



## فرآیندهای اختصاصی پرستاری

پاییز ۱۴۰۱

دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

## فهرست

- ۴..... لوله گذاری داخل تراشه.....
- ۶..... لوله گذاری داخل تراشه در شرایط اورژانس.....
- ۸..... اتصال بیمار به دستگاه ونتیلاتور.....
- ۹..... مراقبت از بیمار تحت تهویه مکانیکی.....
- ۱۳..... جدا سازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور.....
- ۱۴..... خارج نمودن لوله تراشه (اکستوب کردن).....
- ۱۵..... ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به دستگاه تهویه مکانیکی.....
- ۱۸..... مراقبت و ساکشن تراکئوستومی.....
- ۲۰..... بررسی سیستم عصبی بیمار.....
- ۲۴..... بررسی، کنترل و ثبت وضعیت عصبی عروقی.....
- ۲۵..... مراقبت از بیمار با زخم فشاری.....
- ۲۶..... پذیرش بیمار در اتاق عمل.....
- ۲۷..... وضعیت دادن به بیمار جهت اعمال مختلف.....
- ۲۸..... رعایت احتیاطات همه جانبه در اتاق عمل و ریکاوری.....
- ۲۹..... مراقبت حین عمل جراحی.....
- ۳۰..... الکتروسرجری و مراقبت های آن (تک قطبی - دوقطبی).....
- ۳۲..... مراقبت از بیمار در ریکاوری.....
- ۳۳..... ثبت و گزارش نویسی در اتاق عمل و ریکاوری.....
- ۳۵..... نگهداری و ارسال نمونه های پاتولوژی.....
- ۳۶..... شست و شوی اتاق عمل.....
- ۳۷..... استریل کردن وسایل در اتوکلاو.....
- ۳۸..... مراقبت از نوزاد در عمل سزارین.....
- ۳۹..... بانداژ.....
- ۴۳..... ورزش های محدوده طبیعی حرکات (ROM).....
- ۴۵..... ارتباط با بیمار دچار اختلالات اضطرابی.....
- ۴۸..... مداخلات پرستاری قبل از انجام ECT.....
- ۴۹..... مداخلات پرستاری حین انجام ECT.....
- ۵۰..... آماده سازی داروهای شیمی درمانی.....
- ۵۳..... تجویز داروهای شیمی درمانی.....
- ۵۵..... مراقبت های قبل و بعد از آندوسکوپی.....
- ۵۶..... مراقبت های قبل و بعد از انجام کولونوسکوپی.....
- ۵۷..... فتوتراپی در نوزادان.....

- ۵۸.....مراقبت پرستاری قبل از انجام آنژیوگرافی.....
- ۶۰.....مراقبت پرستاری حین انجام آنژیوگرافی.....
- ۶۲.....مراقبت پرستاری بعد از انجام آنژیوگرافی.....
- ۶۴.....آموزش به بیمار بعد از آنژیوگرافی.....

## لوله گذاری داخل تراشه

**مقدمه:** لوله گذاری داخل تراشه شامل وارد نمودن یک کاتتر خمیده از طریق حلق به تراشه جهت کنترل راه هوایی در هنگام استفاده از ونتیلاسیون مکانیکی بیمار می باشد.

### اهداف:

- ۱- داشتن یک راه هوایی مطمئن و انجام تهویه مکانیکی
- ۲- حفظ راه هوایی در بیمارانی که نمی توانند راه هوایی را باز نگه دارند.
- ۳- دسترسی مستقیم به ریه ها برای تهویه و ساکشن کردن آسان ترشحات ریه
- ۴- فراهم نمودن امکان استفاده از یک سری داروهای اورژانس جهت جذب سریع از راه ریه ها به بیمار برای شرایطی که دسترسی اورژانسی به وریدهای محیطی و مرکزی ممکن نباشد.

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط (آموزش دیده) - کارشناس هوشبری - کاردان هوشبری

### وسایل و تجهیزات استاندارد:

لوله تراشه در اندازه مناسب - سرنگ ۱۰ سی سی - گوشی پزشکی - دستکش استریل - لارنگو سکوپ لامپ دار با دسته و تیغه ها با اندازه مختلف - آرام بخش - اسپری بی حس کننده - داروهای کاهش دهنده ترشحات مخاطی در صورت نیاز - میز بالا سر تخت بیمار - ژل لوبریکانت محلول در آب - دستکش یک بار مصرف - عینک محافظ - شیلد در صورت نیاز - ایروی در اندازه مناسب - ساکشن و تجهیزات ساکشن - منبع اکسیژن - گاز استریل - آب مقطر - رسیور استریل - آب مقطر، - آمبوبگ و رابط مخصوص لوله تراشه - بگ دریچه دار (BVM)

### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- در شرایط غیر اورژانس دستور پزشک را مبنی بر لوله گذاری در پرونده بررسی کنید.
- ۲- وسایل مورد نیاز را آماده کنید.
- ۳- وسایل را به ترتیب ضرورت استفاده بچینید.
- ۴- لارنگوسکوپ و کاف لوله تراشه را از نظر سالم بودن بررسی کنید.
- ۵- در صورت هوشیار بودن بیمار با وی ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را به وی توضیح دهید.
- ۶- به بیمار بگویید که با کار گذاشتن لوله تراشه قادر به صحبت کردن نمی باشد.
- ۷- به بیمار توضیح دهید که قورت دادن آب دهان احتمال استفراغ را در وی کم می کند.
- ۸- از بیمار بخواهید که به هیچ عنوان لوله تراشه را جابه جا نکند. (در صورت هوشیار بودن)
- ۹- دستورات دارویی جهت کاهش ترشحات و بی حس کننده های ته حلق و شل کننده های عضلانی (جهت بیماران هوشیار کاندید لوله گذاری) را اجرا کنید.

- ۱۰- دست های خود را بشوید.
- ۱۱- آب استریل را داخل رسیور استریل بریزید.
- ۱۲- ۲/۵ سانتی متر اول لوله داخل تراشه انتخابی را به زل لوبر یکانت به روش استریل آغشته کنید.
- ۱۳- با اکسیژن ۱۰۰٪ بیمار را به مدت دو دقیقه هیپرونتیله کنید.
- ۱۴- تعداد تنفس و وضعیت تنفسی بیمار و رنگ وی را بررسی کنید.
- ۱۵- بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت طوری قرار دهید که سر وی به حدی به عقب برود که دهان و حلق و لوله تراشه باز شود. (گذاشتن رول زیر گردن بیمار یا رول مخصوص بی هوشی)
- ۱۶- دستکش و تجهیزات پزشکی محافظتی را بپوشید.
- ۱۷- جهت لوله گذاری از راه دهان یک بی حس کننده موضعی مانند اسپری لیدوکائین به عقب حلق بیمار بپاشید تا رفلکس تهوع کنترل شود و از بی قراری بیمار کاسته شود.
- ۱۸- در صورت نیاز بیمار را مهار فیزیکی کنید.
- ۱۹- جهت لوله گذاری از راه بینی از اسپری بی حس کننده و کم کننده ترشحات و شل کننده عضلانی به داخل لوله بینی استفاده کنید.
- ۲۰- در صورت داشتن ترشح قبل از داخل نمودن لوله داخل تراشه ته حلق را ساکشن کنید.
- ۲۱- هر تلاشی جهت لوله گذاری را در کمتر از ۳۰ ثانیه انجام دهید.
- ۲۲- در صورتی که لوله گذاری با مشکل مواجه شد غضروف کریکویید را فشار دهید. (جهت کمک به لوله گذاری آسان)
- ۲۳- پس از انجام لوله گذاری، با سرنگ ۵ تا ۱۰ سی سی کاف لوله تراشه را پر هوا کنید. که با تهویه بیمار با آمبویک هوا از اطراف کاف هوایی به داخل دهان نشت نکند.
- ۲۴- جهت اطمینان از لوله گذاری صحیح به بالا آمدن قفسه سینه توجه کنید و صداهای تنفسی در دو طرف قفسه سینه را گوش کنید.
- ۲۵- در صورتی که صداهای تنفسی شنیده نشد موقعی که با آمبویک بیمار را تهویه می کنید به بالای معده توجه کنید. (اتساع معده نشان دهنده ورود لوله به مری می باشد)
- ۲۶- در صورت لوله گذاری داخل معده بلافاصله کاف را تخلیه و لوله را خارج کنید.
- ۲۷- به بیمار اکسیژن بدهید.
- ۲۸- لوله گذاری را تکرار کنید.
- ۲۹- دو طرف ریه های بیمار را از نظر لوله گذاری داخل یک برونش معاینه کنید.
- ۳۰- اگر موفق به شنیدن صداهای تنفسی در هر دو طرف قفسه سینه نشدید به دلیل احتمال ورود لوله به یک برونش، فوراً کاف را تخلیه و لوله را جا به جا کنید.
- ۳۱- لوله را ۲ تا ۲ سانتی متر به خارج بکشید.
- ۳۲- صداهای تنفسی در دو طرف قفسه سینه را گوش کنید تا مطمئن شوید که لوله گذاری صحیح می باشد.
- ۳۳- کاف را مجدداً پر کنید.
- ۳۴- در صورت اطمینان از صحت لوله گذاری به بیمار اکسیژن دهید یا وی را به دستگاه ونتیلاتور وصل کنید.
- ۳۵- در صورت لزوم ته حلق بیمار را ساکشن کنید.

- ۳۶- لوله را با باند فیکس کنید.
- ۳۷- جهت جلوگیری از زخم شدن کناره های دهان از پدهای گاز در گوشه لب ها استفاده کنید.
- ۳۸- ایروی را در دهان بیمار قرار دهید.
- ۳۹- جهت اطمینان یک chest-x-Ray از بیمار بگیرید.
- ۴۰- بیمار را به پهلو قرار دهید. ( جهت جلوگیری از انسداد لوله تراشه)
- ۴۱- وسایل را جمع آوری کرده و بشوید.
- ۴۲- مرتباً صداهای تنفسی و حرکت ریه ها را بررسی کنید.
- ۴۳- مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید :
- الف- تاریخ و زمان لوله گذاری
- ب- علت لوله گذاری یا لوله گذاری مجدد
- پ- مقدار هوای وارد شده به کاف
- ت- مشکلات و تحمل بیمار نسبت به لوله گذاری
- ث- تعداد و نظم تنفس
- ج- شماره و اندازه لوله تراشه ای که به کار برده شده است.
- خ- عددی را که لوله تراشه روی آن فیکس شده است.

**لوله گذاری داخل تراشه  
در شرایط اورژانسی**

**اهداف:**

- ۱- داشتن یک راه هوایی مطمئن جهت انجام تهویه
  - ۲- حفظ راه هوایی در بیمارانی که نمی توانند راه هوایی خود را باز نگه دارند.
  - ۳- دسترسی مستقیم به ریه ها برای تهویه و ساکشن کردن آسان ترشحات
  - ۴- فراهم نمودن امکان استفاده از داروها استفاده از یک سری داروهای اورژانسی جهت جذب سریع از راه ریه ها به بیمار برای شرایطی که دسترسی اورژانسی به وریدهای محیطی و مرکزی ممکن نباشد.
- عامل انجام کار:** پرستار واجد پرستاری (آموزش دیده) - کارشناس هوشبری - کاردان هوشبری

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

- لوله تراشه در اندازه مناسب - سرنگ ۱۰ سی سی - گوشی پزشکی - دستکش استریل - لارنگو سکوپ لامپ دار با دسته و تیغه ها با اندازه مختلف - آرام بخش - اسپری بی حس کننده - داروهای کاهش دهنده ترشحات مخاطی در صورت نیاز - میز بالا سر تخت بیمار - ژل لوبریکانت محلول در آب - دستکش یک بار مصرف - عینک محافظ - شیلد در صورت نیاز -

ایروی در اندازه مناسب - ساکشن و تجهیزات ساکشن - منبع اکسیژن - گاز استریل - استیکت - پنسی مگیل - آب مقطر - رسیور استریل - آب مقطر، - آمبویگ و رابط مخصوص لوله تراشه - بگ دریچه دار (BVM)

### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- تا آماده نمودن وسایل مورد نیاز توسط همکاران به CPR ادامه دهید.
- ۲- بیمار را با اکسیژن ۱۰۰٪ با آمبویگ ونتیله کنید.
- ۳- بالای سر تخت بیمار بایستید.
- ۴- دهان بیمار را با استفاده از انگشتان دست راست باز کنید (انگشت شست بالای دندان های فک فوقانی و انگشت اشاره روی دندان های فک تحتانی قرار گیرد) این روش اهرم خوبی برای باز کردن دهان می باشد.
- ۵- با دست چپ دسته ی لارنگوسکوپ را در دست گرفته و تیغه ی آن را به آرامی به طرف راست دهان بیمار هدایت کنید.
- ۶- تیغه را به سمت مرکز دهان هدایت کنید، طوری که زبان بیمار را به طرف چپ منتقل کند.
- ۷- لب پایین بیمار را از دندان های وی دور کنید تا از ایجاد تروما و ضربه به وسیله ی تیغه در امان باشد.
- ۸- تیغه را به طرف جلو آتقدر هدایت کنید تا اپی گلوت نمایان شود.
- ۹- هنگامی که تیغه ی صاف به کار می برید نوک آن را زیر اپی گلوت قرار دهید.
- ۱۰- هنگامی که تیغه ی خمیده به کار می برید نوک تیغه را از بین قاعده زبان و اپی گلوت قرار دهید.
- ۱۱- تیغه ی لارنگوسکوپ را به طور عمودی برای آشکار شدن تارهای صوتی به طرف بالا بکشید بعد با زاویه ۴۵ درجه از خودش دور کنید.
- ۱۲- از فشار تیغه لارنگوسکوپ روی دندان ها پرهیز کنید.
- ۱۳- در صورت نیاز از همکاران بخواهید ناحیه کریکویئید را فشار دهد تا دهانه مری بسته و خطر برگشت محتویات معده به حداقل برساند.
- ۱۴- در انتوباسیون دهانی لوله تراشه را در طرف راست دهان بیمار قرار دهید.
- ۱۵- در انتوباسیون از راه بینی، لوله تراشه را از داخل بینی به طرف حلق هدایت کنید.
- ۱۶- سپس از فورسپس مگیل جهت هدایت لوله تراشه از میان تارهای صوتی استفاده نمایید.
- ۱۷- در هر بار تلاش جهت لوله گذاری روش کار را بیشتر از ۳۰ ثانیه ادامه ندهید.
- ۱۸- بین تلاش ها جهت لوله گذاری، بیمار را با اکسیژن ونتیله کنید.
- ۱۹- برای تأیید صحت لوله گذاری آن را به بگ وصل نموده و تهویه را آغاز کنید. (قرینه بودن سمع و حرکت قفسه سینه نمایانگر صحت قرارگیری لوله می باشد)
- ۲۰- کاف لوله تراشه را به میزان مناسب و کافی از هوا پر کنید. (مقدار هوای تزریق شده به داخل کاف آن قدر باشد که تهویه با فشار مثبت هوا از کنار لوله تراشه نشت نکند)
- ۲۱- نوک لوله تراشه را حدود ۱۰ سانتی متر فاصله ۲ سانتی متر محل کارینا ثابت کنید. (با این کار در آقایان اعداد ۲۴-۲۳ روی لوله تراشه و در خانم ها اعداد ۲۳-۲۲ روی لوله تراشه در مقابل دندان ها قرار می گیرد)
- ۲۲- پس از اطمینان از لوله گذاری صحیح لوله را با باند ویا چسب یا فیکساتور مخصوص به اطراف دهان بیمار فیکس می کند و انتهای آن را برای کنترل جابه جایی علامت می زند.

- ۲۳- بلافاصله پس از لوله گذاری، بیمار را مجدداً با اکسیژن ۱۰۰ درصد تهویه کنید.
- ۲۴- وسایل را جمع آوری و به روش صحیح منقل کنید.
- ۲۵- بیمار را تا دسترسی به امکانات مراقبت های ویژه از نظر تهویه گردش خون حمایت کنید.
- ۲۶- کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید.
- الف- تاریخ و زمان لوله گذاری، اندازه لوله، عددی که لوله تراشه روی آن فیکس شده است.
- ب- علت و اندیکاسیون لوله گذاری یا لوله گذاری مجدد
- پ- مقدار هوای وارد شده به کاف
- ت- مشکلات و تحمل بیمار نسبت به پروسیجر
- ث- تعداد نبض و تنفس بیمار- فشار خون بیمار

**اتصال بیمار به دستگاه  
ونتیلاتور**

**اهداف:**

- ۱- پیشگیری از صدمات جدی به ارگان های حیاتی بیمار به علت عدم توانایی در تنفس
- ۲- دادن تنفس مصنوعی به مددجو به صورت موقت و یا طولانی مدت
- ۳- حفظ ثبات حیات بیمار
- عامل انجام کار:** پرستار آموزش دیده - کارشناس هوشبری - کاردان هوشبری

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- دستور العمل استفاده از ونتیلاتور را مطالعه کنید.
- ۲- ونتیلاتور را به منبع اکسیژن وصل کنید.
- ۳- ونتیلاتور را روشن کنید. ( بسته به نوع ونتیلاتور مطمئن می شود که دستگاه کالیبر شده است).
- ۴- لوله های هوایی را بررسی کرده و از سالم بودن آن ها اطمینان حاصل کنید.
- ۵- محفظه ی رطوبت ساز را با آب مقطر استریل تا خط مربوطه پر کنید.
- ۶- Mod دستگاه را طبق دستور انتخاب کنید.
- ۷- در صورتی که مد حجمی استفاده می شود Tidal volume را طبق دستور انتخاب کنید. در مد فشاری میزان فشار را طبق دستور انتخاب کنید.
- ۸- میزان تنفسی دستگاه را طبق دستور تنظیم کنید.
- ۹- FiO2 دستگاه را طبق دستور تنظیم کنید.
- ۱۰- Trigger دستگاه را در صورت لزوم تنظیم کنید.
- ۱۱- محدوده آلارم های دستگاه را تنظیم کنید.
- ۱۲- لوله رابط را به کانکشن لوله داخل تراشه وصل کنید.

- ۱۳- ABG را طبق دستور کنترل کنید.
- ۱۴- تغییرات ABG را پس از دریافت به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۵- بر اساس ABG طبق دستور پزشک پارامترهای دستگاه را مجدد تنظیم کنید.
- ۱۶- نتایج ABG را در فلوجارت ثبت کنید.
- ۱۷- چنانچه بیماری نیاز به مسکن دارد طبق دستور پزشک داروهای بیمار را تزریق کنید.
- ۱۸- مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت کنید:
  - الف- مد و پارامترهای تنظیم شده روی دستگاه
  - ب- نتایج اولیه ABG
  - پ- عکس‌العمل‌های بیمار در طی اتصال به دستگاه
  - ت- مقدار و نوع داروهای مسکن

### مراقبت از بیمار تحت تهویه مکانیکی

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

**استاندارد مراحل انجام کار:**

**تأمین حداکثر تبادلات گازی:**

- ۱- بیمار را از نظر علائم دیسترس تنفسی مورد بررسی قرار داده و به هرگونه علامت غیر طبیعی توجه و آن را گزارش کنید.
- ۲- گازهای خون شریانی و سه معیار  $PaCO_2$ ،  $PaO_2$ ،  $PH$  را کنترل کنید.
- ۳- ریه را از نظر وجود ترشحات سمع نمایید و در صورت نیاز عمل ساکشن را انجام دهید.
- ۴- براساس بیماری زمینه‌ای و موقعیت بیمار، وضعیت مناسب را انتخاب نمایید.
  - الف: بهترین وضعیت برای بیماری که محدودیت تغییر پوزیشن ندارد وضعیت نشسته یا نیمه نشسته است.
  - ب: براساس سمع ریه می‌توانید از پوزیشن‌هایی که باعث درناز وضعیتی می‌شود، استفاده کنید.
  - ج: در صورت درگیری یک ریه، بیمار را بر روی ریه سالم بخوابانید.
  - د: در صورت درگیری هر دو ریه، بیمار را بیشتر مواقع به روی ریه راست بخوابانید زیرا ریه راست سطح بیشتری دارد.
  - و: هر ۲ ساعت وضعیت بیمار را تغییر دهید.
- ۵- تنظیم دستگاه و پارامترهای مربوط به آن را کنترل کنید.
- ۶- لوله‌های ونتیلاتور را از نظر وجود آب کنترل کرده و در صورت نیاز آب آن را خالی کنید.
- ۷- اگر سیستم تهویه دچار اختلال عملکرد شده و مشکل قابل شناسایی و اصلاح نباشد بیمار را از دستگاه ونتیلاتور جدا کرده و با آمبویگ دستی متصل به اکسیژن به بیمار تنفس بدهید تا مشکل دستگاه برطرف شود.
- ۸- جهت تسکین درد سعی کنید از مسکن‌هایی استفاده نمایید که عملکرد تنفسی را حتی المقدور تضعیف ننمایند.

### تصحیح الگوی تنفسی:

- ۹- صداهای تنفسی را هر ۲ 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.
- ۱۰- جهت پاک کردن راه های هوایی روش های فیزیوتراپی سینه، تغییر وضعیت مکرر، افزایش تحرک جسمانی را به کار گیرید.
- ۱۱- برای رقیق شدن ترشحات عملکرد دستگاه مرطوب ساز دستگاه ونتیلاتور را کنترل کنید.

### نآمین حداکثر تحرک جسمی:

- ۱۲- در صورتی که وضعیت بیمار 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 بیمار را بهبود می بخشد)
- ۱۳- در صورتی که بیمار قادر به خروج از تخت نباشد جهت جلوگیری از آتروفی عضلانی و رکود خون وریدی ورزش های فعال و غیر فعال در تخت انجام شود.
- ۱۴- هر دو ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید. برای پیشگیری از تغییر شکل اندام ها ، مفاصل را طبق وضعیت آناتومیک خود تغییر پوزیشن داده و از ملحفه لوله شده برای ثبات عضو استفاده نمایید.

### حفظ سلامت پوست و بافتها:

- ۱۵- هر دو ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید. (برای پیشگیری از تحت فشار قرار گرفتن پوست و نواحی حساس و در معرض خطر)
- ۱۶- بدن بیمار روی ملحفه چروک و مرطوب قرار نگیرد.
- ۱۷- بدن بیمار روی وسایل و سیستم های درمانی - مراقبتی قرار نگیرد.
- ۱۸- هنگام تغییر وضعیت از کشیده شدن پوست روی ملحفه جلوگیری گردد.
- ۱۹- محل چسب های روی پوست (جهت فیکس شدن لوله تراشه، سوند ادراری و کاتترهای مختلف) را از نظر علایم تحریک و زخم کنترل نمایید.

### تغذیه کافی بیمار:

- ۲۰- میزان I/O را کنترل کنید.
- ۲۱- در بیماران دچار CHF و نارسایی کلیه دادن مایعات باید بر اساس برون ده ادراری آنها باشد.
- ۲۲- مراقب اختلالات الکترولیتی در بیمار باشید. (کنترل روزانه الکترولیت های خون)
- ۲۳- از جایگذاری لوله معده مطمئن شوید.
- ۲۴- کاف لوله تراکئوستومی و لوله تراشه را قبل از گاوژر کنید.
- ۲۵- هنگام انجام گاوژر و حداقل یک ساعت بعد از آن سر تخت را بالا بیاورید. (حدود ۳۰ درجه)
- ۲۶- قبل از هر بار گاوژر حجم باقی مانده معده را کنترل کنید اگر این حجم بیش از ۱۰۰ میلی لیتر یا بیشتر از نصف مواد غذایی گاوژر شده قبلی باشد، گاوژر را انجام نداده و وضعیت را به پزشک گزارش نمایید.

۲۷- در صورتی که تغذیه بیمار از راه گاوژ میسر نبود لازم است برای جلوگیری از سوء تغذیه جهت بیمار 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:

۲۸- توانایی های ارتباطی بیمار را برای ارزیابی میزان محدودیت وی بررسی کنید:

الف: کنترل سطح هوشیاری بیمار

ب: وجود لوله تراشه (مانع ارتباط)

ج: میزان تحصیلات بیمار جهت نوشتن

د: وضعیت و آمادگی جسمانی بیمار جهت نوشتن

۲۹- از روش های مختلف ارتباط مثل استفاده از قلم و کاغذ و لب خوانی استفاده کنید.

۳۰- برای بیمار هوشیار طوری سؤال کنید که جواب بله یا خیر باشد.

۳۱- به بیمار دارای لوله تراشه بگویید که عدم توانایی در صحبت کردن او موقت بوده و بعد از خروج لوله تراشه می تواند صحبت کند.

### پیشگیری از عوارض ونتیلاتور با فشار مثبت:

۳۲- بیمار را از نظر تنگی نفس، بیقراری، کاهش یا عدم وجود صداهای تنفسی، افزایش سونوریتیه موضعی، انحراف نای به یک طرف، آمفیژم زیرجلدی و کاهش PaO<sub>2</sub> کنترل کنید (علائم پنوموتراکسی) و در صورت مشاهده علائم فوق حجم جاری را کم کرده و یا با آمبویگ متصل به اکسیژن، بیمار را ونتیله و پزشک را خبر کنید.

۳۳- 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:

۳۴- قبل از ساکشن دستها را بشوید.

۳۵- فقط به هنگام نیاز عمل ساکشن را انجام دهید نه به صورت روتین و نکات آسپتیک را هنگام عمل ساکشن رعایت کنید.

۳۶- کاف لوله تراشه و تراکئوستومی را به خصوص قبل از تغذیه از راه لوله بینی - معده پر کنید.

۳۷- بهداشت دهان را رعایت کنید.

۳۸- هر ۴ ساعت بیمار را با نرمال سالین دهان شویه دهید.

۳۹- برای برداشتن پلاکهای دندانی، از مسواک و خمیر دندان استفاده کنید.

۴۰- لب ها را با پماد ویتامین A یا وازلین چرب کنید.

۴۱- Airway بیمار را روزی دوبار تعویض کنید.

۴۲- آب جمع شده در لوله های ونتیلاتور را خالی کنید.

۴۴- مخزن مربوط به دستگاه مرطوب ساز ونتیلاتور را روزانه با آب استریل پر کنید.

۴۵- فشار کاف را هر ۸ ساعت برای حفظ فشار در حد کمتر ۲۵cmH<sub>2</sub>O کنترل کنید.

- ۴۶- با بالا آوردن سر تخت بیمار احتمال آسپیراسیون ترشحات معده را به حداقل برسانید.
- ۴۷- در صورتی که بیمار 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 می گیرد زیرا ساکشن بیش از حد به مخاط سیستم تنفسی آسیب می رساند.
- در صورت نیاز Sigh به میزان ۱-۳ 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 بیمار حدود ۳۵-۳۰ Kcal/Kg می باشد که با افزایش سطح استرس و تب افزایش می یابد، که ۵۰٪ آن کربوهیدرات، ۳۵٪ چربی و ۱۵٪ پروتئین تشکیل می دهد.
- میزان مایعات دریافتی مورد نیاز در بیماران بستری در بخش ویژه که به دلایل مختلف، متابولیسم بالا دارند برای افراد زیر ۵۶ سال ۴۰-۳۵ ml/kg و برای افراد بین ۵۶ تا ۶۵ سال ۲۵ ml/kg می باشد.
- برای دادن مایعات، دفع نامحسوس آب را در نظر بگیرید.
- لوله معده به منظور جلوگیری از آسپیراسیون یا تغذیه روده ای (گاواژ) گذاشته می شود.
- جایگذاری لوله بینی - معده ممکن است باعث نارسایی اسفنکتر تحتانی مری، ریفلکس 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 اسفنکتر تحتانی مری استفاده نمایید و مواد را به آهستگی گاواژ کنید.
- 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 بیمار بوده و باید تأثیر ونتیلاتور را بر وضعیت کلی بیمار ارزیابی نماید. در کنترل ونتیلاتور، پرستار باید به نکات زیر توجه نماید:

- نوع ونتیلاتور
- مد مورد استفاده در دستگاه
- حجم جاری و تعداد تنفس
- FiO2 تنظیم شده
- فشار دمی 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 هشدار دهنده
- میزان PEEP، در صورتی که از آن استفاده می شود.

– مراقبت پرستاری از بیماران تحت تهویه مکانیکی به مهارت های تکنیکی و فردی ویژه ای نیاز دارد.  
– دو مداخله پرستاری عمده در مراقبت از بیماران تحت تهویه مکانیکی سمع ریه و تفسیر نتایج گازهای خون شریانی بوده و پرستار باید به تغییر یافته های فیزیکی یا تغییرات گازهای خون شریانی که علامت بروز مشکل هستند توجه نماید.

### جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور

**مقدمه:** جداسازی موفق بستگی به توان تنفسی بیمار دارد، بدین صورت که تنفس خودبه خودی باید نیازهای تنفسی را تامین کند.

#### اهداف:

- ۱- پیشگیری از وابسته شدن بیمار به ونتیلاتور مکانیکی.
  - ۲- کمک به برگشت تنفس بیمارانی که بدون کمک ونتیلاتور قادر به جدایی از دستگاه نمی باشند.
  - ۳- کاهش اضطراب بیمار و کاهش اختلالات روحی و روانی بر اثر تنفس مصنوعی طولانی مدت
- عامل انجام کار:** پرستار آموزش دیده - کارشناس هوشبری - کاردان هوشبری

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- به صورت تدریجی تعداد تنفس های اجباری ارائه شده توسط ونتیلاتور، و Tidal volum را کم کنید. (سرعت کاهش بستگی به پاسخ و سطح تحمل بیمار دارد)
- ۲- ABG را ۲۰ دقیقه پس از هر بار تغییر پارامتر های ونتیلاتور کنترل کنید.
- ۳- از مد CPAP با کاهش تعداد تنفس اجباری به ۴-۲ تنفس در دقیقه استفاده کنید.
- ۴- بیمار را از نظر قدرت تنفس خودبه خودی ارزیابی کنید.
- ۵- از تخلیه ترشحات معده بیمار قبل از شروع جداسازی اطمینان حاصل کنید.
- ۶- در مورد نحوه انجام کار و هدف پروسیجر به بیمار توضیحات کافی دهید.
- ۷- از نظر همراه بودن با بیمار و تحت نظر قرار دادن وی و کنترل پاسخ های او به جداسازی از دستگاه به او اطمینان دهید.
- ۸- مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور را بررسی کنید.
- ۹- دستور جداسازی بیمار از سوی پزشک را بررسی کنید.
- ۱۰- پوزیشن نشسته و نیمه نشسته به بیمار بدهید.

- ۱۱- بیمار را به دستگاه پالس اکسی متری وصل کنید و تا اتمام جدا سازی وی را جدا نکنید.
- ۱۲- اطلاعات پایه شامل ضربان قلب، آریتمی ها، فشار خون، تعداد تنفس، دفع ادرار، GCS و ABG بیمار را قبل از جداسازی ثبت کنید.
- ۱۳- تعدادی تنفس اجباری با حجم و درصد اکسیژن مشخص به بیمار بدهید.
- ۱۴- در صورتی که از T.piece استفاده می کنید، قطعه آنرا پس از جدا کردن لوله ونتیلاتور ETT یا لوله تراکئوستومی، به کانکشن مربوط وصل کنید.
- ۱۵- رابط اکسیژن را به محل مخصوص در سر T.piece وصل کنید.
- ۱۶- اکسیژن را به میزان دستور داده شده باز کنید.
- ۱۷- بیمار را از نظر قدرت تنفس خودبه خودی ارزیابی کنید.
- ۱۸- یک نمونه ABG پس از ۲۰ دقیقه انجام دهید.
- ۱۹- در صورت مطلوب بودن جواب ABG، بیمار را از T.piece جدا کرده و لوله تراشه را خارج کنید.
- ۲۰- ساکشن ترشحات ته حلق انجام شود.
- ۲۱- علائم حیاتی، الگوی فسی، آریتمی های احتمالی، جواب ABG و GCS بیمار را کنترل کنید.
- ۲۲- از طریق ماسک برای بیمار اکسیژن ۶۰-۴۰ درصد دهید.
- ۲۳- ABG را کنترل کنید.

**خارج نمودن لوله تراشه  
(اکستوب کردن)**

**هدف:**

– خروج کامل یا تعویض لوله تراشه

**عامل انجام کار:** پرستار آموزش دیده – کارشناس هوشبری – کاردان هوشبری

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- دستور پزشک را مبنی بر اکستوب کردن بیمار کنترل کنید.
- ۲- با بیمار ارتباط برقرار کنید و به وی بگویید که به علت برگشت وضعیت تنفس به حالت طبیعی طبق نظر پزشک تصمیم به خروج لوله تراشه گرفته شده است.
- ۳- پوزیشن نیمه نشسته به بیمار بدهید.
- ۴- مطمئن شوید که بیمار از یک ساعت قبل چیزی نخورده است.
- ۵- لوله تراشه و مجاری تنفسی، دهان و حلق بیمار را ساکشن کنید.
- ۶- پروپ پالس اکسی متر را به بیمار وصل کنید و تا ثابت شدن وضعیت بیمار ادامه داشته باشد.
- ۷- کاف لوله تراشه را خالی کنید.

- ۸- در حین تنفس عمیق در انتهای بازدم لوله تراشه را به آرامی خارج کنید.
- ۹- جهت ارزیابی سریع عملکرد بیمار را تشویق به سرفه و حرف زدن کنید.
- ۱۰- توسط ماسک اکسیژن، اکسیژناسیون مرطوب برای بیمار ایجاد کنید.
- ۱۱- نا ثابت شدن وضعیت و تعداد تنفس، نحوه عملکرد عضلات تنفسی و ABG را کنترل کنید.
- ۱۲- کلیه مشاهدات و یافته های خود را از مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ثبت کنید.

## ساکشن داخل تراشه در بیمار ایننوبه متصل به ونتیلاتور

### اهداف:

- ۱- خارج کردن ترشحات تراشه یا برونش از راه دهان، بینی، استومای تراشه، لوله تراکئوستومی و از راه لوله داخل تراشه ETT
  - ۲- کمک به خروج ترشحات تراشه و برونش و در نتیجه پیشگیری از ابتلا به پنومونی و عفونت های تنفسی
  - ۳- بهبود وضعیت تنفسی بیمار و رفع هیپوکسی در اثر ایجاد سرفه ناشی از ساکشن کردن
  - ۴- انجام نمونه برداری از خلط داخل تراشه و برونش جهت آزمایش
- عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط-کارشناس یا کاردان هوشبری

### وسایل و تجهیزات استاندارد:

منبع اکسیژن-ساکشن پرتابل یا سانترال با لوله رابط-کاتتر ساکشن با سایز مناسب-فینگر تیپ استریل-دستکش استریل  
ویکبار مصرف-گالی پات استریل جهت ریختن نرمال سالین برای شستشوی مرطوب کردن سر کاتتر-محلول استریل-گالی  
پات استریل-ژل نرم کننده حلال در آب (جهت ساکشن بینی تراشه ای)-سرنگ-پالس اکسی متر

### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- سیستم تنفسی بیمار را کنترل کنید.
- ۲- به مقدار، عمق و ریتم تنفس توجه کنید.
- ۳- به صداهای تنفسی از طریق سمع توجه کنید.
- ۴- بیمار را از نظر توانایی انجام سرفه بررسی و به مقدار و مشخصات خلط توجه کنید.
- ۵- علائم حیاتی را کنترل و با علائم حیاتی پایه مقایسه کنید به خصوص به تغییرات بالا رفتن درجه حرارت توجه کنید.
- ۶- سطح هوشیاری بیمار را بررسی کنید و توانایی حفظ پاک نگه داشتن راه هوایی وی را کنترل نمایید و به ترشی که از دهان بیمار خارج می شود توجه کنید.
- ۷- با بیمار ارتباط برقرار کنید(بیمار هوشیار) و روش کار را برای بیمار توضیح دهید و هدف از انجام کار را بیان کنید.

- ۸- پرونده بیمار را از نظر دستورات پزشک بررسی کنید.
- ۹- دستهایتان را بشویید.
- ۱۰- بیمار را در وضعیت به پهلو قرار دهید به گونه ای که صورت بیمار رو بروی شما می باشد.
- ۱۱- کانکشن مناسب را به لوله جمع کننده ساکشن وصل کنید.
- ۱۲- ساکشن را روشن کرده و فشار آن را تنظیم کنید.
- ۱۳- پگ استریل و کاتتر را باز کنید.
- ۱۴- نرمال سالین استریل را داخل گالی پات بریزید.
- ۱۵- دستکش استریل بپوشید.
- ۱۶- در صورت لزوم جهت حفظ محیط استریل پک پارچه استریل روی سینه بیمار بپهن کنید.
- ۱۷- کاتتر را با دست غالب (با دستکش استریل) از داخل پوشش خود خارج کنید.
- ۱۸- تیوپ ساکشن را به کمک رابط با دست غیر غالب به کاتتر متصل کنید.
- ۱۹- سر کاتتر را داخل گالی پات محتوی نرمال سالین قرار دهید و از کار کردن درست دستگاه ساکشن اطمینان حاصل کنید.
- ۲۰- با استفاده از دست غیر غالب خود، فشار ساکشن را در حد مجاز تنظیم کنید.
- ۲۱- برای انجام ساکشن از فینگر تیپ استریل استفاده کنید و در هنگام ساکشن درجه فینگر تیپ را ببندید.
- ۲۲- نوک کاتتر را در محلول نرمال سالین تمیز کنید.
- ۲۳- جهت اطمینان از مکش ساکشن، مقدار کمی محلول را ساکشن کنید.
- ۲۴- فاصله بین نر مه گوش تا سوراخ بینی را تخمین بزنید و با انگشت اشاره و شست دست دستگاه دار این نقطه از سوند را بگیرد.
- ۲۵- بیمار را به ۶-۳ تنفس عمیق تشویق کنید و در صورت نیاز، در بیماران هوشیار در طول زمان ساکشن کردن با گذاشتن کافولای بینی به بیمار اکسیژن بدهید.
- ۲۶- اگر بیمار به صورت مکانیکی ونتیله می شود با آمبویگ یا مد مشابه به آن در دستگاه ونتیلاتور به وی اکسیژن صد درصد بدهید.
- ۲۷- جهت استفاده از آمبویگ و هیپرونتیله کردن بیمار، میزان فلومتر اکسیژن را روی ۱۵ لیتر در دقیقه تنظیم کنید.
- ۲۸- بیمار را از ونتیلاتور جدا کنید و با آمبویگ ۶-۳ تنفس به او بدهید. (در بیماران غیر هوشیار)
- ۲۹- در صورتی که بیمار وابسته به PEEP است، نیاز به استفاده از آمبویگ با درجه PEEP را بررسی کنید.
- ۳۰- برای رساندن اکسیژن با درصد بالا با استفاده از ونتیلاتور ابتدا FIO<sub>2</sub> و TV و نیاز بیمار را بررسی کنید.
- ۳۱- سپس همراه با استفاده از Sigh یا به صورت دستی ۶-۳ تنفس بدهید.
- ۳۲- اگر دوفره کار انجام می دهید، هنگامی که بیمار را ساکشن می کنید همکاران به وی اکسیژن بدهد.
- ۳۳- جهت ساکشن تراشه از راه بینی، سوند را به زل لوبریکانت آغشته کنید.
- ۳۴- با استفاده از دست غیر غالب خود، نوک بینی بیمار را بالا بکشید تا کانال خروجی باز شود.
- ۳۵- کاتتر را به داخل سوراخ بینی بیمار وارد کنید.
- ۳۶- طول کاتتر را به دور انگشتان خود بیچید.
- ۳۷- همان طور که سر بیمار به طرف عقب است، کاتتر را هر قدر ممکن است، به آرامی داخل کانال بینی ببرید.

۳۸- اگر در اثر عبور کاتتر از میان حلق، بیمار به سرفه افتاد، مختصری کاتتر را بیرون کشیده و دوباره وارد کردن کاتتر را ادامه دهید.

۳۹- پس از وارد کردن کاتتر به طور متناوب ساکشن کنید. (با استفاده از دست غیر غالب خود، دریچه کنترل را باز و بسته کنید)

۴۰- کاتتر را در دست غالب خود دور چهار انگشت بپیچید.

۴۱- هر بار ساکشن را بیش از ۱۰ ثانیه انجام ندهید.

۴۲- ساکشن را زمانبندی کنید و پایان هر دوره استراحت تحمل بیمار نسبت به آن را در نظر بگیرید.

۴۳- در صورت غلیظ بودن ترشحات، کاتتر را به صورت دوره ای با مکش مقداری نرمال سالین به وسیله ساکشن تمیز کنید.

۴۴- در صورتی که در مانیتورینگ اختلال ریتم مشاهده کردید، ساکشن را متوقف و به نوع آن توجه و بیمار را هیپرونتیله کنید.

۴۵- پس از اتمام ساکشن کردن، به بیمار اکسیژن صد در صد بدهید و او را هیپراکسیژنه کنید، بیمار را به ونتیلاتور وصل و یا آمبویک بزئید و با مد Sigh و ونتیلاتور او را هیپراکسیژنه کنید.

۴۶- FIO2 را بخوانید و در بیماران ونتیله FIO2 و TV را تنظیم کنید.

۴۷- پس از ساکشن راههای هوایی تحتانی اگر نیاز باشد راههای هوایی فوقانی را ساکشن کنید.

۴۸- قبل از ساکشن کردن مجدد راه هوایی تحتانی، کاتتر و دستکش استریل را عوض کنید.

۴۹- دستکش ها را به طریقه صحیح با قرار دادن کاتتر در داخل دستکش بیرون بیاورید و در کیسه زباله بیندازید.

۵۰- ساکشن را خاموش کنید.

۵۱- به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد و در صورت لزوم دهان شویه بگیرد.

۵۲- در صورت لزوم اکسیژن درمانی را ادامه دهید.

۵۳- وسایل یکبار مصرف و دستکشها را به طریقه صحیح دفع نمایید.

۵۴- لوله ساکشن و کانکشن را با آسپیره کردن محلول نرمال سالین یا آب مقطر به داخل آن تمیز کنید.

۵۵- وسایل ساکشن و لوله های رابط آن را طبق مقررات جمع آوری کنید.

۵۶- ریه های بیمار را جهت بررسی مؤثر بودن روش ساکشن در هر دو طرف معاینه کنید.

۵۷- علائم حیاتی را کنترل کنید.

۵۸- دستها را بشویید.

۵۹- زمان ساکشن، روش استفاده شده، علت ساکشن، (رنگ، غلظت، مقدار و قوام) ترشحات، ویژگی و نحوه تنفس قبل و بعد از ساکشن، مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده حین ساکشن و دیگر مشاهدات خود را ثبت کنید.

### نکات آموزشی:

- به طور معمول، خلط آبیکی است و گرایش به غلیظ شدن دارد.

- خلط چسبنده یا غلیظ معمولاً " دلالت بر کم آبی بیمار دارد.

- به تنوع رنگ توجه کنید.

- سفید یا بی رنگ بودن ترشحات طبیعی است.

- رنگ قهوه ای دلالت بر خونریزی قدیمی دارد.
- رنگ قرمز دلالت بر خونریزی تازه دارد.
- رنگ غیر طبیعی ترشحات (زرد، سبز) ممکن است دلالت بر عفونت داشته باشند.
- چون در زمان ساکشن کردن مقدار زیادی اکسیژن همراه با ترشحات خارج می شود، احتمال دارد بیمار دچار هیپوکسی و تنگی نفس و اضطراب شود، آریتمی قلبی می تواند به دنبال هیپوکسی و تحریک عصب واگ در اثر ساکشن تراشه و برونش بوجود آید. ترومای تراشه یا برونش ممکن است در اثر ساکشن ضربه ای یا طولانی به وجود آید.
- بیماران با مشکلات قلبی و یا ریوی در معرض خطر هیپوکسی، آریتمی، افزایش فشار خون و افت فشار خون هستند. بیماران با تاریخچه خونریزی بینی - حلقی، بیمارانی که داروهای ضد انعقاد دریافت می کنند یا آن هایی که تراکئوستومی جدید دارند در مراحل خطر بالای خونریزی در اثر ساکشن کردن هستند.
- اگر بیمار در طول ساکشن کردن دچار برونکواسپاسم یا لارنگواسپاسم شد کانکشن ساکشن را از کاتتر جدا کنید و اجازه بدهید کانکشن مانند ایروی عمل کند.
- با پزشک بیمار مشورت کنید اگر مورد نیاز باشد از برونکودیلاتور یا لیدوکائین برای کاهش خطر استفاده کنید.
- منظور از کاتتر مناسب آن است که قطر آن حدود نصف قطر لوله تراشه باشد تا عمل ساکشن موجب آنلکتازی نشود.
- شماره لوله تراشه با مقیاس میلی متر است. اگر کاتتر ساکشن به مقیاس فرانسوی بود با ضرب آن در ۳/۰ به میلی متر تبدیل می شود.
- به منظور جلوگیری از هیپوکسی، برای بیمار پالس اکسی متری گذاشته می شود و با توجه به میزان SPO2 هرگاه مورد نیاز باشد بیمار را هیپرونتیله می کنند.

### مراقبت و ساکشن تراکئوستومی

#### هدف:

- حفظ راه هوایی و جلوگیری از انسداد راه هوایی

**عامل انجام کار:** پرستار و اجد شرایط - کارشناس یا کاردان هوشبری

#### وسایل و تجهیزات استاندارد:

دستکش یکبار مصرف - دستکش استریل - عینک محافظ - سوند ساکشن استریل - محلول نرمال سالین - باند های تراکئوستومی - قیچی - گانول 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

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- روش کار را به بیمار شرح دهید (بیمار هوشیار)
- ۲- اگر لوله تراکئوستومی همین حالا ساکشن شده است پانسمان آلوده را از دور لوله برداشته و پس از در آوردن دستکش، همراه با آنها دور ببندید.
- ۳- دستهای خود را بشوید و بسته بندی مورد نیاز را باز کنید.  
پاک کردن کانول داخلی چندبار مصرف
- ۴- 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 دور رسیور استریل را باز کنید.
- ۵- یکی از رسیورها را تا نیمه (به عمق ۱/۲۵ سانتی متر) با آب اکسیژنه پر کنید.
- ۶- رسیور دیگر را تا نیمه (به عمق ۱/۲۵ سانتی متر) با محلول نرمال سالین پر کنید.
- ۷- اگر داخل ست پانسمان، برس استریل یا وسیله تمیز کننده لوله وجود ندارد، بسته بندی تک پیچی شده آن ها را باز کنید. گاز پد اضافی هم باز کنید.
- ۸- دستکش یک بار مصرف را به دست کنید.
- ۹- 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.
- ۱۰- به آرامی کانول داخلی را در آورده و با دقت آن را داخل رسیور حاوی آب اکسیژنه بیندازید.
- ۱۱- دستکش ها را در آورده و دور ببندید.  
کانول داخلی را تمیز کنید:
- ۱۲- دستکش استریل را بپوشید.
- ۱۳- کانولا را با برس و پراکسید هیدروژن تمیز کنید .
- ۱۴- کانولا را با نرمال سالین استریل آبکشی کنید و آن را تکان دهید تا آب اضافی آن بریزد.
- ۱۵- آن را روی گاز پد استریل بگذارید.
- ۱۶- با استفاده از روکش استریل، کانول خارجی را ساکشن کنید.
- ۱۷- 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.  
تعویض کانول یک بار مصرف داخلی:
- ۱۸- قفل را باز کنید، به آرامی داخلی را در آورید و به داخل کیف یک بار مصرف بیندازید، دستکش ها 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 و کانول داخلی را قفل کنید.
- ۱۹- 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.
- ۲۰- در صورتی که جداسازی ترشحات مشکل است، برای پاک کردن ناحیه دور سوراخ، صفحه رویی و کانول خارجی از آب اکسیژنه استفاده کنید، این قسمتها را با محلول نرمال سالین استریل آب بکشید.
- ۲۱- با گاز چهار گوشه پوست را به آرامی خشک کنید.

- ۲۲- پانسمان آماده موجود و یا پانسمان تازه ای از گاز چهار گوش را به آرامی زیر صفحه تراکئوستومی بلغزانید.
- ۲۳- باند تراکئوستومی را تعویض کنید.
- ۲۴- تا زمان استفاده از باند جدید باند آلوده را در جای خود باقی بگذارید.
- ۲۵- یک قطعه چسب به طول ۲ برابر دور گردن به علاوه ۱۰ سانتی متر ببرید و انتهای آن را به طور مورب مرتب کنید.
- ۲۶- یک سر نوار را از داخل سوراخ صفحه در کنار نوار قدیمی رد کنید و تا زمانیکه هر دوسر برابر شوند بکشید.
- ۲۷- هر دو نوار را از زیر گردن بیمار رد کنید و یک سر باقیمانده را از داخل سوراخ باقیمانده طرف دیگر صفحه رد کنید، به آرامی بکشید و گره چهار گوش دوبل بزنید، ببینید آیا بیمار می تواند به راحتی گردن خود را حرکت دهد.
- ۲۸- با دقت باند قدیمی را خارج کنید در صورت لزوم دوباره سیستم انتقال اکسیژن را وصل کنید.
- ۲۹- دستگش ها را در آورده و دور بیندازید.
- ۳۰- دست ها را بشوید.
- ۳۱- تنفس بیمار را بررسی کنید.
- ۳۲- کلیه مشاهدات، نوع تنفس و سایر بررسی ها را به دقت ثبت کنید.

### بررسی سیستم عصبی بیمار

**مقدمه:** بررسی سیستم عصبی بیمار شامل اندازه گیری درجه حرارت، نبض، تنفس، فعالیت مردمک ها، ارزیابی سطح هوشیاری (Level of consciousness)، و آگاهی بیمار به شخص، زمان و مکان می باشد.

#### اهداف:

- بررسی بیمار از نظر وجود اختلالات عصبی

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- علت و نحوه انجام کار را به بیمار توضیح دهید حتی اگر بیمار قادر به پاسخ نباشد.
- ۲- دست های خود را بشوید.
- ۳- خلوت و امنیت بیمار را رعایت کنید.
- ۴- ( یا سطح هوشیاری بیمار را بررسی کنید. Level of consciousness) Loc-4
- ۵- وضعیت مردمک ها و حرکات چشم بیمار را بررسی کنید.
- ۶- وضعیت حرکتی بیمار را بررسی کنید.
- ۷- درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را کنترل کنید.
- ۸- عملکرد اعصاب حسی را مورد بررسی قرار دهید.
- ۹- رفلکس هایی مانند بابنسکی، گگ، رفلکس های عضلات و رفلکس های سطحی مانند کف پا را چک کنید.

- ۱۰- کارکرد عقلانی بیمار را بررسی کنید.
- ۱۱- محتوای فکر بیمار را از نظر توهم و هذیان بررسی کنید.
- ۱۲- وضعیت هیجانی بیمار را بررسی کنید.
- ۱۳- اطلاعات به دست آمده را به شرح زیر ثبت و گزارش دهید.
- ۱۴- علی رغم عدم تغییر شرایط بالینی اطلاعات پایه در ارتباط با بیمار:
  - در صورت تغییر شرایط بیمار نکات مورد نیاز در مورد تغییر شرایط ثبت شود.
  - سطح هوشیاری بیمار و وضعیت آگاهی بیمار به فرد، مکان و زمان ثبت شود.
  - فعالیت مردمک ها، عملکرد حرکتی و علائم حیاتی بیمار ثبت شود.

### نکات آموزشی:

- سطح هوشیاری بیمار به وسیله روش های استاندارد می مانند مقیاس درجه بندی Glasgow Coma Scale و FOUR SCOR تعیین می شود.
- جهت آزمون مردمک ها و چشم ها از بیمار بخواهید که چشم های خود را باز کند، در صورت عدم پاسخ، پلک فوقانی را به آرامی بالا بکشید. مردمک ها را از نظر اندازه و شکل بررسی کنید و دقت نمایید که اندازه مردمک ها یکسان باشند. در این مورد می توانید از چارت اندازه مردمک استفاده کنید.
- به خاطر داشته باشید که ممکن است اندازه مردمک ها در بعضی افراد متفاوت باشند. تعدادی از افراد به صورت طبیعی مردمک های غیر یکسان دارند (آنیز و کوریا Anisocoria)
- چشم بیمار را از نظر انحراف بررسی کنید.
- پاسخ بیمار به نور مستقیم را بررسی کنید. ابتدا اتاق را تاریک کنید، چشم های بیمار را باز کنید. چراغ قوه را از گوش بیمار به سمت خط میانی صورت هدایت کنید. نور را به صورت مستقیم به داخل چشم بیمار بتابانید. در حالت طبیعی مردمک ها سریعاً منقبض یا تنگ می گردند و به دنبال برداشتن نور چراغ قوه از روی مردمک ها گشاد می شوند.
- نکته: قبل از آزمون مردمک چشم دیگر ۲۰ ثانیه صبر کنید. سپس هر دو پلک را باز نگه دارید و نور را به سمت مردمک یک چشم بتابانید. مردمک چشم دیگر باید بلافاصله گشاد گردد (که این وضعیت طبیعی بودن عملکرد کیاسمای چشمی را نشان می دهد).
- چراغ اتاق بیمار را روشن کنید و پلک های بیمار را از نظر بتوز یا افتادگی بررسی کنید.
- رفلکس قرنیه را با استفاده از اپلیکا تور پنبه ای و تماس سطحی آن با قرنیه بررسی کنید.
- جهت ارزیابی عملکرد حرکتی تون عضلات، قدرت و تساوی عضلات، حرکات ارادی و غیر ارادی، وجود حرکات هدفمند و غیر هدفمند اقدامات زیر را انجام دهید.
- در صورت هوشیار بودن بیمار، قدرت انگشتان هر دو دست را بررسی کنید.
- دست های خود را باز کنید و از بیمار درخواست کنید تا آن جا که ممکن است دست های شما را فشار دهد، قدرت عضلات بیمار را بررسی کنید.
- قدرت عضلات بازویی بیمار را نیز تست کنید.
- قدرت عضلات پای بیمار را تست کنید. بدین صورت که از بیمار بخواهید پاهای خود را در یک زمان بالا نگه دارد.

- جهت ارزیابی تون عضلانی اندام های تحتانی، از بیمار بخواهید اندام های خود را منقبض و منبسط نماید.
- علایم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
- جهت بررسی عملکرد اعصاب حسی باید موارد زیر را مورد بررسی قرار دهید:
  - لمس - فشار - درد - کنترل مثانه - کنترل روده
- جهت بررسی کارکرد عقلانی بیمار معاینه کننده می تواند از بیمار درخواست کند از عدد ۱۰۰ به پایین را بشمارد یا عدد ۷ را از ۱۰۰ کم کند، سپس عدد ۷ را از باقیمانده کم کند و به همین ترتیب ادامه دهد. می توان نحوه تفکر انتزاعی بیمار را از طریق پرسش مفهوم یک ضرب المثل و یا قرار دادن بیمار در موقعیت های مختلف و بررسی واکنش وی بررسی کرد.
- جهت بررسی وضعیت هیجانی بیمار باید بررسی کرد که آیا تغییرات خلق و خوی بیمار طبیعی است، آیا ارتباط کلامی و غیر کلامی بیمار با هم مطابقت دارند.

### ملاحظات خاص:

- **مقیاس گلاسکو:** ابزاری استاندارد جهت بررسی سطح هوشیاری بیماران با احتمال وجود صدمات مغزی می باشد. این ابزار پاسخ های بیمار را به محرکات را بررسی می کند. در این مقیاس ۳ فاکتور زیر مورد ارزیابی قرار می گیرد:
  - باز کردن چشم ها با دستورات پزشک و پرستار
  - پاسخ حرکتی به محرکات
  - پاسخ کلامی به محرکات
- به هر یک از پاسخ های بیمار عددی تعلق می گیرد. کمترین میزان آن ۳ و بالاترین میزان آن ۱۵ می باشد. داشتن نمره ۷ یا کمتر از ۷ در مقیاس گلاسکو نشان دهنده وضعیت کوما است. از این مقیاس بیشتر در موقعیت های اورژانس، صحنه حوادث و ارزیابی بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه استفاده می شود.
- واکنش به نور مردمک ها به صورت تند، آهسته و/یا ثابت طبقه بندی می شود.

**مقیاس FOUR SCOR:** مزیت روش ارزیابی FOUR به مقیاس کمای گلاسکو در ارزیابی بیماران اینتوبه و ارزیابی رفلکس های ساقه ی مغزی است. این مقیاس شامل چهار عنصر بررسی (چشمی/حرکتی/ساقه مغزی/تنفس) می باشد که هر کدام حداکثر ۴ نمره دارند: نمره (۴) نشان دهنده ی فعالیت نرمال در هر دسته است، در حالی که نمره (۰) غیر فعال بودن را نشان می دهد. در مقایسه با GCS، پاسخ کلامی، جزئی از نمره FOUR نیست و از این رو در بیماران اینتوبه کاربرد بهتری دارد.

معیار های مقیاس FOUR:

E: پاسخ چشمی Eye Response

M: پاسخ حرکتی Motor Response

B: رفلکس های ساقه مغز Brain Stem Response

R: وضعیت تنفسی Respiration

E: پاسخ چشمی (Eye Response):

- (۴): پلکها باز است یا باز می شود، بیمار با چشم هایش قادر به دنبال کردن دستورات یا جهت حرکت دست ارزیاب است (بایدستورات به پایین و بالا نگاه می کند و می تواند چشم هایش را ببندد)
- (۳): پلکها باز است اما بیمار با چشم هایش قادر به دنبال کردن جهت حرکت دست ارزیاب نیست
- (۲): پلکها بسته است اما با صدای بلند باز می شود
- (۱): پلکها بسته است اما با تحریک دردناک باز می شود
- (۰): پلکها حتی با تحریک دردناک باز نمی شود

**M (پاسخ حرکتی Motor Response) :**

- (۴): بیمار می تواند دستش را مشت کند، شست خود را به بالا حرکت دهد یا علامت آزادی را نشان دهد
- (۳): تحریک دردناک را لوکالیزه می کند
- (۲): پاسخ فلکشی نسبت به تحریک دردناک را وجود دارد
- (۱): پاسخ اکتانسیون نسبت به تحریک دردناک وجود دارد
- (۰): پاسخی نسبت به تحریک دردناک وجود ندارد وضعیت میوکلونوس ژنرالیزه وجود دارد

**B (رفلکس های ساقه مغز Brainstem Reflexes) :**

- (۴): رفلکسهای مردمک و قرینه وجود دارد
- (۳): یک مردمک گشاد و فیکس است
- (۲): رفلکسهای مردمک یا قرینه وجود ندارد
- (۱): رفلکسهای مردمک و قرینه وجود ندارد
- (۰): رفلکسهای مردمک، قرینه و رفلکس سرفه وجود ندارد

**R (وضعیت تنفسی Respiration) :**

- (۴): الگوی تنفس طبیعی و منظم است بیمار اینتوبه نیست
- (۳): الگوی تنفس به صورت شین استوک است بیمار اینتوبه نیست
- (۲): نفس کشیدن نامنظم است بیمار اینتوبه نیست
- (۱): نفس های بیمار بیش از ریت و تیلاتور است
- (۰): نفسهای بیمار در حدودیت و تیلاتور است یا آپنه وجود دارد.
- داشتن رفلکس بابنسکی تا ۱ سالگی طبیعی است. رفلس بابنسکی حرکت دورسی فلکشن میچ پا و حرکت پروانه ای انگشتان پا است که دلالت بر اختلال در عملکرد راه های پیرامیدال دارد.
- عدم وجود رفلکس پلک زدن دال بر اختلال در عملکرد زوج ۷ دارد.

**بررسی، کنترل و ثبت وضعیت  
عصبی، عروقی**

**اهداف:**

- ۱- مشاهده آسیب به اعصاب و عروق
- ۲- جلوگیری از پیشرفت آسیب
- ۳- کمک به تشخیص و روش درمانی پزشک
- ۴- برطرف کردن درد و ناراحتی بیمار

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- دلیل انجام کار را به بیمار توضیح دهید.
- ۲- هنگام بررسی اندام یا عضو آسیب دیده آن را با اندام طرف مقابل مقایسه کنید.
- ۳- رنگ انگشتان دست و پا را بررسی کنید.
- ۴- وجود ادم به خصوص در انگشتان دست و پا را چک کنید.
- ۵- انگشتان متورم را به ملایمت لمس و درجه حرارت آن را با عضو مقابل (سالم) مقایسه کنید (زمان مناسب جهت پرشدگی مویرگی پس از فشار روی ناخن ۱ ثانیه است).
- ۶- بستر ناخن ها را از نظر پرشدگی مویرگی کنترل و هم زمان با عضو مقابل (سالم) مقایسه کنید.
- ۷- انگشتان دست و پای بیمار را لمس کنید و وجود گرختی یا سوزش را از وی سوال کنید.
- ۸- درک موقعیت از طریق رسپتورهای بیمار را چک کنید (به بیمار بگویید چشمان خود را ببندد و یکی از انگشتان او را حرکت دهید) از او بخواهید به شما بگوید کدام انگشت را و به چه وضعیت حرکت داده اید.
- ۹- نحوه حرکت انگشتان را چک کنید (به بیمار بگویید انگشتان دست را حرکت دهد و انگشتان پا را تکان دهد).
- ۱۰- نبض های انتهایی را جهت بررسی انسداد عروقی بررسی کنید.
- ۱۱- یافته های خود را در مورد اندام آسیب دیده و طرف سالم با ترمینولوژی علمی استاندارد گزارش و ثبت کنید. (از واژه های گنگ استفاده نکنید)

مراقبت از بیمار با  
زخم فشاری

اهداف:

۱- تشخیص زود رس زخم

۲- پیشگیری از گسترش آن

استاندارد مراحل انجام کار:

۱- با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل و علت انجام کار را به وی توضیح دهید.

۲- محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم کنید.

۳- یک معاینه عمومی از پوست به خصوص نقاطی که در معرض دید نیستند به عمل آورید.

۴- در فواصل زمانی معین وزمانی که پوست کثیف می شود آن را تمیز کنید.

۵- از آب داغ استفاده نکنید .

۶- از پاک کننده های ملایم برای به حداقل رسانیدن خشکی و آزردهگی پوست استفاده کنید.

۷- برای تمیز کردن پوست از روش هایی که باعث اصطکاک می شود استفاده نکنید.

۸- برای پیشگیری از خشکی پوست هوای اتاق را سرد نکنید.

۹- رطوبت اتاق را بیشتر از ۴۰٪ حفظ کنید.

۱۰- بیماران در معرض خطر زخم فشاری را هر دو ساعت تغییر وضعیت دهید.

۱۱- قبل از تماس با پوست بیمار حتما دست های خود را جهت جلوگیری از عفونت بشوید.

۱۲- در صورت نیاز به جابه جایی از کشیدن بیمار روی ملحفه خودداری کنید.

۱۳- مراقب باشید که ملحفه بیمار همیشه خشک باشد و چین نخورد.

۱۴- انجام مشاوره تغذیه جهت بیمار را پیگیری کنید.

۱۵- تشک مواج را جهت بیمار مستعد به روش صحیح بگذارید.

۱۶- زیر پاشنه پا و برجستگی های استخوانی بالش قرار دهید تا عضو به حالت شناور در آمده و تحت فشار قرار نگیرد.

۱۷- نواحی سالم پوست را ماساژ دهید.

۱۸- از الکل و پودر تالک استفاده نکنید.

۱۹- در صورتی که از صابون برای تمیز کردن پوست استفاده می کنید حتماً آن را به طور کامل از روی پوست پاک کنید.

۲۰- در زخم های مرحله ۳ و ۴ که نیاز به دبرید دارند ، ابتدا از مسکن استفاده کنید.

۲۱- دقت کنید که اطراف زخم خشک باقی بماند.

۲۲- کلیه مراحل و مشاهدات خود را ثبت کنید.

نکات آموزشی :

- یکی از معیارهای درجه بندی معیار استرلینگ می باشد.
- در مرحله صفر هیچ گونه شواهد بالینی دال بر فشار وجود ندارد.
- مرحله یک: بی رنگ شدن پوست سالم (با فشار ملایم انگشت تغییر رنگ ایجاد نمی شود).
- مرحله دو: از بین رفتن ضخامت نسبی پوست در حد وارد شدن آسیب به درم به صورت وجود سائیدگی، تاول، زخم سطحی بدون درگیری بافت زیر پوست.
- مرحله سه: از بین رفتن ضخامت کامل پوست و درگیری یا نکروز بافت های زیر پوست. در این مرحله تاندون ها، مفاصل و استخوان ها صدمه ندیده اند.
- مرحله چهار: از بین رفتن ضخامت کامل پوست همراه با تخریب وسیع و پیدایش بافت نکروز با درگیری تاندون های مفاصل و استخوان ها

### پذیرش بیمار در اتاق عمل

#### اهداف:

۱- کنترل و آماده سازی بیمار جهت عمل جراحی

۲- کاهش اضطراب بیمار

#### استاندارد مراحل انجام کار:

۱- خود را به بیمار معرفی کرده و با او ارتباط برقرار کنید.

۲- مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی و سمت عمل را با پرونده خود بیمار و لیست عمل کنترل کنید.

۳- برگه مراقبت های قبل از عمل و داروهای مصرف شده را کنترل کرده و موارد غیرطبیعی را به جراح اطلاع دهید.

۴- بیمار را از نظر سوابق اعمال جراحی، بیماری های زمینه ای، حساسیت های دارویی، سوابق بیماری های خانوادگی و محدودیت های حرکتی بررسی کرده و نکات غیرطبیعی را در پرونده ثبت کرده و به جراح اطلاع دهید.

۵- بیمار را از نظر موارد زیر کنترل کنید:

بهداشت و حمام، نداشتن عضو مصنوعی - ناخن یا دندان مصنوعی، نداشتن زیور آلات، نداشتن آرایش و لاک ناخن (جهت خانم ها)، تعیین محل یا عضو مورد عمل، شیو ناحیه عمل، داشتن رضایت عمل با امضاء و اثر انگشت بیمار یا ولی

قانونی وی، درخواست خون آزمایشات، مشاوره ها و وسایل یا پروتز های مورد نیاز (در صورت لزوم)

۶- بیمار را با حفظ حریم از برانکارد بخش به برانکارد اتاق عمل منتقل نمایید و وسایل محافظتی (نرده کنار تخت) را اعمال کنید.

۷- در مورد نحوه عمل، وضعیت بیمار پس از جراحی (درن ها، کاتترها و...) و مراقبت های اتاق ریکاوری به بیمار توضیح دهید.

۸- آموزش های پس از عمل مانند تمرینات تنفس عمیق و حرکت در تخت را با بیمار مرور کرده و در صورت لزوم به وی آموزش دهید.

**وضعیت دادن به بیمار  
جهت اعمال مختلف**

**اهداف:**

۱- امکان دسترسی مناسب به عضو مورد نظر به نحو مطلوب

۲- حفظ ایمنی بیمار جهت جلوگیری از صدمات اضافی

**استاندارد مراحل انجام کار:**

۱- قبل از دادن وضعیت از مسوول بیهوشی اجازه بگیرید.

۲- در مورد وضعیت مناسب با توجه به نوع عمل و نظر جراح اقدام کنید.

۳- با توجه به این که بیمار بیهوش است برای جلوگیری از افتادن از افراد دیگر جهت حفاظت بیمار کمک بخواهید.

۴- پس از ایجاد وضعیت مناسب باید اندام ها به وسیله وسایل محافظت کننده، به نحو ایمن ثابت و حفظ شوند.

۵- پس از ثابت شدن وضعیت بیمار می توانید محل قرار دادن پلیت کوتر را مشخص کرده و آن را قرار دهید.

**نکات آموزشی:**

- وضعیت دادن حتماً بایستی با حرکات هم زمان و هماهنگ دو یا چند نفر باشد. مثلاً جهت ایجاد وضعیت لیتوتومی هر دو پا بایستی با هم بالا آورده شود تا از صدمه به عصب ساکرال پس از به هوش آمدن جلوگیری شود.

- برای حفاظت از عروق و اعصاب زیر بغل زاویه دست بایستی از ۹۰ درجه کمتر باشد. (مگر در موارد خاصی که جراحی در ناحیه زیر بغل یا داخل بازو انجام می گیرد).

- در حین ثابت کردن اندام ها مراقب باشید که بدن با سطوح فلزی در تماس نباشد (مانند لبه تخت) چرا که باعث سوختگی حین استفاده از کوتر خواهد شد.

- حین وضعیت دادن مراقب باشید که به دستگاه تنفس و قفسه سینه فشار وارد نشود. در ضمن پس از جابه جا کردن حتماً بایستی محل لوله تراشه از نظر احتمال جابه جایی یا انسداد کنترل شود.

- از گذاشتن بسته ها یا پارچه های سنگین روی پای بیمار خودداری کرده و مراقب باشید پاها در تماس با میز جراحی و در حالت فشار قرار نگیرد.

**رعایت احتیاطات همه جانبه  
در اتاق عمل و ریکاوری**

**اهداف:**

- ۱- جلوگیری از انتقال عفونت
- ۲- محافظت پرسنل و بیماران در مقابل بیماری های منتقله از راه خون و ترشحات

**وسایل مورد نیاز:**

ماسک - کلاه - عینک محافظ - گان آبرون (ضد آب) - پنی بلند - چکمه یا کفش جلوبسته مخصوص اتاق عمل - محلول ضد عفونی استاندارد - سیفتی باکس - دستکش محکم

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- قبل از شروع به کار کلیه وسایل را از نظر تمیزی، کارایی و کافی بودن کنترل کنید.
  - ۲- قبل از شروع به کارهایی که در تماس با خون و ترشحات بیمار هستند پوشش های محافظ را بپوشید. پوشش ها شامل: کلاه، ماسک، عینک محافظ، دستکش، گان ضد آب، چکمه یا کفش جلوبسته اتاق عمل می باشند.
  - ۳- در حین کار با وسایل تیز و برنده تا حد امکان از پنی استفاده کرده و هرگز وسایل تیز را به سمت خود نگیرید.
  - ۴- کلیه سوزن ها و تیغه ها را پس از استفاده بلافاصله با پنی گرفته و در سیفتی باکس (جعبه ایمنی) بیندازید.
  - ۵- هنگام دادن سوزن به جراح حتماً از پنی سوزن گیر استفاده کرده و جهت دادن بیستوری آن را از سمت دسته گرفته و ترجیحاً داخل رسیور به جراح داده و پس بگیریید.
  - ۶- پس از اتمام کارها کلیه وسایل جراحی را به نحو صحیح شسته و ضد عفونی کنید (در حین کار حتماً از وسایل محافظتی استفاده کنید).
  - ۷- پس از خارج کردن گان و دستکش، حتماً دست ها را بشویید و ضد عفونی کنید.
  - ۸- کلیه وسایل پارچه ای و وسایل یک بار مصرف استفاده شده را پس از بسته بندی در کیسه های زرد قرار داده و با زدن برچسب «خطرناک» مشخص کنید.
  - ۹- در صورت ریختن خون و ترشحات روی سطوح، ابتدا آن ها را با محلول ضد عفونی استاندارد و کاغذ یا پارچه پوشانده و پس از ۲۰ دقیقه، آن ها را تمیز کنید.
- نکات آموزشی:**
- قبل از استفاده و رقیق کردن محلول ها حتماً به دستور العمل کارخانه سازنده در مورد غلظت، مدت زمان استفاده و موارد احتیاط آن توجه کنید.

## مراقبت حین عمل جراحی

**عامل انجام کار: پرستار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

**لیست عمل - پرونده بیمار**

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- از بیمار نامش را بپرسید و آنرا با نامی که روی دستبند و چارت مخصوص وجود دارد مقایسه کنید.
- ۲- رضایت نامه ها، سوابق پزشکی، یافته های مطالعات جسمی و نتایج آزمونها، محل جراحی و هدف جراحی را بررسی کنید.
- ۳- بیمار را به اتاق عمل ببرید. (پرستار سیار)
- ۴- بیمار را با دقت به تخت عمل منتقل کنید. (کارکنان اتاق عمل)
- ۵- پای بیمار را محکم با تسمه های ایمنی ببندید.
- ۶- بررسی کوتاهی از سیستم های کلیدی بدن انجام دهید.
- ۷- به آرامش روانی بیمار توجه کنید.
- ۸- بعد از تأمین امنیت بیمار، معاینات جسمی را تکمیل کنید. (پرستار سیار)
- ۹- برای نظارت الکتروکاردیوگرافی مداوم، الکترودهای پلاستیکی کوچکی را به سینه و قسمت انتهایی بدن بیمار وصل کنید.
- ۱۰- بازو بند فشار خون را به دور بازوی بیمار ببندید.
- ۱۱- سنسور پالس اکسی متری را به انگشت بیمار یا لاله گوش وی وصل کنید.
- ۱۲- علائم حیاتی بیمار را چک کنید.
- ۱۳- جهت حمایت روانی بیمار تا بیهوشی کامل در کنار بیمار بمانید و به او قوت قلب دهید. گرفتن دست او غالباً "کار ساز" است، چنانچه بیمار حین جراحی بیدار است این عمل باید در تمام مدت عمل انجام شود.
- ۱۴- به دقت به استریل بودن وسایل جراحی نظارت داشته باشید (پرستار سیار و پرستار اسکراب)
- ۱۵- کلیه احتیاطات استاندارد را رعایت کنید.
- ۱۶- وقتی بیمار در وضعیت مطلوب قرار گرفت، پوست را برای برش جراحی آماده و ضد عفونی کنید. (پرستار سیار)
- ۱۷- برای ایجاد محیط استریل از پارچه های استریل استفاده کنید. (پرستار اسکراب و جراح)
- ۱۸- بیمار را از هر نوع صدمه ای حفظ کنید.
- ۱۹- تمام وسایلی را که به محدوده استریل می آورند به دقت شمارش کنید. این عمل قبل از انجام اولین برش و در پایان عمل جراحی انجام شود (پرستارهای سیار و اسکراب به اتفاق یکدیگر)
- ۲۰- چنانچه از دستگاه برقی در جراحی استفاده می شود، برای محافظت بیمار در مقابل سوختگی از تامپون استفاده کنید.

۲۱- چنانچه از لیزر استفاده می شود، برای محافظت بیمار و پرسنل از اقدامات حمایتی خاص (استفاده از پارچه های خیس، اسفنجها، محافظت چشم) استفاده کنید.

۲۲- اگر جراحی لیزر نزدیک air way است از یک لوله آندوتراکیال مخصوص استفاده کنید.

۲۳- مراقب کاهش میزان آب و الکترولیت ها باشید (از وظایف پرستار و متخصص بیهوشی است)

۲۴- حین بیهوشی درجه حرارت بیمار را بطور پیوسته کنترل کنید.

۲۵- در صورت لزوم محلول های شستشو و خون را قبل از استفاده گرم کنید.

### **نکات قابل توجه:**

- پرستار سیار باید قبل از عمل بررسی خاصی انجام دهد تا متوجه شود که بیمار برای جراحی آماده است و از آن به عنوان مبنائی برای برنامه ریزی جهت مراقبت های حین عمل استفاده کند.

- پیشگیری از صدمه و عوارض مربوط به بیهوشی، عمل جراحی و طرز قرار گرفتن بدن و تجهیزات مورد استفاده حین عمل بسیار حائز اهمیت است پرستار در تمام مدت جراحی از بیمار حمایت کند، شأن و حقوق بیمار در تمام مدت باید کاملاً رعایت شود.

- بیماری هم که تحت بیهوشی عمومی قرار نمی گیرد باید حین عمل مرتب بررسی و از او در مورد درد، بی حسی و درجه حرارتی که درک می کند سؤال شود. این سوالات به مسئولین کمک می کند تا درک کنند که آیا بی حسی کافی صورت گرفته و بیمار از نظر نحوه قرار گرفتن بدن و درجه حرارت، راحتی لازم را دارد.

- زمانی که بیمار تحت عمل مهمی قرار می گیرد، اطلاع دادن به خانواده بسیار حائز اهمیت است. به طور کلی خانواده می خواهند بدانند که آیا جراحی خوب پیش می رود کارکنان پرستاری در بخش جراحی می توانند با خانواده بیمار در محل اقامت آنها ملاقات نموده تا مطمئن شوند که آنها نیاز به اطلاعات اضافی ندارند.

## **الکتروسرجری و مراقبت های**

### **آن ( تک قطبی - دو قطبی )**

#### **اهداف:**

۱- استفاده از وسیله ایمن جهت جلوگیری از خونریزی بیمار

۲- حفظ ایمنی جهت جلوگیری از سوختگی بیمار

**عامل انجام کار:** پرستار سیرکولار - پرستار اسکراپ

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

ژل - دستگاه کوتر شامل (صفحه کوتر، بازویند، لیدهای اتصال، قلم کوتر، سیم های رابط) - پنس شان

**استاندارد مراحل انجام کار:**

**در وصل قلم کوتر:**

- ۱- قبل از استفاده از کوتر آن را از لحاظ سلامت اتصالات، سیم‌ها و قابلیت روشن شدن کنترل کنید. (توسط سیرکولار و اسکراب قبل از شروع عمل جراحی)
  - ۲- قسمت انتهایی سیم قلم کوتر را پس از بازکردن ست در اختیار فرد غیر استریل قرار دهید.
  - ۳- قسمت محل اتصال را گرفته و دستگاه را به قلم متصل کنید. (پرستار سیرکولار)
  - ۴- حساسیت دستگاه را با توجه به امتحانی که جراح به عمل می‌آورد و با نظری تنظیم کنید.
  - ۵- سیم‌های رابط را طوری جمع‌آوری کنید که زیر دست و پا نباشد چرا که کشیدگی و له‌شدگی سیم به اتصالات دستگاه آسیب رسانده و عمر آن‌ها را کوتاه می‌کند.
  - ۶- قلم را با ایجاد یک حلقه نرم در سیم و با کمک پنس‌شان در یک محل ثابت کنید.
- مراحل اجرا در قراردادن پلیت کوتر:**

- ۱- سطح پلیت و پوست بیمار را از لحاظ رطوبت بررسی کنید و در صورت وجود رطوبت آن را خشک کنید زیرا وجود رطوبت در حین کار با کوتر باعث سوختگی پوست می‌شود.
- ۲- پس از قراردادن پلیت آن را با بند پارچه‌ای یا هر وسیله مناسب دیگر ثابت کنید.
- ۳- در صورت نیاز به جابه‌جایی بیمار در طی جابه‌جایی مجدد محل پلیت را کنترل کنید.
- ۴- پس از پایان عمل و برداشتن پلیت محل را مجدداً بررسی کنید.
- ۵- در گزارش، وضعیت پوست محل پلیت را قبل و بعد از عمل ثبت کنید.

### نکات آموزشی:

- پس از دادن وضعیت به بیمار و در صورتی که از کوتر دو قطبی استفاده نشود بایستی پلیت را بگذارید. اطلاع به مسوول بیهوشی در مورد محل و زمان پلیت گذاری الزامی است.
- کلیه وسایل فلزی و زیورآلات بیمار بایستی خارج شده و مراقب بود تا هیچ‌جا بدن با قسمت‌های فلزی تخت یا دستگاه‌ها تماس پیدا نکنند.
- در صورت بروز صدمه به سیستم پلیت یا قلم بایستی فوراً آن را خارج کرده و وسیله سالم جایگزین گردد.
- پس از استفاده جهت جلوگیری از فشردن اتفاقی پدال و ایجاد سوختگی بایستی قلم در غلاف پلاستیک خود قرار داده شود.
- از گذاشتن پلیت در محل‌های استخوانی و پرمو بایستی اجتناب گردد چرا که هدایت الکتریکی خوب انجام نشده و باعث سوختگی پوست و کاهش کارایی کوتر می‌شود.
- تا حد امکان پلیت طوری از محل جراحی دور باشد که توسط محلول‌های ضد عفونی کننده خیس نشود. در صورت خیس شدن بایستی فوراً خشک گردد. توجه داشته باشید دور کردن زیاد الکترودها باعث ازدیاد مسافت جریان الکتریکی در بدن می‌شود.
- جهت هدایت بهتر می‌توان از ژل‌های محلول در آب که هادی هستند (ژل الکتروود) استفاده کرد ولی مطلقاً نبایستی ژل روغنی استفاده شود.
- مناسب‌ترین جاها برای قراردادن پلیت زیر عضلات بزرگ قسمت ران، ساق و بازو می‌باشد.
- در صورت بروز پارگی در سیم‌ها نبایستی توسط افراد غیر متخصص اقدام به پوشاندن سیم کرد.
- قبل از ریختن ژل بایستی حتماً به نوع پلیت و دستور العمل کارخانه سازنده توجه شود.

- قابل ذکر است که پلیت های یک بار مصرف نیز در بازار موجود می باشد که قابل انعطاف و دارای بند مخصوص ثابت کردن به منطقه ی مورد نظر می باشد، این نوع پلیت ها معمولاً ژل ندارند.
- در محل هایی که دارای ایمپلنت های فلزی هستند نبایستی پلیت قرار داده شود چون باعث صدمه شدید به بافت می شود.

## مراقبت از بیمار در ریکاوری

### اهداف:

- ۱- محافظت از جان بیمار در مقابل عوارض عمل و بیهوشی
  - ۲- کنترل دقیق وضعیت بیمار و حفظ ایمنی تا زمان انتقال به بخش
- عامل انجام کار:** پرستار ریکاوری - کارشناس و کاردان هوشبری

### وسایل و تجهیزات استاندارد:

بر حسب مورد از وسایل استفاده می شود.

### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- بعد از ورود بیمار، گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک و پرستار انتقال دهنده بگیرید. این گزارش شامل مشخصات کامل بیمار، نوع عمل، نوع اقدامات انجام شده، نوع مراقبت ها و دستورات بعد از عمل، میزان خونریزی، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده، وضعیت علائم حیاتی و ... می باشد.
- ۲- بسته به نوع عمل، سر تخت را ۳۰ درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی، وضعیت ریکاوری به سر و چانه بیمار بدهید. (وضعیت ریکاوری بیمار عبارت است از کشیدن سر به عقب، دادن چانه به سمت بالا و وضعیت لترال در صورت امکان)
- ۳- در صورت بروز دیسترس تنفسی، علاوه بر وضعیت ریکاوری از Air way هم استفاده کنید و وضعیت تنفسی را کنترل کنید.
- ۴- بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری و اکسیژن متصل کنید.
- ۵- رنگ پوست و مخاط دهان، لب ها، ناخن ها و لاله ی گوش را از نظر کبودی کنترل کنید.
- ۶- سرم ها را راه اندازی کرده و داروهای دستور داده شده را تجویز کنید.
- ۷- محل پانسمان و درن ها را از نظر خونریزی غیر طبیعی کنترل کنید.
- ۸- علائم حیاتی را کنترل کرده و در برگه مخصوص ثبت کنید.
- ۹- داروهای مسکن و مخدر را طبق نیاز بیمار و دستور پزشک به بیمار تجویز کنید
- ۱۰- در صورت داشتن گچ و بانداژ محکم، حتماً سیستم عصبی، عروقی ناحیه را کنترل کنید. در صورت نیاز به هر نوع تغییر در گچ و بانداژ، جراح را در جریان قرار دهید.

- ۱۱- برای کنترل سیستم عصبی، عروقی اندام های گچ گرفته انتهای اندام را از نظر سردی زیاد و کبودی کنترل کرده و با فشار روی ناخن از برقراری جریان خون اطمینان یابید.
- ۱۲- کلیه موارد غیر طبیعی را ثبت نموده و به جراح گزارش کنید.
- ۱۳- حین انتقال بیمار به بخش نیز، شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به صورت تلفنی و حضوری به پرستار مسوول بیمار بدهید.
- ۱۴- چون بعضی بیماران حین به هوش آمدن تقلای می کنند، توجهات خاص برای محافظت بیمار و جلوگیری از صدمه به خود به عمل می آورید.

**نکات آموزشی:**

- تمام کنترل ها در ریکاوری تا ثابت شدن وضعیت و علایم حیاتی بیمار بایستی هر ۱۵-۱۰ دقیقه صورت گرفته و نتایج ثبت شود. این میزان بستگی به وخامت وضع بیمار ممکن است به کمتر هم تغییر یابد.
- میزان مایعات تجویز شده و دفع شده، خونریزی، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده و اقداماتی که بایستی در بخش صورت بگیرد، ضمن گزارش شفاهی، کتباً نیز بایستی در پرونده موجود باشد.
- در حالت خون رسانی طبیعی پس از برداشتن فشار از روی ناخن در فاصله ی ۱ ثانیه رنگ ناخن از سفیدی به حالت صورتی برمی گردد.
- \*اعمال کلیه وسایل محدود کننده بایستی با اجازه کتبی جراح صورت گیرد ( به خصوص در بیماران در معرض خطر افزایش ICP)

**ثبت و گزارش نویسی در  
اتاق عمل و ریکاوری****اهداف:**

- ۱- برقراری ارتباط با سایر افراد کادر درمان در مورد بیمار
  - ۲- ایجاد مستندات قانونی
  - ۳- ایجاد مستندات جهت مسائل حسابداری و مالی
  - ۴- ایجاد مستندات پژوهشی
- عامل انجام کار:** پرستار-کارشناس و کاردان اتاق عمل-کارشناس و کاردان هوشبری
- وسایل و تجهیزات استاندارد:** فرم گزارش- پرونده بیمار
- استاندارد مراحل انجام کار:**

**قبل از عمل:**

- ۱- نحوه تحویل بیمار به اتاق عمل، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، نوع عمل و وسایل همراه را با ذکر تاریخ و ساعت ورود ثبت کنید.

- ۲- برکه مراقبت های قبل از عمل را کنترل کرده و کلیه فاکتورهای مؤثر در جراحی (آزمایشات، مشاوره ها، علائم حیاتی، داروهای قبل از عمل، بیماری های زمینه ای و...) و نکات غیر طبیعی را ثبت کنید.
- ۳- وضعیت روانی بیمار و آموزش های مورد نیاز قبل از عمل را نیز ثبت کنید.

### حین عمل:

- ۴- ساعت شروع عمل، نوع بیهوشی، برش و محل قرار دادن پلیت کوتر را ثبت کنید.
- ۵- هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد، شوک، ایست قلبی و...) را با ذکر اقدامات انجام شده و نتیجه آن ثبت کنید.
- ۶- در صورت برداشتن نمونه، محل نمونه برداری، نوع و تعداد نمونه، اندازه تقریبی را گزارش کنید.
- ۷- تعداد گازها و لنگازها، کلیه وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن جلد شمارش کرده و ثبت کنید. (بهتر است از فرم مخصوص استفاده شود)
- ۸- هر نوع داروی مصرف شده حین عمل ( داروهای بی هوشی، داروهای افزایشنده یا کاهشنده فشارخون و...) را که توسط مسئول بی هوشی تجویز و ثبت شده، مشاهده کرده و عکس العمل بیمار نسبت به این داروها را حین عمل ثبت کنید.
- ۹- ساعت پایان عمل را ثبت کنید.
- ۱۰- زمان خروج لوله تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله را ثبت کنید.
- ۱۱- وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع را با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری ثبت کنید.

### پس از عمل (ریکاوری):

- ۱۲- وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود را ثبت کنید.
- ۱۳- وضعیت بیمار، هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع، عکس العمل بیمار نسبت به داروها، وضعیت پانسمان و درن ها، وضعیت و رنگ پوست) را در طول اقامت در ریکاوری تا خروج از آن را به طور منظم در برکه ریکاوری و گزارش ثبت کنید.
- ۱۴- هر نوع تغییر در وضعیت همودینامیک بیمار را با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن در پرونده ثبت کنید.
- ۱۵- وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش را با ذکر اقدامات انجام شده و اقداماتی که بایستی در بخش انجام و پیگیری شود به صورت مکتوب در پرونده درج کنید.
- ۱۶- ساعت خروج از ریکاوری و انتقال به بخش را نیز در پرونده درج کنید.

### قوانین کلی:

- ۱۷- گزارشات را خوانا و با سازماندهی (نظم و ترتیب در اقدامات) ثبت کنید.
- ۱۸- بین سطرهای گزارش نبایستی فاصله بیندازید.
- ۱۹- در صورت بروز اشتباه روی آن فقط خط کشیده و کلمه خطا (Error) را در بالای آن ذکر کرده و جمله را به صورت صحیح کنار آن بنویسید.
- ۲۰- کلیه گزارشات را در زمان وقوع هر اتفاق، انجام هر اقدام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت کنید.
- ۲۱- نام و سمت خود را خوانا و واضح ثبت کرده و به مهر نظام پرستاری ممهور کنید.

### نکات آموزشی:

– ثبت داروهای مصرفی به عهده مسئول بیهوشی می باشد.

## نگهداری و ارسال نمونه های پاتولوژی

### اهداف:

۱- کمک به تشخیص صحیح بیماری

۲- پیشگیری از بروز اشتباه در تشخیص و درمان بیماری

**عامل انجام کار:** پرستار اسکراب به علاوه پرستار سیرکولار

### وسایل و تجهیزات استاندارد:

ظرف تمیز، خشک و درب دار که اندازه آن به تناسب حجم نمونه انتخاب می شود- برچسب -محلول دیگری که جراح دستور داده باشد به میزانی که نمونه را بپوشاند.

### استاندارد مراحل انجام کار:

پرستار اسکراب

۱- نمونه را با دقت از جراح تحویل گرفته و به پرستار سیرکولار تحویل دهید.

پرستار سیرکولار

۱- ظرف موردنظر را به تناسب نمونه انتخاب کرده و در اتاق آماده بگذارید.

۲- پس از قرار گرفتن نمونه در ظرف توسط پرستار اسکراب آن را با مقدار مناسب محلول نگهدارنده محافظت کنید.

۳- برچسب مشخصات را پر کرده و روی ظرف بچسبانید. (پرستار سیرکولار)

مشخصات شامل نام و نام خانوادگی صحیح بیمار - نام پدر - نوع نمونه -دمحل وسمت برداشت نمونه(برای اعضاء زوج مانند تخمدان ها، حفرات بینی، دست و...) - نام بخش - نام جراح\_ ساعت و تاریخ برداشت نمونه - سن بیمار و شماره پرونده می باشد.

۴- نمونه ها را پس از بستن درب ظرف در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال کنید.

۵- همراه هر نمونه فرم درخواست با مشخصات کامل توسط پزشک و خودتان پر شده و ارسال می گردد.

۶- کلیه مشخصات بالا را در دفتر مخصوص ارسال نمونه های اتاق عمل ثبت نموده، پس از ارسال از پاتولوژی رسید دریافت کنید.

### نکات آموزشی:

– هرگز برچسب مشخصات را روی درب ظرف نچسبانید چون ممکن است در آزمایشگاه یا اتاق عمل درب برداشته شود و با ظرف های دیگر اشتباه شود.

– در مواردی مانند Frozen Section سرعت در ارسال نمونه جهت پاتولوژی نقش حیاتی دارد.

- سوابق های آلوده به ترشحات زخم در لوله شیشه ای مخصوص کشت قرار داده شده و بایستی در بسته به آزمایشگاه ارسال گردد.
- در صورتی که فواصل اعمال کوتاه و تعداد آن ها زیاد باشد، می توان قبل از برداشت نمونه برچسب مشخصات را نوشته و ظرف مخصوص را نیز آماده کرد. این آمادگی بایستی در اتاق عمل انجام شده و ظرف برچسب دار خالی را بایستی از اتاق عمل خارج گردد.
- در مورد اعضای قطع شده به سیاست جاری بیمارستان مراجعه کنید. معمولاً برای اعضای قطع شده در صورت عدم نیاز ارسال به پاتولوژی جواز دفن صادر می گردد. در غیر اینصورت ابتدا نمونه به پاتولوژی فرستاده شده و سپس جواز دفن صادر می شود.

### شست و شوی اتاق عمل

#### اهداف:

- ۱- حذف میکروارگانیسم ها از محیط اتاق عمل تا حد امکان
  - ۲- پیشگیری از عفونت زخم عمل
- عامل انجام کار:** کمک بهیار - خدمات اتاق عمل
- نظارت:** سرپرستار - پرستار اسکراپ - پرستار سیرکولار - کارشناس و کاردان هوشبری
- وسایل و تجهیزات استاندارد:**
- محلول ضد عفونی استاندارد - دستکش - پارچه نخی
- استاندارد مراحل انجام کار:**
- ۱- کلیه وسایل را آماده کنید.
  - ۲- محلول ضد عفونی را به اندازه ی دستور داده شده رقیق کنید. (محلول ضد عفونی بایستی تازه تهیه شود)
  - ۳- شست و شو را از بالاترین قسمت مثل چراغ سیالتیک شروع کنید.
  - ۴- کلیه قسمت ها حتی پایه ی وسایل را با حرکت دورانی پارچه تمیز کنید.
  - ۵- پس از نظافت محیط جراحی، قفسه ها و دیوارها را تمیز کنید.
  - ۶- کلیه تجهیزات اتاق عمل اعم از ثابت و متحرک مانند: نکاتوسکوپ، فلوراسکوپ، ماشین بیهوشی، چراغ های سیالتیک و ... را بایستی به دقت تمیز و ضد عفونی کنید.
- پس از اتمام سطوح، کف را کاملاً تمیز کنید.

#### نکات آموزشی:

- این شست و شو در آغاز و پایان هر روز باید انجام شود..

- تمیز کردن تخت، میز و سطوح و کف در بین اعمال جراحی نیز بایستی انجام شود.
- شست و شوی کامل تمام محوطه های اتاق عمل، انبار پکینگ، دیوارها و سقف و چراغ های سقفی می تواند هفتگی انجام شود.
- وسایل تا پایان عمل نبایستی جمع آوری و خارج شده و نظافت در بین عمل نباید صورت بگیرد.
- پس از شست و شوی هفتگی در صورتی که سیستم تصفیه ی هوا وجود نداشته باشد می توان از اشعه گذاری جهت استریل کردن فضا و مناطقی که درست قابل دسترس نیست، استفاده کرد.
- کلیه موارد توسط پرسنل دوره دیده انجام شده و توسط سر پرستار اسکراب، سیرکولار یا جانشین وی نظارت می شود.
- برای هر اتاق بایستی وسایل شست و شوی جداگانه استفاده شده و وسایل در صورت امکان استریل و در صورت عدم امکان کاملاً با محلول استاندارد ضد عفونی و خشک شوند.
- برای قسمت های مختلف و وسایل هر اتاق مثلاً چراغ نیز بایستی از پارچه جداگانه استفاده کنید.

### استریل کردن وسایل در اتوکلاو

#### هدف:

-تهیه وسایل جهت اتاق عمل و کلیه بخش های بیمارستان

**عامل انجام کار:** پرستار - بهیار - تکنیسین شاغل در اتاق استریلیزاسیون یا بخش CSR

**وسایل و تجهیزات استاندارد:** اتوکلاو - ست های مورد نیاز - سبد

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- قبل از گذاشتن وسایل داخل اتوکلاو آن را از نظر سلامت چک کنید.
- ۲- بسته به نوع اتوکلاو استفاده شده ( اتوکلاو با فشار بخار یا دارای خلاء) کنترل کارکرد را انجام دهید.
- ۳- بسته های آماده شده را به ترتیب وزن از زیر تا بالا داخل سبد ها بچینید.
- ۴- درب اتوکلاو را بسته و با تنظیم درجه های فشار و حرارت و زمان، استریلیزاسیون را شروع کنید.
- ۵- پس از اتمام زمان و سیکل استریلیزاسیون با اطمینان از خروج بخار در اتوکلاو را باز کنید.
- ۶- برای خشک شدن کامل، وسایل را با همان سبد روی یک سطح تمیز قرار دهید و از تماس مستقیم دست با آن ها خودداری کنید.
- ۷- پس از اطمینان از خشک شدن وسایل آن ها را در انبار وسایل چیده یا تحویل اتاق عمل دهید.

#### نکات آموزشی:

- وسایل را نبایستی با پنکه خشک کرد چون احتمال آلودگی وجود دارد.

- برای استریل کردن محلول‌ها بایستی دو سوم ظرف پر شده و شیشه محلول با درب باز داخل اتوکلاو قرار بگیرد.
- وسایل نبایستی روی هم قرار گیرد، بلکه بایستی کنار هم به نحوی باشد که بخار کاملاً از تمام جهات در آن نفوذ کند.
- وسایل بایستی به تناسب حجم در سبد‌ها چیده شود.

### مراقبت از نوزاد در عمل

#### سزارین

#### اهداف:

- ۱- پیشگیری از هیپوترمی یا هیپرترمی نوزاد
  - ۲- برقراری راه هوایی (تهویه و گردش خون مناسب در صورت نیاز)
  - ۳- برقراری ارتباط عاطفی اولیه بین مادر و نوزاد
- عامل انجام کار:** پرستار-بهبار- کارشناس و کاردان اتاق عمل- کارشناس و کاردان هوشبری

#### وسایل و تجهیزات استاندارد:

- گرم کننده نوزاد ( وارمر ) - دو تا سه عدد شان گرم - وسایل احیاء نوزاد - سرنگ و لوله آزمایشی (در صورت لزوم) -
- دماسنج رکتال - انکوباتور پرتابل

#### آماده سازی تجهیزات :

- ۱- قبل از شروع سزارین از حضور پزشک اطفال و متخصص بیهوشی ماهر در احیای نوزاد اطمینان حاصل کنید.
- ۲- کلیه وسایل احیاء نوزاد را در سینی مخصوص آماده کرده و در دسترس قرار دهید.
- این وسایل شامل : لارنگوسکوپ با تیغه مخصوص نوزاد ( شماره ۱ و ۰ ) - سرنگ ۲ و ۵ سی سی - لوله تراشه از سایز ۲ تا ۴ - ماسک گرد نوزاد جهت آمبویگ - سوند اکسیژن متصل به منبع اکسیژن - ساکشن با سوند سایز ۸ و ۱۰ - چسب - آمبویگ نوزاد با سوند متصل به اکسیژن و داروهای احیاء می باشد.
- ۳- اتاق را کاملاً گرم کرده و بین ۲۸ تا ۲۵ درجه سانتی گراد ثابت نگه دارید.
- ۴- گرم کننده نوزاد را روشن کرده و دو عدد شان تمیز درون آن قرار دهید. همچنین انکوباتور پرتابل را آماده نمایید.

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- پس از خروج نوزاد با یک شان گرم و تمیز وی را پوشانده و سریع خشک نمایید. خشک کردن را از ناحیه سر شروع کنید.
- ۲- پس از دور کردن شان خیس از نوزاد وی را روی شکم مادر قرار دهید تا تماس پوست با پوست برقرار شود. این تماس دو فایده دارد:

- الف - گرم شدن نوزاد و جلوگیری از هیپوترمی
- ب - برقراری ارتباط عاطفی با مادر
- ۳- راه هوایی نوزاد را چک کرده و توسط پوار تمیز کنید.
- ۴- در صورتی که مادر دارای RH منفی می باشد از بند ناف نمونه خون بگیرید.
- ۵- پس از قطع اتصال بند ناف توسط پزشک ، نوزاد را به زیر وارمر ببرد.
- ۶- وضعیت تنفس و آپگار نوزاد را در دقایق اول و پنجم کنترل کنید.
- ۷- در صورت عدم تنفس، پوست بدن یا کف پا را با ماساژ و ضربات ملایم تحریک نمایید. در ضمن، خشک کردن و گرم کردن نوزاد را قطع نکنید.
- ۸- در صورت نیاز به ادامه احیاء از پزشک بیهوشی و اطفال کمک بگیرید.
- ۹- پس از ثابت شدن وضعیت نوزاد و در صورتی که مادر تحت بیهوشی عمومی نباشد، وی را به مادر نشان داده و در آغوش مادر بگذارید.
- ۱۰- کلیه اطلاعات مورد نیاز مربوط به نوزاد(نام و نام خانوادگی مادر، جنسیت نوزاد، ساعت تولد، تاریخ دقیق تولد نوزاد ، شماره پرونده مادر، نام پزشک عامل زایمان را در دستبندهای شناسایی (مچ بند نوزاد) ثبت کرده و به پاهای وی ببندید.
- ۱۱- کلیه اقدامات انجام شده و اطلاعات مربوط به زایمان (نوع بیهوشی عامل زایمان آپگار دقیقه اول و پنجم) جنسیت نوزاد ، ساعت و تاریخ انجام سزارین، وضعیت نهایی، وجود یا عدم وجود آنومالی و سایر اطلاعات مورد نیاز را در پرونده ثبت نمایید.
- ۱۲- قبل از تحویل نوزاد به بخش درجه حرارت وی را کنترل کرده و در پرونده ثبت کنید. در صورت پایین بودن درجه حرارت پوشی نوزاد را افزایش داده ( به خصوص پوشی سر ) و زیر گرم کننده نگه دارید.
- ۱۳- پس از کسب اجازه از پزشک بیهوشی و اطفال ، نوزاد را با دادن گزارش به پرسنل بخش تحویل دهید.
- ۱۴- جهت تحویل و انتقال نوزاد به بخش از انکوباتور پرتابل استفاده کنید.
- ۱۵- در صورت موجود نبودن انکوباتور پرتابل ، نوزاد را با پوشی اضافی در کاتی که از قبل گرم شده بگذارید و منتقل نمایید.

### بانداز

**عامل انجام کار: پرستار - بهیار**

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

بد-سنگاق قفلی یا نوار چسب - باند مناسب

**استاندارد مراحل انجام کار:**

۱- قسمتی از بدن که لازم است با باند پوشیده شود را بررسی کنید.

- ۲- تورم و تغییر رنگ پوست، صدمات پوستی یا هرگونه ناراحتی در ناحیه ای که قرار است بانداژ شود را بررسی کنید.
- ۳- در صورت داشتن پانسمان، نوع و مقدار ترشح را بررسی کنید.
- ۴- میزان انقباض قفسه سینه و سرعت تنفس را در صورت استفاده از بانداژ شکمی یا بانداژ قفسه سینه بررسی کنید.
- ۵- حساسیت پوست به نوار چسب استفاده شده در پانسمان را بررسی کنید.
- ۶- بیمار را شناسایی کنید روش کار و علت را توضیح دهید.
- ۷- دقت کنید پوست ناحیه مورد نظر تمیز و خشک باشد.
- ۸- بیمار را بسته به نوع بانداژ در یک وضعیت راحت قرار دهید برای ناحیه مورد نظر تکیه گاه مناسب فراهم کنید.
- ۹- دستها را بشوئید و در صورت لزوم دستکش بیوشید (تماس با ترشح)
- ۱۰- خلوت بیمار را حفظ کنید.

### استفاده از بانداژ سه گوش برای بازو

- از بیمار بخواهید که آرنج خود را در زاویه ۸۰ درجه یا کمتر قرار دهد. در این حال شست باید به طرف بالا رو به بدن باشد.
- انتهای بانداژ سه گوش در زیر آرنج دست صدمه دیده قرار گیرد.
- گوشه بالایی بانداژ سه گوش را با دست گرفته آن را از پشت مجدد عبور داده و به طرف دیگر، روی شانه طرف صدمه دیده بیاورید.
- گوشه پایینی بانداژ سه گوش را از روی بازو عبور داده و آن را به طرف شانه قسمت صدمه دیده بیاورید.
- این دو گوشه را در کنار گردن به هم گره بزنید.
- گوشه بانداژ سه گوش را که در کنار آرنج قرار گرفته است، به طرف بیرون آورده به طور منظم تا کرده و با سنجاق قفلی ثابت کنید.

### استفاده از بانداژ تی

- بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید. اندام های انتهایی خم شده و ران ها به سمت خارج چرخانده شوند.
- بانداژ "تی" را طوری قرار دهید که بند کمر در زیر کمر قرار گرفته و شاخه های آن از مرکز به طرف پائین قرار گیرند.
- بند کمری را دور کمر بیمار روی هم بیاورید و آن را از بین پاها عبور داده و هر یک از آن ها را در طرفین دستگاه تناسلی بیمار مرد ثابت کنید.
- در صورت استفاده از پانسمان دقت شود که بانداژ فقط با قسمت بیرون پانسمان تماس پیدا کند.
- بررسی سطح راحتی بیمار در وضعیت خوابیده، نشسته و ایستاده با وجود بانداژ تی، در صورت هرگونه افزایش فشار در ناحیه بانداژ در اطراف بافت از پدهای بیشتری استفاده کنید.
- در صورت نیاز به دفع ادرار، بانداژها بایستی برداشته شود و سپس مجدداً بانداژ گردد.

### استفاده از باندهای شکمی

- اطلاعات خود را در مورد سایز بیمار و باندهای مناسب کامل کنید.
- روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
- طریقه استفاده از این وسیله را به بیمار آموزش دهید.
- دستها را شسته و دستکش بپوشید. (اگر با ترشح زخم در تماس هستید)
- خلوت بیمار را حفظ کنید.
- بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید. باندهای شکمی را در زیر بدن بیمار کاملاً "صاف" قرار دهید، به طوری که لبه بالایی آن در حد کمر قرار گرفته و لبه پایینی در سطح چین قرار گیرد.
- در صورت لاغر بودن بیمار، یک پد را روی تاج خاصه قرار دهید، سپس باندها را باندازید.
- باندهای شکمی را از دو طرف بدن بیمار بر روی شکم آورده و آن‌ها را روی هم قرار داده و با سنجاق قفلی یا چسب ثابت نگه دارید (بعضی از انواع باندهای شکمی دارای پوشش چسبناک می باشند)
- وضعیت راحتی بیمار را بررسی کنید.
- دستها را بشوئید.

### استفاده از باندهای استیک

- بیمار را شناسایی کنید.
- روش کار و علت آن را برای بیمار توضیح دهید.
- طریقه استفاده از این روش را به بیمار آموزش دهید.
- دستها را بشوئید.
- دستکش بپوشید (اگر ترشحات وجود دارد)
- خلوت بیمار را حفظ کنید.
- بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.

### باندازه‌ها به روش حلقوی ساده

- لوله باندها را در دست غالب خود نگه دارید بطوریکه قسمت لوله باندها به طرف بالا قرار گیرد سپس حدود ۸ سانتیمتر از ابتدای آن را باز کنید.
- انتهای باز شده باندها را روی ناحیه مورد نظر قرار داده و آن را با شست دست غیر غالب خود ثابت نگه دارید.
- با حرکات دورانی منظم چندین لایه باندها را روی عضو مورد نظر بپیچید که هر لایه، لایه قبلی را بپوشاند.

### باندازه‌ها به روش مارپیچ ساده

- برای انجام مارپیچ ساده ابتدا با دو دور حلقوی ساده باندها را باندازید.

- برای انجام ماریج ساده با زاویه ۳۰ درجه لایه های باند را طوری بپیچید که هر لایه دوسوم لایه قبلی را بپوشاند.
- در انتها مجدداً دو دور حلقوی ساده بانداژ کنید.
- انتهای باند را به کمک چسب یا کلیپس مخصوص ثابت کنید.

### بانداژ به روش ماریج معکوس

- ناحیه مورد نظر را با دو دور حلقوی ساده بانداژ کنید. انتهای باند را با زاویه ۳۰ درجه بالا بیاورید.
- شست دست آزاد خود را روی لبه بالایی باند قرار دهید
- باند را در حدود ۱۵ سانتیمتر باز کنید، سپس دست خود را طوری بچرخانید که باند روی خودش برگردد.
- بانداژ کردن را ادامه دهید به طوری که هر لایه جدید دوسوم عرض لایه قبلی را بپوشاند.
- بانداژ را با دو دور حلقوی ساده تمام کرده و آن را ثابت کنید.

### بانداژ به روش برگشتی

- بانداژ را با دو دور حلقوی شروع کنید.
- باند را روی خودش برگردانید. از مرکز ابتدای قسمتی که قرار است بانداژ شود به مرکز انتهای همان قسمت ببرید در حالی که آن را با دست دیگر نگه داشته اید باند را بر روی خودش برگردانیده، در طرف راست بانداژ مرکزی از قسمت انتها به طرف ابتدا بیاورید بطوریکه دوسوم عرض لایه مرکز را بپوشانید.
- مجدداً باند را برگردانیده این بار در طرف چپ بانداژ آن را از ابتدا به طرف انتها ببرید.
- بانداژ را به همین ترتیب در طرفین قسمت مرکزی ادامه دهید تا ناحیه مورد نظر پوشانده شود و با دو دور حلقوی بانداژ را تمام کرده و آن را ثابت کنید.

### بانداژ به روش هشت انگلیسی

- بانداژ را با دو دور حلقوی ساده روی مفصل شروع کنید. (لازم به ذکر است این بانداژ در مفاصل کاربرد دارد)
- بانداژ را در بالا و سپس پائین مفصل به شکل ۸ بپیچید.
- به همین ترتیب بانداژ را در بالا و پایین مفصل ادامه دهید به طوریکه هر لایه جدید دوسوم عرض لایه قبلی را بپوشاند.
- بانداژ را در بالای مفصل با دو دور حلقوی تمام کرده و آن را ثابت کنید.

### نکات قابل توجه:

- قبل از بانداژ به وضعیت پوست ناحیه ای که لازم است بانداژ شود توجه کنید.
- پانسمان جراحی و میزان درد بیمار را مورد بررسی قرار دهید.

- مشاهده جریان گردش خون در ناحیه انتهایی بانداژ (توجه به درجه حرارت سطحی، رنگ پوست، حس قسمتی از بدن که پوشش دارد) لازم است.
- به دستورات خاص پزشک در مورد نحوه بکارگیری بانداژ الاستیک توجه کنید.
- توجه به نوع بانداژ، بررسی پاسخ به درمان های قبلی لازم است.

**ورزشهای محدوده طبیعی  
حرکات (ROM)**

**عامل انجام کار: پرستار-بیمار**

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- روش کار را به بیمار شرح دهید.
- ۲- دستهای خود را بشوئید.
- ۳- تخت را تا سطح کمر خود بالا آورید، سپس تخت را کاملاً "مسطح و یا تا حدی که بیمار می تواند تحمل کند به حالت مسطح (افقی) در آورید.
- ۴- حرکات غیرفعال (ROM) را از سر بیمار آغاز کرده و هر بار یکطرف را به پایین و کنار بدن (پهلوی) حرکت دهید.
- ۵- هر حرکت را ۲-۵ بار انجام دهید هر مفصل را به صورت آرام و ریتمیک حرکت دهید.
- ۶- در حین دادن حالت غیرفعال به بدن بیمار، مراقب مفاصل او باشید.
- ۷- به ترتیب حرکات را برای تمام مفاصل انجام دهید.

**سر**

- خم کردن (Flexion)
- باز کردن (Extension)
- خم کردن به پهلو (Latral Flexion) سر را تا آنجا که ممکن است به سمت شانه همان سمت خم کنید.

**گردن**

- چرخش (Rotation) با بردن چانه به سمت شانه، سر را از یک طرف شانه به طرف دیگر حرکت دهید.

**شانه**

- خم کردن (Flexion) با یک دست در یک طرف شروع کرده و آن را تا بالای سر ببرید.

- باز کردن (Extension) دست را به وضعیت شروع حرکت در همان سمت بدن برگردانید.
- دور کردن (Abduction) با یک دست در یک سمت بدن شروع کرده و از پهلو به بالای سر ببرید.
- نزدیک کردن (Adduction) دست را تا وضعیت اولیه پایین آورده و تا آنجا که ممکن است به دور از تنه ببرید.
- چرخش به داخل و خارج (Lateral & External rotation) در یک طرف بدن، دست را تا آنجا بالا بیاورید تا بازو در امتداد شانه قرار گیرد، آرنج را ۹۰ درجه خم کرده و ساعد را به بالا و پایین حرکت دهید.

## آرنج

- خم کردن (Flexion) آرنج را خم کرده و دست را به طرف بالا به سمت شانه حرکت دهید.
- باز کردن (Extension) در حالی که آرنج را به حالت مستقیم در آورده اید، ساعد و دست را به حالت اول برگردانید.

## ساعد

- (Supination) دست و ساعد را طوری بچرخانید که کف دست رو به بالا قرار گیرد.
- (Pronation) دست و ساعد را طوری بچرخانید که کف دست رو به پایین قرار گیرد.

## مچ

- خم کردن (Flexion) دست را به پایین به سمت سطح داخلی ساعد حرکت دهید.
- باز کردن (Extension) دست را به وضعیت طبیعی، در امتداد ساعد برگردانید.
- بیش از حد باز کردن (Hyper Extension) تا آنجا که ممکن است قسمت پشت (بالائی) دست را به سمت عقب حرکت دهید.

## انگشتان

- خم کردن (Flexion) انگشتان را خم کنید تا یک مشت درست شود.
- باز کردن (Extension) انگشتان را باز کنید تا در حالت مستقیم قرار گیرد.
- دور کردن (Abduction) انگشتان را از هم باز کنید.
- روبرو کردن شست با انگشتان، به نوبت شست را به هر یک از انگشتان نزدیک کرده و بچسبانید.

## لگن

- خم کردن (Flexion) در حالیکه پا راست و مستقیم است آن را بالا بیاورید.
- باز کردن (Extension) پا را به حالت اولیه برگردانید و در کنار پای دیگر بگذارید.
- دور کردن (Abduction) پا را به بالا و به دور از تنه حرکت دهید.
- نزدیک کردن (Adduction) پا را به سمت مقابل رسانده و اگر ممکن است دورتر از آن هم ببرید.
- چرخش داخلی (Internal rotation) کف پا و پا را به سمت پای دیگر بچرخانید.

– چرخش خارجی (External rotation) کف پا و پا را به سمت دور از پای دیگر بچرخانید.

### زانو

– خم کردن (Flexion) پا را خم کرده، پاشنه را به سمت پشت پا بپرید.

– باز کردن (Extension) پا را به حالت مستقیم بازگردانید.

### قوزک پا

– خم کردن به عقب (Dorsi Flexion) پا را به طرف بالا و عقب برده تا انگشتان پا به حالت عمودی قرار گیرند.

– خم کردن کف پا (Planter Flexion) پا را طوری حرکت دهید که انگشتان به سمت پایین قرار گیرند.

– (Inversion) کف پا را به سمت خط وسط بدن بچرخانید.

– (Eversion) کف پا را به سمت بیرون (پهلوی) بچرخانید.

### انگشتان پا (پنجه)

– خم کردن (Flexion) انگشتان (پنجه) پا را به پایین خم کنید.

– باز کردن (Extension) انگشتان پا را در حالت مستقیم قرار دهید.

– دور کردن (Abduction) انگشتان پا را از هم باز کنید.

– نزدیک کردن (Adduction) انگشتان پا را به هم بچسبانید.

۸- مجدداً بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.

۹- دوباره ارتفاع تخت را تنظیم کرده و اگر لازم است لبه تخت را بالا ببرید.

۱۰- دستهای خود را بشوئید.

**ارتباط با بیمار دچار**

**اختلالات اضطرابی**

**عامل انجام کار: پرستار و اجد شرایط**

**مراحل استاندارد انجام کار:**

**الف: اضطراب**

- ۱- در موقع کار کردن با بیمار به شیوه ای آرام و بدون ایجاد ترس و نگرانی با او برخورد کنید.
- ۲- با حضور فیزیکی خود، بیمار را از سلامت و امنیت خود مطمئن سازید.
- ۳- از کلمات ساده و پیام های مختصر استفاده کنید.
- ۴- محرک های محیط اطراف بیمار را کاهش دهید.
- ۵- طبق دستور پزشک داروی آرامبخش به بیمار بدهید.
- ۶- تأثیر و عوارض جانبی دارو را مورد بررسی قرار دهید.
- ۷- وقتی اضطراب بیمار کاهش یافت با او به کشف علل احتمالی وقوع اضطراب پردازید.
- ۸- بیمار را تحت شرایطی که احساس خطر نکند به صحبت در مورد تجربه ضربه زنده تشویق کنید.
- ۹- به بیمار کمک کنید تا در مورد احساس گناه مربوط به حادثه ضربه زنده صحبت کنید.
- ۱۰- به بیمار در مورد شناسایی علائم افزایش اضطراب و روشهای کنترل آن (روش های تن آرامی، تمرینات تنفسی، تفکر و...) آموزش دهید.
- ۱۱- کلیه مشاهدات و تغییرات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

### ب: ترس

- ۱- در مورد سلامت مراقبت بیمار به وی اطمینان دهید در حالت اضطراب شدید وحاد، بیمار ممکن است نگران زندگی خود باشد.
- ۲- درک بیمار را در مورد تهدید به تمامیت جسمی و یا خود پنداری کشف کنید.
- ۳- واقعیت وضعیت را به منظور شناسایی جنبه های که قابل تغییر یا غیر قابل تغییر هستند با بیمار مورد بحث و گفتگو قرار دهید.
- ۴- بیمار را در تصمیمات مربوط به انتخاب روش های سازگاری دخالت دهید.
- ۵- بیمار را تشویق کنید تا به کشف احساسات نهفته ای که موجب ترس های غیر منطقی می شود پردازد و او را جهت درک نحوه روبرو شدن با این احساسات به منظور سرکوب آنها یاری کنید تا بهتر به تواناییهای از عهده بر آئی تطابقی دست یابد.

### ج: عدم انطباق بیمار با شرایط بیماری

- ۱- سطح اضطراب بیمار را بررسی کنید.
- ۲- موقعیت هایی که باعث افزایش اضطراب می شوند را شناسایی کنید.
- ۳- خلق بیمار را بررسی کنید.
- ۴- رفتار مربوط به خودکشی بیمار را زیر نظر قرار دهید.
- ۵- ابتدا نیازهای مربوط به وابستگی بیمار را برآورده سازید و عدم وابستگی را تشویق و تقویت مثبت کنید.
- ۶- فعالیت های سازمان یافته ای برای بیمار ایجاد کنید و زمان کافی برای اجرای آن به بیمار بدهید.
- ۷- با افزایش فعالیت های بیمار در سنجش، تدریجاً " رفتارهای غیر انطباق را کاهش دهید، هر چه بیشتر رفتارهای انطباقی را جایگزین رفتارهای غیر انطباقی کنید.

۸- رفتارهای انطباقی بیمار را تشویق و تقویت مثبت کنید، تقویت مثبت موجب ارتقاء عزت نفس و مشوقی جهت تکرار رفتار مطلوب می باشد.

### د: نقص مراقبت از خود

- ۱- بیمار را تشویق کرده و اجازه دهید که فعالیت های طبیعی زندگی روزانه را در حد توانائی خود انجام دهد.
- ۲- استقلال او را تشویق کنید و در صورت لزوم مداخله کنید.
- ۳- انجام کارهای مستقل بیمار را مورد تشویق قرار دهید.
- ۴- به بیمار نحوه انجام فعالیت هایی که در آن با اشکال روبرو می شود نشان دهید.
- ۵- مایعات خورده شده را دقیقاً "ثبت کنید".
- ۶- بین وعده های غذایی مایعات و غذای مختصر به بیمار بدهید.
- ۷- چنانچه بیمار بی 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 بیمار و برعکس سرایت کند.
- وقتی بیمار در حالت اضطراب شدید است او را تنها نگذارید، وجود افراد قابل اعتماد به بیمار احساس مثبت داده و سلامت کارکنان را تضمین می کند.
- در مورد توصیف تجارب بیمارستان با بیمار واضح صحبت کنید در موقعیت های مولد اضطراب شدید، بیمار چیزی جز ارتباط اصلی درک نمی کند.
- محیط تحریک کننده، سطح اضطراب بیمار را افزایش می دهد.
- اولین گام جهت آموزش به بیمار به منظور جلوگیری از افزایش اضطراب، شناخت عامل یا عوامل تسریع کننده می باشد.
- بیان احساسات در محیطی عاری از تهدید ممکنست بیمار را در رویارویی با موضوعات حل نشده کمک کند.
- شناسایی عوامل تسریع کننده اضطراب اولین گام جهت آموزش بیمار به منظور جلوگیری از پیشرفت اضطراب می باشد.
- ترس احساس بیم و وحشتی است که فرد وجود منبع معلوم آن را تصدیق می کند.
- پی بردن به درک بیمار از محرک و یا موقعیت ترس آور به منظور کمک به فرآیند حساسیت زدایی اهمیت دارد.
- بیمار باید واقعیت و جنبه هایی که قابل تغییر نیستند را قبل از توسعه فعالیت در مورد کاهش ترس قبول کند.
- بیمار ممکن است تصمیم بگیرد که از موقعیت ترس آور اجتناب و یا تلاش کند تا ترس همراه آن را از بین ببرد. دادن اجازه به بیمار معیاری جهت کنترل ایجاد می کند و احساس خود ارزشمندی را در بیمار افزایش می دهد.
- چنانچه بیمار بخواهد بر ترس خود غلبه کند می توان از روش حساسیت زدائی تدریجی یا نمونه سازی استفاده کرد.
- بیان احساسات در محیطی امن ممکنست سبب مواجهه شدن بیمار با موضوعات حل نشده باشد.
- از عهده برآئی غیر مؤثر عبارتست از اشکال در رفتار انطباقی و قدرت حل مشکل فرد در کامیاب کردن خواسته های زندگی

- شناسایی عوامل تسریع کننده اضطراب اولین گام جهت آموزش بیمار به منظور جلوگیری از پیشرفت اضطراب می باشد.
- خلق افسرده شایع ترین موقعیتی است که باعث خودکشی می شود.
- نقص مراقبت از خود، وضعیت جسمی یا هیجانی است که در آن فرد نمی تواند و یا نمی خواهد مراقبت از خود را در یکی از حیطه های غذا خوردن، حمام گرفتن و بهداشت شخصی، لباس پوشیدن، آراستگی و نظافت انجام دهد.
- انجام موفقیت آمیز فعالیت های مستقل موجب ارتقاء عزت نفس بیمار می شود.
- راحتی، سلامت و امنیت بیمار از اولویت های پرستاری است.
- وقتی که اضطراب در سطح بالاست بیمار ممکن است به شرح و نمایش ساده و واقعی فعالیت هایی که تحت شرایط طبیعی بدون اشکال انجام می شود، نیاز داشته باشد.
- بیمار ممکن است نتواند مقدار زیاد غذا را در زمان صرف آن تحمل کند، در نتیجه نیاز به مواد غذایی در زمان های دیگر در طول روز جهت دریافت تغذیه کافی می باشد.

### مداخلات پرستاری قبل از

### انجام ECT

#### اهداف:

۱- انجام صحیح ECT

۲- به حداقل رساندن عوارض و خطرات آن برای بیمار

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

وسایل و تجهیزات استاندارد:

وسایل محافظت کننده مثل میچ بند یا زانو بند - آنژیوکت - گارو - پنبه و الکل - دستکش - دستگاه فشار خون - چسب -

کپسول اکسیژن یل اکسیژن ساترال - ماسک و کانولا - ایروی با اندازه مناسب - ترالی کد

**استاندارد مراحل انجام کار:**

۱- دستور روان پزشک را در پرونده بیمار کنترل کنید.

۲- رضایت نامه بیمار یا قیم وی جهت ECT کنترل کنید.

۳- مشاوره های مورد نیاز قبل از ECT (مشاوره قلب وریه) و آزمایشات زیر را پیگیری کنید.

- شمارش گلبول قرمز

- آزمایشات تیروئید

- آزمایش ادرار

۴- عکس قفسه سینه و اسکن جمجمه را چک کنید.

۵- بیمار را حمام کنید.

- ۶- به بیمار در مورد فرآیند ECT (با تأکید بر درمانی بودن این روش نه تنبیهی بودن آن) توضیح دهید.
- ۷- بیمار را از ۶ ساعت قبل برای مایعات و از ۸ ساعت قبل برای جامدات NPO کنید.
- ۸- دندان های مصنوعی، عینک و وسایل تزئینی بیمار را خارج کنید.
- ۹- رژیم دارویی بیمار (کنترل و اطمینان از قطع موقت بعضی از داروها) را کنترل کنید.
- ۱۰- خالی بودن مثانه و روده ها را کنترل کنید.
- ۱۱- علائم حیاتی را کنترل و چارت کنید.
- ۱۲- دستورات دارویی قبل از انجام الکتروشوک را اجرا کنید و در پرونده بیمار ثبت کنید.
- ۱۳- در صورت وجود موارد غیرعادی آن را ثبت کرده و به پزشک معالج گزارش کنید.
- ۱۴- راست دستی یا چپ دستی بیمار را در پرونده ثبت کنید.
- ۱۵- از این که اکسیژن، ساکشن و وسایل لوله گذاری تراشه در دسترس است، اطمینان حاصل کنید.
- ۱۶- بیمار را گرم نگه دارید و برای تقلیل بیم و هراس بیمار تمهیدات حمایتی به کار ببرید.
- ۱۷- شیوه انجام کار را به بیمار توضیح بدهید.
- ۱۸- دست ها را بشوید.
- ۱۹- بیمار را روی تخت بخوابانید و او را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- ۲۰- علائم حیاتی بیمار را قبل از انجام ECT چک کنید.
- ۲۱- بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی وصل کنید.
- ۲۲- برای بیمار یک خط وریدی بگیرید و در طول فرایند آن را باز نگه دارید.

### مداخلات پرستاری حین

#### انجام ECT

#### اهداف:

- ۱- انجام صحیح ECT
  - ۲- به حداقل رساندن عوارض و خطرات آن برای بیمار
- عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

#### وسایل و تجهیزات استاندارد:

دستگاه فشار خون - کپسول اکسیژن یا اکسیژن سانترال - رابط - ایروی - ماسک - کانولا - نازال - ترالی کد - محافظ دندان

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- علائم حیاتی را به طور مستمر تا به هوش آمدن بیمار پایش کنید.

- ۲- ازباز بودن راه های هوایی و دادن پوزیشن مناسب به بیمار اطمینان حاصل کنید.
  - ۳- جهت جلوگیری از گاز گرفتگی زبان، محافظ بین دندان های بیمار قرار دهید.
  - ۴- هنگامی که بیمار به هوش آمد به آرامی آنچه را که اتفاق افتاده است به او شرح دهید.
  - ۵- میزان الکتریسته تخلیه شده، مدت زمان تشنج، نحوه انجام ECT ( یک طرفه، دو طرفه) و داروهای مصرف شده حین ECT را ثبت کنید.
  - ۶- تمام مشاهدات و موارد حین ECT را یادداشت کنید. ( شامل علائم حیاتی، پاسخ های بیمار در طی درمان و وضعیت جسمی و روانی بیمار)
  - ۷- علائم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه تا زمان ثابت شدن کنترل کنید.
  - ۸- بیمار را به اتاق خود منتقل کنید. (برای خروج بیمار از اتاق ECT دستور پزشک مورد نیاز است)
  - ۹- یک ساعت بعد از ECT علائم حیاتی بیمار را اندازه گیری کنید و به دمای بدن بیمار از نظر هیپرترمی بدخیم توجه کنید. تا زمانی که علائم حیاتی ثابت شود، بررسی ساعتی آن مورد نیاز است. انجام این فرآیند به نیروی انسانی و امکانات موجود در بخش بستگی دارد.
- نکات آموزشی:**

اگر بیمار داروی بنزودیازپین دریافت میکند، دستور پزشک را در مورد کم کردن و قطع دارو از ۳ تا ۴ روز قبل از ECT بررسی کنید چرا که بنزودیازپین ها و داروهای ضد صرع (مثل لورازپام و فنی توئین) پاسخ بیمار را به درمان تحت تأثیر قرار می دهد.

### آماده سازی داروهای

### شیمی درمانی

#### اهداف:

- ۱- حفظ امنیت پرستار و بیمار در برابر عوارض داروهای شیمی درمانی
  - ۲- جلوگیری از آلودگی محیط
- عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط  
وسایل و تجهیزات استاندارد:
- داروهای تجویز شده- کارت ثبت داروی بیمار- گان با آستین های بلند- دستکش های جراحی بدون پودر لاتکس- محافظ صورت یا عینک- ماسک- مایع شستشوی چشم- پد پلاستیکی جاذب رطوبت- پنبه الکلی- ظرف حاوی الکل ۷۰٪- گاز استریل- روکش کفش- ظرف مخصوص ضد سوراخ شدگی و نشست با برچسب "خطر آلودگی بیولوژیکی" برای تجهیزات و داروهای غیر قابل استفاده- چنگک پلاستیکی برای جمع آوری خرده شیشه- ظرف حاوی پودر یا دانه های خشک (برای جذب

رطوبت) - محلول ۱۷- رقیق کننده (در صورت لزوم) - برچسب داروئی - محفظه با امنیت بیولوژیکی کلاس II - حوله یکبار مصرف - فیلترهای جذب کننده آب - سرسوزن شماره ۱۸G - سرنگ و سر سوزن در اندازه ای مختلف - ست ۱۷ همراه با کلمپ - پمپ انفوزیون (در صورت لزوم) -

### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- قبل و بعد از آماده سازی داروهای شیمی درمانی، دست های خود را بشویید.
- ۲- البسه محافظ نظیر گان با دستکش بلند، دستکش بدون پودر و محافظ صورت یا عینک را بپوشید.
- ۳- دارو را در محفظه با امنیت بیولوژیکی کلاس II آماده کنید.
- ۴- قبل از آماده سازی دارو و پس از اتمام آن سطوح داخلی محفظه را با الکل ۷۰٪ و حوله یکبار مصرف پاک کنید.
- ۵- حوله ها را در ظرف مخصوص ضد نشت بیاندازید.
- ۶- به منظور پیشگیری از آلودگی ناشی از پاشیده شدن ذرات، تمام سطوح را با پدهای پلاستیکی جاذب رطوبت و تمیز بپوشانید.
- ۷- در صورت پاشیده شدن ترشحات پدهای جاذب را تعویض کنید.
- ۸- تمام تجهیزات و داروهای غیر قابل استفاده را پس از مصرف در ظرف مخصوص بریزید.
- ۹- روی محصولات شیمی درمانی دور ریخته شده برچسب زده و آن را در کیسه های غیر قابل نفوذ و غیر قابل نشت قرار دهید.
- ۱۰- هر مورد از برخورد یا مواجهه با مواد شیمیائی را با توجه به پروتکل بیمارستان خود ثبت کنید.

### نکات آموزشی:

- لباس های محافظ را بیرون از محیط آماده سازی نپوشید.
- در محل آماده سازی داروها از خوردن، نوشیدن، استعمال دخانیات یا استفاده از وسایل آرایشی خودداری کنید.

### ملاحظات ویژه:

- داروها را با توجه به دستورالعمل ویژه آن، آماده کنید و به سازگاری و پایداری آنها توجه کنید.
- نکات لازم را برای ایجاد حداقل تماس با داروهای شیمی درمانی رعایت کنید. با خوردن مواد آلوده، تماس پوستی و استنشاق مواد، امکان جذب سیستمیک وجود دارد. ممکن است شما بدون این که متوجه باشید هنگام باز کردن در ویال، جدا کردن سر سوزن، هواگیری سرنگ یا دور انداختن داروهای اضافه آن را استنشاق کنید. همچنین ممکن است هنگام تماس با مدفوع یا مایعات بدن آلودگی ایجاد شود.
- برای اطمینان از بالاترین میزان حفاظت، تمام داروها را در محفظه ایمنی بیولوژیکی کلاس II مخلوط کنید. همچنین تمام سرم های حاوی داروی شیمی درمانی را زیر هود هواگیری کنید.
- هواکش محفظه در تمام مدت ۲۴ ساعت و ۷ روز هفته روشن باشد.
- در صورتی که هود در دسترس نیست، داروها را در مکانی با تهویه مناسب دور از دریچه های وسایل سرمازا و گرمازا یا دیگر پرسنل آماده کنید. دریچه های ویال را در محیطی دارای فیلتر جذب رطوبت یا با استفاده از روش های فشار منفی باز کنید. همچنین سر سوزن را زیر فیلتر با جذب رطوبت، از ویال خارج کنید. برای پیشگیری از آلودگی، آمپول ها را در حالی که با گاز یا پنبه پوشانده اید بشکنید.

– هر ۶ ماه یکبار محفظه کابین ایمنی بیولوژیک کلاس II را با توجه به دستورالعمل کارخانه سازنده از نظر کیفیت عملکرد کنترل کنید.

– سرنگ ها و سر سوزن های استفاده شده و دیگر وسایل نوک تیز را در ظرف های غیر قابل نفوذ بیندازید.

– در هنگام مخلوط کردن داروهای شیمی درمانی دستکش لاتکس و گان غیر قابل نفوذ جلو بسته و آستین بلند بپوشید.

– هنگام کار مداوم شیمی درمانی هر ۳۰ دقیقه یکبار دستکش ها را عوض کنید. در صورت پاشیده شدن دارو، دستکش ها را فوراً عوض کنید و قبل از پوشیدن دستکش جدید دوباره دست ها را بشوید.

– در صورت تماس بعضی داروها با پوست، ناحیه را با آب و صابون بشوید. در صورت آلودگی چشم، چشم ها را با آب و محلول شستشوی چشم حداقل به مدت ۵ دقیقه در حالی که چشم ها کاملاً باز است بشوید. پس از ایجاد هر نوع تماس بلافاصله برای ارزیابی های پزشکی مراجعه کنید.

– گان ها و دستکش های یکبار مصرف را به روش مناسب دور بیندازید.

– هرگز غذاها یا نوشیدنی ها را در یخچال مخصوص داروهای شیمی درمانی قرار ندهید.

– با نحوه دفع دارو آشنا باشید و در کنترل مایعات بدن بیماری که شیمی درمانی می شود دقت کنید.

– به بیماران مذکر لوله ادراری با دهانه تنگ بدهید. هنگام دفع مایعات بدن بیمار از دستکش جراحی یکبار مصرف استفاده کنید. قبل از کشیدن سیفون توالت به منظور جلوگیری از پاشیده شدن آب و مواد دفعی، درب روی توالت فرنگی را ببندید. هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده به مایعات بدن بیمار، از دستکش استفاده کنید و این ملحفه ها را در محفظه مخصوص قرار دهید.

– در خانم های باردار یا شیرده هنگام دفع مایعات بدن باید دقت کافی انجام شود.

### مراقبت در منزل:

– هنگام آموزش بیمار در مورد کنترل مواد دفعی، روش های ایمن را به وی آموزش دهید. در صورتی که فرد در منزل

شیمی درمانی می شود در مورد انهدام وسایل به وی آموزش دهید. به بیمار و خانواده بگویید که هنگام جمع آوری ملحفه ها و لباس های آلوده از دستکش استفاده کنند.

– به بیمار و اعضای خانواده آموزش دهید هنگام مراقبت در منزل ملحفه های آلوده باید دوبار شسته شود و از دیگر ملحفه ها جدا نگهداری شود.

– تمام وسایل استفاده شده را در ظرف های ضد نشت بریزید.

### عوارض:

داروهای شیمی درمانی خاصیت جهش زائی دارند. تماس مداوم با این داروها ممکن است موجب آسیب کبد یا کروموزوم ها شود. تماس مستقیم با این داروها می تواند موجب سوختگی یا آسیب پوستی شود.

## تجویز داروهای شیمی درمانی

### اهداف:

- ۱- رساندن میزان صحیح دارو و پیشگیری از عوارض آن
- ۲- درمان بیماری در کنار روش هایی نظیر جراحی یا رادیوتراپی
- ۳- افزایش میزان بقاء بیماران

### عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

وسایل و تجهیزات استاندارد:

داروی تجویز شده- دستکش- فویل آلومینیومی یا کیسه کاغذی تیره رنگ (برای محافظت دارو از نور)- نرمال سالین- سرنگ و آداپتور بدون سوزن- برچسب "توجه: خطر بیولوژیکی"- پمپ انفوزیون- ظرف مخصوص با برچسب

### مراحل انجام کار:

- ۱- دستور پزشکی را از نظر میزان داروی تجویز شده و روش تجویز آن کنترل کنید.
- ۲- در مورد اثرات نامناسب داروی مورد نظر آگاهی کسب کنید.
- ۳- وضعیت فیزیکی بیمار و تاریخچه پزشکی وی را کنترل کنید.
- ۴- از نوع داروی تجویزی و روش تجویز آن اطمینان دوباره حاصل کنید.
- ۵- از هویت بیمار با پرسیدن نام بیمار و تطبیق با دستبند شناسایی بیمار اطمینان حاصل کنید.
- ۶- بهترین محل را برای تجویز دارو انتخاب کنید.
- ۷- در انتخاب محل، قدرت سازگاری دارو و دفعات تجویز را در نظر بگیرید.
- ۸- هنگام تجویز داروهای تاول زا به پروتکل بیمارستان خود مراجعه کنید.
- ۹- وضعیت بیمار را ارزیابی کنید. به ویژه به نتایج آزمایشات اخیر، شمارش سلول های خونی، سطح ازت اوره خون، پلاکت، کراتینین ادرار و تست های عملکرد کبدی توجه کنید.
- ۱۰- در صورتی که بیمار قبلاً داروهای شیمی درمانی گرفته است به وجود هر نوع عارضه سوء یا شدید دقت کنید.
- ۱۱- از نظر تداخل اثر داروهای دیگر با داروهای شیمی درمانی، دیگر داروهای مصرفی بیمار را مورد توجه قرار دهید.
- ۱۲- نام بیمار، نام دارو و میزان آن، روش تجویز دارو و تعداد دفعات تجویز را از روی پروتکل تجویز شده برای بیمار به طور مجدد کنترل کنید.
- ۱۳- قبل، حین و پس از شیمی درمانی دستور پزشک را از نظر تجویز داروهای ضد تهوع، مایعات، دیورتیک ها و مکمل های الکترولیتی کنترل کنید.
- ۱۴- درک بیمار و خانواده وی را از شیمی درمانی بررسی کنید.
- ۱۵- رضایت آگاهانه توسط پزشک از بیمار بگیرید.
- ۱۶- دستکش بپوشید و در تمام مراحل تجویز دارو آن را خارج نکنید.
- ۱۷- قبل از تجویز دارو یک خط وریدی جدید در قسمت بالای محل قبلی بگیرید.

- ۱۸- از این خط وریدی جدید داروی شیمی درمانی ندهید.
- ۱۹- محل تجویز دارو را مشخص کنید.
- ۲۰- کفایت ورید بیمار را بررسی کنید.
- ۲۱- ۱۰ تا ۲۰ سی سی محلول نرمال سالین برای بررسی وضعیت رگ به داخل آن تزریق کنید.
- ۲۲- به هیچ وجه رگ را با تزریق داروی شیمی درمانی امتحان نکنید.
- ۲۳- داروهای غیر تاول زا را می توانید مستقیم به شکل وریدی تزریق کنید یا آن را با محلول سرم رقیق کنید.
- ۲۴- داروهای تاول زا را به داخل ستی که به خط وریدی متصل است تزریق کنید.
- ۲۵- در طی تجویز دارو از طریق خط وریدی، بیمار را از نظر علائم واکنش حساسیتی یا نشت دارو از نزدیک کنترل کنید.
- ۲۶- پس از تجویز ۵ سی سی دارو از برگشت خون کافی اطمینان حاصل کنید.
- ۲۷- پس از تجویز دارو یا در فواصل بین تزریق دو دارو ۲۰ سی سی نرمال سالین به داخل ورید تزریق کنید.
- ۲۸- سرنگ یا سر سوزن های مصرفی را با دقت دور بیندازید.
- ۲۹- به منظور پیشگیری از پراکنده شدن قطرات شیمی درمانی در هوا از جدا کردن سر سوزن و سرنگ خودداری کنید.
- ۳۰- دستکش، سرم و لوله ها را به روش صحیح دور بیندازید.
- ۳۱- پس از اتمام کار، دست های خود را به خوبی با آب گرم و صابون بشوید.
- ۳۲- قبل از شروع به تجویز دارو، توصیف محل و وضعیت خط وریدی را ثبت کنید. همچنین نام و میزان دارو، توالی تجویز دارو، نوع سر سوزن و اندازه آن، حجم مایع تزریق شده و وضعیت محل پس از تزریق را نیز ثبت کنید. بروز هر نوع عارضه، تحمل بیمار نسبت به تجویز دارو، نگرانی های بیمار و خانواده را ثبت کنید.

### نکات آموزشی:

- در صورتی که داروهای تاول زا به طور مداوم انفوزیون می شود، به طور حتم از ورید مرکزی یا وسایل دسترسی وریدی استفاده کنید. ممکن است داروهای غیر تاول زا به طور مستقیم به داخل ورید تزریق نشود.
- داروهای شیمی درمانی را با یکدیگر مخلوط نکنید. اگر در این مورد سؤالی دارید، با پزشک یا دارو ساز صحبت کنید.

### ملاحظات ویژه:

- محل ۱۷ را به طور مرتب از نظر علائم نشت دارو و واکنش آلرژیک (تورم، قرمزی، خارش و سوزش) کنترل کنید. در صورت شک به نشت دارو بلافاصله انفوزیون دارو را قطع کنید ۱۷ را در محل خود باقی بگذارید و به پزشک اطلاع دهید.
- روش های محافظتی برای درمان نشت دارو شامل آسپیراسیون باقی مانده دارو از لوله کاتتر ۱۷، تزریق آنتی دوت دارو و خارج کردن کاتتر از محل می باشد. پس از آن از گرما یا سرما در محل استفاده نموده و عضو مبتلا را بالا قرار دهید.
- بعضی داروهای شیمی درمانی را باید از نور خورشید محافظت نمود که در این صورت ویال دارو را با پاکت کاغذی تیره و ست را با فویل آلومینیومی بپوشانید.
- هنگام تزریق داروهای تاول زا از نواحی که در صورت نشت دارو احتمال صدمه به تاندون و اعصاب (نظیر فضای آنته کوبیتال، نزدیک مچ دست یا پشت دست) وجود دارد استفاده نکنید.
- در صورتی که نمی توانید در تمام مدت تزریق کنار بیمار بمانید، جهت اطمینان از تجویز دارو در میزان و مدت مناسب از پمپ انفوزیون استفاده کنید.

- پس از درمان واکنش های نامطلوب ، در فواصل منظم بیمار را کنترل کنید. علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
- فهرستی از میزان و انواع داروهایی که بیمار دریافت می کند تهیه کنید. این مساله از نظر کنترل عوارض تجمع دارو و آسیب به اعضای نظیر قلب و کلیه ها ضرورت دارد.

### عوارض:

- عوارض شایع شیمی درمانی شامل تهوع و استفراغ می باشد. دیگر عوارض شایع شامل دپرسیون مغز استخوان، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی است. دیگر عوارض سوء شامل تحریک روده، معده درد، فیبروز ریوی، سمیت قلبی، سمیت کلیوی، سمیت عصبی، فقدان شنوایی، کم خونی، آلویسی، کهیر، تشدید عوارض رادیوتراپی (در صورتی که هم زمان صورت گیرد)، بی اشتها، التهاب مری، اسهال و یبوست می باشد.
- همچنین تجویز داروهای شیمی درمانی از طریق IV ممکن است منجر به نشت دارو، التهاب، زخم و نکروز محل وریدی شود.

**مراقبت های قبل و بعد از انجام  
آندوسکوپی (دستگاه گوارش فوقانی: مری،  
معده، دوازده)**

### اهداف:

- ۱- آماده کردن بیمار جهت انجام آندوسکوپی
  - ۲- کنترل بیمار از نظر عوارض آندوسکوپی
- استاندارد مراحل انجام کار:**
- ۱- به بیمار در مورد آندوسکوپی و نحوه انجام کار توضیح دهید.
  - ۲- شرح حال مناسب در ارتباط با خونریزی و آلرژی بگیرید.
  - ۳- رضایت آگاهانه توسط پزشک از بیمار بگیرید.
  - ۴- از ۶ تا ۸ ساعت قبل از آندوسکوپی ، بیمار را ناشتا نگه دارید.
  - ۵- وسایل احیا در دسترس باشد.
  - ۶- بیمار به پهلو چپ خوابانده شود.
  - ۷- بی حسی موضعی حلق با دستور پزشک بیهوشی انجام شود.
  - ۸- هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی، وی را از نظر وضعیت هوشیاری ، خونریزی و علائم حیاتی کنترل کنید.
  - ۹- ۲ تا ۴ ساعت بعد از انجام آندوسکوپی بیمار را ناشتا نگه دارید. (تا برگشت رفلکس بلع )
  - ۱۰- جهت رفع سوزش حلق نحوه استفاده از سرم نمکی را به بیمار آموزش دهید.

- ۱۱- علائم حیاتی را تا ۴ ساعت هر ۳۰-۱۵ دقیقه کنترل کنید.
- ۱۲- بیمار را از نظر علائم عوارض آندوسکوپي (سوراخ شدن دستگاه گوارش، پنومونی آسپیراسیون) کنترل کنید.
- ۱۳- ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهید.

**مراقبت های قبل و بعد از انجام  
کولونوسکوپي (دستگاه گوارش تحتانی)**

**اهداف:**

- ۱- آماده کردن بیمار جهت انجام کولونوسکوپي
- ۲- کنترل بیمار از نظر عوارض بعد از انجام کولونوسکوپي

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- به بیمار در مورد کولونوسکوپي و آمادگی های قبل (انما) و عوارض بعد از انجام رویه تشخیصی توضیح دهید.
- ۲- رضایت آگاهانه با توضیحات پزشک از بیمار بگیرید.
- ۳- از ۲۴ ساعت قبل از انجام کولونوسکوپي، مصرف مایعات را در بیمار محدود کنید.
- ۴- برای بیمار از ۲۴ ساعت قبل، رژیم مایعات صاف شده در نظر بگیرید.
- ۵- از روش های مختلف برای پاک کردن کولون نظیر انمای پاک کننده استفاده کنید.
- ۶- از ۱۲ ساعت قبل از انجام رویه، بیمار را ناشتا نگه دارید.
- ۷- تزریق آرام بخش قبل از انجام رویه را طبق دستور پزشک انجام دهید.
- ۸- هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپي، بیمار را از نظر وضعیت هوشیاری، خونریزی و علائم حیاتی کنترل کنید.
- ۹- علائم حیاتی بیمار را تا ۴ ساعت ۳۰- هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.
- ۱۰- بیمار را از نظر وجود تب، خونریزی از رکتوم، درد غیر طبیعی، تغییر در اجابت مزاج یا نفخ و ورم غیر طبیعی شکم کنترل کنید.
- ۱۱- پزشک را در صورت مشاهده عوارض مطلع کنید.
- ۱۲- مراحل انجام کار و حالات بیمار را گزارش و ثبت کنید.

**نکته قابل توجه:**

- استفاده از ملین ۲ روز قبل و استفاده از تنقیه پاک کننده در روز انجام پروسیجر توصیه می شود.

## فتوتراپی در نوزادان

عامل انجام کار: پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

دستگاه فتوتراپی، فتومتر، چشم بند مخصوص فتوتراپی برای نوزاد، ترمومتر، یورومتر، پوشش مخصوص جهت ناحیه ژنیئال (diaper)، بیلی متر

استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- پروسیجر را برای والدین نوزاد شرح دهید آگاهی والدین باعث کاهش اضطراب و افزایش همکاری آنان می شود.
- ۲- سطح بیلی رویین و میزان درجه حرارت نوزاد را ثبت کنید.
- ۳- چشم های نوزاد را بوسیله چشم بند استریل و استاندارد (چشم بندی که در آن پارچه مشکی تعبیه شده است) بپوشانید.
- ۴- دستگاه فتوتراپی را حداکثر در فاصله ۱۱۸ اینچ (۴۶ سانتیمتر) از تخت نوزاد قرار دهید. (برای نوزادان داخل انکوباتور حداکثر این فاصله ۳ اینچ معادل ۷/۵ سانتیمتر بالای انکوباتور می باشد).
- ۵- دستگاه فتومتر را در وسط تخت نوزاد جهت اندازه گیری میزان انرژی ساطع شده قرار دهید. (میزان انرژی بایستی  $8\mu W - 6$  نانومتر در هر سانتی متر مربع باشد)
- ۶- ترشحات چشم نوزاد را هر ۳-۴ ساعت یکبار پاک کرده و جریان چشم نوزاد را کنترل کنید.
- ۷- پوشش های نوزاد را به حداقل رسانیده و اجازه دهید تا بیشترین مقدار اشعه به پوست نوزاد برسد.
- ۸- حتما ناحیه ژنیئال نوزاد را بپوشانید.
- ۹- درجه حرارت نوزاد را حداقل هر دو ساعت یکبار کنترل کنید و از افزایش درجه حرارت نوزاد پیشگیری کنید.
- ۱۰- به میزان تغذیه نوزاد، حجم ادرار و مدفوع او توجه کنید.
- ۱۱- نوزاد را مرتباً " (دو بار در روز) وزن کرده و به علائم دهیدراتاسیون (خشکی پوست، تورگور ضعیف، فرورفتن فونتanel، کاهش وزن و...) توجه کنید.
- ۱۲- وزن مخصوص ادرار جهت کنترل دهیدراتاسیون نوزاد را با دستگاه یورومتر روزانه کنترل کنید.
- ۱۳- از چرب کردن یا مالیدن پماد روی پوست نوزاد خودداری کنید چون باعث سوختگی پوست نوزاد می گردد.
- ۱۴- نوزاد را هر دو ساعت تغییر پوزیشن داده و اجازه دهید اشعه به تمام سطح پوست نوزاد برسد.
- ۱۵- سطح بیلی رویین نوزاد را حداقل هر ۲۴ ساعت یکبار کنترل کنید.
- ۱۶- هنگام خونگیری فتوتراپی را خاموش کنید. اشعه فتوتراپی باعث کاهش بیلی رویین نمونه می شود.

نکات قابل توجه:

— چشم بندهای نوزاد را مرتباً "کنترل کنید شل بودن آن باعث کنار رفتن آن و آسیب به چشم های نوزاد شده و محکم بستن آن علاوه بر اینکه جریان خون سر نوزاد را مختل کرده و به چشم های نوزاد فشار وارد می کند باعث تغییر شکل سر نوزاد و برادیکاردی رفلکسی می شود.

— جهت پیشگیری از صدمه به شبکیه، چشم های نوزاد بسته شود ولی به فواصل معین، جهت تحریک حس بینایی و کنترل آنها از نظر آسیب و ترشح چشمها باز شوند و نور قطع گردد.

— نور درمانی باید بطور متناوب انجام شود مثلاً "هنگام تغذیه از معرض نور دور گردد.

— بالا بودن بیش از حد بیلی روبین نوزاد باعث آسیب مغزی غیر قابل برگشت به نوزاد می شود. (انجام تعویض خون (Exchange

— کنترل نوزاد از نظر سایر علل هیپربیلی روبینمی اهمیت دارد.

— نوزاد را از نظر اختلالات متابولیکی، پلی سیتمی و احتمال عفونت بررسی کنید.

— عوارض فتوتراپی شامل شل شدن مدفوع، بثورات پوستی، افزایش درجه حرارت بدن، دهیدره شدن نوزاد، آسیب چشم ناشی از اشعه، انسداد بینی بخاطر استفاده از چشم بند حین فتوتراپی می باشد.

### مراقبت پرستاری در آماده سازی بیمار برای آنژیوگرافی (قبل از انجام آنژیوگرافی)

#### اهداف:

کاتتریزاسیون روش تشخیصی تهاجمی است که با یک یا چند کاتتر در شریان یا وریدهای محیطی و انتقال آن به درون قلب انجام می پذیرد. این روش جهت تعیین آناتومی قلب، عروق، دریچه ها، شریان های کرونر، حرکات دیواره بطنی، تعیین اعمال همودینامیک قلب، تعیین فشار گرا دیان دریچه ها، تعیین ظرفیت دریچه ها، همچنین به طور اختصاصی جهت مشاهده قلب، شریان های کرونر، عروق کرونر، عروق بزرگ به کار می رود.

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

لوازم برقراری IV – لوازم شیو کردن و آمادگی قبل از جراحی

استاندارد مراحل انجام کار:

۱- دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل کنید.

۲- با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی توضیحات کافی بدهید.

۳- جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش دهید و سوالات وی را پاسخ دهید.

- ۴- به بیمار بگویید که حدود یک تا دو ساعت در بخش آنژیوگرافی روی تخت سفت و صاف به حالت دراز کش خواهد بود.
  - ۵- به بیمار بگویید که در حین جای گذاری کاتتر و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گر گرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چندبار نفس عمیق این حالت برطرف خواهد شد.
  - ۶- به بیمار بگویید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات لازم به عمل آید.
  - ۷- به بیمار بگویید که در صورت وجود درد در حین انجام پروسیجر پزشک را مطلع کند تا داروی ضد درد دریافت کند.
  - ۸- به بیمار بگویید که احتمالاً جهت ادامه آنژیوگرافی در حین تزریق طبق دستور پزشک لازم است که چند بار سرفه کند، تنفس عمیق داشته باشد و نفس خود را به مدت ۵ ثانیه نگه دارد و این حالت کاملاً طبیعی است.
  - ۹- دستورات دارویی بیمار را کنترل کرده و اجرا کنید.
  - ۱۰- سابقه حساسیت به دارو را از بیمار سوال کنید.
  - ۱۱- داروی ضد انعقاد (کمدین) را از روز پذیرش قطع کنید.
  - ۱۲- هپارین ۱۷ را بر اساس PTT، شروع کنید.
  - ۱۳- هپارین را ۸ ساعت قبل از آنژیوگرافی یا PTCA قطع کنید.
  - ۱۴- آزمایشات بیمار را در پرونده کنترل کنید (CBC diff- بیوشیمی- قندخون- ادرار- لیپیدها- HIV- HBSAg- PT.PTT- BG Rh)
  - ۱۵- وجود آزمایشات انعقادی در پرونده بیمار صبح روز گت ضروری است (PT.PTT)
  - ۱۶- وجود EKG و CxRay را در پرونده بیمار کنترل کنید.
  - ۱۷- محل شیور را در بیمار (هر دو دست و از ناحیه محل ناف تا بالای زانو) کنترل کنید. در آخرین ساعت شب بیمار شیو شود. (توسط بهیار با سابقه)
  - ۱۸- حمام کردن بیمار را منترل کنید.
  - ۱۹- بیمار را از شب قبل NPO نگه دارید.
  - ۲۰- علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
  - ۲۱- برای بیمار خط وریدی از دست راست برقرار کرده و سرم KVO را آغاز کنید. (برحسب وضعیت بیمار)
  - ۲۲- در تعویض لباس و پوشاندن گان به بیمار کمک کنید.
  - ۲۳- جهت خارج کردن دندان مصنوعی، زیور آلات و ساعت به بیمار کمک کنید.
  - ۲۴- دستور دارویی پریمد را طبق دستور پزشک به صورت خوراکی یا تزریق اجرا کنید.
  - ۲۵- برگه قبل از گت را جهت کنترل کامل مراحل انجام فعالیت کنترل کنید (شامل مشخصات بیمار، علائم حیاتی، قد و وزن، نوع داروی پریمد و...) و در صورت داشتن حساسیت به دارو خاصی گزارش دهید.
  - ۲۶- با هماهنگی واحد آنژیوگرافی بیمار را به برانکارد انتقال داده و به همراه پرونده و عکس ریه، IV Line و CD قبلی به بخش آنژیوگرافی منتقل کنید.
- نکات آموزشی:
- داشتن سرم از دست راست برای سهولت دسترسی تسکین آنژیوگرافی و عدم مزاحمت برای کار دیولوژیست است.

## مراقبت پرستاری حین انجام آنژیوگرافی در کت لب

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

**اهداف:**

۱- به حداقل رسانیدن مشکلات احتمالی

۲- حمایت روانی بیمار در طی انجام کار

**وسایل و تجهیزات استاندارد:**

پک استریل (شامل دو عدد گان، ۴ عدد دستمال، ۳ عدد سواپ پرپ، رسیور، گالی پات کوچک و گالی پات بزرگ، دو عدد روکش دستگاه) - سینی استریل (شامل سینی و پنج عدد پنس قیچی، سوزن گیر، شان گیر، دو عدد پنس) - دسیله شریانی و راهنمای کاتتر (راست و چپ) - ماده حاجب بنا به دستور پزشک - سرم نرمال سالین هیپارینه (۵۰۰ CC سرم + ۲۵۰۰ واحد هیپارین) - بتادین جهت پرپ کردن بیمار - سیم راهنما ۳۵٪ - رابط فشار دو عدد - آنژیوکت - دو عدد سرنگ ۲۰ سی سی - تیغ بیستوری - سه راهی

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱- بیمار را در بدو ورود به بخش از پرستار مربوط تحویل بگیرید.
- ۲- با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی اطلاعات کافی دهید.
- ۳- جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش دهید و به سوالات وی پاسخ دهید.
- ۴- به بیمار بگویید که به مدت حدود یک تا دو ساعت جهت انجام آنژیوگرافی در بخش آنژیو خواهد ماند.
- ۵- به بیمار بگویید که در حین عمل کاتتریزم و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گر گرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چند نفس این حالت برطرف خواهد شد.
- ۶- به بیمار بگویید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات مورد نیاز به عمل آید.
- ۷- به بیمار بگویید هنگام تزریق ماده حاجب از او خواسته می شود که سرفه کند.
- ۸- به بیمار بگویید که در صورت وجود درد در حین انجام کار پزشک را مطلع کند تا اقدامات مورد نیاز صورت گیرد.
- ۹- خط وریدی بیمار را کنترل کنید.
- ۱۰- دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل کنید.
- ۱۱- پرونده بیمار، عکس قفسه سینه، نوار قلبی، اکو و آزمایشات که شامل: هماتولوژی، بیوشیمی، قند خون، ادرار، لیپید پروفایل، تست های انعقادی، HIV، HBS و گروه خون و CD قلبی را کنترل کنید.
- ۱۲- کنترل کنید از بیمار رضایت آگاهانه اخذ شده باشد.

- ۱۳- کنترل کنید بیمار عضو مصنوعی نداشته باشد.
- ۱۴- علائم حیاتی و گرفتن داروهای پریمد را کنترل کنید.
- ۱۵- بیمار را روی تخت آنژیوگرافی قرار دهید و سرم درمانی را شروع کنید.
- ۱۶- بیمار را برای برقراری مانیتورینگ ECG و پرپ آماده کنید، مجدداً پرونده و عکس بیمار را کنترل کنید.
- ۱۷- وجود نکات غیر طبیعی (آزمایشات، حساسیت به ید یا داروی خاص و...) را به پزشک گزارش کنید.
- ۱۸- وسایل مورد نیاز جهت انجام آنژیوگرافی را آماده کنید.
- ۱۹- بیمار را پرپ کنید.
- ۲۰- در حین انجام آنژیوگرافی حضور موثر و فعال داشته و گزارشات مورد نیاز را به پزشک بدهید.
- ۲۱- اقدامات مورد نیاز در مواقع اورژانس (واکنش وازووکال، آریتمی، حساسیت به ماده حاجب، درد احتمالی، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و...) را انجام دهید.
- ۲۲- مرتب با بیمار ارتباط برقرار کنید و حال وی را پرسیده و ECG بیمار را کنترل کنید.
- ۲۳- مشخصات بیمار که شامل (تشخیص، شماره پرونده، کد، اقدامات پزشکی و پرستاری و لوازم مصرفی و برگه بیمه و گزارش پرستاری) می باشد را در پرونده بیمار درج کنید.
- ۲۴- بعد از اتمام کار لیدها و الکترودها را جدا کرده و بیمار را به برانکارد انتقال دهید.
- ۲۵- بیمار را جهت کشیدن دسیله شریانی و کمپرس توسط پزشک آماده کنید.
- ۲۶- پانسمان ناحیه دسیله را چسبانده و طبق پروتکل بخش روی محل کت کیسه شن قرار دهید و پانسمان فشاری اعمال کنید به گونه ای که نبض انتهایی اندام قابل لمس باشد.
- ۲۷- به بیمار در مورد عدم حرکت بعد از کت و احتمال خونریزی و ناشتا بودن تا دو ساعت دیگر توضیح دهید.
- ۲۸- کلیه مشاهدات خود را به صورت گزارش در برگه مخصوص در پرونده بیمار چارت کنید و با CD و فیلم اجرا شده به پرستار ریکاوری تحویل دهید.
- ۲۹- بیمار را به پرستار آنکال در اتاق ریکاوری تحویل داده و گزارشات مورد نیاز را به وی بدهید.
- ۳۰- به منشی بخش یادآوری کنید که با بخش بیمار تماس گرفته و برای پذیرش بیمار در بخش خود اقدام کند.
- ۳۱- بیمار را طبق روتین بیمارستان به پرستار بخش تحویل دهید.

### نکات آموزشی:

- در مواردی که دسیله لیک داشته باشد باید تعویض شود.
- در بیمارانی که به اروگرافین حساسیت دارند یا مشکل کلیوی - رویی نازند بنا به دستور پزشک به جای اروگرافین، ویزی پک یا آمینوپک داده می شود.
- در بیماران با ضایعه کرونر چپ طبق دستور پزشک هپارین وریدی تزریق می شود.
- پیگیری مشاوره جراحی در بیماران با ضایعه کرونر چپ که نیاز به جراحی اورژانسی دارند ضروری است.
- معمولاً بیماران از پای راست کت می شوند. در شرایطی که بیمار از پای چپ کت شود در گزارش پرستاری درج شود و به پرستار تحویل گیرنده بخش اطلاع دهید.

- در بیمارانی که بدون برنامه قبلی نیاز به PTCA دارند در کت لب به بیمار پلاویکس طبق دستور پزشک داده شود و هپارین طبق نظر پزشک تزریق شود. پیگیری مشاوره PTCA باید انجام شود.
- چون معمولاً عمل کاتتریزم از پای راست انجام می شود، ضروری است به خاطر امکان دسترسی تکنیسین کاتتریزم و عدم ایجاد مشکل برای کار دیولوژیست خط وریدی را از دست بگیریم.

### مراقبت پرستاری بعد از انجام آنژیوگرافی

#### اهداف:

- ۱- کنترل نبض های اندام تحتانی و عدم خونریزی از محل انسزیون
  - ۲- کنترل علائم حیاتی
  - ۳- کنترل رنگ، حرارت، حس و حرکت اندام تحتانی
  - ۴- دفع ماده حاجب با انفوزیون سرم به صورت KVO
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط**

#### استاندارد مراحل انجام کار:

- ۱- با اطلاع و هماهنگی بخش آنژیوگرافی بیمار را با برانکارد به همراه عکس و فیلم و CD و پرونده به بخش منتقل کنید.
- ۲- در تحویل گرفتن از بخش آنژیوگرافی هوشیاری، نبض پا و محل انسزیون و پانسمان آن را از نظر خونریزی کنترل کنید.
- ۳- وضعیت همودینامیک بیمار و حال عمومی وی را گزارش کنید.
- ۴- خط وریدی و سرم بیمار را کنترل کنید.
- ۵- پرونده بیمار را از نظر چارت مراحل انجام پروسیجر در کت لب و دستورات بعدی کنترل کنید.
- ۶- بیمار را با آرامش و ضمن برقراری ارتباط به بخش منتقل کنید.
- ۷- بیمار را از برانکارد با آرامی به کمک کمک بهیار به تخت آماده منتقل کنید.
- ۸- ضمن ایجاد آرامش و آسایش بیمار به وی در جهت بی حرکتی محل پانسمان توضیحات کافی دهید.
- ۹- سرم تراپی را با توجه به آزمایشات، همودینامیک، Ejection Fraction، تشخیص و دستور پزشک بیمار ادامه دهید.
- ۱۰- برگه کنترل بعد از آنژیوگرافی را در پرونده تکمیل کنید.
- ۱۱- علائم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه تا یکساعت - هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و هر ۴ ساعت تا ۴ ساعت کنترل کنید.
- ۱۲- کیسه شن و محل پانسمان را طبق زمان بندی فوق کنترل کنید.
- ۱۳- نبض های محیطی، حس و گرمای انتهایی محل انجام پروسیجر را کنترل کنید.
- ۱۴- در صورت نیاز طبق دستور پزشک داروی مسکن بدهید.

- ۱۵- چنانچه مراحل بعد از کت به طور طبیعی طی شود بیمار بعد از دو ساعت می تواند مایعات بخورد.
- ۱۶- در ۸-۶ ساعت اولیه بعد از آنژیوگرافی جهت دفع بهتر ماده حاجب بیمار را به خوردن مایعات تشویق کنید. (با توجه به وضعیت بیمار)
- ۱۷- در صورت بروز خونریزی ضمن داشتن محل خونریزی را تحت فشار قرار داده و پس از اطمینان از قطع خونریزی پانسمان فشاری برقرار کنید و پزشک مربوطه را مطلع سازید.
- ۱۸- روی پانسمان بعد از خونریزی حتماً "کیسه شن قرار دهید.
- ۱۹- به بیمار لزوم بی حرکتی در تخت را به مدت ۲۴ ساعت یادآور شوید.
- ۲۰- ضمن بررسی علائم حیاتی در صورت بروز خونریزی با دادن مایعات ضمن توجه به وضعیت بیمار به جبران آن پردازید.
- ۲۱- دفع ادرار بیمار را کنترل کنید.
- ۲۲- در صورت عدم دفع ادرار از تدابیر پرستاری استفاده کنید. (استفاده متناوب از کیف آب گرم و آب سرد)
- ۲۳- در صورت عدم دفع ادرار به روش فوق طبق دستور پزشک سونداژ انجام دهید.
- ۲۴- بعد از ۲۴ ساعت بیمار را طبق فرآیند مربوط از استراحت مطلق به حرکت در آورید.
- ۲۵- در صورت وجود دسیله شریانی یا وریدی به دلیل دریافت هپارین در طی انجام پروسیجر بیمار را جهت خروج دسیله آماده کنید.
- ۲۶- در صورت درد در ناحیه شکم ضمن بررسی کامل اگر همراه با افت فشار خون و اختلالات همودینامیکی باشد ضمن NPO نگه داشتن بیمار به پزشک مربوط اطلاع دهید.
- ۲۷- PTT را هر ساعت بعد از پذیرش بیمار در بخش کنترل کنید.
- ۲۸- در صورت نرمال بودن PTT وسایل خروج دسیله را آماده کنید.
- ۲۹- به پزشک جهت خروج دسیله کمک کنید.
- ۳۰- در حین خروج دسیله به دلیل احساس درد زیاد باید احتمال شوک وازوواگال را در بیمار بررسی کنید که در این صورت با تدابیر زیر به بیمار کمک کنید:
- ایجاد پوزیشن شوک - انفوزیون سرم نمکی - کنترل علائم حیاتی - مانیتورینگ بیمار
- تزریق آتروپین به دلیل برادیکاردی شدید.
- ۳۱- یافته ها و مشاهدات خود را ثبت کنید.

**آموزش به بیمار بعد  
از آنژیوگرافی**

**هدف:**

– به حداقل رسانیدن مشکل بیمار و پیشگیری از عوارض

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

**استاندارد مراحل انجام کار:**

- ۱– به بیمار در مورد عدم فعالیت هایی چون دویدن ، ورزش های تماسی و فعالیت های خشن ۴۸ ساعت بعد از انجام آنژیوگرافی توضیح دهید. بیمار می تواند قدم بزند. ( توضیح به بیمار در مورد قدم زدن ۴۸ ساعت بعد از کت)
- ۲– به بیمار در مورد عدم استراحت مطلق بیشتر از ۱ ساعت آموزش دهید.
- ۳– به بیمار در مورد وجود کبودی در محل کشاله ران و از بین رفتن آن حدود ۱ هفته یا بیشتر (بسته به مقدار کبودی)، امکان تغییر رنگ و احساس یک توده سفت در محل کت که به تدریج از بین خواهد رفت توضیح دهید.
- ۴– میزان و نوع سرم دریافتی بعد از آنژیوگرافی به سن بیمار، آزمایشات بیمار (BUN ، CR ،FBS)، وضعیت همودینامیک، Ejection Fraction، میزان از دست دادن خون در حین و بعد از آنژیوگرافی بستگی دارد.
- ۵– به بیمار آموزش دهید در صورت وجود موارد زیر با بیمارستان تماس بگیرید:
  - افزایش تحریک پذیری و ایجاد زخم در محل کشاله ران
  - هنگامی که ناحیه کشاله ران متورم می شود و یا ادمی که افزایش یافته و همراه با نبض باشد.
  - ایجاد رنگ آبی یا ارغوانی در محل کشاله ران و اطراف آن
  - ایجاد کرحتی و رنگ پریدگی در پاها
  - قرمزی ، گرمی و یا داغی شدید در محل آنژیوگرافی
  - ترشح همراه با چرک
- ۶– یافته و اقدامات خود را ثبت کنید.

**نکات آموزشی:**

- به خاطر اثرات دیورتیک ماده حاجب ، بیماران در ساعت اولیه بعد از آنژیوگرافی دیورز بیشتری دارند.
- چون در حالت خوابیده به پشت عضله پرینتال در وضعیت شل قرار نمی گیرد و به همین دلیل اسفنکتر مثانه نیز باز نمی شود(به ویژه در استفاده از آتروپین) پس ممکن است به استفاده از سوند برای تخلیه مثانه نیز باشد.
- هنگام ترخیص لزوم مراجعات بعدی به بیمار یادآوری شود.
- لزوم انجام پروفیلاکسی آندوکاردیت در انجام دندانپزشکی یا اعمال جراحی به بیمار یادآوری شود.



مجلس شورای اسلامی ایران