



عنوان دوره آموزشی

اصول بکارگیری اقدامات پایه

الله أكبر

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	مقدمه.....
۸	اصول به کارگیری اقدامات پایه.....
۸	آماده سازی تخت.....
۸	آماده سازی تخت بدون بیمار.....
۱۳	آماده سازی تخت با بیمار.....
۱۵	تعویض ملافه های تخت اشغال شده به روش پهلو به پهلو.....
۱۹	تعویض ملافه های تخت اشغال شده به روش بالا به پایین.....
۲۲	حرکت دادن و تغییر پوزیشن بیمار.....
۲۳	عوارض ناشی از بی حرکتی.....
۲۴	حرکت دادن بیمار به بالای تخت
۲۷	کشیدن بیمار به بالای تخت
۲۹	حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت.....
۳۱	غلطانییدن بیمار به وضعیت پهلو یا شکم.....
۳۷	کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت
۳۹	کمک به بیمار برای راه رفتن.....
۴۳	کمک به بیمار جهت راه رفتن با وسایل کمکی
۴۸	انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار.....
۵۱	درست کردن برانکارد.....
۵۲	انتقال دادن بیمار بین تخت و برانکارد.....
۵۵	وضعیت دادن به بیمار.....
۶۶	حمام دادن بیمار.....
۶۷	حمام در تخت.....
۷۰	حمام دوش.....
۷۱	حمام وان.....

عنوان	صفحه
شستشوی موهای بیمار محدود به تخت.....	۷۲
ماساژ پشت.....	۷۴
کمک به پرستار در مراقبت های مربوط به اعمال جراحی.....	۷۷
آماده کردن پوست برای جراحی.....	۷۹
آماده نمودن تخت بعد از عمل.....	۸۲
دادن پاشویه.....	۸۵
تنقیه کردن.....	۸۷
تنقیه شستشویی.....	۸۷
تنقیه باقیماندنی.....	۹۱
تنقیه بیماری که کنترل مدفوع ندارد.....	۹۱
تنقیه برگشتنی.....	۹۱
آشنایی با نحوه استفاده از لوله رکتال.....	۹۳
ملاحظات مربوط به دوره های مختلف زندگی.....	۹۵
آموزش مهارت های زندگی.....	۹۶
عوامل فیزیولوژیک موثر بر نیازهای تغذیه ای.....	۹۷
عوامل فرهنگی - اجتماعی و روانی.....	۱۰۰
سرو کردن غذا.....	۱۰۱
غذا دادن به بیمار.....	۱۰۳
آشنایی با نحوه تغذیه از طریق سوند معده.....	۱۰۶
دادن لگن و لوله توالت.....	۱۰۹
استفاده از سوند خارجی ادرار در مردان.....	۱۱۱
خالی کردن بگ ادراری بیمار.....	۱۱۳
دادن و گرفتن لگن توالت در تخت.....	۱۱۴
سوالات ارزشیابی.....	۱۱۸
منابع.....	۱۲۰

عنوان بسته ی آموزشی : اصول به کارگیری اقدامات اولیه

مدت دوره : ۳۰ ساعت

گروه هدف : کمک بهیاران

اهداف آموزشی :

پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می رود :

- نحوه آماده سازی تخت بدون بیمار را شرح دهند
- نحوه آماده سازی تخت با بیمار را توضیح دهند .
- نحوه تعویض ملافه را شرح دهند.
- نحوه حرکت دادن بیمار به بالای تخت و یک طرف تخت را شرح دهند .
- نحوه غلطانیدن بیمار به وضعیت پهلو یا به شکم را توضیح دهند .
- نحوه غلطانیدن بیمار در تخت همزمان در یک راستا را توضیح دهند .
- نحوه کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت را توضیح دهند .
- نحوه کمک به بیمار برای راه رفتن را شرح دهند .
- نحوه کمک به بیمار جهت راه رفتن با وسایل کمکی را بیان کنند .
- نحوه قدم زدن با واکر را به بیمار آموزش دهند .
- نحوه آماده کردن بیمار برای راه رفتن با عصای زیر بغل را شرح دهند .
- نحوه انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار را توضیح دهند .
- نحوه انتقال بیمار بین تخت و برانکارد را بیان کنند.
- پروسیجر حمام دادن در تخت را توضیح دهند .
- نحوه انجام ماساژ پشت را شرح دهند .
- نحوه مراقبت های مربوط به اعمال جراحی را شرح دهند.
- آماده کردن پوست برای جراحی را توضیح دهند .

- نحوه آماده کردن تخت بعد از عمل را بیان کنند.
- نحوه پاشویه دادن به بیسمار را شرح دهند .
- انواع تنقیه کردن را توضیح دهند .
- نحوه کمک به بیمار برای غذا خوردن را توضیح دهند.
- مراحل تغذیه از طریق سوند معده را بیان کنند.
- نحوه کمک به بیمار جهت برطرف کردن نیازهای دفعی را توضیح دهند.

روش و نحوه اجرای آموزشی : کتابخوانی – غیر حضوری

نحوه ارزشیابی : الکترونیکی

اهمیت ارتقاء سطح کیفی مراکز بهداشتی درمانی بخصوص در مورد رشته های علوم پیراپزشکی که بطور مستقیم با سطح سلامت مردم و جامعه در ارتباط هستند بر کسی پوشیده نیست لذا آموزش کمک بهیاران که مدت زمان زیادی را صرف ارائه خدمت به بیماران در مراکز درمانی می نمایند ، در افزایش بهره وری مراکز درمانی بی تاثیر نیست .

بنابراین با برگزاری دوره های بازآموزی کمک بهیاران با هدف ارتقاء آموزش و توانمندی آنان گام مهمی در جهت ارتقاء سطح ارائه خدمات درمانی به بیماران برداشته خواهد شد. در این راستا امید است مطالب گردآوری شده تحت عنوان اصول به کارگیری اقدامات پایه که شامل آماده سازی تخت ، حرکت دادن و تغییر پوزیشن بیمار ، حمام دادن و ماساژ پشت ، مراقبت های قبل از عمل جراحی ، دادن پاشویه و تنقیه ، غذا دادن به بیمار و دادن لگن و لوله توالت به بیمار تهیه شده که امید است بتواند در جهت ارائه مراقبتی با کیفیت بالا از بیماران ، راهنمایی برای کمک بهیاران عزیز باشد .

اصول به کارگیری اقدامات پایه

آماده سازی تخت (ایجاد آسایش محیطی و رعایت بهداشت محیط) و تعویض ملافه ها

آماده سازی تخت بدون بیمار

اهداف

ایجاد کردن تختخوانی تمیز و راحت و امن برای استراحت بیمار ، ایجاد هم شکلی در تخت ها و حداکثر استفاده از وقت و انرژی پرستار

توجه :

هرگز از تخت بیمار دیگر برای گذاشتن ملافه استفاده نکنید .

وسایل لازم

دو عدد ملافه بزرگ ، یک عدد ملافه کوچک در صورت لزوم ، یک عدد مشمع یا پلاستیک در صورت لزوم ، یک عدد روبالشی یا بیشتر برحسب نیاز، یک عدد پتو در صورت لزوم ، یک عدد روتختی در صورت لزوم ، وسایل واحد شویه ، (بیسین ، دو عدد تنظیف ، ساولن ، برس)



روش اجرا:

-دستها را بشویید.

-وسایل را به اتاق بیمار برده به ترتیب استفاده روی صندلی قرار دهید : روبالشی ، روتختی ، پتو ، ملافه بزرگ ، ملافه کوچک ، مشمع

- تشخیص بیمار قبلی را از نظر عفونی بودن بررسی کنید.

- سطح تخت را به اندازه ی مناسب بالا بیاورید ، مطمئن شوید که چرخ های تخت قفل است و وسایلی که در تماس با تخت می باشند را دورتر قرار دهید.

- صندلی را طوری پایین تخت بگذارید که پشت آن به طرف تخت باشد.

- روبالشی را از بالش در بیاورید و بالش را روی صندلی قرار دهید.

- ملافه های رویی و زیری را از طرف بالا به پایین تشک آزاد کنید. روتختی و پتو را از طرف پایین به بالا جمع کنید و لبه بین قرار دهید .

- ملافه ی رویی را جمع کرده و در بین قرار دهید. ملافه ی کوچک را داخل بین و مشمع را در صورت خیس بودن خشک نموده و لوله کرده و لبه بین قرار دهید. ملافه ی زیرین را درون خود جمع کرده و داخل بین بیندازید.



- در صورت لزوم تشک را زیر و رو کنید.

- در این قسمت واحد شویه داده شود (به ترتیب میز غذا- لاکر- صندلی- تمام سطح روی تشک نصف بالای تشک و

تخت سپس نصف پائینی تشک و تخت)

- دست ها را بشوئید.

- ملافه ی زیری را روی تخت از بالا به پایین پهن کنید و سپس گوشه بزنید و بقیه ی ملافه ی زیرین را زیر تشک تا

بزنید (از بالای تخت ۳۰-۳۷ سانتی متر فاصله داشته باشد).



- مشمع و رویه را با درنظر گرفتن خط وسط پهن کرده و محکم به زیر تشک تا بزنید.



به طرف دیگر تخت رفته و ملافه ی زیری را به زیر تشک زده و گوشه بزنید.



- ملافه ی رویی را با رعایت خط وسط روی تخت پهن کنید و پایین آن را پیلی بزنید.



- پتو را با رعایت خط وسط روی تخت پهن کنید .
- روتختی را با رعایت خط وسط روی تخت پهن کنید و ملافه ی رویی و پتو و روتختی را با هم یا جداگانه به زیر تشک بزنید .
- پایین تخت را گوشه زده و اجازه دهید که بقیه قسمت های دیگر آزاد باشد .
- به طرف دیگر تخت بروید و گوشه بزنید .
- لبه ی بالایی ملافه رویی را روی پتو برگردانده روتختی را تا انتها روی بالش قرار دهید .
- روبالشی را روی بالش بکشید و زیر روتختی قرار دهید و توجه داشته باشید که بالش و رویه ی آن از یونیفرم خودتان دور باشد .



- وسایل دور شده را در محل مناسب قرار دهید و تخت را سر جای خودش بر گردانید و قفل کنید .
- زنگ اخبار را در محل مناسب و در دسترس بیمار قرار دهید .

آماده سازی تخت با بیمار

اهداف :

برقراری آسایش بیمار، آماده کردن تخت تمیز و راحت برای بیمار، آماده کردن تخت صاف و بدون چروک و حذف مواد محرک پوست

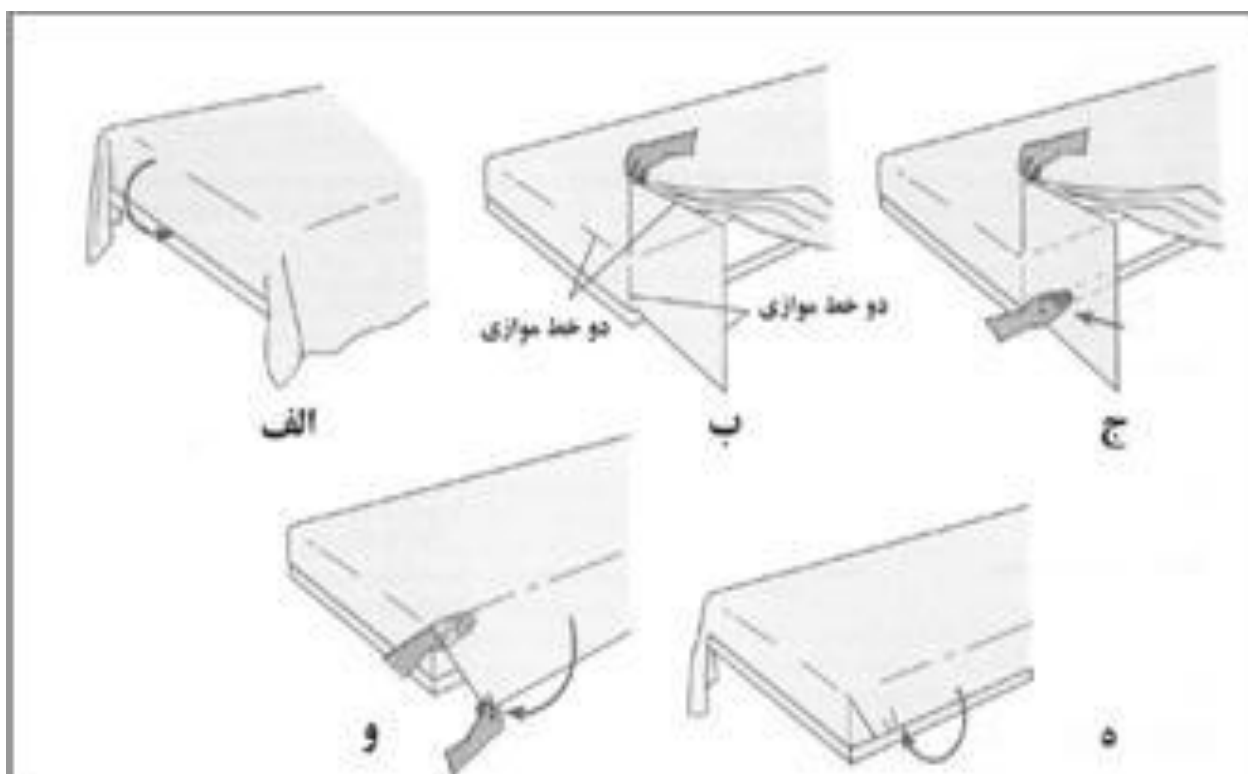
وسایل مورد نیاز :

بین ، روتختی ، پتو ، ملافه ی بزرگ ۲ عدد ، مشمع ، ملافه ی کوچک ، روبالشی ، لباس بیمار ، حوله ی بیمار

روش کار

۱. دستها را بشویید.
۲. وسایل را به اتاق بیمار برده به ترتیب استفاده روی صندلی قرار دهید: روبالشی ، روتختی ، پتو، ملافه بزرگ ، ملافه کوچک ، مشمع.
۳. فعالیت ها ، محدودیت ها و عوامل مؤثر در قدرت و توانایی بیمار را کنترل کنید.
۴. برای بیمار توضیح دهید و در صورت لزوم بیمار را برای خارج شدن از تخت کمک کنید و محل مناسبی برای استراحت او فراهم کنید.
۵. بالش را برداشته و رو بالشی را از روی آن در بیاورید و خود بالش را زیر ملافه های تمیز روی صندلی بگذارید.
۶. تمام پوشش های تخت را از قسمت بالا به طرف وسط و از قسمت پایین به طرف وسط تخت بیرون آورده و تا بزنید.
۷. اگر می خواهید همان پتو و روتختی را استفاده کنید آنها را روی صندلی قرار دهید. در غیراین صورت داخل کیسه ملافه های کثیف بیاندازید.
۸. ملافه های تخت را از زیر تشک در بیاورید و داخل کیسه ملافه های کثیف بیاندازید.

۹. تشک را کاملاً به طرف بالای تخت بکشید و در صورت لزوم آن را برگردانید.
۱۰. یکی از ملافه های بزرگ را وسط تخت بگذارید به طوری که پهنای آن به طرف عرض تخت باشد و سپس آن را باز کنید . باید از دو طرف حداقل 40 سانتی متر ملافه از لبه تشک بیرون زده باشد.
۱۱. لبه اضافه ملافه را در هر چهار طرف مطابق تصویر به طرف زیر تشک تا بزنید.
۱۲. بقیه طول ملافه را زیر لبه تشک بزنید.
۱۳. در صورت لزوم مشمع را وسط تخت قرار دهید در حالی که از بالای تخت 50 سانتی متر فاصله داشته باشد.
۱۴. ملافه کوچک را روی مشمع قرار دهید به طوری که کامل روی آن را بپوشاند و اضافه هر دو را با هم زیر تشک بزنید.
۱۵. ملافه دوم را باز کرده و پشت رو در مرکز تخت قرار دهید و آن را باز کنید به طوری که پهنای آن در راستای عرض تخت قرار بگیرد و لبه ملافه بر لبه بالایی تشک مماس باشد.



نحوه درست کردن گوشه مربعی

۱۶. پتو را باز کرده و در مرکز تخت قرار دهید و آن را باز کنید به طوری که از لبه بالایی تشک 25 سانت فاصله داشته باشد . روتختی را هم به همین صورت روی پتو بیاندازید.

۱۷. در قسمت پایین تشک لبه اضافه ملافه و پتو را گوشه بزنید.

۱۸. لبه های بالایی ملافه را روی پتو و رو تختی برگردانید و کناره های هر دو را زیر تشک ببرید.

۱۹. اگرهدف درست کردن تخت باز است یک طرف ملافه و پتو و رو تختی را با هم گرفته و به صورت سه گوش روی تخت به سمت بالا تا بزنید.

۲۰. چنانچه می خواهید تخت بسته درست کنید رو تختی را باید تا حد ملافه رویی تا بالای سر تخت بکشید و بالش آماده شده را بالای تشک زیر ملافه رویی و پتو و روتختی بگذارید.

۲۱. بالش را در روبالشی گذاشته و طوری در بالای تشک قرار دهید که قسمت درز روبالشی به طرف مقابل در اتاق باشد.

۲۲. زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار داده ، واحد وی را مرتب و وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس قرار دهید و اتاق را همراه وسایل اضافی و استفاده شده ترک کنید.

۲۳. ملافه های کثیف را به محل مخصوص خود ببرید و مراقبت لازم را از آنها به عمل آورید.

۲۴. دستهایتان را بشویید.

تعویض ملافه های تخت اشغال شده (پهلوی به پهلو)

اهداف

- ایجاد محیطی تمیز و مرتب برای بیمار
- برقراری آسایش بیمار
- حفظ انرژی بیمار
- آماده کردن تخت صاف و بدون چروک به منظور به حداقل رسانیدن تحریکات پوستی

وسایل لازم

به وسایل لازم جهت تعویض ملافه های تخت اشغال نشده مراجعه شود.

روش کار

۱. دستهایتان را بشویید.
۲. وسایل را مانند مورد قبل روی صندلی بگذارید.
۳. بیمار را از کاری که می خواهید انجام دهید مطلع کنید.
۴. در صورت امکان وسایل اضافی را از اطراف تخت بیمار خارج و خلوت بیمار را فراهم کنید.
۵. اگر تخت بیمار نرده دارد نرده طرف خود را پایین آورده و نرده طرف مقابل را بالا ببرید.
۶. هر گونه لوله یا وسیله ای که به تخت بیمار متصل است را با احتیاط و در صورت امکان جدا کنید.
۷. ملافه های قسمت پایین تخت را از زیر تشک بیرون بیاورید.
۸. روتختی و پتو را یکی یکی سه تا کرده و روی صندلی زیر ملافه های دیگر قرار دهید. در صورت آلوده بودن آنها را داخل کیسه ملافه های کثیف بیاندازید.
۹. اگر ملافه رویی آلوده است از ملافه دیگری برای پوشانیدن بیمار استفاده کنید و ملافه کثیف را داخل کیسه مخصوص بیاندازید.
۱۰. در صورت امکان بالش را از زیر سر بیمار بردارید و تخت را به حالت افقی در بیاورید.
۱۱. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید (اگر امکان دارد).
۱۲. تشک را به بالای تخت بکشید. به بیمار کمک کنید به طرف مقابل تخت برگردد یا به صورت خوابیده به پشت خود را به کنار مقابل تخت بکشد.
۱۳. ملافه های زیرین را از زیر تشک درآورده به صورت بادبزنی تا حد پهلو یا پشت بیمار تا کنید.
۱۴. - ملافه ی کوچک و مشمع کثیف را لوله کرده تا زیر باسن (بصورت طولی به طرف بیمار) و ملافه ی بزرگ کثیف را هم بصورت طولی لوله کرده و پشت مشمع قرار دهید.





۱۵. یکی از ملافه های بزرگ تمیز را در قسمت نیمه خالی باز کنید و نیمی از آن را به صورت بادبزنی زیر ملافه قبلی ببرید.

۱۶. ملافه تمیز را در قسمت بالا و پایین تخت زیر تشک برده و گوشه بسازید و سپس سراسر طول ملافه را زیر تشک ببرید.

۱۷. مشمع را که به صورت بادبزنی تا کرده بودید از روی ملافه قبلی روی ملافه تمیز بکشید و ملافه کوچک را روی آن بیاندازید و به صورت بادبزنی زیر پهلو یا پشت بیمار بگذارید.

۱۸. نرده تخت را در سمت خودتان بالا بکشید.

۱۹. به طرف دیگر تخت بروید و نرده کنار تخت را پایین بیاورید.

۲۰. بیمار را به سمت تمیز تخت برگردانید.

۲۱. ملافه های قبلی را از زیر تشک بیرون بیاورید و داخل کیسه ملافه های کثیف بیاندازید.

۲۲. ملافه تمیز بزرگ را به سمت خود بکشید و در بالا و پایین تخت گوشه بسازید.

۲۳. مشمع و ملافه کوچک را به سمت خود کشیده و همراه با کناره ملافه بزرگ زیر لبه تشک ببرید.

۲۴. بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید.

۲۵. بالش را در روبالشی تمیز قرار دهید و زیر سر بیمار بگذارید.

۲۶. ملافه تمیز بزرگ دیگری را باز کنید و روی بیمار بیاندازید به طوری که 25 سانتی متر از شانه های بیمار بالاتر باشد.

۲۷. ملافه قبلی را با ملایمت از زیر آن بردارید.

۲۸. پتو را طوری روی بیمار بیاندازید که شانه های او را بپوشاند و روتختی را طوری روی آن بیاندازید که از لبه بالایی پتو 5 سانتی متر بالاتر باشد و لبه اضافه آن را از بالا زیر پتو ببرید.

۲۹. اضافه ملافه رویی را روی پتو و روتختی برگردانید.

۳۰. در قسمت پایین تخت اضافه ملافه رویی پتو و روتختی را زیر تشک برده و گوشه بسازید طوری که پای بیمار تحت فشار نباشد.

۳۱. زنگ اخبار را در دسترس بیمار بگذارید. میله های کنار تخت را بالا بزنید و وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس او قرار دهید.

۳۲. واحد بیمار را مرتب کنید و ملافه های کثیف را بیرون ببرید و در محل مخصوص بگذارید.

۳۳. دستهایتان را بشویید.

تعویض ملافه های تخت اشغال شده (بالا به پایین)

اهداف

- ایجاد محیطی تمیز و مرتب برای بیمار
- برقراری آسایش بیمار
- حفظ انرژی بیمار
- آماده کردن تخت صاف و بدون چروک به منظور به حداقل رسانیدن تحریکات پوستی

وسایل لازم

به وسایل لازم جهت تعویض ملافه های تخت اشغال نشده مراجعه شود.

روش کار

۱. دستهایتان را بشویید.
۲. وسایل را مانند مورد قبل روی صندلی بگذارید.
۳. بیمار را از کاری که می خواهید انجام دهید ، مطلع کنید.
۴. در صورت امکان وسایل اضافی را از اطراف تخت بیمار خارج و خلوت بیمار را فراهم کنید.
۵. اگر تخت بیمار نرده دارد نرده طرف خود را پایین بیاورید و نرده طرف مقابل را بالا ببرید.
۶. هر گونه لوله یا وسیله ای که به تخت بیمار متصل است را با احتیاط و در صورت امکان جدا کنید.
۷. ملافه های قسمت پایین تخت را از زیر تشک بیرون بیاورید.
۸. روتختی و پتو را یکی یکی سه تا کرده و روی صندلی زیر ملافه های دیگر قرار دهید. در صورت آلوده بودن آنها را داخل کیسه ملافه های کثیف ببندازید.
۹. اگر ملافه رویی آلوده است از ملافه دیگری برای پوشانیدن بیمار استفاده کنید و ملافه کثیف را داخل کیسه مخصوص ببندازید.
۱۰. در صورت امکان بالش را از زیر سر بیمار بردارید و تخت را به حالت افقی در بیاورید.
۱۱. بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید(اگر امکان دارد) ، در غیر این صورت از شخص دیگری برای محافظت از بیمار هنگام تعویض ملافه های تخت کمک بگیرید.
۱۲. ملافه های زیرین را از زیر تشک درآورده به صورت بادبزنی تا پایین ترین حد ممکن به طرف پشت بیمار تا کنید.
۱۳. ملافه بزرگ تمیز را در نیمه خالی فوقانی تخت باز کنید و نیمی از آن را به صورت بادبزنی زیر ملافه قبلی ببرید و قسمت بالایی آن را زیر تشک برده و گوشه بسازید.
۱۴. مشمع را که به طور بادبزنی جمع کرده اید روی ملافه تمیز پهن کنید و ملافه کوچک را روی آن ببندازید و اضافه آن را هم به صورت بادبزنی تا کنید و هردو ملافه کوچک و مشمع را زیر ملافه قبلی تا پایین ترین حد ممکن ببرید.

۱۵. بیمار را به طرف بالای تخت بکشید و در حالی که از او محافظت می کنید ملافه ها را به آرامی از زیر او به طرف پایین تخت رد کنید.

۱۶. رویه بالش ها را عوض کنید و بالش را زیر سر بیمار بگذارید.

۱۷. ملافه های قبلی را از زیر تشک در بیاورید و در کیسه ملافه های کثیف بیندازید.

۱۸. ملافه بزرگ و کوچک و مشمع را به طرف پایین تخت بکشید و صاف کنید و زیر تشک برده و گوشه بسازید.

۱۹. کناره ملافه ها و مشمع را زیر تشک ببرید.

۲۰. بیمار را در وضعیت راحت و مناسبی قرار دهید.

۲۱. گستراندن روانداها مشابه مورد قبل است.

حرکت دادن و تغییر پوزیشن بیمار (انواع وضعیت دادن به بیمار)

اهداف آموزشی :

پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می رود :

- نحوه حرکت دادن بیمار به بالای تخت را شرح دهند .
- نحوه حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت را بیان کنند .
- نحوه غلطانیدن بیمار به وضعیت پهلو یا به شکم را توضیح دهند .
- نحوه غلطانیدن بیمار در بستر همزمان در یک راستا را بیان کنند .
- نحوه کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت را توضیح دهند .
- نحوه نشستن بیمار در لبه تخت به طور مستقل را آموزش دهند .
- نحوه کمک به بیمار برای راه رفتن را شرح دهند .
- نحوه کمک به بیمار جهت راه رفتن با وسایل کمکی را بیان کنند .
- نحوه قدم زدن با واکر را به بیمار آموزش دهند .
- نحوه آماده کردن بیمار برای راه رفتن با عصای زیر بغل را شرح دهند .
- نحوه انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار را توضیح دهند .
- نحوه درست کردن برانکارد را شرح دهند .
- نحوه انتقال بیمار بین تخت و برانکارد را بیان کنند .
- نحوه قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته را بیان کنند .
- نحوه قرار دادن بیمار در وضعیت به پشت خوابیده را توضیح دهند .
- نحوه قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده را شرح دهند .
- نحوه قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو خوابیده را شرح دهند .
- نحوه قرار دادن بیمار در وضعیت یک طرفه را بیان کنند .

عوارض ناشی از بیحرکتی

بی حرکتی زمانی صورت می گیرد که مددجو قادر نیست مستقل حرکت کرده یا وضعیت خود را تغییر دهد یا حرکت به دلائل طبی محدود شده است. تاثیر بی حرکتی منظم و عملکردی است. هیچ کس در مقابل تاثیر بی حرکتی ایمن نیست. بی حرکتی ممکن است ناشی از عدم فعالیت جسمی یا محدودیت حرکتی باشد. بی حرکتی جسمی ممکن است پاسخ به درد شدید یا به تغییرات حسی که محرک جسمی لازم برای حرکت را کاهش می دهد باشد. در عین حال بی حرکتی ممکن است نتیجه تغییرات عاطفی شناختی مثل افسردگی یا درمانی مانند تجویز استراحت در تخت، محدودیت جسمی یا حرکتی مانند عضو گچ گرفته، کشش، یا موانعی که باعث کاهش اجباری حرکت می شود باشد. عدم فعالیت و محدودیت حرکت هر دو ممکن است موجب تغییراتی در وضعیت بدن و وضع اندام شود که آن نیز توانایی بدن را برای تطبیق با چنین شرایطی کاهش می دهد. درجه بی حرکتی مددجو بستگی به واکنش متقابل و شرایط مددجو دارد.

انتقال به مفهوم حرکت بیمار از یک مکان به مکان دیگر (تخت به صندلی، صندلی به تخت، صندلی چرخدار و...) است. فعالیت های مربوط به انتقال به محض اینکه بیمار اجازه خروج از تخت داشته باشد شروع می شود. مراقب توانایی بیمار برای شرکت در فعالیت های مربوط به انتقال را بررسی و با کمک کار درمانگر یا فیزیوتراپیست وسایل کمکی مورد نیاز را برای تأمین ایمنی و استقلال بیمار تعیین می کند. یک صندلی چرخدار سبک، با ترمز و دستگیره ها و جاپایی های قابل نصب متحرک، موانع ساختمانی را حین انتقال به حداقل می رساند.

حفظ قدرت ماهیچه های بیمار بسیار مهم است و در صورت امکان تمرین های فشار روی دست ها و بلند کردن از روی تخت، برای تقویت عضلات بازو و عضلات بازکننده شانه مفید است. برای انجام این ورزش بیمار باید صاف در تخت بنشیند، برای ایجاد یک سطح محکم زیر هریک از دست های بیمار یک کتاب قرار داده می شود، به بیمار آموزش داده می شود که با دست های کتاب ها را به پایین فشار داده و بدن را به طرف بالا بیاورد. مراقب باید بیمار را تشویق کند که با این تمرین بدن را بلند کردن و در جهت های مختلف حرکت دهد.

مراقب در مورد نحوه انتقال به بیمار آموزش می دهد. هنگامی که بیمار قادر به ایستادن نباشد، روش های متعددی برای انتقال از تخت به صندلی چرخدار می تواند مورد استفاده قرار گیرد. تکنیک انتقال باید با توجه به توانایی ها و ناتوانی های بیمار انتخاب شده و برای او مناسب باشد. نمای دادن تکنیک انتقال توسط مراقب برای آموزش مفید است. در مواردی که فیزیوتراپیست، نحوه انتقال را به بیمار آموزش می دهد، مراقب و فیزیوتراپیست، باید به نحوی با همدیگر همکاری کنند که آموزش هایشان متناقض نباشد. مراقب هنگام انتقال به بیمار کمک کرده و او را راهنمایی می کند. اگر ماهیچه های بیمار برای غلبه بر مقاومت وزن بدن، به اندازه کافی قدرت نداشته باشند، برای پرکردن فاصله بین تخت و صندلی از یک تخته سبک و صاف (تخته انتقال، تخته لغزان) استفاده می شود. بیمار با کمک یا بدون کمک مراقب از روی تخت به طرف صندلی سُرخورده و به صندلی منتقل می شود. باید مراقب باشیم که بیمار هنگام سُرخوردن انگشتان دست خود را به لبه های تخت حلقه نکند، زیرا سنگینی بدن هنگام لغزیدن موجب فشار و صدمه دست می شود. هنگام انتقال، توجه به ایمنی بیمار بسیار مهم است.

توجه به حفظ ایمنی مراقب نیز الزامی است. همیشه از دستکش غیر استریل و سایر لوازم حفاظت فردی (ماسک، گان و...) در صورت لزوم استفاده کنید. ابتدا بیمار را شناسایی کرده و جهت کاهش اضطراب بیمار، رویه را برای او توضیح داده و خلوت بیمار را فراهم کنید. بیمار را از نظر وجود درن، تیوپ، مسیر داخل وریدی، برش عمل جراحی و یا تجهیزاتی که ممکن است روند پوزیشن دهی را تغییر دهد بررسی کنید.

حرکت دادن بیمار به بالای تخت

اهداف:

- برقراری آسایش بیمار
- حرکت بیمار به صورتی راحت و بدون خطر
- حفظ راستای مناسب بیمار
- پیشگیری از وارد آمدن فشار به عضلات

نکات مورد بررسی:

توانایی بیمار برای همکاری ، توانایی بیمار برای بکارگیری راهنمایی ها ، میزان آسایش بیمار و وزن بیمار

روش کار :

- جهت حرکت دادن بیمارانی که قادر به همکاری می باشند به روش زیر اقدام کنید .
 - خلوت بیمار را فراهم آورید . او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید .
 - با استفاده از ملافه ، پوشش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید .
 - سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید . چرخ های تخت را قفل کنید . در صورت امکان ارتفاع تخت را مناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم کنید . میله کنار تخت طرف مقابل خود را بالا بیاورید بالش ها را بردارید . یک بالش را در بالای سر بیمار نزدیک سر تخت قرار دهید .
 - از بیمار بخواهید که زانوهای خود را خم کرده ، کف پاها را روی تشک قرار داده تا با فشار دادن کف پا بر تشک ، بتواند خود را به طرف بالای تخت حرکت دهد.
 - از بیمار بخواهید که به یکی از سه روش زیر برای حرکت به طرف بالای تخت به کمک پرستار کمک نماید .

الف) دست های خود را به قسمت های بالای تخت بگیرد .

ب) با فشار دادن آرنج ها روی تشک قسمت فوقانی تنه را بلند نماید .

ج) دست های خود را به میله روی تخت بگیرد .



○ وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید :

الف) رو به طرف جهت حرکت بایستید . پاها را کمی از هم باز بگذارید . تنه را از قسمت لگن کمی به طرف جلو متمایل کنید . وزن خود را روی پای جلویی بیندازید . لگن ، زانوها و مچ پاها را خم کنید .

ب) دست نزدیک خود را زیر ران های بیمار قرار دهید . با دست دیگر تشک را زیر تنه بیمار به طرف پایین فشار دهید .

ج) عضلات باسن ، شکم ، پاها و بازوان خود را منقبض کنید ، وزن خود را روی پاها جابجا کنید ، با همکاری همزمان بیمار او را به طرف بالای تخت حرکت دهید .

○ با بالا آوردن سر تخت ، گذاشتن بالش ها و قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب ، آسایش وی را فراهم کنید .

○ اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، استفاده از وسایل کمکی ، استفاده از وسایل حمایتی ، زمان تغییر وضعیت ، توانایی بیمار برای کمک و واکنش بیمار نسبت به حرکت و چرخش در تخت (مانند اضطراب ، ناراحتی ، سرگیجه و ...) به پرستار مسئول بیمار گزارش کنید .

• حرکت دادن بیمارانی که دچار محدودیت قدرت در حرکت تنه می باشند :

○ از بیمار بخواهید که مانند روش قبل مفصل زانو و لگن را خم کند و کف پاها را روی تشک قرار دهد . ضمناً در حین حرکت ، گردن را خم کرده ، سر را بالا بیاورید . دست های بیمار را روی قفسه سینه قرار دهید .

○ مشابه روش قبل در کنار تخت بایستید . یک دست خود را زیر پشت و شانه های بیمار قرار دهید و دست دیگر را زیر ران های بیمار بگذارید .

○ با همکاری همزمان بیمار او را به طرف بالای تخت حرکت دهید .

کشیدن بیمار به بالای تخت

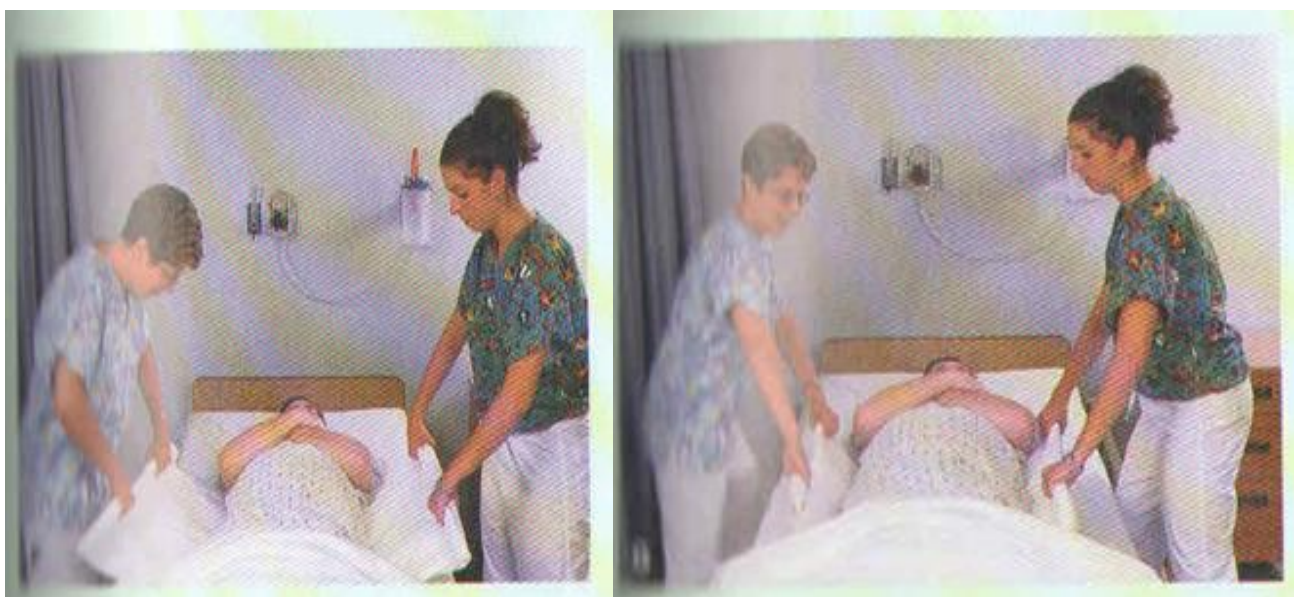
این روش فشار کمتری را بر پشت مراقب وارد می کند .

- a. بعد از پایین آوردن سر تخت و برداشتن تمام بالش ها ، بیمار را به طرف کنار تخت نزدیک خودتان حرکت دهید .
- b. چنانچه بیمار قادر به همکاری نمی باشد دست های او را روی قفسه سینه گذاشته ، از او بخواهید که گردن خود را خم کرده ، سر را بالا بیاورد .
- c. نزدیک بالای تخت رو به طرف پایین بایستید . آرنج ها را روی تشک تکیه دهید به طوری که یک دست زیر باسن و دست دیگر زیر پشت بیمار قرار گیرد .
- d. حرکات خود را با کوشش بیمار هماهنگ کنید و در حالی که بیمار پاشنه های پای خود را روی تشک فشار داده و از بازوان خود کمک می گیرد ، او را به طرف بالا بکشید .
- e. بیمار را به طرف مرکز تخت حرکت دهید . با استفاده از بالش و بالا آوردن سر تخت آسایش او را فراهم کنید .

حرکت دادن بیمار ناتوان یا سنگین وزن به بالای تخت با همکاری دو مراقب

- روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
- دست های خود را بشوئید.
- تخت را تا سطح کمر بالا بیاورید و بیمار را در وضعیت صاف به پشت خوابیده و یا در حد تحمل بیمار در وضعیت صاف قرار دهید. دو مراقب در دو طرف تخت روبروی هم بایستید. زرده های تخت را پایین بیاورید.
- بالش را برداشته و آن را بالای تخت بگذارید.
- ملافه ی وسط تخت را در مرکز بدن زیر بیمار بگذارید.

- در صورتیکه بیمار قادر به کمک است زانوها را کمی خم نموده و کف پاها را صاف در تخت قرار دهد.
- بازوهای بیمار را به حالت ضربدر روی قفسه ی سینه قرار دهید و به او آموزش دهید که گردن را خم کرده طوری که چانه مماس با قفسه سینه گردد.
- طوری بایستید که مقابل مرکز بدن بیمار باشید. پاها کمی از هم جدا و کمی به طرف بالای تخت چرخش داشته باشد , یک پا جلوتر باشد.
- ملافه ی وسط تخت را قبل از گرفتن آن به طور مطمئن در نزدیک بیمار جمع کنید و جهت حرکت بیمار آماده باشید.



- سنگینی خود را از پای عقب به پای جلو به سمت جلو و عقب تغییر دهید و با سه شماره بیمار را به سمت بالای تخت حرکت دهید. در صورت امکان بیمار با فشار پا در انتقال به بالای تخت کمک کند. در صورت نیاز این عمل را تکرار کنید.





- به بیمار کمک کنید که در وضعیت راحتی قرار گیرد. بالش را جابجا نمایید نرده های تخت را بالا آورده و در صورت نیاز تخت را تنظیم نمایید.
- دست های خود را بشوئید.

نکته: دو مراقب می توانند با قلاب کردن بازوها با یکدیگر و قراردادن آن در زیر ران و شانه بیمار همانطور که شرح داده شد او را بلند کرده و به بالای تخت منتقل کنند.

حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت

هدف: قرار دادن در وضعیت مناسب برای انتقال او به برانکارد، قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو خوابیده، یا هنگام تعویض ملافه های تخت.

نکات مورد بررسی

توانایی بیمار برای همکاری، توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها، میزان آسایش بیمار، وزن بیمار، توانایی و قدرت جسمی مراقب.

وسایل لازم: ملافه بزرگ یا کوچک

روش کار

- روش کار را برای بیمار توضیح دهید. خلوت او را فراهم کنید.
- دست های خود را بشوئید .
- پوشش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید .
- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید. چرخ های تخت را قفل کنید. در صورت امکان ارتفاع تخت را متناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم کنید. بالش های اضافی را بردارید .
- نزدیک تخت در جهتی که بیمار قرار است حرکت داده شود در مجاورت قفسه سینه ی بیمار بایستید .
- دست بیمار را که نزدیک شماست بر روی سینه قرار دهید .
- وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید .
- به روش زیر سر و تنه ی بیمار را حرکت دهید :
- الف- دست های خود را در حالی که کف آنها رو به طرف بالا قرار دارد نزدیک به همدیگر در زیر شانه ی بیمار قرار دهید .
- ب- انگشتان خود را زیر شانه ی دورتر بیمار حلقه کنید در حالی که ساعدها روی تخت قرار دارد .
- ج- در صورتی که بیمار قادر به کنترل سر خود نیست سر او را بر روی ساعد خود تکیه دهید .
- د- در حالی که عضلات باسن ،شکم ، ران ها و دست های خود را منقبض کرده اید ، وزن خود را روی پاهای جابه جا کنید و شانه های بیمار را به طرف خود بکشید .
- در مرحله ی بعد یک دست خود را زیر کمر و دست دیگر را در زیر باسن بیمار قرار داده این قسمت از بدن را به طرف خود بکشید .
- در مرحله سوم برای حرکت دادن پاهای بیمار یک دست خود را در زیر زانوان و دست دیگر را در زیر مچ های پا قرار داده و پاهای بیمار را به طرف خود بکشید .
- توجه داشته باشید که همواره باید بدن بیمار در امتداد یک خط راست قرار گیرد .
- ایمنی بیمار را فراهم کنید .

حرکت دادن بیمار با استفاده از یک ملافه

- یک ملافه ی کوچک را زیر تنه و ران های بیمار پهن کنید. در جهتی که بیمار قرار است حرکت داده شود بایستید. لبه های ملافه را در داخل دست خود گرفته تا نزدیک بدن بیمار جمع کنید. از قسمت شانه و باسن بیمار را به طرف خود بکشید .

- برای حرکت دادن پاهای بیمار یک دست خود را در زیر زانوان و دست دیگر را در زیر مچ های پا قرار داده و پاهای بیمار را به طرف خود بکشید .

غلطانیدن بیمار به وضعیت پهلو یا شکم

اهداف

- برطرف کردن فشار از نواحی تحت فشار و پیشگیری از زخم بستر
- برقراری آسایش بیمار و جلوگیری از وارد آمدن فشار روی عضلات
- فراهم آوردن وضعیت مناسبی برای مراقبت های پرستاری (مثال : تعویض ملافه های بیمار ، قرار دادن لگن زیر بیمار)

روش کار

- روش کار را برای بیمار توضیح دهید . خلوت او را فراهم کنید .
- دست های خود را بشوئید .
- پوشش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید .
- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید. چرخ های تخت را قفل کنید. در صورت امکان ارتفاع تخت را

- متناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم کنید. بالش های اضافی را بردارید.
- بیمار را به کنار تخت مقابل جهتی که قرار است برگردانیده شود بیاورید.
- در کنار تخت بیمار قرار بگیرید ، دست بیمار که نزدیک خودتان است را روی سینه ی او قرار دهید. دست دور بیمار را دور کنید .
- پای بیمار را که نزدیک خودتان قرار دارد روی پای دورتر قرار دهید.
- زنده ی کنار تخت (نزدیک به بیمار) را بالا بزنید و به طرف مقابل تخت بروید.
- در مجاورت تخت روبروی کمر بیمار چسبیده به تخت قرار بگیرید.
- با خم کردن مفصل لگن تنه خود را به طرف جلو خم کنید. زانوها و مچ پا را خم کنید. پاها را از هم فاصله دهید. وزن خود را روی پای جلویی انتقال دهید.
- برای چرخاندن بیمار به پهلو به روش زیر عمل کنید:
- الف- یک دست خود را روی باسن دورتر و یک دست خود را روی شانه ی دورتر قرار دهید.
- ب- عضلات باسن ،شکم ، پاها و بازوها را منقبض کنید. با کشیدن بدن به طرف عقب وزن خود را از پای جلویی به پای عقبی منتقل کرده در همین حال بیمار را به کنار تخت رو به طرف خود بغلطانید .



- اطلاعات خود در رابطه با نکات مورد بررسی ، زمان تغییر وضعیت ، استفاده از وسایل حمایتی ، توانایی بیمار برای کمک جهت حرکت و چرخش و واکنش بیمار (مانند اضطراب ، ناراحتی و سرگیجه) را گزارش کنید.

غلطانیدن بیمار به شکم

۱ - کلیه مراحل قبلی به استثنای دو مورد زیر لازم است به مرحله اجرا در آید .:

الف) به جای دور کردن دست دورتر ، لازم است دست دورتر بیمار را در امتداد بدن قرار دهید .

ب) بیمار را به طور کامل به روی شکم غلطانید . هرگز بیماری را که به شکم خوابیده است روی تخت نکشید .

غلطانیدن بیمار در بستر همزمان در یک راستا

غلطانیدن بدن بیمار در بستر همزمان در یک راستا روشی است مورد استفاده برای تغییر وضعیت بدن بیمارانی که لازم است بدن آنها همواره در یک خط مستقیم قرار گیرد. (مثل بیماران مبتلا به صدمات نخاعی)

اهداف

- حفظ راستای بدن بیمار و پیشگیری از صدمه نخاعی
- فراهم آوردن وضعیت مناسبی برای انجام اقدامات پرستاری (از جمله : تعویض ملافه یا انجام ماساژ پشت)
- برطرف کردن فشار از نواحی تحت فشار
- فراهم کردن آسایش بیمار

نکات مورد بررسی

جثه ی بیمار تعیین کننده تعداد افراد مورد نیاز است ، وجود صدمه نخاعی گردنی ، توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها و میزان آسایش بیمار باید مورد توجه قرار گیرند .

وسایل لازم : ملافه و وسایل حمایتی

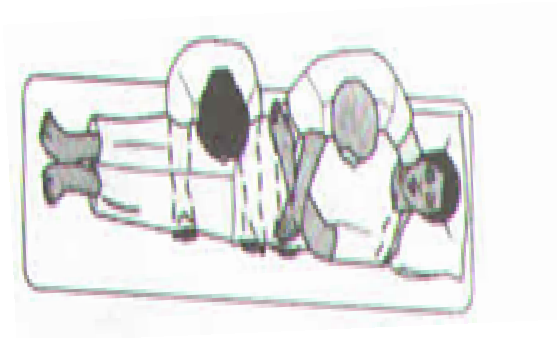
روش کار

- در طرفی که قرار است بیمار چرخیده شود قرار گیرید ، پاها را از هم فاصله داده یک پا را جلوتر از پای دیگر قرار دهید.

- دستهای بیمار را روی قفسه سینه ی او قرار دهید .

- تنه ی خود را به طرف جلو متمایل کنید و مفاصل باسن ، زانوها و مچ پاها را خم کنید .

- دستهای خود را مطابق با شکل زیر بیمار قرار دهید .



- عضلات باسن ، شکم ، پاها و بازوها را منقبض کنید .

- بیمار را به طریق زیر به کنار تخت بکشید :

الف- یک مراقب شماره یک ، دو، سه را گفته سپس همه مراقبان همزمان بیمار را به کنار تخت منتقل می کنند .

ب- نرده ی کنار تخت را بالا بیاورید .

- به طرف دیگر تخت بروید ، بالش را در محلی که سر بیمار پس از غلطاییدن قرار می گیرد ، بگذارید. بالش دیگری را

بین پاهای بیمار قرار دهید .

- برای غلطای بدن بیمار به روش زیر عمل کنید:

الف- تمام مراقبان مفاصل باسن ، زانوها و مچ پاها را خم کرده و بین پاهای خود فاصله می دهند .

ب- تمام مراقبان مطابق شکل دست های خود را بر پهلو دورتر بدن بیمار قرار می دهند .

ج- یک مراقب شماره یک ، دو ، سه و شروع را گفته سپس همه مراقبان همزمان بیمار را به پهلو می غلطانند .



د- بالش هایی را برای حفظ وضعیت بیمار در پشت او قرار دهید .

- اطلاعات خود در رابطه به نکات مورد بررسی ، زمان تغییر وضعیت ، استفاده از وسایل حمایتی ، توانایی بیمار برای

کمک جهت حرکت و چرخش و واکنش بیمار (مانند اضطراب ، ناراحتی و سرگیجه) را گزارش کنید .

غلطانی‌دن بدن بیمار همزمان در یک راستا با استفاده از ملافه

دو مراقب در کنار یکدیگر در کنار تخت قرار می‌گیرند، پاها را از یکدیگر فاصله می‌دهند و یکی از پاها را جلوتر از دیگری قرار می‌دهند. با جمع کردن لبه ی ملافه در دست ، هر دو همزمان با یک علامت بیمار را به کنار تخت به طرف خود می‌کشند .

قبل از غلطانی‌دن بیمار لازم است بالشی در محل بین پاها قرار داده شود. سپس یک مراقب به طرف دیگر تخت رفته وضعیت صحیحی به خود گرفته ، دست های خود را از روی بدن بیمار عبور داده ،ملافه ی جمع شده قبلی را در دست می‌گیرد و بیمار را به طرف خود می‌چرخاند و همزمان مراقب دوم که در طرف دیگر تخت در پشت بیمار قرار دارد کمک به چرخاندن بیمار می‌کند. با قرار دادن بالشهای اضافی در پشت بیمار وضعیت صحیح او را فراهم آورید .



کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت

هدف

آماده کردن بیمار برای خروج از تخت ، انتقال به صندلی یا صندلی چرخدار ، غذا خوردن یا انجام سایر فعالیت ها

موارد استفاده :

در بیماران ضعیف ، فلج ، بعد از عمل جراحی ، برای کمک به سرفه کردن و تنفس عمیق ، افزایش فعالیت های عضلانی ، جلوگیری از سقوط فشار خون وضعیتی ، آمادگی جهت معاینات قفسه سینه و دادن حرکات مستقل به بیمار

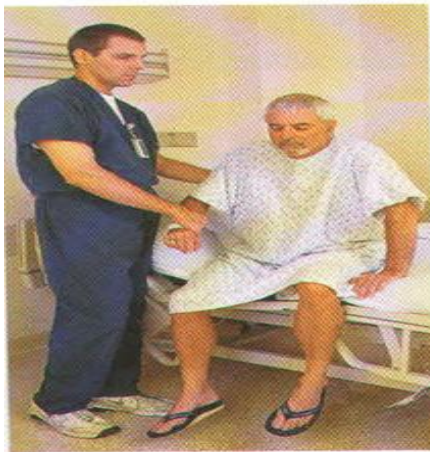
نکات مورد بررسی

توانایی جسمی بیمار برای همکاری و حفظ وضعیت ، توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها ، میزان ناراحتی بیمار هنگام حرکت ، علائم حیاتی قبل از به حرکت در آمدن ، وجود کاهش فشار خون وضعیتی ، نوع داروهای خاص دریافتی مختل کننده هوشیاری یا حرکت بیمار ، توانایی و قدرت جسمی مراقب

روش کار

- روش کار و انتظارات خود را در مورد میزان همکاری مورد نیاز از طرف بیمار توضیح دهید.
- به بیمار کمک کنید که در وضعیت به پهلو خوابیده در حالی که صورت او به طرف شما است ، قرار گیرد.
- سر تخت را به تدریج تا بیشترین حد ممکن بالا بیاورید .
- پاهای بیمار را به لبه ی کناری تخت نزدیک کنید .
- در مجاورت تخت در کنار باسن بیمار قرار بگیرید. در حالی که صورت شما به طرف پایین تخت قرار دارد، پاها را از هم باز کنید به طوری که پای نزدیک به تخت جلو قرار گیرد. تنه را به طرف جلو متمایل کنید. مفاصل لگن، زانو و مچ پا را خم کنید.

- یک دست را دور شانه های بیمار و دست دیگر را زیر ران ها در نزدیکی زانوها قرار دهید. عضلات باسن، شکم، پاها و بازوان خود را منقبض کنید.
- به آرامی ران های بیمار را بالا ببرید. در همین حال روی پاشنه ی پا بچرخید و پاهای بیمار را از تخت خارج کنید.
- تا حفظ تعادل و برقراری راحتی بیمار او را حمایت کنید.
- علائم حیاتی بیمار شامل نبض، تنفس و فشار خون را کنترل کنید.
- اطلاعات خود در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای حرکت و نشستن و واکنش بیمار به نشستن (مانند اضطراب، ناراحتی و سرگیجه) را به پرستار مسئول بیمار گزارش کنید.



نکته : توجه داشته باشید که بیمار در هیچ یک از مراحل فوق نباید تنها گذاشته شود.

آموزش به بیمار برای نشستن در لبه تخت به طور مستقل

به بیمار آموزش دهید که :

- به نزدیک لبه ی تخت بغلطان و پای دورتر را روی پای نزدیک تر به لبه ی تخت قرار دهد.
- با دست نزدیک تر به لبه ی تخت تشک را بگیرد، دست دیگر را در حالی که مشت کرده است بر روی تشک فشار دهد.

- با فشار دادن دست ها بر روی تشک در حالی که پاها را به طرف خارج هدایت می کند بلند شود.

- با فشار دادن مشت ها بر روی تشک خود را در وضعیت نشسته قرار دهد.



کمک به بیمار برای راه رفتن

بسرکوی از بهارانی که به مدت طولانی در تخت استراحت کرده اند با بی ای بگیند دوباره حرکت کرده و راه بروند .

بهاری که بتواند پای خود را حدود ۲/۵سانتی متر از تخت بلند کند ، برای راه رفتن از قدرت کافی برخوردار است .

قبل از خروج بیمار از تخت مراقب باقی موارد زیر را انجام دهد:

- توانا یی بیمار در زم‌ئنه راه رفتن و ی به کمک پرستار ، دو مراقب ، واکر ، عصا ، کمربند وئنه راه رفتن ، چوب زی بغل را بررسی نمائ.
- به ب بیمار آنچه که قرار است انجام شود شرح دهد.
- اطم‌ن حاصل کند که مسرئ مورد نظر جهت بچاده روی بیمار خالی از اشئء اضافئ است.

اهداف

- بهبود وضعیت جسمی و عاطفی بیمار
- جلوگیری از عوارض بی حرکتی
- کمک به راه اندازی بیمار بعد از اعمال جراحی
- کمک به حفظ استقلال بیمار

نکات مورد بررسی

جثه بیمار تعیین کننده تعداد افراد مورد نیاز می باشد . توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها ، توانایی جسمی بیمار برای ایستادن و راه رفتن ، نیاز به وسایل کمک (مانند عصا - واکر - چوب زیر بغل)

روش کار

- از دستور پرستار مسئول جهت راه رفتن بیمار اطمینان حاصل کنید .
- بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.
- به بیمار کمک کنید که در لبه ی تخت بنشیند.
- علائم حیاتی بیمار را به دقت از نظر احتمال بروز کاهش فشار خون (سرگیجه ، رنگ پریدگی یا افزایش ناگهانی در تعداد ضربان قلب) بررسی کنید .
- متناسب با فصل به بیمار لباس بپوشانید و به او کمک کنید که کفش یا دمپایی خود را بپوشد .

- به بیمار کمک کنید که از تخت خارج شده و بایستد .

- بر اساس دستور پزشک مسافت تعیین شده برای راه رفتن به بیمار اعلام کنید .

- برای راه بردن بیمار به کمک یک مراقب به روش زیر اقدام کنید :

الف- در صورت توانایی بیمار برای راه رفتن مستقل ، تنها در کنار بیمار قدم بزنید .

ب- کاملاً در مجاورت بیمار قدم بزنید تا در صورت نیاز به کمک او را یاری دهید .



ج- در صورتی که بیمار برای اولین بار بعد از عمل جراحی از تخت خارج شده است ، یا ضعیف و ناتوان می باشد از

فرد دیگری بخواهید که صندلی چرخداری را به دنبال شما حمل نماید .

- در صورتی که بیمار بسیار ضعیف و ناتوان است یک دست خود را دور کمر بیمار حلقه کرده و با دست دیگر

بازوی بیمار را در ناحیه ی آرنج در دست حمایت کنید. دقت کنید که در طرف ضعیف تر بیمار قدم بزنید .

د- بیمار را تشویق کنید که هنگام راه رفتن وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کند.

- برای کمک به بیماری که در هنگام راه رفتن در حال سقوط است به روش ذیل عمل کنید:

- در صورت ظهور علائم و نشانه های مربوط به افت فشار خون و یا احساس ضعف شدید توسط بیمار به سرعت

وی را به نزدیک ترین صندلی یا صندلی چرخدار در دسترس هدایت کنید.

- در صورتی که صندلی در نزدیک شما وجود ندارد فوراً بیمار را در روی زمین بخوابانید.



در کنار بیمار باقی بمانید.

- بعد از بهبود وضعیت بیمار او را به تخت برگردانید.

- برای راه بردن بیمار به کمک دو مراقب به روش زیر اقدام کنید:

الف- هر یک از دو مراقب لازم است در طرفین بیمار قرار گرفته و با دست نزدیک به بیمار قسمت بالای

بازوی بیمار را در دست گرفته و با دست دیگر مچ دست بیمار را در دست بگیرند.

ب- به طور هماهنگ با یکدیگر همگام با بیمار قدم بزنید.

ج- در صورت احتمال سقوط بیمار هر یک از مراقبان لازم است با دست نزدیک تر خود دست بیمار را از

ناحیه ی زیر بغل گرفته و با دست دیگر مچ دست های بیمار را در دست بگیرند و او را به آرامی روی

نزدیک ترین صندلی یا زمین بنشانید.

د- در کنار بیمار باقی بمانید .

- بعد از بهبود وضعیت بیمار او را به تخت خود برگردانید .

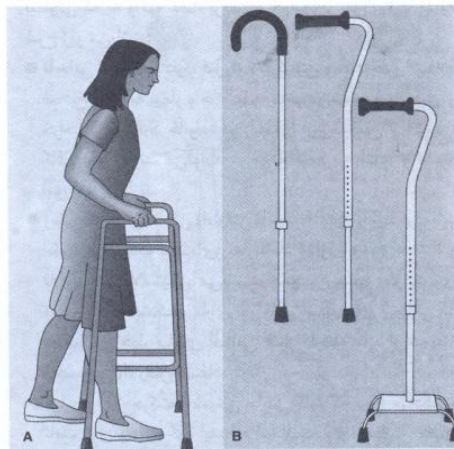


nu217004 www.fotosearch.com

- اطلاعات خود در مورد زمان راه بردن بیمار ، مسافت طی شده و سایر یافته ها (سطح تحمل فعالیت ، احساس سرگیجه ، میزان حمایت مورد نیاز ، سرعت تنفس و فشار خون بعد از اولین راه رفتن بیمار و مقایسه آن با اطلاعات پایه) را گزارش کنید .

کمک به بیمار جهت راه رفتن با وسایل کمکی

وسایل گوناگونی می توانند به بیمار در راه رفتن کمک نمایند. متداول ترین این وسایل عبارتند از: واکر ، عصا و چوب زی بغل.



الف (کمک به بیمار برای قدم زدن بیمار با واکر

واکر وسیله ای فلزی ، سبک و چهار پایه است که به ایجاد ثبات و امنیت در راه رفتن بیماران با مشکل عدم قدرت کافی و تعادل کمک می نماید . واکرها انواع متفاوتی دارند که انتخاب هر یک به قدرت بازو و تعادل بیمار بستگی دارد وقتی بیمار بین پایه های عقبی واکر می ایستد ، واکر باید از زمین تا مفصل ران بیمار امتداد داشته باشد و آرنج های بیمار باید حدود ۳۰ درجه خم شوند . پوشش لاستیکی نوع پایه های واکر باید سالم باشد تا از سر خوردن آن جلوگیری کند. بیمار واکر را در جلوی خود قرار داده و داخل آن گام بر می دارد.

وسایل لازم : واکر

روش کار

- ۱- برای بیمار توضیح دهید که او روش استفاده از واکر را یاد خواهد گرفت تا بتواند در راه رفتن به حفظ تعادل خود کمک کند .
- ۲- واکر را در اختیار بیمار بگذارید تا آن را امتحان کند .
- ۳- روش استفاده از واکر را برای بیمار عملاً اجرا کند .

الف (واکر را جلوی خود بگیرید ، به طوری که قسمت باز چارچوب به سمت شما قرار گیرد ، دست های خود را روی دسته های واکر قرار دهید .



ب) واکر را بلند کرده و رو به جلو حدود ۳۰ سانتی متر جا به جا کنید .

ج) هر بار به فاصله ۳۰ سانتی متر به سمت واکر حرکت کنید و دست های خود را روی واکر همچنان نگه داشته و بدن خود را به طرف واکر خم و وزن بدن خود را روی آن متعادل نگه دارید .

د) ابتدا با پای آسیب دیده به طرف واکر قدم بردارید .

ه) مراحل ب و ج را تکرار کنید .

۴- بیمار را کمک کنید تا بایستد و واکر را جلوی او قرار دهید .

۵- به بیمار آموزش دهید تا با دست های خود دسته های واکر را محکم بگیرد و خود را به طرف واکر خم نماید .

۶- به بیمار کمک کنید تا راه برود همچنان که قبلاً نمایش داده اید .

۷- هدفی را به فاصله معین برای قدم زدن بیمار با واکر معین و همراه با بیمار بروید .

۸- راه رفتن بیمار را زیر نظر داشته و او را تشویق نمایید .

۹- پیشنهادهای لازم را به او ارایه کنید تا بدین طریق در استفاده صحیح از واکر پیشرفت کند و تعادل و ثبات راه رفتن او افزایش یابد .

۱۰- از بیمار بپرسید در مسیری که طی کرده است چه وضعیتی احساس می کند و به سوالات او جواب دهید .

۱۱- زمانی را برای تمرین مجدد بیمار با واکر در نظر بگیرید .

نکات قابل توجه :

- عدم استفاده از واکر در بالا رفتن از پله ها
- استفاده از کفش و یا دمپایی فاقد خطر لیز خوردن در بیمار
- در نظر داشتن مشکلات مربوط به مانور واکر و عبور آن از میان درب و جاهای تنگ و فشرده

ب) آماده کردن بیمار برای راه رفتن با عصای زیر بغل

عصای زیر بغل به بیمار کمک می نماید تا وزن خود را از روی یک یا هر دو پا بردارد. بیمار از بازوها جهت تحمل وزن استفاده می کند.

وسایل لازم: عصای زیر بغل

۱- وضعیت بیمار را بررسی کنید تا عصای زیر بغل اندازه و مناسب بدن او باشد. عصا را متناسب با قد بیمار انتخاب کنید.

a. روش اول

الف) بیمار را در حالی که کفش ها را به پا دارد در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.

ب) یک سر متر را زیر بغل بیمار قرار دهید.

ج) فاصله زیر بغل تا پاشنه پای بیمار را اندازه گرفته و ۵ سانتی متر به آن اضافه کنید. این برابر خواهد بود با طول مناسب عصا که شامل لایه های زیر بغل و لاستیک های عصا می باشند.



b. روش دوم

- بیمار را در وضعیت ایستاده قرار داده و عصا را زیر دو بغل بیمار قرار دهید .
 - از بیمار بخواهید دسته عصا را محکم در دست بگیرد .
 - به بیمار آموزش دهید در حالی که وزن خود را به عصا منتقل می نماید ، آن را به فاصله ۱۵ سانتی متر در بغل هر دو پای خود قرار دهد .
 - بین بالشتک عصای بیمار با زیر بغل او ۲ انگشت فاصله بگذارد .
- ۲ - دسته عصا را به اندازه مناسب تنظیم کنید .
- در شرایطی که بیمار ایستاده از او بخواهید که دسته های عصا را بگیرد و ببیند که آیا آرنج ها با زاویه ۳۰ درجه خم شده اند یا خیر .
 - اگر آرنج ها با زاویه ۳۰ درجه خم نشده اند پیچ و مهره ها را باز و دسته عصا را به سطح دلخواه در آورده و سپس مهره ها را محکم ببندید .
- ۳ - قدرت عضلانی بیمار را با آموزش به شیوه تمرینی زیر تقویت کنید :
- به حالت نیمه نشسته روی تخت قرار بگیرد و با استفاده از نیروی عضلانی دست هایش را به پایین فشار بدهد تا این که بدنش از سطح تخت بالا برود .
 - یک توپ پلاستیکی را در دست گرفته و آن را فشار دهد .
 - در حالت خوابیده به پشت دراز کشیده و دست ها را به جلو در کنار و بدن خود را به وضعیت نشسته بالا بکشد .

انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار

نکات مورد بررسی

اندازه جثه بیمار ، توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها ، سطح تحمل فعالیت ، قدرت عضلانی ، حرکت مفاصل ، وجود فلج ، سطح آسایش ، وجود کاهش فشارخون وضعیتی ، روش آموخته شده توسط بیمار ، وسعت فضایی که انتقال در آن صورت می گیرد ، تعداد دهندگان (۱ یا ۲ نفر) و مهارت و توانایی مراقبین .

وسایل لازم : صندلی چرخدار ، ملافه در صورت لزوم ، دمپایی ، بالش کوچک و چهارپایه .

روش کار

- وسایل مورد نیاز را به اتاق بیمار ببرید . بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید .
- در صورتی که ارتفاع تخت قابل تنظیم است آن را تا حد ممکن پایین بیاورید ، پایه های تخت را قفل کنید .
- صندلی چرخدار بایستی طوری قرار گیرد که طرف قوی بیمار واقع شود و با زاویه ۴۵ درجه با تخت باشد و به بیمار اجازه دهد که روی پای قوی بایستد .
- تخت و صندلی چرخدار قفل را کنید .
- در ابتدا بیمار به پشت خوابیده (Supine) است و زانو بیمار بایستی بصورت خم باشد و سر تخت را بالا آورده طوری که بیمار در حالت نشسته قرار گیرد .
- یک دست زیر پای بیمار و بازوی دیگر در پشت بیمار قرار گیرد. پای بیمار را به یک طرف تخت چرخانده به طریقی که بیمار لبه ی تخت بنشیند و پاهای او آویزان باشد .
- چند دقیقه به بیمار اجازه داده تا بنشیند و وضعیت او را از نظر علائم کاهش فشارخون وضعیتی بررسی کنید .
- بیمار با فشار دادن دست های خود به روی تشک یا قرار دادن دست های خود روی شانه های

مراقب خود را بلند کند .

- او ابتدا پای قوی تر خود و سپس پای ضعیف تر را روی چهار پایه قرار می دهد.

- مراقب در مقابل بیمار می ایستد و دست هایش را دور کمر بیمار حلقه می کند.

- از بیمار بخواهید وزن خود را روی پای قوی تر و سپس روی پای ضعیف تر منتقل کند و بعد مفاصل اندام تحتانی را صاف کرده و خود را بلند کند.

- برای لحظاتی باید مراقب بیمار را در وضعیت ایستاده حمایت کند .

- به بیمار کمک کنید که پای خود را از روی چهار پایه پایین بگذارد و بطرف صندلی چرخدار برود.

- بیمار طوری بچرخد که پشت او بطرف صندلی چرخدار قرار گیرد .

- دست های خود را روی دسته های صندلی چرخدار یا روی شانه های مراقب قرار دهید .



- با شمارش یک دو سه از بیمار بخواهید که وزن خود را روی پای عقب انداخته و بدن را پایین بیاورد تا اینکه باسن او روی لبه ی صندلی چرخدار قرار گیرد .

- از بیمار بخواهید باسن خود را کاملاً عقب برده و براحتی روی صندلی قرار گیرد. پایه های فلزی صندلی چرخدار را پایین آورده و پای بیمار را روی آن قرار دهید .

انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار به کمک دو نفر

- مراقب اول پشت صندلی چرخدار قرار گرفته و با دو دست زیر بغل های بیمار را می گیرد مراقب دوم روبروی صندلی چرخدار ایستاده و با دو دست زیر زانوها و ران های بیمار را می گیرد.





- هر دو مراقب با شمارش همزمان، بیمار را با یکدیگر بلند کرده و روی صندلی چرخدار قرار می دهند در این روش نیز پشت صندلی چرخدار باید بطرف بالای تخت باشد و موازی با تخت باشد.

درست کردن برانکارد

اهداف: آماده کردن برانکارد تمیز، راحت و امن برای حمل بیمار

وسایل مورد نیاز: برانکارد ، سه عدد ملافه ی بزرگ ، یک عدد ملافه ی کوچک ، دو عدد پتو ، بالش و روبالشی

روش اجرا:

- یکی از پتوها را متناسب با طول و عرض برانکارد تا زده و روی برانکارد پهن کنید.
- یکی از ملافه های بزرگ را روی پتو پهن نموده و دو طرف آن را به زیر پتو ببرید و در بالا و پایین گوشه بزنید.
- یکی از ملافه های بزرگ را روی برانکارد پهن کنید.
- پتوی دوم را روی ملافه قرار دهید و پتو و ملافه را پک کنید و در قسمت پایین برانکارد قرار دهید.
- ملافه ی کوچک را به طور بادبزنی در وسط برانکارد تا بزنید (۲۵ سانتی متر از بالای برانکارد فاصله

داشته باشد)

- ملافه ی بزرگ سوم را روی پک قرار دهید تا در صورت عدم استفاده از پک از ملافه برای روکش بیمار استفاده شود .

- بالش را درون روبالشی قرار داده و در قسمت بالای برانکارد بگذارید.

• برانکارد آماده باید برای استفاده در محل مخصوص به خود قرار داده شود .



انتقال بیمار بین تخت و برانکارد

نکات مورد بررسی

اندازه جثه بیمار ، توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی ها ، توانایی جسمی بیمار برای همکاری ، میزان ناراحتی

بیمار در حین انتقال

وسایل لازم : برانکارد آماده شده ، ملافه

روش کار :

- مددجو را مشخص و هدف و روش کار برای وی توضیح دهید .

- برانکارد بطور موازی با تخت قرار داده شود. ارتفاع تخت را تا آن حد بالا برده که هم سطح برانکارد شود، نرده ی

تخت را پایین آورده و چرخ های آن قفل کنید.

- یک یا دو مراقب در طرفی که برانکارد نیست قرار گیرند و دو مراقب در طرفی که برانکارد است بایستند.

- بیمار را به کنار لبه ی تخت بکشید ، از او بخواهید که در حین انتقال دست را به روی سینه قرار داده و گردن خود را خم کند .

- دو مراقبی که در طرفی که برانکارد نیست قرار گرفته اند باید روی تخت زانو بزنند و لبه ی ملافه کوچک طرف خود را بگیرند و آن دو مراقب دیگر هم لبه ی دیگر ملافه کوچک را بگیرند و با هماهنگی شمارش ۱-۲-۳ مریض را بلند کرده و روی برانکارد قرار دهند .



روش دوم

- یک نفر باید در طرفی که برانکارد به تخت نچسبیده است بایستد تا در تمام مدت از حرکت کردن برانکارد و جدا شدن آن از تخت جلوگیری کند .

- یک نفر در قسمت بالای برانکارد می ایستد تا بتواند سر و شانه های بیمار را حمایت کند .

- نفر دیگر در قسمت پایین برانکارد قرار می گیرد تا بتواند پاهای بیمار را حرکت دهد .

- نفر چهارم در طرف دیگر تخت قرار می گیرد .

- با استفاده از ملافه کوچک هر چهار نفر همزمان با یکدیگر بیمار را از روی تخت به روی برانکارد انتقال می دهند .

روش سوم (بلند کردن افقی به کمک سه یا چهار نفر) :

- برانکاردر در قسمت پای تخت در طرف راست عمود بر تخت قرار دهید .
- بیمار را به یک طرف تخت حرکت دهید .
- مراقب شماره ی یک که بلندتر است در قسمت سر بیمار بایستد و دستش را زیر سر و گردن بیمار قرار دهد .
- مراقب شماره ی دو که قد بلند دارد طرف کمر و ران بیمار بایستد و دستش را زیر کمر و ران بیمار قرار دهد .
- مراقب شماره ی سه که قد کوتاهتر دارد در کنار زانوی بیمار می ایستد و دستش را زیر پا و ران بیمار قرار دهد .
- تمام مراقبان بایستی با یک حرکت بیمار را نزدیک خود بیاورند و سپس با شمارش بیمار را بلند کنند و هر سه با هم به طرف برانکاردر رفته و بیمار را در برانکاردر قرار دهند .



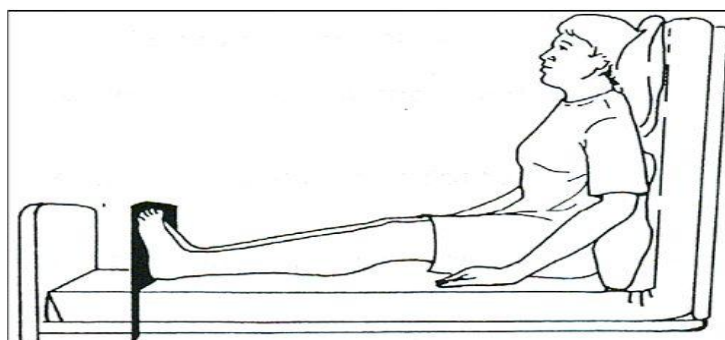
- ۱- در صورت لزوم بالش را زیر سر بیمار گذارده و متناسب با فصل با ملافه یا پتوی برانکاردر او را بپوشانید .
- ۲- قفل چرخ های برانکاردر را باز کرده آن را از تخت دور کنید .
- ۳- نرده های اطراف برانکاردر را سریعاً بالا بکشید .
- ۴- بیمار را به محل مورد نظر ببرید .
- ۵- تخت بیمار را برای مراجعت او مرتب کنید .

وضعیت دادن به بیمار

هدف از وضعیت دادن به بیمار ، برقراری وضعیتی مناسب جهت راحتی بیمار یا انجام توجهات پرستاری می باشد بیماری که قادر به حرکت کردن است ، در انتخاب وضعیت استراحت خود آزاد می باشد و شخصاً می تواند تغییر وضعیت دهد ولی بیماری که قادر به حرکت نمی باشد ، فقط از چند وضعیت مخصوص می تواند استفاده کند .
معمول ترین وضعیت ها عبارتند از :

- قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته
- قرار دادن بیمار در وضعیت به پشت خوابیده
- قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده
- قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو خوابیده
- قرار دادن بیمار در وضعیت یک طرفه (نیمه به روی شکم)

قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته



اهداف

- ۱- بهبود انبساط قفسه سینه و تهویه ریوی
- ۲- فراهم آوردن آسایش بیشتر بیمار
- ۳- تسهیل در انجام برخی فعالیت های روزمره زندگی (مثال: غذاخوردن، تماشای تلویزیون)
- ۴- تغییر وضعیت بیمار و کمک به حفظ سلامت پوست

نکات مورد بررسی

وجود نواحی تحت فشار در وضعیت نشسته از قبیل پاشنه ها ، برآمدگی ستون مهره ها ، خاجی، کتف ،
الگوی تنفس

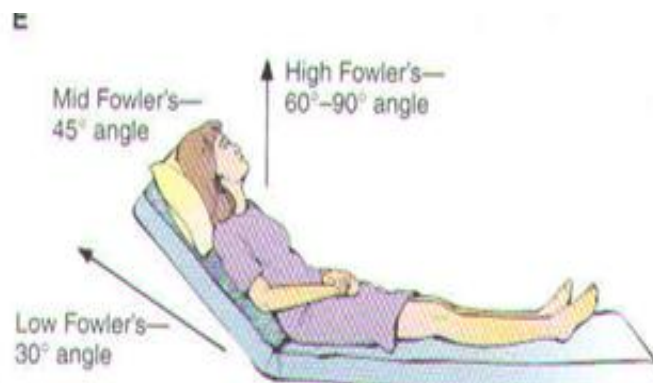
وسایل لازم

یک تا شش بالش کوچک بر حسب نیاز بیمار، یک تا دو ملافه لوله شده در صورت لزوم تخت کف پا

روش کار

۱. وضعیت دادن به بیمار:

الف) قبل از بالا آوردن سر تخت از بیمار بخواهید که زانوان خود را کمی خم کند. این امر مانع از سرخوردن بیمار به پایین تخت می شود. دقت کنید ناحیه باسن بیمار درست در محل شکسته شدن تخت قرار گیرد.
طبق تجویز پزشک و پرستار مسئول به یکی از سه حالت نیمه نشسته (۴۵-۱۵ درجه) نشسته (۴۵ درجه) یا نشسته کامل (۹۰ درجه) سر تخت را بالا بیاورید.



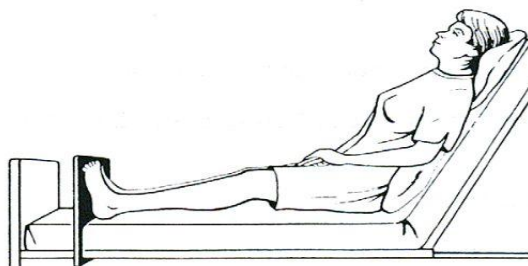
۲- بکارگیری وسایل کمکی جهت قراردادن بیمار در وضعیت مناسب:

الف) یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار دهید .

ب) یک بالش کوچک را در گودی کمر بیمار قرار دهید .

ج) در صورت لزوم با قرار دادن ملافه لوله شده در کنار ران ها از چرخش آنها به طرف خارج جلوگیری کنید.
د) یک تا دو بالش کوچک را زیر ساق پاها در فاصله زانوها تا مچ قرار دهید . توجه کنید که بالش ها گودی زیر زانو را به صورتی بپوشانند که زانوها در وضعیت کمی خمیده قرار گیرند. (از شکستن تخت برای بالا آمدن زانوها استفاده نکنید)

ه) با استفاده از تخته کف پا از افتادگی پاها جلوگیری کنید.



و) در بیماران خیلی ضعیف برای حفظ وضعیت مناسب بدن از بالش هایی در طرفین جهت قرار دادن دست ها و بازوها استفاده کنید.

۳- اطلاعات خود را در رابطه با اقدامات انجام شده و موارد غیر طبیعی به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

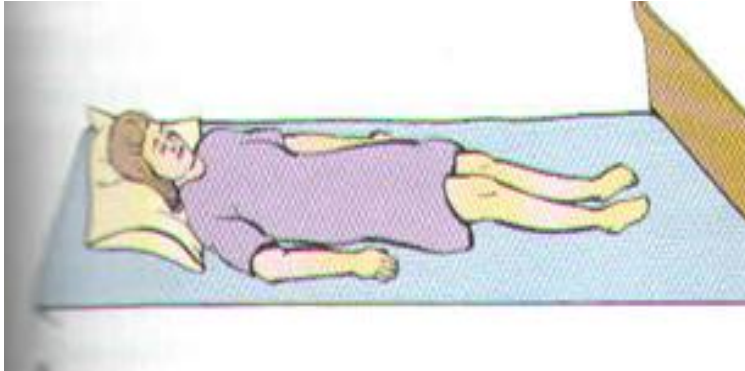
وضعیت نامناسب بیمار ناشی از وضعیت های غیر صحیح قبلی (مانند افتادگی سر به عقب ، خمیدگی گردن ، انحنای غیر طبیعی در ناحیه کمر ، عدم وجود انحنای طبیعی در زانو ، چرخش پاها به طرف خارج و افتادگی پاها) عدم وجود حرکت طبیعی دستها ، وجود فشار غیرطبیعی روی شانه ، تورم دست ها و بازوها ، خمیدگی مچ دست ، نواحی تحت فشار ناشی از وضعیت قبلی، سهولت تنفس، آسایش بیمار

قرار دادن بیمار در وضعیت به پشت خوابیده

اهداف

۱- تغییر وضعیت دادن بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست

۱- فراهم آوردن آسایش بیمار



نکات مورد بررسی

وجود نواحی تحت فشار در وضعیت به پشت خوابیده از قبیل پاشنه ها، خاجی، آرنج ها، کتف و پشت سر

وسایل لازم

شش عدد بالش کوچک برحسب نیاز بیمار، دو عدد ملافه لوله شده در صورت لزوم، تخته کف پا، وسایل حمایتی

دست (اسپلینت مچ در صورت لزوم)

روش کار

۱ - بیمار را به پشت بخوابانید.



۲- به کارگیری وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب:

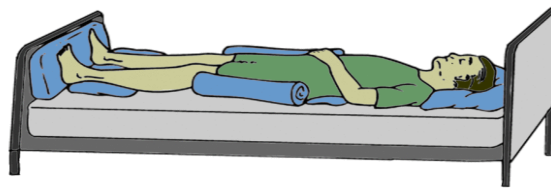
الف) یک بالش کوچک را زیر سر و شانه های بیمار قرار دهید.

ب) یک بالش کوچک را در گودی زیر کمر قرار دهید.

ج) ملافه های لوله شده را در کنار ران ها قرار دهید تا از چرخش آنها به طرف خارج جلوگیری کند.

د) بالش کوچک را زیر ساق پاها در فاصله زانوها و مچ قرار دهید. این امر از صاف شدن بیش از حد زانوها جلوگیری کرده ، پاشنه ها را بالاتر از سطح تشک قرار داده و از انحنای بیش از حد کمر پیشگیری می کند.

ه) با استفاده از تخته کف پا از افتادگی پاها جلوگیری کنید.



و) در صورتی که بیمار بیهوش است یا مبتلا به فلج اندام های فوقانی می باشد . ساعد و دستها را روی یک بالش قرار دهید.

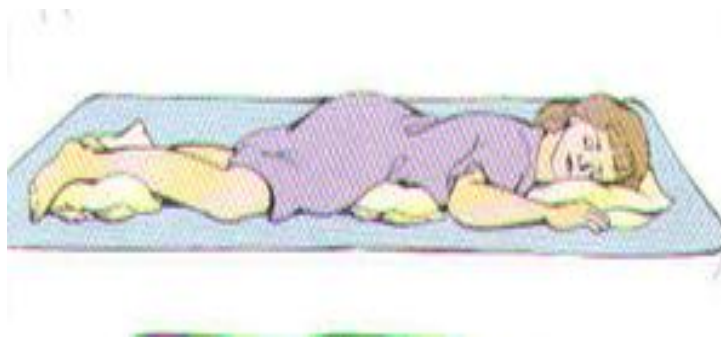
ز) در صورتی که بیمار مبتلا به خمیدگی غیر طبیعی انگشتان و مچ دست می باشد از یک حوله کوچک لوله شده (اندازه دور آن ۱۳-۱۵ سانتی متر) داخل کف دست و اسپ لهنه مچ ، جهت پیشگیری از پیشرفت آن استفاده کنید.

۳- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی و موارد غیر طبیعی به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

وضعیت نامناسب بیمار ناشی از وضعیت های غیر صحیح قبلی (مانند افتادگی سر به طرف عقب ، خمیدگی گردن ، انحنای غیر طبیعی در ناحیه کمر، چرخش پاها به طرف خارج ، عدم وجود انحنای طبیعی در زانوان و افتادگی پاها) علائم مربوط به نواحی تحت فشار ناشی از وضعیت قبلی آسایش بیمار

قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده



اهداف

- ۱- پیشگیری از خمیدگی غیر طبیعی زانوها و مفصل لگن
- ۲- تسهیل در خروج ترشحات دهان
- ۳- تغییر وضعیت دادن بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست

نکات مورد بررسی

وجود نواحی تحت فشار در وضعیت به شکم خوابیده از قبیل انگشتان پاها ، زانوها ، ناحیه تناسلی در مردان ، پستان در خانم ها ، شانه ها ، گونه و گوش ، هر گونه حساسیت در لمس یا مشکلات مربوط به ناحیه تناسلی در مردان یا پستانها در خانم ها ، وجود هر گونه مشکل ستون مهره ای (گردنی و کمری) دستگاه تنفس یا قلب که قرار دادن بیمار را در این وضعیت غیر مجاز می سازد.

وسایل لازم

سه عدد بالش

روش کار

- ۱- بیمار را به شکم بخوابانید دست ها را از ناحیه آرنج خم کرده و در دو طرف بدن قرار دهید. ساعد و کف دست ها در طرفین سر قرار گیرند .

۲- به کارگیری وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب

الف) سر بیمار را به یک طرف بچرخانید. چنانچه هدف سهولت خروج ترشحات از دهان بیمار می باشد از قرار دادن بالش زیر سر خودداری کنید یا یک بالش کوچک را طوری زیر سر و تنه قرار دهید که وضعیت مناسب سر با تنه برقرار شود.

ب) یک بالش کوچک را زیر شکم درست زیر دیافراگم قرار دهید. این امر از انحنای کمر، سختی تنفس و ایجاد فشار بر پستان های بیمار خانم جلوگیری می کند.

ج) بالش کوچک را زیر ساق پا در فاصله زانوها تا بالای مچ قرار دهید. این امر انگشتان پا را از تشک بالا نگه داشته و از افتادگی پاها جلوگیری می کند. به منظور پیشگیری از ایجاد فشار بر انگشتان می توان پاها را از لبه پائین تشک آویزان کرد.

۳- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده نکات مورد ارزشیابی و موارد غیر طبیعی به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

وضعیت نامناسب بیمار ناشی از وضعیت های غیر صحیح قبلی (مانند افتادگی سر به طرف عقب ، خمیدگی گردن ، انحنای غیر طبیعی در ناحیه کمر ، افتادگی پاها) فشار بر پستان های بیمار خانم ، محدودیت در انبساط قفسه سینه و بروز سختی تنفس، علائم مربوط به نواحی تحت فشار ناشی از وضعیت قبلی، آسایش بیمار.



قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو خوابیده

اهداف

۱- برقراری آسایش بیمار

۲- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست

نکات مورد بررسی

وجود نواحی تحت فشار در وضعیت به پهلو خوابیده از قبیل قوزک خارجی مچ پای زیرین ، قوزک داخلی مچ پای رویی ، قسمت داخلی زانوی پای رویی، قسمت خارجی زانوی پای زیرین ، تروکانتر بزرگ پای زیرین ، لبه استخوان ایلیوم پای زیرین ، شانه زیرین و گونه و گوش زیرین و تمایل بیمار برای قرار گرفتن به پهلو راست یا چپ

وسایل لازم

پنج عدد بالش کوچک حوله تا شده در صورت لزوم

روش کار

۱- بیمار را به پهلو بخوابانید در حالی که خط باسن کمی عقب تر از خط شانه ها قرار داشته و دو دست در جلوی سینه قرار گیرند. زانوها لازم است کمی خمیده باشند ، زانوی رویی بیشتر خم می شود.



۲- به کارگیری وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب

الف) یک بالش را زیر سر بیمار قرار دهید به طوری که سر و گردن در راستای مناسب با تنه قرار گیرند.

ب) یک بالش را زیر بازوی فوقانی در حالی که دست از آرنج خم شده است قرار دهید. این امر از چرخش و نزدیک شدن شانه ها به هم و ایجاد فشار بر قفسه سینه جلوگیری می کند. در صورتی که بیمار مبتلا به سختی تنفس می باشد دست را طوری وضعیت دهید که فشاری بر قفسه سینه وارد نشود.

ج) ۲ یا تعداد بیشتری بالش را زیر پای رویی طوری قرار دهید که این پا به موازات سطح تخت قرار گیرد. این امر مانع از نزدیک شدن پاها به هم و ایجاد فشار بر پای زیرین می شود.

د) دقت کنید که هنگام وضعیت دادن به بیمار فاصله مفاصل شانه از یکدیگر و فاصله مفاصل لگن از یکدیگر نیز به یک میزان باشد.



ه) در صورت لزوم حوله تا شده ای را در فضای خالی ناحیه کمر قرار دهید این امر از انحراف جانبی ستون فقرات جلوگیری می کند.

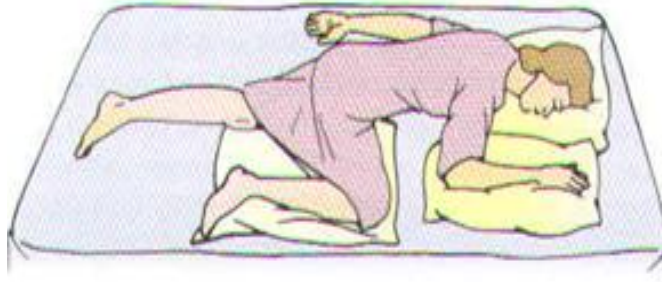
و) با استفاده از یک بالش در طول پشت بیمار او را در وضعیت به پهلو خوابیده ثابت نگه دارید . چنانچه بیمار به خوبی وضعیت داده شده باشد استفاده از بالش در طول پشت ضرورتی ندارد.

۳- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزش یابی در پرونده بیمار یادداشت کنید و موارد غیر طبیعی را به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

وضعیت نامناسب بیمار ناشی از وضعیت های غیر صحیح (مثال: خمیدگی جانبی گردن، چرخش داخلی شانه ها ، نزدیک شدن دست رویی به تنه ، چرخش داخلی لگن، نزدیک شدن پای رویی به بدن ، احتمال انحراف جانبی ستون مهره ها از ناحیه کمر، چرخش ستون مهره های کمری و افتادگی پاها) علائم مربوط به نواحی تحت فشار ناشی از وضعیت قبلی آسایش بیمار

قرار دادن بیمار در وضعیت یک طرفه (نیمه به روی شکم)



اهداف

۱- تغییر وضعیت دادن بیمار و پیشگیری از صدمه پوستی

۲- برقراری آسایش بیمار

۳- تسهیل در خروج ترشحات از دهان و پیشگیری از آسپیراسیون

نکات مورد بررسی

وجود نواحی تحت فشار در وضعیت یکطرفه از قبیل پهلوئی سر (ناحیه گیجگاهی ، گوش) ، شانه زیرین ، تروکانتر بزرگ پای زیرین ، قسمت خارجی زانوی پای زیرین ، قسمت داخلی زانوی پای رویی ، قوزک خارجی مچ پای زیرین ، قوزک داخلی مچ پای رویی ، قسمت داخلی مفصل داخلی آرنج رویی

وسایل لازم

چهار عدد بالش کوچک، کیسه شن یا حوله تا شده

روش کار

- ۱- بیمار را به پهلو بخوابانید با این تفاوت که وزن بدن بیمار بر سطح قدامی شانه و لگن وارد شود در این حالت دست زیرین بیمار به طرف پشت قرار گرفته ، دست رویی از ناحیه شانه و آرنج خم می شود پلوی رویی کاملاً در ناحیه لگن و زانو خم شده و تا کمر بالا می آید ، پای زیرین به میزان کمتری در ناحیه لگن و زانو خم می شود.
- ۲- به کارگیری وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب:

الف) یک بالش کوچک را زیر سر بیمار قرار دهید. چنانچه هدف تسهیل خروج ترشحات دهان می باشد. از قرار دادن بالش زیر سر اجتناب کنید.

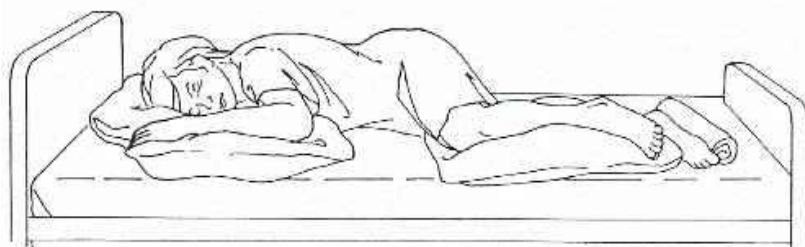
ب) یک بالش را در فضای بین قفسه سینه و شکم ، و بازوی فوقانی و تشک قرار دهید. این امر مانع از چرخش داخلی شانه و نزدیک شدن آن به تنه می گردد.

ج) یک تا دو بالش را در فضای بین شکم ، لگن، ران فوقانی و تشک قرار دهید. این امر از چرخش داخلی مفصل لگن و نزدیک شدن آن به مرکز بدن جلوگیری کرده و همچنین انحنای کمر را کاهش می دهد.

د) دقت کنید که هنگام وضعیت دادن به بیمار فاصله مفاصل شانه از همدیگر و فاصله مفاصل لگن از یکدیگر به یک میزان باشد.

ه) با استفاده از یک کیسه شن در کف پای بیمار از افتادگی پا جلوگیری کنید.

۳- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی مداخلات انجام شده ، نکات مورد ارزشیابی و موارد غیر طبیعی به پرستار مسئول گزارش کنید.



نکات مورد ارزشیابی

وضعیت نامناسب بیمار ناشی از وضعیت های غیر صحیح قبلی (برای مثال خمیدگی جانبی گردن، چرخش داخلی شانه و نزدیک شدن آن به تنه ، چرخش داخلی لگن و نزدیک شدن پای رویی به بدن ، چرخش ستون مهره ها در ناحیه سینه و کمر ، انحراف جانبی کمر ، افتادگی پا علائم مربوط به نواحی تحت فشار ناشی از وضعیت قبلی ، آسایش بیمار .

حمام دادن بیمار

قبل از تصمیم به حمام دادن باید موارد زیر را مشخص کنید :

۱. نوع حمام مورد نیاز بیمار و میزان نیاز بیمار به کمک و مراقبت (در این مورد از پرستار مسئول بیمار سوال کنید) .
۲. ایجاد هماهنگی بین نوع حمام و سایر مراقبت هایی که بیمار دریافت می کند مثل رفتن به فیزیوتراپی یا عکسبرداری و ... این امر از خستگی غیر ضروری بیمار پیشگیری می کند .
۳. پوشش های لازم جهت تعویض تخت بیمار
۴. ابتلای بیمار به بیماری هایی نظیر هپاتیت یا ایدز چون برای پیشگیری از آلودگی حتماً باید دستکش پوشید .

اهداف

- تمیز کردن پوست از میکروارگانیسم ها ، ترشحات و مواد دفعی بدن و سلول های مرده پوست
- تحریک گردش خون پوست
- برقراری آسایش و راحتی بیمار
- ایجاد احساس خوشایند در بیمار
- رفع بوی نامطبوع بدن

نکات مورد بررسی

وضعیت پوست (رنگ ، قوام و حالت ، وجود لکه های رنگی ، درجه حرارت ، ضایعات ، خراشیدگی ها) ، خستگی ، وجود درد و نیاز اقدامات جنبی دیگر به طور مثال دادن مسکن قبل از حمام ، دامنه حرکتی مفاصل و جنبه های دیگر وضعیت سلامت بیمار که بر فرآیند حمام دادن بیمار موثر است .

موارد احتیاط

- برای جلوگیری از سقوط بیمار باید نرده کنار تخت طرف مقابل بالا برده شود .
- هنگام شستن چشم های بیمار نباید از صابون استفاده شود .
- در مورد حساسیت به صابون و لوسیون مورد استفاده باید توجه شود .
- در صورتی که بیمار گچ دارد از مرطوب شدن آن جلوگیری شود .

حمام در تخت

وسایل لازم

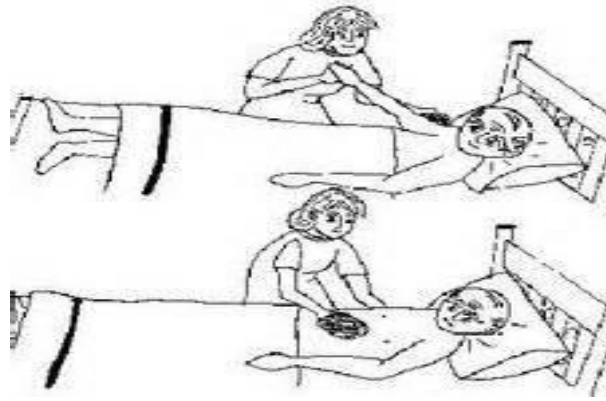
یک عدد ملافه بزرگ ، یک عدد حوله حمام ، یک عدد حوله صورت ، یک عدد لیف ، لباس تمیز ، یک عدد لگن حمام ، صابون ، آب گرم با درجه حرارت ۴۳-۴۶ درجه سانتی گراد (در حدی که پوست دست را نسوزاند) ، لگن یا لوله ادرار ، لوسیون یا ماده چرب کننده ، دستکش یک بار مصرف در صورت لزوم ، ناخن گیر یا قیچی ناخن ، شانه یا برس مو ، ملافه به تعداد مورد نیاز

روش کار

۱. وسایل را کنار تخت ببرید و به او بگویید که می خواهید چه کاری انجام دهید .
۲. درجه حرارت اتاق باید متناسب با فصل تنظیم شده باشد .
۳. خلوت بیمار را فراهم کنید ، در صورت لزوم به بیمار لگن یا لوله ادرار بدهید و دست های خود را بشویید .
۴. در صورت نیاز ارتفاع تخت را بالا ببرید .
۵. ملافه های پایین تخت را شل کنید .

۶. روتختی و پتو را از روی بیمار برداشته ، در صورت لزوم ملافه بزرگ دیگری را به روش صحیح روی بیمار بیاندازید و ملافه رویی را بردارید . در صورت استفاده مجدد از پوشش های تخت (پتو / روتختی) آنها را تا کرده و روی صندلی قرار دهید . در غیر این صورت آنها را در کیسه لباس های کثیف بیاندازید .
۷. در صورت امکان بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید .
۸. در صورت امکان بالش را از زیر سر بیمار برداشته و او را به نزدیک خود بکشید .
۹. لباس بیمار را از زیر ملافه بیرون آورده به کیسه لباس های کثیف یا کیسه پلاستیکی بیاندازید .
۱۰. لگن حمام را با آب گرم در درجه حرارت مناسب پر کنید .
۱۱. حوله صورت را زیر چانه روی سینه بیمار پهن کنید .
۱۲. با استفاده از لیف و آب ساده چشم های بیمار را تمیز کنید . برای این منظور از هر گوشه لیف برای یکی از چشم ها استفاده کنید . برای شستشوی هر چشم از گوشه داخلی شروع کرده تا گوشه خارجی امتداد دهید ، سپس بقیه قسمت های صورت را بشویید . در پایان با استفاده از حوله ، صورت را کاملاً خشک کنید . در صورت تمایل بیمار می توانید صورت را با آب و صابون بشویید .
۱۳. گردن و گوش های بیمار را نیز شسته ، با لیف آغشته به آب ساده آبکشی کرده و خشک کنید .
۱۴. به روشی که آموخته اید دست های بیمار را بشویید و خشک کنید .





۱۵. اگر بیمار خانم است حوله را روی سینه او پهن کنید و ملافه را تا پایین شکم تا کنید .

۱۶. اگر بیمار می تواند از او بخواهید دست هایش را بالای سرش بگذارد .

۱۷. سینه ها و زیر بغل بیمار ، شکم و ناف او را با لیف آغشته به آب و صابون بشویید ، با آب ساده تمیز و سپس خشک کنید .

۱۸. با ملافه روی بیمار را بپوشانید .

۱۹. در هر مرحله که لازم است آب لگن را عوض کنید .

۲۰. پاها را مثل دست ها یکی یکی با حفظ پوشیدگی بیمار به شیوه ای که آموخته اید بشویید و خشک کنید .



۲۱. تمام چین های لای انگشتان ، کشاله ران و چین زیر باسن را به دقت شستشو بدهید .

۲۲. بیمار را به شکم بخوابانید و پشت او را به همین روش بشویید و کاملاً خشک کنید . اگر تغییر وضعیت بیمار به صورت کامل امکان ندارد به یک پهلو بخوابانید و پشت او را شستشو بدهید .

۲۳. اگر بیمار قادر است اجازه دهید دستگاه تناسلی اش را خودش بشوید . در غیر این صورت برای این کار به او کمک کنید یا برای او انجام دهید .

۲۴. لباس های بیمار را به او بپوشانید .

۲۵. اگر ناخن های دست یا پای بیمار بلند است ، در صورتی که خودش می تواند ناخن گیر یا قیچی ناخن را در اختیارش بگذارد و به او کمک کنید تا ناخن هایش را کوتاه کند در غیر این صورت خودتان این کار را برایش انجام دهید .

۲۶. موهای بیمار را شانه کرده و مرتب کنید .

۲۷. در صورت لزوم ملافه های تخت را تعویض کنید .

۲۸. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید و زنگ اخبار را در دسترس او بگذارید .

۲۹. از وسایل مورد استفاده مراقبت لازم را به عمل آورید .

۳۰. دست های خود را بشویید .

۳۱. مشاهدات خود را در مورد وضعیت پوست و مداخلات انجام شده به اطلاع پرستار مسئول بیمار برسانید .

حمام دوش

وسایل لازم

حوله حمام ، صابون و شامپو ، شانه ، لیف ، لباس تمیز ، روسری در صورت لزوم و صندلی

روش کار

۱. روش کار را به بیمار بگویید .

۲. حمام را برای بیمار آماده کنید و شیوه تنظیم درجه حرارت آب را به او بگویید یا برایش انجام دهید و طرز باز و بسته کردن شیرها را برای بیمار شرح دهید .

۳. وسایل بیمار را آماده کرده و داخل حمام بگذارید .

۴. بیمار را تا حمام همراهی کنید و در صورت لزوم در بیرون آوردن لباس به او کمک کنید .

۵. تمام سوند های وریدی ، پانسمان ها یا گچ بیمار را با پوشش پلاستیکی به طور کامل بپوشانید تا مرطوب نشوند .
۶. زنگ اخبار را به بیمار نشان دهید .
۷. بیمار را به مدت ۱۰-۵ دقیقه تنها بگذارید تا خود را بشوید .
۸. در فواصل مختلف به او سر بزنید .
۹. بعد از اتمام حمام در صورت لزوم در خشک کردن و لباس پوشیدن به بیمار کمک کنید .
۱۰. بیمار را به اتاقش برگردانید و کمک کنید تا در وضعیت راحتی در تخت قرار بگیرد .
۱۱. وسایل را به محل خود بازگردانید و مراقبت لازم را از آنها به عمل آورید .
۱۲. مشاهدات و مداخلات خود را به پرستار مسئول بیمار گزارش دهید .

حمام وان

وسایل لازم

حوله حمام ، صابون و شامپو ، شانه ، لیف ، لباس تمیز ، روسری در صورت لزوم ، صندلی و کف پوش لاستیکی وان

روش کار

مشابه روش کار در حمام دوش می باشد با این تفاوت که پیش از پر کردن ، کف پوش لاستیکی را در وان قرار دهید تا از لیز خوردن بیمار پیشگیری کرده باشید .

نکات مهم در حمام دادن بیماران:

شیر خواران : بلافاصله پس از حمام کردن باید شیرخوار را خشک کرد و لباس بپوشانید ، زیرا آنها قادر به تنظیم درجه حرارت بدن خود نمی باشند و به سرعت حرارت از دست می دهند .

کودکان:

- براساس سطح رشد و تکامل کودک او را در حمام دادن مشارکت دهید.
- هنگام استفاده از حمام وان، کودک را تنها نگذارید.

سالمدان:

- سالمدان پوستی شکننده، خشک و با کاهش قابلیت ارتجاعی دارند.
- به منظور کاهش خشکی پوست، کمتر از صابون استفاده کنید.
- از پودر استفاده نشود زیرا باعث خشکی بیشتر پوست می شود و استنشاق آن نیز مضر است.
- افراد سالمند را باید از صدمات ناشی از استحمام با آب داغ برحذر داشت.

شستن موهای بیمار محدود به تخت



اهداف

- تحریک گردش خون پوست سر
- تمیز کردن موها و افزودن به حس خوشایند بودن در بیمار

وسایل لازم

ملافه بزرگ ، شانه یا برس مو ، حوله صورت ، سنجاق قفلی ، لگن مخصوص شستن سر یا سطل ، روبالشی پلاستیکی ، مشمع بزرگ ، لیف در صورت لزوم ، گلوله پنبه در صورت لزوم ، دو عدد پارچ بزرگ محتوی آب ولرم ، صابون یا شامپو ، حوله حمام ، روسری جهت خانم ها

روش کار

۱. مقررات موسسه ، دستور پزشک و پرستار مسئول بیمار را در نظر داشته باشید .
 ۲. لزوم شستن موها را برای بیمار شرح دهید .
 ۳. وسایل را کنار تخت بیمار ببرید و خلوت او را فراهم کنید .
 ۴. ملافه را روی بیمار بیاورید و پوشش های رویی بیمار را تا کرده و روی صندلی بگذارید .
 ۵. روبان ، گیره ، سنجاق و ... را از موهای بیمار باز کنید و موها را شانه بزنید .
 ۶. بیمار را به یکی از روش های زیر برای شستشوی سر آماده کنید :
- بالش ها را از زیر سرش بردارید ، تشک را به سمت پایین تخت بکشید یا قسمت بالای تشک را تا بزنید و بیمار را طوری در تخت بخوابانید که سرش از لبه تشک بیرون زده باشد . لگن مخصوص شستن سر را بالای تخت بگذارید .
 - بالش ها را بردارید . لگن مخصوص شستن سر را روی چهار پایه بگذارید . بیمار را به طور مایل در تخت بخوابانید تا سرش به طرف لگن تمایل داشته باشد .
۷. یکی از بالش ها را روکش پلاستیکی بکشید و زیر شانه های بیمار بگذارید .

۸. یک سر مشمع بزرگ را دور گردن بیمار و سر دیگر آن را داخل لگن یا سطل بگذارید .
۹. برای محافظت از چشم ها می توانید از لیف یا گاز مرطوب شده و برای محافظت از گوش ها می توانید از گلوله پنبه استفاده کنید .
۱۰. موهای بیمار را کاملاً خیس و به شامپو آغشته کنید .
۱۱. پوست و موی سر را با شامپو کاملاً ماساژ دهید تا به خوبی تمیز شود .
۱۲. موها را شانه بزنید و کاملاً آبکشی کنید .
۱۳. مشمع را جمع کنید و حوله را دور موهای بیمار ببندید .
۱۴. تشک و تخت را به حالت اولیه برگردانید و بیمار را به راحت ترین وضعیت ممکن بخوابانید .
۱۵. لباس و ملافه های بیمار را مرتب کنید و زنگ اخبار را در دسترس او قرار دهید .
۱۶. وسایل را به محل خود بازگردانید و مراقبت لازم را از آنها به عمل آورید .
۱۷. مشاهدات و مداخلات خود را به پرستار مسئول بیمار گزارش دهید .

ماساژ پشت

به دلیل طولانی بودن زمان تماس پوست با بستر ، هر زمان که امکان حرکت و خروج از تخت برای فرد وجود نداشته باشد (مانند بیماران با استراحت مطلق و بیهوش) خطر ایجاد زخم بستر ، بیمار را تهدید می کند . بنابراین لازم است که در این گونه از بیماران حداقل ۲ بار ، پشت و کلیه نواحی تحت فشار (در تماس با بستر) ماساژ داده شود .

ماساژ دارای خواص زیادی از جمله ایجاد احساس آرامش عمومی و ارتقاء گردش خون می باشد . ماساژ به تخفیف درد کمک می کند . ماساژ پشت و حمام دادن را می توان با یکدیگر ادغام نمود و به عنوان مراقبتی قبل از خواب بیمار و یا در صورت نیاز ارائه نمود .

اهداف

- برقراری تن آرامی و آسایش
- تحریک گردش خون ناحیه به میزان پیشگیری از زخم بستر
- تسکین انقباض عضلانی و یا درد
- رفع بی خوابی

وسایل لازم

ملافه ، لگن حمام ، صابون ، حوله ، لیف ، لوسیون یا مواد چرب کننده .

روش کار

قبل از ماساژ پشت مشخص کنید.

الف- وضعیت پوست قبلاً چگونه بوده است .

ب- از چه لوسیونی می توان استفاده کرد.

ج- وضعیت های غیرمجاز برای بیمار کدام است .

نحوه اجراء

۱. دست ها را بشویید .
۲. وسایل لازم را به کنار تخت بیمار ببرید .
۳. بیمار را از مراقبت مورد نظر مطلع کنید و خلوت او را فراهم کنید .
۴. در صورت امکان سر تخت را پایین بیاورید .
۵. ملافه را روی بیمار بیاورید و تمام پوشش های رویی را به طرف پایین تخت تا کنید .

۶. به بیمار کمک کنید تا لباس های نیم تنه خود را خارج کند .

۷. بسته به شرایط جسمی بیمار را در وضعیت مناسب به شکم یا پهلو بخوابانید .

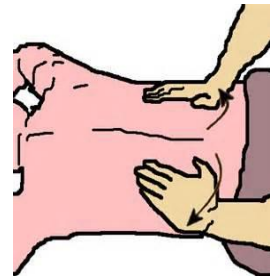
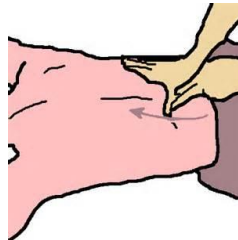
۸. لگن حمام را با آب ولرم پر کنید ، لوسیون یا مواد چرب کننده را در دسترس قرار دهید .

۹. پشت بیمار را با لیف آغشته به آب و صابون کاملاً شسته ، سپس با آب تمیز کرده و خشک کنید

۱۰. مقدار کمی لوسیون را کف دست خود بریزید . با مالش دست ها به یکدیگر دست هایتان را گرم

کنید .

۱۱. با حرکات دورانی کف دست و انگشتان ، پشت بیمار را ماساژ دهید .



۱۲. هنگام ماساژ دادن به نکات زیر توجه کنید :

- نقاط قرمز یا سفید رنگی که بعد از ماساژ محو نمی شوند .
- نواحی ترک خورده یا خشن در پوست آرنج و پاشنه ها
- نواحی تحت فشار باید به آرامی ماساژ داده شوند و در صورت وجود تظاهرات مربوط به صدمه بافتی ، اطراف ناحیه آسیب دیده ماساژ داده می شود .

۱۳. پس از پایان کار ، حوله را بردارید ، لباس های بیمار را بپوشانید ، ملافه های بیمار را تعویض یا

مرتب کنید و بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید .

۱۴. وسایل را به محل خود بازگردانید و مراقبت لازم را از آنها به عمل آورید .

۱۵. مشاهدات و مداخلات خود را به پرستار مسئول بیمار گزارش دهید .

نکات قابل توجه :

- ماساژ پشت در بیماران قلبی ، افراد مبتلا به شکستگی استخوان ، مجاور محل جراحی شده و افراد مبتلا به بیماری ها و صدمات پوستی باید با احتیاط و در صورت لزوم با تجویز پزشک انجام شود .
- ماساژ نقاط تحت فشار در مورد بیماران بیهوش ، فلج ، بدون کنترل ادرار و مدفوع ، فوق العاده لاغر ، دارای تورم و یا مبتلا به اختلالات متابولیکی و بیمارانی که قادر به خروج از تخت نبوده و یا استراحت مطلق دارند قابل اهمیت است .
- نقاط مهمی که باید برای جلوگیری از زخم بستر مورد توجه قرار گیرد عبارتند از : پشت ، شانه ، ستون مهره ها ، ناحیه خاجی ، باسن ، روی زانو ، قوزک پا ، پاشنه پا ، روی انگشتان پا و آرنج

کمک به پرستار در مراقبت های مربوط به عمل جراحی

هدف

پیشگیری از ناراحتی ها و عوارض بعد از عمل جراحی

الف: کمک به پرستار در مراقبت های روز قبل از عمل جراحی

۱. حمایت مددجو از نظر روانی، حدالامکان به سوالات مددجو جواب داده شود.

۲. رعایت محدودیت های غذایی قبل از عمل

۳. برطرف کردن نیازهای دفعی بیمار

۴. شیو محل عمل طبق دستور و نوع عمل جراحی. این عمل میکرووارگانیزم های موجود روی پوست را کاهش و احتمال عفونت را کم می کند.
۵. برطرف کردن نیازهای بهداشتی خاص مددجو (تمیز و کوتاه نگهداشتن ناخن ها- حمام دادن).
۶. فراهم کردن وسایل استراحت . استراحت ، اضطراب قبل از عمل را به حداقل می رساند.

ب: کمک به پرستار در مراقبت های روز جراحی:

۱. کنترل باند مشخصات دست مددجو
۲. کمک به بهداشت دهان و دندان بیمار در صورت NPO بودن مددجو
۳. پاک کردن آرایش مددجو و برداشتن وسایل مصنوعی مددجو (لنز- مژه ی مصنوعی و دندان مصنوعی و دندان های از دست داده را بررسی کنید)
۴. خالی بودن مثانه و روده ی مددجو
۵. قرار دادن وسایل با ارزش در جای مناسب (محال اختصاصی بیمارستان).
۶. پوشانیدن گان عمل، جوراب و کلاه مخصوص
۷. کمک به مددجو تا روی برانکارد قرار گیرد و اطمینان از بسته شدن بندهای برانکارد و پوشش آن
۸. همراهی نمودن مددجو تا اتاق عمل و تحویل مددجو با پرونده ی کامل به اتاق عمل

ج: کمک به پرستار در مراقبت های بعد از عمل جراحی:

۱. کمک به قرارگیری مددجو در وضعیت ایمن به طوریکه صورت به یکطرف برگردانیده شود و گردن کمی به حالت کشیده به عقب باشد. این عمل از آسیبیره شدن مواد استفراغ شده و انسداد راه هوایی مددجو جلوگیری می کند.
۲. بررسی رنگ پانسمان ، بو ، ترشحات و خونریزی آن ، خونریزی از خطرناک ترین عوارض بعد از عمل می باشد .

۳. کنترل لوله های درن و سوندهای مددجو از نظر باز بودن

۴. فراهم آوردن محیط ایمن ، بالا گذاردن نرده های کنار تخت ، در اختیار گذاشتن زنگ در کنار تخت و نصب تابلوی سیگار کشیدن ممنوع در صورت استفاده ی بیمار از اکسیژن. این عمل از صدمات احتمالی جلوگیری می کند .

۵. گزارش درد و کمک به مددجو به پرستار مسئول

آماده کردن پوست برای جراحی

اهمیت و روش شیو کردن

قبل از آماده کردن پوست برای عمل جراحی لازم است دستور پزشک از پرستار مسئول بیمار پرسیده شود و مقررات مؤسسه و آلرژی های ثبت شده بیمار نسبت به محلول های مورد استفاده در آماده سازی پوست مشخص شود.

هدف :

-آمادگی بیمار جهت عمل جراحی

-کاهش خطر عفونت زخم بعد از عمل جراحی

وسائل لازم :

۱ - نور مناسب به نحوی که وجود موهای روی پوست را کاملا نشان دهد .

۲ - پتوی حمام برای پوشانیدن بیمار

۳ - وسائل لازم برای تراشیدن خشک

الف : ماشین اصلاح الکتریکی با لبه های تیز و دندان سالم

ب : در صورت لزوم قیچی برای موهای بلند

۴ - وسایل لازم برای تراشیدن مرطوب

الف - ست آماده کردن پوست شامل :

- خود تراش یکبار مصرف

- لگن دو قسمتی یا دو کاسه تمیز یا استریل در اندازه بزرگ

- گاز استریل

ب- آب گرم برای درست کردن محلول صابونی

ج- مشمع و رویه

د- اسفنج و محلول صابون

۵- اپیلکاتور برای تمیز کردن نواحی کوچک مثل ناف

۶- محلول ضد عفونی کننده در صورت لزوم

۷- دستکش با پنس استریل

۸- گاز استریل

۹- شان استریل در صورت لزوم

طریقه عمل :

قبل از تراشیدن ناحیه :

۱- دستور پزشک را برای اطلاع از محل عمل و ناحیه‌های که باید تراشیده شود کنترل کنید .

۲- برای بیمار شرح دهید که چه کاری را میخواهید انجام دهید .

۳- تمامی نواحی بدن بیمار به جز ناحیه‌های را که قرار است در یک بار بتراشید بپوشانید. در هر بار تراشیدن

تقریباً ناحیه‌های به اندازه ۱۵ سانتیمتر تراشیده میشود.

تراشیدن خشک :

۱- مشمع و رویه را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید .

۲- مطمئن شوید که ناحیه خشک است .

۳- ناحیه را با ماشین اصلاح الکتریکی بتراشید ، فشاری به کار نبرید چون باعث سائیدگی پوست خصوصا در نواحی استخوانی خواهد شد .

۴- پتوی حمام را از روی ناحیه مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۱ و ۲ را تکرار کنید تا تمامی ناحیه مورد نظر ، تراشیده شود .

تراشیدن مرطوب :

۱- مشمع و حوله را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید .

۲- پوست را به خوبی با محلول صابونی آغشته کنید .

۳- پوست را بکشید و خودتراش را در زاویه ۴۵ درجه با پوست در دست بگیرید و در جهت رشد موهای بدن بتراشید عمل تراشیدن را با فشار اندکی انجام داده و مرتبا خودتراش را آبکشی کنید .

۴- موهای تراشیده شده را با اسفنج پاک کنید .

۵- پتوی حمام را مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۲-۴ را تکرار کنید تا تمامی پوست مورد نظر تراشیده شود .

تمیز کردن و ضدعفونی کردن پوست :

۱- قسمت‌های مختلف مثل ناف ، ناخنها یا مجرای گوش را با اپلیکاتور و محلول ضدعفونی کننده پاک کرده و سپس خشک کنید .

۲- چنانچه لازم است از محلول ضدعفونی کننده استفاده شود آن را بلافاصله بعد از تراشیدن ناحیه به کار ببرید.

جهت ضدعفونی کردن میتوانید از دستکش یا پنس استریل به همراه گاز استریل آغشته به محلول ضدعفونی

کننده استفاده کنید. سپس اجازه بدهید این محلول به حد کافی روی محل باقی بماند (نوع محلول و مدت

زمان استفاده از آن بستگی به قوانین بیمارستان دارد) سپس ناحیه را با گاز استریل خشک کنید .

۳- ناحیه را در صورت لزوم با پارچه استریل پوشانده و آن را با چسب به عضو ثابت کنید .

پس از تراشیدن :

- ۱ - پایان یافتن عمل را به پرستار مسئول گزارش کنید ، چون در برخی بیمارستانها پرستار مسئول باید ناحیه را کنترل کند ، هرگونه سائیدگی روی پوست را که از قبل وجود داشته و یا در اثر خودتراش به وجود آمده به پرستار مسئول گزارش دهید .
- ۲ - مشمع و رویه و پتوی حمام را به دقت بردارید به نحوی که موهای تراشیده شده روی تخت نریزد .
- ۳ - وسایل را شسته و مواد یکبار مصرف را دور بیندازید .
- ۴ - تراشیدن ناحیه عمل و هرگونه مشاهداتی را که در هنگام انجام روش با آن مواجه شده‌اید ثبت نمائید.(مثل سائیدگی یا خراشیدگی یا واکنش بیمار) .

آماده نمودن تخت بعد از عمل

هدف: فراهم نمودن تختی راحت ، مناسب و امن برای بیمار بعد از عمل

وسایل لازم :

۱. دو عدد بزرگ
۲. دو عدد ملحفه کوچک
۳. دو عدد مشمع (یکی بزرگ ، یکی کوچک)
۴. یک عدد رو تختی
۵. یک عدد روبالشی
۶. یک عدد روبالشی مشمع
۷. یک عدد پتو
۸. یک عدد بالش

طریقه عمل :

۱- بعد از اینکه بیمار به اطاق عمل رفت ، کلیه ملحفه‌های تخت را به طور کامل جمع کنید .



۲- دستها را بشوئید .

۳- وسایل آماده شده را به کنار تخت بیاورید و به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی قرار دهید .

۴- ملحفه روی تشک را مطابق معمول درست کنید .

۵- مشمع بزرگ را در وسط تخت قرار دهید ، به طوری که ۴۰ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد .

۶- یکی از ملحفه‌های کوچک را روی مشمع قرار دهید به طوری که ۳۵ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد. مشمع و رویه را با هم به زیر تشک ببرید .

۷- مشمع کوچک را طوری در بالای تشک قرار دهید که حداقل ۱۰ سانتیمتر به روی ملحفه کوچک قرار گیرد .

۸- ملحفه کوچک دوم را بر روی مشمع کوچک قرار دهید به طوری که در حدود ۲۰ سانتیمتر روی ملحفه کوچک اول برگردد.

۹- مشمع و ملحفه کوچک را از بالا به زیر تشک برده مطابق معمول گوشه بسازید .

۱۰- به طرف دیگر تخت بروید ملحفه‌های کوچک و مشمعها را به صورت بادبزی تا کنید.

۱۱- ملحفه زیر ، مشمعها و ملحفه‌های کوچک را به ترتیب قبل به زیر تشک بزنید.

۱۲- ملحفه بزرگ را روی تخت پهن کنید.

۱۳- پتو را به فاصله ۲۵ سانتیمتر از بالای تشک به روی ملحفه قرار دهید.

۱۴- رو تختی را به فاصله ۲۰ سانتیمتر از بالای تشک روی پتو قرار دهید .

۱۵- قسمت بالای ملحفهها را مطابق معمول مرتب کنید .

۱۶- در قسمت پائین تخت زیادی پوششهای رو را برگردانید تا مساوی با لبه تشک شود .

۱۷- قسمت بالا و پائین پوششهای رو را بطور مثلثی تا کرده ، سپس از عرض تا بزنید ، تا همه در قسمت دیگر تخت قرار گیرد .



FIGURE 38-15 Surgical or recovery bed

۱۸- بالش را در روبالشی قرار داده روی صندلی کنار تخت بگذارید .

۱۹- صندلی و میز روی تخت را در جهتی قرار دهید که مزاحم برانکار حامل بیمار نشود .

۲۰- واحد بیمار را مرتب نموده هوای اطاق را عوض کنید .

وسائل لازم کنار تخت بعد از عمل :

۱- وسائل دهان شویه

۲- پایه سرم

۳- ورقه جذب و دفع مایعات

۴- ورقه کنترل علائم حیاتی

۵- نرده کنار تخت

۶- حوله صورت و رسیور

لوازم دیگری که ممکن است برای آن عمل به خصوص لازم باشد نظیر :

۱- اکسیژن

۲- ساکشن

۳- دستگاه فشار خون

۴- گوشی و غیره

دادن پاشویه

اهداف

- کاهش درجه حرارت بدن

- جلوگیری از افزایش درجه حرارت بدن

وسایل لازم

ظرف یا رسیور حاوی آب سرد ، لیف حمام ، گاز یا چند تکه پارچه تمیز ، پاراوان ، پتوی حمام ، ملافه در صورت نیاز ، دماسنج استریل ، دستکش یک بار مصرف.

روش کار

۱. وسایل مورد نیاز را آماده کنید.
۲. اقدام مورد نظر را برای بیمار توضیح دهید و خلوت او را فراهم کنید.
۳. با استفاده از پاراوان و بستن درب و پنجره ها یک محیط خصوصی برای بیمار مهیا کنید.
۴. دستهای خود را بشویید.
۵. درب و پنجره های اتاق را ببندید.
۶. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.
۷. مشمع و رویه را زیر بدن بیمار پهن کنید.
۸. با استفاده از پتوی حمام روی بیمار را بپوشانید و لباس های او را در بیاورید.

۹. آب را داخل ظرف بریزید و درجه حرارت آن را کنترل نمائید (درجه حرارت آب ۳۲ درجه سانتیگراد باشد).

۱۰. در صورتی که بیمار کودک باشد وان حمام را کمتر از ۵ سانتیمتر پر کنید.

۱۱. هرگز از آب یخ برای انجام این کار استفاده نکنید.

۱۲. گاز یا لیف ها را درون آب سرد قرار دهید.

۱۳. لیف را فشار دهید تا آب آنها گرفته شود و فقط مرطوب باشد.

۱۴. صورت بیمار را با استفاده از لیف آغشته به آب ساده شسته و خشک کنید.

۱۵. چهار عدد از لیف های خیس شده را از درون محلول خارج کرده، کمی فشار داده سپس زیر بغل ها و کشاله ران قرار دهید.

۱۶. حوله حمام را زیر دست بیمار پهن کنید. لیف را از درون محلول بیرون آورده، سپس دست بیمار را به آهستگی بشویید.

۱۷. هر چند لحظه لیف ها را با لیف دیگری که درون محلول است عوض کنید.

۱۸. در صورت لزوم آب را تعویض کنید.

۱۹. هر ۱۵ دقیقه یکبار علایم حیاتی بیمار کنترل شود.

۲۰. پس از این که درجه حرارت بیمار به حالت طبیعی رسید، پاشویه را قطع کنید.

۲۱. لباس های بیمار را بپوشانید.

۲۲. بیمار را با یک ملافه بپوشانید.

۲۳. وسایل را جمع آوری کنید.

۲۴. دستها را بشویید.

۲۵. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی به پرستار مسول گزارش دهید.

تنقیه کردن

اهداف

- تحریک حرکات دودی و رفع یبوست یا نفخ
- نرم کردن مدفوع و چرب کردن ناحیه راست روده و کولون
- تمیز کردن نواحی راست روده و کولون برای انجام معاینه
- تخلیه روده ها قبل از عمل جراحی یا انجام زایمان به منظور پیشگیری از دفع ناگهانی و آلودگی های بعدی

نکات مورد بررسی

بعد از تخلیه روده توجه به مقدار ، رنگ و محتویات مدفوع ، وجود اتساع شکم (شکم متسع و متورم همراه با احساس سفتی در لمس) ، قدرت کنترل اسفنکتر توسط بیمار ، توانایی بیمار برای استفاده از توالت یا لگن در تخت.

تنقیه شستشویی

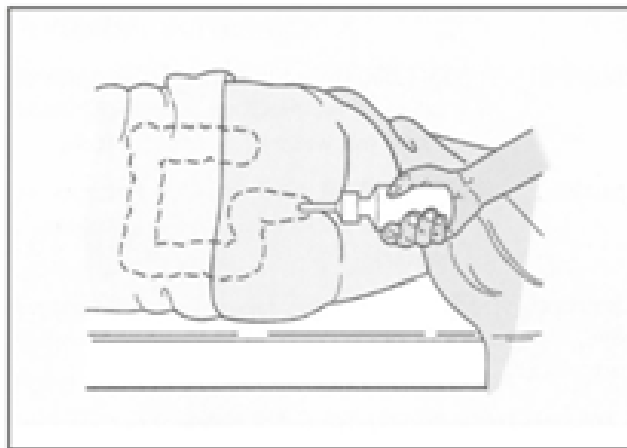
وسایل لازم :

سینی حاوی : لوله لاستیکی بلند در حدود ۵۰ سانتیمتر ، شیشه رابط و پیچ کنترل ، لوله رکتال شماره مناسب ، ظرف تنقیه ، دماسنج آب ، محلول دستور داده شده به مقدار لازم ، پارچ مدرج ، ماده چرب کننده ، کاغذ توالت ، ریسپور ، دستکش یکبار مصرف ، یک عدد ملافه ، مشمع و رویه ، لگن توالت و رویه ، پایه سرم



روش کار

۱. دستور پزشک را با پرستار بخش به دقت کنترل کنید.
۲. بیمار را از برنامه مراقبتی مورد نظر مطلع کنید ، دانستن این نکته ضروری است که با ورود محلول تنقیه بیمار احساس پری خواهد کرد.
۳. وسایل را مطابق دستور زیر در اتاق کار مهیا کنید:
 - الف - یک سر لوله بلند را به ظرف تنقیه وصل کرده ، سر دیگر آن را به شیشه رابط متصل کنید.
 - ب - لوله رکتال را به سر آزاد شیشه رابط وصل کنید.
 - ج - پیچ کنترل را به لوله متصل کنید و ببندید ، چنانچه پیچ کنترل موجود نیست از پنس استفاده کنید.
 - د - محلول را درون پارچ مدرج آماده کنید ، حجم محلول را مطابق دستور پزشک یا نوع تنقیه تهیه کنید ، با دماسنج گرمای محلول آماده شده را اندازه بگیرید (حرارت مناسب در حدود ۳۴-۴۰ درجه سانتی گراد می باشد .)
 - و - پیچ کنترل را شل کنید و اجازه دهید که مقدار کمی محلول از لوله خارج شود . بدین ترتیب هوای داخل لوله ها خارج شده ، درضمن از باز بودن لوله مطمئن شوید و سپس پیچ کنترل را ببندید.
 - ز - مقدار کمی ماده چرب کننده را روی کاغذ توالت گذاشته ، به دور ۵ سانتیمتر ابتدای لوله رکتال بپیچید ، سر لوله رکتال را درون رسیور قرار دهید.
 - ح - وسایل آماده شده را درون سینی قرار دهید.
۴. سینی آماده شده را به اتاق بیمار برده ، خلوت او را فراهم آورید.
۵. با استفاده از ملافه، پوششهای روی بیمار را به طرف پایین تخت تا کنید.
۶. بالش ها را از زیر سر بیمار بردارید، در صورت لزوم فقط از یک بالش استفاده کنید.
۷. مشمع و رویه را زیر باسن بیمار پهن کنید، شلوار بیمار را تا حد زانوهای پایین بکشید.
۸. بیمار را به لبه تخت نزدیک خودتان بیاورید و او را به پهلوئی چپ برگردانید ، طوری که پشتش به طرف شما باشد ، سپس از او بخواهید که زانوی راست را تا حد ممکن خم کند.
۹. دستکش را بپوشید



قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلوئی چپ برای انجام انما

۱۰. لگن توالت را زیر ملافه پایین تخت قرار دهید و بیمار را به دست چپ بخوابانید.

۱۱. ظرف حاوی محلول تنقیه را با ارتفاع ۳۰ سانتیمتر از سطح تخت به پایه سرم آویزان کنید.

۱۲. ملافه را به طرف مقابل تا کنید به طوری که باسن بیمار برهنه شود.

۱۳. کاغذ توالت را که دور لوله رکتال پیچیده بودید بردارید ، دقت کنید که مواد چرب کننده ، سوراخ لوله را

مسدود نکرده باشد.

۱۴. سر لوله رکتال را در دست راست گرفته ، با دست چپ لب های باسن را از هم جدا کرده و لوله را در حدود

۱۰-۱۵ سانتی متر به آرامی به طرف بالا در جهت ناف وارد مقعد کنید. برای تسهیل ورود لوله از بیمار

بخواهید که نفس عمیق بکشد. این امر موجب شل شدن اسفنکتر می شود. هرگز لوله را با فشار وارد نکنید ،

در صورت وجود مقاومت لوله را خارج کرده و به پرستار مسئول گزارش دهید.

۱۵. در حالی که لوله را با دست چپ در محل نگه داشته اید ، با دست راست پیچ کنترل را باز کنید تا محلول وارد

راست روده شود.

۱۶. به منظور جلوگیری از ورود سریع مایع به روده ، ارتفاع ظرف تنقیه از مقعد هرگز نباید بیشتر از ۳۰ سانتیمتر

باشد.

۱۷. از بیمار بخواهید که نفس عمیق بکشد و عضلات خود را شل کند.

۱۸. چنانچه هدف از تنقیه ، شستشوی بخش وسیعتری از روده بزرگ باشد ، از بیمار بخواهید حین تنقیه از پهلوی چپ به پشت و سپس به پهلوی راست بخوابد. در این حالت باید به ارتفاع ظرف تنقیه کمی (حداکثر تا ۴۵ سانتیمتر) افزوده شود.

۱۹. در صورت احساس پری یا درد از طرف بیمار جریان مایع را به مدت ۳۰ ثانیه قطع کنید ، پس از رفع دل درد جریان را با سرعت کمتر شروع کنید.

۲۰. جریان مایع را از شیشه رابط کنترل کنید ، در ضمن به ظرف تنقیه نگاه کنید که محلول تمام نشود.

۲۱. پس از عبور کل محلول از شیشه رابط یا چنانچه بیمار قادر به کنترل خود نیست ، پیچ کنترل را ببندید و سر لوله رکتال را از راست روده خارج کنید. در طی خارج شدن ، لوله را با کاغذ توالت بپوشانید و آن را درون رسیور قرار دهید.

۲۲. از بیمار بخواهید که در وضعیت خود باقی مانده، برای مدت ۱۰-۵ دقیقه محلول را درون روده خود نگه دارد .

۲۳. در صورتی که بیمار قادر به خروج از تخت می باشد ، دستکش های خود را خارج کرده ، در رفتن به توالت او را کمک کنید ، از بیمار بخواهید که بعد از اجابت مزاج سیفون را نکشد تا چگونگی وضعیت دفع مورد مشاهده قرار گیرد.

۲۴. به محض زنگ زدن به اتاق بیمار برگشته ، در صورت لزوم در تمیز کردن پرینه و مقعد به او کمک کنید.

۲۵. لگن را از زیر بیمار برداشته ، روی آن را بپوشانید و روی صندلی قرار دهید.

۲۶. مشمع و رویه را از زیر بیمار بردارید.

۲۷. دستکش ها را خارج کنید.

۲۸. وسایل شستشوی دست را در اختیار بیمار قرار دهید.

۲۹. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید ، تخت را مرتب کنید. در صورت نیاز هوای اتاق را تهویه کنید.

۳۰. وسایل را به محل مربوط برگردانیده ، توجه لازم را از آنها به عمل آورید.

۳۱. لگن را به اتاق مخصوص ببرید ، در رنگ ، مقدار و چگونگی مدفوع دقت کنید.

۳۲. لازم است لگن تمیز شده و در محل مخصوص قرار گیرد.

۳۳. دستها را بشوید.

۳۴. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده (نوع تنقیه ، حجم محلول، درجه حرارت محلول و ...) و نکات مورد ارزشیابی (مقدار، رنگ ، محتویات محلول برگشتی ، تسکین نفخ شکم) به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

مقدار، رنگ و محتویات محلول برگشتی ، تسکین نفخ شکم ، هر گونه مشکل پدید آمده (مثل مقاومت در محل اسفنکتر خارجی یا داخلی هنگام ورود لوله).

تنقیه باقیماندنی

معمولا با حجم کم (۲۱۰ - ۹۰ میلی لیتر) با درجه حرارت ۳۳ درجه سانتی گراد به وسیله یک لوله رکتال و قیف داده می شود . بیمار لازم است حداقل برای مدت ۳۰ دقیقه محلول تنقیه را در روده خود نگه دارد .

تنقیه بیماری که کنترل مدفوع ندارد

چنانچه بیمار قادر به کنترل عضله اسفنکتر خارجی مقعد می باشد ، لازم است در وضعیت به پشت خوابیده در حالی که لگن توالت زیر او قرار دارد و سر تخت در حدود ۳۰ درجه بالا آورده شده است تنقیه شود . در این حالت با فشردن لب های باسن به همدیگر می توان از خروج سریع محلول تنقیه جلوگیری کرد.

تنقیه برگشتی

هدف

تحریک حرکات دودی و خارج کردن گازهای رودهای

نکات مورد بررسی:

مقدار محلول وارد شده ، وجود نفخ شکم ، درد شکم یا احساس پری ، تعداد و کیفیت تنفس ها

وسایل لازم

لوله رکتال ، قیف ، آب با درجه حرارت ۴۰ درجه سانتی گراد (۲۰۰ - ۱۰۰ میلی لیتر) ، ماده لغزنده کننده ، رسیور ، لگن توالت ، کاغذ توالت ، مشمع و رویه ، دستکش یکبار مصرف

روش کار

ضمن رعایت کلیه موارد ذکر شده در تنقیه شستشویی ، جهت تنقیه برگشتی به طریق زیر عمل می شود:

۱. بیمار روی پهلوئی راست می خوابد در حالی که ناحیه باسن به لبه تخت نزدیک شده است . در این وضعیت ، محلول تنقیه بر اثر قدرت جاذبه زمین از کولون به طرف خارج جریان می یابد.
۲. دستکش ها را بپوشید.
۳. لوله رکتال را به قیف وصل کرده ، محل ورود لوله به مقعد را در حدود ۵ سانتیمتر با ماده لغزنده چرب کنید و داخل رسیور قرار دهید.
۴. در حالی که لوله رکتال را با فشار انگشتان مسدود کرده اید داخل قیف مقدار کمی آب بریزید.
۵. هوای داخل لوله رکتال را خارج کنید.
۶. در حالی که با ایجاد فشار روی لوله رکتال مانع از جریان یافتن آب شده اید با دست دیگر سر لوله رکتال را وارد مقعد بیمار کنید.
۷. پس از وارد کردن لوله به مقعد بیمار ، قیف را در حدود ۱۰ سانتیمتر بالاتر از مقعد برده و اجازه داده می شود که محلول داخل قیف به رکتوم بیمار وارد شود . در این موقع بلافاصله قیف را پایین آورده سر آن را داخل لگن توالت که در سطحی پایینتر از مقعد قرار دارد وارونه قرار دهید (ایجاد فشار منفی موجب جریان یافتن محلول تنقیه و گازهای روده ای به داخل لگن می شود).

۸. پس از تخلیه محلول و خارج شدن گازهای روده ای لوله را خارج کنید. این روش می تواند ۶ - ۵ بار جهت تخلیه کامل گازهای روده ای تکرار شود.
۹. مشمع و رویه را از زیر بیمار بردارید.
۱۰. دستکش ها را خارج کنید.
۱۱. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید ، تخت را مرتب کنید ، در صورت نیاز هوای اتاق را تهویه کنید.
۱۲. وسایل را به محل مربوط برگردانید و توجه لازم را از آنها به عمل آورید.
۱۳. دست ها را بشوید.
۱۴. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی به سرپرستار بخش گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

مقدار مایع برگشتی ، رنگ ، بو و چگونگی مواد دفعی ، محتویات غیر طبیعی به طور مثال خون

آشنائی با نحوه استفاده از لوله رکتال

هدف

از بین بردن نفخ شکم

نکات مورد بررسی

وجود درد در شکم یا در ناحیه راست روده ، نفخ شکم و علائم مربوط به آن برای مثال آروغ زدن و دفعات آن، دفع گاز از راست روده ، تعداد تنفس ، میزان نفخ شکم ، صداهای روده

وسایل لازم

شمع و رویه ، لوله رکتال با شماره مناسب ، ماده چرب کننده ، دستکش یکبار مصرف ، نوارچسب ، ظرف محتوی آب ، کاغذ توالت ، رسیور

روش کار

۱. دستور پزشک را از پرستار بخش سؤال کنید.
۲. بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع نمایید.
۳. وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار ببرید.
۴. خلوت بیمار را فراهم آورید.
۵. شمع و رویه را زیر بیمار قرار دهید.
۶. بیمار را به پهلو چپ بخوابانید ، پوشش های رویی بیمار و شلوار او را پایین بکشید.
۷. دستکش ها را بپوشید.
۸. سر لوله رکتال را در حدود $2/5$ سانتی متر به ماده چرب کننده آغشته کنید .
۹. با یک دست لب های باسن را از هم جدا کرده با دست دیگر لوله رکتال را در حدود $2/5 - 10$ سانتیمتر به آرامی وارد مقعد کنید .
۱۰. لوله رکتال را با یک قطعه نوار چسب به ناحیه مقعد ثابت کنید.
۱۱. به منظور کنترل دفع گاز، سر باز لوله رکتال را داخل ظرف محتوی آب قرار دهید.
۱۲. دستکش ها را خارج کنید.
۱۳. لوله رکتال را بیش از ۳۰ دقیقه در محل قرار ندهید زیرا موجب تحریک مخاط راست روده می شود.
۱۴. از بیمار بخواهید با تغییر وضعیت دادن موجب تسهیل خروج گازهای روده شود.
۱۵. پس از انقضای مدت لازم با استفاده از کاغذ توالت لوله را خارج کرده داخل رسیور قرار دهید.
۱۶. دفع گاز را از طریق پرسش از بیمار و لمس شکم بررسی کنید.

۱۷. در صورت عدم دفع کامل گازها ، هر ۲ - ۳ ساعت یک بار می توانید روش را تکرار کنید .

۱۸. وسایل را به محل مربوط برگردانیده ، توجه لازم را از آنها به عمل آورید.

۱۹. دست ها را بشویید.

۲۰. نکاتی را که مانع از تجمع گاز در شکم می شود یا به دفع گاز کمک می کند به بیمار آموزش دهید:

الف -عدم بلع هوا در حین تنفس

ب -کنترل اضطراب و استفاده از روش های تن آرامی

ج -کاهش مصرف نوشابه های گازدار

د -قدم زدن

۲۱. اطلاعات خود در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی را به اطلاع

سرپرستار بخش برسانید.

نکات مورد ارزشیابی

تغییر در میزان نفخ شکم ، صداهای روده ، وجود درد و ناراحتی

ملاحظات مربوط به دوره های مختلف زندگی

شیرخواران / کودکان

۱. قبل از انجام این روش لازم است به والدین یا کودک توضیحات دقیق ارائه شود.

۲. محلول تنقیه باید ایزوتونیک باشد(معمولا سرم فیزیولوژی)

۳. از آنجایی که شیرخواران و کودکان کم سن تر نمی توانند کنترلی بر اسفنکتر خود داشته باشند ، برای

نگهداری محلول تنقیه نیازمند کمک هستند . بدین منظور باید لگن توالت زیر باسن کودک قرار گرفته باشد

در حالی که مراقب لب های باسن را محکم به هم می فشارد.

۴. درجه حرارت محلول تنقیه باید در حد ۳۷/۷ درجه سانتی گراد (۱۰۰ درجه فارنهایت) باشد .

۵. حجم تنقیه های شستشویی برای کودکان زیر ۱۸ ماه ، ۲۰۰ - ۵۰ میلی لیتر ، برای کودکان ۱۸ ماهه تا ۵ ساله ۳۰۰ - ۲۰۰ میلی لیتر و برای کودکان ۲۱ - ۵ ساله ۵۰۰ - ۳۰۰ میلی لیتر است .
۶. وضعیت مناسب برای شیرخواران و کودکان کم سن تر وضعیت به پشت خوابیده می باشد.
۷. جهت ورود آهسته تر محلول تنقیه ، ارتفاع ظرف حاوی محلول از تخت باید کمتر از بزرگسالان باشد.

سالمندان

۱. تنقیه دادن سریع باعث خستگی سالمندان می شود.
۲. سالمندان در معرض بروز خطر اختلال مایع و الکترولیت قرار دارند ، بدین جهت تنقیه با آب ساده لازم است با احتیاط انجام شود.
۳. در خلال دادن تنقیه ، سالمندان را از نظر علائم بروز تحریک عصب واگ و اختلال در ریتم قلب تحت نظر قرار دهید.
۴. پوست سالمندان باید در مقابل رطوبت محافظت شود و در صورت لزوم به آنها در مورد شستشوی ناحیه پرینه کمک کرد.

آموزش مهارت های تغذیه ای

عوامل موثر در تغذیه

اگرچه مواد غذایی مناسب یک اصل مهم در طرح یک رژیم غذایی هستند. الگوی غذایی یک شخص و عاداتش با مواد غذایی که او دریافت میکند ، رابطه دارند . عاداتهای غذایی به عوامل مختلفی وابسته هستند ، به عنوان مثال عوامل فیزیکی (محل جغرافیائی ، تکنولوژی غذاها و عوامل اقتصادی) و عوامل فیزیولوژیکی به طور مثال (سلامتی ، گرسنگی ، مراحل رشد) و عوامل روانشناسی (مثل فرهنگ ، آداب ، رسوم ، مذهب ، تربیت ، قوانین ، وضعیت اجتماعی ، عقاید مربوط به مواد غذایی و تنفر یادگرفته شده از مواد غذایی). اگرچه نفوذ عوامل سنتی و قدیمی مثل فرهنگ جغرافیائی ، مذهب و تثبیت کردن عادات غذایی ثابت نیست .

عوامل فیزیولوژیکی موثر بر نیازهای تغذیه‌ای

مسائل مربوط به تکامل

در سرتاسر چرخه زندگی، نیازهای تغذیه‌ای با توجه به رشد، تکامل، فعالیت، تغییرات متابولیکی وابسته به سن و ساختار بدن در حال تغییر می‌باشند. در دوره‌هایی که رشد و تکامل سریع انجام می‌گیرد مثل دوران نوزادی، نوجوانی، حاملگی و شیردهی، نیازهای تغذیه‌ای نیز افزایش پیدا می‌کند. در دوران بزرگسالی نیازهای تغذیه‌ای از ثبات بیشتری برخوردارند هر چند که نیاز افراد سالمند به برخی عناصر غذایی ممکن است کم یا زیاد شود.

نوزادان

مرحله تولد تا یکسالگی، سریعترین دوره رشد به حساب می‌آید، وزن زمان تولد پس از ۶-۴ ماه دو برابر شده و تا یکسالگی به سه برابر میزان خود می‌رسد. در این دوران نیازهای تغذیه‌ای، بسته به واحد وزن بدن بیش از سایر مراحل چرخه زندگی است. شیر مادر به عنوان منبع اصلی تغذیه‌ای برای ۱۲-۶ اول زندگی توصیه می‌شود. مکملهای ویتامین نیز ممکن است تجویز گردند. مصرف غذاهای سرشار از آهن توصیه می‌گردد.

کودک نو پا و پیش دبستانی

از نظر تغذیه‌ای، کودکان سنین نوپایی و پیش دبستانی میتوانند خودشان غذا بخورند، همچنین قادرند دوست داشتن یا دوست نداشتن غذا را ابراز دارند و گهگاه از غذا به عنوان ابزاری جهت تحت کنترل در آوردن والدین استفاده کنند. اشتها به نحو چشمگیری کاهش یافته و میل به غذا حالتی نامنظم و غیرقابل پیش بینی می‌یابد. استفاده نامناسب از غذا (مثلاً به عنوان تنبیه، تشویق، رشوه، یا انتقال عشق و علاقه) میتواند منجر به پیدایش گرایشهای نادرست غذایی گردد.

کودکان سنین مدرسه

الگوی رشد در کودک سنین ۱۲-۶ سال، نامنظم، کاملاً فردی و گاهی اوقات نامتعادل و غیرقابل پیش بینی میباشد. در این مرحله، بدن به منظور آمادگی برای رشد سریع و قریب الوقوع دوران نوجوانی، به حفظ و ذخیره اندوخته‌های خود می‌پردازد. تغذیه برای کودکان سنین مدرسه، بیشتر از نظر ارتقاء و پیشبرد سلامت اهمیت پیدا میکند. افزایش

نیاز به انرژی باید با مصرف غذاهای دارای ارزش تغذیه‌ای بالا، متعادل و متوازن گردد. اشتها افزایش می‌یابد اما ممکن است هنوز نامنظم باشد.

نوجوانان

نوجوانی مرحله‌ای است که با بلوغ سریع جسمی، احساسی، اجتماعی و جنسی فرد همراه است. جهت کمک به روند رشد، نیازهای تغذیه‌ای مخصوص نسبت به کالری، پروتئین، کلسیم و آهن افزایش می‌یابد. بارداری در سنین نوجوانی، سبب میشود تا خطرات تغذیه‌ای هم برای مادر و هم برای کودک افزایش یابد. در نوجوانی، به دلیل حضور کمتر هنگام صرف وعده‌های غذا در خانه، تاثیر دوستان و پر بودن برنامه روزانه، ممکن است تامین نیازهای تغذیه‌ای به دشواری صورت پذیرد.

بزرگسالی

در این مرحله از زندگی رشد متوقف میشود، همچنین با سپری شدن هر دهه از عمر میزان متابولیسم پایه رو به کاهش مینهد. بزرگسالان آگاهی بیشتری نسبت به نقش پیشگیری کننده ورزش دارند و می‌توانند که فشارهای ناشی از کار و مسئولیتهای خانوادگی میتوانند منجر به کاهش فعالیت بدنی و ورزش شود. نیازهای تغذیه‌ای در دوران بزرگسالی به حالت ترازو و یکنواخت در می‌آید و به دلیل کاهش به کالری کمتری نیز نیاز میباشد. اگر اقدامی جهت تعدیل و اصلاح وزن صورت نگیرد، نتیجه افزایش وزن خواهد بود.

زنان باردار

در خلال حاملگی، رویان، بافت‌های مادری و جفت رشد قابل ملاحظه‌ای می‌یابند. خون افزایش یافته و تغییرات گوارشی ناشی از حاملگی منجر به بروز تهوع، استفراغ، سوزش سردل و بیبوست میگرددند. مقدار شیر تولید شده به مصرف مواد غذایی در حد کافی بستگی دارد. نیازهای تغذیه‌ای، بخصوص در سه ماهه دوم و سوم، افزایش می‌یابند تا به این ترتیب تعادل حیاتی (هموستاز) مادری حفظ شده و به پدیده رشد کمک شود. نیازهای تغذیه‌ای مهم و حیاتی عبارتند از: پروتئین، کالری، آهن، اسیدفولیک، کلسیم و ید. نیاز به کالری در دوران شیردهی بیشتر از دوران بارداری است و در صورت عدم وجود رژیم غذایی مناسب، کیفیت شیر تولید شده در پستان از طریق مصرف ذخایر غذایی بدن مادر همچنان حفظ میشود.

سالندان

به دلیل کاهش فعالیت بدن ، همچنین تحلیل توده‌های بدنی فاقد چربی ، از میزان مصرف انرژی نیز کاسته میشود. از دست دادن دندانها و ابتلا به بیماریهای رشد ، میتوان جویدن را با مشکل همراه سازد. کاهش حرکات دودی ممکن است سبب یبوست شود. در سنین ۵۹-۵۵ سالگی ، قوه تشخیص میان مزه شور و شیرین از بین می‌رود ، قدرت تمایز میان مزه‌های تلخ و ترش سالم باقی میماند. همچنین احساس تشنگی نیز کاهش مییابد. ابتلا به بیماریهای دژنراتیو و مصرف دارو با افزایش سن ، به پدیده‌های رایج و شایع بدل میگردد.

تاثیر منفی انزوای اجتماعی ، ضعیف شدن اعتماد به نفس واز بین رفتن استقلال بر روی مصرف مواد غذایی ، امری نا معمول نیست. به دلیل تغییرات بوجود آمده در اثر بالا رفتن سن ، نیاز به کالری در بدن کاهش پیدا میکند. غذاهایی که سخت جویده میشوند باید باید حذف گردند ، در عین حال با افزایش مصرف فیبر و مایعات میتوان یبوست را از بین برد. افراد سالمند همچنین مستعد کم آبی (دهیدراتاسیون) بوده و عدم تمایل به خوردن غذا در آنان شایع است . به دلیل بروز تغییرات فیزیولوژیکی معمول در این سن میزان ، مصرف غذا ، هضم ، جذب ، متابولیسم و دفع ممکن است دچار تغییر گردند.

جنس

مردان در مقایسه با زنان از ساختار بدنی و عملکردهای تولید مثلی متفاوتی برخوردارند ، به همین دلیل نیازهای تغذیهای آنها نیز تا حدودی متفاوت است . ماهیچه‌های بزرگتر بدن مردان به کالری و پروتئین بیشتری نیاز دارند .

وضعیت سلامتی

تغییر در احتیاجات غذایی که در نتیجه بیماری یا آسیب دیدگی پدید آمده ، بسته به شدت و طول مدت تنیدگی ، متفاوت است. به عنوان مثال ، تب نیاز به کالری و آب را افزایش میدهد. صدماتی مانند جراحیهای بزرگ ، سوختگیها و آسیب دیدگیهای منجر به لهدگی همراه با تغییرات هورمونی میباشند که میتواند به نحو قابل ملاحظه‌ای بر سازگاری پس از بروز تنیدگی ، به منظور حفظ یا ذخیره مجدد اندوخته‌های غذایی بدن ، همچنین پیشبرد روند التیام و بهبودی ، نیازهای تغذیهای به نحو چشمگیری افزایش پیدا میکنند.

سوء استعمال الکل

الکل از طریق مکانیسمهای بیشماری میتواند مصرف موادی توسط بدن و متعاقب آن نیازهای تغذیه‌ای را تغییر دهد. اثرات سمی الکل بر مخاط روده در جذب طبیعی مواد غذایی اختلال ایجاد میکند، از این رو، به سبب کاهش کارایی و قابلیت جذب روده احتیاجات غذایی افزایش مییابند.

مصرف دارو

داروهای زیادی هستند که قابلیت تاثیرگذاری بر احتیاجات غذایی را دارند. جذب مواد غذایی در اثر مصرف داروهای دچار تغییر میشود.

عوامل فرهنگی - اجتماعی و روانی

مذهب

پرستاران باید نسبت به محدودیتهایی که مذاهب در رابطه با رژیمهای غذایی تعیین کردهاند، آگاه باشند چرا که این محدودیتها میتوانند بر احتیاجات غذایی بیمار تاثیر گذارند. پرستار باید نسبت به اعتقادات مذهبی بیمار آگاهی داشته باشد و از تاثیر این اعتقادات بر رژیم غذایی مطلع باشد. رژیمهای غذایی حلال و سایر رژیمهای خاص، در بیمارستانها، آسایشگاههای سالمندان، آسایشگاههای مخصوص بازنشتگان و در برنامههای نظیر توزیع غذاهای آماده قابل دسترسند.

مسائل اقتصادی

بودجه اختصاص داده شده برای تهیه غذا از سوی فرد نیز میتواند بر الگوها و انتخاب رژیم غذایی تاثیر گذارد. بالابودن هزینه مواد غذایی همراه با محدودیت قدرت خرید، میتواند کیفیت رژیم غذایی را پایین آورد.

عوامل روانی - اجتماعی

غذا در زندگی بیشتر افراد نقش چندگانه‌ای را ایفاء می نماید، یعنی علاوه بر ارضای حس گرسنگی و تامین مواد غذایی مورد نیاز بدن، میتواند انگیزه‌های در برپایی جشنها و برنامه های اجتماعی به شمار آمده یا نوعی پاداش تلقی گردد. برخی افراد در خلال دوران تنش یا غم، برای نشان دادن اهمیت یا توجهی که به موضوع دارند یا برای ایجاد

آسایش و اطمینان خاطر ، از غذاهای گوناگون استفاده میکنند اوقات صرف غذا میتواند ، یادآورد مباحث خانوادگی و لحظات لذت بخش و شادیاور باشد. برای برخی افراد خوردن غذا ، تداعی کننده نزاعها و کشمکشهاست یا ممکن است تنهایی و انزوای آنها را به یادآورد به همین دلیل از خوردن غذا امتناع میکنند .

عوامل فرهنگی

تنوع مواد غذایی در میان گروههای فرهنگی یا قومی ، معمول میباشد . گوناگونی و انتخاب مواد غذایی مختص هر گروه بوده و نمایانگر باورها و عادات شخصی است . فرهنگ بر این مسائل که چه چیز باید خورده شود ، غذا چگونه آماده شود و کدام ترکیبات غذایی مجاز برای مصرف هستند ، تاثیر میگذارد .

افزایش میزان مصرف غذا

چاقی ، از نظر جسمی ، روحی و اجتماعی ، مشکل جدی در رابطه با سلامت به شمار میآید . مصرف بیش از حد کالری یا کاهش مصرف انرژی ، سبب میشود تا تراز کالری مثبت گردد و همین امر منجر به افزایش تدریجی وزن خواهد شد. بالا رفتن میزان وزن نیز به نوبه خود موجب افزایش خطر بروز مشکلات بیشمار پزشکی ، افزایش خطرات مربوط به عمل جراحی ، افزایش عوارض مربوط به دوران حاملگی ، مرحله درد و زایمان ، افزایش ناخوشی ، مرگ و میر می گردد .

سرو کردن غذا

بعد از ارایه اطلاعات مختصر و کلی و با کسب دانش در زمینه ی تغذیه ی بیماران به روش های عملی این مهم پرداخته می شود.

هدف :

آماده کردن بیمار برای غذا خوردن

وسایل لازم :

سینی محتوی غذای دستور داده شده

طریقه عمل :

۱ - جریان عمل را برای بیمار شرح دهید.

۲ - بیمار را آماده کنید.

الف : در صورت لزوم به بیمار لگن یا لوله ادرار بدهید .

ب : دستهای بیمار را بشوئید .

ج : در صورت امکان سر تخت را بالا بیاورید .

د : نور داخل اتاق را تنظیم نموده ، هوای اتاق را تهویه کنید .

ه : ارتفاع میز را در حد مناسبی قرار داده آن را تمیز نموده ، از وسایل اضافی خالی کنید .

۳ - دستهای خود را بشوئید .

۴ - سینی غذای بیمار را بر روی میز قرار دهید .

۵ - یک بار دیگر نوع غذای بیمار را کنترل نمائید . دقت کنید که :

الف : تمام وسایل لازم موجود باشد .

ب : دستمال سفره و یک لیوان آب خنک موجود باشد.

ج : غذاهای گرم یا سرد در درجه حرارت مناسب خود باقی مانده باشد .

۶ - میز غذا را در محل مناسبی نزدیک به بیمار قرار دهید.

۷ - در صورت لزوم در تکه کردن گوشت ، نان و یا پوست کندن میوهها به بیمار کمک کنید .

۸ - پس از اینکه بیمار غذای خود را خورد سینی را برداشته در صورت لزوم مقدار مایعات خورده شده و نوع

اشتهای بیمار را گزارش و ثبت کنید .

۹ - بیمار را در وضع راحتی قرار دهید .

توجه :

۱ - در مواردی که بیمار از نظر جسمی و یا روانی ناراحت بوده و یا به تازگی درمان به خصوصی برای او انجام شده

است غذا دادن به او را به تاخیر بیاندازید .

۲ - هرگز بیمار را وادار به تند غذا خوردن نکنید .

غذا دادن به بیمار

هدف :

- برقراری وضعیت تغذیه ای بیمار
- آموزش مهارت های تغذیه ای به بیمار
- پیشگیری از بروز ضعف در بیمار

نکات مورد بررسی

توانایی مراقبت از خود در بیمار برای غذا خوردن و تعیین میزان کمک مورد نیاز(توجه به هماهنگی دست ها ، سطح هوشیاری، دقت در بینایی) ؛ سطح اشتها نسبت به غذا و مایعات ، سختی در بلع ، هرگونه آلرژی غذایی یا علاقه و عدم علاقه به غذا

وسایل لازم :

سینی محتوی غذا و مایعات دستور داده شده ، دستمال سفره ، لیوان مدرج ، نی آشامیدنی

طریقه عمل :

۱ - دستور پزشک را از نظر نوع رژیم غذایی ، ممنوعیت دریافت مواد غذایی از راه دهان ، ناشتا بودن برای انجام

آزمایشات یا عمل جراحی از پرستار بخش بپرسید.

۲ - آماده کردن بیمار و میز غذا :

الف - به بیمار کمک کنید که به دستشویی برود یا به او لگن و لوله ادرار بدهید.

ب - بیمار را در شستن دستها کمک کنید.

ج - در صورت نیاز برای بهبود اشتها کمک کنید تا بیمار دندان های خود را مسواک بزند یا از محلول های

دهان شویه استفاده کند.

د - در صورت نیاز نور اتاق را تنظیم نموده ، هوای آن را تهویه کنید.

ه - بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. اکثر بیماران وضعیت نشسته را ترجیح می دهند. در صورتی که بیمار قادر به نشستن نیست او را در وضعیت به پهلو خوابیده قرار دهید.

و - میز غذا را آماده کنید بدین صورت که آن را از وسایل اضافی خالی کنید و ارتفاع آن را در حد مناسبی قرار دهید به طوری که بیمار بتواند محتوای داخل سینی را ببیند.

۳ - دستهای خود را بشویید.

۴ - سینی غذا را روی میز غذا قرار داده ، آن را از نظر نام بیمار ، نوع رژیم غذایی و کامل بودن بررسی کنید. بیمار را در غذا خوردن یاری کنید .



کمک به بیمار در غذا خوردن

۵ - دقت کنید که تمام وسایل لازم و نیز دستمال سفره و یک لیوان آب خنک موجود باشد. غذاهای گرم یا سرد در درجه حرارت خود باقیمانده باشد.

۶ - بیمار را تشویق کنید که به تنهایی غذای خود را میل کند.

۷ - در صورتی که نیاز به کمک دارد او را یاری نمایید:

الف - چنانچه بیمار در وضعیتی است که نمی تواند محتوای داخل سینی را ببیند ، نوع غذا و محتوای داخل سینی را برای او شرح دهید. برای شخص نابینا که می خواهد شخصاً غذا بخورد بر حسب اعداد ساعت توضیح دهید.

ب - دستمال سفره را زیر چانه بیمار قرار دهید.

ج- در صورت لزوم در تکه کردن گوشت ، نان یا پوست کندن میوه ها به بیمار کمک کنید. در صورت نیاز کره را روی نان بمالید و چای را داخل فنجان بریزید.

۸- غذا را مطابق میل بیمار به او بخورانید:

الف- اگر بیمار می تواند از دستهایش استفاده کند بگذارید تا نان و غیره را خود به دست گرفته و در دهان بگذارد.

ب- از قاشق و چنگال برای خوراندن مواد غذایی و از نی برای نوشاندن مایعات استفاده کنید.

ج- غذا را در لقمه های کوچک در دهان بیمار بگذارید.

د- هر سه یا چهار لقمه غذای جامد که می خورانید ، چند جرعه مایعات به او بدهید.

ه - چنانچه بیمار غذا را نمی بیند ، هر لقمه ای که در دهان بیمار می گذارید به او توضیح دهید که چیست و سرد است یا گرم.

و- به بیمار فرصت دهید که غذا را کاملاً بجود و آن را فرو دهد. در غذا دادن عجله نکنید.

ز- در ضمن غذا دادن ، در مورد مطالب مورد علاقه بیمار صحبت کنید و او را مشغول نگه دارید.

ح- غذا دادن را ادامه دهید تا بیمار کاملاً سیر شود.

۹- وقتی مطمئن شدید که بیمار سیر شده است ، سینی و دستمال سفره را بردارید.

۱۰- بیمار را در شستن دست ها کمک کنید.

۱۱- توجه لازم را از دهان و دندان های وی به عمل آورید.

۱۲- بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید و زنگ اخبار را در دسترس او بگذارید.

نکات آموزشی:

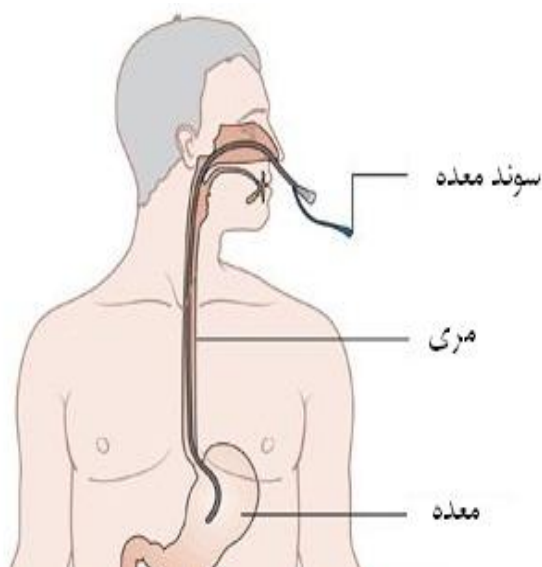
-در صورتی که مایعات یا غذای داغ در سینی وجود دارد بیمار را تنها نگذارید.

-اگر بیمار دچار اختلال در دید است جای غذا را در سینی مشخص کنید . استفاده از غذاهای مناسب را به بیمار

آموزش دهید و او را برای ترخیص آماده کنید.

-با بیمارانی که در بلع دچار مشکل هستند صحبت نکنید چون نیاز به تمرکز دارند. در صورت وجود خطر آسپیراسیون، سر تخت را به مدت ۳۰ دقیقه بالا نگه دارید.

آشنائی با نحوه تغذیه از طریق سوند معده (گاواژ)



هدف

تامین مواد غذایی بیمارانی که قادر به دریافت مواد غذایی از راه دهان نمی باشند.

وسایل مورد نیاز

ماده غذایی میکس شده طبق دستور رژیم غذایی بیمار ، ظرف مدرج ، آب به میزان کافی (۸۰ CC) ، کلمپ ، حوله یا پد نگهدارنده ، سرنگ ۶۰ سی سی ، ست گاواژ

روش کار

۱- وسایل آماده شده را به کنار تخت بیمار ببرید.

۲- بیمار و محلول تغذیه را آماده کنید:

الف - بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید. توضیح دهید که روش کار هیچگونه ناراحتی برای وی ایجاد نخواهد کرد اما ممکن است احساس پری بنماید.

ب - خلوت بیمار را فراهم کنید.

ج - در صورت امکان بیمار را در وضعیت نشسته در تخت یا روی صندلی قرار دهید. در غیر این صورت او را به پهلوئی راست در حالی که سر تخت کمی به بالا آورده شده قرار دهید (سر بیمار را حداقل نیم ساعت در وضعیت ۳۰ درجه نگه دارید).

۳ - حوله یا پد را زیر سینه بیمار، زیر سوند پهن کنید.

۴ - از قرار داشتن سوند در محل اطمینان حاصل کنید.

۵ - دست ها را بشویید.

۶ - انتهای لوله را داخل رسیور قرار دهید. در حالی که لوله را با انگشتان دست مسدود نموده اید کلمپ آن را بردارید.

۷ - سرنگ را به سوند معده وصل کنید و مقداری از محتویات معده را درون سرنگ بکشید.

۸ - مقدار غذای باقی مانده قبلی را در معده بررسی کنید:

الف - تمام محتویات معده را بررسی کنید و مقدار آن را قبل از دادن تغذیه بعدی اندازه گیری کنید.

ب - چنانچه محتویات باقی مانده در معده ۵۰ میلی لیتر یا بیشتر باشد ، انجام تغذیه بعدی به تعویق انداخته می شود. در برخی موسسات مقدار باقی مانده در معده را از حجم تغذیه فعلی کم کرده و مابقی آن را به بیمار گاوژ می کنند.

توجه : محتویات باقیمانده، مجدداً به معده برگردانیده می شود زیرا عدم انجام این روش موجب اختلال الکترولیتی می شود.

۹ - غذا را به روش زیر به بیمار بدهید:

الف . قبل از دادن غذا به بیمار

• تاریخ مصرف یا تازه بودن غذا را کنترل کنید.

• درجه حرارت محلول تغذیه را به حد درجه حرارت اتاق برسانید.

ب . برای دادن غذا با استفاده از سرنگ به روش زیر عمل کنید:



- پیستون را از داخل سرنگ خارج کنید و سرنگ را به انتهای باز لوله وصل کنید. در این حال سوند باید با فشار انگشتان مسدود باشد تا از ورود هوا به معده بیمار جلوگیری شود.
- مقدار مناسبی آب برای تمیز کردن لوله داخل سرنگ بریزید.
- قبل از تمام شدن آب ، محلول غذایی را داخل سرنگ بریزید ، در تمام مدت سرنگ را پر از محلول نگه دارید .
ضمناً با بالا یا پائین بردن سرنگ یا ایجاد چند ضربه ملایم به سوند سرعت ورود محلول به معده را کنترل کنید .

- چنانچه بیمار احساس ناراحتی کرد، موقتاً سوند را با فشار انگشتان مسدود کرده و جریان محلول را قطع نمایید.
- مقدار کمی آب برای تمیز کردن لوله وارد لوله کنید.

دادن لگن و لوله توالت (ضد عفونی و گرم کردن)

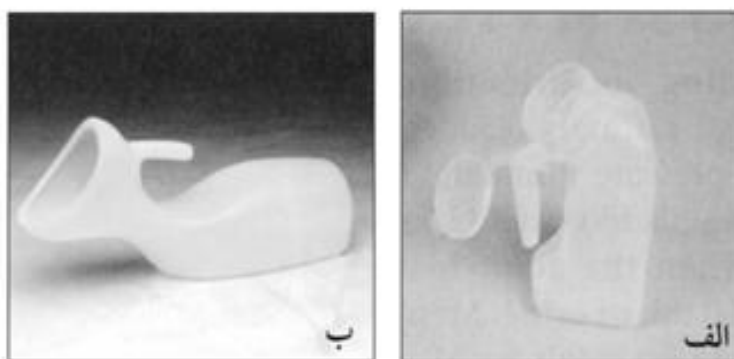
دادن و گرفتن لوله ادرار

اهداف

- فراهم آوردن وسیله ای جهت دفع برای بیماران محدود به تخت
- جمع آوری نمونه ادرار
- فراهم آوردن وسیله ای به منظور اندازه گیری یا بررسی ادرار

- وسایل لازم

لوله ادرار ، کاغذ توالت ، لگن و پارچ آب ، صابون ، حوله ، وسایل جمع آوری نمونه در صورت لزوم



دو نوع لوله ادرار مخصوص آقایان . ب. لوله ادرار مخصوص خانم ها

روش کار

۱. خلوت بیمار را فراهم آورید.
۲. لوله ادرار را روی صندلی و پوشش آن را روی لبه پایین تخت قرار دهید.
۳. بیمار را در وضع راحتی قرار دهید. در صورتی که وضعیت سلامت بیمار ایجاب می کند ، می تواند مثانه خود را در وضعیت ایستاده تخلیه نماید.
۴. لوله را در اختیار بیمار بگذارید. در صورت لزوم طریقه استفاده از آن را توضیح دهید. در صورتی که بیمار نیاز به کمک دارد او را یاری کنید.
۵. زنگ اخبار و کاغذ توالت را در اختیار بیمار قرار داده ، در صورتی که وضعیت سلامت وی ایجاب می کند او را تنها بگذارید.
۶. پس از علامت از طرف بیمار به اتاق برگردید.
۷. در صورت نیاز جهت تمیز کردن اطراف مجرای ادرار ، آب در اختیار بیمار قرار دهید.
۸. در صورت نیاز جهت تمیز کردن و خشک کردن، بیمار را یاری کنید.
۹. لوله ادرار را برداشته با پوشش بپوشانید و روی صندلی قرار دهید.
۱۰. در صورت لزوم بیمار را در شستن دستها کمک کنید.
۱۱. بیمار را در وضع راحتی قرار دهید. پوشش های تخت را مرتب کنید.
۱۲. وسایل را به محل مربوط برگردانیده ، توجه لازم را از آنها به عمل آورید.
۱۳. لوله ادرار را به اتاق مخصوص برده ، در چگونگی محتویات آن دقت کنید. در صورت لزوم مقدار ادرار را اندازه گیری کرده یا نمونه ای جهت آزمایشگاه تهیه کنید.
۱۴. لازم است لوله تمیز شده و در محل مخصوص قرار گیرد.
۱۵. دست ها را بشویید.
۱۶. در صورت لزوم اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و نکات مورد ارزشیابی به سرپرستار گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

مقدار، رنگ، شفافیت و بو، وجود محتویات غیر طبیعی

استفاده از سوند خارجی ادرار در مردان

اهداف

- جمع آوری ادرار و کنترل بی اختیاری ادراری
- فراهم آوردن امکان فعالیت جسمی برای بیمار بدون ترس از نشت ادرار
- پیشگیری از تحریک پوست ناشی از بی اختیاری ادرار

وسایل لازم

ملافه، مشمع و رویه، دستکش یکبار مصرف، صابون و لگن محتوی آب گرم، لیف و حوله، کاندوم، کیسه جمع آوری ادرار، نوار چسب

روش کار

- ۱- دستور گذاشتن سوند خارجی ادرار را از سرپرستار سؤال کنید.
- ۲- وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار ببرید و خلوت او را فراهم آورید.
- ۳- بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید و با ملافه بپوشانید.
- ۴- بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده یا نشسته قرار دهید.
- ۵- مشمع و رویه را زیر ناحیه تناسلی قرار دهید. ناحیه تناسلی بیمار را برهنه کنید.
- ۶- دستکش ها را بپوشید.
- ۷- آلت تناسلی را با لیف آغشته به آب گرم و صابون شسته، آبکشی کرده و خشک کنید.
- ۸- لبه بالایی کاندوم را به طرف خارج تا کنید.

- ۹- آلت تناسلی را داخل کاندوم قرار داده و لبه تا شده را روی آلت تناسلی برگردانید. دقت کنید که در حدود ۲/۵ سانتی متر فاصله بین نوک آلت تناسلی و سوند متصل به انتهای کاندوم باقی باشد.
- ۱۰- لوله کیسه جمع آوری ادرار را به لوله متصل به انتهای کاندوم وصل کنید.
- ۱۱- دستکش ها را خارج کنید.
- ۱۲- در صورتی که کاندوم مجهز به چسب مخصوص می باشد آن را ثابت کنید. در غیر این صورت با استفاده از نوار چسب ، آن را به آلت تناسلی بیمار وصل کنید. دقت کنید ثابت کردن کاندوم به آلت تناسلی موجب ایجاد فشار اضافی نگردد.
- ۱۳- چنانچه بیمار قادر به خروج از تخت نمی باشد کیسه را به وسیله قلاب فلزی یا باند به لبه تخت متصل کنید . در غیر این صورت کیسه را به ران پای بیمار ثابت نمایید .
- ۱۴- وسایل را به محل مربوط برگردانیده توجه لازم را از آنها به عمل آورید.
- ۱۵- دست ها را بشویید.
- ۱۶- به بیمار بگوئید که کیسه جمع آوری ادرار همواره لازم است پایین تر از سطح کاندوم قرار گیرد و از هرگونه پیچ خوردگی لوله ها جلوگیری به عمل آید.
- ۱۷- ۳۰- دقیقه بعد از گذاشتن کاندوم ، آلت تناسلی را از نظر تورم و تغییر رنگ کنترل کنید .
- ۱۸- جریان ادرار را کنترل کنید.
- ۱۹- در صورت استفاده مستمر از کاندوم ، روزانه لازم است کاندوم تعویض شده ، مراقبت لازم از پوست آلت تناسلی به عمل آید.
- ۲۰- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی شامل زمان و وجود نواحی تحریک شده روی آلت تناسلی به پرستار مسئول گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

تورم و تغییر رنگ آلت تناسلی ، جریان ادرار ، تحریک پوست.

خالی کردن بگ ادراری بیمار

اهداف

- کنترل میزان ادرار دفع شده
- جلوگیری از عفونت ادراری
- بررسی محتویات بگ ادراری

وسایل لازم

ظرف مدرج تخلیه ادرار ، دستکش یک بار مصرف.

روش کار

- ۱- دستکش یک بار مصرف را بپوشید.
- ۲- ظرف مدرج را زیر بگ ادراری قرار دهید.
- ۳- پیچ انتهایی بگ ادراری را جهت تخلیه ادرار به داخل ظرف مدرج باز کنید.
- ۴- پیچ انتهایی بگ ادراری را محکم ببندید.
- ۵- مقدار ادرار تخلیه شده را در ظرف مدرج اندازه گیری کنید.
- ۶- دستکش ها را در آورید.
- ۷- دست ها را بشویید.
- ۸- زمان خالی کردن بگ ادرار و هر گونه مورد غیر طبیعی را به پرستار بخش گزارش کنید.

نکات آموزشی:

در صورتی که میزان ادرار کمتر از ۳۰ سی سی در ساعت باشد بیمار دچار کاهش دفع ادرار شده و باید به پرستار مسئول گزارش شود.

دادن و گرفتن لگن توالت در تخت

اهداف

- فراهم آوردن وسیله ای جهت دفع مواد زائد توسط بیماران محدود به تخت
- جمع آوری نمونه مدفوع
- فراهم آوردن وسیله ای به منظور اندازه گیری یا بررسی مدفوع بیمار

وسایل لازم

- لگن توالت از نوع مناسب و پوشش آن ، کاغذ توالت ، لگن و پارچ آب ، صابون ، حوله ، دستکش یکبار مصرف ، وسایل جمع آوری نمونه در صورت لزوم



دو نوع لگن توالت. الف. لگن معمولی. ب. لگن مخصوص شکستگی

روش کار

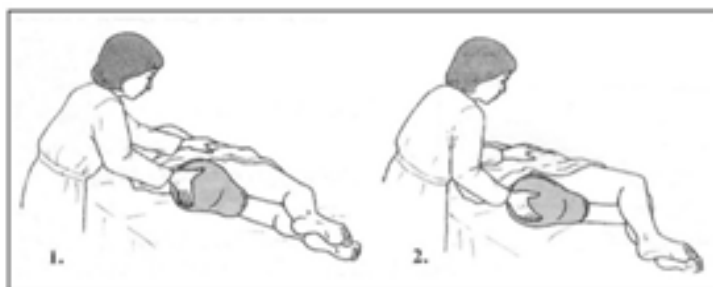
- ۱ - خلوت بیمار را فراهم آورید.
- ۲ - دستکش ها را بپوشید.
- ۳ - لگن را روی صندلی یا در پایین تخت بیمار قرار دهید. در صورتی که لگن سرد یا گرم است، درجه حرارت آن را با آب گرم یا سرد تنظیم کنید.
- ۴ - بیمار را در وضع راحتی که شرایط او اجازه می دهد قرار دهید.

۵- پوشش های روی بیمار را به طرف مقابل تا کرده ، پیراهن بیمار را تا حد کمر بالا زده و شلوار او را تا حد زانو ها پایین بکشید.

۶- روکش روی لگن را روی لبه پایین تخت قرار دهید.



نحوه قرار دادن لگن در بیماری که همکاری دارد.



نحوه قرار دادن لگن در بیماری که قادر به همکاری نیست.

۷- لگن را زیر بیمار قرار دهید:

الف- در صورتی که بیمار قادر به همکاری می باشد از او بخواهید که زانوانش را خم کرده ، با قرار دادن وزن خود روی پشت و کف پاها باسن خود را بلند کند(در صورت امکان استفاده از تراپز جهت بلند کردن باسن پیشنهاد می شود). در این حال مراقب با قرار دادن یک دست خود زیر کمر بیمار و اهرم کردن ساعد روی تخت در بالا بردن باسن به بیمار کمک کرده ، با دست دیگر لگنی را زیر بیمار قرار می دهد . برای قرار دادن لگن زیر باسن لازم است :

- چنانچه باسن بیمار در اثر تعریق مرطوب می باشد ، ابتدا پوست خشک شود.

- دهانه باریک لگن به طرف پایین تخت بوده و قسمت صاف و پهن زیر باسن قرار گیرد.

- در صورت استفاده از لگن شکستگی ، باید قسمت صاف زیر باسن قرار داده شود.

ب- در صورتی که بیمار قادر به همکاری نباشد ، از شخص دیگری کمک گرفته یا بیمار را به یک طرف در حالی که پشت او به طرف شما قرار دارد بچرخانید ، لگن را در ناحیه باسن او قرار دهید ، دوباره در حالی که لگن در محل حفظ شده است ، بیمار را به آرامی به پشت بچرخانید .

۸- روی بیمار را بپوشانید و میله کنار تخت را بالا بزنید.

۹- در صورت امکان سر تخت را کمی بالا بیاورید.

۱۰- کاغذ توالت و زنگ اخبار را در دسترس بیمار گذاشته ، تنه‌ایش بگذارید و از او بخواهید پس از اتمام ، زنگ اخبار را به صدا درآورد. در مواردی که ترک کردن بیمار مجاز نیست در کنار او بمانید.

۱۱- به محض علامت از طرف بیمار به اتاق برگردید ، سر تخت را پایین بیاورید.

۱۲- در صورت لزوم برای پاکیزگی پرینه ، لیف و آب در اختیار بیمار قرار دهید. برای تمیز کردن پرینه در بیماران زن ، همیشه لازم است کاغذ توالت از جلو به عقب کشیده شود.

۱۳- در صورت لزوم در تمیز کردن و خشک کردن پرینه به بیمار کمک کنید.

۱۴- لگن را از زیر بیمار بردارید:

الف- در صورتی که بیمار قادر به همکاری بوده ، به همان ترتیب قبل بیمار را بلند کرده و لگن را بردارید.

ب- در صورتی که بیمار قادر به همکاری نبوده ، در حالی که با یک دست محکم لگن را نگه داشته اید ، با دست دیگر به آرامی بیمار را به پهلو بغلطانید و لگن را بردارید.

۱۵- فوراً روی لگن را بپوشانید و آن را روی صندلی قرار دهید.

۱۶- وسایل شستشوی دست را در دسترس بیمار بگذارید یا اگر قادر نبود ، دست‌هایش را بشویید.

۱۷- بیمار را در وضع راحتی قرار دهید و پوشش های تخت را مرتب کنید.

۱۸- هوای اتاق را تهویه کنید.

۱۹- وسایل را به محل مربوط برگردانیده ، توجه لازم را از آنها به عمل آورید.

۲۰- در وضع و چگونگی مدفوع دقت کنید ، در صورت وجود محتویات غیر طبیعی قبل از دور ریختن به سرپرستار گزارش دهید. چنانچه لازم است نمونه ای به آزمایشگاه فرستاد شود مطابق روشی که خواهید آموخت اقدام کنید.

۲۱- لازم است لگن تمیز شده و در محل مخصوص قرار داده شود.

۲۲- دستها را بشویید.

۲۳- در صورت لزوم ، اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و نکات مورد ارزشیابی به سرپرستار بخش گزارش کنید.

نکات مورد ارزشیابی

مقدار، رنگ ، محتویات و بو ، وجود هر گونه مورد غیر طبیعی در ناحیه پرینه و مقعد

سوالات ارزشیابی:

- هدف از آماده سازی تخت بدون بیمار را ذکر نمایید.
- طرز آماده سازی تخت بدون بیمار را توضیح دهید .
- طرز آماده سازی تخت با بیمار را شرح دهید .
- طریقه تعویض ملافه های تخت اشغال شده را به روش پهلو به پهلو را توضیح دهید .
- طریقه تعویض ملافه های تخت اشغال شده را به روش بالا به پایین را توضیح دهید .
- عوارض ناشی از بی حرکتی را شرح دهید .
- نحوه حرکت دادن بیمار به بالای تخت را توضیح دهید .
- طرز کشیدن بیمار را به بالای تخت شرح دهید .
- روش غلطانیدن بیمار را به سمت پهلو یا شکم را بیان نمایید .
- کاربرد نشان دادن بیمار را در لبه تخت ذکر نمایید .
- هدف از کمک به بیمار برای راه رفتن را نام ببرید .
- نحوه استفاده واکر برای بیمار را شرح دهید .
- نحوه آماده کردن بیمار برای راه رفتن با عصای زیر بغل را شرح دهید .
- روش انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار را توضیح دهید .
- روش انتقال بیمار از تخت به برانکاردر را توضیح دهید .
- هدف از قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته را بیان نمایید .
- هدف از قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده را شرح دهید .
- نکات مهم در حمام دادن شیرخواران را ذکر نمایید .
- نکات مهم در حمام دادن سالمندان را بیان نمایید .
- روش انجام ماساژ پشت را در بیماران شرح دهید .
- اقدامات لازم به مراقبت های روز قبل از عمل را بیان نمایید .

- اقدامات لازم به مراقبت های بعد از عمل را بیان نمایید .
- نحوه آماده کردن پوست برای جراحی را شرح دهید .
- روش تراشیدن مرطوب را توضیح دهید .
- نحوه انجام تراشیدن خشک را شرح دهید .
- نحوه آماده کردن تخت بعد از عمل جراحی را شرح دهید .
- نحوه انجام پاشویه را بیان نمایید .
- طرز انجام انواع تنقیه را توضیح دهید .
- نحوه استفاده از لوله رکتال را شرح دهید .
- نحوه خالی کردن کیسه ادرار را بیان نمایید .
- طرز دادن و گرفتن لگن توالت در تخت را شرح دهید .
- نحوه غذا دادن به بیمار را توضیح دهید .

منابع مورد استفاده :

- تایلور، کارول. اصول پرستاری تایلور، مفاهیم پرستاری، مترجمین دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران- بشری، ۱۳۷۵
- موسوی، ملیحه سادات، علیخانی، مریم. روش های پرستاری بالینی، تهران: شهرآب، ۱۳۸۹.
- حیدری، شیوا و همکاران. کمک بهیاری. تهران: معاونت فنی نظام پرستاری. ۱۳۸۹.
- پاملا لین ، دستنامه ی مهارت های پرستاری بالینی تایلور ، مترجم : بنفشه حشمتی ، نشر جامعه نگر ، چاپ اول 1391 .
- Potter,partica.perry,anne griffin:Fundamental of nursing,ed5,mosby,2012
- www.brooksidepress.org