوالات آزمون ها از این کتاب می باشد و شما برای فهم عمیق مطالب باید به این کتاب تسلط داشته باشید.

تمامی دانشجویان و فارغ التحصیلان پرستاری می توانند از این کتاب بهره ببرند. مزیت استفاده از این کتاب، مطالعه روان و هدفمند مطالب کاربردی پرستاری است. دانشجویان این رشته می توانند با مطالعه این کتاب حین تحصیل، علاوه بر پوشش مطالب واحدهای دانشگاهی؛ خود را برای آزمون ها آماده کنند.

توصیه ما برای موفقیت در آزمون ها؛ مطالعه کتاب پیش رو، حل سوالات UWORLD و مرور مطالب است. UWORLD موسسه غیر ایرانی است که سوالات مشابه آزمون NCLEX-RN را تالیف کرده و به فروش می رساند. به دلیل دسترسی سخت، قیمت بالا و در جهت کمک مضاعف به شما همکاران؛ همراه با این کتاب، کانالی از سوالات UWORLD را ایجاد کرده ایم که در آن سوالات

UWORLD را همراه با پاسخ تشریحی انگلیسی و فارسی قرار داده ایم تا به طور کامل به مطالب تسلط پیدا کنید. جهت دسترسی به این کانال به یکی از راه های ارتباطی ما پیام دهید. امیدواریم که این اقدامات بتوانند کمکی در مسیر علمی و مهاجرتی شما دوستان ایفا کنند.

فاطمه سادات قدسی

Fsgghodsi@gmail.com

تابستان ۱۴۰۴

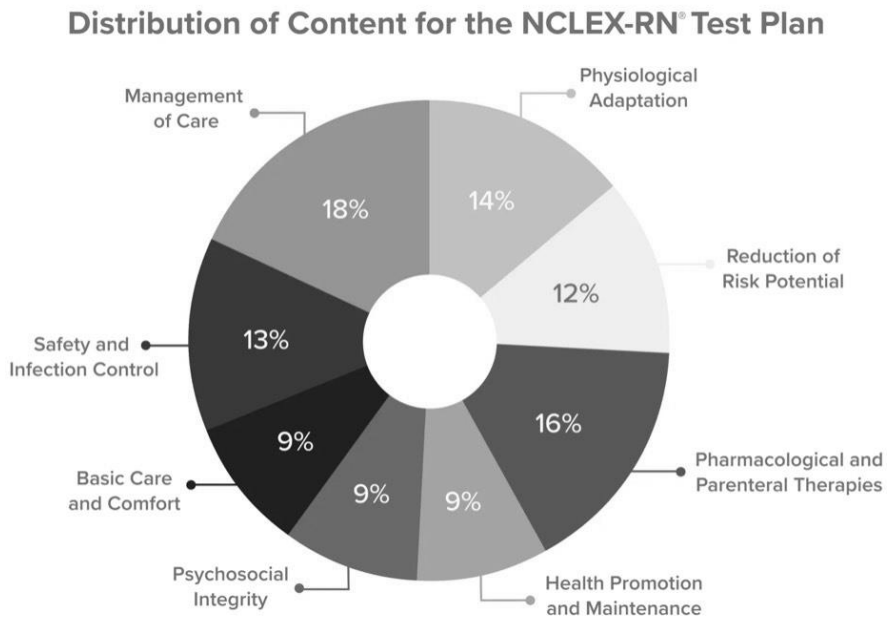
راه های ارتباطی :



Info@Migrantnurses.ir

www.Migrantnurses.ir

## بودجه بندی سوالات آزمون NCLEX-RN







## بخش سیزدهم

### مشکلات چشم و گوش

مطالب این بخش به صورت زیر سازمان‌دهی شده است:

■ فصل ۱: مشکلات چشم و گوش بزرگسالان

■ فصل ۲: داروهای چشم و گوش بزرگسالان



## مشکلات چشم و گوش

### آناتومی و فیزیولوژی چشم

- چشم

قطر چشم ۱ اینچ (۲.۵ سانتی متر) است و در قسمت قدامی کاسه چشم قرار دارد. کاسه چشم یا حدقه، ساختار استخوانی مجمله است که چشم را احاطه کرده و از چشم محافظت می کند.

- لایه های چشم

لایه خارجی: پوشش فیبروزی که از چشم محافظت می کند. حاوی قرنیه (لایه بیرونی متراکم و شفاف) و صلبیه (سفیدی چشم فیبروزی) است.

لایه میانی: مجرای یووه آ نامیده می شود. شامل مشیمیه، جسم مژگانی و عنبیه است. مشیمیه غشای قهوه ای تیره ای است که بین صلبیه و شبکیه قرار دارد و دارای رنگدانه تیره است تا از انعکاس نور به داخل جلوگیری کند. مشیمیه بیشتر صلبیه را می پوشاند و به شبکیه متصل است اما می تواند به راحتی از صلبیه جدا شود. مشیمیه حاوی رگ های خونی زیادی است و مواد مغذی را به شبکیه می رساند. جسم مژگانی، مشیمیه را به عنبیه متصل می کند و مایع زلالیه را ترشح می کند که به شکل دادن به چشم کمک می کند؛ عضلات جسم مژگانی ضخامت عدسی را کنترل می کنند. عنبیه قسمت رنگی چشم است که در جلوی عدسی قرار دارد و دارای یک دهانه دایره ای مرکزی به نام مردمک است. مردمک میزان نوری را که به شبکیه وارد می شود (تاریکی باعث گشاد شدن و نور باعث تنگ شدن می شود) کنترل می کند.

لایه داخلی: از شبکه تشکیل شده است، ساختاری نازک و ظریف که فیبرهای عصب بینایی در آن توزیع شده‌اند. شبکه از خارج توسط مشیمیه و صلبیه و از داخل توسط زجاجیه احاطه شده است. شبکه لایه گیرنده بینایی چشم است که در آن امواج نوری به تکانه‌های عصبی تبدیل می‌شوند. این لایه حاوی رگ‌های خونی و گیرنده‌های نوری به نام میله‌ها و مخروط‌ها است.

- **جسم زجاجیه**

حاوی ماده‌ای ژلاتینی است که محفظه زجاجیه، فضای بین عدسی و شبکه، را اشغال می‌کند. جسم زجاجیه نور را منتقل می‌کند و به چشم خلفی شکل می‌دهد.

- **میله‌ها و مخروط‌ها**

میله‌ها (استوانه‌ها) مسئول دید محیطی هستند و در سطوح کاهش یافته روشنایی عمل می‌کنند. مخروط‌ها در سطوح روشن روشنایی عمل می‌کنند و مسئول دید رنگی و دید مرکزی هستند.

- **دیسک بینایی**

ناحیه‌ای فرورفته به رنگ صورتی کرمی تا سفید در شبکه است. عصب بینایی از این ناحیه وارد کره چشم شده و از آن خارج می‌شود. این ناحیه نقطه کور نامیده می‌شود زیرا فقط حاوی الیاف عصبی است، فاقد سلول‌های گیرنده نور است و به نور حساس نیست.

- **ماکولا لوتئا**

ناحیه‌ای کوچک، بیضی شکل، به رنگ صورتی مایل به زرد که در طرفین و تمپورال دیسک بینایی قرار دارد. بخش مرکزی و فرورفته ماکولا، فووا سنترالیس است، ناحیه‌ای که تیزترین و دقیق‌ترین بینایی را دارد و بیشترین دید در آن رخ می‌دهد. وظایف آن شامل دید مرکزی، دید در شب و دید رنگی و تشخیص حرکت است.

- **زلالیه**

مایعی شفاف و آبکی که اتاقک‌های قدامی و خلفی چشم را پر می‌کند. این مایع توسط زوائد مزگانی تولید می‌شود و مایع به کانال اشلم تخلیه می‌شود. اتاقک قدامی بین قرنیه و عنبیه قرار دارد. اتاقک خلفی بین عنبیه و عدسی قرار دارد.

- کانال اشلم یا شلم

مجریایی که به طور کامل در اطراف چشم امتداد دارد؛ این مجرا اجازه می دهد تا مایع از چشم به گردش خون سیستمیک تخلیه شود تا فشار داخل چشمی (IOP) ثابتی حفظ شود.

- عدسی

ساختار محدب شفاف در پشت عنبیه و جلوی زجاجیه است. عدسی پرتوهای نور را خم می کند تا نور روی شبکیه بیفتد. انحنای عدسی برای تمرکز روی اشیاء نزدیک یا دور تغییر می کند.

- ملتحمه

غشاهای مخاطی نازک و شفاف چشم که سطح خلفی هر پلک را می پوشانند و روی صلبیه قرار دارند.

- غده اشکی

اشک‌هایی تولید می کند که از طریق سوراخ اشکی به داخل مجرای اشکی و کیسه اشکی تخلیه می شوند.

- عضلات چشم

عضلات به طور مستقل کار نمی کنند؛ هر عضله با عضله‌ای که حرکت مخالف را ایجاد می کند، کار می کند. عضلات رکتوس هنگام چرخش تمپورالی چشم، کشش خود را اعمال می کنند. عضلات مایل هنگام چرخش نازالی، کشش خود را اعمال می کنند.

- اعصاب

عصب جمجمه‌ای II: عصب اپتیک (بینایی). عصب جمجمه‌ای III: اکلوموتور (حرکت چشم). عصب جمجمه‌ای IV: تروکلئار (حرکت چشم). عصب جمجمه‌ای VI: ابدوسنس (حرکت چشم).

- رگ‌های خونی

شریان افتالمیک، شریان اصلی تأمین کننده ساختارهای چشم است. وریدهای افتالمیک خون را از چشم تخلیه می کنند.

## آزمایش‌های تشخیصی چشم

### • آنژیوگرافی فلورسین

این روش، تصویربرداری و ثبت دقیق گردش خون چشم توسط مجموعه‌ای از عکس‌های گرفته شده پس از تزریق ماده رنگی فلورسنت است. برای ارزیابی مشکلات گردش خون شبکیه، مانند مواردی که در رتینوپاتی دیابتی، خونریزی شبکیه و دژنراسیون ماکولا رخ می‌دهد، یا برای رد تومورهای داخل چشمی استفاده می‌شود.

### مداخلات قبل از عمل:

وجود آلرژی به ماده رنگی را در بیمار ارزیابی کنید. رضایت آگاهانه ضروری است. یک داروی میدریاتیک که باعث گشاد شدن مردمک می‌شود، ۱ ساعت قبل از آزمایش به داخل چشم چکانده می‌شود. رنگ به داخل ورید بازوی بیمار تزریق می‌شود. به بیمار اطلاع دهید که رنگ ممکن است باعث شود پوست برای چند ساعت پس از آزمایش زرد به نظر برسد و به تدریج از طریق ادرار دفع می‌شود. ادرار ممکن است تا ۲ روز پس از عمل سبز روشن یا نارنجی باشد.

ممکن است بیمار دچار حالت تهوع، استفراغ، عطسه، پارستزی زبان یا درد در محل تزریق شود. در صورت بروز کهمیر، آنتی‌هیستامین‌هایی مانند دیفن هیدرامین طبق تجویز اجرا می‌شوند.

### مداخلات پس از عمل:

استراحت و مصرف مایعات برای کمک به دفع رنگ را توصیه کنید. به بیمار یادآوری کنید که ظاهر زرد پوست از بین خواهد رفت. به بیمار اطلاع دهید که ادرار تا زمان دفع رنگ، سبز روشن یا نارنجی خواهد بود. به بیمار توصیه کنید که چند ساعت پس از آزمایش از نور مستقیم خورشید اجتناب کند و در صورت عدم امکان ماندن در منزل، از عینک آفتابی استفاده کند. به بیمار اطلاع دهید که ترس از نور تا زمانی که اندازه مردمک به حالت عادی برگردد، ادامه خواهد داشت.

### • توموگرافی کامپیوتری (CT)

این آزمایش برای معاینه چشم، ساختارهای استخوانی اطراف چشم و عضلات خارج چشمی انجام می‌شود. اگر بیمار مشکوک به آسیب چشم باشد، می‌توان از ماده حاجب استفاده کرد.

### مداخلات:

هیچ آمادگی خاص یا مراقبت بعدی برای بیمار لازم نیست. به بیمار آموزش دهید که در یک فضای محدود قرار خواهد گرفت و باید در طول عمل سر خود را ثابت نگه دارد. در مورد آلرژی‌ها و/یا مواجهه قبلی با ماده حاجب سوال کنید و آنها را ثبت کنید.

#### • تست لامپ شکاف یا اسلیت لامپ

امکان معاینه ساختارهای قدامی چشم را با بزرگنمایی میکروسکوپی فراهم می‌کند. بیمار برای ثابت نگه داشتن سر خود به تکیه‌گاه چانه تکیه می‌دهد، در حالی که پرتو باریکی از نور به گونه‌ای هدف‌گیری می‌شود که فقط بخش باریکی از چشم را روشن کند.

### مداخلات:

به بیمار در مورد روشنایی نور و لزوم نگاه کردن به جلو در نقطه‌ای بالای گوش معاینه‌کننده توصیه کنید.

#### • رنگ‌آمیزی قرنیه

یک رنگ موضعی به داخل کیسه ملتحمه تزریق می‌شود تا بی‌نظمی‌های سطح قرنیه که به راحتی قابل مشاهده نیستند، مشخص شوند. چشم از طریق یک فیلتر آبی مشاهده می‌شود و رنگ سبز روشن نواحی آسیب‌دیده اپیتلیوم قرنیه را نشان می‌دهد.

### مداخلات:

اگر بیمار از لنزهای تماسی استفاده می‌کند، لنزها باید برداشته شوند. به بیمار دستور داده می‌شود که پس از استفاده از رنگ، پلک بزند تا رنگ به طور مساوی در سراسر قرنیه توزیع شود.

#### • تونومتری

این آزمایش در درجه اول برای ارزیابی افزایش فشار داخل چشمی و گلوکوم احتمالی استفاده می‌شود.

تونومتری غیرتماسی: نیازی به تماس مستقیم با قرنیه بیمار و بی‌حسی موضعی چشم نیست. یک پاف هوا به سمت قرنیه هدایت می‌شود تا قرنیه را فرو ببرد، که می‌تواند ناخوشایند باشد و بیمار را بترساند. این روش اندازه‌گیری در مقایسه با تونومتری تماسی دقت کمتری دارد.

تونومتری تماسی: به بی‌حسی موضعی نیاز دارد. یک مخروط مسطح با قرنیه تماس داده می‌شود و میزان فشار مورد نیاز برای مسطح کردن قرنیه اندازه‌گیری می‌شود. به بیمار باید آموزش

داده شود که اگر چشم بی حس شده است، پس از معاینه از مالیدن چشم خودداری کند، زیرا احتمال خراشیدن قرنیه وجود دارد. فشار داخل چشمی طبیعی ۱۰ تا ۲۱ میلی متر جیوه است. فشار داخل چشمی در طول روز متفاوت است و معمولاً در صبح بیشتر است (همیشه زمان اندازه گیری فشار داخل چشمی را ثبت کنید).

• سونوگرافی

این روش مشابه روش های سونوگرافی انجام شده در سایر قسمت های بدن است و برای تشخیص ضایعات یا تومورهای چشم انجام می شود.

• تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

مشابه MRI انجام شده در سایر قسمت های بدن است.

### مشکلات چشم

| عوامل خطر مرتبط با مشکلات چشم                             |
|-----------------------------------------------------------|
| روند پیری . مادرزادی . دیابت شیرین . ارثی . داروها . ضربه |

### عیوب انکساری

انکسار، خم شدن پرتوهای نور است؛ هر مشکلی که با طول چشم یا انکسار مرتبط باشد می تواند منجر به عیوب انکساری شود.

نزدیک بینی: توانایی انکساری چشم برای طول چشم بسیار قوی است؛ تصاویر خم می شوند و جلوی شبکیه می افتند، نه روی آن.

دور بینی: توانایی انکساری چشم بسیار ضعیف است؛ تصاویر در پشت شبکیه متمرکز می شوند. پیرچشمی: از دست دادن خاصیت ارتجاعی عدسی به دلیل پیری؛ توانایی کمتر در تمرکز چشم برای کار نزدیک و تصاویر در پشت شبکیه قرار می گیرند.

آستیگماتیسم: به دلیل انحنای نامنظم قرنیه رخ می دهد؛ تصویر در دو نقطه مختلف روی شبکیه متمرکز می شود.



## • ارزیابی

عیوب انکساری از طریق فرآیندی به نام refraction تشخیص داده می‌شوند. بیمار در حالی که لنزهای مختلف با قدرت‌های مختلف به طور سیستماتیک در جلوی چشم قرار می‌گیرند، به نمودار بینایی نگاه می‌کند و از او پرسیده می‌شود که آیا لنزها، بینایی را تیزتر یا بدتر می‌کنند.

• مداخلات غیر جراحی: عینک یا لنزهای تماسی

• مداخلات جراحی

کراتوتومی شعاعی: برش‌هایی از طریق قرنیه محیطی ایجاد می‌شود تا قرنیه صاف شود، که اجازه می‌دهد تصویر نزدیک‌تر به شبکیه متمرکز شود؛ برای درمان نزدیک‌بینی استفاده می‌شود. کراتوتومی فوتورفراکتیو: از پرتو لیزر برای برداشتن قسمت‌های کوچکی از سطح قرنیه برای تغییر شکل قرنیه استفاده می‌شود تا تصویر به درستی روی شبکیه متمرکز شود؛ برای درمان نزدیک‌بینی و آستیگماتیسم استفاده می‌شود.

کراتومیلوزیس درجا با کمک لیزر (لازیک): لایه‌های سطحی قرنیه به صورت یک فلپ برداشته می‌شوند، لیزر لایه‌های عمیق‌تر قرنیه را تغییر شکل می‌دهد و سپس فلپ قرنیه جایگزین می‌شود؛ برای درمان دوربینی، نزدیک‌بینی و آستیگماتیسم استفاده می‌شود.

حلقه قرنیه: شکل قرنیه با قرار دادن یک حلقه انعطاف‌پذیر در لبه‌های بیرونی قرنیه تغییر می‌کند؛ برای درمان نزدیک‌بینی استفاده می‌شود.

## نابینایی

در مددجویی که از نظر قانونی نابینا است (legal blindness)، بهترین حدت بینایی با لنزهای اصلاحی در چشم سالم تر ۲۰/۲۰۰ یا کمتر است، یا میدان بینایی در چشم بهتر در وسیع‌ترین قطر خود بیشتر از ۲۰ درجه نیست (به این معنی است که فرد در فاصله ۲۰ فوتی، چیزی را می‌بیند که فرد با دید طبیعی در ۲۰۰ فوتی می‌بیند).

• مداخلات

هنگام صحبت با مددجویی که بینایی محدودی دارد یا نابینا است، پرستار باید از لحن صدای معمولی استفاده کند. هنگام نزدیک شدن به مددجو، او را آگاه کنید. مددجو را با محیط آشنا کنید. از یک نقطه مرکزی استفاده کنید و از آن نقطه مرکزی، جهت‌گیری بیشتری نسبت به محیط

ایجاد کنید؛ مطمئن شوید که مددجو مسیر مشخصی دارد. به مددجو اجازه دهید اشیاء داخل اتاق را لمس کند. تا حد امکان استقلال را ارتقا دهید. رادیو، تلویزیون و ساعت‌هایی که زمان را به صورت شفاهی نشان می‌دهند، یا یک ساعت بریل در اختیار او قرار دهید. هنگام راه رفتن، به مددجو اجازه دهید بازوی پرستار را از آرنج بگیرد. پرستار بازوی خود را نزدیک بدن نگه می‌دارد تا مددجو بتواند جهت حرکت را تشخیص دهد.

به مددجو دستور دهید هنگام راه رفتن یک قدم پشت سر پرستار بماند. به مددجو نحوه استفاده از عصای مخصوص نابینایان را آموزش دهید، که با شکل صاف و رنگ سفید با نوک قرمز از سایر عصاها متمایز می‌شود. به بیمار آموزش دهید که عصا در دست غالب، چند سانتی‌متر بالاتر از زمین نگه داشته شود و عصا کنار پای بیمار حرکت کند تا وجود موانع مشخص شود.

### آب مروارید

آب مروارید کدورت عدسی است که تصویر تابیده شده روی شبکیه را تحریف می‌کند و می‌تواند به نابینایی منجر شود. علل ایجاد شامل پیری (senile cataracts)، وراثت (congenital cataract) و آسیب (traumatic cataracts) است. آب مروارید همچنین می‌تواند ناشی از بیماری چشمی دیگری (آب مروارید ثانویه) باشد. علل آب مروارید ثانویه شامل دیابت شیرین، سرخجه مادر، نزدیک‌بینی شدید، قرار گرفتن در معرض نور ماوراء بنفش و داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها است. مداخله زمانی انجام می‌شود که حدت بینایی به سطحی کاهش یافته باشد که بیمار آن را غیرقابل قبول بداند یا بر سبک زندگی بیمار تأثیر منفی بگذارد.

#### • ارزیابی

تاری دید و کاهش درک رنگ از علائم اولیه هستند. دوبینی، کاهش حدت بینایی، عدم وجود رفلکس قرمز و وجود مردمک سفید از علائم دیررس هستند. درد یا قرمزی چشم با تشکیل آب مروارید مرتبط با سن مرتبط است. از دست دادن بینایی تدریجی است.

#### • مداخلات

عدسی با جراحی، هر چشم در یک عمل مجزا، برداشته می‌شود. با استخراج خارج کپسولی، عدسی بدون برداشتن کپسول عدسی برداشته می‌شود. این عمل ممکن است با



ظاهر کدر عدسی چشم که تحت تأثیر آب مروارید قرار گرفته است.

فیکوآمولسیفیکیشن انجام شود که در آن عدسی با ارتعاشات اولتراسونیک شکسته شده و خارج می‌شود. با استخراج داخل کپسولی، عدسی و کپسول به طور کامل برداشته می‌شوند. ممکن است همراه با استخراج عدسی، برای جلوگیری از گلوکوم ثانویه حاد، یک ایریدکتومی جزئی (برداشتن بخشی از عنبیه) انجام شود. ممکن است در زمان عمل جراحی، کاشت عدسی نیز انجام شود.

#### • مداخلات قبل از عمل

به بیمار در مورد اقدامات پس از عمل، مانند اهمیت شستشوی دست‌ها، و اقدامات لازم برای پیشگیری یا کاهش فشار داخل چشمی (مثلاً اجتناب از خم شدن، سرفه، زور زدن و مالیدن چشم) آموزش دهید. به بیمار تأکید کنید که مراقبت پس از جراحی نیاز به چکاندن انواع مختلف قطره‌های چشمی چندین بار در روز به مدت ۲ تا ۴ هفته دارد.

داروهای چشمی، از جمله میدریاتیک‌ها و سیکلوپلژیک‌ها (یک آنتی کولینرژیک است که از آن برای گشاد شدن مردمک چشم و فلج عضله عنبیه چشم (سیکلوپلژی) برای اقدامات تشخیصی استفاده می‌شود) را طبق تجویز، قبل از عمل اجرا کنید.

#### • مداخلات پس از عمل

سر تخت را ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا ببرید. بیمار را به پشت یا سمت غیرعملی بچرخانید. طبق تجویز، چشم‌بند را قرار دهید؛ بیمار را با محیط آشنا کنید. وسایل شخصی بیمار را در سمت غیرعملی قرار دهید. برای ایمنی از نرده‌های کناری استفاده کنید (طبق دستورالعمل‌های سازمان). در راه رفتن به بیمار کمک کنید.

#### • آموزش به بیمار پس از جراحی کاتاراکت

بیمار باید از مالیدن یا فشار آوردن به چشم‌ها خودداری کند. از حرکات سریع چشم، زور زدن، عطسه، سرفه، خم شدن، استفراغ یا بلند کردن اجسام سنگین‌تر از ۲/۲۵ کیلوگرم (۵ پوند) یا طبق دستور پزشک خودداری کند. اقدامات لازم برای جلوگیری از یبوست را انجام دهد.

دستورالعمل‌های تعویض پانسمان و قطره‌ها و داروهای تجویز شده چشم را دنبال کند. ترشحات یا اشک‌ریزش را با یک پنبه استریل مرطوب از گوشه داخلی به گوشه خارجی پاک کند. هنگام خواب از محافظ چشم استفاده کند. اگر کاشت لنز انجام نشود، تطابق تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باید همیشه از عینک استفاده شود.

عینک کاتاراکت به عنوان عینک بزرگنمایی عمل می‌کند و فقط جایگزین دید مرکزی می‌شود و اشیاء نزدیک‌تر به نظر می‌رسند. بنابراین، بیمار باید تطابق داشته باشد، فاصله را تشخیص دهد و با دقت از پله‌ها بالا برود. لنزهای تماسی وضوح بینایی بالایی را فراهم می‌کنند، اما برای قرار دادن آنها مهارت لازم است. خارش چشم و ناراحتی خفیف برای چند روز پس از عمل طبیعی است. در صورت بروز هرگونه کاهش بینایی، درد شدید چشم، افزایش قرمزی یا افزایش ترشحات چشم، با پزشک خود تماس بگیرد.

### گلوکوم

گروهی از بیماری‌های چشمی که منجر به افزایش فشار داخل چشمی می‌شوند. فشار داخل چشمی، فشار مایع (زلالیه) داخل چشم است (فشار داخل چشمی طبیعی ۱۰ تا ۲۱ میلی‌متر جیوه است). افزایش فشار داخل چشمی ناشی از تخلیه ناکافی زلالیه از کانال شلم یا تولید بیش از حد زلالیه است.

این بیماری به عصب بینایی آسیب می‌رساند و می‌تواند منجر به نابینایی شود. چون دید مرکزی تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد، ممکن است از دست دادن تدریجی میدان دید مورد توجه قرار نگیرد.

#### • انواع

گلوکوم زاویه باز اولیه (POAG) ناشی از انسداد در مسیر خروج زلالیه است و شایع‌ترین نوع محسوب می‌شود. گلوکوم زاویه بسته اولیه (PACG) ناشی از بسته شدن مسیر خروج زلالیه به شبکه ترابکولار است. علل آن شامل گشاد شدن عدسی یا مردمک چشم در اثر داروها یا تحریک سمپاتیک است.

#### • ارزیابی

علائم اولیه شامل کاهش تطابق و افزایش فشار داخل چشمی است.