ویراست دوم
اصول و فنون پرستاری
{واحد عملی}
براساس آخرین سرفصل شورای عالی برنامه‌ریزی
مولفین به ترتیب حروف الفبا:
آزیتا آریایی‌نژاد
کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
ایمانه باقری
دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
هادی جعفری‌منش
کارشناس ارشد پرستاری ـ داخلی جراحی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک
آتنا دادگری
کارشناس ارشد روان‌پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
منصوره وحدتی
کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
ویراستار علمی:
پگاه مطوری‌پور
دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
جامعه‌نگر

ویراست دوم

اصول و فنون پرستاری
(واحد عملی)

براساس آخرین سرفصل شورای عالی برنامه‌ریزی

تألیف (به ترتیب حروف الفبا)

آزیتا آریایی‌نژاد
کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه نوزادان
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

ایمانه باقری
دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

هادی جعفری‌منش
کارشناسی ارشد پرستاری ـ داخلی‌جراحی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

آتنا دادگری
کارشناسی ارشد روان‌پرستاری
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

منصوره وحدتی
کارشناس ارشد آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

ویراستار علمی

پگاه مطوری‌پور
دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان و نام پدیدآور	:	اصول و فنون پرستاری (واحد عملی): بر اساس آخرین سرفصل شورای عالی برنامه‌ریزی/تالیف (به ترتیب حروف الفبا) آزیتا آریایی‌نژاد... [و دیگران]؛ ویراستار علمی پگاه مطوری‌پور.
وضعیت ویراست	:	ویراست ۲.
مشخصات نشر	:	تهران: جامعه‌نگر، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	:	۲۰۲ ص.: مصور، جدول.
شابک	:	978-600-101-877-0
وضعیت فهرست نویسی	:	فاپا
یادداشت	:	تالیف (به ترتیب حروف الفبا) آزیتا آریایی‌نژاد، ایمانه بافری، هادی جعفری‌منش، آتنا دادگری، منصوره وحدتی.
یادداشت	:	نمایه.
یادداشت	:	کتابنامه: ص. [۱۹۷] -۱۹۸.
موضوع	:	پرستاری
موضوع	:	Nursing
موضوع	:	پرستار و بیمار
موضوع	:	Nurse and patient
شناسه افزوده	:	آریایی‌نژاد، آزیتا، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	:	مطوری‌پور، پگاه، ۱۳۶۷ -، ویراستار
رده بندی کنگره	:	RT۴۱
رده بندی دیویی	:	۶۱۰/۷۳
شماره کتابشناسی ملی	:	۶۱۶۴۴۰۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فاپا

فهرست

فصل اول: پیشگیری از انتقال عفونت ۱
بهداشت دست‌ها ۲
شستن دست جهت اسکراب‌کردن ۳
نحوه پوشیدن ماسک صورت ۵
نحوه خارج کردن ماسک صورت ۶
پوشیدن گان تمیز(غیر استریل) ۶
نحوه خارج‌کردن گان تمیز (غیر استریل) ۶
ایجاد و برقراری یک محیط استریل ۷
اضافه کردن وسیله استریل به محیط استریل ۷
نحوه پوشیدن گان استریل ۹
نحوه پوشیدن دستکش استریل به روش باز ۱۰
نحوه پوشیدن دستکش استریل به روش بسته ۱۲
نحوه خارج کردن دستکش استریل ۱۲

فصل دوم: وضعیت دادن بیمار ۱۹
قرار دادن مددجو در وضعیت نشسته ۲۱
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پشت ۲۳
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به شکم ۲۴
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پهلو ۲۵
قرار دادن مددجو در وضعیت نیمه خوابیده به روی شکم ۲۶
قرار دادن مددجو در وضعیت لیتاتومی ۲۷

فصل سوم: جا به جایی بیمار ۳۱
حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت ۳۲
حرکت دادن بیمار بدون توانایی همکاری به بالای تخت با استفاده از ملحفه ۳۳
حرکت دادن بیمار به پهلو ۳۴
چرخش طولی بیمار در یک محور ۳۵
انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال ۳۶
انتقال بیمار از تخت برانکارد به وسیله ملحفه کوچک ۳۸
انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخ‌دار ۳۸

فصل چهارم: تامین بهداشت فردی ۴۱
استحمام مددجو ۴۲
مراقبت از پا و ناخن ۴۸
مراقبت از دهان ۴۹
آماده کردن تخت بدون مددجو(تخت اشغال نشده) ۵۱
درست کردن تخت اشغال شده ۵۳
درست کردن تخت بعد از عمل ۵۴

فصل پنجم: کنترل علایم حیاتی ۶۱
کنترل درجه حرارت ۶۳
کنترل نبض ۶۷
کنترل تنفس ۶۹
کنترل فشارخون ۷۰

فصل ششم: گرما و سرما درمانی ۷۷
گرمای خشک (کیسه آبگرم) ۷۸
حمام نشیمن گاهی ۷۹
کمپرس گرم و استریل ۸۰
به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ - یقه یخ - دستکش یخ) ۸۱
کمپرس سرد ۸۱

فصل هفتم : تغذیه ۸۵
جا گذاری سوند بینی–معده ۸۶
غذا دادن از طریق سوند معده (گاواژ) ۸۸
روش ساکشن ترشحات معده ۹۰
خارج کردن لوله معده ۹۰
غذا دادن از طریق گاستروستومی یا ژژونوستومی ۹۱
شستشوی معده(لاواژ معده) ۹۲

فصل هشتم: قرار دادن سوند ادراری ۹۷
روش کار در زنان ۹۹
روش کار در مردان ۱۰۰
گذاشتن کاندوم کاتتر ۱۰۱
تهیه نمونه ادرار ۱۰۳
جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته ۱۰۵
شستشوی سوند یا مثانه ۱۰۵
شستشوی مداوم سوند یا مثانه(سیستم باز) ۱۰۶
شستشوی مثانه و یا سوند با سیستم بسته ۱۰۷

فصل نهم: اکسیژن درمانی ۱۱۳
روش‌های تجویز اکسیژن ۱۱۵
اکسیژن‌دادن به وسیله‌ی کانولای بینی یا ماسک صورت ۱۱۸
راه‌های هوایی مصنوعی ۱۱۹
ایروی دهانی ۱۱۹
ایروی دهانی حلقی ۱۲۰
تعبیه‌ی راه‌های هوایی مصنوعی ۱۲۰
لوله تراشه ۱۲۱
ساکشن ترشحات راه‌های هوایی ۱۲۲
تراکئوستومی ۱۲۴
جمع آوری نمونه از خلط ۱۲۶

فصل دهم: مراقبت از زخم ۱۳۲
پانسمان استریل خشک ۱۳۳
پانسمان شفاف ۱۳۵
پانسمان هیدروکلوئید ۱۳۵
دبریدمان ۱۳۶
تهیه نمونه از ترشحات زخم ۱۳۶
تمیز کردن و کوتاه کردن محل درن وخروج درن ۱۳۷
شستشوی زخم ۱۳۸
برقراری یک سیستم بسته تخلیه ترشحات زخم ۱۳۹
برداشتن بخیه ۱۳۹
بانداژ ۱۴۰
آموزش به بیمار و خانواده ۱۴۱

فصل یازدهم: مراقبت بعد از مرگ ۱۴۴

فصل دوازدهم: دارودرمانی ۱۴۶
آماده سازی و تجویز داروهای خوراکی ۱۴۸
آماده سازی و تجویز داروهای چشمی ۱۵۳
استعمال داروهای گوشی ۱۵۵
استعمال داروهای تجویز شده از طریق رکتوم (شیاف) ۱۵۶
استعمال داروهای استنشاقی ۱۵۸
استعمال داروهای بینی ۱۵۹
تجویز داروهای تزریقی به طریق عضلانی ۱۶۰
تزریق دارو به روش داخل جلدی ۱۶۵
کشیدن دارو به داخل سرنگ ۱۶۸
کشیدن ویال به داخل سرنگ ۱۶۹

فصل سیزدهم: دفع روده ۱۸۵
انما (تنقیه) ۱۸۶
تجویز انما با حجم زیاد ۱۸۷
تجویز انما با حجم کم ۱۸۸
تعویض کیسه کلستومی ۱۸۸
شستشوی کلستومی ۱۹۱
چک لیست انما در حجم زیاد (تنقیه) ۱۹۳
چک لیست انما در حجم کم ۱۹۴
چک لیست تعویض کلستومی ۱۹۵
چک لیست شستشوی کلستومی ۱۹۶

منابع ۱۹۷
نمایه ۱۹۹

پیش‌گفتار

این کتاب براساس آخرین سرفصل‌های شورای عالی برنامه‌ریزی برای واحد عملی درس اصول و فنون پرستاری بویژه برای دانشجویان ترم اول پرستاری و همچنین سایر دانشجویان این رشته آماده شده است. فصل‌ها بگونه ای طراحی شده است که اصول انجام کار بشکل عملیاتی و مرحله به مرحله توضیح داده شده باشد.

آموزش به بیمار و خانواده در پایان هر مبحث و چک لیست‌های ارزیابی دانشجو(مانند آنچه در آزمون‌های آسکی ملاک عملکرد دانشجویان قرار می‌گیرد) از موارد نواوری این کتاب نسبت به کتاب‌های موجود در این زمینه می باشد.

نویسندگان امیدوارند این کتاب با توضیحات عملیاتی خود نه تنها برای دانشجویان ترم۱، بلکه برای سایر دانشجویان این رشته و حتی پرستاران فارغ التحصیل مفید واقع شود.

مولفین

فصل (۱)

پیشگیری از انتقال عفونت

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. شست و شوی صحیح دست‌ها را مرحله به مرحله توضیح دهند.
۲. اسکراب‌کردن را بشکل صحیح و عملیاتی انجام دهند.
۳. گان را بشکل صحیح پوشیده و به درستی آن را خارج کنند.
۴. قادر باشد دستکش استریل را با اصول صحیح بپوشد و بدون انتقال آلودگی به محیط آن را خارج کنند.
۵. ست استریل را به طریق درست باز کنند.
۶. در هنگام بازکردن ست استریل، نکات لازم را جهت حفظ استریلیته آن رعایت می‌کنند.

اصطلاحات فصل کنترل عفونت	
Gloves	دستکش
Face Mask	ماسک صورت
Hand washing	شستن دست
Infection	عفونت
Isolation	جداسازی
Laundry	رختشوخانه
Scrub	اسکراب
Bin	سطل زباله مخصوص وسایل پارچه‌ای

بهداشت دست‌ها

مقدمه:

مهمترین علت شیوع عفونت در مراکز بهداشتی- درمانی انتقال از طریق دست است. بدون شک موثرترین راه برای کمک به پیشگیری از انتشار ارگانیسم‌ها، شستن دست‌هاست. صرف نظر از اختلاف نظرهای موجود در مورد عوامل پاک‌کننده مناسب، حداقل طول مدت شستشو و تکرار کافی، شستن دست‌ها، مهمترین روش پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی است.

مواردی که دست‌ها باید شسته شود

- قبل، حین و بعد از هر تماس با بیمار و محیط اطراف وی و در صورت لزوم
- قبل و بعد از انجام اعمالی مثل پانسمان، جمع‌آوری نمونه خون، ادرار، خلط و...
- قبل و بعد از دست زدن به وسایلی که آلوده شده اند یا احتمال آلودگی آن می‌رود.
- بعد از در آوردن دستکش
- مواقعی که پوست دست پرسنل درمانی آسیب دیده باشد.
- قبل و بعد از خوردن غذا
- هنگام شروع کار، ترک‌کردن بخش و پایان کار

شستن دست به روش طبی

اهداف

۱. کاهش تعداد باکتری های موجود بر روی دست‌ها
۲. پیشگیری از انتقال عفونت از دست پرسنل درمانی به بیمار و برعکس
۳. پیشگیری از انتقال عفونت در بین پرسنل درمانی و بیماران
۴. بررسی ناخن‌ها از نظر کوتاه بودن و نداشتن لاک
۵. معاینه پوست دست از نظر جراحت و زخم

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- آب
- دستمال یا حوله کاغذی
- صابون مایع

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. جهت از بین بردن باکتری‌های تجمع یافته در زیر حلقه و ساعت، انها را خارج کنید
۲. جهت پیشگیری از خراشیدگی پوست بیمار،پاره شدن دستکش و انتقال عفونت، ناخن ها را در صورت بلند بودن کوتاه کنید .
۳. جهت پیشگیری از خیس شدن آستین، آن را ۱۲-۱۰ سانتی‌متر بالاتر از مچ بالا ببرید

ب) نحوه اجرا

۱. شیر آب را باز کنید.
۲. درجه حرارت آب را به درجه گرم برسانید.
۳. نکته مهم. از آب داغ به دلیل از بین بردن چربی پوست، زبری و حساس شدن پوست استفاده نکنید.
۴. دست‌ها را کاملا خیس کنید سپس مایع صابون را به مقدار کافی بر کف دست خود بریزید.
۵. توجه داشته باشید در طول شستشو دست ها همواره پایین‌تر از آرنج قرار گیرد.

✪ **نکته:** دلیل: آب باید از ناحیه با آلودگی کمتر به طرف ناحیه با آلودگی بیشتر جریان یابد. (دست‌ها آلوده‌تر از ساعدها هستند)

۶. به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه کف دست‌ها، پشت دست‌ها، مچ‌ها و بین انگشتان را با حرکات محکم، مالشی و دورانی بشویید.

۷. سر انگشتان هر دست را به کف دست دیگر بمالید تا اطراف و زیر ناخن ها تمیز شود.

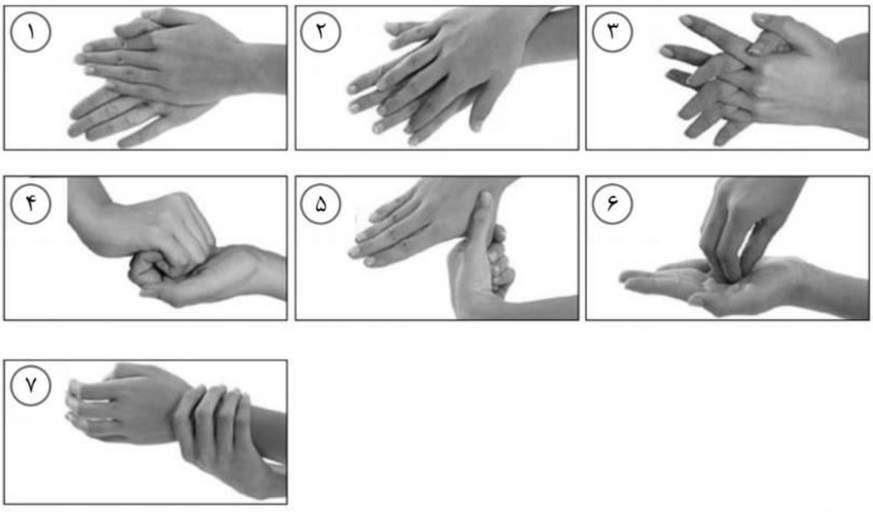
۸. دست‌ها را آبکشی کنید (دقت کنید پس از آبکشی نیز دست ها پایین تر از آرنج قرار بگیرد تا از برگشت آلودگی به سطح تمیز شده جلوگیری شود) (شکل۱- ۱)

۹. در صورتی که شیر آب پدالی می باشد آن را ببندید سپس جهت پیشگیری از خشکی و ترک خوردن پوست، دست ها را با حوله کاغذی خشک کنید

۱۰. در صورتی که شیر آب دستی است پس از خشک کردن دست ها، جهت پیشگیری از انتقال آلودگی از شیر آب به دست، با یک حوله کاغذی تمیز آن را ببندید (شکل۱-۲)

۱۱. حوله کاغذی را در کیسه زباله بیاندازید.

۱۲. مدت زمان شست و شوی دست ۴۰-۶۰ ثانیه است.



■ **شکل۱-۱** . ۱)کف دستها به یکدیگر مالیده شود ۲) پشت دستها را بخوبی بشویید ۳) انگشتان را درهم کرده و کف دستها را مالش دهید ۴) پشت انگشتان را شست و شو دهید ۵) انگشت هر دست را به شکل دورانی بین انگشت اشاره و شست دیگر تمیز نمایید ۶)نوک انگشتتان را کف دست‌ها بمالید ۷) مچ دست را به شکل چرخشی شست و شو داده و خشک نمائید.

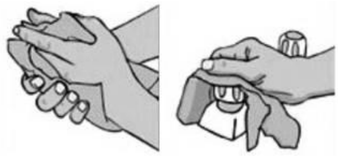
شستن دست جهت اسکراب کردن

اهداف

کاهش و سرکوب رشد میکروارگانیسم‌های پوست در صورت پاره شدن دستکش

نکات مورد بررسی

به شستشوی دست به روش طبی مراجعه شود



■ **شکل۱-۲** . بعد از شست و شوی دست شیر آب با یک دستمال بسته شود.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستشویی با سینک گود
- شیر آب پدال دار یا اهرم دستی
- صابون ضد باکتری
- برس مخصوص اسکراب
- وسیله ای برای تمیز کردن ناخن ها
- حوله استریل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. جهت از بین بردن باکتری‌های تجمع یافته در زیر حلقه و ساعت، آنها را خارج کنید
۲. جهت پیشگیری از خراشیدگی پوست بیمار، پاره شدن دستکش و انتقال عفونت، ناخن‌ها را در صورت بلند بودن کوتاه کنید .
۳. جهت پیشگیری از خیس شدن آستین، آن را تا قسمت فوقانی آرنج بالا بزنید

ب) نحوه اجرا

۱. شیر آب را باز کنید
۲. درجه حرارت آب را درجه گرم برسانید
۳. دست‌ها را تا آرنج مثل روش طبی یک بار بشویید و آبکشی کنید
۴. بر خلاف شستشو به روش طبی، دست‌ها باید در طول شستشو بالاتر از ساعد و آرنج باشد به طوری که آب از نوک انگشتان به طرف آرنج حرکت کند (شکل ۱-۳)

دلیل: آب از ناحیه با آلودگی کمتر به محل های با آلودگی بیشتر جریان می یابد.

۵. برس مخصوص اسکراب را مرطوب و با صابون ضد باکتری آغشته نمایید
۶. با مالش‌های عمودی برس به ترتیب ناخن‌ها، اطراف انگشتان، کف دست، پشت دست و ساعد را بر اساس مدت زمان تعیین شده موسسه مربوطه بشویید(شکل۱-۳).

نکته مهم: ناخن‌های هر دست را با ۱۵ حرکت، کف دست، انگشتان، شست و پشت دست با ۱۰ حرکت اسکراب شود

نکته مهم: برای شستن ساعد آن را به صورت ذهنی به ۳ قسمت تقسیم و هر قسمت را با ۱۰ حرکت اسکراب کنید

۷. مرحله ۵ و ۶ را برای دست دیگر هم تکرار کنید
۸. دست ها را کاملا آبکشی کنید.
۹. پس از آبکشی نیز دست‌ها را بالاتر نگه دارید تا آب از ناحیه خم شده آرنج پایین بیاید.
۱۰. بدون لمس سطوح دیگر، شیر آب را با پدال زیر پایی ببندید، در صورتی که شیر آب اهرم دستی دارد با قسمت بالای آرنج (که شسته نشده) اهرم دستی را به سمت پایین فشار دهید تا شیر آب بسته شود
۱۱. دست‌ها را با حوله استریل و حرکات چرخشی از نوک انگشتان تا آرنج خشک نمایید.
۱۲. دست ها را مقابل صورت و بالاتر از حد کمر نگه دارید
۱۳. دقت کنید دست های شما استریل است و نباید با سطوح غیر استریل تماس داشته باشد.

■ **شکل۱-۳** . شست‌وشو دست‌ها از پائین به بالا انجام گیرد (کف دستها، ناخن‌ها، پشت دست و ساعدها). در پایان کار شیر را با آرنج ببندید تا از آلودگی مجدد جلوگیری شود.

■ **شکل۱-۴** . حین شست و شو مراقب عدم برخورد دستها با شیر و سینک باشید.

نحوه پوشیدن ماسک صورت

مقدمه

مواجهه شغلی که پرسنل درمانی را در خطرعفونت با HBV، HCV، HIV قرار دهد ممکن است به یکی از شکل‌های زیر باشد:

۱. مواجهه از راه پوست
۲. مواجهه از راه غشاهای مخاطی (چشم،بینی، دهان)

لذا توصیه می شود در مواردی که احتمال پاشیده شدن ترشحات به فرد مراقبت دهنده و جذب از طریق مخاط دهان و بینی وجود دارد از ماسک استفاده شود:

- هنگام انجام روشهای آسپتیک جهت محافظت از بیمار
- توسط افراد مستعد در زمان ورود به اتاق بیمارانی که ایزوله تنفسی هستند.
- توسط پرسنلی که در تماس با بیماران مبتلا به اختلالات ایمنی هستند.
- توسط بیمار ایزوله ا ی که می خواهد به هر دلیل اتاق خود را ترک کند.

اهداف

۱. حفاظت از غشاهای مخاطی بینی و دهان طی انجام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون و مایعات و ترشحات بدن وجود دارد.
۲. پیشگیری از انتقال میکروب‌های هوازی از پرستار به بیمار و بالعکس
۳. پیشگیری از انتقال میکروب‌های هوازی از پرستار به محیط استریل
۴. پیشگیری از انتقال میکروب‌های هوازی از محیط به بیمار و پرستار

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نیاز به پوشیدن ماسک صورت
۲. بررسی ماسک از نظر پارگی ، تمیزی و خشک بودن

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ماسک صورت

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

به آمادگی خاصی نیاز ندارد.

ب) نحوه اجرا

۱. اگر جلوی بیمار اقدام به ماسک زدن نمودید دلیل استفاده از آن را برای وی توضیح دهید.
۲. دو بند بالایی ماسک یا دو حلقه کشی ماسک را با دست بگیرید.
۳. دقت کنید لبه فلزی ماسک باید روی پل بینی قرار بگیرد.
۴. اگر ماسک دارای حلقه کشی است، آن را پشت گوش ثابت کنید.
۵. اگر ماسک بند دار است، ابتدا دو بند بالایی را بالای گوش‌ها پشت سر گره بزنید سپس بندهای پایینی را اطراف گردن گره بزنید به طوری که لبه پایینی ماسک زیر چانه قرار بگیرد (شکل۱-۵).
۶. لبه فلزی ماسک را به آرامی روی پل بینی فشار دهید تا ثابت شود.
۷. در صورت استفاده از عینک محافظ همزمان با پوشیدن ماسک، توجه کنید عینک روی لبه بالایی ماسک قرار گیرد.

■ **شکل۱-۵** . نحوه قرارگیری ماسک های طبی

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. از یک ماسک تنها یک بار استفاده کنید.
۲. درهنگام استفاده از ماسک از صحبت‌کردن غیر ضروری و در صورت امکان از عطسه‌کردن یا سرفه کردن اجتناب کنید.
۳. در صورت خیس و مرطوب شدن، تماس با مواد آلوده و اتمام مدت زمان توصیه شده توسط موسسه مربوطه ماسک تعویض گردد(در صورت مرطوب نشدن هم هر یک ساعت تعویض گردد).

نحوه خارج کردن ماسک صورت

روش کار

۱. ابتدا دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌ها را بشویید.
۲. در صورت داشتن عینک محافظ عینک را بردارید.
۳. اگر ماسک استفاده شده دارای حلقه کشی است، دو حلقه را همزمان از پشت گوش‌ها خارج کرده و ماسک را از صورت جدا کنید
۴. اگر ماسک استفاده شده بند دار است، ابتدا بندهای لبه پایینی و سپس بندهای لبه بالایی را بردارید و بدون تماس دست با ماسک، آن را از صورت جدا کنید
۵. ماسک را داخل کیسه زباله‌های عفونی بیندازید.
۶. دست‌های خود را بشویید.

پوشیدن گان تمیز(غیر استریل)

مقدمه

پوشیدن گان برای محافظت پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس حین انجام اعمال تهاجمی و فعالیتهای مراقبت از بیمار که احتمال ایجاد یا پاشیده شدن خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی وجود دارد یا باعث آلوده شدن لباس می‌گردد ، توصیه می‌شود.

اهداف

۱. پیشگیری از آلوده شدن لباس فرد مراقبت دهنده طی انجام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون ومایعات و ترشحات بدن وجود دارد
۲. پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرستار
۳. پیشگیری از انتقال عفونت از پرستار به بیماران در معرض خطر

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نیاز به پوشیدن گان
۲. بررسی گان از نظر پارگی ، تمیزی و خشک بودن

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- گان

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از پوشیدن گان لازم است دست ها را بشویید.
۲. در صورت لزوم ماسک بپوشید.

ب) نحوه اجرا

۱. گان را مقابل خود باز کنید.
۲. دست‌ها و بازوهای خود را به داخل آستین‌های گان وارد کنید.
۳. به ترتیب بندهای پشت گردن و پشت کمر را ببندید.
۴. بعد از پوشیدن گان، دستکش بپوشید و لبه‌های دستکش را بر روی آستین گان بکشید.

نحوه خارج‌کردن گان تمیز (غیر استریل)

اهداف

پیشگیری از انتقال آلودگی از اتاق بیمار به محیط، پرسنل و بیماران دیگر، قبل از خروج از اتاق بیمار

روش کار

۱. دستکش‌ها را خارج کنید.
۲. دست‌ها را بشویید.
۳. در صورت داشتن عینک محافظ، آن را از روی صورت بردارید.
۴. ابتدا بند پشت گردن و سپس بند پشت کمر گان را باز کنید(شکل۱-۶).
۵. بدون تکان دادن گان در هوا و بدون اینکه دست شما

با قسمت خارجی گان تماس پیدا کند، آن را خارج کنید.

۶. در صورت یکبار مصرف بودن گان، آن را داخل کیسه زباله‌های عفونی و در غیر این صورت داخل کیسه مخصوص لباس‌های کثیف جهت شستشوی مجدد بیاندازید.

۷. در صورت داشتن ماسک در این مرحله آن را از صورت جدا کنید.

۸. قبل از ترک اتاق بیمار دست‌های خود را بشویید.

■ **شکل۱-۶** . در شکلی که پرستار از پشت نشان داده شده، گره گان را باز می‌کند. در مورد خارج کردن دستکش، یک دستکش را خارج کرده و در کف دست دیگر قرار می‌دهد. در نمایی که پرستار از قدام نشان داه شده است، بازوها ابتدا از گان خارج می‌گردد سپس در حالیکه آن را دور از بدن گرفته است آن را از سمت داخل(سمت آلوده) تا می‌نماید.

ترتیب خارج کردن پوشش‌های حفاظتی

۱. دستکش
۲. عینک
۳. گان
۴. ماسک

ایجاد و برقراری یک محیط استریل

مقدمه

فراهم کردن و حفظ محیط استریل جهت جلوگیری از بروز هرگونه آلودگی و عفونت به بیمار اهمیت حیاتی دارد.

اهداف

۱. فراهم کردن محیط استریل جهت پیشگیری از انتقال عفونت در طول انجام تکنیک های استریل
۲. اطمینان از استریل ماندن وسایل و محیط در طول انجام تکنیک های استریل

نکات مورد بررسی

۱. بررسی تاریخ انقضای بسته استریل
۲. بررسی بسته استریل از نظر پارگی، آلودگی، سوراخ بودن و مرطوب بودن (در صورت مشاهده هر کدام از موارد مذکور، بسته را آلوده فرض کرده و استفاده نکنید).
۳. بررسی علامت نوار رنگی روی بسته استریل (تغییر رنگ نوار به رنگ مشکی نشانه استریل بودن بسته است).

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- میز کار
- بسته استریل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. موارد گفته شده در قسمت بررسی را مجدد کنترل کنید
۲. محیط یا میز کار را طوری انتخاب کنید که در سطح کمر یا بالاتر باشد.
۳. محلی تمیز و عاری از رطوبت و آلودگی جهت برقراری محیط استریل انتخاب کنید.

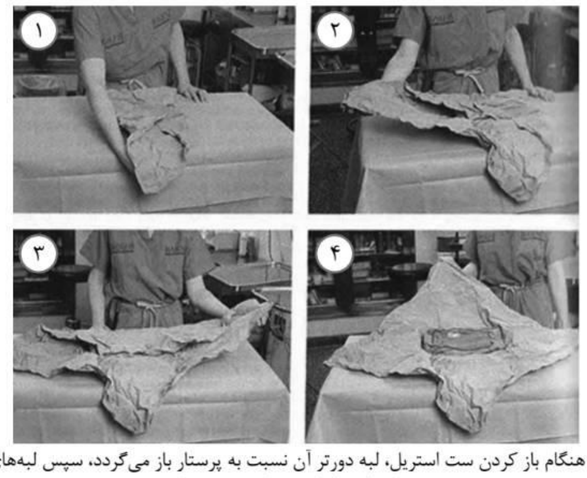
ب) نحوه اجرا

۱. دست های خود را بشویید.
۲. بسته استریل را در مرکز میز کار (هم سطح کمر یا بالاتر) قرار دهید به طوری که اولین لایه به سمت دور از شما (مقابل شما) باز شود.
۳. با دو انگشت شست و سبابه لایه اول (لایه رویی) را

گرفته و به طرف مقابل خود باز کنید.

۴. لبه‌های کناری را نیز به همین صورت باز کنید. از دست راست برای لبه راست و از دست چپ برای لبه چپ استفاده کنید.

۵. آخرین لایه را نیز مثل لایه‌های قبل گرفته و به طرف خودتان باز کنید(شکل۱-۷).



■ **شکل۱-۷** . در هنگام باز کردن ست استریل، لبه دورتر آن نسبت به پرستار باز می‌گردد، سپس لبه‌های راست و چپ و درنهایت لبه داخلی(نزدیکتر به پرستار).

چند نکته مهم جهت استریل ماندن محیط

۱. دقت کنید در طول مدت انجام کار هرگز پشت خود را به محیط استریل برنگردانید و دست‌ها را پایین تر از سطح محیط استریل قرار ندهید.

۲. توجه کنید در حین باز کردن بسته به هیچ وجه دست شما با قسمت داخلی پوشش بسته تماس پیدا نکند.

اضافه کردن وسیله استریل به محیط استریل

نحوه اجرا:

۱. بسته را از نظر استریل بودن (تاریخ انقضا، پارگی، رطوبت و آلودگی، مشکی شدن نوار رنگی و...) بررسی کنید.

۲. اگر وسیله در بیمارستان استریل شده است:

الف. وسیله را در یک دست بگیرید طوری که لبه بالایی محل باز شدن آن به دور از دست شما باشد.

ب. با دست دیگر گوشه هر دو طرف بالایی را باز کنید. وسیله را محکم در دست نگه دارید.

ج. گوشه پوشش را بگیرید و به سمت عقب به طرف مچ خود ببرید به طوری که دست و مچ شما پوشیده شود

۳. اگر از وسیله بسته بندی شده موجود در بازار استفاده می‌کنید:

۴. الف. این بسته بندی‌ها یک گوشه مشخص برای باز کردن وسیله دارد. بسته بندی را در یک دست نگه دارید.

۵. ب. با دست دیگر گوشه بالایی پوشش را به سمت عقب بکشید. می‌توانید از هر دو دست خود نیز برای باز کردن پوشش استفاده کنید.

۶. وسایل را بدون تماس با دست از فاصله ۱۵ سانتیمتری بالای سطح استریل به داخل محیط استریل بیاندازید.

چند نکته مهم:

۱. دقت کنید به ۲/۵ سانتیمتری لبه‌های محیط استریل دست نزنید و وسیله‌ای را نیز با آن تماس ندهید، چون این قسمت استریل نیست

۲. فاصله بیشتر از ۱۵ سانتیمتر برای اضافه کردن وسیله به محیط استریل موجب پرت شدن وسیله به کناره محیط استریل و آلوده شدن آن می شود.

۳. فاصله کمتر از ۱۵ سانتیمتر باعث برخورد دست با محیط استریل و آلوده شدن محیط استریل می‌شود.

روش ریختن محلول استریل

نحوه اجرا:

۱. از استریل بودن محلول استریل اطمینان حاصل کنید:
الف. به تاریخ مصرف محلول انتخابی توجه نمایید.
ب. به هرگونه علامت آلودگی روی ظرف محلول توجه نمایید.
ت. ظرف محلول را طبق دستورالعمل باز کنید.

۲. درپوش بطری را برداشته و طوری روی میز قرار دهید که لبه های آن به طرف بالا باشد.

۳. جهت استریل ماندن محلول قسمت‌های داخل درپوش یا دهانه بطری را لمس نکنید.

۴. جهت پیشگیری از ریخته شدن محلول روی برچسب و ناخوانا شدن نوشته، ظرف محلول را طوری در دست بگیریدکه برچسب آن کف دست شما باشد.

۵. جهت تمیز شدن لبه بطری، مقدار دو سی‌سی از محلول را دور میریزیم.

۶. از فاصله ۱۵-۱۰ سانتیمتری کاسه استریل محلول را به آرامی و به مقدار نیاز در کاسه استریل بریزید.

۷. دقت کنید محلول به اطراف (منظور محیط استریل می‌باشد) پاشیده نشود. دلیل: رطوبت محیط استریل موجب جذب میکروارگانیسم‌ها از سطوح غیر استریل به سطوح استریل می‌شود.

۸. درب ظرف محلول را ببندید و تاریخ و زمان باز شدن آن را روی ظرف یادداشت کنید. (محلول تا ۲۴ ساعت پس از باز شدن درب، استریل خواهد ماند.)

نحوه پوشیدن گان استریل

اهداف

۱. جهت پیشگیری از تماس لباس‌های غیر استریل پرستار با محیط استریل

۲. اطمینان از استریل بودن تکنیک

نکات مورد بررسی :

۱. بررسی استریل بودن بسته گان

۲. بررسی نیاز به همکار جهت کمک در پوشیدن گان

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

گان استریل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. پوشش‌های محافظتی (کفش، کلاه، ماسک، دستکش) که قرار است بعدا استفاده کنید را در دسترس قرار دهید

۲. شستشوی دست را مطابق آنچه در مبحث"شستن دست قبل از تکنیک‌های استریل"گفته شد، بشویید.

۳. بسته گان استریل را باز کنید.

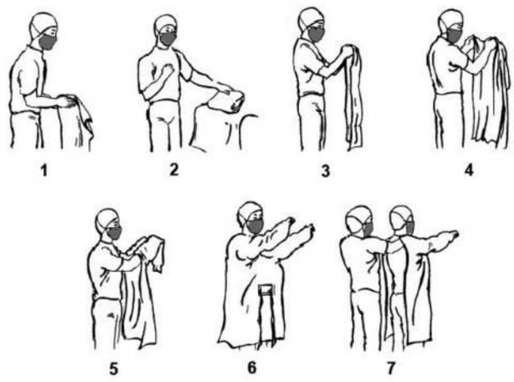
ب) نحوه اجرا

۱. گان استریل تا شده را مقابل خود نگه دارید و دقت کنید که از تمام سطوح غیر استریل فاصله بگیرید تا گان به جایی برخورد نکند.

۲. گان را از نوار زیر گردن در قسمت یقه و نزدیک شانه‌ها گرفته و دست‌ها را در آستین گان وارد کنید و بازوها را به نحوی بلند کنید که داخل گان رو به طرف شما قرار گیرد.

نکته مهم: در صورتی که بخواهید دستکش استریل به روش بسته بپوشید انگشتان خود را در این مرحله از آستین گان بیرون نیاورید در غیر این صورت دست را می توانید از آستین خارج کنید.

۳. از همکارتان بخواهید که با بردن دست به درون و کشیدن‌گان، آن را روی شانه‌هایتان بکشد و بندهای کمر و یقه تان را ببندد.تا زمانی که همکارتان دستکش استریل نپوشیده باشد اجازه ندارد به بندهای کمر گان دست بزند(شکل۱-۸).



■ **شکل۱-۸** . نحوه پوشیدن گان

چند نکته مهم جهت استریل ماندن گان

۱. هنگام پوشیدن گان، باید دور از وسایل غیر استریل قرار گرفت.
۲. از زیر آرنج تا مچ، قسمت جلوی سینه و روی بازو استریل محسوب می‌شود.
۳. از زیر بازو و شانه‌ها و از کمر به پائین گان، به هیچ وجه استریل نیست بنابراین کسی که اسکراب کرده و گان استریل پوشید، باید از گذاشتن دستهای خودبه زیر بغلش خودداری کند.

نحوه پوشیدن دستکش استریل به روش باز

اهداف:

۱. پیشگیری از انتقال عفونت از دست مراقبت دهنده به بیماران در معرض خطر(مستعد عفونت) در حین انجام تکنیک هایی مانند پانسمان
۲. استریل ماندن وسایل استریل شده در حین انجام کار و تماس با دست

نکات مورد بررسی

۱. بررسی بسته بندی دستکش از نظر استریل بودن
۲. بررسی پوست دست از نظر جراحت و ممنوعیت برای انجام کار استریل
۳. بررسی ناخن ها از نظر کوتاهی و داشتن جواهرات

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

■ دستکش استریل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از پوشیدن دستکش، دست ها را به روش طبی بشویید.
۲. انگشتر دست اگر موجب پارگی دستکش می‌شود را خارج کنید.
۳. دستکش استریل در سایز مناسب (خانم‌ها ۷/۵-۷، آقایان ۸/۵-۷/۵) آماده کنید.
۴. از استریل بودن دستکش، اطمینان حاصل کنید.

ب) نحوه اجرا:

۱. لایه خارجی بسته بندی دستکش را روی یک سطح تمیز، صاف، خشک و بالاتر از ناحیه کمر باز کنید.
۲. قسمت داخلی دستکش را با دقت و بدون اینکه دست با لبه تا شده دستکش تماس پیدا کند، باز کنید.
۳. دقت کنید قسمت تا شده لبه دستکش رو به روی شما قرار گیرد.
۴. به علامت R(راست) و L(چپ) دقت کنید.
۵. با انگشت شست و سبابه دستکش دست غیرغالب، دستکش دست غالب (بدون تماس دادن آن با محیط

غیر استریل) را بردارید.

۶. دست غالب را وارد دستکش نمایید و آن را بالا بکشید. توجه داشته باشید برای سهولت کار ابتدا محل شست دستکش را شناسایی و بعد، آن را متناسب با حالت دست بالا بکشید و قسمت مچ دستکش(قسمت تاخورده) را در این مرحله باز نکنید بلکه بعد از پوشیدن هر دو دستکش این کار را انجام دهید.

دلیل: اگر بخواهید با دست دستکش نپوشیده مچ دستکش را به بالا برگردانید دستکش استریل آلوده می شود.

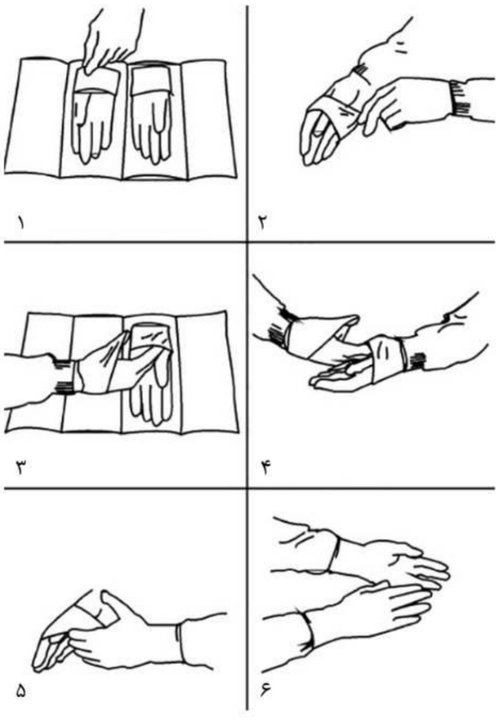
۷. ۴ انگشت دست دستکش‌دار (به غیر از شست) را به سمت محل تای دستکش غیرغالب ببرید و دستکش را بردارید.

۸. دست غیر غالب خود را وارد دستکش کنید.

۹. دستکش هر دو دست را تنظیم کنید(شکل۱-۹).

نکته مهم: در صورتی که در حین پوشیدن دستکش اول، دو انگشت وارد یک انگشت دستکش شد یا انگشتان در محل خود قرار نگرفت سعی به درست کردن آن نکنید، پس از پوشیدن هر دو دستکش آن را تنظیم کنید.دلیل: دست دستکش نپوشیده غیر استریل محسوب شده و موجب آلوده شدن دستکش استریل می شود.

۱۰.دست های خود را از محیط های غیر استریل، دور و همواره بالاتر از کمر خود نگه دارید.



■ **شکل۱-۹** . **مرحله اول:** ابتدا یک دستکش را با انگشت شست و اشاره یک دست بلند کرده. **مرحله دوم:** دستکش را بپوشید. **مرحله سوم:** با انگشتان دستی که دستکش پوشیده اید، دست را زیر لبه کاف دستکش دوم ببرید. **مرحله چهارم:** دستکش دوم را پوشیده و آن را تا مچ دست بالا بکشید. **مرحله پنجم:** دستکش اول را کاملا پوشیده و آن را تا مچ دست بالا آورید. **مرحله ششم:** پوشیدن دستکش‌ها تکمیل شده است.

نحوه پوشیدن دستکش استریل به روش بسته

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از پوشیدن دستکش، دست‌ها را بشویید.
۲. انگشتر دست اگر موجب پارگی دستکش می‌شود را خارج کنید.
۳. دستکش استریل در سایز مناسب (خانم‌ها ۷/۵–۷، آقایان ۸/۵–۷/۵) آماده کنید.
۴. از استریل بودن دستکش، اطمینان حاصل کنید.
۵. پوشش خارجی (اولیه) دستکش استریل را باز کنید و آن را بدون تماس دست با پوشش داخلی روی محیط استریل قرار دهید.
۶. گان استریل را بدون اینکه انگشتان از آستین خارج شود، بپوشید.

ب) نحوه اجرا

۱. بسته داخلی دستکش که از قبل روی محیط استریل قرار داده شده را با سر آستین گان بردارید و باز کنید.
۲. ابتدا دستکش دست غالب خود را با دست غیر غالب بردارید و آن را به طوری که انگشتان دستکش با انگشتان دست در یک سطح باشد قرار دهید.
۳. بدون اینکه انگشتان دستکش را لمس کنید، همانطور که داخل آستین گان قرار دارد به داخل دستکش وارد کنید و با استفاد ه از دست غیر غالب که از آستین گان خارج نشده آن را تا مچ بالا بکشید.
۴. دستکش دست غیر غالب را با دست دستکش دار بردارید و طبق آنچه برای دست غالب گفته شد، بپوشید
۵. پس از پوشیدن هر دو دستکش می‌توانید آنها را تنظیم کنید
۶. دقت کنید دست‌ها به محیط‌های غیر استریل برخورد نکند و بالاتر از ناحیه کمر قرار گیرد(شکل۱–۱۰).

■ **شکل۱–۱۰** . پوشیدن دستکش‌ها به روش بسته

نحوه خارج‌کردن دستکش استریل

هدف

خارج کردن دستکش های آلوده بدون اینکه دست های پرستار آلوده شود.

نحوه اجرا

۱. با استفاده از دست غالب، سطح خارجی دستکش دست دیگر را از زیر انگشت شست و (بدون لمس کردن مچ دست) گرفته و به سمت وارونه خارج کنید و دستکش خارج شده را با دستی که دستکش دارد نگه دارید.
۲. ۲ یا ۴ انگشت دست بدون دستکش را از قسمت مچ وارد دستکش دست دیگر کنید و آن را به سمت وارونه همراه با دستکش قبلی که در دست خود نگه داشتید، خارج کنید(شکل۱–۱۱).
۳. دستکش‌های آلوده را درون سطل زباله‌های عفونی بیاندازید.
۴. دست‌های خود را بشویید.

نکته مهم

۱. برای خارج کردن دستکش نیاز به رعایت روش خاصی نیست و فقط باید مراقب بودکه دست ها به هیچ عنوان با قسمت خارجی دستکش که آلوده است، تماس پیدا نکند.
۲. علت وارونه خارج کردن دستکش این است که سطح آلوده دستکش به طرف داخل جمع شود و خطر انتقال میکروارگانیسم ها به حداقل برسد

■ **شکل۱-۱۱** . خارج‌کردن صحیح دستکش‌ها

آموزش به بیمار و خانواده

۱. شستن صحیح دست به روش طبی را به بیمار و خانواده وی آموزش دهید.
۲. اهمیت شستن دست فرد مراقبت دهنده را به خانواده بیمار آموزش دهید.
۳. لزوم استفاده از ماسک صورت برای بیماری که دارای بیماری واگیردار می‌باشد یا مستعد عفونت هست به بیمار و خانواده تاکید شود (بخصوص بیماری‌های منتقله از راه تنفسی مانند سل).

چک لیست شستشوی دست به روش طبی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	انگشتر، ساعت، ناخن مصنوعی و وسایل زینتی را از دست خارج می‌کند.			
۲	ناخن‌ها کوتاه است			
۳	ابتدا دست‌ها را خیس کرده، سپس با مایع صابون به خوبی مالش می‌دهد.			
۴	دست‌ها را طوری نگه می‌دارد که آب قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا نکند.(دست‌ها پایین‌تر از آرنج قرار می‌گیرد)			
۵	حدود ۳۰-۱۵ ثانیه دست‌ها(کف دست،پشت دست ، مچ ، بین انگشتان و ناخن‌ها) را با حرکات دورانی و مالشی می‌شوید.			
۶	به علت این که میکروارگانسیم‌ها در زیر ناخن و اطراف انگشت‌ها متمرکزهستند، به این نواحی توجه خاص می‌کند.			
۷	از پاشیده شدن آب روی خود یا کف زمین اجتناب می‌کند زیرا رشد میکروارگانسیم‌ها روی سطوح مرطوب سریع‌تر است.			
۸	از لمس و تماس با سینک دستشویی اجتناب می‌کند، زیرا به شدت آلوده می‌باشد.			
۹	پس از شستن کامل دست‌ها آن‌ها را به خوبی با دستمال کاغذی خشک می‌کند.			
۱۰	در صورتی که شیر دستشویی مجهز به کنترل بازویی یا پایی نمیباشد جهت بستن شیر آب از دستمال کاغذی خشک استفاده می‌کند که باعث انتقال دوباره آلودگی نشود.			
۱۱	دستمال کاغذی را در کیسه زباله می‌اندازد.			

چک لیست شستشوی دست قبل از تکنیک استریل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	انگشتر، ساعت، ناخن مصنوعی و وسایل زینتی را از دست خارج می‌کند.			
۲	ناخن‌ها کوتاه است.			
۳	ابتدا دست‌ها را خیس کرده، سپس با مایع صابون به روش طبی شستشو می‌دهد.			
۴	دست‌ها را طوری نگه می‌دارد که آب قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا نکند .(دست‌ها بالاتر از آرنج قرار می‌گیرد).			
۵	به وسیله برس مخصوص اسکراب آغشته به صابون ضدباکتریال(ناخن‌ها، انگشتان هر طرف،کف دست، پشت دست، مچ، ساعد) را با مالش‌های عمودی می‌شوید.			
۶	مدت زمان شستشو را رعایت می‌کند.			
۷	از پاشیده شدن آب روی خود یا کف زمین اجتناب می‌کند زیرا رشد میکروارگانسیم‌ها روی سطوح مرطوب سریع‌تر است.			
۸	پس از شستن کامل دست‌ها، آن‌ها را به خوبی ابکشی می‌کند. دست‌ها را بالاتر از آرنج نگه می‌دارد.			
۹	شیر آب را با پدال زیر پایی می‌بندد.			
۱۱	دست‌ها را با حوله استریل خشک می‌کند.			
۱۲	دست‌ها را مقابل صورت و بالاتر از کمر نگه می‌دارد.			

چک لیست پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت

ردیف	مراحل انجام کار(پوشیدن)	بلی	خیر	ملاحظات
۱	لبه بالای ماسک را مشخص می‌کند.			
۲	ماسک را از دو بند لبه بالا به دست می‌گیرد.			
۳	لبه بالای ماسک را روی پل بینی قرارداده و بندها را در پشت سرگره می‌زند.			
۴	در صورت استفاده از عینک، لبه بالای ماسک باید در زیر عینک قرار گیرد.			
۵	لبه پایینی ماسک را زیر چانه قرار داده و بندهای پایینی را در قسمت بالای پشت گردن گره می‌زند) ماسک باید کاملاً دهان و بینی را بپوشاند.			
۶	و درهنگام استفاده از ماسک از صحبت کردن غیر ضروری و در صورت امکان از عطسه‌کردن یا سرفه کردن اجتناب می‌کند.			
۷	از یک ماسک تنها یک بار استفاده می‌کند.			
۸	مدت زمان استفاده از آن طبق زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده می‌باشد.			
۹	در صورت خیس‌شدن ماسک، آن را تعویض می‌کند.			
۱۰	هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نمی‌کند.			
۱۱	در صورت تماس دست با ماسک آلوده، حتما دست های خود را می‌شوید.			
ردیف	**مراحل انجام کار(خارج کردن)**	**بلی**	**خیر**	**ملاحظات**
۱	در صورت استفاده از دستکش آن‌ها را خارج می‌کند یا دست‌های خود را می‌شوید.			
۲	ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز می کند.			
۳	سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برمی‌دارد.			
۴	ماسک یک بار مصرف را در سطل زباله می‌اندازد.			
۵	دست‌ها را می‌شوید.			

چک لیست پوشیدن و خارج‌کردن گان تمیز			
ردیف	مراحل انجام کار(پوشیدن)	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌ها را به طور کامل می‌شوید.			
۲	در صورت لزوم از ماسک استفاده می‌کند.			
۳	گان تمیز را در مقابل خود طوری باز می‌کند که سطح داخلی آن با قسمت‌های آلوده تماس پیدا نکند.			
۴	دست‌ها و بازوهای خود را به درون آستین‌های گان وارد می‌کند.			
۵	بندهای پشت گردن گان را می‌بندد.			
۶	لبه‌های پشت گان را تا جای ممکن روی هم آورده، بندهای ناحیه کمر یا کمربند را می‌بندد.			
۷	در صورت لزوم دستکش‌ها را می‌پوشد و لبه‌های دستکش را بر روی آستین گان می‌کشد.			
ردیف	مراحل انجام کار(خارج کردن)	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت پوشیدن دستکش آن‌ها را خارج کرده و در کیسه زباله قرار می‌دهد.			
۲	دست‌ها را با آب و صابون می‌شوید.			
۳	در صورت استفاده از عینک محافظ آن را بر می‌دارد			
۴	بند پشت‌گردن را باز می‌کند			
۵	بند پشت کمر را باز می‌کند			
۶	گان را در آورده طوری جمع می‌کند که دست وی فقط با قسمت داخلی آن تماس پیدا کند، سپس آن را در کیسه مخصوص لباس‌های کثیف می‌اندازد.			
۷	در صورت استفاده از ماسک آن را بازمی‌کند.			
۸	قبل از ترک اتاق بیمار، دست‌های خود را می‌شوید.			

چک لیست ایجاد و برقراری یک محیط استریل				
ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را می شوید			
۲	از استریل بودن بسته اطمینان حاصل می‌کند: الف . دقت می‌کند که بسته تمیز و خشک باشد، در صورت مرطوب بودن، بسته را آلوده به حساب می‌آورد. ب. تاریخ انقضای بسته استریل را کنترل می‌کند و بسته را از نظر اینکه قبلاً باز نشده باشد بررسی می‌کند. ج . به تغییر رنگ برچسب بسته استریل که نشان دهنده استریل بودن آن است توجه می‌کند.			

۳	بسته استریل را باز می‌کند: برای بازکردن یک بسته استریل روی یک سطح صاف، خشک و در سطح کمر به روش زیرعمل می‌کند: **الف:** بسته استریل را طوری در مقابل خود قرار می‌دهد که اولاً در مرکز سینی قرار گرفته ثانیا اولین پوشش آن به دور از وی باز شود. **ب:** برای باز کردن اولین پوشش دست خود را از روی بسته استریل عبور نمی‌دهد. با دو انگشت شست و سبابه لایه رویی را گرفته آن را به دور از خود باز می کند. دقت می‌کند دست با قسمت داخل پوشش تماس پیدا نکند. **ج:** لایه‌های کناری را به طرف پهلوها با رعایت موارد مطرح شده باز می کند. دقت می کند لایه ای که رو قرار دارد اول باز شود. از دست راست برای باز کردن لایه راست و از دست چپ برای باز کردن لایه چپ استفاده می‌کند. **د:** لایه چهارم را با دقت به طرف خود باز می کند. دقت می‌کند این لایه با لباس یا هر شیئی غیر استریل دیگر تماس پیدا نکند.			
۴	جهت باز کردن یک بسته استریل در دست خود به روش زیر عمل می‌کند: **الف:** بسته را در یک دست طوری می‌گیرد که لایه رویی دور از وی قرار گیرد. **ب:** با استفاده از دست دیگر بسته را به روش قبلی باز می‌کند در حالی که گوشه لایه‌های بسته استریل کاملا دور از وسیله استریل قرار گیرد. دقت می‌کند دست وی با محتویات بسته تماس حاصل نکند.			
۵	جهت باز کردن بسته های استریل تجارتی به روش زیرعمل می‌کند: **الف:** این بسته‌ها معمو لاً برای باز کردن دارای راهنمای لازم از طرف شرکت سازنده می باشند. **ب:** چنان چه در یکی از گوشه‌های بسته، محل مخصوصی برای باز کردن وجود دارد، بسته را در یک دست خود گرفته، با دست دیگر پوشش روی بسته را از محل مشخص شده گرفته و باز می‌کند. **ج:** چنان چه یک طرف بسته دارای محل مشخصی برای باز کردن است، حفظ استریل بودن آن نیاز به همکاری هر دو دست دارد. لبه های محل مشخص را در دو دست گرفته، بسته را باز می‌کند.			
۶	جهت ریختن محلول استریل به روش زیر عمل می‌کند: **الف:** از استریل بودن محلول استریل اطمینان حاصل می‌کند. **ب:** درب بطری را به طرز صحیح برمی‌دارد. **ج:** ظرف محلول را طوری در دست می‌گیرد که برچسب آن کف دست باشد. **د:** فاصله ۱۵-۱۰ cm را برای ریختن محلول رعایت می‌کند و محلول به اطراف پاشیده نمی‌شود. **ر:** تاریخ باز شدن محلول را روی آن یادداشت می‌کند.			

چک لیست پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل

ردیف	مراحل انجام کار(پوشیدن)	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ابتدا دست‌ها را شسته و خشک می‌کند.			
۲	پوشش دستکش را باز می‌کند.			
۳	با دست غیرغالب، دستکش مربوط به دست غالب را از قسمت داخلی آن گرفته، دست غالب را داخل دستکش می‌کند.			
۴	با دست غالب، دست دستکش غیرغالب را از قسمت‌های خارجی آن گرفته، دست غیرغالب را داخل آن می‌کند.			
۵	هنگام پوشیدن دستکش استریل توجه دارد که فقط قسمت داخلی دستکش با دست‌ها تماس داشته باشد.			
۶	پس از پوشیدن دستکش‌ها نکات استریل را رعایت می‌کند			
ردیف	**مراحل انجام کار(خارج‌کردن)**	**بلی**	**خیر**	**ملاحظات**
۱	ابتدا با دست غالب، دست دستکش سمت غیرغالب را از ناحیه زیر مچ گرفته، دستکش را از دست خارج می‌کند.			
۲	دستکش آلوده را در کف دست غالب نگه می‌دارد.			
۳	توسط دست غیرغالب، سمت داخلی دستکش دست غالب را گرفته، آن را به طرف بیرون برمی‌گرداند و از دست خارج می‌کند، به طوری که دستکش آلوده دست غیرغالب نیز درون آن قرار گیرد.			
۴	دستکش آلوده در داخل کیسه زباله قرار می‌دهد.			
۵	دست‌های خود را می‌شوید.			

فصل (۲)

وضعیت دادن بیمار

اهداف فصل:

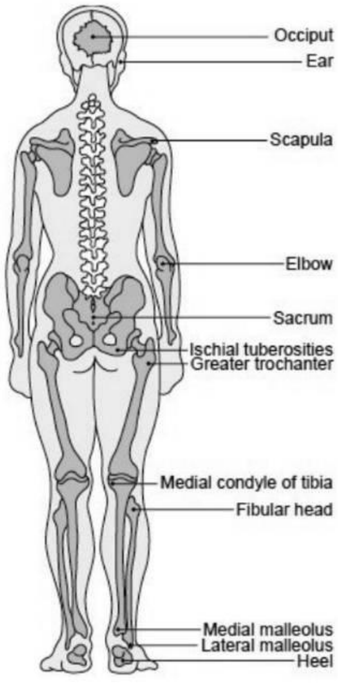
از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. نقاط تحت فشار در پوزیشن‌های مختلف بخصوص در بیماران بی‌حرکت را به درستی شناسایی کنند.
۲. بیمار را به درستی در پوزیشن های فالرز، پرون، به پهلو و خوابیده به پشت، ارتوپنه و یا لیتاتومی قرار دهند.
۳. پوزیشن مناسب برای بیمار را باتوجه به شرایط فعلی وی انتخاب نمایند.

اصطلاحات فصل وضعیت دادن بیمار	
CBR: Complete Bed Rest	استراحت مطلق
Deformity	تغییر شکل
Fowler's Position	وضعیت نشسته
Knee-Chest position	وضعیت خمیده بر روی سینه و شکم
Lateral or Side-lying position	وضعیت خوابیده به پهلو
Lithotomy position	وضعیت لیتاتومی
Orthostatic hypotension	کاهش فشار خون وضعیتی
Prone Position	وضعیت خوابیده به شکم
RBR: Relative Bed Rest	استراحت نسبی
Sim›s or Semi prone position	وضعیت نیمه به روی شکم
PBR: Partial Bed Rest	استراحت سنی
Supine position	وضعیت خوابیده به پشت
Foot board	تخته کف پا

مقدمه:

بیشترین زمان اقامت یک مددجو در بیمارستان در تخت وی می‌گذرد، پس بایستی بیشترین اقدامات در جهت حفظ ایمنی و آسایش بیمار در تخت انجام شود. تخت یکی از متداول‌ترین وسایل مورد استفاده در بیمارستان است، تخت‌های بیمارستان معمولا قابلیت حرکت بالا و پایین در قسمت‌های مختلف را دارد و برای حفظ ایمنی ابزارهایی مانند قفل چرخ‌ها و نرده‌ها بر روی آن تعبیه شده است. استراحت در تخت می‌تواند به عنوان یک اقدام درمانی محسوب شود و معمولا به دو صورت استراحت مطلق یا استراحت نسبی، با توجه به وضعیت سلامت و بیماری مددجو تعیین می‌شود. در این موارد ممکن است مناطق مستعد تشکیل زخم بستر تحت فشار قرار گرفته و برای بیمار عوارض ایجاد کند(شکل۲-۱). برای اینکه مددجو در هنگام انجام مراقبت های درمانی، راحتی بیشتری داشته باشد لازم است او را در وضعیت های بدنی متفاوتی قرار بدهید. پوزیشن های متداول در پرستاری در این قسمت ذکر می شود.



■ **شکل۲-۱.** مناطق مستعد تشکیل زخم بستر

قرار دادن مددجو در وضعیت نشسته[1]

اهداف

۱. حفظ وضعیت مطلوب برای دستگاه تنفسی، قرار دادن بدن در وضعیتی که اتساع قفسه سینه و تهویه ریوی بهتر انجام شود.
۲. تغییر وضعیت برای انجام بهتر فعالیت هایی مثل غذا خوردن، ارتباط بهتر با همراهان یا تماشای تلویزیون
۳. حفظ تمامیت و انسجام پوست و جلوگیری از آسیب و تغییر شکل بر سیستم عضلانی اسکلتی.
۴. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نواحی تحت فشار در وضعیت نشسته، مثل پاشنه‌ها، برجستگی‌های ایسکیوم و کتف، ستون مهره‌ها و خاجی
۲. بررسی الگوی تنفس

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- بالش‌های کوچک برحسب نیاز بیمار
- ملحفه‌ی لوله شده
- تخته کف پا

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی پرونده‌ی مددجو برای آگاه شدن از وضعیت‌های خاص یا مواردی که بر توانایی حرکت مددجو تاثیرگذار است.
۲. داشتن سرم و راه وریدی، برش‌های جراحی، درن یا تیوب‌های متصل و سایر وسایلی که در تغییر پوزیشن بیمار مداخله می‌کند را در نظر داشته باشید.
۳. وزن مددجو و میزان همکاری وی در مقایسه با قدرت پرستار و مشخص کردن تعداد افرادی که جهت تغییر پوزیشن مددجو مورد نیاز هستند را برآورد کنید.
۴. تجهیزات و لوازم مورد نیاز درکنار تخت بیمار مهیا کنید.

ب)نحوه‌اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.

نکته: شناسایی صحیح بیمار به این صورت است که اجازه دهید بیمار نام خود را بگوید نه شما بگوئید و منتظر تائید وی باشید. به مثال زیر دقت کنید:

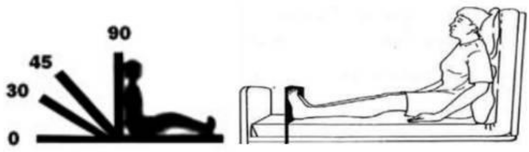
صحیح: اگر نام بیمار مریم احمدی می باشد شما می پرسید خانم مریم؟؟ منتظر باشید بیمار بگوید احمدی

غلط: پرستار می پرسد خانم مریم احمدی؟؟

دلیل این امر آن است که ممکن است بیمار هوشیاری خوبی نداشته باشد و هر اسمی که وی را صدا کنند تائید نماید.

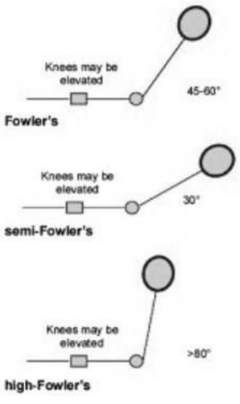
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.
۵. سر تخت را حدود ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا بیاورید (شکل۲-۲-۳-۴).
۶. از یک بالش کوچک زیر سر مددجو و بالش کوچک دیگری در گودی کمر او استفاده کنید.
۷. برای راحتی مددجو می‌توان از بالش کوچک زیر دست‌های او استفاده کرد.
۸. برای جلوگیری از چرخش ران‌های بیمار به سمت خارج می‌توان از ملحفه‌های لوله شده یا بالش‌های کوچک استفاده کرد.
۹. یک بالش کوچک زیر ساق پای بیمار می‌تواند با حفظ وضعیت خمیده زانوها از کشیدگی عضلات ساق مددجو بکاهد.
۱۰. کف پای مددجو را در وضعیت مناسب به پایین تخت تکیه دهید یا از تخته کف پا استفاده کنید تا از بروز افتادگی پا جلوگیری شود.
۱۱. نواحی تحت فشار را در این وضعیت مورد توجه قرار دهید.

1. Fowler position



■ **شکل۲-۲.** وضعیت نشسته یا فالر در زوایای مختلف

■ **شکل۲-۳.** پوزیشن فالرز در زاویه ۴۵ درجه



■ شکل۲-۴. پوزیشن فالرز، سمی فالرز و high fowler's

وضعیت اورتوپنه[2]

این وضعیت، یک شکل از پوزیشن نشسته است که برای بیماران با مشکل تنفسی اجرا می شود و نتیجه آن، حداکثر انبساط قفسه سینه و تسهیل بازدم خواهد بود(شکل۲-۵).

2. Orthopnea

■ **شکل۲-۵.** پوزیشن اورتوپنه

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری:

۱. مطمئن باشید که زنگ اخبار و سایر وسایل مورد نیاز در اختیار مددجو قرار دارد.
۲. مشاهدات مهم مثل محدودیت های حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست و اختلالات ایجاد شده در تمامیت پوست در نقاط فشار، را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.
۳. ارزشیابی وضعیت قرارگیری مناسب بدن بعد از تغییر وضعیت، و براورد راحتی مددجو با مشاهده یا سوال از او
۴. تعیین و گزارش سطح تحمل بیمارنسبت به فعالیت بخصوص در اولین تغییر پوزیشن

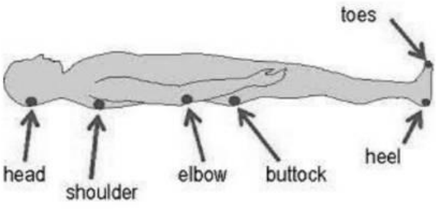
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پشت[3]

اهداف

۱. تغییر وضعیت بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست و جلوگیری از آسیب و تغییر شکل بر سیستم عضلانی اسکلتی.
۲. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نواحی تحت فشار در وضعیت خوابیده به پشت، مثل پاشنه ها، ستون مهره ها و خاجی، آرنج ها و کتف و پشت سر(شکل۲-۶).



■ **شکل۲-۶.** نواحی تحت فشار و مستعد تشکیل زخم بستر

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- بالش‌های کوچک برحسب نیاز بیمار
- دو عدد ملحفه‌ی لوله شده
- تخته کف پا
- وسایل حمایتی دست (هندرول یا اسپلینت یا حوله خیلی کوچک)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی پرونده‌ی مددجو برای آگاه شدن از وضعیت‌های خاص یا مواردی که بر توانایی حرکت مددجو تاثیرگذار است.
۲. داشتن سرم و راه وریدی، برش‌های جراحی، درن یا تیوب‌های متصل و سایر وسایلی که در تغییر پوزیشن بیمار مداخله می‌کند را در نظر داشته باشید.
۳. وزن مددجو و میزان همکاری وی در مقایسه با قدرت پرستار و مشخص کردن تعداد افرادی که جهت تغییر پوزیشن مددجو مورد نیاز هستند را برآورد کنید.

ب) نحوه اجرا

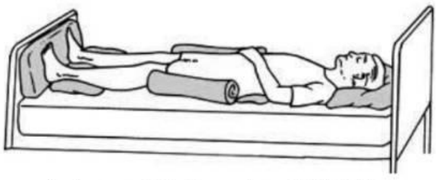
۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را

3. Supin

بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.
۵. مددجو را به پشت بخوابانید
۶. برای جلوگیری از انقباض عضلات گردنی و وضعیت صحیح راه‌های هوایی یک بالش کوچک در زیر سر و شانه‌های مددجو قرار دهید.
۷. از یک بالش کوچک یا ملحفه‌ی تا شده‌ی کوچک برای احساس راحتی در گودی کمر مددجو استفاده کنید.
۸. از ملحفه‌های لوله شده دیگر برای جلوگیری از چرخش پاها به سمت خارج استفاده کنید.
۹. بالش کوچکی را در زیر ساق پاها در فاصله‌ی زانوها تا مچ قرار دهید.
۱۰. از بالش یا تخته‌ی پایین تخت جهت جلوگیری افتادگی پاهای مددجو استفاده کنید.
۱۱. در صورت بی‌تحرکی اندام‌های فوقانی از بالشی در زیر ساعد و یک حوله خیلی کوچک لوله شده در داخل کف دست برای جلوگیری از تغییر شکل در انگشتان استفاده کنید(شکل۲-۷).

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مطمئن باشید که زنگ اخبار و سایر وسایل مورد نیاز در اختیار مددجو قرار دارد.
۲. مشاهدات مهم مثل محدودیت های حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست و اختلالات ایجاد شده در تمامیت پوست در نقاط فشار، را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.
۳. ارزشیابی وضعیت قرارگیری مناسب بدن بعد از تغییر وضعیت، و براورد راحتی مددجو با مشاهده یا سوال از او
۴. تعیین و گزارش سطح تحمل بیمارنسبت به فعالیت بخصوص در اولین تغییر پوزیشن



■ **شکل۲-۷.** پوزیشن سوپاین(خوابیده به پشت)

قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به شکم[4]

اهداف

۱. تغییر وضعیت بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست
۲. تسهیل در خروج ترشحات دهان
۳. پیشگیری از خمیدگی غیر طبیعی زانوها و مفصل لگن و جلوگیری از آسیب و تغییر شکل بر سیستم عضلانی اسکلتی.
۴. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نواحی تحت فشار در وضعیت خوابیده به شکم، مثل انگشتان پاها، زانوها، الت تناسلی در مردان و پستان ها در مددجویان زن، شانه ها و گونه و زائده آکرومیون
۲. بررسی وجود هرگونه مشکل در ستون مهره‌ها یا دستگاه تنفس یا قلب که قرار دادن بیمار را در این وضعیت غیر مجاز می کند.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- بالش های کوچک برحسب نیاز بیمار
- دو عدد ملحفه ی لوله شده

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی پرونده‌ی مددجو برای آگاه شدن از وضعیت‌های خاص یا مواردی که بر پوزیشن خاص مددجو تاثیرگذار است.

4. Prone

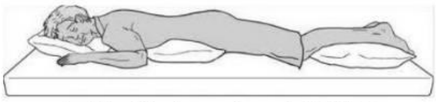
۲. داشتن سرم و راه وریدی، برش‌های جراحی، درن یا تیوب‌های متصل و سایر وسایلی که در تغییر پوزیشن بیمار مداخله می‌کند را در نظر داشته باشید.
۳. وزن مددجو و میزان همکاری وی در مقایسه با قدرت پرستار و مشخص کردن تعداد افرادی که جهت تغییر پوزیشن مددجو مورد نیاز هستند را برآورد کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.
۵. مددجو را به پشت بخوابانید
۶. مددجو را به یک طرف تخت آورده، دست طرف مقابل را روی سینه و پای همان طرف را روی پای طرف خودتان قرار دهید.
۷. کمک کنید تا مددجو چرخیده به شکم بخوابد، دست‌ها را از آرنج خم کرده در دو طرف تنه و در طرفین سر قرار دهید.
۸. سر مددجو را به یک طرف چرخانده در صورت مجاز بودن از بالش کوچکی در زیر سر استفاده کنید.
۹. بالش کوچک یا ملحفه‌ی تا شده‌ای را زیر شکم مددجو بگذارید تا از ایجاد فشار روی پستان در زنان و دستگاه تناسلی در مردان جلوگیری شود.
۱۰. برای جلوگیری ازفشار روی انگشتان و زخم شدن آنها در اثر تماس با تشک از بالش کوچکی در زیر ساق پا از زانو تا مچ، استفاده کنید(شکل۲-۸).

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مطمئن باشید که زنگ اخبار و سایر وسایل مورد نیاز در اختیار مددجو قرار دارد.
۲. مشاهدات مهم مثل محدودیت های حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست و اختلالات ایجاد شده در تمامیت پوست در نقاط فشار، را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.
۳. وضعیت قرارگیری مناسب بدن بعد از تغییر وضعیت و راحتی مددجو را با مشاهده یا سوال از او ارزیابی کنید.
۴. سطح تحمل بیمارنسبت به فعالیت را بخصوص در اولین تغییر پوزیشن، تعیین و گزارش کنید.



■ **شکل۲-۸.** پوزیشن پرون(به شکم خوابیده)

قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پهلو[5]

اهداف

۱. تغییر وضعیت بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست
۲. تسهیل در خروج ترشحات دهان
۳. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نواحی تحت فشار در وضعیت خوابیده به پهلو، مثل زانوها، شانه‌ها و گونه و زائده آکرومیون (شکل۲-۱۰).
۲. بررسی وجود هرگونه مشکل در ستون مهره‌ها یا دستگاه تنفس یا قلب، که قرار دادن بیمار را در این وضعیت غیر مجاز می‌کند.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- بالش های کوچک برحسب نیاز بیمار
- دو عدد ملحفه ی لوله شده

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی پرونده‌ی مددجو برای آگاه شدن از وضعیت‌های خاص یا مواردی که بر پوزیشن خاص مددجو تاثیرگذار است.

5. Lateral

۲. داشتن سرم و راه وریدی، برش‌های جراحی، درن یا تیوب‌های متصل و سایر وسایلی که در تغییر پوزیشن بیمار مداخله می‌کند را در نظر داشته باشید.
۳. وزن مددجو و میزان همکاری وی در مقایسه با قدرت پرستار و مشخص کردن تعداد افرادی که جهت تغییر پوزیشن مددجو مورد نیاز هستند را برآورد کنید.

ب)نحوه‌اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.
۵. مددجو را به پهلو بخوابانید.
۶. برای وضعیت‌دهی مناسب مددجو لازم است:

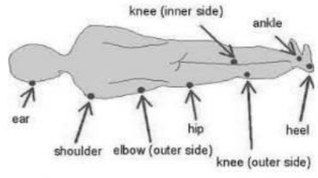
- سر و گردن در راستای مناسب با تنه قرار داده و بالشی در زیر سر استفاده کنید.
- خط باسن کمی عقب‌تر از شانه‌ها و دو دست در جلوی تنه قرار گیرد، از بالش کوچکی در زیر ساعد دست بالایی استفاده کنید تا فشار روی قفسه‌ی سینه وارد نشود.
- زانوها را کمی خم کنید. زانوی پای بالا بیشتر خم شود. از یک بالش طولی یا از دو بالش برای بین پاهای بیمار استفاده کنید تا از فشار روی پاهای زیرین کاسته شود.
- با استفاده از یک بالش در طول پشت مددجو او را در وضعیت به پهلو ثابت نگه دارید(شکل۲-۹).

۷. در صورت نیاز از بالش یا تخته پایین تخت برای جلوگیری از افتادگی پا کمک بگیرید.
۸. برای حفظ ایمنی بیمار نرده‌های کنار تخت را بالا بیاورید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مطمئن باشید که زنگ اخبار و سایر وسایل مورد نیاز در اختیار مددجو قرار دارد.
۲. مشاهدات مهم مثل محدودیت‌های حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست و اختلالات ایجاد شده در تمامیت پوست در نقاط فشار، را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.
۳. ارزشیابی وضعیت قرارگیری مناسب بدن بعد از تغییر وضعیت، و براورد راحتی مددجو با مشاهده یا سوال از او
۴. تعیین و گزارش سطح تحمل بیمارنسبت به فعالیت بخصوص در اولین تغییر پوزیشن

■ **شکل۲-۹.** پوزیشن به پهلو، سمی پرون(نیمه خوابیده به شکم)



■ **شکل۲-۱۰.** نواحی تحت فشار در وضعیت خوابیده به پهلو

قرار دادن مددجو در وضعیت نیمه خوابیده به روی شکم

اهداف

۱. تغییر وضعیت بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست
۲. تسهیل در خروج ترشحات دهان و پیشگیری از اسپیراسیون در شرایط احتمالی
۳. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نواحی تحت فشار در وضعیت خوابیده نیمه به روی شکم ، مثل ناحیه گیجگاهی، آهیانه و گوش،

زائده آکرومیون، خاصره زیرین، تروکانتر بزرگ پای زیرین، قسمت خارجی پای زیرین و داخلی پای رویی، قوزک خارجی پای زیرین و داخلی پای روی قسمت داخلی آرنج دست رویی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- بالش های کوچک برحسب نیاز بیمار
- دو عدد ملحفه ی لوله شده
- کیسه شن یا حوله یا ملحفه تا شده

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی پرونده‌ی مددجو برای آگاه شدن از وضعیت‌های خاص یا مواردی که بر پوزیشن خاص مددجو تاثیرگذار است.
۲. داشتن سرم و راه وریدی، برش‌های جراحی، درن یا تیوب‌های متصل و سایر وسایلی که در تغییر پوزیشن بیمار مداخله می‌کند را در نظر داشته باشید.
۳. وزن مددجو و میزان همکاری وی در مقایسه با قدرت پرستار و مشخص کردن تعداد افرادی که جهت تغییر پوزیشن مددجو مورد نیاز هستند را برآورد کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.
۵. مددجو را به پهلو متمایل به جلو بخوابانید. دست زیرین مددجو را به طرف پشت قرار داده دست بالایی را از آرنج خم کرده در کنار سر و گردن قرار گیرد.
۶. در حالی که پای زیرین کمی از ناحیه‌ی لگن و زانو خم شده، پای بالایی را کاملا از زانو و لگن خم کرده تا حد کمر بالا بیاورید.
۷. از یک بالش در فضای بین قفسه سینه، شکم و بازوی فوقانی و از بالش دیگر در فضای بین شکم، لگن و ران استفاده کنید.
۸. در صورتی‌که هدف از این پوزیشن تسهیل خروج ترشحات از دهان نباشد از بالش کوچکی زیر سر بیمار استفاده کنید(شکل۲-۱۱).
۹. جلوگیری از افتادگی پا، با استفاده از کیسه شن یا حوله یا ملحفه تا شده را فراموش نکنید.
۱۰. نرده‌های کنار تخت را بالا بیاورید و مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مطمئن باشید که زنگ اخبار و سایر وسایل مورد نیاز در اختیار مددجو قرار دارد.
۲. مشاهدات مهم مثل محدودیت‌های حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست و اختلالات ایجاد شده در تمامیت پوست در نقاط فشار، را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.
۳. وضعیت قرارگیری مناسب بدن بعد از تغییر وضعیت و راحتی مددجو را با مشاهده یا سوال از او ارزیابی کنید.
۴. سطح تحمل بیمارنسبت به فعالیت را بخصوص در اولین تغییر پوزیشن، تعیین و گزارش کنید.

■ **شکل۲-۱۱.** وضعیت نیمه خوابیده به شکم

قرار دادن مددجو در وضعیت لیتاتومی

این وضعیت در معاینه و اعمال جراحی دستگاه تناسلی و ادراری کاربرد دارد. با حمایت مددجو به پشت می‌خوابد، ران‌ها و زانوها را از هم فاصله داده، تا ران با تنه و ساق با ران زاویه‌ی ۹۰ درجه بسازد. حفظ امنیت مددجو با استفاده

از تخت مناسب و نرده‌های کنار تخت فراموش نشود. حفظ خلوت مددجو و پوشاندن بیمار با گان، ملحفه یا جوراب مخصوص رعایت شود.

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورت نیاز به پوزیشن خاص در هنگام استراحت، بعد از ترخیص از بیمارستان، لزوم و نحوه ایجاد و تثبیت آن پوزیشن را به همراه بیمار آموزش دهید.
۲. نواحی تحت فشار در هر پوزیشن و لزوم توجه به آن را به همراه مددجو آموزش دهید.
۳. علائمی مثل محدودیتهای حرکتی، درد، التهاب و قرمزی پوست را بعنوان علائم خطر به خانواده یادآوری کنید.
۴. نیاز به تغییر وضعیت و رفع صدمه احتمالی را بعنوان مهم‌ترین مورد در بیماران کم تحرک معرفی کنید.

چک لیست روش‌های پرستاری بالینی

وضعیت دادن به مددجو در تخت

	بلی	خیر	ملاحظات
برقراری وضعیت مناسب به منظور بهبود وضعیت تنفسی، و پیشگیری از تغییر شکل غیر طبیعی دستگاه اسکلتی عضلانی			
۱. بیمار را شناسایی می‌کند، نام و نام خانوادگی بیمار را پرسیده، با دستبند شناسایی مطابقت می‌دهد. ۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد. ۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را می‌شوید و دستکش می‌پوشد. ۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را می‌بندد تا خلوت مددجو حفظ شود.			
قرار دادن مددجو در وضعیت نشسته: ۱. سر تخت را حدود ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا می‌آورد. ۲. از یک بالش کوچک زیر سر مددجو و بالش کوچک دیگری در گودی کمر او استفاده می‌کند. ۳. برای راحتی مددجو از بالش کوچک زیر دستهای او استفاده می‌کند. ۴. برای جلوگیری از چرخش رانهای بیمار به سمت خارج از ملحفه‌های لوله شده یا بالش‌های کوچک استفاده می‌کند. ۵. یک بالش کوچک زیر ساق پای بیمار گذاشته تا با حفظ وضعیت خمیده زانوها از کشیدگی عضلات ساق مددجو می‌کاهد. ۶. کف پای مددجو را در وضعیت مناسب به پایین تخت تکیه می‌دهد تا از بروز افتادگی پا جلوگیری شود. ۷. نواحی تحت فشار را در این وضعیت مورد توجه قرار می‌دهد.			
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پشت: ۱. مددجو را به پشت می‌خواباند. ۲. برای جلوگیری از انقباض عضلات گردنی و وضعیت صحیح راه‌های هوایی یک بالش کوچک در زیر سر و شانه‌های مددجو قرار می‌دهد. ۳. از یک بالش کوچک یا ملحفه‌ی تا شده‌ی کوچک برا ی احساس راحتی در گودی کمر مددجو استفاده می‌کند. ۴. از ملحفه‌های لوله شده برای جلوگیری از چرخش پاها به سمت خارج استفاده می‌کند. ۵. بالش کوچکی را در زیر ساق پاها در فاصله‌ی زانوها تا مچ قرار می‌دهد. ۶. از بالش یا تخته‌ی پایین تخت جهت جلوگیری افتادگی پاهای مددجو استفاده می‌کند. ۷. در صورت بی‌تحرکی اندام‌های فوقانی از بالشی در زیر ساعد و یک حوله خیلی کوچک لوله شده در داخل کف دست برای جلوگیری از تغییر شکل در انگشتان استفاده می‌کند.			
قرار دان مددجو در وضعیت خوابیده به شکم ۱. مددجو را به یک طرف تخت آورده، دست طرف مقابل را روی سینه و پای همان طرف را روی پای طرف خودش قرار می‌دهد. ۲. کمک می‌کند تا مددجو چرخیده به شکم بخوابد، دست‌ها را از آرنج خم کرده در دو طرف تنه و در طرفین سر قرار می‌دهد.			

۳. سر مددجو را به یک طرف چرخانده در صورت مجاز بودن از بالش کوچکی در زیر سر استفاده می‌کند. ۴. بالش کوچک یا ملحفه‌ی تا شده‌ای را زیر شکم مددجو بگذارد تا از ایجاد فشار روی پستان در زنان و دستگاه تناسلی در مردان جلوگیری شود. ۵. برای جلوگیری ازفشار روی انگشتان و زخم شدن آنها در اثر تماس با تشک از بالش کوچکی در زیر ساق پا از زانو تا مچ، استفاده می‌کند.			
قرار دادن مددجو در وضعیت خوابیده به پهلو ۱. مددجو را به پهلو می‌خواباند. ۲. برای وضعیت‌دهی مناسب مددجو، سر و گردن در راستای مناسب با تنه قرار داده و بالشی در زیر سر استفاده می‌کند. ۳. از بالش کوچکی در زیر ساعد دست بالایی استفاده می‌کند تا فشار روی قفسه‌ی سینه وارد نشود. ۴. زانوها را کمی خم می‌کند. زانوی پای بالا بیشتر خم شود. از یک بالش طولی یا از دو بالش برای بین پاهای بیمار استفاده می‌کند تا از فشار روی پاهای زیرین کاسته شود. ۵. با استفاده از یک بالش در طول پشت مددجو او را در وضعیت به پهلو ثابت نگه دارد. ۶. در صورت نیاز از بالش یا تخته پایین تخت برای جلوگیری از افتادگی پا کمک بگیرد. ۷. برای حفظ ایمنی بیمار نرده‌های کنار تخت را بالا بیاورد.			
قرار دادن مددجو در وضعیت نیمه به روی شکم ۱. مددجو را به پهلو متمایل به جلو می‌خواباند. دست زیرین مددجو را به طرف پشت قرار داده دست بالایی را از آرنج خم کرده در کنار سر و گردن قرار می‌دهد. ۲. در حالی که پای زیرین کمی از ناحیه‌ی لگن و زانو خم شده، پای بالایی را کاملا از زانو و لگن خم کرده تا حد کمر بالا می‌آورد. ۳. از یک بالش در فضای بین قفسه سینه، شکم و بازوی فوقانی و از بالش دیگر در فضای بین شکم، لگن و ران استفاده می‌کند. ۴. در صورتیکه هدف از این پوزیشن تسهیل خروج ترشحات از دهان نباشد از بالش کوچکی زیر سر بیمار استفاده می‌کند. ۵. جلوگیری از افتادگی پا، با استفاده از بالش یا تخته‌ی پایین تخت را فراموش نمی‌کند. ۶. نرده‌های کنار تخت را بالا می‌آورد و مددجو را در وضعیت راحت قرار می‌دهد.			

فصل (۳)
جابه‌جایی بیـــــمار

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. به درستی و باحفظ ایمنی بیمار، وی را از تخت به ویلچیر و برعکس جابه جا نمایند.
۲. بیمار را از برانکارد به تخت و برعکس جابه جا نمایند.
۳. بیمار را در تخت جابه جا نمایند(بالاکشیدن صحیح/ به پهلوکردن).
۴. بیمار را به درستی و باحفظ ایمنی با تخته از تخت به ویلچیر و برعکس جابه جا نمایند.

اصطلاحات فصل جابجایی بیمار	
Bed side	نرده کنار تخت
Stretcher	برانکارد
Wheel chaire	صندلی چرخدار(ویلچر)
OOB: Out of Bed	از تخت خارج شود(بیمار راه برود)
Position	وضعیت
Cane	عصا
Walker	نوعی عصا که چهارپایه دارد.
ROM: Range of Motion Exercise	ورزش های دامنه حرکتی

مقدمه

توانایی شخص در حرکت آزادانه و فعال، تحرک و ناتوانی در حرکت آزادانه را بی حرکتی می‌گوییم. تحرک موجب بهبود عملکرد اندام‌ها و کلیه سیستم‌های بدن می‌شود. کارکنان بهداشت و درمان جهت ارائه خدمات بهداشتی مطلوب باید از چگونگی اثر تحرک و بی‌حرکتی، بر سیستم های بدن، جنبه های روحی روانی، اجتماعی و... آگاهی داشته باشند. همچنین نیازمند دانش و مهارت در رابطه با جابجایی ایمن بیمار بدون صدمه به خود و بیمار می‌باشند

حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت

اهداف

۱. تامین آسایش بیمار
۲. پاک سازی بهتر راه هوایی و تنفس بهتر
۳. پیشگیری از تغییر شکل عضلات و استخوان ها
۴. حفظ تمامیت پوست و پیشگیری از زخم فشاری
۵. حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت

نکات مورد بررسی

۱. بررسی محدودیت های حرکتی در بیمار
۲. بررسی بهترین وضعیت برای بیمار با توجه به مشکل وی
۳. بررسی توانایی پرستار برای جابجایی بیمار با توجه به وزن و جثه
۴. بررسی توانایی بیمار برای همکاری و اجرا کردن دستورات و توصیه‌ها

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- وسیله خاصی نیاز نیست.

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. در صورت نیاز، جهت راحتی بیمار و کاهش درد از مسکن های ضد درد استفاده کنید.
۲. در صورت عدم توانایی پرستار برای جابجایی بیمار به تنهایی، درخواست کمک کنید.
۳. در صورت وجود محدودیت برای جابجایی بیمار، آن را مشخص کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. با حفظ خلوت خصوصی بیمار ملافه و پوشش وی را کنار بزنید.
۵. بالش های زیر سر و اطراف بیمار را بردارید. فقط جهت پیشگیری از صدمه و برخورد سر با بالای تخت یک بالش در بالای تخت نگه دارید.
۶. سر تخت را تا حد ممکن پایین بیاورید.
۷. جهت کاهش فشار بر روی بخش فوقانی بدنتان و افزایش راحتی ، ارتفاع تخت را زیاد کنید.
۸. جهت جابجایی بهتر و آسان تر از بیمار بخواهید زانوهای خود را کمی از هم باز کند و کف پاهای خود را بر روی تشک قرار دهد.
۹. کنار تخت بیمار با حفظ وضعیت صحیح بایستید و نرده تخت همان طرف را پایین بیاورید.

نکته مهم

در تمام تکنیک های جابجایی جهت پایین آوردن مرکز ثقل بدن و استفاده بهتر از تمام عضلات بزرگ پا و کاهش صدمه به ستون فقرات خود سعی کنید وضعیت صحیح زیر را رعایت کنید:

۱. پاها را کمی از هم باز کنید
۲. پای غالب خود را کمی جلوتر قرار دهید
۳. تنه خود را کمی به سمت جلو خم کنید
۴. زانو و ران را خم کنید
۵. یک دست خود را زیر سر و شانه و دست دیگر خود را زیر ران بیمار قرار دهید.
۶. از بیمار بخواهید با شمارش ۱،۲،۳ شما کف پای خود را به روی تشک فشار بدهد و شما در این زمان با حرکات عقب به جلو، بیمار را به طرف بالای تخت جابجا کنید.

دلیل حرکات عقب به جلو: حرکات عقب به جلو باعث افزایش شتاب، کاهش تحمل فشار توسط پرستار و بلند کردن راحت تر بیمار می‌شود.

۷. جهت حفظ امنیت و راحتی بیمار نرده‌های تخت را بالا بکشید و ارتفاع تخت را در پایین ترین سطح ممکن قرار دهید. سر تخت را کمی بالا بیاورید، بالش زیر سر وی بگذارید و پوشش های روی بیمار را فراهم کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و تغییر وضعیت را در پرونده ثبت کنید
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید.

حرکت‌دادن بیمار بدون توانایی همکاری، به بالای تخت با استفاده از ملافه

اهداف:

۱. تامین آسایش بیمار
۲. پاک سازی بهتر راه هوایی و تنفس بهتر
۳. پیشگیری از تغییر شکل عضلات و استخوان ها
۴. حفظ تمامیت پوست و پیشگیری از زخم فشاری

نکات مورد بررسی

۱. بررسی محدودیت های حرکتی در بیمار
۲. بررسی بهترین وضعیت برای بیمار با توجه به مشکل وی
۳. بررسی توانایی پرستار برای جابجایی بیمار با توجه به وزن و جثه
۴. بررسی توانایی بیمار برای همکاری و اجرا کردن دستورات و توصیه‌ها

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ملحفه

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. در صورت نیاز، جهت راحتی بیمار و کاهش درد از مسکن های ضد درد استفاده کنید
۲. در صورت عدم توانایی پرستار برای جابجایی بیمار به تنهایی، درخواست کمک کنید
۳. در صورت وجود محدودیت برای جابجایی بیمار، آن را مشخص کنید

ب) نحوه اجرا

۱. به مراحل ۱ تا ۸ تکنیک حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت مراجعه شود
۲. از بیمار بخواهید دست هایش را روی سینه خود قرار دهد.
۳. یک پرستار در سمت راست تخت و یک پرستار در سمت چپ تخت بایستید.
۴. با حفظ وضعیت صحیح که قبلا گفته شد با کمک همکارتان، ملافه کوچک زیر بیمار را آزاد کنید و در قسمت سر و شانه و در قسمت باسن و ران محکم بگیرید.

نکته: دلیل استفاده از ملحفه
موجب توزیع وزن بیمار و کاهش فشار در حین حرکت‌شده و از صدمات پوستی بیمار به علت اصطحکاک حین جابجایی پیشگیری می‌کند

۵. با کمک همکارتان و با شمارش ۱،۲،۳ به صورت همزمان بیمار را از تخت بلند کرده و به بالای تخت منتقل کنید
۶. جهت حفظ امنیت و راحتی بیمار نرده‌های تخت را بالا بکشید و ارتفاع تخت را در پایین ترین سطح ممکن قرار دهید. سر تخت را کمی بالا بیاورید، بالش زیر سر وی بگذارید و پوشش‌های روی بیمار را فراهم کنید(شکل۳-۱).

■ **شکل۳-۱.** جابه جا کردن بیمار به بالای تخت

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری
۱. زمان جابجایی و تغییر وضعیت را در پرونده ثبت کنید
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید

حرکت دادن بیمار به پهلو

اهداف:
۱. تامین آسایش بیمار
۲. پاک سازی بهتر راه هوایی و تنفس بهتر
۳. پیشگیری از تغییر شکل عضلات و استخوان ها
۴. حفظ تمامیت پوست و پیشگیری از زخم فشاری

نکات مورد بررسی
۱. بررسی محدودیت های حرکتی در بیمار
۲. بررسی بهترین وضعیت برای بیمار با توجه به مشکل وی
۳. بررسی توانایی پرستار برای جابجایی بیمار با توجه به وزن و جثه
۴. بررسی توانایی بیمار برای همکاری و اجراکردن دستورات و توصیه ها

تجهیزات و لوازم مورد نیاز
■ ملافه

روش کار
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار
۱. در صورت نیاز، جهت راحتی بیمار و کاهش درد از مسکن های ضد درد استفاده کنید
۲. در صورت عدم توانایی پرستار برای جابجایی بیمار به تنهایی، درخواست کمک کنید
۳. در صورت وجود محدودیت برای جابجایی بیمار، آن را مشخص کنید

ب) نحوه اجرا
۱. به مراحل ۱ تا ۷ تکنیک حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت مراجعه شود
۲. جهت پیشگیری از افتادن بیمار حین جابجایی، نرده تخت را در سمتی که بیمار به آن طرف می‌غلتد بالا بیاورید
۳. در سمتی که بیمار قرار است به آن طرف بغلتد بایستید
۴. دست‌های بیمار را روی سینه‌اش قرار دهید
۵. پای دور بیمار نسبت به خودتان را روی پای نزدیکش قرار دهید و کمی زانوهای بیمار را خم کنید
۶. با حفظ وضعیت صحیح که قبلا گفته شد که ملحفه کوچک زیر بیمار را آزاد کنید و در قسمت شانه و باسن ملافه کوچک را محکم بگیرید و بیمار را به سمت خود بچرخانید
۷. در صورت نبود ملحفه کوچک با حمایت قسمت های سنگین بدن بیمار را به سمت خود بچرخانید به این صورت که یک دست روی باسن و یک دست روی شانه دور بیمار قرار گرفته و او را بچرخانید(شکل۳-۲).

نکته مهم: دقت کنید در این طول این جابجایی علاوه بر حفظ وضعیت صحیح، عضلات باسن، شکم، پاها و بازوهای خود را منقبض کنید، بدن خود را به سمت عقب بکشید و وزن خود را از پای جلویی به پای عقبی منتقل کنید و بیمار را به سمت خود بچرخانید.

۸. جهت حفظ امنیت و راحتی بیمار نرده‌های تخت را بالا بکشید و ارتفاع تخت را در پایین‌ترین سطح ممکن قرار دهید. سر تخت را کمی بالا بیاورید، بالش زیر سر وی بگذارید و پوشش های روی بیمار را فراهم کنید.

■ **شکل۳-۲.** پوزیشن دادن بیمار به پهلو

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و تغییر وضعیت را در پرونده ثبت کنید
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید

چرخش طولی بیمار در یک محور

اهداف

۱. جابجایی و تغییر وضعیت بدن بیماران مبتلا به صدمات نخاعی یا جراحی ستون فقرات
۲. پیشگیری از صدمات نخاعی بیشتر
۳. تامین آسایش بیمار
۴. حفظ تمامیت پوست و پیشگیری از زخم فشاری

نکات مورد بررسی

۱. بررسی محدودیت های حرکتی در بیمار
۲. بررسی بهترین وضعیت برای بیمار با توجه به مشکل وی
۳. بررسی توانایی پرستار برای جابجایی بیمار با توجه به وزن و جثه
۴. بررسی توانایی بیمار برای همکاری و اجراکردن دستورات و توصیه‌ها

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

وسیله خاصی نیاز نیست

روش کار

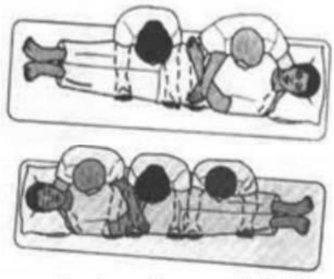
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

به تکنیک حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت مراجعه شود.

ب) نحوه اجرا

۱. به مراحل ۱ تا ۷ تکنیک حرکت دادن بیمار هوشیار و دارای توانایی همکاری به بالای تخت مراجعه شود.
۲. دو یا سه پرستار برای انجام این جابجایی نیاز است.
۳. همه پرستاران در سمتی که بیمار قرار است به آن سمت جابجا شود، با حفظ وضعیت مناسب بایستید.
۴. بالش بالای سر بیمار را در طول جابجایی برای حمایت از سر وی، نگه دارید.
۵. جهت پیشگیری از کشش و حمایت ران‌ها، یک بالش بین پاهای بیمار قرار دهید.
۶. دست های بیمار را روی قفسه سینه‌اش قرار دهید.
۷. **روش اول (جابجاکردن بیمار بدون چرخش):** دست‌های خود را در زیر تنه بیمار قرار دهید به این

صورت که یک پرستار سر و شانه ، یک پرستار لگن و باسن و یک پرستار پاهای بیمار را حمایت کنید ، با شمارش ۱،۲،۳ به صورت همزمان بیمار را از تخت بلند کرده و به کنار تخت یعنی سمت خودتان منتقل کنید(شکل۳-۳).



■ **شکل۳-۳.** چرخش طولی بیمار در یک محور

۸. **روش دوم** (غلتاندن بیمار به یک طرف): برعکس روش قبل دست های خود را روی تنه بیمار قرار دهید به این صورت که یک پرستار سر و شانه، یک پرستار لگن و باسن و یک پرستار پاهای بیمار را از روی تنه حمایت کنید، با شمارش ۱،۲،۳ به صورت همزمان بیمار را به سمت خودتان بچرخانید (شکل۳-۴).

■ **شکل۳-۴.** نحوه چرخاندن بیمار به پهلو

۹. جهت حفظ امنیت و راحتی بیمار نرده های تخت را بالا بکشید و ارتفاع تخت را در پایین ترین سطح ممکن قرار دهید. سر تخت را کمی بالا بیاورید، بالش زیر سر وی بگذارید و پوشش های روی بیمار را فراهم کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و تغییر وضعیت را در پرونده ثبت کنید
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید

انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال

اهداف:

۱. انتقال ایمن و بی خطر بیماران از یک محل به محل دیگر در حالت خوابیده
۲. جابجایی بیماران ناتوان
۳. جابجایی بیمارانی که فعالیت و راه رفتن برای آنها ضرر دارد
۴. حفظ حریم بیمار در طی انتقال
۵. حفظ مکانیسم صحیح بدن برای بیمار و پرستار

نکات مورد بررسی

۱. بررسی محدودیت های حرکتی در بیمار
۲. بررسی توانایی پرستار برای جابجایی بیمار با توجه به وزن و جثه
۳. بررسی توانایی بیمار برای همکاری و اجرا کردن دستورات و توصیه‌ها

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- برانکارد
- تخته انتقال

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. در صورت نیاز، جهت راحتی بیمار و کاهش درد از مسکن‌های ضد درد استفاده کنید.
۲. در صورت عدم توانایی پرستار برای جابجایی بیمار به تنهایی، درخواست کمک کنید.
۳. در صورت وجود محدودیت برای جابجایی بیمار، آن را مشخص کنید.
۴. موانع را از سر راه برانکارد بردارید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. برانکارد را به موازات تخت قرار دهید.
۵. سر تخت را پایین بیاورید، ارتفاع تخت را هم سطح برانکارد تنظیم کنید، نرده های تخت را پایین بیاورید، چرخ های تخت و برانکارد را برای پیشگیری از حرکت در حین جابجایی قفل کنید.
۶. با حفظ خلوت خصوصی بیمار پوشش‌های وی را کنار بزنید
۷. بالش را از زیر سر وی بردارید.
۸. ملحفه کوچک را در دو طرف تخت آزاد کنید.
۹. بسته به جثه و وزن بیمار، تعداد پرستاران را برای همکاری تنظیم کنید.
۱۰. دو پرستار در طرف تخت که برانکارد قرار نگرفته ایستاده و دو پرستار در طرفی که برانکارد به تخت چسبیده است بایستند.
۱۱. دو پرستاری که در طرف مقابل برانکارد ایستاده‌اند به بیمار کمک کنند به پهلوی سمتی که برانکارد نیست بچرخد.
۱۲. دو پرستاری که در طرفی که برانکارد به تخت چسبیده است ایستاده‌اند تخته انتقال را نزدیک و موازی با بیمار قرار دهند(دقت کنید تخته انتقال در زیر ملحفه کوچک قرار گیرد).

- تخته انتقال حرکت بیمار را تسهیل می‌کند و باعث سرخوردن بیمار از روی تخته و انتقال به برانکارد می‌شود.

۱۳. به بیمار کمک کنید در پوزیشن به پشت خوابیده قرار گیرد و جهت پیشگیری از صدمه، بازوهایش را روی سینه‌اش قرار دهید.
۱۴. پرستاران دو طرف تخت با حفظ وضعیت مناسب بدن و با شمارش ۱،۲،۳ به طور همزمان بیمار را از روی تخته انتقال به سمت برانکارد سر دهند.
۱۵. پوزیشن بیمار را روی برانکارد با توجه به بیماری وی تنظیم کنید.
۱۶. نرده های برانکارد را بالا بیاورید.
۱۷. پوششی را بر روی بیمار بیاندازید.
۱۸. دستکش‌های خود را خارج و دست‌هایتان را بشویید.

نکته: در صورتی که بیمار خود قادر به جابجایی باشد از وی بخواهید که به آرامی به طرف برانکارد جابجا شود (شکل۳-۵-۶). نمونه هایی از انتقال به وسیله تخته را نشان می‌دهد.

■ **شکل۳-۵.** منتقل کردن بیمار از طریق تخته

■ **شکل۳-۶.** منتقل کردن بیمار از طریق تخته

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و انتقال بیمار را در پرونده ثبت کنید.
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید.

انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله ملحفه کوچک

اهداف

به تکنیک انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال مراجعه کنید

نکات مورد بررسی

به تکنیک انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال مراجعه کنید

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- برانکارد
- ملحفه

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

به تکنیک انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال مراجعه شود.

ب) نحوه اجرا

۱. به مراحل ۱ تا ۹ تکنیک انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال مراجعه شود.
۲. یک پرستار در طرف تخت که برانکارد قرار نگرفته روی تخت بیمار زانو بزنید و ملحفه کوچک را با دو دست در محل سر و شانه محکم بگیرید.
۳. یک یا دو پرستار در طرفی که برانکارد به تخت چسبیده است با حفظ وضعیت مناسب، بایستید و ملحفه کوچک را با دو دست در محل سر و شانه محکم بگیرید.
۴. پرستاری که روی تخت بیمار زانو زده مسئول هماهنگی گروه است و با شمردن ۱،۲،۳ بیمار را از تخت بلند کرده و ۲ پرستار با شنیدن شماره ۳ بیمار را به برانکارد منتقل می‌کنند(شکل۳-۷).
۵. پوزیشن بیمار را روی برانکارد با توجه به بیماری وی تنظیم کنید.
۶. نرده‌های برانکارد را بالا بیاورید.
۷. پوششی را بر روی بیمار بیاندازید.
۸. دستکش‌های خود را خارج و دست‌هایتان را بشویید.

■ **شکل۳-۷.** منتقل کردن بیمار از تخت به تخت

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و انتقال بیمار را در پرونده ثبت کنید.
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید.

انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخدار

اهداف

۱. انتقال ایمن و بی خطر بیماران از یک محل به محل دیگر در حالت نشسته
۲. جابجایی بیماران
۳. جابجایی بیمارانی که فعالیت و راه رفتن برای آنها ضرر دارد
۴. حفظ حریم بیمار در طی انتقال
۵. حفظ مکانیسم صحیح بدن برای بیمار و پرستار حین جا به جایی
۶. افزایش اعتماد به نفس و حس استقلال در بیمار

نکات مورد بررسی

به تکنیک انتقال بیمار از تخت به برانکارد به وسیله تخته انتقال مراجعه کنید

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- صندلی چرخدار
- چهارپایه

- دمپایی مناسب و غیر لغزنده
- لباس راحت

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. در صورت نیاز، جهت راحتی بیمار و کاهش درد از مسکن های ضد درد استفاده کنید
۲. در صورت عدم توانایی پرستار برای جابجایی بیمار به تنهایی، درخواست کمک کنید
۳. در صورت وجود محدودیت برای جابجایی بیمار، آن را مشخص کنید
۴. موانع سر راه را برای قرار دادن صندلی در کنار تخت بیمار بردارید

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید
۴. صندلی چرخدار را موازی یا با زاویه ۴۵ درجه از تخت قرار دهید
۵. سر تخت را پایین بیاورید، ارتفاع تخت را در پایین ترین سطح تنظیم کنید، نرده های تخت را پایین بیاورید ، چرخ‌های تخت و صندلی چرخدار را برای پیشگیری از حرکت در حین جابجایی قفل کنید
۶. با حفظ خلوت خصوصی بیمار پوشش‌های وی را کنار بزنید
۷. به بیمار کمک کنید در تخت به سمتی که صندلی چرخدار قرار گرفته خود را جابجا کند
۸. به بیمار کمک کنید لبه تخت بنشیند و برای پیشگیری از افت فشار خون وضعیتی چند دقیقه در همین وضعیت بماند و از بلند شدن ناگهانی خودداری کند
۹. چهارپایه را کنار پای بیمار قرار دهید و دمپای‌ها و لباس یا روپوش بیمار را بپوشانید
۱۰. از بیمار بخواهید دست‌های خود را روی تشک فشار داده و خود را از تخت جدا کند و بایستد. در صورتی که بیمار خود به تنهایی قادر به بلند شدن نباشد دست‌های خود را دور کمر وی حلقه کنید و با حفظ وضعیت مناسب با شمارش ۱،۲،۳ وی را بلند کنید(شکل۳-۹).
۱۱. جلوی بیمار بایستید و بیمار را راهنمایی کنید که صندلی چرخدار را پشت پاهای خود احساس کند
۱۲. از بیمار بخواهید که با یک دست خود دسته صندلی را محکم بگیرد و بدن خود را آرام روی صندلی قرار دهد(شکل۳-۸).
۱۳. کمربند ایمنی بیمار را ببندید، پاهای وی را روی پایه های صندلی چرخدار قرار دهید
۱۴. پوشش مناسب برای وی فراهم کنید
۱۵. دستکش های خود را خارج کرده و دست ها را بشویید

نکته : در طول جابجایی بیمار همواره جهت پیشگیری از افتادن و آسیب دیدگی بیمار رو بروی وی بایستید و او را حمایت کنید.

■ **شکل۳-۸.** منتقل کردن بیمار از تخت به ویلچیر

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و انتقال بیمار را در پرونده ثبت کنید
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید

■ **شکل۳-۹**
نحوه خارج کردن بیماری که به تنهایی قادر به خروج از تخت نیست

انتقال بیمار ناتوان از تخت به صندلی چرخدار

اهداف

به تکنیک انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخدار مراجعه شود

نکات مورد بررسی

به تکنیک انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخدار مراجعه شود

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- تجهیزات نیاز نیست

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

به تکنیک انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخدار مراجعه شود

ب) نحوه اجرا

۱. به مرحله ۱ تا ۶ تکنیک انتقال بیمار دارای توانایی همکاری از تخت به صندلی چرخدار مراجعه شود.
۲. یک پرستار در قسمت بالای تخت با حفظ وضعیت مناسب بایستند و دست‌های خود را دور سینه و زیر بغل بیمار قرار دهد.
۳. یک پرستار در سمت پایین تخت قرار بگیرید و دست‌های خود را در زیر زانوهای بیمار برده و او را حمایت کند.
۴. با شمارش ۱،۲،۳ همزمان هر دو پرستار بیمار را از تخت بلند کرده و روی صندلی چرخدار قرار دهند.
۵. کمربند ایمنی بیمار را ببندید، پاهای وی را روی پایه‌های صندلی چرخدار قرار دهید(شکل۳-۱۰).
۶. پوشش مناسب برای وی فراهم کنید.
۷. دستکش‌های خود را خارج کرده و دست‌ها را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان جابجایی و انتقال بیمار را در پرونده ثبت کنید.
۲. مشاهدات خود در حین جابجایی از جمله وجود زخم فشاری، سرگیجه بیمار یا عدم تحمل جابجایی را در پرونده ثبت و گزارش کنید.

■ **شکل ۳-۱۰.** انتقال بیمار ناتوان از تخت به ویلچیر

آموزش به بیمار و خانواده

۱. اهمیت و لزوم جابجایی و تغییر پوزیشن در تخت را برای بیمار و خانواده وی شرح دهید
۲. در صورتی که بیمار قادر به جابجایی به تنهایی نیست باید نحوه جابجایی صحیح را به خانواده وی آموزش دهید.
۳. اهمیت بررسی پوست بیمار از نظر زخم های فشاری (قرمزی، گرمی و...) به خانواده توضیح دهید
۴. اهمیت فاصله زمانی حداقل ۲ ساعت را در تغییر پوزیشن بیمار در جلوگیری از بروز زخم بستر آموزش دهید.
۵. لزوم رعایت بهداشت بیمار، صاف بودن ملافه‌ها، جهت پیشگیری از زخم‌های فشاری و عفونت را توضیح دهید
۶. به بیمار و خانواده آموزش دهید هرگونه تغییر غیر طبیعی حین جابجایی از جمله تغییر علایم حیاتی به ویژه در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی-ریوی، عدم تحمل جابجایی، زخم فشاری و... را اطلاع دهند
۷. تاکید کنید که از ماساژ نواحی قرمز شده اجتناب کنند
۸. حفظ وضعیت مناسب حین جابجایی(یک پا جلو، تنه به جلو خم و...) را به فرد مراقبت دهنده جهت پیشگیری از آسیب جسمانی آموزش دهید.

فصل (٤)

تامین بهداشت فردی

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. به درستی و باحفظ ایمنی، بیمار ناتوان را در تخت شست‌وشو دهند.
۲. دهان‌شویه را بدون ایجاد صدمه و هرگونه آسیب بطور کامل برای بیمار انجام دهند.
۳. تخت بیمار را در زمان حضور در تخت و یا در زمان خالی بودن به درستی مرتب نمایند.

اصطلاحات فصل تامین بهداشت فردی	
Bed Locker	کمد کنار تخت
Bed Table	میز جلوی تخت
Bin	سطل زباله مخصوص وسایل پارچه‌های کثیف
Closed Bed	تخت بسته
Drow Sheet	ملحفه کوچک
Excoriation	خراش‌های پوستی
Gag reflex	رفلکس گگ
Halitosis	تنفس بدبو
Long Sheet	ملحفه بزرگ
Mouth washing	دهانشویه
Nasogastric Tube	سوند بینی معده‌ای
Occupied Bed	تخت اشغال شده
Orthostatic Hypotension	کاهش فشار خون وضعیتی
Rubber Sheet	مشمع کوچک
Stomatitis	التهاب دهان
Unoccupied Bed	تخت اشغال نشده

راحتی و آسایش مددجو

مقدمه: آسایش، سلامت و رفاه شخصی به بهداشت فردی وابسته است. مددجویان یا افراد با معلولیت جسمی و ذهنی برای برآورده کردن نیازهای بهداشتی خود به کمک نیازمند می‌باشند.

عوامل فردی و اجتماعی و فرهنگی بر عادات بهداشتی مددجویان تاثیر می گذارند برای رفع نیازهای بهداشتی مددجو، مراقبان بهداشتی باید:

۱. توانایی برقراری ارتباط مناسب و نزدیک با مددجو را داشته باشند.
۲. دارای مهارت‌های کافی برای انجام مراقبت مناسب باشند.
۳. توانایی مددجو برای مراقبت از خودش را بررسی کنند.
۴. مراقبت‌ها را بر اساس نیازها و الویت های مددجو لیست کرده انجام دهند.
۵. مددجو و خانواده اش را با نیازهای بهداشتی و راه‌های دسترسی به آنها آشنا کنند.

مراقبت های عمومی

مراقبت‌های عمومی شامل مراقبت از پوست، مو، ناخن، حفره‌ی دهان و دندان‌ها، چشم، گوش، بینی، پا، ناحیه‌ی پرینه و استحمام است که در مددجویان بی حرکت یا بیهوش، افراد تحت شیمی درمانی یا دیابتی، افراد با اختلالات روانی، نوزدان، کودکان و سالمندان، توجهات ویژه‌ای را نیازمند است.

مراقبت از پوست

پوست به عنوان یک بافت فعال دارای عملکرد حفاظتی، دفعی، حسی و تنظیم کننده‌ی درجه حرارت بدن است.

در بررسی‌های پوست باید به رنگ، بافت، خاصیت ارتجاعی پوست (تورگور پوست) ضخامت، حرارت، رطوبت، اثر زخم‌ها و جراحی‌ها و ضایعات پوستی توجه کرد.

استحمام مددجو

مقدمه:

گاهی بیمار برای مدت طولانی مجبور به اقامت در بیمارستان می باشد. بنابر سطح توان بیمار در تحرک و صلاحدید پزشک ممکن است دوش گرفتن، حمام در تخت و... از طرف پزشک معالج توصیه شود. روش‌های حمام کردن مددجو به عوامل زیر بستگی دارد:

۱. قدرت جسمی، ذهنی و تحمل فیزیکی مددجو
۲. مشکلات بهداشتی مددجو
۳. درجه ی نیاز و وابستگی مددجو به استحمام

روش‌های استحمام مددجو

دوش، حمام در وان، حمام کامل در تخت و حمام جزئی در تخت می باشد.

حمام دوش – حمام وان

اهداف

کاهش احتمال عفونت، تمیز کردن پوست

نکات مورد بررسی

۱. بررسی توانایی مددجو جهت مراقبت از خود و میزان کمک مورد نیاز، تحمل فعالیت و عملکرد عضلانی اسکلتی (مددجو را تشویق کنید تا حد امکان به صورت مستقل عمل کند ولی بیش از اندازه خود را خسته نکند، درد نباید تشدید شود)

۲. ارزیابی عملکرد ذهنی وشناختی مددجو بررسی اقدامات و درمان‌های انجام شده (برای تصمیم گیری در مورد تعداد دفعات، ساعت و شیوه ی مناسب استحمام)
استفاده از نوع محصولات شستشو دهنده و محافظت کننده ی پوست
۳. در مددجویان بی حرکت به نقاط تحت فشار و انجام تمرینات ورزشی در محدوده ی حرکتی مفاصل توجه کنید
۴. در مدد جویان سالمند یا دیابتی به خشکی پوست،ترک خوردگی یا زخم های اندام های انتهایی و نواحی چین خورده یا خراشهای پوستی توجه کنید
۵. نیازهای آموزشی مدد جویان را بررسی کنید

حمام دوش- حمام وان

■ **شکل۱-۴.** حمام وان

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- یک تا دو حوله حمام
- پارچه شستشو (لیف)
- پتوی حمام
- صابون، شامپو یا مایع تمیزکننده غیرصابونی، لوازم مراقبت از پوست یا مواد آرایشی مخصوص خود مددجو (پودر، لوسیون، عطر ملایم، کرم و مرطوب کننده‌ها)
- گان یا لباس تمیز
- کیسه یا سبد جمع‌آوری لباس کثیف
- دستکش یک بار مصرف (در صورت خطر تماس با ترشحات)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. درجه حرارت اتاق و تهویه‌ی آن را کنترل کنید.
۲. از تمیز بودن حمام یا وان اطمینان حاصل کنید.
۳. کف‌پوش‌های لاستیکی را جهت جلوگیری از سرخوردن احتمالی بیمار زیر دوش یا کف وان قرار دهید.
۴. صندلی دوش را جهت نشستن بیمار و ذخیره‌ی انرژی وی در اختیارش قرار دهید.
۵. به مددجو استفاده از میله‌های کمکی را هنگام ورود و خروج از حمام و استفاده از زنگ اخبار را آموزش دهید.
۶. تابلوی اشغال است را روی درب قرار داده و به بیمار توضیح دهید درب حمام را قفل نکند تا در صورت لزوم پرستار بتواند داخل شود.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار ، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت ، دست ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. مددجو را به سمت حمام هدایت کنید، لباس‌های او را خارج کنید وی را با یک پتوی حمام بپوشانید و آب را از نظر درجه حرارت و فشار مناسب تنظیم کنید در صورت استفاده از وان، نیمی از وان را با آب گرم ۴۳ تا ۴۶ درجه سانتیگراد پر کنید.
۵. اگر مددجو به تنهایی در حال حمام کردن است در فواصل مختلف به او سر بزنید و در صورت نیاز به وی کمک کنید (استفاده از آب گرم باعث انبساط عروق محیطی شده ازدیاد جریان خون به سمت محیط می‌تواند باعث ایجاد سرگیجه در مددجو شود).
۶. اگر مددجو قادر به دوش گرفتن به تنهایی نیست تمام مدت در کنار او بمانید و با استفاده از دوش‌های دستی به او کمک کنید.
۷. قبل از خروج از وان ابتدا آب وان را تخلیه نموده و سپس به او در بیرون آمدن کمک کنید.
۸. به مددجو کمک کنید تا خودش را خشک کند، پوست وی را بررسی کرده در صورت خشک بودن

از لوسیون‌های مرطوب نرم‌کننده جهت لطافت پوست استفاده کنید.

۹. به مددجو در لباس پوشیدن کمک کنید. او را به اتاق خود برگردانید.

۱۰. تابلوی اشغال است را از روی درب برداشته و نظارت کنید لوازم استفاده شده، دور ریخته شود.

۱۱. به تمیز و ضدعفونی شدن حمام و وان طبق قوانین بیمارستان نظارت داشته باشید.

۱۲. دستکش ها را خارج کرده و دستها را بشوئید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. علائم غیر طبیعی پوست از نظر وجود ادم، بثورات پوستی، خشکی، تغییر رنگ و... را گزارش کنید.

۲. محدودیت‌های حرکتی مددجو را برای اطلاع سایر همکاران و انجام مراقبت‌های لازم گزارش کنید.

۳. شیو کردن برای محافظت از پوست و جلوگیری از تجمع میکروارگانیسم‌ها روی موهای زاید بدن و قبل از اعمال جراحی انجام می‌شود. بهتر است این کار حین حمام کردن یا شستشو یا بعد از آن انجام شود.

۴. باید مراقب بود تا مددجو با تیغ به بدن خود آسیب نزند. در مددجویانی که مستعد خونریزی هستند یا از ضد انقعادها استفاده می‌کنند، باید از ریش تراش برقی استفاده شود.

حمام کامل مددجو در تخت

مقدمه

برای بیماران بستری در بیمارستانی‌که امکان راه رفتن و خروج از تخت را ندارد، حمام کامل در تخت گزینه مورد نظر خواهد بود.

اهداف و نکات مورد بررسی

اهداف و نکات مورد بررسی در این روش با موارد بیان شده در حمام دوش یا وان منطبق است.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- لیف یا پارچه شستشو دو عدد
- حوله حمام
- پتوی حمام
- لگن آب گرم ۴۳ تا ۴۶ درجه سانتیگراد
- صابون، شامپو یا مایع تمیزکننده غیرصابونی
- محصولات مراقبت از پوست مددجو
- گان یا لباس تمیز
- کیسه یا سبد جمع‌آوری لباس کثیف
- دستکش یک‌بار مصرف برای مراقبت از پرینه یا خطر تماس با ترشحات

■ **شکل۴-۲.** حمام در تخت

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. درجه حرارت اتاق و تهویه‌ی آن را کنترل کنید.

۲. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت بیمار مهیا کنید.

ب) نحوه‌اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.

۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.

۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.

۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را ببندید تا خلوت مددجو حفظ شود.

۵. نرده‌ی کنار تخت را پایین آورده ولی نرده‌ی سمت مقابل را قفل کنید، مددجو را در یک وضعیت راحت و نزدیک به خود قرار دهید، بالش را برداشته و سر تخت را ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا بیاورید.

۶. پوشش‌های روی تخت را برداشته، پتوی حمام را روی مددجو بکشید تا گرمای بدنش حفظ شود(شکل۳-۴).

■ **شکل۴-۳.** پتوی حمام را بر روی بیمار بکشید.

۷. لباس‌های مددجو را خارج کنید برای بیرون آوردن لباس‌ها در صورت وجود سرم ابتدا از سمتی که سرم ندارد لباس را بیرون آورید. در صورت وجود اندامی با محدودیت حرکت یا آسیب دیده، لباس ها را ابتدا از طرف غیرمبتلا خارج کنید.دو سوم لگن یا ظرف شستشو را با آب پر کرده برای اطمینان از درجه حرارت مناسب آب، آن را روی قسمت داخلی ساعد خود تست کنید یا انگشتان مددجو را داخل آب گذاشته تا تحمل وی را نسبت به درجه حرارت آب کنترل کنید(شکل۴-۵).

■ **شکل۴-۵.** قبل از شروع شست و شو، دمای آب را از نظر درجه حرارت به منظور تامین ایمنی و اسایش بیمار کنترل نمائید. بدین ترتیب راحتی بیمار را تامین می‌نمایید

۸. حوله حمام روی سینه‌ی مددجو قرار دهید.
۹. لیف را خیس کرده آن را سه تا کنید، چروکهای سطحی را صاف و لبه را به زیر قسمت میانی برگردانید تا به شکل دستکش درآید.
۱۰. قبل از شستشوی صورت دقت کنید مددجو لنز تماسی نداشته باشد.
۱۱. چشمان مددجو را فقط با آب گرم ساده بشویید. برای هر یک از چشم‌ها از یک گوشه‌ی لیف استفاده کرده از زاویه‌ی داخلی به خارجی چشم شستشو دهید تا از ورود ترشحات و تحریک مجرای اشکی جلوگیری شود. هرگونه چرک یا ترشحی را قبل از برداشتن چند دقیقه خیس کنید(شکل۴-۶).

■ **شکل۴-۵.** چشم ها را از داخل به خارج پاک نمائید.

۱۲. از مددجو در مورد تمایلش برای شستن صورتش با صابون سوال کنید.
۱۳. پیشانی، گونه‌ها، بینی، چانه و گوش‌ها پس از آن گردن را به طور کامل شسته و خشک کنید.
۱۴. پتوی حمام را از روی دست مددجو تا زده و حوله را به صورت طولی زیر دست او قرار دهید. دست‌ها را به صورت ماساژ از انگشتان به سمت بازو و بعد زیر بغل را بشویید و آب بکشید و خشک کنید. شستشوی اندام‌ها از سمت دور به نزدیک باعث تحریک جریان خون و تسهیل بازگشت وریدی می‌شود(شکل۴-۶).

■ **شکل۴-۶.** تمیز کردن اندام‌ها از بخش دیستال(دورتر) به پروکسیمال(نزدیکتر) انجام گیرد.

۱۵. این کار را برای دست دیگر نیز تکرار کنید.
۱۶. پتوی حمام را تا زیر ناف تا بزنید و حوله‌ی حمام را روی سینه‌ی او قرار دهید.

۱۷. درجه حرارت آب را ارزیابی کرده در صورت نیاز آب را تعویض کنید.
۱۸. حوله‌ی حمام را برداشته، سینه و شکم را با ماساژ محکم بشویید، به پوست زیر پستان‌ها و سایر لایه‌های پوست توجه کنید (به خصوص در مددجویان دارای اضافه وزن). پوست را کاملا خشک کرده به مددجو گان تمیز بپوشانید.
۱۹. پتوی حمام را از روی پای مددجو کنار بزنید. حوله را به صورت طولی زیر پا قرار دهید و از مچ به طرف ران بشویید و آب بکشید و خشک کنید.
۲۰. کف پا را بشویید یا آن را داخل لگن آب قرار داده بعد از خیس شدن و نرم شدن و از بین رفتن آلودگی زیر ناخن‌ها خوب شسته و خشک کنید. به فضای میان انگشتان پا یا ترک خوردگی احتمالی پاشنه و قوزک پا توجه کنید.
۲۱. مراحل ۱۸ و ۱۹ را برای پای دیگر نیز تکرار کنید.
۲۲. دمای آب را کنترل کرده در صورت نیاز آن را تعویض کنید.
۲۳. با کمک مددجو را به پهلو بخوابانید. حوله حمام را در مجاورت پشت و باسن وی قرار داده تا از خیس شدن ملحفه‌ها جلوگیری شود.
۲۴. به مددجو کمک کنید تا به پشت دراز بکشد در صورتی که برای تمیز کردن ناحیه‌ی تناسلی و پرینه خود به کمک نیاز دارد، با استفاده از پتوی حمام طوری مددجو را بپوشانید که فقط ناحیه تناسلی نمایان باشد.
۲۵. دستکش‌های یک بار مصرف تمیز استفاده کنید و با لیف جدید ناحیه‌ی تناسلی و پرینه را از بالا به پایین (از مجرای ادرار به طرف مقعد بشویید) آب بکشید و خشک کنید. مددجویانی که بیشتر نیاز به مراقبت پرینه دارند شامل مددجویانی که در معرض ابتلا به عفونت است مثل مردان ختنه نشده، دارای کاتتر ادراری، افراد با عمل جراحی در ناحیه‌ی رکتال یا واژینال، دوره‌های پریود زنان- افراد با بی‌اختیاری دفع ادرار یا مدفوع، افراد دارای اضافه وزن، رنگ، مقدار و بوی ترشحات باید مورد توجه قرار گیرد، یک دید حرفه‌ای حساس، همراه با وقار حس خجالت در مددجو را کاهش داده موجب راحتی وی می‌شود.
۲۶. ملحفه‌ها را تعویض کنید.
۲۷. مطابق درخواست مددجو مراقبت را کامل کنید، از پودر، لوسیون و عطرهای ملایم استفاده کنید. در گیر کردن مددجو در مراقبت از خود باعث ارتقاء اعتماد به نفس خواهد شد.
۲۸. وسایل را تمیز کرده به محل مناسب برگردانید.
۲۹. دستکش ها را خارج کرده و دست‌های خود را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مشاهدات مهم را ثبت کنید زیرا ثبت اطلاعات مهم باعث آگاهی اعضای گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار می‌شود.

شستشوی موهای مددجویان بستری در تخت

مقدمه

برای بیمارانی که نیاز به شست و شوی موها داشته(بخصوص بیمارانی که موهای آنان زود به زود چرب شده و همینطور زنان) و یا آلودگی به خون در حالیکه امکان خروج از تخت به دلیل محدودیت بیمار یا تجویز از سوی پزشک)، شست و شوی موها در تخت انجام می‌گیرد.

اهداف

۱. شستشوی مو و پوست سر، کاهش احتمال عفونت
۲. ایجاد نشاط و شادابی و ارتقای راحتی و اعتماد به نفس
۳. استفاده از دارو بر روی پوست سر و مو در مواقع خاص

نکات مورد بررسی

۱. ارزیابی وضع موها و پوست سر
۲. ارزیابی سطح فعالیت مددجو و شناسایی محدودیت‌ها در هنگام تغییر وضعیت

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- شانه یا برس
- سشوار
- حوله حمام، لیف حمام
- شامپو، نرم کننده مو
- پارچ آب
- لگن پلاستیکی
- پتوی حمام

- پدهای ضدآب
- گلوله‌های پنبه‌ای
- آب اکسیژنه (فقط برای تمیز کردن خون باقی مانده روی موهای سر استفاده می‌شود)
- دستکش یکبار مصرف

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. درجه حرارت اتاق و تهویه‌ی آن را کنترل کنید.
۲. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت بیمار مهیا کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید
۴. مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده، تا حد امکان در بالای تخت قرار دهید.
۵. پدهای ضد آب را زیر سر و شانه‌های بیمار گذاشته، بالش را بردارید.
۶. سنجاق یا گیره‌ی موی سر را بیرون آورده موها را کاملا برس بکشید.
۷. تخت را به حالت مسطح دربیاورید. لگن شامپو کردن را زیر سر مددجو قرار دهید. حوله‌ی لوله شده را زیر گردن مددجو گذاشته و حوله‌ی حمام را اطراف شانه‌های وی قرار دهید(شکل۴-۷).

■ **شکل۴-۷.** شست و شوی موها در تخت

۸. موهای مددجو را شانه زده با آب گرم خیس کنید.
۹. در صورت آلودگی مو با خون دستکش پوشیده جهت حل کردن لخته‌های روی موها از پراکسید استفاده کنید، سپس موها را با نرمال سالین آب کشی کنید.
۱۰. شامپو را روی دستها ریخته و کف درست کنید با نوک انگشتان پوست سر را ماساژ دهید و از محل رویش موها به انتها، موها را بشویید و آبکشی کنید(شکل۴-۸). در صورت لزوم مجددا از شامپو استفاده کرده و ماساژ و شستشو را تکرار کنید. بر اساس درخواست بیمار از نرم‌کننده‌های مو استفاده کنید.
۱۱. لگن را از زیر سر مددجو برداشته و با حوله صورت و موها را کاملا خشک کرده و شانه بزنید و در صورت لزوم سشوار بکشید.
۱۲. وسایل و حوله‌ی خیس را از روی تخت بردارید.
۱۳. به مددجو کمک کنید تا در وضعیت راحت قرار گیرد.
۱۴. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌ها را شست و شو دهید.

شکل۴-۸. با آب گرم موها را از شامپو شست و شو و پاک کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. در حمام دادن نوزادان دمای اتاق را بالا ببرید و از حوله‌های گرم شده برای خشک‌کردن وی استفاده کنید.
۲. در افراد مسن برای خشک کردن موها از حوله‌ی گرم استفاده کنید.
۳. در افراد مسن ممکن است حساسیت نسبت به درجه حرارت کاهش یافته باشد. برای جلوگیری از سوختگی پوست سر، از سشوار با حرارت کم استفاده کنید.

مراقبت از پا و ناخن

مقدمه

مراقبت از پا و ناخن شامل خیس کردن پوست جهت نرم شدن لایه‌های شاخی و تمیز کردن آن‌ها، و کوتاه کردن مناسب ناخن‌ها می‌باشد.

مددجویانی که در معرض خطرات ناشی از مشکلات پا و ناخن هستند:

۱. سالمندان که در اثر ضعف بینایی یا مشکلات عضلانی اسکلتی قادر به مراقبت از پاها نباشند.
۲. افراد مبتلا به دیابت که دچار تغییرات در گردش خون محیطی و کاهش حس درد هستند.
۳. مددجویان دچار ادم یا مبتلا به کاهش جریان خون در اندام‌های انتهایی به دلیل اختلالات قلبی یا کلیوی.
۴. مددجویان مبتلا به حوادث عروقی مغزی که افتادگی پا، ضعف عضلانی، فلج یا اختلال در راه رفتن مددجو را ایجاد کرده باشد.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی ناخن‌ها و پوست اطراف و لای انگشتان دست و پا از نظر خشکی و ترک‌خوردگی.
۲. بررسی توانایی مددجو برای مراقبت از خود و آگاهی او در مورد اقدامات مراقبتی در خصوص پا و ناخن.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- پد ضد آب
- لیف، حوله
- لگن آب، آب گرم، صابون
- لوسیون
- ناخن‌گیر و سوهان
- دستکش یک‌بار مصرف

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. درجه حرارت اتاق و تهویه‌ی آن را کنترل کنید.
۳. تجهیزات و لوازم مورد نیاز را درکنار تخت بیمار مهیا کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۲. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید
۳. به مددجو کمک کنید در صورت امکان روی صندلی بنشیند یا سر تخت را کاملا بالا بیاورید.
۴. آب ۳۷/۷-۴۰ درجه سانتیگراد را درون لگن ریخته و دست‌ها یا پاهای مددجو را به مدت ۱۰ الی ۲۰ دقیقه درون آب قرار دهید تا ناخن‌ها نرم شده در هنگام کوتاه کردن نشکند و جریان خون موضعی زیادتر شود ولی در مورد مددجویان دیابتی به علت افزایش خطر عفونت از این کار خودداری کنید.
۵. برای کوتاه کردن ناخن‌ها از انگشت شست دست و پا شروع کنید. ناخن‌ها را مستقیم با استفاده از ناخن‌گیر کوتاه کرده و با استفاده از سوهان، آن را صاف و هموار کنید. حتی‌الامکان ناخن‌های مددجویان مبتلا به دیابت یا اختلال در گردش خون انتهایی را به جای کوتاه کردن سوهان بکشید.
۶. دست و پاها را آب کشی کرده کاملا خشک کنید. خشک‌کردن کامل ناحیه‌ی بین انگشتان برای جلوگیری از باقی ماندن رطوبت اضافی و رشد میکروب‌ها ضروری است.
۷. برای مرطوب کردن دست و پاها از لوسیون استفاده کنید.
۸. تخت را در وضعیت مناسب قرار داده به مددجو کمک کنید در وضعیت مناسب قرار گیرد.
۹. وسایل را مرتب کنید.
۱۰. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌های خود را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. در مراقبت از ناخن‌ها بایستی به سن مددجو توجه کرد.
۲. در نوزادان، کوتاه کردن ناخن‌ها با استفاده از قیچی گرد کوچک و به صورت عرضی، در هنگام خواب نوزاد مناسب‌تر است.
۳. در بچه‌ها به خصوص در سن مدرسه مراقب جویدن ناخن باشید. این موضوع نیاز به مشاوره و رفتاردرمانی دارد.
۴. در افراد مسن ناخن‌ها ضخیم و شاخی می‌شود و به علت مشکلات بینایی و حرکتی مراقبت از ناخن‌ها

برای این محدوده‌ی سنی مشکل‌تر شده و نیاز به کمک وجود دارد.

مراقبت از دهان

مقدمه

مراقبت از دهان در بیماران بستری از جمله موارد مهمی است که متاسفانه اغلب از سوی تیم درمان و همراهان بیمار نادیده گرفته می‌شود. این موضوع بخصوص در بیماران بخش‌های ویژه که بیماران هوشیاری خوبی ندارند، بیماران دارایNGT/OGT، ماسک‌ها و کانولاهای اکسیژن و تروماهای سر و صورت دارای اهمیت می‌باشد. عدم توجه به این موضوع منجر ایجاد عوارض گوارشی و خرابی دندان، آسیب غشا مخاطی دهان و... می‌گردد.

اهداف

۱. حفظ سلامت دهان، لثه‌ها و لب‌ها
۲. پاک‌کردن سطوح دندانی و جلوگیری از بوی بد دهان و خرابی دندان‌ها
۳. حفظ رطوبت و سلامت مخاط دهان
۴. افزایش اشتها
۵. ارتقاء اعتماد به نفس و راحتی مددجو

علل اهمیت بهداشت دهان در سالمندان

۱. سالمندان یا دندان‌هایی ناسالم و پوسیده دارند یا از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند که می‌تواند موجب درد، جویدن نامناسب، بی‌اشتهایی و مشکلات گوارشی شود.
۲. خشکی بیشتر دهان و ضعیف بودن غشای مخاطی دهان سالمندان را مستعد ابتلا به عفونت می‌کند.
۳. در صورت ابتلا به بیماری‌های سیستمیک (دیابت، بیماری‌های قلبی، عروقی یا کلیوی) زمینه برای تخریب و التهاب لثه‌ها وجود دارد.
۴. احتمال وضعیت تغذیه نامناسب به دلیل محدودیت‌های مالی بیشتر است.

نکات مورد بررسی

۱. معاینه لب‌ها، غشای مخاطی، لثه‌ها، کام و زبان از نظر وجود زخم یا التهاب
۲. بررسی دندان‌های طبیعی از نظر وجود پوسیدگی و دندان‌های مصنوعی از نظر شکستگی یا وضعیت نامناسب قرارگیری در روی لثه
۳. بررسی عواملی که منجر به خشکی مخاط دهان می‌شود مثل کم‌آبی، وضعیت ناشتا بودن (NPO)، سوندهای بینی معده‌ای
۴. توجه به عوارض شیمی درمانی که می‌تواند منجر به التهاب مخاط دهان و زخم شود.
۵. درمان ضدانعقادی یا بیماری‌هایی که منجر به اختلالات انعقادی و خونریزی از لثه‌ها می‌شود.
۶. جراحی دهان یا دندان یا صدمات صورت و فک که مانع مسواک زدن شود.
۷. بررسی خطر آسپیراسیون احتمالی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- مسواک یا آبسلانگ(چوب زبانی) که انتهای آن اسفنج یا پنبه بسته شده است
- خمیر دندان
- لیوان آب ونی
- ریسیور
- سرنگ شستشو
- دستگاه و سوند ساکشن
- مایع دهان شویه
- نخ دندان
- دستکش یک بار مصرف
- لیف وحوله

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت بیمار مهیا کنید.
۲. با کشیدن پرده‌های دور تخت و یا بستن در اتاق خلوت مددجو را حفظ کنید.

ب)نحوه اجرا:

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار ، روش

کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید
۴. مددجو را در حالت نشسته یا کاملا به پهلو قرار دهید، تا از آسپیراسیون احتمالی جلوگیری شود.
۵. برای جلوگیری از آلودگی ملحفه و لباس مددجو حوله را زیر چانه او قرار دهید.
۶. مسواک را مرطوب کرده خمیردندان را روی آن بگذارید. در صورتی که احتمال خونریزی از لثه‌ها وجود دارد از مسواک نرم یا آبسلانگ و اسفنج استفاده کنید.
۷. مسواک را به مددجو بدهید یا در صورت توانایی محدود او دستکش یک‌بار مصرف را پوشیده و دندان‌های مددجو را مسواک بزنید.
۸. مسواک با خط لثه زاویه‌ی ۴۵ درجه داشته باشد.
۹. با حرکت‌های کوتاه و ارتعاشی از خط لثه تا تاج، در سطح داخلی وخارجی دندان‌ها را تمیز کنید.
۱۰. سطح جونده‌ی دندان را در دو جهت تمیز کنید.
۱۱. روی زبان را با مسواک نرم یا گاز تمیز کنید دقت کنید رفلکس گگ تحریک نشود(شکل۴-۹).

■ **شکل۴-۹.** نحوه مسواک زدن دندان های بیمار

۱۲. از مددجو بخواهید با آب، دهان خود را شسته داخل ریسیور تخلیه کند.
۱۳. صورت مددجو را با حوله خشک کنید.
۱۴. دندان‌های مددجو را نخ‌کشی کنید تا پلاک‌ها و جرم‌های بین دندانی از بین برود. روزی یک مرتبه نخ دندان کشیدن کافی است و مددجویان تحت درمان با داروهای ضد انعقاد یا شیمی درمانی و رادیوتراپی باید از نخ دندان بدون موم برای کاهش خطر خونریزی لثه استفاده کنند. ویا اصلا استفاده نکنند.
۱۵. حدود ۳۰ سانتیمتر نخ را بریده دو سر آن‌را دور انگشتان میانی هر دست بپیچید.
۱۶. با استفاده از انگشت اشاره و شست جهت حرکت نخ را به بالا و پایین، جلو و عقب تنظیم کنید.
۱۷. شستشوی مجدد دهان را با آب انجام دهید.
۱۸. صورت مددجو را خشک کنید.
۱۹. وسایل را جمع کنید به مددجو کمک کنید تا در وضعیت راحت قرار گیرد.
۲۰. دست‌های خود را بشویید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. وجود زخم و بثورات قارچی وسایر علائم غیر طبیعی را گزارش کنید
۲. اقدامات پرستاری و دستورات پزشک را در موارد خشکی غیر طبیعی مخاط، مقدار و بوی نامناسب ترشحات و سایر علائم غیر طبیعی، اجرا کنید.
۳. میزان توانایی مددجو را در مراقبت از خود و محدوده حرکتی او را ارزشیابی کنید.

مراقبت دهان در مددجوی بیهوش یا مددجویانی که قادر به حرکت نیستند

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

■ مشابه روش مراقبت از دهان در فرد هوشیار است.

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. تجهیزات و لوازم مورد نیاز را درکنار تخت بیمار مهیا کنید.
۲. با کشیدن پرده‌های دور تخت و یا بستن در اتاق خلوت مددجو را حفظ کنید.

ب)نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. خلوت مددجو را حفظ کرده او را در وضعیت به پهلو قرار دهید.

۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. حوله یا پد ضد آب را زیر چانه بیمار بگذارید.
۵. با دقت دندان‌های بالا و پایین را با چوب دهانی که با پنبه پوشانده شده از هم جدا کنید و آن را آرام ولی سریع بین دندان‌های آسیاب قرار دهید. هرگز از انگشتان خود برای این کار استفاده نکنید.
۶. در صورت لزوم ترشحاتی را که جمع شده‌اند را ساکشن کنید.
۷. با استفاده از چوب زبان که روی آن گاز یا اسفنج پیچیده‌اید و با محلول نمکی یا محلول دهان‌شویه‌ی رقیق، مرطوب شده، به آرامی لایه‌های مخاطی گونه و زبان و روی لثه‌ها را تمیز کنید.
۸. در صورت غلیظ بودن ترشحات با استفاده از سرنگ مقداری آب را در دهان ریخته و شستشو را همزمان با ساکشن شدن انجام دهید.
۹. صورت مددجو را تمیز و خشک کنید.
۱۰. یک لایه نازک وازلین یا مرطوب‌کننده را روی لب‌های بیمار بزنید.
۱۱. به آرامی مددجو را به وضعیت راحت برگردانده، نرده‌های کنار تخت را بالا بکشید و وضعیت تخت را به صورت قبل درآورید.
۱۲. دستکش‌ها را بیرون آورده و دست‌ها را بشویید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. وجود زخم و بثورات قارچی وسایر علائم غیر طبیعی را گزارش کنید
۲. اقدامات پرستاری و دستورات پزشک را در موارد خشکی غیر طبیعی مخاط، مقدار و بوی نامناسب ترشحات و سایر علائم غیر طبیعی، اجرا کنید.

آماده کردن تخت بدون مددجو (تخت اشغال نشده)

مقدمه

بعد از ترخیص یا انتقال بیمار لازم است که تخت بلافاصله برای بیمار بعد ضدعفونی و تمیز گردد.

اهداف

۱. آماده کردن تخت تمیز و بدون آلودگی
۲. رفع کردن موارد موثر بر تحریک پوست، مثل رطوبت، آلودگی و چروک ملحفه ها
۳. تامین راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

۱. بررسی سطح فعالیت مددجو و توانایی وی برای خروج از تخت
۲. کنترل علائم حیاتی از نظر کاهش فشارخون وضعیتی در تغییر وضعیت از حالت خوابیده به ایستاده
۳. بررسی از نظر وجود ترشحات یا بی اختیاری ادرار یا مدفوع و تعریق بیش از حد
۴. حفظ امنیت مددجو در صورت کاهش سطح هوشیاری، مثلا در مصرف داروهای خواب آور

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- پوشش تشک(در صورت آلوده بودن)
- دو عدد ملحفه بزرگ
- یک عدد ملحفه کوچک
- مشمع کوچک
- رو بالشی
- پتو و روتختی (در صورت آلوده بودن)
- بین یا کیسه ملحفه های کثیف
- دستکش یکبار مصرف

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. تجهیزات و لوازم مورد نیاز را درکنار تخت بیمار مهیا کنید.
۲. با کشیدن پرده‌های دور تخت و با بستن در اتاق خلوت مددجو را حفظ کنید.
۳. تخت را برای حرکات بهترخودتان و کاهش فشار به عضلات پشت، بالا بیاورید.

ب) نحوه اجرا

۱. دستکش پوشیده و به مددجو کمک کنید تا روی صندلی، کنار تخت بنشیند.

۲. در صورتی که بخواهید از همان پتو و روتختی، مجددا استفاده کنید، هر یک را جداگانه تا کرده و روی پشتی صندلی بگذارید.
۳. روبالشی را بیرون کشیده درون کیسه قرار دهید، بالش را روی صندلی بگذارید.
۴. هر یک از ملحفه‌ها را جداگانه به صورت گلوله جمع کرده، درون کیسه بگذارید(شکل۴-۱۰).

■ **شکل۴-۱۰.** نحوه جمع‌کردن ملحفه های الوده

۵. در صورت آلودگی رویه تشک، با محلول ضد عفونی کننده آن را کاملا شسته و خشک کنید یا آن را عوض کرده و چین و چروک‌ها را کاملا صاف کنید.
۶. ملحفه را روی قسمت میانی تشک گذاشته به طرف بالا و پایین، باز کنید.
۷. در قسمت بالای تخت، بخش اضافی ملحفه را زیر تشک بکشید و بخش پایینی را با لبه تشک میزان کنید.
۸. برای جلوگیری از جمع شدن ملحفه‌ها وقتی مددجو در تخت قرار می‌گیرد بایستی دو طرف تخت را گوشه بزنید برای این کار، لبه کناری ملحفه را در حدود ۴۰ سانتیمتر بیشتر از بالای تخت بگیرید و آن را روی تشک قرار دهید تا یک لایه مسطح و مثلثی بوجود آید. قسمت آویزان ملحفه را زیر تشک قرار داده و قسمت مثلثی شکل را روی آن، به زیر تشک تا بزنید(شکل۴-۱۱).
۹. قسمت‌های باقی مانده این طرف را زیر تشک قرار دهید.

■ **شکل۴-۱۱.** گوشه زدن ملحفه

۱۰. مشمع کوچک (رابرشیت[1]) را به صورت نیمه در قسمت میانی تخت قرار دهید بطوری که وسط آن در وسط تخت قرار گیرد. ملحفه کوچک را به همین شکل روی آن قرار دهید و قسمت‌های اضافی را زیر تشک تا بزنید. این مشمع و ملحفه کوچک، برای جلوگیری از خیس شدن احتمالی ملحفه بزرگ استفاده می‌شود.
۱۱. برای جلوگیری از اتلاف وقت و انرژی یک طرف تخت را کامل کرده به طرف مقابل بروید.
۱۲. ملحفه زیرین را روی تشک کشیده و درقسمت بالای تخت گوشه بزنید.
۱۳. بخش اضافی ملحفه را در طول تخت به زیر تشک کشیده ومشمع و ملحفه کوچک را در قسمت میانی صاف کرده به زیر تشک بکشید.
۱۴. ملحفه رویی را روی تخت، در قسمت میانی گذاشته و از بالا و پایین باز کرده به طوری که قسمت بالای آن روی لبه‌ی بالایی تشک قرار گیرد.
۱۵. پتو و روتختی را نیز به همین شکل روی تخت کشیده بطوری که از بالای تشک حدود ۳۰ سانتیمتر فاصله داشته باشد.
۱۶. ملحفه رویی، پتو و روتختی را در پایین تخت، با هم در سمت خود گوشه بزنید.
۱۷. ملحفه رویی را از قسمت بالا روی پتو برگردانده تا بزنید.
۱۸. به طرف دیگر تخت رفته مثل روش قبل، ملحفه رویی، پتو و روتختی را در پایین تخت باهم گوشه بزنید.
۱۹. با پیله زدن پوشش‌های رویی را کمی شل کرده تا از فشار روی پاهای مددجو کم شود.

1. Rubber Sheet

۲۰. روبالشی های تمیز را کشیده و بالش را در محل مناسب روی تخت، بگذارید.
۲۱. تخت را پایین آورده و زنگ اخبار را در دسترس مددجو قرار دهید.
۲۲. برای آماده کردن تخت بسته، روتختی باید تا حد ملحفه رویی در قسمت بالای تخت پهن شود و بالش زیر این سه لایه قرار گیرد.
۲۳. ملحفه های آلوده را به طور مناسب جمع آوری کنید.
۲۴. دستکش ها را خارج کرده و دستهای خود را بشویید.

درست کردن تخت اشغال شده

در زمان وجود بیمار بر تخت بخصوص در مواقع طولانی نیز لازم است تخت‌ها مرتب شده و در صورت لزوم ملحفه و پتوها تعویض گردند.

اهداف

۱. آماده کردن بستری تمیز برای مددجویانی که قادر به ترک تخت نیستند.
۲. کم‌کردن احتمال عفونت و موارد تحریک کننده پوست.
۳. ارتقاء راحتی و آسایش مددجو

نکات مورد بررسی

مشابه روش آماده کردن تخت بسته

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- مشابه روش آماده کردن تخت بسته

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت بیمار مهیا کنید.
۲. با کشیدن پرده‌های دور تخت و با بستن در اتاق خلوت مددجو را حفظ کنید.
۳. تخت را برای حرکات بهترخودتان و کاهش فشار به عضلات پشت، بالا بیاورید.

ب) نحوه اجرا

۱. در صورت هوشیاری مددجو، روش‌کار را برای او شرح دهید.
۲. دستکش بپوشید
۳. با بستن در اتاق یا کشیدن پرده‌های دور تخت خلوت مددجو را حفظ کنید.
۴. نرده های کنار تخت را در طرف مقابل بالا بیاورید تا علاوه بر حفظ امنیت مددجو به عنوان تکیه‌گاهی برای او باشد.
۵. تخت را تا حد تحمل مددجو مسطح کنید و آن را برای راحتی کار خود تا حد مطلوب بالا آورده؛ نرده های سمت خود را پایین بیاورید.
۶. پتو و روتختی را در صورت تمیز بودن برداشته و جداگانه تا زده و روی پشت صندلی قرار دهید، وگرنه درون کیسه البسه کثیف بگذارید.
۷. پتوی حمام را برای پوشاندن بدن مدد جو و حفظ حرارت روی او کشیده و ملحفه رویی را بردارید.
۸. به بیمار کمک کنید به طرف مقابل شما جابه جا شود و به پهلو بخوابد، برای این جابه جایی گاهی به کمک کارکنان دیگر نیاز دارید.
۹. بالش را برداشته و ملحفه آن را بیرون آورید و روی پشت صندلی قرار دهید.
۱۰. مشمع و ملحفه کوچک را تا کرده تا پشت پا و زیر باسن جمع کنید، این کار را برای ملحفه‌ی زیری تکرار می‌کنیم و تا حد شانه و پاها همه‌ی ملحفه‌ها جمع شود.
۱۱. در صورت کثیف بودن رو تشکی آن را با مواد ضد عفونی کننده تمیز و خشک کنید.
۱۲. ملحفه‌ی زیرین را روی تخت قرار داده و از طول آن را باز کنید تا لبه‌ی پایینی هم سطح با لبه‌ی تشک قرار گیرد.
۱۳. ملحفه را در قسمت بالا روی تشک قرار داده و گوشه بزنید.
۱۴. مشمع و ملحفه‌ی کوچک را مانند روش تخت بسته در وسط تخت پهن کرده، لبه‌ی اضافی را زیر تشک بزنید.
۱۵. نرده‌ای این سمت تخت را بسته به طرف دیگر بروید.
۱۶. نرده‌های سمت بیمار را پایین آورده به او کمک کنید تا از روی ملحفه‌ی تا شده خود را به سمت دیگر تخت بکشاند. در صورت عدم توانایی مددجو به کمک افراد

دیگر نیاز دارید.

۱۷. ملحفه‌های کثیف را طوری تا بزنید که قسمت‌های آلوده در وسط قرار گیرد و آن‌ها را درون کیسه‌ی ملحفه‌های کثیف قرار دهید.

۱۸. از لبه‌ی پایینی ملحفه‌ی تا شده زیرین را گرفته تا بالا، آن را زیر مددجو بکشید.

۱۹. لبه‌ی بالایی را محکم کشیده زیر تشک برده و گوشه بزنید.

۲۰. مشمع و ملحفه‌ی کوچک را از وسط گرفته و باز کنید و لبه‌ی اضافی را زیر تشک ببرید.

۲۱. به مددجو کمک کنید تا در وسط تخت قرار گیرد.

۲۲. روبالشی تمیز را کشیده آن را زیر سر بیمار قرار دهید.

۲۳. ملحفه‌ی رویی را روی بیمار بکشید از مددجو یا همکارتان را بخواهید قسمت دوخته‌ی شده‌ی بالا را نگه دارد و پتوی حمام یا ملحفه‌ی آلوده را از زیر آن بکشید و در کیسه ملحفه‌ی کثیف بگذارید.

۲۴. پتو و روتختی را مثل موارد گفته شده در تخت بسته بکشید و گوشه بزنید.

۲۵. نرده‌ی تخت را کشیده و سر تخت را برحسب راحتی بیمار تنظیم کنید و زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.

۲۶. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌های خود را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. محدودیت‌های جابجایی وحرکت مددجو و میزان کمک لازم در این روش را گزارش کنید.

درست کردن تخت بعد از عمل

در زمانی که بیمار به اتاق عمل رفته و بعد از آن به بخش باز می‌گردد فرصت مناسبی است تا تخت وی را مرتب و آماده کرد.

اهداف

فراهم کردن محیط تمیز به نحوی که بتوان مددجو را به راحتی و با کمترین حرکت به تخت انتقال داد.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- همانند آماده کردن تخت بدون مددجو
- مشمع کوچک ۲ عدد
- ملحفه‌ی کوچک ۲ عدد

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. تجهیزات و لوازم مورد نیاز را درکنار تخت مهیا کنید.

۲. تخت را برای حرکات بهترخودتان و کاهش فشار به عضلات پشت، بالا بیاورید.

ب) نحوه اجرا

۱. تمام مراحل را تا کشیدن مشمع و ملحفه‌ی کوچک در تخت اشغال نشده را انجام دهید.

۲. مشمع کوچک و ملحفه‌ی کوچک دیگری را در بالای تخت طوری بکشید که حدود ۳۰ سانتیمتر از ملحفه و مشمع اول را بپوشاند و در صورت خروج ترشحات از دهان مانع آلودگی ملحفه‌ی زیرین شود.

۳. ملحفه‌ی رویی، پتو و روتختی را مانند قبل آماده کرده در قسمت پایین تخت آن‌ها را برگردانید تا در لبه‌ی تشک قرار گیرد.

۴. قسمت بالا و پایین را مثلثی تا زده از عرض جمع کنید و روی قسمت مقابل در تخت قرار دهید تا انتقال مددجو از برانکارد به تخت آسانتر انجام شود(شکل۴-۱۳).

■ **شکل۴-۱۳.**
آماده کردن تخت جهت بازگشت بیمار از اتاق عمل

۵. روبالشی را کشیده و آن را روی صندلی کنار تخت بگذارید.

۶. برحسب نوع عمل و نوع بیهوشی و وسایلی که ممکن است مورد نیاز باشد را در کنار تخت قرار دهید.

۷. واحد مددجو را مرتب و تهویه اتاق را چک کنید.
۸. وسایل اضافی را جمع‌آوری کنید.
۹. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌های خود را بشویید.

چک لیست تامین بهداشت فردی

مرتب کردن تخت اشغال شده

فراهم کردن محیطی تمیز برای مددجویی که قادر به خارج شدن از تخت نیست	بلی	خیر	ملاحظات
۱. روش کار را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۲. دستکش می‌پوشد			
۳. با بستن درب اتاق یا کشیدن پرده‌های دور تخت خلوت مددجو را حفظ می‌کند.			
۴. نرده‌های کنار تخت را در طرف مقابل بالا بیاورد تا علاوه بر حفظ امنیت مددجو به عنوان تکیه‌گاهی برای او باشد.			
۵. تخت را تا حد تحمل مددجو مسطح کند و آن را برای راحتی کار خود تا حد مطلوب بالا آورده؛ نرده‌های سمت خود را پایین می‌آورد.			
۶. پتو و روتختی را در صورت تمیز بودن برداشته و جداگانه تا زده و روی پشت صندلی قرار می‌دهد، وگرنه درون کیسه البسه کثیف می‌گذارد.			
۷. پتوی حمام را برای پوشاندن بدن مدد جو و حفظ حرارت روی او کشیده و ملحفه رویی را برمی‌دارد.			
۸. به بیمار کمک می‌کند به طرف مقابل شما جابه جا شود و به پهلو می‌خوابد			
۹. بالش را برداشته و ملحفه آن را بیرون می‌آورد و روی پشت صندلی قرار می‌دهد.			
۱۰. مشمع و ملحفه کوچک را تا کرده تا پشت پا و زیر باسن جمع می‌کند، این کار را برای ملحفه‌ی زیری تکرارمی‌کند و تا حد شانه و پاها همه‌ی ملحفه‌ها جمع می‌شود.			
۱۱. در صورت کثیف بودن رو تشکی آن را با مواد ضد عفونی کننده تمیز و خشک می‌کند.			
۱۲. ملحفه‌ی زیرین را روی تخت قرار داده و از طول آن را باز می‌کند تا لبه‌ی پایینی هم سطح با لبه‌ی تشک قرار بگیرد.			
۱۳. ملحفه را در قسمت بالا روی تشک قرار داده و گوشه می‌زند.			
۱۴. مشمع و ملحفه‌ی کوچک را در وسط تخت پهن کرده، لبه‌ی اضافی را زیر تشک می‌زند.			
۱۵. نرده‌ی این سمت تخت را بسته به طرف دیگر برود.			
۱۶. نرده‌های سمت بیمار را پایین آورده به او کمک می‌کند تا از روی ملحفه‌ی تا شده خود را به سمت دیگر تخت بکشاند.			
۱۷. ملحفه‌های کثیف را طوری تا بزند که قسمت های آلوده در وسط قرار می‌گیرد و آن‌ها را درون کیسه‌ی ملحفه‌های کثیف قرار می‌دهد.			
۱۸. از لبه‌ی پایینی ملحفه‌ی تا شده زیرین را گرفته تا بالا، آن را زیر مددجو می‌کشد.			
۱۹. لبه‌ی بالایی را محکم کشیده زیر تشک برده و گوشه می‌زند.			
۲۰. مشمع و ملحفه‌ی کوچک را از وسط گرفته و باز کند و لبه‌ی اضافی را زیر تشک می‌برد.			
۲۱. به مددجو کمک کند تا در وسط تخت قرار بگیرد.			
۲۲. روبالشی تمیز را کشیده آن را زیر سر بیمار قرار می‌دهد.			
۲۳. ملحفه‌ی رویی را روی بیمار می‌کشد از مددجو می‌خواهد قسمت دوخته‌ی شده‌ی بالا را نگه دارد و پتوی حمام یا ملحفه‌ی آلوده را از زیر آن می‌کشد و در کیسه ملحفه‌ی کثیف می‌گذارد.			

۲۴. پتو و روتختی را بکشد و گوشه می‌زند.			
۲۵. نرده‌ی تخت را کشیده و سر تخت را برحسب راحتی بیمار تنظیم می‌کند و زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار می‌دهد.			
۲۶. دست‌های خود را می‌شوید.			

چک لیست مراقبت از دهان و دندان

مراقبت دهان در مددجوی بیهوش یا مددجویانی که قادر به حرکت نیستند	بلی	خیر	ملاحظات
۱. بیمار را شناسایی می‌کند.			
۲. خلوت مددجو را حفظ کرده او را در وضعیت به پهلو قرار می‌دهد.			
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشوید و دستکش می‌پوشد.			
۴. حوله یا پد ضد آب را زیر چانه بیمار می‌گذارد.			
۵. با دقت دندان‌های بالا و پایین را با چوب دهانی که با پنبه پوشانده شده از هم جدا می‌کند و آن را آرام ولی سریع بین دندان‌های آسیا قرار می‌دهد.			
۶. از انگشتان خود برای این کار استفاده نکند.			
۷. در صورت لزوم ترشحاتی را که جمع شده‌اند را ساکشن می‌کند.			
۸. با استفاده از چوب زبان که روی آن گاز یا اسفنج پیچیده‌اید و با محلول نمکی یا محلول دهان‌شویه‌ی رقیق، مرطوب شده، به آرامی لایه‌های مخاطی گونه و زبان و روی لثه‌ها را تمیز می‌کند.			
۹. در صورت غلیظ بودن ترشحات با استفاده از سرنگ مقداری آب را در دهان ریخته و شستشو را همزمان با ساکشن شدن انجام می‌دهد.			
۱۰. صورت مددجو را تمیز و خشک می‌کند.			
۱۱. یک لایه نازک وازلین یا مرطوب کننده را روی لب‌های بیمار می‌زند.			
۱۲. به آرامی مددجو را به وضعیت راحت برگردانده، نرده‌های کنار تخت را بالا می‌کشد و وضعیت تخت را به صورت قبل در می‌آورد.			
۱۳. دستکش‌ها را بیرون آورده و دست‌ها را می‌شوید.			

چک لیست مرتب کردن تخت اشغال نشده

فراهم آوردن آسایش مددجو و رفع عوامل تحریک کننده پوست	بلی	خیر	ملاحظات
۱. دستکش پوشیده و به مددجو کمک کند تا روی صندلی، کنار تخت بنشیند.			
۲. پتو و روتختی را جداگانه تا کرده و روی پشتی صندلی می‌گذارد.			
۳. روبالشی را بیرون کشیده درون کیسه قرار دهد، بالش را روی صندلی می‌گذارد.			
۴. هر یک از ملحفه ها را جداگانه به صورت گلوله جمع کرده، درون کیسه می‌گذارد.			
۵. در صورت آلودگی رویه تشک، با محلول ضد عفونی کننده آن را کاملا شسته و خشک می‌کند یا آن را عوض کرده و چین و چروک‌ها را کاملا صاف می‌کند.			
۶. ملحفه را روی قسمت میانی تشک گذاشته به طرف بالا و پایین، باز می‌کند.			
۷. در قسمت بالای تخت، بخش اضافی ملحفه را زیر تشک می‌کشد و بخش پایینی را با لبه تشک میزان می‌کند.			
۸. برای جلوگیری از جمع شدن ملحفه‌ها وقتی مددجو در تخت قرار می‌گیرد بایستی دو طرف تخت را گوشه بزند.			
۹. قسمت‌های باقی مانده این طرف را زیر تشک قرار می‌دهد.			
۱۰. مشمع کوچک (رابرشیت) را به صورت نیمه در قسمت میانی تخت قرار دهد و ملحفه کوچک را به همین شکل روی آن قرار دهد و قسمت های اضافی را زیر تشک تا می‌زند.			
۱۱. برای جلوگیری از اتلاف وقت و انرژی یک طرف تخت را کامل کرده به طرف مقابل می‌رود.			
۱۲. ملحفه زیرین را روی تشک کشیده و درقسمت بالای تخت گوشه می‌زند.			
۱۳. ملحفه رویی را روی تخت، در قسمت میانی گذاشته و از بالا و پایین بازکند به طوری که قسمت بالای آن روی لبه‌ی بالایی تشک قرار می‌گیرد.			
۱۴. پتو و روتختی را نیز به همین شکل روی تخت بکشد بطوری که از بالای تشک حدود ۳۰ سانتیمتر فاصله داشته باشد.			
۱۵. ملحفه رویی، پتو و روتختی را در پایین تخت، با هم در سمت خود گوشه می‌زند.			
۱۶. ملحفه رویی را ازقسمت بالا روی پتو برگردانده تا می‌زند.			
۱۷. به طرف دیگر تخت رفته مثل روش قبل، ملحفه رویی، پتو و روتختی را در پایین تخت باهم گوشه می‌زند.			
۱۸. با پیله زدن پوشش‌های رویی را کمی شل می‌کند تا از فشار روی پاهای مددجو کم شود.			
۱۹. روبالشی‌های تمیز را کشیده و بالش را در محل مناسب روی تخت، می‌گذارد.			
۲۰. تخت را پایین آورده و زنگ اخبار را در دسترس مددجو قرار می‌دهد.			
۲۱. ملحفه‌های آلوده را به طور مناسب جمع‌آوری می‌کند.			
۲۲. دست‌های خود را می‌شوید.			

چک لیست مراقبت از پا و ناخن

بررسی ناخن‌ها و پوست اطراف و لای انگشتان دست و پا از نظر خشکی و ترک‌خوردگی و مراقبت از پا و ناخن جهت نرم شدن لایه‌های شاخی و تمیز کردن آن‌ها، و کوتاه کردن مناسب ناخن‌ها	بلی	خیر	ملاحظات
۱. بیماررا شناسایی می‌کند.			
۲. روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد			
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را می‌شوید و دستکش می‌پوشد			
۴. به مددجو کمک کند در صورت امکان روی صندلی بنشیند یا سر تخت را کاملا بالا می‌آورد.			
۵. آب ۳۷/۷-۴۰ درجه سانتیگراد را درون لگن ریخته و دست‌ها یا پاهای مددجو را به مدت ۱۰ الی ۲۰ دقیقه درون آب قرار می‌دهد			
۶. در مورد مددجویان دیابتی به علت افزایش خطر عفونت از این کار خودداری می‌کند.			
۷. برای کوتاه‌کردن ناخن‌ها از انگشت شست دست و پا شروع می‌کند.			
۸. ناخن‌ها را مستقیم با استفاده از ناخن‌گیر کوتاه‌کرده و با استفاده از سوهان، آن را صاف و هموار می‌کند.			
۹. ناخن‌های مددجویان مبتلا به دیابت یا اختلال در گردش خون انتهایی را به جای کوتاه‌کردن سوهان می‌کشد.			
۱۰. دست و پاها را آب کشی کرده کاملا خشک می‌کند.			
۱۱. برای مرطوب کردن دست و پاها از لوسیون استفاده می‌کند.			
۱۲. تخت را در وضعیت مناسب قرار داده به مددجو کمک می‌کند در وضعیت مناسب قرار گیرد.			
۱۳. وسایل را مرتب کرده دست‌های خود را می‌شوید.			

چک لیست حمام کامل مددجو در تخت

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. بیمار را شناسایی می‌کند			
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد.			
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشوید و دستکش می‌پوشد.			
۴. پرده‌های اطراف تخت را کشیده و درب اتاق را می‌بندد تا خلوت مددجو حفظ شود.			
۵. نرده‌ی کنار تخت را پایین آورده ولی نرده‌ی سمت مقابل را قفل می‌کند، مددجو را در یک وضعیت راحت و نزدیک به خود قرار می‌دهد.			
۶. بالش را برداشته و سر تخت را ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا می‌آورد.			
۷. پوشش‌های روی تخت را برداشته، پتوی حمام را روی مددجو می‌کشد تا گرمای بدنش حفظ شود.			
۸. لباس‌های مددجو را خارج کند برای بیرون آوردن لباس‌ها در صورت وجود سرم ابتدا از سمتی که سرم ندارد لباس را بیرون می‌آورد			
۹. در صورت وجود اندامی با محدودیت حرکت یا آسیب دیده، لباس‌ها را ابتدا از طرف غیرمبتلا خارج می‌کند.			
۱۰. دو سوم لگن یا ظرف شستشو را با آب پر کرده برای اطمینان از درجه حرارت مناسب آب، آن را روی قسمت داخلی ساعد خود تست می‌کند یا انگشتان مددجو را داخل آب گذاشته تا تحمل وی را نسبت به درجه حرارت آب کنترل کند.			
۱۱. حوله حمام روی سینه‌ی مددجو قرار می‌دهد.			
۱۲. لیف را خیس کرده آن را سه تا می‌کند، چروک‌های سطحی را صاف و لبه را به زیر قسمت میانی برمی‌گرداند تا به شکل دستکش درآید.			
۱۳. قبل از شستشوی صورت دقت می‌کند مددجو لنز تماسی نداشته باشد.			
۱۴. چشمان مددجو را فقط با آب گرم ساده می‌شوید. برای هر یک از چشم‌ها از یک گوشه‌ی لیف استفاده کرده از زاویه‌ی داخلی به خارجی چشم شستشو می‌دهد.			
۱۵. پیشانی، گونه‌ها، بینی، چانه و گوش‌ها پس از آن گردن را به طور کامل شسته و خشک می‌کند.			
۱۶. پتوی حمام را از روی دست مددجو تا زده و حوله را به صورت طولی زیر دست او قرار می‌دهد. دست‌ها را به صورت ماساژ از انگشتان به سمت بازو و بعد زیر بغل را می‌شوید و آب می‌کشد و خشک می‌کند.			
۱۷. پتوی حمام را تا زیر ناف تا می‌زند و حوله‌ی حمام را روی سینه‌ی مددجو قرار می‌دهد.			
۱۸. حوله‌ی حمام را برداشته، سینه و شکم را با ماساژ محکم می‌شوید، به پوست زیر پستان‌ها و سایر لایه‌های پوست توجه می‌کند.			
۱۹. پوست را کاملا خشک کرده به مددجو گان تمیز می‌پوشاند.			
۲۰. پتوی حمام را از روی پای مددجو کنار می‌زند. حوله را به صورت طولی زیر پا قرار می‌دهد و از مچ به طرف ران می‌شوید و آب می‌کشد و خشک می‌کند.			
۲۱. کف پا را می‌شوید یا آن را داخل لگن آب قرار داده بعد از خیس شدن و نرم شدن و از بین رفتن آلودگی زیر ناخن‌ها خوب شسته و خشک می‌کند.			
۲۲. به مددجو کمک کند تا به پشت دراز بکشد در صورتی که برای تمیزکردن ناحیه‌ی تناسلی و پرینه خود به کمک نیاز دارد، با استفاده از پتوی حمام طوری مددجو را می‌پوشاند که فقط ناحیه تناسلی نمایان باشد.			

۲۳. دستکش‌های یک بار مصرف تمیز استفاده کند و با لیف جدید ناحیه‌ی تناسلی و پرینه را از بالا به پایین (از مجرای ادرار به طرف مقعد می‌شوید) آب می‌کشد و خشک می‌کند.			
۲۴. مطابق درخواست مددجو مراقبت را کامل می‌کند، از پودر، لوسیون و عطرهای ملایم استفاده می‌کند.			
۲۵. درگیر کردن مددجو در مراقبت از خود باعث ارتقاء اعتماد به نفس خواهد می‌شود.			
۲۶. وسایل را تمیز کرده به محل مناسب برمی‌گرداند، دست‌های خود را می‌شوید.			

فصل (۵)

کنترل علایم حیاتی

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. انواع ترمومتر را نام برده و انها را از نظر ظاهر و کاربرد از هم افتراق دهند.
۲. به درستی ترمومتر را بخوانند.
۳. عوامل تاثیرگذار بر درجه حرارت را نام ببرند.
۴. فشارخون بیمار را به درستی بررسی نمایند.
۵. عواملی که بشکل کاذب سبب افزایش یا کاهش فشارخون می‌شود را نام ببرند.
۶. تعداد تنفس بیمار را بشکل صحیح در دقیقه شمارش نمایند.
۷. نبض های مختلف بدن را نام ببرند.
۸. بشکل صحیح نبض بیمار را کنترل نمایند.
۹. به درستی فشارخون، نبض، تنفس و دمای بیمار را در برگ کنترل علایم حیاتی ثبت نمایند.

اصطلاحات فصل کنترل علایم حیاتی	
Vital signs	علایم حیاتی
Temprature Pulse Respiration	درجه حرارت، نبض،تنفس
Temprature(T)	درجه حرارت
Hypertermia	افزایش درجه حرارت بدن
Hypotermia	کاهش درجه حرارت بدن
Pyrexia-Fever	تب
Hyperpyrexia	تب بالا(درجه حرارت بالای ۴۱ درجه)
Thermometer	ترمومتر
Oral	دهانی
Axillary	زیر بغل(آگزیلاری)
Rectal	مقعدی (رکتال)
Pulse Rate(PR)	تعداد نبض
Peripheral Pulse	نبض محیطی
Tachy Cardia	نبض بالاتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه(تاکی کاردی)
Brady Cardia	نبض پایینتر از ۶۰ ضربه در دقیقه(برادی کاردی)
Radial Pulse	نبض زند زبرین(رادیال)
Carotid Pulse	نبض کاروتید
Apical Pulse	نبض نوک قلب(اپیکال)
Brachial Pulse	نبض بازویی (براکیال)
Femoral Pulse	نبض رانی (فمورال)
Popliteal Pulse	نبض زیر زانویی (پوپلیتال)
Temporal Pulse	نبض گیجگاهی (تمپورال)
Dorsalis Pedis Pulse	نبض پشت پایی (دورسال پدیس)
Posterior Tibial Pulse	نبض پشت قوزک خلفی (تیبیای خلفی)
Syncope	غش (سنگوپ)
Breathing	تنفس
Rhythm	ریتم
Respiratory Rate(RR)	تعداد تنفس
Inspiration	دم
Expiration	بازدم
Tachy Pnea	تنفس تند (تاکی پنه)
Brady Pnea	تنفس آهسته (برادی پنه)
Apnea	قطع تنفس
A.B.G(Arterial Blood Gas)	گازخون شریانی
Cyanosis	کبودی (سیانوز)
Pale	رنگ پریدگی
Flushing	برافروختگی
Blood Pressure(BP)	فشار خون
Systolic Pressure	فشار خون سیستولیک

Diastolic Pressure	فشار خون دیاستولیک
Hypertention	افزایش فشار خون (هایپرتانسیون)
Hypotention	کاهش فشار خون (هایپوتانسیون)
Cuff	بازوبند (کاف)
Sphygmomanometer	دستگاه فشار سنج
Stethoscope	گوشی
Orthostatic hypotension	افت فشارخون وضعیتی(هایپوتانسیون ارتواستاتیک)
Epistaxis	خونریزی از بینی

علایم حیاتی علایمی هستند که نشانه وجود حیات در شخص می باشند و شامل درجه حرارت ، نبض ، تنفس و فشارخون است که از آنچه در داخل بدن در حال اتفاق افتادن است خبر می دهد و وضعیت فیزیولوژیک بدن با آن سنجیده می شود. اندازه گیری و تفسیر صحیح علایم حیاتی اطلاعات ضروری برای کادر درمان فراهم می کند که با اندازه گیری مکرر و مقایسه آن می توان تغییرات وضعیت بیمار را مشخص کرد و تشخیص داد که آیا بیماری مددجو کنترل شده یا در حال بدتر شدن می باشد.

کنترل درجه حرارت

مقدمه

درجه حرارت بدن نشان دهنده تعادل موجود بین گرمای تولید شده و گرمای از دست رفته بدن می‌باشد، مرکز تنظیم درجه حرارت بدن در هیپوتالاموس است. سنجش دقیق درجه حرارت بدن وضعیت متابولیسم پایه را مشخص می‌کند. در حالت طبیعی, مرکز تنظیم درجه حرارت دمای بدن را دامنه‌ای معادل ۳۵/۹ تا ۳۷/۴ C حفظ می‌نماید. درجه حرارت بالاتر از ۳۸ نشان دهنده تب، هیپرترمی یا پیروکسیا ، درجه حرارت بالاتر از ۴۱ درجه را هیپرپیرکسی و درجه حرارت پایین تر۳۴ را هیپوترمی می گوییم. لازم به ذکر است هیپرترمی(افزایش درجه حرارت بدن) همیشه به معنای وجود تب نیست بلکه در تروما سر یا دهیدراتاسیون(کم آبی) شدید نیز ممکن است هیپرترمی اتفاق افتد در حالیکه تب معمولا به دنبال یک فرایند عفونی بعنوان یک نشانه اطلاق می‌گردد.

انواع کنترل درجه حرارت

۱. کنترل درجه حرارت از راه دهان
۲. کنترل درجه حرارت از راه زیر بغل
۳. کنترل درجه حرارت از راه مقعد

■ **شکل۵-۱.** انواع ترمومتر جیوه ای

اهداف

۱. تشخیص درجه حرارت غیر طبیعی جهت انجام گزارش، درمان یا اقدام پرستاری
۲. بررسی پاسخ بدن نسبت به درمان های مختلف مثل مصرف قرص تب بر
۳. بررسی بیماران مبتلا به عفونت (درجه حرارت در بیماران مبتلا به عفونت افزایش پیدا می‌کند)

نکات مورد بررسی

۱. بررسی محدودیت های روش های مختلف اندازه گیری درجه حرارت جهت انتخاب بهترین محل برای اندازه گیری درجه حرارت
۲. بررسی بیمار از نظر علایم بالینی هیپوترمی یا هیپرترمی
۳. بررسی عواملی که موجب تغییرات درجه حرارت بدن می‌شود مثل مصرف غذاها و مایعات سرد یا داغ

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دماسنج مخصوص بیمار
- پنبه یا دستمال کاغذی
- برگ ثبت علایم حیاتی
- خودکار
- دستکش
- ماده لغزنده کننده قابل حل در آب برای ترمومتر مقعدی

اندازه‌گیری درجه حرارت از راه دهان

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. ترمومتر را از نظر سالم بودن کنترل کنید
۲. در صورت مصرف مایعات خیلی سرد یا خیلی گرم و استعمال سیگار قبل از اندازه گیری درجه حرارت، ۳۰-۱۵ دقیقه بعد جهت کنترل و اندازه گیری درجه حرارت اقدام کنید
۳. محدودیت‌های استفاده از روش دهانی را در بیمار بررسی کنید: بیماران با اختلالات روانی، تشنج ، کودکان زیر ۵ سال، افراد بیهوش، دچار لرز، کسانی که تحت جراحی دهان و دندان قرار گرفته اند یا زخم یا توده در دهان دارند، افرادی که از راه دهان، تنفس می‌کنند (تامپون بینی)، افرادی که از طریق ماسک اکسیژن دریافت می‌کنند، بیمارانی که سرفه‌های شدید و حمله آسمی دارند.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.

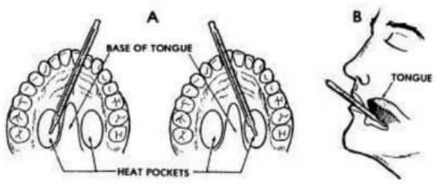
نکته: شناسایی صحیح بیمار به این صورت است که اجازه دهید بیمار نام خود را بگوید نه شما بگوئید و منتظر تائید وی باشید. به مثال زیر دقت کنید:

صحیح: اگر نام بیمار مریم احمدی می باشد شما می پرسید خانم مریم؟؟ منتظر باشید بیمار بگوید احمدی

غلط: پرستار می پرسد خانم مریم احمدی؟؟

دلیل این امر آن است که ممکن است بیمار هوشیاری خوبی نداشته باشد و هر اسمی که وی را صدا کنند تائید نماید.

۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار ، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. قبل از استفاده از ترمومتر، آن را بشویید و با پنبه یا دستمال کاغذی آن را از پایین به بالا خشک کنید.
۵. جهت قرار گرفتن جیوه زیر عدد ۳۵، آن را بین انگشت شست و سبابه گرفته بازوی خود را به تنه بچسبانید و با تکان دادن مچ دست به سمت پایین جیوه را به طرف پایین هدایت کنید.
۶. بیمار را در وضعیت مناسب (پوزیشن نشسته) قرار دهید.
۷. ترمومتر را به مدت ۵-۳ دقیقه طرف راست یا چپ خط میانی زیر زبان قرار دهید.
۸. به بیمار آموزش دهید که ترمومتر را با لب ها نگه دارد و آن را گاز نگیرد.
۹. پس از گذشت مدت زمان ذکر شده ترمومتر را از دهان بیمار خارج وجهت پاک شدن ترشحات دهان، آن را از بالا به پایین(به سمت مخزن جیوه) تمیز کنید.
۱۰. جهت خواندن مقدار درجه حرارت: پشت به نور بایستید و ترمومتر را در سطح چشمان خود به صورت افقی بگیرید و بین انگشت شست و سبابه خود آرام بچرخانید تا ستون جیوه ای را مشاهده کنید، سپس انتهایی ترین قسمت ستون جیوه را بخوانید.
۱۱. پس از خواندن درجه، ترمومتر را با آب سرد شسته،خشک کنید و در پوشش خود قرار دهید(شکل۵-۲).
۱۲. دستکش را خارج و دست های خود را بشویید.
۱۳. درجه حرارت را در برگه علایم حیاتی ثبت و با رنگ قرمز و با علامت اختصاری O ابتدای لغت Oral به معنای دهانی چارت کنید.



■ **شکل۵-۲**. مکان قرارگیری ترمومتر دهانی

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری:

۱. درجه حرارت غیر طبیعی را گزارش کنید.
۲. اقدامات پرستاری و دستورات پزشک را در موارد غیر طبیعی بودن مقدار درجه حرارت اجرا کنید.
۳. واکنش و پاسخ بیمار به نوع مراقبت انجام شده را ارزیابی کنید (مثلا تب بیمار بعد از انجام پاشویه یا مصرف قرص استامینوفن کاهش یافته یا خیر؟)

اندازه‌گیری درجه حرارت از راه زیر بغل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. ترمومتر را از نظر سالم بودن کنترل کنید.
۲. در صورت امکان زیر بغل بیمار شسته و خشک شود.
۳. محدودیت‌های استفاده از روش اندازه‌گیری درجه حرارت از راه زیر بغل را در بیمار بررسی کنید: جراحی زیر بغل، شکستگی بازو یا کتف که امکان تکان دادن دست نباشد.

ب) نحوه اجرا

۱. به مراحل ۱-۵ روش دهانی مراجعه کنید.
۲. بیمار را در وضعیت مناسب (پوزیشن خوابیده) قرار دهید.
۳. ترمومتر را به مدت ۷-۵ دقیقه در حفره زیر بغل قرار داده و دست را از آرنج خم کرده روی سینه بیمار قرار دهید(دقت کنید جابه جایی هوا را به حداقل برسانید)
۴. بهتر است در این مدت بالای سر بیمار حضور داشته باشید تا دست بیمارتکان نخورد و ترمومتر جا به جا نشود.
۵. پس از گذشت مدت زمان ذکر شده ترمومتر را برداشته وجهت پاک شدن عرق، آن را از بالا به پایین(سمت مخزن جیوه) تمیز کنید.
۶. به روش گفته شده در ترمومتر دهانی مقدار درجه حرارت را بخوانید(شکل۵-۳).
۷. ترمومتر را با آب سرد شسته، خشک کنید و در پوشش خود قرار دهید.
۸. دستکش را خارج و دست های خود را بشویید
۹. درجه حرارت را در برگه علایم حیاتی ثبت و با رنگ قرمز و نشانه اختصاری(A) ابتدای لغت Axillary به معنای زیربغلی چارت کنید.
۱۰. دقت کنید درجه حرارت از راه زیر بغل ۰/۵ درجه کمتر از اندازه گیری درجه از راه دهان می باشد.

■ **شکل۵-۳.** نحوه گذاشتن دماسنج زیربغلی(دقت کنید که ترمومتر را از سمت جیوه ای آن زیر بغل قرار دهید).

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

به روش کنترل درجه حرارت از راه دهان مراجعه شود.

اندازه‌گیری درجه حرارت از راه مقعد

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. ترمومتر را از نظر سالم بودن کنترل کنید.
۲. در صورت امکان ناحیه مقعد بیمار شسته و خشک شود.
۳. محدودیت‌های استفاده از روش اندازه‌گیری درجه حرارت از راه مقعد را در بیمار بررسی کنید: اسهال، بیماری‌های قلبی عروقی (به علت تحریک عصب واگ)، جراحی‌های ناحیه مقعد، کاهش پلاکت

ب)نحوه اجرا:

۱. به مراحل ۱ تا ۵ روش دهانی مراجعه کنید.
۲. بیمار را در وضعیت مناسب(پوزیشن خوابیده به پهلوی چپ یا خوابیده روی شکم) قرار دهید.
۳. با حفظ خلوت خصوصی بیمار لباس‌های بیمار را کنار بزنید(بهتر است یک ملافه روی بیمار بکشید)
۴. ۳-۴ سانتیمتر سر ترمومتر را به ماده لغزنده کننده آغشته کنید.

۵. لب‌های باسن را با دست غیرغالب از هم باز کنید و از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد و در حین نفس کشیدن ۳-۴ سانتیمتر سر ترمومتر را وارد مقعد کنید.
۶. ترمومتر را به مدت ۳-۱ دقیقه داخل مقعد نگه دارید (شکل۵-۴) .

نکته: ترمومتر را در مقعد بیمار رها نکنید و در طول مدت ۳-۱ دقیقه بالای سر بیمار بمانید.

۷. پس از گذشت مدت زمان ذکر شده ترمومتر را برداشته وجهت پاک‌شدن ترشحات روده، آن را از بالا به پایین (سمت مخزن جیوه) تمیز کنید.
۸. به روش گفته شده در ترمومتر دهانی مقدار درجه حرارت را بخوانید.
۹. ترمومتر را با آب سرد و صابون شسته، خشک کنید و در پوشش خود قرار دهید.
۱۰. دستکش را خارج و دست‌های خود را بشویید.
۱۱. بیمار را به وضعیت راحت برگردانید و کمک کنید لباس خود را بپوشد.
۱۲. درجه حرارت را در برگه علایم حیاتی ثبت و با رنگ قرمز و نشانه اختصاری(R) ابتدای لغت Rectal، چارت کنید.
۱۳. دقت کنید درجه حرارت از راه مقعد ۰/۵ درجه بیشتر از اندازه‌گیری درجه از راه دهان می باشد.
۱۴. بر روی ترمومتر برچسبی که نشانه استفاده از راه مقعد است بزنید.

■ **شکل۵-۴.** نحوه قرارگیری ترمومتر رکتال

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

به روش کنترل درجه حرارت از راه دهان مراجعه شود.

اندازه‌گیری درجه حرارت از راه کانال گوش

در این روش از ترمومترهای دیجیتال استفاده می‌شود.

نحوه اجرا

۱. پروب مخصوص یکبار مصرف را بر روی دستگاه قرار دهید.
۲. در بزرگسالان لاله گوش به سمت بالا و عقب و در اطفال زیر سه سال به سمت پایین و عقب کشیده می شود تا کانال گوش مستقیم شود(شکل۵-۵).
۳. با حرکت دورانی پروب را وارد کانال گوش نمایید و کلید مشخص شده روی دستگاه را فشار دهید.
۴. درجه حرارت مشاهده شده را ثبت کنید.

■ **شکل۵-۵.**
نحوه استفاده از ترمومتر دیجیتال در کودکان زیر۳ سال

آموزش به بیمار و خانواده

در صورت هیپرترمی موارد زیر به بیمار توصیه می‌شود

۱. نوشیدن مایعات بیشتر
۲. انجام سرفه و تنفس عمیق
۳. استفاده از کیسه های آب سرد
۴. کم کردن رو انداز و لباس
۵. بدنشویه با آب ولرم
۶. عدم استفاده از حمام آب سرد

در صورت هیپوترمی موارد زیر به بیمار توصیه می‌شود

۱. نوشیدن مایعات گرم
۲. استفاده از کمپرس گرم
۳. استفاده از پوشش بیشتر

جهت مراقبت در منزل نکات زیر به بیمار و خانواده توصیه می‌شود:

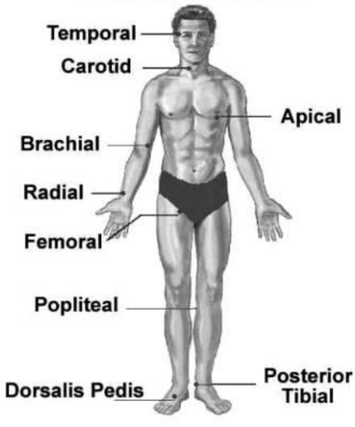
۱. به علت خطرناک‌بودن ماده جیوه حتی‌الامکان در منزل از دماسنج‌های جیوه‌ای استفاده نشود.
۲. دماسنج را دور از دسترس اطفال قرار دهید.
۳. به بیمار و خانواده آموزش دهید که دمای محیط و پوشش بدن بر درجه حرارت تاثیر می‌گذارد.
۴. پس از هر بار استفاده از ترمومتر، حتما با آب و صابون شسته و خشک شود.
۵. به بیمار آموزش دهید که درجه حرارت ۳۸ به بالا را به پزشک اطلاع دهد.
۶. از استفاده صحیح و نحوه خواندن درجه حرارت توسط بیمار و خانواده اطمینان حاصل کنید.
۷. در صورت شکستن ترمومتر جیوه‌ای در اتاق باید ۳۰-۶۰ ثانیه محیط را ترک کرد تا از استنشاق جیوه اجتناب شود.

کنترل نبض

مقدمه :

نبض موج فشاری است که به وسیله انقباض بطن چپ ایجاد می شود و در هر نقطه ای که شریان از روی استخوان عبور کند، نزدیک به سطح پوست احساس می‌شود.

نواحی شایع بررسی نبض شامل: نبض رادیال مچ دست (رایج‌ترین محل برای کنترل نبض افراد بالغ)، نبض بازویی (نبض انتخابی در افراد زیر یک سال)، نبض کاروتید، (اولین نبض که در شکل است قلبی مورد بررسی قرار می‌گیرد.) نبض نوک قلب (رایج‌ترین محل برای کنترل نبض کودکان زیر دو سال)، نبض گیجگاهی، نبض رانی، نبض زیر زانویی، نبض پشت پایی، پشت قوزک می‌باشد (شکل۵-۶).



■ **شکل۵-۶.** نبض‌های مختلف قابل اندازه‌گیری در نقاط مختلف بدن

سرعت ضربان در بالغین در حالت طبیعی ۱۰۰-۶۰ ضربه در دقیقه می باشد. سرعت بالای ۱۰۰ را تاکی کاردی و سرعت زیر ۶۰ را برادی کاردی می گوییم.

جدول ۵-۱. محدوده طبیعی ضربان قلب بر اساس سن

سن	تعداد ضربان در دقیقه
نوزاد	۱۶۰-۱۲۰
نوپا	۱۴۰-۹۰
قبل از دبستان	۱۱۰-۸۰
سن مدرسه	۱۰۰-۷۵
نوجوان و بزرگسال	۱۰۰-۶۰

اهداف:

۱. گردآوری اطلاعات پایه در مورد نبض جهت مقایسه با وضعیت فعلی بیمار
۲. ارزیابی خونرسانی اندام‌ها
۳. بررسی واکنش بیمار نسبت به داروها
۴. فراهم‌کردن اطلاعات در مورد وضعیت نبض بیمار جهت شروع یا قطع داروهایی که موجب افزایش یا کاهش تعداد نبض می‌شود.

نکات مورد بررسی

۱. انتخاب مناسب‌ترین محل برای بررسی نبض با توجه به سن و ...
۲. تعیین عواملی که موجب تغییر در تعداد نبض می‌شود (مانند ورزش، سن و...). جدول۵-۱.
۳. بررسی دیگر علایم تغییرات قلبی عروقی در بیمار: تنگی نفس، خستگی، رنگ پریدگی، سیانوز، سنکوپ
۴. بررسی بیمار از نظر مشکلاتی موجب تغییر نبض می‌شود مثل بیماری‌های قلبی، خونریزی، اختلال در آب و الکترولیت

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ساعت
- گوشی در بررسی نبض اپیکال
- برگ ثبت علایم حیاتی

روش کار:

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

در صورت کنترل نبض اپیکال و استفاده از گوشی، از سالم بودن و تمیز بودن گوشی اطمینان حاصل کنید

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهی وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار ، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. جهت لمس بهتر نبض رادیال، بیمار را دریکی از دو وضعیت راحت زیر قرار دهید:

الف. در وضعیت به پشت خوابیده: دست در کنار بدن قرار گیرد یا ساعد روی قفسه سینه به طوری که کف دست به سمت پایین باشد.

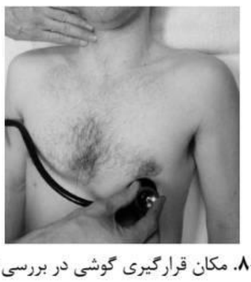
ب. در وضعیت نشسته: ساعد با بدن زاویه ۹۰ درجه داشته باشد و کف دست به سمت پایین باشد.

جهت لمس بهتر نبض اپیکال، بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته قرار دهید و با حفظ خلوت خصوصی بیمار، قفسه سینه را در معرض دید قرار دهید

برای شمارش نبض رادیال: با نوک ۲-۳ انگشت میانی نبض رادیال را که در امتداد شست روی استخوان رادیال قرار دارد را لمس کنید(شکل۵-۷).

■ **شکل۵-۷.** نحوه کنترل نبض رادیال

برای شمارش نبض اپیکال: دیافراگم گوشی را با پنبه الکل ضدعفونی کرده و پس از گرم کردن آن با کف دست در پنجمین فضای بین دنده‌ای سمت چپ استخوان جناغ قرار دهید و هر صدای لاب داب را یک ضربه حساب کنید(شکل۵-۸).



■ **شکل۵-۸.** مکان قرارگیری گوشی در بررسی نبض اپیکال

■ **شکل ۵-۹.** اجزا گوشی طبی

نکته مهم: نبض را محکم لمس نکنید چون ممکن است فشار وارده باعث قطع جریان خون و غیر قابل لمس شدن نبض شود و هیچگاه از انگشت شست برای لمس استفاده نکنید زیرا شست خود دارای نبض است.

۵. در صورتی که شمارش نبض برای اولین بار صورت می گیرد یا ریتم نبض نامنظم یا بیمار کودک است شمارش را در یک دقیقه کامل انجام دهید. در غیر این صورت می توان شمارش را در ۳۰ ثانیه انجام داد و در عدد دو ضرب کرد.
۶. نکته: در حین شمارش نبض به ریتم (فواصل مساوی بین ضربه‌ها) و حجم نبض (قوی یا ضعیف بودن نبض) توجه کنید.
۷. پس از پایان کار دستکش ها را خارج و دست های خود را بشویید.
۸. تعداد نبض، ریتم، حجم و محل شمارش نبض را در برگ علایم حیاتی ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. موارد غیر طبیعی در تعداد نبض (تاکی کاردی، برادی کاردی)، حجم و ریتم را گزارش و اطلاع دهید.
۲. اقدامات پرستاری و دستورات پزشک را در موارد غیر طبیعی بودن نبض اجرا کنید.
۳. واکنش و پاسخ بیمار به نوع مراقبت انجام شده را ارزیابی کنید (مثلا اگر بیمار تاکی کارد بود و دارویی جهت پایین آوردن تعداد نبض استفاده شد، واکنش بیمار را نسبت به داروی مصرفی را بررسی کنید).
۴. برخی داروها بر روی تعداد ضربان قلب تاثیر گذار می‌باشد بنابراین قبل از دادن چنین داروهایی پرستار باید تعداد ضربان نبض را بررسی کرده و در صورتیکه حداقل ۶۰ ضربه در دقیقه بود دارو داده شود (مانند دیگوکسین، ایندرال، لابتالول و...)

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورت نیاز، نحوه اندازه گیری نبض را به بیمار و خانواده آموزش دهید (مثلا بیمارانی که در طولانی مدت باید از داروهایی که روی تعداد نبض تاثیر دارد استفاده کنند و حتما باید قبل و بعد از مصرف دارو تعداد نبض را شمارش کنند تا در صورت لزوم دارو را مصرف نکنند یا جهت تنظیم دوز مراجعه کنند).
۲. به بیمار تذکر داده شود که موارد غیر طبیعی نبض را به پزشک اطلاع دهد.

کنترل تنفس

مقدمه

تنفس مکانیسمی است که بدن برای تبادل گازها بین اتمسفر، خون و سلول‌ها مورد استفاده قرار می‌دهد. تنفس دارای سه مرحله: تهویه، انتشار و خونرسانی است. آنچه در علایم حیاتی اندازه‌گیری می‌شود تهویه ریوی است که به انتقال هوا به درون ریه‌ها (دم) و خارج‌کردن هوا از ریه‌ها (بازدم) اطلاق می‌شود. تنفس بالغین به طور طبیعی غیر منقطع، نرم و با سرعت ۱۲-۲۰ بار در دقیقه می‌باشد. به تنفس سریع یا بالاتر از ۲۰ بار در دقیقه تاکی پنه و به تنفس آهسته یا کمتر از ۱۲ بار در دقیقه برادی پنه می‌گویم.

جدول ۵-۲. محدوده طبیعی تعداد تنفس بر اساس سن

سن	تعداد در دقیقه
نوزاد	۳۵-۴۰
نوزاد شش ماهه	۳۰-۵۰
نوپا	۲۵-۳۲
کودک	۲۰-۳۰
نوجوان	۱۶-۱۹
بزرگسال	۱۲-۲۰

اهداف

۱. گردآوری اطلاعات پایه در مورد تنفس جهت مقایسه با وضعیت فعلی بیمار
۲. بررسی واکنش بیمار نسبت به داروها

نکات مورد بررسی

۱. تعیین عواملی که موجب تغییر در تعداد تنفس می‌شود (مانند مصرف سیگار، داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی و...)
۲. بررسی دیگر علایم تغییرات تنفسی در بیمار: سرفه، خلط، چماقی شدن ناخن‌ها، سیانوز و...
۳. بررسی مصرف داروهایی که بر روی تنفس تاثیر می‌گذارد.
۴. بررسی آزمایشات بیمار (شمارش کامل سلول‌های خونی، گازهای خون شریانی، اشباع اکسیژن شریانی و...)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ساعت
- برگ ثبت علایم حیاتی
- خودکار

روش کار

الف)اقدامات لازم قبل از شروع کار:

با توجه به اینکه فعالیت، اضطراب و درد بر روی تعداد و عمق تنفس تاثیر می‌گذارد، شمارش تنفس بیمار زمانی که در حالت استراحت و آرامش است باید صورت بگیرد. لذا در صورتی که بیمار در چند دقیقه اخیر فعالیت داشته است جهت برگشت تنفس به حالت قبل ۲-۱ دقیقه به وی استراحت دهید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراهان وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. برخلاف سایر اقدامات پرستاری برای شمارش تنفس به بیمار توضیح ندهید زیرا توجه وی به تنفس خود جلب شده و ممکن است در شیوه تنفس تغییر ایجاد کند.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم دستکش بپوشید.
۴. برای اینکه بیمار متوجه شمارش تنفس نشود دست خود را روی نبض رادیال وی قرار دهید و تظاهر کنید نبض را کنترل می‌کنید و به بالا و پایین رفتن قفسه سینه شکم توجه کنید یا اینکه به آرامی دست خود را روی قفسه سینه وی قرار دهید و شمارش را انجام دهید.

نکته: هر بالا و پایین رفتن قفسه سینه یا به عبارتی دیگر هر دم و بازدم یک تنفس محسوب می شود.

۵. در صورتی که شمارش تنفس برای اولین بار صورت می‌گیرد، ریتم تنفس نامنظم یا بیمار کودک زیر دو سال است شمارش را در یک دقیقه کامل انجام دهید. در غیر این صورت می توان شمارش را در ۳۰ ثانیه انجام داد و در عدد دو ضرب کرد.
۶. پس از پایان کار دستکش ها را خارج و دست‌های خود را بشویید.
۷. تعداد و عمق تنفس را در برگ علایم حیاتی ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. گزارش موارد غیر طبیعی در تعداد و عمق و ریتم تنفس
۲. اقدامات پرستاری و دستورات پزشک را در موارد غیر طبیعی بودن تنفس اجرا کنید (مانند تجویز اکسیژن، تغییر پوزیشن یا استفاده از دارو)
۳. واکنش و پاسخ بیمار به نوع مراقبت انجام شده را ارزیابی کنید (مثلا بررسی مجدد وضعیت تنفس پس از تجویز اکسیژن)

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورتی که بیمار سیگار و دخانیات مصرف می کند او را تشویق به ترک کنید.
۲. به بیمار و خانواده آموزش دهید که جهت کنترل تعداد تنفس در منزل، ۱-۲ دقیقه قبل از اندازه گیری استراحت کنند
۳. به بیمار و خانواده آموزش دهید در صورتی که از داروهای تضعیف‌کننده سیستم تنفس مثل مخدرها(مورفین) استفاده می‌کند تعداد تنفس متناوب باید کنترل شود.
۴. لزوم اطلاع موارد غیر طبیعی را به آنها یادآوری کنید.

کنترل فشارخون

مقدمه

فشارخون، نیروی جانبی وارده بر دیواره شریان به دنبال خروج خون با فشار از قلب می‌باشد. فشارخون شریانی شاخص خوبی برای بررسی سلامت قلب و عروق می‌باشد فشارخون سیستولیک حداکثر فشاری است که هنگام

خروج خون به وجود می‌آید که برای بزرگسالان این مقدار ۱۲۰ میلیمتر جیوه است و فشارخون دیاستولیک حداقل فشاری است خون هنگام استراحت قلب به دیواره عروق وارد می‌کند و مقدار طبیعی آن برای بزرگسالان ۸۰ میلیمتر جیوه است.فشارخون تحت تاثیر عواملی چون سن، استرس، نژاد، فعالیت، چاقی، داروها، تب، محیط و ... قرار می گیرد. کاهش فشارخون سیستولیک به میزان ۹۰ میلیمتر جیوه یا کمتر را هایپوتانسیون می گوییم و افزایش فشارخون به مقادیر ۸۹-۱۳۹/۸۰-۱۲۰ میلیمتر جیوه را هایپرتانسیون می‌گوییم.

اهداف

۱. غربالگری پرفشاری خون در افراد مستعد
۲. سنجش و بررسی وضعیت همودینامیک بیمار
۳. مشخص کردن فشار خون پایه برای ارزیابی های بعدی
۴. بررسی واکنش بیمار به درمان های مختلف
۵. کنترل وضعیت همودینامیک بیمار قبل از تجویز داروهایی که بر روی فشارخون تاثیر می‌گذارد.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی تاریخچه فشارخون بیمار
۲. بررسی عواملی که موجب تغییر در فشارخون می‌شود (سیگار، فعالیت، دارو، سن، واکنش‌های هیجانی)
۳. بررسی دیگر علایم و نشانه‌های هایپوتانسیون (تاکی کاردی، پوست سرد و رنگ پریده، سرگیجه، بی قراری) و هایپرتانسیون (سردرد، برافروختگی صورت، خونریزی از بینی، تهوع و...)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستگاه فشارسنج با کاف مناسب(شکل۵-۱۰)
- گوشی
- پنبه الکل جهت ضدعفونی کردن گوشی
- برگ ثبت علایم حیاتی

■ **شکل۵-۱۰.** انواع فشارسنج

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بهترین محل برای اندازه گیری فشارخون را مشخص کنید.
۲. بازوبند مناسب سن و سایز بیمار را آماده کنید.
۳. بررسی محدودیت‌ها برای کنترل فشارخون از یک اندام (داشتن فیستول جهت دیالیز در اندام معمولا در دست چپ، جراحی در اندام مورد نظر، جراحی ماستکتومی (برداشتن پستان)، محدودیت حرکتی برای باز کردن آرنج)
۴. از سالم بودن دستگاه فشارسنج اطمینان حاصل کنید.
۵. گوشی را در گوش خود قرار دهید و با وارد کردن ضربه ملایم به سطح دیافراگم و شنیدن انعکاس صدای آن در گوش از سالم بودن آن اطمینان حاصل کنید.
۶. با توجه به اینکه سیگار و قهوه موجب افزایش فشارخون به طور موقت می‌شود در صورت مصرف در ۳۰ دقیقه اخیر، حداقل ۱۵-۳۰ دقیقه به بیمار استراحت دهید.
۷. با توجه به اینکه فعالیت موجب افزایش فشارخون به طور موقت می شود در صورت داشتن فعالیت (خروج از تخت برای دستشویی یا قدم زدن) در ۳۰ دقیقه اخیر، حداقل ۱۵-۳۰ به بیمار استراحت دهید

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید: خوابیده یا نشسته به طوری که ساعد دست در سطح قلب قرار گیرد، کف دست به سمت بالا باشد و دست تکیه گاه مناسب داشته باشد.
۵. با حفظ خلوت خصوصی بیمار پوشش بازوی وی را کنار زده تا کاملا در معرض دید قرار گیرد.
۶. اطمینان حاصل کنید که کاف فشارسنج خالی از هوا باشد و پیچ دستگاه بسته باشد.

مرحله اول

۷. بازوبند فشارسنج را حدود ۲/۵ سانتیمتر بالاتر از آرنج دور بازوی بیمار ببندید طوری که مرکز کیسه بازوبند روی شریان براکیال قرار گیرد(شکل۵-۱۲).
۸. با ۳ انگشت میانی نبض رادیال را لمس کنید.
۹. به آهستگی کاف بازوبند را تا جایی که ضربان نبض در زیر انگشت احساس نشود پمپ کنید و درجه دستگاه را در جایی که نبض قطع شد به خاطر بسپارید این درجه تخمینی فشارخون سیستولیک می باشد.
۱۰. سپس هوای بازوبند را به طور کامل تخلیه کنید و حدود ۲-۱ دقیقه به بیمار استراحت دهید.

مرحله دوم

۱۱. سطح دیافراگم گوشی را پس از ضدعفونی کردن بر روی نبض براکیال قرار دهید در امتداد انگشت کوچک بالای آرنج و آن را در گوش قرار دهید.
۱۲. مجدد کاف فشار سنج را به آرامی تا ۳۰ میلیمتر جیوه بالاتر از جایی که در مرحله اول نبض ناپدید شد پمپ کنید.
۱۳. با نگاه کردن به درجه دستگاه، پیچ دستگاه را به آهستگی (سرعت ۲-۳ میلیمتر جیوه در ثانیه) باز کنید تا هوای کاف به آرامی تخلیه شود و جهت شنیدن صدای سیستولیک و دیاستولیک تمرکز کنید
۱۴. درجه دستگاه را در شنیدن اولین صدا به خاطر بسپارید. این فشارخون سیستولیک است
۱۵. به خالی کردن هوای کاف ادامه دهید و درجه دستگاه را در جایی که صدا قطع شد به خاطر بسپارید. این فشارخون دیاستولیک است.
۱۶. دقت کنید بقیه هوای داخل کاف را نیز تخلیه کنید.
۱۷. بازوبند را از دست بیمار باز کنید و وی را به وضعیت راحت برگردانید.

نکته: در حین گرفتن فشارخون توجه نمایید که بیمارحرکات صورت شما را کاملا زیر نظر دارد پس در صورت غیر نرمال بودن فشارخون تغییری در صورت خود ایجاد نکنید (شکل۵-۱۱) .

۱۸. در صورت نیاز نتیجه را به بیمار اعلام کنید. بهتر است فشارخون خیلی بالا و خیلی پایین را به بیمار اطلاع ندهید چون ممکن است باعث بدتر شدن وضعیت وی شود بلکه سریعا جهت اطلاع به پزشک و انجام اقدامات پرستاری آماده شوید.
۱۹. فشارخون را در برگه علایم حیاتی ثبت کنید. (مثال :۱۲۰/۸۰ mm Hg) و مشخص کنید که فشار از کدام دست گرفته شده است (RA دست راست، LA دست چپ)
۲۰. در صورتی که تفاوت فشارخون در دو بازو بیشتر از ۱۰ میلیمتر جیوه بود آن را ثبت کنید.
۲۱. دستکش‌ها را خارج کنید و دست‌های خود را بشویید.

■ **شکل۵-۱۱.** در صورت غیرطبیعی بودن فشارخون بیمار تفاوتی در چهره خود ایجاد نکنید این امر بیمار را نگران می‌کند که خود می‌تواند بر فشاخون بیمار تاثیر منفی‌تری ایجاد کند.

■ **شکل۵-۱۲.** نحوه صحیح بستن کاف فشارسنج

چند نکته مهم

۱. افزایش سن موجب افزایش فشارخون سیستولیک می‌شود.
۲. چنانچه برای اولین بار فشارخون بیمار اندازه‌گیری می‌شود بهتر است از هر دو دست اندازه‌گیری شود (تفاوت فشارخون در دو بازو نباید بیشتر از ۱۰ میلیمتر جیوه باشد) و برای اندازه گیری های بعدی از بازویی که فشارخون را بالاتر نشان داده استفاده شود.

۳. چنانچه برای اولین بار فشارخون بیمار اندازه گیری می‌شود سعی کنید روش دو مرحله‌ای که در بالا به توضیح آن پرداختیم را به کار بگیرید (مرحله اول کاف تا ناپدید شدن نبض پمپ شود و در مرحله بعد با استفاده از گوشی تا ۳۰ میلیمتر بالاتر از محل ناپدید شدن نبض پمپ کرده و به صدای سیستول و دیاستول گوش کنید).
۴. در صورتی که فشار خون بیمار به صورت روتین در فواصل مشخصی اندازه گیری می‌شود از روش یک مرحله‌ای استفاده شود به این صورت که درجه دستگاه را تا ۳۰ میلیمتر بالاتر از آخرین فشارخون سیستولیک پمپ کنید (مرحله اول حذف شود).
۵. در صورتیکه فشارخون از پاها گرفته شود پرستار باید توجه داشته باشد که بشکل طبیعی فشارخون در پاها بیشتر از دست‌ها می‌باشد (حتی تا ۴۰ میلی متر جیوه).

عواملی که موجب ایجاد تغییرات کاذب در میزان فشارخون اندازه‌گیری شده می‌شود

الف) فشارخون در موارد زیر بالاتر نشان داده می‌شود

۱. کاف فشار سنج بیش از حد باریک باشد.
۲. قراردادن پاها بر روی هم در حین اندازه‌گیری فشارخون در وضعیت نشسته
۳. قرار گرفتن ساعد پایین تر از سطح قلب
۴. استفاده از یک بازو برای کنترل فشارخون، دو بار پشت سر هم (بدون رعایت ۲-۱ دقیقه استراحت)
۵. نبود تکیه گاه برای ساعد در حین کنترل فشارخون
۶. بستن کاف به صورت شل و نامنظم دور بازو
۷. کنترل فشارخون بلافاصله پس از فعالیت و ورزش
۸. باز کردن آهسته پیچ دستگاه (سرعت کمتر از ۳-۲ میلیمتر جیوه در ثانیه)
۹. باد کردن مجدد کاف هنگام گوش کردن

ب) فشارخون در موارد زیر پایین تر نشان داده می‌شود

۱. پهن بودن بیش از حد کاف فشار سنج
۲. قرار گرفتن ساعد بالا تر از سطح قلب
۳. بستن خیلی تنگ کاف دور بازو
۴. باز کردن سریع پیچ دستگاه (سرعت بیشتر از ۳-۲ میلیمتر جیوه در ثانیه)

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. هرگونه تغییر مهم در میزان فشارخون بیمار باید ثبت و اطلاع داده شود:
- فشارخون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلیمتر جیوه
- فشارخون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلیمتر جیوه
- فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورت نیاز نحوه کنترل فشارخون به خانواده بیمار آموزش داده شود.
۲. آنچه باعث افزایش یا کاهش کاذب فشارخون می شود را آموزش دهید.
۳. لزوم اطلاع موارد غیر طبیعی را به آنها یادآوری کنید.
۴. اگر بیمار دارویی مصرف می کند که موجب افزایش یا کاهش فشارخون می شود لازم است تذکر داده شود که قبل از مصرف دارو فشارخون اندازه‌گیری شود.
۵. لزوم رعایت ۲-۱ دقیقه استراحت بین دو اندازه گیری از یک بازو را تاکید کنید.
۶. قبل از کنترل فشارخون حتما ۳۰-۱۵ دقیقه بیمار استراحت داشته باشد، سیگار و کافئین مصرف نکرده باشد.
۷. به دیگر افراد خانواده در مورد خطر بروز این اختلال اطلاع دهید و آموزش دهید که مصرف الکل، سیگار کشیدن، چاقی، غذاهای چرب و پرنمک، بالا بودن سطح کلسترول و استرس و تنش مداوم در بروز هیپرتانسیون نقش دارد.

آموزش به بیمار و خانواده با پرفشاری خون

۱. لزوم رعایت رژیم کم چرب و کم نمک را به بیمار تاکید کنید.
۲. لزوم کاهش وزن و قطع دخانیات، داشتن ورزش های هوازی را تاکید کنید.
۳. در مورد عارضه افت فشارخون وضعیتی برخی از داروهای کاهنده فشارخون به بیمار توضیح دهید و آموزش های

لازم جهت کاهش این عارضه را ارائه دهید.

۴. علایم هایپوتانسیون(رنگ پریدگی، گیجی، سرگیجه، پوست لکه لکه، تاکی کاردی و...) را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

۵. لزوم بررسی‌های دوره‌ای چشم و کلیه را گوشزد کنید. زیرا هیپرتانسیون مزمن بر عملکرد ارگان های مختلف تاثیر منفی می‌گذارد. اثر این تاثیر بر مغز ناگهانی و فوق العاده خطرناک است که خود را بشکل سکته مغزی ناگهانی نشان می‌دهد. در مورد ارگانهایی چون کلیه، چشم می‌توان تست‌های پیگیری را جهت پیشگیری و درمان به موقع بکار برد.

۶. لزوم مصرف داروها به صورت مداوم را تاکید کنید و بیمار را توجیه کنید که فشارخون بالا یک بیماری مزمن است و در صورت عدم رعایت رژیم دارویی و غذایی عوارضی چون بیماری‌های قلبی، سکته قلبی و مغزی و... ایجاد می شود.

چک لیست کنترل درجه حرارت

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ترمومتر را از نظر سالم بودن کنترل می‌کند.			
۲	بیمار را شناسایی می‌کند.			
۳	روش کار را برای وی توضیح می‌دهد.			
۴	محدودیت‌های استفاده از روش مورد نظر (دهانی، مقعدی و زیربغل) را بررسی می‌کند.			
۵	دست‌ها را می‌شوید و در صورت لزوم دستکش می‌پوشد.			
۶	ترمومتر را می‌شوید و در جهت مناسب خشک می‌کند.			
۷	سطح جیوه را با حرکت درست مچ دست به زیر عدد ۳۵ می‌آورد.			
۸	بیمار را در وضعیت مناسب با توجه به روش مورد نظر، قرار می‌دهد.			
۹	در روش مقعدی سر ترمومتر را ژل می‌زند.			
۱۰	در روش مقعدی خلوت بیمار را حفظ می‌کند.			
۱۱	مدت زمان استاندارد را با توجه به روش مورد نظر رعایت می‌کند.			
۱۲	آموزش‌های لازم را به بیمار می‌دهد (گرفتن ترمومتر با لب در روش دهانی، عدم صحبت کردن، عدم تکان دست در روش زیر بغل).			
۱۳	در روش زیر بغل و مقعدی در کنار بیمار می‌ماند.			
۱۴	برای خواندن ترمومتر آن را در جهت مناسب تمیز می‌کند.			
۱۵	درجه حرارت را با رعایت اصول صحیح، درست می‌خواند.			
۱۶	پس از اتمام کار ترمومتر را شسته و خشک می‌کند.			
۱۷	دستکش‌ها را خارج و دست‌ها را می‌شوید.			
۱۸	درجه حرارت را با رنگ و علایم اختصاری مشخص (O,R,A) چارت می‌کند.			
۱۹	موارد غیر طبیعی را گزارش می‌کند.			
۲۰	اقدامات لازم در موردهای غیر طبیعی را انجام می‌دهد.			
۲۱	واکنش بیمار را به نوع اقدام انجام شده بررسی می‌کند.			

چک لیست کنترل نبض

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را شناسایی می‌کند.			
۲	روش کار را برای وی توضیح می‌دهد.			
۳	بهترن محل را برای کنترل نبض را با توجه به سن انتخاب می‌کند.			
۴	دست‌ها را می شوید و در صورت لزوم دستکش می‌پوشد.			
۵	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می‌دهد.			
۶	خلوت خصوصی بیمار را در شمارش نبض اپیکال رعایت می‌کند.			
۷	از شست برای لمس نبض استفاده نمی‌کند.			
۸	نبض را محکم لمس نمی‌کند.			
۹	شمارش را در زمان مشخص انجام می‌دهد.			
۱۰	دستکش‌ها را خارج و دست‌ها را می‌شوید.			
۱۱	تعداد نبض، ریتم و حجم و محل شمارش نبض را در برگ علایم حیاتی با رنگ مشخص ثبت می‌کند.			
۱	موارد غیر طبیعی را گزارش می‌کند.			
۲	اقدامات لازم در موردهای غیر طبیعی را انجام می‌دهد.			
۳	واکنش بیمار را به نوع اقدام انجام شده بررسی می‌کند.			

چک لیست کنترل تنفس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را شناسایی می‌کند.			
۲	در صورتی که بیمار در چند دقیقه اخیر فعالیت داشته است جهت برگشت تنفس به حالت قبل ۲-۱ دقیقه به وی استراحت می‌دهد.			
۳	دست‌ها را می‌شوید و در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۴	با تظاهر به کنترل نبض شمارش تنفس را انجام می‌دهد.			
۵	شمارش را در زمان مشخص انجام می دهد.			
۶	دستکش‌ها را خارج و دست‌ها را می‌شوید.			
۷	تعداد و عمق تنفس را در برگ علایم حیاتی با رنگ مشخص ثبت می‌کند.			
۸	موارد غیر طبیعی را گزارش می‌کند.			
۹	اقدامات لازم در مورد های غیر طبیعی را انجام می‌دهد.			
۱۰	واکنش بیمار را به نوع اقدام انجام شده بررسی می‌کند.			

چک لیست کنترل فشار خون

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را شناسایی می‌کند.			
۲	روش کار و اهمیت انجام آن را برای بیمار توضیح می‌دهد.			
۳	بازوبند مناسب سن و سایز بیمار را انتخاب می‌کند.			
۴	از سالم بودن دستگاه و گوشی اطمینان حاصل می‌کند.			
۵	محدودیت‌های کنترل فشارخون از یک اندام (مثل داشتن فیستول جهت دیالیز در اندام) را بررسی می‌کند.			
۶	در صورت مصرف سیگار و قهوه یا داشتن فعالیت در ۳۰ دقیقه اخیر ، حداقل ۱۵-۳۰ دقیقه به بیمار استراحت می‌دهد.			
۷	دست‌ها را می شوید و در صورت لزوم دستکش می‌پوشد.			
۸	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می‌دهد.			
۹	با حفظ خلوت خصوصی بیمار پوشش بازوی وی را کنار زده تا کاملا در معرض دید قرار گیرد.			
۱۰	بازوبند فشارسنج را حدود ۲/۵ سانتیمتر بالاتر از آرنج دور بازوی بیمار می‌بندد.			
۱۱	به آهستگی کاف بازوبند را تا جایی که ضربان نبض در زیر انگشت احساس نشود پمپ می‌کند و درجه دستگاه را در جایی که نبض قطع شد به خاطر می‌سپارد.			
۱۲	هوای بازوبند را به طور کامل تخلیه می کند و حدود ۲-۱ دقیقه به بیمار استراحت می‌دهد.			
۱۳	مجدد کاف فشار سنج را به آرامی تا ۳۰ میلیمتر جیوه بالاتر از جایی که در مرحله اول نبض ناپدید شد پمپ می‌کند.			
۱۴	قبل از استفاده از گوشی از باز بودن سمت دیافراگم گوشی با زدن ضربه به آن اطمینان حاصل می‌کند.			
۱۵	جهت شنیدن صدای سیستولیک و دیاستولیک هوای کاف به آرامی و با سرعت مناسب تخلیه می‌کند.			
۱۶	صدای سیستولیک و دیاستولیک را به درستی تشخیص می‌دهد.			
۱۷	هوای کاف را به طور کامل تخلیه می‌کند.			
۱۸	بیمار را به وضعیت راحت بر می‌گرداند.			
۱۹	فشار خون را در برگه علایم حیاتی ثبت می‌کند.			
۲۰	دستکش‌ها را خارج می‌کند و دست‌های خود را می‌شوید.			
۲۱	موارد غیر طبیعی را گزارش می‌کند.			
۲۲	اقدامات لازم در مورد های غیر طبیعی را انجام می‌دهد.			
۲۳	واکنش بیمار را به نوع اقدام انجام شده بررسی می‌کند.			

فصل (۶)

گرما و سرما درمانی

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. دمای آب یا کیف آب سرد و گرم را قبل از استفاده در محل چک نمایند.
۲. هواگیری کیسه آب(گرم یا سرد) را به درستی انجام دهند.
۳. در زمان گذاشتن کمپرس استریل، استریلیتی را در هنگام انجام پروسیجر رعایت نمایند.
۴. کاربردهای استفاده از کمپرس سرد و گرم را نام ببرند.

اصطلاحات فصل گرما و سرما درمانی	
Hot bag	کیف آب گرم
Ice Bag	کیف آب سرد
Necrosis	سیاه شدن و مرگ بافت
Sitz bath	حمام نشیمن
Sterile hot compress	کمپرس گرم و استریل
Tingling	گزگز
Ice Collar	یقه یخ
Ice Glove	دستکش یخ
Motled	لکه‌های رنگی پوست
Tepid sponge bath	حمام آب ولرم

گرمای خشک (کیسه آبگرم)

اهداف

افزایش گردش خون، کاهش درد عضلانی، گرم‌کردن بخشی از بدن

نکات مورد بررسی

۱. بررسی هرگونه آسیب در محلی که نیاز است گرما بکار رود
۲. حرارت آب برای یک فرد بالغ طبیعی و کودکان بالای دوسال می‌تواند بین ۵۲ درجه سانتیگراد باشد. برای اطفال، سالمندان، افراد فلج و بیمارانی که دچار اختلالات عروقی هستند،حرارت آب نباید از ۴۶- ۴۰.۵ درجه سانتی گراد بیشتر باشد
۳. تعیین سطح تحمل بیمار
۴. توانایی بیمار برای همکاری

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کیف آبگرم، رویه مخصوص، ظرف محتوی آبگرم، دماسنج، پارچه جهت خشک کردن کیف آبگرم

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. کنترل دستور پزشک
۲. بررسی محل از نظر هرگونه موردغیرطبیعی
۳. بررسی وضعیت بیمار

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.

نکته: شناسایی صحیح بیمار به این صورت است که اجازه دهید بیمار نام خود را بگوید نه شما بگوئید و منتظر تائید وی باشید. به مثال زیر دقت کنید:

صحیح: اگر نام بیمار مریم احمدی می‌باشد شما می‌پرسید خانم مریم؟؟ منتظر باشید بیمار بگوید احمدی

غلط: پرستار می پرسد خانم مریم احمدی؟؟

دلیل این امر آن است که ممکن است بیمار هوشیاری خوبی نداشته باشد و هر اسمی که وی را صدا کنند تائید نماید.

۵. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۶. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۷. قبل از پر کردن، کیسه آبگرم لازم است از نظر محکم بودن درب و نشت نکردن آب کنترل شود.
۸. با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه بگیرید. حرارت را کنترل نمایید. درصورت نبود دماسنج مخصوص درجه حرارت را با قسمت داخلی مچ دست امتحان کنید (کیسه آبگرم باید نسبتا داغ باشد ولی بدن را نسوزاند.)
۹. کیسه آب گرم را تا ۲/۳ حجم از آب گرم پر کنید.
۱۰. کیسه را وارونه کنید تا مطمئن شوید که در آن خوب بسته شده است. کیسه را خوب خشک کنید و در پوشش آن قرار دهید.
۱۱. کیسه را به داخل اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید، پوشش‌های روی مورد معالجه را کنار بزنید و کیسه را در محل دستور داده شده توسط پزشک قرار دهید.
۱۲. در فواصل ۱۰-۵ دقیقه جهت بررسی شکایت بیمار (درد، سوزش، واکنش های پوستی) به بیمار سر بزنید.

۱۳. کیسه آب گرم را پس از ۳۰ دقیقه از محل بردارید، زیرا استعمال طولانی مدت گرما (یک ساعت) موجب کاهش جریان خون به ناحیه شده و صدمات پوستی به دنبال خواهد داشت.
۱۴. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

- توجه به این امر که گرما درمانی درکنار درمان پزشکی تاثیر خود را میگذارد نه به تنهایی
- از گرما معمولا در آسیب دیدگی‌های مزمنی که التهاب یا ورم ندارند استفاده می شود.

حمام نشیمن گاهی

اهداف:

۱. کم کردن درد در اعضائ لگن، نرم کردن ترشحات
۲. تمیز کردن زخم از ترشحات
۳. تسریع جریان خون و تسریع بهبودی

نکات مورد بررسی

۱. توجه به ظاهر پوست
۲. بررسی آسیب‌ها و ضایعات در پوست
۳. توجه به موارد منع بکارگیری

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- صندلی یا چهار پایه، لگن مخصوص، دماسنج مخصوص، محلول دستور داده شده، کیسه نایلونی، دستکش یکبار مصرف، حوله و ملحفه، باند، پد وگاز، لباس تمیز

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

بررسی دستور پزشک، توجه به غلظت و دمای مناسب محلول، توجه به مقدار، رنگ، غلظت و بوی ترشحات

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. به اتاق بیمار بروید و او را از اقدام خود مطلع کنید واز او بخواهید به دستشویی برود.
۵. لگن را تا نیمه آب پر کنید و درجه آب را تنظیم کنید (۴۰ تا ۴۳ درجه سانتی گراد)
۶. دارو و ماده ضدعفونی کننده (مثل بتادین) را به مقدار کافی در آب بریزید تا ناحیه مورد نظر کاملا درون آن قرار گیرد.
۷. دمای آب را کنترل نمایید. بخصوص اگر بیمار مبتلا به دیابت می‌باشد به دلیل نوروپاتی ایجاد شده خیلی خوب دمای آب را احساس نمی‌کنند و در صورت داغ بودن اب می تواند سوختگی های شدید ایجاد نماید.
۸. بیمار را به حمام ببرید و به دراوردن لباس‌های وی کمک نمایید.
۹. دستکش یکبار مصرف را بپوشید
۱۰. در صورت داشتن پانسمان آنرا بردارید داخل کیسه نایلونی انداخته و بیمار را در داخل لگن قرار دهید
۱۱. در صورت مساعد بودن حال وی او را در حمام تنها بگذارید و در صورت داشتن زنگ اخبار آن را به وی نشان دهید.
۱۲. در فواصل زمانی متغیر به وی سر بزنید.
۱۳. حداکثر بیمار را بمدت ۳۰ دقیقه در لگن آب نگه دارید
۱۴. پس از اتمام کار بیمار را کاملا خشک نمائید و او را در پوشیدن لباس کمک کنید
۱۵. بیمار را به اتاق خودش ببرید و او را در وضعیت مناسب قرار دهید
۱۶. وسایل را جمع آوری و تمیز کنید
۱۷. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌ها را شست‌وشو دهید.
۱۸. نتیجه اقدامات خود را در گزارش پرستاری قید نمائید

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. راحتی بیمار و هرگونه عامل مزاحم را بررسی و اصلاح نمایید.
۲. در صورت احساس هر گونه ناراحتی اطلاع دهد.
۳. پاسخ بیمار به پروسیجر را ارزیابی و ثبت نمایید.
۴. در طی معالجه حداقل یک بار گرمای آب را کنترل نمایید.

■ **شکل۶-۱.** کمپرس گرم و استریل

کمپرس گرم و استریل

اهداف

۱. تسریع جریان خون
۲. کم کردن التهاب
۳. کم کردن درد در اعضا

نکات مورد بررسی

۱. توجه به ظاهر ناحیه
۲. اختلال در گردش خون در ناحیه
۳. نبض- تنفس- فشار خون
۴. توجه به موارد منع بکارگیری

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

■ دستکش یکبار مصرف و استریل، کاسه استریل، حوله استریل، گاز و پد و باند استریل، وازلین استریل، پنس و فورسپس استریل، محلول دستور داده شده، دماسنج، اپلیکاتور استریل، سنجاق قفلی، کیسه آبگرم(شکل۶-۱)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

بررسی دستور پزشک، توجه به غلظت و دمای مناسب محلول، توجه به مقدار، رنگ،غلظت و بوی ترشحات

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. خلوت بیمار را فراهم می کنید..
۵. بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پوشش‌ها را خارج کنید.
۶. رابرشیت را زیر محل مورد نظر پهن می نمایید.
۷. با دستکش یکبار مصرف پانسمان قبلی را برداشته و در کیسه نایلون، پایین تخت قرار می دهید.
۸. دست‌ها را بشویید.
۹. گالیپات استریل را باز نموده به مقدار نیاز گاز درون آن بگذارید.
۱۰. محلول گرم شده را در گالیپات ریخته دما باید حدود ۴۰/۵ درجه سانتیگراد باشد.
۱۱. دستکش استریل پوشیده و حوله استریل را روی محل مورد نظر پهن نمایید(شکل۶-۱).
۱۲. جهت حفاظت از پوست اطراف زخم را با وازلین واپلیکاتور استریل چرب نمایید.
۱۳. گازهای مرطوب شده داخل گالیپات را پس از فشردن صاف نموده و روی محل قرار دهید وجود هوا زیر گاز مانع از انتقال گرما به پوست خواهد شد.
۱۴. روی گاز مرطوب را با حوله استریل و نایلون بپوشانید وبا چسب یا سنجاق قفلی ثابت کنید.
۱۵. برای گرم نگه داشتن کمپرس از کیف آبگرم استفاده کنید یا هر ۵ دقیقه کمپرس را تعویض نمایید.
۱۶. هر ۵ تا ۱۰ دقیقه به بیمار سر زده و ناحیه را از نظر هرگونه احساس ناراحتی بررسی نمایید.
۱۷. پس از اتمام از پانسمان استریل استفاده کنید.
۱۸. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌ها را شست و شو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. در صورت وسیع بودن ناحیه مورد معالجه علائم حیاتی را کنترل کنید
۲. در طول پروسیجر واکنش بیمار را بررسی کرده و موارد غیرطبیعی را ثبت و گزارش کنید.

به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ -یقه یخ - دستکش یخ)

■ **شکل۶-۲.** سرمای خشک

اهداف

۱. پیشگیری، کاهش یا قطع خونریزی به دنبال صدمه یا جراحی
۲. تسکین سردردهای ناشی از انبساط عروقی(میگرن)
۳. پیشگیری از تورم بافت‌ها بلافاصله پس از جراحی

نکات مورد بررسی

۱. توجه به موارد منع مصرف سرما درمانی
۲. هرگونه احساس ناراحتی تجربه شده توسط بیمار
۳. تورم و خونریزی
۴. توانایی بیمار برای همکاری در حین انجام روش

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

■ ظرف محتوی تکه‌های یخ خرد شده، کیسه یخ، یقه یخ، دستکش لاستیکی، رویه مخصوص کیسه یخ، حوله، پارچه جهت خشک کردن، سنجاق قفلی(شکل۶-۲)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. کنترل دستور پزشک
۲. برطرف‌کردن تیزی اطراف یخ با انداختن در گالیپات آب وخارج کردن فوری
۳. بررسی ناحیه مورد نظر
۴. بررسی واکنشهای قبلی بیمار نسبت به سرما

ب) نحوه‌اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. ۲/۳ کیسه را پر از خرده‌های یخ کنید.
۵. کیسه یخ را از نظر نشت آب کنترل کنید. برای این منظور بهتر است آنرا وارونه کنید.
۶. کیسه را خشک کرده، سپس در داخل پوشش مخصوص قرار دهید.
۷. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. عضو مورد درمان را از زیر پوشش‌ها خارج کنید.
۸. محل مورد نظر را بررسی کرده و کیسه را در محل دستور داده شده قرار دهید.
۹. کیسه را با استفاده از باند یا حوله در محل با سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت کنید.
۱۰. به منظور پیشگیری از احساس لرز بیمار را بپوشانید.
۱۱. بیمار را به فواصل ۱۰-۵ دقیقه از نظر علایم ناراحتی، هرگونه واکنش پوستی کنترل کنید.
۱۲. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌ها را شست‌وشو دهید

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. بیمار در طول مدت درمان وضعیت خود را تغییر ندهد.
۲. موارد غیر طبیعی و واکنش بیمار به پروسیجر را ثبت و گزارش کنید.
۳. از اثرات مضر ناشی از استعمال طولانی مدت سرما (حداکثر ۳۰ دقیقه) پیشگیری کنید.

کمپرس سرد

اهداف

۱. کاهش یا جلوگیری از خون ریزی
۲. کاهش درد
۳. کاهش التهاب

***روش کار همانند کمپرس گرم و استریل می‌باشد با این تفاوت که دمای آب مصرفی می‌تواند بین ۱۵ تا ۲۷ درجه سانتیگراد متغیر باشد.**

حمام آب ولرم

هدف:

پایین آوردن درجه حرارت بدن بیمار با افزایش از دست دادن حرارت از طریق تبخیر در موارد تب در کنار سایر درمانهای پزشکی

نکات مورد بررسی

۱. درجه حرارت بالا بیمار(بالای ۴۰ درجه سانتیگراد)
۲. علائم تب (احساس گرما، لرز، پوست مرطوب و گرم، تعریق، بیقراری و خستگی عمومی)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

دماسنج، ملحفه (۲عدد)، رابرشیت، لگن حمام، دماسنج آب، لیف حمام (۶عدد)، حوله حمام، کیف یخ

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را چک کنید.
۲. درجه حرارت بدن بیمار را کنترل کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. پاراوان را کشیده و در و پنجره‌ها را ببندید.
۵. با استفاده از پتوی حمام پوشش‌های روئی را پائین تخت سه تا بزنید.
۶. پتوی حمام و مشمع را زیر بیمار پهن کنید.
۷. لباس بیمار را خارج کنید.
۸. لگن را با آب ولرم سرد پر کند و درجه حرارت آن را با ترمومتر مایع کنترل کنید.
۹. لیف‌ها در لگن قرار دهید.
۱۰. صورت و گردن بیمار را با لیف آب ولرم تا سرد بشویید و لیف مرطوب یا کیسه یخ را روی پیشانی بیمارقرار دهید.
۱۱. چهار عدد از لیف‌های خیس شده را از درون لگن خارج فشرده و زیر بغل‌ها و کشاله های ران قرار دهید.
۱۲. حوله حمام را در زیر دست بیمارکه نزدیک خودتان است بیاندازید یکی از لیف ها را برداشته به مدت ۵ دقیقه به آهستگی بشویید.
۱۳. لیف‌های زیربغل و کشاله ران را هر ۵-۱۰ دقیقه یکبار عوض کنید
۱۴. دست دیگر بیمار هم به همان روش قبل بشویید
۱۵. حوله حمام را زیرپای بیمار بیمارکه نزدیک خودتان است بیاندازید یکی از لیف‌ها را برداشته به مدت ۵ دقیقه به آهستگی بشویید.
۱۶. تکرار مرحله ۱۰
۱۷. تکرار مرحله ۱۲ برای عضو دیگر
۱۸. بیمار را پهلو کنید و پشت اورا برای ۳ تا ۵ دقیقه بشویید.
۱۹. لیف‌ها جمع نمایید.
۲۰. بدن بیمار را خشک کنید.
۲۱. درجه حرارت بیمار را کنترل در صورت بالای ۴۰ درجه سانتیگراد تکرار کنید و تغییرات را به اطلاع پزشک برسانید.
۲۲. لباس بیمار را بپوشانید
۲۳. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.
۲۴. موارد انجام شده را ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. در صورت بروز لرز- کبودشدن و سریع شدن نبض کار خود را متوقف کنید.
۲. سینه و شکم بیمار را شستشو ندهید.
۳. حال عمومی بیمار و درجه حرارت بیمار و نتیجه کار را ارزیابی کنید
۴. سرعت عمل در انجام کار موجب افزایش تولید گرما به دلیل مکانیسم لرزش می شود.

چک لیست کیف اب گرم

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. حریم خصوصی بیمار را حفظ می‌کند.			
۲. شستن دست‌ها را به درستی انجام می‌دهد.			
۳. دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۴. کنترل کیسه آبگرم از نظر محکم بودن درب و نشت نکردن آب را انجام می‌دهد.			
۵. کنترل دمای اب با دماسنج مخصوص یا قسمت داخلی مچ دست را انجام می‌دهد(کیسه آبگرم باید نسبتا داغ باشد ولی بدن را نسوزاند.)			
۶. کیسه آب گرم را تا ۲/۳ حجم از آب گرم پر می‌کند.			
۷. هوای درون کیسه را خارج می‌کند، (با یک دست دهانه کیسه را که بر روی سطح صافی، مخالف بدن خود قرار داده اید به آهستگی پایین می‌آورد و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد میکند به طوری که آب به دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را می‌بندد یا بعد از ریختن آب داخل کیسه با ایجاد یک چرخش در بدنه کیسه، هوای موجود را خالی می‌نماید).			
۸. کیسه را وارونه کرده تا مطمئن شود که در آن خوب بسته شده است. کیسه را خوب خشک می‌کند و در پوشش آن قرار می‌دهد.			
۹. پوشش های روی بیمار را کنار میزند و کیسه را در محل دستور داده شده توسط پزشک قرار می‌دهد. (دقت میکند که دهانه کیسه آب گرم حتی المقدور دور از بدن بیمار باشد.)			
۱۰. در صورت لزوم با استفاده از بالش، کیسه آب گرم را در محل ثابت میکند.			
۱۱. به این امر توجه دارد که در فواصل ۱۰-۵ دقیقه جهت بررسی شکایت بیمار (درد، سوزش، واکنش‌های پوستی) به بیمار سر میزند.			
۱۲. کیسه آب‌گرم را پس از ۳۰ دقیقه از محل بر می‌دارد.			
۱۳. شستن دست‌ها را به درستی انجام می‌دهد.			

چک لیست کیف اب یخ

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. حریم خصوصی بیمار را حفظ می‌کند.			
۲. دستها را به درستی شست و شو می‌دهد.			
۳. دستکش یکبار مصرف میپوشد.			
۴. خرده‌های یخ را داخل کاسه اب ریخته و فورا خارج نماید			
۵. ۱/۲-۲/۳ کیسه را پر از خرده های یخ می‌کند.			
۶. کیسه را روی سطح صافی قرار داده با دست روی آن فشار می‌آورد، تا هوای داخل آن خارج شود. سپس در کیسه را می‌بندد.			
۷. وارونه کردن کیسه یخ وکنترل از نظر نشت آب را انجام می‌دهد.			
۸. کیسه را خشک کرده،سپس در داخل پوشش مخصوص قرار می‌دهد.			
۹. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده. عضو مورد درمان را از زیر پوشش‌ها خارج می‌کند.			
۱۰.محل مورد نظر را بررسی کرده و کیسه را در محل دستور داده شده قرار می‌دهد.			
۱۱. کیسه را با استفاده از باند یا حوله در محل با سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت می‌کند.			
۱۲. به منظور پشگیری از احساس لرز بیمار را می پوشاند.			
۱۳. بیمار را به فواصل ۱۰-۵ دقیقه از نظر علایم ناراحتی، واکنش‌های پوستی شامل رنگ پریدگی، لکه‌های رنگی پوست (Motled) کنترل میکند.			
۱۴. شستن دست‌ها را به درستی انجام می‌دهد.			

فصل (۷)
تغـــذیه

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. مواردی را که نیاز به تعبیه NGT دارد نام ببرند.
۲. لوله NGT را به درستی برای بیمار تعبیه نمایند.
۳. در صورت لزوم، قادر به خارج کردن NGT باشند.
۴. گاواژ کردن را بشکل صحیح برای بیمار انجام دهند.
۵. موارد انجام گاستروستومی را نام ببرند.
۶. ساکشن ترشحات معده را به شکل صحیح انجام دهند.
۷. موارد انجام لاواژ را نام ببرند.
۸. لاواژ را به شکل صحیح برای بیمار مورد نظر انجام دهند.

اصلاحات فصل تغذیه	
orogastric(OG)tube	لوله غذایی دهانی – معده‌ای
Nasogastric(NG)tube	لوله غذایی بینی – معده‌ای
Nasointestinal(NI)tube	لوله غذایی بینی – روده‌ای
NPO(Non Per OS/Oral)	چیزی از راه دهان نخورد
Obesity	چاقی
Soft diet	رژیم غذایی نرم
Gastrostomy	به بازکردن یک راه جدید به معده از طریق جراحی گفته می‌شود. به طور معمول عمل جراحی با یک برش در ناحیه اپی گاستر بیمار انجام می‌شود.
Anorexia	بی اشتهایی
Anorexia nervosa	بی اشتهایی عصبی
Body Mass Index (BMI)	شاخص توده بدنی
Bulimia nervosa	پراشتهایی عصبی
Clear liquid diet	رژیم غذایی حاوی مواد غذایی صاف شده

مقدمه

بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی، نیازمند جای گذاری لوله هستند. لوله‌گذاری به معنای فرستادن یک لوله مخصوص به داخل معده یا روده از طریق دهان یا بینی و یا از طریق یک سوراخ مصنوعی از روی شکم به طرف معده(گاستروستومی) و یا ژژنوم (ژژنوستومی) است.

جاگذاری سوند بینی-معده

اهداف

۱. تخلیه محتویات معده بمنظور کاهش فشار معده و بررسی آزمایشگاهی
۲. تخلیه و شستشوی معده(لاواژ) در موارد مسمومیت
۳. تغذیه و دارو درمانی (گاواژ) در بیمارانی که قادر به بلع یا غذا خوردن از راه دهان نیستند.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری بیمار جهت همکاری
۲. بررسی از نظر تاریخچه خونریزی بینی، سالم بودن مخاط بینی، انحراف بینی و شکستگی جمجمه که در این موارد لوله گذاری ممنوع است.
۳. بررسی بینی از نظر انسداد (از بیمار بخواهید یک سوراخ بینی خود را گرفته و از سوراخ دیگر به طور طبیعی تنفس کند. سوراخ بینی را انتخاب کنید که تنفس از آن راحتتر است)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- سوند بینی- معده ای در اندازه مناسب (بزرگسالان ۱۴- ۱۸ و نوزادان و بچه‌ها ۱۰-۵)
- ماده لغزنده کننده محلول در آب(ژل لوبریکنت)
- کاغذ مخصوص تعیین PH
- حوله
- چسب ضد حساسیت
- دستکش یکبار مصرف
- دستمال کاغذی
- لیوان آب سرد با نی در صورت لزوم
- چراغ قوه
- سرنگ ۲۰-۵۰ سی سی
- رسیور و حوله
- گوشی پزشکی
- کلمپ در صورت لزوم

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. اندازه سوند را مشخص کنید.
۴. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن درب و پنجره ایجاد کنید.
۵. بیمار را در پوزیشن نشسته قرار دهید اگر بیمار در این پوزیشن محدودیت دارد باید تا حد ممکن سر تخت بالا قرار گیرد.
۶. سر او را با یک بالش حمایت کنید و زیر چانه وی یک پد یا حوله پهن کنید.

۷. باز بودن سوراخ بینی را به شیوه گفته شده کنترل کنید.
۸. طول تقریبی سوندی را که باید وارد کنید اندازه بگیرید. برای این کار نوک لوله را دقیقاً کنار سوراخ بینی بیمار قرار داده آن را تا نوک نرمه گوش و سپس از آنجا تا زائده گزیفوئید استخوان جناق سینه امتداد دهید (یک تا دو سانتی متر پائین‌تر به جهت آنکه معده زیر گزیفوئید می‌باشد را علامت بزنید) و با یک تکه چسب روی لوله علامت بگذارید(شکل۷-۱).

■ **شکل۷-۱.** اندازه گیری لوله NGT قبل از جاگذاری. ابتدا فاصله نوک بینی تا گو ش(معمولا نرمه گوش) و سپس فاصله گوش تا انتهای استخوان جناغ (گزیفوئید) اندازه گیری می‌شود.

۹. سر لوله را به اندازه ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر با ماده لغزاننده (ژل لوبریکانت محلول در آب) آغشته کنید.
۱۰. برای کاهش از حس ناخوشایند بیمار می‌توان از بی حس کننده‌های موضعی استفاده کرد یا از وی بخواهید به مدت چند دقیقه یک تکه یخ را در دهان گذاشته نگه دارد.
۱۱. از بیمار بخواهید سر خود را کاملا به سمت بالا نگه دارد (در صورتی که هوشیاری خوبی ندارد خودتان اینکار را انجام دهید). بعد از اینکه لوله را تا حلق وارد کردید سپس سر را بالا آورید که چانه به سینه بچسبد. به او آموزش دهید تا مکرراً عمل بلع را انجام دهد. هنگامی که بیمار عمل بلع را انجام می‌دهد لوله را در جهت پایین وعقب هدایت کنید(شکل۷-۲).

■ **شکل۷-۲.** پوزیشن دادن به سر در هنگام واردکردن NGT

۱۲. در صورتی که بیمار دچار حالت تهوع شده است یا سرفه می‌کند، محل لوله را با چوب زبان و چراغ قوه کنترل کنید زیرا ممکن است سوند در پشت گلو جمع شده باشد.
۱۳. در صورتی که بیمار محدودیت ندارد، چند جرعه آب به بیمار بدهید.
۱۴. لوله را تا محلی که با چسب علامت مشخص کرده بودید، وارد کنید. در ضمن اینکار اگر با مقاومت روبرو شدید، لوله را بچرخانید.
۱۵. درهنگام اجرای کار در صورت ایجاد مشکلات تنفسی (نفس نفس‌زدن، سرفه، سیانوز) کار را متوقف کرده، لوله را خارج کنید.
۱۶. به یکی از روش های زیر مطمئن شوید که لوله داخل معده بیمار است.

الف) سرنگ را به انتهای لوله وصل کرده و مقدار کمی از محتویات معده را آسپیره کنید. با کاغذ مخصوص، PH آن را اندازه گیری کنید. PH طبیعی معده معمولا اسیدی می باشد).

ب) ۱۰-۲۰ cc هوا را داخل سرنگ بکشید و از طریق سوند معده بشکل ناگهانی به داخل معده تزریق کنید سپس صدای آن را از طریق گوشی پزشکی سمع کنید(شکل۷-۳).

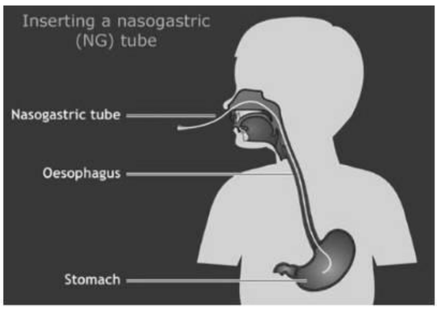
■ **شکل۷-۳.** کنترل محل صحیح لوله در معده از طرق وارد کردن ناگهانی هوا با سرنگ گاواژ در لوله

ج) یک رادیوگرافی از محل لوله بگیرید (در صورت دستور پزشک)

۱۷. دستکش ها را خارج کنید.
۱۸. سوند را با چسب کاغذی در محل بینی بیمار ثابت کنید. دقت کنید لوله در قسمت بینی بیش از حد کشیده نشود. برای تثبیت سوند معده از چسب بسته‌بندی شده

مخصوص لوله نازو گاستریک یا یک تکه ۱۰ سانتی‌متری چسب ببرید و ۵ سانتی‌متر انتهای آن را از وسط بطور طولی ببرید سپس انتهای بریده نشده چسب را روی تیغه بینی بیمار بگذارید وانتهای بریده شده چسب را پس از چسباندن به زیر و روی لوله، به روی بینی بچسبانید.

۱۹. با استفاده از نوار چسب یا سنجاق قفلی یا باند کشی لوله را به لباس بیمار وصل کنید.
۲۰. بر حسب نیاز سر سوند را به دستگاه ساکشن وصل کرده یا آن را کلامپ کنید.
۲۱. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.
۲۲. دستها را بشوئید.
۲۳. به بیمار یا خانواده وی آموزش دهید تا در فواصل زمانی منظم دهانشویه انجام دهد و اگر در این امر ناتوان است برای او دهانشویه انجام دهید.
۲۴. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.
۲۵. مشاهدات خود را ثبت کنید.



■ **شکل۷-۴.** مسیر عبور لوله NGT

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مشخصات ترشحات تخلیه شده معده را ارزیابی کنید.
۲. سطح راحتی بیمار کنترل کنید.
۳. شرایط تنفسی بیمار کنترل کنید.

غذا دادن از طریق سوند معده (گاواژ)

مقدمه

زمانی که بیمار توانایی خوردن غذا ندارد ولی قادر به هضم و جذب مواد غذایی است تغذیه با سوند انجام می شود. ممکن است برای بیمار از سوند بینی معده ای یا بینی روده ای استفاده شود که این لوله ها را به مدت بیش از ۴ هفته نمی توان نگه داشت.

اهداف

تغذیه و دارو درمانی در بیمارانی که محدودیت در مصرف مواد غذایی از دهان دارند.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نیازهای تغذیه ای
۲. بررسی حساسیت به مواد غذایی یا داروهای خاص
۳. بررسی وجود صدای روده
۴. بررسی تخلیه محتویات معده

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ظرف مدرج حاوی مقدار مناسب غذا یا دارو
- سرنگ ۵۰ میلی لیتری(گاواژ)
- دستکش یکبار مصرف
- رسیور
- حوله یا پد یکبار مصرف
- لیوان آب با درجه حرارت اتاق

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. سر تخت را بالا بیاورید تا بیمار در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
۵. برای جلوگیری از ورود مواد غذایی به ریه بیمار، پیش از هر بار تغذیه مطمئن شوید که لوله در معده قرار دارد (به مبحث سوندگذاری شماره ۱۶ مراجعه کنید)

۶. باقیمانده مواد غذایی موجود در معده رابه کمک سرنگ بکشید. در صورتی که بیش از نصف حجم وعده غذایی قبلی غذا در معده باقی مانده باشد، نشان دهنده تأخیر در تخلیه معده است. مایع کشیده شده را به معده بازگردانید و تغذیه بیمار را به تاخیر بیندازید (در صورتیکه این وعده را به بیمار دهید دچار سندروم دامپینگ شده و مواد غذایی قبل از جذب بشکل اسهال از بدن دفع می‌شود).

۷. نکته: سندروم دامپینگ مجموعه ای از علایم است که ناشی از دادن حجم زیاد و یا سریع به بیمار، سرد یا گرم بودن بیش از حدمایع گاواژ و یا عفونی بودن آن می باشد که با علایم هیپوتانسیون، تاکی کاردی، پوست سرد و مرطوب و اسهال خود را نشان می‌دهد.

نکته: مقدار گاواژ مواد غذایی توسط کارشناس تغذیه تعیین می‌شود.

۸. ابتدا لوله معده را کلامپ کنید تا از ورود هوا به معده جلوگیری شود سپس سرنگ را از انتهای لوله جدا کنید و پیستون را از داخل سرنگ خارج کنید. اجازه دهید مایع گاواژ طبق نیروی جاذبه وارد لوله شود.

۹. سرنگ را به لوله وصل کرده و ۲۰ تا ۳۰ سی سی آب در سرنگ بریزید تا سرنگ شسته شود.

۱۰. قبل از تمام شدن آب، محلول غذایی ولرم را به داخل سرنگ بریزید. در تمام مدت سرنگ باید پر از محلول غذایی باشد. سرعت ورود مواد غذایی را با کم یا زیاد کردن ارتفاع سرنگ کنترل نمایید. فاصله ۴۰ – ۴۵ cm از سطح شکم مناسب می‌باشد.

۱۱. مایع گاواژ باید به آرامی و در مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه وارد معده بیمار شود.

۱۲. برای شستشوی سوند قبل از این که محلول غذایی به طور کامل تمام شود حدود ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب ولرم را به درون سرنگ بریزید.

۱۳. قبل از تمام شدن آب، لوله معده را با فشار انگشتان کلامپ کنید و سرنگ را از لوله معده جدا کنید. پیستون را داخل سرنگ قرار دهید و مجدداً سرنگ را به سر لوله وصل کنید تا از ورود هوا به داخل معده جلوگیری شود. می توان تنها لوله را کلمپ کرد.

۱۴. بیمار را به مدت ۳۰ دقیقه در وضعیت نشسته قرار دهید و تحت نظر باشد.

۱۵. وسایل را به محل مربوطه برگردانید.

۱۶. دستکش را خارج کنید و دستها را بشویید.

۱۷. مشاهدات خود را ثبت کنید.

گاواژ با استفاده از پمپ تغذیه

۱. به مرحله ۱ تا ۷ روش گاواژ مراجعه شود.

۲. کیسه تغذیه برچسب‌دار را به پایه سرم وصل کنید و بگذارید که محلول جریان یابد.

۳. تعداد قطرات سرم را از روی دستگاه تنظیم نمایید.

۴. بیمار باید در هنگام تغذیه حتما نشسته باشد و در صورت محدودیت خوابیده به پهلو قرار گیرد.

۵. بیمار در حین تغذیه تحت نظر باشد.

۶. بهتر است بیمار تا یک ساعت بعد از تغذیه در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو قرار گیرد.

۷. وسایل را به محل مربوطه برگردانید.

۸. دستکش را خارج کنید و دستها را بشویید.

۹. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

- وضعیت گوارشی بیمار نظیراحساس پری، نفخ شکمی، تهوع، سرفه و ... را بررسی کنید.
- بیمار را هر روز وزن کنید.
- تغییرات دفع بیمار نظیر اسهال، دفع گاز یا یبوست را بررسی کنید.

آموزش به بیمار و خانواده

۱. این روش تغذیه‌ای تنها برای ۶-۴ هفته برای مناسب است و در صورت تداوم مشکلات بیمار، پزشک یک روش دیگر برای تغذیه بیمار انتخاب خواهد کرد (گاستروستومی/ژژنوستومی).

۲. در مدتی که بیمار در بیمارستان می باشد، تغذیه بیمار بر اساس نظارت کارشناس تغذیه می باشد.

۳. در هنگام ترخیص، حجم و نوع مایع گاواژ را کارشناس تغذیه بر اساس آزمایشات و نیاز تغذیه ای بیمار تعیین می کند که باید حتما رعایت شود.

۴. مایع غذایی تهیه شده برای بیمار نباید بیشتر از ۲۴ ساعت در یخچال باقی بماند.

۵. در تهیه ماده غذایی از ادویه جات به هیچ وجه استفاده نشود.
۶. کمی قبل از گاواژ مایع مورد نظر را در دمای اتاق قرار دهید تا هم دمای اتاق گردد. در غیراینصورت سندروم دامپینگ اتفاق می افتد.
۷. قبل و بعد از تغذیه حتما سوند با ۳۰- ۵۰ سی سی آب شسته شود.
۸. دقت کنید که در حین تغذیه هوا وارد معده بیمار نشود.

روش ساکشن ترشحات معده

مقدمه

به منظور خروج مایعات و ترشحات معده با استفاده از فشار منفی می باشد. در این روش، به منظور تخلیه و جمع آوری ترشحات معده انتهای خارجی لوله را به یک دستگاه مکنده وصل می کنند.

اهداف

۱. تخلیه و جمع آوری ترشحات معده بیمار
۲. رفع انسداد گوارشی
۳. بعد از اعمال جراحی سنگین گوارشی جهت کاهش فشار بر بخیه‌ها و باز شدن آنها
۴. کمک به خروج خون در موارد خونریزی گوارشی[1]

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستگاه ساکشن
- لوله‌های رابط ساکشن

روش کار:

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. لوله رابط را به دستگاه ساکشن وصل کنید.
۵. نوع و مقدار ساکشن را با توجه به وضعیت بیمار تنظیم کنید.
۶. سوند معده را از طریق قطعه رابط به لوله ساکشن متصل کنید.
۷. لوله را پائین تر از سطح بدن قرار دهید.
۸. مخزن دستگاه را قبل از پرشدن باید تخلیه کنید.
۹. نکته: گاهی اوقات جهت ساکشن ترشحات معده و یا کاهش فشار تنها انتهای لوله را به بگ متصل می‌کنند.
۱۰. وسایل را به محل مربوطه برگردانید.
۱۱. دستکش را خارج کنید و دستها را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مشاهدات خود را ثبت کنید.
۲. میزان ترشحات خروجی و کیفیت آن را در برگ جذب – دفع(IO)[2] ثبت نمائید.

خارج کردن لوله معده

نکات مورد بررسی

۱. بررسی صداهای روده
۲. بررسی میزان غذای باقیمانده
۳. بررسی تهوع و استفراغ

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یکبار مصرف
- کیسه نایلونی
- پنبه و دستمال کاغذی
- وسایل دهان شویه
- حوله

روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.

1.GastroIntestinal Bleeding(GIB)

2. Intake output

۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. در صورت امکان بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد و اگر محدودیت دارد سر تخت بالا قرار بگیرد.
۵. حوله یا پد را روی سینه بیمار پهن کنید.
۶. نوار فیکس کننده سوند را از روی بینی بیمار جدا کنید.
۷. در حالی که از بیمار می خواهید نفس عمیق بکشد و آن را در سینه حبس کند تا راه هوایی بسته شود و از آسپیراسیون پیشگیری شود. سوند را به سرعت خارج کنید(تا رفلکس گگ و حالت تهوع کمتر ایجاد گردد).
۸. سوند را داخل کیسه نایلونی قرار دهید.
۹. دستکش را خارج کنید و دستها را بشویید.
۱۰. بیمار را دهانشویه کنید.
۱۱. وسایل را در سر جای خود قرار دهید.
۱۲. مشاهدات خود را ثبت کنید.

غذا دادن از طریق گاستروستومی یا ژژونوستومی

مقدمه

گاهی در بیماران مبتلا به سرطان و سکته مغذی و اشکال در بلع یا افراد دچار انسداد به دنبال ترومای مری و دهان که به مدت بیشتری لازم است تغذیه روده ای داشته باشند، باید با کمک روش جراحی و از طریق پوست و ایجاد برش بر روی شکم تغذیه انجام شود. اگر لوله وارد معده شود، گاستروستومی و اگر وارد ژژنوم (بخش میانی روده باریک) شود به نام ژژنوستومی خوانده می شود.

اهداف

- تغذیه و دارو درمانی در بیمارانی که به مدت طولانی قادر به بلع نیستند.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نیازهای تغذیه ای
۲. بررسی حساسیت به مواد غذایی یا داروهای خاص
۳. بررسی وجود صدای روده
۴. بررسی تحمل مایع گاواژ قبلی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز:

- ظرف مدرج حاوی مقدار مناسب غذا یا دارو
- سرنگ ۵۰ میلی لیتری همراه با رابط
- دستکش یکبار مصرف
- رسیور
- حوله یا پد یکبار مصرف
- لیوان آب با درجه حرارت اتاق

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن درب و پنجره ایجاد می‌کند.
۵. کلامپ لوله را باز کنید.
۶. محتویات معده را آسپیره کنید.
۷. مقدار غذای باقیمانده را بررسی کنید.
۸. در صورتی که کمتر از ۵۰ درصد غذا در معده باقی مانده باشد، کار را ادامه دهید.
۹. سرنگ را از محلول پر کنید و سر آنرا به لوله متصل کنید و آن را ۱۵-۷ سانتی متر بالاتر از دهانه مجرا قرار دهید.
۱۰. اجازه دهید مایع از طریق نیروی جاذبه وارد معده شود.
۱۱. بعد از انجام کار با ۳۰ سی سی آب لوله را شستشو دهید.
۱۲. سرنگ را از لوله جدا کنید.
۱۳. لوله را کلامپ کنید.

۱۴. وسایل را به محل مربوطه برگردانید.
۱۵. دستکش را خارج کنید و دستها را بشویید.
۱۶. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. وضعیت گوارشی بیمار نظیراحساس پری، نفخ شکمی، تهوع و سرفه و ... را بررسی کنید.
۲. بیمار را هر روز وزن کنید.
۳. تغییرات دفع بیمار نظیر اسهال، دفع گاز یا یبوست را بررسی کنید.

آموزش به بیمار و خانواده:

به مبحث تغذیه با لوله بینی- معده‌ای مراجعه شود.

شستشوی معده(لاواژ معده)

اهداف:

۱. جهت تخلیه محتویات معده(مسمومیتها)
۲. جهت کنترل خونریزی

نکات مورد بررسی

۱. سطح هوشیاری بیمار بررسی شود.
۲. سطح همکاری بیمار مشخص شود.
۳. در بیماران بیهوش بهتر است، ابتدا یک راه هوایی برای بیمار در نظر گرفته شود و سر تخت بالا آورده شود.

تجهیزات و لوازم

لوله معده - ژل لغزنده - محلول شستشو(نرمال سالین)
چسب - لوله رابط و قیف - سطل یا کیسه تخلیه - ساکشن - اکسیژن - دستکش

روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۴. لوله معده را به روش گفته شده در معده بیمار قرار دهید.
۵. وضعیت بیمار در این پروسیجر بهتر است خوابیده به پهلو قرار گیرد و سر او پائین تر از بدنش باشد.
۶. محلول شستشو(سرم نمکی شست و شو یا سرم نرمال سالین قابل تزریق) با درجه حرارت محیط را به ست سرم متصل کنید و بعد از هواگیری سر آن را به لوله معده وصل کرده و کلمپ را باز کنید تا محلول به سرعت تخلیه شود.

نکته: در خونریزی های گوارشی میتوان از سرم شست و شو سرد بهره برد تا با انقباض عروق مانع خونریزی بیشتر گردد.

۷. در هر نوبت نباید بیش از ۳۰۰-۵۰ سی سی مایع شستشو برای بیمار دچار مسمومیت دارویی استفاده شود بدلیل اینکه افزایش حجم معده باعث باز شدن دریچه پیلور و وارد شدن مایع به روده باریک می شود و سموم جذب می شوند.
۸. پس از هر نوبت لاواژ انتهای لوله معده را از سرم جدا کرده و به کیسه تخلیه متصل کنید و اجازه دهید تا محتویات خارج شود، سپس دوباره کار را انجام دهید.
۹. شستشو را تا جایی ادامه دهید که مایع برگشتی صاف و شفاف شود.
۱۰. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.
۱۱. دستکش را در بیاورید و دستها را بشویید.
۱۲. وسایل را در جای خود قرار دهید.
۱۳. مشاهدات خود را ثبت کنید.
۱۴. موارد غیرطبیعی را گزارش کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مشخصات ترشحات تخلیه شده معده را ارزیابی کنید.
۲. شرایط تنفسی بیمار کنترل شود.

	چک لیست سوند بینی- معده	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	باز بودن سوراخ بینی را به شیوه گفته شده کنترل می‌کند.			
۷	طول تقریبی سوند را بدرستی اندازه می‌گیرد.			
۸	سر لوله را به اندازه ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر با ماده لغزنده (ژل) آغشته می‌کند.			
۹	از بیمار می‌خواهد تا سر خود را کاملا به سمت بالا نگه دارد			
۱۰	لوله را تا محلی که با چسب مشخص کرده بود، وارد می‌کند.			
۱۱	در ضمن انجام کار اگر با مقاومت روبرو شد، لوله را می‌چرخاند.			
۱۲	درهنگام اجرای کار در صورت ایجاد مشکلات تنفسی (نفس نفس زدن، سرفه، سیانوز) کار را متوقف کرده، لوله را خارج می‌کند.			
۱۳	اطمینان حاصل می کند که لوله در معده قرار دارد.			
۱۴	دستکش‌ها را خارج می‌کند.			
۱۵	سوند را با چسب کاغذی بدرستی در محل بینی و لباس بیمار ثابت می‌کند.			
۱۶	بر حسب نیاز سر سوند را به دستگاه ساکشن وصل کرده یا آن را کلامپ می‌کند.			
۱۷	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد			
۱۸	در مورد دهانشویه به بیمار و یا خانواده آموزش می‌دهد.			
۱۹	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست ساکشن ترشحات	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	لوله رابط را به دستگاه ساکشن وصل می کند.			
۷	سوند معده را از طریق قطعه رابط به لوله ساکشن متصل می‌کند.			
۸	لوله را پائین‌تر از سطح بدن قرار می‌دهد.			
۹	مخزن را در مواقع لزوم تخلیه می‌کند.			
۱۰	دستکش‌ها را خارج می‌کند.			
۱۱	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست گاواژ	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	قبل از تغذیه از قرارگیری سوند در معده اطمینان حاصل می‌کند.			
۷	مقدار باقیمانده غذا در معده را در سرنگ می‌کشد.			
۸	مایع گاواژ را در حجم و مقدار درست آماده می‌کند.			
۹	لوله معده را با فشار انگشتان خود کلامپ می‌کند.			
۱۰	سرنگ را از انتهای لوله جدا می‌کند و پیستون را از داخل سرنگ خارج می‌کند.			
۱۱	مجددا سرنگ را به لوله وصل کرده و ۲۰ تا ۳۰ سی سی آب در سرنگ می‌ریزد تا سرنگ شسته شود.			
۱۲	قبل از تمام شدن آب، محلول غذایی ولرم را به داخل سرنگ می‌ریزد.			
۱۳	سرعت ورود مواد غذایی را با کم یا زیاد کردن ارتفاع سرنگ کنترل می‌نماید.			
۱۴	در انتها برای شستشوی مجدد لوله از ۲۰-۳۰ سی سی آب استفاده می‌کند			
۱۵	قبل از تمام شدن آب، لوله معده را با فشار انگشتان کلامپ می‌کند و مجددا به سرنگ پیستون دار وصل می‌کند.			
۱۶	دستکش‌ها را خارج می‌کند.			
۱۷	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست گاواژ با پمپ تغذیه	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	قبل از تغذیه از قرار گیری سوند در معده اطمینان حاصل می‌کند.			
۷	مقدار باقیمانده غذا در معده را در سرنگ می‌کشد.			
۸	مایع گاواژ را در حجم و مقدار درست آماده می‌کند.			
۹	کیسه تغذیه برچسب دار را به پایه سرم وصل می‌کند.			
۱۰	تعداد قطرات سرم را از روی دستگاه بدرستی تنظیم می‌نماید.			
۱۱	بیمار در حین تغذیه تحت نظر قرار می‌دهد.			
۱۲	به بیمار یا خانواده توضیح می‌دهد که تا یک ساعت بعد از تغذیه باید بنشیند.			
۱۳	دستکش ها را خارج می‌کند.			
۱۴	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست خارج کردن لوله بینی- معده ای	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	حوله یا پد را روی سینه بیمار پهن می‌کند.			
۷	نوار فیکس کننده سوند را از روی بینی بیمار جدا می‌کند.			
۸	سوند را بدرستی خارج می‌کند.			
۹	سوند را داخل کیسه نایلونی قرار می‌دهد.			
۱۰	دستکش را خارج می‌کند و دستها را می‌شوید.			
۱۱	بیمار را دهانشویه می‌کند.			
۱۲	وسایل را در سر جای خود قرار می‌دهد.			
۱۳	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست لاواژ	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد (فالرز).			
۶	محلول شستشو با درجه حرارت محیط را به ست سرم متصل کرده و بعد از هواگیری سر آن را به لوله معده وصل می کند.			
۷	کلمپ را باز می‌کند تا محلول به سرعت تخلیه شود.			
۸	حجم مایع را بدرستی تنظیم می‌کند.			
۹	پس از هر نوبت لاواژ انتهای لوله معده را از سرم جدا کرده و به کیسه تخلیه متصل می‌کند و اجازه می دهد تا محتویات خارج شود، سپس دوباره کار را انجام می دهد.			
۱۰	شستشو را تا جایی ادامه می‌دهد که مایع برگشتی صاف و شفاف شود.			
۱۱	بیمار را در وضعیتی راحتی قرار می دهد.			
۱۲	دستکش‌ها را خارج می‌کند.			
۱۳	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

	چک لیست گاستروستومی و ژژونوستومی	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد			
۶	محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ایجاد می کند.			
۷	کلامپ لوله را باز می‌کند.			
۸	محتویات معده را آسپیره می‌کند.			
۹	سرنگ را از محلول پر می‌کند و سر آنرا به لوله متصل کرده و آن را ۱۵-۷ سانتی‌متر بالاتر از دهانه مجرا قرار می‌دهد.			
۱۰	اجازه می دهد تا مایع از طریق نیروی جاذبه وارد معده شود.			
۱۱	بعد از انجام کار با ۳۰ سی سی آب لوله را شستشو می دهد.			
۱۲	سرنگ را از لوله جدا می‌کند.			
۱۳	لوله را کلامپ می‌کند.			
۱۴	دستکش را خارج می‌کند و دستها را می‌شوید.			
۱۵	وسایل را در سر جای خود قرار می‌دهد.			
۱۶	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

فصل (۸)

قرار دادن سوند ادراری

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. به شکل صحیح سوند ادراری را تعبیه نمایند.
۲. موارد مورد نیاز به انجام کشت ادراری را نام ببرند.
۳. در صورت وجود سوند ادراری، نمونه ادرار استریل تهیه نمایند.
۴. موارد مورد نیاز به جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته را نام ببرند.
۵. نحوه انجام ادرار ۲۴ ساعته، را به شکل کامل برای بیمار توضیح دهند.

اصلاحات فصل قراردادن سوند ادراری	
Urgency	احساس نیاز فوری برای دفع ادرار
Dysuria	دیزوری درد حین دفع ادرار
Frequency	دفع ادرار در فواصل مکرر(≥2 ساعت)
Hesitancy	مشکل در شروع دفع ادرار
Polyuria	دفع مقادیر زیادی ادرار
Oliguria	کاهش برون ده ادرار نسبت به میزان دریافت مایعات
Nacturia	دفع ادرار در شب
Incontinence	دفع غیر ارادی ادرار
Hematuria	خون در ادرار
Retantion	تجمع ادرار در مثانه یا عدم توانایی مثانه برای تخلیه کامل
Residual Volume	حجم ادرار باقیمانده بعد از دفع

قراردادن سوند ادراری

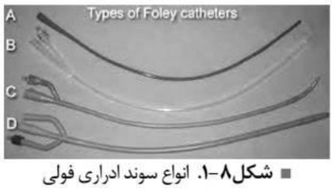
مقدمه

سونداژ ادراری عبارت است از وارد کردن یک لوله باریک به نام سوند از طریق مجرای ادرار به داخل مثانه است. انواع سوندهای ادراری با اندازه های مختلف وجود دارد که با توجه به مدت زمان باقی ماندن سوند و نوع و محل قرار گیری و سن و جنس بیمار از آنها استفاده می شود.

سوند فولی سوند یا باقی ماندنی[1]: سوند فولی دارای دو یا سه مجرا می باشد، یک مجرا ادرار را به کیسه ادرای تخلیه می کند. مجرای دوم جهت تخلیه بالن یا باد کردن آن با آب مقطر استریل می باشد. در سوند های سه شاخه مجرای سوم ممکن است جهت تزریق مایع یا دارو به مثانه استفاده شود(شکل۸-۱).

سوند نلاتون یا موقت: در موارد نمونه‌گیری ادرار و رفع احتباس ادراری استفاده می‌شود.

سوند کاندومی: سوندی است ویژه آقایان و یک روش غیر تهاجمی می‌باشد که بیمار به شکل ارادی خود را تخلیه می‌کند. در همین فصل به تفصیل توضیح داده خواهد شد.



■ **شکل۸-۱.** انواع سوند ادراری فولی

اهداف

۱. بررسی عملکرد سیستم ادراری
۲. شستشوی مثانه
۳. استعمال مستقیم دارو در مثانه با هدف درمانی
۴. کاستن از ناراحتی ناشی از احتباس ادراری
۵. تخلیه تدریجی مثانه متسع
۶. تهیه نمونه ادرار استریل در موارد خاص
۷. تخلیه کامل مثانه قبل از اعمال جراحی

1. Foley or Retention

نکات مورد بررسی

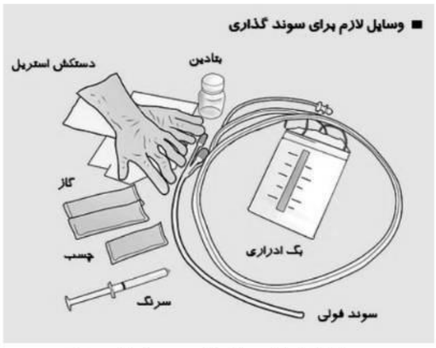
۱. بررسی علت دستور سوند گذاری توسط پزشک
۲. بررسی توانایی بیمار در قرار گرفتن در وضعیت مناسب در حین سونداژ
۳. بررسی الگوی دفع بیمار
۴. بررسی وجود احتباس ادراری
۵. بررسی نشانه های عفونت ادراری(بوی نامطبوع، درد پهلو، سوزش هنگام ادرار)
۶. بررسی زمان و مقدار آخرین ادرار دفع شده بیمار
۷. بررسی سابقه بزرگی خوش خیم پروستات[2]

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ست استریل سونداژ(سینی استریل، پنس و پنست، گالی پات، رسیور استریل، شان‌های استریل یا یک شان پرفوره، گلوله پنبه یا گاز استریل)
- محلول ضد عفونی کننده
- ژل لغزنده کننده استریل(ژل لوبریکنت)
- سوند فولی یا نلاتون بر حسب نیاز و متناسب با اندازه و جنسیت مددجو
- کیسه ادراری
- دستکش استریل
- کیسه نایلون برای وسایل مصرفی
- ظرف نمونه برداری استریل(در صورت دستور لزوم)
- سرنگ

2. Benign Prostate Hypertrophy(BPH)

- نرمال سالین
- پد ضد آب
- چسب
- آب مقطر(شکل۸-۲)



■ **شکل۸-۲.** وسایل لازم جهت انجام سونداژ

روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا در زنان

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن درب‌ها و کشیدن پرده ایجاد کنید.
۵. به مددجو توضیح دهید تا ناحیه پرینه را با آب و صابون بشوید و خشک کند. در صورتیکه مددجو ناتوان است این کار را در تخت انجام دهید.(شستشو از مجرای ادرار به سمت معقد انجام می‌گیرد).
۶. کلیه اقدامات مناسب جهت پیشگیری از عفونت را بکار بندید.
۷. نور مناسب را تامین کنید.
۸. کیسه نایلونی را در جایی بگذارید که به آسانی بتوانید پنبه های استفاده شده را درون آن بریزید.
۹. در صورتیکه دست راست هستید در سمت راست بیمار و در صورت چپ دست بودن در سمت چپ بیمار بایستید.
۱۰. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید(خوابیده به پشت به طوری که زانو ها خمیده و رانها به طرف خارج چرخیده باشند). در صورت ناتوانی بیمار، وضعیت یکطرفه جایگزین شود.
۱۱. با رعایت روش استریل سینی ست سونداژ را در سطح قابل دسترسی باز کنید(مراجعه شود به مبحث باز کردن ست استریل).
۱۲. با استفاده از پنس استریل تعدادی از گلوله های پنبه را داخل کاسه گذاشته و مقداری محلول ضد عفونی کننده روی آن بریزید. سوند را باز کرده روی سطح استریل بگذارید. کمی ماده لغزنده را روی یک عدد گاز استریل بگذارید.
۱۳. بسته محتوی دستکش استریل را روی میز به طریق استریل باز کنید.
۱۴. دستکش ها ی استریل را بپوشید.
۱۵. به یکی از دو حالت زیر می توان پرینه بیمار را جهت سوند گذاری استریل آماده کرد:

الف: یک شان استریل را زیر باسن بیمار بیندازید. یک شان پرفوره را روی بیمار بیندازید به طوری که تنها ناحیه پرینه در معرض دید باشد.

ب: یک شان استریل را زیر باسن بیمار بیندازید. یک شان روی ران چپ، یک شان روی ران سمت راست و یک شان را روی شکم بیمار طوری قرار دهید که تنها ناحیه پرینه مشخص باشد.

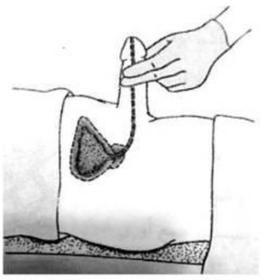
۱۶. با دست غیر غالب خود دو لابیا را از هم جدا کنید. در تمام مدت سوند گذاری نباید دو لابیا رها شود.(این دست دیگر استریل محسوب نمی‌شود). شکل۸-۳.

■ **شکل۸-۳.** پوزیشن بیمار و پرستار در هنگام سونداژ. با یک دست دو لابیا از هم بازشده و با دست دیگر(باحفظ استریلیتی) سوند وارد مجرای ادراری می‌شود. در زمان ورود سوند از بیمار بخواهید نفس عمیق کشیده و خود را شل نماید.

۱۷. مجرای خروج ادرار را از نظر وجود هر نوع علامت غیر طبیعی نظیر تورم وجود ترشح یا زخم بررسی کنید.
۱۸. با دست غالب و استریل و با استفاده از پنس و پنبه آغشته به محلول ضد عفونی‌کننده، ابتدا لب بزرگ و سپس لب کوچک واژن را بالا به طرف پایین تمیز کنید(با هر پنبه یکبار مجرای ادرار را تمیز کنید این عمل را ۳-۴ بار تکرار کنید).
۱۹. با یک پنبه خشک مجرای ادرار را خشک کنید و محلول اضافه را بگیرید.
۲۰. نوک سوند را آغشته به ماده لغزنده کنید و انتهای سوند را داخل رسیور قرار دهید(بسیاری از پرستاران ترجیح می دهند که انتهای سوند از ابتدای سوند گذاری به کیسه ادراری متصل شود).
۲۱. سوند را به آرامی حدود ۵ سانتیمتر (تا زمان برگشت ادرار) داخل مجرا کنید. اگر ادرار نیامد به بیمار توصیه کنید تا سرفه کند(اینکار باعث افزایش فشار داخل شکم می شود و به خروج ادرار کمک می‌کند) و جهت شل شدن اسفنکتر خارجی نفس عمیق و آهسته بکشد.
۲۲. در صورتی که از سوند فولی استفاده می‌کنید ۲/۵ سانتی‌متر دیگر آنرا داخل کنید.
۲۳. اگر در دستور کار بود نمونه ادرار استریل را تهیه کنید.
۲۴. اگر از سوند یک شاخه برای سونداژ استفاده می‌شود اجازه دهید مثانه به طور تدریجی خالی شود و سپس سوند را درآورید و مقدار ادرار را اندازه گیری و یادداشت کنید.
۲۵. اگر از سوند فولی استفاده می‌کنید، سوند را با سرنگ حاوی محلول، پر کنید.
۲۶. انتهای سوند فولی را به کیسه ادراری متصل کنید(اگر از ابتدا سوند را به کیسه ادراری متصل نکرده‌اید در این مرحله این اقدام را انجام دهید)
۲۷. سوند را با یک چسب به گونه ای به سمت داخلی پا وصل کنید تا با حرکت مددجو یا جابجایی لوله کشیده و جابجا نشود.
۲۸. به بیمار کمک کنید در وضعیت راحتی قرار گیرد و وی را با ملحفه بپوشانید.
۲۹. توجه شود که کیسه ادرار پائین‌تر از مثانه قرار گیرد تا در امر تخلیه ادرار مشکلی ایجاد نشود.
۳۰. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست‌وشو دهید.
۳۱. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ب: روش اجرا در مردان

۱. به مرحله ۱- ۹ روش اجرا در زنان مراجعه شود.
۲. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. در صورت ناتوانی بیمار، وضعیت یکطرفه جایگزین شود.
۳. کیسه نایلونی را در جایی بگذارید که به آسانی بتوانید پنبه های استفاده شده را درون آن بریزید.
۴. با رعایت روش استریل سینی ست سونداژ را در سطح قابل دسترسی باز کنید.(مراجعه شود به مبحث باز کردن ست استریل).
۵. با استفاده از پنس استریل تعدادی از گلوله‌های پنبه را داخل کاسه گذاشته و مقداری محلول ضدعفونی کننده روی آن بریزید. سوند را باز کرده روی سطح استریل بگذارید.
۶. کمی ماده لغزنده را روی یک عدد گاز استریل بگذارید.
۷. بسته محتوی دستکش استریل را روی میز به طریق استریل باز کنید.
۸. در صورتیکه دست راست هستید در سمت راست بیمار و در صورت چپ دست بودن در سمت چپ بیمار بایستید.
۹. دستکش‌های استریل را بپوشید.
۱۰. شان پرفوره استریل را طوری روی ناحیه تناسلی قرار دهید که آلت از آن خارج باشد.
۱۱. با دست غیر غالب خود آلت را با زاویه ۹۰ درجه نسبت به بدن قرار دهید (به ورود سوند کمک می‌کند). در صورتی که مددجو ختنه نشده باشد پوست سر آلت را به عقب بکشید تا مجرا ادرار دیده شود.(این دست دیگر استریل محسوب نمی‌شود).شکل۸-۴.



■ **شکل۸-۴.** در هنگام واردکردن سوند ادراری، سر آلت بالا آورده شده و در حالت ۹۰ درجه قرار گیرد.

۱۲. مجرای خروج ادرار را از نظر وجود هرگونه علامت غیر طبیعی نظیر تورم وجود ترشح یا زخم بررسی کنید.
۱۳. با دست غالب و استریل و با کمک پنس و پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده، شستن را از محل مجرا به اطراف به طور دورانی انجام دهید (با هر پنبه یکبار مجرای ادرار را تمیز کنید این عمل را ۳-۴ بار تکرار کنید).
۱۴. ۷-۵سانتی متر از نوک سوند را آغشته به ماده لغزنده (ژل لیدوکائین)کنید تا درد و ناراحتی بیمار کاهش پیدا کند و انتهای سوند را داخل رسیور قرار دهید. گاهی پرستاران ترجیح می دهند در این مرحله انتهای سوند را به کیسه ادراری متصل کنند.
۱۵. سوند را به آرامی حدود ۲۰ سانتی‌متر (تا زمان برگشت ادرار) داخل کنید. اگر ادرار نیامد به بیمار بگوئید سرفه کند(باعث افزایش فشار داخل شکم می‌شود و به خروج ادرار کمک می‌کند) و جهت شل شدن اسفنکتر خارجی نفس عمیق و آهسته بکشد.
۱۶. بعد از جریان پیدا کردن ادرار ۲/۵ سانتی‌متر دیگر آنرا داخل کنید.
۱۷. اگر از سوند فولی استفاده می کنید، سوند را با سرنگ حاوی آب مقطر و هوا، پر کنید.
۱۸. انتهای سوند فولی را به کیسه ادراری متصل کنید(اگر از ابتدا سوند را به کیسه ادراری متصل نکرده‌اید در این مرحله این اقدام را انجام دهید)
۱۹. سوند را با یک چسب به گونه‌ای به سمت داخلی پا وصل کنید تا با حرکت مددجو یا جابجایی لوله کشیده و جابجا نشود.
۲۰. به بیمار کمک کنید در وضعیت راحتی قرار گیرد و وی را با ملحفه بپوشانید.
۲۱. توجه شود که کیسه ادرار پائین تر از مثانه قرار گیرد تا در امر تخلیه ادرار مشکلی ایجاد نشود.
۲۲. دستکش‌ها را خارج کرده و دست‌های خود را شست‌وشو دهید.
۲۳. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. میزان راحتی بیمار را ارزیابی کنید.
۲. مشخصات ادرار از جمله حجم، رنگ و ... را بررسی کنید.
۳. پزشک را در جریان یافته های غیر طبیعی قرار دهید.

آموزش بیمار و خانواده

در مواردی که بیمار با سونداژ مرخص می‌شود.

۱. اگر جریان ادرار در ابتدا به خوبی برقرار شد و رنگ ادرار شفاف بود ولی پس از چند ساعت جریان ادرار متوقف شد، لوله را از نظر پیچ خوردن کنترل کنند.
۲. برای انجام هر مداخله‌ای از روش استریل استفاده کنند.
۳. علائم ونشانه های عفونت ادرار شامل سوزش، تکرر، درد شکم و ادرار کدر را مورد توجه قرار دهند.
۴. از مایعات به حد کافی استفاده کنند.
۵. کیسه جمع آوری ادرار همواره لازم است پائین‌تر از سطح بدن قرار گیرد. (در حالت آویزان نه در تماس با زمین).
۶. سوند ادراری هر ۱۴ ورز باید تعویض شود.

گذاشتن کاندوم کاتتر

مقدمه

کاندوم کاتتر فقط در جنس مذکر استفاده می‌شود. مانند کاندوم روی آلت تناسلی کشیده می‌شود و با چسب مخصوص خود به عضو ثابت می‌شود و با اتصال انتهای سوند کاندومی به کیسه ادراری ادرار تخلیه می شود. بدین ترتیب دیگر نیازی به سونداژ بیمار با سوند دائمی و یا موقت نیست. این سوند در بیمارانی که اختیار ارادی دفع ادرار خود را از دست داده اند و یا دچار تکرر در دفع ادرار می‌باشند(با

وجود داشتن اختیار در ادرار کردن) و یا بیمارانی که سوند فولی به سختی زده می‌شود و احتمال تروماتیزه کردن مجرا وجود دارد، استفاده می‌شود و خطر بروز عفونت نسبت به سوند فولی کمتر می‌باشد.

اهداف

۱. جمع آوری ادرار
۲. کنترل بی اختیاری ادرار
۳. جلوگیری از صدمات پوستی ناشی از بی اختیاری ادرار

نکات مورد بررسی

۱. بررسی نشانه های وجود آلرژی به لاتکس با علائم تورم یا زخم در آلت تناسلی
۲. حجم و زمان بی اختیاری ادراری
۳. بررسی وضعیت مددجو از نظر هوشیاری و همکاری در اجرای روش

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کاندوم کاتتر با چسب مخصوص در اندازه مناسب
- دستکش یک بار مصرف
- حوله
- کرم محافظت کننده پوست
- محلول صابون
- آب گرم
- کیسه جمع آوری ادرار

روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن درب و پنجره ایجاد کنید.
۵. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید. با پارچه و حوله حمام طوری بیمار را بپوشانید که فقط ناحیه تناسلی وی در معرض دید باشد.
۶. دستکش‌ها را بپوشید.
۷. به مددجو آموزش دهید تا دستگاه تناسلی خود را با آب و صابون بشوید و خشک کند و در صورتیکه قادر به انجام آن نباشد اینکار را در تخت انجام دهید.
۸. در صورت لزوم ناحیه تناسلی بیمار شیو شود.
۹. جهت پیشگیری از تحریک پوست آلت از کرم محافظت کننده پوست استفاده کنید و اجازه دهید تا خشک شود.
۱۰. با یک دست آلت را محکم بگیرید و با حرکت لغزشی چرخشی کاندوم را به طرف خارج برروی آلت بکشید. بین نوک آلت و انتهای پوشش کاندوم ۲/۵ تا ۵ سانتی متر فاصله بگذارید، با اینکار اجازه می دهید تا تخلیه ادرار آزادانه صورت گیرد.
۱۱. سپس کاندوم را با چسب فیکس کنید. باید توجه شود که چسب فشار زیادی به کاندوم وارد نکند چون باعث تغیر شکل و اختلالاتی در نعوظ می گردد.
۱۲. کاندوم را به سیستم تخلیه وصل کنید.
۱۳. در صورتیکه بیمار قادر به خارج شدن از تخت نمی‌باشد، کیسه را به تخت و در غیر این صورت کیسه را به ساق پای بیمار بگونه ای ثابت کنید تا توانایی حرکت داشته باشد.
۱۴. دستکش را خارج کنید و دستها را بشوئید.
۱۵. به بیمار کمک کنید در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید.
۱۶. توجه شود که کیسه ادرار پائین تر از مثانه قرار گیرد تا در امر تخلیه ادرار مشکلی ایجاد نشود.
۱۷. در ابتدا بعد از ۳۰ دقیقه و سپس هر ۴ ساعت یکبار آلت تناسلی را از نظر اختلالاتی مانند تورم و تغییر رنگ بررسی کنید.
۱۸. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.
۱۹. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. میزان راحتی بیمار را از پروسیجر ارزیابی کنید.

۲. مشخصات ظاهری ادرار را بررسی کنید.
۳. یافته های غیر طبیعی را به پزشک اطلاع دهید.

آموزش بیمار و خانواده

۱. کیسه جمع آوری ادرار همواره لازم است پائین تر از سطح سوند قرار گیرد.
۲. بیمار از مایعات به حد کافی استفاده کند.
۳. خانواده و همراهان به بیمار یادآوری کنند که کاندوم سوند دارد و نباید آن را بکشد.
۴. در صورت بروز زخم و تورم در سطح پوست نباید از سوند استفاده شود و تا حد امکان پوست را در معرض هوا قرار دهند.
۵. سوند کاندومی هر روز باید تعویض شود.
۶. رعایت بهداشت در این پروسیجر بسیار اهمیت دارد.

تهیه نمونه ادرار

مقدمه

جهت بررسی آزمایشگاهی نمونه ادرار گرفته می‌شود. روش نمونه‌گیری بستگی به نوع تست دارد (نمونه تصادفی، تمیز یا وسط جریان ادرار، استریل و نمونه در زمان‌های معین). تمام نمونه‌ها دارای برچسب نام مددجو، تاریخ و زمان نمونه‌گیری می‌باشند. نمونه‌ها باید بموقع به آزمایشگاه فرستاده شوند تا از نتایج دقیق آزمایش اطمینان حاصل شود.

اهداف

۱. تجزیه ادرار
۲. تعیین وجود میکروارگانیسم
۳. اندازه‌گیری و ارزیابی میزان دفع مواد مختلف مثل پروتئین، کراتینین و کلسیم و ...

نکات مورد بررسی

۱. مشخص نمودن هدف از تهیه نمونه ادرار برای تعیین بهترین روش کار
۲. تعیین توانایی مددجو در درک راهنمایی های لازم
۳. نوع سوند، از نظر مجاز بودن برای تهیه نمونه ادرار

الف: تهیه نمونه ادرار استریل از سوند فولی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز:

- دستکش یکبار مصرف
- ظرف مخصوص جمع آوری نمونه
- برچسب دارای مشخصات بیمار
- سوآپ الکل و بتادین(برای جمع آوری ادرار از سوند)
- سرنگ ۱۰ سی سی
- کلمپ

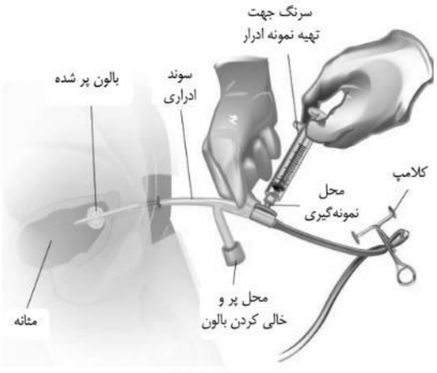
روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ها ایجاد کنید.



■ **شکل ۸-۵**
نحوه گرفتن نمونه ادرار هنگامی که بیمار سوند فولی دارد.

۵. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۶. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید.
۷. سوند را به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در زیر محل نمونه‌گیری کلمپ کنید.
۸. محل ورود سرنگ را با پنبه الکل یا سواپ بتادین تمیز کنید.
۹. سوزن را از محل مناسب وارد سوند لاستیکی کنید و با آسپیره کردن ادرار را در سرنگ بکشید و به ظرف مناسب برچسب دار تخلیه کنید شکل ۸-۵ (می‌توان سوند را از محل اتصال به یورین بگ جدا کرده در ظرف گرفته و کلمپ را باز کرد).
۱۰. کلامپ را باز کنید.
۱۱. نمونه را هر چه سریعتر به آزمایشگاه بفرستید.
۱۲. به مدت ۱۵ دقیقه می توان در یخچال نگهداری کرد.
۱۳. دستکش را درآورده و دستها را بشوئید.
۱۴. مشاهدات خود را ثبت کنید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. نتایج تست را بررسی کرده و پزشک را در جریان بگذارید.
۲. سیستم تخلیه ادرار را ملاحظه کنید تا از سالم بودن آن اطمینان حاصل کنید.
۳. ادرار را از نظر ظاهر ارزیابی کنید.

جمع آوری ادرار وسط

در بیماری که توانایی ادرارکردن خودبه خودی دارد و قصد گرفتن نمونه استریل جهت کشت ادرار وجود دارد استفاده می‌گردد.

اهداف

تعیین وجود میکروارگانیسم

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یکبار مصرف
- ظرف مخصوص جمع آوری
- برچسب دارای مشخصات بیمار
- محلول شستشوی پرینه
- حوله

نکات مورد بررسی

۱. مشخص‌کردن توانایی مددجو در درک راهنمایی‌های لازم
۲. مشخص کردن توانایی مددجو در تحرک و استقلال وی در انجام پروسیجر

روش کار

الف: اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه آموزش به بیمار زن

۱. به بیمار آموزش دهید چگونه مجرای ادرار را تمیز کند. (ابتدا ناحیه تناسلی از جلو به عقب با آب و ماده شوینده، به خوبی شسته، با یک دستمال تمیز ناحیه را خشک کند.
۲. در حالی که با یک دست لوب های پرینه از هم جدا نگه داشته شروع به ادرار کند و مقداری از ابتدای ادرار را دور بریزد.
۳. ظرف ادرار را در زیر جریان ادرار گرفته و ادرار وسط خود را در ظرف تخلیه کند.
۴. در ظرف را ببندد.
۵. ظرف دارای اتیکت اسم بیمار را در اسرع وقت به آزمایشگاه بفرستید.

ج) نحوه آموزش برای بیمار مرد

۱. به بیمار آموزش دهید مجرای ادرار را بشوید.
۲. ابتدا مقداری از ادرار را دور ریخته سپس ادرار قطع شود.
۳. نمونه وسط ادرار جمع آوری شود.
۴. در ظرف را ببندد و ادرار خود را تمام کند.
۵. ظرف دارای اتیکت اسم بیمار را در اسرع وقت به آزمایشگاه بفرستید.

د) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. میزان رضایت بیمار ارزیابی شود.
۲. مشخصات ادرار و علائم عفونت ادراری مشاهده شوند.
۳. نتایج تست چک شود و به اطلاع پزشک رسانده شود.

جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته

اهداف

۱. برای بررسی عواملی مثل گلوکز، هورمون‌ها و پروتئین در ادرار
۲. برای اندازه‌گیری میزان تغلیظ ادرار

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

۱. شیشه جمع‌آوری نمونه
۲. لگن یا بگ مخصوص یا سوند ادراری
۳. ظرف مدرج برای اندازه‌گیری ادرار
۴. برچسب مشخصات
۵. علامتی برای یادآوری

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. به بیمار آموزش دهید اولین نمونه صبحگاهی را دور بریزید.
۲. بعد از دور ریختن اولین نمونه، جمع‌آوری را شروع کنید (نصب یک علامت درب پشت در توالت برای یادآوری دور نریختن ادرار مفید است).
۳. تا انتهای مدت ۲۴ ساعته نمونه‌ها را جمع‌آوری کنید (تا روز بعد همان ساعتی که اولین ادرار دور ریخته شده است با این تفاوت که ادرار آخر در همان ساعت نیز جمع اوری می‌گردد).
۴. آزمایشگاه معمولا مشخص می کند آیا ماده نگهدارنده برای تاخیر تجزیه استفاده می شود یا نمونه باید در یخ یا یخچال نگهداری شود.

■ **شکل ۸-۶.** ظرف مخصوص جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مشخصات و مقدار ادرار را مشاهده کنید.
۲. نتایج تست را به اطلاع پزشک برسانید.
۳. در مورد درمان مناسب با پزشک مشورت کنید.

شستشوی سوند یا مثانه

مقدمه

گاهی جهت حفظ و یا باز گرداندن جریان تخلیه ادرار در سوند مسدود شده با خون و یا ترشحات و یا تزریق دارو در بیماران از شستشوی مثانه استفاده می شود. این عمل طبق دستور پزشک انجام می شود و می تواند به دو شکل با سیستم بسته و باز و با استفاده از سوند دو راهی و سه راهی انجام گیرد. در شستشو معمولا از سرم فیزیولوژی (نرمال سالین) استفاده می شود.

اهداف

۱. رفع انسداد سوند ادراری
۲. شستشوی مثانه مسدود شده باخون و ترشحات
۳. استعمال داروهایی که مستقیم بر روی مثانه تاثیر می‌گذارد.

نکات مورد بررسی

۱. بررسی و کنترل دستور شستشوی مثانه
۲. مشخص کردن نوع و مقدار محلول
۳. اتساع مثانه
۴. میزان مایعات ورودی و خروجی

شستشوی مداوم سوند یا مثانه(سیستم باز)

در بیمارانی که دچار هماچوری (وجود خون در ادرار بشکل شدید) می باشند و یا بعد از عمل جراحی پروستاتکتومی لازم است مثانه از طریق یک سوند سه راه با سرم نمکی(غیرقابل تزریق هم می تواند مورد استفاده قرار گیرد) شست و شو داده شود.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- محلول شستشوی با درجه حرارت اتاق
- لوله های استریل با ست سرم برای وصل کردن به محلول شستشو
- پمپ تزریق وریدی(اگر مثانه با دارو شسته می شود)
- پایه سرم
- حوله حمام
- دستکش یکبار مصرف
- سوآپ و محلول ضد عفونی کننده

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

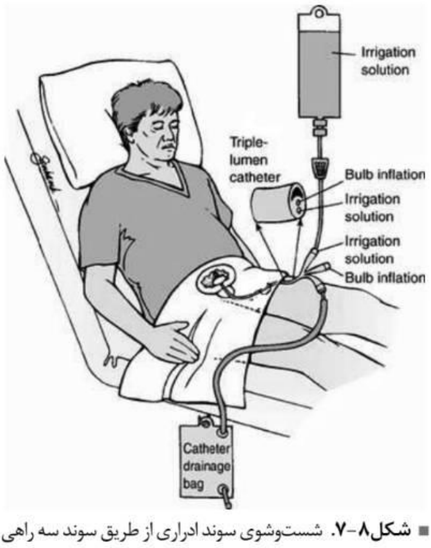
۱. دستور پزشک را کنترل کنید.
۲. مددجو را مشخص کنید.
۳. وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ها ایجاد کنید.
۵. دستکش یکبار مصرف بپوشید.
۶. محتویات کیسه ادرار را خالی کنید و مقدار ادرار را اندازه‌گیری و ثبت کنید.
۷. دستکش را خارج کنید.
۸. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.
۹. پد ضد آب را زیر بیمار پهن کنید.
۱۰. کیسه(بطری) محلول را به ست وصل کنید و هوای داخل ست را خارج کرده و سپس آنرا کلمپ کنید.
۱۱. با حفظ روش استریل، لوله را به سر مخصوص شستشوی سوند وصل کنید.
۱۲. کلمپ را باز کنید تا محلول طبق دستور پزشک جریان یابد.
۱۳. بعد از اتمام مایع شستشو آنرا کلمپ کنید

نکته: در صورتیکه بیمار دچار خونریزی شدید باشد ممکن است در صورت فاصله افتادن بین اتمام یک محلول شست و شو تا محلول بعدی یا آهسته بودن جریان انفوزیون سرم شست و شو سوند لخته کرده و جریان خروجی قطع گردد. در اینگونه موارد از بیمار بخواهید بنشیند، سرفه کند(تا فشار شکم بالا رود) در صورت عدم جریان ادرار نیاز به شست و شوی سوند ادراری می‌باشد که در مبحث بعدی توضیح داده شده است.

۱۴. دستکش بپوشید و مقدار مایع جمع شده در کیسه‌های جمع‌آوری ادرار را تخلیه و اندازه‌گیری کرده و یادداشت کنید تا مقدار دقیق ادرار را در هر نوبت داشته باشید.
۱۵. دستکش را در آورید و دستهایتان را بشوئید.
۱۶. وسایل را به محل مربوطه برگردانید یا دور بیندازید.
۱۷. مشاهدات خود را ثبت کنید.



■ **شکل۸-۷.** شست‌وشوی سوند ادراری از طریق سوند سه راهی

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. هرگونه مورد غیر طبیعی مانند مقدار، رنگ، شفافیت و بوی محلول را مورد توجه قرار دهید.
۲. حجم ادرار و محلول شستشو را بدقت اندازه‌گیری و ثبت کنید.
۳. میزان راحتی بیمار را در حین انجام کار و بعد از آن ارزیابی کنید.
۴. به سوالات بیمار پاسخ دهید.

شستشوی مثانه و یا سوند با سیستم بسته

در مواردی که مسیر خروجی سوند ادراری بسته شده است و نیاز به باز کردن دارد استفاده می‌گردد.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- رسیور
- سوآپ(گلوله پنبه و پنست)
- ماده ضد عفونی
- سرنگ و سر سوزن استریل
- محلول مخصوص شستشوی مثانه با درجه حرارت محیط
- حوله حمام
- دستکش یکبار مصرف
- پد ضد آب

روش کار

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- مددجو را مشخص کنید.
- وسایل لازم را آماده کنید.

ب: نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ها ایجاد کنید.
۵. دستکش یکبار مصرف بپوشید.
۶. محتویات کیسه ادرار را خالی کنید و مقدار ادرار را اندازه گیری و ثبت کنید.
۷. دستکش را خارج کنید.
۸. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.
۹. پد ضد آب را زیر بیمار پهن کنید.
۱۰. بسته استریل را باز کنید. محلول با درجه حرارت اطاق را در ظرف استریل بریزید.
۱۱. ۳۰-۵۰ سی سی محلول در سرنگ بکشید.
۱۲. دستکش تمیز بپوشید.
۱۳. محل ورود سوزن به سوند را با سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی کننده تمیز کنید.
۱۴. سرنگ شستشو را به محل مناسب وارد کنید(ورودی سوند فولی) و محلول را به آرامی تزریق کنید.
۱۵. اگر شستشوی مثانه انجام می دهید، سوند را کلمپ می‌کنیم تا محلول به مثانه وارد شود. (اگر فقط شستشوی سوند نیاز است، احتیاجی به کلمپ کردن سوند نمی‌باشد).
۱۶. محلول را به آرامی تزریق کنید.
۱۷. کلامپ را باز کنید تا محلول وارد شده همراه با ادرار خارج شود.
۱۸. روش را تکرار کنید تا به هدف مورد نظرتان برسید.
۱۹. دستکش را خارج کنید و دستهایتان را بشوئید.
۲۰. وسایل را به محل مربوطه برگردانید یا دور بیندازید.

چک لیست سونداژ

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل لازم را آماده می‌کند.			
۲	قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۳	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۴	محیط خصوصی را با بستن دربها و کشیدن پرده ایجاد می‌کند.			
۵	به مددجو در رابطه با شستشوی ناحیه پرینه با آب و صابون توضیح می‌دهد.			
۶	دستها را می‌شوید			
۷	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می‌دهد.			
۸	کلیه اقدامات مناسب جهت پیشگیری از عفونت را بکار می‌بندد.			
۹	در طرف مناسب بیمار قرار می‌گیرد.			
۱۰	ناحیه ژنیتال را خشک می‌کند.			
۱۱	ست را با شرایط استریل باز می‌کند.			
۱۲	سوند ادراری را باز می‌کند.			
۱۳	دستکش استریل می‌پوشد.			
۱۴	شان استریل را بدرستی روی بیمار قرار می‌دهد.			
۱۵	ناحیه ژنیتال را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده (از بالا به پائین) تمیز می‌کند.			
۱۶	ناحیه ژنیتال را به درستی خشک می‌کند.			
۱۷	نوک سوند را آغشته به ماده لغزنده می‌کند.			
۱۸	سوند را بدرستی در دست می‌گیرد.			
۱۹	انتهای سوند را در رسیور قرار می‌دهد.			
۲۰	سر سوند را بدرستی در مجرای ادرار قرار می‌دهد.			
۲۱	خروج ادرار را از سوند چک می‌کند.			
۲۲	بالون سوند را طبق دستور کارخانه سازنده پر می‌کند.			
۲۳	سوند را به کیسه ادراری وصل می‌کند			
۲۴	سوند را با چسب به بدن بیمار متصل می‌کند.			
۲۵	کیسه ادرار را پائین تر از سطح بدن بیمار قرارمی‌دهد.			
۲۶	بیمار را وضعیت راحت قرار می‌دهد.			
۲۷	دستکش‌ها را در می‌آورد.			
۲۸	دستها را می‌شوید.			
۲۹	وسائل را سر جای خود قرار می‌دهد.			
۳۰	مشاهدات خود را بدرستی ثبت می‌کند.			

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسائل لازم را آماده می‌کند.			
۲	قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۳	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۴	محیط خصوصی را با بستن دربها و کشیدن پرده ایجاد می‌کند.			

۵	به مددجو در رابطه با شستشوی دستگاه تناسلی با آب و صابون توضیح می‌دهد.			
۶	دستها را می‌شوید.			
۷	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می‌دهد.			
۸	کلیه اقدامات مناسب جهت پیشگیری از عفونت را بکار می‌بندد.			
۹	در طرف مناسب بیمار قرار می‌گیرد.			
۱۰	ناحیه تناسلی را خشک می‌کند			
۱۱	ست را با شرایط استریل باز می‌کند.			
۱۲	سوند ادراری را باز می‌کند.			
۱۳	دستکش استریل می‌پوشد.			
۱۴	شان استریل را بدرستی روی بیمار قرار می‌دهد.			
۱۵	مجرای ادرار را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده بصورت دورانی تمیز می‌کند.			
۱۶	دستگاه تناسلی را به درستی خشک می‌کند.			
۱۷	نوک سوند را آغشته به ماده لغزنده می‌کند.			
۱۸	سوند را بدرستی در دست می‌گیرد.			
۱۹	انتهای سوند را در رسیور قرار می‌دهد.			
۲۰	سر سوند را بدرستی در مجرای ادرار قرار می‌دهد.			
۲۱	خروج ادرار را از سوند چک می‌کند.			
۲۲	بالون سوند را طبق دستور کارخانه سازنده پر می‌کند.			
۲۳	سوند را به کیسه ادراری وصل می‌کند.			
۲۴	سوند را با چسب به بدن بیمار متصل می‌کند.			
۲۵	کیسه ادرار را پائین تر از سطح بدن بیمار قرار می‌دهد.			
۲۶	بیمار را وضعیت راحت قرار می‌دهد.			
۲۷	دستکش‌ها را در می‌آورد.			
۲۸	دستها را می‌شوید.			
۲۹	وسائل را سر جای خود قرار می‌دهد.			
۳۰	مشاهدات خود را بدرستی ثبت می‌کند.			
۳۱	به بیمار در مورد نحوه مراقبت از سوند آموزش می‌دهد.			

چک لیست کاندوم کاتتر				
ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ایجاد می‌کند.			
۴	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت خوابیده قرار می‌دهد.			
۵	دستکش می‌پوشد.			
۶	در مورد شستشوی ناحیه تناسلی به بیمار آموزش می‌دهد.			
۷	در صورت لزوم ناحیه تناسلی بیمار را شیو می‌کند.			
۸	جهت پیشگیری از تحریک پوست آلت از کرم محافظت کننده پوست استفاده می‌کند.			
۹	کاندوم را با حرکت لغزشی چرخشی برروی آلت می‌کشد.			
۱۰	بین نوک آلت و انتهای پوشش کاندوم ۲/۵ تا ۵ سانتی متر فاصله می‌گذارد.			
۱۱	کاندوم را با چسب فیکس می‌کند.			
۱۲	کاندوم را به سیستم تخلیه وصل می‌کند.			
۱۳	دستکش را خارج می‌کند و دستها را می‌شوید.			
۱۴	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد			
۱۵	کیسه ادرار پائین‌تر از مثانه قرار می‌دهد تا در امر تخلیه ادرار مشکلی ایجاد نشود.			
۱۶	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

چک لیست شستشوی سوند و مثانه با سیستم بسته

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ایجاد می‌کند.			
۴	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت خوابیده قرار می‌دهد.			
۵	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۶	محتویات کیسه ادرار را خالی می‌کند و مقدار ادرار را اندازه‌گیری و ثبت می‌کند.			
۷	دستکش را خارج می‌کند.			
۸	پد ضد آب را زیر بیمار پهن می‌کند.			
۹	ظرف محلول را به ست وصل می‌کند و هوای داخل ست را خارج کرده و آنرا کلمپ می‌کند			
۱۰	دستکش تمیز می‌پوشد.			
۱۱	با حفظ روش استریل، لوله را به سر مخصوص شستشوی سوند وصل می‌کند.			
۱۲	کلمپ را باز می‌کند تا محلول طبق دستور پزشک جریان یابد.			
۱۳	بعد از اتمام مایع شستشو آنرا کلمپ می‌کند.			
۱۴	مایع جمع شده درکیسه‌های جمع‌آوری ادرار را تخلیه و اندازه‌گیری کرده و یادداشت می‌کند.			
۱۵	دستکش را در می‌آورد و دستهایش را می‌شوید.			
	وسائل را به محل مربوطه برمی‌گرداند یا دور می‌اندازد.			
۱۶	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد			
۱۷	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

چک لیست شستشوی سوند و مثانه با سیستم باز

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	محیط خصوصی را با بستن در و پنجره ایجاد می‌کند.			
۴	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت خوابیده قرار می‌دهد.			
۵	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۶	محتویات کیسه ادرار را خالی می‌کند و مقدار ادرار را اندازه‌گیری و ثبت می‌کند.			
۷	دستکش را خارج می‌کند.			
۸	پد ضد آب را زیر بیمار پهن می‌کند.			
۹	۳۰-۵۰ سی سی محلول استریل با درجه حرارت اطاق را در سرنگ می‌کشد.			
۱۰	دستکش تمیز می‌پوشد.			
۱۱	محل ورود سوزن به سوند را با سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی کننده تمیز می‌کند.			
۱۲	سوند را بدرستی کلامپ می‌کند.			
۱۳	سرنگ شستشو را به محل مناسب وارد می‌کند و محلول را به آرامی تزریق می‌کند.			
۱۴	کلامپ را باز می‌کند تا محلول وارد شده همراه با ادرار خارج شود.			
۱۵	مقدار محلول خارج شده با ادرار را اندازه‌گیری و ثبت می‌کند.			
۱۶	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد			
۱۷	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

فصل (۹)

اکسیـــــژن درمانی

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. سیستم های جریان اکسیژن با جریان کم و زیاد را توضیح دهند.
۲. انواع کانولا و ماسک های اکسیژن را نام برده و توضیح دهند.
۳. مزایا و معایب کاربرد هریک از وسایل اکسیژن درمانی را نام ببرند.
۴. ایروی دهانی- حلقی و بینی- حلقی را به درستی تعبیه نمایند.
۵. فشار دستگاه ساکشن را براساس میزان ترشحات و سن بیمار تنظیم نمایند.
۶. ساکشن را بشکل صحیح و استریل انجام دهند.
۷. پانسمان تراکئوستومی را به درستی و باحفظ استریلیتی تعویض نمایند.
۸. ساکشن ترشحات تراکئوستومی را به درستی انجام دهند.

اصطلاحات فصل اکسیژن درمانی	
Arterial oxygen saturation	اشباع اکسیژن شریانی
Artificial airway	راه‌های هوایی مصنوعی
atelectasis	روی هم خوابیدن آلوئولها
Chest pain	درد قفسه سینه
Cough	سرفه
Cyanosis	سیانوز
Disorientation	عدم تشخیص موقعیت
Dyspnea	تنگی نفس
(Endotracheal tube(ET	لوله تراشه
Extubation	خارج کردن لوله تراشه
Face mask	ماسک صورت
fraction of inspired oxygen = Fio۲	کسری از اکسیژن استنشاقی
Flexible fiber optic laryngoscope	لارنگوسکوپ فیبروپتیک
Hemoptysis	خلط خونی، خون روش و کف آلود
High flow system	سیستمهای با جریان زیاد اکسیژن
Hyperventilation	اگر میزان تهویه برای دفع دی‌اکسیدکربن وریدی حاصل از متابولیسم سلولی بیش از حد لازم باشد
Hypoventilation	زمانی که تهویه حبابچه‌های ریوی قادر به تامین نیاز بدن به اکسیژن و دفع دی اکسیدکربن نباشد
Hypoxia	اکسیژن رسانی ناکافی بافتها در سطح سلولی
Intubation	لوله گذاری داخل تراشه
Low flow system	سیستمهای با جریان کم اکسیژن
Macintosh laryngoscope	لارنگوسکوپ مکینتاش(تیغه خمیده)
Miller laryngoscope	لارنگوسکوپ میلر(تیغه صاف)
Nasal canula	کانولای بینی
Nasopharyngeal air way or catheter	سوند بینی حلقی
Oral airway	ایروی دهانی
oropharyngeal catheter	سوند بینی دهانی
Orthopnea	تنگی نفس وضعیتی
Oxygen tent	چادر اکسیژن
Rebreathing mask	ماسک با کیسه ذخیره بازدمی
Sniffing position	وضعیت بو کشیدن
Sputum	خلط
Tracheostomy	باز کردن یک مسیر مصنویی از طریق تراشه

مقدمه

دستگاه قلبی، عروقی و تنفسی مسئول تامین نیاز بافت‌های بدن به اکسیژن می‌باشند. خون سیاهرگی با اکسیژن کمتر پس از ورود به دهلیز راست از طریق دریچه تری‌کوسپید وارد بطن راست می‌شود و از آن‌جا توسط شریان ریوی به ریه‌ها وارد شده و پس از تبادل گازها، سرشار از اکسیژن توسط سیاهرگ ریوی وارد دهلیز چپ و پس از باز شدن میترال درون بطن چپ می‌ریزد و سپس با انقباض بطن چپ خون توسط آئورت از قلب خارج شده و به بافت‌ها و اندام‌های بدن می‌رسد.

عوامل موثر بر تنفس

۱. سطح سلامتی و عدم ابتلا به بیماری(کم‌خونی، بیماری های قلبی)
۲. رشد و تکامل دستگاه تنفسی(ناهنجاری‌های عضلانی، اسکلتی و عصبی دستگاه تنفسی)
۳. سبک زندگی(ورزش، تغذیه مناسب، سیگار کشیدن، الکل و وزن مناسب)
۴. مصرف دارو(سوء مصرف مواد مخدر)
۵. محیط(زندگی در ارتفاعات، آلودگی هوا، آلودگی شغلی)

اقدامات مراقبتی مددجویان مبتلا به اختلالات تنفسی

ارتقای بهداشت در جهت جلوگیری از بروز عفونت‌های تنفسی، واکسیناسیون مددجویان مسن، کودکان، زنان باردار و گروه‌های در معرض خطر مثل مددجویان دیابتی، ضعف سیستم ایمنی و کم خونی.

۱. تغییر سبک زندگی با داشتن برنامه ورزشی منظم، ترک سیگار و الکل و رعایت تغذیه مناسب
۲. ایجاد آرامش و ارتقاء اعتماد به نفس مددجو
۳. استفاده از پوزیشن‌های مناسب در هنگام خواب، استراحت یا در زمان بروز بیماری‌ها
۴. فیزیوتراپی تنفسی و تمرین‌های تنفسی مثل تنفس دیافراگمی
۵. تشویق مددجو به تنفس عمیق، سرفه و مصرف مایعات
۶. استفاده از روش‌های درمانی مانند تخلیه ترشحات، اکسیژن‌تراپی، بازکردن راه‌های هوایی و استفاده از داروها

اکسیژن‌درمانی

اکسیژن رسانی به مددجو جهت درمان را اکسیژن تراپی می‌گویند در صورتی که ۲۱٪ اکسیژن موجود در هوا برای مددجو کافی نباشد، مجبور به استفاده از اکسیژن مکمل می‌شویم. هدف از اکسیژن‌درمانی کاهش کار تنفس و برداشت فشار از روی میوکارد قلب و افزایش انتشار اکسیژن به بافت‌ها است. تجویز اکسیژن مانند هر داروی دیگری باید با رعایت احتیاط انجام شود. استفاده از اکسیژن به روش اشتباه و مقدار نادرست عوارض زیادی را به دنبال خواهد داشت.

روش‌های تجویز اکسیژن

اکسیژن مورد نیاز مددجو در بیمارستان به صورت مرکزی(سانترال) و کپسول اکسیژن تامین می‌شود. میزان آن توسط مانومترهای اکسیژن برحسب لیتر در دقیقه تعیین می‌شود. هر لیتر اکسیژن حدود ۴٪ میزان اکسیژن شریانی را افزایش می‌دهد.

قبل از مصرف اکسیژن باید آن را گرم و مرطوب نمود. فشار اکسیژن به وسیله‌ی مانومتر تعیین می‌شود.

ابزارهای لازم برای اکسیژن درمانی به دو گروه تقسیم می‌شوند

الف- سیستم‌های با جریان کم اکسیژن

این وسایل اکسیژن را با غلظت‌هایی از ۲۱ تا ۹۰ درصد،

همراه با هوای اتاق به مددجو می‌رسانند مانند: کانولای بینی، ماسک ساده صورت، ماسک با کیسه‌ی ذخیره‌ی بازدمی و چادر اکسیژن.

ب- سیستم‌های با جریان زیاد اکسیژن

این سیستم‌ها معمولا درصد اکسیژن مشخص و ثابتی را ایجاد می‌کنند و با تغییر در الگوی تنفسی مددجو در مقدار آن تغییری ایجاد نمی‌شود، مانند ماسک ونچوری، لوله تراشه و T-Piece

سوند بینی(کانولای بینی)

متداول‌ترین وسیله برای تجویز اکسیژن است، دو شاخک در حدود ۱/۵ سانتیمتر دارد که درون سوراخ‌های بینی قرار می گیرد(شکل۹-۱). در این روش می‌توان ۱ تا ۶ لیتر اکسیژن و Fio۲ به میزان ۲۴ تا ۴۴ درصد به مددجو رساند(جدول۹-۱).

نکته: دادن اکسیژن از طریق کانولا بیش از ۶ لیتر بر دقیقه تنها باعث خشکی مخاط و تسریع در مسمومیت با اکسیژن میگردد زیرا این نوع کانولا ظرفیت دادن اکسیژن بیش از این میزان را ندارد.

جدول۹-۱. میزان اکسیژن فراهم شده از طریق کانولای بینی

Nasal Cannula	
Lit/Min O۲	Fio۲
Lit/Min ۱	٪۲٤
Lit/Min ۲	٪۲۸
Lit/Min ۳	٪۳۲
Lit/Min ٤	٪۳٦
Lit/Min ٥	٪٤۰
Lit/Min ٦	٪٤٤

■ **شکل۹-۱.** کانولای اکسیژن و نحوه قرار گیری آن در بیمار

مزایای این روش شامل

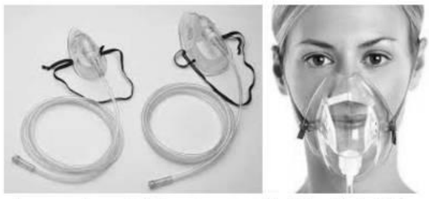
۱. استفاده‌ی آسان
۲. تحمل خوب توسط مددجو
۳. تحرک بیشتر
۴. عدم قطع اکسیژن در فعالیت‌هایی مثل سرفه، غذا خوردن، صحبت کردن.

معایب این روش

۱. عدم تنظیم دقیق اکسیژن به دلیل ترکیب با هوای اتاق با هر باز کردن دهان و تنفس دهانی
۲. ایجاد خشکی دهان و آزردگی مخاط بینی در صورت تجویز اکسیژن بیشتر از ۶ لیتر در دقیقه

ماسک ساده‌ی صورت

برای غلظت‌های پایین تا متوسط اکسیژن از این ماسک استفاده می‌شود(شکل۹-۲). با تجویز اکسیژن با سرعت ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه می‌توان Fio۲ را به ۴۰ تا ۶۰ درصد رساند(جدول۹-۲).



■ **شکل۹-۲.** ماسک اکسیژن و نحوه قرار گیری آن در بیمار

جدول۹-۲. میزان اکسیژن فراهم شده از طریق ماسک اکسیژن

Mask	
O۲ Lit/Min	Fio۲
٦-٥ Lit/Min	٪٤۰
۷-٦ Lit/Min	٪٥۰
۸-۱ Lit/Min	٪٦۰

مزایای این روش

- تجویز اکسیژن بیشتر

عیب این روش

۱. عدم تحمل در مددجویان مبتلا به دیس‌پنه‌ی شدید و صدمات صورت و ترس از فضای بسته
۲. در فعالیت‌های مانند غذا خوردن، سرفه، صحبت کردن، دفع ترشحات و ... جریان باید قطع شود.
۳. عدم فیکس شدن مناسب با صورت بیمار

ماسک با کیسه‌ی ذخیره‌ی

این ماسک‌ها مانند ماسک صورت هستند و یک کیسه یا لوله خرطومی ذخیره کننده اکسیژن دارند که با تجویز ۶ تا ۱۰ لیتر اکسیژن، Fio_2 ۶۰ تا ۸۰ درصد ایجاد می‌کنند. برای اطمینان داشتن به این که مددجو هوای بازدمی زیادی را تنفس نکند باید حداقل ۶ لیتر در دقیقه اکسیژن جریان داشته باشد(شکل۹-۳).

این نوع ماسک ها خود به دو دسته با تهویه نسبی و بدون تهویه مجدد تقسیم بندی می‌گردد که از نظر شکل ظاهری تقریبا شبیه به یکدیگر می باشد. در نوع اول بیمار بخشی از بازدم قبلی خود را مجددا دم میکند زیرا این هوا جزو هوای مرده در تراشه بوده و هنوز غنی از اکسیژن می باشد. در نوع دوم دریچه های دو طرفه ماسک یک طرفه بوده و هوا را در حین بازدم وارد فضای اتاق کرده در حالیکه در حین دم هیچ هوایی از فضای اتاق و از طریق ماسک وارد ریه های بیمار نمیشود. در این نوع ماسک دریچه مابین کیسه و ماسک یک طرفه بوده و در هنگام دم بشکل یک طرفه باز شده و در هنگام بازدم بسته می‌گردد تا هوایی از بازدم بیمار وارد کیسه نشده و در دم بعدی استنشاق نگردد.

■ **شکل۹-۳.** ماسک با کیسه ذخیره

چادر اکسیژن

این وسیله بیشتر در اطفال که قادر به تحمل ماسک یا کانولای بینی نیستند، استفاده می‌شوند. چادر اکسیژن، اکسیژنی با رطوبت بالا به مددجو می رساند پس کنترل رطوبت و دمای چادر الزامی است. چادر اکسیژن وسیله‌ی دقیقی برای تعیین غلظت اکسیژن نیست و با ۴ تا ۸ لیتر اکسیژن Fio_2 حدود ۴۰ درصد فراهم می‌شود. توجه داشته باشید، چادر بعد از هربار استفاده بایستی ضدعفونی شود.

■ **شکل۹-۴.** چادر اکسیژن

ماسک ونچوری

ماسک ونچوری قابل اعتمادترین و دقیق ترین وسیله برای تجویز غلظت صحیح و کنترل شده‌ی اکسیژن است(شکل۹-۵). این وسیله هوای اتاق را با جریان ثابت اکسیژن مخلوط کرده ومی‌تواند با جریان ۲ تا ۱۴ لیتر در دقیقه‌ی اکسیژن، غلظتی برابر با ۲۴ تا ۵۵ درصد ایجاد کند(جدول۹-۳).

آداپتورهای قابل تعویض در این وسیله تغییر غلظت اکسیژن را برای ما امکان‌پذیر می‌کند. مهمترین مورد استفاده از ماسک ونچوری در مددجویان مبتلا به بیماری انسدادی

مزمن ریه است(به میزان ۱-۳ لیتر).

■ **شکل۹-۵.** ماسک ونچوری

تنظیم Fio2 با توجه به رنگ آداپتور در ماسک ونچوری

جدول۹-۳. میزان اکسیژن فراهم شده از طریق ماسک ونچوری

رنگ آداپتور	Fio۲	O۲
آبی	٪۲٤	٤ Lit/Min
نارنجی	٪۲۸	٤ Lit/Min
سفید	٪۳۱	٦ Lit/Min
سبز	٪۳۵	۸ Lit/Min
صورتی	٪٤۰	۸ Lit/Min

اکسیژن دادن به وسیله‌ی کانولای بینی یا ماسک صورت

مقدمه

گاهی لازم است در بیماران هیپوکسیک اکسیژن به میزان کم در جریان باشد در اینگونه موارد می‌توان از کانولای بینی یا ماسک بهره برد که هریک دارای معایب و مزایای خاص خود می‌باشد. که در قسمت قبل به آنها اشاره شد.

اهداف

دادن اکسیژن با سطح کم تا متوسط برای بهبود اکسیژناسیون

نکات مورد بررسی

۱. بررسی وضعیت تنفسی شامل: تعداد و عمق تنفس، صدای تنفسی، وجود ترشحات و آزمایش وضعیت گازهای خونی
۲. بررسی تاریخچه بیماری(بخصوص در بیماری‌های انسدادی مزمن ریه، زیرا در این بیماران افزایش CO_2 خون شریانی به طور مزمن وجود دارد و عامل محرک برای تنفس، هیپوکسمی است. اگر با دادن اکسیژن نادرست هیپوکسمی را کاملا از بین ببریم، عامل تحریکی تنفس را ازبین برده‌ایم و بیمار قادر به تنفس خودبخودی نخواهد بود).
۳. بررسی علایم هیپوکسی(بیقراری، خستگی،عدم تمرکز و کاهش سطح هوشیاری، سرگیجه، رنگ پریدگی، تنگی نفس و سیانوز)
۴. بررسی علایم مسمومیت با اکسیژن(سرفه، درد زیر جناغ)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- نوع وسیله لازم برای اکسیژن رسانی را برحسب شرایط بیمار و دستور پزشک انتخاب کنید.
- منبع اکسیژن‌رسانی: سیلندر اکسیژن یا اکسیژن مرکزی
- فلومتر اکسیژن
- علامت سیگار کشیدن ممنوع
- آب مقطر استریل

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. در صورتی که از کپسول اکسیژن استفاده می‌کنید آن را در شرایط ایمن نزدیک تخت مددجو قرار دهید.
۲. فلومتر را به کپسول اکسیژن یا اکسیژن سانترال وصل کنید و از وجود آب مقطر در منبع مرطوب کننده مطمئن شوید. اکسیژن با جریان بالا باعث خشکی مخاط تنفسی خواهد شد.
۳. دوز دستور داده شده‌ی اکسیژن را تنظیم کنید و جریان خروجی را با دست خود تست کنید.
۴. علامت سیگار کشیدن ممنوع را بالای تخت مددجو نصب کنید.

ب)نحوه‌اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. نیازهای آموزشی مددجو را بررسی کنید و مواردی نظیر قابل احتراق بودن اکسیژن، شیوه تنفس صحیح مثلا در استفاده از کانولا بینی را به او توضیح دهید.
۵. به مددجو کمک کنید برای اثر بخش‌تر بودن درمان در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
۶. وسیله مورد استفاده، را به شیوه درست روی صورت بیمار فیکس کنید (در کانول بینی پروب درست در مجرای بینی قرار گرفته باشد و با گیره پلاستیکی، کانول زیر چانه فیکس شود. ماسک باید طوری روی صورت قرار گیرد که بینی و دهان را بپوشاند و روی چانه قرار گیرد، بهتر است با گیره فلزی روی بینی ثابت شود)
۷. کمک کنید مددجو در وضعیت راحتی قرار داشته باشد.
۸. دستکش‌ها را در آورده و دستهایتان را بشویید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. هر ۴ تا ۸ ساعت یکبار، تجهیزات و میزان جریان اکسیژن را بازبینی کنید.
۲. بطور مداوم(هر دو ساعت یکبار) بیمار را از نظر نواحی فشار روی پوست، اطراف سوراخ‌های بینی، روی گونه‌ها و بینی ارزشیابی کنید.
۳. برای ارزشیابی پاسخ به درمان بایستی علائم حیاتی، رنگ پوست، الگوی تنفس، درصد اشباع اکسیژن خون بوسیله پالس اکسیمتری و سطح هوشیاری بیمار بررسی شود.
۴. علایم هیپوکسی مثل: بیقراری، خستگی، عدم تمرکز و کاهش سطح هوشیاری، سرگیجه، رنگ پریدگی، تنگی نفس و سیانور را مرتب بررسی و در صورت رفع نشدن به پزشک اطلاع دهید.
۵. بررسی علایم مسمومیت با اکسیژن مانند: سرفه، درد زیر جناغ و کاهش در تبادلات گازی را در نظر داشته باشید.
۶. تمام موارد بررسی شده، تغییرات ایجاد شده، نحوه اکسیژن دادن، دوزاکسیژن دریافتی و مدت زمان دریافت اکسیژن را ثبت و گزارش کنید.

راه‌های هوایی مصنوعی

از راه‌های هوایی مصنوعی در مواردی که مددجویان دچار مشکل کاهش سطح هوشیاری یا انسداد راه هوایی شده باشند استفاده می‌شود، که شامل ایروی دهانی، ایروی[1] دهانی-حلقی، سوند بینی حلقی و لوله تراشه[2] است.

ایروی دهانی

وسیله‌ای است که از انسداد تراشه در اثر جابجا شدن زبان به سمت حلق جلوگیری می‌کند و زبان را در وضعیت طبیعی خود نگه می‌دارد(شکل۹-۶).

■ **شکل۹-۶.** ایروی دهانی در سایزهای مختلف

انتخاب سایز مناسب ایروی با اندازه‌گیری فاصله‌ی بین گوشه‌ی دهان تا زاویه‌ی فکی تعیین می‌شود(شکل۹-۷). طول ایروی باید با این فاصله مساوی باشد. ایروی کوتاه قادر به حفظ زبان در وضعیت طبیعی نیست و ایروی بزرگ زبان را به سمت اپی‌گلوت جابجا کرده و راه هوایی را مسدود می‌کند.

■ **شکل۹-۷.** نحوه اندازه‌گیری ایروی دهانی قبل از جاگذاری

1. Airway
2. Endothracheal Tube(ETT)

ایروی دهانی حلقی

لوله دهانی حلقی در مصدومین و بیماران با کاهش سطح هوشیاری، جهت ایجاد فضای مناسب برای ساکشن کردن ترشحات و جلوگیری از گاز گرفته شدن لوله تراشه و انسداد آن، استفاده می‌شود.

لوله دهانی حلقی به دو شکل دارای مجرای وسط و مجرا در کنار در دسترس می‌باشد. برای انتخاب سایز مناسب، باید فاصله کنار لب تا نرمه گوش را اندازه گرفت. برای جایگذاری آن مانند ایروی دهانی عمل می‌کنیم.

■ **شکل۹-۸.** ایروی حلقی دهانی

سوند بینی حلقی

این کاتتر برای کمک به حفظ راه هوایی و تسهیل در ساکشن ترشحات در مددجویان با کاهش سطح هوشیاری بکار می‌رود. برای تعیین سایز مناسب، سوند را در کنار صورت از نوک بینی به موازات دندان‌ها تا مفصل فک اندازه می‌گیریم.

این سوند از راه بینی وارد حلق می‌شود و می‌تواند با رابطی به اکسیژن یا دستگاه ساکشن وصل شود. طریقه اندازه گیری و جاگذاری در تصویرهای زیر نمایش داده شده است.

■ **شکل۹-۹.** ایروی بینی حلقی و نحوه تعبیه آن

تعبیه‌ی راه‌های هوایی مصنوعی

مقدمه

جهت برقراری مسیری مناسب در بیماری که همکاری لازم را ندارد و مدام فک را قفل می‌کند یا هوشیاری مناسبی ندارد جهت انجام ساکشن و یا تعبیه لوله دهانی معدی(OGT) می‌توان از این وسیله بهره برد.

اهداف

۱. پیشگیری از انسداد راه‌های هوایی در بیماران با کاهش سطح هوشیاری
۲. برقراری راه هوایی برای تنفس
۳. برقراری امکان ساکشن مناسب ترشحات

تجهیزات لازم برای گذاشتن ایروی ساده دهانی-حلقی

- دستکش لاتکس یکبار مصرف
- آبسلانگ
- ایروی
- لکوپلاست

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. سطح هوشیاری بیمار را کنترل کنید. بیمار هوشیار ایروی را تحمل نکرده و تحریک رفلکس گگ وی را آزرده کرده تمایل به خروج آن دارد.
۲. وسایل را بر بالین مددجو مهیا کنید.
۳. سایز مناسب ایروی را انتخاب کنید.
۴. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده در حالتی که سر متمایل به عقب است قرار دهید یا یک بالش زیر شانه‌های مددجو بگذارید. دقت کنید این وضعیت در بیماران دچار صدمات سر و گردن مجاز نیست.
۵. برای ثابت کردن ایروی دو قطعه لکوپلاست بلند را قیچی کرده از وسط روی هم بچسبانید، چند سانتی‌متر انتهای آن باز و قابل چسبیدن باشد.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، در صورتی که دچار کاهش سطح هوشیاری نیست، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قراردهید.
۵. در صورتی که مددجو دچار صدمات سر و گردن نیست، بالش کوچکی زیر شانه های او قرار داده و سر و گردن را به وضعیت بو کشیدن[1] در آورید.
۶. دهان بیمار را باز کرده و در صورتیکه دندان‌های مددجو مصنوعی است آن‌ها را خارج کنید.
۷. ایروی با سایز مناسب را با آب مرطوب کنید تا راحت تر وارد شود.
۸. ایروی را طوری در دست بگیرد تا سطح محدب آن به طرف بالا باشد و آن را وارد دهان کنید تا به نیمه‌ی زبان برسد. آن را ۱۸۰ درجه بچرخانید تا قسمت گودی آن روی زبان قرار بگیرد(شکل۹-۱۰).
۹. با استفاده از چسب آماده شده از پشت گردن تا روی لب‌ها ایروی را ثابت کنید. دقت کنید قسمت غیرچسبناک نوار تهیه شده در پشت گردن مددجو قرار بگیرد.
۱۰. بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید.
۱۱. درصورت لزوم ترشحات را ساکشن کنید.
۱۲. دستکش را درآورده دست‌ها را بشویید.

■ **شکل۹-۱۰.** نحوه وارد کردن ایروی در دهان

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

اطلاعات مربوط به نحوه‌ی قرار دادن ایروی، واکنش بیمار و مشخصات ترشحات را در پرونده‌ی بیمار ذکر کنید.

لوله تراشه

از لوله تراشه به عنوان راه مصنوعی کوتاه مدت برای تهویه‌ی مکانیکی، رفع انسداد راه هوایی فوقانی، محافظت در برابر آسپیراسیون و تخلیه ترشحات استفاده می‌شود. لوله تراشه معمولا پس از ۱۴ روز باید تعویض گردد.

این لوله به راحتی به بگ بیهوشی، تی پیس[2]، یا ونتیلاتور وصل می‌شود و تنفس مددجوی مشکل‌دار را تسهیل می‌کند.

لوله تراشه دارای یک کاف در انتها و یک بالن راهنما در ابتدا است که با ۵ تا ۸ سی‌سی هوا پر می‌شود. لوله‌های بدون کاف معمولاً برای نوزادان و کودکان زیر ۸ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. قطر داخلی لوله (به میلی متر) نمایانگر

1. sniffing

2. T Piece

شماره لوله تراشه است که از ۲/۵ تا ۹ میلیمتر متغیر است. هر کدام از شماره‌ها ۰/۵میلیمتر با دیگری تفاوت دارد. طول لوله با سانتیمتر شماره‌گذاری شده که نشان‌دهنده‌ی فاصله‌ی انتهای لوله تا لب‌های مددجو می‌باشد.

جدول۹-۴. سایزهای مختلف لوله تراشه کاف دار و بی‌کاف

مدل	سایزهای موجود
بدون کاف	۴/۵ , ۴ , ۳/۵ , ۳ , ۲/۵ , ۲
کاف دار	۵/۵ , ۵ , ۴/۵ , ۴ , ۳/۵ , ۳ , ۸/۵ , ۸ , ۷/۵ , ۷ , ۶/۵ , ۶

■ **شکل۹-۱۱**
لوله تراشه بدون کاف (در سمت راست) و کاف دار(در سمت چپ)

در طول لوله یک خط رادیواوپک وجود دارد که بوسیله‌ی آن می‌توان با رادیوگرافی محل قرارگیری لوله را مورد بررسی قرار داد.

برای وارد کردن لوله تراشه از لارنگوسکوپ استفاده می‌شود. لارنگوسکوپ دارای یک دسته و یک تیغه است که شکل و سایز تیغه‌ها متفاوت بوده و بر حسب سن انتخاب می‌شود.

۱. **تیغه میلر**[1]: دارای تیغه مستقیم است و در اطفال و نوزادان کاربرد دارد(شکل۹-۱۲).

■ **شکل۹-۱۲.** لارنگوسکوپ و تیغه میلر

۲. **تیغه خمیده**[2]: دارای تیغه‌ی خمیده است و در بزرگسالان بیشتر استفاده می‌شود (شکل۹-۱۳).

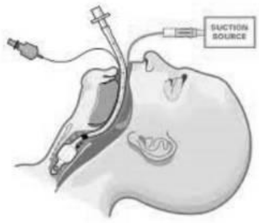
1. Miller
2. Macintosh

■ **شکل۹-۱۳.** تیغه مکینتاش

۳. **لارنگوسکوپ فیبروپتیک:** با تیغه انعطاف‌پذیر در موارد لوله‌گذاری مشکل و صدمات حنجره و پوزیشن دمر و گاهی برای معاینه راه هوایی فوقانی استفاده می‌شود.

عوارض لوله گذاری تراشه

آسیب به لب‌ها و شکستن دندان، خراشیدگی حلق و بافت آدنوئید(لوزه‌ها)، آسیب به تارهای صوتی و فلج آن‌ها، ورم حنجره، ادم تراشه، عفونت راه‌های هوایی، آسپیره کردن مددجو. لذا لوله گذاری باید توسط فرد ماهر و بدون اعمال خشونت انجام شود.



■ **شکل۹-۱۴.** پوزیشن لوله تراشه کاف‌دار در نای

ساکشن ترشحات راه‌های هوایی

مقدمه

به منظور پاکسازی راه هوایی از ترشحاتی که بیمار قادر نیست به تنهایی خارج کند یا سرفه موثری ندارد و یا در هنگام لوله‌گذاری در تراشه، ترشحات بیمار مانع دید پزشک می‌شود می‌توان از ساکشن استفاده کرد.

اهداف

۱. پاک‌کردن ترشحات، بازکردن راه‌های هوایی، تسهیل تنفس
۲. جمع‌آوری نمونه جهت آزمایشات تشخیصی

نکات مورد بررسی

۱. توجه به تعداد، عمق، ریتم و صداهای تنفسی
۲. بررسی سطح هوشیاری مددجو و توانایی انجام رفلکس سرفه برای تمیز نگه داشتن راه هوایی
۳. بررسی مقدار و مشخصات ترشحات راه‌های هوایی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستگاه ساکشن
- کاتتر با سایز مناسب (نوزادان شماره ۵ تا ۸ فرنچ- اطفال ۸ تا ۱۰ فرنچ و بزرگسالان ۱۲ تا ۱۸ فرنچ)
- دستکش استریل
- ظرف یکبار مصرف
- گالیپات استریل
- نرمال سالین
- دستکش یکبار مصرف لاتکس
- ایروی دهانی یا بینی
- ماسک و عینک محافظ

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. فشار ساکشن را در نوزادان۵-۱۰(حداکثر تا ۱۰ میلی‌متر جیوه)، اطفال حداکثر ۱۵ میلیمترجیوه و در بزرگسالان ۱۵-۲۰ میلی‌مترجیوه تنظیم کنید(در مورد ساکشن‌های پورتابل). در مورد ساکشن‌های سانترال برای نوزادان ۶۰-۸۰، اطفال ۸۰-۱۰۰، نوجوانان ۱۰۰-۱۲۰ و بزرگسالان ۱۰۰-۱۵۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد.
۲. ست استریل را باز کنید، کاتترهای استریل را درون آن باز کرده و نرمال سالین را در گالیپات استریل بریزید.
۳. در صورتی که یک سوند نلاتن جهت ساکشن در دسترس دارید ابتدا تراشه و بعد حلق و دهان را ساکشن کنید(از استریل به غیر استریل). در صورتی که دو سوند در اختیار دارید فرقی نمی‌کند از کدام قسمت شروع کنید.
۴. تا حدممکن از سرم شست و شو جهت رقیق کردن ترشحات استفاده نمی‌شود زیرا باعث انتقال آلودگی به مناطق پائین‌تر می‌گردد. تنها در صورت غلیظ بودن بیش از حد ترشحات و بسته شدن لوله مجاز به استفاده از آن هستید.

نکته: می‌توان از آمپول NAC یا N- استیل سیستئین در مواردی که ترشحات غلیظ است بعنوان یک موکولیتیک(حل کننده موکوس) بشکل موضعی بر روی ترشحات در تراشه استفاده کرد و بعد از آن اقدام به ساکشن ترشحات کرد.

نکته: انتخاب سایز سوند نلاتون بر اساس میزان ترشحات و غلظت آن تعیین می‌شود. قرمز برای ترشحات بسیارغلیظ، نارنجی ترشحات متوسط و سبز ترشحات کمتر(مشکی و سفید در اطفال و نوزادان استفاده می‌شود).

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. در شرایط هوشیار بودن بیمارجهت کاهش اضطراب و جلب همکاری وی، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید
۴. بیمار را به وضعیت نیمه نشسته در آورید. در مددجویان غیر هوشیار وضعیت به پهلو باشد تا از آسپیراسیون احتمالی پیشگیری شود.
۵. مددجو را قبل از ساکشن با اکسیژن ۱۰۰٪ هیپراکسیژنه کنید(در بیمار متصل به ونتیلاتور می‌توان تکمه O_2 Suction را فشار داد بدین ترتیب به مدت ۱۸۰ ثانیه به بیمار اکسیژن ۱۰۰٪ داده می‌شود).

نکته: در مددجویان غیرهوشیار می‌توانید از آمبو بگ که به اکسیژن ۱۰۰٪ وصل شده از فواصل بین دو ساکشن استفاده کرد تا از عوارض ساکشن مثل هایپوکسی و آتلکتازی به علت فشار منفی ساکشن جلوگیری کنید.

۶. عینک محافظ، ماسک و دستکش استریل بپوشید.
۷. کاتتر را با دست غالب بگیرید، تیوب ساکشن را با دست غیر غالب ابتدا به T تیوب و بعد به کاتتر متصل کنید.

مراقب باشید استریل بودن کاتتر حفظ شود.

۸. کاتتر را از طریق سوراخ بینی، دهان، یا راه مصنوعی در وضعیت دم داخل کنید(در حالت دم اپیگلوت باز است و کاتتر به راحتی وارد راه هوایی یا تراشه می‌شود). در هنگام ورود دقت کنید بدون فشار بر روی تی تیوب وارد شوید(در این حالت مکش انجام نمی‌شود و به غشای تنفسی آسیبی نمی‌رسد.

نکته: زمانی که رابط T در اختیار ندارید به هیچ عنوان با دستگاه روشن و لوله کلمپ شده وارد نشوید. فشار دستگاه را تنظیم کنید، دستگاه را خاموش کرده و بعد از ورود روشن نمائید (بخصوص در زمان ساکشن تراشه، جهت ساکشن دهان می‌توان با دستگاه در حالت روشن وارد شد).

۹. با انگشت شست دست غیرغالب روی منفذ باز کانکتور تی تیوب را بگیرید تا مکش شروع شود و با دست غالب کاتتر را به حالت چرخشی بیرون بیاورید کل این عمل ۱۳ تا ۱۵ ثانیه بیشتر طول نکشد تا منجر به هیپوکسی نشود(در بیماران وابسته به ونتیلاتورمدت زمان ساکشن را به ۱۰ ثانیه تقلیل دهید زیرا این بیماران بیشتر مستعد بروز هیپوکسی می‌باشند).

۱۰. نوک کاتتر را داخل گالیپات محتوی سالین استریل گذاشته ساکشن کنید تا ترشحات کاملا پاک و تمیز شود. در صورت بسته شدن مجرای کاتتر و باز نشدنش به این شیوه، بایستی کاتتر تعویض شود.

۱۱. در صورت نیاز به ساکشن مجدد، بایستی دوباره مددجو را هیپراکسیژنه کنید و بین هرساکشن ۱-۲ دقیقه فاصله بیندازید.

۱۲. برای ساکشن ترشحات دهان دقت کنید کاتتر از گوشه‌ی دهان وارد شود، ورود مستقیم کاتتر از روی زبان می‌تواند منجر به تحریک رفلکس گگ شود. توجه داشته باشید در ساکشن ترشحات دهان بیشتر باید داخل گونه ها و زیر زبان را مد نظر داشت زیرا طبق جاذبه مایع در این قسمتها تجمع میکند.

۱۳. ساکشن را خاموش کرده و کاتتر و دستکش‌های آلوده را جدا کنید و دست‌ها را بشویید.

نکته: در هربار ساکشن از یک سوند نلاتون جدید استفاده کنید بعبارت دیگر از هر سوند تنها یکبار استفاده نمائید.

سرم شست و شویی که برای بیمار استفاده می‌نمائید را نیز تنها برای همان بیمار استفاده کنید و بعد از ۲۴ ساعت آن را دور بیندازید.

۱۴. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد، در صورت لزوم دهان شویه دهید و اکسیژن درمانی کنید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. علائم هیپوکسی را بررسی و در صورت لزوم تا بهبود علائم اکسیژن درمانی کنید.
۲. اطلاعات ضروری مثل رنگ، غلظت، بو و مقدار ترشحات را برای اطلاع سایر همکاران گزارش کنید.

تراکئوستومی

عبارتست از باز کردن نای(تراشه) در قسمت قدامی ناحیه گردن با برش جراحی و باز کردن فضای تراشه به بیرون توسط کانولا(شکل۹-۱۵).

لوله‌های تراکئوستومی درجنس و سایزهای متفاوت با یک قسمت بیرونی و دو بال است که توسط باند به دور گردن بسته می‌شود. لوله های تراکئوستومی یا مثل لوله تراشه دارای کاف است و به طور ثابت استفاده می‌شود یا بدون کاف است و استفاده موقت دارد. لوله های تراکئوستومی فلزی دو جداره است و در صورت وجود ترشحات اضافی می توان آن را خارج کرده پس از شستشو، مجددا فیکس کرد.

■ **شکل۹-۱۵.** تراکئوستومی

موارد استفاده تراکئوستومی

۱. صدمه به حنجره و نیاز به تهویه مکانیکی دراز مدت
۲. تخلیه ترشحات حجیم از راه‌های تنفسی
۳. اختلالات دائمی راه‌های هوایی فوقانی نظیر سرطان حنجره

۴. انسداد راه‌های هوایی

عوارض شایع تراکئوستومی

۱. انسداد مجرای لوله‌ی تراکئوستومی توسط ترشحات
۲. خونریزی از محل برش
۳. اکستوبه شدن اتفاقی
۴. ایجاد فیستول نای و مری

مراقبت از تراکئوستومی

به دلیل برقراری راه هوایی غیرطبیعی ترشحات تراشه و برونش غلیظ تر شده و در فواصل کوتاه تر نیاز به ساکشن خواهد داشت. شست و شوی اطراف تراک نیز جهت پیشگیری از بروز عفونت ضروری می‌باشد.

اهداف

۱. تمیز و باز نگه داشتن راه‌های هوایی از ترشحات چسبنده
۲. پیشگیری از عفونت راه‌های هوایی
۳. پیشگیری از عفونت محل تراکئوستومی

نکات مورد بررسی

۱. بررسی پوست اطراف تراکئوستومی و ترشحات آن ناحیه
۲. بررسی وضیت تنفسی از نظر تعداد و صداهای تنفسی
۳. وضعیت تغذیه و میزان دریافت مایعات
۴. بررسی رطوبت محیط و نقش آن در تسهیل خروج ترشحات دستگاه تنفس
۵. بررسی نوع لوله تراکئوستومی از نظر کاف دار یا بدون کاف بودن، تک قسمتی یا دو قسمتی بودن آن
۶. بررسی توانایی بیمار برای درک آموزشها و مراقبت از تراکئوستومی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- پگ مراقبت از تراکئوستومی شامل: گالی پات دو عدد، برس کوچک جهت تمیز کردن لوله داخلی، گاز استریل، پانسمان آماده
- آب اکسیژنه
- دستکش یکبار مصرف
- نرمال سالین
- دستکش استریل
- دستگاه ساکشن و کاتتر استریل
- اپلیکاتور

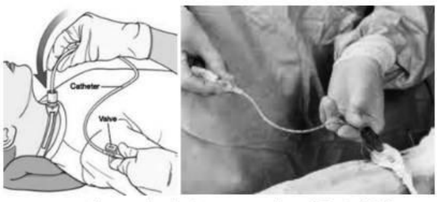
روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. وسایل را بر بالین مددجو مهیا کنید.
۲. دستگاه ساکشن را امتحان کنید و فشار مکش را در حد مطلوب (۱۰۰ تا ۱۲۰ میلی متر جیوه) تنظیم کنید.

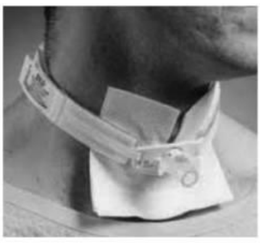
ب)نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. در شرایط هوشیار بودن بیمارجهت کاهش اضطراب و جلب همکاریش، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید و ازماسک و عینک محافظ استفاده کنید.
۴. در صورت نیاز می‌توان از بگ خود متسع‌شونده و اکسیژن ۱۰۰٪ برای هیپراکسیژنه کردن مددجو استفاده کرد.
۵. پانسمان محل تراکئوستومی را بردارید. در حالی که دستکش‌ها را خارج می کنید، پانسمان را درون دستکش کشیده و در کیسه زباله بیندازید.
۶. برای پانسمان، پک استریل را باز کنید. دستکش استریل بپوشید و نرمال سالین را در گالیپات بریزید. آب اکسیژنه را در گالیپات دوم بریزید.
۷. با رعایت شرایط استریل، ساکشن داخل تراشه را انجام دهید. کاتتر را حداکثر ۱۰ تا ۱۲ سانتیمتر در بزرگسالان داخل ببرید(شکل۹-۱۶).



■ **شکل۹-۱۶.** ساکشن ترشحات از طریق تراکئوستومی

۸. پانسمان استریل مخصوص تراکئوستومی را باز کنید در صورت نداشتن چنین پانسمانی می‌توان از یک گاز اطراف لوله‌ی تراکئوستومی استفاده کرد. بهتر است این گاز برش داده نشود چون پرزهای گاز قیچی شده می‌تواند آسپیره شود(شکل۹-۱۷).



■ **شکل۹-۱۷.** پانسمان اطراف تراکئوستومی(مواظب باشید پرزی در اطراف پانسمان ایجاد نشود)

۹. در صورتی که تراکئوستومی دو قسمتی است، با دست غیر غالب، قفل روی لوله‌ی داخلی که آن را روی قسمت خارجی ثابت کرده است را در جهت خلاف عقربه‌های ساعت چرخانده و قسمت داخلی را با دست غالب گرفته، خارج کنید و در گالیپات حاوی آب اکسیژنه قرار دهید(شکل۹-۱۸).

■ **شکل۹-۱۸.** نحوه خارج‌کردن لوله درون تراکئوستومی

۱۰. در صورت مشاهده علائمی از هیپوکسی، می‌توان اکسیژن را در کنار لوله خارجی قرار دهید و بر سرعت انجام کار خودبیافزایید.

۱۱. کانولای داخلی را در صورت نیاز با برس یا اپلیکاتورشستشو دهید و برای زدودن آب اکسیژنه از سطح آن، آن را با نرمال سالین بشویید.

۱۲. لوله داخلی را در درون لوله خارجی گذاشته و در جهت عقربه های ساعت بچرخانید تا قفل شود.

۱۳. در صورت لزوم اکسیژن را در دسترس بیمار قرار دهید.

۱۴. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

واکنش بیمار به انجام پروسیجر و میزان تحمل وی، علایم هیپوکسی، وجود ترشحات غیرطبیعی و چرکی را ثبت و گزارش نمائید.

■ **شکل۹-۲۳.** ساکشن تراکئوستومی توسط خود فرد

جمع آوری نمونه از خلط

تهیه نمونه خلط جهت ارزیابی از نظر وجود هرگونه میکروارگانیسم، بخصوص بعنوان یک روش تشخیصی در تشخیص سل از نظر وجود باسیل کخ انجام می‌گیرد.

اهداف

۱. نمونه گیری از ترشحات حلق جهت انجام آزمایشات تشخیصی مثل کشت و آنتی‌بیوگرام و تعیین وجود سلول‌های سرطانی

۲. ارزشیابی اثربخشی درمان

نکات مورد بررسی

۱. بررسی مددجو از نظر توانایی سرفه‌کردن و خارج کردن خلط
۲. بررسی رنگ پوست
۳. بررسی تاریخچه مصرف دارو
۴. بررسی الگوی تنفسی و صداهای ریوی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ظرف جمع‌آوری خلط با درپوش
- دستکش یکبار مصرف لاتکس
- برچسب نوشته شده و برگه‌ی درخواست آزمایش
- وسایل و محلول دهان‌شویه

روش کار:

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. برچسب و برگ درخواست آزمایشگاه را آماده کنید.
۲. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت مددجو مهیا کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. در شرایط هوشیار بودن بیمارجهت کاهش اضطراب و جلب همکاریش، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست ها را بشویید و دستکش بپوشید و ازماسک و عینک محافظ استفاده کنید.
۴. مددجو را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید.
۵. در مورد نحوه‌ی ریختن نمونه به درون دست واجتناب از تماس دست با داخل ظرف و آلوده نکردن قسمت خارجی ظرف به مددجو آموزش دهید.
۶. در صورت عدم توانایی مددجو از ماسک، دستکش و عینک محافظ استفاده کنید و ظرف را جلوی دهان او نگه دارید.
۷. از مددجو بخواهید نفس عمیق بکشد سپس سرفه کرده و ترشحات را خارج کند. مقدار خلط لازم(۵ تا ۱۰ سی‌سی) را درون ظرف ریخته، بلافاصله درب ظرف را ببندید.
۸. کمک کنید تا مددجو دهان خود را شستشو دهد.
۹. او را در وضعیت راحت قرار دهید.
۱۰. وسایل را مرتب کرده، دست‌ها را بشویید.
۱۱. برچسب را چسبانده با درخواست کامل شده به آزمایشگاه بفرستید.
۱۲. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان نمونه برداری را در گزارش پرستاری برای اطلاع سایر همکاران و پیگیری جواب آزمایش قید کنید.
۲. اطلاعات خود را در مورد نمونه از نظر مقدار، رنگ، غلظت، بو و وضعیت بیمار را در پرونده یادداشت کنید.

تهیه‌ی نمونه از بینی و حلق

این پروسیجر روش مناسب و غیرتهاجمی جهت بررسی وجود هرگونه عفونت در مجاری تنفسی می‌باشد.

اهداف

نمونه‌برداری از ترشحات بینی یا حلق جهت کشت یا آنتی‌بیوگرام و یا هر دو

نکات مورد بررسی

مشاهده‌ی حلق یا بینی از نظر مشخص کردن نواحی ملتهب یا عفونی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یکبار مصرف لاتکس
- ماسک و عینک محافظ
- لوله‌ی آزمایش با اپلیکاتور استریل
- آبسلانگ
- چراغ قوه
- رینوسکوپ یا اسپکولوم مخصوص بینی

- ریسیور
- برچسب کامل شده با فرم مخصوص آزمایش

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. برچسب و برگ درخواست آزمایشگاه را آماده می کنیم.
۲. تجهیزات و لوازم مورد نیازرا درکنار تخت مهیا کنید.

ب)نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. در شرایط هوشیار بودن بیمارجهت کاهش اضطراب و جلب همکاریش، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید و ازماسک و عینک محافظ استفاده کنید.
۴. مددجو را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید.
۵. پنبه درپوش لوله‌ی آزمایش استریل را برداشته آن را طوری در دستان غیرغالب خود نگه دارید که قسمت‌های داخلی آن استریل باقی بماند تا مجدداً بعد از نمونه‌گیری آن را روی لوله قرار دهید.
۶. اپلیکاتور را به گونه‌ای از لوله خارج کنید تا سر آن استریل باقی بماند.
۷. برای تهیه‌ی نمونه از مددجو بخواهید دهان خود را کاملاً باز کرده زبانش را خارج کند و آه بکشد یا با استفاده از آبسلانگ زبان را پایین آورده با چراغ قوه ته حلق را ببینید.
۸. به آرامی و بدون تماس با مخاط دهان و زبان اپلیکاتور را وارد دهان کرده، آن را روی محلی که قرمز یا ملتهب است، یا ترشحات غیر طبیعی دارد، بکشید.
۹. اپلیکاتور را بدون تماس با سطوح دهان و زبان خارج کنید.
۱۰. سر اپلیکاتور را بدون تماس با دهانه لوله وارد لوله ی آزمایش کرده و از قسمتی که در دستان شماست چوب آن را بشکنید.
۱۱. پنبه‌ی استریل را روی آن بگذارید.
۱۲. برچسب کامل شده را چسبانده با برگ درخواست تحویل آزمایشگاه دهید.
۱۳. برای تهیه‌ی نمونه از بینی بایستی اسپکلوم مخصوص را به دستگاه رینوسکوپ متصل کرده به آرامی وارد بینی کنید و اپلیکاتور را وارد کرده از محل مورد نظر نمونه بردارید.
۱۴. دستکش ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. زمان نمونه برداری را در گزارش پرستاری برای اطلاع سایر همکاران و پیگیری جواب آزمایش قید کنید.
۲. اطلاعات خود را در مورد نمونه از نظر مقدار، رنگ، غلظت، بو و وضعیت بیمار را در پرونده یادداشت کنید.

آموزش به بیمار و خانواده

۱. اهمیت و دلیل اکسیژن تراپی و قابلیت احتراق آن را به بیمار و خانواده آموزش دهید (از سیگار کشیدن در کنار بیماری که اکسیژن می‌گیرد خودداری کنند و مواد قابل احتراق و لوازمی که تولید الکتریسیته ساکن می‌کند را حتی الامکان از بیمار دور کنند).
۲. مؤثرتر بودن درمان در پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته را یادآور شده از همراه بخواهید در حفظ این پوزیشن به بیمار کمک کند.
۳. جای گذاری درست پروبا در استفاده از کانول بینی یا طریقه ثابت کردن ماسک را بر روی صورت به خانواده آموزش دهید.
۴. استفاده از دستکش استریل و رعایت کامل شرایط استریل برای تعویض پانسمان تراکئوستومی را به خانواده آموزش دهید.
۵. علائم غیرطبیعی و وجود ترشح اضافی که نیاز به ساکشن تراکئوستومی را ایجاد می‌کند به همراه آموزش دهید.
۶. علایم هیپوکسی و راه‌های مقابله با آنرا به همراه آموزش دهید.

چک لیست روش‌های پرستاری بالینی

تجویز اکسیژن به وسیله‌ی لوله بینی یا ماسک

اهداف	بلی	خیر	ملاحظات
۱. دستور پزشک را بررسی می‌کند.			
۲. بیمار را شناسایی می‌کند.			
۳. روش کار و اهمیت انجام آن را برای بیمار توضیح می‌دهد.			
۴. علامت سیگار کشیدن ممنوع را بالای تخت مددجو نصب می‌کند.			
۵. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشوید و دستکش می‌پوشد.			
۶. نیازهای آموزشی مددجو را بررسی کند و مواردی نظیر قابل احتراق بودن اکسیژن، شیوه تنفس صحیح مثلا در استفاده از کانول بینی را به او توضیح می‌دهد.			
۷. به مددجو کمک کند برای اثر بخش‌تر بودن درمان در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار می‌گیرد.			
۸. فلومتر را به کپسول اکسیژن یا اکسیژن سانترال وصل می‌کند و از وجود آب مقطر در منبع مرطوب کننده مطمئن می‌شود.			
۹. وسیله مورد استفاده، را به شیوه درست روی صورت بیمار فیکس می‌کند. **الف)** در کانول بینی پروب درست در مجرای بینی قرار می‌دهد و با گیره پلاستیکی، کانول زیر چانه فیکس می‌کند. **ب)** در استفاده از ماسک، باید طوری روی صورت قرار گیرد که بینی و دهان را بپوشاند و روی چانه قرار می‌دهد، بهتر است با گیره فلزی روی بینی ثابت کند)			
۱۰. دوز دستور داده شدهی اکسیژن را تنظیم کند و جریان خروجی را با دست خود تست می‌کند.			
۱۱. هر ۴ تا ۸ ساعت یکبار، تجهیزات و میزان جریان اکسیژن را بازبینی می‌کند.			
۱۲. بطور مداوم(هر دو ساعت یکبار) بیمار را از نظر نواحی فشار روی پوست، اطراف سوراخ‌های بینی، روی گونه ها و بینی ارزشیابی می‌کند.			
۱۳. برای ارزشیابی پاسخ به درمان بایستی علائم حیاتی، رنگ پوست، الگوی تنفس، درصد اشباع اکسیژن خون بوسیله پالس اکسیمتری و سطح هوشیاری بیمار را بررسی می‌کند.			
۱۴. علایم هیپوکسی مثل: بیقراری، خستگی، عدم تمرکز و کاهش سطح هوشیاری، سرگیجه، رنگ پریدگی، تنگی نفس و سیانوزرا مرتب بررسی می‌کند.			
۱۵. بررسی علایم مسمومیت با اکسیژن مانند: سرفه، درد زیر جناغ و کاهش در تبادلات گازی را در نظر دارد.			
۱۶. تمام موارد بررسی شده، تغییرات ایجاد شده، نحوه اکسیژن دادن، دوزاکسیژن دریافتی و مدت زمان دریافت اکسیژن را ثبت و گزارش می‌کند.			

چک لیست تخلیه ترشحات راه‌های هوایی

اهداف	بلی	خیر	ملاحظات
۱. بیمار را شناسایی می‌کند: نام و نام خانوادگی بیمار را از خود بیمار یا همراه وی بپرسد و با دستبند شناسایی مطابقت دهد.			
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری مددجو، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد.			
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را می‌شوید و دستکش می‌پوشد.			
۴. بیمار را به وضعیت نیمه نشسته در می‌آورد. در مددجوی غیر هوشیار برای پیشگیری از آسپیراسیون احتمالی وضعیت به پهلو را انتخاب می‌کند.			
۵. مددجو را قبل از ساکشن با اکسیژن ۱۰۰٪ هیپراکسیژنه می‌کند.			
۶. عینک محافظ، ماسک و دستکش استریل می‌پوشد.			
۷. کاتتر را با دست غالب می‌گیرد.			
۸. تیوب ساکشن را با دست غیر غالب ابتدا به T تیوب و بعد به کاتتر متصل می‌کند.			
۹. استریل بودن کاتتر حفظ می‌شود.			
۱۰. کاتتر را از طریق سوراخ بینی، دهان، یا راه مصنوعی در وضعیت دم داخل می‌کند.			
۱۱. در هنگام ورود بدون فشار بر روی تی تیوب وارد می‌شود			
۱۲. با انگشت شست دست غیرغالب روی منفذ باز کانکتور تی تیوب را می‌گیرد تا مکش شروع شود.			
۱۳. با دست غالب کاتتر را به حالت چرخشی بیرون می‌آورد این عمل ۳ تا ۵ ثانیه بیشتر طول نمی‌کشد تا منجر به هیپوکسی نشود.			
۱۴. نوک کاتتر را داخل گالیپات محتوی سالین استریل گذاشته ساکشن می‌کند تا ترشحات کاملا پاک و تمیز شود.			
۱۵. در صورت بسته شدن مجرای کاتتر و باز نشدنش به این شیوه، کاتتر را تعویض می‌کند.			
۱۶. در صورت نیاز به ساکشن مجدد، دوباره مددجو را هیپراکسیژنه می‌کند.			
۱۷. برای ساکشن ترشحات دهان، کاتتر از گوشه‌ی دهان وارد کند. (ورود مستقیم کاتتر از روی زبان میتواند منجر به تحریک رفلکس گگ شود.)			
۱۸. دست‌ها را بشوید.			
۱۹. به بیمار کمک کند تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد.			
۲۰. در صورت لزوم دهان شویه دهد.			

چک لیست شستشوی تراکئوستومی

اهداف	بلی	خیر	ملاحظات
۱. بیمار را شناسایی می‌کند.			
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری مددجو، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد.			
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را می‌شوید و دستکش می‌پوشد و از ماسک و عینک محافظ استفاده می‌کند.			
۴. از بگ خود متسع‌شونده و اکسیژن ۱۰۰٪ برای هیپراکسیژنه کردن مددجو استفاده می‌کند.			
۵. پانسمان محل تراکئوستومی را برمی‌دارد. در حالی که دستکش‌ها را خارج می‌کند، پانسمان را درون دستکش کشیده و در کیسه زباله می‌اندازد.			
۶. با رعایت شرایط استریل، ساکشن داخل تراشه را انجام می‌دهد.			
۷. طول وارد کردن کاتتر را حداکثر ۱۰ تا ۱۲ سانتیمتر در بزرگسالان می‌داند.			
۸. پانسمان استریل مخصوص تراکئوستومی را استفاده می‌کند			
۹. در صورت نداشتن چنین پانسمانی، بداند می‌تواند از یک گاز اطراف لوله‌ی تراکئوستومی استفاده کند.			
۱۰. با دست غیر غالب، قفل روی لوله‌ی داخلی که آن را روی قسمت خارجی ثابت کرده است را در جهت خلاف عقربه های ساعت چرخانده و قسمت داخلی را با دست غالب گرفته، خارج می‌کند و در گالیپات حاوی آب اکسیژنه قرار می‌دهد.			
۱۱. علائم هیپوکسی را بداند و برای رفع آن، اکسیژن را در کنار لوله خارجی قرار می‌دهد.			
۱۲. کانولای داخلی را با برس یا اپلیکاتورشستشو می‌دهد			
۱۳. برای زدودن آب اکسیژنه از سطح کانولای داخلی، نرمال سالین استفاده می‌کند.			
۱۴. لوله داخلی را در درون لوله خارجی گذاشته و در جهت عقربه‌های ساعت می‌چرخاند تا قفل شود.			

فصل (۱۰)
مراقبت از زخم

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. بشکل صحیح و استریل زخم را شست و شو، ضدعفونی و پانسمان نمایند.
۲. کشیدن بخیه را به درستی انجام دهند.
۳. کاربرد پانسمان های شفاف، هیدروکلوئید را بیان کنند.
۴. بانداژ اندام ها را بشکل صحیح انجام دهند.

اصلاحات فصل مراقبت از زخم	
Galipot	گالی پات
Gloves	دستکش
Healing	ترمیم/بهبود
Infection	عفونت
Applicator	اپلیکاتور
Debridement	تمیز کردن بافت مرده
Dressing	پانسمان
Dry sterile dressing	پانسمان استریل خشک
Transparent wound barrier	پانسمان شفاف
Hydrocollid	پانسمان هیدروکلوئید
Skin	پوست
Suture	بخیه
Leukocytosis	افزایش گلبول‌های سفید
Wound	زخم
Serous drainage	ترشحات سروزی
Fever	تب
Sweating	تعریق
Fatigue	خستگی
Inflammation	التهاب

پانسمان استریل خشک

هدف

۱. محافظت از صدمات مکانیکی
۲. حفظ استریلیتی زخم و پیشگیری از عفونت آن
۳. تسهیل بهبود زخم
۴. جلوگیری از خونریزی (وقتی بعنوان یک پانسمان فشاری بکار می بریم یا بانداژ الاستیک)

نکات مورد بررسی

۱. ظاهر و اندازه زخم
۲. مقدار و مشخصه ترشحات
۳. حساسیت نسبت به ماده تمیز کننده یا چسب
۴. درد بیمار و زمان دریافت آخرین مسکن
۵. علائم عفونت (تب، تعریق، خستگی، افزایش گلبول‌های سفید در آزمایش خون)

تجهیزات و لوازم مورد نیاز:

- ست پانسمان استریل (شامل قیچی، پنس، گالی پات (ظرف استریل)، ریسیور، گاز چهارگوش، دستکش استریل، دستکش یکبار مصرف، ماسک، کیسه نایلون مخصوص وسایل کثیف، محلول شستشو (سالین نرمال)، الکل یا استون، باند و چسب، ملافه، بیکس گاز، پد ضد آب، عینک محافظ چشم، گان

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱) بررسی دستور پزشک
۲) آماده سازی وسایل لازم

ب) نحوه اجرا

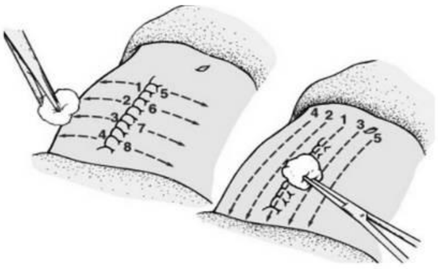
۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. بعد از آماده کردن بیمار در صورت نیاز به مسکن و پیش بینی عدم تحمل پروسیجر طبق تجویز آن را تزریق نمایید.
۵. روش کار را برای بیمار توضیح دهید و به او آموزش دهید که به زخم و وسایل استریل دست نزند.
۶. درب اتاق و پنجره را ببندید، پرده ی اتاق را بکشید.
۷. محیط خصوصی فراهم کنید.
۸. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی جهت دستیابی به زخم قرار گیرد.
۹. ناحیه زخم را باز کنید.
۱۰. کیسه نایلون را باز کرده و در محل مناسب جهت قرار دادن پانسمان آلوده بگذارید.
۱۱. در صورت احتمال پاشیدن ترشحات به صورت و چشم ماسک و عینک بزنید.
۱۲. دستکش تمیز پوشیده و چسب و باند پانسمان را باز کنید.
۱۳. جهت برداشتن چسب در صورت لزوم از پنبه الکل استفاده شود و چسب در جهت موازی با زخم بردارید.
۱۴. با دقت پانسمان را بردارید.
۱۵. نوع، مقدار و بوی ترشحات روی پانسمان را بررسی کنید. پانسمان کثیف را در کیسه نایلون انداخته و دستکش را از داخل به خارج درآورده و در کیسه نایلون قرار دهید.

۱۶. با بکار گیری روش آسپتیک، ست پانسمان را باز کنید و وسایل داخل ست را با چیتل فورسپس مرتب نمایید.
۱۷. درب محلول محتوی سالین نرمال را باز کنید و از فاصله ۱۰-۱۵ سانتی‌متری داخل ظرف استریل بریزید.
۱۸. بهتر است ابتدا کمی از سرم شست و شو را دور ریخته و سپس آن را درون گالی پات ست استریل بریزید.
۱۹. دستکش استریل بپوشید.
۲۰. با استفاده از پنس استریل لایه‌ی داخلی پانسمان را بردارید.

الف : پانسمان خشک: در صورتی که پانسمان به سطح زخم چسبیده، با ریختن مقدار کمی سالین نرمال آن را خیس نمایید.

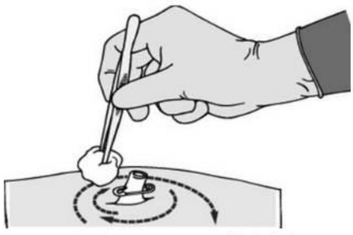
ب: پانسمان مرطوب: اگر پانسمان مرطوب به خشک بکاررفته باشد، آن را مرطوب نکنید، بجای آن به آرامی پانسمان را برداشته، بیمار از دردناک بودن پانسمان آگاه کنید (پانسمان مرطوب به خشک زخم را دبرید می کند).

۲۱. گازها را از نظر میزان و ویژگی ترشح مورد بررسی قرار دهید سپس داخل کیسه نایلونی انداخته و پنس را کنار بگذارید.
۲۲. زخم را از نظر علائم ترمیم لبه های زخم، اندازه (عمق، طول، پهنا)، وجود درن و درناژ زخم بررسی کنید (اطراف درن از نظر التهاب و نوع و میزان ترشحات مورد بررسی قرار دهید).
۲۳. زخم را تمیز کنید:
- با استفاده از پنس استریل و گاز مرطوب شده با محلول شستشو، زخم را بشویید.
- در هر بار شستشو فقط از یک سواب یا گاز مجزا استفاده کنید و از هر قسمت پنبه یکبار استفاده نمایند.
- همیشه از قسمت تمیزتر شروع کرده و به قسمت کثیف ختم کرده و گاز را دور بیاندازید. بعد از تمیز کردن یک قسمت و رفتن به قسمت پائین تر مجددا به بخش بالاتر باز نگردید.
- زخم افقی را از مرکز به سمت خارج برش زخم تمیز کنید(شکل ۱۰-۱).
- زخم عمودی را از بالا به پایین تمیز کنید.



■ **شکل۱۰-۱.** نحوه شست و شو خط بخیه

۲۴. پس از تمیز کردن زخم، اطراف آن تا شعاع ۵ سانتی‌متری تمیز کنید.
۲۵. یک زخم دارای درن را از مرکز دایره به طرف خارج و با حرکت دورانی تمیز کنید. برای هر حرکت چرخشی یک گاز استفاده کنید(شکل ۱۰-۲).



■ **شکل۱۰-۲.** نحوه تمیزکردن اطراف درن

- با استفاده از گاز خشک استریل، زخم را خشک کنید.
۲۶. با استفاده از پنس یا دستکش استریل زخم را با گاز استریل از مرکز به خارج تمیز کنید.
۲۷. دستکش را خارج کنید
۲۸. پانسمان را با چسب یا باند فیکس کنید(به داشتن حساسیت به چسب‌های لکوپلاست دقت نمایید). در صورت داشتن حساسیت می‌توان از چسب های کاغذی یا CM بهره برد.
۲۹. وسایل را به محل مربوطه بازگردانید.
۳۰. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست‌وشو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. درجه بهبودی، مقدار ترشح، رنگ‌وبوی ترشحات، ظاهر زخم، وجود هرگونه التهاب بررسی و ثبت کنید.

۲. گزارش موارد مهم انحراف از حالت طبیعی

■ **شکل۱۰-۳.** پانسمان شفاف

پانسمان شفاف

اهداف

۱. فراهم‌کردن یک محیط مرطوب وتسهیل بهبودی زخم
۲. امکان مشاهده مستقیم زخم و روند بهبودی
۳. حفاظت از هرگونه آسیب و میکروارگانیسم

نکات مورد بررسی

۱. اغلب جهت زخم های سوختگی بکار می رود.
۲. بر روی آنژیوکت یا پورت و لاین مرکزی جهت پی بردن زودرس هرگونه فلبیت و قرمزی
۳. بدلیل قابلیت ارتجاعی بودن برای مفاصل استفاده می‌شود.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- مانند پانسمان خشک
- پانسمان مرطوب

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

مانند پانسمان خشک

ب) نحوه اجرا

مانند پانسمان خشک اجرا می‌شود.
پانسمان را بعد از بازکردن پوشش آن طوری روی زخم قرار دهیم که حداقل ۲/۵ سانتیمتر از اطراف را بپوشاند بدون چین خوردگی روی زخم گسترده شود (شکل۱۰-۳).

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مانند قبل
۲. استحمام بدون برداشتن پانسمان
۳. محکم نمودن در مواردی که ضرورت دارد

■ **شکل۱۰-۴.** پانسمان هیدروکلوئید

پانسمان هیدروکلوئید

هدف:

۱. فراهم آوردن یک محیط مرطوب وتسهیل بهبودی زخم
۲. کمک به کاهش درد بیمار
۳. شکل پذیری پانسمان
۴. حفاظت از آسیب و میکروارگانیسم

نکات مورد بررسی

۱. اغلب جهت زخم‌های بستر ترشح دار بکار می‌رود. (در زخم‌های عفونی و عمیق جایز نمی‌باشد)
۲. برای مدت طولانی (۳-۷ روز) قابل استفاده است

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- مانند پانسمان خشک
- پانسمان هیدرو کلوئید(شکل۱۰-۴)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

مانند پانسمان خشک

ب) نحوه اجرا

۱. به بخش پانسمان خشک مراجعه شود.
۲. پانسمان را بعد از باز کردن پوشش روی زخم قرار داده و ۱ دقیقه در محل نگهدارید

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مانند قبل (درجه بهبودی، مقدار ترشح، رنگ و بوی ترشحات، ظاهر زخم، وجود هرگونه التهاب بررسی و ثبت گردد).
۲. کنترل حداقل روزانه یک بار پانسمان از نظر چین خوردگی، جابجایی و یا نشت
۳. تعویض در صورت بروز علائم بالا

دبریدمان

در زخم‌هایی که با بافت مرده ضخیمی پوشیده شده‌اند (زخم‌های سیاه یا اسکار)، برداشتن بافت مرده

هدف

تسهیل در بهبودی زخم

انواع دبریدمان

الف) با استفاده از چاقوی جراحی یا قیچی
ب) شیمیایی: با استفاده از مواد آنزیمی که متداول‌ترین روش است.
ج) مکانیکی: توسط نیروی مالشی توسط پانسمان مرطوب
د) اتولیتیک: با استفاده از پانسمان های هیدروکلوئیدی

تهیه نمونه از ترشحات زخم

اهداف:

۱. تعیین وجود عفونت
۲. تعیین نوع میکروب ایجاد کننده عفونت و به دنبال آن آنتی بیوتیک های موثر بر آن(از طریق آنتی بیوگرام)
۳. بررسی میزان تاثیر درمان با آنتی بیوتیک

نکات مورد بررسی

۱. وجود و میزان درد در محل زخم
۲. نیاز به تزریق مسکن
۳. علائم بالینی عفونت
۴. ظاهر زخم و مقدار ترشح زخم

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یک بار مصرف
- کیسه نایلونی
- ست پانسمان استریل
- دستکش استریل
- لوله آزمایش استریل
- محلول سرم فیزیولوژی
- برچسب شیشه
- ورقه کامل شده ازمایشگاه

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی دستور پزشک جهت برداشت نمونه
۲. بررسی دستور از نظر روش نمونه‌گیری (هوازی – بی هوازی)
۳. بررسی از نظر نیاز به تمیزکردن زخم قبل نمونه برداری
۴. بررسی از نظر محل خاص برای نمونه برداری

ب) نحوه اجرا

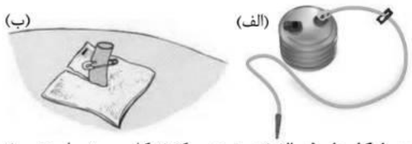
۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۵. بیمار در وضعیت راحت قرار دهید و پوشش مورد نظر را کنار بزنید.
۶. دستکش یکبار مصرف پوشیده و لایه‌های خارجی پانسمان را بردارید.
۷. باز کردن ست را باز کرده و دستکش استریل بپوشید.
۸. زخم را تمیز کرده با سرم فیزیولوژی شسته و خشک کنید.
۹. درب لوله را برداشته و وارونه روی سطح تمیز و خشک قرار دهید.
۱۰. لوله را بین انگشتان نگه داشته و با دست غالب اپلیکاتور را خارج کنید
۱۱. نوک استریل اپلیکاتور را در محل به جلو و عقب بکشید
۱۲. اپلیکاتور را بدون تماس با چیزی به داخل لوله وارد کنید

۱۳. در صورت عدم استفاده از دستکش استریل انتهای اپلیکاتور که با دست تماس داشته شکسته و دور بیاندازید
۱۴. درب لوله را ببندید
۱۵. برچسب را روی لوله چسبانده به آزمایشگاه بفرستید
۱۶. در صورت تهیه نمونه بی هوازی با سرنگ یا اپلیکاتور نمونه را تهیه و سریع به آزمایشگاه منتقل نمایید
۱۷. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. عدم تماس نوک اپلیکاتور با پوست اطراف یا سطح لوله
۲. ثبت موارد انجام شده و گزارش موارد غیرطبیعی

تمیزکردن و کوتاه‌کردن محل درن وخروج درن



■ **شکل ۱۰-۵.** الف) درن هموک(شکل سمت راست. ب) درن پن رز(شکل سمت چپ)

اهداف

۱. تمیز کردن ترشحات موجود بر روی پوست و کاهش خطر تحریک پوستی
۲. کاهش احتمال عفونت
۳. کم کردن طول درن و در نتیجه تسهیل بهبودی زخم از داخل به خارج
۴. آماده کردن بیمار برای خروج کامل درن

نکات مورد بررسی

مانند تعویض پانسمان خشک

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- وسایل پانسمان
- سوزن قفلی استریل (سنجاق)
- تیغ بیستوری(جهت بخیه درن همووا‌گ)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی دستور پزشک از نظر دستور کوتاه کردن و مقدار طول لوله که باید کوتاه شود
۲. اطمینان دادن به بیمار از دردناک نبودن پروسیجر

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۵. بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پوشش مورد نظر را کنار بزنید.
۶. دستکش یکبار مصرف پوشیده و لایه‌های خارجی پانسمان را بردارید.
۷. ست را باز کرده و دستکش استریل بپوشید.
۸. درن را با دست غیر غالب بالا بگیرید.
۹. محل درن را به حالت نیم دایره یا دایره کامل تمییز کنید.
۱۰. اگر تا به حال درن کوتاه نشده ابتدا بخیه را بریده و بردارید.
۱۱. به مقدار لازم در راستای جاگذاری درن، درن را بیرون بکشید.
۱۲. سنجاق قفلی را تا حد ممکن نزدیک پوست به درن بزنید به طوریکه وارد زخم نشود.
۱۳. با قیچی استریل قسمت اضافی درن را ببرید به طوریکه ۲/۵ سانتیمتر درن بر روی پوست باقی بماند.
۱۴. با یک گاز استریل بریده شده یا چهار گاز یا یک گاز تا زده شده نواری شکل اطراف درن را بپوشانید.
۱۵. اگر قصد خروج درن را داریم تا انتها بیرون آورده محل را مقداری فشار داده تا ترشحات تخلیه گردد.
۱۶. پانسمان محل درن به اندازه کافی حجیم باشد تا ترشحات اضافی را جذب نماید.
۱۷. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. مانند روش پانسمان خشک می باشد.
۲. مراقب باشید در تمام مراحل درن به داخل زخم برنگردد

۳. با در دست داشتن گاز در دست غیر غالب از ورود لخته‌ی انتهای درن هموا‌گ به داخل زخم خودداری نمایید
۴. سوزن قفلی استریل (سنجاق) جهت درن پن رز را خلاف برش زخم قرار دهید

شستشوی زخم[1]

اهداف

تمیز کردن مناسب و موثرتر ناحیه
بکارگیری گرما و تسریع فرایند بهبودی

نکات مورد بررسی

۱. ظاهر و اندازه زخم
۲. مشخصات ترشحات
۳. زمان دریافت آخرین داروی مسکن وعلائم بالینی عفونت

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- ست پانسمان استریل
- سرنگ استریل ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتر به همراه سند مناسب (۱۸-۱۹)
- گالیپات
- رسیور
- محلول شستشو با حجم ۲۰۰ سی سی و با درجه حرارت ۳۲ تا ۳۷ درجه سانتیگراد
- دستکش استریل
- ملحفه مشمعی
- وسایل حفاظت شخصی
- دستکش یکبار مصرف

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

بررسی دستور پزشک از نظر نوع، غلظت و درجه حرارت محلول شستشو ،دفعات شستشو و هرگونه پماد یا پانسمان مورد نیاز بعد از شست و شو

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. خلوت بیمار را فراهم نمائید.
۵. بیمار را در وضعیت راحت قرار داده پوشش مورد نظر را کنار بزنید.
۶. دستکش یکبار مصرف پوشیده و لایه‌های خارجی پانسمان را بردارید.
۷. ست را باز کرده و دستکش استریل بپوشید.
۸. رسیور استریل را در قسمت پایین زخم طوری قرار دهید که محلول پس از تخلیه درون آن جریان یابد
۹. با استفاده از سرنگ استریل محلول را درون زخم با جریان مداوم و آرام وارد کنید
۱۰. شستشو را تا زمان شفاف بودن مایع برگشتی ادامه دهید (شکل ۱۰-۶)
۱۱. ناحیه اطراف را خشک کنید
۱۲. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

شکل ۱۰-۶ شست و شوی زخم

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

بررسی یافته های غیر طبیعی

1. Irrigation

برقراری یک سیستم بسته تخلیه ترشحات زخم (شارژ کردن مخزن)

اهداف

۱. تسریع فرایند بهبودی به وسیله خروج ترشحات
۲. برقراری و تداوم تخلیه ترشحات زخم

نکات مورد بررسی

۱. مقدار، رنگ، غلظت، شفافیت و بوی ترشحات
۲. نوع درن و نحوه تخلیه و شارژ آن (هموووگ و یا جکسون پرات)
۳. بررسی دستور شارژکردن مجدد(داشتن خلا و در نتیجه مکش منفی)
۴. احساس ناراحتی در اطراف درن
۵. علایم بالینی مربوط به عفونت

تجهیزات و لوازم موردنیاز

- دستکش یک بار مصرف
- ظرف مدرج
- دستکش استریل
- پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده
- وسایل حفاظت شخصی
- رسیور

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی عدم تخلیه ترشحات
۲. بررسی دستور پزشک

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. کیسه تخلیه کننده را روی یک سطح صاف و سخت قرار دهید.
۵. پس از پوشیدن دستکش دریچه آن را بدون آلوده کردن باز کنید
۶. با یک دست کیسه را به سمت پایین فشار داده با دست دیگر با تمیز نمودن دهانه دریچه را ببندید تا خلاء ایجاد شده حفظ شود
۷. پس از پر شدن با خالی‌کردن ترشحات در ظرف مدرج میزان آن را اندازه‌گیری نمایید

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. بررسی یافته‌های غیر طبیعی
۲. زمان خالی‌کردن کیسه را در پرونده ثبت نمایید
۳. ثبت مقدار و نوع ترشحات
۴. گزارش موارد غیرطبیعی

برداشتن بخیه

نکات مورد بررسی

۱. بررسی دستور پزشک (برداشتن همه بخیه‌ها یا متناوب برداشتن)
۲. بررسی عوامل ممنوع کننده برداشتن بخیه (بسته نشدن کامل زخم، التهاب، وجود ترشح)
۳. ظاهر بخیه

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یک بار
- دستکش استریل
- کیسه نایلونی
- ست پانسمان
- نوارچسب (در صورت لزوم)

روش کار

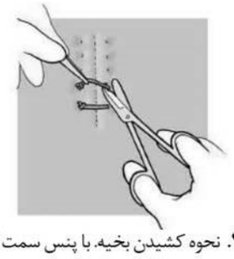
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

بررسی دستور پزشک

ب) نحوه اجرا

اطلاع به بیمار و یادآوری وجود ناراحتی کم مثل کشیدگی

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. فراهم آوردن خلوت بیمار و قرار دادن در وضعیت راحت
۵. نمایان ساختن محل
۶. ضدعفونی کردن خط بخیه با محلول شست و شو
۷. گرفتن بخیه در محل گره با پنس
۸. بریدن بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره (شکل ۱۰-۷)
۹. خارج‌کردن بخیه و قراردادن در روی گاز استریل برای بررسی خروج کامل بخیه
۱۰. توجه به کامل بودن بخیه و عدم باقی ماندن آن در پوست بیمار(داشتن سه دم که یکی بلندتر از بقیه است)
۱۱. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.



■ **شکل۱۰-۷.** نحوه کشیدن بخیه. با پنس سمت گره دار بخیه را گرفته به سمت بالا بکشید و با قیچی یا تیغ بیستوری استریل نخ بخیه را قطع نمائید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. در صورت عدم التیام قسمت کوچک زخم استفاده از چسب پروانه‌ای استریل
۲. اطلاع به پزشک در صورت التیام نیافتن قسمت بزرگ زخم
۳. توجه به ظاهر(وضعیت خط بخیه، وجود ترشح یا جدا شدن لبه‌های زخم)
۴. ثبت پروسیجر انجام شده

بانداژ

■ **شکل۱۰-۸.** بانداژ مچ پا

■ **شکل۱۰-۹.** بانداژ کف دست

اهداف

۱. ایجاد فشار بر روی بخشی از بدن
۲. پیشگیری یا کاهش تورم
۳. ثابت نگه داشتن پانسمان

نکات مورد بررسی

۱. بررسی وضعیت محل بانداژ
۲. وضعیت پانسمان
۳. توانایی بیمار در رابطه با انجام فعالیتهای روزانه
۴. بررسی کفایت گردش خون

تجهیزات و لوازم موردنیاز

- دستکش یک بار مصرف
- باند مناسب
- نوارچسب (در صورت لزوم)
- پد

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی دستور پزشک
۲. حفظ وضعیت طبیعی اندام‌های بدن (مفاصل کمی حالت خمیده داشته باشد)

ب) نحوه اجرا

۱. بیمار را شناسایی کنید: نام و نام خانوادگی بیمار را بپرسید و با دستبند شناسایی مطابقت دهید.
۲. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۳. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۴. خلوت بیمار را فراهم کرده و وی را در وضعیت راحت قرار دهید.
۵. تمیز و خشک کردن ناحیه را انجام دهید.
۶. شروع را از قسمت دیستال (انتها) عضو انجام دهید.
۷. باند را در دست غالب خود نگه دارید به طوریکه قسمت لوله شده به طرف بالا باشد
۸. انتهای باز شده را روی ناحیه قرار داده و آن را با شست دست غیر غالب خود ثابت نگه دارید
۹. دور دوم را روی لایه اول ببندید با حرکت دورانی منظم طوری بپیچید که هر لایه $\frac{1}{2}$ تا $\frac{2}{3}$ لایه قبلی را بپوشاند.
۱۰. بین سطوح پوست و برجستگی استخوان پ استفاده کنید.
۱۱. در صورت امکان انتهای عضو بانداژ شده را باز نگه دارید.
۱۲. بانداژ تا ۵ سانتی متر بالاتر از پانسمان را بپوشاند.
۱۳. فشار یکنواخت در مسیر مناسب ایجاد کنید.
۱۴. دستکش‌ها را خارج کرده و شست‌وشو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. بررسی عدم اختلال در گردش خون
۲. ثبت موارد غیر طبیعی

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورتی که بیمار با زخم مرخص می‌شود و از نظر پزشک / پرستار همچنان نیاز به تعویض پانسمان دارد در صدد لزوم تعویض استریل آن شکل روزانه و در صورت لزوم شبیه تاکید می‌کند.
۲. علایم بروز عفونت چون قرمزی، ترشحات چرکی و بودار و لزوم مراجعه به پزشک آموزش داده شود.

چک لیست تعویض پانسمان

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. حریم خصوصی بیمار را حفظ می‌کند.			
۲. شستن دستها را به درستی انجام می‌دهد.			
۳. پوشیدن دستکش یکبار مصرف را انجام می‌دهد.			
۴. پانسمان آلوده (در صورت چسبیدن استفاده ار سرم شستشو) را برمی‌دارد.			
۵. باز کردن ست پانسمان را به روش استریل انجام می دهد.			
۶. محلول استریل را به روش مناسب می‌ریزد.			
۷. وسایل مورد نیاز دیگر مثل(تیغ بیستوری- پانسمان‌های خاص.. را اماده می‌کند.			
۸. دستکش استریل را به درستی انجام می دهد.			
۹. شستشو و تمیزکردن زخم (استفاده از اپلیکاتور فقط یکبار- را از مرکز به اطراف انجام می‌دهد.			
۱۰. پوست اطراف زخم را خشک می‌کند.			
۱۱. زخم را بررسی می‌کند.			
۱۲. کوتاه کردن درن –خارج کردن درن را به روش مناسب انجام می‌دهد.			
۱۳. پوشاندن زخم را با پانسمان استریل به درستی انجام می‌دهد.			
۱۴. دست‌ها را در اتمام کار شست و شو می دهد.			

چک لیست تهیه نمونه کشت از زخم

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. حریم خصوصی بیمار را حفظ می‌کند.			
۲. شستن دستها را به درستی انجام می‌دهد.			
۳. دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۴. پانسمان آلوده (در صورت چسبیدن استفاده از سرم شستشو) را به درستی برمی‌دارد.			
۵. ست پانسمان را به روش استریل باز می‌کند.			
۶. محلول استریل به روش مناسب می‌ریزد.			
۷. لوله کشت را آماده می‌کند.			
۸. دستکش استریل را به درستی می‌پوشد.			
۹. اپلیکاتور را به روش استریل برمی‌دارد.			
۱۰. اپلیکاتور را به ترشحات زخم آغشته می‌کند.			
۱۱. اپلیکاتور را داخل لوله به روش مناسب و استریل قرار می‌دهد.			
۱۲. شستشو و تمیزکردن زخم (استفاده از اپلیکاتور فقط یکبار) از مرکز به اطراف انجام می‌دهد.			
۱۳. خشک کردن پوست اطراف زخم را انجام می‌دهد.			
۱۴. بررسی زخم را انجام می‌دهد.			
۱۵. کوتاه کردن درن – خارج‌کردن درن را به روش مناسب انجام می‌دهد.			
۱۶. پوشاندن زخم با پانسمان استریل را انجام می‌دهد.			
۱۷. شستن دست‌ها را به درست انجام می‌دهد.			

چک لیست شستشو دادن زخم زخم

	بلی	خیر	ملاحظات
۱. حریم خصوصی بیمار را حفظ می‌کند.			
۲. شستن دستها را به درستی انجام می‌دهد.			
۳. دستکش یکبار مصرف بپوشد.			
۴. پانسمان آلوده (در صورت چسبیدن استفاده ار سرم شستشو) را به درستی برمی‌دارد.			
۵. ست پانسمان را به روش استریل باز می‌کند.			
۶. محلول استریل به روش مناسب می‌ریزد.			
۷. ماسک، گان، عینک می‌پوشد.			
۸. سرنگ شستشو را باز می‌کند.			
۹. ظرف تمیز را در انتهای لبه تحتانی زخم قرار می‌دهد.			
۱۰. دستکش استریل می‌پوشد.			
۱۱. سرنگ را از محلول پر می‌کند.			
۱۲. سرنگ را ۲/۵ سانتی‌متر بالاتر زخم قرار داده و محلول را می‌ریزد.			
۱۳. اگر زخم عمیق است از سوند سیلیکون یا لاتکس استفاده می‌کند. تا محلول بازگشتی شفاف شود.			
۱۴. شستشو و تمیز کردن زخم (استفاده از اپلیکاتور فقط یکبار- از مرکز به اطراف انجام می‌دهد.			
۱۵. پوست اطراف زخم را خشک می‌کند.			
۱۶. زخم را بررسی می‌کند.			
۱۷. کوتاه و خارج کردن درن را به روش مناسب انجام می دهد.			
۱۸. زخم را با پانسمان استریل می‌پوشاند.			
۱۹. شستن دست‌ها را در پایان کار انجام می‌دهد.			

فصل (۱۱)

مراقبت بعد از مرگ

اهداف فصل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. مراقبت از جسد را به درستی انجام دهند.

مراقبت بعد از مرگ

اهداف

۱. رعایت کلیه اصول اخلاقی، شرعی و قانونی جهت حفظ احترام فرد
۲. حفظ ظاهر بیمار به وسیله پیشگیری از صدمات پوستی و تغییر رنگ و حالات چشم‌ها

نکات مورد بررسی

بررسی تایید مرگ بیمار توسط پزشک وثبت در پرونده

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یک بار مصرف
- گان و ماسک
- لیست اشیاء قیمتی
- برگه ثبت البسه
- پد چشمی مرطوب
- حوله
- لگن حمام حاوی آب گرم
- لیف و شانه
- کاور مخصوص جسد
- ملحفه
- وسایل پانسمان در صورت زخم
- دو عدد مچ بند ویک برچسب مشخصات متوفی
- برانکارد

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. بررسی تایید پزشک
۲. حفظ وضعیت طبیعی اندام های بدن
۳. اقدامات احتیاطی پیشگیری از انتشار عفونت در صورت بیماری عفونی
۴. بررسی مقررات موسسه وآداب مذهبی
۵. مطلع کردن اقوام برابر مقررات

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. خارج کردن وسایل غیر ضروری از اتاق
۳. قرار دادن در وضعیت مناسب(بدن صاف و به پشت خوابیده، دستها در طرفین و کف دستها به طرف پایین)
۴. قرار دادن بالش زیر سر و شانه جهت جلوگیری از تغییر رنگ صورت
۵. بستن چشم‌ها در صورت باز بودن چند ثانیه نگه داشتن یا استفاده از پد مرطوب
۶. بستن دهان با قرار دادن حوله مرطوب زیر چانه
۷. خروج سوند ادراری، آنژیوکت، لوله‌ها و کیسه‌های اضافی (در صورت نیاز به کالبد شکافی لوله‌ها را از فاصله ۲/۵ سانتی‌متری قطع کنید)
۸. تمیز کردن بدن با آب گرم
۹. قرار دادن پد روی پرینه و باسن
۱۰. پانسمان در صورت وجود زخم
۱۱. مرتب کردن موهای شخص متوفی
۱۲. بستن مچ بند و چسباندن برچسب روی مچ و سینه فرد
۱۳. ایجاد نور ملایم
۱۴. اجازه ملاقات به خانواده و اقوام
۱۵. تهیه لیست اشیا ء قیمتی و البسه
۱۶. قرار دادن جسد در کاور
۱۷. انتقال جسد از تخت به برانکارد
۱۸. کشیدن ملحفه روی فرد
۱۹. بستن درب اتاق های بیماران دیگر
۲۰. انتقال به سردخانه با آسانسور مخصوص
۲۱. دستکش‌ها را خارج کرده و دستها را شست و شو دهید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. یادداشت اطلاعات و بقیه موارد در پرونده
۲. تحویل متعلقات به خانواده و گرفتن امضاء
۳. گزارش هرگونه مورد غیرطبیعی

فصل (۱۲)
دارو درمانـــی

اهداف فصل:
از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. شیوه‌های مختلف دارو دهی را نام ببرند.
۲. ۵ موردی که قبل از هربار دارو دادن باید توسط پرستار کنترل گردد را نام ببرند.
۳. با استفاده از کارت دارویی بشکل صحیح دارو دهند.
۴. مکان‌های مختلف تزریق عضلانی را نام ببرند.
۵. به درستی تزریق عضلانی را انجام دهند.
۶. باتکنیک Z تزریق عضلانی را انجام دهند.
۷. مکان های مختلفی که در تزریق زیر جلدی استفاده می‌شود را نام ببرند.
۸. به درستی تزریق زیرجلدی را انجام دهند.
۹. داروهای چشمی را بشکل صحیح در چشم بریزند.
۱۰. داروهای گوش را با دادن پوزیشن مناسب به درستی بریزند.
۱۱. شیاف را با رعایت اصول در محل قرار دهند.
۱۲. نحوه استفاده از اسپری را توضیح داده و عملیاتی انجام دهند.
۱۳. به شکل صحیح آنژیوکت یا اسکالپ وین را تعبیه نمایند.

جدول اصطلاحات فصل دارو درمانی	
BS(Blood Sugar)	قند خون
FBS(Fast Blood Sugar)	قند خون ناشتا
CBC(Cell Blood Count)	شمارش سلولهای خون
I.V(Intra venous)	وریدی (از طریق ورید)
I.M(Intra muscular)	درون عضلانی
S.C(Sub cutaneous)	زیر جلدی
I.D(Intra dermal)	داخل جلدی (پوستی)
D.S(Dis Continue)	عدم پیگیری
NPO(Non per oral/OS)	از راه دهان چیزی نخورد (ناشتا)
MD(Median Day)	میانه (وسط) روز
MN(Median Night)	میانه (وسط) شب
M&N(Morning and Night)	صبح و شب
PM(Post mortem(L) after death)	بعد از ظهر
BMI(Body Mass Index)	شاخص توده بدن
Amp(Ampoule)	آمپول
Tab/Tablet	قرص
PRN(Pro-Ri-Nata(L) as required)	در صورت نیاز (لزوم)
HL (Heparin Luck)	هپارین لاک
N.S (Normal Saline)	نرمال سالین
DW (Distilled Water)	آب مقطر
D-۵-W (Dextrose ۵ in water)	دکستروز ۵٪ در آب
Dextrose and Saline(D/S)	دکستروز سالین
FFP (Fresh Frozen Plasma)	پلاسمای تازه منجمد شده
DZP (Diazepam)	دیازپام
Inj (Injectable,inject(ion)	قابل تزریق، تزریق کردن
Bd/ BID (Bis die(L) twice a day)	دو بار در روز (لاتین)
Qh (quaque hora(L) every hour)	هر ساعت (لاتین)
q۲h (quaque secunda hora(L) every two hours)	هر دو ساعت (لاتین)
q۳h (quaque tetria hora(L) every three hours)	هر سه ساعت (لاتین)
Qid (Quarter in die(L) four times a day)	چهار بار در روز (لاتین)
TDS (Ter die sumendum(L) tobe taken three times a day)	روزی سه بار خورده شود (روزی سه بار) (لاتین)
Syr (Syrupus(L) syrup)	شربت (لاتین)

انواع مختلف داروها به دلیل اثرات فیزیولوژیک خاصی که در بدن ایجاد می کنند، تجویز می شوند. با توجه به نقش بسیار مهم آنها در فرآیند درمان همیشه از دارو درمانی به عنوان مهم ترین، پیچیده ترین و پرعارضه ترین مراقبت پرستاری یاد می شود. پرستاران قبل از تجویز دارو باید از روش جذب، شیوه انتقال، نحوه متابولیسم و چگونگی فرآیند دفع دارو ها مطلع باشند. همچنین باید شروع، مدت و شدت تاثیرگذاری دارو را بدانند. پرستاران باید در مورد مراحل آماده سازی و تجویز، مراقبت های قبل، حین و پس از دریافت دارو و بالاخره از پیشگیری و درمان عوارض احتمالی ناشی از آن اطلاعات کافی داشته باشند.

آماده‌سازی و تجویز داروهای خوراکی

مقدمه

داروهای خوراکی رایج ترین انواع داروهای تجویز شده در بیمارستان برای بیماران به شمار می آیند. اشکال دارویی جامد خوراکی از پر مصرف‌ترین اشکال دارویی می‌باشند. راحتی حمل، راحتی مصرف، ارزانی قیمت، پایداری فرآورده از مزایای این اشکال می‌باشد.

اهداف

۱. اجرای صحیح داروی تجویز شده
۲. پیشگیری و به حداقل رساندن شدت عوارض دارویی

نکات مورد بررسی

۱. دستورات پزشکی را از نظر صحت و کامل بودن اجزاء آن شامل نام مددجو، نام دارو، دوز دارو، راه مصرف دارو و زمان آن بازنگری نمایید (**5R**).
   - ✓ Right Patient – بیمار درست
   - ✓ Right Drug – داروی درست
   - ✓ Right Route – روش درست
   - ✓ Right Time – زمان درست
   - ✓ Right Dose – دوز درست
۲. دستورات پزشکی را از نظر صحت درج در کاردکس و کارت دارویی بازنگری نمایید.
۳. اختصارات مربوط به دفعات تجویز دارو (**HS , STAT , BID , QD , TID , QID** و غیره) را به خوبی یاد بگیرید(حروف اختصاری ابتدای لغات لاتین می باشد که معادل انگلیسی آنها آورده شده است).
   - ✓ **BID : two times per day**
   - ✓ **HS : at bedtime**
   - ✓ **QD : every day**
   - ✓ **QID : four time a day**
   - ✓ **TID : three times per day**
   - ✓ **STAT : first dose, immediately**
۴. ظرفها[1] و کارت دارویی را روی ترالی دارو مرتب نمایید. کاپ دارویی را طوری روی کارت دارویی قرار دهید که نام بیمار خوانده شود.
۵. به منظور پیشگیری و به حداقل رساندن خطا، داروها را برای هر بیمار به صورت انفرادی آماده نمایید.
۶. داروی دستور داده شده را از قفسه یا محل مربوطه بردارید؛ برچسب دارو را از نظر نام دارو، تاریخ انقضاء، روش مصرف، دوز دارو، و هشدارهای ثبت شده روی آن را بررسی نمایید.
۷. در زمان دارو دادن، برچسب روی شیشه دارو (قرص، مایع، پودر ...) باید ۳ بار (قبل، حین و بعد) کنترل شود.
۸. ظاهر دارو را از نظر شفافیت، وجود ذرات خارجی و

1. Measure

تغییر رنگ بررسی نمایید.

۹. دوز دارو را محاسبه نمایید. در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد، مقدار دارو، غلظت لازم، محلول مناسب، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید.

۱۰. داروها را بدون خارج نمودن از پوشش خارجی آنها در ظرف دارویی بگذارید.

۱۱. داروهای تزریقی پودری را حداکثر نیم ساعت قبل از تزریق حل نمایید. بعضی داروها را پس از حل کردن، در دمای خاص و به مدت معین می‌توان نگهداری نمود. در این موارد، به بروشور دارو یا کتاب دارویی مراجعه شود.

۱۲. داروها را بر اساس روش مصرف آنها آماده نمایید. در صورت شک، روش صحیح را پرسیده و اختصارات مربوط به آنها را یاد بگیرد.

۱۳. اگر در مورد دارو اطلاعاتی ندارید، به کتب دارویی، بروشور یا برچسب دارو مراجعه نمایید.

۱۴. دارو را بعد از آماده نمودن مستقیماً به اتاق مددجو ببرید.

۱۵. دارو را بدون مسئول رها نکنید .

۱۶. هنگام حضور بر بالین مددجو و قبل از دادن دارو از وی بخواهید خود را معرفی نماید(چک کردن هویت مددجو باعث اطمینان از دادن دارو به مددجوی صحیح می‌گردد)

۱۷. در صورت عدم هوشیاری و آگاه نبودن بیمار، از دستبند مشخصات که شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، بخش و پزشک معالج می باشد استفاده شود.

۱۸. پس از شناسایی بیمار، هدف از دادن دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای وی شرح دهید.

۱۹. بررسی های لازم قبل از دادن داروهای خاص را انجام داده و نتیجه را ثبت کنید(نظیر کنترل فشارخون، نبض، قندخون و ...)

۲۰. بعضی از داروها به دلیل تأثیر بر وضعیت همودینامیک بدن باید قبل از خواب به بیمار داده شوند مانند اولین دوز پرازوسین(به دلیل ایجاد هیپوتانسیون ارتوستاتیک) یا حداقل تا مدتی بعد از مصرف دارو دراز بکشد.

۲۱. به اثرات تداخلی داروها با تغذیه بیماران توجه شود (بعنوان مثال مرکبات و سبزیجات حاوی ویتامین**K** با وارفارین ....).

۲۲. زمان تجویز دارو را طوری انتخاب کنید که حتی المقدور با خواب بیمار تداخل نداشته باشد یا مانع خواب بیمار نشود (به طور مثال دیورتیک‌ها به دلیل اجبار به ادرار کردن بعد از آن).

۲۳. تزریق دارو، راس زمان مقرر، به ویژه در مورد آنتی بیوتیک‌ها حائز اهمیت است، تا سطح درمانی دارو در خون ثابت نگهداشته شود.

۲۴. داروها را به دست بیمار داده و تا زمان مصرف کامل دارو بیمار را ترک نکنید (به ویژه در مورد بیماران روانی، کم بینا و نابینا، افراد پیر و سالخورده و بیمارانی که تعدد دارویی دارند و در موارد مشکوک ۱۵- ۱۰ دقیقه پس از مصرف دارو بیمار را تحت نظارت دقیق قرار دهید).

۲۵. علائم و نشانه های عوارض دارویی را به بیمار آموزش داده و کنترل نمایید. چنانچه علائم و نشانه های مسمومیت دارویی بروز نماید از ادامه مصرف دارو اجتناب کنید و به پزشک اطلاع دهید.

۲۶. مداخلات پرستاری و موارد خاص از قبیل امتناع بیمار از خوردن دارو به هر دلیلی یا شکایت وی را ثبت نمایید.

۲۷. در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است، هر کدام را به طور جداگانه به وی دهید.

۲۸. در صورتی که از داروی مخدر استفاده می‌شود، بلافاصله پس از برداشتن دارو از قفسه، مشخصات لازم را در برگهٔ مخصوص داروهای مخدر از نظر نوع و مقدار دارو، نام بیمار، تشخیص بیمار و نام پرستار یادداشت کنید.

۲۹. چنانچه دارو دارای طعم نامطبوعی است از بیمار بخواهید پیش از خوردن دارو، مقداری خرده یخ را در دهان نگهدارد یا مقداری از نوشیدنی مورد علاقه خود را میل کند.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- سینی یا ترالی دارو – کارت مخصوص دارو- داروی دستور داده شده – ظرف دارو- دستکش یک بار مصرف – ظرف مدرج جهت مایعات دارویی- قاشق مخصوص دارو – هاون در صورت لزوم- نی آشامیدنی درصورت لزوم – دستمال کاغذی یا گاز مرطوب – رسیور جهت قراردادن ظرف دارویی مصرف شده- پارچ آب برای دارو دادن در صورت لزوم – آبسلانگ در صورت لزوم

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه بیماری هایی مانند زخم معده و حساسیت دارویی را بررسی نمایید.
۳. در صورت پائین بودن سطح هوشیاری، قدرت بلع بیمار را با استفاده از مقداری آب یا با آبسلانگ بررسی نمایید.
۴. در صورتی که داروی تجویزی بر فشارخون و ضربان قلب تاثیر می‌گذارد ابتدا این پارامترها را در بیمار تعیین کرده سپس تصمیم بگیرید دارو باید داده شود یا خیر.
۵. بررسی سابقه حساسیت دارویی(موضعی و سیستمیک)

ب) نحوه اجرا

نکته: شناسایی صحیح بیمار به این صورت است که اجازه دهید بیمار نام خود را بگوید نه شما بگوئید و منتظر تائید وی باشید. به مثال زیر دقت کنید:

صحیح: اگر نام بیمار مریم احمدی می باشد شما می‌پرسید. خانم مریم؟؟ منتظر باشید بیمار بگوید احمدی

غلط: پرستار می پرسد خانم مریم احمدی؟؟

دلیل این امر آن است که ممکن است بیمار هوشیاری خوبی نداشته باشد و هر اسمی که وی را صدا کنند تائید نماید.

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید(شکل۱۲-۱).
۴. بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و داخل کاپ قرار دهید. قرص‌ها و کپسول‌ها را از درون روکش آنها خارج نکنید و فقط با قیچی کردن از ورق جدا نمایید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج‌کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به

کارت داروئی

Medication Card

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی..... بخش:.....

نام و نام خانوادگی: Name &Family Name:	شماره پرونده: Unit No:
پزشک معالج : Attending Physician:	پرستار: Nurse:
شماره اتاق : Room No :	شماره تخت : Bed No:

روش مصرف Route	زمان Time	تعداد Freq	دوز دارو Dose	نام دارو Medication Name	تاریخ Date

ملاحظات :

■ **شکل۱۲-۱.** نمونه ای از کارت دارویی

داخل قفسه) بررسی نمایید.

۶. شربت‌ها را بعد اینکه به مجاورت بالین بیمار بردید با استفاده از ظرف دارویی اندازه‌گیری نمایید. همچنین می‌توانید شربت را با استفاده از سرنگ کشیده و با دقت در گوشه دهان بیمار تخلیه کنید.

۷. در صورتی که بیمار مشکل در بلع دارد، دارو را در هاون‌های چینی به شکال پودر درآورده و با مقداری آب حل کرده و به دقت به بیمار بدهید. در صورت عدم توانایی بلع حتما با نظر پزشک دارو را با استفاده از گاواژ و لوله بینی معده‌ای به بیمار بدهید(شکل۱۲-۲).

■ **شکل۱۲-۲.** هاون در هنگامی که لازم است دارو گاواژ شود و ابزاری که جهت نصف کردن قرص مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۸. داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و با یک لیوان آب بر بالین بیمار حمل کنید.

۹. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.

۱۰. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمائید.

۱۱. به بیمار کمک کنید که در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته کامل قرار گیرد.

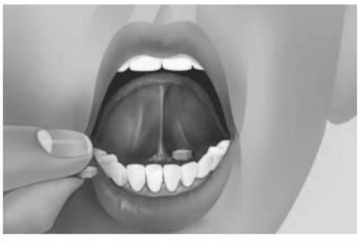
۱۲. قدرت بلع بیمار را بررسی نمایید(شکل۱۲-۳).

۱۳. در صورتی که بیمار توانایی حرکت دست‌ها را دارد، دارو را در دست بیمار قرار داده و از وی بخواهیم با یک لیوان آب دارو را میل نماید. در غیر اینصورت پرستار باید داروها را در دهان بیمار قرار دهد.

۱۴. در صورتی که بیمار چند دارو دارد از بیمار بخواهیم هر دارو را جداگانه مصرف نماید.

■ **شکل۱۲-۳.** بررسی قدرت بلع بیمار

۱۵. در مورد داروهای زیر زبانی از بیمار بخواهیم تا دارو را در زیر زبان قرار داده و تا زمان حل شدن کامل از بلع آن خودداری کند(شکل۱۲-۴). شکل زیر زبانی نسبت به شکل خوراکی سریعتر اثرات خود را نشان می‌دهد.



■ شکل۱۲-۴. نحوه قرار دادن قرص زیرزبانی

۱۶. تا زمانی که بیمار تمامی داروها را میل نکرده باید در کنار وی باقی بمانید. برای بعضی بیماران (بیماران بخش روان پزشکی) باید برای اطمینان از مصرف دارو، دهان وی را بررسی نمایید.

۱۷. پس از اتمام مصرف داروها توسط بیمار، وی را مجدد در یک پوزیشن راحت قرار دهید.

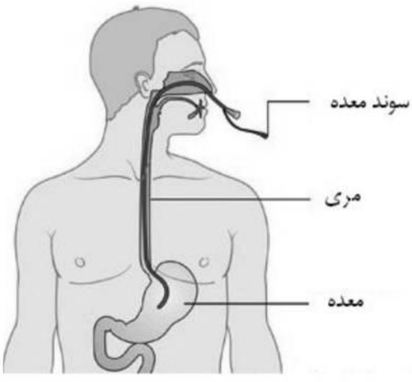
۱۸. وسایل را جمع آوری کنید.

۱۹. دستکش را خارج و دست‌های خود را بشویید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.

۲. حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار دهید.
۳. در بیماران روان باید از خورده شدن دارو توسط بیمار اطمینان حاصل کنید. به این منظور لازم است در موارد مشکوک، ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پس از مصرف دارو بیمار را تحت نظارت دقیق خود گرفته و به طور مستقیم مشاهده کنید.
۴. توجه داشته باشید برای گاواژ دارو از طریق لوله بینی معدی، ابتدا از محل صحیح قرارگیری لوله در معده مطمئن شوید. برای این کار می‌توانید محتویات معده را آسپیره نموده و یا ۲۰ – ۱۰ میلی‌لیتر هوا را به شکل ناگهانی به داخل معده پوش نمایید و با گوشی صدای ورود هوا به داخل معده را بشنوید. در صورت امکان دارو را مخلوط یا حل کنید و با سرنگ گاواژ وارد لوله نمایید و سپس مسیر لوله بینی معدی را با ۳۰cc آب شستشو دهید. کلامپ کردن لوله بین هر دو نوبت گاواژ لازم است.



■ **شکل ۱۲-۵**
مسیری که دارو بعد از گاواژ از لوله **NGT** طی می‌کند.

۵. به دنبال گاواژ با ریختن ۱۵ تا ۳۰ سی سی آب به داخل سرنگ، مسیر لوله معده را شستشو دهید.
۶. در صورت عدم مصرف دارو به هر شکل توسط بیمار، باید موارد را در اسرع وقت جهت تنظیم برنامه درمانی جدید به پزشک معالج گزارش دهید.

آماده‌سازی و تجویز داروهای موضعی

مقدمه

بسیاری از داروها مانند لوسیون و کرم ها از طریق پوست تجویز می شوند. پرستار باید قبل از استعمال داروهای موضعی، با استفاده از آب و صابون ناحیه مورد نظر را کاملا تمیز و خشک نموده و یا حداقل لایه های قدیمی تر دارو را از سطح پوست پاک کند. داروهای پوستی می توانند اثرات موضعی (پماد تتراسایکلین) یا سیستماتیک (پرچسب های نیتروگلیسرین) از خود بر جای بگذارند.

اهداف

۱. کاهش خارش پوست، نرم کردن پوست
۲. ایجاد انقباض یا انبساط موضعی
۳. افزایش یا کاهش ترشحات پوست، ایجاد یک پوشش محافظ برای پوست
۴. استعمال داروی ضد عفونی کننده یا آنتی بیوتیک برای درمان یا کاهش عفونت پوست

نکات مورد بررسی

۱. بهتر است استعمال کرم، پماد یا لوسیون پوستی در محیط خصوصی صورت گیرد.
۲. بعضی از پمادهای موضعی به علت ایجاد اسپاسم در موضع به گرم شدن نیاز دارند. پوست ناحیه را به خوبی تمیز و از داروهای موضعی قبلی پاک نمایید.
۳. اگر آسیب پوستی یا زخم باز وجود داشته باشد، استریلیتی را رعایت و از دستکش و آبسلانگ استفاده نمایید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یک بار مصرف – محلول دستور داده شده برای شست و شوی محل – گاز استریل ۱۰ در۱۰ سانتی‌متر – داروی دستور داده شده – نوار چسب

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی داروی موضعی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج‌کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماییم(شکل۱۲-۶).

■ **شکل۱۲-۶.** بستن دستبند شناسایی برای بیمار

۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان بکشید.
۹. قبل از استعمال دارو، تمامیت پوستی بیمار را بررسی نمایید.
۱۰. لباس و ملحفه‌های بیمار را به نحوی کنار بزنید که فقط ناحیه مبتلای پوست در معرض دید قرار گیرد.
۱۱. محل مورد نظر را با استفاده از آب و صابون شست‌وشو دهید و خشک نمایید.
۱۲. در صورتی که دارو به شکل کرم می باشد، مقدار کمی از آن را روی دست قرار داده پس از گرم و نرم کردن، آن را روی پوست به صورت طولی در جهت رویش موها بمالید.
۱۳. در صورتی که دارو به صورت لوسیون می‌باشد، مقداری از آن را روی گاز ریخته و روی پوست قرار دهید.
۱۴. بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری نمایید.
۱۵. دست های خود را بشویید و دستکش را خارج نماید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نماید.
۲. در خصوص عوارض احتمالی ناشی از دارو مثل احساس سوزش و خارش و داغ شدن پوست به بیمار آموزش دهید.

آماده سازی و تجویز داروهای چشمی

اهداف

۱. استعمال داروی چشمی به منظور درمان عفونت/ خشکی چشم/حساسیت
۲. گشاد کردن مردمک در انجام آزمایشات
۳. ایجاد بی حسی موضعی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کارت داروی دستور داده شده – دستکش استریل – گلوله های پنبه آغشته به محلول سرم نرمال سالین درصورت لزوم – پد استریل چشمی وچسب در صورت لزوم – داروی دستور داده شده – گاز یا پنبه استریل – کیسه نایلونی در صورت لزوم

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب)نحوه‌اجرا

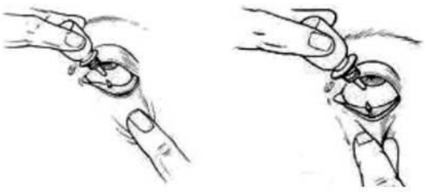
۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی داروی چشمی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو را در سه مرحله (هنگام خارج‌کردن از قفسه داروها، قرار دادن دارو در سینی و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نماید. در صورتی که داروی چشمی در یخچال نگهداری می‌شود قبل از استعمال آن را به اندازه دمای اتاق گرم نماید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.
۸. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۹. از بیمار بخواهید که در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته روی صندلی به نحوی قرار گیرد که سر وی اندکی به طرف عقب خم شود(شکل۱۲-۷).

■ **شکل۱۲-۷**
نحوه قرار گیری سر جهت استفاده از داروهای چشمی

۱۰. سطح خارجی پلک‌ها و مژه‌های بیمار را بررسی نموده و در صورت مشاهده‌ی هرگونه ترشح و جرم در این قسمت‌ها، آن را با استفاده از پنبه یا گاز تمیز نمایید(شکل۱۲-۸). برای اینکار با پنبه آغشته به محلول سرم فیزیولوژی مژه‌ها و پلک‌ها را از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی تمیز کرده و از هرپنبه فقط یک بار استفاده کنید.

■ **شکل۱۲-۸.** وجود ترشحات در چشم مانع از جذب کامل داروها می‌شود به همین دلیل باید قبل از استعمال دارو آنها را از چشم پاک کرد.

۱۱. در حالیکه قطره را در دست غالب خود گرفته‌اید، انگشت نشانه یا شست دست غیر غالب خود را بر روی استخوان گونه بیمار قرار داده و پلک زیرین را به آرامی به طرف پایین بکشید تا حفره تحتانی ملتحمه ظاهر گردد.
۱۲. به منظور پاک کردن نوک خروجی قطره چکان، یک یا دو قطره از محتوی مخزن را بیرون ریخته و سپس در حالیکه قطره چکان را در فاصله ۱/۵ تا ۲ سانتی چشم بیمار نگه داشته اید، تعداد قطرات را مطابق دستور پزشک در قسمت مرکزی کیسه ملتحمه بریزید(شکل۱۲-۹).

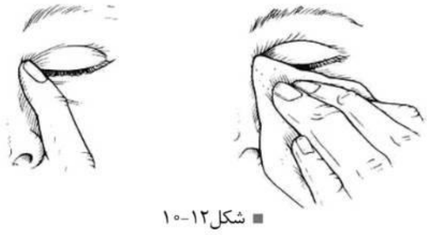


■ **شکل۱۲-۹.** نحوه ریختن قطره در چشم

۱۳. پس از ریختن قطره از بیمار بخواهید که به آرامی چشم خود را بسته و حداقل ۳۰ ثانیه در همین حالت باقی بماند. گوشه چشم را همزمان فشار داده تا از

جذب سیستمیک دارو پیشگیری شود(بخصوص در مورد داروهایی چون اپی نفرین، آتروپین)

۱۴. در صورتیکه نیاز به ریختن قطره نوع دوم باشد باید ۳-۵ دقیقه فاصله انداخت(شکل۱۲-۱۰).



■ شکل۱۲-۱۰

۱۵. در مورد استعمال پمادهای چشمی، باید پماد در فاصله ۱/۵ تا ۲ سانتی‌متری بالای کره چشم نگه داشته و با دست دیگه پلک را به سمت پایین کشیده و در همین حال با فشردن جدار تیوب مقداری پماد را به شکل یک نوار نازک در حاشیه داخلی پلک بریزید. جهت حرکت دست از گوشه داخلی چشم به سمت گوشه خارجی باشد(شکل۱۲-۱۱).

■ **شکل ۱۲-۱۱.** نحوه کشیدن پماد در ملتحمه چشم

۱۶. پس از ریختن پماد از بیمار بخواهید که چشمان خود را بسته و با کمک یک تکه پنبه یا گاز سطح خارجی پلک را به آرامی مالش دهد. این کار موجب تسهیل در عمل ذوب شدن پماد و انتشار پماد در چشم می‌گردد.

۱۷. بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری نمایید.

۱۸. دستکش را خارج نمایید و دست‌های خود را بشویید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. در هنگام ریختن قطره، دقت کنید نوک قطره چکان با چشم بیمار تماس پیدا نکرده و ضمنا قطره به طور مستقیم بر روی قرنیه تخلیه نشود.
۳. در صورتی که داروی مورد استفاده اثرات سیستماتیک دارد به منظور جلوگیری از حرکت دارو به سمت بینی و جذب توسط شبکه مویرگی بینی قسمت داخلی چشم را به آرامی ۳۰ تا ۶۰ ثانیه فشار دهید.
۴. لازم است که بین هر داروی متوالی حداقل ۵ دقیقه فاصله در نظر گرفته شود.

استعمال داروهای گوشی

اهداف

۱. استعمال داروی موضعی در گوش به منظور درمان عفونت
۲. بی حسی پرده تیمپان در انجام آزمایشات

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- داروی تجویز شده برای بیمار- قطره چکان- گلوله پنبه‌ای- اپلیکاتور پنبه ای- دستکش یکبار مصرف

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا:

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب کنید.

۴. بر اساس کارت دارویی داروی گوش را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید. در صورتی که داروی در یخچال نگهداری می‌شود قبل استفاده از آن را به اندازه دمای اتاق گرم نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمایید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمائید.
۸. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۹. از بیمار بخواهید که در وضعیت خوابیده به پهلو طوری قرار گیرد که گوش مبتلا به سمت بالا باشد.
۱۰. در بالغین لاله گوش را به طرف بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب بکشید(شکل ۱۲-۱۲).

■ **شکل ۱۲-۱۲.** نحوه کشیدن گوش در زمان ریختن قطره

۱۱. اگر مجرای گوش با سرومن یا درناژ چرکی بسته شده است به آرامی با پنبه اپلیکاتور آن را به بیرون آورید. ولی مراقب باشید که به داخل کانال گوش فرو نرود و مجرا را به طور کامل مسدود نکند.
۱۲. قطره چکان را cm1 بالاتر از کانال گوش بگیرید و تعداد قطرات را طبق تجویز پزشک به داخل گوش بریزید. سپس بیمار ۳-۲ دقیقه در همان وضعیت بماند (شکل ۱۳-۱۳).
۱۳. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید.
۱۴. دستکش را در آورده و دست‌های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. به منظور جذب بهتر دارو و جلوگیری از خروج آن بخش تراگوس گوش را چند دقیقه با ملایمت به سمت داخل فشار دهید.

استعمال داروهای تجویز شده از طریق رکتوم (شیاف)

اهداف

۱. شیاف[1] شکلی از دارو به صورت جامد است که در درجه حرارت بدن انسان نرم، حل و جذب می‌شود. شیاف از طریق مقعد، واژن یا لوله ادراری وارد بدن شده و تأثیر موضعی یا کلی در بدن انسان دارد.

نکات مورد بررسی

۱. یکی از ایمن ترین روش های دارو درمانی بوده که حداقل عوارض جانبی را به جا می گذارد.
۲. برخی انواع شیاف‌ها (برای مثال شیاف‌های مورد استفاده در بواسیر) در دوران بارداری منع مصرف دارد؛ بنابراین در این دوران باید با پزشک متخصص مشورت کنید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- شیاف رکتال- ژل لوبرکانت- دستکش یکبار مصرف- دستمال یا حوله کاغذی- زیرانداز پلاستیکی[2]

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

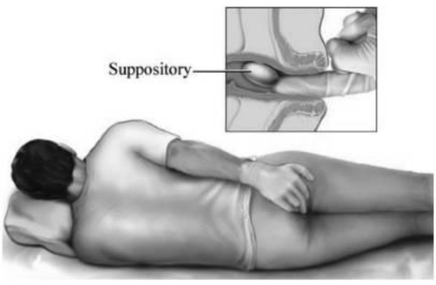
۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.

1. Suppository(SUP)
2. Rubber Sheet

۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی داروی مورد نظر را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج‌کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمایید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۹. در اتاق را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان بکشید.
۱۰. رابرشیت را در زیر پاهای بیمار قرار داده و بیمار را در پوزیشن نیمه دمر قرار دهید.
۱۱. روی بیمار را با ملافه بپوشانید تا فقط مقعد وی معلوم باشد.
۱۲. پوشش خارجی شیاف را باز کرده و آن را بیرون آورید. مقداری ژل لوبریکانت را بر روی دستمال یا حوله ریخته و نوک شیاف و انگشت نشانه دست غالب خود را با شیاف آغشته کنید(شکل۱۲-۱۴).

■ **شکل۱۲-۱۴.** آغشته کردن شیاف با ژل لوبریکانت

۱۳. از بیمار بخواهید از راه دهان نفس عمیق کشیده و اسفنگتر مقعد خود را شل نماید.
۱۴. با دست غیر غالب نیمه فوقانی باسن را به سمت بالا بکشید تا مقعد مشخص گردد.
۱۵. با دست غالب شیاف را به داخل مقعد فرو کرده و به کمک انگشت نشانه که با ژل آغشته شده شیاف را به داخل رکتوم فشار دهد(شکل۱۲-۱۵).



■ **شکل۱۲-۱۵.** نگه داشتن شیاف در مقعد مدتی بعد از ورود، جهت جلوگیری از خروج شیاف ضروری است.

۱۶. در یک فرد بالغ باید شیاف ۱۰ سانتیمتر به داخل مقعد فرو برده شود تا از اسفنگتر داخلی عبور کند.

نکته: در کودکان جهت راحت تر گذاشتن شیاف می توان بیمار را در پوزیشن سوپاین قرار داده و دوپا را بالا گرفته سپس شیاف را سریعا وارد مقعد کرد. بدین ترتیب مقاومت در گذاشتن شیاف کمتر خواهد شد. به مادر آموزش داده می‌شود دو باتکس را تا چند دقیقه به سمت هم فشار دهد تا از خارج شدن اتفاقی شیاف اجتناب شود.

۱۷. پس از فرو کردن شیاف، اطراف مقعد بیمار را با دستمال کاغذی تمیز کنید.
۱۸. از بیمار بخواهید به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در پوزیشن خوابیده به پهلو یا درازکش به پشت باقی بماند.
۱۹. پس از جمع آوری وسایل و رابرشیت، تخت و لباس بیمار را مرتب کرده و وسایل و پاراوان را جمع آوری کنید.
۲۰. دستکش را در آورده و دست های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. هر گونه شیافی باید طبق دستور پزشک و تعدادی

که تجویز کرده است، استفاده شود. مصرف شیاف در افرادی که جراحی رکتوم کرده‌اند، انسداد روده، درد شکم تشخیص داده نشده، خونریزی فعال از رکتوم (ناحیه انتهایی روده بزرگ) و مقعد، بیماران قلبی (قرار دادن شیاف می‌تواند باعث تحریک عصب واگ وآریتمی بخصوص برادی کاردی قلبی شود) ممنوع است.

۳. توجه داشته باشید شیاف شکلی از داروست که تمامی خصوصیات ماده دارو را دارد؛ بنابراین در صورتی که بیمار به ماده دارویی خاصی حساسیت دارد و یا همزمان داروی دیگری مصرف می‌کند (خوراکی یا تزریقی) و احتمال تداخل دارویی وجود دارد، با پزشک مشورت شود.

استعمال داروهای استنشاقی

داروهای استنشاقی ممکن است با اهداف موضعی گشاد کردن مجاری تنفسی یا رفع اسپاسم آنها در بیماری های ریوی تجویز شده و یا به منظور ایجاد اثرات سیستمیک همچون دریافت اکسیژن یا گاز بی هوشی در هنگام عمل جراحی مورد استفاده قرار گیرند.

اهداف

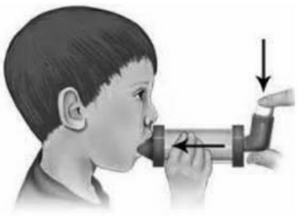
۱. کمک به خروج ترشحات ریه
۲. پیشگیری از تجمع ترشحات در بیماران مستعد عفونت، به طور مثال آن‌هایی که به دستگاه تهویه مکانیکی متصل هستند.
۳. تسکین تنگی نفس

نکات مورد بررسی

۱. مقدار دارویی که در هر بار فشار دادن مخزن از دستگاه آزاد می‌شود یک پاف نامیده شده و تعداد پاف‌ها با توجه به دستور پزشک تعیین می‌گردد.

نکته: هر اسپری بعد از باز شدن تا ۲۰۰ بار قابلیت پاف زدن دارد. این امر در مورد زمان تهیه اسپری قبل از اتمام قبلی در بیماران با وضعیت ناپایدار(آسم، بیماری مزمن انسدادی تشدید شده) اهمیت دارد.

۲. در مواردی که بیمار قادر به استفاده از دستورالعمل‌های اسپری استنشاقی نیست می‌توان از دستگاه نگهدارنده ذرات آئروسل (آسم یار) استفاده کرد. در این صورت بیمار قادر خواهد بود با دم‌های کوتاه طی چند مرحله تمامی موجودی داروی داخل محفظه را وارد مجاری تنفسی خود کرده و از هدر رفتن آن جلوگیری کند.



■ **شکل ۱۲-۱۶.** آسم یار

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

• اسپری استنشاقی- گوشی پزشکی- دستمال کاغذی- در صورت لزوم آسم یار- دستکش

روش کار

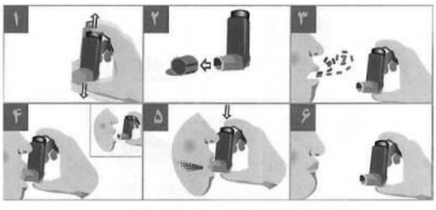
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. توانایی بیمار و همراهان در مورد طریقه استفاده از اسپری را بخصوص در موارد باراول مصرف بررسی کنید.
۳. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی اسپری استنشاقی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.

۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.
۹. درپوش مجرای دهانی اسپری را برداشته و ۵ تا ۶ بار آن را عمودی تکان دهید.
۱۰. به بیمار آموزش دهید که دهانه اسپری را در امتداد لب‌ها درحالیکه پیستون حاوی دارو به طرف بالا باشد نگاه دارد.
۱۱. دهانه اسپری را در دهان بیمار قرار دهید و به بیمار بگویید لب ها را به دهانه اسپری بچسباند.
۱۲. از بیمار بخواهید که سر خود را اندکی به عقب خم کرده و همزمان با شروع عمل دم پیستون دستگاه را به کمک انگشتان نشانه و میانی به سمت پایین فشار دهد. عمل دم باید آهسته و عمیق باشد.
۱۳. پس از انجام عمل دم و مکیدن هوای اسپری، بیمار باید به مدت ۱۰ ثانیه دم را نگاه دارد و سپس بازدم را با لب غنچه شده و به آرامی انجام دهد.
۱۴. در مورد اسپری‌هایی که کورتیکواستروئید محسوب میشوند بهتر است بعد از هربار استفاده دهان با آب یا سرم شست و شو تمیز گردد زیرا امکان تشکیل ضایعات دهانی مثل برفک[1](ضایعات با منشا قارچی به دلیل ضعف سیستم ایمنی و برخی داروها چون کورتون‌ها خود را نشان می‌دهد) وجود دارد.



■ **شکل۱۲-۱۷.** نحوه استفاده از اسپری

۱۷. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید.
۱۸. دستکش را در آورده و دست های خود را بشوئید.

1. Trush

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.

استعمال داروهای بینی

اهداف

۱. تجویز داروهای موضعی یا سیستماتیک
۲- بازکردن راه هوایی
۳. درمان رینیت[2] (التهاب مخاط بینی)

نکات مورد بررسی

۱. بطری قطره بینی را در آب جوش قرار ندهید. زیرا قطره گرم ممکن است باعث درد شود. از طرفی آب جوش باعث حذف برچسب دارو یا خراب شدن دارو می‌شود.
۲. به تاریخ مصرف و نحوه نگهداری آن، که بر روی جعبه یا برچسب ذکر شده حتماً دقت کنید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- داروی تجویز شده–قطره چکان تمیز– گاز یا پارچه تمیز نم دار– دستکش یکبار مصرف– بالش کوچک– دستمال کاغذی

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب)نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب کنید.

2. Rhinitis

۴. بر اساس کارت دارویی قطره بینی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید. در صورتی که قطره بینی در یخچال نگهداری می‌شود قبل ازتجویز آن را به اندازه دمای اتاق گرم نمایید. برای این کار قبل از مصرف قطره، آن را با چرخاندن بطری به جلو و عقب بین دستهایتان گرم کنید تا مایع داخل آن به درجه حرارت بدن نزدیک شود.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار ، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۹. از بیمار بخواهید که بر روی تخت یا صندلی نشسته و سر خود را به طرف عقب خم نماید.
۱۰. با دست غیر غالب خود سر بیمار را در پوزیشن تنظیم شده قرار داده و در همین حال به کمک دست غالب خود قوطی حاوی قطره یا قطره چکان حاوی دارو را در فاصله یک سانتی بالای بینی بگیرید.
۱۱. از بیمار بخواهید از راه دهان تنفس کرده و تعداد قطرات لازم را مطابق دستور پزشک در هر یک از سوراخ های بینی بریزید(شکل۱۲-۱۸).

■ **شکل۱۲-۱۸.** پوزیشن سر در هنگام استعمال داروی بینی

۱۲. پس از تجویز دارو بیمار حداقل به مدت ۵ دقیقه در وضعیت درازکش به پشت باقی بماند.
۱۳. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید.
۱۴. دستکش را در آورده و دست‌های خود را بشوئید.

ج)ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.

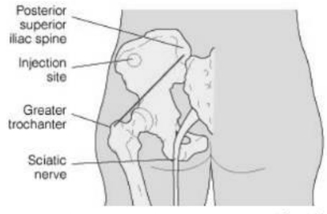
تجویز داروهای تزریقی به طریق عضلانی

اهداف

۱. دادن دارو طبق نیاز بیمار

نکات مورد بررسی

۱. عضلات مورد استفاده برای تزریقات عضلانی عبارتند از: عضله سرینی، عضله سرینی شکمی، عضله وستوس لترالیس- عضله دلتوئید
۲. برخلاف تصور رایج‌ترین ناحیه تزریق عضلانی یعنی عضله سرینی پشتی مناسب‌ترین روش تزریق عضلانی محسوب نمی‌شود. مناسب‌ترین عضله سرینی شکمی است.
۳. در هنگام تزریق سرینی پشتی، بیمار را در پوزیشن خوابیده به شکم با انگشتان پای خم شده به طرف پایین قرار دهید. برای تعیین محل دقیق سوزن ابتدا باید برجستگی خلفی فوقانی استخوان لگن را در محل اتصال آن به ستون فقرات در یک سمت باسن و برجستگی تروکانتر بزرگ را در سمت دیگر باسن پیدا کرده و سپس با کشیدن یک خط فرضی مابین این دوقسمت، نقطه‌ای وسط خط را مشخص می‌کنیم. محل ورود سوزن در مجاورت جانبی فوقانی این خط خواهد بود (شکل۱۲-۱۹).



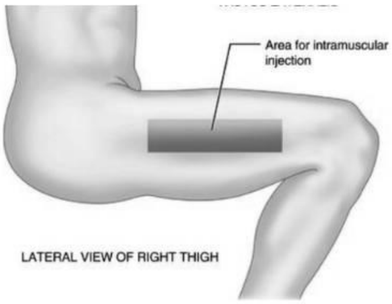
■ **شکل۱۲-۱۹.** محل تزریق بالاتر از خط فرضی است که خارخلفی استخوان ایلیاک را به تروکانتر استخوان فمورال وصل می‌کند.

۴. برای پیدا کردن ناحیه تزریق در عضله سرینی شکمی در حالی که بیمار به پهلو دراز کشیده و پای فوقانی را بر روی پای زیرین خم نموده است، کف دست را به نحوی که انگشتان آن به طرف سر باشند بر روی برجستگی تروکانتر بزرگ ران قرار می‌دهیم. در این حالت انگشت اشاره باید روی برجستگی قدامی فوقانی استخوان لگن قرار گرفته و نوک آن سرین را لمس نماید. در چنین وضعیتی انگشتان به شکل حرف **V** انگلیسی یا عدد هفت در می‌آید که محل دقیق تزریق حد واسط بین شاخه‌های آن می‌باشد(شکل۱۲-۲۰-۲۱).

■ **شکل۱۲-۲۰.** محل تزریق در عضله ونتروگلوتئال

■ **شکل۱۲-۲۱.** عضله ونتروگلوتئال

۵. محل مناسب برای تزریق در عضله وستوس لترالیس در امتداد حاشیه جانبی قدامی ران می‌باشد. یک سوم میانی این عضله برای تزریق مناسب‌تر است.



■ **شکل۱۲-۲۲.** عضله وستوس لترالیس در ران

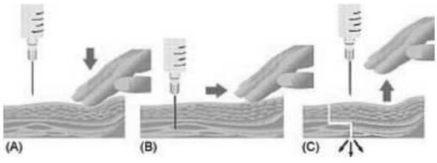
۶. در تزریق دلتوئید در حالکیه بیمار نشسته قرار دارد، محل تزریق ۳ تا ۵ سانتی متر پایین‌تر از خار اکرمیون در امتداد خط میانی زیر بغل است (شکل۱۲-۲۳).

■ **شکل۱۲-۲۳.** عضله دلتوئید

۷. جهت آسپیره‌کردن سرنگ برای اطمینان از داخل نشدن سر سوزن به درون عروق، پیستون سرنگ را به طرف بالا و عقب کشیده و به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه نگه دارید.

۸. برای جلوگیری از نشت احتمالی دارو به زیر جلد با استفاده از تکنیک **Z** اقدام نمایید. بدینصورت که پس از کشیدن دارو به داخل سرنگ مقدار ۰/۳ تا ۰/۵ میلی‌لیتر هوا نیز بدرون آن بکشید. سپس در حالیکه سرنگ را به صورت عمودی با دست غالب خود گرفته‌اید با دست غیر غالب خود پوست ناحیه تزریق را حدود ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی‌متر به طرف چپ یا راست بکشید. سپس سوزن را وارد پوست نمایید و پس از

آسپیره کردن تزریق خود را انجام دهید. بلافاصله بعد از کشیدن سوزن، بافت را رها کرده تا مجددا به محل اصلی خود برگردد(شکل۱۲-۲۴). این نوع تزریق در مورد داروهای چون آهن که باعث تغییر رنگ زیر جلد می‌شود کاربرد دارد.



■ **شکل۱۲-۲۴.** تزریق عضلانی به روش **Z**

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کارت دارویی – ویال یا آمپول دارو – سرنگ ۲ تا ۵ میلی لیتری– شماره و طول سر سوزن بسته به نوع عضله–محلول تزریقی – پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده – دستکش

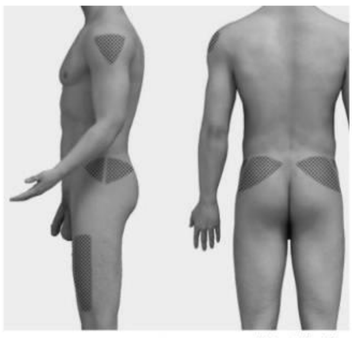
روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب)نحوه‌اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی قطره بینی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. درب اتاق را بسته و اطراف بیمار پاراوان بکشید.
۹. بجز ناحیه تزریق تمامی دیگر نواحی بدن را با ملحفه بپوشانید.
۱۰. ناحیه مناسب برای تزریق را با توجه به حجم دارو، میزان توده عضلانی و سن بیمار انتخاب نمایید. بیمار را در پوزیشن مناسب با توجه به نوع تزریق قرار داده و هنگام تزریق جهت کاهش درد بیمار او را تشویق به شل نمودن عضلاتش کنید.



■ **شکل۱۲-۲۵.** محل‌های مناسب جهت تزریق عضلانی

۱۱. با استفاده از پنبه الکل ناحیه تزریق را ضد عفونی کنید. بدین منظور پنبه الکل در مرکز ناحیه قرار داده و سپس با چرخش آن از مرکز به سمت محیط ضد عفونی کنید.
۱۲. در پوش سر سوزن را خارج نمایید.
۱۳. برای اطمینان از اینکه نوک سوزن در داخل عضله باشد، در افراد چاق پوست ناحیه تزریق را از دو طرف گرفته و بکشید و در مورد افراد لاغر بهتر است پوست را همانند نیشگون گرفتن از دو طرف جمع کنید.
۱۴. سرنگ را به شکل یک مداد یا دارت در بین انگشتان دست غالب خود گرفته و سر سوزن از فاصله ۱۰ سانتی به صورت عمودی (در زاویه ۹۰ درجه) و به سرعت در بافت فرو کنید.

۱۵. پس از داخل کردن سر سوزن به داخل بافت جهت اطمینان از عدم برخورد سر سوزن به عروق خونی ناحیه لازم است که سرنگ را آسپیره نمایید.
۱۶. در صورت عدم مشاهده خون، دارو را به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه (۱ میلی لیتر در ۱۰ ثانیه) تزریق کنید.
۱۷. پس از تزریق کل محتوی دارو، پنبه الکل را در ناحیه تزریق قرار داده و به آرامی سر سوزن را از بافت خارج کنید.
۱۸. حدود ۵ تا ۱۰ ثانیه محل تزریق را به آرامی فشار دهید.
۱۹. پس از تزریق از سرپوش گذاری خودداری کنید و سرنگ را در داخل محفظه ایمن سرنگ بیاندازید.
۲۰. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید. وسایل و پاراوان را جمع‌آوری کنید.
۲۱. دستکش را در آورده و دست های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. سی دقیقه پس از هر تزریق مجددا بیمار را از لحاظ عوارضی چون درد، سوزش، بی حسی ارزیابی کنید.
۳. از انجام ماساژ محل تزریق عضلانی اجتناب کنید.

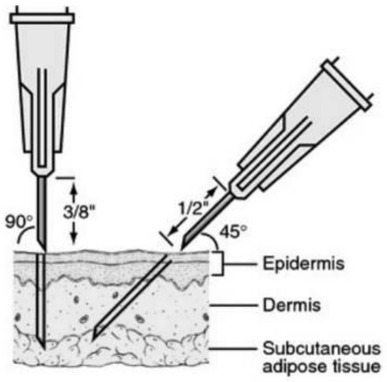
تزریق دارو به روش زیر جلدی

اهداف

۱. دادن دارو طبق نیاز بیمار
۲. دادن دارو به منظور جذب آهسته تر در مقایسه با تزریق عضلانی یا وریدی

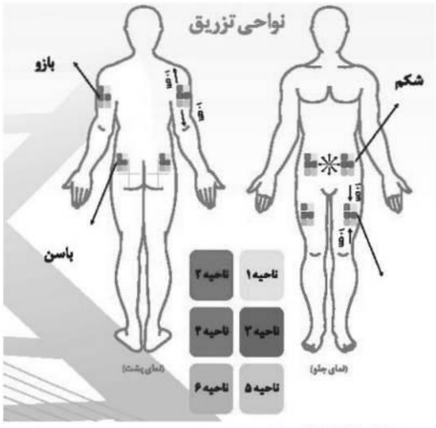
نکات مورد بررسی

۱. در این نوع تزریق تنها می‌توان دوزهای کوچک دارو حدود ۱ سی سی را تلقیح کرد.
۲. انسولین و هپارین از جمله داروهایی هستند که به طور شایع از طریق زیرجلدی تجویز می‌گردند.



■ **شکل ۱۲-۲۶.** زاویه و طول سوزن در هنگام تزریق عضلانی و زیر جلدی

۳. محل‌های مناسب برای تزریق زیرجلدی، قسمت فوقانی بازو در یک سوم فوقانی بازو، قسمت پایین شکم، قسمت خارجی ران، قسمت فوقانی پشت در زیر کتف، قسمت فوقانی باتکس در زیر خط کمر و اطراف ناف می‌باشد (شکل ۱۲-۲۷).



■ **شکل ۱۲-۲۷.** مکان‌های مناسب جهت تزریق زیرجلدی

۳. زاویه مناسب برای وارد کردن سرسوزن سرنگ ۲ سی سی به بدن حدود ۴۵ تا ۶۰ درجه است. هنگام استفاده از سرنگ انسولین می‌توان با زاویه ۹۰ درجه تزریق را انجام داد.

۴. انوکساپارین یا سلگزان[1] را بهتر است در نواحی اطراف شکم با فاصله ۵ سانتی‌متری اطراف ناف تزریق کرد.
۵. توجه داشته باشید برای تزریق زیر جلدی (**SC**) از سرنگ یک میلی‌لیتری و سرسوزن کوتاه شماره ۲۷- ۲۵، برای تزریق عضلانی (**IM**) از سرنگ ۵- ۳ میلی لیتری و سرسوزن بلندتر شماره ۲۳ – ۱۹ (بالغین) و ۲۷- ۲۵ (کودکان) استفاده می‌گردد.
۶. در تزریقات مکرر (مثلا انسولین) بهتر است مناطق انتخاب شده برای تزریق به صورت چرخشی از یک ناحیه به ناحیه دیگر تغییر یابد.
۷. محل انتخابی برای تزریق باید عاری از حساسیت در لمس، التهاب، تورم و ضایعه باشد.
۸. در مورد تزریق آمپول هپارین و انسولین مخصوصا زمانی که با سرنگ انسولین تزریق صورت می گیرد نیازی به آسپیره کردن نیست.
۹. هنگام کشیدن انسولین برای تزریق زیر جلدی، ابتدا باید انسولین رگولار به داخل سرنگ کشیده شود و سپس انسولین **NPH** کشیده می شود.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کارت دارویی – ویال یا آمپول حاوی داروی استریل – سرنگ ۲ میلی لیتری یا انسولین بر حسب نیاز- سوزن شماره ۲۵ تا ۲۷- پنبه الکلی- گاز استریل- دستکش

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۵. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمایید.
۶. پرستار باید خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.
۷. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۸. درب اتاق را بسته و اطراف بیمار در صورت لزوم پاراوان بکشید.
۹. با توجه به ناحیه انتخاب شده برای تزریق بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهید.
۱۰. ناحیه تزریق را با پنبه و الکل ضدعفونی نمایید. بطوریکه با حرکت چرخشی از سمت مرکز به طرف محیط، ضدعفونی کنید(شکل ۱۲-۲۸).

■ **شکل ۱۲-۲۸.** نحوه ضدعفونی پوست قبل از تزریق

۱۱. درپوش را از سر سوزن جدا کنید. سرنگ را در دست غالب خود بین شست وانگشتان نگه دارید، درحالی که کف دست به طرف بالا باشد.
۱۲. با دست غیرغالب خود پوست اطراف محل تزریق را بکشید تا سطح محکمی برای ورود سوزن به وجود آید(شکل ۱۲-۲۹).
۱۳. با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را وارد پوست کنید.
۱۴. پس از فرو بردن سر سوزن برای اطمینان از عدم برخوردار آن با عروق خونی میتوانید سرنگ را آسپیره

1. Enoxaparin(Celexan)=Lovenox

■ شکل ۱۲-۲۹
نحوه نگه داشتن بازو در هنگام تزریق زیر جلدی

کنید.
۱۵. دارو را به آهستگی تزریق کنید و سپس سوزن را از بافت خارج کنید.
۱۶. پنبه الکل را در محل تزریق قرار داده و به مدت ۳۰ تا ۶۰ ثانیه فشار دهید.
۱۷. سرنگ و سر سوزن را در محفظه ایمنی جمع آوری اقلام برنده و عفونی (سفتی باکس) بیاندازید.
۱۸. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید. وسایل و پاراوان را جمع آوری کنید.
۱۹. دستکش را در آورده و دست‌های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. سی دقیقه پس از هر تزریق مجددا بیمار را از لحاظ عوارضی چون درد، سوزش، بی حسی ارزیابی کنید.
۳. از انجام ماساژ محل تزریق اجتناب کنید.

تزریق داروی به روش داخل جلدی

اهداف

۱. تست های حساسیتی
۲. ایجاد برخی از انواع ایمنی

نکات مورد بررسی

۱. به دلیل عدم وجود عروق خونی در اپیدرم، نیازی به آسپیره کردن در این تکنیک تزریقی نیست.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

• کارت دارویی- ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سرنگ ۱ تا ۳ سی سی که به صورت قسمتی مدرج شده است با سر سوزن ۲۵ تا ۲۷ - پنبه آغشته به الکل یا محلول ضدعفونی کننده بی رنگ – دستکش-

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام پروسیجر میزان آگاهی بیمار در مورد علت انجام تست حساسیت را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی قطره بینی را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماییم.
۷. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۸. درب اتاق را بسته و اطراف بیمار در صورت لزوم پاراوان بکشید.
۹. با توجه به ناحیه انتخاب شده برای تزریق بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهید.
۱۰. ناحیه تزریق را با پنبه و الکل ضدعفونی نمایید. بطوریکه با حرکت چرخشی از سمت مرکز به طرف محیط را ضدعفونی کنید.

۱۱. سرنگ را در دست غالب خود گرفته و درپوش سر سوزن را با دست دیگر خارج کنید.
۱۲. نیمه میانی بدنه سرنگ را بین شست و انگشت نشانه دست غالب به نحوی بگیرید که برش اریب نوک سر سوزن به سمت بالا قرار گیرد.

■ **شکل۱۲-۳۰.** نحوه تزریق داخل جلدی

۱۳. پوست زیر ناحیه مورد تزریق را با دست غیر غالب خود به سمت پایین بکشید. سپس سر سوزن را در زاویه ۵ تا ۱۵ درجه در پوست فرو کرده و حدود ۳ میلی متر داخل اپیدرم به جلو ببرید(شکل۱۲-۳۰).
۱۴. با فشار دادن پیستون محتوی سرنگ را به آرامی در داخل پوست تزریق کنید. به طوری که یک برآمدگی شبیه عدس مشاهده گردد. سپس سر سوزن را خارج کنید(شکل ۱۲-۳۱).

■ **شکل۱۲-۳۱.** بعد از تزریق داخل جلدی برجستگی به اندازه یک عدس برسطح پوست ایجاد می‌شود.

۱۵. بدون اینکه بخواهید درپوش را بر روی سرسوزن قرار دهید، سر سوزن را در محفظه‌های مخصوص جمع آوری اقلام برنده و عفونی بیاندازید.
۱۶. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید. وسایل و پاراوان را جمع آوری کنید.
۱۷. دستکش را در آورده و دست های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. سی دقیقه پس از هر تزریق مجددا بیمار را از لحاظ عوارضی چون درد، سوزش، بی حسی ارزیابی کنید.
۳. در صورتیکه هدف از انجام تزریق داخل جلدی تست‌های تشخیصی همچون تست توبرکولین باشد، قبل از ترک اتاق بیمار به کمک ماژیک یا خودکار یک دایره کوچک پیرامون محل تزریق رسم کنید و تاریخ بزنید. تست ۷۲-۴۸ ساعت بعد خوانده شود.
۴. به بیمار آموزش دهید که از ماساژ دادن یا فشار به محل تزریق خودداری کند.

درمان داخل وریدی- تعبیه آنژیوکت یا اسکالپ وین

مقدمه

رگ‌های بدن که همان عروق می‌باشند و سیستم گردش خون را تشکیل می‌دهند که به دو دسته عروق سیاهرگی و سرخرگی تقسیم می‌گردند. تزریق از نوع وریدی منظور همان عروق سیاهرگی که در قسمتهای سطحی بدن در زیر پوست قرار دارند می‌باشد. البته از قسمتهای مختلف بدن می توان رگ سیاهرگی انتخاب گردد و تزریق وریدی صورت گیرد.

اهداف

۱. تأمین مایعات بدن بیمار
۲. برقراری تعادل الکترولیت ها
۳. تامین ویتامین های محلول درآب
۴. برقراری رگ باز به منظور تجویز سریع داروها

نکات مورد بررسی

۱. عروق نواحی تحتانی (مثلا پشت دست) نسبت به عروق ناحیه فوقانی مانند (ساعد) ارجح تر است. زیرا باید عروق پروگزیمال برای دفعات بعدی رگ گیری حفظ شوند.
۲. می‌توان با مالیدن مقداری از محلول لیدوکائین ۱

درصد یا پماد لیدوکایین به سطح پوست ناحیه تزریق را بی حس کرد.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- اسکالپ وین یا آنژیوکت- تورنیکه- پنبه الکل- دستکش- چسب آنژیوکت- هپارین لاک- شان یا یک قطعه مشمع برای زیر آنژیوکت(شکل۱۳-۳۲)

روش کار

الف)اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. برای اطمینان از صحیح بودن فرد، نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۳. خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نمایید.
۴. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۵. درب اتاق را بسته و اطراف بیمار در صورت لزوم پاراوان بکشید.
۶. با توجه به ناحیه انتخاب شده برای تعبیه آنژیوکت بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت یه نیمه نشسته قرار دهید.
۷. تورنیکه را ۵ تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج به دور بازو بسته و از بیمار بخواهید که انگشتان خود را چندین بار باز و بسته نماید.
۸. از طریق مشاهده و لمس، وریدی را انتخاب کنید قطور، مستقیم و فاقد انشعاب، گره، سفتی و کبودی باشد.
۹. مشمای پلاستیکی یا شان را در زیر محل رگ گیری قرار دهید.
۱۰. ناحیه تزریق را با پنبه و الکل ضدعفونی نمایید. بطوریکه با حرکت چرخشی از سمت مرکز به طرف محیط را ضدعفونی کنید.
۱۱. اسکالپ وین یا آنژیوکت را از پوشش آن بیرون بیاورید و پوشش

■ **شکل۱۲-۳۲.** آنژیوکت

۱۲. طوری آنژیوکت را بدست بگیرید که دو بال آنژیوکت بین انگشت میانی و نشانه قرار گیرد و انگشت شست نیز در ناحیه خلفی درپوش آنژیوکت باشد. در مورد اسکالپ وین باید دوبال آن به سمت بالا تا شده و بین انگشت اشاره و شست قرار گیرد.
۱۳. به کمک انگشت شست دست غیر غالب پوست زیر ناحیه تزریق را به سمت پایین کشده تا ورید انتخابی در محل خود ثابت شود.
۱۴. آنژیوکت را با زاویه حدود ۱۵ تا ۳۰ درجه وارد پوست نمایید و در مسیر ورید قرار داده و وارد ورید شوید.
۱۵. بعد ورود آنژیوکت به داخل ورید و دیدن خون در انتهای سوزنی آنژیوکت، زاویه را با کمتر از ۱۰ درجه کاهش

■ **شکل۱۲-۳۳.** زاویه وارد کردن آنژیوکت در رگ

۱۶. همزمان با داخل کردن آنژیوکت به داخل ورید، سوزن آنژیوکت را از داخل ممبران به تدریج خارج نمایید. دقت کنید که نباید سوزن را در این مرحله به طور کامل خارج نمایید. در مورد اسکالپ وین باید پس از وارد کردن آن در داخل ورید، تا انتهای سر سوزن وارد ورید شود.
۱۷. تورنیکه را از دور بازوی بیمار باز کرده و سپس در حالی

که قسمت سر سوزن در داخل مجرای آنژیوکت قرار دارد، درپوش انتهای آنژیوکت را خارج کرده و سپس سر سوزن را خارج نمایید. در این زمان دهانه خروجی آنژیوکت با پد درپوش بندید(شکل ۱۲-۳۴).

■ شکل ۱۲-۳۴.

۱۸. آنژیوکت را با چسب ضد حساسیت در محل خود فیکس نمایید. برای اینکار میتواید از چسب های مخصوص آنژیوکت که میتواند شفاف باشد، استفاده کنید(شکل ۱۲-۳۵).

■ شکل ۱۲-۳۵.

۱۹. تاریخ و ساعت رگ‌گیری (معمولا شیفت تحت رگ گیری) بشکل **M/E/N** و نام فرد مسئول بر روی سطح خارجی چسب آنژیوکت نصب شود.

۲۰. در صورت نیاز به تزریق سرم میتوانید درپوش آژیوکت را برداشته و آن را تزریق کنید. همچنین داروهای قابل تزریق وریدی را می‌توان از درپوش بالایی آنژیوکت تزریق کرد.

۲۱. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید. وسایل و پاراوان را جمع‌آوری کنید.

۲۲. دستکش را در آورده و دست‌های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان کار، برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید.
۲. بهتر است از دستی که آنژیوکت تعبیه شده، فشارخون گرفته نشود. بخصوص زمانی که سرم در جریان است.
۳. به بیمار آموزش دهید که درحین فعالیت مراقب خارج شدن آنژیوکت باشد.

کشیدن دارو به داخل سرنگ

اهداف

تجویز دارو طبق نیاز بیمار

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کارت دارویی – ویال یا آمپول حاوی داروی استریل – سینی تزریق شامل : سوزن و سرنگ استریل– پنبه الکل– گاز یا پنبه کوچک– حلال مناسب (آب مقطر)

روش کار

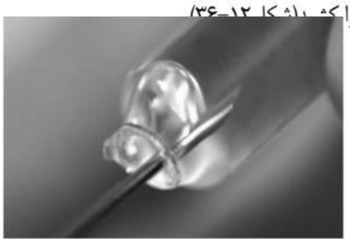
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی دارو را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.

۶. در حالیکه بدنه آمپول را با یک دست گرفته‌اید، با انگشتان دست دیگر چند تلنگر به دهانه باریک آمپول بزنید تا تمامی قطرات دارو از این قسمت خارج شده و داخل محفظه اصلی آمپول بریزد.
۷. با یک پنبه الکل یا گاز، دهانه باریک آمپول را کمی بالاتر از گردن آن گرفته و با اعمال یک فشار سریع به کناره‌ها سر آمپول را بشکنید. معمولا بر روی سر آمپول نقطه یا خطی وجود دارد که نشان میدهد شیشه آمپول در این محل نازکتر ساخته شده، درنتیجه از این محل راحت‌تر شکسته می‌شود.
۸. سرنگ را از پوشش خود خارج کرده و سر سوزن آن را بردارید.
۹. در حالی که پوکه آمپول را در دست غیر غالب خود به صورت وارونه و ۹۰ درجه در بالا گرفته، با دست غالب سرسوزن سرنگ را وارد آمپول نمایید. همچنین برای افراد مبتدی می شود بدین‌صورت اقدام کرد که آمپول را روی میز گذاشته و سر سرنگ را وارد آن نمود و دارو را کشید(شکل ۱۲-۳۶)



■ **شکل ۱۲-۳۶.** نحوه کشیدن دارو از آمپول

۱۰. به آرامی پیستون سرنگ را به طرف عقب بکشید تا محتوی آمپول به داخل سرنگ آسپیره شود.
۱۱. سپس سر سوزن را داخل درپوش آن قرار داده و در صورتی که سر سوزن اضافی در اختیار دارید سر سوزن را تعویض نمایید. زیرا سر سوزن قبلی به علت برخورد با بدنه آمپول می تواند کند شود.
۱۲. سپس با عمود نگاه داشتن سرنگ درپوش گذاری شده هوای موجود در سرنگ را تخلیه کنید (هواگیری سرنگ). دقت کنید هنگام هواگیری دارو از سر سوزن خارج نگردد.
۱۳. دارو را آماده تزریق کنید.
۱۴. دستکش‌ها خارج کرده و دست‌ها را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می‌شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

۱. جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.
۲. پس از تزریق، از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهت **ABG** (گاز خون شریانی)که در این صورت به روش یک دستی، این کار انجام می گیرد.
۳. از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
۴. در موارد ضروری جهت گذاردن در پوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن در پوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن در پوش سرسوزن استفاده کنید.
۵. جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
۶. از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده اجتناب نمائید.

کشیدن ویال به داخل سرنگ

اهداف

۱. آماده کردن دارو برای تجویز

نکات مورد بررسی

چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد. تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی‌لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی آن

بنویسید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- کارت دارویی – ویال یا آمپول حاوی داروی استریل – سینی تزریق شامل : سوزن و سرنگ استریل– پنبه الکل– گاز یا پنبه کوچک– حلال مناسب (آب مقطر)

روش کار

الف)اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی کنید.
۲. سابقه حساسیت دارویی را بررسی نمایید.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی دارو را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. سرنگ را از پوشش خود خارج کرده و سر سوزن آن را بردارید.
۷. در حالی که پوکه حلال (آب مقطر) را در دست غیر غالب خود به صورت وارونه و ۹۰ درجه در بالا گرفته، با دست غالب سرسوزن سرنگ را وارد پوکه حلال نمایید. همچنین برای افراد مبتدی می‌شود بدینصورت اقدام کرد که ویال را روی میز گذاشته و سر سرنگ را وارد آن نمود و دارو را کشید.
۸. به آرامی پیستون سرنگ را به طرف عقب بکشید تا محتوی حلال به داخل سرنگ آسپیره شود. سپس درپوش سرنگ را روی آن قرار دهید.
۹. صفحه پلاستیکی محافظ روی ویال را برداشته و تا درپوش لاستیکی زیر آن آشکار گردد.
۱۰. سپس دهانه ویال را با پنبه و الکل ضد عفونی کنید و منتظر بمانید تا خشک گردد.
۱۱. سپس درپوش سرنگ را بردارید و با فرو کردن سر سوزن به داخل ویال، حلال را به داخل ویال بریزید.
۱۲. ویال را بر روی سطح صاف میز قرار داده و حول یک محور دایره ای شکل بچرخانید تا حلال با محتوی ویال مخلوط گردد.
۱۳. سپس ویال را به حالت عمود قرار داده و با سرنگ محتوی ویال را به مقدار مورد نیاز آسپیره کنید. در صورتی که ویال نیازی به حلال نداشته باشد، باید به مقداری که می‌خواهید از ویال دارو بکشید هوا به داخل ویال تزریق نمایید، تا محتوی داخل ویال به راحتی وارد سرنگ گردد(شکل ۱۲-۳۷)

■ **شکل ۱۲-۳۷.** نحوه کشیدن دارو از ویال

۱۴. سر سوزن را از ویال خارج نمایید و تا قبل تزریق درپوش گذاری نمایید.
۱۵. سرنگ را هواگیری نمایید. بدین منظور ابتدا پیستون را اندکی به طرف عقب کشیده و سپس با زدن چند تلنگر به بدنه سرنگ موجب حرکت حباب های هوا به سمت بالای سرنگ شوید و در نهایت هوای سرنگ را خالی نمایید دقت نمایید در هنگام هواگیری دارو از سر سوزن خارج نگردد.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. هنگام کشیدن دارو رعایت نکات استریل خیلی ضروری می باشد. در صورتی که سر سوزن شما به جایی برخورد

کرد حتما باید آن را تعویض نمایید.
تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم
یا میکروست

اهداف

دست یابی به حداکثر تاثیر فوری یک دارو

نکات مورد بررسی

۱. در تزریق وریدی مستقیم (بولوس) باید کنترل دقیقی قبل از تجویز دارو به عمل آید. زیرا دارو با تزریق وارد گردش خون بیمار شده و هرگونه خطای رخ داده قابل تصحیح نمی‌باشد (مدت بولوس ۵-۳ دقیقه).
۲. غلظت و سرعت تزریق دارو و ناحیه تزریق از نظر صحت و علائم نشت دارو بایستی حتماً کنترل شود.
۳. در انفوزیون وریدی برای تزریق محلول‌های هایپرتونیک از وریدهای کوچک سطحی استفاده نشود.
۴. در هنگام وقفه در جریان مایع، بافت اطراف آنژیوکت را از نظر تورم، آسیب دیدگی و علائم نشت دارو بررسی کنید.
۵. روی ظرف محتوی محلول، برگهٔ مشخصات که شامل نوع و حجم سرم، نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ وزمان قطع و نام پرستار می باشد، چسبانیده شود.
۶. در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول، مشخصات دارو (نام و مقدار دارو) به برچسب اضافه شده و یا برچسب تغییر داده شود.
۷. در مورد انفوزیون با میکروست برگه مشخصات کامل شامل: نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو و نام پرستار روی میکروست نصب شود.
۸. قبل از رگ‌گیری در صورت لزوم موهای ناحیه‌ای که چسب روی آن قرار دارد را بتراشید (بیمار را از اهمیت کار آگاه نموده و سپس اقدام به شیو ناحیه نمائید).
۹. در صورتی که چسب آنژیوکت خیس یا خونی شده باشد، بایستی تعویض شود. محل کاتتر هر ۷۲- ۴۸ ساعت تغییر یابد. (جهت پیشگیری از بروز عفونت)
۱۰. در صورتی که ظرف محتوی سرم سالم باشد نیاز به تعویض آن نمی‌باشد. ولی در صورت هرگونه آسیب‌دیدگی (اعم از سوراخ شدن، پارگی) بلافاصله تعویض شود.
۱۱. هپارین لاک هر ۷۲- ۴۸ ساعت باید تعویض گردد. میکروست به شرط عدم وجود رسوب هر ۷۲ ساعت تعویض گردد.
۱۲. برای باز نگهداشتن مسیر آنژیوکت هر ۸ ساعت یکبار، کاتتر را با ۱/۵ سی سی نرمال سالین شستشو دهید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- آنژیوکت، تورنیکه لاستیکی، محلول تزریقی وریدی، ست سرم، پنبه الکل، دستکش، چسب

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

۱. قبل از انجام دارو درمانی میزان آگاهی بیمار در مورد روش کار را بررسی کنید.
۲. بررسی کنید که بیمار در دستی که قرار است برایش آنژیوکت تعبیه شود، فیستول نداشته باشد.

ب) نحوه اجرا

۱. جهت کاهش انتقال عفونت، دست‌ها را بشویید و دستکش بپوشید.
۲. دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح کنید.
۳. کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب کنید.
۴. بر اساس کارت دارویی سرم را از قفسه دارویی بیرون بیاورید و روی سینی دارو قرار دهید.
۵. نام سرم تجویزی را در سه مرحله (هنگام خارج‌کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نمایید.
۶. برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده سرم، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال نمائید.
۷. پرستار باید خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.
۸. جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح دهید.
۹. در صورتی که بیمار آنژیوکت ندارد طبق مراحل شرح

داده شده در پروسیجر قبل برای بیمار آنژیوکت تعبیه کنید.

۱۰. ست سرم را از پوشش خود جدا کرده و پس از ضدعفونی ناحیه سر باتل سرم، کلاهک ست سرم را درون آن قرار دهید.

■ **شکل ۱۳-۳۸.** ست سرم

■ **شکل ۱۳-۳۹.**

۱۱. باتل سرم را بر پایه سرم آویزان کنید(شکل ۱۲-۳۹).

۱۲. ست سرم را هواگیری نمایید. بدین صورت که پس از باز کردن پیچ ست سرم، منتظر بمانید هوا از ست خارج و کل مسیر را مایع فرا بگیرد.

۱۳. تعداد قطرات در جریان سرم را محاسبه و تنظیم کنید.

۱۴. در انتهای کار، مواردی همچون نام بیمار و تخت، نوع و مقدار محلول تزریقی، تعداد قطرات تجویز شده و ساعت شروع و خاتمه ی انفوزیون را بر روی بدنه قوطی یا ویال حاوی محلول نصب نمایید.

۱۵. با بازکردن پیچ انتهایی آنژیوکت، انتهای ست سرم را به آن متصل نمایید.

۱۶. پیچ ست سرم را باز کرده تا سرم در جریان قرار گیرد.

۱۷. بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید. وسایل را جمع آوری کنید.

۱۸. دستکش را در آورده و دست های خود را بشوئید.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

۱. پس از پایان کار، برگه گزارش پرستاری را تکمیل نمایید. تاریخ و زمان انفوزیون، محل IV، نوع و اندازه کاتتر در گزارش پرستاری شیفت مربوطه ثبت شود و در صورت رخداد هرگونه عارضه تزریق وریدی (اعم از فلبیت و ...) در گزارش پرستاری ثبت شود.

آموزش به بیمار و خانواده

۱. در صورت ترخیص بیمار به همراه داروهای خوراکی، در صدد زمان مصرف، شرایط نگهداری و مصرف(قبل/ بعد/همراه غذا) به بیمار و خانواده آموزش های لازم را دهید.

۲. در مورد عوارض جانبی احتمالی(خوراکی/تزریقی/ استعمال موضعی/ استنشاقی و ...) آموزش های لازم و نحوه برخورد با آنها و یا لزوم مراجعه به پزشک را آموزش دهید.

۳. لزوم گزارش هر گونه سابقه آلرژی و حساسیت به دارو و مواد غذایی را تاکید کنید.

۴. در صورتی که دارو با ماده غذایی یا داروی خاصی تداخل دارد بیمار و خانواده را در جریان بگذارید.

چک لیست آماده‌سازی و تجویز داروهای خوراکی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب می کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی، داروها را از قفسه دارویی بیرون آورده و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و با یک لیوان آب بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه بیماری‌هایی مانند زخم معده و حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	به بیمار کمک می‌کند که در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته کامل قرار می‌گیرد.			
۱۳	قدرت بلع بیمار را بررسی می‌نماید.			
۱۴	در صورتی که بیمار توانایی حرکت دست‌ها را دارد، دارو را در دست بیمار قرار می‌دهد			
۱۵	پس از اتمام مصرف داروها توسط بیمار، وی را مجدد در یک پوزیشن راحت قرار می‌دهد.			
۱۶	وسایل را جمع‌آوری کرده و مجددا دست‌های خود را می‌شوید.			
۱۷	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۱۸	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد.			

چک لیست آماده سازی و تجویز داروهای موضعی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را می‌شوید و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون میاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو ، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۸	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۹	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۰	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۱	قبل از استعمال دارو، تمامیت پوستی بیمار را بررسی می‌نماید.			
۱۲	لباس و ملافه های بیمار را به نحوی کنار بزنید که فقط ناحیه مبتلای پوست در معرض دید قرار می‌گیرد.			
۱۳	محل مورد نظر را با استفاده از آب و صابون شتشو می‌دهد و خشک می‌نماید.			
۱۴	در صورتی که دارو به شکل کرم می باشد، آن را روی پوست به صورت طولی در جهت رویش موها می‌مالد.			
۱۵	در صورتی که دارو به صورت لوسیون می‌باشد، مقداری از آن را روی گاز ریخته و روی پوست قرار می‌دهد.			
۱۶	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب‌کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید.			
۱۷	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۱۸	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۱۹	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد.			

چک لیست آماده سازی و تجویز داروهای چشمی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون میاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند.			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته روی صندلی به نحوی قرار می‌دهد که سر وی اندکی به طرف عقب خم شود.			
۱۴	در حالیکه قطره چکان را در دست غالب خود گرفته‌اید، انگشت نشانه یا شست دست غیر غالب خود را بر روی استخوان گونه بیمار قرار داده و پلک زیرین را به آرامی به طرف پایین می کشد تا حفره تحتانی ملتحمه ظاهر گردد.			
۱۵	یک یا دو قطره از محتوی مخزن را بیرون ریخته و سپس در حالیکه قطره چکان را در فاصله ۱,۵ تا ۲ سانتی چشم بیمار نگه داشته، تعداد قطرات را مطابق دستور پزشک در قسمت مرکزی کیسه ملتحمه می‌ریزد.			
۱۶	پس از ریختن قطره از بیمار می خواهد که به آرامی چشم خود را بسته و حداقل ۳۰ ثانیه در همین حالت باقی نگه دارد.			
۱۷	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع‌آوری می‌نماید.			
۱۸	دست‌های خود را می شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۱۹	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۰	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد.			

چک لیست استعمال داروهای گوشی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار داده داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو ، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت دادن و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	از بیمار می خواهد که در وضعیت خوابیده به پهلو طوری قرار گیرد که گوش مبتلا به سمت بالا باشد.			
۱۴	در بالغین لاله گوش را به طرف بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب می‌کشد			
۱۵	قطره چکان را ۱cmبالاتر از کانال گوش می‌گیرد و تعداد قطرات را طبق تجویز پزشک به داخل گوش می‌ریزید.			
۱۶	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید			
۱۷	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۱۸	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۱۹	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد			

چک لیست استعمال داروهای تجویز شده از طریق رکتوم (شیاف):

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	رابرشیت را در زیر پاهای بیمار و بیمار را در پوزیشن نیمه دمر قرار می‌دهند			
۱۴	روی بیمار را با ملافه می‌پوشاند تا فقط مقعد وی معلوم باشد.			
۱۵	پوشش خارجی شیاف را باز کرده و آن را بیرون می آورد. مقداری ژل لوبریکانت را بر روی دستمال یا حوله ریخته و نوک شیاف و انگشت نشانه دست غالب خود را با شیاف آغشته می‌کند.			
۱۶	از بیمار می‌خواهد از راه دهان نفس عمیق کشیده و اسفنگتر مقعد خود را شل نماید.			
۱۷	با دست غیر غالب نیمه فوقانی باسن را به سمت بالا می‌کشد تا مقعد مشخص گردد.			
۱۸	با دست غالب شیاف را به داخل مقعد فرو کرده و به کمک انگشت نشانه که با ژل آغشته شده شیاف را به داخل رکتوم فشار می‌دهد.			
۱۹	در یک فرد بالغ شیاف را ۱۰ سانتیمتر به داخل مقعد فرو برده تا از اسفنگتر داخلی عبور کند.			
۲۰	پس از فرو کردن شیاف، اطراف مقعد بیمار را با دستمال کاغذی تمیز می‌کند.			
۲۱	از بیمار می خواهد به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در پوزیشن خوابیده به پهلو یا درازکش به پشت باقی بماند.			
۲۲	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید.			
۲۳	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۲۴	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۵	حدود نیم ساعت پس از داروردرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد.			

چک لیست استعمال داروهای استنشاقی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می‌دهد.			
۱۴	درپوش مجرای دهانی اسپری را برداشته و ۵ تا ۶ بار آن را تکان می‌دهد.			
۱۵	به بیمار آموزش می‌دهد که اسپری را دهانه آن در امتداد لب‌ها و پیستون حاوی دارو به طرف بالا باشد.			
۱۶	دهانه اسپری را در دهان بیمار قرار می‌دهد و به بیمار می‌گوید لب‌ها را به دهانه اسپری بچسباند.			
۱۷	از بیمار می‌خواهد که سر خود را اندکی عقب خم کرده و همزمان با شروع عمل دم پیستون دستگاه را به کمک انگشتان نشانه و میانی به سمت پایین فشار دهد.			
۱۸	در صورتیکه نیاز به پاف دوم باشد حداقل یک دقیقه فاصله می‌اندازد.			
۱۹	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب‌کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید.			
۲۰	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۲۱	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۲	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد			

چک لیست تجویز داروهای تزریقی به طریق عضلانی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کنند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	بجز ناحیه تزریق تمامی دیگر نواحی بدن را با ملافه می‌پوشاند.			
۱۴	ناحیه مناسب برای تزریق را با توجه به حجم دارو، میزان توده عضلانی و سن بیمار انتخاب می‌نماید			
۱۵	با استفاده از پنبه الکل ناحیه تزریق را ضد عفونی می‌کند			
۱۶	در پوش سر سوزن را خارج می‌نماید.			
۱۷	سرنگ را به شکل یک مداد یا دارت در بین انگشتان دست غالب خود گرفته و سر سوزن از فاصله ۱۰ سانتی به صورت عمودی (در زاویه ۹۰ درجه) و به سرعت در بافت فرو می‌کند.			
۱۸	پس از داخل‌کردن سر سوزن به داخل بافت جهت اطمینان از عدم برخورد سر سوزن به عروق خونی ناحیه، سرنگ را آسپیره می نماید.			
۱۹	در صورت عدم مشاهده خون، دارو را به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه (۱ میلی‌لیتر در ۱۰ ثانیه) تزریق می‌کند.			
۲۰	پس از تزریق کل محتوی دارو، پنبه الکل را در ناحیه تزریق قرار داده و به آرامی سر سوزن را از بافت خارج می‌کند.			
۲۱	حدود ۵ تا ۱۰ ثانیه محل تزریق را به آرامی فشار می‌دهد.			
۲۲	پس از تزریق از سرپوش گذاری خودداری می‌کند و سرنگ را در داخل محفظه ایمن سرنگ می‌اندازد.			
۲۳	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید			
۲۴	دست‌های خود را می شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۲۵	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۶	حدود نیم ساعت پس از دارودرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد			

چک لیست استعمال داروهای بینی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	از بیمار می‌خواهد که بر روی تخت یا صندلی نشسته و سر خود را به طرف عقب خم نماید.			
۱۴	با دست غیر غالب خود سر بیمار را در پوزیشن تنظیم شده قرار داده و در همین حال به کمک دست غالب خود قوطی حاوی قطره یا قطره چکان حاوی دارو را در فاصله یک سانتی بالای بینی می‌گیرد.			
۱۵	از بیمار بخواهید از راه دهان تنفس کرده و تعداد قطرات لازم را مطابق دستور پزشک در هر یک از سوراخ‌های بینی می‌ریزید.			
۱۶	به بیمار می گوید پس از تجویز دارو بیمار حداقل به مدت ۵ دقیقه در وضعیت درازکش به پشت باقی بماند.			
۱۷	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می نماید			
۱۸	دست‌های خود را می شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۱۹	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۰	حدود نیم ساعت پس از داروردرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد			

چک لیست تجویز داروهای به روش داخل جلدی

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب می‌کند.			
۵	بر اساس کارت دارویی داروها را از قفسه دارویی بیرون بیاورد و داخل کاپ قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید			
۷	داروهای آماده شده را در داخل سینی قرار داده و بر بالین بیمار حمل می‌کند			
۸	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده دارو، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می نماید			
۹	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۱۰	قبل از انجام دارودرمانی میزان آگاهی بیمار در مورد داروهای تجویز شده را بررسی می‌کند.			
۱۱	سابقه حساسیت دارویی را بررسی می‌نماید.			
۱۲	در اتاق بیمار را بسته و اطراف تخت بیمار پاراوان می‌کشد.			
۱۳	با توجه به ناحیه انتخاب شده برای تزریق بیمار را در پوزیشن مناسب قرار می‌دهد			
۱۴	ناحیه تزریق را با پنبه و الکل ضدعفونی می نماید. بطوریکه با حرکت چرخشی از سمت مرکز به طرف محیط را ضدعفونی می‌کند.			
۱۵	سرنگ را در دست غالب خود گرفته و درپوش سر سوزن را با دست دیگر خارج می‌کند.			
۱۶	نیمه میانی بدنه سرنگ را بین شست و انگشت نشانه دست غالب به نحوی می‌گیرد که برش اریب نوک سر سوزن به سمت بالا قرار گیرد.			
۱۷	پوست زیر ناحیه مورد تزریق را با دست غیر غالب خود به سمت پایین می‌کشد. سپس سر سوزن را در زاویه ۵ تا ۱۵ درجه در پوست فرو کرده و حدود ۳ میلی متر داخل اپیدرم به جلو می‌برد.			
۱۸	با فشار دادن پیستون محتوی سرنگ را به آرامی در داخل پوست تزریق می کند. به طوری که یک برآمدگی شبیه عدس مشاهده گردد. سپس سر سوزن را خارج می‌کند.			
۱۹	بدون اینکه بخواهد درپوش را بر روی سرسوزن قرار هید، سر سوزن را در محفظه های مخصوص جمع آوری اقلام برنده و عفونی می‌اندازد.			
۲۳	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید			
۲۴	دست‌های خود را می شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۲۵	پس از پایان دارو درمانی برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			
۲۶	حدود نیم ساعت پس از داروردرمانی بیمار را از لحاظ عوارض داروها مورد بررسی قرار می‌دهد			

چک لیست درمان داخل وریدی- تعبیه آنژیوکت یا اسکالپ وین

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	برای اطمینان از صحیح بودن فرد، نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۴	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۵	جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد.			
۶	در اتاق را بسته و اطراف بیمار در صورت لزوم پاراوان می‌کشد.			
۷	با توجه به ناحیه انتخاب شده برای تعبیه آنژیوکت بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت یه نیمه نشسته قرار می‌دهد.			
۸	تورنیکه را ۵ تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج به دور بازو بسته و از بیمار می‌خواهد که انگشتان خود را چندین بار باز و بسته نماید.			
۹	وریدی مناسب را انتخاب می‌کند			
۱۰	مشمای پلاستیکی یا شان را در زیر محل رگ گیری قرار می‌دهد.			
۱۱	ناحیه تزریق را با پنبه و الکل ضدعفونی می‌نماید. بطوریکه با حرکت چرخشی از سمت مرکز به طرف محیط را ضدعفونی می‌کند.			
۱۲	اسکالپ وین یا آنژیوکت را از پوشش آن بیرون می‌اورد و پوشش سر سوزن را جدا کند.			
۱۳	طوری آنژیوکت را بدست می‌گیرد که دو بال آنژیوکت بین انگشت میانی و نشانه قرار گیرد و انگشت شست نیز در ناحیه خلفی درپوش آنژیوکت باشد.			
۱۴	به کمک انگشت شست دست غیر غالب پوست زیر ناحیه تزریق را به سمت پایین کشده تا ورید انتخابی در محل خود ثابت شود.			
۱۵	آنژیوکت را با زاویه حدود ۱۵ تا ۳۰ درجه وارد پوست می‌نماید			
۱۶	بعد ورود آنژیوکت به داخل ورید و دیدن خون در انتهای سوزنی آنژیوکت، زاویه را با کمتر از ۱۰ درجه کاهش می‌دهد.			
۱۷	همزمان با داخل کردن آنژیوکت به داخل ورید، سوزن آنژیوکت را از داخل ممبران خارج به تدریج خارج می‌کند.			
۱۸	تورنیکه را از دور بازوی بیمار باز کرده و سپس در حالی که قسمت سر سوزن در داخل مبران آنژیوکت قرار دارد، درپوش انتهای آنژیوکت را خارج کرده و سپس سر سوزن را خارج نماید. در این زمان دهانه خروجی آنژیوکت را با درپوش می بندد.			
۱۹	آنژیوکت را با چسب ضد حساسیت در محل خود فیکس می نماید.			
۲۱	تاریخ و ساعت رگ‌گیری و نام فرد مسئول بر روی سطح خارجی چسب آنژیوکت نصب می‌کند.			
۲۲	بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و پس از مرتب کردن لباس‌ها و تخت وی، پاراوان را کنار زده و وسایل را جمع آوری می‌نماید			
۲۳	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش را خارج می‌نماید.			
۲۴	پس از پایان کار برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			

چک لیست کشیدن دارو به داخل سرنگ

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس داروئی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت ها مرتب می‌کند			
۵	بر اساس کارت دارویی دارو را از قفسه دارویی بیرون می‌آورد و روی سینی دارو قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	در حالیکه بدنه آمپول را با یک دست گرفته‌اید، با انگشتان دست دیگر چند تلنگر به دهانه باریک آمپول می‌زند تا تمامی قطرات دارو از این قسمت خارج شده و داخل محفظه اصلی آمپول بریزد.			
۸	با یک پنبه الکل یا گاز، دهانه باریک آمپول را کمی بالاتر از گردن آن گرفته و با اعمال یک فشار سریع به کناره ها سر آمپول را می‌شکنند.			
۹	سرنگ را از پوشش خود خارج کرده و سر سوزن آن را بر می‌دارد.			
۱۰	در حالی که پوکه آمپول را در دست غیر غالب خود به صورت وارونه و ۹۰ درجه در بالا گرفته، با دست غالب سرسوزن سرنگ را وارد آمپول می‌نماید.			
۱۱	به آرامی پیستون سرنگ را به طرف عقب کشیده تا محتوی آمپول به داخل سرنگ آسپیره شود.			
۱۲	سپس سر سوزن را داخل درپوش آن قرار داده و در صورتی که سر سوزن اضافی در اختیار دارد سر سوزن را تعویض می‌نماید.			
۱۳	سپس با عمود نگاه داشتن سرنگ درپوش‌گذاری شده هوای موجود در سرنگ را تخلیه می‌کند (هواگیری سرنگ).			
۲۴	پس از پایان کار برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			

چک لیست تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم

ردیف	مراحل پروسیجر	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را شسته و در صورت نیاز از دستکش استفاده می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز برای پروسیجر را آماده می‌کند.			
۳	دستورات پزشک را بررسی کرده و با توجه به آن کاردکس دارویی را اصلاح می‌کند.			
۴	کارت دارویی بیمار را با کاردکس مطابقت داده و کارت‌ها را بر اساس شماره تخت‌ها مرتب می‌کند			
۵	بر اساس کارت دارویی دارو را از قفسه دارویی بیرون می‌آورد و روی سینی دارو قرار می‌دهد.			
۶	نام دارو در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن داخل کاپ و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی می‌نماید.			
۷	برای اطمینان از صحیح بودن فرد دریافت کننده سرم، نام درج شده بر روی کاردکس یا کارت دارویی را با نام دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و سپس نام بیمار را از وی سوال می‌نماید.			
۸	خود را به بیمار معرفی کرده و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب می‌نماید.			
۹	جهت کاهش اضطراب و جلب همکاری بیمار، روش کار و اهمیت انجام آن را برای وی توضیح می‌دهد.			
۱۰	در صورتی که بیمار آنژیوکت ندارد برای بیمار آنژیوکت تعبیه می‌کند.			
۱۱	ست سرم را از پوشش خود جدا کرده و پس از ضدعفونی ناحیه سر باتل سرم، کلاهک ست سرم را درون آن قرار می‌دهد.			
۱۲	باتل سرم را بر پایه سرم آویزان می‌کند.			
۱۳	ست سرم را هواگیری می‌نماید. بدین صورت که پس از باز کردن پیچ ست سرم، منتظر می‌ماند هوا از ست خارج و کل مسیر را مایع فرا بگیرد.			
۱۴	تعداد قطرات در جریان سرم را محاسبه و تنظیم می‌کند.			
۱۵	در انتهای کار، مواردی همچون نام بیمار و تخت، نوع و مقدار محلول تزریقی، تعداد قطرات تجویز شده و ساعت شروع و خاتمه ی انفوزیون را بر روی بدنه قوطی یا ویال حاوی محلول نصب می‌نماید.			
۱۶	با بازکردن پیچ انتهایی آنژیوکت، انتهای ست سرم را به آن متصل می‌نماید.			
۱۷	پیچ ست سرم را باز کرده تا سرم در جریان قرار می‌گیرد.			
۱۸	بیمار را در پوزیشن راحت قرار می‌دهد. وسایل را جمع‌آوری می‌کند.			
۱۹	دستکش را در آورده و دست‌های خود را می‌شوید.			
۲۰	پس از پایان کار برگه گزارش پرستاری را تکمیل می‌نماید.			

فصل (۱۳)

دفع روده

اه دافـفـص‌ل:

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و تمرین موارد مورد بحث در این بخش:

۱. اصول انجام انمای تمیز کننده، انما با حجم کم و انما با حجم زیاد را توضیح دهد.
۲. کاتتر را به درستی تعبیه نماید.
۳. انما را به شکل صحیح انجام دهد.
۴. کیسه کلستومی را به شکل صحیح تعویض نماید.
۵. شستشوی کیسه کلستومی را بطور صحیح انجام دهد.

اصطلاحات فصل دفع روده	
بی اختیاری مدفوع	Bowel incontinence
حرکات روده	Bowel movement
روده بزرگ	colon
باز کردن روده بزرگ به خارج	colostomy
یبوست	constipation
اسهال	diarrhea
تنقیه	enema
جمع شدن مدفوع در رکتوم	Fecal impaction
مدفوع	Feces,stool
باز کردن ایلئوستومی به بیرون	ileostomy
مسهل	laxative
بازکردن مجرا	ostomy
شیاف	suppository

انما(تنقیه)

انما عبارتند از تزریق مایع به داخل رکتوم جهت تحریک پریستالتیسم و خارج کردن مدفوع و گاز از کولون است. انما اثر خود را به وسیله اتساع یا تحریک روده یا توسط خاصیت نرم کنندگی و تسهیل در خروج مدفوع اعمال می کند.

تنقیه‌ی تمیز کننده

اهداف

۱.نرم کردن مدفوع
۲.تحریک حرکات دودی
۳.رفع یبوست
۴.تخلیه‌ی روده قبل از جراحی و پروسیجرهای خاص

نکات مورد بررسی

- توجه به مشخصات مدفوع(مقدار، رنگ، محتویات ودفوع) بعد از تخلیه روده
- وجود نفخ شکم
- قدرت کنترل اسفنگتر توسط بیمار
- وجود هموروئید و درد شکمی را بررسی کنید.
- درک و فهم بیمار از پروسیجر را مشخص کنید.
- وضعیت حرکتی بیمار را مشخص نمائید.

تجهیزات و لوازم مورد نیاز:

- لوله لاستیکی
- شیشه رابط وپیچ کنترل
- ماده ی نرم کننده‌ی قابل حل در آب (ژل لوبریکنت)
- مایع طبق دستور پزشک (آب یا نرمال سالین، ندرتاً صابون ملایم به میزان ۵ ml به ۱۰۰۰ cc محلول اضافه می‌شود (صابون باید بعد از اینکه کیسه از محلول اصلی پرشد اضافه شود تا از کف کردن آن پیشگیری شود.
- لوله‌ی رکتال ۲۴-۲۲ فرنچ برای بزرگسالان.

هشدار: از صابون هرگز قبل از معاینه ی رکتوم و قبل از انجام رکتوسکوپی استفاده نشود، زیرا باعث قرمزی مخاط روده می‌شود و در تفسیر معاینه مداخله می کند.

- پد ضد آب
- پارچ مدرج
- لگن و دستمال کاغذی
- دستکش یکبار مصرف
- لیف حمام
- صابون
- حوله یا خشک کننده
- ترمومتر حمام
- پتوی حمام
- پایه‌ی سرم
- حوله‌ی کاغذی

■ **شکل ۱۳-۱**
تجهیزات و لوازم مورد نیاز جهت انما

روش اجرا

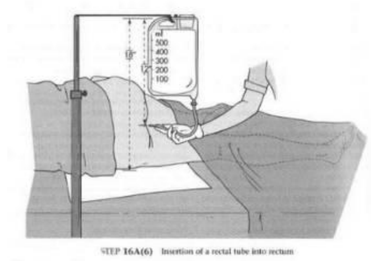
الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- مددجو را مشخص کنید.
- وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. درها را ببندید یا پرده‌های اطراف تخت را بکشید.
۴. دست‌ها را بشویید.
۵. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۶. بیمار را در وضعیت پهلوی چپ قرار دهید در حالی‌که زانوی پای راست خم شده است.
۷. دستها را بشوئید.
- یک سر لوله بلند را به ظرف تنقیه وصل کرده، سر دیگر آن را ظرف انما را با ml ۱۰۰۰-۷۵۰ آب ولرم پر نمائید. درجه حرارت آب را چک کنید که بیش از ۴۰/۵ درجه نباشد (معادل درجه حرارت بدن باشد). (محلول‌های خیلی گرم یا خیلی سرد یا محلول هایی که خیلی سریع وارد شوند باعث کرامپ، تخریب بافت رکتال و شوک می شوند).

۸. کلامپ را باز کنید و اجازه دهید که مایع در داخل لوله جریان یابد تا هوای لوله خارج شود سپس کلامپ را ببندید.



STEP 16A(6) Insertion of a rectal tube into rectum

■ **شکل ۱۳-۲**
تعبیه لوله رکتال در رکتوم

- اگر بیمار تحت کشش است یا گچ دارد در پوزیشن خوابیده به پشت قرار گیرد.

هشدار: بیماران با حداقل کنترل اسفنگتر ممکن است نیاز به لگن توالت داشته باشند.

- دستکش یکبار مصرف بپوشید.
- پد ضد آب زیر لگن و باسن بیمار قرار دهید.
- بیمار را با پتوی حمام بپوشانید، فقط ناحیه ی مقعد نمایان شود.
- مطمئن شوید که توالت، لگن یا صندلی توالت در دسترس است.

الف) تجویز انما با حجم زیاد

۱. ۳-۴ اینچ (۷.۵ تا ۱۰ سانتی متر) از نوک لوله را ماده لغزنده بزنید.
۲. به آرامی باسن های بیمار را از هم جدا تا سوراخ رکتوم نمایان شود.
۳. لوله به آرامی در جهت ناف برای بزرگسالان ۷.۵ تا ۱۰ سانتی متر وارد شود بطوری که از اسفنگتر داخلی عبور کند.
۴. لوله را نگه دارید تا محلول وارد شود.
۵. ظرف را در بالای لگن بیمار قرار دهید. کلامپ را باز کنید تا مایع وارد شود.
۶. ارتفاع ظرف ۱۸-۱۲ اینچ (۴۵-۳۰ سانتی متر) بالاتر از مقعد باشد و روی پایه ی سرم آویزان شود.
۷. اگر بیمار دچار کرامپ گردید یا مایع از اطراف لوله خارج شد ، ارتفاع را کم کنید تا سرعت ورود مایع کاهش یابد.
۸. لوله را بعد از وارد نمودن مایع، کلامپ نموده و به بیمار اطلاع دهید که لوله را در می آورید. لوله را به آرامی در بیاورید.
۹. از بیمار بخواهید تا مایع را در حد امکان نگهدارد و بر احساس دفع خود غلبه کند.
۱۰. به بیمار کمک کنید تا به توالت برود یا روی لگن قرارگیرد.
۱۱. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.
۱۲. تجهیزات را به جای خود برگردانید.
۱۳. دستکش را خارج نموده دست خود را بشوئید.

ب) تجویز انما با حجم کم

■ **شکل ۱۳-۳**
ظروف انما با حجم کم

۱. سرپوش پلاستیکی را از نوک لوله‌ی رکتال بردارید.
۲. لوله ی رکتال را ماده لزج کننده آغشته کنید.
۳. به آرامی باسن‌های بیمار را از هم جدا کنید تا ناحیه‌ی مقعد نمایان شود.
۴. به بیمار آموزش بدهید که تنفس عمیق از طریق دهان داشته باشد.
۵. ۷/۵-۱۰ سانتی متر از نوک لوله‌ی آغشته شده به لوبریکنت را در بزرگسالان وارد رکتوم کنید.
۶. ظرف انما را بطور مداوم فشار دهید تا مواد آن به داخل روده تخلیه شود.
۷. ظرف انما را در حالت فشرده از رکتوم خارج نمائید. (از برگشت مواد به داخل ظرف انما پیشگیری می شود).
۸. به بیمار توضیح دهید که احساس نفخ قابل انتظار است. از بیمار بخواهید که تا مدتی که می تواند محلول را نگه دارد (۱۰-۵ دقیقه).
۹. ظرف انما و لوله‌ی آن اگر یکبار مصرف است را دور ریخته و اگر قابل استفاده‌ی مجدد است بشوئید.
۱۰. به بیمار کمک کنید تا از توالت، لگن یا صندلی توالت استفاده کند.
۱۱. از بیمار با بیماری قلبی، عروقی بخواهید که در طول عمل دفع، بازدم داشته باشد (مانور والسالوا می تواند باعث ایست قلبی شود).
۱۲. به بیمار آموزش دهید که به پرستار قبل از دور ریختن مدفوع اطلاع دهد تا پرستار خصوصیات مدفوع و محلول را بررسی کند.
۱۳. دستکش ها را خارج نمائید.
۱۴. نتایج غیر قابل انتظار و مداخلات ضروری را بررسی کنید.
۱۵. نوع انما، نتایج، نوع محلول استفاده شده و درجه حرارت محلول را ثبت کنید.
۱۶. انجام انما می تواند توسط خود بیمار، مراقب بیمار و یا کمک پرستار صورت گیرد ولی پرستار باید روی آن نظارت داشته باشد.

ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

آموزش به بیمار و خانواده

اگر بیمار و خانواده این فرایند را انجام می دهند نیاز هست تا آموزش کاملی در مورد پروسیجر به آنها داده شود.
به بیمار آموزش داده شود که انجام مکرر انما باعث تغییر الگوی طبیعی دفع می شود لذا پس از عادت فرد بدون انجام انما نمی تواند دفع طبیعی داشته باشد.

تعویض کیسه کلستومی

مقدمه

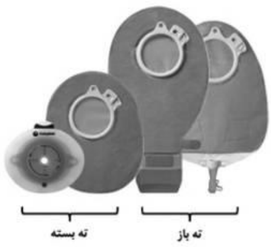
کلستومی سوراخی است که در کولون با استفاده از جراحی ایجاد می شود. بعد از اینکه این سوراخ ایجاد شد کولون به سطح شکم آورده می شود تا امکان خروج مدفوع از بدن فراهم گردد. به این سوراخ استوما گویند.

انواع رایج استوما

کلستومی: نوعی عمل جراحی است که بخشی از روده بزرگ به سطح پوست باز می شود.
ایلئوستومی: روش جراحی است که دهانه‌ی ایلئوم یا روده کوچک به سطح پوست باز می شود.

اهداف

- بررسی و مراقبت از پوست اطراف استوما
- جمع آوری مدفوع و بررسی مقدار و نوع مواد دفعی
- کاهش بو به منظور فراهم آوردن آسایش و عزت نفس بیمار



■ **شکل ۱۳-۴**
انواع کیسه استومی

■ **شکل ۱۳-۵**
لوازم و تجهیزات جهت تعویض کیسه استومی

نکات مورد بررسی

- مشاهده پوست اطراف استوما از نظر وجود موارد غیر طبیعی (قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم و ایجاد فیستول)
- بررسی نیاز به تعویض کیسه بطور متناوب بررسی شود (هر زمان که $\frac{۱}{۲}$ - $\frac{۱}{۳}$ کیسه پر شد باید آن را تخلیه کنید).
- بررسی وجود حساسیت به نوار چسب
- بررسی نیازهای آموزشی بیمار و خانواده
- محل و نوع استوما
- اندازه و شکل استوما
- نوع و اندازه کیسه مصرفی

تجهیزات و لوازم مورد نیاز

- دستکش یکبار مصرف
- کیسه کلستومی(۱. کیسه با انتهای بسته،۲. کیسه قابل تخلیه)

روش کار

الف) اقدامات لازم قبل از شروع کار

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- مددجو را مشخص کنید.
- اندازه و نوع کیسه را مشخص کنید.
- وسایل لازم را آماده کنید.

ب) نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
۳. در این بیماران حتما به مسئله تصویر ذهنی توجه کنید.
۴. سعی کنید تا با نگرش مثبت خود نسبت به بیمار، تصویر ذهنی مثبت در وی ایجاد کنید.
۵. دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
۶. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۷. صداهای روده را سمع کنید.
۸. حوله یا پد ضد آب زیر بیمار پهن کنید.
۹. کیسه‌ی استفاده شده و محافظ پوست را به آرامی بوسیله ی فشار دادن پوست به طرف پایین و بالا کشیدن محافظ پوست بردارید.
۱۰. پوست اطراف استوما را به آرامی با آب گرم و پدهای گاز یا لیف تمیز کنید.
۱۱. جهت چسباندن بهتر کیسه به پوست، آن را کاملا خشک کنید.
۱۲. از یک کاغذ راهنما برای اندازه ی صحیح کیسه اندازه گیری کنید.
۱۳. کیسه ی با اندازه مناسب برای بیمار انتخاب کنید. برای این کار از یک راهنمای اندازه‌گیری استوما استفاده کنید و سوراخ روی کیسه را ۳ الی ۵ میلی متر بزرگتر از دهانه‌ی استوما ببرید.
۱۴. پوشش پشت صفحه محافظ را بردارید. اگر در محلی که کیسه استومی قرار می‌گیرد پوست ناهموار است از یک ماده محاظ استفاده شود.

۱۵. کیسه را روی لبه ی محافظ، طوری قرار دهید تا انتهای کیسه به طرف پا باشد (اگر بیمار قادر به حرکت است). در بیمار بدون تحرک انتهای کیسه را کمی به طرف پهلو قرار دهید.
۱۶. هوای داخل کیسه را تخلیه کنید.
۱۷. با کمک چسب ضد حساسیت اطراف محافظ پوست را چسب بزنید.
۱۸. در صورت تمایل بیمار، کیسه را با کمربند محکم کنید که دراین صورت باید به اندازه‌ی دو انگشت بین کمربند و پوست فاصله وجود داشته باشد.
۱۹. به روش مناسب کیسه‌ی قبلی و وسایل آلوده را دور بریزید.
۲۰. دستکش‌ها را درآورده و دور بریزید.
۲۱. دست‌ها را بشویید.
۲۲. اگر نیاز است از یک خوشبو کننده هوا در اتاق استفاده کنید.
۲۳. اگر از کیسه‌های قابل تخلیه استفاده می‌کنید بعد از تخلیه و شستشوی آن، مانند کیسه با انتهای بسته در محل استوما قرار دهید، سپس انتهای آن را کلمپ کنید.

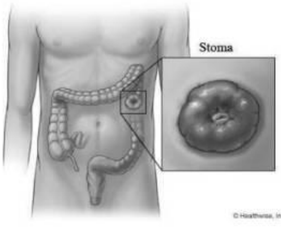
ج) ارزشیابی و توجهات پرستاری

- در مورد میزان راحتی اطراف استوما از بیمار سئوال کنید.
- صداهای روده را سمع کنید و میزان، رنگ، قوام و تعداد دفعات دفع از استوما را مشاهده کنید.
- پوست اطراف استوما را مشاهده کنید.
- تمامیت محافظ پوست و کیسه را بررسی کنید.
- کیسه را از نظر نشت بررسی کنید.

■ **شکل ۱۳-۶**
چسباندن کیسه کلستومی

■ **شکل ۱۳-۷**
کاغذ راهنما جهت اندازه گیری دهانه کیسه کلستومی

■ **شکل ۱۳-۸**
جسباندن کیسه کلستومی



■ **شکل ۱۳-۹**
استوما

- عملکرد بیمار و عکس العمل او به مراقبت از استوما را بررسی کنید.
- خصوصیات استوما، مقدار و نوع ترشحات، وسایل مورد استفاده، نگرانی‌ها و مهارت‌های یادگیری بیمار را ثبت نمایید.

آموزش به بیمار و خانواده

- به بیمار آموزش دهید تا وقتی ثلث کیسه پرشد، آن را تخلیه کند.
- موهای پوست اطراف استومی باید تراشیده شود.
- پوست اطراف باید از نظر علائم آسیب مورد بررسی

قرار گیرد و هرگونه وضعیت غیر طبیعی از نظر قرمزی و صدمه و وجود خونریزی به پزشک اطلاع داده شود.

- برای شستشوی پوست از آب گرم و صابون ملایم استفاده کند.
- پوست زیر چسب باید کاملا تمیز و خشک شود.
- در صورت بروز تب، اسهال، نفخ و سفتی شکم و خونریزی به پزشک مراجعه شود.
- بعضی از غذاها می توانند سبب تولید بو و یا گاز در سیستم گوارش شوند (نوشیدنی‌های گازدار، آبجو، کلم، ترب، تربچه، شلغم، لبو، خیار، پیاز، حبوبات) بهتر است این غذاها را به اعتدال مصرف کنید.

شستشوی کلستومی

در بیماران دارای کلستومی ممکن است از شستشوی کلستومی جهت برقراری عملکرد طبیعی روده استفاده شود.

اهداف

- ایجاد اتساع روده
- تحریک حرکات دودی
- تخلیه مدفوع

نکات مورد بررسی

- بررسی صدای روده
- وجود نفخ شکم
- بررسی تعداد دفعات دفع، خصوصیت مدفوع، محل استوما و الگوی تغذیه ی بیمار
- بررسی نیازهای آموزشی بیمار و خانواده
- توانایی حرکتی بیمار برای تعیین محل انجام پروسیجر

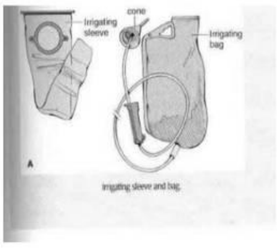
وسایل مورد نیاز

- کیسه مخصوص تخلیه (کیسه شستشو) با لوله ی رابط
- کلامپ
- مخروط استوما
- محلول شستشو (سرم نرمال سالین)
- وسایل استومی تمیز
- کیسه‌ی نایلونی ضد آب
- ماده لزج
- پایه ی سرم
- پد جاذب
- ظرف مخصوص دفع یا صندلی توالت دار، رسیور

روش کار

الف) اقدامات لازم

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- مددجو را مشخص کنید.
- وسایل لازم را آماده کنید.



■ **شکل۱۳-۱۰**
کیسه شستشو

■ **شکل۱۳-۱۱**
مخروط استوما

ب) نحوه اجرا

- قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید.
- دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح دهید.
- درک بیمار و توانایی او برای انجام تکنیک را بررسی کنید.
- به بیمار کمک کنید تا در بهترین پوزیشن قرار گیرد.

الف) اگر بیمار قادر به حرکت است از او بخواهید تا روی توالت یا صندلی جلوی توالت بنشیند.

ب) اگر قادر به خارج شدن از تخت نیست ،در پوزیشن خوابیده به پهلو قرارگیرد و لگن توالت را در کنار او قرار دهید.

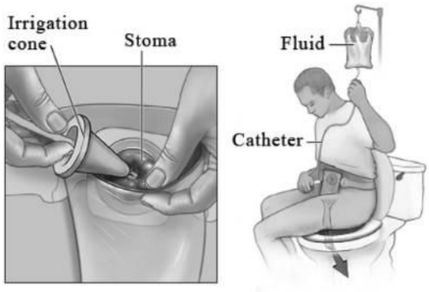
- دستها بشوئید و دستکش دست کنید.
- در بزرگسالان کیسه‌ی شستشو را با ml ۱۰۰۰-۵۰۰ محلول شستشو با دمای محیط پر کنید، هوای لوله را با باز کردن کلامپ لوله و جریان یافتن محلول از لوله خارج سازید. کلامپ را ببندید.
- ظرف محلول شستشو را روی پایه‌ی سرم آویزان کنید تا حدود ۴۵-۳۰ سانتی‌متر بالاتر از استوما باشد.
- سر ست سرم شستشو را به لوله رکتال وصل کنید.
- انتهای مخروط را به لوله رکتال وصل کنید.
- نوک مخروط استوما را به ماده لزج کننده آغشته کنید.
- کیسه کلوستومی استفاده شده را از بیمار جدا کنید و کیسه مخصوص تخلیه را جایگزین کنید و انتهای آن را در لگن یا توالت قرار دهید.
- جهت شستشو، سر مخروط استوما آغشته به ماده لزج را از سوراخ بالای کیسه مخصوص تخلیه عبور داده و حداکثر ۷ سانتی متر وارد استوما کنید، بطوریکه دهانه استوما ثابت شود.
- کلامپ ست شستشو را بازکنید تا محلول به داخل روده جریان یابد.
- بعد از اتمام محلول، به بیمار آموزش دهید تا ۱۰-۱۵ دقیقه شکم خود را ماساژ دهد.
- سپس لوله یا مخروط را خارج کنید تا محتویات روده از طریق کیسه مخصوص خارج شود.

■ **شکل ۱۳-۱۲**
پوزیشن درست جهت شستشوی کلستومی

- کیسه مخصوص تخلیه را جدا کنید.
- دستها را شسته و مراحل تعویض کلستومی را انجام دهید.
- بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهیم.

ارزشیابی و توجهات پرستاری

به روش تعویض کیسه کلوستومی مراجعه کنید.



■ شکل۱۳-۱۳
محل قرار گیری مخروط استوما

چک لیست انما در حجم زیاد (تنقیه)

ردیف		بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دست‌ها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد.			
۶	ظرف انما را با مقدار محلول تجویز شده توسط پزشک پر می‌نماید.			
۷	درجه حرارت محلول را چک می‌کند.			
۸	ظرف انما را بالاتر از سطح بدن قرار می‌دهد.			
۹	کلامپ را باز می‌کند.			
۱۰	سر لوله رکتال را به ماده لغزنده آغشته می‌کند.			
۱۱	لوله رکتال را به روش درست در رکتوم قرار می‌دهد.			
۱۲	سرعت ورود مایع را تنظیم می‌کند.			
۱۳	بعد از ورود مایع لوله را کلامپ می‌کند.			
۱۴	برای خارج کردن لوله به بیمار اطلاع می‌دهد.			
۱۵	از بیمار می‌خواهد تا تخلیه روده را تا حد امکان به تاخیر بیندازد.			
۱۶	به بیمار کمک می‌کند تا به توالت برود یا روی لگن قرار گیرد.			
۱۷	بعد از تخلیه به وی کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.			
۱۸	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.			
۱۹	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

چک لیست انما با حجم کم

ردیف		بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دستها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد.			
۶	ظرف انما را با مقدار محلول تجویز شده توسط پزشک پر می‌نماید.			
۷	درجه حرارت محلول را چک می‌کند.			
۸	سرپوش پلاستیکی ظرف را بر می‌دارد.			
۹	سر لوله را ماده لغزنده کننده آغشته می‌کند.			
۱۰	لوله را بدرستی در رکتوم قرار می دهد.			
۱۱	مواد را در رکتوم تخلیه می‌کند.			
۱۲	ظرف انما را در حالت کلامپ از رکتوم خارج می نماید.			
۱۳	از بیمار می خواهد تا تخلیه روده را تا حد امکان به تاخیر بیندازد.			
۱۴	به بیمار کمک می کند تا به توالت برود یا روی لگن قرارگیرد.			
۱۵	بعد از تخلیه به وی کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.			
۱۶	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

چک لیست تعویض کلستومی

ردیف		بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دست‌ها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد.			
۶	نسبت به بیمار نگرش مثبت دارد.			
۷	برای بیمار محیط خصوصی ایجاد می‌کند.			
۸	صداهای روده را سمع می‌کند.			
۹	کیسه‌ی استفاده شده و محافظ پوست را به آرامی بردارید.			
۱۰	پوست اطراف استوما را به آرامی تمیز می کند.			
۱۱	جهت چسباندن بهتر کیسه به پوست، آن را کاملا خشک کنید.			
۱۲	کیسه‌ی با اندازه مناسب برای بیمار انتخاب کنید.			
۱۳	از محافظ پوست بدرستی استفاده می‌کند.			
۱۴	کیسه را بدرستی نصب می‌کند.			
۱۵	کیسه را با کمربند محکم می‌کند.			
۱۶	وسایل را به سر جای خود بر می‌گرداند.			
۱۷	دستکش‌ها را درآورده و دست‌ها را می شوید.			
۱۸	اگر از کیسه های قابل تخلیه استفاده می کند، بعد از تخلیه و شستشوی آن، کیسه را در محل استوما قرار می‌دهد، سپس انتهای آن را کلمپ می‌کند.			
۱۹	وسایل را در جای خود قرار می‌دهد.			
۲۰	به بیمار کمک می کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.			
۲۱	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

چک لیست شستشوی کلستومی

ردیف		بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از اجرای روش، خود را به بیمار معرفی می‌کند.			
۲	دلیل انجام کار و روش انجام پروسیجر را برای مددجو شرح می‌دهد.			
۳	دست‌ها را می‌شوید.			
۴	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۵	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می‌دهد.			
۶	اگر بیمار قادر به حرکت است از او می‌خواهد تا روی توالت یا صندلی جلوی توالت بنشیند.			
۷	کیسه ی شستشو را با محلول شستشو با دمای محیط پر می‌کند.			
۸	ظرف محلول شستشو را روی پایه ی سرم آویزان می‌کند.			
۹	سر ست سرم شستشو را به لوله رکتال وصل می‌کند.			
۱۰	انتهای مخروط را به لوله رکتال وصل می‌کند.			
۱۱	نوک مخروط استوما را به ماده لغزاننده آغشته می‌کند.			
۱۲	کیسه کلوستومی استفاده شده را از بیمار جدا می‌کند.			
۱۳	کیسه مخصوص تخلیه را جایگزین می‌کند.			
۱۴	انتهای آن را در لگن یا توالت قرار می‌دهد.			
۱۵	سر مخروط استوما را از سوراخ بالای کیسه مخصوص تخلیه عبور داده و وارد استوما می‌کند.			
۱۶	کلامپ ست شستشو را باز می‌کند تا محلول به داخل روده جریان یابد.			
۱۷	بعد از اتمام محلول، به بیمار آموزش می‌دهد تا شکم خود را ماساژ دهد.			
۱۸	لوله یا مخروط را خارج می‌کند، تا محتویات روده از طریق کیسه مخصوص خارج شود.			
۱۹	کیسه مخصوص تخلیه را جدا می‌کند.			
۲۰	وسایل را به سر جای خود بر می‌گرداند.			
۲۱	دستکش‌ها را درآورده و دست‌ها را می‌شوید.			
۲۲	وسایل را در جای خود قرار می دهد.			
۲۳	به بیمار کمک می‌کند تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.			
۲۴	مشاهدات خود را ثبت می‌کند.			

منـــــابع

۱. اصول پرستاری تایلور. مهارتهای بالینی پرستاری. ترجمه: مهدوی، زهرا وهمکاران، چاپ اول، انتشارات بشری، ۱۳۸۲
۲. اصول و فنون پرستاری. روزبهان بابک، دهقان زاده شادی، چاپ اول، انتشارات جامعه‌نگر–سالمی، تهران ۱۳۹۱
۳. اصول و فنون عملی پرستاری. روزبهان بابک، آجری شهناز. چاپ اول. انتشارات گپ رشت. ۱۳۹۳
۴. استانداردهای خدمات پرستاری. سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول، انتشارات سازمان نظام پرستاری، ۱۳۸۵
۵. روش‌های پرستاری بالینی و بررسی وضعیت سلامت جسمی، ترجمه و تالیف ملیحه‌السادات موسوی، مریم علیخانی، انتشارات شهرآب و آینده سازان،۱۳۹۳، ویرایش هفتم
۶. اصول علمی و مهارت های بالینی پرستاری، اشرف الملوک معماری، مرضیه شبان، خدیجه خسروی، انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۹۰ چاپ سوم
۷. اصول پرستاری تایلور مفاهیم پرستاری بخش دوم، ترجمه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (افسانه افتخاری منش، فاطمه احمد لاریجانی، نیره براهیمی، طاهره علی حسینی، ناهید خزانی، هاجر خاتون شکری پور، زهرا صفوی بیات، مرضیه مالکی، زهرا مهدوی)، انتشارات بشری،۱۳۸۷، چاپ اول
۸. دستنامه مهارت‌های پرستاری بالینی،تالیف پاملا لین، ترجمه بنفشه حشمتی، انتشارات‌جامعه نگر،۱۳۹۱ چاپ اول
۹. اصول و مهارت‌های پرستاری روش‌های کار، ترجمه اعضای هیئت علمی دانشگاه تهران (احمدعلی اسدی نوقابی، شیوا سادات بصام پور، فریبا تباری، فاطمه جلالی نیا، معصومه ذاکری مقدم، منصوره علی اصغرپور، اشرف الملوک معماری، سوسن نوری کرمانشاهی،شکوه ورعی)، انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۹۰، چاپ اول
۱۰. اصول و فنون پرستاری پوتر و پری، تالیف: دکتر ناهید دهقان نیری، معصومه ایمانی پور، دکتر عاطفه عبدی، سیده فاطمه جلالی نیا، معصومه ذاکری مقدم، شکوه ورعی، منصوره علی اصغرپور، تهمینه صالحی، دکتر سودابه جولایی انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۹۳، چاپ اول
۱۱. اصول و فنون پرستاری، ترجمه و تالیف اکرم قنبری مقدم، حسن خلیلی، محدثه محسن پور، انتشارات خسروی، ۱۳۹۲ چاپ اول
۱۲. اصول و فنون پرستاری، تالیف بابک روزبهانی، شادی دهقان زاده، انتشارات جامعه‌نگر، ۱۳۹۰ چاپ دوم
۱۳. اصول و فنون مامایی و روش کار در اتاق عمل، مهری شمسی، مریم کشاورز، انتشارات اندیشه رفیع، ۱۳۹۲ چاپ اول

1. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

2. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice: Elsevier Health Sciences; 2014.

3. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of nursing: Elsevier Health Sciences; 2013.

4. Perry AG, Potter PA, Ostendorf W. Nursing interventions & clinical skills: Elsevier Health Sciences; 2015.

5. Perry AG, Potter PA, Ostendorf W. Clinical Nursing Skills and Techniques8: Clinical Nursing Skills and Techniques: Elsevier Health Sciences; 2013.

6. Audrey B. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 8/e (With DVD): Pearson Education India; 2014.

7. Basic Nursing , Patricia A.Potter, Anne Griffin Perry,Mosby,2007.6th Edition

نمـــایه

ا

آماده کردن تخت ۵۱، ۵۳، ۵۴
از تخت به برانکارد ۳۶، ۳۸، ۱۴۵
از تخت به صندلی چرخدار ۳۸، ۴۰
استحمام مددجو ۴۲
استریل ۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۷۷، ۸۰، ۸۱، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۸، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰
استعمال داروهای تجویز شده از طریق رکتوم ۱۵۶، ۱۷۷
استوما ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۵، ۱۹۶
اسفنگتر ۱۵۷، ۱۷۷، ۱۸۶، ۱۸۷

اسکراب کردن ۳
اکسیژن درمانی ۱۱۵
انتقال ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۴، ۵۶، ۵۸، ۵۹، ۶۴، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۹۹، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۱۹، ۱۲۱، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۵، ۱۴۸، ۱۵۰، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱
انما ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۳، ۱۹۴
ایلئوستومی ۱۸۵، ۱۸۸
ایلئوم ۱۸۸
ایروی ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۳

ب

بانداژ ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۴۰، ۱۴۱
بخیه ۱۳۲، ۱۳۴، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۴۰
به روش طبی ۲، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۴

پ

پا ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۴۰، ۴۲، ۴۶، ۴۸، ۵۳، ۵۵، ۵۸، ۵۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۴۰
پانسمان ۲، ۱۰، ۷۹، ۸۰، ۱۱۳، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۵
پانسمان خشک ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۷، ۱۳۸
پانسمان شفاف ۱۳۲، ۱۳۵
پانسمان مرطوب ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶
پانسمان هیدروکلوئید ۱۳۲، ۱۳۵
پرون(به شکم خوابیده) ۲۵
پرون(نیمه خوابیده به شکم) ۲۶

ت

تخت ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۷۱، ۸۰، ۸۲، ۸۶، ۸۸، ۹۱، ۹۲، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۸، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۴۵، ۱۵۰، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۴، ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴

تخته انتقال ۳۶, ۳۷, ۳۸
تراشه ۱۱۴, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۳۱
تراکئوستومی ۱۱۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۸, ۱۳۱
تزریق ۸۷, ۹۲, ۹۸, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۱۲, ۱۳۳, ۱۳۶, ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۴۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۷, ۱۶۸, ۱۶۹, ۱۷۰, ۱۷۱, ۱۷۹, ۱۸۱, ۱۸۲, ۱۸۴
تزریق دارو ۱۰۵, ۱۴۹, ۱۶۳, ۱۷۱, ۱۸۴
تمیز ۳, ۴, ۶, ۷, ۹, ۱۰, ۱۶, ۴۲, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۵۰, ۵۱, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۵۶, ۵۷, ۵۸, ۵۹, ۶۰, ۶۴, ۶۵, ۶۶, ۶۸, ۷۴, ۷۹, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۳, ۱۰۴, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۳۰, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۱, ۱۴۳, ۱۴۵, ۱۵۲, ۱۵۴, ۱۵۷, ۱۵۹, ۱۷۷
تنفس ۲۱, ۲۴, ۲۵, ۳۲, ۳۳, ۳۴, ۴۱, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۶, ۶۹, ۷۰, ۷۵, ۸۰, ۸۶, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۸, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۱, ۱۲۳, ۱۲۵, ۱۲۹, ۱۶۰, ۱۸۰
تنقیه ۱۸۵, ۱۸۶, ۱۸۷, ۱۹۳
تهیه ۸۹, ۹۰, ۹۷, ۹۸, ۱۰۰, ۱۰۳, ۱۲۱, ۱۲۶, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۴۲, ۱۴۵, ۱۵۸
تهیه‌ی نمونه ۱۲۷, ۱۲۸

ج

جمع آوری ۵۳, ۷۹, ۹۰, ۹۷, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۴, ۱۰۵, ۱۲۶, ۱۵۱, ۱۵۳, ۱۵۵, ۱۵۷, ۱۶۴, ۱۶۶, ۱۷۲, ۱۷۴, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۲

چ

چادر اکسیژن ۱۱۴, ۱۱۶, ۱۱۷

ح

حلق ۸۷, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۸
حمام ۴۲, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۵۹, ۶۶, ۷۷, ۷۹, ۸۲, ۱۰۲, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۴۵
حمام نشیمن گاهی ۷۹

خ

خلط ۲, ۷۰, ۱۱۴, ۱۲۶, ۱۲۷

د

داخل جلدی ۱۴۷, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۸۱
دارو ۴۶, ۶۹, ۷۰, ۷۱, ۷۳, ۷۹, ۸۶, ۸۸, ۹۱, ۹۸, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۱۵, ۱۲۷, ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۸, ۱۶۹, ۱۷۰, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۵, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۳, ۱۸۴
داروهای استنشاقی ۱۵۸, ۱۷۸
داروهای بینی ۱۵۹, ۱۸۰
داروهای چشمی ۱۴۶, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۷۵
داروهای خوراکی ۱۴۸, ۱۷۲, ۱۷۳
داروهای گوشی ۱۵۵, ۱۷۶
داروهای موضعی ۱۵۲, ۱۵۹, ۱۷۴
دبریدمان ۱۳۶
درجه حرارت ۲, ۴, ۴۲, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۵۹, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۵, ۶۶, ۶۷, ۷۴, ۷۸, ۸۲, ۸۸, ۹۱, ۹۲, ۹۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۱۲, ۱۳۸, ۱۵۶, ۱۶۰
درمان داخل وریدی ۱۶۶, ۱۸۲
درن ۲۱, ۲۳, ۲۵, ۲۶, ۲۷, ۱۳۴, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۲, ۱۴۳
دستکش استریل ۱, ۹, ۱۰, ۱۱, ۱۲, ۸۰, ۹۸, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۲۳, ۱۲۵, ۱۲۸, ۱۳۰, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۵۳

ر

رکتال ۱۵۶, ۱۸۶, ۱۸۷, ۱۹۲, ۱۹۳, ۱۹۶
رکتوسکوپی ۱۸۶
رکتوم ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۷۷, ۱۸۵, ۱۸۶, ۱۸۷, ۱۸۸, ۱۹۳, ۱۹۴, ۱۹۹
روش باز ۱۰
روش بسته ۹, ۱۲
روش‌های تجویز اکسیژن ۱۱۵

ز

زخم ۲, ۲۰, ۲۳, ۲۵, ۳۰, ۳۲, ۳۳, ۳۴, ۳۵, ۳۶, ۳۷, ۳۸, ۳۹, ۴۰, ۴۳, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۶۴, ۷۹, ۸۰, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۴۵, ۱۵۰, ۱۵۲, ۱۷۳
زخم بستر ۲۰, ۲۳, ۴۰

زیر جلدی ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵

ژ

ژژونوستومی ۹۱, ۹۶

س

ساکشن ۴۹, ۵۱, ۵۶, ۸۵, ۸۸, ۹۰, ۹۲, ۹۳, ۱۱۳, ۱۲۰, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۸, ۱۳۰, ۱۳۱
سرمای خشک ۸۱
سمی پرون(نیمه خوابیده به شکم) ۲۶
سوند بینی ۴۱, ۸۶, ۸۸, ۹۳, ۱۱۴, ۱۱۶, ۱۱۹, ۱۲۰
سوند بینی–معده ۸۶
سوند فولی ۹۸, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۷
سوند نلاتون ۹۸, ۱۲۳, ۱۲۴
سیستم باز ۱۰۶, ۱۱۲
سیستم بسته ۱۰۵, ۱۰۷, ۱۱۱, ۱۳۹

ش

شستشو ۲, ۴, ۱۴, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۷, ۴۹, ۵۱, ۵۶, ۵۹, ۸۲, ۹۱, ۹۲, ۹۵, ۹۶, ۹۹, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۲۴, ۱۲۷, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۸, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۵۲, ۱۷۱
شستشوی زخم ۱۳۸
شستشوی سوند یا مثانه ۱۰۵
شستن ۱, ۲, ۳, ۴, ۹, ۱۳, ۱۴, ۴۵, ۸۳, ۸۴, ۱۰۱, ۱۴۲, ۱۴۳
شیاف ۱۴۶, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۷۷

ص

صندلی چرخدار ۳۱, ۳۸, ۳۹, ۴۰
صورت ۱, ۲, ۳, ۴, ۵, ۶, ۷, ۸, ۹, ۱۳, ۱۴, ۱۵, ۱۶, ۲۰, ۲۱, ۲۴, ۲۵, ۲۶, ۲۸, ۲۹, ۳۰, ۳۲, ۳۳, ۳۴, ۳۶, ۳۹, ۴۲, ۴۳, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۵۲, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۵۶, ۵۷, ۵۸, ۵۹, ۶۴, ۶۵, ۶۶, ۶۷, ۶۸, ۶۹, ۷۰, ۷۱, ۷۲, ۷۳, ۷۴, ۷۵, ۷۶, ۷۸, ۷۹, ۸۰, ۸۲, ۸۳, ۸۵, ۸۶, ۸۷, ۸۹, ۹۱, ۹۳, ۹۷, ۹۸, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۶, ۱۱۰, ۱۱۴, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۸, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۴۵, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۵۶, ۱۵۸, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۷, ۱۶۸, ۱۶۹, ۱۷۰, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۵, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۲, ۱۸۳, ۱۸۴

ط

طبی ۲, ۴, ۵, ۱۰, ۱۳, ۱۴, ۶۹

ع

عضلانی ۲۱, ۲۳, ۲۴, ۲۹, ۴۲, ۴۸, ۷۸, ۱۱۵, ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۶۰, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۷۹

ک

کاندوم کاتتر ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۱۰
کرامپ ۱۸۷
کشیدن ویال به داخل سرنگ ۱۶۹
کمپرس سرد ۷۷, ۸۱
کمپرس گرم ۶۶, ۷۷, ۸۰, ۸۱
کلستومی ۱۸۵, ۱۸۸, ۱۸۹, ۱۹۰, ۱۹۱, ۱۹۲, ۱۹۵, ۱۹۶
کنترل فشارخون ۷۰, ۷۱, ۷۳, ۷۶, ۱۴۹
کولون ۱۸۶, ۱۸۸

گ

گاستروستومی ۸۵, ۸۶, ۸۹, ۹۱, ۹۶
گان ۱, ۶, ۷, ۹, ۱۰, ۱۲, ۱۶, ۲۸, ۴۳, ۴۴, ۴۶, ۵۹, ۱۳۳, ۱۴۳, ۱۴۵
گان استریل ۹, ۱۲
گاواژ ۸۵, ۸۶, ۸۷, ۸۸, ۸۹, ۹۰, ۹۱, ۹۴, ۱۵۱, ۱۵۲
گرمای خشک ۷۸

ل

لارنگوسکوپ ۱۱۴, ۱۲۲
لاواژ معده ۹۲
لوله ۲۱, ۲۳, ۲۴, ۲۵, ۲۷, ۲۹, ۴۷, ۸۵, ۸۶, ۸۷, ۸۸, ۸۹, ۹۰, ۹۱, ۹۲, ۹۳, ۹۴, ۹۵, ۹۶, ۹۸, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۶, ۱۱۱, ۱۱۴, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۱, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۵۱, ۱۵۲, ۱۵۶
لوبریکنت ۸۶,۱۸۶, ۹۸
لیتاتومی ۱۹, ۲۷

م

ماسک ۱، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۵، ۶۴، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۳، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۴۳، ۱۴۵
ماسک با کیسه‌ی ذخیره‌ی ۱۱۶، ۱۱۷
ماسک ونچوری ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸
مانور والسالوا ۱۸۸
محیط استریل ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۲، ۱۶
مخروط استوما ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۶
مراقبت ۵، ۶، ۱۰، ۱۳، ۲۰، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۵، ۶۷، ۶۹، ۷۰، ۱۰۹، ۱۲۵، ۱۳۲، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۷، ۱۷۱، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۴
مراقبت از دهان ۴۹، ۵۰، ۵۶
مراقبت بعد از مرگ ۱۴۴، ۱۴۵
معده ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۱۵۰، ۱۵۲، ۱۷۳

ن

ناخن ۲، ۳، ۴، ۱۰، ۱۴، ۴۲، ۴۸، ۵۸
نبض ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۲، ۷۳، ۷۵، ۷۶، ۸۰، ۸۲، ۱۴۹
نمونه ۲، ۳۷، ۹۷، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۲۳، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۴۲، ۱۵۰
نمونه ادرار ۹۷، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۳، ۱۰۵

و

وضعیت اورتوپنه ۲۲
وضعیت خوابیده به پشت ۱۹، ۲۳، ۲۹، ۶۸، ۱۰۰، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۵۴، ۱۷۵
وضعیت خوابیده به پهلو ۱۹، ۲۵، ۲۶، ۳۰، ۱۵۶، ۱۷۶
وضعیت خوابیده به شکم ۱۹، ۲۴، ۲۹
وضعیت نشسته ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۹، ۶۸، ۷۳، ۸۸، ۸۹، ۹۱، ۱۱۹، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۵۹، ۱۷۸

ه

هموروئید ۱۸۶