

# بسمه تعالی

## فرآیندهای تخصصی استاندارد پرستاری

### مقدمه

در گذشته بیشتر افراد و جوامع بشری، تندرستی یا سلامت مطلوب را مترادف با بیماری یا فقدان آن میدانستند. این نگرش بسیط، وضعیت سلامت را مابین سلامت مطلوب و بیماری نادیده می - گیرد. با آغاز قرن بیستویکم سلامتی از دیدگاه وسیعتری مورد نظر قرار میگیرد. جنبه گستردهتر سلامتی عناصری چون احساس قدرت، روابط دوستانه، میل به زندگی، شبکه قوی حمایت اجتماعی، داشتن مفهوم از زندگی یا سطح معینی از استقلال را شامل میشود.

### سلامتی:

سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان "حالت کاملی از تندرستی فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف میکند که فقط شامل فقدان بیماری یا تزلزل نیست. در عین حال مردم نگرش متفاوتی نسبت به بیماری داشته و در مقابل بیماری واکنشهای متفاوتی نشان میدهند.

جامعه شناسان پزشکی واکنش نسبت به بیماری را "رفتار بیماری" مینامند.

پرستاری که متوجه چگونگی واکنش مددجویان نسبت به بیماری میباشد، میتواند تأثیر بیماری را به حداقل برساند و به مددجو و خانواده کمک کند که به بالاترین سطح عملکرد برسد، یا آنرا حفظ کند. سلامت و بیماری باید فردی تعریف شود. سلامتی میتواند شامل شرایطی که قبلاً بیماری تلقی میشد، باشد.

برای مثال فردی که مبتلابه صرع است و یاد گرفته است که در منزل و محل کار با دارو از حملات جلوگیری کند، ممکن است خود را بیمار نداند. پرستار در برخورد مسئله سلامت و بیماری باید غیر از در نظر گرفتن تمامیت شخص، محیطی را که در آن زندگی میکند، راهم در نظر بگیرد تا به مراقبتهای پرستاری فردیت دهد و موجب پیشرفت مفهوم سلامتی در آینده برای مددجو شود.

## تعریف حرفه پرستاری:

در سال 1995 تعریف رسمی از حرفه پرستاری توسط ANA به شرح ذیل منتشر شد: حرفه پرستاری به معنی انجام اقداماتی برای جبران هرگونه عمل پزشکی یا دندانپزشک در بررسی، مراقبت و مشاوره مددجوی مجروح، معلول، یا حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری سایرین، سرپرستی و آموزش سایر کارکنان یا اجرای دستورات دارویی و درمانی تجویز شده میباشد، و بطور ذاتی نیازمند قضاوت و مهارت تخصصی و دانش پایه و کاربرد اصول بیولوژیکی، فیزیکی و علوم اجتماعی است.

در سال 1965 تعریف کاملتری از پرستاری بعنوان یک حرفه ارائه دهنده خدمات و حفظ سلامتی مردم، با تأکید بر اعمال مستقل پرستاری ارائه داده است: پرستاری یک امر حیاتی برای افراد دریافت کننده خدمات میباشد، نیازهایی را که به وسیله شخص، خانواده یا سایر افراد در جامعه قابل رفع نیستند، را میسر میسازد.

سه جزء اصلی پرستاری حرفه ای مراقبت، درمان و هماهنگی هستند. پرستار حرفه ای مسئول سلامتی و بهبود تمام افراد جامعه بوده و در برنامه های پیشگیری از بیماری و حفظ سلامتی مشارکت مینماید. همچنین خدمات بهداشتی و سایر خدمات تکنیکی و حرفه ای مؤثر بر مراقبت از مددجو را هماهنگ و همزمان میسازد. پرستار حرفه ای سرپرستی، تعلیم و هدایت تمام افراد دخیل در مراقبتهای پرستاری را بعهده دارد.

در سال 1980 کنگره حرفه پرستاری ANA، پرستاری را بعنوان تشخیص و درمان پاسخ انسان به مشکلات بالقوه و واقعی سلامتی تعریف نمود.

پرستار عوامل خطر واقعی و بالقوه را که شخص یا گروهی را مستعد بیماری میکند، می شناسد. اقدامات پرستاری که منجر به فعالیتهای تندرستی گردیده و شامل ارتقاء سلامتی و راهبردهای جلوگیری از بیماری میباشد، به مددجو کمک میکنند تا به سطح مطلوب سلامتی دست یافته، آن را حفظ نماید. پرستاری هنر و علمی است که مشتمل بر فعالیتهای، مفاهیم، و مهارتهای مرتبط با علوم اجتماعی، علوم فیزیکی، اخلاقی، موضوعات معاصر و سایر زمینه ها میباشد.

پرستاری حرفه منحصر به فردی است. زیرا پاسخ افراد و خانواده ها به ارتقاء سلامت، حفظ سلامت و مشکلات بهداشتی را مشخص میکند.

## پرستاران بسیاری از نقشهای همزمان ارائه مراقبتهای مستقیم، تصمیم گیری بالینی، جستجوی منابع حمایت از مددجو و خانواده و آموزش را متقبل می شود.

پرستار حرفه ای تحصیل کرده، خدمات مخصوص راطبق استاندارد و با پیروی از قوانین اخلاقی ارائه میدهد.

اساس اعمال حرفه ای پرستاری از تئوریهای پرستاری مرتبط با ارزشهای اجتماعی، آمادگیهای تحصیلی، انگیزه، خودمختاری، احساس تعهد، ادراک اجتماعی و قوانین اخلاقی نشأت گرفته است. تخصص در پرستاری در نتیجه دانش و تجربیات بالینی میباشد. مهارتهای تفکر انتقادی برای پرستاری ضروری هستند. هنگام ارائه مراقبتهای پرستاری، پرستاران در مورد مراقبت مورد نیاز برای مددجویان بر اساس حقایق، تجربیات و استانداردهای مراقبتی قضاوت میکنند.

پرستاری به تغییرات جوابگو بوده و آنرانی پذیرد، مشکلات جدید ایجاد شده رارفع می نماید. امروزه این حرفه با چندین مشکل مواجه شده است. پرستاران و مدرسین پرستاری اعمال و برنامه های درسی پرستاری را برای رفع نیازهای دائم التغير جامعه مورد تجدید نظر قرار می دهند.

پیشرفت تکنولوژی، افزایش روز افزون مددجویان و ترخیص هر چه

سریعتر از مؤسسات مراقبتهای بهداشتی احتیاج به پرستارانی

دارند که دانش غنی و روزمره بر اساس وظایف خود داشته باشند.

چالش کنونی آماده نمودن پرستاران حرفه ای جهت ارائه مراقبتهای

پیچیده و چند جانبه میباشد.

پرستار از تمام ابعاد تمامیت شخص را مورد ارزیابی قرار داده و اعمال

متقابل او را با خانواده و اجتماع مورد بررسی قرار میدهد.

سیستم مراقبت بهداشتی ضمن حفظ کیفیت کار، جهت کاهش هزینه ها هم باید تلاش کند.

امروزه درک مسائلی که متخصصان مراقبت بهداشتی با آن روبرو هستند و شیوه تأثیر این مسائل بر چگونگی سازمان یافتن خدمات مراقبتی حائز اهمیت است. نقش پرستار بر حسب وضعیت تهیه این خدمات متفاوت است.

یک نکته مهم در این میان **هدف** پرستار برای کمک به مددجو در حفظ و رسیدن به یک سطح بهتر سلامتی است که مددجو نیز باید بعنوان یک عضو فعال در آن شرکت کند. پرستار باید مرکز هر نوآوری که در سیستم مراقبت بهداشتی صورت میگرد باشد.

## نقشها و وظایف پرستار:

پرستاری معاصر نیاز دارد که پرستار در زمینه های مختلف دانش و مهارت کسب کند. در گذشته، نقش اصلی پرستاران ارائه مراقبت و آسایش در حین انجام وظایف مخصوص پرستاری بود. هر چند تغییرات در پرستاری نقش پرستاران را جهت تأکید بیشتر بر ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری و توجه به مددجو بصورت یک کل توسعه داده است.

امروزه پرستار در نقشهای مراقبت، تصمیم گیرنده بالینی و اخلاقی، حامی و وکیل مدافع مددجو، مدیر امور، توانبخش، تسکین دهنده، رابط و معلم انجام وظیفه میکند.

## 1- استاندارد

استانداردهای مراقبت  
هدف از استانداردسازی مراقبت  
دستورات الزامی برای پرستاران

**استانداردها:** استانداردها نشاندهنده حداقل سطح قابل قبول نیل به اهداف میباشند. بطور کلی، استانداردهای پرستاری، معیار سنجش فعالیتهاست.

برای پرستار استاندارد عبارتست از: "تمام نکاتی که وی جزء نتایج مطلوب مراقبت پرستاری باور داشته و عبارت دیگر اولویتهایی که وی در مراقبت های پرستاری معین نموده است". توصیف وضع و سطح مطلوبی از عملکرد که بر مبنای آن می توان کیفیت، ساختار، فرآیند و حاصل کار (برآیند) را مورد داوری قرار داد.

استاندارد سازمانی عبارت است از "شناخت ابزار سنجش کمیتهها، کیفیت ها، ارزشها و هنجارها".  
در مراقبت پرستاری، استانداردها سطح مراقبت پرستاری مطلوب که ارائه خواهد شد را از قبل معین می نمایند. استانداردها بصورت واژه های قابل سنجش بیان می شوند.

## استانداردهای مراقبت :

سطوح صلاحیت مراقبت پرستاری بوسیله استانداردهای اقدامات بالینی تشریح میشوند. سطوح مراقبت از طریق فرایند پرستاری، ارزیابی، تشخیص، تعیین نتایج مورد انتظار، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی معین میگردند.

فرایند پرستاری مراقبت بر اساس تصمیم گیری بالینی بوده و شامل تمام اقدامات مهم انجام شده توسط پرستاران جهت ارائه مراقبت به مددجویان میباشد. در متن استانداردها مسئولیتهای گوناگون پرستاری شامل: ایمنی، آموزش، ارتقاء سلامتی، درمان، مراقبت از خود و برنامه ریزی جهت تداوم مراقبت. استانداردهای مراقبت زمانی که مناقشات قانونی وجود دارند، اهمیت می یابند. استانداردهای مورد قبول برای ارزشیابی کیفیت مراقبتهای بهداشتی - درمانی سه نوعند: ساختاری، فرایندی و بازده ای یا حاصل کار

**استاندارد ساختاری:** شامل الگوئی است که خدمات پشتیبانی ارائه مراقبتهای پرستاری مثل افراد، پول، تجهیزات و ساختمان رافراهم می آورد و اثربخشی و کارائی آنها اندازه گیری می شوند.

**استاندارد فرایندی:** این نوع استانداردها رفتار پرستاران را در یک خدمت مطلوب اجرائی (عملکرد) توصیف می کنند. مثلاً "چه چیز باید انجام شود، چطور آنها را انجام دهند و به چه روشی انجام شوند. این نوع استانداردها کیفیت مراقبت پرستاری ارائه شده توسط پرستاران را در سطوح مختلف صلاحیت توصیف می دارند.

**استانداردهای بازدهی یا پیامد (بر آیند):**

این نوع استانداردها مقاصد کارهای پرستاری را توصیف می کنند. بعبارت دیگر نتیجه مراقبتهای ارائه شده توسط پرستاران در هنگام ترخیص مددجو مورد ارزیابی قرار میگیرد. البته از استانداردهای بازدهی یا حاصل کار سایر حرفه ها نیز استفاده می نمایند.

**استاندارد فعالیت‌های پرستاری عبارت است :**

از توصیف کیفیت مطلوب مورد نظر که بوسیله آن بتوان مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به مددجو یا گروهی از مددجویان را ارزشیابی نمود.

هدف از استاندارد سازی مراقبت:

- بهبود کیفیت - کاهش هزینه های مراقبت - دفاع از حقوق پرسنل دلیل کافی جهت اثبات بی مبالاتی پرسنل

وظایف و مسئولیتهای مهم پرسنل واحد پرستاری و مدیر خدمات پرستاری و مامائی، آشناسازی زيردستان به قوانین مرتبط در کشور است بخصوص در رابطه با موارد زیر:

- 1 - آگاهی از مقررات و قوانین مربوط به حقوق فردی که در چگونگی استخدام آنان مؤثر میباشد.
- 2 - آگاهی از قوانین استخدامی، شرح وظایف و اهداف و مقاصد سازمان متبوعه.
- 3 - آگاهی از مواردی که بعنوان تخلف و تقصیر، خطا، سهل انگاری در حرفه پرستاری شناخته شده اند.
- 4 - آگاهی از مسئولیت پرستار و ماماد در رابطه با شهادت دادن در مورد حوادث بیمارستانی، وصیت مددجو...
- 5 - شناخت مسائل قانونی در نقش های پرستاری و مامایی .
- 6 - آگاهی از مسائل مربوط به خودداری از انجام مراقبت و درمان.
- 7 - آگاهی از مقاصد مؤسسات مسئول پرستاری و مامایی در تنظیم روشهای مراقبت .
- 8 - بررسی علل نیاز مؤسسات به وجود کمیته زیست اخلاقی .
- 9 - آگاهی از قوانین شرع اسلام در رابطه با مددجویان.
- 10 - شناخت منابع قانون گذاری و نظام قضاوت کشور.



## دستورات الزامی برای پرستاران:

- 1 پرستار در ارائه خدمات پرستاری بایستی حرمت انسانی و فردیت افراد را در نظر گرفته و بدون توجه به وضع اجتماعی، اقتصادی، شخصی و نوع بیماری بدون هیچ محدودیتی خدمات ضروری را به مددجو عرضه نماید.
- 2 پرستار به حریم مددجو احترام گذاشته و با دآوری دقیق اسرار او را حفظ نماید.
- 3 پرستار از مددجو و جامعه هر زمانیکه سلامت آنان بر اثر عملیات نارسا، غیر اخلاقی و غیر قانونی مورد تجاوز قرار گیرد حمایت کند.
- 4 - پرستار خود را در مقابل اقداماتی که انجام داده مسئول و جوابگو بداند.
- 5 پرستار صلاحیت و شایستگی خود را حفظ نماید.
- 6 پرستار از دآوری عقلانی، صلاحیت و شرایط و اوصاف خود بعنوان معیاری در مشاوره، پذیرش و واگذاری مسئولیت به دیگران استفاده نماید.
- 7 پرستار در فعالیتهایی که منجر به پیشرفت حرفه و علوم مربوط به آن و انسجام حرفه میشود، مشارکت نماید.
- 8 پرستار در اعمالی که در جهت بالابردن استانداردهای حرفه انجام می گیرد، مشارکت نماید.

9 پرستار در فعالیتهائی که به منظور برقراری و نگهداری وضع استخدامی مطلوب، بطوری که کیفیت مراقبتهای پرستاری را تضمین نماید، مشارکت کند.

10 - پرستار در فعالیتهای حرفه ای که به منظور خنثی کردن اطلاعات نادرست و کنار گذاشتن نمایندگان بدون صلاحیت انجام می گیرد، شرکت نماید.

11 - پرستار با سایر اعضای حرفه های بهداشتی و شهروندان در جهت افزایش توان جامعه و ملت در زمینه رفع نیازهای بهداشتی مردم کوشش نماید.

## 2) مدیریت

- وظایف مدیر خدمات پرستاری
- مصاحبه با پرسنل جدیدالورود
- آشناسازی پرسنل جدیدالورود
- انجام ارزشیابی پرسنل
- دستورالعمل تکمیل و اصلاح فرم ارزشیابی عملکرد سالانه پرستاری
- راند پرستاری
- نظارت مدیر پرستاری بر کار پرسنل
- رضایت مندی پرسنل
- تنظیم برنامه های پرستاری
- تشکیل کمیته های پرستاری
- برگزاری جلسات
- رسیدگی به مشکلات پرسنل
- تهیه پروتکل بحران
- تقسیم وظایف بین کارکنان
- نظارت سرپرستار بر کار پرسنل
- تدوین طرح درس
- تهیه مطالب آموزشی
- تکمیل پرونده های بهداشتی
- راند کنترل عفونت

## وظایف رئیس خدمات پرستاری ومامائی در رابطه با اخلاق زیست پزشکی :

نظربه اینکه رئیس خدمات پرستاری ومامائی خودالگوئی برای کارکنان واحدپرستاری ومامائی میباشد،علاوه براینکه اقداماتی بایستی درجهت تسهیل رعایت اصول اخلاقی انجام دهد،بلکه بایدرفتارو عملکرداونیز منطبق بااصول اخلاقی باشدتا پرسنل پرستاری درعملکردخودازاوپیروی نمایند:

- 1- تأمین مراقبتهای ایمن ومبتنی براصول علمی
- 2- پیشگیری ازمراقبت های نامطلوب .
- 3- حمایت ازاستقلال کارکنان ومددجویان.
- 4- داشتن ضوابط وشرايط گزینش واستخدام دقیق ،به طوری که ازورودکارکنان نامناسب به سازمان پیشگیری شود.
- 5- آموزش ضمن خدمت بطورمستمردرزمینه هائی که درکیفیت مراقبتهای پرستاری مؤثراست وهم چنین آموزش پدیده های عملم نوین ،بدین ترتیب اصل مهمی مانندآسیب نرساندن جنبه عملی پیداخواهدکرد.
- 6- تهیه وتأمین وسائل ولوازمی که برای انجام مراقبتهای پرستاری با کیفیت ضروری است.
- 7- تدوین استانداردهای مراقبتهای پرستاری .

8- دادن مجوز کارپس از شرکت در کلاسهای آموزش ضمن خدمت.

9- تقسیم کار و تعیین وظایف در حد توان کارکنان.

10- پیشگیری از خستگی بیش از حد پرسنل پرستاری با استخدام کارکنان کمکی در صورت فقدان پرستار.

11- رعایت احترام در تعامل بین زير دست و فرادست.

12- وجود الگوهای مناسب جهت یادگیری اصول اخلاقی.

### قلمرو برنامه ریزی:

قلمرو برنامه ریزی وسعت عملکرد را معین می نماید. در مدیریت قلمرو برنامه ریزی بدین معناست "چقدر مدیر می تواند برنامه هارا برای خودش و همکارانش توسعه دهد" درک قلمرو برنامه ریزی در سطوح بالای سازمان حادث و حساس تر است، زیرا مدیریت رده بالا خط مشی ها و اهداف کلی را برای سازمان برقرار می نماید. مدیران سطح پائین مدیریت به برنامه ریزی در حیطه فعالیت های اختصاصی واحد خود می پردازند. پرستاران در سه سطح، مدیریت رده بالا، رده میانی و رده پائین یا خط مقدم طبقه بندی میشوند.

## مدیران رده بالا:

مسئولیت کل مدیریت سازمان رابعهده دارند و خط مشی های اجرایی را وضع می نمایند، تعاملات درون سازمان را هدایت می کنند. این مدیران پرستاری مسئول تمام فعالیتهای تسهیلی مورد نیاز خدمات پرستاری هستند، لذا قلمرو مدیریت آنها بسیار کلی است.

## مدیران رده میانی :

مدیران رده میانی میتوانند سطوح زیادی را با توجه به اندازه و فلسفه سازمان در اختیار داشته باشند. این مدیران فعالیتهای دیگر مدیران را هدایت می نمایند. مسئولیت اصلی آنها فعالیتهایی است که خط مشی های اجرایی سازمان را جامه عمل می پوشاند. برای مثال تأمین پرسنل و ارائه خدمات بالینی را در بخش ها نظارت و هدایت می نمایند. سوپروایزران در این رده مدیریتی قرار می گیرند.

## مدیران رده پائین یا خط مقدم :

پائین ترین رده در سازمان ویژه این مدیران است، آنها مسئول کارهای اجرائی دیگر پرسنل می باشند. پرستاران در این رده قراردادارند و اداره مستقیم مراقبتهای پرستاری برای یک گروهی از مددجویان رابعهده دارند. در حقیقت آنها پرسنل پرستاری و منابع را برای اهداف ترکیب می نمایند.

تعریف کنترل از نظر هنری فایول:

کنترل فرآیندی است که از طریق آن مدیران اطمینان حاصل می کنند که عملکرد سازمانهای آنها با اهداف از پیش تعیین شده و فعالیتهای طرح ریزی شده تطبیق دارد.

آخرین اصل از اصول مدیریت، کنترل و ارزشیابی می باشد کنترل یکی از وظایف مهم مدیریت به شمار می رود این وظیفه به قدری حائز اهمیت است که بعضی از نویسندگان معتقدند که مدیریت خوب به داشتن نظام کنترل موثر بستگی دارد.

تمام تکنیکهای کنترل در مرحله اول ابزاری برای برنامه ریزی هستند و لذا این واقعیت را منعکس می نمایند که وظیفه کنترل اساساً کمک به موفقیت برنامه ها است. بنابراین ملاحظه می شود که برنامه ریزی و کنترل تا چه حد به یکدیگر وابستگی دارند. خصوصیات یک سیستم کنترلی موثر :

هدفمند بودن-به صرفه بودن-قابل درک بودن-انعطاف پذیر بودن-پذیرش سیستم-توجه به استثناءها-گزارش دقیق خطاها-الگوهای سازمانی-اعمال اصلاحی-ماهیت فعالیت سیستم-مرا حل موفقیت در کنترل:  
تدوین استاندارد  
جمع آوری اطلاعات  
اقدامات اصلاحی  
انجام فرآیند بصورت مستمر

## عنوان فرایند: انجام ارزشیابی پرسنل

عامل انجام کار: مدیرپرستاری

وسائل و تجهیزات استاندارد:

فرمهای ارزشیابی

مراحل استاندارد انجام کار:

1- معیارهای ارزشیابی را با در نظر گرفتن شرح وظایف بررسی کنید.



- 2 - حدود انتظارات خود از پرسنل را مشخص کنید.
- 3 - فرم ارزشیابی رده‌های مختلف پرستاری را مجزا کنید.
- 4 - پرسنل را در خصوص معیارهای ارزشیابی توجیه کنید.
- 5 - شناسنامه آموزشی پرسنل را در دسترس قرار دهید.
- 6 - پرونده پرسنل و مدارک داده شده توسط پرسنل را بررسی کنید.
- 7 - ارزشیابی را با حضور سوپروایزر آموزشی و سوپروایزر بالینی انجام دهید.
- 8 - نمره داده شده توسط سرپرستار هر بخش را بررسی کنید.
- 9 - نمره آموزشی و عملکردی را با توجه به مدارک موجود (گزارشات بالینی و آموزشی) بدهید.
- 10 - از پرسنل بخواهید که فرم ارزشیابی را امضاء کنند.
- 11 - در صورت اعتراض فرم پرسنل را بازنگری و فرد را توجیه یا نمره را اصلاح کنید.
- 12 - پس از تایید و امضاء توسط پرسنل فرم را جهت تایپ بفرستید.
- 13 - پس از تایپ مجدداً بررسی و در صورت تکمیل امضاء نهائی نمائید.

- 14 - فرمها را جهت تأیید و امضاء به ریاست و مدیریت بفرستید.
- 15 - نتایج ارزشیابی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهید.
- 16 - بازخورد نتایج را به ارزشیابی شونده بدهید.
- 17 - براساس اولویتهای مشارکت کارکنان برنامه‌ریزی اصلاحی انجام دهید.
- 18 - از نتایج ارزشیابی در تعیین نیازهای آموزشی، انتصابات و... استفاده کنید.

### **نکات قابل توجه :**

- کنترل و ارزشیابی فرآیندی است که به طور مستمر عملکرد جاری را به منظور حصول اطمینان از این که منجر به وصول هدفهای از پیش تعیین شده می‌شود اندازه‌گیری می‌کند.
- کنترل، عملکرد را با توجه به استانداردهای معین می‌سنجد.
- کنترل تلاشی است منظم که با توجه به هدفهای از پیش تعیین شده، استانداردهای عملکرد را مشخص می‌کند
- انحرافات و درجه اهمیت آنها را با مقایسه عملکرد واقعی و معیارهای معین تعیین میکند.
- اقدامات اصلاحی را در صورت لزوم معمول می‌دارد.

– باعث تحقق عدالت سازمانی، ارضاء نیازهای خودیابی،  
خودشکوفایی افراد ایجاد انگیزه در افراد برای ماندگاری در  
سازمان می‌شود.

## **دستورالعمل تکمیل و اصلاح فرم ارزشیابی عملکرد سالانه پرستاری**

### **زمان تحویل فرم‌های ارزشیابی به افراد:**

فرم‌های فوق در پایان هر سال ( نیمه دوم بهمن ) پس از امضای  
فرم‌های تکمیل شده سال قبل توسط ارزشیابی شونده با شفاف  
سازی رئوس اهداف شغلی و نقاط ضعف و قوت به فرد تحویل  
گیرد.

بند 8 عملکرد ( رئوس فعالیتها و نتایج مورد انتظار )  
از آنجائیکه هر فرد موارد فوق را به کرات در طول سال انجام  
میدهد لذا یک یا دو مورد اشتباه یا نقص در عملکرد قابل اغماض  
است .

مواردی از عملکرد ارزشیابی شونده که موجب آسیب جسمی یا  
روانی به بیمار گردد به عنوان عملکرد غیر قابل اغماض در  
ارزشیابی لحاظ گردد.

در خصوص موارد ضعف یا اهمال در عملکرد که علی‌رغم تذکرات شفاهی مرتفع نشود با تذکر کتبی و در صورت تداوم درخواست توبیخ کتبی به شرط آنکه به رؤیت فرد و کسب امضاء از وی رسانده شود، در امتیازدهی لحاظ گردد.

تبصره: توبیخ به هیچ وجه از سوی مدیر پرستاری، مدیر بیمارستان و رئیس بیمارستان جهت محاکم قضائی قابل پذیرش نمی باشد و صدور توبیخ از اختیارات بالاترین مقام دستگاه (رئیس دانشگاه یا کمیسیون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه) می باشد.

## **بند 9 - توسعه:**

### **الف- دوره‌های آموزشی:**

ماکزیمم دوره های آموزشی در هر سال برای هر فرد حداکثر 40 ساعت می باشد (بجز سوپروایزر آموزشی و سوپروایزر کنترل عفونت). امتیاز این قسمت توسط سوپروایزر آموزشی داده خواهد شد.

خودآموزی: توسط سرپرستار هر بخش فعالیتهای خودآموزی پرسنل ثبت و امتیازدهی شود. فعالیتهای خودآموزی سرپرستاران توسط سوپروایزر آموزشی امتیازدهی شود.

## ب- مهارت کامپیوتر:

توانایی در رفع نیاز حرفه با رایانه کفایت می کند.

## بند 10- رفتار

### الف: رفتار شغلی و پایبندی ...

نظر به حساسیت موضوع که در صورت عدم اثبات پیگرد قانونی به دنبال خواهد داشت و به وجهه فرد آسیب وارد خواهد شد داشتن مستندات نظیر تذکر یا توبیخ کتبی که قبلا به رؤیت ارزشیابی شونده رسیده باشد و قابل پژوهش نباشد الزامی است.

### ب: رفتار و برخورد با همکاران

تکمیل حداقل یک فرم نظرسنجی جهت هر فرد در هر ماه الزامیست که میانگین 12 فرم (در طول سال) ملاک امتیاز دهی قرار گیرد.

### ج: رفتار با ارباب رجوع:

ارباب رجوع به دو گروه داخلی ( همکاران سایر بخشها یا واحدهای پاراکلینک ، پزشکان، سوپروایزرین، مدیر پرستاری و...) و ارباب رجوع خارجی ( بیماران و همراهان ) می باشد.

## بند 11- پیشنهادات

در هر بیمارستانی کمیته‌ای با اعضاء اصلی شامل مترون، سوپروایزر، سرپرستار تشکیل شود، در طول مدت ارزشیابی کلیه پیشنهادات هر یک از پرسنل در این کمیته مورد بررسی قرار بگیرد و در صورت تأیید شدن و داشتن اعتبار کافی به شورای رسیدگی به پیشنهادات دانشگاه ارسال شود.

## بند 12- تشویقات:

- دست یافتنی بودن تشویقات جهت کلیه رده ها
- به منظور ایجاد انگیزه حذف سقف تشویق
- کسب امتیاز تشویق رده بالاتر به ازاء هر دو یا چند تشویق مازاد بر تشویق های مکتسبه در هر رده

## بند 15- رئوس اهداف و فعالیتهای مهم شغلی (در دوره

### بعدي ارزشیابی):

نقاط ضعف عملکرد فرد در سال جاری در این قسمت بطور دقیق توسط ارزشیابی کننده ذکر شود تا ارزشیابی شونده به نکات ضعف خود آگاهی یابد و براساس آن سعی نماید در سال آینده عملکرد خود را بهبود بخشد.

ارزشیابی سال آینده با توجه به نکات ذکر شده در این قسمت انجام گردد.

### ارزشیابی کننده و تاییدکننده:

تایید کننده	ارزشیابی کننده	ارزشیابی شونده
سو پروایزر	سرپرستار	کارکنان و کارشناسان
مدیر پرستاری	سو پروایزر	سرپرستار
رئیس بیمارستان	مدیر پرستاری	سو پروایزر
معاونت سلامت	رئیس بیمارستان	مدیر پرستاری

## عنوان فرایند: راندپرستاری

عامل انجام کار: مدیرپرستاری, سوپروایزر آموزشی

, سوپروایزر بالینی

وسائل و تجهیزات استاندارد:

چک لیست راند

مراحل استاندارد انجام کار:

الف: مدیرپرستاری

- 1- ملاکها و استانداردهای عملکرد را مشخص کنید.
- 2- استانداردها را در اختیار پرسنل قرار دهید.
- 3- انتظارات خود از پرسنل را مشخص کنید.
- 4- کارکنان را به ماهیت و ضرورت راند آگاه کنید.
- 5- گزارشهای آماری را مطالعه کنید.
- 6- گزارشهای شفاهی و گزارشهای کتبی را بررسی کنید.
- 7- حضور و غیاب پرسنل را بررسی کنید.
- 8- به طور تصادفی به بخش مراجعه کنید.
- 9- پرسنل را حین انجام مراقبت مشاهده کنید.
- 10- پرونده مددجو را بررسی و نحوه ثبت پرستار را بررسی کنید.
- 11- بخش را از نظر انجام صحیح فرایندها کنترل کنید.



12 نحوه سرپرستی و هدایت سرپرستار مشاهده کنید.

**ب: سوپروایزر آموزشی**

بر نیازهای آموزشی مددجویان نظارت کنید.

نحوه اجرای آموزش به مددجویان را کنترل کنید.

نحوه اجرای کارآموزی

**نکات قابل توجه:**

راند های پرستاری:

- بازدیدهای منظم و اتفاقی از بخش یا سایر واحدها است که

این بازدیدها با مقاصد مختلف و روشهای متفاوتی صورت

میگیرد.

آموزش

ریشه یابی مسائل و رسیدگی به شکایات و حل مسائل

مددجویان

**کنترل:**

طراحی و تدوین برنامه های سازمانی هر اندازه هم که با بصیرت

و ملاحظه کاری صورت گرفته باشد، هیچ تضمینی وجود ندارد که

کارکنان سازمان بطور شایسته و آنطور که باید انجام دهند. از این

رو لازم است که مدیریت از طریق پیگیری امور اطلاع حاصل

کند که اولاً "فعالیتها و اقدامات کارکنان در جهت هدفهای سازمان و طبق برنامه های آن پیش میروند و ثانیاً "هدفهای سازمان تا چه اندازه تحقق پیدامی کنند.

## زمان کنترل :

- کنترل قبل از اقدام

- کنترل در جریان کاریا ضمن کار

- کنترل بعد از اقدام یا بازخورد بعد از اقدام نتایج کار

کنترل قبل از اقدام :

- در این نوع کنترل سعی می شود که از انحراف در کمیت و

کیفیت منابع مصرفی در سازمان پیشگیری شود به طور مثال

منابع انسانی بکار گرفته شده بایستی با ضوابط تعیین شده در

ساختار سازمانی مطابقت داشته باشد و در زمینه های شایستگی،

لیاقت و توان جسمی و روانی و مهارت های فنی از ضوابط تعیین

شده منحرف نشود.

## کنترل در جریان کار:

- اقداماتی که در جهت کنترل فعالیتهای جاری صورت می پذیرد و این اقدام بوسیله نظارت و سرپرستی مستقیم از طریق مشاهدات عینی انجام می شود. در حین کنترل کنترل کننده باید اقدامات زیر را انجام دهد:
- تفسیر و توضیح خط مشی ها، آموزش روشها و تکنیک های کار و کمک به پرسنل تحت سرپرستی در حین انجام کار
- اطمینان از رعایت خط مشی ها و کاربرد (تکنیک های تعیین شده توسط کارکنان)
- کنترل بعد از اقدام:
- بدین معنی که یافته های نهائی راهنمای اقدامات آینده می شود.
- در روشهای زیر از کنترل پس از اقدام استفاده می شود.
- کنترل کیفیت
- تجزیه و تحلیل منابع مالی
- کنترل بعنوان ابزار مدیریت :
- در فرآیند کنترل کارکنان باوظایف خود در سازمان آشنا می شوند
- حس همکاری در سازمان تقویت می شود.

- کارکنان باید از نتایج کنترل آگاه شوند.
- کنترل باید بر موازین عینی استوار باشد.
- به کارکنان فرصت انجام اصلاحات داده شود.
- جهت آشنایی پرسنل به روشهای صحیح عملکرد در سازمان  
خط مشی‌ها، روشها، رویه‌ها و سایر آئین نامه‌ها و مقررات در  
اختیار آنها قرار گیرد.
- ارتباطات در سازمان یک عنصر اساسی جهت کنترل می‌باشد.
- یکی از روشهای مطلوب برای بهبود عملکرد و حفظ  
استانداردها و بالا بردن کیفیت خدمات پرستاری ترغیب و تشویق  
خودکنترلی بین کارکنان است و در حقیقت خودکنترلی بالاترین  
سطح کنترل می‌باشد  
خودکنترلی موجب:
  - به روز بودن دانش و اطلاعات
  - قابلیت انعطاف پذیری
  - افزایش مهارتهای حل مسئله
  - برنامه ریزی قبلی جهت فعالیتهای سازمان
  - دادن دستورات واضح و آشکار
- کنترل هم قدم نهائی مدیریت تلقی میشود و هم قدم آغازین  
آن، زیرا که پس از کنترل، ممکن است تغییرات یا اصلاحاتی

در هدفها، برنامه ها، ساختار، خط مشی و رویه های سازمان صورت گیرد.

شرح وظایف شغلی هر فرد ملاک عملکرد او قرار می گیرد. مسئولیت مدیر یا سرپرست آن است که ضمن نظارت کارزیردستان، روشهای انجام دادن کار را به آنها آموخته، اطمینان حاصل کند که از دستورالعملها پیروی می کنند. کنترل بازخورد: این نوع کنترل ناظر به نتایج نهائی کار است. اطلاع از نتایج کار و مقایسه آن با ملاکها، انحرافات احتمالی و اقدامات اصلاحی لازم را مشخص میکند.

هرچند، کنترل غالباً معنای ضمنی نامطلوبی دارد و به نظر میرسد که اعمال کنترل، آزادی عمل فردی را تهدید میکند ولی با توجه به این واقعیت که کار سازمانی ناظر به هدف و رفتار افراد در آن، تابع موازین و مقرراتی است، اعمال کنترل ضرورت دارد.

تضاد بالقوه میان نیاز به آزادی عمل فردی و کنترل سازمانی، مسئله ای است که حل آن بعهده مدیران است. در حل این تضاد، تشخیص این نکته مهم است که کنترل زیاده از حد به سازمان و کارکنان آن صدمه میزند. کنترلی که اعضای سازمان را در کاغذبازی غرق می کند یا بسیاری از رفتارها را محدود می

کند، ممکن است انگیزه کار کردن را در افراد از بین برده، خلاقیت را تضعیف کند و در نهایت به بازده و عملکرد سازمانی صدمه بزند. کنترل ناکافی هم به سازمان صدمه می زند، زیرا غالباً موجب اتلاف منابع شده نیل به هدفهای سازمانی را مشکل می سازد. وظایف مدیران رده عالی (مدیرپرستاری): حیطة مسئولیت مدیران رده عالی، اداره عالی، اداره کل سازمان است. مدیران رده عالی خط مشی های عملیاتی را تعیین میکنند و بین سازمان و محیط خود تعامل برقرار می کنند. معمولاً "عناوینی که به مدیران رده عالی سازمان داده میشود رئیس یا مدیر است. مدیران اجرائی پرستاری در رده عالی سازمان را مدیرپرستاری گویند. مدیران رده میانی، سوپروایزر و هماهنگ کننده هستند. سوپروایزران به مدیرپرستاری و سرپرستاران به سوپروایزران گزارش میدهند. یک سوپروایزر می تواند مسئولیت هشت سرپرستار را به عهده بگیرد تا زمان لازم جهت تماس کاری با آنها نداشته باشد.

## عنوان فرایند: نظارت مدیرپرستاری بر کارپرسنل

عامل انجام کار: مدیرپرستاری

وسائل و تجهیزات استاندارد:

چک لیست نظارتی

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- ترتیبی اتخاذ نمائید تا در هر یک از بخشها جهت تمام مددجویان مراقبت کیفی پرستاری توسط پرستاران حرفه ای و نیروهای کمکی انجام شود.
- 2- مراقب باشید که ارائه خدمات پرستاری به مددجویان با اثربخشی و کارایی همراه باشد.
- 3- معیارهای عملکرد در دسترس پرسنل قرار دهید (از قبیل شرح وظایف، رویه کار).
- 4- از اعضای گروه پرستاری درباره وضعیت هر یک از مددجویان و مراقبتهای ارائه شده به آنان گزارش دریافت کنید.
- 5- به تعهدات مدیریت که بالاتر از انتظار عادی است، توجه داشته و آنرا انجام دهید.

6- اولین بازدید را جهت بررسی و شناخت فردی مددجویان انجام دهید.

7- چارتهای و پرونده ها و سایر منابع را بازنگری کرده و در صورت نیاز برنامه مراقبت را تغییر دهید.

8- با سوپروایزر خود در مورد مشکلاتی که پیش می آید از قبیل روش ارائه مراقبت به مددجویان، انتقال آنها و غیره مشورت نموده و مطابق با راهنمای عملکرد در چارچوب ساختار سازمانی عمل کنید.

9- جهت هدایت کارکنان پرستاری، دریافت گزارش مشکلات مددجویان و سایر موارد ضروری با اعضاء گروه جلسه تشکیل دهید.



## عنوان فرایند: نظارت بر کارپرسنل

عامل انجام کار: سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بالینی، سرپرستار

وسائل و تجهیزات استاندارد:

چک لیست نظارتی، کتابچه راهنما

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- استانداردها را مشخص کنید.
- 2- پرسنل را با شرح وظایف خود آشنا کنید.
- 3- پرسنل را با خط مشی ها و مقررات سازمان و واحد مربوطه آشنا کنید.
- 4- کتابچه راهنمای مراقبتهای پرستاری و آموزش روشهای انجام کار را در اختیار وی قرار دهید.
- 5- شرایط مناسب جهت آموزشهای لازم را برای پرسنل فراهم کنید.
- 6- محیط فیزیکی و ذهنی مناسب جهت آشنائی وی را فراهم کنید.
- 7- کارمند را به روشهای کار آشنا و آنان را خود کفا کنید.

- 8- فاصله بین خودو زير دست را از بين ببريد.
- 9- اعتماد زير دست را جلب كنيد.
- 10- با اورابطه صميمي برقرار كنيد.
- 11- به او ياد آوري كنيد كه هدف كمك به او و مدد جو است ( نه تحقير و تنبيه) .
- 12- عملكردوي رابه دقت مشاهده و ارزشيابي كنيد.
- 13- اقدامات اصلاحي را بر مبناي مشاهدات خود تنظيم كنيد.
- 14- اگر كارمند اشتباهي مرتكب شد به روش صحيح به وي تذكرهديد.

### **نكات قابل توجه:**

- نظارت به معني ايستادن و مشاهده كردن اعمال ديگري است كه يكي از هنر هاي مهم مديران است، زيرا هدف از نظارت ، دستيابي به نقاط قدرت و ضعف پرسنل حين انجام كار و آموزش و اصلاح نارسائيهاي آنان است.
- طی نظارت و پس از آن در زمان باز خورد، زير دست بايد از نظر روحيه در شرايطي باشد كه براي يادگيري و پذيرش راهنمائي و دستورات فرادست آمادگي داشته باشد.

- از آنجا که جفط احترام و منزلت کارمندان در هر رده و یا طبقه ای که باشد وظیفه فرادست است و در عین حال ایمنی مددجویان نیز برای مدیر پرستاری اهمیت بسیاری دارد، باید توجه داشت که دادن آموزش به منظور اصلاح عملکرد باید به ترتیبی صورت گیرد که موجب سلب اعتماد مددجویان از پرستار نشده و کارمندان در مقابل دیگران شرمند نشود. اگر اشتباهی که کارمندان در حین کار مرتکب میشوند، برای مددجویان خطرناک ندارد، بهتر است راهنمایی کارمندان در محلی مناسب و دور از انظار دیگران انجام شود. در مواردیکه تذکر اجتناب ناپذیر است، با گفتن جملاتی مانند "استاد من این روش را بیشتر توصیه می‌کند" یا "من معمولاً این طور انجام می‌دهم" و... مانع عملکرد غلط وی شوید.

- با بوجد آوردن حس اعتماد بین فرادست و زیر دست فاصله‌ها از بین می‌رود و زیر دست ته هنگام احساس ناتوانی و کمبود مهارت شخصاً برای رفع اشکالات خود مراجعه خواهد کرد.

- اندیشیدن و تصمیم‌گیری صحیح از مشخصاتی است که در پرستاری اهمیت بسیار دارد. از آنجا که فعالیت‌های ذهنی قابل مشاهده نمی‌باشند، برای اطمینان از عملکرد علمی و فعالیت‌های ذهنی پرستار، باید از وی سؤال شود تا اطمینان حاصل گردد که

- عمل انجام شده بدون اندیشیدن و برطبق عادت نبوده بلکه بر مبنای تفکر صحیح انجام گرفته است.
- زمان فرا دست می‌تواند انتظار داشته باشد که کارمند کار خود را به نحو مطلوب انجام دهد که قبلاً "به روشنی به او گفته شده باشد چه وظیفه ای دارد و چگونه چنین وظایفی را بایستی انجام دهد، در غیر این صورت نمی‌توان از او انتظار داشت.
- چون مدیران پرستاری و مامائی در محیطی کار می‌کنند که با اقشار مختلف مردم سروکار دارند، لذا لازم است اطلاعات و دانش ضروری در مورد هدایت و رهبری اینگونه افراد داشته تا بتوانند در مواقع ضروری آنان را رهبری کنند.

## عنوان فرایند: رضایت مندی پرسنل

**عامل انجام کار:** مدیر پرستاری, سوپروایزر آموزشی

, سوپروایزر بالینی, سرپرستار

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

چک لیست رضایت مندی

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 - طوری رفتار کنید و واقعا "معتقد باشید که کارکنان افرادی لایق و ارزشمند (هریک در نوعی کار و مهارت) هستند.
- 2 - تسهیلات لازم را برای کار و فعالیت کارکنان فراهم کنید.
- 3 - شغل را با مهارت, دانش, علاقه و توان کارمند منطبق سازید.
- 4 - تا حد امکان عوامل تولید کننده نارضایتی را از کارها حذف کنید.
- 5 - از افراد شناخت کافی داشته باشید گرچه کار دشواری است.
- 6 - هدفهای سازمان را به کارکنان تفهیم و توجیه کنید.
- 7 - هدفهای سازمان را روشن, گویا و قابل انعطاف بنویسید.

- 8 - هدفها راچندان سهل که کارمند بدون تلاش بدان دست یابد یا چندان دشوار که دستیابی به آن غیرممکن باشد تدوین نکنید.
- 9 - هرگز کارمندان را در حضور دیگران تحقیر نکنید.
- 10 هر چند زمانی کارمند خود را مورد توجه خاص قرار دهید.
- 11 باز خوردی را فراموش نکنید.
- 12 از غنی کردن مشاغل، جلب توجه کارمند بطور تنبیهی و یا تشویقی غافل نشوید.
- 13 با مشارکت دادن پرسنل در تصمیم گیریها به اوشخصیت ببخشید.
- 14 از جابجائی و ارتقاء و تنزیل مقام بدون مطالعه بپرهیزید.
- 15 خود را بشناسید.
- 16 قبل از هر تغییری کارکنان را در جریان کارها و علل تغییر قرار دهید.
- 17 تفاوت های فردی را در نظر بگیرید.

## عنوان فرایند: تنظیم برنامه های پرستاری

عامل انجام کار: مدیر پرستاری , سوپروایزر بالینی

الف: بخش ها

### وسائل و تجهیزات استاندارد:

لیستهای ماه قبل, اسامی پرسنل جدید

### مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- کلیه لیستهای بخشها را در دسترس قرار دهید.
- 2- پرسنل جدید را به آن اضافه کنید.
- 3- آمار کلیه پرسنل را تهیه کنید.
- 4- پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای را مشخص کنید.
- 5- آمار کلیه بخشها, درمانگاه ها, اتاق عملها و... را مشخص کنید.
- 6- خط مشی ها و استانداردهای موجود در مؤسسه جهت استفاده از پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای را در نظر بگیرید.
- 7- تناسب پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای را در هر بخش رعایت کنید.

- 8- براساس نیازهای مددجویان ودانش وتوانائی, علاقه ونیازکارکنان پرستاری ,وظایف راتقسیم کنید.
  - 9- مسئولین هربخش رامشخص ودربالای برنامه قراردهید.
  - 10- نفردوم هربخش رابعنوان نفردوم لیست قراردهید.
  - 11- پرسنل رابراساس مدرک تحصیلی به ترتیب قراردهید.
  - 12- پرسنل رابراساس سنوات درلیست قراردهید.
  - 13- شیفتهای سوپروایزری سرپرستاران یا سایرافرادمنتخب رادرلیستها مشخص کنید.
  - 14- درصورت امکان پرسنل همگن راجهت بخشهای همگن رعایت کنید.
  - 15- پرسنل باتجربه وکم تجربه رابطورمناسب تقسیم کنید.
  - 16- پرسنل مشکل داررابه طورعادلانه وباتوجه به بخشهای مربوطه تقسیم کنید.
  - 17- پس ازتنظیم لیستها جهت پیشگیری ازبروزاشتباهات احتمالی فرددیگری (یکی ازسوپروایزران)هم آنها را چک کند.
- ب:تنظیم لیست سوپروایزران**
- 18- تعدادسوپروایزررابراساس تعدادتخت فعال وتعدادبخشها تعیین کنید.
  - 19- برنامه پیشنهادی سوپروایزران رابگیرید.



- 20 سوپروایزر هر شیفت را مشخص کنید.
- 21 در هر شیفت حداقل یک سوپروایزر بالینی بگذارید.
- 22 در صورت کمبود از سرپرستاران یا افراد منتخب بخشها استفاده کنید.
- 23 پس از تکمیل لیست فرد دیگری هم آنرا چک کند.  
پ: نوشتن لیست رلیف (شناور)
- 24 درخواست پیشنهادی پرسنل را دریافت کنید.
- 25 کمبود بخشها را مشخص کنید.
- 26 پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای را مشخص کنید.
- 27 - بر اساس کمبود بخشها فرد مورد نیاز آنها را تأمین کنید.
- 28 پرسنل مازاد را در شیفتهای مختلف قرار دهید، تا در صورت کمبود، سوپروایزر وقت بتواند کمبود را جبران کند.

### **نکات قابل توجه:**

- در تنظیم برنامه کادر پرستاری باید معیارهای زیر رعایت گردد:
- خط مشی ها و استانداردهای موجود در مؤسسه جهت استفاده از پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای در نظر گرفته شود.
  - نسبت پرسنل حرفه ای به غیر حرفه ای مناسب و متعادل باشد.

- در ارائه خدمات پرستاری پیوستگی وجود داشته باشد. یعنی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری، در هنگام اضافه کار، پرستاران از همان بیماران که قبلاً "مراقبت می کردند و با همان کارکنان پرستاری کار کنند.
- از اتلاف بودجه با تأمین نیروی انسانی، انتخاب روش مناسب تقسیم کار و توزیع مناسب کارکنان پرستاری جلوگیری شود، همچنین از استخدام پرستار مازاد نیز اجتناب شود.
- رضایتمندی پرستاران از برنامه کارشان نیز باید در نظر گرفته شود.
- تعطیلات سالیانه و سایر روزهای تعطیلی کارکنان پرستاری باید از قبل برنامه ریزی گردد، تا تعداد مناسب پرستار برای بخشهای مختلف در طول سال وجود داشته باشد.
- در نظر گرفتن اضافه کاری برای تعدیل کادر پرستاری در مواردی که بیماری و یا فوریت هایی پیش می آید، یا هنگامی که نیازهای مراقبتی مددجویان چار تغییر می گردد که باعث کمبود پرستار در بخش میشود.
- هر یک از اعضای کادر پرستاری باید حداقل دو هفته قبل از اجراء برنامه از آن آگاه باشد.

- از حقوق افراد در مقابل تبعیض، از قبیل جنسیت، نژاد یا اعتقادات مذهبی حمایت گردد.

- سرپرستار برنامه کارپرستاران را تنظیم میکند، در صورتیکه با کمبود پرستار مواجه شد، سوپروایزر به وی کمک میکند تا روزهایی خالی برنامه را با پرستاران مازاد سایر بخشها پر کند. علاوه بر آن شخصی که در دفتر پرستاری مسئول تأمین نیروی انسانی است، بر اساس نیازهای هر بخش، پرستاران را یا از سایر بخشها برای کمک میفرستد یا از پرستاران نیمه وقت استفاده میکند، علیرغم اینکه از چه نوع سیستم تأمین نیروی انسانی استفاده میشود، از کل برنامه پرستاری که در دفتر پرستاری وجود دارد، جهت کنترل استفاده میگردد.

## عنوان فرایند: تشکیل کمیته های پرستاری

عامل انجام کار: مدیر پرستاری

وسائل و تجهیزات استاندارد:

دستورالعمل مربوطه

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1 - عناوین کمیته های پرستاری را مشخص کنید.
- 2 - اعضای واجد شرایط را انتخاب کنید.
- 3 - آزمائش اولین پرستاری (سوپروایزر و سرپرستاران) و پرستاران کارآمد استفاده کنید.
- 4 - اعضای هر کمیته را بر اساس نیاز مربوطه و از افراد درگیر با مسائل مربوطه انتخاب کنید.
- 5 - جهت شرکت پرسنل پرستاری در سایر کمیته های پرستاری که به نحوی با پرستاری مربوط میباشد، اعضای واجد شرایط معرفی کنید.
- 6 - اهمیت و ضرورت ایجاد کمیته ها را برای اعضای مربوطه توضیح دهید.

7 - درمورد کمیته های بیمارستانی جهت اعضاء ابلاغ داده مربوطه را بدهید.

8 - شرایط لازم جهت شرکت اعضا در کمیته ها فراهم کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- مدیر ملزم است شخصاً یا به کمک سایر همکاران در اداره مطلوب بیمارستان کوشش نماید و چون هیچ فردی نمی تواند به تنهایی عهده دار سازمان پیچیده بیمارستان برآید، به همین دلیل ایجاد کمیته های بیمارستانی امری است ضروری، کمیته های بیمارستانی به عنوان واحدهای ستادی در اعمال مدیریت صحیح و منطقی و کنترل واحدهای اجرائی (واحدهای صنفی) و نهایتاً ارائه خدمات مطلوب مؤثر می باشد. مسئولین هر کدام از کمیته ها با ارسال گزارش های خود باعث افزایش کمی و کیفی کار درمان میشوند. در رأس کمیته های بیمارستانی، کمیته اجرائی و سایر کمیته ها به شرح زیر می تواند تشکیل یابد.

- کمیته مختلط - کمیته ارزشیابی خدمات - کمیته ارزشیابی کادر پزشکی - کمیته ارزشیابی کادر غیر پزشکی - کمیته عفونت - کمیته بهره برداری - کمیته تغذیه - کمیته مرگ و میر بیمارستانی - کمیته اتاق عمل - کمیته آموزش - کمیته برنامه

- ریزی - کمیته ساختمان - کمیته پزشکی - کمیته پرستاری -
- کمیته داروئی - کمیته امور مالی و اداری - کمیته استخدام .
- در اکثر بیمارستانها برخی از کمیته ها در هم ادغام شده و وظایف چند کمیته بر عهده یک کمیته واگذار گردیده است.
- کمیته هایی که در آن مسئولین پرستاری عضویت دارند:
- کمیته مدارک پزشکی , عضو آن مترون یا سوپروایزر آموزشی است.
- کمیته کنترل عفونت که سوپروایزر اتاق عمل و نماینده دفتر پرستاری (سوپروایزر کنترل عفونت) است.
- کمیته بهره برداری, نماینده دفتر پرستاری است.
- دفتر پرستاری هم جهت برنامه های پرستاری کمیته های داخلی تشکیل میدهد مانند کمیته آموزش پرستاری و...
- اعضای کمیته آموزش پرستاری شامل :
- مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر کنترل عفونت -
- رابطین بخشها و تعدادی از سرپرستاران
- کمیته کنترل عفونت بیمارستان شامل موارد زیر می باشد:
- پرستار کنترل عفونت - رییس یا مدیر بیمارستان - مسئول بهداشت محیط بیمارستان - مسئول آزمایشگاه - مترون

بیمارستان - متخصص داخلی ؛ جراحی ، کودکان و در صورت  
امکان اپیدمیولوژیست بیمارستان  
- در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر شامل مسئول  
خدمات ، امور اداری مالی ، کارشناس امور دارویی و سایر  
قسمتهای بر حسب مورد .

## عنوان فرایند: برگزاری جلسات

**عامل انجام کار: مدیرپرستاری**

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

برنامه زمانبندی شده

**مراحل استاندارد انجام کار:**

برنامه زمانبندی شده جلسات کمیته راتهییه کنید.

1 - جلسات دوره ای توسط سرپرستاران باکارکنان ترتیب دهید.

2 - جلسات دوره ای توسط دفترپرستاری باکارکنان ترتیب

دهید.

- 3 - جلسات دوره ای مشترک سرپرستاران باکارکنان ودفترپرستاری ترتیب دهید.
- 4 - ازکارکنان شیفتههای مختلف بطوررسمی جهت شرکت درجلسات دعوت نمائید.
- 1 - جلسات کمیته رابراساس برنامه زمانبندی تشکیل دهید.
- 2 - جلسات راحداقل ماهی یکبارتشکیل دهید.
- 3 - درکلیه جلسات تشکیل شده هدایت ورهبری رامشخصا"بعهده بگیرید.
- 4 - درکمیته هدایت صاحبان فرایندرادعوت کنید.
- 5 - دستورکارجلسات رامشخص کنید.
- 6 - عناوین مطرح شده درجلسه را مطابق با دستورکارجلسه مشخص کنید.
- 7 - تصمیمات جلسه رامتناسب با عناوین دستورکارجلسه اتخاذکنید.
- 8 - مسئولین اجرائی وپیگیری تصمیمات اتخاذشده درجلسه رامشخص کنید.
- 9 - برنامه اجرائی زمانبندی شده جهت انجام اقدامات تهیه کنید.
- 5 - تعامل منطقی واصولی بین فعالیتهای شاخه نظارت وآموزش وپژوهش وارزشیابی ایجادکنید.



6 - دستور جلسه رابا دعوتنامه جهت شرکت کنندگان ارسال کنید.

7 - به کارکنان اجازه دهید در بحث ها بطور فعال شرکت کنند.

8 - صورت جلسات را ثبت کنید.

9 - صورت جلسات رابه اطلاع شرکت کنندگان برسانید.

10 - موارد مطرح شده در جلسات را پیگیری کنید.

پیگیریهای بعمل آمده در مورد صورت جلسات رابه اطلاع شرکت کنندگان برسانید

### **نکات قابل توجه:**

- دستور کار جلسات مبتنی بر اطلاعات جمع آوری شده از طریق نتایج کنترل و نظارت , حسابرسی , نیازهای آموزشی و... می باشد.

- پیگیری تصمیمات و نتیجه اقدامات بعمل آمده پیرو مصوبات جلسات قبل انجام میشود.

- عناوین مطرح شده در جلسه مطابق با دستور کار جلسه جهت دستیابی به اهداف و برنامه سال پرستاری می باشد.

- مباحث تعیین شده شامل موارد زیر است:

- خط مشی ها و سیاست های سازمان

- جلب مشارکت کارکنان در تعیین دستورالعمل ها و روشهای اجرای امور جاری بیمارستان
- صورتجلسات فایل شده و نتایج حاصله از اقدامات پیگیریها ثبت شود.

## عنوان فرایند: رسیدگی به مشکلات پرسنل

عامل انجام کار: مدیرپرستاری

وسائل و تجهیزات استاندارد:

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- نوع مشکل پرسنل را بررسی کنید.
- 2- در صورت لزوم وقت ملاقات در اختیار آنان بگذارید.
- 3- به مشکل پرسنل با دقت گوش بدهید.
- 4- مقصود او را از بیان مطلب بررسی کنید.
- 5- فرد را مورد پذیرش قرار دهید.
- 6- به وی بعنوان یک فرد با تمام خصوصیات فردی توجه کنید.
- 7- احساسات آنها را درک کنید.
- 8- به احساسات آنها پاسخ مناسب بدهید.
- 9- شرایطی فراهم کنید تا فرد احساس امنیت کند.
- 10- به دور از تعصب مشکل فرد را بررسی کنید.

- 11 - از قضاوت و پیش داوری پرهیز کنید.
- 12 - برای برقراری ارتباط مناسب موقعیت مناسب رافراهم کنید.
- 13 - در هنگامی که می‌خواهید مورد نفوذ قرار گیرید، موقعیت را کنترل کنید.
- 14 - هنگامیکه باید رفتار قاطعانه داشته باشید، به افراد اجازه ندهید در شما احساس گناه بوجود آورند.
- 15 - از جملاتی استفاده نکنید که به افراد فرصت دهد تا شمارا قربانی کنند.

### نکات قابل توجه:

- برقراری ارتباط برخی از شخصیتها احتیاج به مهارت خاص دارد. این موضوع بخصوص در مورد رؤسای پرستاری و مامائی بعلت طبیعت حرفه پرستاری بیشتر صدق میکند. زیرا کسانی که در محیط های بحرانی و ناراحت کننده کار کرده و بیدار خوابی های مستمر و برنامه های نامنظم زندگی را به مدت طولانی تحمل کنند، قطعاً "اگر دچار گرفتاری های عصبی و روانی نشوند به تدریج تحت تأثیر عوامل نامساعد محیط، شکیبائی خود را از دست خواهند داد. لذا رئیس خدمات پرستاری و مامائی با آگاهی از چگونگی عوامل

تنش زامی تواندبا برنامه ریزی لازم محیط رابرای انجام کارمساعدا سازد.

– مدیران واحداپرستاری علاوه براین که وسائل وتجهیزات لازم رابایدرد دسترس پرستاران وماماها قراردهند بلکه به جودهنی واجتماعی نیزتوجه کرده سعی کنندتا تعارضات ,اختلافات وعدم هماهنگی وسوءتفاهمات راکه اکثرا " منشاءارتباطات نارسا است با بوجودآوردن شرایط مناسب به حداقل برسانند. گرچه درعمل انجام کارها مانندنوشتن وگفتن ساده نیست ولی نمی توان انکار کرد که مدیران پویا ونوآوربا استفاده ازنتایج پژوهش های علمی وعلاقمندی به کارووظایف خودمی توانندتا حدزیادی تعارضات رازبین ببرند.

– داشتن معلومات ودانش درزمینه مشکلات ایجادشده ضروری است.

– درک دوجانبه توسط دونفرلازم است.

– پرستاران حق دارند که با آنها بااحترام رفتارشود.

– حق دارند,درباره وظایف محوله خودسؤال کنند.

– حق دارند,حقوق ومزایای مناسب دریافت دارند.

– حق دارندخواسته های خودرادرخواست کنند.

- حق دارندا ولویتهای خویش را تعیین کنند.
- حق دارندا امتناع کنند، بدون آنکه پوزش بخواهند یا احساس گناه کنند. پرستاران متکی به توانائی ها و ارزشهای خود هستند. مختارند تقاضای پیشنهادی را نپذیرند.
- حق دارندا اشتباه کنند، در مقابل آن احساس مسئولیت نمایند، البته بعضی از اشتباهات داروئی برای مددجو خطرناک است، بنابراین باید اقداماتی صورت گیرد که از انجام آن جلوگیری شود.
- حق دارند به عنوان افراد حرفه ای اطلاعات را ارائه دهند و دریافت کنند.
- حق دارند به نفع و صلاح مددجو قدم بردارند.
- حق دارند سعی کنند مانند سایر انسانها زندگی کنند. گرچه پرستاری شغل مهم و حیاتی است اما از پرستاران نباید انتظار داشت که از سایر رویدادهای زندگی خود چشم پوشی کنند.

## عنوان فرایند: تهیه پروتکل بحران

عامل انجام کار: مدیرپرستاری

وسائل و تجهیزات استاندارد:

CD بحران-لیستهای تهیه شده

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- تیم های ثابت و سیار را تعیین کنید.
- 2- برای خود، جهت مواقع اضطراری جانشین تعیین کنید.
- 3- وظایف هر فرد را در تیم مشخص کنید.
- 4- برای هر فرد در تیم جانشین اول و دوم مشخص کنید.
- 5- آدرس و شماره تماس سریع هر فرد را در دسترس بگذارید.
- 6- جهت دسترسی سریع در مواقع اضطرار برای هر فرد برنامه ریزی کنید.
- 7- در خصوص آمادگی مقابله با حوادث غیر مترقبه برنامه ریزی آموزشی انجام دهید.
- 8- در خصوص آمادگی مقابله با حوادث غیر مترقبه تمرینهای مستمر ترتیب دهید.
- 9- وسائل و تجهیزات کامل در دسترس قرار دهید.

- 10 - نقشه ونقاط امن بیمارستان را در دسترس قرار دهید.
- 11 - خطرو آسیب پذیری آنرا ارزیابی کنید.
- 12 - برنامه رافعال کنید.
- 13 - برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی را با برنامه حوادث غیر مترقبه جامعه تلفیق کنید.
- 14 - مسئولین خارج بیمارستان را از رخداد حادثه آگاه کنید.
- 15 - به پرسنل در مورد فعال شدن برنامه هشدار دهید.
- 16 - پرسنل بیمارستان را شناسائی کنید.
- 17 - اسکان و نقل و انتقال پرستل را بررسی کنید.
- 18 - از خانواده پرسنل حمایت کنید.
- 19 - مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و البسه و...) را حفظ کنید.
- 20 - ازدحام و ترافیک مددجویان را کنترل کنید.
- 21 - ارتباط خود را با رسانه ها حفظ کنید.
- 22 - در صورت نیاز جابجائی و تعیین محل جایگزینی برای درمان مددجویان را فراهم کنید.
- 23 - پیگیری مددجویان و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جابجائی را انجام دهید.
- 24 - پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات را ایجاد و حفظ کنید.



- 25 - شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه مددجویان آلوده با مواد خطر زار فراهم کنید.
- 26 - مسؤلیتهای پرسنل را در جریان حوادث غیر مترقبه تعیین کنید.
- 27 - از یک ساختار فرماندهی منطبق با ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیر مترقبه استفاده کنید. ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آنرا انجام دهید

## عنوان فرایند: تقسیم وظایف بین کارکنان

عامل انجام کار: سرپرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

- 1 - شرح وظایف پرسنل - دفتر مربوطه
- 2 - مراحل استاندارد انجام کار:
- 3 - روش تقسیم کار را مشخص کنید.
- 4 - پرسنل را با شرح وظایف خود آشنا کنید.
- 5 - تعداد پرسنل موجود را برآورد کنید.

- 6- کارهای بخش رامشخص کنید.
- 7- کارها را با توجه به شرح وظایف و مهارت پرسنل تقسیم کنید.
- 8- در صورت استفاده از روش موردی به هریک از پرستاران نسبت به سادگی و پیچیدگی میزان مراقبت و مهارت شخصی تعدادی بیمار واگذار کنید.

### نکات قابل توجه:

– قبل از بیان مشروح برنامه تأمین نیروی انسانی باید مشخص کرد که از چه روشهایی برای تقسیم کار در واحدها و بخشها استفاده خواهد شد. زیرا انتخاب هر روش کار به نوعی پرسنل و هم چنین تعداد مشخصی نیروی کار نیاز دارد، لذا بدون دانستن روشهای تقسیم کار نمی توان پرسنل ضروری را پیش بینی کرد. متخصصین و کارشناسان پرستاری روشهای متعددی را جهت تقسیم کار بین پرسنل پرستاری پیشنهاد کرده اند که هریک داری مزایا و مضاری است و انتخاب هر شیوه بستگی به نوع مراقبت، تعداد پرسنل، تعداد مددجو میزان مهارت پرسنل، تحصیلات پرسنل و فلسفه و اعتقادات مدیران هر واحد یا بخش پرستاری دارد.

– در حال حاضر روش فعالیتی تنها روشی است که در اکثر بیمارستانهای ما رایج است و از روشهای دیگر کمتر استفاده میشود. شاید علت انتخاب این روش توسط مدیران پرستاری در کشور ما کمبود پرسنل باشد.

– این روش کار محور بوده و وظایف و فعالیتها مورد توجه است. طرح کار به این ترتیب است که کارهای بخش را جدا کرده و هر یک را به پرستاری واگذار می کنند. بطور مثال دادن دارو، تزریقات، نظارت مددجو و... وظیفه هر یک از پرسنل توسط سرپرستار تعیین و توسط او نظارت و کنترل بعمل می آید.

مضار روش فعالیتی	مزایای روش فعالیتی
<p>- بیماران احساس ناامنی می کنند.</p> <p>- بیماران نمی توانند با پرستاران ارتباط برقرار کنند.</p> <p>- نظربه اینکه سرپرستار مسئول کلیه پرسنل, بیماران و جوابگوی ملاقات کنندگان و پزشکان و سایرین میباشد, لذا دچار خستگی و فرسودگی میشود.</p> <p>- امکان مشاهدات علمی و تشخیص پرستاری بعلت تعدد مراقبت کنندگان میسر نیست .</p> <p>- استمرار مراقبت میسر نیست بلکه مراقبتها منقطع میباشد.</p> <p>- بیمار احساس سرگردانی می کند.</p> <p>- بعلت "یک کاره" شدن پرسنل در غیبت هریک از کارکنان سایر کارکنان از انجام کار او عاجزند.</p> <p>- بطور کلی هدف اصلی پرستاری که عرضه مراقبت با کیفیت بالاست در این روش عملی نیست چون از نظر روانی و اجتماعی بیمار مورد توجه قرار نمی گیرد. در واقع بیمار به عناصر جداگانه</p>	<p>- کارها سریع انجام میشود.</p> <p>- پرسنل بعلت تکراریک نوع کار مهارت بیشتری در آن بدست می آورند.</p> <p>- کنترل توسط پرستار مرتباً بعمل می آید.</p> <p>- دستور دهنده یکنفر است (وحدت فرماندهی).</p> <p>- مقرون به صرفه است و به پرسنل کمتری نیاز است.</p> <p>- برخی از کارکنان ترجیح میدهند فرمانبردار باشند, زیرا احساس ایمنی در کارکنان افزایش مییابد.</p> <p>- تولید گرا و کار مدار است.</p> <p>- با تقسیم کارهای ساده تر برای پرسنل کم تجربه و سطح معلومات پائین و واگذاری کارهای پیچیده تر به افراد با تجربه و سطح معلومات بیشتر از کلیه رده ها می توان استفاده کرد.</p> <p>- مشخص بودن مسئول</p>

## عنوان فرایند: نظارت سرپرستار بر کارپرسنل

عامل انجام کار: سرپرستار

وسائل و تجهیزات استاندارد:

نظارت مستقیم

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- نیازهای مددجویان را مشخص کنید.
- 2- نیازهای مددجویان را اولویت بندی کنید.
- 3- جهت اثربخشی بیشتر در میان واحدهائی که خدمات حمایت کننده ارائه می دهند، هماهنگی ایجاد کنید.
- 4- مسؤلیتهای مختلف را، جهت انجام فعالیتهای کادرپرستاری شناسائی کنید.
- 5- مراقبت مستمر و بدون خطر فراهم کنید.
- 6- مسؤلیتها را عادلانه تقسیم کنید.
- 7- در صورت کمبود پرسنل برای خود نیز مسؤلیتی در نظر بگیرد.
- 8- سیستم ارتباطی با مددجویان، کادرپرستاری، پزشکان و سایر کارکنانی که در بهبود مددجویان دخالت دارند، برقرار کنید.

- 9 پرستاران راسرپرستی, کمک و راهنمایی نموده و به آنان براساس استانداردهای تعیین شده پرستاری آموزش دهید.
- 10 آموزش مددجویان و خانواده آنها را در زمانی که نیاز به کسب اطلاعات دارند خود بعهده گرفته یا آنرا به پرستار دیگر محول کنید.
- 11 اطمینان حاصل کنید که برنامه های مراقبت پرستاری برای هر یک از مددجویان به هنگام و کامل اجراء میگردد.
- 12 مراقبتهای پرستاری را که توسط کادر پرستاری ارائه گردیده است, را ارزشیابی کنید.

- 13 توانائیهای پرستاران تحت سرپرستی خود را ارزیابی نموده و براساس معیارهای از پیش تعیین شده بررسی کنید.
- 14 روشهایی جهت نوشتن پرونده ها و نگهداری آنها اجراء کنید.
- 15 نوشتن گزارش از وضعیت مددجویان را سرپرستی کنید.
- 16 گزارش کامل و دقیق به پرستار شیفیت بعدی بدهید, یا به نحوه گزارش دادن پرستاران دیگر نظارت کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- توجه داشته باشید که پرستاران جهت رشد حرفه ای خود نیاز به انجام کارهای گوناگون دارند, این نیاز در موقع تقسیم کار در نظر گرفته شود.

- به اعضای گروه در انجام وظایف محوله اعتماد داشته باشید (پس از آموزش لازم).
- پروتکل‌ها را رابه‌طور صحیح تفسیر کنید تا بتواند پاسخگوی درخواست‌هایی باشد که بطور تصادفی پیش می‌آید.
- روش‌هایی را که در مواقع فوریت پیش می‌آید، بطور کامل توضیح دهید.
- کادر پرستاری را بطور رسمی و غیر رسمی، واضح و دقیق هدایت کنید.
- از فرایند کنترل جهت ارزیابی از کیفیت مراقبت ارائه شده و ارزشیابی از عملکرد فرد یا گروه پرستاری استفاده کنید.

## عنوان فرایند: تدوین طرح درس

**عامل انجام کار: سوپروایزر آموزشی**

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

نتیجه نیازسنجی آموزشی

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1- پرسشنامه نیازسنجی آموزشی را تدوین کنید.
- 2- پرسشنامه ها را جهت تکمیل به پرسنل گروه هدف بدهید.
- 3- پرسشنامه ها را پس از تکمیل جهت آنالیز تحویل بگیرید.
- 4- نیازهای آموزشی پرسنل را تعیین کنید.
- 5- نیازهای آموزشی را الویت بندی کنید.
- 6- عنوان دوره را مشخص کنید.
- 7- محل برگزاری دوره را مشخص کنید.
- 8- ساعت دوره را مشخص کنید.
- 9- اهداف کلی دوره را مشخص کنید.
- 10- اهداف ویژه دوره را مشخص کنید.
- 11- محتوی دوره (فهرست عناوین و ساعت تعلق گرفته به هر عنوان) را آماده کنید.



- 12 مجری دوره رامشخص کنید.
- 13 نحوه برگزاری دوره رامشخص کنید.
- 14 روش تدریس رامشخص کنید.
- 15 وسائل سمعی بصری موردنیازرامشخص کنید.
- 16 تعدادشرکت کننده وگروه هدف رامشخص کنید.
- 17 شرایط فراگیران پیش بینی شده دوره رامشخص کنید.
- 18 مشخصات مدرسین راتعیین کنید.
- 19 هزینه پرسنلی رامشخص کنید.
- 20 حق الزحمه هر ساعت تدریس هرمدرس رامشخص کنید.
- 21 سایر هزینه هارابراورد کنید.
- 22 نحوه ارزشیابی دوره راتعیین کنید.
- 23 طرح درس رابه اداره پرستاری ارسال کنید.

## عنوان فرایند: تهیه مطالب آموزشی

عامل انجام کار: سوپروایزر آموزشی

وسائل و تجهیزات استاندارد:

کتابچه آموزشی, بورد آموزشی, کتاب مرجع

مراحل استاندارد انجام کار:

الف: بوردبولتن:

- 1- برنامه هائی را تهیه کنید که براساس نیاز پرسنل پرستاری باشد.
- 2- کنفرانسها را به نحوی آماده کنید که به مدت 15 تا 20 دقیقه طول بکشد.
- 3- مواد آموزشی را در دسترس پرستاران قرار دهید.
- 4- پرستارانی را که در کار خود کاردان هستند شناسائی کنید و از نیروی آنها جهت آموزش استفاده کنید.
- 5- در هر بخش بوردبولتن قرار دهید. بوردبولتن مرکز یادگیری است.
- 6- بورد را در اتاق درمان یا در اتاق استراحت, یا محلی که پرستاران دور هم جمع میشوند, قرار دهید.
- 7- عناوین مربوط به پرستاری را بطور خلاصه در کارتهای 8\*5 اینچ تایپ کنید.

8 جهت جذابیت بیشتر آنرا در روی کاغذهای رنگی نصب نمائید.  
9 -محتوای داخل بورد را مرتباً عوض کنید، زیرا هنگامی که پرستاران اطلاعات را دریافت میکنند معمولاً دیگر توجهی به آن ندارند.

10 -در تهیه محتوای آموزشی بورد از سایر پرستاران علاقمند استفاده کنید.

**ب: تهیه راهنمای بخش (Procedure Book):**

- 11 فرایندها و نیازهای آموزشی هر بخش را مشخص کنید.
- 12 برای هر بخش رابط آموزشی واجد شرایط تعیین کنید.
- 13 مقررات بخش را مکتوب کنید.
- 14 مجموعه مقررات و فرایندها را بشکل کتابچه تهیه کنید.

**ج: تهیه کتب مورد نیاز پرستاری**

- 15 -در هر بخش کتاب داروشناسی و مهارتهای بالینی پرستاری و مرجع مربوط به حیطة بخش را قرار دهید.
- 16 جهت خرید کتابهای مورد نیاز هر بخش با مسئول کتابخانه هماهنگ کنید.

17 - در دسترس قرار دادن نشریات علمی، در محل استراحت پرستاران نیز وسیله خوبی جهت یادگیری از طریق خودآموزی آنهاست.

د: تهیه پمفلت آموزشی

18 - نیازهای آموزشی پرسنل و مددجویان را مشخص کنید.

19 - مطالب آموزشی تهیه شده را بررسی کنید.

20 - مطالب ضروری و مهم را خلاصه برداری کنید.

21 - خلاصه ها را به شکل پمفلت یا بوکلت آموزشی تهیه کنید.

22 - در مورد پمفلت آموزش به مددجو، تشخیص مددجو را

مشخص کنید.

23 - جهت هر تشخیص پمفلت مربوطه را تهیه کنید.

24 - از پرستاران بخش بخواهید که حین ترخیص مددجو علاوه

بر آموزش چهره به چهره، پمفلت آموزشی را جهت خودمراقبتی به

وی تحویل دهند.

### نکات قابل توجه:

در صورت مجهز بودن به شبکه کامپیوتری، مطالب آموزشی لازم

جهت پرستاران را در سیستم کامپیوتر قرار دهید، تا همه بخش

ها بتوانند از آن استفاده کنند.

پرستار از طریق کامپیوتر قادر میشود، اطلاعات فوری را در هر زمینه مربوط به پرستاری مانند موارد بیماریها، درمانهای دارویی، مسائل محاسباتی دارو و جداول تبدیل را دریافت کند. پرستار اطلاعات درخواست میکند، پاسخ دریافت میکند، مصاحبه میکند و درباره تصمیمات گرفته شده بازتاب میگیرد.

در صورت تخصیص بودجه جهت خرید کتب پرستاری، اولویتهای رامشخص و اقدام به خرید کنید.

## عنوان فرایند: تکمیل پرونده های بهداشتی

**عامل انجام کار:** سوپروایزر کنترل عفونت

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

مدارک بهداشتی پرسنل

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 جهت هر پرسنل فرم جداگانه تهیه کنید.
- 2 وارد ذکر شده در فرم را با همکاری پرسنل تکمیل کنید.

- 3 - مشخصات دموگرافیک پرسنل را تکمیل کنید
- 4 - سابقه ابتلا به بیماریهای عفونی را ثبت کنید.
- 5 - سابقه واکسیناسیون و تاریخ آن را ثبت کنید
- 6 - وضعیت سلامت عمومی را ثبت کنید
- 7 - اقدامات آزمایشگاهی را ثبت کنید.
- 8 - واکسیناسیون پرسنل علیه بیماریهای واگیر را بررسی کنید.
- 9 - در صورت عدم انجام واکسیناسیون هیپاتیت B شرایط تزریق را فراهم کنید.
- 10 - دوره واکسیناسیون را کامل کنید.
- 11 - پس از پایان دوره واکسیناسیون طبق دستورالعمل مربوطه شرایط انجام آزمایش تیرآنتی بادی را فراهم کنید.
- 12 - جواب آزمایش را ضمیمه پرونده کنید.
- 13 - در صورت ناقل بودن پرسنل در پرونده فرد ذکر کنید.
- 14 - در صورت Needle Stick شدن دستورالعمل را اجرا کنید و در پرونده فرد ثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

- به منظور پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی لازم است پرسنل شاغل در بیمارستان پرونده بهداشتی داشته و خلاصه معاینات ، سوابق به وبژه واکسیناسیون در آن ثبت شود. داشتن

این پرونده موجب حفظ سلامتی کارکنان از ابتلای آنها به عفونت و سرایت عفونت به وسیله پرسنل به اعضای خانواده و جامعه خواهد بود.

- در این زمینه به دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی مراجعه شود.

## عنوان فرایند: راند کنترل عفونت

**عامل انجام کار: سوپروایزر کنترل عفونت**

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

چک لیست

**مراحل استاندارد انجام کار:**

ملاکها و استانداردهای عملکرد را مشخص کنید.

استانداردها را در اختیار پرسنل قرار دهید.

انتظارات خود از پرسنل را مشخص کنید.

کارکنان را به ماهیت و ضرورت راند آگاه کنید.

موارد مستعد عفونت را شناسایی کنید و اقدامات لازم را جهت پیشگیری و کنترل آن انجام دهید.

نحوه دفع سوزن و سایر وسایل نوک تیز را چک کنید. رعایت ایزولاسیون در مددجویان مسری را بررسی کنید. از نظر رعایت احتیاطات استاندارد در بخشهای مختلف بیمارستان مطمئن گردید.

نظارت نمایید که جداسازی زباله های عفونی و غیر عفونی به درستی و با دقت لازم صورت می گیرد.

از نظافت سرویس های بهداشتی بیماران و پرسنل مطمئن گردید.

از وجود وسایل حفاظتی در بخش مطمئن گردید.

چک کنید که پرسنل با بیماریهای عفونی در بخش مشغول به کار نباشند.

رخشویخانه را از نظر بهداشت و موارد زیر چک نمایید :

محیط رخشویخانه را از نظر نور ، تهویه و فضای کافی چک نمایید.

کنترل نمایید که البسه آلوده به طور جداگانه شستشو ، ضد عفونی و خشک گردد.



کف و دیوارها قابل شستشو و از سیستم مناسب جمع آوری فاضلاب برخوردار باشد.

تجهیزات و مواد لازم برای شستشوی دستی وجود داشته باشد. در محل پذیرش لباسها و ملحفه های آلوده نسبت به دیگر محلهای تمیز فشار منفی وجود داشته باشد.

کلیه پرسنل مرتبط با مراحل جمع آوری ، حمل و نقل ، طبقه بندی ، تفکیک و جداسازی و شستشوی ملحفه و لباسها باید دوره های آموزشی لازم را طی کرده باشند و از وسایل حفاظتی مناسب برخوردار بوده و به تسهیلات شستشوی دست دسترسی داشته باشد.

چک شود که لباسها و ملحفه ها قبل از آماده شدن برای اتاق عمل و مناطق پرخطر مانند بخشهای سوختگی و پیوند اعضا اتوکلاو شوند. هیچ البسه ای نباید از بیمارستان خارج مگر اینکه رفع آلودگی شده باشد.

گند زدایی باید با استفاده از آب داغ یا سفید کننده ها و مواد گند زدا با استفاده از دستکش ، عینک و ماسک برای جلوگیری و حفاظت از ترشح انجام می گیرد.

البسه مرطوب در طول شب در ماشینهای شستشو قرار نگیرد.

## فرآیندهای بخش ارتوپدی

- کمک در گچ گیری
- کمک در برداشتن گچ
- کمک در گذاشتن تراکشن
- بکارگیری پروسیجرهای حمایتی
- مراقبت از مددجویان زیر کشش
- مراقبت از مددجویان دارای فیکساتور خارجی
- مراقبت پرستاری پس از عمل ارتوپدی (تعویض مفصل)

## نام فرایند: کمک در گچ گیری

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

رولهای گچی - رولهای ماده غیر گچی (ویبریل) - باند - پدهای  
پنبه‌ای - دستکش - تیزبر یا چاقو

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- دستور پزشک را چک کنید.
- 2- مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 3- خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 4- دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.
- 5- مددجو را در وضعیت مناسب (بسته به محل گچ گیری) قرار دهید.
- 6- از اندام یا قسمتی از بدن که گچگیری میشود، حمایت کنید.
- 7- وضعیت مناسب مددجو را در طی گچگیری حفظ کنید.
- 8- مددجو را بپوشانید و فقط قسمت مورد نیاز را در معرض دید قرار دهید.

- 9 - قسمت مورد نظر را شسته و خشک کنید.
- 10 - در بالای محل گچ گرفته از مواد غیرگچی بصورت شل و روان استفاده کنید.
- 11 - مواد اضافه را بردارید.
- 12 - رولهای ماده غیرگچی (ویبریل) را به آرامی و بصورت شل دور محل شکسته پیچید.
- 13 - در اطراف برجستگیهای استخوانی از پدهای بیشتری استفاده کنید. همچنین در محل شیارهای اعصاب پد بگذارید (مانند سر نازک نی و...).
- 14 - از مواد گچی یا غیرگچی بسته به منطقه شکسته بدن استفاده کنید.
- 15 - بانداژ با عرض مناسب را انتخاب کنید.
- 16 - نیمی از عرض بانداژ را روی لبه باند قبلی بیندازید.
- 17 - از حرکت ثابت و مداوم برای بانداژ استفاده کنید.
- 18 - در محل مفاصل و نقاط تحت فشار از گچ بیشتری استفاده کنید.
- 19 - گچ گیری را به پایان برسانید.
- 20 - لبه های را صاف کنید.
- 21 - با چاقو یا تیزبر ادامه گچ را ببرید و آن را شکل دهید.

22 - ذرات ماده گچی را از روی پوست پاک کنید.

23 - در حین سخت شدن گچ، آنرا حمایت کنید.

الف: گچ را با کف دستها بگیرید.

ب: از گچ روی یک سطح صاف و محکم حمایت کنید.

ج: گچ را روی سطوح سخت یا لبه های تیز قرار ندهید.

د: از اعمال فشار روی گچ پرهیز کنید.

24 - امکانات خشک شدن گچ را تأمین کنید.

الف: گچ را بپوشانید و آن را در معرض هوا قرار دهید.

ب: مفاصل اصلی مددجو را هر 2 ساعت حمایت کنید.

ج: میتوان برای افزایش جریان هوا از پنکه استفاده کرد.

### نکات قابل توجه:

- قبل از استفاده از گچ، مددجو نیاز به اطلاعاتی درباره مشکل

پاتولوژیک و هدف مورد نظر از رژیم درمانی تجویز شده، دارد.

این آگاهی سبب مشارکت فعالانه مددجو و حفظ اصول برنامه

درمانی میشود.

- رولهای بانداژ گچی در آب سرد خیسانده و به آرامی روی بدن

مددجو مورد استفاده قرار میگیرند.

- در مددجویی که بازوی او به وسیله گچ بیحرکت شده است، برای کنترل تورم بازوی بیحرکت او را بلند کنید.  
- وقتی مددجو میخوابد، بازو را طوری بلند کنید که هر مفصل نسبت به مفصل پروکسیمال قبلی خود، بلندتر باشد (بعنوان مثال آرنج بلندتر از شانه و دست بلندتر از آرنج باشد).  
موقتیکه مددجو راه میافتد ممکن است از بانداژ حمایتی بازو ( sling ) استفاده شود.

- درد توأم با فرایندهای بیماری (مثل شکستگی) معمولاً با بیحرکت کردن کنترل میشود. درد ناشی از ادم که با تروما، جراحی یا خونریزی بافتی همراه است، با بلند کردن عضو کنترل میگردد. همچنین استفاده از کمپرسهای سرد در صورت تجویز شدن، مفید میباشد. کیف یخ (  $1/3$  تا  $1/2$  آن پر باشد) یا وسائل سرما درمانی در هر طرف عضو گچ گرفته مورد استفاده قرار میگیرند تا از دندانهدار شدن گچ در یک طرف اجتناب شود.

- درد ممکن است علامت بروز عوارض باشد. درد توأم با سندرم کمپارتمان با روشهایی همچون بلند کردن عضو، استفاده از سرما و دوزاژ معمول مسکنها، تسکین نمییابد. درد شدید در بالای برجستگیهای استخوانی، احتمال ایجاد زخم فشاری را هشدار

میدهد. وقتیکه زخم ایجاد شد درد کاهش مییابد. ناراحتی ناشی از فشار روی پوست ممکن است با بلند کردن عضو کاهش یابد، زیرا بلند کردن، ادم را کاهش میدهد و فشار روی مناطق تحت فشار را کنترل میکند. اما ممکن است اصلاح قالب گچی یا گچ گیری مجدد لازم باشد.

- پرستار هرگز نباید از شکایت درد در مددجویان گچگیری شده غفلت نماید، زیرا امکان بروز عوارض احتمالی همچون کاهش خونرسانی بافتی یا ایجاد زخم فشاری وجود دارد.
- برای اجتناب از فلج یا نکروز احتمالی، وجود دردهای تسکین نیافتنی را فوراً به پزشک گزارش دهید.
- مددجویان تشویق کنید در مراقبت شخصی خود فعالانه شرکت و از وسایل کمکی بطور مناسب استفاده کند.
- قالب گچی در موارد خاصی برای بیحرکت کردن یک شکستگی، اصلاح یک دفورمیتی، استفاده از فشار شکل دهنده روی بافت نرم زمینهای، یا حمایت و تثبیت مفاصل ضعیف مورد استفاده قرار میگیرد.
- معمولاً قالبهای گچی ضمن محدود کردن حرکات در قسمت معینی از بدن، اجازه حرکت کلی بدن را به مددجو میدهند.

– انواع مختلف گچ:

- گچ کوتاه بازو: از زیر آرنج تا قسمت قاعده انگشتان دست ادامه می یابد. قاعده انگشت شست در گچ قرار داده میشود. اگر انگشت شست نیز گچ گرفته شود، به آن اسپیک شست می گویند.
- گچ بلند بازو: از سطح فوقانی چین زیر بغل تا قسمت پروکسیمال کف دست ادامه می یابد. آرنج معمولاً در یک زاویه راست، بیحرکت میشود.
- گچ کوتاه پا: از پائین زانو تا قاعده پنجه پا ادامه دارد. پا در یک زاویه راست و در وضعیت خنثی قرار داده میشود.
- گچ بلند پا: از مرز بین  $1/3$  فوقانی و حیاتی ران تا قاعده پنجه ادامه دارد. زانو ممکن است کمی خم شود.
- گچ پیاده روی: یک گچ کوتاه یا بلند پا برای تقویت قدرت راه رفتن.
- گچ تنه (بدن): تمام تنه را دربر میگیرد.
- گچ نواری شانه به شکل 8: مثل یک ژاکت تمام تنه، شانه و آرنج را دربر میگیرد.



- گچ نواری لگن به شکل 8 : تنه و اندامهای تحتانی را پوشش میدهد. یک نوار دو قسمتی لگنی، هر دو پا را دربر میگیرد.
- قالب غیرگچی: معمولاً از جنس فیبرگلاس (شیشه رشته‌های) هستند. این قالبها مواد پلیاورتان هستند که در حضور آب فعال میشوند و مانند گچ عمل میکنند، اما وزن آنها سبکتر است، قویتر است، مقاومت بیشتری در مقابل آب دارند و با دوامتر هستند. آنها دارای یک نسج باز از فیبرهای غیرقابل جذب هستند که در طی چند دقیقه به استحکام کامل خود میرسند. متخلخل هستند و مشکلات پوستی کمتری ایجاد میکنند. در مقابل رطوبت، نرم نمیشوند و در نتیجه امکان هیدروتراپی میسر میباشد. در صورت مرطوب شدن میتوان با استفاده از یک شسوار سرد آنها را خشک کرد.
- قالبهای معمول، از جنس گچ هستند. رولهای بانداژ گچی در آب سرد خیسانده شده و به آرامی روی بدن مورد استفاده قرار میگیرند. یک نوع واکنش متبلورسازی اتفاق می افتد و گرما آزاد میشود (واکنش اگزوترمیک). گرمای آزاد شده از این واکنش ممکنست برای مددجو ناراحت کننده باشد، پرستار باید قبلاً این احساس گرما را به مددجو توضیح دهید.

- به مددجو توضیح دهید که گچ باید در معرض هوا قرار بگیرد تا گرمای آن زودتر دفع شود و اکثر گچها بعد از 15 دقیقه خنک میشود.
- فرایند تبلور یک پانسمان سخت ایجاد میکند. سرعت واکنش از چند دقیقه تا 15-20 دقیقه متغیر است.
- زمانی که گچ مرطوب است، باید بوسیله انگشتان دست صاف شود تا سطوح سخت و لبههای تیز نداشته باشد.
- گچ بسته به ضخامت آن و شرایط گرمای محیط، 24-72 ساعت طول میکشد تا خشک شود، گچ تازه باید در جریان هوا قرار گیرد تا خشک شود و نباید بوسیله لباس یا ملحفه پوشیده شود.
- قالب گچی مرطوب، تیره و خاکستری به نظر میرسد، در دق صدای گنگ دارد مرطوب بوده و بوی گل می دهد. گچ خشک سفید و براق میشود، در دق صدای رزونانس دارد، بی بو و محکم است.

**آموزش مراقبت از خود:**

- حتی الامکان حرکت را در حد نرمال حفظ کنید، اما از استفاده زیاد اندام آسیب دیده، و راه رفتن روی سطوح مرطوب و لغزنده خودداری کنید.
- ورزشهای تجویز شده را بطور منظم، انجام دهید.
- برای پیشگیری از تورم، اندام گچ گرفته را نسبت به سطح قلب، بلندتر قرار دهید.
- سعی نکنید پوست زیر گچ را بکشید، این کار ممکن است سبب شکنندگی پوست و ایجاد زخم پوستی شود. خارش با هوای سرد سشوار تسکین مییابد.
- لبه‌های تیز و دندانه‌دار گچ را با نوار چسب بپوشانید.
- گچ را خشک نگه‌دارید اما آن را با پلاستیک یا مشمع نپوشانید، زیرا این کار سبب مرطوب شدن گچ و پوست میشود. رطوبت گچ را نرم میکند (قالب از جنس فایبرگلاس در صورت مرطوب شدن، میتواند با سشوار سرد خشک شود و از مشکلات پوستی جلوگیری گردد).
- موارد زیر را به پزشک گزارش کنید: درد مداوم، تورمی که با بلند کردن عضو کاهش نیابد، تغییرات حسی، کاهش توانائی

حرکت در انگشتان یا پنجه پا که گچگیری نشده‌اند، تغییرات رنگ و درجه حرارت پوست.

- به بوهای اطراف گچ، رنگی شدن گچ، نقاط گرم و مناطق فشار توجه کنید و آنها را به پزشک گزارش نمایید.
- شکست‌شدن گچ را به پزشک اطلاع دهید. تلاش نکنید که آنرا خودتان ثابت کنید.
- هرگز اقدام به بازکردن گچ قبل از زمان تعیین شده نکنید.

## نام فرایند: کمک در برداشتن گچ

عامل انجام کار: بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

دستکش - اره گچ- اسپرایدر- قیچی گچ- گان- ماسک و عینک  
مخصوص

استاندارد مراحل انجام کار:

دستور پزشک را چک کنید.

مراحل انجام کار و انتظارت خود را برای مددجو توضیح دهید.  
خلوت مددجو را حفظ کنید.

دستها را بشوئید و دستکش بپوشید.

حفاظ چشمی برای خود و مددجو قرار دهید.

به مددجو پوزیشن مناسب بدهید (بسته به محل گچ).

به مددجو اطمینان دهید که اره برقی یا هر وسیله باز کردن گچ به  
پوست او صدمه نمیزند.

به مددجو آگاهی دهید که پزشک با استفاده از فشار و حرکات تیغه اره در جهات مختلف، قالب گچی را بصورت طولی نصف میکند.

به مددجو بگوئید که سپس با اسپرایدر دوتکه گچ را از هم جدا میکند. برای مددجو توضیح دهید که پزشک با قیچی و بیبریل پذیرگچ را قیچی خواهد کرد.

عضوی را که گچ آن باز شده است حمایت کنید.

قسمت بیحرکت شده را به آرامی بشوئید و خشک کنید. از لوسیونهای نرم کننده استفاده کنید.

به مددجو آموزش دهید که از سائیدن و خراشیدن پوست اجتناب کند.

به مددجو آموزش دهید که بصورت تدریجی و بر طبق رژیم درمانی تجویز شده به فعالیت نرمال برگردد.

به مددجو آموزش دهید که با بلند کردن عضو یا بانداژ الاستیک، تورم عضو را کاهش دهد.

### **نکات قابل توجه:**

گچ با استفاده از وسیله مخصوص بریده میشود، این وسیله از طریق ارتعاش گچ را برش میدهد. مددجو ممکن است در هنگام بریدن گچ احساس لرزش و فشار کند. وسیله برش نباید با اعمال

فشار زیاد بکار رود زیرا ممکنست به پوست آسیب بزند. پد زیرگچ با استفاده از قیچی بریده میشود. قسمتی که داخل گچ بوده است، بعلت عدم استفاده از آن ضعیف و سفت است و ممکن است آتروفی شده باشد. بنابراین در هنگام بریدن گچ، حمایت عضو لازم است. پوست معمولاً خشک بوده و بهعلت وجود بافت مرده باقیمانده پوسته پوسته شده است. مستعدآسیب ناشی از خراشیدگی است. پوست باید به آرامی شستشو داده شود و بوسیله لوسیونهای چرب کننده، نرم شود.

## نام فرایند: کمک در گذاشتن تراکشن

**عامل انجام کار:** پرستار، بهیار

**تجهیزات و وسایل استاندارد:**

طناب - قرقره - وزنه - نگهدارنده وزنه (طناب ها از جنس نایلون، وزنه‌های متفاوت از یک تا 5 پوند) - چارچوب تخت

برای اتصال تراکشن یا چارچوبهای پرتابل که به تخت متصل میشوند.

Adhesive- Spreader Bars به تعداد یک عدد یا بیشتر -  
backed moleskin

بانداژ الاستیک - محافظ آرنج یا پاشنه - سطل زباله با کیسه  
زباله پلاستیکی

**استاندارد مراحل انجام کار:**

1- در صورت دستور، تجویز مخدر به منظور کاهش دردهای  
حاد و از بین بردن اسپاسمهای عضلانی حین کاربرد تراکشن  
انجام دهید.

2- قسمتی از بدن که تحت تراکشن قرار میگیرد را آماده  
نمایید:

3- Cervical halter- سر و گردن مددجو را تمیز نمایید؛  
صورت مردان را شیو نمایید.

4- Bryant traction: هر دو پای مددجو را در صورت نیاز به  
آرامی تمیز نمایید (در بچه‌ها در صورت نیاز پوشک را تعویض  
نمایید).

5- Buck's extension: پا یا پاهای مبتلا را خیلی آرام  
بشوید و به دقت خشک نمایید.



6— Dunlop's traction: در صورت نیاز بازو و آرنج مددجو را به آرامی تمیز نمایید.

7— Pelvic belt: پشت مددجو و کمرست ایلیاک را از نظر لزیونها بررسی کنید

8— Pelvic sling: در صورتیکه مددجوی مونث کاتتر ادراری ندارد، از او بخواهید که قبل از قرار دادن آویز ادرار کند.

9— Russell's traction: در صورت نیاز اندام تحتانی را تا زانو تمیز کنید.

10 - در صورتیکه پزشک درخواست کند، مددجو را پوزیشن بدهید:

— Cervical halter: بیمار صاف خوابیده به پشت.

— Bryant traction: بیمار صاف خوابیده به پشت.

— Buck's extension: بیمار به پشت خوابیده، سر تخت

صاف باشد یا کمتر از 30 درجه بالا آورده شده باشد.

— Dunlop's traction: بیمار صاف خوابیده به پشت.

— Pelvic belt: بیمار صاف خوابیده به پشت.

— Pelvic sling: بیمار صاف خوابیده به پشت یا به پهلو.

**Russell's traction** - بیمار خوابیده به پشت؛ سر تخت کمی بالا آورده شود.

11 - در بکار بردن تراکشن های و وسایل مورد نیاز به پزشک کمک کنید. ممکن است هنگامی که پزشک یا سایر دستیاران بافتهای بیمار را در پوزیشن مناسب قرار میدهند، از پرستار خواسته شود بیمار را در پوزیشن مناسب نگهدارد یا ، نوارها یا باندا الاستیکی را بکار ببرد .

-مطمئن شوید که سایز بوت مناسب است. تراکشن بوت باید کاملاً راحت باشد (نه خیلی گشاد و نه خیلی تنگ).

-پاشنه باید به صورت مناسب در تراکشن بوت قرار بگیرد. در ناحیه پاشنه از پد استفاده نکنید. در صورت نیاز در ناحیه

پاشنه ابر بوت را ببرید. **Cut out heel section of foam boot if necessary.**

-تراکشن بوت را روی ابزار فشار بادی قرار ندهید. پمپهای مخصوص باید استفاده گردد.

12 - با متصل کردن **spreader bars** ، طنابها و قرقرها کمک کنید تا طنابها در محل گرهمها بطور ایمن بسته شوند.

## نام فرایند: بکارگیری پروسیجرهای حمایتی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

تجهیزات و وسایل استاندارد:

بانداژ سه گوش یا آویزهای تجاری-گاز ( برای پد

کردن padding)- سنجاق قفلی ( برای بچه های کمتر از 7 سال باند tape )

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- 1 - پروسیجر را برای مددجو توضیح دهید.
- 2 - دستهایتان را بشویید.
- 3 - در صورتیکه مددجو کودک است، بانداژ را از وسط تا کنید و یک مثلث کوچکتر درست کنید. سپس مراحل بعدی را انجام دهید.

4 - در صورتیکه احتمال می دهید از آویز به مدت طولانی استفاده خواهد شد، نقاط تحت فشار را با گاز پد نمایید تا از تحریک پوستی پیشگیری شود. آویز را خارج از یقه لباس بیمار قرار دهید تا فشار مستقیم روی گردن و شانه را کاهش دهید.

5- در صورت نیاز به بیحرکتی کامل بازو، بعد از اینکه بازو را در یک آویز قرار دادید از باندپیچی استفاده نمایید. در فواصل زمانی منظم آویز را چک کنید تا مطمئن شوید در پوزیشن مناسب قرار گرفته است. راحتی مددجو و گردش خون مناسب انگشتان را ارزیابی نمایید.

6- در چارت مددجو تاریخ، زمان و محل قرار دادن آویز را ثبت کنید و تحمل وی نسبت به پروسیجر را توضیح دهید. گردش خون، رنگ و دمای انگشتان مددجو را ثبت نمایید.

### **نکات قابل توجه:**

باندسه گوش از یک تکه پارچه مثلثی شکل کتان یا کرباس ساخته میشود. یک آویز بازو، مچ دست یا دست آسیب دیده را حمایت و بیحرکت میکند و به این ترتیب فرایند بهبودی را تسهیل مینماید. این روش ممکن است برای محدود کردن حرکت شکستگی یا در رفتگی یا برای حمایت از کشیدگی عضله استفاده شود. یک آویز همچنین میتواند برای تحمل وزن اسپلنت یا کمک به استحکام پانسمان بکار برده شود. قبل از اینکه مدجو بیمارستان را ترک نماید، یک باند سه گوش اضافی برای او تهیه نمایید.

- به مددجو و یکی از اعضاء خانوادهاش یا یکی از دوستانش چگونگی تعویض بانداژ را توضیح دهید. در صورتیکه امکان دارد به او آموزش دهید که آویز را بطور منظم تعویض نماید، چرا که یک آویز آلوده میتواند موجب تحریک پوستی و عفونت شود. همچنین به او آموزش دهید که چگونه بطور دوره‌های پوست ناحیه آگزیلاری را از نظر آسیب دیدگی چک نماید.

### **درست کردن یک آویز:**

نوک بانداژ مثلثی شکل را زیر آرنج قرار دهید. یکی از انتهای بانداژ را طوری نگهدارید که به سمت گردن بیمار در سمت آسیب ندیده امتداد یابد و اجازه دهید که انتهای دیگر بانداژ به سمت پایین آویزان شود. سمت بلند بانداژ باید موازی خط میانی بدن باشد.

گوشه بالایی بانداژ را روی شانه سمت آسیب ندیده، دور پشت گردن بیمار حلقه کنید. سپس انتهای پایینی بانداژ را روی ساعد خم شده بیاورید و تا روی شانه سمت آسیب دیده بالا بیاورید. بانداژ را به منظور افزایش بازگشت وریدی از دست و ساعد و تسهیل درناژ ناحیه متورم، طوری تنظیم نمایید که ساعد و بازو زاویهای کمتر از 90 درجه داشته باشند. سپس دو انتهای بانداژ را در کنار گردن بیمار- نه در پشت گردن- گره بزنید تا از خم

شدگی گردن و تحریک و فشار روی مهره‌های گردنی بیمار  
پیشگیری شود.

آویز را بوسیله سنجاق قفلی در پشت و جلوی آرنج محکم کنید.  
در بچه‌های کمتر از 7 سال بجای سنجاق قفلی از از باند Tape  
استفاده نمایید تا از احتمال آسیب دیدگی پیشگیری شود.

### **بکار بردن باند پیچی :**

برای بیحرکت کردن بیشتر بازو بعد از بکار بردن آویز، یک بانداژ  
مثلی شکل تا شده یا بانداژ الاستیکی پهن را دور تا دور قسمت  
فوقانی تنه و بالای بازوی سمت آسیب دیده بپیچید. باندپیچی را  
به انداز کافی محکم کنید تا باوزی آسیب دیده به بدن بچسبد.  
انتهای بانداژ را درست جلوی آگزیلار در سمت آسیب ندیده، گره  
یا سنجاق قفلی بزنید.

### **ب: بکار بردن بانداژ کلاویکول**

بانداژ کلاویکول که بانداژ 8 شکل نیز نامیده میشود، یک بانداژ  
کلاویکول برای کاهش حرکت یا بیحرکت کردن شکستگیهای  
کلاویکول میباشد. اینکار را با بالابردن، کشیدن یا حمایت کردن  
شانها در پوزیشنی برای بهبودی که همچنین پوزیشن  
Attention نامیده میشود، انجام میدهد.

بانداز 8 شکل تجاری دردسترس یا بانداز 4 اینچی ممکن است به عنون یک بانداز کلاویکول بکار برده شود. این بانداز برای مددجویانی که همکاری ندارند ممنوع میباشد.

### ارزیابی وضعیت عصبی - عروقی

هنگامیکه یک عضو آسیب‌دیده را بررسی میکنید، مراحل زیر را انجام دهید: (یافتهای خود را بطور دو طرفه مقایسه نمایید).

1. به رنگ انگشتان دست یا پا نگاه دقت کنید.
2. برای تعیین ادم، به اندازه انگشتان دقت کنید.
3. به آرامی انگشتان اندام آسیب دیده و آسیب ندیده را لمس کنید و درجه حرارت آنها را مقایسه کنید.
4. پرشدگی مویرگی را چک کنید. روی ناحیه دیستال انگشت فشار وارد نمایید تا زمانیکه رنگ آن سفید شود. سپس فشار را بردارید و دقت کنید چه مدت زمانی طول میکشد تا رنگ طبیعی بازگردد. بطور عادی باید رنگ انگشتان در اندام آسیب دیده و آسیب ندیده سریعاً به رنگ طبیعی بازگردد.
5. حس بیمار را بوسیله لمس کردن انگشتان دست یا پا چک کنید و از بیمار بپرسید آنها را چطور احساس میکند. هرگونه احساس کرختی یا مورمور شدن را یادداشت کنید.

6. برای چک کردن Proprioception به بیمار بگویید که چشمانش را ببندد، سپس یکی از انگشتان او را حرکت دهید و از او بپرسید که آن در چه موقعیتی است.

7. برای تست کردن حرکت، به بیمار بگویید انگشتان دستش را حرکت دهد.

8. نبض انتهایها را لمس کنید.

یافته‌های خود را در مورد اندام آسیب دیده و اندام آسیب ندیده ثبت کنید. برای اجتناب از ابهام واژه‌های استاندارد بکار ببرید.



## نام فرایند: مراقبت از مددجویان زیر کشش

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 مراقبتهای پس از عمل را انجام دهید.
- 2 مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 3 پس از برقراری کشش پوستی، ابتدا هر چند دقیقه یکبار و سپس هر 1-2 ساعت، گردش خون را در پا یا دست بررسی کنید شامل:
  - الف: نبضهای محیطی، رنگ، پر شدن مویرگی و درجه حرارت انگشتان یا و پنجه پا را بررسی کنید.
  - ب: شاخصهای DVT (ترومبوز وریدهای عمقی) شامل حساسیت ساق پا، تورم و علامت هومانز مثبت.
- 4 وضعیت عصبی - عروقی اندام بیحرکت را در ابتدا هر ساعت و سپس چند بار در روز بررسی کنید.
- 5 مددجو را به انجام ورزشهای فعال دست و پا هر ساعت یکبار در زمان بیداری تشویق کنید.

- 6 به مددجو آموزش دهید که جهت کاهش رکود خون وریدی، حداقل هر ساعت 10 بار در ساعات بیداری، تمرینات خم و راست کردن فعال مچ و انقباضات ایزومتریک عضلات ساق پا را انجام دهد.
- 7 در صورت تجویز از جورابهای الاستیک، وسائل کمپرسیون و درمان ضدانعقادی (برای پیشگیری از لخته خون) استفاده کنید.
- 8 محل میخ را تمیز نگهدارید و از تشکیل دلمه جلوگیری کنید. (در ابتدا محل میخ بهوسیله پانسمان استریل پوشانده میشود).
- 9 مقدار مصرف مایعات و خصوصیات ادرار را کنترل کنید.
- 10 - به مددجو آموزش دهید تا مقدار کافی از مایعات را مصرف کند و حداقل هر 3 ساعت یکبار ادرار نماید.
- 11 - علائم و نشانههای عفونت ادراری را به پزشک گزارش کنید.
- 12 - محل میخ را از نظر علائم عفونت، مثل التهاب، حساسیت و درناژ چرکی مورد بررسی قرار دهید (حداقل هر 8 ساعت یکبار).
- 13 - سطح اضطراب مددجو و واکنشهای روانی به کشش را بررسی و کنترل کنید.

- 14 - پوست حساس و شکننده را شناسائی کنید و واکنش پوست را در تماس با نوارها و باندها کنترل کنید تا مطمئن شوید که نیروها سبب ایجاد جراحت نمیشوند. به این منظور اقدامات ذیل را انجام دهید:
- 15 - برای مشاهده پوست چکمه را بردارید و ناحیه مچ پا و تاندون آشیل سه بار در روز مورد مشاهده قرار دهید. برای حمایت از اندام در طی مشاهده و مراقبت از پوست، وجود پرستار دوم لازم است.
- 16 - محل قرار گرفتن نوارهای کشش را روزانه از نظر حساسیت زیر نوارها لمس کنید.
- 17 - برای پیشگیری از زخم فشاری، حداقل هر دو ساعت مراقبت از پشت مددجو بهعمل آورید. مددجویی که در وضعیت خوابیده به پشت باقی میماند، بیشتر در معرض خطر زخم فشاری قرار دارد.
- 18 - برای به حداقل رساندن احتمال زخم پوستی، از تشک های مخصوص (تشکهای پر از هوا، فومهای متراکم) برای مددجو استفاده کنید.
- 19 - بطور منظم، حس و حرکت را بررسی کنید.

20 - هرگونه شکایت از حس سوزش را در زیر بانداژ یا چکمه کشش، فوراً مورد بررسی قرار دهید.

21 - اختلال حس و عملکرد حرکتی را فوراً گزارش کنید.

22 - محور بدن مددجو را در زیر کشش، آنطور که برای یک کشش مؤثر تجویز شده است، حفظ کنید.

23 - جهت اجتناب از افتادگی پا، پاها را وضعیت دهید و از چرخش پا به طرف داخل یا خارج جلوگیری کنید (پاهای مددجو ممکنست با استفاده از وسایل ارتوپدی در یک وضعیت خنثی قرار داده شود).

24 - نقاط فشار را در پاشنه پا و آرنج بررسی (از نظر قرمزی و شکنندگی) و محافظت کنید.

25 - به منظور راحتی مددجو هنگام حرکت، از حلقه‌های متحرک بالای تخت "trapeze" استفاده کنید.

### نکات قابل توجه:

- کشش بطور اولیه بعنوان یک مداخله کوتاه مدت مورد استفاده قرار میگیرد تا زمانیکه امکان استفاده از روشهایی همچون ثابت سازی خارجی یا داخلی میسرشود. این کار خطر سندرم عدم استفاده از عضو را کاهش میدهد. کشش، استفاده از یک نیروی کشش روی قسمتی از بدن است.

- از کشش برای کاهش اسپاسم عضلانی، جا انداختن، محوربندی و ثابتسازی شکستگیها، کاهش دفورمیتی و افزایش فضای بین سطوح متقابل استفاده میشود.
- کشش باید در جهت صحیح و با هدف تأمین اثرات درمانی مورد استفاده قرار بگیرد.
- وقتیکه عضلات و بافتهای نرم شل میشوند، ممکن است مقدار وزنه مورد استفاده در کشش برای تأمین هدف مورد نظر تغییر داده شود.
- در حال حاضر، برای تأمین خط کششی دلخواه، نیاز به بیش از یک کشش وجود دارد. وقتی این کار انجام گرفت، یکی از خطوط کشش با خط کششی دیگر مقابله میکند. این خطوط کشش با عنوان بردارهای نیرو نامیده میشوند. نیروی واقعی کشش، در جهت برداری است که بین دو خط کشش واقع شده است.
- اثرات کشش با استفاده از مطالعات رادیوگرافی و تنظیم وزنهها در موارد لزوم، ارزیابی میشود.

- در هنگام استفاده از کشش، برای تأمین اثر درمانی آن، باید یک نیروی کششی هم در طرف مقابل وجود داشته باشد. این نیرو در جهت مخالف عمل میکند.
- معمولاً وزن بدن مددجو و تنظیم موقعیت او برای ایجاد این نیروی متضاد لازم است.
- کشش متقابل برای حفظ اثر درمانی کشش لازم است.**
- هنگام مراقبت از مددجویان زیرکشش، اجرای اصول ذیل لازم است:
- کشش باید مداوم باشد تا در جهت جا انداختن و بیحرکت کردن شکستگی مؤثر واقع شود.
- کشش اسکلتی هرگز نباید قطع شود.
- وزنه‌ها برداشته نمیشوند مگر اینکه کشش بصورت متناوب تجویز گردد.
- هر عاملی که ممکنست تأثیرکشش را کاهش داده یا بردار نهائی آنرا مختل کند باید حذف گردد.
- مددجوی زیرکشش وقتیکه در مرکز تخت خود قرار دارد، در بهترین حالت محوربندی بدن واقع میشود.
- بندهای وزنه‌ها نباید گرفتگی داشته باشند.

– وزنه ها باید آزادانه آویزان باشند و روی کف اطاق یا تخت قرار نگیرند.

– گره‌های ریسمانها، نباید قره قره یا پایه تخت را لمس کنند.

### انواع کشش:

– کشش ممکنست در روی پوست (کشش پوستی) و یا مستقیماً روی اسکلت استخوانی (کشش اسکلتی) مورد استفاده قرار بگیرد. روش استفاده، بستگی به هدف کشش دارد. کشش میتواند با استفاده از دستها صورت گیرد (کشش دستی). این نوع کشش موقت است و ممکنست در هنگام مراقبت پوستی از پوست زیرگچ و یا کشش Buck یا در هنگام تنظیم وسائل کشش مورد استفاده قرار گیرد.

– **کشش مستقیم:** نیروی کششی را در یک خط مستقیم بر روی عضوی از بدن که روی تخت قرار گرفته، اعمال میکند. کشش مستقیم Buck کشش لگنی مثالهایی از کشش مستقیم هستند.

– **کشش تعلیقی تعادلی:** اندام مبتلا را حمایت کرده و برای بعضی از مددجویان امکان تحرک در تخت را بدون اشکال در مسیرهای کشش، فراهم می‌آورد.

- **کشش پوستی** : برای کنترل اسپاسم عضلانی و بیحرکت کردن یک منطقه قبل از جراحی، مورد استفاده قرار میگیرد.
- عوارضی که ممکن است در اثر کشش بوجود آید عبارتند از:
  - شکنندگی پوست، بعلت تحریک پوستی ناشی از تماس پوست با نوار چسب و چکمه و یا استفاده از نیروهای کششی که ایجاد جراحات میکنند، پیش میآید. بالغین مسنتر بیشتر در معرض این عوارض قرار دارند، زیرا پوست حساستر و نازکتری دارند.
  - فشار عصبی، حاصل فشار روی اعصاب محیطی است. یک نوع از فشار روی اعصاب، موجب افتادگی پا میشود. این حالت زمانی اتفاق می افتد که عصب پروئال در نقطه ای که گردن نازک نی را در زیر زانو دور میزند، تحت فشار قرار بگیرد.
  - نقصان گردش خون با سرد شدن پوست، کاهش نبضهای محیطی، زمان کندتر برای پر شدن مویرگها و پوست کبود مشخص میشود.
- ترومبوز وریدهای عمقی یک نقصان جدی در گردش خون است که با حساسیت ساق پا، تورم و علامت مثبت هومانز آشکار میشود.



- برای اطمینان از کشش پوستی مؤثر، اجتناب از چین خوردگی و لغزیدن بانداژکشش، جهت حفظ نیروهای متقابل کششی اهمیت دارد.
- برای نگهداری پا یا بازو در محور خنثی، باید وضعیت صحیح به اندام داده شود.
- برای پیشگیری از حرکت زوائد استخوانی در برابر یکدیگر، مددجو نباید از یک طرف به طرف دیگر برگردد، اما میتواند با کمک، تغییر وضعیتهای جزئی بدهد.
- پرستار هرگز نباید وزنهها را درکشش اسکلتی بردارد، مگر اینکه وضعیتی برای مددجو پیش آید که زندگی او را تهدید کند. برداشتن وزنهها بطور کامل، هدف کشش را از بین برده و ممکنست سبب آسیب بیشتر شود.
- مشکلات مربوط به عدم تحرک ممکنست شامل زخمهای فشاری، پنومونی ناشی از رکود ترشحات تنفسی، یبوست، کاهش اشتها، رکود ادراری، عفونت مجاری ادراری و رکود خون وریدی باشند. شناسائی زودرس مشکلات زمینهای، مداخله فوری را برای برطرف نمودن مشکل، تسهیل میکند.



نام فرایند: مراقبت از مددجویان دارای فیکساتور خارجی

## عامل انجام کار: پرستار، بهیار وسایل و تجهیزات استاندارد : وسائل پانسمان.

### استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 - مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2 - مددجو را از نظر روانی آماده کنید.
- 3 - آمادگیهای قبل از عمل را انجام دهید.
- 4 - پس از قرار دادن فیکساتور خارجی، نقاط تیز و میخهای روی فیکساتور را برای پیشگیری از صدمه به پوست، بپوشانید.
- 5 - جهت کاهش تورم اندام را بالا نگه دارید.
- 6 - هر دو ساعت وضعیت عصبی - عروقی اندام را کنترل کنید.
- 7 - هر دو ساعت محل میخها را از نظر قرمزی، درناژ، حساسیت، درد و شل شدن میخ بررسی کنید (مقداری درناژ مایع serous از محل میخ، طبیعی است).
- 8 - محل هر میخ را بطور جداگانه سه بار در روز، بوسیله محلولهای استریل نرمال سالین تمیز کنید.

9 - در صورت بروز علائم عفونت یا شل شدن کلامپها مراتب را به پزشک اطلاع دهید ( هرگز کلامپهای روی فیکساتور را خود تنظیم نکنید، این کار پزشک است).

10 - مددجو را به انجام ورزشهای ایزومتریک و فعال در محدوده آسیب بافتی تشویق کنید.

11 - با فروکش کردن تورم، به مددجو کمک کنید تا در محدوده تحمل وزن، اندام خود را حرکت دهد.

12 - چگونگی مراقبت از محل میخها را براساس پروتکل تجویز شده به مددجو آموزش دهید.

13 - هنگام ترخیص مددجو موارد مراقبت در منزل را به وی آموزش دهید و لیست مربوطه را تحویل وی دهید.

### نکات قابل توجه:

- برای درمان شکستگیهای باز همراه با صدمات بافت نرم از فیکساتور خارجی استفاده میشود.

- فیکساتور موجب حمایت پایدار از شکستگیهای شدید (خردشدن استخوان) میشود. ضمن اینکه امکان درمان فعالانه بافت نرم آسیب دیده نیز وجود دارد.

- شکستگیهای مرکب استخوانهای بازو، ساعد، ران، درشت نی و لگن با استفاده از فیکساتور خارجی درمان میشوند. شکستگی ابتدا جا انداخته میشود، بعد محوربندی شده و سپس بوسیله یک سری میخ که در قطعات شکسته استخوان قرار داده میشوند، بیحرکت میگردد.
- وضعیت قرار گرفتن میخها با اتصال به یک قالب سیار، حفظ میشود.
- فیکساتور خارجی، راحتی مددجو را تسهیل میکند.
- مددجو زودتر راه میافتد و میتواند با مفاصل سالم ورزش فعال داشته باشد.
- رعایت محدودیتهای تحمل وزن، احتمال شل شدن میخها را به حداقل میرساند و از فشار اضافی روی استخوان جلوگیری میکند.
- وقتیکه بافت نرم التیام یافت، فیکساتور برداشته میشود. شکستگی ممکن است در حین التیام نیاز به بیحرکتسازی بیشتر بوسیله گچ یا ارتوز داشته باشد.
- فیکساتور خارجی Ilizarov وسیله خاصی است که برای اصلاح زوایا و نقایص چرخشی، درمان جوش نخوردن

- شکستگیها و بلند کردن اندام مورد استفاده قرار میگیرد.
- سیمهای کششی به حلقههای فیکساتور وصل میشوند که حلقه - ها هم به میلههای تلسکوپی متصل هستند.
  - باتنظیم روزانه میلههای تلسکوپی مطابق تجویز پزشک، تشکیل کانال استخوانی تحریک میشود.
  - آموزش به مددجو درباره چگونگی تنظیم میلههای تلسکوپی و نحوه انجام مراقبت پوستی، اهمیت دارد.
  - میتوان مددجو را به تحمل تدریجی وزن تشویق کرد.
  - وقتیکه اصلاح در حد مورد نظر تأمین شد، تنظیم اضافی صورت نمیگیرد و فیکساتور به همین شکل ثابت میماند تا استخوان التیام یابد.
  - **آموزش مراقبت از خود در منزل:**
  - موارد ذیل را به مددجو و خانواده وی آموزش دهید:
  - نحوه مراقبت پوستی در محل میخها.
  - علائم عفونت محل میخ: از مددجو بخواهید که علائم عفونت را فوراً گزارش دهد (قرمزی، حساسیت، افزایش درناژ و یا درناژ چرکی از محل میخ و تب).

- روشهای کنترل تورم و درد (بلندکردن اندام نسبت به سطح قلب، مصرف مسکنهای تجویز شده). دردی را که با بلندکردن عضو و مصرف مسکن تسکین نیابد، گزارش کند.
- توانائی نقل و انتقال خود را ثابت کند.
- از روشهای کمک حرکتی استفاده کند. از اندام آسیب دیده زیاد استفاده نکند. محدودیتهای تحمل وزن را مراعات کند.
- شاخصهای بروز عوارض (تورم و درد کنترل نشده، انگشتان سرد و رنگ پریده، پارسیزی، فلج، درناژ چرکی، علائم عفونت سیستمیک، شل شدن میخها و کلامپهای فیکساتور).
- مراقبت از اندام بعد از برداشتن فیکساتور (بازگشت تدریجی به فعالیتهای نرمال برای حفاظت از اندام در برابر فشار زیاد).
- به مددجو و خانواده وی آموزش دهید که وضعیت عصبی-عروقی را کنترل و هرگونه تغییر آنرا فوراً گزارش کنند. روزانه، درستی قالب فیکساتور را چک کرده و شل شدن میخ یا کلامپها را گزارش نماید.
- ارجاع به فیزیک درمانی در آموزش مددجویان برای چگونگی نقل و انتقال، استفاده از وسائل کمکی حرکتی و تنظیم

محدودیت‌های تحمل وزن و اختلال در الگوهای راه رفتن، مفید است.

## نام فرایند: مراقبت از مددجویان تحت عمل جراحی

### ارتوپدی (تعویض مفصل)

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

داروهای تجویز شده - وسائل کمک حرکتی

**مراحل استاندارد انجام کار:**

قبل از عمل:

- 1 - مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2 - رضایت عمل مددجو را چک کنید.
- 3 - بسته به نوع عمل جراحی خون لازم را رزرو کنید.
- 4 - عملکرد قلبی - عروقی، تنفسی، کلیوی و کبدی را مورد ارزیابی قرار دهید.
- 5 - وضعیت عصبی - عروقی اندامی که تحت عمل جراحی تعویض مفصل قرار می‌گیرد را بررسی کنید (نبض محل و...).
- 6 - پرونده مددجو را از نظر کامل بودن بررسی کنید.
- 7 - آمادگی‌های روتین قبل از عمل جراحی را بعمل آورید.



- 8 - مددجور از نظر عفونت مجاری ادراری مورد بررسی قرار دهید.
- 9 - شستشو و ضد عفونی مکرر پوست، قبل از عمل راز 1-2 روز قبل از جراحی شروع کنید.
- 10 - آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، تجویز شده را تزریق کنید.

### حین عمل:

- 11 - تکنیک استریل را حین عمل به دقت انجام دهید.
- 12 - کشت مفصل در حین جراحی را آماده کنید.

### بعد از عمل:

- 13 - مراقبتهای پس از عمل را انجام دهید.
- 14 - اطلاعات حاصل از بررسی بعد از عمل را با اطلاعات بدست آمده در بررسی قبل از عمل مورد مقایسه قرار دهید (نبض محل را کنترل کنید).
- 15 - آنتی بیوتیک تجویز شده را تزریق کنید.
- 16 - بسته به نوع عمل و دستور پزشک مددجورادر پوزیشن مناسب قرار دهید.
- 17 - درناژ بیش از حد را به پزشک اطلاع دهید. درناژ 500ml-  
200 در 24 ساعت اول، عادی است اما 48 ساعت پس از عمل

- جراحی, کل درناژ در 8 ساعت معمولاً "به 30ml یا کمتر کاهش  
یابد و نیازی به ساکشن نیز وجود ندارد.
- 18 - هنگام جابجائی مددجو در تخت مفصل لگن را در وضعیت  
ابداکسیون حفظ کنید.
- 19 - در صورت دستور پزشک از قرار گرفتن مددجو روی طرف  
مبتلا جلوگیری کنید.
- 20 - مراقب باشید که مفصل لگن مددجو بیش از 90 درجه خم  
نشود, سر تخت را بیش از 60 درجه بلند نکنید.
- 21 - در زمان استفاده از لگن مخصوص شکستگی, به مددجو آموزش  
دهید که برای استفاده از حلقه های بالای تخت و بلند کردن لگن  
خود, از طرف سالم خود استفاده کند.
- 22 - حین نقل و انتقال و در زمان نشستن مددجو نیز, محدودیت  
فلکسیون را رعایت کنید.
- 23 - هنگامی که مددجو برای اولین بار با کمک از رختخواب خارج  
میشود از یک آتل ابداکسیون یا بالش بین پاها استفاده کنید.
- 24 - به مددجو آموزش دهید که برای اکستانسیون لگن, با کمک  
از پای سالم خود استفاده کند و از حرکات اداکسیون, فلکسیون  
, چرخش داخلی و خارجی و تحمل وزن زیاد, اجتناب کند.

- 25 - مددجویان با تعویض مفصل لگن یا زانو، راطی 1 روز بعد از عمل با واکریا عصاء تشویق به راه رفتن کنید.
- 26 - در صورت دررفتگی پروتز فوراً به پزشک اطلاع دهید تا اقدام، به جانداختن آن کند.

### نکات قابل توجه:

- هدف از بررسی و مداخلات قبل از عمل برای مددجو، قراردادن وی در حداکثر سطح سلامتی در زمان جراحی است.
- پرستار باید از بروز عوارض احتمالی خاص که با تعویض مفصل لگن توام هستند آگاه بوده و آنها را کنترل کند. این عوارض شامل: دررفتگی پروتز لگن، درناژ اضافی از زخم، ترومبوآمبولی و عفونت است. همینطور عوارض توأم با عدم تحرک، اسیفیکاسیون هتروتروفیک (تشکیل استخوان در فضای اطراف پروتز)، نکروز آوسکولار (مرگ بافت استخوانی در اثر از دست دادن خونرسانی) و دفع پروتز می باشد.
- سن بالا، چاقی، ادم پا قبل از جراحی، سابقه DVT و وریدهای واریسی خطر DVT، بعد از عمل و آمبولی ریوی را افزایش میدهد. این عوامل شایعترین علل مرگ و میر در مددجویان بالای

60سالی است که تحت جراحی تعویض کامل مفصل لگن قرار میگیرند.

- وجود هر نوع عفونتی 2 تا 4 هفته قبل از جراحی ممکنست سبب عارضه دار شدن عمل جراحی شود.
- اکثر عفونتهای شدید بوسیله باکتریهایی که غالباً منبع آنها از ذرات هواست ایجاد میشوند، این ذرات، زخم را در زمان جراحی آلوده میسازند.
- در ابتدای راه رفتن بعد از عمل مدد جو بعلت هیپوتانسیون وضعیتی، ممکن است فقط بتواند مدت کوتاهی بایستد. محدودیت های خاص تحمل وزن روی پروتز توسط پزشک تعیین میشود و بستگی به شرایط مدد جو، نوع پروسیجر، و روش ثابت سازی دارد. معمولاً "پروتزهای دارای سیمان میتوانند در حد تحمل مدد جو، وزن را تحمل کنند
- اگر برای مدد جو از پروتزهای قابل رشد بدون سیمان که دقیقاً به اندازه مفصل است استفاده شده است، ممکن است برای به حداقل رساندن حرکات جزئی پروتز در استخوان، میزان تحمل وزن بعد از عمل محدود باشد.

- هرگاه مددجو بتواند انجام فعالیتها را تحمل کند، پرستار او را تشویق میکند تا چند بار در روز به مدت کوتاه روی صندلی بنشیند و سپس فواصل راه رفتن خود را طولانی تر کند.
- در صورت انتخابی بودن عمل جراحی بعضی از مددجویان ممکن است چند هفته قبل از انجام عمل جراحی، برای خود خون بدهند. این خون برای جایگزینی خون در طی جراحی مورد استفاده قرار میگیرد. ترانسفوزیون خون اتولوگ، بسیاری از خطرات ترانسفوزیون درمانی را از بین میبرد.
- قراردادن پادروضعیت ابد اکسیون (دور از بدن) به جلوگیری از در رفتن سرفمور کمک میکند. استفاده از آتل ابد اکسیون، بالش لبه دارویا دوسه بالش بین پاها، مفصل لگن را در وضعیت ابد اکسیون قرار میدهد.
- صندلی های ارتوپدی پایه بلند، صندلی های چرخدار نیمه خوابیده و سنگ توالت های بلند، برای کاهش فلکسیون مفصل لگن مورد استفاده قرار میگیرند.
- هنگام نشستن، مفصل لگن باید بلندتر از زانوها باشد، پای مبتلای مددجو نباید در هنگام نشستن بلند شود. مددجو ممکن است زانوی خود را خم کند.

- وضعیت‌های محافظتی رابه مددجو آموزش دهید که عبارتند:
- حفظ ابد اکسیون واجتناب از چرخش به داخل و خارج ,هیپراکستانسیون و فلکسیون حاد.
- مددجو باید وقتیکه از وضعیت خوابیده به پشت ,به روی پهلوها برمیگردد و یا در بستر خود میچرخد در بین پاهایش از بالش استفاده کند.
- مددجو در هیچ زمانی نباید پاهای خود را روی هم بیندازد.
- مددجو نباید برای پوشیدن کفش یا جوراب خود خیلی به جلو خم شود.
- در همه اوقات زانوها را از هم جدا نگه دارد.
- احتیاطات مربوط به جراحی لگن باید به مدت 4 ماه ادامه یابد.
- پرستار باید بتواند در رفتگی پروتز را تشخیص دهد. شاخص های این در رفتگی به شرح زیر است:
- افزایش درد بعلت پروسیجر جراحی , تورم و بیحرکتی .
- درد شدید ناحیه کشاله ران در طرف مبتلا ی لگن یا افزایش ناراحتی آن.
- کوتاه شدن پا .

- چرخش داخلی یا خارجی غیرطبیعی .
- توانائی محدود یا ناتوانی در حرکت دادن پا .
- حس صدای "پوپ" در لگن توسط مددجو.
- هنگام ترخیص مددجو علائم در رفتگی پروتز را به مددجو آموزش داده و از وی بخواهید که در صورتی که دچار این عارضه شد، فوراً به پزشک اطلاع دهد، زیرا به منظور جلوگیری از اختلال گردش خون و همچنین اختلال عصبی، مفصل لگن باید فوراً جانداخته و اصلاح شود.
- خطر ترومبوآمبولی پس از جراحی ترمیمی لگن نسبتاً بالاست، بنابراین پرستار باید معیارهای پیشگیری را اجرا کرده و بدقت مددجو را از نظر DVT و آمبولی ریوی کنترل کند
- معیارهای تامین گردش خون و کاهش رکود وریدی در اولویت قرار دارد.
- مددجو را تشویق کنید که ورزشهای مچ و ساق پاراهریک ساعت در ساعات بیداری انجام دهد.
- از جورابهای الاستیک و وسایل تجویز شده برای کمپرسیون استفاده کند و در روز اول بعد از جراحی، با کمک از بستر خود خارج شود و راه برود.

- برای پیشگیری از DVT بعد از جراحی تعویض لگن, از هپارین با دوز کم یا enoxaparin استفاده میشود.
- اگر از سندارداری و ساکشنهای سیار برای درناژ زخم استفاده میشود, برای اجتناب از عفونت بهتر است هر چه سریعتر برداشته شوند.
- در صورت نیاز مدد جوبه هر گونه جراحی مجدد یا کشیدن دندان یا معاینات سیستم اسکپی باید آنتی بیوتیک بصورت پروفیلاکتیک تجویز شود.
- معمولاً "مدد جوبعد از سه ماه میتواند فعالیت های روزانه خود را از سر بگیرد.
- رفت و آمد از پله بستگی به دستور پزشک دارد و حداقل آن 6-3 ماه بعد از عمل شروع میشود.
- پیاده روی مکرر, شنا, و استفاده از صندلی های چرخان برای ورزشها لگنی عالی است.
- فعالیت های جنسی مدد جو 6-3 ماه بعد از عمل وبا وضعیت خوابیده به پشت شروع میشوند.



## فرایندهای بخش ارولوژی

کمک در انجام سیستم‌های سکی، سیستم‌های اورتروسکی  
آزمایش قند و کتون در ادرار  
کمک در انجام سیستم‌های گرافی (GMG)  
کمک در انجام یوروگرافی داخل وریدی (IVP) پیلوگرافی داخل  
وریدی)  
کمک در انجام بیوپسی کلیه  
کانولاسیون (فیستول گذاری) در همودیالیز  
همودیالیز  
دیالیز صفاقی  
مراقبت از مددجوی پیوند کلیه



معاونت سلامت

## نام فرایند: کمک در انجام سیستم‌های سکی، سیستم‌های سکی، سیستم‌های سکی

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ست سیستم‌های سکی-ست سیستم‌های سکی-ست انما

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- روش کار و دلایل کامل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2- چک لیست پیش از عمل را کامل کرده مطمئن شوید که رضایت کامل گرفته شده است.
- 3- به مددجو توصیه کنید که یک وعده غذای سبک هنگام غروب صرف کند. (سیستم‌های سکی ممکن است تحت بیهوشی عمومی یا موضعی با آرامبخش‌ها انجام شود).
- 4- آمادگی‌های روده‌ای را طبق دستور با مسهل یا انما عصر روز قبل شروع کنید.
- 5- مددجو را از نیمه شب NPO نگه دارید.
- 6- معمولاً "پروسیجر خارج از محل بستری مددجو انجام می‌شود. به مددجو کمک شود تا روی تخت قرار بگیرد، سپس آرام بخش تزریق می‌شود.

- 7-مددجورادرپوزیشن لیتاتومی قراردهید.
- 8-پس ازبیهوشی پوست راپرپ ودرپ کنید.
- 9-سیستوسکپ ازطریق میزراه واردمثانه می شود.
- 10-اگرمشاهده پیشابراه لازم باشدیک یورتروسکوپ استفاده می شود.معمولا"این آزمایش شامل استفاده ازهم سیستوسکپ وهم یورتروسکوپ می باشد.
- 11-پس ازسیستوسکپی یا بیهوشی عمومی مددجوبه بخش مراقبتهای پس ازبیهوشی منتقل شود.
- 12-مددجورازنظر بازبودن راه هوایی،تنفس وعلائم حیاتی کنترل کنید.
- 13-درجه حرارت وتغییرات برون ده ادرارراکنترل کنید.
- 14-عوارض بعدازپروسیجرراکه شامل خونریزی وعفونت است کنترل کنید.
- 15-وجودادرارصورتی پررنگ هشداردهنده است ،دراین صورت (خونریزی یا لخته ممکن است باعث انسدادسوندوکاهش برون ده ادرارشود)علائم راکنترل وبه پزشک اطلاع دهید.
- 16-درصورت نیازوطبق دستورکاتترفولی راشستشودهید.
- 17-علائم عفونت مانندتب یا بدون لرزوافزایش WBC به پزشک اطلاع دهید.

18 -مددجوراتشویق به خوردن مایعات کرده و طبق دستور سرم  
را افزایش دهید.

## نام فرآیند: آزمایش قند و کتون در ادرار

**عامل انجام کار:** پرستار ، بهیار و کمک بهیار (عملکرد کمک  
بهیار با علامت \* مشخص شده است)

### **وسایل و تجهیزات استاندارد:**

ظرف آزمایش – دستکش یکبار مصرف – نوار آزمایش قند و  
کتون – چارت رنگ روی

### **مراحل استاندارد انجام کار :**

- 1 - نحوه انجام آزمایش را برای مددجو توضیح دهید تا بتواند  
خودش آن را انجام دهد.
- 2 - \*ظرف جمع آوری نمونه را تحویل مددجو بدهید.
- 3 - \*به مددجو یک لیوان آب بدهید و سپس از مددجو بخواهید  
بعد از 30 الی 45 دقیقه ادرار میانه خود را تحویل نماید.
- 4 - \*قبل از انجام آزمایش دستکش بپوشید.

- 5 - از مددجو بخواهید که ابتدای ادرار خود را دور بریزد و سپس نمونه را در ظرف داده شده بریزد.
- 6 - پس از اینکه مددجو ادرار را در ظرف آزمایش ریخت و تحویل داد، سریعاً آنرا مورد آزمایش قرار دهید.
- 7 - آزمایش قند در ادرار:
- 8 - اگر از نوار Clinistix استفاده میکنید. انتهای نوار را داخل ادرار بمدت 2 ثانیه قرار دهید. ادرار اضافه را روی نوار دور بریزید و بمدت 10 ثانیه صبر کنید.
- 9 - رنگ انتهای نوار را با چارت رنگ روی قوطی نوار مقایسه نمایید و نتیجه را ثبت نمایید.
- 10 - اگر از نوار Diastix استفاده میکنید. انتهای نوار را داخل ادرار بمدت 2 ثانیه قرار دهید. ادرار اضافه را از روی نوار دور بریزید و بمدت 30 ثانیه صبر کنید.
- 11 - رنگ انتهای نوار را با چارت رنگ روی قوطی نوار مقایسه نمایید و نتیجه را ثبت نمایید.
- 12 - اگر از نوار Test- Tape استفاده میکنید. نیم سانتی متر انتهای نوار را بمدت 2 ثانیه در ادرار قرار دهید. ادرار اضافه را از روی نوار دور بریزید و بمدت 60 ثانیه صبر کنید.

- 13 - رنگ انتهای نوار را با چارت رنگ روی قوطی نوار مقایسه نمایید و نتیجه را ثبت نمایید.
- 14 - آزمایش کتون در ادرار:
- 15 - نحوه انجام آزمایش را برای مددجو توضیح دهید تا بتواند خودش آن را انجام دهد.
- 16 - قبل از انجام آزمایش دستکش بپوشید.
- 17 - اگر از نوار Ketostix استفاده میکنید ، نوار را سریعاً وارد ادرار نمایید و ادرار اضافه را از روی نوار دور بریزید. سپس 15 ثانیه صبر کنید.
- 18 - رنگ انتهای نوار را با چارت رنگ روی قوطی نوار مقایسه نمایید و نتیجه را ثبت نمایید.
- 19 - اگر از نوار Keto-Diastix استفاده میکنید. انتهای نوار را در ادرار قرار دهید و سریعاً ادرار اضافه را از روی نوار دور بریزید و نوار را به صورت افقی قرار دهید تا از مخلوط شدن 2 معرف مربع جلوگیری شود.
- 20 - 15 ثانیه صبر نمایید و سپس با رنگ قسمت کتون روی قوطی نوار مقایسه نمایید.
- 21 - بعد از 30 ثانیه با رنگ قسمت قند روی قوطی نوار مقایسه نمایید .

22 - دستکش را درآورید و نتایج را ثبت نمایید .

### نکات قابل توجه:

- قرص های معرف را در جای خنک و خشک و در دمای کمتر از 30 درجه سانتی گراد نگهداری نمایید.
- معرفها را در یخچال قرار ندهید و در قوطی را محکم ببندید .
- از نوارها و معرف های تاریخ گذشته استفاده ننمایید .
- از دستکش جهت حفاظت در حین انجام کار استفاده نمایید .

نام فرایند: کمک در انجام سیستم تروگرافی (GMG)

عامل انجام کار : پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ست GMG - ست سنداژ

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- هدف از انجام پروسیجر را برای مددجو توضیح دهید.
- 2- خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 3- مددجو را تشویق به ادرار کردن کنید.



- 4- مقدار و سرعت جریان و طول زمان ادرار را یادداشت کنید.
- 5- کاتتر ادراری را داخل مثانه کرده و ادرار باقیمانده در مثانه را اندازه بگیرید.
- 6- سیستم متر از خلال کاتتر وارد مثانه شده و مایعی را وارد مثانه میکند. زمانی را که مددجو احساس ادرار کردن میکند و زمانی را که احساس نیاز شدید به دفع ادرار داشت، را یادداشت کنید.
- 7- ظرفیت مثانه و فشار مثانه یادداشت شود.
- 8- به مددجو اجازه دهید هنگامی که چکاندن مایع به داخل مثانه کامل (حدود 500 سی سی) شد، ادرار کند.
- 9- باقیمانده ادرار پس از دفع آنرا یادداشت کنید.
- 10- کاتتر را خارج کنید.
- 11- پس از انجام پروسیجر وجود عفونت را کنترل کنید.
- 12- درجه حرارت را کنترل و یادداشت کنید.
- 13- خصوصیات و مقدار برون ده ادراری را ثبت کنید.
- 14- به افزایش WBC که ممکن است علامت عفونت باشد توجه کنید.

### نکات قابل توجه:

سیستم متروگرام برای تعیین واکنش و حساسیت عضلات دیواره مثانه انجام می شود. با این آزمونها کیفیت عضلات، ظرفیت

مثانه، فشارمثانه ورفلکس های ادراری مطالعه می شود.دراین تست ممکن است وارد کردن سنداادراری لازم باشد.

نام فرایند: کمک درانجام یوروگرافی داخل وریدی (IVP)  
پیلوگرافی داخل وریدی)

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

ست انما- ترالی اورژانس- داروهای تجویز شده- ماده حاجب- سرم

وست سرم- وسائل تزریق سرم

**استاندارد مراحل انجام کار:**

1 مددجو را بررسی کنید.

2 مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید و آموزشهای لازم

را جهت همکاری وی قبل، حین و بعد از پروسیجر شرح دهید.

- 3 آمادگی های روده ای را به مددجو آموزش دهید.
- 4 در صورت حساسیت مددجو به پزشک اطلاع دهید.
- 5 دستورات قبل از پروسیجر را (در صورت تجویز) اجرا کنید.
- 6 در صورت تجویز مددجو غروب یک وعده غذای سبک بخورد.
- 7 به مددجو آموزش دهید، از نیمه شب چیزی نخورد (بعضی از رادیولوژیست ها دریافت آزادانه مایعات را تا زمان انجام پروسیجر توصیه میکنند) ولی به علت امکان استفراغ، بهتر است مددجو حداقل چند ساعت قبل از پروسیجر NPO بماند.
- 8 در صورت تجویز سرم وریدی، دستورات را اجرا کنید.
- 9 مددجو را به حالت خوابیده به پشت قرار دهید.
- 10 - ماده حاجب را تزریق کنید. خون حاوی ماده حاجب به سرعت داخل عروق کلیوی گردش کرده و بوسیله گلومرولها تصفیه می شود و چندین عکس پس از تزریق گرفته میشود.
- 11 - از مددجو خواسته می شود که مثانه را خالی کند (مجدداً جهت برای چند فیلم دیگر باز گردد).
- 12 - در صورت تجویز سرم مانیتول، بلافاصله بعد از تزریق ماده حاجب (جهت افزایش دفع فاکتورهای سمی) آنرا با ست فیلتر دار تزریق کنید.

- 13 - پس از انجام پروسیجر مدد جو را از نظر عملکرد کلیه و دیگر تأثیرات ماده حاجب کنترل کنید.
- 14 - از هیدراته بودن مدد جو مطمئن شوید (هیدراتاسیون خطر زوال و خرابی کلیه را به حداقل می رساند).
- 15 - سطح کراتینین سرم را چک کنید (افزایش آن ممکن است ناشی از اختلال حاد کلیوی باشد، که در اثر ماده حاجب ایجاد می شود).
- 16 - برون ده ادراری را کنترل کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- یوروگرام اطلاعاتی را در موارد زیر به دست میدهد:
  - الف: تعداد، اندازه، شکل و محل کلیه ها.
  - ب: کفایت پر شدن و سرعت دفع ماده حاجب.
  - ج: تعداد، اندازه، محل، شکل و گشادی کالیس ها، لگنچه ها و حالبها
- پروسیجرهای آمادگی روده ممکن متفاوت باشند اما معمولاً شامل استفاده از مسهل ها روز قبل از پروسیجر می باشد.

## نام فرایند: کمک در انجام بیوپسی کلیه

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ست مخصوص- گازهای استریل- باند- چسب- دستکش

استاندارد مراحل انجام کار

1 روش کار را برای مددجو توضیح از مددجو رضایت عمل گرفته شود.

2 به مددجو توضیح دهید که اگر دو کلیه داشته باشد، قادر باشد درپوزیشن به روی شکم به مدت 30-45 نفس

- بکشد و بتواند نفس خود را هر زمان که خواسته شده مدت چند ثانیه نگهدارد، از بیوپسی بسته استفاده می شود.
- 3 مددجو باید 4-6 ساعت قبل NPO باشد تا در صورتیکه عوارض عمده ایجاد شد سریعاً به اتاق عمل برده شود.
- 4 به مددجو توضیح دهید که بیوپسی باز وقتی انجام می شود که مددجو فقط یک کلیه داشته باشد، در این صورت آمادگی آن مانند بیهوشی عمومی است.
- 5 قبل از انجام پروسیجر از مددجو بخواهید که مثانه اش را تخلیه کند (ادرار کند).
- 6 مددجو را در پوزیشن پرون قرار داده و یک پد لوله شده زیر قرار دهید.
- 7 دستهایتان را بشوئید و دستکش بپوشید.
- 8 پوست مددجو را پرپ و درپ کنید.
- 9 داروی بحسی را آماده کنید.
- 10 - با پزشک در انجام پروسیجر همکاری کنید.
- 11 - پس از اتمام کار محل را پانسمان کنید.
- 12 - پس از بیوپسی بسته، جهت پیشگیری از خونریزی به 24 ساعت علائم حیاتی، برون ده ادراری، سطح هموگلوبین و هماتوکریت را کنترل کنید.

13 - در صورت خونریزی داخل پریتوئن (درد پهلو، کاهش

فشار خون، کاهش برون ده ادراریا دیگر علائم هیپوولمیک  
و شوک) موارد ذیل را انجام دهید:

الف: مددجو را استراحت مطلق کرده و درپوزیشن خوابیده به پشت  
قرار دهید.

ب: یک پد لوله شده حمایت کننده حداقل به مدت 6 ساعت  
در ناحیه قرار دهید.

ج: در صورت نیاز طبق تجویز پزشک مایعات وریدی، پکسل به  
مددجو داده شود.

14 - اگر خونریزی رخ نداد مددجو میتواند پس از 24 ساعت به  
فعالیت‌های طبیعی خود برگردد.

15 - به مددجو آموزش دهید که از فعالیت‌های سنگین، ورزش  
یا دیگر اعمالی که فشار بالایی ایجاد میکند، به مدت 1-2 هفته  
پس از انجام پروسیجر اجتناب ورزد.

### نکات قابل توجه:

- بیوپسی از کلیه ها برای یافتن دلایل پاتولوژیکی جهت اختلال  
عملکرد کلیوی که تاکنون مشخص نشده است، یا برای  
تغییر روش درمان و یا ادامه درمان صورت می گیرد. پزشک

از طریق وارد کردن سوزن بیوپسی از پوست (بیوپسی بسته) یا جراحی (بیوپسی باز) نمونه های بافت کلیوی را برمی دارد.

- هماچوری شایعترین عارضه بیوپسی است که بطور ضعیف تقریباً در تمام مددجویان رخ میدهد و معمولاً این مشکل در مدت 48-72 ساعت پس از بیوپسی خودبخود حل می شود اما ممکن است 2-3 هفته نیز باقی بماند.

- اگر خونریزی زیاد باشد و فشار مناسب (اثر تامپونادی) مؤثر نباشد، ممکن است مداخلات جراحی حتی نفروتومی برای هموستاز لازم شود. هماتوم ممکن است عفونی شده و نیازمند درمان با آنتی بیوتیک و درناژ جراحی باشد.



## نام فرایند : کمک کانولاسیون (فیستول گذاری)

---

درهمودیالیز

**عامل انجام کار : پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

کرم بیحس کننده- گالیپات- پنبه وبتادین استریل- سوزنهای  
مخصوص فیستول- دستکش -آنژیوکت خاکستری در صورت  
نیاز- گاز استریل -چسب ضد حساسیت

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- 1 دستها را شسته و ضد عفونی کنید.
- 2 مددجو را از نظر روحی آماده کنید.

3 محل ورود سوزنها را درمددجوی حساس به درد پمادبیحسی بزیند.

4 حرطی استفاده های اول از فیستول از سوزنهای کوچک شماره

16 استفاده شود و درعروق تکامل یافته از سوزنهای شماره 15 جهت تامین خون کافی برای دیالیز با کیفیت بالا استفاده شود.

5 سوزن شریانی که خون را به صافی میرساند در قسمت

دیستال و حداقل 3 سانتی متر دورتر از محل آناستوموز وارد کنید.

6 سوزن وریدی را به سمت قلب وارد کنید و محل سوزن 5

سانتیمتر بالاتر از سوزن شریانی باشد.

7 بعد از اتمام کار و خروج سوزن حداقل 10 دقیقه محل خروج

سوزن را با گاز استریل فشار دهید تا از تشکیل هماتوم در محل فیستول جلوگیری شود.

8 پس از اینکه مطمئن شدید خونریزی بند آمده است محل

سوزنها را گاز استریل گذاشته و با چسب فیکس نمایید.

9 پانسمان محل فیستول را در صورت آلوده بودن تعویض کنید.

10 - اندامی که دارای فیستول میباشد بالا نگه داشته شود.

11 - از انجام پانسمانهای محکم که محیط بازو و دست را

میگیرد اجتناب شود.

- 12 - مددجوراتشویق به ورزش و حرکت عضو کنید: بستن گارو در بالای عضو دارای فیستول به شکل ملایم و باز و بسته کردن انگشتان دست به صورت متناوب و مکرر به مددجو آموزش دهید..
- 13 - به مددجو آموزش دهید تا از اصابت ضربه یا حمل وسایل سنگین با دست دارای فیستول خودداری نماید.
- 14 - در انتهای عضوی که بعنوان راه دستیابی عروقی استفاده شده تزریق انجام نداده و سرم تزریق نکنید.
- 15 - هر 4-6 ساعت صدای بروئی را گوش کنید و لرزش آن را لمس کنید، تا زمانی که مددجو بیدار است.
- 16 - به هیچ عنوان از فیستول جهت خونگیری یا زدن سرم استفاده نکنید.
- 17 - از عضوی که به عنوان راه دستیابی عروقی استفاده شده فشار خون نگیرید.
- 18 - محل تزریق سوزن را از نظر احتمال عفونت بررسی کنید.
- 19 - علائم و نشانه های عفونت محل سوزن و لوله شانت را بررسی کنید.
- 20 - به مددجو توضیح دهید که روی عضو مورد نظر نخوابد.

21 - به مددجو یادآوری کنید که تکامل فیستول حدود شش ماه طول میکشد لذا تمرینات ورزشی به صورت مرتب انجام شود.

## نام فرایند: همودیالیز

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ست مخصوص دیالیز - مایع دیالیز - ایزولایتور - هپارین - سرم  
نرمال سالین - دستکش - سرنگ 10-20 سیسی - سرنگ 2  
سیسی - گاز استریل - سرپوش استریل جهت شاخه های کاتتر  
سابکلاوین

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 - نحوه کار را برای مددجو شرح دهید.
- 2 - علائم حیاتی مددجو را کنترل و ثبت کنید.
- 3 - مددجو را وزن کرده و آنرا ثبت کنید.
- 4 - فشار خون مددجو را کنترل و ثبت کنید.
- 5 - آزمایشات مددجو را کنترل و با آزمایشات پس از دیالیز جلسه قبل مقایسه کنید.
- 6 - کویل انتخابی و زمان دیالیز را بر اساس یافته های آزمایشگاهی تنظیم کنید.

- 7 - عملکرد آلامهای مربوط به فشاروریدی، فشارشریانی و چشم الکترونیکی دستگاه را کنترل کنید.
- 8 - در صورت بالابودن پتاسیم از محلول بدون پتاسیم در طی دیالیز استفاده کنید.
- 9 - در صورت پائین بودن هموگلوبین و هماتوکریت با نظر پزشک در حین دیالیز خون تزریق کنید.
- 10 - هنگام تزریق هپارین توجه شود که 3000 واحد آن در ابتدا و 2000 واحد آن پس از 2 ساعت تزریق شود.
- 11 - مراقب خونریزی از محل فیستول یا شانت باشید (مراقبتهای لازم را بعمل آورید).
- 12 - در صورت استفاده از شریان فمورال یا براکیال خطر خونریزی و هماتوم راجدی بگیری دوبه میزان کافی حتی تا یک ساعت محل را فشار دهید و کنترل کنید.
- 13 - دستها را شسته و ضد عفونی کنید.
- 14 - تمام مسیر صافی و ستها را با حداقل یک لیتر از محلول استریل سالین هپارینه شده به منظور کاهش بقایای حاصل از استریلیزاسیون شستشو دهید.
- 15 - صافی را به حالت عمودی قرار دهید.

- 16 - سرپوشهای رابطهای خون صافی را برداشته و لوله های شریانی و وریدی را در شرایط کاملا اسپتیک متصل نمایید.
- 17 - ارتباط شریانی رادر قسمت پایینی و ارتباط وریدی را در بالاترین قسمت صافی قرار دهید.
- 18 - قسمت اتصال مددجو- لوله شریانی را به ظرف محتوی یک لیتر سالین ایزوتونیک هیپارینیزه شده استریل متصل نمایید. سیستم را کاملا از سالین پر کنید
- 19 - پمپ را روی 150 میلی لیتر در دقیقه تنظیم کنید.
- 20 - هوا را با بستن کوتاه مدت لوله شریانی توسط گیره خارج کنید.
- 21 - 300 سی سی اولیه سالین را دوربریزید.
- 22 - پمپ خون را خاموش کنید و قسمت اتصال مددجو- لوله وریدی سیستم را به طرف سالین متصل کنید.
- 23 - مسیر را با جریان چرخشی به وسیله تنظیم پمپ روی سرعت بالا حدود 300 میلی لیتر در دقیقه از هوا خارج کنید.
- 24 - از تخلیه کامل هوا از سیستم خون اطمینان حاصل کنید.
- 25 - باقیمانده هوا را از صافی توسط تکرار عمل بستن کوتاه مدت لوله شریانی، توسط گیره خارج نمایید.

- 26 - توصیه میشود که سیستم را حداقل به مدت 15 دقیقه به صورت چرخشی شستشو داده و جریان محلول دیالیز را در 5 دقیقه آخر عمل شستشو، برقرار کنید.
- 27 - صافی را به صورتیکه محل لوله شریانی به سمت بالا و محل لوله وریدی به سمت پایین قرار گیرد بچرخانید.
- 28 - اتصالات محلول دیالیز را طوری که ورودی محلول دیالیز در پایین ترین قسمت و خروجی محلول دیالیز در بالاترین قسمت قرار بگیرد، متصل نمایید.
- 29 - لوله شریانی را به جریان خون مددجو متصل نمایید.
- 30 - اجازه دهید خون به مسیر لوله ها و صافی وارد شود
- 31 - سرعت پمپ را روی 100 میلی لیتر در دقیقه تنظیم کنید.
- 32 - لوله وریدی را به مددجو متصل کنید.
- 33 - جریان خون و جریان محلول دیالیز را روی مقادیر دلخواه تنظیم کنید.
- 34 - با توجه به بار اضافی مددجو TMP لازم را برقرار کنید.
- 35 - کاهش وزن را کنترل کنید.
- 36 - فشار خون مددجو را حین دیالیز هر یک ساعت (مددجویان stable) و در مددجویان اورژانس هر 15 دقیقه کنترل کنید.



- 37 - پمپ هپارین را روی 1-2 سی سی در ساعت تنظیم کنید.
- 38 نکاترهای وصل شده به مددجورا با چسب روی تخت وی ثابت نگهدارید تا از کشیده شدن در امان بماند.
- 39 - حدود یک ساعت قبل از خاتمه دیالیز پمپ هپارین را ببندید.
- 40 - در صورتی که مددجو از طریق ساب کلاوین دیالیز میشود پمپ هپارین تا آخر دیالیز باز میماند.
- 41 - 5 دقیقه قبل از خاتمه دیالیز TMP را روی کمترین حد ممکن تنظیم نمایید .
- 42 - پمپ خون را خاموش کنید.
- 43 - لوله شریانی رادر قسمت رابط مددجو با گیره مسدود کرده و آن را از مددجو جدا کرده و به ظرف محتوی 250 سی سی سالین ایزوتونیک استریل متصل نمایید.
- 44 - دقت کنید هوا به هیچ وجه وارد مسیر نشود .
- 45 - گیره را جدا نموده و مجددا خون با سرعت 100-200 میلی لیتر در دقیقه تزریق کنید .

- 46 - به محض جریان یافتن سالیन درون صافی بهتر است که مسدود کردن کوتاه مدت لوله شریانی را توسط گیره تا خالی شدن کامل صافی از خون ادامه دهید .
- 47 - خون مددجو را به طور کامل به وی برگردانید .
- 48 - سوزنهای وریدی و شریانی در ارتباط با مددجوراباگیره نگه داشته و آن را از مددجوبه ترتیب جدا کنید.
- 49 - بعد از اتمام دیالیز و خروج سوزن حداقل 10 دقیقه محل خروج سوزن را با گاز استریل فشار دهید تا از تشکیل هماتوم در محل فیستول جلوگیری شود.
- 50 - پس از اینکه مطمئن شدید خونریزی بندآمده است محل سوزنها را گاز استریل گذاشته و با چسب فیکس نمایید.
- پس از اتمام همودیالیز کاتر ساب کلاوین را به روش زیر هیپارینه نمایید:
- 51-ابتدا دستها را شسته و ضد عفونی کنید.
- 52-دستکش بپوشید.
- 53-گاز استریل زیر کاترها روی ناحیه گردن پهن کنید.
- 54-مطمئن شوید کلیپس شاخه ها بسته است .
- 55-سرپوشهای شاخه ها را بردارید.

56-لوله شریانی و وریدی مورد نظر را با 10-20 سی سی نرمال سالین استریل پس از باز کردن کلیپس شستشو دهید.

57-1/سیسی از محلول رقیق شده هیپارین و آب مقطر ( 5000 واحد هیپارین معادل یک سی سی + 0/5 سی سی نرمال سالین) را درون هر کدام از لاین های وریدی و شریانی وارد کنید.

58-سرپوشهای شاخه ها را درحالیکه استریل میباشند روی شاخه ها قرار دهید

59-صافی ولوله های رابط سیستم را پس ازاستفاده معدوم نمایید

60-تزریق عضلانی تا یک ساعت بعدازدیالیزانجام نشود.

61-علائم حیاتی مددجوراکنترل (وزن وفشارخون)وثبت کنید.

62-دربرگه گزارش پرستاری کلیه اقدامات انجام شده ومشاهدات خودوعکس العمل مددجوچین دیالیزراثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

- اصول آسپتیک هنگام قطع ووصل مددجو(طبق دستورالعمل) را رعایت کنید.

عوارض همودیالیز:

خونریزی، ترومبوز، آمبولی، عفونت، آنوریسم کاذب، احتقان  
وریدی و خیز عوارض ناشی از ترانسفوزیون خون، افزایش حجم  
خون، عوارض قلبی عروقی (نارسائی قلبی با برون ده  
بالا، آندکاردیت، کاهش فشارخون، پرفشاری خون آریتمی  
ها، بیماری شریان کرونری، تراوش مایع  
پریکارد و تامپوناد)، سوء تغذیه، عوارض خونی (کم خونی، دفع مزمن  
خون، فقر آهن، کاهش نوتروفیل، افزایش ائوزینوفیل، نقص تبادل  
اکسیژن)، عوارض روانی (افسردگی، دمانس).

## نام فرایند: دیالیز صفاقی

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

مایع دیالیز یک تا دو لیتر، مکمل غذائی طبق دستور - وارمر یا پدهای گرم - ماسک حداقل سه عدد - ست دیالیز و بگ جهت DRAINING مایع دیالیز - چند جفت دستکش استریل - ست IV - شان استریل - ویال لیدوکائین یک یا دو درصد - سرنگ و سوزن - پریتونیال کاتتر - بیستوری - سرپوشهای کاتتر - پانسمان مخصوص درن‌ها - گازواپلیکاتور - کلمپ استریل کوچک ظریف - ظرف مخصوص نمونه با برچسب - درخواست آزمایشگاه - چسب - محلول ضد عفونی و نرمال سالین

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 - دستور پزشک را در مورد نوع محلول، داروهای افزودنی به محلول و تعداد دفعات درناژ چک کنید.
- 2 - روش انجام دیالیز را چک کنید.
- 3 - روش کار را برای مددجو توضیح دهید.

- 4 - رضایت نامه انجام پروسیجر را پس از توضیح از مددجو بگیرید.
- 5 - وسائل را آماده کنید و در دسترس قرار دهید.
- 6 - علائم حیاتی (درجه حرارت ، نبض و تنفس) مددجو را کنترل کنید.
- 7 - مددجو را وزن کنید.
- 8 - دور شکم مددجو را اندازه بگیرید و نقطه وسط شکم مددجو را علامت بزنید (تا مبنای مقایسه ای جهت اندازه گیریهای بعدی باشد).
- 9 - سطح الکترولیت‌های مددجو را چک کنید (جواب آزمایشات HIV- HBV- BUN - Cr - Na- K- CBC).
- 10 - از مددجو بخواهید که مثانه وروده خود را خالی کند (اگر مددجو نمیتواند ادرار کند یا اینکه مشکوک به پر بودن مثانه هستید یک کاتتر جهت خالی شدن مثانه بگذارید).
- 11 - جهت کاهش اضطراب مددجو طبق تجویز پزشک آرامبخش تزریق کنید.
- 12 - دمای محلول دیالیز را به 37 درجه سانتیگراد (98.6F) برسانید.
- 13 - مددجو را در پوزیشن مناسب قرار دهید.

- 14 - دستهارا بشوئید.
- 15 - ماسک زده و دستکش استریل بپوشید..
- 16 - قبل از وارد کردن کاتتر پوست را ضد عفونی کنید.
- 17 - مایع دیالیز را از نظر شفاف و بیرنگ بودن چک کرده و داروهای لازم را به آن اضافه کنید.
- 18 - جهت گذاشتن کاتتر دیالیز است را باز کنید.
- 19 - همه مسیرها را ببندید .
- 20 - پگ درناژ را پایین تراز مددجو قرار دهید که تحت نیروی جاذبه مایع راحتتر **DRAIN** شود و کاتتر مخصوص **DRAIN** را وصل کنید .
- 21 کاتتری که مایع را وارد پریتونئوم میکند به کیسه مایع دیالیز وصل کنید .
- 22 پگ مایع دیالیز را روی پایه سرم کنار تخت مددجو وصل کنید .
- 23 همه مسیرهای کاتتر را هواگیری کرده و بعد کلامپ کنید.
- 24 سر ویال لیدوکائین را ضد عفونی کرده و بگذارید خشک شود.
- 25 ویال را بر عکس بگیرید تا پزشک بتواند دارو را بکشد .

- 26 پزشک ناحیه کوچکی از خط وسط شکم در حدود 3-5 سانتی متر زیر ناف رابی حسی و برش کوچکی میدهد و کاتتر را وارد فضای پریتونئ می کند و کاتتر را با سوچورفیکس می کند.
- 27 - اگر کاتتر در جای مناسب قرار گرفت با محلول ضد عفونی به طور چرخشی و یا دایره وارد دور تا دور کاتتر را تمیز کنید.
- 28 از یک طرف کاتتر را به مایع دیالیز وصل و از طرف دیگر به بگ DRAIN وصل کنید.
- 29 - کاتتر ورود مایع به حفره پریتونئ را باز کنید و کاتتر خروجی مایع را کلامپ کنید .
- 30 طبق دستور پزشک یک تا دو لیتر محلول دیالیز با استفاده از نیروی جاذبه و بر حسب تحمل مددجو، در طی 10 تا 20 دقیقه وارد فضای صفاق کنید.
- 31 در طی دیالیز مدام مددجو را بررسی کنید.
- 32 علائم حیاتی کنترل و ثبت شود. در صورت وجود تغییرات علائم حیاتی را هر 15 دقیقه کنترل کنید.
- 33 - مددجو را از نظر اختلالات تنفسی بررسی کنید.
- 34 - مرطوب شدن قسمت خارجی کاتتر از شکم را کنترل کنید.



35 - پس از مدت زمان دستور داده شده که محلول در شکم باقی ماند شروع به تخلیه آن کنید (زمان باقی ماندن محلول در صفاق معمولاً بین 20 تا 40 دقیقه متغیر است).

36 - وقتی مایع دیالیز در بگ در حال تمام شدن است پیش از اینکه هوا وارد لاین شود مسیر را کلمپ کنید.

37 - کلامپ خروجی را باز کنید، در این صورت خروج مایع باید به صورت یک جریان پیوسته صورت گیرد

38 - بعد از تکمیل سیکل دیالیز و تعداد تبادلات لازم کاتتر را کلمپ کنید و دستکش استریل بپوشید کاتتر دیالیز و ست آن را از کاتتر پریتونئال جدا کنید و سرپوش استریل در انتهای پایینی کاتتر بگذارید.

39 - بعد از هر تبادل، مقادیر کل جریان خروجی را دقیقاً "ثبت کنید.

40 - به تعداد لازم طبق دستور پزشک سیکل ها را تکرار کنید.

41 - مقدار و مدت زمان طول کشیده برای ورود و خروج مایع دیالیز و داروهای اضافه شده، خصوصیات مایع خروجی، عکس العمل مددجو (وجود درد و...) و مشاهدات خود را ثبت کنید.

42 - اگر مقدار خروجی کمتر از مقدار ورودی بود آن را به عنوان جذب ثبت کنید.

43 - علائم حیاتی و وزن مددجو را کنترل، چارت و ثبت کنید.

44 - آموزشهای لازم را به مددجو بدهید.

### نکات قابل توجه:

- بهتر است کاترمددجو در اتاق عمل گذاشته شود، اما آرامی توان در بالین مددجو و ضمن رعایت دقیق شرایط استریل در داخل شکم قرار داد.

- هنگام تزریق هرا افزودنی به محلول دیالیز باید روش استریل انجام گردد تا آلودگی باکتریائی و پیریتونیت رخ ندهد.

- مایع دیالیز شامل محلول دیالیز بعلاوه آب اضافی، الکترولیتها و مواد دفعی نیتروژنی است که در بدن مددجو انباشته شده بود. این سه مرحله فرایند یعنی انفوزیون مایع به داخل شکم، باقی ماندن آن و خروج مایع دیالیز از شکم مددجو یک تعویض صفاقی نامیده می شود. تعداد و تکرار تعویض های دیالیز صفاقی توسط پزشک و بر حسب تظاهرات بالینی و اطلاعات آزمایشگاهی مددجو تعیین می شود.

- چهار برنامه برای دیالیز صفاقی وجود دارد یک برنامه برای نوع حاد (دیالیز صفاقی متناوب) و سه برنامه برای دیالیز مزمن.

الف: دیالیز صفاقی متناوب Intermittent Peritoneal Dialysis (IPD):

مدت درمان 36-48 ساعت میباشد. سیکل زمانی یک ساعته است بدین ترتیب که ورود محلول 10 دقیقه طول می کشد، به مدت 30 دقیقه محلول باقی می ماند و 20 دقیقه طول می کشد تا با نیروی ثقل زمین خارج گردد.

ب: دیالیز صفاقی مداوم سیار Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD): محلول

دیالیز همیشه در شکم وجود دارد و 3-4 بار در روز تعویض می شود.

ج: دیالیز صفاقی دوره ای مداوم Continuous Cycle Countinuos P.D (CCPD):

دیالیز در زمان خواب شروع می شود که مددجویان یک ماشین که به طور دوره ای محلول دیالیز را وارد شکم مددجویی کند، وصل می باشد. معمولاً 3-5 بار محلول تعویض می شود و در آخرین دوره که محلول دیالیز وارد شکم مددجویی گردد. مددجویان دستگاه جدا و مابعد تا شب هنگام در شکم اوباقی می ماند.

د: دیالیز صفاقی شبانه نوبتی (NIPD)

مددجویانند CCPD شب هنگام به دستگاه وصل است. تعداد 5-

3 به 8 بار می رسد ولی در هنگام صبح قبل از اینکه مددجو

از دستگاه جدا شود، شکم تخلیه می شود و در طی روز خشک است.

آموزش به مددجو و خانواده :

به مددجو آموزش دهید، قبل از انجام پروسیجر در منزل دست‌ها را شسته و ماسک بزنند و در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار گیرد.

هدف از رژیم دارویی تجویز شده رابه مددجو توضیح دهید.

– دلایل رژیم غذایی داده شده و محدودیت مایعات رابه وی توضیح دهید.

– به اهمیت مراقبت پیشرونده مددجو سرپائی در منزل تأکید کنید.

– به اهمیت تکنیک درست دست شستن برای مددجو و سایر کسانی که با او در تماس هستند تأکید کنید، تکنیک‌های آسپتیک رابه هنگام انجام تعویض دیالیز رعایت کنید.

– کاتتر را از آسیب دیدن محافظت کنید.

– محل جایگزینی کاتتر رابه آهستگی با آب و صابون بشوئید، خوب آبکشی کنید و بلافاصله به آهستگی خشک کنید.

– به مددجو توصیه کنید که از تماس با افرادی که عفونتی دارند (مثل سرماخوردگی، آنفلونزا) جلوگیری کند.

- نحوه گرفتن درجه حرارت را به مددجو آموزش دهید و وی را تشویق کنید که هرگونه افزایش درجه حرارت را به پزشک گزارش کند.
- مددجو را تشویق کنید که تیرگی، بدبوئی یا خون آلود بودن و آلودگی به مدفوع مایع دیالیز را بلافاصله به پزشک گزارش کند.
- مددجو را تشویق کنید که قرمزی، درد، ادم یا ترشح از ناحیه جایگزینی کاتتر را به پزشک گزارش کند.
- اهمیت رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات (پروتئین کافی، محدودیت سدیم) را تأکید کنید.
- مددجو را به استراحت و خواب کافی تشویق کنید.
- مددجو را به فعالیتهای تدریجی پیشرونده و شرکت در فعالیتهای تاحد تحمل تشویق کنید.
- به مددجو توصیه کنید که هر روز خودش را وزن کند (همان زمان، همان ترازو، همان لباس) تغییرات وزن را به پرستار یا پزشک گزارش کند.
- به مددجو یاد دهید که فشارخون خود را در یک ساعت معین هر روز چک کند و تغییرات آن را به پزشک گزارش کند.

- علائم عفونت دستگاه ادراری را به مددجو آموزش دهید (سوزش ادرار، احساس پری ادرار، افزایش درجه حرارت) و وی را در گزارش به پزشک تشویق کنید.
- به مددجو توصیه کنید که از گرفتن بیش از حد ادرارها بدون دستور پزشک خوداری کند.
- به مددجو توصیه کنید که از زور زدن در طی اجابت مزاج خوداری کند و از پزشک بخواهید نرم کننده های مدفوع و در صورت لزوم مسهل را تجویز کند.

### مقایسه دیالیز صفاقی و همودیالیز

همودیالیز	دیالیز صفاقی	
تصفیه مؤثرتر - مدت زمان کوتاه درمان	دستیابی آسان - مشکلات همودینامیک اندک	مزایا
سندرم عدم تعادل - گرفتگی عضلات - خونریزی - آمبولی	از دست دادن پروتئین - پریتونیت - افزایش قند خون -	مشکلات



هوای تغییرات همودینامیک (هایپوتنشن، دیس ریتمی قلبیو کم خونی)	دسترس تنفسی - سوراخ شدن روده	
ناپایداری همودینامیکی	چسبندگی وسیع پری توئن - فیبروز پری توئن - جراحی اخیر شکمی -	ممنوعیت
با گذاشتن کاتتر داخل عروق وراه های دستیابی عروقی	با گذاشتن کاتتر داخل شکمی	دسترسی
پیچیده - نیاز به پرستار ماهر و دوره دید	ساده - پرستار نیاز به آموزش کمتری دارد.	نحوه انجام
مراقبت از محل دسترسی عروقی -	مراقبت از کاتتر شکمی -	اقدامات پرستاری

محدودیت رژیم	رژیم غذائی انعطاف پذیرتر	
--------------	--------------------------	--

عوارض دیالیز صفاقی:

پریتونیت: که بدنبال آلودگی مایع دیالیز اتفاق میافتد که در نتیجه لیک محل خروجی کاتتر و برگشت مایع به داخل صورت میگیرد.

دیسترس تنفسی: دیسترس تنفسی ورود مایع به حفره پریتوئن و افزایش فشار روی دیافراگم ایجاد میشود که در نتیجه کاهش بازشدگی ریه ها را بدنبال دارد.

کاهش پروتئین: به علت انتشار پروتئین از خون به سمت غشاء پریتوئن می باشد.

یبوست: که مسهل در صورت نیاز باید داده شود.

در صورت مصرف مایع دیالیز نوع 4.5% دکستروز بیمار ممکن است دچار هیپوولمی و در نتیجه افت فشار خون و در اثر آن دچار شوک شود.

احتباس زیادی مایع: که منجر به هیپر تنشن و در نتیجه آن فشار خون بالا، ادم انتهاها، ادم ریه و حتی نارسایی قلبی را منجر شود.



عدم تعادل الکترولیتی و بالارفتن قند خون نیز از مشکلات دیگر است که با آزمایش مرتب خود میتوان این مشکل را شناسایی کرد .

## نام فرایند:مراقبت ازمددجوی پیوند کلیه

**عامل انجام کار:**پرستار،بهیار

**وسائل استانداردانجام کار:**

دستگاه الکتروشوک،ترالی اورژانس

**استانداردمراحل انجام کار:**

**مراقبتهای قبل ازعمل جراحی:**

به مددجو آگاهی دهید که اقدامات قبل ازعمل را(بررسی

سیستم ها)پیگیری کند.

اگر مددجو دچار بیماری قلبی، هایپرلیپیدمی و هایپر تنشن می باشد باید قبل از عمل پیوند درمان شود.

مددجویان با مشکلات عروق مغزی باید تحت درمان قرار گیرند و تا 6 ماه قبل از پیوند هیچ مشکلی در در این زمینه وجود نداشته باشد.

از مددجو بخواهید که سیگار را از 6 ماه قبل از عمل پیوند ترک کند و الکل هم مصرف نکند.

قبل از پیوند مشاوره روانی جهت ارزیابی توانائی مددجو در ادامه درمان انجام شود.

در مددجویانی که کانسردارند باید به آنها اطمینان داد که بعد از درمان تحت پیوند قرار خواهند گرفت، البته در صورتی که تا دو سال بعد از درمان هیچ علامتی از کانسرو وجود نداشته باشد. مددجو را جهت بررسی های ارولوژیکی (معاینات - کامل و کشت ادرار - سونوگرافی) آماده کنید.

مددجو را به مصرف اریتروپویتین تجویز شده جهت کاهش اثرات آنمی (قبل از پیوند) تشویق کنید.

در صورت وجود هایپرکالمی و اورلود شدن مددجو اورا جهت دیالیز آماده کنید.

از نظر عفونتهای باکتریال و ویرال (هپاتیت B, C, HIV و سیستمگالوویروس) و سل در دهنده و گیرنده بررسی انجام دهید.

به مددجو آموزش دهید که با افرادی که عفونت شناخته شده ای دارند ارتباط نداشته باشند.

مشکلات دندانپزشکی و ژنیتال قبل از عمل بررسی و درمان شوند.

به مددجو آموزش دهید که واکسنهای زنده (مثل سرخجه، اوریون و پولیو خوراکی) دریافت نکنند.

به وی آموزش دهید تا در صورت بروز هرگونه تغییر در هریک از سیستمها به پزشک مراجعه کند.

به مددجو توصیه کنید که در معرض نور خورشید قرار نگیرد.

به مددجویان زن توصیه کنید که سالانه پاپ اسمیر انجام دهند.

مددجویان دیابتی باید قبل از عمل قند خون خود را تحت کنترل آورند.

به مددجو آموزش دهید که جهت انجام فیزیوتراپی تنفسی و تمرینات ورزشی پس از عمل همکاری کنند.

**مراقبتهای پس از عمل :**

علائم حیاتی و I&O پس از عمل راکنترل و بدقت چارت کنید.

ECG مددجو را کنترل کنید.

وضعیت تنفسی مددجو (بعلت داروهای بیهوشی) را بررسی کنید.

الکترولیت‌های سرم را هر 4-8 ساعت کنترل و به میزان پتاسیم توجه کنید.

در صورت عملکرد طبیعی روده ها مایعات از راه دهان شروع و مایعات وریدی را کاهش دهید.

در صورت تأخیر در شروع عملکرد کلیه پیوندی :

تجویز مایعات وریدی به طوری که فشار CVP در حد 15-10 سانتی متر آب حداقل به مدت 2-3 ساعت حفظ شود. تجویز فورسماید (1 میلی گرم بر حسب کیلوگرم وزن بدن) به صورت وریدی تجویز شود.

در صورت اورلود شدن و هیپرکالمی دیالیز ضروری است.

مراقبت از کاتترهای مددجو از نظر کنترل عفونت انجام شود.

در صورت مشاهده خون در سوند فولی باید به آرامی و به روش

استریل شستشوی مثانه انجام گیرد (آسپیراسیون انجام نشود).

توجهات لازم هنگام مصرف ضد انعقادها (آسپیرین یا هپارین) جهت پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی (DVT) را انجام دهید.

فیزیوتراپی تنفسی انجام و مددجو را تشویق به حرکت کنید. از محل زخم و کاتترهای وصل شده به مددجو کشت تهیه کنید. به علائم پس زدن کلیه (درد محل گرفت، تب، افزایش فشارخون، کاهش برونده ادراری، احتباس ادراری، افزایش اوره و کراتی نین) توجه کرده و به مددجو آموزش دهید. کلیه مشاهدات و مراقبتهای انجام شده را به دقت ثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

بطور طبیعی 24-48 ساعت بعد از عمل حجم ادرار کاهش مییابد و عملکرد روده به حالت طبیعی برمیگردد. سوند فولی در مددجویان ممکن است 12 ساعت بعد از عمل (ندرتاً) تا 14 روز بعد خارج گردد و به طور معمول 5-7 روز بعد از عمل خارج میشود. بخیه های پوست مددجو 7-14 روز بعد از عمل کشیده میشود. مددجویی که داروی ایمنوساپروسید دریافت میکند مستعد عفونت است بنابراین باید مراقبتهای دقیق جهت کنترل تغییرات احتمالی در مددجو را انجام داد. چون ممکن است علائم عفونت

مخفی بماند. استفاده از کاتترها باید به حداقل برسد و استفاده از روشهای ضد عفونی به طور دقیق انجام گیرد. آموزش به مددجو و خانواده: با توضیح روش جراحی مددجو را به بیان سؤالات، احساسات و نگرانی های خود را تشویق کنید. اهداف تجویز داروها توسط گروه جراحی را به مددجو توضیح دهید. دلایل پرهیز غذایی و محدودیت مایعات را برای مددجو توضیح دهید. اهمیت چرخش در تخت، سرفه و تنفس عمیق هر 2 ساعت را به مددجو توضیح دهید. در مورد اسپرومترهای (محرک تنفسی و حمایتی) بعد از عمل به وی توضیح دهید. درباره داروهای تجویز شده (اسامی، اشکال دارویی، برنامه ریزی استفاده از آن، اهداف و اثرات جانبی آنها) توضیح دهید. بر اهمیت تکنیکهای درست دست شستن، جهت مددجو و سایر افراد در ارتباط با وی تأکید کنید. به مددجو توصیه کنید که از تماس با افرادی که عفونت دارند (مثل سرماخوردگی و آنفولانزا) اجتناب کند.

به مددجو تأکید کنید که خواب و استراحت کافی داشته باشد.  
مددجو را به فعالیتهای تدریجی پیشرونده و شرکت در برنامه روزانه  
تأحی که تحمل میکند، تشویق کنید.

به مددجو توصیه کنید، از برداشتن اشیاء سنگین تا زمان توصیه  
پزشک خودداری کند.

از مددجو بخواهید تا در صورت وجود تب بالاتراز  $38/5$  درجه  
سانتیگراد به پزشک اطلاع دهد.

روشهای مراقبت از محل جراحی، پانسمان، لوله ها، درنهای (با  
مراجعه تیم بهداشتی به منزل در مواقع لزوم) را تقویت کنید.  
از مددجو بخواهید تا، در صورت بروز علائم قرمزی، درد، تورم و ترشح  
از محل عمل پزشک را مطلع کند.

توصیه به مددجو جهت توجه به علائم عفونت ادراری (مشکل  
در ادرار کردن، بدبو بودن ادرار، تب بالاتراز  $38/5$  درجه  
سانتیگراد) و تشویق مددجو به گزارش این علائم به پزشک.  
توصیه به مددجو جهت اجتناب از مصرف دارو با دوز بالا بدون  
اطلاع پزشک

توصیه به مددجو جهت اجتناب از زور زدن در موقع دفع  
و تقاضا از پزشک جهت دریافت نرم کننده های مدفوع و مسهل  
ها در موقع لزوم.

توضیح محدودیت در بازی کردن یا رانندگی کردن طبق دستور پزشک .

توصیه به مددجو برای اجتناب از انجام ورزشهای تماسی که ممکن است خطر جدی برای کلیه پیوندی ایجاد کند.  
توصیه به مددجو جهت آگاه کردن دیگر افرادی که حرفه ای از نظر وجود کلیه پیوندی .

توصیه به رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات (مثل جلوگیری از آشامیدن مشروبات الکلی).



## فرآیندهای بخش انکولوژی

مراقبت از مددجوی مبتلا به سرطان

شیمی درمانی

رادیو تراپی خارجی

رادیو تراپی داخلی

مراقبت از پوست مددجویان سرطانی

مراقبت از دهان مددجویان سرطانی

مراقبت از موها

تغذیه مددجوی سرطانی

کاهش خستگی مددجو

پیشگیری از خونریزی

پیوند مغزاستخوان

مراقبت‌های خاص مراحل پایان زندگی

## نام فرایند: مراقبت از مددجوی مبتلا به سرطان

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسائل و تجهیزات استاندارد:

وسائل معاینه فیزیکی و کنترل علائم حیاتی

استاندارد مراحل انجام کار:

1. مددجو را از نظر علائم دال بر عفونت بررسی کنید:

الف: هر 4 ساعت یکبار علائم حیاتی را کنترل کنید.

ب: هر روز نتیجه شمارش WBC ها و شمارش افتراقی آنها را کنترل  
نمائید.

ج: تمامی مناطقی که می توانند به عنوان محل ورود پاتوژن عمل  
کنند، را (نواحی تزریق داخل وریدی، زخمها، چین های پوستی

، برجستگی های استخوانی ، پرینه و حفره دهان) تحت مراقبت قرار دهید.

- 2 مواردی چون تب (بیش از 38/3) لرز، تعریق، تورم، داغی، درد، اریتم، آگزوداهای واقع بر هر یک از سطوح پوستی را گزارش دهید. علاوه بر آن هر گونه تغییر در وضعیت ذهنی یا تنفسی و نیز تکرریا سوزش ادرار احساس ناخوشی، درد عضلانی، درد مفصلی، بثورات پوستی و اسهال را هم گزارش کنید.
- 3 در صورت لزوم، قبل از آغاز درمان ضد میکروبی نسبت به انجام کشت (از ترشحات زخم، خلط، ادرار، مدفوع و خون) و تعیین حساسیت دارویی میکروارگانیسم اقدام نمایید.
- 4 برای به حداقل رساندن احتمال عفونت اقداماتی را آغاز نمایید.  
الف: مستقر ساختن مددجو در اتاقی خصوصی هنگامی که تعداد مطلق WBC به کمتر از  $1000\text{mm}^3$  برسد.  
ب: اهمیت خوداری مددجو از تماس با افرادی که اخیراً به عفونت مبتلا شده یا واکسن دریافت کرده اند.
- 5 به تمامی پرسنل رعایت دقیق بهداشت و نظافت دستها را قبل و بعد از وارد شدن به اتاق مددجو را آموزش دهید.

- 6 ازانجام روشهای کارواژینال یا رکتال خوداری کنید(اندازه گیری درجه حرارت بدن ازراه مقعد،معاینه ، گذاشتن شیاف واستفاده ازتامپونهای واژینال).
- 7 برای جلوگیری ازیبوست وایجادفشاربرای تخلیه مدفوع ازموادنرم کننده قوام مدفوع استفاده کنید.
- 8 به مددجو کمک کنیدتا روشهای دقیق بهداشت ونظافت فردی راتمرین کند.
- 9 به مددجوآموزش دهیدتا ازریش تراش برقی استفاده کند.
- 10 مددجورابه راه رفتن دراتاق تشویق کنید،مگرآنکه برای وی ممنوع شده باشد.
- 11 اگر تعدادمطلق مطلق WBC ها کمتر از 1000 باشد،مددجوبایداز خوردن میوه جات تازه ،گوشت ، ماهی وسبزیجات خام خوداری کند،همچنین گلهای تازه و گیاهان گلدانی را از زندگی خود حذف کند.
- 12 روزانه آب آشامیدنی ،محلولهای شستشوی دندان وآب موجود در تجهیزات تنفسی راتعویض کنید.
- 13 هرروزنواحی تزریق داخل وریدی را از نظرشواهدو علائم موردبررسی قرار دهید:  
الف: یک روزدرمیان ناحیه تزریق داخل وریدی راتغییر دهید.

- ب: قبل از برقراری مسیرهای تزریق وریدی یا شریانی، پوست را با بتادین تمیز کنید.
- ج: هر 48 ساعت یکبار پانسمان کاترورید مرکزی را تغییر دهید.
- د: هر 48 ساعت یکبار تمامی محلولها و ستهای تزریق را عوض کنید.
- 14 ازانجام تزریق داخل عضلانی خوداری کنید.
- 15 اژکار گذاشتن سندادراری خوداری کنید، در صورت ضرورت استفاده از کاتتر، شدیداً تکنیکهای استریل را رعایت کنید.
- 16 به مددجو و خانواده آموزش دهید در صورت تجویز فاکتور محرک کلونی گرانولوسیت (یا گرانولوسیت ماکروفاژ) به استفاده از آن بپردازند.

## نام فرایند: شیمی درمانی

**عامل انجام کار: پرستار، بهیار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

داروهای تجویز شده - دستورپزشک-دستکش لاتکس و آستین  
کشدار یا کاف دار-گان-عینک مخصوص و ماسک-محلول  
مخصوص شستشوی چشم-کفش مخصوص یا روکش کفش-  
حلال یا رقیق کننده-هود-حوله یا شان یکبار مصرف-سرنگها  
وسوزنها در سایزهای مختلف-ست سرم و فیکس کننده مناسب  
آنژیوکت-پمپ انفوزیون (در صورت در دسترس بودن)-سطل  
مخصوص زباله های آلوده-دو عدد پد یکبار مصرف-الکل 70%

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- 1- دستها یتان را بشوئید.
- 2- وسائل حفاظتی مانند گان، دستکش، عینک و... بپوشید.
- 3- قبل از تزریق مددجو را وادار به تخلیه ادرار کنید.

- 4- محل کاتتر را بازبینی کرده موارد قرمزی - ترشح- خارش و سوزش ناحیه کاتتر را بررسی کنید.
- 5- سه راهی را از نظر نشت دارو بررسی کنید.
- 6- لاین مددجو را با سرم N/S امتحان کنید.
- 7 -- علائم حیاتی مددجورا قبل و حین درمان هر یک ربع کنترل کنید. (شامل BP - P - وزن)
- 8- در هنگام آماده کردن داروها از خوردن، نوشیدن سیگار کشیدن و... به علت خطر آلودگی اجتناب کنید.
- 9- قبل از آماده کردن داروها هود را با الکل % 70 و حولهٔ یکبار مصرف تمیز کنید.
- 10- کلیه داروها و سرم‌هایی که داروها را در آن حل می کنید داخل هود آماده کنید.
- 11- سطح محل انجام کار را با کاور یا پد قابل جذب بپوشانید. و پس از انجام کار آنرا تعویض کنید.
- 12- احتیاطات استاندارد را در حین استفاده از داروهای خطر زا انجام دهید.
- 13- در صورت درمان وریدی رگ مطمئن پیدا کنید.
- 14- قبل از برقراری مسیرهای تزریق وریدی یا شریانی، پوست را با بتادین تمیز کنید.

- 15- ورودبه درون رگ محیطی رابا دقت انجام دهید.
- 16- دارورابا احتیاط ومهارت ودقت تزریق کنید.
- 17- درطول تزریق مراقب نشت داروباشید.
- 18- به شواهدی که درطول تزریق وزیکانت ها میتواننددال برنشت داروازدرون رگها باشند(عدم برگشت خون بداخل کاتتروریدی،مقاومت نسبت به جریان مایع داخل وریدی ،تورم قرمزی ودردناحیه)،توجه کنید.
- 19- هرروزنواحی تزریق داخل وریدی راازنظرشواهدوعلائم عفونت موردبررسی قراردهید.
- 20- یک روزدرمیان ناحیه تزریق داخل وریدی راتغییردهید.
- 21- هر48ساعت یکبارپانسمان کاتتروریدی مرکزی راتغییردهید.
- 22- هر48ساعت یکبارتمامی محلولهاوستهای تزریق راعوض کنید.
- 23- درصورت مشکوک بودن به نشت داروازدرون رگ ،دارورابلافاصله قطع کرده وبرروی ناحیه یخ بگذارید(مگراینکه وزیکانت نشتی ازالکالوئیدهای وینکاباشد).
- 24- پزشک درصورت تراوش داروبه بیرون بایدداروی تجمع یافته رازدرون بافت آسپیره کندویک محلول خنثی کننده را جهت کاهش آسیب دیدگی بافتی به ناحیه تزریق نماید.نوع محلول



خنثی کننده، برحسب داروئی که به خارج رگ تراوش یافته انتخاب می شود.

25 - روزانه آب آشامیدنی، محلولهای شستشوی دندان و آب موجود در تجهیزات تنفسی را تعویض کنید.

26 - تمامی زباله های مربوط به شیمی درمانی را با مارک خطر زا و اتکیت مهر و موم کنید.

### نکات قابل توجه:

۱- سرنگها و ستهای کاملاً بسته استفاده کنید- سرسوزنها را از سرنگها جدا نکنید- سرنگها را نشکنید.  
۲- دستکشها و گان آستین بلند و کفشدار استفاده کنید (اندازه باشد). هر نیم ساعت دستکشها را تعویض نمایید.  
۳- اگر داروئی روی دستکش یا گان ریخت آنرا بلافاصله تعویض کنید.

۴- اگر داروئی روی پوست شما ریخت محل را با آب و صابون به آرامی بشوئید.

۵- اگر با چشم شما تماس پیدا کرد به مدت پنج دقیقه چشمها را با آب یا محلول ایزوتونیک شستشو داده و در صورت لزوم به پزشک مراجعه کنید.

پس از پایان کار کلیه وسایل و لباسهای مخصوص کار را به روش صحیح دور بیندازید.

مواد غذایی و نوشیدنیها را داخل یخچال دارویی قرار ندهید. از ترشحات و مایعات بدن مددجویان (ادرار) دوری کرده و احتیاط کنید.

هنگام شستشوی دستشویی دور آن را پد بگذارید که نپاشیده و آلودگی پخش نشود.

زنان حامله یا شیرده باید احتیاطات لازم را هنگام استفاده و کار انجام دهند.

لباسها و ملحفه های مددجویان را در رختشوی خانه بطور جداگانه شستشو نمائید.

در هنگام شیمی درمانی در منزل زباله ها را به نحو صحیح دفع کرده و مایعات آنرا را در داخل دستشویی تخلیه و سیفون را بکشید. تماس مسقیم با پوست موجب سوختگی و تخریب پوست می شود.

رعایت نکات ایمنی حین انجام شیمی درمانی: برای آماده سازی و تزریق داروهای نئوپلاسمی، توصیه های ایمنی زیر از سوی اداره بهداشت و ایمنی شغلی ( OSHA )، انجمن پرستاری انکولوژی

(ONS)، بیمارستانها و دیگر مؤسسات خدمات بهداشتی ارائه گردیده اند:

برای آماده سازی تمامی داروهای شیمی درمانی از یک قفسه بیولوژیک ایمن استفاده کنید.

حین آماده سازی و تزریق داروهای شیمی درمانی و تماس با مواد دفعی مددجویان دریافت کننده شیمی درمانی، دستکش جراحی بدست کنید.

حین آماده سازی و تزریق داروهای شیمی درمانی، از گان های آستین بلند یکبار مصرف استفاده کنید.

برای تمام لوله های تزریق داخل وریدی که به آزادسازی داروی شیمی درمانی می پردازند از بست های تنظیم کننده luer-lok استفاده کنید.

برای دورریختن تمامی تجهیزات و وسایل مورد استفاده جهت آماده سازی و تزریق داروهای شیمی درمانی، آنها را در ظروفی مناسب، ضدنشت و ضدسوراخ شدگی قرار دهید.

تمامی موادزاید بجای مانده از شیمی درمانی را به عنوان موادی خطرناک دوربریزید. با رعایت اصول بالا، خطر تماس با مواد شیمی درمانی تا حد زیادی کاهش می یابد.

آموزش دستورالعملهای شیمی درمانی قبل از شروع:

اطلاعات کافی در مورد فارماکولوژی کلیه داروها از قبیل مکا  
نیسم فعالیت دوز معمولی، راههای تزریق، عوارض دارویی.  
مرور کردن یافته های آزمایشگاهی و در صورت غیر طبیعی بودن،  
گزارش به پزشک مربوطه.

کامل کردن اطلاعات در مورد مددجو (تاریخچه بیماری، ارزیابی  
و مراقبت قبل از شیمی درمانی)

چک کردن دستور پزشک از لحاظ (دوز، زمان، نام  
دارو و دستورالعمل و ...) محاسبه دوز دارو مطابق با BSA (سطح  
بدن).

چک کردن مجدد دستور پزشک با پرستار دیگر.

20-30 چکار بردن داروها و سرمهای قبل از شیمی درمانی  
دقیقه قبل از شروع کموتراپی یا گاهی حتی شب قبل از آن.  
آموزش به مددجو و خانواده در مورد عوارض و مراقبت از خود  
و تهیه اطلاعات و مکتوب کردن آن جهت استفاده آنها.  
شماره تلفن پزشک معالج و مطب یا کلینیک را در اختیار  
مددجو قرار دهید

بروشورهای دارویی را مطالعه کنید.

فراهم کردن وسایل و تجهیزات جهت حل کردن داروها  
از قبیل استفاده صحیح حلال ها و سرم ها و میزان حجم آنها.

استفاده از تکنیکهای صحیح رگ گیری و دارودادن ، 5 مورد  
جهت استفاده صحیح داروئی :

الف) بیمار درست

ب) دارو درست

ج) دوز درست

د) راه یا روش درست

م) زمان درست

مددجورا به یک پرستار وابسته نکنید و همیشه یک پرستار  
مسئول مددجوی خاص نباشد.

داروهای اورژانس و ترالی کد همیشه در دسترس باشد.  
داروی vp16 باید سریع در عرض نیم ساعت تا 3 ربع تزریق  
شود.

داروی آندوکسان باید حداقل در 2 ساعت تزریق شود تا  
عوارض کلیوی آن کمتر شود .

شرح وسایل و تجهیزات شیمی درمانی:

هود: کلیه مراحل آماده سازی و ترکیب نمودن داروها را در  
یک هود BSC کلاس (Basal safety cabinet) یا هود  
Laminar Air flow انجام دهید. هود باید به هوای خارج  
راه داشته و 24 ساعته فعال باشد. تکنسین های سرویس کننده

هود و تعویض کنندگان فیلم های HEPA باید از ماهیت CDS مطلع شده و همان تجهیزات حفاظتی مرتبط با سرریز وسیع دارویی بکار برند.

کابین هود باید روزانه و نیز بلافاصله پس از سرریز دارو با الکل 70٪ تمیز شود.

کیسه های پلاستیکی با برچسب: داروهای خطرناک: این کیسه ها باید نفوذ ناپذیر بوده (به ضخامت 2-4 mil از جنس پلی اتیلن)

سر آن با سیم بسته شود با برچسب خطر سایتوتوکسیک و رنگی متفاوت از سایر کیسه زباله های بیمارستان مشخص شود. عینک یا پوشش محافظ صورت و ماسک دولایه: یک ماسک جراحی نیز ممکن است مصرف شود و این ماسک ها باید حداقل حفاظت را نسبت به آئروسولهای CDS ایجاد کنند. یک محلول شوینده ایزوتونیک استریل چشم و صورت باید برای موارد اورژانسی آماده باشد.

ظرف مخصوص زباله های تیز و برنده و خطرناک: این ظرف را باید پلاستیک مقاوم به سوراخ شدگی، خردشدگی و نشت باشد و نیز باید درب داروپدالی باشد. چنین ظروفی را برای دفع کلیه

ظروف آلوده IV ست ها، فیلترها، سرسوزن ها و سرنگها بکار برید.

پوشش برای سطح کار : یک آستری دولایه (یک طرف پلاستیک و یک طرف پارچه جاذب) باید سطح کار را بپوشاند این آستری باید بلافاصله در صورت وقوع نشت تعویض شود. متناسب با قوانین روتین محل کار آستری باید بعد از هر بار استفاده از سطح کار، پایان هر شیفت یا پایان هر روز تعویض شود.

کیت نشت شیمی درمانی: محتویات یک کیت شامل: گان با آستین بلند مقاوم به آب و نفوذ ناپذیر و سرآستین کشبافت و جلوبسته، کاورهای کفش، دو جفت دستکش جراحی فاقد پودر، ماسک، عینک های مقاوم بر ترشحات شیمیایی، خاک انداز و جاروی یکبار مصرف، حوله های جاذب با زیر پلاستیک، پودر خشک کننده، اسفنج یکبار مصرف، دو کیف زباله ساتیوتوکسیک

روشهای معمول ضد عفونی کردن در کابین هود برای CDs ناکافی است و رفع آلودگی آنها باید شامل پاکسازی سطح با مواد PH بالا بعد از شستشوی کامل کابین باشد و پشت سینی های بکار برده شده داخل هود باید جزء پاکسازی باشند.

سرنگهای Luer-Look و سرسوزن های با سایز مختلف:  
سرنگها باید به حد کافی بزرگ باشد ، تا نیاز نباشد بیش از 3-  
4 بار پر شوند سوزن های سوراخ بزرگ (شماره 20 - 18) از  
وارد شدن فشار زیاد به محلول داخل سرنگ جلوگیری می کند.  
سوزن انتخابی باید از نظر این معایب و مزایا سنجیده شود.  
ست سرم از نوع Luer-Look و ست رنگی برای داروهای  
حساس به نور.

4کل 70٪: چون فقط این علظت خاصیت گندزدایی دارد.  
گان: باید یک بار مصرف مقاوم به آب و نفوذ ناپذیر و بی رنگ  
باشد و نیز باید دارای آستینهای بلند با سرآستین های لاستیک  
یا کشباف و جلوبسته باشد و سرآستینها باید توی دستکش  
گذاشته شوند. گان ها و دستکش های مصرفی نباید خارج از  
محل آماده سازی پوشیده شوند.

دستکش لاتکس شیمی درمانی: دستکش های مخصوص  
شیمی درمانی، یکبار مصرف از جنس لاتکس ضخیم بوده و تا  
آرنج را می پوشانند، این دستکش ها همچنین فاقد پودر  
هستند چرا که پودر آلودگی شیمیایی را به هوا منتقل می کند.  
دستکش های دوبله ممکن است مورد نیاز باشند، زمان استفاده  
از دستکش های با کیفیت پایین و تماس طولانی مدت با



داروهای شیمی درمانی دستکش ها را هر ساعت ( به پیشنهاد بعضی منابع هر نیم ساعت) و در صورت پارگی و سوراخ شدن بلافاصله تعویض نمائید.

دستهایتان را قبل از پوشیدن دستکش و بعد از خارج سازی دستکش ها بشویید.

دستور دارویی بیمار: قبل از شروع کموتراپیک بررسی مجدد از کل پروتکل شیمی درمانی بیمار انجام دهید نام بیمار، مقدار دارو، روش سرعت و تکرار تزریق، اگر مقدار وابسته به نتایج آزمایشگاهی بوده گزارشات آزمایشگاهی مورد نیاز را بررسی کنید. قبل از تزریق دارو چک کنید داروی مورد نظر از نوع تاول زا، غیر تاول زا، یا محرک است، هر گونه دستور نوشته شده در مورد نیاز به ضد تهوع، مایعات، دیورتیک ها یا مکمل های الکترولیتی را قبل، حین و بعد از تزریق کموتراپی کنترل و تایید نمایید.

احتیاطات زیر را برای پیشگیری از اشتباه در اجرای شیمی درمانی دنبال نمایید:

فقط یک پرسنل مجرب دستورات را نوشته و کموتراپی را اجرا کند و قانون 5 اصل صحیح (داروی صحیح، بیمار صحیح، زمان و دوزاژ و روش صحیح)

دستور کموتراپی فقط توسط پزشک استاد یا فلوی انکولوژی  
نوشته شود نه یک رزیدنت یا انترن  
برچسب های دارویی جهت سرنگها و بطری های حاوی CDS:  
شامل نام بیمار، شماره اطلاق، نام دارو، مقدار آن ، در کل حجم  
روش تزریق تاریخ و زمان آماده سازی تاریخ انقضاء و شرایط  
نگهداری آن ( اگر دارو سریعاً مصرف نمی شود).

## نام فرایند: رادیو تراپی خارجی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

دستگاه های رادیو تراپی - فیلم بچ (دوزیمتر)

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- روش درمان را برای مددجو و خانواده اش توضیح دهید.
- 2- اهداف درمان را مرور کنید.

- 3- به مددجو و خانواده اش در مورد مراکز حمایتی تو ضیح دهید.
- 4- جواب آزمایشات و تصویر برداری های مددجو را مرور کنید، و در مورد هر تغییری در آنها به مسئول رادیوتراپی مددجو اطلاع دهید (مثل تغییرات عضلانی- اورژانسهای انکولوژی و پیشرفت تومور).
- 5- مددجو را به اتاق سیمولیشن بفرستید (در آنجا ناحیه درمان نقشه کشی میشود و توسط دستگاهی شبیه دستگاه رادیوتراپی عکس گرفته میشود سپس روی بدن با جوهر خط کشی و محل درمان مشخص میشود).
- 6- پزشک رادیوتراپیست انکولوژیست دوره و تعداد درمان را مشخص می کند که بستگی به وضعیت مددجو، گسترش و ناحیه سرطان و اهداف درمان دارد .
- 7- مددجو روی میز یا تخت درمان زیر دستگاه پوزیشن داده میشود درمان از چند ثانیه تا چند دقیقه طول میکشد.
- 8- به بیمار اطمینان بدهید که چیزی حس نمیکند.
- 9- به مددجو اطمینان دهید که توسط تلویزیون مدار بسته کنترل می شود.
- 10- بعد از پایان درمان مددجو میتواند به منزل یا اناقش برود.

- 11- برای مددجو توضیح دهید که اثرات مفید و کامل درمان ممکن است تا چند هفته یا ماه پس از شروع درمان خودش را نشان ندهد.
- 12- به مددجو تاکید کنید که باید مراجعاتش را به پزشک خود تا مدت‌ها ادامه دهد.
- 13- مددجو را به مراکز حمایتی روانی و اجتماعی ارجاع دهید.
- 14- درمورد مراقبت از پوست و سایر عوارض به مددجو و خانواده اش آموزش دهید.

### نکات مورد توجه:

- در رادیوتراپی خارجی با توجه به عمق تومور، یکی از چندین روش آزادسازی اشعه را انتخاب می نمایند. پرتوهای اشعه X بسته به میزان انرژی درونی خود، می توانند سلولهای سرطانی واقع در سطح پوست یا نواحی عمیق تر بدن را نابود سازند. هرچه میزان انرژی بیشتر باشد، نفوذ بداخل بدن عمق تر خواهد بود. وسایل درمانی کیلوولتاژی، حداکثر دوز اشعه را برای درمان ضایعات سطحی، نظیر ضایعات پوست و پستان آزادمی کنند، در حالیکه شتاب دهنده های خطی و ماشین های بتا ترون اشعه X را با انرژی بیشتری به سمت ساختمانهای عمقی تر آزادمی نمایند

وعلاوه بر ایجاد صدمات پوستی کمتر، مانع پخش شدن اشعه در درون بافتهای بدن می شوند.

- اشعه گاما نیز یکی دیگر از انواع انرژی های است که در رادیوتراپی مورد استفاده قرار می گیرد. این انرژی بطور طبیعی از فساد و تجزیه خود بخودی عناصر رادیواکتیو نظیر کبالت 60 تولید میشود. پرتوهای گاما، دوز تشعشعی خود را به زیر سطح پوست هدایت میکنند و در نتیجه بافت پوستی را از اثرات نامطلوب اشعه مصون می دارند.

- برخی مراکز در سرتاسر کشور، تومورهای های هایپوکسیک و مقاوم به اشعه را با رادیوتراپی ذره ای-اشعه ای درمان میکنند. این نوع درمان به ذرات زیراتمی (نوترون ها، پيون ها، یونهای سنگین) درون بافت شتاب می دهد. درمان مذکور با نام انتقال اشعه با انرژی خطی بالانیز معروف است، می تواند علاوه بر سلولهای هدف، سلولهای واقع در مسیر خود را نیز نابود کند. مراکزی معدودی نیز از رادیوتراپی حین جراحی (IORT) استفاده می کنند. در این روش هنگامی که شکم برای عمل جراحی باز می شود، دوز واحدی از تشعشعات با فراکسیون بالا را به بستر تومور می تابانند. روش مذکور برای سارکوماها و سرطانهای معده، لوزالمعده، کولورکتال، مثانه و دهانه رحم

مورد استفاده قرار می گیرد. این روش دارای حداقل میزان اثرات سمی است چون اشعه بطور دقیق به سمت نواحی بیمار بدن هدایت می شود و پوست و ساختمانهای مجاور دیگر با اشعه تماس نمی یابند.

- بیش از نیمی از مددجویان مبتلابه سرطان، در مرحله ای از درمان، یکی از اشکال رادیوتراپی رادیافت میدارند. رادیوتراپی رامیتوان برای درمان سرطانهای چون بیماری هوچکین، کارسینوم تیروئید، سرطانهای موضعی سروگردن و سرطانهای دهانه رحم استفاده کرد. در مواردی که تومور بصورت جراحی قابل برداشتن نیست و یا سرطان به گره های لنفی منطقه ای متاستاز داده است، از رادیوتراپی برای پیشگیری از ارتشاح لوکمی به مغز یا طناب نخاعی نیز می تواند بصورت پروفیلاکتیک مورد استفاده واقع گردد.

- از دو نوع اشعه یونیزه، یعنی پرتوهای الکترومغناطیسی (اشعه X و اشعه گاما) و ذرات الکتریکی (الکترونها "ذرات بتا" پرتون ها و ذرات آلفا) برای ایجاد اختلال و بی نظمی در بافت می توان استفاده نمود. تغییر مولکول DNA سلولهای بافت زیان بخش ترین نوع اختلال و بی نظمی بافتی را بوجود می آورد. تشعشعات

یونیزه، رشته های مارپیچی DNA رادرهم شکسته ومنجر به مرگ سلول می شوند.

- برخی عناصر شیمیائی، نظیر عوامل شیمی درمانی، به عنوان عوامل حساس کننده تومور به اشعه عمل می کنند و تومورهای هایپوکسیک را نسبت به اثرات رادیوتراپی حساستر می کنند. تشعشعات از منابع داخلی و خارجی به سمت تومور آزاد می شوند.

- رادیو ایزو تو پها عوامل نا پایداری هستند که بر سه رده انرژی تنزل می کنند تا پایدار شوند. رده آلفا پایین ترین سطح انرژی را دارد و براحتی با یک برگه کاغذ متوقف می شود.  
- رده بتا که بوسیله سطح پوست متوقف میشود.  
- رده گاما (قویترین) فقط با مواد شیلد کننده مثل سرب متوقف میشود.

- دوز اشعه بر حسب حساسیت بافتهای هدف نسبت به اشعه و اندازه تومور تعیین می شود.

- سمیت: اثرات سمی رادیوتراپی به همان ناحیه ای که در معرض اشعه قرار داشته محدود می شود. اگر بطور همزمان، از شیمی درمانی هم استفاده گردد، در آن صورت سمیت رادیوتراپی افزایش خواهد یافت.



- تغییرات بوجود آمده در مخاط دهان بدلیل رادیوتراپی عبارتند از التهاب حفره دهان، زروستومی (خشکی دهان). تغییرویا ازدست دادن حس چشائی و کاهش ترشح بزاق ممکن است کل مخاط دستگاه گوارش نیز در اثر رادیوتراپی متحمل آسیب شود و در نتیجه تحریک مری، درد قفسه سینه و اختلال در بلع را بدنبال داشته باشد. در صورت رادیوتراپی، محدوده معده و کولون، عوارضی چون بی اشتتهائی، تهوع، استفراغ و اسهال هم به وقوع خواهد پیوست. پس از پایان درمان، نشانه ها فروکش کرده و مجدداً پپی تلیزاسیون صورت می گیرد. اگر نواحی مغز استخوان در معرض اشعه قرار گیرند، آنمی، لوکوپنی و ترومبوسیتوپنی رخ خواهد داد. متعاقب آن مددجویا خطر بالای عفونت و خونریزی مواجه خواهد شد تا زمانیکه تعداد گلبولهای خون به سطح عادی باز گردد. احتمال پیدایش آنمی مزمن هم وجود دارد.

- تظاهرات عمومی شامل: خستگی، احساس رخوت و ناخوشی و بی اشتتهایی .

- اثرات دیررس رادیوتراپی می تواند بافتهای مختلف بدن را درگیر سازد. این اثرات مزمن و غیر قابل برگشت بوده و معمولاً "به دلیل کاهش ذخایر عروقی منجر به بروز تغییرات فیبروتیک می شوند. وقتی اثرات دیررس رادیوتراپی، اندامهای حیاتی نظیر ریه



قلب، سیستم عصبی مرکزی و مثانه رادرگیر می نمایند، می  
توانند به شکلی شدیدتر بروز کنند. در صورت استفاده از دیگر روشهای  
درمانی در کنار رادیوتراپی افزوده خواهد شد.

نام فرایند: رادیوتراپی داخلی

**عامل انجام کار: پرستار، بهیار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد :**

دستگاههای رادیو تراپی-فیلم بج (دوزیمتر)

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- 1 برای جلوگیری از جابجا شدن وسیله آزادسازی اشعه در حفره بدنی ، از مددجویان بخواهید که در بستر استراحت کنند.
- 2 جهت حرکت دادن مددجو تمام بدن رایکباره وبه سمت مورد نظر بچرخانید.
- 3 مطمئن شوید که مثانه خالی است (سند ادرار در مثانه کار گذاشته شود).
- 4 جهت پیشگیری از حرکات روده در خلال درمان و در نتیجه جابجا شدن رادیوایزوتوپ طبق تجویز پزشک داروهای ضداسهال ، مثل دیفنوکسیلات استفاده شود و غذاهائی به مددجو داده شود که بقایای بجای مانده از آنها اندک باشد.
- 5 مددجو را در اتاق خصوصی قرار دهید.
- 6 علائم هشدار دهنده جهت رعایت اصول ایمنی نصب کنید.
- 7 کارکنان بخش را به استفاده از پلاکهای دوزسنج و اداار کنید.

- 8 از بکارگماردن کارکنان حامله برای مراقبت از این مددجویان اجتناب کنید.
- 9 از حضور ملاقات کنندگان و زنان حامله در بخش ممانعت بعمل آورید.
- 10 مدت ملاقات دیگران با مددجورا به 30 دقیقه در روز کاهش دهید.
- 11 از ملاقات کننده گان بخواهید تا فاصله 6 پائی از منبع اشعه را حفظ کنند.
- 12 روشهای تاباندن اشعه ونوع تجهیزات مورد استفاده ،همچنین طول مدت انجام رادیوتراپی (اغلب چند دقیقه )را برای مددجو و خانواده وی شرح دهید.
- 13 نیاز احتمالی به ثابت کردن بدن مددجو در خلال رادیوتراپی وعدم پیدایش حس های جدید نظیر درد در طول رادیوتراپی را شرح دهید.
- 14 در صورت بکارگیری رادیواکتیوهای کاشتنی ،پرستار باید مددجو و خانواده را از محدودیت های تعیین شده برای ملاقات کنندگان و پرسنل مراقبت بهداشتی آگاه سازد و دیگر نکات و اصول احتیاطی مربوط به رادیوتراپی را نیز شرح دهد.

15 نقش مددجویان رادر مراحل قبل، حین و بعد از رادیوتراپی توضیح دهید.

16 وضعیت پوست، تغذیه و احساس عمومی تندرستی رادر مددجو بررسی کنید.

17 پوست و مخاط دهان را بطور مکرر از نظر بروز تغییرات (خصوصاً اگر این نواحی مستقیماً در معرض اشعه قرار گرفته باشد) بررسی کنید.

18 از پوست در مقابل اشعه محافظت کنید.

19 به مددجو آموزش دهید تا از استعمال پماد، لوسیون یا پودر بر روی ناحیه خوداری کند.

20 برای پاک کردن دبریدها، پیشگیری از آزردهای و حساسیت دهان و کمک به التیام و بهبودی آن اجرای اصول بهداشت و نظافت دهان به شیوه آرام انجام شود.

21 در صورت وقوع نشانه های سیستمیک نظیر ضعف و خستگی، برای انجام فعالیتهای روزانه به مددجو کمک شود. با شرح این مطلب که نشانه های مذکور ناشی از درمان هستند و نشانه وخامت بیماری در نظر گرفته نمی شوند، به مددجو تسلی دهید.

**نکات مورد توجه:**

از آنجا که افراد دریافت کننده تشعشعات داخلی، تا زمان باقی ماندن ماده کاشتنی در محل، از خوداشعه ساطع می کنند، لذا تماس آنها با تیم مراقبت بهداشتی منوط به رعایت اصول و ضوابط زمانی، فاصله مناسب و استفاده از پوششهای محافظ است. به این ترتیب تماس پرسنل با تشعشعات به حداقل می رسد.

- هرگاه از رادیواکتیوهای کاشتنی برای مددجو استفاده شود، پرستاران و دیگر مراقبین بهداشتی باید از خود و مددجو در برابر اثرات اشعه محافظت بعمل آورند.

- در رادیوتراپی داخلی کاشتنی، یا براکی تراپی، دوز بالایی از اشعه به سمت منطقه ای مشخص هدایت می گردد. رادیوایزوتوپ خاصی که قرار است در بدن کاشته شود، بر مبنای نیمه عمر آن انتخاب می شود، نیمه عمر مدت زمانی است که طی آن نیمی از خواص رادیواکتیویته ماده از بین می رود. مواد کاشتنی داخلی توسط سوزن، کاتتر، مهره یا دانه در حفرات بدن (مهبل، شکم، جنب) یا بافتها ی بینابینی (پستان) آن کار گذاشته می شوند. در درمان کارسینوم های تیروئید، براکی تراپی بصورت خوراکی و با مصرف ایزوتوپ I131 انجام می گیرد. برای درمان سرطانهای ژنیکولوژی، اغلب اوقات

از رادیوایزوتوپ های داخل حفره ای استفاده می کنند. در این نوع بدخیمی ها، رادیوایزوتوپ ها از طریق اپلیکاتور مخصوصی که در وضعیتی مشخص قرارداد شده و پس از تائید وضعیت اپلیکاتور توسط رادیوگرافی، در بدن کار گذاشته می شوند. رادیوایزوتوپ های مذکور طی مدت مقرر و از قبل تعیین شده در بدن باقی می ماند و سپس نسبت به خارج کردن آنها اقدام می شود.

- معمولاً فردی که در بخش رادیولوژی وظیفه و مسئولیت ایمنی در برابر اشعه را بر عهده دارد، دستورالعمل های خاصی به افراد داده می شود. این دستورالعمل شامل حداکثر مدت زمان مجاز برای باقی ماندن در اتاق مددجو، وسایل و تجهیزات محافظتی مورد استفاده و نکات احتیاطی خاص و اقداماتی است که در صورت بیرون آمدن ماده کاشتنی از جای خود باید انجام شود. پرستار باید دلایل منطقی رعایت کلیه اصول ایمنی و احتیاطی را به مددجو شرح دهد تا وی احساس نکند بی جهت ایزوله شده است.

- علامت خطر اشعه را روی در اتاق مددجو بگذارید.

- بر چسب خطر اشعه را روی کاردکس و چارت قرار دهید.

- یک پلاستیک قابل جذب کف اتاق و زیرسینگ بگذارید. همچنین یک پلاستیک اضافه زیر میزمددجو قرار دهید.
- روی کنترل تلویزیون -گوشی تلفن-آیفن-توالت را با پلاستیک قرمزبپوشانید .
- تمام ظروف آشغال را بادولایه پلاستیک (یک عددشفاف داخل و یکی قرمز) بپوشانید و قبل از خروج از اتاق مانیتور شود.
- تمام مواد غذایی داخل ظروف یکبار مصرف باشد.
- ازمددجوبخواهید، هنگام استفاده ازتوالت سه بارسیفون رابکشد.
- به مددجوآموزش دهیددرصورت عدم محدودیت تا سه روزمایعات بیشتری مصرف کند.
- مددجو را تشویق به جویدن یا مکیدن آب نبات سفت کنید تا غدد بزاقی تحریک شود و از التهاب آنهاپیشگیری شود (ممکن است در24ساعت اول رخ دهد).
- ازورودهمراها زیر 18 سال جلوگیری کنید.
- تماس مستقیم با مددجونبایدبیشتر از 30 دقیقه یا 20 میلیریم درروزباشد. اگر مددجو 200 میلی کوری دریافت می کند.می توانید فقط 2 تا 4 دقیقه وبا فاصله 30 سانتی متر از او



- قرارگیرید . اگر یک متر فاصله دارید 20 دقیقه اگر 1/5 متر تا 30 دقیقه . فقط مراقبتهای پرستاری موثر را انجام دهید.
- اگر بیمار استفراغ کرد یا ادرارش روی زمین ریخت به مرکز پزشکی هسته ای اطلاع دهید و برای تماس از دستکش استفاده نمائید.
- پس از تمیز کردن دستکش را بشوئید و آنرا در اتاق باقی بگذارید.
- اگر مددجو باید از اتاقش خارج شود، مواظب باشید که راه خالی از جمعیت و وسیله باشد او را با ویلچر یا تخت حرکت دهید.
- اتاق مددجو باید به وسیله خدمه مخصوص (مانیتور شده) نظافت شود.
- حین ترخیص مددجو وقت پیگیری و آزمایش وسایر تستهای تشخیصی لازم را فراهم کنید.
- پس از درمان ید 131 از مددجو بخواهید عکس العمل های طولانی مدت بعدی را گزارش کند.
- علائم و نشانه های هیپو و هایپر تیروئیدیسم را به مددجو و خانواده وی آموزش داده شود

- اگر چه درجه رادیو اکتیویته بیمار در زمان ترخیص به حد امن رسیده اما به او توصیه کنید که در طی هفته اول از ظرف غذای جدا و اتاق خواب جدا استفاده کند و از رابطه جنسی پرهیز کند.

- برای خانمها تا 6 ماه پس از درمان حاملگی ممنوع و برای مددجویان مرد توصیه کنید که تا 3 ماه شریکش باردار نشود.  
- اگر ماده کاشتنی از جایش خارج شد واحد انکولوژی رادیو تراپی را خبر کنید.

- ماده خارج شده را بوسیله پنبه‌های بلند بردارید.  
- ماده رادیواکتیو خارج شده را در محفظه سربی نگهدارید.  
- به بیماری که کاشت داخل رحمی گرفته بگوئید که پس از ترخیص امکان کمی خونریزی واژینال وجود دارد این جریان تغییر رنگ از صورتی تا قهوه‌ای و بعد سفید خواهد داشت، که در صورت شدت باید به پزشک مراجعه کند.

## نام فرایند: مراقبت از پوست مددجویان سرطانی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

استاندارد مراحل انجام کار:

درنواحی اریتماتو:

1- از استعمال مواد آرایشی ،صابون،عطر،پودر،لوسیون

،پمادودئودورانت ها خوداری شود.

- 2- برای استحمام ناحیه فقط از آب ولرم استفاده کنید.
- 3- از مالیدن یا خاراندن ناحیه خودداری شود.
- 4- از تراشیدن موهای ناحیه با خودتراشهای داری لبه صاف خودداری کنید.
- 5- از بکاربردن بطریه‌های آب داغ، پدهای گرم کننده، یخ و چسب‌های نواری بر روی ناحیه خودداری شود.
- 6- از تماس ناحیه با نور خورشید یا هوای سرد خودداری شود.
- 7- از استفاده لباسهای چسبان و غیرنخی خودداری شود.
- 8- از پمادهای A-D بر روی ناحیه استفاده کنید.
- 9- در صورت پوسته ریزی مرطوب:
- 10- نسبت به کندن تاولها ی ایجاد شده اقدام نکنید.
- 11- از شستشوی مکرر ناحیه خودداری کنید.
- 12- بروز هر نوع تاول را گزارش کنید.
- 13- از کرمها یا پمادهای تجویز شده استفاده کنید.
- 14- اگر از ناحیه مایع تراوش می شود، یک لایه نازک گاز استریل بر روی آن قرار دهید.

نام فرایند: مراقبت از دهان مددجویان سرطانی

## عامل انجام کار: پرستار، بهیار

### وسایل و تجهیزات استاندارد:

وسائل شستشوی دهان (محلولهای دهانشویه، مسواک و داروهای تجویزی)

### استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 روزانه حفره دهان را بررسی کنید.
- 2 به مددجو آموزش دهید مواردی چون: سوزش دهان، درد، نواحی دچار قرمزی، ضایعات بازدر لبه، دردهنگام بلع و کاهش تحمل به درجه حرارت بسیاری از غذاها را گزارش کند.
- 3 مددجو را به رعایت بهداشت نظافت دهان تشویق نموده و او را در این زمینه یاری کنید.
- 4 اقدامات پیشگیری کننده:
- 5 از محلولهای تجارتي شوینده دهان استفاده نکنید.
- 6 با استفاده از مسواک های نرم دندان ها را مسواک کنید. پس از هر وعده غذایی و قبل از خواب از خمیر دندان های غیر ساینده استفاده کنید. هر 24 ساعت یکبار دندانها را نخ دندان بکشید، مگر آنکه این اقدام با درد همراه بوده یا تعداد پلاکتها به کمتر از 40000 رسیده باشد.

- 7 هنگام بیداری هر 2 ساعت و در هنگام شب هر 6 ساعت یکبار دهان را با یرمال سالین شستشود دهید.
- 8 از مسواکهای نرم استفاده کنید.
- 9 دندانهای مصنوعی را به جز مواقع صرف وعده های غذایی از دهان خارج نکنید. مطمئن شوید دندان مصنوعی به نحوی مناسب در جای خود قرار گرفته است.
- 10 از مواد چرب کننده لبها استفاده کنید.
- 11 از بافت نواحی دچار عفونت نمونه برای کشت تهیه کرده و حساسیت داروئی ارگانیزم را تعیین کنید.
- 12 توانائی جویدن، بلع و همچنین رفلکس گگ را در مدد جو بررسی کنید.
- 13 از دهان شویه های تجویز شده استفاده کرده یا مدد جو را به پهلوی خوابانید و دهان او را با آب شستشود دهید. ساکشن باید در دسترس شما باشد (می توان محلول شستشور با یرمال سالین، داروی ضد کاندیدا نظیر مایکوستاتین، و داروی بی حس کننده موضعی ترکیب کرد)
- 14 دندانهای مصنوعی مدد جو را از دهان خارج کنید.
- 15 برای تمیز کردن دهان از گاز آغشته به محلول استفاده کنید.
- 16 از چرب کننده های لب استفاده کنید.

17 از غذاهای پوره شده ومایعات برای مددجو استفاده کنید.

18 دهیدراسیون رادرمددجو کنترل کنید.

19 ناراحتی مددجو را به حداقل برسانید.

الف: در مورد استفاده از بی حس کننده های موضعی نظیر دیکلونین و دیفین هیدرامین یا لیدوکائین ویسکوز با پزشک مشورت کنید.  
ب: در صورت تجویز پزشک از مسکن های سیستمیک استفاده کنید.

ج: به مراقبت از دهان توجه کنید.

نام فرایند: مراقبت ازموها

عامل انجام کار: پرستار، بهیار  
وسایل و تجهیزات استاندارد :  
شامپو، کلاه گیس



## استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 بامددجوو خانواده در مورد احتمال ریزش کامل موها و رویش مجدد آنها صحبت کنید.
- 2 تاثیر احتمالی ریزش مو را بر تصویر ذهنی از خویشتن، روابط بین فردی و فعالیت های جنسی مورد بررسی و تحقیق قرار دهید.
- 3 با انجام اقدامات زیر از ریزش مو پیشگیری کرده یا شدت آن را به حداقل برسانید.
  - الف: در موارد مقتضی از اسکالپ های هایپوترمی یا اسکالپهای تورنیکه استفاده کنید.
  - ب: قبل از درمان موهای بلند را کوتاه کنید.
  - ج: از شامپوهای و حالت دهنده های ملایم استفاده کنید، موها را به آرامی و با گذاشتن و برداشتن حوله روی سر خشک کنید، از شامپو زدن بیش از اندازه به موها خوداری کنید.
  - د: از بیگودی برقی، فردهنده های برقی، سشوار، کلیپس، گیره سر، اسپری های مو، رنگ مو و فر دایم استفاده نکنید.
  - ه: از شانه زدن یا برس کشیدن بیش از حد مو خوداری کنید، از شانه هایی استفاده کنید که دارای دندانهای پهن هستند.
- 4 از تروماهای وارد به پوست سر جلوگیری بعمل آورید.

الف: پوست سرمددجورابا ویتامین A-D چرب کنید تا از شدت خارش کاسته شود.

ب: مددجور اوادارید تا هنگام قرار گرفتن در معرض آفتاب از کرم ضد آفتاب استفاده کرده یا کلاه بپوشید.

5 به مددجور اههایی را پیشنهاد کنید تا بتواند با فقدان مو تطابق حاصل نماید:

الف: قبل از ریزش کامل موها به خرید کلاه گیس اقدام کنید.

ب: در صورت ریزش کامل مو، عکسی در اختیار فروشنده کلاه

گیس قرار دهید تا مطابق با آن کلاه گیس را انتخاب نماید.

ج: قبل از فقدان موها، استفاده از کلاه گیس را آغاز کنید.

6 به مددجو توضیح دهید، پس از پایان درمان موها

مجدد آرش خواهند کرد.

نام فرایند: تغذیه مددجوی سرطانی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

## استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- تجارب قبلی مددجو و انتظارات وی را از تهوع و استفراغ، همچنین علل بروز تهوع و استفراغ در گذشته و اقداماتی که جهت رفع آنها صورت گرفته اند را بررسی کنید.
- 2- رژیمهای غذایی را قبل و بعد از تزریق دارو مطابق با سلیقه غذایی و تحمل مددجو تهیه و تنظیم کنید.
- 3- مانع پیدایش مناظر ناخوشایند بویها و صداهای نامطلوب در محیط شوید.
- 4- قبل، بعد و در طول شیمی درمانی از انحراف مسیر فکری، موسیقی درمانی، بیوفیدبکها، خودهیپنوتیزمی، تکنیک های آرام سازی و تصویر سازی ذهنی هدایت شده استفاده کنید.
- 5- از داروهای ضد استفراغ، آرام بخشها و کوتیکواستروئیدهای تجویز شده، در صورت نیاز قبل از شیمی درمانی و پس از آن استفاده نمائید.
- 6- قبل، بعد و در طول تزریق داروهای شیمی درمانی، از دریافت مایعات کافی توسط مددجو اطمینان حاصل کنید، میزان جذب و دفع را بررسی نمائید.
- 7- مددجو را به بهداشت و نظافت مکرر دهان تشویق کنید.
- 8- در صورت ضرورت به انجام اقدامات کنترل کننده درد بپردازید.

- 9- به بررسی دیگر علل تهوع و استفراغ بپردازید، علی چون: یبوست، تحریک سیستم گوارش، عدم تعادل الکترولیتها، ادیوتراپی و متاستاز به سیستم عصبی مرکزی .
- 10- به مددجو آموزش دهید تا هنگام صرف غذا از بوها، اصوات و مناظر ناخوشایند محیط دوری کند.
- 11- از غذاهایی استفاده کنید که مددجو آنها را دوست دارد و خوب تحمل می کند، ترجیحاً غذاهای پر کالری و پر پروتئین را مورد استفاده قرار دهید. در انتخاب غذا به مسائل قومی و فرهنگی مددجو توجه نشان دهید.
- 12- مددجو را به خوردن مایعات کافی تشویق کنید. اما میزان مصرف مایعات را در هنگام صرف غذا محدود کنید.
- 13- پیشنهاد کنید مددجو مقدار هر وعده غذایی را کاهش داده اما بردفعات آن بیفزاید.
- 14 در خلال وعده های غذایی، محیطی ساکت و آرام برای مددجو فراهم کرده و در عین حلا روابط متقابل اجتماعی را در حد مطلوب افزایش دهید.
- 15 در صورت امکان همراه با غذا به مددجو نوشیدنی بدهید.
- 16 در صورت تمایل مددجو، به وی غذای سرد بدهید.

- 17 مابین وعده های غذا از مکمل های غذائی و غذاهای پرپروتئین استفاده کنید.
- 18 مددجورابه بهداشت و نظافت مکرردهان تشویق کنید.
- 19 به انجام اقدامات تسکین دهنده درد بپردازید.
- 20 تهوع و استفراغ را کنترل کنید.
- 21 در صورت تحمل، سطح فعالیت در مددجور افزایش دهید.
- 22 با تشویق مددجوبه بیان هراسها و نگرانیهای خود، همچنین با استفاده از تکنیک های آرام سازی و تصویری سازی ذهنی هنگام صرف غذا، از شدت اضطراب مددجوبکاهید.
- 23 در هنگام صرف غذا مددجور در وضعیت بدنی مناسب قرار دهید.
- 24 برای کنترل مشکلات مشترک، به تهیه غذاهای مایع تجارتي جهت تغذیه روده ای از راه لوله اقدام نموده یا از غذاهای مخلوط شده در مخلوط کن ورژیم های حاوی عناصر اصلی غذائی استفاده کنید.
- 25 در صورت تجویز، به تغذیه وریدی مددجوبا مکمل های غذائی مایع اقدام کنید.
- 26 در صورت تجویز پزشک از محرکهای اشتها استفاده کنید.



معاونت سلامت

نام فرایند: کاهش خستگی مددجو

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

استاندارد مراحل انجام کار:

مددجوراتشویق کنید تا در طول روز بخصوص قبل و بعد از انجام کارها بدنی، چندین مرتبه استراحت نماید.

طول مدت خواب شبانه روز را افزایش دهید.

برنامه زمانی فعالیتها ی روزانه و ترتیب آنها را طوری تغییر دهید که در مصرف انرژی صرفه جویی شود.

مددجوراتشویق کنید برای انجام کارهای ضروری نظیر کارخانه، مراقبت از کودک، خرید و آشپزی، از دیگران کمک بگیرید.

مددجوراتشویق کنید تا در صورت امکان از بار کاری خود بکاهد. بدین معنی که ساعات کار خود را در هفته کاهش دهد.

مددجورابه صرف پروتئین و کالری کافی تشویق کنید.

مددجورابه استفاده از تکنیکهای آرام سازی و تصویرذهنی تشویق کنید.

مددجورابه شرکت در برنامه های ورزشی برنامه ریزی شده تشویق کنید.

برای کنترل مشکلات مشترک در صورت تجویز به تزریق فرآورده های خونی پردازید.  
اختلال مایع والکتولیتها را بررسی کنید.  
منشاء ناراحتی مددجو را مورد بررسی قرار دهید.  
راهکارهایی بکارگیرید تا حرکت برای مددجو آسان شود.

نام فرایند: پیشگیری از خونریزی



عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

استاندارد مراحل انجام کار:

1 احتمال بروز خونریزی را بررسی کنید.

2 تعداد پلاکتها را کنترل کنید.

3 خونریزی را مورد بررسی قرار دهید:

-پتشی یا اکیموز

-کاهش هموگلوبین یا هماتوکریت

-خونریزی طولانی مدت پس از انجام روشهای کارتهاجمی

،ورودبه رگ ،بریدگی ها یا خراشیدگی های کوچک

-خون پنهان یا آشکار در ترشحات بدن ،استفراغ ،خلط

-خونریزی از هریک از منافذ و سوراخ های واقع در بدن

-تغییر وضعیت ذهنی

4 به مددجو و خانواده روشهایی که خونریزی رایج حداقل می رسانند

آموزش دهید:

-برای مراقبت از دهان از مسواک نرم استفاده کنید.

-از دهان شویه های تجارتي استفاده نکنید.

-برای اصلاح موها از ریش تراش های برقی استفاده کنید.

- برای مراقبت از ناخن ها، از سوهان ناخن استفاده نمائید.  
- از مصرف غذاهایی که به سختی جویده می شوند خودداری کنید.

5 - برای کاهش خطر خونریزی اقداماتی را آغاز کنید:

- با یک بار ورود به رگ در روز، تمامی خون مورد نیاز آزمایشگاه راتهییه کنید.

- از بکارگیری شیاف، انجام انما و گرفتن درجه حرارت از مقعد خودداری کنید.

- از انجام تزریق های عضلانی خودداری کنید، از کوچکترین سرسوزن موجود استفاده کنید.

- روی نواحی تزریق و محل های ورود به رگ را حداقل 5 دقیقه فشار دهید.

- لبها را با وازلین چرب کنید.

- از سوند گذاری برای مثانه اجتناب کنید، در صورت ضرورت از کوچکترین سوند استفاده کنید.

- مصرف مایعات در مدد جورابه میزان حداقل 3 لیتر در 24 ساعت حفظ کنید، مگر آنکه برای وی ممنوع باشد.

- از نرم کننده های قوام مدفوع استفاده کنید یا میزان مواد حجم دهنده را در رژیم غذایی افزایش دهید.

- از داروهائی که در فرایند انعقاد اختلال ایجاد می کنند (مثل آسپرین) استفاده نکنید.
- قبل از مقاربت جنسی، باید از لوبریکانتهای توصیه شده که ماده اصلی آنها را آب تشکیل می دهد استفاده شود.
- 6 هرگاه تعداد پلاکتها به کمتر از  $2000 \text{ mm}^3$  رسید اقدامات زیر را انجام دهید:
  - مدد جو را در وضعیت استراحت در بستر قرار داده و نرده های کنار تخت را بالشتک گذاری کنید.
  - مانع فعالیت های شدید و توان فرسای مدد جو شوید.
  - در صورت تجویز پزشک به مدد جو پلاکت تزریق کنید، برای پیشگیری از واکنش بدن نسبت به تزریق پلاکت از دیفین هیدرامین هیدروکلراید (بنادریل) یا هیدرو کورتیزون سدیم سوکسینات (سولو-کورتف) مطابق با تجویز پزشک استفاده کنید.
  - هنگامی که مدد جو خارج از تخت است بر فعالیت های او نظارت داشته باشید.
  - احتیاط کنید مدد جو با فشار نسبت به تخلیه بینی خود اقدام نکند.



نام فرآیند: مراقبت از مددجوی تحت پیوند مغزاستخوان

**عامل انجام کار: پرستار، بهیار  
وسایل و تجهیزات استاندارد:  
استاندارد مراحل انجام کار:  
مراقبت‌های قبل از پیوند:**

- 1- مددجورامورد ارزیابی گسترده قراردادده، و وضعیت کنونی بیماری از نظر بالینی را مورد بررسی قرار دهید.
- 2- معاینات فیزیکی گسترده، تست‌های مربوط به عملکرد اندام و ارزیابی وضعیت روانی مددجورا انجام دهید.
- 3- وضعیت تغذیه مددجورا بررسی کنید.
- 4- تماس مددجوبا آنتی ژن‌ها در گذشته (مثلا "ویروس هپاتیت ، ساتیومگالوویروس ، ویروس هرپس سیمپلکس ، HIV و سیفلیس (رابررسی کنید.
- 5- منابع حمایت اجتماعی ، منابع بیمه ای و مالی مددجورامورد ارزیابی قرار دهید.
- 6- به مددجو کمک کنید تا رضایت نامه عمل را با آگاهی کامل، امضاء کند

- 7- عروق مددجورا بررسی کنید (عروق بزرگ و مناسب جهت Access و Return آماده باشد) در صورتیکه دنور فاقد عروق مناسب باشد لازم به تعبیه CVP یا شالدون میباشد.
- 8- معمولاً تزریق روزانه آمپول GCSF حدود 5 دوز در درمانگاه و بخش انجام خواهد شد.
- 9- کنترل CBC قبل از هر بار تزریق GCSF جهت کنترل بالارفتن WBC بیمار و دنورانجام شود.
- 10- فرم مشخصات مددجو و دنورتکمیل شود.
- 11- قد و وزن و HCT دنور کنترل شود.
- 12- معاینه دوره ای دنور توسط پزشک مربوطه انجام شود.
- 13- موارد ذیل را به مددجو آموزش دهید:
- 14- مراحل پیوند را برای مددجو توضیح دهید.
- 15- توضیح اینکه 5 روز درگیر مراحل پیوند میباشد و باید در دسترس باشد.
- 16- از تماس با مددجویان اجتناب نماید.
- 17- داروهای تجویزی ( مثل اسید فولیک و فرس سولفاتو...) در پیوند را استفاده کند.
- 18- رژیم حاوی کلسیم و مواد قندی مصرف نماید.

19 از استعمال دارو و مواد مخدر و مشروبات الکلی اجتناب کند.

20 مددجورابه مصرف فولیک اسید و فروس سولفات حداقل یک ماه بعد از سلول گیری توصیه کنید.

### مراقبت حین پیوند:

- 1 - روش انجام کار را برای مددجو و خانواده وی توضیح دهید.
- 2 - آزمایشات روتین مانند CBC - بیوشیمی - ویرولوژی - S/E و G6PD و غیره رکنترل کنید.
- 3 - علائم حیاتی مددجورا کنترل کنید.
- 4 - آخرین وزن مددجو روز سلول گیری هم کنترل شود.
- 5 - عمل سلول گیری در واحد سلول گیری انجام شود.
- 6 - در صورتیکه میزان سلول در روز نخست سلولگیری به حد نصاب نرسد 2 دوز دیگر آمپول GCSF تزریق و روز بعد مجدد سلولگیری میشود.
- 7 - اکسیژن اشباح شده را بررسی کنید.
- 8 - اثرات نامطلوبی مانند تب, لرز, کوتاهی نفس, درد قفسه سینه, واکنشهای جلدی, تهوع, استفراغ, افت فشارخون یا ازدیاد آن, تاکیکاردی, اضطراب و تغییرات چشائی را بررسی کنید.
- 9 - به مددجویه ظوز مستمر آموزش دهید.

10 - در صورت استفاده از فرآورده های خونی وفاکتور رشد مراقبتهای مربوطه را انجام دهید.

11 - جهت شناسائی زودهنگام اثرات پوستی، کبدی و

12 - گوارشی بررسی های دقیق پرستاری انجام دهید.

13 - مراقبت پس از پیوند:

14 - برای تشخیص اثرات دیررس درمان درمد جویان متحمل

BMT، بررسی و شناخت مستمر پرستاری در خلال مراقبتهای پیگیری بطور کامل انجام شود.

### نکات قابل توجه:

- انواع BMT بر حسب منبع دریافت سلولهای اهدائی جهت

پیوند به شرح ذیل است:

الف: آلوزنیک (فرد دهنده پیوند خود مدد جونیست) سلولهای

پیوندی یا از بدن فردی مرتبط با مدد جو (مثل اعضای

خانواده) تامین می شود و یا از سلولهای بدن فردی سازگار با بدن

مدد جو اما غیر مرتبط با وی تهیه می شود. این پیوند عمدتاً برای

بیماریهای مغز استخوان مورد استفاده قرار می گیرد.

- ب: اتولوگ: فرد دهنده پیوند خود مدد جو است.

- در BMT اتولوگ، استفاده از داروهای سرکوب کننده سیستم

ایمنی ضرورت نخواهد داشت چرا که مدد جو بافت بیگانه ای



دریافت نکرده است. از معایب پیوند اتولوگ، خطر زنده ماندن آندسته از سلولهای تومور است که علیرغم رژیمهای درمانی (شیمی درمانی با دوز بالا) در مغز استخوان باقی مانده اند.

ج: سینژنیک (فرد دهنده پیوند یکی از دو قلوهای همسان است).

آماده سازی داروهای شیمی درمانی در BMT. این نوع پیوند کمتر از دیگر انواع پیوند متداول است، چراکه لازمه انجام آن وجود یکی از دو قلوهای همسان است. این پیوند عوارض بسیار کمی داشته و رد پیوند ندارد چراکه بافت فرد دهنده کاملاً همانند و سازگار با بافت فرد گیرنده است. در این پیوند فرایندهای جمع آوری سلول و پیوند، مشابه با BMT آلوتژنیک است.

مغز استخوان برداشته شده از بدن فرد دهنده بصورت داخل وریدی به فرد گیرنده تزریق می گردد تا به سمت مناطق تولید کننده مغز استخوان در بدن حرکت کرده و در آنجا استقرار یابد. به استقرار مغز استخوان جدید در جای خود "گرفتن پیوند" اطلاق می شود. به محض آنکه پیوند بطور کامل گرفت (2 تا 4 هفته، گاهی اوقات طولانی تر) مغز استخوان جدید به لحاظ عملی فعال شده و شروع به تولید گلبولهای

قرمز، WBCها و پلاکت ها خواهند نمود. قبل از گرفتن پیوند، مددجویان خطر بالای عفونت، سپسیس و خونریزی روبروست. مددجویان جهت پیشگیری از بروز بیماری میزبان بر علیه پیوند (GVHD)، باید از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی نظیر سیکلوسپورین، تاکرولیموس (FK506) یا آزاتیوپرین (ایموران) استفاده کنند.

عوارض دیررس، عوارضی هستند که بعد از گذشت صد روز از BMT یا بیشتر رخ می دهد. این اثرات دیررس عبارتند: عفونت، نظیر عفونت با واریسلازوستر (زونا) ناهنجاریهای محدود کننده ریوی و پنومونی های تکرار شونده. اغلب اوقات افراد دچار عقیمی نیز میشوند. GVHD مزمن، می تواند پوست، کبد، روده، مری، چشم، ریه، مفاصل و مخاط واژن را درگیر نماید. پس از رادیوتراپی کل بدن احتمال پیدایش آب مروارید هم وجود دارد.

بررسی وضعیت روانی - اجتماعی باید از سوی کارکنان پرستاری بصورت مستمر انجام پذیرد. علاوه بر عوامل بر عوامل تنش زائی که در هر مرحله از پیوند بر مددجویان تأثیر می گذارند، دهندگان پیوند و خانواده های آنها هم از نظر روانی - اجتماعی نیازهایی دارند که باید به آنها رسیدگی شود.

دهندگان پیوند اغلب دچار تغییرات خلقی و کاهش اعتماد به نفس می شوند و در صورت شکست پیوند، احساس گناه می نمایند. در چنین مواردی باید اعضای خانواده فرد دهنده پیوند را آموزش داده و حمایت کرد تا اضطراب در آنها کاهش یابد و بتوانند با این دوران سخت تطابق حاصل کنند. به علاوه باید به اعضای خانواده کمک نمود تا از خود و مددجویان انتظاراتی واقع بینانه داشته باشند.

نام فرایند: مراقبت‌های خاص مراحل پایان زندگی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار  
وسایل و تجهیزات استاندارد :

## استاندارد مراحل انجام کار:

1 مددجویان خورده و آشامیدن تمایل اندکی نشان می دهد، بنابراین:

الف: به مددجویان دارو و مایعات بدهید، اما وی را به خوردن آنها مجبور نکنید.

ب: در صورت نیاز به داروی ضد درد، آنهارا به صورت محلولهای خوراکی تغلیظ شده تهیه کنید.

2 برون ادرار از نظر مقدار و تعداد دفعات کاهش میابد: در این زمینه هیچ اقدام خاصی صورت نمی گیرد ، مگر آنکه مددجویان را نمایان نیاز به دفع ادرار دارما قادر به انجام آن نیست.

3 با ضعیف شدن بدن ، مددجویان بیشتر به خواب رفته و از محیط پیرامون جدا می شود. مددجویان ممکن است تلاشهای شما را جهت تامین آسایش وی رد کند:

الف: به محض بیدار شدن مددجویان یادآوری روز و زمان ، مکانی که در آن بسر می برد و فردی که در کنار وی حضور دارد بپردازید. بهترین روش برای یادآوری ، روش محاوره ای و اتفاقی است.

4 بینائی و شنوائی تا حدی دچار اختلال شده و درک و فهم گفتار دشوار می شود. در این صورت :

الف: شمرده صحبت کنید اما بلندتر احد ضروری سخن نگوئید.  
ب: نور اتاق حتی در شب باید در حدی باشد که مددجویان می توانند در آن صحبت کنند.  
ج: اگر مددجویان قادر به شنیدن است صحبت با وی را ادامه دهید، چون شنوایی آخرین حسی است که از بین می رود. بسیاری از مددجویان قادرند تا دقایقی قبل از مرگ نیز صحبت کنند و ضمن تبادل چند کلمه با فرد مورد علاقه شان به اطمینان خاطر دست یابند.

5 ترشحات ممکن است در پشت گلو جمع شوند و حین تنفس

مددجویان راه دهان، صدائی مشابه با صدای قل قل ایجاد کنند. احتمال دارد مددجویان برای سرفه کردن تلاش کند، همچنین دهان وی خشک شده و ترشحات در آن کبره ببندند. در این صورت:

الف: اگر مددجویان سرفه ترشحات را خارج کنند و اگر دچار حالت خفگی و استفراغ شده است، ترشحات را ساکشن کنید.

ب: مددجویان را به پهلو خوابانده و با بالش برای وی تکیه گاه درست کنید، ترشحات از دهان خارج خواهند شد.

ج: دهان را با سواب مرطوب، جهت برطرف شدن خشکی ناشی از تنفس دهانی، تمیز کنید.

د: برای مرطوب نگه داشتن دهان به مدد جو کمی آب بدهید. با استفاده از نی در حالیکه یک انگشت راروی انتهای آن قرارداده اید می توانید آب را بصورت جرعه جرعه به دهان انتقال دهید.

6 تنفس نامنظم شده و دوره های قطع تنفس یا آپنه بوجود خواند آمد مدد جو ممکن است بسیار سخت نفس بکشد و با هر تنفس ناله یا خرخر کند. با نزدیک شدن زمان مرگ، تنفس نامنظم تاقی مانده و مکانیکی تروکم عمق ترمی شود. در این صورت:

سرتخت مدد جو را بالا آورید تا راحت تر نفس بکشد. صدای خرخر و ناله دال بر وجود درد یا ناراحتی در مدد جو نیست بلکه صدای عبور هوا از تارهای صوتی می باشد که بسیار شل شده اند.

7 اکسیژن رسانی به مغز کاهش می یابد و مدد جو بی قرار می شود. در این صورت:

الف: با صدایی آرام مدد جو را از حضور خود مطمئن کنید.

ب: در صورت تلاش وی جهت خارج شدن از تخت، از زمین افتادن وی جلوگیری کنید.

ج: گذاشتن یک موسیقی ملایم یا مالیدن پشت مدد جو می تواند آرامش بخش باشد.

8 به دلیل ازبین رفتن توانائی بدن در کنترل دمایش، مددجویک لحظه احساس گرما و لحظه بعد احساس سرما می نماید.

9 با کندشدن جریان خون دستها و پاها سرد شده و به رنگ متمایل بآبی درمی آیند. نواحی زیریرین بدن هم تیره رنگ می

شوند. گرفتن نبض در ناحیه مچ نیز دشوار می باشد. در این صورت:

الف: در صورت نیاز بر روی مددجوژتو بکشید یا پتورا از روی وی

بردارید. از پتوهای الکتریکی استفاده نکنید، چون

مددجو قادر نیست داغ شدن بیش از حد را اعلام نماید و در نتیجه دچار سوختگی می شود.

ب: سرم مددجو را با اسفنج یا حوله سرد مرطوب نمائید، البته

اگر این اقدامات موجبات آرامش مددجو را فراهم می آورد.

10- حول و حوش زمان مرگ مددجو کنترل ادرار و مدفوع

را از دست می دهد. در این صورت: روی تشک پد ضد آب

قرار دهید و در صورت نیاز پدها را تعویض کنید تا آرامش و راحتی

مددجو حفظ شود.

**نکات قابل توجه:** بلافاصله پس از مرگ، باید به خانواده ها

اجازه داد یا آنها را تشویق کرد تا ساعاتی را با فرد متوفی سپری

کنند. باید به خواست خانواده هامبنی برتنها بودن با فرد متوفی

احترام گذاشت .

## فرآیندهای بخش قلب

گرفتن نوار قلبی

کمک در انجام تست ورزش (تست استرس)

تزریق داروهای ترومبولیتیک

کمک در انجام کاتتریزاسیون قلب

مراقبت از مددجوی مشکوک به MI

مراقبت از مددجوی دچار MI

مانیتورینگ قلبی مددجو

پیس میکر

مراقبت از مددجوی جراحی قلب



## نام فرآیند: گرفتن نوار قلبی

**عامل انجام کار: تکنسین نوارنگار، پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

12 لید ECG، کابل و لید ECG، ژل جهت هدایت

الکتریکی - حوله نمناک - پارچه خشک

- الکترودها ( صفحه ها ، کاپ های مکنده ، دکمه های سینه

ای و یا الکترودهای یک بار مصرف

**استاندارد مراحل انجام کار:**

1 - روش انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.

2 - وسایل مورد نیاز را آماده کنید.

3 - فضای محیط را کنترل کنید.

- 4 خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 5 دستها را بشوئید.
- 6 فقط بازوها و سینه مددجو را لخت کنید.
- 7 مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید (پوزیشن به پشت خوابیده).
- 8 دستبندها را پس از گرم کردن با دستها، به ژل آغشته کنید.
- 9 دستبندها را به آرامی به دور دستها و پاهای مددجو وصل کنید.
- 10 - محل قرار گرفتن لیدهای سینه ای را به ژل آغشته کنید.
- 11 - الکترودها را به نحو صحیح به مددجو متصل کنید.
- 12 - دستگاه را روشن کنید و از تمام لیدهای V1، avf، avl، avr، I، II، III تا V6 و لید طولانی II، الکتروکاردیوگرام تهیه کنید.
- 13 - پس از پایان کار تمامی الکترودها را از مددجو جدا کرده و با دستمال ژلها را پاک کنید.
- 14 - به مددجو در خروج از تخت و پوشیدن لباس کمک کنید.
- 15 - مشخصات مددجو (نام و نام خانوادگی، تاریخ و ساعت) و مشخصات نوار را روی نوار ثبت کنید.

16 - هرگونه ناراحتی و درد راحین گرفتن نوار قلب روی آن ثبت کنید.

17 - مراحل انجام شده و مشاهدات خود را در پرونده مددجو ثبت کنید.

18 - در صورت بستری بودن مددجو نوار را به پرونده مددجو الصاق کنید.

### نکات قابل توجه:

قرار دادن لیدهای سینه ای به ترتیب زیر:

V1 در فضای بین دنده ای چهارم در لبه راست استرنوم

V2 در فضای بین دنده ای چهارم در لبه چپ استرنوم

V3 بین V2،V4

V4 در فضای بین دنده ای پنجم در خط مید کلاویکولار

V5 هم سطح V4 در خط مید اگزیلاری قدامی

V6 هم سطح V4 در مید اگزیلاری

12 لید شامل 6 لید اندامها و 6 لید سینه ای می باشد.

I. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین دست راست و دست چپ

II. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین پای چپ و دست راست

III. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین پای چپ و دست چپ

- لیدهای اندام رنگ و کد مخصوص خود را دارد :

A دست راست : سفید

B دست چپ: سیاه

C پای راست : سبز

D پای چپ: قرمز

- عموماً سرعت کاغذ 25 میلیمتر در ثانیه است و برای مشاهده و گزارش هر چه بهتر کمپلکسها سرعت را به 50 میلیمتر در ثانیه می‌رسانیم.

اتصال سست الکترودها و عدم تماس کامل الکترودها با بدن ممکن است باعث ایجاد پارازیت شود که باید چک شود.

در مواردی که مددجو داروی ضد انعقاد (هپارین و وارفارین) استفاده میکند فشار مکش الکترودها سینه ممکن است باعث خونریزی زیر جلدی در منطقه شود.

در صورتیکه به هر دلیلی استفاده از پای راست برای وصل الکترودها ممکن نباشد، میتوان الکترودها مربوطه را به پای چپ یا هر اندام دیگر وصل کرد، چون این اشتقاق جهت جذب پارازیت بکار می‌رود.

در صورتیکه استفاده از هر یک از اندامه (دست راست و چپ و پای چپ) ممکن نباشد، الکترودهای مربوطه را به انتهائی ترین

قسمت آن اندام باید وصل نمود که برای قلب نقش دست راست  
و چپ و پای چپ را دارند.

## نام فرآیند: کمک در انجام تست ورزش (تست استرس)

عامل انجام کار : پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

اکسیژن ، ساکشن، ترالی اورژانس، سیستم مانیتورینگ

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- مراحل انجام کار و اهداف کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2- از مددجو رضایت عمل بگیرید.
- 3- به مددجو لباس راحت بپوشانید.
- 4- بلافاصله قبل از شروع تست یک ECG و علائم حیاتی از مددجو بگیرید.
- 5- مددجو را به دستگاه ECG و فشارخون وصل کنید.

6- پس از شروع تست مرتباً ریتم قلب، علائم حیاتی و علائم بالینی مددجو را کنترل کنید تا در صورت لزوم تست قطع شود.

### **نکات قابل توجه :**

- برای انجام تست ورزش علاوه بر پزشک حضور پرستاری که با اصول احیاء کاملاً آشناست الزامی می باشد.

### **به مددجو توضیح دهید که:**

- آزمون در اتاق تست ورزش انجام میشود که این اتاق باید نزدیک به بخش CCU باشد تا در صورت نیاز مددجو فوراً به آنجا منتقل شود و تمام وسائل احیاء (داروها، سیستم های مانیتورینگ، دستگاه شوک و...) فراهم باشد، برای انجام تست از دو چرخه ثابت که در مراحل مختلف سفتی پدالها افزایش می یابد و یا نوار نقاله (Treadmill) استفاده می شود که مددجو باید روی نوار در حال حرکت که در مراحل مختلف سرعت یاشیب آن افزایش می یابد حرکت کند.

### **اندیکاسیون های تست ورزش:**

- تعیین بیماریهای شریان های کرونر

- بررسی علت درد قفسه سینه

- تعیین ظرفیت عملی قلب پس از MI یا جراحی قلب

- میزان اثربخشی داروهای آریتمی
- دیس ریتمی هایی که طی فعالیت جسمی ایجاد می شوند.
- اهداف خاص برنامه های تناسب جسمی

### موارد ممنوعیت تست ورزش:

- بیماریهای قلبی عروقی حاد
- انفارکتوس حاد میوکارد (تا دو هفته بعد از MI)
- آنژین صدری ناپایدار
- نارسائی قلب
- پریکاردیت، میوکاردیت، آندوکاردیت
- دیس ریتمی های خطرناک، AV Block پیشرفته
- ترومبوفلیت
- آمبولی سیستمیک اخیر
- آنوریسم دیسکانت یا بزرگ شده
- بیماریهایی که محدودیت حرکتی شدید ایجاد می کنند
- نارسائی کلیه
- پارگی ریوی شدید
- اختلالات ارتوپدیک مؤثر بر سبب فقرات یا اندام تحتانی
- اختلالات نورولوژیک مثل حمله یا صرع یا فلج

– عفونت سیستمیک

– انسداد محل خروجی بطن چپ (تنگی آئورت و...)

### موارد قطع تست ورزش:

– تست ورزش زمانی مثبت است که قبل از رسیدن به محدوده های حداکثر پیش بینی شده مربوط به تظاهرات عدم تحمل قلبی، آزمون خاتمه یابد.

در صورت مشاهده علائم زیر باید فوراً تست ورزش راقطع کرد:

– درد قفسه سینه یا خستگی

– تنگی نفس شدید

– اختلالات سیستم عصبی مرکزی (Faint)

– افت قطعه ST بیشتر از 3 تا 4 میلی متر

– بالا رفتن قطعه ST بیشتر از یک میلی متر

– بروز تاکی کاردی بطنی یا تاکی کاردی فوق بطنی یا بلوک

شاخه ای که از تاکی کاردی بطنی قابل افتراق نباشد.

– بروز ناگهانی برادی کاردی

– افزایش شدید ضربان قلب یا فشارخون

– کاهش فشارخون معادل یا بیش از 10mmHg

– درخواست مددجو برای قطع تست



- معمولاً "حداکثر ضربان قلب برای مددجو بر اساس فرمول (سن - 220) محاسبه میشود. بطور طبیعی میزان فشارخون سیستولیک نیز در هنگام ورزش افزایش یافته و به حدود 160 تا 200 میلی متر جیوه می رسد، اگر این افزایش کمتر از 20 میلی 30 میلی متر جیوه باشد نشانگر نارسائی بطن چپ می باشد و در صورت افزایش فشارخون سیستولی به میزان بیش از 250-270 میلی متر جیوه باید تست ورزش قطع شود. فشارخون دیاستولی در هنگام تست معمولاً "ثابت بوده یا حداکثر 10 میلی متر جیوه تغییر میکند.
- پس از قطع تست ورزش در عرض 6 دقیقه فشارخون سیستولی به حد قبل از تست برمی گردد.
- توجه به این نکته لازم است که داروهایی از قبیل بتا بلوکرها، وازودیلاتورها، بلوک کننده های کانال کلسیم می تواند باعث افزایش ظرفیت فیزیکی شود.
- در صورتیکه مددجو دیگوارکسین مصرف میکند با نظریزشک 2 هفته قبل از انجام تست باید قطع شود.
- راهنمای آموزش مددجو در تست ورزش:
- شب قبل از تست استراحت کافی داشته باشد.

– از خوردن غذای سنگین بلافاصله قبل از انجام تست خوداری کند. اگرچه بهتر است، یک غذای سبک 1 تا 2 ساعت قبل از تست میل شود.

– از کشیدن سیگار، نوشیدن الکل و نوشابه های حاوی کافئین در طول روز تست اجتناب کند.

– در جریان تست لباس راحت، آزاد و کفش های تخت لاستیکی بپوشد. تنها یک پیراهن گشاد دکمه دار (گان) باید پوشیده شود.  
– تمام داروهای معمول را ادامه دهد، مگر اینکه دستور اختصاصی توسط پزشک صادر شده باشد (پیگیری این مطلب باید به وسیله پزشک انجام شود).

– پس از انجام تست، استراحت کند و در صورت ادامه یافتن علائم و مشکلات قلبی، عروقی مثل درد قفسه سینه، تنفس سطحی یا سرگیجه پزشک را در جریان بگذارد.

## نام فرآیند: تزریق داروهای ترومبولیتیک

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

اکسیژن، ساکشن، داروهای تجویزی، سیستم مانیتورینگ، میکروست، پمپ انفوزیون

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 - مراحل انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2 - راه وریدی مددجو را چک و از باز بودن آن مطمئن شوید (جهت تزریق دوره وریدی باز داشته باشید).
- 3 - از نظر دیس ریتمی های حاد، افت فشار خون و واکنش های آلرژیک مددجو را کنترل کنید.
- 4 - مددجو را از نظر علائم و نشانه های خونریزی داخلی چک کنید (هماچوری، ملنا، خونریزی لثه).

5 - در صورت بروز خونریزی های وسیع داروراقطع و به پزشک اطلاع دهید.

6 - در صورت بروز خونریزیهای کوچک روی موضع فشار وارد کرده، به درمان همراه با کنترل شدید ادامه دهید.

### نکات قابل توجه:

اندیکاسیونها:

**الف:** درد قفسه سینه که بیش از 20 دقیقه طول کشیده به TNG جواب ندهد (تأیید MI).

**ب:** تغییرات ECG، بالا رفتن قطعه ST باید با بیش از یک میلی متر در حداقل دو لید هم جهت اندامها و دو میلی متر یا

بیشتر در حداقل دو لید جلوقلبی، بلوک جدید شاخه ای باندل

چپ، افت قطعه ST همراه با R بلند در لیدهای V2- V3 (شک به MI خلفی).

**ج:** فاصله زمانی از شروع علائم، کمتر از 6 ساعت، بسیار مقید 12-

6 ساعت اگر درد ایسکمی ادامه یابد مفید و در غیر این صورت کم

فایده. بیش از 12 ساعت، کم فایده مگر در صورت ادامه درد.

د:سن:سن فیزیولوژیک مهم تراز سن تقویمی است. مصرف دارو در افراد کمتر از 75 سال، سودمند و بیش از 75 سال، اثربخشی واضحی ندارد.

موارد منع مصرف قطعی:

خونریزی فعال داخلی (به جز عادت ماهیانه خانم ها).  
اختلال خون ریزی دهنده مشهود.

تاریخچه سکتة هموراژیک مغزی در هر زمان یادیدگر حوادث عروقی مغز در یک سال گذشته.

تاریخچه ناهنجاری های عروقی داخل مخچه، دیسکسیون آئورت، پریکاردیت حاد.

تروما یا جراحی بزرگ اخیر (طی 4-2 هفته اخیر).

هیپرتانسیون کنترل نشده (فشار خون سیستولی بیش

از 180mmHg و یا فشار دیاستولی بیش از

110mmHg) هنگام تزریق استرپتوکیناز.

### **عوارض داروهای ترومبولیتیک :**

خونریزی شایع ترین و مهم ترین عارضه است. با توجه به اینکه

حملات خون ریزی دهنده ای که نیاز به تزریق خون

دارند در حین انجام روش های تهاجمی بیشتر اتفاق می

افتند. درمددجویان تحت درمان با داروهای ترومبولیتیک باید از تزریقات غیر ضروری و ریدی و تروماتیزه کردن شریانها خودداری گردد.

حوادث خونریزی دهنده عروق مغزی وخیم ترین عارضه می باشد که درمددجویان مسن تراز 70 سال میزان خون ریزی داخل مغزی دوبرابر افراد زیر 65 سال می باشد، همچنین این عارضه درمددجویان دارای سابقه فامیلی سکتة هموراژیک مغزی، هیپرتانسیون کنترل نشده و وزن کمتر از 70 کیلوگرم به طور چشمگیری افزایش می یابد.

واکنش های آلرژیک عارضه ای است که در هنگام تزریق استرپتوکیناز که یک پروتئین باکتریایی با خاصیت آنتی ژنیک است اتفاق می افتد و واکنش های حساسیتی ساده مثل کهیر تا شوک آنافیلاکسی متغیر است و در صورت بروز طبق نظر پزشک باید دارو را قطع و درمانهای ضد حساسیتی برای مددجو شروع گردد.

### **تدابیر پرستاری:**

تعداد دفعات تزریق که در آن پوست بدن مددجو سوراخ می شود، رابه حداقل برسانید.  
از تزریق عضلانی بپرهیزید.

در حین ترومبولیتیک درمانی 2 راه وریدی بازداشته باشید.  
از استفاده مداوم از کاف فشارخون بپرهیزید.  
از نظردیس ریتمی های حاد، افت فشارخون و واکنش های  
آلرژیک مددجو را کنترل کنید.  
مددجو را از نظر علائم و نشانه های خونریزی داخلی چک کنید.  
علائم برقراری مجدد پرفیوژن بافتی بعد از مصرف ترومبولیتیک  
ها شامل برگشت تغییرات ECG به حالت طبیعی، تسکین  
درد قفسه صدری، ایجاد دیس ریتمی های بطنی ناشی از خون  
رسانی مجدد، افزایش زودرس و سریع آنزیم های قلبی به علت  
شستشوی میوکاردا از این آنزیم ها می باشد.

### **الف: تزریق استرپتوکیناز:**

#### **مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 هدف از درمان را برای مددجو شرح داده و توصیه کنید که  
بروز واکنش های شدید حساسیتی (راش، تنگی نفس)، خونریزی یا  
خونمردگی را گزارش کند.
- 2 بر ضرورت استراحت در تخت و کاهش سطح فعالیت جهت  
پیشگیری از آسیب تأکید کنید.

- 3 جهت تهیه محلول تزریق وریدی، محتوی ویال رابا 5 میلی لیتر از محلول نرمال سالین یا دکستروز 5 درصد مخلوط نمائید. از تکان دادن محلول ایجاد شده اجتناب کنید.
- 4 محلول آماده شده را در درجه حرارت 4-2 درجه سانتیگراد نگهداری نمائید. محلول آماده شده را در صورت عدم مصرف، بعد از 24 ساعت دور بریزید. ویال دارو را در درجه حرارت 15-30 درجه سانتیگراد نگهداری کنید.
- 5 در خلال درمان، مدد جو را از نظر بروز تروما و یا انجام اقدامات تهاجمی بر حذر دارید. تزریق عضلانی کنترل اندیکاسیون دارد.
- 6 در خلال درمان سطح TT را در حدود دو برابر نرمال نگهداری و آن را هر 3-4 ساعت یکبار کنترل کنید.  
(مدد جو تا دو روز بعد از تزریق داخل کرونری، در معرض خطر خونریزی است).
- 1 در صورت بروز حساسیت، تجویز دارو را قطع و اقدامات ضروری را بعمل آورید. علائم خفیف (خارش، تهوع و...) معمولاً "با تجویز داروهای آنتی هیستامین یا کورتیکواستروئیدها و بدون نیازه قطع دارو بر طرف میشوند.
- 2 در صورت بروز دیس ریتمی، تجویز دارو را قطع کنید.



- 3 - در حین درمان فشارخون مددجو را کنترل نمائید و در صورت تغییر بیش از 25mmHg تجویز دارو را قطع کنید.
- 4 - در خلال درمان درجه حرارت بدن مددجو را کنترل کنید، درجه حرارت بالاتر از 40 درجه سانتیگراد نیاز به درمان دارد.
- 5 - در صورت نیاز به تجویز داروی مسکن، از تجویز همزمان آسپیرین خوداری کنید.

### نکات قابل توجه :

- دوز اولیه داخل کرونری 20000 I.U از راه کاتتر شریان کرونری تجویز می شود، و سپس دوز نگهدارنده 2000 I.U در دقیقه به مدت 60 دقیقه انفوزیون میشود. یا 1500000 I.U از راه انفوزیون وریدن در خلال 60 دقیقه تزریق می شود.
- انسداد کانولهای شریانی - وریدی:
- در بالغین 250000 I.U در 2ml از محلول وریدی از راه پمپ انفوزیون وریدی در داخل هر یک از شاخه های کانولای مسدود شده به آهستگی در خلال مدت 25 تا 35 دقیقه تزریق میشود. کانولا به مدت 2 ساعت کلامپ می شود و سپس محتویات

کانولا آسپیره می گردد و پس از آن بوسیله محلول سالین شستشوداده می شود.

- ترومبوزوریدی، آمبولی ریوی و ترومبوزوآمبولی دهلیزی :
- دربالغین ابتدا 250000I.U ازراه انفوزیون وریدی درمدت 30دقیقه تجویزمیشود، سپس 100000I.U در ساعت ازراه انفوزیون وریدی به مدت 72 ساعت درمورد ترومبوزویدهای عمقی و 100000I.U در ساعت به مدت 24 تا 72 ساعت درمورد آمبولی ریوی تجویزمیشود.
- مصرف همزمان دارو با ضد انعقادها
- سفامندول، موکسالاکتام، پلیکامایسین یا داروهای مؤثر بر فعالیت پلاکت نظیر آسپیرین، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و دی پریدامول باعث افزایش خطر خونریزی می گردد.
- ترومبوزی که بیش از 6 روز از تشکیل آن گذشته باشد، خیلی کم به درمان با استرپتوکیناز پاسخ می دهد، بنابراین انفوزیون وریدی باید در اولین فرصت ممکن شروع شود.
- پیش از شروع درمان با استرپتوکیناز، هپارین راقطع کنید و سطح PT، PTT، TT و هماتوکریت را اندازه گیری

و شمارش پلاکت ها را بعمل آورید. درمان باید تا زمانی که PTT، TT به کمتر از دو برابر کنترل نرمال برسد به تأخیر افتد.

## ب: تزریق هیپارین:

### مراحل استاندارد انجام کار:

- 1- هدف و علت تزریق را برای مددجو توضیح دهید.
- 2- قبل از شروع تجویز دارو تستهای انعقادی مددجو را کنترل کنید.
  - 1 + از تجویز محلولهای هیپارین حاوی بنزیل الکل در نوزادان خودداری کنید.
  - 2 + از تزریق دارو در شعاع 5 سانتی اطراف ناف خودداری کنید.
  - 3 - روش معمول تجویز هیپارین عبارتست از تزریق یکجای 5000 واحد وریدی و به دنبال آن انفوزیون نگهدارنده، به میزان 1000 واحد در ساعت به صورتی که PTT فعال در زمان درمان 2-1/5 برابر مقدار کنترل باشد، یا ابتدا 5000 تا 7000 واحد از راه پمپ انفوزیون وریدی تجویزی می شود. بعد از گذشت 8 ساعت از تجویز دوز اولیه، براساس نتایج PTT دوز هر ساعت افزایش می یابد.
- 4 - دارو را در درجه حرارت 30-15 درجه نگهداری کنید.

- 5 قبل از شروع درمان و سپس در فواصل منظم در خلال درمان تستهای انعقادی، CBC و شمارش پلاکتها را بعمل آورید.
- 6 علائم حیاتی مددجو را به دقت کنترل کنید.
- 7 در هنگام تجویز داروآنتی دوت اختصاصی آن (سولفات پروتامین 1٪) در دسترس باشد.
- 8 به مددجو توصیه کنید بروز هر نوع علامت مربوط به خونریزی یا خون مردگی غیرعادی را سریعاً به پزشک اطلاع دهد.
- 9 به مددجو توصیه کنید در طی درمان با این دارو از مصرف آسپیرین و داروهای حاوی آسپیرین یا ایبوپروفن پرهیز کند.
- 10 به مددجو تذکر دهید قبل از شروع هر نوع درمان یا انجام اعمال جراحی، پزشک یا دندانپزشک را در جریان رژیم داروئی اس قرار دهد.

### نکات قابل توجه:

موارد منع مصرف:

خونریزی فعال - دیس کرازیهیهای خونی - استعداد به خونریزی (هموفیلی، ترومبوسیتوپنی یا بیماری کبدی همراه با هیپوپروترومبینمی) - احتمال خونریزی داخل مغزی - زخم های باز - در خلال یا بعد از جراحی های مغز، نخاع و چشم

## نام فرآیند: کمک در انجام کاتتریزاسیون قلب

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ترالی جهت باز کردن پگ استریل - پگ استریل شامل 2 عدد گان ، 4 عدد شان کوچک 75\*75 ، 1 عدد شان بزرگ پرفوره ، 1 عدد ریسپور ، سه عدد گالی پات ، گاز استریل 8 عدد ، حوله دست خشک کن 2 عدد ، پنس 2 عدد ، 1 عدد شان برزنت ، سرنگ 10 سی سی 2 عدد ، سرنگ 20 سی سی 1 عدد ، تیغ بیستوری شماره 11 ، دستکش استریل 2 جفت ، یک عدد لگن استریل ، در صورت نیاز به فیکس کردن شیت نخ بخیه سیلک 2/0 یک عدد ، سرم نرمال سالین هیپارینه 500 سی سی ، محلول ضد عفونی کننده ، ماده حاجب - کاتترهای مورد نیاز ، شیت شریانی ، گاید وایر ، رابط تزریق و کنترل فشار

مراحل استاندارد انجام کار:

1- نحوه عمل ، هدف و خطرات آنرا به مددجو توضیح دهید.

2- از مددجو رضایت کتبی بگیرید.

- 3-روز(در صورت لزوم)انجام کاتتریزاسیون هم ازمددجو آزمایش خونی مثل شمارش گلبولی ،هموگلوبین ،هماتوکریت و رادیوگرافی قفسه سینه گرفته شود.
- 4-پرونده مددجو را از نظر وجود نوار قلب ،اکو کاردیوگرافی ،رادیوگرافی قفسه سینه ،جواب آزمایشات خون ،چک کنید.
- 5-وجود هر گونه تاریخچه ای از آلرژی خصوصاً به مواد حاوی ید مثل غذاهای دریائی را سؤال کنید.
- 6-به منظور پیشگیری از آسپیراسیون و استفراغ از دادن غذاهای جامد 8-6 ساعت و مایعات حداقل 4 ساعت قبل از عمل خودداری کنید.
- 7-مطمئن شوید که قد و وزن مددجو در پرونده ثبت شده است (این ارقام برای محاسبه مقدار ماده حاجبی که تزریق خواهد شد لازم است).
- 8-اگر مددجو داروی ضد انعقاد مصرف میکند باید 48 ساعت قبل از کاتتریزاسیون دارو قطع شده و در صورت لزوم با داروهای ضد انعقاد تزریقی مثل هپارین جایگزین گردند.
- 9-منطقه ورود کاتتر (ترجیحاً از گردن تامچ پا) را شست و شو دهید.

10- ناحیه عمل که ممکن است فمورال یا رادیال باشد، راشیو کنید.

11- نبض های محیطی پائین ترازمحل احتمالی ورود کاتر مثل نبض های رادیال، پوپلیتال، و مخصوصاً دور سالیس پدیس رامشخص نموده وبا یک قلم ماژیک علامت تزئیدو کیفیت نبض راثبت نمائید.(نبض هادر این زمان برای مقایسه با تعداد عمل وتشخیص انسداد احتمالی عروقی که سوراخ شده اند بازبینی می گردند).

12- داروهای تجویز شده رابه مدد جو بدهید(این داروها اغلب یک آرامبخش وگاهی یک آنتی بیوتیک است).توجه شود که داروهای آرامبخش باعث کاهش سطح هوشیاری مدد جونسود.

13- ازمبتلایان به دیابت وابسته به انسولین در مورد نوع انسولین مصرفی سؤال کنید، زیرا افرادی که انسولین NPH مصرف می کنند نسبت به سولفات پروتامین حساب بوده وممکن است دچار عوارض جانبی گردند(سولفات پروتامین جهت خنثی کردن عوارض تزریق هیپارین هنگام کاتتریزاسیون بکار می رود).

14- اگر مدد جواز دندان مصنوعی کامل، عینک یا سمعک استفاده می کند، توصیه می شود برای برقراری ارتباط بهتر هنگام کاتتریزم از این وسائل استفاده کند.

15- به مددجو آموزش دهید که در حین انجام عمل کاتتریزاسیون با توجه به درخواست پزشک نفسهای عمیق کشیده و سرفه کند. (دردم عمیق دیافراگم پائین کشیده شده و هنگام تزریق ماده حاجب دید بهتری از ساختمان قلب بدست می آید در ضمن پس از تزریق ماده حاجب سرفه می تواند به خروج آن از کرونرها کمک کرده و جلوی بروز برادی کاردی ناشی از تحریک ماده حاجب را بگیرد.

16- یک رگ باز برای مددجو بگیرید.

17- مددجو را در پوزیشن صاف به پشت قرار دهید.

18- به مددجو آموزش دهید که در صورت هرگونه احساس درد و ناراحتی حین انجام پروسیجر پزشک یا پرستار را مطلع کند.

19- لیدهای ECG را به مددجو وصل کنید.

20- در صورت تجویز قبل از ورود به اتاق آنژیو جهت مددجو مایعات وریدی، شروع کنید.

21- مددجو را به تخت مخصوص انتقال دهید.

22- مددجو را به سیستم مانیتورینگ قلبی وصل کنید.

**مراقبتهای پس از کاتتریزاسیون:**

23- علائم حیاتی و نبض های محیطی و وضعیت عروقی عصبی عضو مورد استفاده جهت کاتترگذاری در ساعت اول هر 15 دقیقه



، در ساعت دوم هر 30 دقیقه و سپس با فرکانس کمتری طبق قوانین بخش کنترل کنید.

24- در مواردی که از شریان یا ورید فمورال جهت جایگذاری کاتتر استفاده شده است، لازم است نکات زیر اجرا گردد:

الف: مددجو حداقل 6 ساعت در تخت استراحت نموده و سرتخت بیش از 30 درجه بالا باشد.

ب: برای جلوگیری از بروز خونریزی و هماتوم باید کیسه شن روی موضع ورود کاتتر قرار داد.

ج: مددجو از خم کردن مفصل هیب یا باز کردن بیش از حد آن در پای مبتلا حداقل به مدت 12 ساعت خودداری نمائید.

25- در مواردی که از شریان یا ورید بازویی جهت کاتتریزاسیون استفاده شده باید به نکات زیر توجه گردد:

الف: مددجو حداقل 3 ساعت در تخت استراحت کرده و سرتخت او 30 درجه بالا آورده شود.

ب: از خم کردن یا باز کردن بیش از حد بازوی مبتلا یا خوابیدن بر روی آن به مدت 24 ساعت خودداری شود.

26- پانسمان محل ورود کاتتر را از نظر صحیح بودن و جابجا نشدن آن و وجود خونریزی بازبینی نماید و از مددجو در مورد وجود درد یا

افزایش حساسیت در اندام سؤال کنید.

27- نبض، رنگ، گرمی و حس انتهائی اندامی که محل ورود کاتتر است در ساعت اول هر 30 دقیقه و سپس طبق روتین بخش کنترل کنید. در صورتی که مددجو دچار کرحتی یا سوزش اندام، سردی، تغییر رنگ یا ازدست دادن ناگهانی نتض های محیطی شد فوراً به پزشک اطلاع دهید.

28- ریتم قلبی مددجو را از نظر وقوع دیس ریتمی کنترل نمایید و مددجو را از نظر وجود درد آنژیینی مورد مراقبت قرار دهید.

29- اگر وضعیت زمینه ای مددجو اجازه می دهد برای جایگزینی کافی مایعات و دفع کلیوی ماده حاجب اورابه مصرف مایعات تشویق کنید.

30- وجود تهوع، استفراغ، لکه های قرمز و سایر علائم افزایش حساسیت به ماده حاجب را مورد توجه قرار دهید.

31- کلیه مراحل انجام شده را ثبت کنید.

### نکات قابل توجه :

- کاتتریزاسیون قلب یک روش پیچیده تهاجمی است که برای انجام دادن آن یک کاتتر حاجب اشعه X به درون عروق و حفرات قلبی یا عروق کرونر فرستاده می شود تا اطلاعات لازم درباره ساختمان و عملکرد قلب، دریچه ها و ورگ های خونی به دست آید. کاتترها معمولاً "از طریق پوستی و از میان عروق خونی سطحی

یا از طریق ایجاد یک برش کوچک در پوست مددجویانی که عروق سطحی در دسترس مناسب ندارند، جایگذاری می شوند. کاتترها قادرند، امواج فشاری بدست آمده در هر حفره رابه ترانس دیوسر منتقل کنند و منحنی های امواج فشار روی یک اسیلوسکوپ نمایش داده شده و ثبت می شود.

– قبل از کاتتریزاسیون قلبی مددجو باید از نظر جسمی و روانی آماده شده باشد، از نظر مددجویان عمل، عمل مهم و وحشت آوری است.

– به مددجو توضیح دهید که عمل در یک اتاق مخصوص انجام می شود و مددجو در حالی که لیدهای ECG به وی متصل است روی یک تخت دراز خواهد کشید.

### عوارض کاتتریزاسیون :

– کاتتریزاسیون قلب گاهی ممکن است همراه با یکی از عوارض زیر باشد:

– عفونت و خونریزی، هماتوم محل ورود کاتتر

– تشکیل لخته در جریان کاتتریزاسیون که

باتجویز مقدار متوسط داروی ضد انعقاد (مقدار 4000 تا 5000

واحد هیپارین) پیشگیری می شود. اینکار خطر خونریزی را افزایش می دهد.

آسیب دیدگی ناشی از کانولاسیون ممکن است سبب اسپاسم عروقی یا تشکیل لخته شود که می تواند انسداد موقت یا همیشگی، در اندامی که درگیر شده، پدید آورد. آریتمی بر اثر تحریک مستقیم دهلیز و بطن پدید می آید. دردهای آنژینی ممکن است بر اثر جایگزینی ماده حاجب به جای خون بروز کند. فقدان جریان خون سبب هیپوکسی قلبی و دردمی گردد.

واکنش آلرژیک نسبت به ماده حاجب ممکن است سبب برافروختگی، تهوع، استفراغ، حس سوزش، بی حسی، کهیر و خارش پوست شود. شوک آنافیلاکتیک کمتر رخ می دهد. سوراخ شدن میوکارد و آئورت از عوارض بسیار نادر، هر چند خطرناک و مرگبار کاتتریزاسیون می باشند.

ماده حاجب به عنوان یک مدراسموتیک عمل کرده و ممکن است مددجو در حاد هیدراتاسیون و افت فشار خون گردد.

جهت لمس نبض روی ناحیه پانکچ فشار مستقیم وارد نکنید بلکه چند سانت بالاتر از ناحیه را با لمس نبض فشار دهید. فشار بطور مستقیم و یکنواخت وارد شود.

## نام فرآیند: مراقبت از مددجوی مشکوک به MI

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

اکسیژن, ساکشن, داروهای تجویزی

مراحل استاندارد انجام کار:

1-1- مددجوی مشکوک به سکت قلبی را فوراً استراحت مطلق کنید (جهت کاهش بار قلب).

- 2- مددجورادرپوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید(بعلت کاهش بازگشت وریدی به قلب بارقلب کاهش می یابد).
- 3- به مددجو(طبق دستورپزشک) آسپیرین به میزان 325-160 میلی گرم به صورت جویدنی بدهید.
- 4- برای مددجواکسیژن بدهید، که ازراه بینی یا ماسک صورت به میزان 2 تا 4 لیتر در دقیقه و در 12-6 ساعت پس از بروز MI تجویز می شود.
- 5- برای مددجو فوراً یک راه وریدی بازازوریدهای بزرگ با سرم قندی 5٪ برقرار کنید.
- 6- جهت کنترل درد طبق تجویز پزشک مرفین تزریق کنید(تزریق وریدن مرفین 2-4 میلی گرم است که هر 5 دقیقه می تواند تکرار شود).
- 7- فشارخون مددجورا کنترل و در صورت کاهش فشارخون پاها را از سطح بدن بالاتر قرار داده و محلول سالین شروع کنید.
- 8- جهت برطرف شدن عوارض مرفین، 5 mg آتروپین وریدی تزریق کنید(طبق تجویز).
- 9- پیش از تزریق مرفین می توان از TNG زیربانی استفاده نمود(مقدار دارویک پرل زیربانی در سه نوبت به فواصل 5 دقیقه می باشد).

10 - پس از انجام اقدامات فوق مددجو را با برانکار دو وسائل احیاء به همراه یک پرستار ورزیده به بخش CCU منتقل کنید.

### **نکات قابل توجه :**

هنگام تجویز TNG مراقب سقوط فشارخون باشید.  
از بتابلوگرهای داخل وریدی نیز جهت کنترل درد ناشی از MI استفاده می شود ولی آنتاگونیست های کلسیم در این مرحله خطر مرگ و میر را افزایش میدهند.

اهداف درمانی در مددجویان مشکوک به MI در بخش اورژانس شامل: کنترل درد قلبی، شناسائی سریع مددجویانی که نیاز به برقراری فوری جریان خون میوکاردا دارند و جدا کردن مددجویان کم خطر و قرار دادن آنها در مکانهای مناسب بیمارستان می باشد.

### **نام فرآیند: مراقبت از مددجوی دچار MI**

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

اکسیژن، ساکشن، داروهای تجویزی، سیستم مانیتورینگ

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 مددجو و پرونده وی را تحویل بگیرید.
- 2 لباس مددجو تعویض و اورا استراحت مطلق کنید.
- 3 مددجو را NPO ننگه دازید.
- 4 مددجو را بلافاصله به سیستم مانیتورینگ وصل و از نظر آریتمی بررسی کنید.
- 5 4 الکتروکاردیوگرام 12 لیدی را کنترل کنید.
- 6 راه وریدی برقرار شده را چک و علائم حیاتی را کنترل کنید.
- 7 داروهای تجویز شده شامل: ضد انعقاد، بلوک کننده های گیرنده بتا، مهار کننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین، نیترا تها و آنتاگونیستهای کلسیم) را شروع کنید.
- 8 جهت کاهش اضطراب مددجو آرامبخش تزریق کنید.
- 9 تمام موارد انجام شده و وضعیت مددجو را به طور دقیق ثبت کنید.

### نکات قابل توجه :

**شروع فعالیت :** عواملی که با قلب را در چند ساعت اول MI افزایش دهند باعث وسعت یافتن ناحیه نکروزمی گردند، بنابراین در 12 ساعت اول بعد از MI مددجو باید استراحت مطلق باشد. بعد از 24 ساعت در صورت عدم وجود عوارض مددجویی



تواند تحت نظارت دقیق در تخت نشسته و پاهای خود را در کنار تخت آویزان نماید، این کار باعث تقویت روانی مددجو و کاهش فشار در مویرگهای ریه و بهبود اکسیژناسیون می گردد. در روز سوم مددجویی تواند در اطراف تخت با کمک و نظارت پرستار از نظر وجود آریتمی و افت وضعیتی فشار خون چند قدم راه برود و حتی تا انتهای روز از توالی بخش استفاده و یا دوش بگیرد. در روز چهارم و پنجم بعد از MI می تواند کاملاً "در بخش تحرک داشته و تا حدود 180 متر حداقل سه بار در روز راه برود. به هر حال نکته مهم در این مورد این است که مددجو باید فعالیت خود را بتدریج افزایش دهد تا فشاری بر قلب وارد نیاید.

**- رژیم غذایی:** با توجه به اینکه در چند ساعت اول بعد از MI

خطر بروز موقعت هایی که نیاز به احیاء قلبی ریوی دارد بیشتر است، برای پیشگیری از بروز استفراغ و آسپیراسیون بهتر است در 4 ساعت اول بعد از MI مددجو چیزی نخورد و پس از آن تا 12 ساعت تنها مایعات سبک میل نماید، بعد از آن پوره و پس از 24 ساعت غذای کم حجم در وعده های متعدد که تنها 30 درصد از مجموع کالری یا کمتر از آن به شکل چربی و محتوای کلسترول آن مساوی یا کمتر از 300 میلی گرم در روز باشد و کربوهیدرات های مرکب باید 50 تا

55 درصد از مجموع کالری مورد نیاز را تشکیل دهند، شروع می گردد. غذای مددجو باید پر پروتئین، کم چربی، غنی از پتاسیم و منیزیم و فیبر بوده و سدیم آن کم باشد.

**- آرام سازی:** در روزهای ابتدائی بستری شدن در CCU

مددجو دچار اضطراب و بی حرکتی بوده و وضعیت خاص بخش می تواند خواب مددجو را مختل نماید و برای ایجاد یک خواب راحت گاهی لازم است که مددجو از داروهای آرام بخش مثل دیازپام (5 mg) یا اگزاپام (15-30 mg) یا لورازپام (2mg-0/5) دو یا سه بار در روز استفاده نماید.

**وضعیت مزاجی:** عدم تحرک، مصرف داروهای مخدر جهت تسکین درد، گاهابی اشتهائی و محدودتر شدن مصرف مواد غذایی در اغلب موارد باعث ایجاد بیبوست می گردد. زور زدن به واسطه مانور و اسالو امیتو اند خطر اتی برای مددجو ایجاد کند، به همین دلیل رژیم غذایی پرفیبر، استفاده از توالت کنار تخت به جای لگن و یک داروی ملین ملایم می تواند این مشکل را برطرف سازد.

**- آموزش به مددجو:** قبل از ترخیص از بیمارستان که

معمولاً "در MI بدون عارضه در پایان هفته اول صورت

میگیرد، آموزشهای لازم توسط پرستار به مددجو داده

میشود. اولویت آموزش شامل: علائم و نشانه هایی است که در صورت بروز فرد باید با پزشک تماس بگیرد (شامل درد قفسه سینه که طی سه بار مصرف TNG به فاصله 5 دقیقه و در مجموع 15 دقیقه تسکین نیابد، تنگی نفس، غش، ضربان کند یا تند، متورم شدن پاها)، رژیم دارویی، محدودیت فعالیت و دستورات پیگیری درمان توسط پزشک ارائه می شود.

برنامه فعالیتی مددجو معمولاً "به صورت فردی و براساس سن مددجو، وضعیت وی قبل از ایجاد حمله قلبی، وسعت ناحیه انفارکته، دوره بستری بودن در بیمارستان، عوارض بعد از MI و نهایتاً براساس تست ورزشی که بعداً انجام خواهد شد، تدوین میگردد. لازم است به مددجو آموزش داده شود تا عوامل خطر آترواسکلروز را تعدیل نماید. ته عنوان مثال در صورت لزوم کاهش وزن، ترک سیگار و... توصیه میگردد. شروع تماس جنسی و رانندگی توسط مددجو براساس وضعیت او 4-8 هفته بعد از MI تعیین میگردد. معمولاً "توانائی بازگشت به محیط کار در صورتی که مددجو مشکل نداشته باشد 6-8 هفته بعد به دست می آید. لازم است به مددجو توصیه شود که بین هفته های هشتم تا دهم جهت انجام تستهای تشخیصی تکمیلی به بیمارستان مراجعه نماید.

## نام فرایند: مانیتورینگ قلبی مددجو

عامل انجام کار: پرستار

تجهیزات و وسایل استاندارد:

- دستگاه مانیتورینگ - چست لید - ژل مخصوص جهت هدایت -

کاغذ مخصوص

جهت گرفتن نوار قلب

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 - به مددجو در مورد لزوم انجام کار آموزش دهید.
- 2 - دستگاه را روشن و از کارکرد آن مطمئن شوید.
- 3 - محل نصب چست لیدها را مشخص کنید.
- 4 - به محل چست لیدها در صورت لزوم ژل بمالید.
- 5 - چست لیدها را در محل مناسب نصب کنید.

- 6 - سیمهای رابط رابه چست لیدها وصل کنید.
- 7 - آلامها وسرعت دستگاه راتنظیم کنید.
- 8 - مددجورابه طور مداوم کنترل کنید.

### نکات قابل توجه:

-انجام مانیتورینگ همانند گرفتن فشارخون و ECG و باتوجه به نوع دستگاهها ومحل دکمه متغیر میباشد .

- جهت پایش مداوم وضعیت قلبی مددجووتشخیص آریتمی های قلبی انجام میشود.

## نام فرآیند: پیس میکر

عامل انجام کار: پرستار

الف: تعبیه پیس موقت

وسایل و تجهیزات استاندارد:

ترالی اورژانس، دستگاه دفیبرلاسیون، پیس میکر

مراحل استاندارد انجام کار:

1 - هدف از گذاشتن پیس میکر را به مددجو و خانواده وی توضیح دهید.

2 - از مددجو رضایت عمل بگیرید.

3 - علائم حیاتی مددجو را کنترل کنید.

4 - یک ریتم استریپ مددجو را ثبت کنید.

5 - وسایل لازم پیس گذاری را آماده و کنترل کنید.

6 - یک راه وریدی برای مددجو برقرار کنید.

حین عمل:

- 7 - مددجورابه اتاق کاتتریسم منتقل کنید.
  - 8 - به مددجوقوت قلب دهید.
  - 9 - ریتم مددجورامانیتور کنید.
- بعد از عمل:
- 10 - محل برش را با گاز خشک کنید.
  - 11 - یک ECG بعد از جایگذاری پیس میکر ثبت کنید.
  - 12 - علائم حیاتی مددجورا کنترل و ثبت کنید
  - 13 - مددجورازتداخل با الکترومیکرو شوک و الکترومغناطیسم حفظ نمائید (مثلا دستگاه پیس موقت را خشک نگه دارید, وسائل الکتریکی که در اطراف مددجوا استفاده میشود باید اتصال زمین داشته باشد).
  - 14 - وقوع دیس ریتمی را کنترل کرده, و گزارش دهید.
  - 15 - باتری پیس میکر موقت را هر 8 ساعت (در ابتدای هر شیفت) کنترل کنید.
  - 16 - سکسکه و پرشهای عضلانی را به پزشک گزارش دهید.
  - 17 - در مورد مراقبت از پیس میکر دائم, علاوه بر موارد فوق روزانه زخم را بررسی کنید (هرگونه علامتی از التهاب (قرمزی, حساسیت, ترشح) را به پزشک گزارش دهید.

- 18 - پانسمان محل پیس راروزانه تعویض کنید و از تانداز محکم محل خودداری کنید.
- 19 - از دستکاری بیش از حد محل قرارگیری دستگاه خودداری کنید.
- 20 - روزانه نبض رادیال یا کاروتید را کنترل و در صورتی که تعداد ضربان آهسته تر از سرعت قراردادی بود، پزشک را مطلع کنید.
- 21 - بروز تپش قلب شدید، سرگیجه یا سنکوپ را گزارش کنید.
- 22 - نوع پیس و محل جایگذاری آن را ثبت کنید.
- 23 - عملکرد پیس را کنترل کرده، روش پیس، آستانه تحریک، میزان حساسیت، سرعت و ریتم مدد جورا ثبت کنید.

**ب: : تعبیه پیس میکرو دایم**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

ترالی جهت باز کردن پگ استریل، پگ استریل شامل: 2 عدد گان - 4 عدد شان کوچک - 1 عدد شان بزرگ پرفوره، یک عدد رسیور، 3 عدد گلی پات - گاز استریل - حوله دست خشک کن 2 عدد - 1 عدد شان برزنت انواع پنس ها: پنس آلیس 2 عدد، پنس کو خر 2 عدد - دسته بیستوری - قیچی استریل



- تیغ بیستوری ژلکومخصوص پیس وگاید وایران - دستکش
- استریل 2 جفت - سرنگ 10 سی سی 2 عدد سرنگ 20 سی سی
- سی 1 عدد سرنگ 5 سی سی 1 عدد یک عدد لگن استریل -
- نخ بخیه سیلک 2/0 یک عدد
- نخ PDS یک عدد سرم N/S (500 سی سی) - محلول ضد
- عفونی کننده (بتادین) - شیت مخصوص پیس 1 یا 2 عدد -
- لید های مخصوص پیس دهلیزی و مخصوص پیس بطنی -
- ژنراتور مخصوص پیس .

### استاندارد مراحل انجام کار :

- 1- قبل از انجام کار ، برنامه آموزشی برای مددجو ترتیب داده شود . بعنوان مثال : پرستار کت لب مدد جو را ویزیت نماید ، و خود را معرفی کرده و درمورد اینکه چه زمانی پروسیجر انجام خواهد شد و نحوه انجام پروسیجر به مددجو اطلاعات بدهد.
- 2 -چارت مدد جو را از نظر دستورات قبل از انجام تعبیه پیس ، داشتن رضایت عمل چک کنید .
- 3 -پرونده مددجو را از نظر همراه داشتن آزمایشات PT--CBC INR/PTT- تستهای آنتی ژن - تست قند - داشتن ECG چک کنید.
- 4 -مدد جو را از 6-8 ساعت قبل از عمل ناشتا نگه دارید .

- 5- شیو ناحیه عمل را چک کنید.
- 6- یک راه وریدی برای مددجو برقرار کنید.
- 7- در صورت تجویز مایعات وریدی قبل از ورود به اتاق کاتتریسم , جهت مددجو شروع کنید .
- 8- در صورت تجویز آنتی بیوتیک آنرا تزریق کنید. .
- 9- بعد از انجام فرآیند ، ناحیه عمل را پانسمان کنید.
- 10- یک ECG بعد از جایگذاری پیس میکر ثبت کنید.
- 11- علائم حیاتی مددجو را کنترل و ثبت کنید
- 12- مددجو را از داخل با الکترومیکرو شوک و الکترومغناطیسم حفظ نمائید (وسایل الکتریکی که در اطراف مددجو استفاده میشود باید اتصال زمین داشته باشد).
- 13- وقوع دیس ریتمی را کنترل کرده , و گزارش دهید.

### نکات قابل توجه:

گذاشتن پیس معمولاً "در اتاق کاتتریسم و تحت فلوروسکپی انجام میشود.

ختلالات عملکرد پیس میکر , عمل احتمالی و مداخلات پرستاری مربوط به آن

نوع اختلال	علل احتمالی	مداخلات پرستاری
------------	-------------	-----------------

<p>باتری راعوض کنید آستانه حساسیت پیس راتغییردهید اتصالات را کنترل کنید دستگاه پیس راعوض کنید داروهای اورژانس را در دسترس نگهدارید در صورت نیاز CPR انجام دهید</p>	<p>تخلیه شدن باتری محرک ناکافی نارسائی مدار شکسته یا شل شدن اتصالات در دستگاه نارسائی پیس میکر</p>	<p>ناتوانی در پیس کردن عدم وجود spike پیس به طور کامل یا متناوب، تخلیه سریع و نامتناسب پیس (ایجاد تاکی کاردی به وسیله پیس)</p>
<p>ولتاژ پیس میکر موقت را 2- 1 میلی آمپر افزایش دهید.</p>	<p>کاهش قابلیت هدایت سلولهای میو کاردناشی از عدم</p>	<p>ناتوانی در غلبه بر ریتم مددجو پس از spike موج p یا کمپلکس QRS وجود ندارد</p>

<p>مددجورابرای بهبودتماس الکترو دسپس با آندوکار دتغییر و ضعیت دهید(مثلاً"به سمت چپ بخوابانید). برای تعیین محل پیس رادیوگرافی قفسه سینه را انجام دهید. داروهای اورژانس رادردسترس قرار دهید. در صورت لزوم CPR را شروع کنید.</p>	<p>تعالیالکترولیتی MI, فیروزبافتی سوراخ شدن محل الکترو د , مسمومیت داروئی, جابجائی لیدالکترو د</p>	
---	--	--

<p>آستانه حساسیت دستگاه را افزایش دهید. وضعیت مددجو را تغییرده ید. اگر سرعت ضربان وریتم قلب کافی است دستگاه را خاموش کنید. می توانید سرعت دستگاه را افزایش دهید تا بر سرعت مددجو غلبه کند. داروی ضد دیس ریتمی برای کاهش ضربانات نا بجا مصرف کرده وبه پزشک</p>	<p>آستانه حساسیت بسیار پائین تنظیم شده است. ضربان خود مددجو ولتاژ پائین داشته وبه وسیله دستگاه حس نمی شوند. نارسائی مدار، تداخل الکترو مغناطیسی اتفاق افتاده است . لید در محل درست قرار نگرفته یا شکسته است.</p>	<p>ناتوانی در حس کردن با وجود امواج P و کمپلکس QRS از خود مددجو spike پیس وجود دارد (ممکن است ریتم رقابتی ایجاد شود)</p>
---	--	--

<p>اطلاع دهید. برای تعیین محل قرارگیری الکترودرادیوگرا فی قفسه سینه انجام دهید.</p>		
<p>آستانه حساسیت را کاهش دهید. حالت‌هایی که باعث ایجاد موج T بزرگ میشود اصلاح نمائید. تداخل‌های محیطی را حذف کنید.</p>	<p>آستانه حساسیت دستگاه بسیار بالا تنظیم شده است. دولیدبا همدیگر تماس دارند. تداخل الکترومغناطیس ایجاد شده است. موج T را بعنوان پتانسیل عضلانی حس</p>	<p>بیش از حد حس کردن دستگاه ضربان ساز فعالیت قلب یا پتانسیل عضلانی را که باید چشم پوشی شود حس می کند.</p>

	می کند.	
دستگاه را خاموش وبه پزشک اطلاع دهید. مددجورا از نظر گاه ش برونده قلبی کنترل کنید. داروهای اورژانس را آماده کنید.	برون ده دستگاه بسیار بالاست پارگی دیواره میوکارد	انقباض ریتمیک دیافراگم, دیواره قفسه سینه , بروز سکسکه یا آروغ

**عوارض پیس میکر:** این عوارض شامل مشکلات ناشی از ورود یا

عملکرد نامناسب پیس می باشد و شامل :

- عفونت موضعی در محل ورود لیدها یا در ناحیه جایگذاری

پیس میکرهای دائمی .

- خونریزی و هماتوم محل ورود لید یا در محل جایگذاری پیس

میگرداخلی در زیر جلد.

- هموتوراکس به علت سوراخ شدن ورید تحت ترقوه ای یا شریان پستانی داخلی برای ورود لیدها.
- دیس ریتمی یا تاکی کاردی بطنی به علت تحریک دیواره بطن با الکترووداند کاردی .
- جابجائی لیدهایی که از طریق ورید وارد حفره قلبی می شوند و سوراخ شدن میوکارد.
- تحریک عصب فرنیک دیافراگم (علامت آن سکسکه یا آروغ زدن است) و یا تحریک عضلات اسکلتی که می تواند به علت جابجائی لیدهای دستگاه باشد و یا انرژی دستگاه (mA) در حد بالاتنظیم شده باشد.
- تامپوناد قلبی پس از خروج سیم های اپی کاردی
- شایعترین عارضه در ساعت های اول بعد از جایگذاری پیس میکر جابجائی لیدهای آن است. برای پیشگیری از این عارضه باید تحریک اندام ورودی لید در پیس میکر موقت و محل جایگذاری پیس میکر دائم را به حداقل رسانید. سایر مشکلات مربوط به عملکرد پیس میکر می باشد که در جدول آمده است.
- آموزش به مددجویی که پیس دائمی دارد:



به مددجو آموزش دهید که بعد از 8 تا 10 روز جهت کشیدن بخیه ها مراجعه نماید و طبق تاریخ ها تعیین شده جهت پیگیری مراجعه کند.

- مراقبت از زخم: زخم را روزانه از لحاظ علائم عفونت بررسی نموده و مشکلات را به پزشک معالج خود گزارش نماید.  
- از دستکاری محل جایگذاری پیم خودداری کنید، زیرا می تواند باعث شکستگی یا جدا شدن سیم پیم میکرواز دستگاه گردد.

- در مورد نگهداری پیم: نبض را روزانه کنترل نمایید (آموزش به مددجویایی از افراد خانواده صورت گیرد). در صورتی که نبض کمتر از سرعت قراردادی است، به پزشک اطلاع دهید.  
- از قرار گرفتن در محیط های با ولتاژ بالا، محیط های داری نیروی مغناطیسی یا تشعشع خودداری کنید، زیرا باعث اختلال عملکرد پیم میشود.

- از پوشیدن لباس تنگ خودداری کنید.

- راندن موتورهای بزرگ، ایستادن نزدیک سیم های فشارقوی، ماشین های پر قدرت، انتقال دهنده های امواج

رادیوئی، آهن رباهای صنعتی بزرگ و دستگاه های جوشکاری ممنوع است.

– از نزدیک کردن آهن ربا به دستگاه ضربان ساز خودداری کنید. یک فاصله بی خطر (حدود 150 سانتی متری) را از دستگاه های خوراک پزی میکروویو حفظ نمایید.

– هنگام استفاده از ریش تراش، مسواک برقی و تلفن همراه حداقل فاصله 15 سانتی متر را از پیس میکرو حفظ کنید.

– فلزیاب فرودگاه ها می تواند به وسیله پیس میکرو فعال شود این مسئله را به افراد محافظ تذکر دهید.

– هنگام سفر با هواپیما از نشستن نزدیک آشپزخانه خودداری شود، زیرا غذاهای پروازی به وسیله دستگاه های خوراک پزی میکروویو گرم نگهداشته میشوند.

– از دست زدن به فعالیتهایی که باعث ترومای غیرنافذروی محل جایگذاری دستگاه پیس شود خودداری کنید (مثل بازی فوتبال، تیراندازی با تفنگی که انتهای آن روی شانه قرار می گیرد).

– دزدگیری بعضی از فروشگاه ها روی عملکرد پیس تأثیری ندارد، اگر ناگهان دچار علائم اختلال در کار کرد پیس

میکرشدید فوراً از آن منطقه دور شوید و مسئولین فروشگاه را در جریان بگذارید.

– همیشه کارت شناسائی پیس مکر را با خود داشته باشید (شامل اطلاعات برنامه ریزی، کارخانه پیس میکرو شماره تلفن ضروری).

– قبل از انجام تستهای تشخیصی مخصوصاً MRI با پزشک قلب خود مشورت کنید. از حرکات شدید بازو و شانه ها و بلند کردن وزنه های سنگین تراز 5-2/5 کیلوگرم در عرض 6 هفته اول بعد از جایگذاری پیس میکرو خودداری کنید.

– از خوابیدن روی سینه و شکم خودداری کنید.  
– فعالیت جنسی و رانندگی می تواند پس از 6 هفته از سر گرفته شود.

– وقتی به زمان تخلیه باتری نزدیک میشوید هفته ای یکبار به درمانگاه پیس میکرو مراجعه کنید.

– در ماه اول هفته ای یکبار و در 6 ماه بعدی ماهی یکبار و سپس هر سه ماه یکبار، لازم است به درمانگاه پیس میکرو مراجعه و وضعیت پیس کنترل شود.

- یک روش پیگیری عملکرد پیس میکرانتقال ریتم از طریق خط تلفن می باشد که در درمانگاه پیس میکربه صورت نوار ECG مانیتور می شود. به این ترتیب بدون مراجعه به درمانگاه می توان در مواقع ضروری ریتم مددجو را مانیتور کرد.
- در صورتی که لازم باشد در مددجو دارای پیس میکراز الکترود شوک استفاده گردد موارد زیر را رعایت کنید:
- در صورت امکان از روش قرارگیری پدالها به صورت قدامی خلفی استفاده کنید.
- هنگام استفاده از پدالها ی قدامی آنها را حداقل 10-12/5 سانتی متر دور از دستگاه پیس میکر قرار دهید.
- حتی الامکان از کمترین حد انرژی برای شوک دادن در CPR پیشرفته استفاده کنید (با 200 ژول شروع کنید).
- اگر مددجو پیس موقت دارد، بلافاصله قبل از دفیبریله کردن سیم پیس را از دستگاه پیس میکر جدا کرده، شوک دهید و سپس دوباره آنرا وصل کنید.
- حداقل تا 24 ساعت بعد از شوک دادن، اختلالات احتمالی در عملکرد پیس میکرا کنترل کنید.

- پیس میکروسیله ای است که توسط یک باتری تحریک الکتریکی رابه وسیله لیدهایی به الکترودهای در تماس با قلب تخلیه میکند. این وسیله زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که سیستم هدایتی درونی قلب دچار شکست شود یا غیر قابل اطمینان گردد.

- پیس میکراز دو جزء تشکیل شده اند که شامل یک پالس ژنراتور (دستگاه تولید کننده ایمپالس الکتریکی) و یک سیستم لیدالکترودمی باشد.

- دستگاه تولید کننده ایمپالس می تواند خارجی یا داخلی باشد. دستگاه خارجی برای پیس کردن موقت و برای استفاده در وضعیت های بحرانی ولی موقت (حدود دو هفته) طراحی شده است و به اندازه ی رادیوترانزیستوری کوچک بوده و با باتری خشک کار می کند که کنترل شارژ باتری وظیفه پرستار است. دستگاه دکمه هایی برای تنظیم قدرت و سرعت تخلیه ایمپالس دارد.

- موارد استفاده از پیس میکرومصنوعی :

دیس ریتمی های ناشی از ضعف تشکیل ایمپالس شامل :

- برادی کاردی سینوسی علامت دار

- مکتهای سینوسی مساوی یا بیشتر از سه ثانیه
- سندرم سینوس بیمار
- آسیستول
- دیس ریتمی های ناشی از هدایت بلوک شده شامل:
  - بلوک درجه II نوع دو در درمددجوی دچار MI
  - بلوک درجه III علامت دار
  - بلوک شاخه راست همراه بلوک ناقص شاخه چپ
  - بلوک bifascicular جدید درمددجوی مبتلا به MI
- بلوک متناوب شاخه دسته هدایتی (BBB) همراه با فواصل P-R متغیر
- دیس ریتمی های ناشی از پدیده Reentry شامل:
  - تاکی دیس ریتمی های دهلیزی
  - تاکی دیس ریتمی های بطنی
  - فیبریلاسیون دهلیزی با سرعت بطنی آهسته
- به صورت پروفیلاکسی قبل از جراحی درمددجویانی که تاریخچه ایست قلبی یا بلوک AV داشته اند.  
پیس موقت از راه پوست:

- در صورتی که مددجویه طور ناگهانی دچار برادی کاردی یا آسیستول (به شرط اینکه بیشتر از 10 دقیقه از شروع آن نگذشته باشد) گردد، با استفاده از پیس میکروهای پوستی ضربات سازی اورژانس شروع می گردد. امروزه اکثر دفیبریلاتورها به این سیستم مجهز هستند. الکترودهای ECG پیس بزرگ بوده و در قسمت قدام و خلف قفسه سینه قرار می گیرند. الکترودها به دفیبریلاتور وصل می شوند و دفیبریلاتور بعنوان دستگاه پیس میکرو عمل میکند. در این روش ضربان سازی ایملپالس ها قبل از رسیدن به قلب باید از پوست و بافت های زیر پوستی بگذرند و میتوانند باعث اختلال در آسایش مددجو شده و بهتر است همزمان با استفاده از این نوع پیس میکرو اگر مددجو هوشیار است از داروهای آرام بخش استفاده گردد.

نام فرایند: مراقبت از مددجوی جراحی قلب

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسائل استاندارد انجام کار:**

دستگاه الکتروشوک، تراسی اورژانس

**استاندارد مراحل انجام کار:**

**مراقبتهای قبل از عمل جراحی:**

1 آزمایشات مددجو را بررسی و آماده کنید.

2 هدف از جراحی و مراحل کار را برای مددجو و خانواده وی

توضیح دهید.

3 اطلاعات پایه فیزیولوژیک شامل علائم حیاتی، وزن و ارزیابی

ها آزمایشگاهی و وضعیت روانی مددجو (جهت مقایسه با

بعد از عمل) را کنترل و ثبت کنید.

4 مشکلات قلبی عروقی قبلی که احتمالاً "مددجو را در معرض

خطر عوارض بعد از عمل قرار می دهد (مثل آندوکاردیت باکتریال

، حساسیت) بررسی کنید.

5 درجه اختلال قلبی (مثل دیس پنه هنگام

استراحت) را مشخص کنید.



- 6 نوع داروهای که مددجویان قبلاً "دریافت کرده یا در حال حاضر دریافت می کنند (مثل دیگوکسین) را بررسی کنید:
- الف: آسپیرین باید 9 روز قبل از عمل قطع شود، زیرا فعالیت ضدپلاکتی دارد.
- ب: هپارین و وارفارین 7-5 روز قبل از عمل قطع شود.
- ج: دیژیتال 48 ساعت قبل از عمل قطع گردد.
- د: نیتراتها، پروپرانولول، داروهای ضدآریتمی رامی توان تا شب قبل از عمل مصرف کرد.
- 7 نیازهای یادگیری مددجو و خانواده وی را بررسی کنید.
- 8 مکانیزمهای سازگاری بیماری و سیستم های حمایتی او را تعیین کنید.
- 9 معاینه فیزیکی با تأکید بر ظاهر عمومی، علائم حیاتی، وضعیت تغذیه ای، قد و وزن، مشاهده و لمس قلب PMI، نبض ها، وجود تریل، سمع قلب، صداهای اضافی (S3, S4)، سوفلها، مالش پریکاردی، چگونگی تخلیه ورید ژیگولار، نبض های محیطی و ادم محیطی را انجام دهید.
- 10 - سطح اضطراب مددجو را بررسی کنید.
- 11 - به مددجو توضیح دهید، که بعد از بیهوش آمدن Chest tube خواهد داشت و در 24 تا 48 ساعت اول بعد از عمل برای

کمک به تنفس به دستگاه تهویه مصنوعی وصل می باشد و در طول این مدت قادر به صحبت کردن نخواهد بود و باید از زبان اشاره یا نوشتن و یا تصاویر برای بیان نیازهایش استفاده نماید.

12 - به مددجو توضیح دهید که برای تجویز مایعات یا خون در یکی از بازوهایش یک راه وریدی باز خواهد داشت و برای کنترل علائم حیاتی و سایر مختلفی به وی وصل می شود و برای بررسی ها و مراقبت های پرستاری به طور مکرر بیدار خواهد شد.

13 - به مددجو توضیح دهید، در صورت نیاز به او خون تزریق خواهد شد و خون تزریقی توسط سازمان انتقال خون از نظر بیماریهای قابل انتقال توسط خون مثل ایدز و هپاتیت کنترل شده است.

14 - در مورد درد اجازه دهید مددجو ترسها و نظراتش را ابراز کند. به او اطمینان دهید که ترس از درد طبیعی است و او در دردت تجربه خواهد کرد ولی بطور دقیق تحت نظر خواهد بود و دردها به سرعت با استفاده از داروها، وضعیت های قرارگیری و روشهای آرامسازی کاهش یافته و قابل تحمل خواهد شد.

- 15 - درمورد ساعات ملاقات، نام پرستاری که بامددجو کار خواهد کرد و اومی تواند برای گرفتن اطلاعات با او تماس بگیرد صحبت کنید.
- 16 - درمورد زنگهای (آلارمها) خطر به مددجو توضیح دهید که به صدادرآمدن زنگ نشانه بروز وضعیت خطر برای مددجو نبوده معمولاً"مربوط به کار دستگاہها ست .
- 17 - لزوم انجام تغییر وضعیت، تنفس عمیق و سرفه مؤثر و روش استفاده از اسپرومتری تشویقی را به مددجو خاطر نشان سازید.
- 18 - اطلاعاتی درمورد مدت اقامت مددجو در بخش مراقبتهای ویژه (به صورت تقریبی)، در اختیار مددجو قرار دهید. درمورد ترخیص از بخش، رژیم غذایی و فعالیتهای مجاز در منزل به مددجو توضیحاتی را ارائه دهید.
- 19 - شب قبل از عمل یک داروی آرامبخش مثل دیازپام (طبق تجویز) به مددجو بدهید.
- 20 - معمولاً"قبل از شروع عمل آنتی بیوتیک به صورت پروفیلاکسی مصرف می شود.
- 21 - از مددجو بخواهید (با کمک) چند بار دوش بگیرد بدن را با محلول ضد عفونی کننده دستور داده شده شستشودهند.

22 - محل عمل شیو شود، در صورتی که عمل پیوند عروق  
کرونر قرار است انجام شود، پاها هم شیو شود.

### مراقبتهای حین عمل جراحی :

- 23 - خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 24 - دستها را بشوئید.
- 25 - مددجو را برای مانیتورینگ مداوم حین عمل آماده کنید (وصل کردن مددجو جهت مانیتورینگ ریتم قلب).
- 26 - مددجو را سونداژ کنید.
- 27 - خطوط وریدی جهت تجویز مایعات، داروها و خون برای مددجو نصب کنید.
- 28 - ریتم قلب را حین عمل کنترل کنید.
- 29 - ایمنی و راحتی مددجو را فراهم کنید.
- 30 - پوزیشن مناسب به مددجو بدهید.
- 31 - جهت پیشگیری از عوارض احتمالی حین عمل (دیس ریتمی، خونریزی انفارکتوس میوکارد، آمبولی، شوک، نارسائی کلیه و...) مددجو را تحت مراقبت دقیق قرار دهید.

## مراقبت‌های پس از عمل:

- 32 - پس از انتقال مددجویه بخش ICU کلیه سیستم های مددجو را مورد بررسی قرار دهید و هر 12 ساعت تکرار کنید.
- 33 - سطح هوشیاری مددجو را بررسی کنید.
- 34 - وضعیت بعد از عمل مددجو را با وضعیت قبل از عمل مقایسه کنید (با کنترل علائم حیاتی تا به تعییرات پی ببرید).
- 35 - صداهای قلب را سمع و مانیتورینگ مداوم ریتم قلب و الکتروکاردیوگرام مددجو را انجام دهید.
- 36 - مقدار ترشحات ریه را از نظر کم و زیاد بودن بررسی کنید.
- 37 - لوله تراشه را از نظر باز بودن و قرارگیری صحیح کنترل کنید.
- 38 - با بررسی صداهای ریه و سرفه در صورت نیاز ساکشن انجام دهید.
- 39 - گازهای خون شریانی را کنترل نموده و هرگونه تغییری را به پزشک گزارش کنید.

- 40 - وضعیت مددجو را مکرراً (بعد از ثابت شدن وضعیت مددجو هر 2 ساعت) تغییر دهید.
- 41 - علائم جنگ با دستگاه را مورد بررسی قرار دهید.
- 42 - علائم کلامی و غیر کلامی درد را بررسی و در صورت لزوم، طبق تجویز مسکن تزریق کنید.
- 43 - میزان تأثیر و پاسخ مددجو به مسکن مخدر را ثبت کنید.
- 44 - علائم دپرسیون تنفسی مددجو را کنترل و در صورت نیاز از آنتی دوت مخدر مثل نالوکسان یا نالورفین استفاده کنید.
- 45 - میزان ترشحات چست تیوپ را کنترل و موارد غیر طبیعی را گزارش کنید.
- 46 - طبق استاندارد بخش و وضعیت مددجو او را برای جداسازی از ونتیلاتور و بیرون آوردن لوله تراشه (هر چه سریعتر) آماده کنید.
- 47 - پس از خارج نمودن لوله تراشه مددجو را به تنفس عمیق و سرفه جهت بازنگهداشتن و پاکسازی راههای هوایی تشویق کنید.
- 48 - بعد از خروج لوله تراشه علائم دیسترس تنفسی، تعداد، عمق و مشخصات تنفس و رنگ پوست را مرتباً کنترل کنید (هر گونه تغییر ممکن است نشانه تهویه ناکافی و نیاز به لوله گذاری مجدد باشد).

- 49 - میزان مایعات جذب و دفع را شده را بدقت کنترل کنید.
- 50 - وزن مددجویان روزانه کنترل کنید.
- 51 - الکترولیت‌های خون را روزانه کنترل کنید.
- 52 - اگر مددجویان تهوع ندارد، 4 ساعت بعد از خروج لوله تراشه کم کم به او آب بدهید اگر تحمل کرد بتدریج مایعات صاف شده و بعد غذای جامد داده شود.
- 53 - در صورت بروز علائم نفخ شکمی و فلج ایلیئوس، مددجویان NPO کرده و فوراً مشکل را گزارش دهید.
- 54 - روز بعد از عمل مددجویان به مدت کوتاهی روی تخت نشانده و پاهایش را آویزان کنید.
- 55 - روز دوم برای مدت کوتاهی روی صندلی نشانده شود.
- 56 - در روز سوم یا چهارم بعد از عمل با کنترل علائم حیاتی و حمایت در اطراف تخت قدم بزند.
- 57 - در روزهای هشتم تا نهم تحرک کامل داشته باشد.
- 58 - کلیه موارد انجام شده را بدقت ثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

- بهتر است اکثر اقدامات تشخیص و آزمایشات لازم قبل از بستری شدن مددجویان در بیمارستان انجام شود.

- هدف از آمادگی جسمی مددجورساندن اوبه مهمترین وضعیت کاردکرد قلب وریه میباشد. بیماریهای زمینه ای مددجو باید کنترل گردند (مثلا "درمورد مددجویان دیابتیک قندخون به وضعیت قابل قبول برسد، یا درمددجویان دچار هیپرتانسیون فشارخون در سطح مناسبی کنترل گردد)، هرگونه منبع عفونت در بدن شناسائی و مورد درمان قرار گیرد مثل عفونتهای پوستی و دندان‌ای. استعمال دخانیات چندهفته پیش از عمل جراحی قطع می گردد مگر در مگر درمورد مددجویانی که مصرف زیاد و طولانی مدت سیگار دارند و قادر به ترک نیستند، حتی المقدور تعداد سیگار مصرفی را باید به حداقل رسانید.

- فشارخون: جهت اندازه گیری فشارخون دقیق تر بعد از عمل، از طریق جایگذاری کاتتری داخل شریان رادیال، کنترل فشار داخل شریانی انجام می شود. فشارخون قابل قبول برای مددجو بعد از جراحی قلب محدوده 20mmHg بالاتر یا پائین تر از فشار پایه مددجومی باشد. البته این محدوده به نوع عمل جراحی بستگی دارد. بعد از جراحی دریچه میترال یا آئورت مددجویان ممکن است فشارخون سیستولیک زیر 90mmHg را بدون مشکل تحمل کنند ولی بعد از جراحی



عروق کرونر مددجو ممکن است کاهش فشارخون سیستولیک بیش از 10 mmHg از سطح پایه رانیز تحمل نکند و در این مددجویان حفظ فشارخون دیاستولیک کافی بسیار مهم است زیرا قسمت عمده خونرسانی میوکارد (70٪) در دوره دیاستول صورت میگیرد. افزایش بیش از حد فشارخون در مددجویانی که تحت عمل جراحی پیوند کرونر قرار گرفته اند باعث نشت خون از محل گرافت و باز شدن پیوند می شود.

– نبض ها: نبض رادیال از نظر تعداد، ریتم، حجم کنترل شود. نبض سریع ممکن است نشانگر دیس ریتمی، شوک، ترس، تب، هیپوکسی، نارسائی احتقانی قلب یا خونریزی باشد. نبض رادیال آهسته ممکن است نشان دهنده بلوک قلبی یا آنوکسی شدید باشد.

– عدم وجود نبض در پا ممکن است نشان دهنده انسداد رگهای خونی عضوبه وسیله آمبولی محیطی باشد، که باید فوراً به جراح گزارش شوند.

– درجه حرارت: در ابتدای ورود مددجویه ICU به دلیل هیپوترمی و طول مدت عمل، درجه حرارت پائین و در محدوده 35-36 درجه سانتی گراد می باشد. دمای طبیعی بدن در مدت 4 ساعت و با استفاده از یک پتوی گرم کننده به دست می

آید. ممکن است در طول روز اول و دوم بعد از عمل، درجه حرارت به میزان  $1-1/5$  درجه سانتی گراد افزایش یافته و برای 4-3 روز با باقی بماند که با استفاده از شیاف استامینوفن و کم کردن روانداز مددجو، درجه حرارت کاهش می یابد. افزایش درجه حرارت تا  $38/8$  یا بیشتر یا افزایش مقاوم درجه حرارت بیشتر از 4-5 روز غیر طبیعی تلقی شده و در نتیجه، کم آبی، همولیزناشی از واکنش به ترانسفوزیون خون یا آتکتازی ایجاد می گردد. کاهش غیر طبیعی درجه حرارت در محدوده 36-34/4 درجه سانتی گراد به دنبال شوک یا نارسائی حاد قلبی ایجاد میشوند.

- سیستم تنفسی: تعداد و عمق تنفس کنترل و به وجود تنگی نفس و ویزینگ توجه گردد. جهت تهویه مناسب مددجو دستگاه ونتیلاتور با حجم کافی و تعداد تنفسی مشخص و درصد مناسب اکسیژن تنظیم شده و معمولاً "بر اساس پارامترهای گازهای خون شریانی می باشد. در صورتی که مددجو تنفس خود بخودی دارد بررسی عمق تنفس مهم است زیرا تنفس کم عمق نشانگر وجود دردمی باشد که با دادن مسکن مخدر تصحیح می گردد.

- ترشحات ریه: رنگ خلط به طور طبیعی سفیدونیمه شفاف است. خلط زردرنگ نشان دهنده عفونت و وجود گلبولهای سفید شکسته شده، خلط سبزرنگ متعفن نشانگر عفونت پسو دو مونیایی، خلط قرمز رنگ نشان دهنده خون تازه و خلط قهوه ای نمایانگر خون کهنه می باشد. در این مرحله علاوه بر موارد بالا به علائم همراه مانند تاکی کاردی، دیس پنه، سیانوز و تنفس صدادار توجه کنید.

- صداهای قلبی: صداهای قلب در دوروز اول بعد از عمل جراحی حداقل هر 4 ساعت باید سمع کرد. در اغلب موارد مالش پریکاردی به علت التهاب ناشی از جراحی وجود دارد. ریتم گالوپ احتمالاً "به دلیل افزایش حجم مایعات بدن می باشد. وجود هر گونه سوفل را گزارش نمایید.

- نوارا لکترو کاردیو گرام: در طول 3-4 روز اول بعد از عمل ریتم قلب باید به طور مداوم مانیتور گردد. هر روز در صورت بروز chest pain باید ECG شامل 12 لید استاندارد گرفته شود. جراح در طول عمل جراحی سیم های پیس میکر را در دهلیز قرار می دهد و سردیگر آن از ناحیه زخم قفسه سینه بیرون گذاشته میشود تا در صورت برادی کاردی یا بلوکهای قلبی به دستگاه

پیس میکرو خارجی وصل شوند. این سیم ها باید روکش دار بوده و هنگام وصل به دستگاه باید پرستار دستکش پلاستیکی بپوشد.

– درناژ قفسه سینه: درناژ قفسه سینه از راه کنترل chest tube میسر است. جراح برای خروج هوا و مایع از حفره پلورلوله های چست تیوپ را جایگذاری می نماید تا ریه ها بتوانند عملکرد خود را به خوبی داشته باشند. در اولین ساعت پس از عمل وجود ترشحات حدود 100 میلی لیتر به دنبال اتساع مجدد ریه و فشار منفی که توسط چست تیوپ اعمال می گردد، طبیعی است. پس از آن میزان ترشح مساوی یا کمتر از 2 میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت طبیعی تلقی می شود.

– تعادل مایعات: میزان مایعات جذب و دفع باید بدقت کنترل شود، زیرا ممکن است مدد وجود چاراحتباس مایع یا از دست دادن بیش از حد مایع شود. اندازه گیری وزن روزانه نیز مفید است.

– عملکرد کلیه ها: حجم ادرار مدد وجود رطوبتی 8-12 ساعت بعد از عمل هر یک ساعت اندازه گیری و ثبت گردد (مدد جو سنفولی دارد). میزان طبیعی ادرار بیشتر از 30 میلی لیتر در ساعت می باشد. وزن مخصوص ادرار باید بیدین 1015 تا

1020 بوده و ممکن است به علت الیگوری افزایش وبه دلیل هیدراته شدن بیش از حد کاهش یابد.

– الکترولیت‌های خون: الکترولیت‌های خون به طور روزانه کنترل شود. این الکترولیت‌ها شامل سدیم، پتاسیم و کلر خون بوده و اختلالات آن باید تصحیح شود.

– واکنش عصبی: کنترل سطح هوشیاری، اندازه مردمکها (افزایش حجم  $CO_2$  خون باعث میدریازمیشود) و واکنش آنها، آگاهی فرد به شخص، زمان مکان (اختلال می تواند نشانه آنوکسی یا آمبولی مغزی باشد)، توانائی برای حرکت دادن اندامها (اختلال ممکن است نشانه آمبولی ناحیه حرکتی مغز باشد) را مورد بررسی قرار دهید.

– کنترل سطح هوشیاری: مددجو 1-2 ساعت بعد از عمل باید بیدار شود. ناتوانی در بیداری ممکن است در نتیجه هیپوکسی مغزی، آمبولی هوا، چربی و ترومبوز در مغز باشد.

**فرآیندهای بخش پوست**

کمک در انجام بیوپسی پوست  
درمان با نوراولتراویوله  
مراقبت از گرافت های پوستی  
کمک در لیزر درمانی  
استفاده از دارو های موضعی پوست

## نام فرآیند: کمک در انجام بیوپسی پوست

عامل انجام کار : پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

دستکش - اسکالپ وین شماره 15 یا بیوپسی Excisional -  
ظرف حاوی فرمالدئید 10٪ - ماده بیحس کننده - نخ بخیه 4  
صفر - سرنگ - چسب - فورسپس - برچسب آزمایشگاه و ظرف  
جهت انتقال نمونه به آزمایشگاه

### استاندارد مراحل انجام کار

- 1 - مراحل و روش کار را برای مددجو توضیح داده و به سؤالات وی جهت کاهش اضطرابش پاسخ دهید.
- 2 - از مددجوی خانواده وی رضایت کتبی بگیرید.
- 3 - به مددجو توضیح دهید که نیاز به محدودیت غذایی و مایعات قبل از انجام بیوپسی نیست .

- 4- به مددجو بگوئید که برای حس نکردن درد از دارو های بی حسی موضعی استفاده می شود.
- 5- به مددجو بگوئید که زمان بیوپسی 15 دقیقه طول میکشد.
- 6- تاریخچه بیماری مددجو را از نظر افزایش حساسیت به بی حسی موضعی بررسی کنید.
- 7- مددجو را در وضعیت راحت قرار داده و محل بیوپسی را قبل از تزریق ماده بی حسی تمیز نمائید.
- 8- بعد از جدا نمودن نمونه ، آنرا در محلول فرمالین 10٪ قرار داده و بر روی آن مشخصات مددجو را نوشته و در ظرف مخصوص حمل نمونه سریعاً به آزمایشگاه ارسال کنید.
- 9- برای کنترل خونریزی محل را فشار داده و پانسمان نمائید و در صورت لزوم ناحیه را پس از بخیه پانسمان کنید.
- 10- محل بیوپسی را از نظر خونریزی کنترل نمائید .
- 11- اگر مددجو درد دارد از مسکن استفاده نمائید.
- 12- زمان و محلی را که نمونه برداشته شده، ظاهر نمونه و عوارض احتمالی را ثبت کنید.

**نکات قابل توجه :**



- به مددجو آموزش دهید که در منزل محل بیوپسی را تمیز و خشک نگه دارد به او بگوئید که بخیه های صورت 3-5 روز بعد و تنه 7-14 روز بعد برداشته شود.
- خونریزی و عفونت ناحیه از عوارض بیوپسی است.

### نام فرآیند: درمان با نوراوولتراویوله

**عامل انجام کار : پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد :**

لامپ اولتراویوله - در صورت لزوم داروهای فتوتراپی - کابین جهت نوردرمانی - در صورت لزوم ضدآفتاب - گان و عینک

**استاندارد مراحل انجام کار :**

1 دستور پزشک برای نوع اشعه و طول موج درمان را چک کنید.

2 به مددجو بگوئید که درمان با نوراوولتراویوله یک روش درمانی است که باعث سوختگی مختصر پوست شده که به کاهش و ترمیم ضایعات کمک می کند

3 تاریخچه سلامتی مددجورا جهت موارد کنتراندیکه استفاده از نوردرمانی بررسی کنید. همچنین سؤال کنید که آیا بیمار

- داروی فتوسنسیویتی ( حساس به نور) می گیرد یا خیر ؟ نظیر
- داروهای ضد تشنج- فنوتیازین ها- سالیسیلات ها
  - سولفانامیدها – تتراسایکلین ها- داروهای ضدسرطان
  - 4 4گرممدجو POVA می گیرد مطمئن باشید که یک ساعت ونیم قبل از درمان با نور قرص متوکسالن را خورده باشد.
  - 5 قبل از شروع درمان ،مددجو گان بیمارستانی را خارج کرده و ناحیه ای را که نیاز به نور درمانی دارد در معرض نور اولتراویوله قرار دهد.
  - 6 مطمئن شوید که مددجو از عینک برای محافظت چشمها و حوله وگان برای حفاظت سایر مناطق بدنش استفاده کند.
  - 7 4گرممدجودرمان با UVB موضعی میگیرد او را در یک پوزیشن راحت با فاصله مناسب از منبع نور قرار دهید.
  - 8 4گر پرستار مددجو را از پنجره کابین چک می کند حتماً برای نگاه کردن به وی داخل کابین ازعینک استفاده کند.
  - 9 به مددجو بگوئید که در صورت سرگیجه , به پرستار اطلاع دهد.
  - 10 – بعد از گرفتن نور درمانی به مددجو کمک کرده از کابین خارج شود و به مدت 8 ساعت بعد از درمان در معرض نور خورشید قرار نگیرد.

## نکات قابل توجه:

- زیاد قرار گرفتن در معرض نور اولتراویوله و یارعايت نکردن فاصله لازم از منبع نور اريتم و سوختگی پوست را ایجاد می کند
- برای پیشگیری از عوارض چشمی از عینک یا شیشه تیره در طول نوردرمانی استفاده شود.
- حتی بعد از 24 ساعت از شروع درمان هم مددجو بایستی از عینک استفاده کند چون متوکسالن باعث حساسیت به نور می شود.
- به مددجو بگوئید 4-6 ساعت بعد از UVB و 24 ساعت بعد از PUVA پوست را از نظر قرمزی و تاول ، پوسته ریزی یا نشانه های دیگر کنترل کند.
- گاهی بعد از 24 ساعت اريتم و قرمزی برطرف می شود . به مددجوبگوئید که خشکی مختصر پوست در طول 1-2 روز ممکن است وجود داشته باشد. به مددجو آموزش دهید که چگونه از پوست خود محافظت کند. اگر عوارض پوستی در

پوست ظاهر شد به پزشک اطلاع دهد. گاهی در اثر بروز عوارض ، پزشک درمان را برای چندین روز متوقف کرده و یا دوز اشعه را کاهش می دهد.

– قبل از گرفتن متوکسالن تست های کبدی و عملکرد کبد را کنترل کنید و همراه با متوکسالن داروهایی که باعث سمیت کبد می شود داده نشود . قبل از شروع درمان و درحین درمان چک و کنترل تست های کبدی و چربی خون و CBC لازم است.

– اگر پزشک همراه با UVB ترکیبات تار را تجویز کرد قبل از نوردرمانی بایستی بطور کامل پوست از دارو پاک شود.

– اریتم، تهوع و خارش عوارض بزرگ و کوتاه مدت PUVA می باشد که بایستی به مددجو گفته شود

– راهنمای مراقبت از پوست :

– مددجویی که تحت درمان با نور اولتراویوله است بایستی بداند که چگونه از صدمات پوستی پیشگیری کند.

– به مددجو آموزش دهید که از چرب کننده استفاده کرده و به میزان کافی مایعات بنوشد تا از خشکی پوست پیشگیری شود به وی اخطار دهید که از حمام های گرم و شستشوی

طولانی با صابون پرهیز کند چون باعث خشکی پوست می شود.

– به مدد آموزش دهید که قبل از مصرف هرگونه دارو (مثل آسپرین) برای پیشگیری از حساسیت به نور، با پزشک معالج مشورت نماید.

– اگر مددجو PUVA می گیرد دوز متوکسالن مصرفی را جهت پیشگیری از سوختگی و عوارض جانبی کنترل نماید.

– از عینک مناسب برای حداقل 24 ساعت بعد از PUVA و مصرف متوکسالن استفاده کند. هر سال جهت معاینه چشم هایش به چشم پزشک مراجعه نماید.

– اگر مددجو در منزل از نور درمانی استفاده می کند به مدت 5 دقیقه اجازه دهد که ابتدا لامپ ها گرم شوند و سپس در معرض نور قرار گیرد و از عینک استفاده کند.

– به مددجو در مورد انجام کمکهای اولیه در سوختگی های موضعی آموزش دهید و در سوختگی شدید از حمام با آب سرد استفاده کند .

– به مددجو بگویید که در معرض نور خورشید قرار نگیرد و از ضدآفتاب استفاده کند و هر ضایعه پوستی را به پزشک اطلاع دهد

– از بکار بردن صابون های معطرو مواد شیمیایی روی پوست بپرهیزد.

## نام فرآیند : مراقبت از گرافت های پوستی

عامل انجام کار : پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

- مسکن تجویز شده - دستکش تمیز و استریل - گان استریل -
- پوشش سر - ماسک - فورسپس استریل - قیچی استریل -
- اسکالپل استریل - گاز - گاز وازلین - محلول نرمال سالین گرم -
- باند الاستیک - کرم مرطوب کننده

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1 - روش و مراحل کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 2 - خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 3 - مسکن خوراکی تجویز شده را 20-30 دقیقه قبل از شروع به کار به مددجو بدهید و یا مسکن تزریقی را قبل از انجام کار، برای وی تزریق کنید.
- 4 - دستهایتان را بشوئید.
- 5 - گان - ماسک - کلاه و دستکش را بپوشید
- 6 - پانسمان را بدقت و آهستگی برداشته (مراقب صدمه به گرافت باشید) و ناحیه را با نرمال سالین گرم بشوئید.

- 7 - گاز وازلین را به گونه ای بردارید تا از وارد آمدن فشار روی ناحیه گرفت خودداری شود .
- 8 - دستکش را خارج کرده و دور بیاندازید.
- 9 - دستها را شسته و دستکش استریل را بپوشید.
- 10 - محل گرفت و موقعیت آن را بررسی کنید. اگر ترشح چرکی دارد به پزشک اطلاع دهید.
- 11 - گاز وازلین را با فورسپس استریل برداشته و محل را تمیز نمایید اگر لازم است گاز وازلین را با محلول نرمال سالین گرم برای جدا شدن راحت خیس کنید.
- 12 - آلوگرافت را از نظر نشانه های بازپس زدن (Rejection) نظیر عفونت- دیر ترمیم شدن بررسی کنید . گرفت را از نظر وجود تاول بررسی نمایید.
- 13 - روی ناحیه برای کمک به ترمیم زخم و جلوگیری از عفونت گاز وازلین تازه قرار دهید و روی آن را با گاز و بانداژ الاستیک بپوشانید.
- 14 - نواحی اطراف زخم را تمیز کرده و کرم مرطوب کننده برای جلوگیری از اسکار روی آن قرار دهید.
- 15 - زمان و تاریخ پانسمان , داروهای مورد استفاده, پاسخ مددجو به دارو درمانی, وضعیت گرفت, علایم عفونت یا پس



زدن، درمان های اضافه و عکس العمل مددجو به گرافت را ثبت نمائید.

مراقبت از محل دهنده گرافت:

- 17 - دست ها را شسته و دستکش استریل به دست کنید
- 18 - لایه های خارجی گاز پانسمان که در 24 ساعت گذشته گذاشته شده است، را بردارید.
- 19 - گاز وازلین را از نظر نشانه های عفونت بررسی کنید سپس آنرا برداشته و زخم را جهت ترمیم و رسیدن هوا بازنگه دارید.
- 20 - اگر تجمع مایع روی زخم وجود دارد آنرا پاک کنید . در این کار از روش استریل استفاده کنید . اگر مقدار زیادی مایع جمع شده است آنرا با یک سرنگ درناژ کنید.
- 21 - کرم حاوی لانولین را روزانه روی زخم دهنده گرافت برای از بین رفتن دلمه زخم بکار ببرید.

### **نکات قابل توجه :**

- برای جلوگیری از فشار به ناحیه گرافت مایع درمانی مداوم به مدت 2-4 روز بعد از عمل گرافت لازم است.
- از بستن کاف فشار خون روی محل گرافت خودداری کنید.

- از فشار دادن یا کشیدن پانسمان در زمان تعویض پانسمان خودداری کنید و به مددجو بگوئید که روی موضع گرافت ن خوابد.
  - اگر گرافت جابجا شد محل گرافت را کمپرس مرطوب کرده تا جراح محل گرافت را بررسی کند.
  - اگر گرافت روی بازو و یا ساق پا است برای پیشگیری از ادم موضع را بالا نگه دارید.
  - خونریزی و علائم عصبی عروقی نظیر دردوبی حسی راچک کنید.
- مراقبت در منزل :
- به مددجو آموزش دهید که چگونه از کرم های مرطوب کنند استفاده کند.
  - از کرم های ضدآفتاب با SPF 20 یا بیشتر در ناحیه گرافت برای پیشگیری از آفتاب سوختگی و تغییر رنگ ناحیه گرافت استفاده شود.
- عوارض:
- تروما - ضربه - هماتوم و عفونت از عوارض گرافت پوستی است .

– بستر نامناسب گرافت و وضعیت تغذیه ای روی گرافت  
اثر گذاشته و باعث بازپس زدن گرافت می شود.

## نام فرآیند: کمک در لیزر درمانی

### عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد : دستگاه لیزر- تانک های

- صورت فیلتر کننده – پوشش چشم ( عینک مخصوص ) –
- وکیوم – فیلتر های وکیوم – پماد آنتی بیوتیک – لباس
- استریل – گاز استریل – گاز بیهوشی – محلول های تمیز
- کننده- پانسمان – چسب – اپلیکاتور – وسایل جراحی که
- رفلکس گذر ایجاد نکنند- گان – ماسک و دستکش

مراحل استاندارد انجام کار :

1 قبل از شروع به کار ترالی را آماده کنید که شامل ماده بیحس کننده موضعی - گاز های خشک و مرطوب - گاز برای کنترل خونریزی و محافظت بافت سالم و برداشتن ضایعات، است .

2 مراحل و روش کار را برای مددجو توضیح دهید.

3 دستها را بشوئید.

4 خلوت مددجو را حفظ کنید.

5 مددجو را در پوزیشن راحت قرار داده و گاز استریل را اطراف محل قرار دهید.

6 داروی بیحسی را بکار ببرید.

7 تا شروع اثر داروی بیحسی و کیوم را فعال کرده تا بافت های تبخیر شده در اثر لیزر CO<sub>2</sub> را جمع آوری کرده و خارج نماید.

8 بعد از اتمام کار با گاز استریل موضع را برای کنترل خونریزی

20 دقیقه فشار دهید در صورت ادامه خونریزی به پزشک

اطلاع دهید.

9 بعد از کنترل خونریزی با روش استریل با استفاده از

اپلیکاتور و یا محلول دستور داده شده ، ناحیه را تمیز کرده و

پک نمائید ، پماد آنتی بیوتیک روی گاز استریل قرار داده و آنرا

روی زخم قرار دهید.

- 10 - به مددجو بگوئید که بعد از انجام لیزر ، پوست کمی قرمز شده و گاهی اسکار و زخم بر جای می گذارد که بعد از عمل رفع می شود.
- 11 - به مددجو بگوئید که در مدت لیزر ممکن است بوی سوختگی و دود به مشام برسد.
- 12 - به مددجو بگوئید که در طول مدت لیزر احساس گرما خواهد کرد .
- 13 - به مددجو یادآوری کنید، در صورت درد اطلاع دهد.
- 14 - نوع پوست مددجو را قبل از لیزر درمانی ، خونریزی ، نوع پانسمان و درد را ثبت و گزارش نمائید.
- 15 - آموزش های داده شده برای مراقبت از موضع در منزل را هم ثبت کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- لیزر درمانی به صورت سر پایی انجام می شود.
- پرستار بایستی اطلاعات لازم در مورد عمل لیزر را داشته و از نکات ایمنی ان برای مددجویان و کار کنان آگاهی داشته باشد.

- وقتی قدرت ساکشن و کیوم کاهش یافت بایستی فیلتر آن را تعویض نمائید
- لیزرهای عروقی و پیگمانته روی زخم اثری ندارند و فقط تغییراتی روی سطح پوست بوجود می آورند.  
مراقبت در منزل :
- به مددجو آموزش دهید چگونه زخم و پانسمان آنرا روزانه چک کند
- به مددجو بگوئید که می تواند زخم را روزانه شستشو دهد ولی آنرا در آب غوطه ور نکند.
- اگر زخم خونریزی کرد به مدت 20 دقیقه با یک گاز استریل آنرا فشار دهد و اگر با فشار خونریزی کنترل نشد به پزشک اطلاع دهد.
- اگر لیزر روی پای مددجویانجام شده به او بگوئید که پاهایش را بالا نگه دارد چون فشار مانع از ترمیم زخم می شود.
- به مددجو بگوئید که محل لیزر را از نور خورشید بخاطر تغییرات رنگدانه محافظت کند.

- به او بگوئید که اگر درجه حرارت بدن او  $38/8$  درجه سانتی گراد یا  $100$  درجه فارنهایت شد و یک روز هم تب داشت به پزشک اطلاع دهد.
- خونریزی ، اسکار و عفونت از عوارض لیزر درمانی است.

نام فرآیند : استفاده از دارو های موضعی پوست

عامل انجام کار : پرستار، بهیار

## وسایل و تجهیزات استاندارد:

داروی دستور داده شده - دستکش - گاز استریل - پانسمان  
نیم جاذب - پانسمان شفاف - چسب - مراحل استاندارد  
انجام کار :

- 1 داروی مددجو را با دستور پزشک کنترل نمائید
- 2 قبل از باز کردن پوشش دارو نام دارو را مجدداً خوانده و آنرا کنترل کنید سپس دارو را از پوشش آن خارج کرده تاریخ انقضاء دارو را کنترل کنید.
- 3 نام مددجو را با صدا کردن او کنترل کرده ( شماره تخت و شماره اتاق او را نیز چک کنید).
- 4 از حفظ خلوت بیمار مطمئن شوید .
- 5 روش کار را برای مددجو توضیح دهید.
- 6 دست ها را شسته و دستکش به دست کنید.
- 7 مددجو را در یک وضعیت راحت قرار دهید.
- 8 لباس مددجو را درآورده و پوست وی را از نظر وجود ضایعه بررسی کنید.



- 9 اگر لازم باشد پوست را از ضایعاتی مثل کراحت (دلمه) -  
پوسته ها و دارو های قبلی پاک و تمیز کنید و قبل از شروع کار  
لازم است که دستکش خود را عوض کنید.

### استفاده از کرم یا پماد

- 10 - در قوطی را باز کرده و مقداری از کرم یا پماد را به  
روش استریل برای جلوگیری از انتقال عفونت روی دستکش  
دستتان قرار دهید.

- 11 - دارو را به آرامی روی پوست بمالید. از فشار بر روی  
فولیکول مو خود داری کنید چون باعث فولیکولیت می شود از  
وارد کردن هر گونه فشار اضافه روی پوست خودداری نمائید.

- 12 - برای پیشگیری از انتقال عفونت ، برای هر بار خارج  
کردن دارو از محفظه آن ، از یک اسپچولا استفاده کنید.

### تمیز کردن پوست از پماد :

- 13 - دست ها را شسته و دستکش به دست کنید.  
14 - با یک گاز آغشته به محلول تمیز کننده سطح پوست را  
به آرامی تمیز کرده، روغن اضافه را از روی پوست پاک کنید -  
به پوست فشار نیاورید.

روش بکار بردن شامپو روی پوست سر ( مو):

- 15 - مددجو را آماده کنید.
- 16 - شیشه شامپو را خوب تکان بدهید تا محلول آن یکنواخت شود.
- 17 - موهای مددجو را خیس کنید.
- 18 - نام شامپو را با دستور پزشک چک کنید.
- 19 - مقدار مناسبی از شامپو را با آب مخلوط کرده و روی سرمددجو بریزید و با انگشتان موهای سر را شستشو دهید.
- 20 - بعد از 5-10 دقیقه سر و موها را شسته تا شامپو از پوست سر پاک شود.
- 21 - موهای مددجو را با حوله خشک کنید.
- 22 - بعد از خشک کردن موها، آن را شانه کنید.
- 23 - از شانه با دندانهای مناسب برای خارج کردن Nits در صورت لزوم استفاده نمائید.

### روش بکار بردن آئروسول :

- 24 - ظرف محتوی آئروسول را تکان داده تا دارو مخلوط شود.
- 25 - ظرف دارو را 6-12 اینچ ( 15 تا 30 سانتیمتر) یا طبق دستور شرکت سازنده دورتر از سطح پوست نگه دارید.

## روش بکار بردن پودر :

- 26 - پودر را روی سطوح خشک پوست بکار ببرید .
- 27 - مطمئن شوید که رطوبت از سطح پوست پاک شده باشد.
- 28 - یک لایه نازک از پودر روی منطقه ای که قرار است درمان شود قرار دهید.
- 29 - برای پیشگیری از تماس لباس با پوست درمان شده سطح را با گاز استریل بپوشانید.
- 30 - اگر داروهای موضعی را روی دست و پا بکار می برید موضع را با دستکش یا جوراب نخی بپوشانید.
- 31 - اگر برای بچه ها از دارو های موضعی مثل استروئید استفاده می کنید موضع را با پوشک پوشانده و از بکار بردن پوشش نایلونی خودداری کنید.
- 32 - پوست مددجو را از نظر علائم تحریک, واکنش های آلرژیک و شکنندگی بررسی کنید.
- 33 - زمان, تاریخ, محل پوست و موقعیت پوست مددجو که دارو استفاده می شود را ثبت کنید.

**نکات قابل توجه:**

- ابتدا پوست را از داروی قبلی تمیز کنید و سپس دارو را به محل بمالید.
- برای پیشگیری از جذب دارو بوسیله پوست دست از دستکش استفاده نمایید.
- در صورت وجود عفونت پوستی حتماً از دستکش استریل استفاده کنید.
- پماد را روی غشاء های مخاطی قرار ندهید زیرا باعث سرعت جذب بالا احتمال تحریک و ناراحتی وجود دارد
- از مالیدن پماد روی پلک یا کانال گوش خودداری کنید، زیرا ممکن است باعث انسداد مجاری گوش و مجرای اشکی شود.
- پوست را از نظر وجود علائم عوارض دارویی نظیرعلائم واکنش های آلرژیک کنترل کنید.
- برای بعضی دارو ها مثل استروئید های موضعی استفاده از پانسمان جاذب ممنوعیت دارد.
- تحریک پوستی ، راش یا واکنش های آلرژیک از عوارض این روش است.

## فرآیندهای بخش روانی

پذیرش مددجو

ارتباط پرستار با مددجو

ارتباط با مددجوی دچار اختلالات اضطرابی

فرار مددجو

دارو درمانی

جلوگیری از آسیب (خودکشی - خود آزاری)

مهار فیزیکی مددجوی پرخاشگر

## عنوان فرایند: پذیرش مددجو

عامل انجام کار: پرستار-بهبیار

وسائل و تجهیزات استاندارد:

پرونده مددجویان , کاردکس

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 دستورپزشک را مبنی بر بستری مددجو چک کنید.
- 2 رضایت نامه پرونده را چک کنید.
- 3 لباس بیمارستان به مددجو داده و البسه او را تحویل خانواده وی دهید.

- 4 پول و اشیاء قیمتی و زینت آلات او را در حضور مددجو و پرسنل بخش تحویل خانواده وی داده و رسیداخذ کنید و در گزارش پرستاری ثبت کنید.
- 5 لیست لوازم مورد نیاز وی را تحویل بستگان مددجو دهید و به آنها توضیح دهید که بر حسب نیاز مددجو، وسائل درخواستی وی را تهیه و تحویل بخش دهند.
- 6 در صورت پر خاشگری در صورت دستور آرام بخش تزریق کنید.
- 7 در صورت شدت پر خاشگری جهت جلوگیری از آسیب به خود و دیگران تا آرام شدن وی را در اتاق ایزوله فیکس کنید.
- 8 مددجو را شناسایی کرده و وضعیت بالینی او را بررسی کنید.
- 9 با توجه به مشکل جسمی و وضعیت روحی-روانی مددجو تخت وی را مشخص کنید.
- 10 - تا حد امکان راحتی مددجو را فراهم کرده و وسایلی که مددجو در مراقبتهای روزانه به آن نیاز دارد در اختیار او قرار دهید.
- 11 - مددجو را به هم اتاقی ها و پرسنل بخش معرفی کنید.

- 12 - تخت مددجو را با توجه به مشکل وی در وضعیت مناسب قرار دهید.
- 13 - درجه حرارت، نور و تهویه اتاق را تنظیم کنید.
- 14 - داروهای مصرفی مددجو را از او سؤال کرده، در پرونده ثبت کرده و از او بگیریید. در صورتی که در بخش موجود است آنها را به خانواده مددجو تحویل دهید.
- 15 - خود و سایر همکاران را به مددجو معرفی کنید.
- 16 - نام مددجو را با فرم پذیرش وی تطبیق داده و صحت آن را کنترل کنید.
- 17 - علائم حیاتی مددجو را کنترل و ثبت کنید.
- 18 - وزن و قد مددجو را اندازه گیری و ثبت کنید.
- 19 - مددجو را از مقررات بیمارستان و روتین بخش آگاه کنید (از جمله ساعات غذا دادن، ساعات ملاقات، زمان گرفتن علائم حیاتی روتین بخش، زمان دارو دادن و ...).
- 20 - تاریخچه کاملی از مددجو گرفته و در پرونده اش ثبت نمائید (شامل دفعات بستری شدن در بیمارستان، سابقه بیماریهای قبلی، سابقه عمل جراحی، سابقه مصرف دارو، سابقه آلرژی به دارو یا غذا، علت مراجعه از زبان خود مددجو و شکایت



اصلی مددجو، وجود هر گونه ضایعه از جمله کبودی-سوختگی یا تغییر رنگ، تاریخچه بیماریهای خانوادگی و ...).

21 - به مددجو در مورد محدودیت های مواد غذایی یا مایعات طبق دستور پزشک، آموزش دهید.

22 - در صورتی که مددجو نقص در شنوایی یا بینایی دارد تدابیر لازم را بیندیشید.

23 - ثبت مواردی از جمله از دست راست مددجو فشار گرفته نشود یا مددجو CBR است در بالای سر مددجو ضرورت دارد اما مواردی از جمله HIV+ یا حتی مشکل مددجو در صورتی که مددجو رضایت ندارد باید بصورت محرمانه بین پرسنل و در پرونده باشد.

24 - قبل از ترک اتاق مددجو حتماً از راحتی مددجو مطمئن شوید.

### نکات قابل توجه:

- پذیرش مددجو در ساعات اداری از طریق پذیرش و بنابه تشخیص پزشک درمانگاه میباشد.

- در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل پذیرش مددجویان اورژانسی، توسط پزشک کشیک انجام میشود.

- دستور بستری در فرم خاص همراه با مشخصات کامل مددجو و علت بستری نوشته میشود که ممهور به مهر و امضاء و شماره نظام پزشکی میباشد.
- اجازه ملاقات خارج از ساعات مقرر مجاز نمی باشد، مگر با اجازه سرپرستار که ضرورت آنرا تشخیص دهد. علت مراجعه ملاقات کننده، و ساعات ملاقات با خود کار قمر مزد در کار دکس و گزارش پرستاری جهت اطلاع پرسنل ذکر میشود.
- گرفتن رضایتنامه ECT باید توسط یکی از اعضاء خانواده مددجو که سن قانونی دارد پر شده و امضاء گردد و مسئول پذیرش یا پرستاری که هنگام گرفتن رضایتنامه حضور دارد باید به عنوان شاهد امضاء همراه مددجو را تأیید نماید.
- در بعضی موارد که بدستور پزشک مددجویی ممنوع الملاقات میشود باید بلافاصله به نگهبانی اطلاع داده شود تا از ورود ملاقات کنندگان مددجوبه بخش جلوگیری کنند.
- قوانین حاکم در بستری کردن مددجو:
- پذیرش غیر رسمی:** طبق مدل بیمارستان عمومی صورت میگیرد، در آن مددجو در واحد روانپزشکی یک بیمارستان عمومی با همان اصولی که یک مددجوی داخلی و یا جراحی پذیرفته میشود، بستری میگردد، تحت چنین شرایطی، روابط معمولی

پزشک -مددجو برقرار شده و مددجو برای بستری شدن و ترک بیمارستان, حتی برخلاف توصیه طبی, مختار است.

- پذیرش داوطلبانه: در این نوع پذیرش مددجو تقاضای پذیرش در بیمارستان روانی میکند. چنین مددجویی ممکن است به توصیه پزشک معالج خود یا تصمیم شخصی وارد بیمارستان شود. در هر حال, مددجو توسط یکی از روانپزشکان بیمارستان معاینه میشود و اگر ضرورتی برای بستری شدن احساس شود, بستری میگردد.

- **پذیرش موقت** (پذیرش فوری و به توصیه یک نفر پزشک): در مورد مددجویانی که جهت بررسی وضعیت روانی توسط مقامات قضائی و یا یک نفر پزشک معرفی میشوند و پس از مراجعه به بیمارستان نیاز به بستری شدن را باید یکی از روانپزشکان بیمارستان تأیید نمایند, و موقت خوانده شدن این روش به این دلیل است که مددجو را برخلاف میلش بیش از 15 روز نمی توان بستری نمود.

- پذیرش جبری: این نوع پذیرش بر مبنای خطر زابودن مددجو است مثل مددجویان انتحاری که مددجو نسبت به خود خطرناک است و یا مددجویانی که نسبت به دیگران منبع خطر شمرده میشوند, مثل مددجویانی که قصد دیگرکشی

دارند. چون این مددجویان نیاز خود را به بستری شدن تشخیص نمی دهند، درخواست پذیرش را باید یکی از بستگان او امضاء نمایند.

- در مورد مددجویان مجرم وزندانی ینز پس از درخواست کتبی از طرف نهاد معرفی شده توسط پزشک معاینه و در صورت نیاز به بستری شدن همراه با مأموری از طرف نیروهای انتظامی در بخش بستری میشود، باید مراقب بود که به مددجو دستبند و یا پابند زده نشود، زیرا برای مددجو و سایر مددجویان از نظر روحی ناراحت کننده است و عملی است غیر اخلاقی و غیر قانونی، و مسئولیت فرار مددجو نیز بر عهده مأمور مراقب وی است.

### نام فرآیند: ارتباط

**عامل انجام کار:** پرستار، بهیار و کمک بهیار (موارد مشترک

با کمک بهیار با علامت \* مشخص شده است)

**وسایل و تجهیزات:**

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- \*قبل از ورود به اتاق بیمار در بزنید.
- خود را معرفی کرده، هدف و منظور خود را از ارتباط بیان نمایید.
- \*افراد را با صدا زدن نام، گفتن لطفا و تشکر آنها را، مخاطب قرار دهید.(استفاده از نام های کوچک برای کودکان،مددجویان گیج یا بیهوش مناسب است).
- \*در صورت انجام غیر عمدی اشتباهی عذر خواهی نمایید.
- با مددجو ارتباط چشمی برقرار کرده و تبسم نمایید.
- \*از بکاربردن اصطلاحات محبت آمیزمانند "عزیز،پدر،پدر بزرگ" و... بجای استفاده از نام شخص اجتناب کنید.
- \*از ارجاع مددجویان به وسیله تشخیص بیماری، شماره اتاق، یا صفت‌های دیگر اجتناب کنید.
- \*از طریق حفظ اطلاعات مددجو که ماهیت راز دارند به طور صحیح خلوت وی را تأمین کنید.
- \*اعتماد مددجو را جلب کنید.قابل اعتماد نبودن یا درستکار نبودن به طور جدی ارتباط را کاهش میدهد.
- در مواقع مورد نیاز مددجو در دسترس باشید.دردسترس بودن یک تکنیک و روش ارتباط است که برای رساندن میل و

رضایت پرستار برای گوش دادن، صحبت کردن و به طور فیزیکی حاضر بودن برای شخص دیگر بهکار میرود. با مددجو همدلی کنید، عبارت همدلی بیطرف و بدون داوری است. این عبارت میتواند برای ایجاد اعتماد در موقعیت های خیلی دشوار بهکار برده شوند.

با مددجو همدردی کنید. همدردی به غمگین بودن یا احساس ترحم و دلسوزی به وسیله پرستار برای مددجو مربوط می شود.

به طور فعال گوش بدهید و پاسخ دهید. گوش کردن فعال به معنی گوش کردن باتمام وجود، فکر، جسم و روان فرد می باشد. شامل گوش دادن به عقاید اصلی و حمایتی، تصدیق و پاسخ، بازخورد مناسب داشتن و توجه داشتن به کل گفتگوی فرد دیگر (مضمون، منظور، احساسات بیان شده) است.

پیشنهادات لازم را به مددجو ارائه دهید. ارائه اطلاعات، خواه اطلاعات واقعی یا توصیه حرفهای، به کاهش اضطراب و برآوردن نیازهای مددجو در جهت سلامت و امنیت کمک میکند.

- هر تکنیک ارتباطی را برای مددجو تفسیر کنید. تفسیر کردن یک تکنیک ارتباطی است که در آن گیرنده، پیام را با کلمات خود بیان میکند. این ارتباط جهت نشان دادن دریافت صحیح و دقیق اطلاعات استفاده می شود.
- \*از بیان واضح و مناسب استفاده کنید.
  - \*از گوش دادن بیتوجه اجتناب کنید.
  - \*از به کار بردن اصطلاحات پزشکی اجتناب کنید.
  - \*از بیان عقاید شخصی اجتناب کنید.
  - \*از کنجکاوی بیمورد اجتناب کنید. پرسش سؤالاتی که مرتبط با موقعیت فرد نیستند نامناسب است و شایسته است که پرستار از خود کنجکاوی نشان ندهد. این سؤالات آزاردهنده و غیرضروری میباشند، مگر اینکه مددجو خود بخواهد اطلاعات خصوصی خود را به پرستار بیان کند.
- از تغییر موضوع اجتناب کنید. وقتی که فرستنده سعی در برقراری ارتباط دارد، تغییر موضوع نشان دهنده یک نوع خلاء و کمبود همدلی میباشد. این امر باعث قطع ارتباط می شود و ممکن است مددجو اطلاعات مهم و مناسب را ندهد یا احساس نارضایتی کند. در صورتی که تغییر موضوع ضروری باشد پرستار باید علت آنرا توضیح دهد.

پذیرش و واکنش مناسب از خود نشان دهید. نشان دادن پذیرش یکی از مهمترین واکنش‌هایی است که در یک ارتباط درمانی استفاده میشود. علائم پذیرش به صورت شنیدن ابراز اطلاع از آن است. البته این بدین معنی نیست که پرستار با کارها یا واکنش‌هایی که افراد انجام میدهند موافق است. پذیرش می‌تواند به صورت یک واکنش مثبت یا اطمینان‌دهی از طریق بیان کلامی یا غیرکلامی و به صورت ایما و اشاره، استفاده از لمس یا بازگو کردن جملات فرد و اجتناب از بحث و مباحثه باشد.

از تصویب یا عدم تصویب اجتناب کنید. پرستار خود را به عنوان یک ارزیاب نشان میدهد و باید خود را به عنوان یک کمک‌کننده نشان دهد. چیزهایی که یک پرستار باید در طول یک گفتگو از آنها استفاده کند شامل: آیا، باید، خوب، بد، درست یا اشتباه میباشد. پرستار میتواند پذیرش و موافق یا عدم موافق بودن خود را با کمک سایر افراد نشان دهد.

از بحث با مددجو اجتناب کنید. بحث برخلاف نظر افراد ممکن است باعث کاهش قدرت فرستادن پیام شود. چنین حالتی ممکن است باعث دروغ گفتن، یا عدم تفاهم با فرد شود.



از حالت تدافعی اجتناب کنید. عدم دفاع در برابر فرستنده باعث درست فرستاده شدن پیام و عقاید توسط وی میشود. وقتی که حالت دفاعی وجود داشته باشد و به صورت دفاع فردی، دفاع تیم مراقبت سلامت یا دفاع در برابر دیگران باشد، ارتباط با فرستنده به درستی برقرار نمیشود. در صورت لزوم از سکوت استفاده کنید. در مواردی برای راحتی ارتباط از سکوت استفاده کنید. بیشتر افراد به طور طبیعی تمایل به صحبت کردن دارند ولی گاهی اوقات زمانی است که پرستار و مددجو به یکدیگر نگاه میکنند و در مورد بیان جملات و آنچه که قرار است گفته شود و همین طور چگونگی ارتباط فکر میکنند. سکوت یکی از راههای درمانی مناسب است که در طی ارتباط با مددجو بهکار می-رود.

به مددجو با نشان دادن واکنش مثبت جهت دستیابی به اهداف باعث ایجاد امیدواری در وی شوید. امید و آرزو یکی از راههای یادگیری و ارتباط درست با دیگران است. امید و آرزو میتواند باعث تقویت ارتباط و منابع ارتباطی در آینده بین فرستنده و دیگران شود.

\*از اطمینان دادن نادرست به مددجو اجتناب کنید. اکثر اوقات خطرات اطمینان دادن نادرست بیشتر از فواید آن می باشد، اگرچه ممکن است کمک پرستار از ایجاد استرس در فرستنده بکاهد، ولی باعث قطع ارتباط و یک احساس قطع تشویق می شود.

از اجتماعی کردن نامناسب اجتناب کنید. اجتماعی کردن یکی از مهمترین راههای برقراری ارتباط در پرستاران میباشد. اجتماعی کردن یکی از راههای مناسب جهت کمک به آرامش افراد میباشد. پرستاران ممکن است که از گفتگوهای اجتماعی در ایجاد ارتباط و کمک به راحتی مددجو و تحکیم ارتباط استفاده کنند. وجود یک رابطه گرم و دوستانه در کمک به پایداری ارتباط نقش مهمی دارد. وقتی که پرستار صحبت‌هایی در مورد سلامت مددجو می کند، صحبت در مورد مسائل اجتماعی امر نامناسبی است. زمان و مکان در این مورد تأثیر بسیار زیادی دارد. از پاسخ مثبت خوداری کنید. در مواردی مانند احساس خشم، افسردگی، گنجی و از دست دادن امیدواری نباید از پاسخ مثبت استفاده کرد.

\*از واکنشهای تهاجمی استفاده نکنید. مهاجم بودن واکنشی است که در شرایط مواجهه شدن با خشم در سایر افراد ایجاد میشود. این افراد ویژگیهایی چون عصبانیت، ناامیدی، خشم و استرس دارند.

\*از شوخیهای نامناسب اجتناب کنید. شوخی یکی از استراتژیهای مؤثر بر شناسائی شخصیت افراد می باشد که باعث تحریک خنده و یک احساس خوب در افراد میشود. ناراحتیهای ذهنی آنها را کاهش میدهد و با ایجاد تغییر حالت در فرد و کاهش فشار محیط کمک بسیاری میکند. یکی از مشکلاتی که شوخی کردن دارد، شوخی کردن در زمانهای نامناسبی چون وجود مشکلات و یا شرایط تروماتیک میباشد که باعث ایجاد فشار یا استرس میشود. پرستار باید تشخیص دهد که آیا بیان جوک در چنین شرایطی میتواند باعث خنده شود یا به عبارت دیگر جوک موفقیتآمیز خواهد بود یا نه، وقتی که پرستار یک جوک را عنوان میکند، مددجو باید آنرا گوش دهد در غیر این صورت باعث ایجاد ناراحتی روحی می شود.

\*از لمس نابجا اجتناب کنید. لمس یکی از مهمترین اقدامات پرستاری در امر برقراری ارتباط است پیامهای زیادی چون

حمایتهای روحی، تشویق، حساسیت‌پذیری و توجهات شخصی در اثر لمس دریافت میشود. یک لمس ساده می‌تواند باعث کاهش شرایط ناگوار جسمی و روحی در مددجو شود. لمس نابجا ممکن است باعث ایجاد عوارض منفی در فرد شود. لمس نابجا ممکن است به صورت لمس نواحی دردناک بدن و عوامل شبیه آن باشد. در هنگام لمس پرستار نباید عصبانی یا خشمگین باشد و نباید لمس را با تحریک، تهدید کننده و دردناک انجام دهد.

\*از حساسیتهای فرهنگی اجتناب کنید. حساسیت فرهنگی یکی از معانی ارتباط است که توسط افراد با فرهنگهای مختلف با استفاده از تماسهای چشمی، حرکات صورت، صحبت کردن، لمس و معانی زبانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. پیامهای فرستنده ممکن است باعث ایجاد گیجی در پرستار شود که پرستار باید با توجه به فرهنگ خود از مفاهیم ارتباطی مناسب استفاده نماید و در مورد سایر افراد جایگزین کند. حساسیتهای فرهنگی در این ارتباط با اشکال مختلف بروز میکنند که شامل خندیدن به فرهنگ دیگران، اخلاق، زبان، یا لباس پوشیدن، کلیشه کردن و تفسیر نادرست اساس رفتارهای فرهنگی میباشند.

\* هنگام برقراری ارتباط به حساسیتهای جنسی توجه کنید.  
جنس بر نحوه فکر کردن، برخورد، احساس و ارتباط تأثیر میگذارد. واکنشهای جنسی در ارتباط به معنی تشخیص تفاوت بین مذکر و مؤنث و نحوه ارتباط با هر کدام از آنها میباشد. افراد مذکر ارتباط را بیشتر به منظور رسیدن به اهداف، پایداری رابطه با دیگران و رقابت از نظر توجه کردن و قدرت برقرار میکنند. افراد مؤنث ارتباط را به منظور داشتن رابطه با دیگران و همکاری با آنها، نشان دادن علاقه به آنها و حمایت از دیگران برقرار میکنند.  
به موانع فیزیکی - روانی در ارتباط توجه کنید.

## نام فرآیند: ارتباط با مددجوی دچار اختلالات اضطرابی

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات:

مراحل استاندارد انجام کار :

الف: اضطراب

- 1 در موقع کار کردن با مددجو به شیوهای آرام و بدون ایجاد ترس و نگرانی با او برخورد کنید.
- 2 با حضور فیزیکی خود مددجو را از سلامت و امنیت خود مطمئن سازید.
- 3 از کلمات ساده و پیامهای مختصر استفاده کنید.
- 4 محرکهای محیط اطراف مددجو را کاهش دهید.
- 5 طبق دستور پزشک داروی آرامبخش به مددجو بدهید.
- 6 تأثیر و عوارض جانبی دارو را مورد بررسی قرار دهید.
- 7 وقتی اضطراب مددجو کاهش یافت با او به کشف علل احتمالی وقوع اضطراب بپردازید.
- 8 مددجو را تحت شرایطی که احساس خطر نکند به صحبت در مورد تجربه ضربه زنده تشویق کنید.

9 به مددجو کمک کنید تا در مورد احساس گناه مربوط به حادثه ضربه زنده صحبت کند.

10 به مددجو در مورد شناسایی علائم افزایش اضطراب و روشهای کنترل آن (روشهای تنآرامی، تمرینات تنفسی، تفکر و...) آموزش دهید.

11 کلیه مشاهدات و تغییرات مددجو را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

### ب: ترس

1 در مورد سلامت مراقبت مددجو به وی اطمینان دهید، در حالت اضطراب شدید و حاد، مددجو ممکن است نگران زندگی خود باشد.

2 درک مددجو را در مورد تهدید به تمامیت جسمی و یا خودپنداری کشف کنید.

3 واقعیت وضعیت را به منظور شناسایی جنبههایی که قابل تغییر یا غیرقابل تغییر هستند با مددجو مورد بحث و گفتگو قرار دهید.

4 مددجو را در تصمیمات مربوط به انتخاب روشهای سازگاری دخالت دهید.

5 مددجو را تشویق کنید تا به کشف احساسات نهفته‌های که موجب ترسهای غیرمنطقی میشود، پردازد و او را جهت درک نحوه روبرو شدن با این احساسات به منظور سرکوب آنها یاری کنید، تا بهتر به تواناییهای از عهده برآئی تطابقی دست یابد.

### ج: از عهده برآئی غیرمؤثر فردی

- 1 سطح اضطراب مددجو را بررسی کنید.
- 2 موقعیتهایی که باعث افزایش اضطراب میشوند، را شناسائی کنید.
- 3 خلق مددجو را بررسی کنید.
- 4 رفتار مربوط به خودکشی مددجو را زیر نظر قرار دهید.
- 5 در ابتدا، نیازهای مربوط به وابستگی مددجو را برآورده سازید و عدم وابستگی را تشویق و تقویت مثبت کنید
- 6 فعالیت های سازمان یافته ای برای مددجو ایجاد کنید و زمان کافی برای اجرای آن به مددجو بدهید.
- 7 با افزایش فعالیتهای مددجو در سنجش، تدریجاً رفتارهای غیرانطباقی را کاهش دهید، و هرچه بیشتر رفتارهای انطباقی را جایگزین رفتارهای غیرانطباقی کنید.



8- رفتارهای انطباقی مددجو را تشویق و تقویت مثبت کنید، تقویت مثبت موجب ارتقاء عزت نفس و مشوقی جهت تکرار رفتار مطلوب میباشد.

### **د:نقص مراقبت از خود**

- 1- مددجو را تشویق کرده و اجازه دهید که فعالیتهای طبیعی زندگی روزانه را در حد توانائی خود انجام دهد.
- 2- استقلال را تشویق کنید و در صورت لزوم مداخله کنید.
- 3- انجام کارهای مستقل مددجو را مورد تشویق قرار دهید.
- 4- به مددجو نحوه انجام فعالیتهایی را که در آن با اشکال روبرو میشود، نشان دهید.
- 5- مایعات خورده شده را دقیقاً ثبت کنید.
- 6- بین وعدههای غذایی، مایعات و غذای مختصر به مددجو بدهید.
- 7- چنانچه مددجویی اختیاری دارد، برنامه منظمی برای برطرف کردن نیازهای دفعی وی تنظیم کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- اضطراب احساس مبهم ناراحتی است که منبع آن غالباً برای افراد ناشناخته است.

- اضطراب مسری است و ممکن است از پرسنل به مددجو و برعکس سرایت کند.
- وقتی مددجو در حالت اضطراب شدید است، او را تنها نگذارید، وجود فرد قابل اعتماد به مددجو احساس امنیت داده و سلامت کارکنان را تضمین میکند.
- در مورد توصیف تجارب بیمارستان با مددجو واضح صحبت کنید. در موقعیتهای مولد اضطراب شدید، مددجو چیزی را جز ارتباط اصلی درک نمیکند.
- محیط تحریک کننده سطح اضطراب مددجو را افزایش می-دهد.
- اولین گام جهت آموزش به مددجو به منظور جلوگیری از افزایش اضطراب، شناخت عامل و یا عوامل تسریع کننده میباشد.
- بیان احساسات در محیطی عاری از تهدید ممکنست مددجو را در رویارویی با موضوعات حل نشده کمک کند.
- ترس احساس بیم و وحشتی است که فرد وجود منبع معلوم آنرا تصدیق میکند.
- پی بردن به درک بیمار از محرک و یا موقعیت ترس آور به منظور کمک به فرایند حساسیتزدایی اهمیت دارد.

- مددجو باید واقعیت و جنبه‌هایی که قابل تغییر نیستند را قبل از توسعه فعالیت در مورد کاهش ترس قبول کند.
- مددجو ممکن است تصمیم بگیرد که از موقعیت ترس آور اجتناب و یا تلاش کند تا ترس همراه آن را از بین ببرد. دادن اجازه انتخاب به مددجو معیاری جهت کنترل ایجاد میکند و احساس خود ارزشمندی را در مددجو افزایش میدهد.
- چنانچه مددجو بخواهد بر ترس خود غلبه کند میتواند از روش حساسیتزدائی تدریجی یا نمونهسازی استفاده کرد.
- بیان احساسات در محیطی امن ممکنست سبب مواجهه شدن مددجو با موضوعات حل نشده شود.
- از عهده برائی غیرمؤثر عبارتست از اشکال در رفتار انطباقی و قدرت حل مشکل فرد در کامیاب کردن خواسته‌های زندگی.
- شناسائی عوامل تسریع کننده اضطراب اولین گام جهت آموزش مددجو به منظور جلوگیری از پیشرفت اضطراب میباشد.
- خلق افسرده شایعترین موقعیتی است که باعث خودکشی میشود.

- نقص مراقبت از خود، وضعیت جسمی یا هیجانی است که در آن فرد نمیتواند و یا نمیخواهد مراقبت از خود را در یکی از حیطه‌های غذا خوردن، حمام گرفتن و بهداشت شخصی، لباس پوشیدن، آراستگی و نظافت انجام دهد.
- انجام موفقیت آمیز فعالیتهای مستقل موجب ارتقاء عزت نفس مددجو میشود.
- راحتی، سلامت و امنیت مددجو از اولویتهای پرستاری است.
- وقتی که اضطراب در سطح بالاست مددجو ممکن است به شرح و نمایش ساده و واقعی فعالیتهایی که تحت شرایط طبیعی بدون اشکال انجام میشود، نیاز داشته باشد.
- مددجو ممکن است نتواند مقدار زیاد غذا را در زمان صرف آن تحمل کند، در نتیجه نیاز به مواد غذایی در زمانهای دیگر در طول روز جهت دریافت تغذیه کافی میباشد.

## عنوان فرایند: فرارمددجو

**عامل انجام کار: پرستار-بهبیار**

**وسائل و تجهیزات استاندارد:**

پرونده مددجویان , کاردکس

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- 1 کلیه پرسنل بخش حتی نگهبان بخش را از میزان احتمال فرارهریک ازمددجویان مطلع کنید.
- 2 هنگامیکه مددجویان را برای کاردرمانی یاگردش گروهی میبرید, اجازه ندهید که ازگروه خارج شوند.
- 3 تعدادمددجویان را بدانید و هرچندگاه بی آنکه توجه آنها جلب شود, اقدام به شمارش آنها کنید.
- 4 مددجویانی که مشکوک به فرار هستند, راحتی هنگام توالی رفتن هم کنترل کنید.
- 5 مددجویانی که تهدید به فرار میکنند, رابه شیفتهای بعدهم گزارش دهید.
- 6 وقتی مددجویی در حال فرار است , بلافاصله شخصی رابه تعقیب وی بفرستید.

اقدامات پس از فرار:

- 7 به واحد مددکاری، ریاست بیمارستان، پزشک معالج و سوپروایزر اطلاع دهید.
- 8 فرار مددجو را به خانواده وی اطلاع دهید.
- 9 به نیروهای انتظامی، پلیس راه (اگر مددجو شهرستانی است) مشخصات مددجو داده شود.
- 10 - فرار مددجو را به شیفتهای بعدی گزارش دهید.
- 11 - فرم مخصوص حادثه را تکمیل کنید.
- 12 - در گزارش پرستاری ثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

- درب بخش همیشه قفل باشد.
- حفاظهای پنجره مرتب کنترل شود.
- مددجویانی که احتمال فرارشان بیشتر است:
- مددجویان پسیکوتیک عموماً خود را بیمار نمی دانند و فکرمی کنند نباید در بیمارستان بستری باشند.
- مددجویانی که هذیان آسیب و گزند دارند.
- آنهایی که تمایلات ضد اجتماعی داشته و یا کارهای خلاف قانون انجام میدهند.

- مددجویان مانیک بعلت تحریکات و فعالیت‌های فوق العاده خود متوجه قوانین بیمارستان نبوده و اقدام به فرار میکنند.
- مددجویانی که اقوامشان آنها را به اجبار به بیمارستان آورده، بستری کرده اند فکر میکنند آزادی، حق مسلم آنهاست و با بستری شدن در بیمارستان این آزادی از آنها سلب شده است در نتیجه از هر فرصتی جهت فرار استفاده میکنند.
- مددجویان افسرده برای انجام خودکشی مکرراً تقاضای مرخصی می نمایند و چون روانپزشک صلاح نمی داند که آنها را ترخیص کند از هر فرصتی جهت فرار استفاده می کنند.

## نام فرایند : دارودرمانی

**عامل انجام کار: پرستار، بهیار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

داروها تجویز شده، کاردکس یا دستور دارویی پزشک-کارت دارویی-ظرف یکبار مصرف برای دارو-آب، شیر، آب میوه بر حسب لزوم-ترالی یا سینی- نی برای صرف آب-هاون برای خرد کردن دارو در صورت لزوم

**استاندارد مراحل انجام کار**

- 1 - دست ها را بشوید.
- 2 - وسایل لازم مثل کاردکس ، کارت دارویی، ظرف دارو، ترالی یا سینی دارو، وغیره را طبق روش بیمارستان آماده کنید. (از آماده کردن داروی چند مددجو هم زمان خودداری کنید)
- 3 - هر دستور دارویی را با دستور اولیه دارویی در پرونده بیماریا هر روش دیگر طبق روتین بیمارستان کنترل کنید.
- 4 - دارو را از قفسه دارویی برداشته و بر حسب آنرا با کاردکس ، کارت یا هر وسیله دیگر ثبت داروها کنترل کنید.



- 5 - دوز صحیح دارو را محاسبه کرده و آنرا آماده کنید.
- 6 - داروها را با پوشش در ظرف قرار دهید.
- 7 - در صورتی که نیاز است دارو تقسیم شود از دستگاه تقسیم قرص استفاده کرده و از لمس داروها خودداری کنید.
- 8 - در صورتی مددجو مشکل بلع دارد میتواند دارو ها را خرد کرده و با موادی که برای مددجو قابل تحمل است همراه کرد.
- 9 - قرص های پوشش دار و کپسول ها را نمیتوان باز کرد زیرا در جذب آنها اختلال ایجاد شده و به معده آسیب می رسانند. از پزشک بخواهید دستور آنرا تبدیل به قرص یا شربت کند.
- 10 - میزان دقیق شربت را محاسبه کرده و در فنجان مدرج یکبار مصرف بریزید. در صورتی که حجم دارو کم است دارو را داخل سرنگ بکشید.
- 11 - دارو هایی که مراقبت پرستاری خاصی دارد در ظرف علامت دار رنگی بریزید.
- 12 - پس از آماده شدن داروی یک مددجو آنرا دوباره با دستور دارویی کنترل کرده و بر بالین مددجو ببرید.
- 13 - مددجو را مشخص کنید، نام مددجو را با تخت مددجو چک کرده و از او بخواهید واضح و بلند نام خود را بگوید.

- 14 - هر گونه بررسی از نظر کنترل علائم حیاتی ، آزمایش خون و ... را کنترل کنید.به علامت NPO، آلرژی و ... توجه کنید و از دادن دارو به مددجو اطمینان حاصل کنید.
- 15 - هدف از دارو دادن را برای مددجو توضیح و داروها را از پوشش در آورید.
- 16 - در صورت امکان به مددجو کمک کرده و او را به حالت نشسته در آورید. در غیر اینصورت او را در وضعیت به پهلو قرار دهید و فنجان دارویی را با یک لیوان آب به او بدهید. در صورتی که نمیتواند ظرف دارویی را بگیرد ظرف دارو را نزدیک لب مددجو قرار داده و کمک کنید دارو را کامل بخورد.
- 17 - با مددجو بمانید تا تمام دارو را بخورد.
- 18 - مواد دور ریختنی را دور ریخته و دستها را بشویید.
- 19 - زمان دارو دادن ، بررسی های انجام شده و عکس العمل مددجو را در پرونده وی ثبت کنید.
- 20 - دارو را سروقت بدهید.
- 21 - در صورتی که پس از چند روز از مصرف دارو در وضعیت روحی مددجو تغییری حاصل نشد، دلیل بر عدم مصرف و یا ناکافی بودن دوز دارو است. چنین افرادی را از نظر مصرف دارو کنترل کنید

## نام فرایند : جلوگیری از آسیب (خودکشی - خود آزاری)

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

داروهای تجویز شده

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1 - دستورپزشک مبنی بر آسیب به خود را چک کنید.
- 2 - مددجو را شناسائی و محل امنی برایش فراهم کنید (اتاق مددجو نزدیک به ایستگاه پرستاری باشد).
- 3 - محیط را از نظر ایمنی (وسایل خطرناک قیچی - کمر بند - ناخن گیر - لوازم شیشه‌ای و ...) کنترل کنید.
- 4 - با مددجو ارتباط مناسب برقرار کنید.
- 5 - تکنیک‌های خودیاری - روش‌های سازگاری - آرام سازی را به مددجو آموزش دهید.
- 6 - در اتاق در شب نور کافی قرار دهید.
- 7 - مددجو را تشویق به شرکت در فعالیت‌ها (ایجاد نگرش مثبت) کنید.

8- گزارش کامل مددجو را به طور کتبی و شفاهی به شیفت بعدی ارائه دهید.

9- طبق دستور پزشک از داروهای لازم استفاده کنید.

10- در مورد احساسات خودکشی و تخلیه آن با مددجو گفتگو کنید.

11- از مددجو بخواهید که به راه حل‌های دیگر به جز خودکشی فکر کند.

12- از مددجو بخواهید که هر وقت بر افکار خود کنترل نداشت درخواست کمک کند.

13- مددجو را بطور مداوم کنترل کنید.

14- موارد لازم را به سوپروایزر گزارش دهید.

15- کلیه مراقبت‌ها و موارد قابل توجه را به طور دقیق ثبت کنید.

مواردی که در گزارش باید قید شود شامل:

الف: برنامه ریزی مددجو جهت آسیب به خود - روش اقدام به خودکشی و میزان مرگ آوری آن و واکنش مددجو به نجات یافتن.

ب: اقدامات درمانی انجام شده قبل و بعد از خودکشی را.

ج: رفتارهای بالقوه و تهدیدمددجو (صحبت در مورد مرگ -  
بخشیدن اشیاء با ارزش).

### نکات قابل توجه:

- در صورت کمبود نیروی انسانی کافی به سوپروایزر گزارش دهید.

- مواردی مثل اضطراب شدید - علائم سایکوتیک بارز خلق  
افسرده و احساس ناامیدی - علائم منیک - مصرف الکل  
واکنش سوگ اخیر - محیط خصمانه - تاریخچه اقدام به  
خودکشی - سابقه دردهای مزمن و بیماری جسمی را بررسی  
کنید.

- تا زمانی که احتمال آسیب وجود دارد از ترخیص مددجو اجتناب  
شود.

## نام فرایند : مهارفیزیکی مددجوی پرخاشگر

**عامل انجام کار:** پرستار، بهیار (تیم مهار)

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

مهار کننده (مچ بند - پابند) - پد جلوگیری از آسیب-تخت  
راحت، داروهای تجویزی

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 - دستورپزشک را چک کنید.
- 2 - موارد منع Fix را بررسی کنید.
- 3 - لوازم را آماده کنید.
- 4 - در صورت داشتن تیم مهار، آنها را مطلع کنید.
- 5 - دستها را بشوئید.
- 6 - خلوت مددجو را حفظ کنید.
- 7 - مراحل انجام کار را برای مددجو و خانواده وی توضیح کنید.
- 8 - علت استفاده از مهار کننده ها، و شرط باز کردن آنرا به مددجو توضیح دهید.
- 9 - وسایل مددجو را در حضور خودش تحویل مددکار یا خانواده وی بدهید.

10 - جهت بستن مددجو از دستبندهای چرمی پهن و یا طنابهای پهنی که زیر آن بالشتک ابری یا پنبه ای قرار داده میشود، استفاده کنید.

11 - به کمک دیگران مددجو را سریع و غافل گیرانه بگردانید و او را ثابت کنید.

12 - مددجو را حین مهار مرتباً چک و وضعیت گردش خون اندامها را هر 15 دقیقه بررسی کنید.

13 - صدمه مددجو در حین Fix را به پزشک اطلاع دهید .

14 - فرم مخصوص مهار فیزیکی را تکمیل کنید.

15 - با مددجو بحث نکنید .

16 - به ایمنی محیط توجه کنید .

17 - سئوالات شما کوتاه و عینی باشد .

18 - فاصله خود را با مددجو حفظ کنید. طوری قرار نگیرید که

مددجو نتواند مانع خروج شما از درب شود.

19 - به مددجو خیره نشوید و بالای سر او قرار نگیرید. وسایل را در دسترس

مددجو قرار نگیرد. با مددجویی که اشیاء خطرناک در اختیار دارد مصاحبه نکنید .

20 - در صورت احساس خطر اتاق را ترک کنید . از افراد دیگر بخواهید

حضور داشته باشند.

درب اتاق را ببندید.

21 - موارد زیر را در گزارش پرستاری ثبت کنید:

الف: کنترل وضعیت گردش خون اندامها هر 15 دقیقه

ب: کنترل وضعیت مددجو هنگام fix (گریه می کند - فحاشی

می کند - بی قراری و ...)

ج: اقدامات دارویی انجام شده قبل - حین - بعد از fix

د: توجه به نیازهای فیزیولوژیک مددجو - نوع محدود کننده

ه: تاریخ - زمان - شروع - خاتمه و شرط باز کردن fix

### نکات قابل توجه :

- اصول فیکس کردن (Fixation) مددجو:

- درهراتاق ایزوله فقط یک مددجوفیکس شود.

- درجه حرارت اتاق مددجو متناسب باشد، زیرا درجه حرارت

بدن مددجو درموقع فیکس کردن بالا می رود. در فصل گرما

از نظر گرمایزدگی و در فصل سرما از نظر سرمازدگی کنترل شود.

- مدت فیکس کردن مددجو کوتاه باشد. حداکثر دو ساعت

وبلافاصله پس از آرام شدن و یا خواب رفتن باز شود.

- فیکس کردن مددجو باید پس از تزریق PRN انجام

شود زیرا برای مددجو دردناک و ناراحت کننده

است (بجز مددجویانی که جهت تنبیه درمانی فیکس میشوند).



- در صورتی که مددجویان به اجابت مزاج داشته باشند.

از فیکس کردن مددجویان مضطرب و بیقرار حتی الامکان خودداری شود.

درب اتاق ایزوله دارای پنجره کوچکی جهت دیدن مددجویان از طریق آینه هائی که به سقف ایستگاه پرستاری نصب شده نیز میتوان مددجویان را زیر نظر داشت.

بعضی از مددجویان سابقه دار مهارت خاصی در باز کردن طنابها دارند و ممکن است از طنابها جهت اقدام به خودکشی و یا دیگر کشی استفاده کنند، بنابراین اگر کنترل نشوند و یا طنابها پس از باز کردن مددجویان آوری نشود، این خطر وجود دارد.

در صورتی که لازم است چند مددجویان هم در اتاق ایزوله نگهداری شوند باید همه بازیها بسته باشند و از نظر درگیری با هم مراقبت شوند.

پس از باز کردن مددجویان را جمع آوری و داخل اتاق کار در قفسه مخصوص قرار دهید.

مهارد مددجویان عقب افتاده ذهنی - صرعی - زنان باردار - مشکلات قلبی و تنفسی و پر تحرکی زیاد با احتیاط صورت گیرد. قبل از برخورد با مددجوی پر خاشگر وضعیت او را بررسی کنید.

## فرایندهای بخش ICU

- پذیرش مددجو در ICU
- اکسیژن تراپی
- ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به ونتیلاتور
- گذاشتن airway برای مددجو
- لوله گذاری داخل تراشه
- مراقبت از تراکئوستومی
- اتصال مددجو به ونتیلاتور
- مراقبت از مددجوی تحت تهویه مکانیکی
- جداسازی مددجو از ونتیلاتور
- کنترل سطح هوشیاری مددجو
- کمک در شوک الکتریکی
- CPR پیشرفته ( ACLS: Advanced cardiac life support )
- اندازه گیری CVP

- مراقبت دهان درمددجوی بیهوش یا مددجوئی که قادر به همکاری نیستند
- ماساژپشت
- مراقبت از زخم بستر
- اندازه گیری فشارخون داخل شریانی
- پالس اکسی متری
- کنترل جذب و دفع مایعات
- بکارگیری نبولایزر
- درمان با نبولایزراولتراسونیک
- تغذیه داخل وریدی
- کمک در گرفتن نمونه خون شریانی
- ثبت و گزارش نویسی در ICU

## نام فرایند: پذیرش مددجو در ICU

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

فرم پذیرش، پرونده و چارت مددجو

استاندارد مراحل انجام کار:

- 1 پرونده مددجو و دستور بستری او را در ICU، چک کنید.
- 2 مددجو را شناسایی کرده و وضعیت بالینی او را بررسی کنید.
- 3 با مددجو واضح و آهسته صحبت کنید و او را با نام خوشامد بگوئید.
- 4 نام و شماره شناسائی شده را با لیست موجود در فرم پذیرش مقایسه نمائید.
- 5 فرم پذیرش و دستور پزشک را سریعاً مرور نموده، دلیل پذیرش را قید نموده، هرگونه محدودیت در رژیم غذایی و هر دستوری جهت تستهای تشخیصی که نیاز به جمعآوری نمونه دارد، را قید نمائید.
- 6 خلوت مددجو را فراهم کرده و برنحوه پوشاندن گان یا لباس ICU به مددجو نظارت کنید.

- 7 سطح هوشیاری مددجو را بر اساس جدول گلاسکو کنترل و ثبت کنید.
- 8 نحوه ورود مددجو به بخش (با برانکار دو...) را ثبت کنید.
- 9 دستورات دارویی را چک و اجرا کنید.
- 10 - خط‌های وریدی و شریانی مددجو را کنترل کنید و در صورت لزوم خطوط وریدی برقرار کنید..
- 11 - علائم حیاتی مددجو را کنترل و ثبت کنید.
- 12 - سابقه آلرژی و مصرف دارو را چک کنید.
- 13 - سابقه بیماری و بستری شدن در بیمارستان را ثبت کنید.
- 14 - مددجو را مورد معاینه فیزیکی قرار دهید.
- 15 - پوست را از نظر وجود زخم بستر بررسی کنید.
- 16 - کارت شناسایی و مشخصات مددجو را بر بالین وی نصب کنید.
- 17 - فرم بررسی و ادمیت و گزارش خود را تکمیل نمایید.

### **نکات قابل توجه:**

فرم بررسی شامل: نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تشخیص، تاریخ و ساعت پذیرش، نحوه آوردن مددجو، مبدأ ارجاع، علائم حیاتی، فشار خون، آلرژی‌ها، داروها و تاریخچه سلامتی مددجو، وجود خط‌های وریدی و شریانی، ضمائم متصل به مددجو (درن

،سندو...مجموعه ای از متعلقات تحویل داده شده به خانواده یا به انبار لباس، نتایج بررسی فیزیکی، نمونه های جمع آوری شده جهت تستهای آزمایشگاهی است.

## نام فرایند: اکسیژن تراپی

### عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

منبع اکسیژن رسانی (سیلندر) و جریان سنج (فلومتر) متصل به مخزن اکسیژن - رطوبت ساز یا آب مقطر استریل - کانول بینی ولوله نوارنازک پدیا گاز جهت قراردادن لوله در پشت گوش - نوار چسب، قیچی و گاز (در صورت لزوم)

### استاندارد مراحل انجام کار:

1 - روش اجرای کار را به مددجو توضیح دهید. احتیاطها ی لازم حین استفاده از اکسیژن را یادآوری کنید. نکشیدن سیگار را تاکید کنید.

2 - در صورت امکان به مددجو کمک کنید تا در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار بگیرد

3 - دستها را بشوئید

- 4- کانول بینی رابه سیستم اکسیژن که مرطوب کننده دارد، وصل کنید.
- 5- میزان جریان را طبق دستورپزشک تنظیم کنید.
- 6- جریان خروج اکسیژن از شاخک های بینی را کنترل کنید.
- 7- شاخک ها را در سوراخ بینی مددجو قرار دهید و بر حسب نوع وسیله آن را تنظیم کنید.
- الف: آن را روپشت هر گوش قرار داده وبا تنظیم کننده به راحتی زیرچانه جای دهید.
- ب: دور سر مددجو قرار دهید.
- 8- در صورت نیاز میتوانید در قسمت گوش، زیر لوله گاز پد بگذارید.
- 9- مددجو را تشویق کنید تا با دهان بسته از راه بینی نفس بکشد.
- 10- دستهای خود را بشوئید.
- 11- واکنش مددجو به درمان را بررسی و ثبت کنید.
- 12- حداقل هر 8 ساعت یک بار کانول را در آورده و تمیز کنید. سوراخهای بینی را از نظر تحریک شدگی و خونریزی بررسی کنید.

## نام فرآیند: ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به

### ونتیلاتور

**عامل انجام کار :** پرستار و اجد شرایط ، کاردان هوشبری

### **وسایل و تجهیزات استاندارد :**

ساکشن پرتابل یا سانترال با لوله رابط - کاتتر ساکشن با سایز مناسب - دستکش استریل و یکبار مصرف - گالی پات استریل - محلول استریل - ژل نرم کننده حلال در آب (جهت ساکشن بینی تراشه ای) - سرنگ - پالس اکسی متر

### **مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 سیستم تنفسی را کنترل کنید.
- 2 به تعداد ، عمق و ریتم تنفس توجه کنید.
- 3 به صداهای تنفسی از طریق سمع توجه کنید.
- 4 مدد جورا از نظر توانایی انجام سرفه بررسی و به مقدار و مشخصات خلط توجه کنید.
- 5 علائم حیاتی را کنترل و با علائم حیاتی پایه مقایسه کنید. به خصوص به تغییرات بالا رفتن درجه حرارت توجه کنید.



- 6 سطح هوشیاری مددجو را بررسی کرده و توانایی حفظ پاک نگه داشتن راه هوایی وی را کنترل نمایید، و به ترشحاتی که از دهان مددجو خارج می شود توجه کنید.
- 7 با مددجو ارتباط برقرار کنید.
- 8 روش کار را برای مددجو توضیح دهید و هدف از انجام کار را بیان کنید
- 9 پرونده مددجو را از نظر دستورات پزشکی و شناسایی مددجو بررسی کنید
- 10 دستهایتان را بشویید.
- 11 مددجو را در وضعیت به پهلو قرار دهید به گونه ای که صورت مددجو به سوی شما باشد.
- 12 -کانکشن مناسب را به لوله جمع کننده ساکشن وصل کنید.
- 13 -ساکشن را روشن کرده و فشار آن را تنظیم نمایید.
- 14 -پگ استریل و کاترها را باز کنید.
- 15 -سالیین نرمال استریل را داخل کالی پات بریزید.
- 16 -دستکش استریل بپوشید.
- 17 -در صورت لزوم جهت حفظ محیط استریل، یک پارچه استریل روی سینه مددجو پهن کنید.

- 18 - کاتر را با دست غالب (با دستکش استریل) از داخل پوشش خود خارج کنید.
- 19 - تیوپ ساکشن را به کمک رابط با دست غیر غالب به کاتر متصل کنید.
- 20 - سر کاتر را داخل کاسه محتوی نرمال سالین قرار دهید و از کار کردن درست دستگاه ساکشن اطمینان حاصل کنید .
- 21 - با استفاده از دست غیر غالب خود، فشار ساکشن را در حد مجاز تنظیم کنید.
- 22 - لوله ساکشن را با دست مسدود کنید.
- 23 - نوک کاتر را در محلول نرمال سالین تمیز کنید.
- 24 - جهت اطمینان از مکش ساکشن، مقدار کمی محلول را ساکشن کنید.
- 25 - فاصله بین نرمة گوش تا سوراخ بینی را تخمین بزنید و با انگشت اشاره و شست دست دستکش دار این نقطه از سوند را بگیرید.
- 26 - مدد جو را به 3-6 تنفس عمیق تشویق کنید. در صورت نیاز، در مددجویان هوشیار در طول زمان ساکشن کردن با گذاشتن کانولای بینی به مددجو اکسیژن بدهید.

- 27 + اگر مددجویه صورت مکانیکی ونتیله میشود، با آمبوبگ یا مدمشابه آن در دستگاه ونتیلاتور به وی اکسیژن صد درصد بدهید.
- 28 جهت استفاده از آمبوبگ وهیپرونتیله کردن مددجو، میزان فلومتر اکسیژن را روی 15 لیتر در دقیقه تنظیم کنید.
- 29 مددجو را از ونتیلاتور جدا کنید و با آمبوبگ 3-6 تنفس به او بدهید (در بیماران غیر هوشیار).
- 30 در صورتیکه مددجو وابسته به PEEP است، نیاز به استفاده از آمبوبگ با دریچه PEEP را بررسی کنید.
- 31 برای رساندن اکسیژن با درصد بالا با استفاده از ونتیلاتور، ابتدا FIO2 و TV و قوانین آن و نیاز مددجو را بررسی کنید.
- 32 سپس همراه با استفاده از Sigh یا به صورت دستی 3 تا 6 تنفس بدهید.
- 33 + اگر دونفره کار میکنید، هنگامی که مددجو را ساکشن میکنید، همکاران به وی اکسیژن بدهد.
- 34 با استفاده از دست غیر غالب خود، نوک بینی مددجو را بالا بکشید تا کانال خروجی باز شود.
- 35 - کاتتر را به داخل سوراخ بینی مددجو وارد کنید.
- 36 طول کاتتر را به دورانگشتان خود بپیچید.

- 37 همان طور که سرمددجوبه طرف عقب است ،کاتترراهرچقدر ممکن است ،به آرامی داخل کانال بینی ببرید.
- 38 اگر در اثر عبور کاتتر از میان حلق ،مددجوبه سرفه افتاد،مختصری کاتتر را بیرونی کشیده و دوباره وارد کردن کاتتر را ادامه دهید.
- 39 پس از وارد کردن کاتتر به طور متناوب ساکشن کنید(با استفاده از دست غیر غالب خود،دریچه کنترل را باز بسته کنید).
- 40 -کاتتر را در دست غالب خود دور چهار انگشت بپیچید.
- 41 هر بار ساکشن را بیش از 10 ثانیه انجام ندهید.
- 42 ساکشن را زمانبندی کنید و پایان هر دوره استراحت تحمل مددجو نسبت به آنرا در نظر بگیرید.
- 43 در صورت غلیظ بودن ترشحات ،کاتتر را به صورت دوره ای با مکش مقداری سالین نرمال به وسیله ساکشن تمیز کنید.
- 44 در صورتی که درمانیتورینگ اختلال ریتم مشاهده کردید،ساکشن را متوقف و به نوع آن توجه و مددجو را هیپرونتیله کنید.
- 45 پس از اتمام ساکشن کردن ،به مددجو اکسیژن صد درصد بدهید و او را هیپراکسیژنه کنید.مددجو را به ونتیلاتور وصل و یا آمبوبگ بزنید و یا بامد sigh و ونتیلاتور او را هیپراکسیژنه کنید.

46- FIO2 را بخوانید و درمددجویان ونتیله FIO2 و TV را تنظیم کنید.

47- پس از ساکشن راههای هوایی تحتانی اگر نیاز باشد راههای هوایی فوقانی را ساکشن کنید.

48- قبل از ساکشن کردن مجدد راه هوایی تحتانی، کاتتر و دستکش استریل را عوض کنید.

49- دستکشها را به طریقه صحیح با قرار دادن کاتتر در داخل دستکش بیرون بیاورید.

50- ساکشن را خاموش کنید.

51- به مددجو کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد در صورت لزوم دهان شویه بگیرد

52- در صورت لزوم اکسیژن درمانی را ادامه دهید

53- وسایل یک بار مصرف و دستکشها را بطریقه صحیح دفع نمایید.

54- لوله کانکشن را با اسپیره کردن محلول نرمال سالین یا آب مقطر به داخل آن تمیز کنید.

55- وسایل ساکشن و لوله های رابط آن را طبق مقررات جمع آوری کنید.

56 - ریه های مددجورا جهت بررسی مؤثر بودن روش ساکشن در هر دو طرف معاینه کنید.

57 - علائم حیاتی را کنترل کنید.

58 - دستها را بشویید.

59 - زمان ساکشن، روش استفاده شده، علت ساکشن، رنگ، غلظت مقدار و قوام ترشحات را ثبت کنید. همچنین ویژگی و نحوه تنفس قبل و بعد از ساکشن، مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده حین ساکشن و کلیه مشاهدات خود را ثبت کنید.

### نکات قابل توجه:

منظور کاتتر مناسب :

الف : جهت نوزاد شماره 5 تا 8 فرنچ

ب: کودک شماره شماره 8 تا 10 فرنچ

ج: بزرگسال شماره 12 تا 18 فرنچ

- فشار مناسب ساکشن دیواری:

الف: نوزاد و شیر خوار 50 تا 95 میلی متر جیوه

ب: کودک 95 تا 110 میلی متر جیوه

ج: بزرگسال 100 تا 120 میلی متر جیوه

- فشار مناسب ساکشن پرتابل :

الف: نوزاد و شیر خوار 2 تا 5 میلی متر جیوه

ب: کودک 5 تا 10 میلی متر جیوه

ج: بزرگسال 10 تا 15 میلی متر جیوه

فشار دستگاه ساکشن را در حد مناسب تنظیم کنید:

- فشار مناسب ساکشن مرکزی:

الف: نوزاد و شیر خوار: 50 میلی متر جیوه

ب: کودک : 10 تا 95 میلیمتر جیوه

ج: بزرگسال 100 تا 120 میلی متر جیوه

- فشار مناسب ساکشن پرتابل :

الف: نوزاد و شیر خوار: 2 تا 5 میلی متر جیوه

ب: کودک : 5 تا 10 میلی متر جیوه

ج: بزرگسال : 10 تا 15 میلیمتر جیوه

استفاده از ساکشن حین جای گذاری سوند، می تواند منجر به

آسیب به مخاط شده و باعث خروج اکسیژن از مجرای

تنفسی شود.

## نام فرآیند: گذاشتن airway برای مددجو

عامل انجام کار : پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد :

دستکش لاتکس یک بار مصرف- چوب زبان یا آبسلانگ- آب سرد یا ماده لزج کننده- لوله هوایی مصنوعی یا ایروی دهانی- حلقی استریل یک بار مصرف در اندازه مناسب- دستمال کاغذی-نوار چسب - ساکشن

مراحل استاندارد انجام کار:

- 1 حتی اگر مددجو کاهش سطح هوشیاری دارد با او ارتباط برقرار کنید
- 2 هدف و روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
- 3 موارد لازم را بر اساس نیاز مددجو یا مراقب او آموزش دهید.
- 4 دستها را بشویید.
- 5 برای ثابت کردن ایروی چسب را به طریق زیر آماده کنید:  
الف: دو نوار چسب بلند به طول 35 و 60 سانتی متر با عرض مناسب ایروی آماده کنید.



ب: نوار چسب بلند را طوری روی سطح صاف قرار دهید که سطح چسبناک آن به طرف بالا قرار گیرد.

ج: نوار چسب کوتاهتر را در مرکز نوار چسب بلند بچسبانید.

د: دو انتهای نوار چسب بلند را از طریق طولی شکاف دهید.

6 راه هوایی مصنوعی را به طریق زیر وارد کنید:

الف: مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده به صورتی قرار دهید که سر متمایل به عقب قرار گیرد و یا یک بالش زیر شانه های مددجو قرار گیرد (این وضعیت در بیماریان دچار صدمات سر و گردن مجاز نمی باشد).

ب: دستکش بپوشید ، دهان مددجو را باز کنید، آبسلانگ را بر روی نیمه قدامی زبان قرار دهید.

ج: در صورت لزوم دندان مصنوعی را خارج کنید.

د: ایروی را با آب و ماده لغزنده آغشته کنید.

ه: ایروی را طوری در دست بگیرید که سطح محدب آن به طرف بالا و یا کنار قرار گیرد.

و: در حالیکه با آبسلانگ زبان مددجو را به طرف پایین فشار می دهید لوله هوایی را به موازات سقف دهان وارد کنید.

ز: وقتی ایروی به نیمه خلفی زبان رسید آنرا بچرخانید به طوری که قسمت گودی آن روی زبان قرار گیرد.

ح: لبهای مددجو را پاک کنید.

ط: دستکشها را خارج نمایید.

7 برای ثابت کردن لوله هوایی به روش زیر عمل کنید:

الف: قسمت غیر چسبناک نوار تهیه شده را در پشت گردن

مددجو قرار دهید.

ب: دوانتهای شکاف خورده را از طرفین صورت به بالا و پایین

لوله هوایی بچسبانید.

8 مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید به طوری که دچار

آسپیراسیون نشود.

9 در صورت لزوم ترشحات را ساکشن کنید.

10 - مددجو را دهانشویه و لبها را چرب کنید.

11 - دستکشها را در آورده و همراه با وسایل دیگر دور

بیاندازید.

12 - دستها را بشویید.

13 - اطلاعات مربوطه در مورد نحوه قرار دادن راه هوایی ،

موارد ارزشیابی نظیر واکنش مددجو به ایروی و مشخصات

آسپیره شده را در پرونده مددجو ثبت کنید.

## نام فرایند: لوله گذاری داخل تراشه

### عامل انجام کار: پرستار

### تجهیزات و وسایل استاندارد:

- لوله های داخل تراشه - لوله های با کاف 6 تا 9 میلیمتری که شامل لوله های مختلف با اختلاف نیم میلیمتر می باشد (7-7/5-9-6/5-6) - لوله تراشه ای که جهت لوله گذاری از راه بینی استفاده می شود باید نیم میلیمتر کوچکتر از دهانی باشد. - دسته لارنگوسکوپ ، تیغه لارنگوسکوپ ( از نوع انحنای دار که اندازه های 1-4 و نوع مستقیم به اندازه های 1-4) - میله روشن (0 اختیاری است) - یک سرنگ 10 سی سی جهت باد کردن کاف - ژل جهت لوله ای که می خواهد از راه بینی گذاشته شود - اسپری جهت زدن به بینی - داروی کوتاه اثر مثل کننده به دستور پزشک - چسب یا نواری که بتوان لوله تراشه را فیکس کرد - گوشی پزشکی جهت چک کردن جای لوله - ساکشن که به سر ساکشن وصل شده باشد - آمبو بگ - اکسیژن و لوله متصل به آن - پالس اکسی متر - وسیله ای جهت فیکس مددجو .

## استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- مددجو را از نظر رنگ و وضعیت تنفس قبل از اقدام لوله گذاری بررسی کنید.
- 2- به مددجو قبل از شروع لوله گذاری با یک ماسک اکسیژن 100 درصد دهید.
- 3- در صورت دستور داروهای آرامبخش و شل کننده یا داروهای بیحسی موضعی به مددجو بدهید.
- 4- در صورت آژیته بودن مددجو بعلت خطر خارج کردن لوله توسط مددجو اورافیکس کنید.
- 5- کاف لوله تراشه را تست کنید.
- 6- در کنار تخت مددجو ساکشن را قرار دهید.
- 7- به مدت 3 تا 5 دقیقه اکسیژن با ماسک به مددجو بدهید.
- 8- مددجو را در وضعیت صحیح قرار دهید.
- 9- پروسیجر به طریقه صحیح انجام دهید.
- 10- قرار گرفتن لوله در جای مناسب خود با استفاده از روشهای زیر بررسی کنید:
  - دید مستقیم - حرکت قفسه سینه - صداهای تنفس - صداهای ناحیه اپی گاستر - دادن اکسیژن با آمبوبگ - دیدن بخار هوا در لوله تراشه

– پالس اکسی متری- اندازه گیری میزان دی اکسید کربن در  
انتهای تنفس – وجود محتویات معده در لوله تراشه- عکس  
قفسه سینه

لوله تراشه را در جای خود فیکس کنید.

### نکات قابل توجه:

فیکس کردن لوله تراشه با توجه به نکات زیر انجام شود:

– گذاشتن AIR WAY

- فیکس کردن لوله در جای خود با استفاده از چسب یا نواری

در دور سر مددجو

– دهان مددجو نباید با چسب یا بند مسدود شود چرا که باید

بتوان دهان را ساکشن کرد.

– باید طوری لوله را ثابت کرد نه از آن حدی که باید داخل

برود و نه از دهان خارج شود.

– موقع ثابت کردن لوله باید مواظب باشید که فشار روی

پوست ایجاد نشود و عوارض پوستی را بدنبال نداشته باشد

– لوله طوری گذاشته شود که شماره آن در جلوی دندانها باشد

و با چشم بتوان جای آن را چک کرد ( نه تو رفته باشد و نه

بیرون آمده باشد)

- لوله تراشه کاف دار ، از ورود محتویات معده ، بزاق یا خون و مایع به راه هوایی بالایی جلوگیری میکند  
-دسترسی مستقیم به ریه ها باعث می شود که براحتی تهویه ریه ها فراهم شود و ساکشن کردن ترشحات موجود در ریه ها خیلی راحت باشد..

- دسترسی مستقیم به ریه ها وسیله ای است برای اینکه یک سری داوها جهت جذب سریع از راه ریه ها به مددجو تجویز شوند.

### **- نکات آموزش به مددجو:**

- به مددجو گفته شود که اگر لوله تراشه شما در جای درست خود باشد ، شما قادر به صحبت کردن خود نیستید.

- قورت دادن آب دهان کمک می کند که احتمال استفراغ کم شود

- به هیچ عنوان لوله تراشه را جا به جا نکنید.

روش زیر جهت تخمین اندازه لوله تراشه می باشد:

- کودکان 2 ساله و بالاتر : 16 + سن کودک به سال تقسیم  
بر 4

- بر اساس وزن مددجو

- بر اساس انگشت کوچک مددجو

مردها : 7 تا 8/5 میلیمتر و زنها 7 تا 8 میلیمتر  
- بچه های کمتر از 8 سال بهتر است با لوله تراشه بدون کاف  
ایننوبه شوند.

اندازه ای که لوله تراشه می تواند به داخل رانده شود بر حسب  
سن و اندازه مددجو متغیر می باشدبه صورت زیر:

زنان بالغ : 17 تا 23 سانتی متر

مردان بالغ : 19 تا 25 سانتی متر

- جهت بچه های 1 سال وبزرگتر :

سن کودک تقسیم بر 2 به اضافه 12

- کودک پره مچور با وزن کیلو گرم 2 تا 1/5 لوله تراشه 3

- نوزاد تا 3 ماهگی با وزن 3 تا 6 کیلوگرم لوله تراشه 3/5

- کودک 6 تا 12 ماه با وزن 7 تا 10 کیلوگرم لوله تراشه 4

- کودک 2 ساله با وزن 12 کیلوگرم لوله تراشه 5

- کودک 4 ساله با وزن 16 کیلوگرم لوله تراشه 5/5

- کودک 6 ساله با وزن 20 کیلوگرم لوله تراشه 6

- کودک 8 ساله با وزن 25 کیلوگرم لوله تراشه 6/5

- کودک 10 ساله با وزن 34 کیلوگرم لوله تراشه 6/5 کافدار

- کودک 12 ساله با وزن 40 کیلوگرم لوله تراشه 6/5-7

کافدار

- کودک 14 ساله با وزن 50 کیلوگرم لوله تراشه 7 کافدار  
نام فرایند: مراقبت از تراکئوستومی

**عامل انجام کار : پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد :**

- دستکش یک بار مصرف- دستکش استریل- عینک محافظ-  
سوند ساکشن استریل- محلول نمکی (سالین)- باندهای  
تراکئوستومی- قیچی - کانول داخلی تعویضی- پانسمان آماده  
شده خاص تراکئوستومی با گاز چهار گوش استریل کتانی ،  
همراه با یک گاز پد استریل اضافی- کیف پلاستیکی یک بار  
مصرف- برس استریل / تمیز کننده لوله - بسته بندی استریل  
پاک سازی تراکئوستومی

**مراحل استاندارد انجام کار:**

- 1 روش کار را برای مددجو شرح دهید.
- 2 پانسمان آلوده را از دور لوله بر داشته و پس از در آوردن دستکشها ، همرا با آنها دور بیندازید.
- 3 دستهای خود را بشویید و بسته بندی مورد نیاز را باز کنید.
- 4 پاک کردن کانول داخلی چند بار مصرف:



- 5 ست مراقبت از تراکئوستومی را باز کنید و رسیورها را در حالیکه فقط لبه آنها را لمس می کنید ، جدا کنید . در صورتی که پگی وجود ندارد ، پگ دو رسیور استریل را باز کنید.
- 6 یکی از رسیورها را تا نیمه ( به عمق  $1/25$  سانتی متر ) با آب اکسیژنه پر کنید.
- 7 رسیور دیگری را تا نیمه ( به عمق  $1/25$  سانتی متر ) با محلول نرمال سالین پر کنید.
- 8 اگر داخل ست پانسمان ، برس استریل با وسیله تمیز کننده لوله وجود ندارد، بسته بندی تک پیچی شده آنها را باز کنید. گاز پد اضافی هم باز کنید.
- 9 دستکش یک بار مصرف را به دست کنید.
- 10 - اگر اکسیژن به لوله تراکئوستومی وصل است ، آن را جدا کنید. قفل روی کانول داخلی را در خلاف جهت عقربه ساعت بچرخانید تا آزاد شود.
- 11 چه آرامی کانول داخلی را در آورده و با دقت آن را داخل رسیور حاوی آب اکسیژنه بیندازید. دستکشها ر در آورده و دور بیاندازید.
- 12 - کانول داخلی را تمیز کنید:
- 13 - دستکش استریل به دست کنید.

14- کانول داخلی را از محلولی که در آن خیس خورده است ، خارج کنید . برس و یا وسیله پاک کننده لوله را با محلول نمکی مرطوب کنید و آن را داخل لوله کرده و سپس به جلو و عقب حرکت دهید.

15- کانول را در محلول نمکی قرار دهید و به آن حرکات لرزشی بدهید .سپس آن را خارج کرده و آهسته به سطح داخلی رسیور بزنید.

16- آن را روی گاز پد استریل بگذارید.

17- با استفاده از روش استریل ، کانول خارجی را ساکشن کنید.

18- کانول داخلی را مجدداً داخل کانول خارجی بگذارید. قفل را در جهت عقربه های ساعت بچرخانید، و مطمئن شوید که کانول داخلی محکم شده است یا خیر . در صورت نیاز مجدداً اکسیژن را وصل کنید.

19 - تعویض کانول یک بار مصرف داخلی:

20- قفل را باز کنید .به آرامی کانول داخلی را در آورید و به داخل کیف یک بار مصرف دور بیندازید. دستکشها را هم در آن انداخته و به منظور قرار دادن کانول جدید دستکش استریل به

دست کنید . کانول جدید با اندازه مناسب را جایگزین کنید.  
کانول داخلی را قفل کنید.

21 - اپلیکاتوری که نوک آن پنبه پیچیده شده است را در محلول نمکی فرو کرده و زیر سوراخ صفحه رویی تراکئوستومی را پاک کنید . از هر اپلیکاتور ، فقط یکبار استفاده کنید ، آن را از محل سوراخ به طرف خارج حرکت دهید.

22 - در صورتی که جداسازی ترشحات مشکل است، برای پاک کردن ناحیه دور سوراخ ، صفحه رویی و کانول خارجی از آب اکسیژنه استفاده کنید. این قسمت‌های را با محلول نمکی آب بکشید.

23 - با گاز چهار گوش پوست را به آرامی خشک کنید.

24 - پانسمان آماده موجود و یا پانسمان تا زده ای از گاز چهار گوش را به آرامی زیر صفحه تراکئوستومی بلغزانید  
25 - بند تراکئوستومی را تعویض کنید.

26 - تا زمان استفاده از بند جدید بند قبلی را در جای خود باقی بگذارید

27 - یک قطعه چسب به طول 2 برابر درو گردن به علاوه 10 سانتی متر ببرید و انتهای آن را به طور مورب مرتب کنید.

- 28- یک سر نوار را از داخل سوراخ صفحه در کنار نوار قدیمی رد کنید و تا زمانیکه هر دو سر برابر شوند بکشید.
- 29- هر دو نوار را از زیر گردن مددجو رد کنید و یک سر باقیمانده را از داخل سوراخ باقیمانده طرف دیگر صفحه رد کنید ، به آرامی بکشید و گره چهار گوش دابل بزنید . ببینید آیا مددجو می تواند به راحتی گردن خود را حرکت دهد.
- 30- با دقت بند قدیمی را خارج کنید در صورت لزوم دوباره سیستم انتقال اکسیژن را وصل کنید.
- 31- دستکش ها را در آورده و دور بیندازید . دستها را بشوید. تنفس مددجو را بررسی کنید. بررسی ها را ثبت کنید و به کار خود خاتمه دهید.

## نام فرایند: اتصال مددجو به ونتیلاتور

**عامل انجام کار: پرستار**

**تجهیزات و وسایل استاندارد:**

منبع اکسیژن- منبع هوا- ونتیلاتور- همو دیفایر- لوله های خرطومی ونتیلاتور- کانکتور و آدابتورها- اسپرومتر - ترمومتر

داخلی- پروپ جهت نمونه گیری و اندازه گیری فشار راه  
هوایی - فیلتر باکتریال- دستکش و ماسک- آمبوبگ با  
محفظه ذخیره ای - وسایل ساکشن- آب مقطر استریل-  
وسایل جهت گرفتن ABG

### استاندارد مراحل انجام کار:

- 1- دستگاه ونتیلاتور را تنظیم نمایید.
- 2- آب مقطر استریل را داخل هیومدیفایر بریزید.
- 3- ونتیلاتور را به منبع گازها متصل نمایید.
- 4- دستور پزشک را بررسی نمایید.
- 5- در صورت عدم انتوباسیون مددجو را جهت لوله گذاری آماده کنید.
- 6- پروسیجر را برای مددجو و خانواده آن توضیح دهید.
- 7- جهت مددجو معاینه فیزیکی انجام دهید.
- 8- از مددجو ABG بگیرید
- 9- در صورت نیاز مددجو را ساکشن نمایید.
- 10- ونتیلاتور را به برق وصل و آن را روشن نمایید.
- 11- تنظیمات ونتیلاتور را طبق دستور انجام دهید.
- 12- مطمئن شوید که آلامهای دستگاه تنظیم شده است و هیومدیفایر با آب مقطر پر شده است.

- 13- دستکش و سایر وسایل حفاظت کننده پرسنلی را بپوشید.
- 14- لوله تراشه مددجو را به ونتیلاتور متصل نمایید.
- 15- اتساع قفسه سینه را مشاهده کنید.
- 16- صداهای دو طرفه تنفسی را سمع نمایید.
- 17 -- گازهای خون شریانی را 20 تا 30 دقیقه بعد از اولین ست دستگاه و تغییر تنظیمات اندازه گیری نمایید.
- 18 - تنظیمات دستگاه را بر اساس گازهای خون شریانی جهت اطمینان از تهویه مناسب و عدم مسمومیت با اکسیژن انجام داده و در صورت نیاز تغییرات لازم را بدهید.
- 19 - ترمومتر داخلی دستگاه را جهت اطمینان از مناسب بودن درجه حرارت هوای وارد شده به دستگاه تنفسی مددجو کنترل نمایید (باید نزدیک به دمای بدن مددجو باشد).
- 20 - در حالیکه علائم حیاتی مددجو را اندازه گیری می کنید تنفسهای خود به خودی وی را همزمان با تنفس توسط دستگاه کنترل نمایید.
- 21 - جهت کاهش آلودگی لوله های خرطومی دستگاه را تعویض و ضدعفونی نمایید (بر اساس قوانین موسسه) در حالت طبیعی لوله های خرطومی دستگاه باید هر 48 تا 72 ساعت تعویض گردد.

22 - لوله های ونتیلاتور را مرتباً جهت وجود آب و بخار کنترل نمایید زیرا باعث افزایش مقاومت جهت ورود هوا و آسپیراسیون مددجو می گردد. در این صورت باید مددجو را موقتا از دستگاه جدا کرده و با آمبوبگ ونتیله نمایید و آب را به خارج از دستگاه تخلیه نمایید ( هرگز آب را به داخل هیومدیفایر تخلیه ننمایید).

23 - اگر شرایط بالین مددجو اجازه میدهد مددجو را جهت جدا شدن از دستگاه آماده کنید.

### نکات قابل توجه:

- مددجو متصل به ونتیلاتور را از نظر روانی حمایت نمایید.
- حتی در صورت عدم همکاری مددجو تمام درمانها و پروسیجرها را برایش توضیح دهید.
- مطمئن شوید که آلامهای دستگاه همیشه فعال می باشند.
- در صورتیکه که صداهای آلام و مشکل مددجو به آسانی قابل شناسایی نیست او را از ونتیلاتور جدا نموده و با آمبوبگ ونتیله کنید و علت را بررسی نمایید.
- در صورت اندیکاسیون، مددجو را هر 1 تا 2 ساعت تغییر پوزیشن بدهید که باعث تسهیل اتساع ریه و خارج شدن ترشحات می گردد.

- جهت مددجو تمرینات دامنه حرکتی فعال و غیر فعال انجام دهید (باعث کاهش خطرات ناشی از بی حرکتی می گردد).
- در صورتی که وضعیت مددجو اجازه می دهد وی را جهت افزایش اتساع ریه ها به حالت Upright قرار دهید.
- هنگام تغییر پوزیشن مواظب آسیب‌ها شدن آب داخل لوله به داخل ریه های مددجو باشید. (می تواند باعث عفونت گردد).
- گردش خون محیطی مددجو و بازده ادراری او را اندازه گیری نمایید. (جهت بررسی کاهش برون ده قلبی).
- علایم و نشانه های افزایش و کاهش حجم مایعات بدن مددجو را بررسی نمایید.
- در صورت تجویز داروهای سداتیو و مهارکننده عصبی و عضلانی بدهید.
- جهت استراحت یا از بین بردن تنفس خود به خودی مددجو و جنگ با دستگاه به مددجو داروهای فوق داده می شود.
- اگر جهت مددجو از داروهای مهار کننده عصبی و عضلانی و سداتیو استفاده می شود مراقب عوارض آن مانند کاهش سطح هوشیاری باشید.





- مددجو و همراه وی را مطمئن سازید که فلج ناشی از این داروها موقتی بوده و یا در صورت کار نکردن دستگاه و یا خارج شدن لوله تراشه او را حمایت می کنید.

نام فرایند: مراقبت از مددجوی تحت تهویه مکانیکی

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسائل استاندارد انجام کار:**

ونتیلاتور-وسائل تزریق

**استاندارد مراحل انجام کار:**

تأمین حداکثر تبادل گاز:

مددجو را از نظر وجود علائم دیسترس تنفسی مورد بررسی قرار داده  
وبه هرگونه علامت غیرطبیعی توجه و آن را گزارش کنید.  
گازهای خون شریانی و سه معیار  $PH, PaO_2, PaCO_2$  را کنترل  
کنید.

ریه را از نظر وجود ترشحات سمع نمائید و در صورت نیاز عمل  
ساکشن را انجام دهید.

بر اساس بیماری زمینه ای و موقعیت مددجو، وضعیت مناسب  
را انتخاب نمائید.

الف: بهترین وضعیت برای مددجویی که محدودیت  
تغییر پوزیشن ندارد وضعیت نشسته یا نیمه نشسته است.  
ب: بر اساس سمع ریه می توانید از پوزیشن هایی که باعث  
درناژ وضعیت می شود، استفاده کنید.

ج: در صورت درگیری یک ریه، مددجو را به روی ریه سالم بخوابانید.

د: در صورت درگیری هر دو ریه، مددجو را بیشتر مواقع به روی ریه راست بخوابانید، زیرا ریه راست سطح بیشتری دارد.  
و: هر 2 ساعت وضعیت مددجو را تغییر دهید.  
تنظیم دستگاه و پارامترهای مربوط به آن را کنترل کنید.  
لوله های ونتیلاتور را از نظر وجود آب کنترل کرده و در صورت نیاز آب آنرا خالی کنید.

اگر سیستم تهویه دچار اختلال عملکرد شده و مشکل قابل شناسائی و اصلاح نباشد مددجو را از دستگاه ونتیلاتور جدا کرده و با آمبوبگ دستی متصل به اکسیژن به مددجو تنفس بدهید تا مشکل دستگاه برطرف شود.

جهت تسکین درد سعی کنید از مسکن هایی استفاده نمائید که عملکرد تنفس راحتی المقدور تضعیف ننمائید.

تصحیح الگوی تنفسی :

صدا های تنفسی را هر 2 ساعت سمع نموده و در صورت نیاز به ساکشن با استفاده از تکنیک استریل این عمل را انجام داده و سپس مقدار، رنگ و قوام ترشحات را ثبت کنید.

جهت پاک کردن راه های هوایی روشهای فیزیوتراپی سینه  
, تغییر وضعیت مکرر, افزایش تحرک جسمانی را به کارگیرید.  
برای رقیق شدن ترشحات عملکرد دستگاه مرطوب ساز دستگاه  
ها را کنترل کنید.

تأمین حداکثر تحرک جسمی :

در صورتی که وضعیت مددجو Stable باشد و بتواند از تخت خارج  
شود, به او کمک شود تا از تخت خارج شده و بر روی صندلی  
بنشیند (تحرک باعث تحریک تنفسی شده و حال عمومی  
مددجو را بهبود می بخشد).

در صورتی که مددجو قادر به خروج از تخت نباشد جهت جلوگیری  
از آتروفی عضلانی و رکود خون وریدی ورزشهای فعال  
و غیر فعال در تخت انجام شود.

هر دو ساعت مددجو را تغییر وضعیت دهید. برای پیشگیری

از تغییر اعضاء, مفاصل را طبق وضعیت آناتومیک

خود تغییر پوزیشن داده و از ملحفه لوله شده برای ثبات وضعیت  
عضوا استفاده نمائید.

حفظ سلامت پوست و بافتها :

هر دو ساعت مددجو را تغییر وضعیت دهید (برای پیشگیری از تحت

فشار قرار گرفتن پوست و نواحی حساس و در معرض خطر).

بدن مددجویان ملحفه چروک و مرطوب قرار نگیرد.  
بدن مددجویان و وسایل و سیستم های درمانی - مراقبتی  
قرار نگیرد.

هنگام تغییر وضعیت از کشیده شدن پوست روی ملحفه  
جلوگیری گردد.

محل چسبهای روی پوست (جهت فیکس شدن لوله  
تراشه، سوند ادراری و کاتترهای مختلف) را از نظر علائم تحریک  
و زخم کنترل نمایید.

## **تغذیه کافی مددجو:**

میزان I/O را کنترل کنید.  
درمددجویان دچار CHF و نارسائی کلیه دادن مایعات  
باید بر اساس برون ده ادراری آنها باشد.  
مراقب اختلال الکترولیتی درمددجویان باشید (کنترل روزانه  
الکترولیت های خون).

از جایگذاری لوله معده مطمئن شوید.  
کاف لوله تراکئوستومی و لوله تراشه را قبل از گواژپر کنید.

هنگام انجام گاوآژ و حداقل یک ساعت بعد از آن سر تخت  
را بالا بیاورید (حدود 30 درجه).

قبل از هر با گاوآژ حجم باقی مانده معده را کنترل کنید، اگر این  
حجم بیش از 100 میلی لیتر باشد، گاوآژ را انجام نداده و وضعیت  
را به پزشک گزارش نمایید.

در صورتی که تغذیه مددجو از راه گاوآژ میسر نبوده لازم است برای  
جلوگیری از سوء تغذیه جهت مددجو تغذیه کامل تزریقی  
(TPN) شروع گردد که شامل محلولهای دکستروز هیپرتونیک  
, لیپیدها, اسیدهای آمینه, ویتامین ها, مواد معدنی و الکترولیتها  
می باشد.

تنظیم و برقراری روشهای غیر کلامی ارتباط:

توانایی های ارتباطی مددجو را برای ارزیابی میزان  
محدودیت وی بررسی کنید:

الف: کنترل سطح هوشیاری مددجو

ب: وجود لوله تراشه (مانع ارتباط).

ج: میزان تحصیلات مددجو جهت نوشتن

د: وضعیت و آمادگی جسمانی مددجو جهت نوشتن

از روشهای مختلف ارتباط مثل استفاده از قلم و کاغذ و لب خوانی  
استفاده کنید.

برای مددجوی هوشیارطوری سؤال کنید که جواب بله یا خیر باشد.

به مددجوی لوله تراشه بگوئید که عدم توانائی در صحبت کردن او موقت بوده و بعد از خروج لوله تراشه می تواند صحبت کند.

پیشگیری از بروز عوارض ونتیلاتور با فشار مثبت:  
مددجور از نظر تنگی نفس, بیقراری, کاهش یا عدم وجود صداهای تنفسی, افزایش سونوریتة موضعی, انحراف نای به یک طرف آمفیزم زیر جلدی و کاهش PaO<sub>2</sub> کنترل کنید (علائم پنوموتراکس) و در صورت مشاهده علائم فوق حجم جاری را کم کرده و یا با آمبوبگ متصل به اکسیژن مددجور اونتیله و پزشک را خبر کنید.

سقوط آهسته یا سریع فشار خون, تاکی کاردی (علامت اولیه), برادی کاردی (علامت بعدی), اختلالات ریتم قلب, ضعیف شدن نبض های محیطی, افزایش فشار کاپیلرهای ریوی را مورد بررسی قرار دهید (علائم ناشی از مشکلات قلبی عروقی) و بروز موارد بالا را به پزشک اطلاع دهید.

پیشگیری از عفونت ریه:  
قبل از ساکشن دستها را بشوئید.

فقط به هنگام نیاز عمل ساکشن را انجام دهید نه به صورت روتین و نکات آسپتیک را هنگام عمل ساکشن رعایت کنید.

کاف لوله تراشه و تراکئوستومی را به خصوص قبل از تغذیه از راه لوله بینی - معده پر کنید.

بهداشت دهان را رعایت کنید.

هر 4 ساعت مددجورابا نرمال سالین دهان شویه دهید.

برای برداشتن پلاکهای دندانی، ازمسواک و خمیردندان استفاده کنید.

لب ها را با پماد ویتامین A یا وازلین چرب کنید.

Airway مددجوراروزی دوبار تعویض کنید.

آب جمع شده در لوله های ونتیلاتور را خالی کنید.

مخزن مربوط به دستگاه مرطوب ساز ونتیلاتور را روزانه با آب استریل پر کنید.

لوله های ونتیلاتور را در وضعیتی قرار دهید که کمترین فشار را بر روی نای اعمال نماید.

فشار کاف را هر 8 ساعت برای حفظ فشار در حد کمتر  $20\text{ cmH}_2\text{O}$  25 کنترل کنید.

بابالا آوردن سر تخت مددجو احتمال آسپیراسیون ترشحات معده را به حداقل برسانید.



در صورتی که مددجو تراکئوستومی دارد از گاز استریل تا شده در اطراف استوما استفاده کنید، نه گاز بریده شده، زیرا احتمال آسپیراسیون نخ های گاز وجود دارد.

### نکات قابل توجه:

انجام عمل ساکشن فقط در صورت نیاز صورت گیرد زیرا ساکشن بیش از حد به مخاط سیستم تنفسی آسیب می رساند. در صورت نیاز از sigh به میزان 3-1 بار در ساعت می توان استفاده کرد.

تغذیه ناکافی باعث کاهش تون عضلات دیافراگم، کاهش عملکرد ریه و افزایش نیاز به تهویه مکانیکی می شود.

میزان کالری مورد نیاز مددجو حدود  $30-35 \text{Kcal/KG}$

میباشد، که با افزایش سطح استرس و تب افزایش می یابد، که 50٪ آن کربوهیدرات، 35٪ چربی و 15٪ راپروتئین تشکیل میدهد.

میزان مایعات دریافتی مورد نیاز در مددجویان بستری در بخش ویژه که به دلایل مختلف، متابولیسم بالادارند برای افراد زیر 56 سال  $35-40 \text{ml/kg}$  و برای افراد بین 56 تا 65 سال  $25 \text{ml/kg}$  میباشد. برای دادن مایعات به موارد زیر توجه شود: دفع نامحسوس آب را در نظر بگیرید.

مراقبت از ممدجویان تحت تهویه مکانیکی دارای لوله معده لوله معده به منظور جلوگیری از آسپیراسیون یا تغذیه روده ای (گاواژ) گذاشته می شود.

جایگذاری لوله بینی-معده ممکن است باعث نارسائی اسفنگتر تحتانی مری، ریفلاکس محتویات معده به طرف مری و سپس آسپیراسیون محتویات معده و پنومونی گردد که عارضه ای کشنده است.

حتی المقدور از لوله های باریک برای حداقل آسیب به اسفنگتر تحتانی مری استفاده نمائید و مواد رابه آهستگی گاواژ کنید.

محل قرارگیری لوله رابه صورت زیر کنترل کنید: مطمئن ترین راه کنترل محل لوله انجام رادیوگرافی است که اغلب غیر عملی است.

آسپیره نمودن محتویات معده و کنترل PH آن (PH ترشحات ریه قلیائی و 7/6 است) البته PH معده نیز با مصرف آنتی اسید و H<sub>2</sub> بلوکرها افزایش می یابد و PH روده نیز قلیائی است. در تهویه مکانیکی اطمینان از عملکرد مناسب دستگاه و تنظیم صحیح آن ضروری است.

پرستار با اینکه مسئولیت مستقیم تنظیم و راه اندازی دستگاه و یا تعیین پارامترهای تهویه را به عهده ندارد، مسئول زندگی مددجو بوده و باید تأثیر ونتیلاتور را بر وضعیت کلی مددجو ارزیابی نماید. در کنترل ونتیلاتور، پرستار باید به نکات زیر توجه نماید:

نوع ونتیلاتور

مدمورد استفاده در دستگاه

حجم جاری و تعداد تنفس

FiO<sub>2</sub> تنظیم شده

فشاردمی و محدوده فشار

حساسیت دستگاه

نسبت دم به بازدم

حجم در دقیقه

تنظیم sigh

آب موجود در لوله، عدم وجود انسداد یا پیچ خوردگی لوله

رطوبت و درجه حرارت

زنگ های هشداردهنده

میزان PEEP، در صورتی که از آن استفاده می شود.

مراقبت پرستاری از مددجویان تحت تهویه مکانیکی به مهارتهای

تکنیکی و فردی ویژه ای نیاز دارد.

دومداخله پرستاری عمده درمراقبت ازمددجویان تحت تهویه مکانیکی سمع ریه وتفسیرنتایج گازهای خون شریانی بوده وپرستاربایدبه تغییریافته های فیزیکی یا تغییرات گازهای خون شریانی که علامت بروز مشکل هستندتوجه نماید.

## نام فرایند:جداسازی مددجوازونتیلاتور

عامل انجام کار:پرستار

وسائل استانداردانجام کار:

دستگاه الکتروشوک,ترالی اورژانس

استانداردمراحل انجام کار:

1 مطمئن شوید که کلیه علائم مربوط به روندپاتولوژیک تحت کنترل است.

الف:تب مددجوقطع شده است.

ب:درعکس قفسه سینه ریه ها پاک است.

ج:احتمال بروزدیس ریتمی های خطرناک وجودندارد.

وضعیت همودینامیک مددجویا تجویزداروثابت است.

- 2 مددجو کاملاً "هوشیار بوده و قادر به تنفس خودبخودی بوده و تعداد تنفس او کمتر از 25 بار در دقیقه است.
- 3 راه هوایی طبیعی مددجو باز بوده یا تراکئوستومی داشته باشد.
- 4 با وجود دریافت اکسیژن کمتر از 50 درصد  $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$  داشته باشد.
- 5 حجم جاری در تنفس خودبخودی مددجو بیش از  $6 \text{ ml/kg}$  باشد.
- 6 ظرفیت حیاتی مددجو در تنفس خودبخودی مددجو بیش از  $15 \text{ ml/kg}$  باشد.
- 7 فشار نیروی دمی مساوی یا بیشتر از  $20 \text{ cmH}_2\text{O}$  باشد.
- 8 کمپلیانس مساوی یا بیشتر از  $20 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$  باشد.
- 9 مقادیر ABG در حد طبیعی یا قابل قبول باشد.
- 10 وضعیت گردش خون تثبیت شده باشد.
- 11 مددجو قادر باشد ترشحات راه های هوایی را با سرفه خارج کند.
- 12 رفلکس gag سالم باشد.
- 13 وضعیت تغذیه ای مناسب داشته و مایعات کافی جهت تأمین نیازهای متابولیکی جهت تنفس خودبخودی دریافت دارد (سوء تغذیه باعث عدم موفقیت در جداسازی میشود).

- 14 - در تمام مراحل جداسازی مددجور از نظر علائم خستگی و زجر تنفسی کنترل کنید.
- 15 - وضعیت همودینامیک و گازهای خون شریانی مددجور امرتاً بررسی کنید (در صورت بروز هرگونه مشکل روند جداسازی متوقف خواهد شد).
- 16 - مددجور در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید.
- 17 - مددجور را تشویق به تنفس مؤثر کنید.
- 18 - در شروع جداسازی میتوان در طول شب مددجور را روی ونتیلاتور گذاشت (در طول شب و موقع خواب تلاشهای تنفسی کمتری شود)، در واقع جداسازی در طول روز و بعد از خواب خوب و کامل شب انجام گردد.
- 19 - زمانی که مددجور حداقل 2 ساعت تنفس ارادی و راحت داشته و هیچگونه علامتی دال بر شکست جداسازی وجود نداشته باشد، میتوان کاف لوله تراشه را خالی کرد.
- 20 - قبل از خالی کردن لوله تراشه ترشحات بالای کاف را جهت پیشگیری از آسپیراسیون به داخل راه های هوایی ساکشن کنید.
- 21 - در صورت عدم وجود مشکل می توان لوله تراشه را خارج کرد.
- 22 - اکسیژن با کانولای بینی برای مددجور شروع کنید.

- 23 پس از چند ساعت یا چند روز (بسته به وضعیت مددجو و مقادیر ABG) در صورتی که PaO<sub>2</sub> بدون اکسیژن کمکی مساوی یا بیشتر از 70 mmHg بود میتواند اکسیژن رانیز قطع نمود.
- 24 در صورت وجود هر یک از موارد ذیل مددجو باید مجدداً به ونتیلاتور وصل شود:
- 25 افزایش فشار سیستولیک 20 میلی متر جیوه یا بیشتر.
- 26 افزایش فشار دیاستولیک 10 میلی متر جیوه یا بیشتر.
- 27 افزایش سرعت ضربان قلب 20 ضربه در دقیقه یا بیشتر (نسبت به وضعیت پایه) یا افزایش سرعت ضربان قلب به بیشتر از 120 ضربه در دقیقه .
- 28 افزایش تعداد تنفس بیشتر از 10 تنفس در دقیقه (نسبت به وضعیت پایه) یا افزایش تعداد تنفس به بیش از 35 بار در دقیقه.
- 29 تنفس پر زحمت و خسته کننده همراه با تعریق و به طور کلی علائم زجر تنفسی .
- 30 خستگی مفرط مددجو.
- 31 بروز دیس ریتمی های قلبی، آنژین صدری، تغییرات ECG نشانگر ایسکمی .
- 32 مختل شدن مقادیر ABG.

33 جداسازی ازونتیلاتوردرسه مرحله انجام می شود.مددجوبه صورت تدریجی ازونتیلاتورجدامیشودوسپس لوله ها خارج شده وبعداکسیژن قطع می گردد.

34 مواردانجام شده ومشاهدات خودرابدقت ثبت کنید.

### نکات قابل توجه :

- پرستارنقش مهم وحیاتی دربررسی وضعیت مددجوو عملکردونتیلاتوردارد.اووضعیت جسمانی وسازگاری روانی مددجورابا تهویه مکانیکی ارزیابی میکند.بررسی مددجوشامل:
  - کنترل علائم حیاتی شامل فشارخون ونبض ,تنفس ودرجه حرارت است که معمولاً"درموردمددجویان تحت تهویه مکانیکی هر2ساعت لازم است انجام شود.
  - بررسی علائم کاهش اکسیژناسیون بافتی شامل بیقراری ,تشویش ,گیجی ,تاکی کاردی ,تاکی پنه ,افزایش کارتنفسی ,رنگ پریدگی ,سیانوزوشوک توسط پرستار بسیارمهم است.اندازه گیری میزان برون ده ادراری ازلحاظ کنترل برون ده قلبی ارزشمندمی باشد.وضعیت نورولوژیک مددجوشامل کنترل مردمک ها ازنظر اندازه وواکنش به نوروسطح هوشیاری



نیز هر 2 ساعت مورد بررسی قرار می گیرد. همچنین میزان تطابق  
مددجویان مندبه تهویه مکانیکی با وضعیت موجود، سطح راحتی  
مددجویان و توانائی او برای برقراری ارتباط را باید مدنظر داشت.