

کتابچه توانمندسازی

پر سن کمک بسیار"

تهیه کننده: واحد آموزش پرستاری

پاییز ۱۳۹۳

فهرست مطالب

- مقدمه ۳
- فصل اول (ارتباط صحیح)
 - تعریف ارتباط ۵
 - اهداف ارتباط ۵
 - اجزای فرایند ارتباط ۵
 - سطوح ارتباط ۷
 - روش های برقراری ارتباط ۸
 - عوامل و رفتارها و پاسخهای کمک کننده به برقراری ارتباط ۸
 - موانع برقراری ارتباط صحیح و مناسب ۹
- فصل دوم (پیشگیری و مراقبت از زخمهای فشاری (زخم بستر))
 - تعریف زخم بستر ۱۰
 - نقاط شایع زخم بستر ۱۰
 - مراحل شروع زخم بستر ۱۰
 - شایعترین علل زخم بستر ۱۰
 - مراقبت های لازم برای جلوگیری از زخم بستر ۱۱
 - درمان ۱۱
- فصل سوم (حرکت دادن و تغییر وضعیت بیمار)
 - حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت ۱۲
 - حرکت دادن بیمار به بالای تخت ۱۳
 - غلطاندن بیمار به وضعیت چهلوی یا شکم ۱۴
 - کمک به بیمار برای نشستن ۱۵
 - انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار ۱۵
- فصل چهارم (بهداشت فردی بیمار)
 - مراقبت معمول صبح ۱۷
 - شستشوی مخصوص دهان ۱۸
 - حمام دادن بیمار ۱۹
 - مراقبت از سر آلوده به شپش ۲۱

•	ماساژ پشت.....	۲۲
-	فصل پنجم (پیشگیری و کنترل عفونت)	
•	تعریف عفونت.....	۲۴
•	تعریف عفونت بیمارستانی.....	۲۴
•	تعریف کلونیزاسیون.....	۲۴
•	اجزای لازم عفونت.....	۲۴
•	راهکارهای پیشگیری از انتقال عفونت.....	۲۴
✓	شستن دست ها.....	۲۵
✓	وسایل حفاظت شخصی.....	۲۷
✓	ضد عفونی.....	۲۹
✓	ایزوله.....	۲۹
✓	واکسیناسیون.....	۳۱
•	مواجهه شغلی کارکنان.....	۳۱
-	فصل ششم (کمک های اولیه)	
•	ایست قلبی تنفسی.....	۳۴
•	خونریزی.....	۳۶
•	زخم ها.....	۳۹
•	سوختگی.....	۴۱
•	تشنج.....	۴۳
-	فصل هفتم (ایمنی بیماران)	
•	جلوگیری از سقوط بیمار.....	۴۵
•	وسایل مورد استفاده در ایمنی بیمار.....	۴۵
-	فصل هشتم (بهداشت روان)	
•	تعریف.....	۴۷
•	ابعاد بهداشت روان.....	۴۷
•	عوامل تاثیر گذار بر بهداشت روان.....	۴۷
•	طبق بندی اولیه بیماری های روانپزشکی.....	۴۸
•	چگونگی برخورد با بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی.....	۴۸
-	فصل نهم (مراقبت از جسد)	۵۳
-	منابع.....	۵۵



مقدمه

ضرورت تدوین دوره

اهمیت ارتقاء سطح کیفی مراکز بهداشتی درمانی بخصوص در مورد رشته های علوم پیراپزشکی که بطور مستقیم با سطح سلامت مردم و جامعه در ارتباط هستند بر کسی پوشیده نیست. در همین راستا آموزش کمک بهیاران نیز که مدت زمان زیادی را صرف ارائه خدمت به بیماران در مراکز درمانی می نمایند، در افزایش بهره وری مراکز درمانی بی تاثیر نیست. لذا با برگزاری دوره های بازآموزی کمک بهیاران با هدف ارتقاء آموزش و توانمندی آنان گام مهمی در جهت ارتقاء سطح ارائه خدمات درمانی به بیماران برداشته خواهد شد.

اهداف دوره

هدف کلی

ارتقاء دانش کمک بهیاران

اهداف ویژه

- ۱- ارتباط صحیح در محیط کار را تعریف کند.
- ۲- فن پرستاری نیاز به حرکت و فعالیت بیماران را توضیح دهد.
- ۳- بهداشت فردی بیماران را شرح دهد.
- ۴- نیازهای تغذیه ای بیماران را شرح دهد.
- ۵- فن پرستاری مراقبت از بیماران بستری در بخش را بداند.
- ۶- بهداشت دست، احتیاطات استاندارد و نحوه ضدعفونی ابزار پزشکی را بداند.
- ۷- کمکهای اولیه در گرمزدگی و سرمازدگی و خونریزی را توضیح دهد.
- ۸- فن پرستاری مراقبت از بیماران بی قرار و بیهوش را شرح دهد.
- ۹- اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و مراقبت از جسد را شرح دهد.

فصل اول

ارتباط صحیح

تعریف ارتباط

ارتباط عبارت است از فرایند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده مشروط بر آنکه محتوای مورد انتقال از فرستنده به گیرنده منتقل شود.

در بین گروههای بهداشتی تنها گروهی که ارتباط مستقیم و طولانی با مددجو دارد گروه پرستاری مستقر در مرکز پزشکی است. در علم پرستاری هم برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار هسته اساسی را تشکیل می دهد. این ارتباط از نوع حرفه ای بوده و بر اساس اعتماد و احترام متقابل بیان شده است.

اهداف ارتباط

- شناخت و آگاهی از محیط اطراف
- شناخت خود و دیگران
- انتقال و بهره گیری اطلاعات، دانش و تجارب
- رفع نیازهای جسمانی، روانی و اجتماعی
- ادامه حیات فردی و اجتماعی
- رشد و شکوفایی تواناییها

اجزای فرایند ارتباط

در منابع مختلف اجزای متفاوتی را ذکر نموده اند که در جدیدترین منابع از این اجزاء تشکیل شده است: برقرار کنندگان ارتباط، پیام، رسانه، کانال، سروصدا، فیدبک و بافت.

- برقرار کنندگان ارتباط

ارتباط برقرار کنندگان به طور هم زمان هم فرستنده پیام هستند و هم گیرنده آن. زیرا شخص (الف) در حین صحبت کردن اثرات

گفتارش را نیز بازبینی می کند و در همان حال از شخص (ب) اطلاعاتی می گیرد. شخص (ب) نیز درحین گوش دادن به شخص (الف) واکنش نشان می دهد، حتی اگر این واکنش بی اعتنائی باشد. پس مفهوم "منبع-گیرنده" نقش شرکت کنندگان را دقیق تر توضیح می دهد.

- پیام

همان محتوای ارتباط و گویای منظور ارتباط برقرار کنندگان است. محصول واقعی ارتباط بوده که ممکن است یک صحبت، مصاحبه، مکالمه تلفنی، چارت، گفتگو، ژستها و رفتارها و یا یادداشتهای پرستاری باشد. پیام همیشه نمی تواند حاصل معنایی که گیرنده خواهان آن است و یا آنچه فرستنده قصد دارد ارسال نماید باشد. پیام ممکن است تحت تاثیر اطلاعات قبلی شخص و تجارب گذشته و احساسات و یا سطوح اجتماعی و فرهنگی باشد. برای مثال پرستاری به بیمار می گوید "با اینکه کمی دیر شده ولی از آمدنتان بسیار خوشحالم" ولی نگاههای پنهانی به ساعت و یا زدن روی پا به صورت بی قرار دو پیام متغیر را می تواند منتقل کند.

- رسانه

منظور ما از رسانه شیوه خاص انتقال پیام است. رسانه نظامی از نمادها یا رمزها است که می تواند مثلاً به شکل مرس، تلگراف ساحلی و یا زبان انگلیسی باشد. جمع این کلمه یعنی "رسانه ها" معنای نسبتاً خاص و نهاده شده ای دارد و تلویزیون، رادیو و مطبوعات و... را به ذهن متبادر می کند.

- کانال

گاهی در کتابها مرز بین رسانه و کانال کم رنگ می شود. همان چیزی است که ارتباط برقرار کنندگان را به هم پیوند می دهد. و رسانه را در خود جای می دهد. یک واسطه برای انتقال پیام بوده که ممکن است هر کدام از حواس برقرار کنندگان ارتباط را تحت تاثیر قرار دهد. پرستاران با استفاده از حواس سمعی و بصری و لامسه با بیماران ارتباط برقرار می نمایند. کانال ارتباطی شنوایی شامل کلمات گفتاری و اشاره ها می باشد. کانال ارتباطی بینایی شامل دیدن و مشاهده و ادراک می باشد. کانال ارتباطی لامسه شامل تجارب حسی می باشد. ما از طریق سه کانال اصلی با دیگران ارتباط برقرار می کنیم: کلامی، نوشتاری و غیر کلامی.

- سروصدا

چیزی بیشتر از صداهای معمولی است. منظور هر نوع مزاحمت است که در عمل ارتباط خلل ایجاد می کند و پیام را طوری تحریف می کند که دیگر معنای خودش را نرساند. منشاء آن می تواند منبع، کانال، گیرنده و یا بافت تعامل باشد. گاهی این سروصداها مزاحم اند و مانع انتقال گفته ها می شوند اما گاهی نیز محصول تجارب ذهنی خود شرکت کنندگان می باشند. بدیهی است که ما پیام ها را نیز بر اساس همین تجارب ذهنی رمزگردانی و رمز گشایی می کنیم. گروههای قومی یا فرهنگی مختلف، تعبیر مختلفی از کلمات و ابزارها دارند و به همین خاطر گاهی دچار سردرگمی و سوء تعبیر می شوند، یا اینکه احساس می کنند به آنها اهانت شده است. در بعضی از منابع به جای کلمه سروصدا از عبارت کلی تر پارازیت استفاده شده است که به دو نوع تقسیم می گردد:

۱- پارازیت های فیزیکی: همانگونه که از نامشان پیداست مانع از انتقال فیزیکی پیام میشوند نظیر سر و صدا، گرما و سرمای بیش از حد، نور بسیار و یا نور بسیار کم

۲- پارازیت های استنباطی: زمانی رخ میدهند که سوء تعبیر در مورد پیام پیش بیاید ولو اینکه پیام همانگونه که فرستاده شده دریافت شده باشد نظیر زمانی که فرستنده پیام از کلماتی که درک آن ها برای گیرنده پیام مشکل است برای انتقال پیام استفاده کرده باشد و یا کلمات بکار گرفته شده برای فرستنده و گیرنده پیام معانی متفاوتی داشته باشند. پارازیت های استنباطی را میتوان با تعریف لغات و اصطلاحات نا آشنا و کاربرد لغات و اصطلاحات آشنا و مطابق با علایق و توانایی های گیرندگان پیام، کاهش داد. پارازیت های استنباطی ممکن است به خاطر مشکل و یا پیچیده بودن محتوای پیام رخ دهند.

متخصصان ارتباطات، کاهش تاثیر پارازیت های فیزیکی را با استفاده از وسایل جلب توجه و تکرار مجدد مطالب و کاربرد مجدد مهارت ها توصیه میکنند.

- باز خورد (فیدبک)

پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی برگردانده می شود. فیدبک مشخص می کند که تا چه حد معنی پیام فرستنده از طرف گیرنده درک شده است. پرستار باید به دنبال شواهد کلامی و غیر کلامی یعنی باز خورد که نشان دهنده دریافت و درک پیام از بیمار است باشد. تا با بازبینی واکنشهای طرف مقابل ارتباطات بعدی خود را بهبود بخشد.

- بافت

تمام ارتباطات در درون نوعی بافت روی می دهند و تاثیر شدیدی نیز از آن بافت می پذیرند. به عبارتی دیگر تعامل (ارتباط دو جانبه) در درون چارچوبهای به هم مرتبط روی می دهد. یکی از این بافتها موقعیت جغرافیایی و محیط اطراف ما می باشد. برای مثال در درون آسانسور رفتارهایمان به خاطر محدودیت محیط فیزیکی رفتارهایمان محدود می شود. از انواع دیگر این بافتها بافت زمانی است. مثلا در پرستاری در پایان یک کشیک صبح و عصر نسبت به یک کشیک صبح ممکن است میزان توجه و دقت کمتر شود. پس بافت بر ارتباط تاثیر می گذارد. اما در عین حال تعامل کنندگان نیز با ارتباط خود تا حدودی بر بافت تاثیر می گذارند.

سطوح ارتباط

ارتباط درونی: که با اسامی نظیر "سخن با خود"، "کلام درونی"، "راهنمای درونی"، "تفکر درونی" و گفتگوی درونی نامیده می شود.

ارتباط بین فردی: ارتباطی که بین دو نفر یا در یک گروه کوچک واقع می شود.

ارتباط عمومی: ارتباط یک فرد با گروههای بزرگ است.

روش های برقراری ارتباط

ارتباط کلامی: ارتباط کلامی تبادل اطلاعات با استفاده از کلمات می باشد که شامل کلمات نوشتاری و هم گفتاری است . ارتباط کلامی وابسته به زبان است.

در ارتباط کلامی این اجزا نقش دارند و هر کدام از اینها به نوبه خود بر ارتباط کلامی تاثیر گذارند:

- **واژه ها** : برای مثال زبان کودک با بزرگسال متفاوت است. یا در فرهنگهای مختلف معانی متفاوتی از کلمات استنباط می شود.
- **معنی صریح و ضمنی** : مثلاً " کلمه کد در پزشکی یک معنی را دارد و در مفهوم عام معنی دیگری دارد.
- **سرعت** : ارتباط کلامی زمانی موفق خواهد بود که با سرعت و آهنگ مناسب بیان شود.
- **فشار روی کلمات** : تن صدا تاثیر فراوان بر معنی پیام دارد و احساسات نیز بر تن صدا موثر است.
- **وضوح و اختصار** : عباراتی نظیر "فهمیدی" یا "خوب" در پایان هر جمله باعث کاهش وضوح پیام می شود.
- **جملات بایستی ساده باشد**: گاهی هم برعکس بیان یک کلمه ساده نظیر "بله" به عنوان پاسخ کوتاه نشانه توجه شما به بیمار است.

ارتباط غیر کلامی: ارتباط غیر کلامی شامل پاسخ های فیزیکی از قبیل حالات چهره، دست ها، حرکات و تماس چشمی است که چه همراه با صحبت مورد استفاده قرار گیرند و چه نگیرند، معنی آنچه را که میگوییم تحت تاثیر قرار می دهند . علائم زبانی غیر کلامی، احساسات و نگرشهای ما را نسبت به سایرین آشکار می سازند. گاهی به این روش، زبان بدن هم می گویند.

عوامل و رفتارها و پاسخهای کمک کننده به برقراری ارتباط:

- ۱- تکرار کلمات کلیدی
- ۲- پاسخهای کوتاه
- ۳- سکوت
- ۴- لمس
- ۵- بازتاب احساسات
- ۶- استفاده از سوالات باز
- ۷- درخواست برای روشنی و وضوح
- ۸- یافتن راه حلها
- ۹- دادن اطلاعات
- ۱۰- گوش دادن به بیمار
- ۱۱- رعایت ادب و احترام و مهربانی

- ۱۲ - رازداری پرستار
- ۱۳ - جلب اعتماد بیمار با درستی
- ۱۴ - در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار
- ۱۵ - همدلی نه همدردی
- ۱۶ - آرزو و تشویق
- ۱۷ - شوخی
- ۱۸ - درک حساسیتهای فرهنگی و جنسی
- ۱۹ - گرمی و دوستی
- ۲۰ - شایستگی و هدفمندی در ارائه مراقبت
- ۲۱ - محیط راحت
- ۲۲ - حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری
- ۲۳ - حفظ تن مناسب صدا
- ۲۴ - داشتن اطلاعات مناسب در هنگام گفتگو با بیمار
- ۲۵ - قابلیت انعطاف در گفتگو با بیمار

موانع برقراری ارتباط صحیح و مناسب

- ۱ - فقدان دانش و اطلاعات
- ۲ - پاسخ های کلیشه ای و تکراری
- ۳ - خصومت و گرفتن حالت تدافعی
- ۴ - تحمیل ارزشها
- ۵ - نصیحت کردن
- ۶ - کنجکاوی
- ۷ - تحقیر نمودن
- ۸ - طرد کردن
- ۹ - عدم درک بیمار
- ۱۰ - ناتوانی در گوش دادن
- ۱۱ - عبارات داوری کننده
- ۱۲ - تغییر دادن موضوع
- ۱۳ - بدگویی و شایعه و تخلف در رازداری
- ۱۴ - گوش دادن بی توجه
- ۱۵ - بحث
- ۱۶ - پاسخ مثبت در بعضی مواقع

فصل دوم

پیشگیری و مراقبت از زخمهای فشاری (زخم بستر)

تعریف زخم بستر

به آسیب وارد شده به قسمتی از پوست و بافت گفته می شود که معمولاً در اثر نشستن یا خوابیدن طولانی مدت در یک وضعیت ثابت ایجاد می شود. زمانی که شخصی وضعیت خود را تغییر ندهد، فشار بیشتری بر قسمت های خاصی از بدن که در تماس با سطح قرار دارد وارد می شود.

نقاط شایع زخم بستر

لگن، ستون مهره ها، قسمت های تحتانی کمر، شانه ها، آرنج، پاشنه پا.

مراحل شروع زخم بستر

فشار موقت جریان خون پوست را متوقف می نماید که در نتیجه سلولهای پوستی صدمه دیده و می میرند با برداشتن فشار جریان خونرسانی به پوست بهبود یافته و پوست علائم و نشانه های صدمه را نشان می دهد. در آغاز ممکن است زخم بستر فقط یک لکه قرمز باشد. اگر این لکه پوستی از فشار مضاعف محافظت نگردد، قرمزی سریعاً به تاول و زخم باز تبدیل می گردد. در موارد شدید، کل ضخامت پوست درگیر می شود و با ایجاد یک زخم عمیق پوستی عضلات یا استخوان ها نمایان می شوند. عضلات نسبت به پوست بیشتر در معرض صدمات ناشی از فشار بر پوست می باشند. این بدین معناست که صدمه خفیف پوستی ممکن است یک صدمه شدید عضلانی را زیر خود مخفی نماید.

شایع ترین علل زخم بستر

- * نیروهای برنده و مالشی: باعث کشیدگی پوست و گرفتگی در جریان خون پوستی می گردد.
- * رطوبت ناشی از تعریق، ادرار و مدفوع پوست را نازک و مستعد صدمات ناشی از فشار می نماید.
- * کاهش حرکات: فرد مبتلا به فلج عضلانی، نقاهت طولانی بعد از جراحی، درمان طولانی مدت در بخشهای ویژه، بیماران مبتلا به ام اس
- * کاهش حس: در بیمارانی که به صدمات طناب نخاعی و دیگر مشکلات عصبی منجر به کاهش حس درد مبتلا هستند، جریان خون پوستی حتی قبل از فشار پوستی مختل می باشد.
- * سوء تغذیه: در افرادی که روزانه به میزان کافی پروتئین، ویتامین C و E و کلسیم و روی دریافت نمی کنند.
- * سن: در سنین بالاتر از ۸۵ سال و به علت نازک شدن پوست احتمال ابتلاء به زخم بستر بیشتر می شود.

مراقبت های لازم برای جلوگیری از زخم بستر

*کاهش فشارهای پوستی شامل: تغییر پوزیشن هر دو ساعت، استفاده از تشک مواج برای کاهش فشار به کمر و نواحی تحتانی، ماساژ نواحی تحت فشار جهت برقراری جریان خون.

*کاهش نیروهای برنده و مالشی: از کشیده شدن بیمار بر روی تخت جلوگیری نمائید. تخت را از ذرات ریز تحریر کننده پوست تمیز نمائید و سر تخت را بیش از ۳۰ درجه بلند نکنید. از بالشتک هایی برای زیر آرنج بیمار استفاده نمائید. استفاده از رینگ نیز بسیار مفید است.

* پوست بیمار را به آرامی بشوئید، بررسی روزانه پوست بیمار را فراموش نکنید.

* پوست بیمار را با مواد شیمیایی تحریک نکنید (از مصرف ضدعفونی های محرک پرهیز شود).

* تشویق بیمار به خوردن مواد غذائی شامل رژیم غذایی حاوی پروتئین کافی و کالری کافی، کلسیم، ویتامین E, C
* تشویق بیمار به نرمشهای روزانه.

* تمیز و خشک نگاه داشتن پوست بیمار؛ بعد از حمام یا شستشوی بدن از کرم مرطوب کننده مناسب استفاده کنید.

* از بالشهای نرم برای جلوگیری از تماس زانوها و قوزک های پا با یکدیگر استفاده شود.

درمان

درمان وابسته به مرحله زخم بستر می باشد. استفاده از پانسمانهای ویژه نواحی صدمه دیده باعث تسریع بهبود و جداسازی بافت مرده می گردد. گاهی لازم است منطقه وسیعی از بافت مرده از طریق جراحی یا داروهای ویژه ای جدا شود.

فصل سوم

حرکت دادن و تغییر وضعیت بیمار

حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت

اهداف

- * قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب برای انتقال او به برانکارد
- * قرار دادن بیمار در وضعیت به پهلو خوابیده
- * هنگام تعویض ملافه های تخت

روش کار

- ۱- خلوت بیمار را فراهم آورید و او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.
- ۲- با استفاده از ملافه پوشش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید.
- ۳- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید. چرخ های تخت را قفل کنید. در صورت امکان ارتفاع تخت را متناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم کنید. بالش های اضافی را بردارید.
- ۴- نزدیک تخت در جهتی که بیمار قرار است حرکت داده شود، در مجاورت قفسه سینه بیمار بایستید.
- ۵- دست بیمار را که نزدیک به شماست روی قفسه سینه بیمار قرار دهید.
- ۶- وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید.
- ۷- به روش زیر سر و تنه بیمار را حرکت دهید:
 - الف) دست های خود را در حالی که کف آنها به طرف بالا قرار دارد نزدیک به همدیگر زیر شانه بیمار قرار دهید.
 - ب) انگشتان خود را در حالی که ساعد ها روی تخت قرار دارد دور شانه دورتر بیمار حلقه کنید.
 - ج) در صورتی که بیمار قادر به کنترل سر خود نمی باشد سر او را روی ساعد خود تکیه دهید.
 - د) در حالی که عضلات باسن، شکم، ران ها و دست های خود را منقبض کرده اید، وزن خود را روی پاها جابج کنید و شانه های بیمار را به طرف خود بکشید.
- ۸- در مرحله بعد یک دست خود را زیر کمر و دست دیگر را زیر باسن بیمار قرار داده، این قسمت از بدن را به طرف خود بکشید.
- ۹- در مرحله سوم برای حرکت دادن پاهای بیمار، یک دست خود را زیر زانوان و دست دیگر خود را زیر مچ های پا قرار داده و پاهای بیمار را به طرف خود بکشید.
- ۱۰- توجه داشته باشید که همواره باید بدن بیمار در امتداد یک خط راست قرار گیرد.
- ۱۱- ایمنی بیمار را فراهم کنید.

حرکت دادن بیمار به بالای تخت

اهداف

- * برقراری آسایش بیمار
- * حفظ راستای مناسب بدن
- * پیشگیری از وارد آمدن فشار به عضلات

روش کار:

جهت حرکت دادن بیمارانی که قادر به حرکت می باشند به روش زیر اقدام کنید:

- ۱- خلوت بیمار را فراهم آورید. او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.
- ۲- با استفاده از ملافه، پوشش های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید.
- ۳- سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید. چرخ های تخت را قفل کنید. در صورت امکان ارتفاع تخت را مناسب با مرکز نیروی ثقل خود تنظیم کنید. میله کنار تخت طرف مقابل خود را بالا بیاورید. بالش ها را بردارید. یک بالش را بالای سر بیمار نزدیک سر تخت قرار دهید.
- ۴- از بیمار بخواهید که زانو های خود را خم کرده، کف پاها را روی تشک قرار دهد تا با فشار دادن کف پا بر تشک، بتواند خود را به طرف بالایتخت حرکت دهد.
- ۵- از بیمار بخواهید که به یکی از سه روش زیر برای حرکت به طرف بالای تخت به پرستار کمک نماید:
 - الف) دست های خود را به قسمت بالای تخت بگیرد.
 - ب) با فشار دادن آرنج ها روی تشک قسمت فوقانی تنه را بلند نماید.
 - ج) دست های خود را به میله روی تخت بگیرد.
- ۶- وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید
- ۷- با بالا آوردن سر تخت، گذاشتن بالش ها و قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب، آسایش وی را فراهم کنید.
- ۸- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، استفاده از وسایل کمکی، استفاده از وسایل حمایتی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای کمک و واکنش بیمار نسبت به حرکت و چرخش در تخت (مانند اضطراب، ناراحتی، سرگیجه) به پرستار مسئول گزارش کنید.

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

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

۲- مشابه روش قبل در کنار تخت بایستید، یکم دست خود را زیر پشت و شانه های بیمار قرار دهید و دست دیگر را زیر ران های بیمار بگذارید.

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

غلطاندن بیمار به وضعیت پهلو یا شکم

اهداف

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

روش کار

- ۱-۳ مراحل از روش حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت را انجام دهید.
- ۲- بیمار را به کنار تخت، مقابل جهتی که قرار است برگردانیده شود بیاورید.
- ۳- در کنار تخت بیمار قرار گیرید، دست بیمار را که نزدیک خودتان است روی سینه او قرار دهید. دست دورتر بیمار را از بدن دور کنید.
- ۴- پای بیمار را که نزدیک خودتان قرار دارد روی پای دورتر بیمار قرار دهید.
- ۵- میله های کنار تخت را (نزدیک بیمار) بالا بزنید و به طرف مقابل تخت بروید.
- ۶- با خم کردن مفصل لگن، تنه خود را به طرف جلو خم کنید. زانوها و مچ پاها را خم کنید. پاها را از هم فاصله دهید. وزن خود را روی پای جلویی انتقال دهید.
- ۷- برای چرخاندن بیمار به پهلو به روش زیر عمل کنید:
الف) یک دست خود را روی باسن دورتر بیمار و یک دست خود را روی شانه دورتر بیمار قرار دهید.
ب) عضلات باسن، شکم، پاها و بازوها را منقبض کنید. با کشیدن بدن به طرف عقب وزن خود را از پای جلویی به پای عقبی منتقل کنید. در همین حال بیمار را به کنار تخت، رو به طرف خود بغلطانید.
- ۸- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تغییر وضعیت، استفاده از وسایل حمایتی، توانایی بیمار برای کمک جهت حرکت و چرخش و واکنش بیمار (اضطراب، ناراحتی، سرگیجه) را گزارش کنید.

غلطاندن بیمار به شکم

- کلیه مراحل قبلی به استثنای دو مورد زیر لازم است به مرحله اجرا درآید:
الف) به جای دور کردن دست دورتر، لازم است دست دورتر بیمار را در امتداد بدن قرار دهید.
ب) بیمار را به طور کامل به روی شکم بغلطانید. هرگز بیماری را که به شکم خوابیده است تخت نکشید.

کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت

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

روش کار

- ۱- روش کار و انتظارات خود را در مورد میزان همکاری مورد نیاز از طرف بیمار توضیح دهید.
- ۲- به بیمار کمک کنید در وضعیت به پهلو خوابیده در حالی که صورت او به طرف شماسه قرار گیرد.
- ۳- سر تخت را به تدریج تا بیشترین حد ممکن بالا بیاورید.
- ۴- پاهای بیمار را به لبه کناری تخت نزدیک کنید.
- ۵- در مجاورت تخت در کنار باسن بیمار قرار گیرید در حالی که صورت شما به طرف پایین تخت قرار دارد. پاها را از هم باز کنید به طوری که پای نزدیک به تخت جلو قرار گیرد. تنه را به طرف جلو متمایل کنید. مفاصل لگن، زانو و مچ پا را خم کنید.
- ۶- یک دست را دور شانه های بیمار و دست دیگر را زیر ران ها در نزدیکی زانو ها قرار دهید.
- ۷- به آرامی ران های بیمار را بالا ببرید. در همین حل روی پاشنه پا بچرخید و پاهای بیمار را از تخت خارج کنید
- ۸- جهت حفظ تعادل و برقراری راحتی بیمار او را حمایت کنید.
- ۹- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای حرکت و نشستن و واکنش بیمار نسبت به نشستن (اضطراب، ناراحتی و سرگیجه) را به پرستار مسئول گزارش کنید.

انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار

نکات مورد بررسی

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

روش کار

- ۱- بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید.
- ۲- در صورتی که ارتفاع تخت قابل تنظیم است آن را تا حد ممکن پایین بیاورید. پایه های تخت را قفل کنید.
- ۳- صندلی چرخدار را به موازات تخت قرار دهید و پایه های آن را قفل کنید. در ضمن دو قسمت مخصوص جای پای بیمار را بالا بیاورید. در صورت لزوم ملافه را طوری روی صندلی بپوشانید که یک گوشه آن پشت صندلی قرار گیرد و گوشه مقابل آن زیر پای بیمار باشد و دو گوشه دیگر دسته های صندلی را بپوشاند.

- ۴- به بیمار کمک کنید که روی لبه تخت بنشیند. چهار پایه را جلوی پای او قرار دهید.
- ۵- قبل از حرکت دادن بیمار وضعیت او را نظر علائم کاهش فشار خون وضعیتی بررسی کنید.
- ۶- به بیمار در پوشاندن دمپایی کمک کنید.
- ۷- به بیمار کمک کنید که پای خود را از روی چار پایه پایین بگذارد و به طرف صندلی چرخدار قدم بردارد.
- ۸- از بیمار بخواهید طوری بچرخد که پشت او به طرف صندلی چرخدار و پاها در مجاورت نشیمن گاه صندلی قرار گیرد.
- ۹- از بیمار بخواهید نشیمنگاه خود را کاملاً "عقب برده و به راحتی روی صندلی قرار گیرد. پدال ها را پایین بیاورید و پای بیمار را روی آن قرار دهید. در صورت لزوم بالش کوچکی را پشت بیمار قرار دهید و او را با ملافه بپوشانید.
- ۱۰- اطلاعات خود را در رابطه با توانایی بیمار برای تحمل وزن، تعداد مراقبین مورد نیاز برای انتقال بیمار، مدت زمان باقی ماندن در صندلی چرخدار و واکنش بیمار نسبت به انتقال و حرکت با صندلی چرخدار به پرستار مسئول بیمار گزارش کنید.

فصل چهارم

بهداشت فردی بیمار

- ۱- مراقبت معمول صبح
- ۲- شستشوی مخصوص دهان
- ۳- حمام دادن بیمار
- ۴- مراقبت از سر آلوده به شپش
- ۵- ماساژ پشت

۱- مراقبت معمول صبح

اهداف:

- ۱- آماده کردن بیمار جهت صرف صبحانه
- ۲- ایجاد احساس خوشایند در بیمار
- ۳- آماده کردن بیمار برای فعالیتهای روزمره

وسایل لازم:

لگن یا لوله ادرار، کاغذ توالت، حوله صورت، لیف، مسواک و خمیر دندان، نی مخصوص آشامیدن، لیوان آب آشامیدنی، رسیور، لگن حمام، پارچ محتوی آب نیم گرم، شانه یا برس مو، صابون

نحوه اجراء:

- ۱- قبل از اجراء، روش خود را به بیمار معرفی کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص نمایید.
- ۲- دست ها را بشوئید.
- ۳- در صورتی که بیمار قادر به حرکت است او را به دستشویی برده تا مراقبت صبح را به جا آورد.
- ۴- در صورتی که بیمار قادر به حرکت نیست خلوت او را فراهم، و به او لگن یا لوله ادرار بدهید.
- ۵- سر تخت را کمی بالا بیاورید.
- ۶- پوششهای روی بیمار را کمی تا کنید.
- ۷- حوله صورت را در اطراف سر و چانه بیمار پهن کنید.
- ۸- خمیردندان را روی مسواک گذاشته و دندانها را مسواک بزنید
- ۹- رسیور را کنار دهان بیمار یا در کنار صورت در وضع مناسبی قرار دهید تا براحتی بتواند آب دهان خود را در آن بریزد.

- ۱۰ - لیوان آب آشامیدنی را به بیمار بدهید که دهان خود را بشوید.
- ۱۱ - مسواک را شسته و در جای مخصوص خود قرار دهید.
- ۱۲ - لگن حمام را با آب نیم گرم تا نیمه پر کنید.
- ۱۳ - لیف حمام را بصورت ۳ گوش یا مستطیل در دست بگیرید.
- ۱۴ - با استفاده از لیف و آب ساده چشمهای بیمار را تمیز کنید (از گوشه داخل به گوشه خارجی چشم) و سپس بقیه صورت را بشوئید و سپس خشک کنید.
- ۱۵ - حوله صورت را زیر دست بیمار که به شما نزدیک است پهن کنید اگر بیمار قادر است صابون را به او بدهید تا هر دو دست خود را همزمان درون لگن بشوید در غیر اینصورت دست بیمار را داخل آب گذاشته و آنها را بشوئید.
- ۱۶ - دست دیگر را نیز شسته و خشک کنید.
- ۱۷ - موهای بیمار را شانه زده مرتب کنید.
- ۱۸ - دستهای خود را بشوئید.

۲-شستشوی مخصوص دهان

هدف:

- برقراری سلامت لب ها ، زبان و غشاء مخاطی دهان.
- پیشگیری از عفونت دهان.
- تمیز و مرطوب نگهداشتن غشاء مخاطی دهان و لبها.
- برطرف کردن بوی ناخوشایند دهان

وسایل لازم

حوله صورت ، رسیور ، دستکش یکبار مصرف ، چوب زبان یا پنس ، مسواک و خمیردندان، ظرف حاوی محلول دهان شویه بدون الکل، سرنگ ۱۰ سی سی، کیسه نایلونی، لیوان محتوی آب تمیز، وازلین، ساکشن در صورت لزوم.

نحوه اجراء

- ۱ -خود را به بیمار معرفی کنید .نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
- ۲ -دستها را شسته ، خلوت بیمار را فراهم کنید.
- ۳ -در صورتی که بیمار بیهوش است او را به پهلو بخوابانید و سر تخت را پائین بیاورید.
- ۴ -حوله را در اطراف سر و چانه بیمار پهن کنید.
- ۵ -رسیور را کنار دهان بگذارید.
- ۶ -دستکش بپوشید.
- ۷ -دهان شویه را روش زیر انجام دهید:

الف - در صورتی که بیمار هوشیار است از او بخواهید با خمیر دندان و مسواک دندانها را تمیز کرده و با آب تمیز و نی آشامیدنی دهان را شستشو بدهد.

ب - در صورت لزوم با محلول دهانشویه ، دهان را بشوئید و لب ها را با وازلین چرب کنید.

۸- در صورتی که بیمار هوشیار نباشد دهانشویه را به روش زیر انجام دهید:

الف - با استفاده از چوب زبان ، دهان او را باز کنید

ب - نوک اپلیکاتور را با محلول دهانشویه مرطوب کرده ، بین و روی دندانها و فاصله بین آنها، لثه ها ، داخل گونه ها، سقف دهان ، زیر زبان و روی زبان بیمار را با اپلیکاتور مرطوب بخوبی تمیز کنید.

ج - اپلیکاتور را داخل کیسه نایلونی انداخته و اپلیکاتور دیگری به کار ببرید.

د - چنانچه دهان بیمار فوق العاده کثیف است از گاز و پنس یا چوب زبان و گاز استفاده کنید.

ه - برای آبکشی دهان یک سرنگ ۱۰ سی سی از محلول دهانشویه بدون الکل یا آب پر کرده و رسیور را کنار دهان گذاشته محلول را وارد دهان کنید و اجازه دهید تمام محلول داخل رسیور تخلیه شود. با نظارت پرستار از ساکشن استفاده شود.

و- لب ها را با وازلین چرب کنید.

ی- دستکشها را خارج ، حوله را برداشته ، دستها را بشوئید.

نکته: بهداشت دهان و دندان باید از ظهور اولین دندان آغاز شود (با استفاده از گاز مرطوب کوچک بعد از هر بار تغذیه) از ۱۸ ماهگی مسواک زدن دندانهای کودک شروع می شود (مسواک نرم و مرطوب و آب) بعد از این سن از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده کنید. در سالمندان خشکی دهان شدیدتر است چرا که ترشحات بزاق کاهش یافته است.

۳- حمام دادن بیمار

اهداف:

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

✓ حمام در تخت

وسایل لازم: ملحفه بزرگ و معمولی، حوله حمام و صورت و لیف، لباس تمیز، لگن حمام، صابون، آب گرم با حرارت ۴۳ تا ۴۶ درجه سانتی گراد، لگن یا لوله ادرار، دستکش یک بار مصرف، لوسیون یا ماده چرب کننده، ناخن گیر، وسایل اصلاح، شانه.

نحوه اجراء:

۱. قبل از اجراء روش خود را به بیمار معرفی کنید.
۲. دستها را بشویید.
۳. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۴. محیط و بیمار را آماده کنید (تنظیم درجه حرارت اتاق ، در صورت لزوم دادن لگن یا لوله)
۵. تخت را در وضعیت مناسب قرار دهید.
۶. بیمار را به پشت بخوابانید (بالش را بردارید و بیمار را نزدیک خود بکشید)
۷. لباس بیمار را از زیر ملحفه در آورید.
۸. صورت بیمار را بشویید.
۹. گردن و گوشهای بیمار را شسته و خشک کنید.
۱۰. دست های بیمار را بشویید و خشک کنید
۱۱. سینه و شکم بیمار را شسته و خشک کنید.
۱۲. پاهای بیمار را بشویید و خشک کنید.
۱۳. پشت و ناحیه پرینه را بشویید و خشک کنید و با لوسیون ۳ تا ۵ دقیقه ماساژ دهید.
۱۴. ناحیه باسن را تمیز کنید.
۱۵. لباس بیمار را بپوشانید ، مو ها را شانه کرده و خشک کنید ، ناخن ها را بگیرید ، ملحفه ها را عوض کرده و دست های خود را بشویید.

نکات مهم در حمام دادن بیماران:

شیر خواران:

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

کودکان:

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

سالمدان:

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

تعویض لباس بیمار دارای محلول وریدی

✓ خارج کردن لباس:

- ۱- به آرامی آستین دستی را که محلول وریدی ندارد خارج کنید.
- ۲- ظرف حاوی محلول وریدی را از پایه سرم بردارید.
- ۳- آستین دستی که محلول وریدی دارد به آهستگی در مجاورت محل تزریق سرم جمع کنید.
- ۴- ظرف حاوی محلول وریدی را از قسمت مچ به طرف داخل آستین وارد و از ناحیه زیر بغل خارج کنید.
- ۵- ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم آویزان کنید.

✓ پوشانیدن لباس:

- ۱- آستین دستی را که سرم دارد در دست جمع کنید.
- ۲- ظرف حاوی محلول وریدی را از پایه سرم بردارید.
- ۳- ظرف حاوی محلول وریدی را از طرف زیر بغل بطرف قسمت مچ آستین وارد و سپس خارج کنید.
- ۴- ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم آویزان کنید.
- ۵- آستین دستی را که سرم دارد به آرامی بپوشانید و مرتب کنید.
- ۶- آستین دست دیگر را بپوشانید.
- ۷- تداوم و قطرات سرم را در نظر بگیرید.

۴- مراقبت از سر آلوده به شپش

اهداف:

- برطرف کردن شپش و تخم شپش از سر
- جلوگیری از انتشار شپش در بخش
- ایجاد آسایش و راحتی برای بیمار

وسایل لازم: گان و دستکش، کاسه کوچک حاوی گلوله های پنبه، داروی دستور داده شده یا شامپوی حاوی گاما بنزین هگزا کلراید، شانه دندانه ریز، روسری سه گوش ۲ عدد، وسایل شستشوی سر، ظرف حاوی گلوله های پنبه آغشته به سرکه گرم، لباس و ملحفه تمیز، مشمع بزرگ و رویه، کیسه جهت البسه کثیف

نحوه اجرا:

- ۱- خود را به بیمار معرفی کنید.
- ۲- دست های خود را بشوید.
- ۳- خلوت بیمار را فراهم کنید.

- ۴- گان و دستکش بپوشید .
- ۵- دارو را درون کاسه محتوی گلوله پنبه بریزید .
- ۶- صندلی و چهار پایه را با روزنامه بپوشانید .
- ۷- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید .
- ۸- بالشها را روی صندلی قرار داده و یکی را زیر شانه های بیمار بگذارید .
- ۹- مشمع و رویه آن را در اطراف سر و شانه ها قرار دهید ، موها را با شانه تقسیم کرده و با پنبه آغشته به دارو از ریشه تا نوک مو بمالید.
- ۱۰- با دو روسری سه گوش یکی از طرف جلو و یکی از طرف عقب ببندید.
- ۱۱- پس از انقضای مدت زمان لازم ، گان بپوشید روسری ها را باز کرده ، سر را امتحان کنید و با دقت شانه بزنید اگر شپش زنده بود مجدداً دارو مصرف کرده و ببندید در غیر این صورت موها را دسته کرده و به سرکه گرم آغشته کنید و روسری را ببندید تا موها خشک شود.
- ۱۲- سر بیمار را در تخت بشویید و خشک کنید .
- ۱۳- لباسها را در کیسه مخصوص البسه کثیف قرار داده و با زدن مارک مشخص به لنثری بفرستید.

۵- ماساژ پشت

اهداف:

- برقراری تن آرامی و آسایش
- تحریک کردن خون بمنظور پیشگیری از زخم بستر
- تسکین انقباض عضلانی و یا درد
- رفع بی خوابی

وسایل لازم:

ملافه - لگن حمام- صابون - حوله - لیف - لوسیون یا مواد چرب کننده

روش کار:

قبل از ماساژ پشت مشخص کنید:

- الف -وضعیت پوست قبلاً چگونه بوده است.
- ب -از چه لوسیونی می توان استفاده کرد.
- ج -وضعیت های غیرمجاز برای بیمار کدام است.

نحوه اجراء

- ۱ -خود را به بیمار معرفی کنید.

- ۲- دستها را بشوئید.
- ۳- خلوت بیمار را آماده کنید.
- ۴- ارتفاع تخت را تنظیم کنید.
- ۵- ملافه را روی بیمار انداخته ، پوششهای رویی را بطرف پائین تخت تا کنید.
- ۶- لباس نیمه فوقانی را خارج کنید.
- ۷- بسته به شرایط جسمانی ، بیمار را به شکم یا به پهلو قرار دهید
- ۸- لگن حمام را تا ۱/۲ حجم آب ۴۳-۴۶ درجه سانتیگراد پر کرده، لوسیون یا مواد چرب کننده را در دسترس قرار ده.
- ۹- پشت بیمار را ماساژ دهید.
- ۱۰- ابتدا با لیف آغشته به آب و صابون شسته و خشک کنید . مقدار کمی لوسیون یا مواد چرب کننده را در کف دست بریزید با مالش دستها به یکدیگر موجب گرمی لوسیون و دستها شوید.
- ۱۱- با کف دست ها و انگشتان خود به آهستگی با حرکات دورانی از ناحیه باسن ماساژ به طرف کتف ها انجام دهید و از روی شانه ها ماساژ را ادامه داده و مجدداً " به قسمت جانبی پشت برگردید . ماساژ پشت جمعاً برای مدت ۵-۳ دقیقه ادامه می یابد .
- ۱۲- به قرمزی پشت، نواحی مبتلا به کاهش گردش خون توجه کنید
- ۱۳- لباس بیمار را بپوشید . ملافه ها را تعویض و بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید . دستها را بشوئید

فصل پنجم

پیشگیری و کنترل عفونت

پیشگیری و کنترل عفونت یکی از توجهات اساسی پرسنل بهداشتی است. میکرو ارگانیسم ها رایج ترین عوامل بروز عفونت می باشند.

تعریف عفونت

فرایندی که در طی آن عامل بیماریزا (یا عفونی) به میزبان حساس حمله کرده، رشد و تکثیر یافته و باعث آسیب رساندن به میزبان می شود. عوامل عفونی مهم عبارتند از: ویروس ها، باکتری ها، ریکتزیاها، قارچ ها و انگل ها.

تعریف عفونت بیمارستانی

عفونتی که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در زمان پذیرش، فرد علائم آشکار عفونت را نداشته باشد و بیماری در دوره کمون خود نبوده باشد. عفونت بیمارستانی باعث افزایش هزینه ها، طولانی شدن زمان بهبودی، ناتوانی و مرگ بیماران می شود.

تعریف کلونیزاسیون

تهاجم میکروارگانیسم ها به میزبان و رشد و تکثیر آن بدون ایجاد عفونت در آن میزبان. بیماران یا کارکنان مشاغل پزشکی می توانند با پاتوژن های مختلفی کلونیزه شوند ولی علائم عفونت را بروز ندهند. به طور مثال تعداد زیادی از افراد با میکروب استاف اورئوس کلونیزه شده اند بدون آنکه بیمار شوند که به این افراد ناقل گویند.

اجزای لازم عفونت

- ارگانیسم بیماری زا
- مخزن ارگانیسم موجود
- طریقه انتقال ارگانیسم از مخزن به میزبان
- میزبان مستعد ابتلا
- راه ورود ارگانیسم به میزبان

راههای پیشگیری از انتقال عفونت

۱. شستن دست ها.
۲. استفاده از وسایل حفاظت شخصی مثل ماسک، گان، دستکش.
۳. ضد عفونی کردن
۴. ایزوله (جداسازی)
۵. رعایت اصول پیشگیری کننده (واکسیناسیون).

شستن دست ها

اهداف

- کاهش تعداد میکرو ارگانیسم های موجود روی دست ها
- کاهش خطر انتشار میکروارگانیسم ها به بیماران
- کاهش خطر انتشار عفونت در بیماران
- کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم های عفونی به خود شخص
- شستن دستها
- کوتاهی ناخن
- عدم استفاده از لوازم زینتی
- در پرسنل بهداشتی طول کل ناخنها بایستی ۰٫۶ اینچ باشد.

بلندی ناخن باعث ایجاد موارد زیر می شود:

- انتقال عوامل عفونت زا از یک بیمار به پرسنل
- انتقال عوامل عفونت زا از یک پرسنل به بیمار دیگر
- انتقال عوامل عفونت زا از پرسنل به افراد خانواده خصوصاً کودکان و سالمندان

روش اجراء:

- ۱- ناخن ها کوتاه و تمیز نگه دارید.
- ۲- قبل از شستشوی دست ها ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد. در حالی که دستها سرازیر هستند آنها را خیس نمائید تا آب به طرف نوک انگشتان جاری گردد.
- ۳- مقدار ۵-۱۰ سی سی صابون مایع در کف دستها بریزید و دستها را به هم بمالید تا کاملاً کف ایجاد گردد.
- ۴- شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمائید.
- ۵- کف دست راست را کاملاً به پشت دست چپ بکشید بطوریکه انگشتان بین هم قرار گیرند و بالعکس.
- ۶- کف دستها به یکدیگر مالش داده شوند بطوریکه انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً سائیده شوند.
- ۷- انگشتان دست راست را در کف دست چپ بطوریکه انگشتان دو دست به حالت قفل شده در هم قرار گیرند قرار داده و با فشار بشوئید و بالعکس.
- ۸- با کف یک دست انگشت شصت دست دیگر را به صورت چرخشی کاملاً بسائید و بالعکس.
- ۹- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو و تمیزنمائید و بالعکس.
- ۱۰- دستها و مچ را کاملاً آبکشی کنید.

۱۱- دستها را با دستمال کاغذی کاملاً خشک نموده.

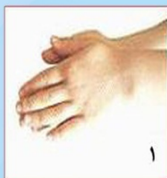
۱۲- با همان دستمال کاغذی شیر آب را ببندید و از بستن آن با دست خودداری نمایید زیرا موجب آلوده شدن مجدد دستها می گردد.

۱۳- مدت زمان مناسب برای شستشوی دست ها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.

راهنمای شستشوی دستها با آب و صابون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روزبه



کشیدن کامل کف دو دست بر یکدیگر



کشیدن کف دست راست بر پشت دست چپ و برعکس



کشیدن کف دستها به گونه ای که انگشتان دو دست بین یکدیگر قرار گیرند



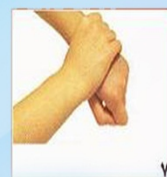
قرار دادن پشت انگشتان دست راست بر کف دست به گونه ای که انگشتان به حالت قفل شدن بین هم قرار گرفته و با فشار شستشو شوند و بر عکس



حرکت چرخشی انگشت راست در کف دست چپ و برعکس



حرکات چرخشی جلو و عقب نوک انگشتان دست راست بصورت فشرده روی کف دست چپ و برعکس



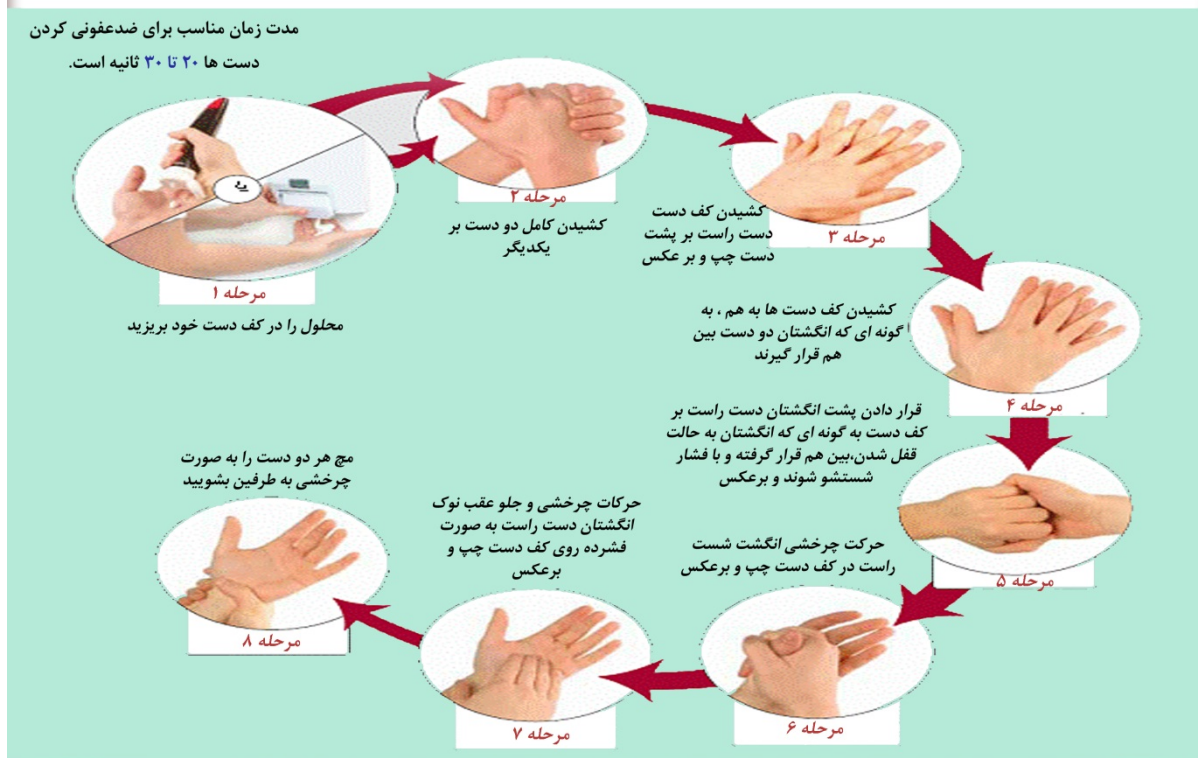
مچ هر دو دست را به صورت چرخشی به طرفین بشویید

❖ دستهای کثیف را با آب و صابون بشویید.
❖ مدت زمان مناسب برای شستشوی دستها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.

تهیه کننده:

کمیته کنترل عفونت بیمارستان روزبه

راهنمای استفاده از مواد ضد عفونی کننده دست



وسایل حفاظت شخصی

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماریهای ناشی از تماس با مواد بیولوژیکی، شیمیایی، فیزیکی، الکتریکی و... طراحی شده اند. این تجهیزات با توجه به نوع صدمه مورد انتظار و تماس شغلی متفاوت می باشند.

دستکش

هنگام تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی، پوست آسیب دیده و یا اجسام آلوده باید دستکش تمیز و غیر استریل پوشید.

- فقط یکبار استفاده گردد.

- بین هر بار انجام مراقبت از بیماری که حامل میکروارگانیسم است، تعویض شود.

- در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده تعویض گردد.

- پس از استفاده از دستکش و پیش از ارائه مراقبت به بیمار دیگر باید از دست خارج شده و بلافاصله دستها شسته شود.

گان

برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس ها طی انجام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن

- وجود دارد، باید از گان تمیز و غیر استریل استفاده نمود.
- گان باید یکبار مصرف و یا از جنس قابل شستشو باشد .
- آستین گان باید بلند و مچ آن کش دار باشد .
- گان باید یقه بسته باشد(یقه باز و یقه هفت نباشد)
- اندازه گان باید مناسب باشد بطوریکه نواحی مورد نیاز بدن را بپوشاند(بلندی گان باید تا زیر زانو باشد.
- گان باید ضدآب باشد، در غیر اینصورت باید یک پیش بند پلاستیکی روی آن پوشیده شود.
- در صورت آلودگی قابل مشاهده بلافاصله تعویض شود.

ماسک

- برای حفاظت از غشاهای مخاطی بینی و دهان طی انجام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون و مایعات و ترشحات بدن وجود دارد، استفاده می شود.
- پس از استفاده ماسک معدوم گردد.
 - وقتی مرطوب می شود تعویض گردد .
 - ماسک هرگز به گردن آویزان نشود.
 - پس از استفاده از ماسک دستها شسته شوند.

عینک یا محافظ صورت

- همیشه هنگام انجام اقدامات تولید کننده آئروسول از عینک محافظ استفاده شود.
- هنگام مراقبت و در تماس نزدیک با بیماری که دچار علائم حاد تنفسی (مانند سرفه و عطسه)و در زمانی که احتمال پاشیده ترشحات وجود دارد، و همچنین کار در فاصله یک متری و یا کمتر با بیماری که بیماری حاد تنفسی دارد، باید از عینک محافظ استفاده شود.
 - صرفنظر از تشخیص بیماری، زمانی که خطر آلودگی چشمها و ملتحمه در اثر پاشیده شدن خون یا مایعات بدن وجود دارد، باید از عینک محافظ استفاده کرد.
 - در صورت نیاز به استفاده از عینک آن را بالای سر خود قرار ندهید.
 - در صورت چند بار مصرف بودن عینک و محافظ صورت ،نکات لازم جهت جمع آوری و استریل نمودن آن را رعایت نمایید.

نکات مورد توجه در به کارگیری وسایل حفاظت فردی

- احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملاً از بین نمی برند.
- فقط در صورتیکه درست استفاده شوند موثرند.
- جایگزین اصلی ترین جز کنترل عفونت(شستن دست) نمی شوند.

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

- ۱- شستن دست
- ۲- پوشیدن گان
- ۳- پوشیدن کلاه یا محافظ های موهای سر
- ۴- پوشیدن ماسک
- ۵- پوشیدن محافظ صورت یا عینک

۶- پوشیدن دستکش

ترتیب خارج کردن پوشش های حفاظتی

- ۱- در آوردن دستکش
- ۲- در آوردن گان
- ۳- شستن دست
- ۴- در آوردن عینک یا محافظ صورت (قرار دادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت استفاده مجدد)
- ۵- در آوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده

ضد عفونی

ضد عفونی کردن و یا گند زدایی عبارت است از حذف تعداد زیاد یا همه میکروارگانیسم های پاتوژنی که بر روی اشیاء بی جان قرار دارند بجز اسپور باکتری ها.

عوامل گند زدا را به سه دسته می توان تقسیم کرد:

(a) ضد عفونی کننده های High Level

این گروه بر روی طیف وسیعی از ارگانیسم ها شامل باکتری ها، قارچ ها، مخمرها، ویروس ها و اسپورها موثر می باشند که میتواند از پراکسید هیدروژن - فرمالدئید نام برد.

(b) ضد عفونی کننده های Intermediate Level

روی طیف وسیعی از میکروارگانیسم های پاتوژن و تمام قارچ ها موثر بوده ولی روی تعدادی از ویروس ها و اسپورها اثر ندارند. همانند کلر و ترکیبات کلره، ید و ترکیبات یده و الکل ها

(c) ضد عفونی کننده های Low Level

بر روی تمام میکروارگانیسم های فعال بغیر از پاسبیل سل و همچنین تعدادی از قارچ ها و ویروس های ریز موثر هستند همانند فنل و ترکیبات فنلی بعلاوه ترکیبات آمونیوم

ایزوله (جداسازی)

واژه ایزوله بیانگر اقدامی است که باید برای بیمار عفونی انجام گیرد. ایزوله عبارت است از مجزا نمودن شخص مبتلا به بیماری واگیر در دوران سرایت میکروارگانیسم های بیماری زا.

انواع ایزوله

✓ ایزوله (جداسازی) قطرات تنفسی

ایزوله تنفسی جهت جلوگیری از انتقال بیماری های عفونی از طریق هوا در فاصله نزدیک (انتقال قطرات) طراحی گردیده است.

نکات مربوط به ایزوله تنفسی

- اتاق اختصاصی ضروری است.
- حداقل ۱ متر بین بیمار مبتلا و سایر افراد سالم رعایت گردد.
- استفاده از ماسک برای افرادی که نزدیک بیمار می شوند الزامی است.
- استفاده از دستکش پیشنهاد نمی شود.
- شستن دست ها بعد از تماس با بیمار، تماس با وسایل بیمار و قبل از مراقبت از بیمار دیگر ضروری می باشد.
- وسایل مورد استفاده بیمار باید منهدم یا بسته بندی و با برچسب به مراکز تمیز کننده فرستاده شود.
- سرخک، مننژیت، سل، اوریون و سیاه سرفه از جمله بیماری هایی هستند که نیاز به ایزوله تنفسی دارند.

✓ ایزوله تماسی / پوستی

کلیه بیماری هایی که در این طبقه قرار می گیرند از طریق تماس نزدیک یا مستقیم منتشر می گردند. لذا برای افرادی که در تماس نزدیک یا مستقیم با بیماران مبتلا به این گونه عفونت قرار دارند استفاده از ماسک، گان و دستکش پیشنهاد می شود.

نکات مربوط به ایزوله تماسی

- اتاق اختصاصی ضروری است، به طور کلی بیماران عفونی مبتلا به یک نوع میکروارگانیسم معین را ممکن است در یک اتاق مشترک بستری نمود.
- هنگام ورود به اتاق بیمار دستکش و گان بپوشید.
- قبل از ترک اتاق دستکش و گان را درآورده دستها را بشویید.
- گوشی فشار سنج و ترمومتر و وسایل بیمار از اتاق خارج نشود.
- شستن دست ها بعد از تماس با بیمار، تماس با وسایل بیمار و قبل از مراقبت از بیمار دیگر ضروری می باشد.
- عفونت حاد تنفسی در نوزادان و کودکان مثل سرماخوردگی، برونشیت آنفلانزا در نوزادان و کودکان، فارنژیت در شیرخواران و کودکان، جراحات های پوستی و سوختگی پوست از جمله بیماری هایی هستند که نیاز به ایزوله تماسی دارند.

✓ ایزوله کامل

این ایزوله در رابطه با جلوگیری از انتقال های عفونت مسری شدید با میزان انتقال بالا که ممکن است به وسیله هوا و تماس انتقال یابند می باشد.

نکات مربوط به ایزوله کامل

- اتاق اختصاصی ضروری است، به طور کلی بیماران عفونی مبتلا به یک نوع میکروارگانیسم معین را ممکن است در یک اتاق مشترک بستری نمود.
- استفاده از گان و ماسک و دستکش برای کلیه افرادی که وارد اتاق می شوند الزامی است.

- شستن دست ها بعد از تماس با بیمار، تماس با وسایل بیمار و قبل از مراقبت از بیمار دیگر ضروری می باشد.
- وسایل مورد استفاده بیمار باید منهدم یا بسته بندی و با برچسب به مراکز تمیز کننده فرستاده شود.
- دیفتری، آبله، آبله مرغان از جمله بیماری هایی هستند که نیاز به ایزوله کامل دارند.

✓ ایزوله گوارشی

ایزوله گوارشی در رابطه با جلوگیری از گسترش عفونت هایی که به وسیله تماس مستقیم و غیر مستقیم با مدفوع انتقال می یابند طراحی گردیده است. هپاتیت A در این دسته قرار می گیرد، زیرا این بیماری از طریق مدفوع منتقل می گردد.

نکات مربوط به ایزوله گوارشی

- اتاق اختصاصی در مورد بیمارانی ضروری است که نکات بهداشتی را به خوبی رعایت نمی کنند . اینگونه بیماران به علت عدم شستشوی دست ها بعد از تماس با مواد آلوده باعث آلودگی محیط و وسایل مشترک خود با سایر بیماران می گردند. به طور کلی بیماران عفونی مبتلا به یک نوع میکروارگانیسم معین را ممکن است در یک اتاق مشترک بستری نمود.
- استفاده از ماسک پیشنهاد نمی شود.
- استفاده از گان در صورت احتمال آلودگی پیشنهاد می گردد.
- استفاده از دستکش در صورت تماس با بیمار، تماس با وسایل بیمار و قبل از مراقبت از بیمار دیگر ضروری می باشد.
- وسایل مورد استفاده بیمار باید منهدم یا بسته بندی و با برچسب به مراکز تمیز کننده فرستاده شود.
- وبا و اسهال حاد با منشاء عفونی از جمله بیماری هایی هستند که نیاز به رعایت نکات مربوط به احتیاطات روده ای دارند.

واکسیناسیون

یا ایمن سازی به انجام کارهایی گفته می شود که با هدف جلوگیری از ایجاد عفونت و یا کاهش حالت طبیعی بیماری در شخصی با تجویز آنتی بادی یا آنتی ژن به عمل آید. واکسیناسیون با تزریق عضلانی یا وریدی (رگی) آنتی بادی ایمنی غیرفعال یا انتقالی ایجاد می گردد. دوام این نوع ایمنی کوتاه مدت است و بسته به نیمه عمر آنتی بادی در بدن فرد دریافت کننده دارد و این مدت در حدود سه تا چهار هفته می باشد. در صورت تجویز آنتی ژن که شامل میکرو ارگانیسم ضعیف شده ، کشته شده و یا اجزاء آن می شود دستگاه ایمنی فرد دریافت کننده تحریک و بطور فعال آنتی بادی تولید میکند. ایمنی بدست آمده در این حالت را ایمنی فعال گویند. دوام این نوع ایمنی، طولانی تر از نوع غیرفعال است. واکسیناسیون اقدام مهمی است که بوسیله آن با هزینه کم می توان از ابتلاء به بیماریهای عفونی جلوگیری کرد. مانند واکسن هپاتیت B

مواجهه های شغلی کارکنان

پرسنل بهداشتی درمانی با مخاطرات متعدد شغلی مواجه هستند که سبب بروز استرس های روانی و آسیب های بیولوژیک، شیمیائی و فیزیکی می شود.

مواجهه شغلی پرسنل بهداشتی درمانی در خطر عفونت با HCV ، HBV ، HIV به سه شکل زیر می باشد:

- مواجهه از راه پوست (فرو رفتن سوزن به پوست)
- مواجهه غشاهای مخاطی (پاشیده شدن مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان)
- مواجهه پوست نا سالم (پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است)

اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان برای عفونت های HIV ,HC,HB

اجتناب از تماس شغلی با خون، اولین راه جلوگیری از انتقال ویروس های فوق در پرسنل می باشد. همچنین واکسیناسیون هپاتیت B جزء مهمی از برنامه پیشگیری از عفونت HB در پرسنل می باشد.

هپاتیت B

اگر چه نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده از جمله موثرترین راه های انتقال هپاتیت B می باشد اما این راه تماس مسئول فقط درصد کمی از موارد عفونت هپاتیت B در پرسنل است. شایان ذکر است که ویروس هپاتیت B در خون خشک شده در دمای اتاق برای بیشتر از یک هفته زنده می ماند.

نکاتی در رابطه با پیشگیری از هپاتیت B قبل از تماس

- ✓ تزریق واکسن هپاتیت
- ✓ ۱ تا ۲ ماه پس از پایان واکسیناسیون انجام سرولوژی HBSAB جهت اطمینان از پاسخ ایمنی لازم.
- ✓ بوستر دوز هپاتیت B و یا انجام سرولوژی پریودیک اندکاسیون ندارد.
- ✓ اشخاصی که به سری اول واکسیناسیون پاسخ ایمونولوژیک نداده اند (تیترا $Ab > 10 \text{ mix/ml}$) است اولاً از نظر HBSAg بررسی و در صورت منفی بودن مجدداً سه دوز واکسن را تزریق می کنند و اگر مجدداً جواب سرولوژی آن منفی و یا زیر ۱۰ شد به عنوان افراد No responder تلقی می شوند و باید پس از هر بار تماس با بیمار آنتی ژن مثبت از HBIG در ۲ نوبت استفاده کنند.

هپاتیت C

خطر انتقال آن بدنال تماس با نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده می باشد و انتقال از طریق تماس مخاطات نادر است.

HIV

متوسط خطر انتقال بدنال تماس با نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده با خون آلوده ۰/۳٪ و تماس با مخاطات تقریباً ۰/۰۹٪ است. فاکتورهایی که خطر انتقال ویروس را بعد از تماس شغلی تحت تاثیر قرار می دهند عبارتند از:

لثه تماس با حجم زیاد خون آلوده، از طریق آلودگی قابل رویت وسایل مصرفی

❖ آسیب های عمیق

❖ فرو رفتگی سر سوزنی که قبلاً مستقیماً در شریان یا ورید بیمار آلوده به کار رفته است.

❖ بیماری که در مراحل انتقال عفونت است.

اقدامات پس از تماس

- ۱- خون یا مایع آلوده کننده پوست را بیدرنگ با آب و صابون بشویید.
- ۲- اگر سوزن یا جسم برنده به پوست فرو رفته است، در حالیکه پوست را زیر آب روان گرفته اید اجازه دهید تا کمی خون بیاید.
- ۳- محل مورد نظر را با آب و صابون بشویید.
- ۴- اگر چشم ها آلوده شده اند در حالیکه چشم ها باز است با آب یا نرمال سالین بشویید.
- ۵- اگر دهان آلوده شده است (ریختن خون یا مایعات بدن) آن را از دهان خارج کرده و دهان را بشویید.
- ۶- از مواد سوزاننده یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.
- ۷- مورد مواجهه را به سوپروایزر کنترل عفونت یا مسئول وقت اطلاع دهید.

فصل ششم

کمک‌های اولیه

کمک‌های اولیه عبارت است از یک سری اعمال ماهرانه و پذیرفته شده درمانی که توسط افراد آگاه و ماهر هنگام وقوع یک سانحه یا بدحال شدن ناگهانی بیمار، با استفاده از امکانات و وسایل موجود در آن محل صورت می‌گیرد. در واقع این اعمال تا رسیدن بیمار به یک مرکز مجهز یا رسیدن کادر پزشکی صورت می‌گیرد.

اهداف

- نجات جان مصدوم
- جلوگیری از بدتر شدن حال مصدوم
- افزایش احتمال بهبود مصدوم
- کاهش درد و ناراحتی مصدوم

ایست قلبی تنفسی

ایست قلبی تنفسی بی‌گمان یکی از خطرناک‌ترین وضعیت‌هایی است که نیاز به اقدام فوری و سنجیده جهت حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران‌ناپذیر سیستم‌های حیاتی بدن دارد. ایست قلبی تنفسی یکی از مواردی است که بطور غیرمنتظره در هر زمان و مکانی اتفاق می‌افتد و نیمی از مرگ و میرها ناشی از آن می‌باشد. برقراری مجدد تنفس و گردش خون در ایست قلبی و تنفسی (CPR) جهت به حداقل رساندن آسیب مغزی در ۴ تا ۶ دقیقه اول پس از ایست قلبی-تنفسی از اهمیت حیاتی برخوردار است.

مراحل CPR :

شامل سه مرحله است:

C: برقراری گردش خون

A: کنترل و برقراری راه هوایی

B: حمایت تنفسی

زمانی که فرد با یک بیمار بیهوش مواجه می‌شود، برطبق روند زیر عمل کنید:

۱. تشخیص عدم هوشیاری

به‌وسیله تکان‌های آرامی که به بیمار می‌دهیم (در صورت عدم آسیب گردن و ستون فقرات) و بیمار را صدا می‌زنیم. اگر پاسخی وجود نداشته باشد، ممکن است ایست قلبی و تنفسی روی داده باشد.

۲. فریاد کمک:

اگر هیچ عکس‌العملی نداشت با فریاد کمک می‌خواهیم و یا به وسیله تلفن با پزشک یا مرکز اورژانس تماس می‌گیریم.

۳. وضعیت قرار گیری بیمار:

وضعیت قرارگیری بیمار بیهوش به صورت خوابیده بر روی یک سطح صاف و محکم بوده، تا برای اقدامات مناسب باشد.

۴. ماساژ قلبی (B):

اگر بیمار بدون نبض و تنفس است، شروع به ماساژ قلبی همراه با تنفس کمکی (تهویه) می‌کنیم. چنانچه بیمار در تخت‌خواب است باید زیر او یک تخته پهن و محکم قرار دهیم. با قرار دادن یک دست بر روی دست دیگر، روی مرکز قفسه‌سینه فشار وارد می‌آوریم. انگشتان می‌توانند باز باشند یا اینکه به هم قلاب شده باشند، ولی نباید سینه را لمس کنند. تنها کف دست باید در تماس با استرنوم باشد. ابتدا زائده گزیفوئید را به وسیله دو انگشت نشانه و میانی لمس کرده و کف دست را دو انگشت بالای زائده روی استرنوم قرار می‌دهیم که در واقع همان ناحیه ۱/۳ تحتانی استرنوم است. آرنج‌ها نیز صاف و محکم است. در حالی که آرنج‌ها بدون خم شدن و به طور مستقیم (قفل شده) قرار گرفته‌اند و شانه‌ها در بالای نقطه فشار واقع است، به طوری که فشار مستقیماً به پایین منتقل شود. با تمام وزن خود فشار را وارد آورید. با استفاده از وزن بدن خود برای کمک به فشاری موثر، کمتر خسته می‌شوید. و فشارهای وارده هم اثر بیشتری خواهند داشت. اگر به طور مستقیم به طرف پایین فشار وارد نیاورید، بیمار با هر فشار به یک سو متمایل شده و مقدار زیادی نیروی فشاری به هدر خواهد رفت و اثر آنها بر روی قفسه سینه کمتر خواهد بود.

ماساژ قلب را، به طوری که قفسه‌سینه ۵-۳/۵ سانتی‌متر جابجا شود (در بچه‌ها ۲ سانتی‌متر هم کافی است) شروع می‌کنیم. بعد از هر فشار وارد شده قفسه‌سینه باید فرصت یابد به حالت اولیه برگشت کند. نسبت ماساژ قلبی به تهویه مصنوعی در تمام قربانیان ایست قلبی بزرگسال ۳۰ به ۲ می‌باشد.

نکته: تنها راه اطمینان از فقدان ضربان قلب آزمایش نبض در ناحیه گردن است. این ضربان را می‌توان در گردن، در گودی میان حنجره و ماهیچه‌های مربوط به آن احساس نمود.

۵. برقراری راه هوایی (Airway):

در صورت انسداد کامل مجاری هوایی، صدای تنفسی به گوش نمی‌رسد و صورت و لب‌ها کبود است. در انسداد ناقص راه هوایی صدای غلغل و خرخر به گوش می‌رسد و جابجایی هوا بین ریه و محیط به خوبی انجام نمی‌گردد. به عقب افتادن زبان و قرار گرفتن آن در برابر گلو شایع‌ترین علت انسداد راه هوایی در مصدومین بیهوش است. اجسام خارجی و آسیب به مجاری هوایی نیز می‌توانند باعث انسداد راه هوایی شوند.

- جهت باز کردن راه هوایی در صورتیکه هیچ صدمه نخاعی گردنی وجود نداشته باشد، از مانور (head tilt chin lift) استفاده کنید و دو انگشت از یک دست خود را زیر چانه و دست دیگر را روی پیشانی مصدوم قرار دهید و سر او را به سمت عقب خم کنید. با این کار زبان مصدوم که در اثر بیهوشی به عقب افتاده و راه هوایی را مسدود نموده بود، جلو کشیده می‌شود و راه

هوایی باز می شود. انگشتان نباید بر روی چانه فشار آورند زیرا ممکن است به راه هوایی صدمه بزنند. برای کشیدن چانه نباید از ضربه استفاده شود.

در صورتی که به صدمات گردنی مشکوک هستیم و بیمار ایست تنفسی دارد، برای جلوگیری از صدمات بیشتر نخاعی (نخاعی گردنی) باید با استفاده از مانور کشیدن فک به طرف جلو (Jaw- thrust) راه هوایی را باز کنید. زاویه فک به طرف جلو و با دو دست مندیبل را به جلو بکشید. احیاگر باید بالای سر بیمار بایستد و یا زانو و آرنجها را روی سطحی که مریض است بگذارد. تنفس باکشش فک نیاز به دو امدادگر دارد، که یکی از آنها راه هوایی را باز کند و دیگری تنفس را انجام بدهد.

- اقدام بعدی پاک کردن راه هوایی می باشد. بدین منظور مصدوم را به یک سمت بچرخانید (در صورتی که به سالم بودن ستون مهره گردن اطمینان دارید) سپس دو انگشت سبابه و میانی را با یک گاز تمیز پوشانده، به صورت قلاب درآورده و از یک گوشه دهان وارد کرده و بچرخانید و هرگونه جسم خارجی را که حس کردید به سرعت خارج کنید. سپس مصدوم را به حالت قبل برگردانید و راه هوایی را مجدداً باز کنید.

۶. تنفس (Breathing):

در صورتیکه بیمار تنفس ندارد، ۲ تنفس اولیه به اندازه که قفسه سینه بالا بیاید، داده می شود. راه هوایی را با مانور سر به عقب و چانه به جلو باز نگهدارید و با انگشتان خود بینی رامسدود کنید. دندان مصنوعی را خارج کنید (اگر دندان مصنوعی کامل دارد بهتر است خارج نشود). در تنفس یک دم یک ثانیه ای کافی است تا سینه شبیه تنفس طبیعی بالا رود.

خونریزی

خونریزی به دو صورت داخلی و خارجی می باشد. خونریزی داخلی خطر بیشتری دارد مانند: خونریزی از معده، روده، مثانه، کلیه، ریه و مغز.

در خونریزی داخلی نبض تند است. یکی از راههای تشخیص خونریزی داخلی، نبض می باشد. پس از ایجاد خونریزی، خون به درون حفره های درون بدن ریخته و سپس در اثر نشانه های بعدی که ظاهر می گردد، مشخص می شود که خونریزی داخلی بوده است.

در پاره ای مواقع خونریزی داخلی به علت وجود بیماریهای مختلف یا وارد شدن ضربه است که شکستگی ممکن است قابل رؤیت یا غیر قابل رؤیت باشد.

دیگر علائم خونریزی داخلی عبارتند از:

- ✓ سخت شدن (اسپاسم) ماهیچه های دیواره ی شکم
- ✓ ضربه ی نافذ به قفسه سینه و یا شکم
- ✓ شکستگی استخوان ران یا لگن
- ✓ وجود علائم و نشانه های شوک

نشانه های شوک و خونریزی داخلی

- اضطراب
- پرخاشگری و آشفتگی
- تشنگی
- رنگ پریدگی، مرطوب شدن، سردی پوست که اغلب با عرق همراه است
- تند شدن و ضعیف شدن نبض
- کاهش فشار خون معمولاً ۹۰/۶۰ میلیمتر جیوه و یا پایین تر از علائم نهایی شوک است
- تنفس سریع و احتمالاً سطحی
- تغییر در سطح هوشیاری
- گشادی مردمک چشم ها
- لرزش بدن

دلایل خونریزی داخلی

جراحتهای عمیق، پارگی، جراحات اعضای مختلف بدن (مانند پارگی و له شدن کبد و طحال) پارگی رگهای خونی، زخم های خونریزی دهنده و بافتیهایی که شدیداً متورم شده اند، خونریزی داخلی ایجاد می کنند. قطع رگهای خونی قفسه سینه و یا شکم، در عرض چند دقیقه و یا حتی چند ثانیه موجب مرگ می شود. جراحتهایی که عمقشان زیاد است باعث پارگی سرخرگها و سیاهرگهای اصلی و در نتیجه خونریزی داخلی می شود. هرگونه جراحات در ماهیچه و یا شکستگی استخوان نیز می تواند سبب خونریزی داخلی شود.

خونریزی نای و شش ها

چنانچه در این نواحی خونریزی ایجاد گردد، خون به منزله جسم خارجی عمل کرده و باعث تحریک مخاط شش ها شده و ایجاد سرفه می کند. در این موارد خون با سرفه از دهان بیمار خارج می شود که به رنگ قرمز روشن و کف آلود است.

خونریزی مغزی

در صورتی که ضربه به جمجمه وارد شده و باعث خونریزی شود، داخل سفیدی چشم، قرمز رنگ شده و از بینی خونابه خارج خواهد شد و یا ممکن است از گوش ها و بینی خون خارج شود، در صورتی که شکستگی ضعیف باشد و خون به بیرون راه پیدا نکند، تجمع خون در داخل جمجمه باعث فشار به مغز شده و فقط با سر درد و استفراغ مکرر و یا کاهش هوشیاری ممکن است، خودش را نشان دهد. در صورت ضربه به سر استفراغ مکرر و سر درد زنگ خطر بزرگی جهت اعلام خونریزی داخل مغزی است که می تواند باعث مرگ مصدوم شود.

خونریزی دستگاه گوارش

هرگاه در مری یا معده خونریزی ایجاد شود بیمار خون روشن یا مواد قهوه ای رنگ استفراغ می کند. در صورت خونریزی از

روده ها، دفع خون روشن یا مدفوع تیره رنگ اتفاق می افتد. در صورت ضربه به شکم، دل درد شدید، زنگ خطر بزرگی جهت اعلام خونریزی داخلی می باشد و می تواند منجر به مرگ مصدوم گردد.

خونریزی از دستگاه ادراری و کلیه

با تغییر رنگ ادرار و کدر شدن ادرار و یا ادرار خونی، مشخص می شود که خونریزی از دستگاه ادراری پیش آمده است.

خونریزی غیر قابل روئیت

خونریزی داخلی در شکستگی ها، خونریزی کبد و طحال، خونریزی داخل حفره شکم و خونریزی داخل قفسه سینه که خون دیده نمی شود بسیار خطرناک است و باید در تمام موارد تصادفات یا ضربه ها مخصوصاً به نواحی کبد و طحال در جستجوی خونریزی داخلی بود.

خونریزی خارجی

خونریزی خارجی معمولاً از زخم ایجاد می شود که باید جلوی خونریزی گرفته شود. روشهای مهار کردن خونریزی، به روشهای زیر است:

- ۱ - فشار مستقیم روی زخم که به مدت ۱۵ دقیقه فشار می دهیم تا خونریزی قطع شود.
- ۲ - عضو دچار خونریزی را بالا نگه دارید.
- ۳ - فشار غیر مستقیم، بوسیله پارچه بالای زخم را بسته تا باعث جلوگیری از خونریزی شویم.
- ۴ - گارو یا تورنیکه (بازو بند پلاستیکی) زمانی استفاده می شود که شریان بزرگی قطع شده و یا عضوی قطع یا له شده و کنترل خونریزی به روشهای قبلی امکان پذیر نیست و جان بیمار به دلیل خونریزی شدید تهدید می شود زیرا بعد از بستن تورنیکه، خون به قسمتهای سالم پایین تر نمی رسد.

روش بستن تورنیکه :

- ۱ - گاز یا دستمال را ۵ سانتی متر بالاتر از محل قرار داده تا علاوه بر نقش حفاظتی، باعث افزایش فشار در آن نقطه گردد.
- ۲ - سپس اهرمی مثل چوب یا لوله خودکار روی آن قرار داده و اهرم را آنقدر بپیچانید تا خونریزی قطع شود و سپس اهرم را بوسیله گره ثابت کنید.
- ۳ - اندامی که توسط تورنیکه بسته شده باید حتماً در معرض دید باشد.
- ۴ - استفاده از بازوبند فشارسنج، با فشار ۱۵۰ میلیمتر جیوه و استفاده از کمپرس سرد نیز در بند آوردن خون موثر است.

انواع خونریزی خارجی

خونریزی خارجی به سه قسم است:

- ۱ - خونریزی شریانی: این خونریزی بدلیل کنترل مشکل آن خطرناک بوده و تهدید کننده حیات می باشد. علت آن پارگی سرخرگهاست به همین دلیل خون بصورت جهنده و سریع خارج می شود و رنگ خون روشن تر است.
- ۲ - خونریزی سیاهرگی: پارگی سیاهرگهاست که خون بهصورت آرام خارج شده و حاوی خون تیره است و کنترل آن نسبت

به خون سرخرگی آسان تر است.

۳- خونریزی مویرگی: شایعترین فرم خونریزی خارجی است. خونریزی ناشی از پارگی مویرگها خفیف بوده و اکثراً با تشکیل لخته، خونریزی قطع می شود.

کمک های اولیه در خونریزی

- ۱ - در ارائه کمکهای اولیه سرعت عمل به خرج دهید اما خونسردی خود را حفظ کنید.
- ۲ - مصدوم را به پشت بخوابانید و پاها را در وضعیت زانوها خمیده، به سمت بالا ببرید.
- ۳ - مصدوم را در وضعیت استراحت قرار دهید و اندام زخمی بی حرکت باشد.
- ۴ - در صورت بروز شوک، پاهای مصدوم را بالا نگه دارید. در خونریزی سر و گردن نباید سر را نسبت به بقیه بدن پائینتر نگهداشت، چون سبب خونریزی بیشتر می شود.
- ۵ - در صورتی که خون لخته شده باشد، از کندن و تمیز کردن آن خودداری کنید زیرا این کار سبب خونریزی مجدد می شود.
- ۶ - هرگز اشیایی مانند چاقو، تکه های شیشه، ... را از زخم خارج نکنید زیرا امکان تشدید آسیب و خونریزی بیشتر وجود دارد. در این شرایط، از یک دستمال و یا باند حلقه شده به نام تامپون استفاده کنید و اطراف جسم را بپوشانید بطوری که به جسم فشار وارد نشود.
- ۷ - تا جایی که می تواند خونریزی را مهار کنید.
- ۸ - تمیز نگهداشتن زخم و جلوگیری از عفونت و پوشاندن آن با گاز استریل.
- ۹ - انتقال مصدوم به بیمارستان.

زخم ها

تعریف: به هر گونه بریدگی یا پارگی پوست که باعث خروج خون از بدن شود زخم گویند.

انواع زخم

ما دو نوع زخم داریم: زخم باز و زخم بسته

زخم باز

زخم باز زخمی است که در آن به دلیل نوع ضایعه ایجاد شده روی پوست، قسمت های زیر پوست مانند عضلات و استخوان ها نمایان شده است یا زخم باز داخل قفسه سینه و شکم ارتباط مستقیمی با هوای بیرون پیدا می کند. مشکل این گونه زخم ها خطر ایجاد عفونت در اثر نفوذ باکتری ها از راه هوا و محیط بیرون به داخل زخم است.

برای ضدعفونی کردن زخمهای باز از بتادین استفاده می کنیم. داخل بتادین ویتامین K وجود دارد که از خونریزی شدید جلوگیری می کند. هیپوگاز از الکل برای زخم باز استفاده نشود چون الکل رگها را گشاد و خونریزی را زیاد می کند. جاهایی

که نیاز است خون خارج شود مثل نیش حشرات و حیوانات، گازگرفتگی حیوانات، از الکل استفاده می کنیم.

زخم بسته

در این نوع زخم فقط آسیب به بافت های زیرین می رسد ولی پوست سالم باقی می ماند و به همین دلیل در این نوع زخم هیچ ارتباطی بین بدن و محیط خارج وجود ندارد. مثلاً

سوختگی

صدمه ای که در اثر مجاورت پوست بدن با عوامل سوزاننده (مایعات داغ، سوختگی شیمیایی) ایجاد شود را سوختگی می نامند که با توجه به شدت سوختگی و مدت زمان تماس آن لایه های سطحی یا عمقی پوست آسیب می بینند.

انواع سوختگی بر حسب منبع سوختگی

- حرارتی
- شیمیایی
- جریان برق
- تابشی

سوختگی حرارتی

عوارض سوختگی حرارتی

از آنجایی که پوست مهم ترین عامل در حفظ حرارت درونی، حفظ مایعات بدن و همینطور مقاومت بدن در برابر عفونت های خارجی است، سوختگی باعث صدمات قابل توجهی خواهد شد.

- از دست رفتن حرارت بدن
- از دست رفتن مایعات بدن
- از دست رفتن انرژی بدن
- عفونت
- عوارض دیگر مانند اتساع معده، استفراغ و شوک.

درجه سوختگی

سوختگی درجه یک

غالباً در اثر سوختگی با بخار آب یا آب جوش یا سایر اشیاء داغ با حرارت کم، یا به دلیل اشعه آفتاب ایجاد می شود. در این حالت پوست قرمز، گرم و دردناک است. این نوع سوختگی معمولاً در عرض چند روز بدون به جا گذاشتن اثری از خود بهبود می یابد.

سوختگی درجه دو

در این نوع سوختگی، پوست نمای صورتی یا لکه دار پیدا می کند که با تاول همراه است. پوست متورم، مرطوب و به شدت دردناک است. در سوختگی درجه دو، طول مدت بهبود، طولانی تر است.

سوختگی درجه سه

در این نوع سوختگی، پوست کاملاً تخریب شده و حتی شاید چربی، استخوان و عضله نیز تخریب شوند. رنگ پوست بسیار متفاوت است. ممکن است سفید، زرد مایل به قهوه ای، سیاه یا کاملاً شفاف باشد. در این نوع سوختگی به علت از بین رفتن انتهای اعصاب حسی، درد وجود ندارد و در ضمن سبب طولانی تر شدن مدت بهبود و افزایش عوارض آن می شود.

اقدامات اولیه

- ۱ - عامل سوزاننده را از مصدوم دور کنید (تمام شعله هایی را که بر روی لباسها و موهای مصدوم است) و فوراً او را به روی زمین بخوابانید و با پتو و کت و گلیم او را محکم بپوشانید (جنس پارچه ای که بکار می رود قابل اشتعال نباشد)
- ۲ - پس از آن که آتش خاموش شد تمام لباسهای مصدوم را از بدن او خارج کند. اما اگر قسمتهایی از لباس مصدوم به پوست او چسبیده اند سعی نکنید آن را جدا کنید. در عوض اطراف این قسمتها را با قیچی ببرید.
- ۳ - مطمئن شوید که راههای هوایی مصدوم باز هستند و تنفس مصدوم را بررسی کنید و در صورت نیاز به او تنفس مصنوعی بدهید، از گردش خون مصدوم اطمینان حاصل کنید.
- ۴ - محل سوختگی را با یک تکه پوشش خشک و استریل بپوشانید. در صورت امکان از باند مخصوص سوختگی استفاده کنید. چنانچه ذرات بزرگ گرد و غبار و دوده روی محل سوختگی وجود دارد با محلول استریل یا زیر شیر آب سرد آن را برطرف کنید. نباید تاولها را بترکانید چرا که عفونت افزایش می یابد و هیچ گاه از پماد و روغن استفاده نکنید.

سوختگی شیمیایی

تماس با برخی مواد شیمیایی مانند اسیدها، بازها، حلال ها، سفید کننده ها و مواد رنگ بر قوی، سبب سوزش و صدمه به پوست می شود.

اقدامات اولیه

- حتماً از دستکش استفاده کنید.
- ناحیه آلوده و سوخته را به مدت ۱۰ دقیقه زیر جریان آب سرد بگیرید تا ماده شیمیایی از سطح پوست شسته شود.
- در همان حال که عضو آسیب دیده زیر آب است تمام لباس های مصدوم، کفش و جوراب ها را خارج کنید.
- ناحیه سوخته را با یک پوشش استریل بپوشانید.

سوختگی شیمیایی چشم ها

مواد شیمیایی جامد و مایع می توانند با آسیب رساندن به چشم ها حتی باعث از دست رفتن کامل بینایی شوند.

اقدامات اولیه

- چشم آسیب دیده را به مدت ۱۵ دقیقه زیر جریان آرام آب سرد شستشو دهید. روش شستشو به ترتیبی باشد که آب از صورت و گوشه چشم بیرون بریزد یا از مصدوم بخواهید چشم هایش را در یک ظرف آب باز و بسته کند.
- با یک پوشش استریل یا یک تکه پارچه تمیز و بدون پرز چشم را کاملاً شل ببندید.

سوختگی الکتریکی

اگر چه ممکن است اثر سوختگی الکتریکی روی پوست صورت ناحیه کوچکی باشد، ولی آسیب وارد بر بافت های زیر پوست می تواند بسیار وسیع باشد.

اقدامات اولیه

- مصدوم را از جریان برق جدا کنید، یعنی ابتدا برق را از منبع قطع کنید. اگر امکان پذیر نبود روی یک وسیله عایق که خشک باشد مثل روزنامه یا تخته بایستید و به وسیله عایق خشک مثل چوب، منبع برق را از مصدوم دور کنید و یا گوشه ای از لباس مصدوم را که خشک است بگیرید و با کشیدن آن، مصدوم را از برق جدا کنید.
- اگر لباس های مصدوم شعله ور شده باشد آنها را خاموش کنید.

سوختگی تابشی (آفتاب سوختگی)

علت اصلی آفتاب سوختگی امواج فرا بنفش هستند که به دسته A,B,C با طول موج های متفاوت تقسیم می شوند. آفتاب سوختگی به دلیل جذب انرژی اشعه آفتاب به خصوص فرابنفش و تبدیل شدن انرژی به گرما و انتقال گرما به سایر نقاط پوست به وجود می آید و علاوه بر ایجاد گرما ، احتمال ایجاد سرطان پوست را بیشتر می کند.

اقدامات اولیه

- ۱- آفتاب سوختگی درجه خفیف
با علائمی مانند قرمزی و درد خفیف پوست سوخته بروز می کند. نیاز به اقدام خاصی ندارد و فقط استفاده از کرم های ضد آفتاب برای جلوگیری از تابش بیشتر نور خورشید توصیه می شود.

- ۲- آفتاب سوختگی درجه متوسط
قرمزی و گرمی وسیع پوست همراه با تاول می باشد. اقدامات لازم شامل بالاتر قرار دادن اندام سوخته نسبت به بدن (برای کمتر شدن پرخونی منطقه سوخته)، استفاده از کمپرس سرد، استفاده از نرم کننده ها برا جلوگیری از خشکی . ناراحتی بیشتر پوست می باشد.

- ۳- آفتاب سوختگی درجه شدید
در این حالت منطقه سوخته شدیداً ملتهب و متورم بوده، هنگام لمس درد شدیدی ایجاد می کند و پوست به حالت کاملاً براق در می آید. درمان قطعی این سوختگی عبارت است از: رساندن فوری مصدوم به بیمارستان

تشنج

معمولا

علائم تشنج

- * غش کردن، بر زمین افتادن و از دست دادن هوشیاری
- * جاری شدن بزاق و کف از دهان
- * گرفتگی شدید عضلانی، پرش عضلات، تکان های محکم دست ها و پاها، سفتی اندام
- * خرخر کردن و صداهای مبهم ناله مانند
- * از دست دادن کنترل ادرار یا مدفوع
- * قطع موقت تنفس

نکات مهم در تشنج

- * مدت طول کشیدن تشنج را مشخص کنید.
- * نباید جلوی تشنج فرد مبتلا را با گرفتن دست و پای او بگیرید.
- * نباید به فرد مبتلا خوراکی یا آشامیدنی بدهید. صبر کنید تا تشنج کاملاً متوقف شود و فرد به هوش بیاید.
- * برای جلوگیری از گاز گرفتن زبان یا به عقب افتادن زبان و انسداد راه تنفسی، بهتر است از یک وسیله پلاستیکی در بین دندان ها استفاده کرد.

اقدامات قبل و حین تشنج

- * اگر قبل از بروز تشنج در کنار فرد مبتلا بوده اید و او خود به شما اطلاع داده که تشنج وی نزدیک است یا می بینید که در حال زمین افتادن می باشد سعی کنید جلوی زمین خوردن او را گرفته و در محل امن روی کف اتاق قرار دهید.
- * اشیای برنده یا نوک تیز و سفت را از اطراف او دور کنید.
- * لباس های تنگ مانند کراوات او را باز کنید، باز کردن یقه پیراهن مفید است.

اقدامات پس از قطع تشنج

- * اگر احتمال آسیب دیدگی ستون مهره ها مطرح نیست او را به وضعیت نیمه دمد قرار دهید تا ترشحات از دهانش خارج شود.
- * اگر احتمال آسیب دیدگی ستون مهره ها مطرح است کل بدن بیمار را یک جا به یک طرف بچرخانید و در عین حال سر و گردن او را نگه دارید. بهتر است این کار را با کمک چند نفر دیگر انجام دهید.
- * اگر بیمار استفراغ کرده است، اقدامات لازم جهت محافظت از راه تنفس را انجام دهید.
- * اکثر بیماران پس از تشنج به هوش می آیند، ولی به سرعت به خوابی عمیق فرو می روند، بنابراین هرگز مانع به خواب رفتن آنها نشوید.
- * در دوره بهبود، مراقبت وضعیت راه تنفس، نفس کشیدن و گردش خون بیمار باشید و احتمال بروز تشنج دیگری را هم در نظر داشته باشید.

فصل هفتم

ایمنی بیماران

جلوگیری از سقوط بیمار

اهداف

- ایجاد محیطی امن برای بیمار
- جلوگیری از صدمات احتمالی به بیمار

سقوط یا زمین خوردن رایج ترین نوع حادثه مکانیکی است . زمین خوردن از تخت، صندلی و در حین راه رفتن و در حین ورود و خروج از حمام، رایج اما قابل پیشگیری است.

اقدامات لازم برای جلوگیری از سقوط بیمار

- تخت هایی که ارتفاع آنها قابل تغییر است، در زمان عدم حضور پرستار باید در ارتفاع پائین قرار داده شود. در این حالت ورود و خروج به تخت برای بیمار ایمنی بیشتری دارد .
- لیز بودن زمین نه تنها برای بیماران بلکه برای همه افراد و در همه زمانها خطرناک است. برای کاهش این خطر از مواد غیر لغزنده برای کف پوش بیمارستانها استفاده میشود و هم چنین از آنجائیکه ریختن هر ماده ای بر سطح زمین سبب سر شدن آن میشود، قبل از آنکه موجب سر خوردن کسی شود بلافاصله باید خشک گردد و طبق روال کف زمین باید در زمان حداقل رفت و آمد، شسته و خشک شود .
- از دیگر علل احتمالی زمین خوردن، وجود برانکاردها و صندلیهای چرخدار است . در اغلب موارد هنگامیکه بیمار می خواهد بر صندلی چرخدار بنشیند، صندلی از جای خود حرکت میکند، بنابراین هنگامیکه قرار است بیمار بر صندلی چرخدار بنشیند یا روی برانکارده بخوابد، حتما "باید چرخها قفل شده باشند.
- به دور انداختن تکه های شکسته شیشه یکی دیگر از راههای تامین ایمنی جهت بیماران و پرسنل است.

وسایل مورد استفاده در ایمنی:

❖ نرده های کنار تخت یا Bed Side:

نرده های کنار تخت مانع از سقوط بیمار از تخت می شوند . البته این نرده ها بیمار را به عدم خروج از تخت تشویق نمی کنند. بلکه فقط به وی یادآوری می کنند که در تخت بستری است و باید از خود مراقبت کند. اکثر بیمارستانها روش هایی را در استفاده از نرده های کنار تخت به کار می بندند. غالباً این نرده ها برای بیماران نابینا ، بیهوش، کسانی که داروی خواب آور مصرف کرده اند یا مبتلایان به ناتوانی عضلانی یا تشنج مورد استفاده قرار می گیرند. در بعضی از بیمارستانها برای تخت

تمام بیماران بالای ۷۰ سال نرده کنار تخت بکار برده می شود. در بعضی از بیمارستانها برای تمام بیماران در شب نرده کنار تخت بکار برده می شود. حائز اهمیت است که هنگام استفاده نرده کنار تخت هر دو طرف بالا باشد برای مثال حتی اگر یکطرف دیوار باشد باز هم باید نرده هر دو طرف بالا باشد چون دیوار جایگزین مناسبی نیست. هنگام مراقبت از بیماری که تخت وی نرده دارد، پرستار نباید بدون بالا کشیدن نرده، بیمار را ترک کند. پرستار باید نرده قسمتی را که در آن مشغول کار است پایین بکشد و بیش از فاصله یک بازو از تخت بیمار دور نشود چون احتمال سقوط بیمار است. برای بیمار آریته، باید با بالش های اضافی اطراف نرده ها را پوشاند تا مانع از آسیب دیدن بیمار گردد.

❖ جلیقه و کمربند ایمنی:

بعضی اوقات بیماران با کاهش سطح هوشیاری پایین تلاش می کنند با حرکت از روی نرده های کنار تخت، خود را از تخت خارج سازند. این بیماران اغلب نسبت به محیط اطراف خود ناآگاه بوده و فقط می خواهند از تخت خارج شوند. اغلب می توان با استفاده از جلیقه ایمنی یا کمربند های بی حرکت کننده از حرکت آنها جلوگیری کرد. جلیقه پارچه ای بوده و دارای نوارهای بلندی در جلو یا عقب است که می توان آنها را به لبه های تخت بست و در نقطه ای دور از دسترس بیمارگره زد. کمربند بی حرکت کننده نیز مانند جلیقه ایمنی عمل می کند. دور تا دور بدن بیمار بسته می شود و نوارهای آن به لبه تخت بسته می شود. این دو وسیله با وجود ممانعت خروج بیمار از تخت و سقوط بیمار به او امکان می دهند تا نسبتاً آزاد در تخت حرکت کند.

فصل ششم

بهداشت روان

تعریف سازمان بهداشت جهانی

بهداشت روان بخشی از مفهوم کلی بهداشت است و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش های روانی و جسمی، بهداشت به معنای نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست.

ابعاد بهداشت روان

پیشگیری نوع اول: هدف این نوع از بهداشت روان ممانعت از شروع یک بیماری یا اختلال است و با حذف عوامل کلی کاهش عوامل خطر ساز، تقویت مقاومت افراد، دخالت در فرایند اختلال به دست می آید. برنامه های آموزش بهداشت روان (نظیر آموزش والدین برای تربیت کودکان، آموزش تاثیرات مصرف مواد و الکل و...)، برنامه های بالا بردن کارایی و توان افراد (نظیر برنامه های تقویتی برای کودکان محروم)، ایجاد سیستم های حمایت اجتماعی (نظیر بیمه های درمانی، ایجاد و حمایت از گروه های محلی و اجتماعی حمایت کننده از افراد مبتلا) نمونه های پیشگیری نوع اول محلی باشد.

پیشگیری نوع دوم: هدف اقدامات این بعد از برنامه های بهداشت روان، شناخت به موقع و درمان فوری و مناسب اختلال یا بیماری است. تمام نظریه ها و اقدامات درمانی نظیر (دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، گروه درمانی، روانکاوی و ...) در این بعد از بهداشت روان قرار می گیرد.

پیشگیری نوع سوم: هدف از این نوع پیشگیری، بازگرداندن و حفظ تمام یا قسمتی از توانایی های از دست رفته فرد می باشد، به طوریکه که فرد بتواند به صورت مفید و سازنده به زندگی خانوادگی، اجتماعی و شغلی خود باز گردد. در واقع برنامه های این بعد با توانبخشی افراد و جلوگیری از بازگشت مجدد اختلال یا بیماری در فرد و حفظ پیشبرد سلامت ایجاد شده سر و کار داشته و اقدامات قبلی را تکمیل می کند.

عوامل تاثیر گذار بر بهداشت روان

دانشمندان سه علت اصلی بیماری های روانی را الگوهای زیستی، اجتماعی، روانی می دانند.

طبقه بندی اولیه بیماری های روانپزشکی

اختلالات نوروتیک: این اختلال به گروهی از اختلالات هیجانی اطلاق می شود که در آنها علائم جسمانی و روانی، اختلال

اصلی را تشکیل می دهند. در این اختلال قطع ارتباط با واقعیت، آن طوریکه در اختلالات شدید روانپزشکی شایع می باشد، وجود ندارد. مواردی چون اضطراب، افسردگی، فوبیا و اختلالات هیستریک جزء این گروه از اختلالات می باشند.

اختلالات سایکوتیک: یک اختلال روانپزشکی شدید است که با از دست دادن ارتباط با واقعیت مشخص شده و اغلب با علائمی همچون توهم و هذیان همراه است.

چگونگی برخورد با بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی

- بیماری که دچار هذیان شده است

هذیان باوری است غلط که فرد اعتقاد کامل و شدید به آن دارد.

اهداف:

- کاهش خطر آسیب به خود و دیگران
- کاهش علائم اضطراب
- کمک به مددجو جهت بیان تفکرات هذیانی و راهنمایی مددجو جهت نزدیک شدن به واقعیات

اقدامات موثر :

- مستقیماً

اقدامات موثر :

- در مرحله حاد با کمک پرستار بخش یک وضعیت آرام با حداقل محرک ها فراهم آورید.
- قلمرو خصوصی بیمار را حفظ کنید. (از لمس نمودن بیمار بدون توجه قبلی اجتناب کنید)
- با کمک پرستار بخش، محیط امن و به دور از هرگونه خطر برای بیمار فراهم کنید.
- توهم بیمار را به هیچ وجه تایید یا رد نکنید
- تماس چشمی با بیمار برقرار کنید.
- با بیمار ارتباط برقرار کرده و او را تشویق کنید تا با آزادی و اعتماد صحبت کنید.
- با کمک پرستار بخش، بیمار را به شرکت در اجتماعات و گروهها تشویق کنید.
- در صورت نیاز در محدود کردن بیمار به پرسنل بخش کمک کنید.
- در زمان محدودیت بیمار حتی الامکان در کنار بیمار حضور داشته باشید.
- به هیچ عنوان از کلمات تحریک کننده استفاده نکنید.

- بیماری که در مرحله پرخاشگری نسبت به خود و دیگران است.

هدف:

- بیمار به خود و دیگران صدمه نرساند.

وسایل مورد نیاز:

پا بند- میچ بند- تخت راحت- جلیقه مهار کننده در صورت وجود

اقدامات موثر:

- در زمان فیکس بیمار توسط کد ۱۰۰، نزد وی بمانید.
- با کمک پرستار بخش به بیمار علت و چگونگی انجام کار را شرح دهید.
- بیمار را از نظرسدمات بررسی کنید.
- هرگونه موارد غیر عادی را به پرستار گزارش دهید.
- وسایل بالقوه تهدید کننده را از بیمار دریافت کرده و تا زمانی که کنترل خود را به دست آورد به پرستار بخش تحویل دهید.
- بیمار را از نظر اشکال در جریان خون، قرمزی، تحریک و ادم اندام ها بررسی کرده و هر گونه مورد غیر عادی را به پرستار بخش گزارش کنید.
- زیر نظر و با هماهنگی پرستار بخش برای جلوگیری از کم آبی به بیمار مایعات کافی بدهید.

- زیر نظر و با هماهنگی پرستار بخش، بیمار را خواه به طور حضوری یا از طریق دوربین مدار بسته تحت مشاهده قرار دهید. اگر بیمار مضطرب است یا در دوربین دیده نمی شود بایستی او را رو در رو ببینید. هنگامی که از دوربین مدار بسته استفاده می کنید در اتاق را ببندید.
- بیمار را به محض اینکه شرایط او اجازه می دهد (طبق دستور پزشک) و زیر نظر و با هماهنگی پرستار بخش از مهار خارج کنید.

• بیماری که دچار حملات اضطرابی شده است.

هدف:

- کاهش اضطراب و علائم ناشی از آن

اقدامات موثر :

- سطح اضطراب را ارزیابی کنید (متوسط، کم، شدید، هراس)
- یک محیط بدون محرک و آرام فراهم کنید.
- به بیمار فرصت ابراز احساسات بدهید.
- سطح هوشیاری و علائم حیاتی مددجو را کنترل کنید.
- هر گونه تغییرات رفتاری بیمار را به پرستار بخش گزارش کنید.

• بیماری که دچار افکار خودکشی شده است.

نکته مهم: معمولاً خطر خودکشی در هفته اول بستری در بیمارستان بالا می باشد.

هدف:

- کاهش خطر آسیب رسانی به خود

اقدامات موثر :

- محیطی آرام برای بیمار فراهم کنید.
- اتاق بیمار به طور روزانه از نظر وجود وسائل خطرناک کنترل شود.
- بیمار را در طول زمان بستری هر ۱۵ دقیقه تحت نظر بگیرید.
- در فواصل قدم زدن با بیمار ارتباط برقرار کنی.
- کلیه وسایلی که توسط ملاقات کنندگان به اتاق بیمار آورده می شود از نظر خطرناک بودن کنترل شود.
- از ظروف غیر فلزی برای غذا خوردن استفاده شود.

- کلیه وسایل نوک تیز و برنده از دسترس بیمار دور شود.
- هر گونه علائم و نشانه های مربوط به افکار خودکشی را در بیمار به پرستار بخش گزارش کنید.

• بیماری که قصد فرار دارد.

هدف:

- جلوگیری از خطر ترک بیمار از بیمارستان بدون نظر پزشک

اقدامات موثر :

- با نظارت پرستار دلایل مربوط به ایجاد محدودیت ها در بخش را برای بیمار توضیح دهید.
- بیمار را به دقت تحت نظر بگیرید، به خصوص وقتی که درهای خروجی باز باشد.
- حداقل هر ۱۵ دقیقه یک بار بیمار را کنترل کنید.
- بیمار را تشویق کنید در مورد افکار و احساسات خود نسبت به فرار صحبت کند.
- با نظارت پرستار، بیمار را در فعالیت های مربوط به بخش درگیر کنید.
- در صورتی که بیمار فرار کرد و مجدداً به بخش برگردانده شد، با نظارت پرستار وضعیت او را بررسی و از نظر بروز صدمات احتمالی او را معاینه کنید و وسایل او را بگردید تا هیچ وسیله خطرناکی همراه نداشته باشد.
- اقدامات و مشاهدات خود را به پرستار بخش اطلاع دهید.

• بیماری که دچار افکار خودکشی شده است.

اهداف:

- تغذیه بیمار در حد طبیعی حفظ شود.
- وزن بیمار به حد طبیعی برگردد.
- قدرت و تحمل بیمار برای فعالیت افزایش یابد.

اقدامات موثر :

- محیط مناسبی جهت تغذیه مددجو فراهم کنید.
- از بحث کردن با بیمار خودداری کنید.
- از مقایسه رفتارهای مددجو با سایرین خودداری کنید.
- اجازه کنترل مددجو بر رفتارهایش را بدهید.
- از قضاوت در مورد بیمار خودداری کنید.

- کنترل کنید بیمار چه مقدار از غذایش را می خورد.
- تهوع و استفراغ را در بیمار کنترل کرده و در صورت مشاهده به پرستار بخش گزارش دهید.
- حتی الامکان تحریکات محیطی را هنگام تغذیه به حداقل برسانید.
- مواد غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد به بیمار بدهید.
- زمان کافی جهت تغذیه به بیمار بدهید و در صورت لزوم غذا را دوباره برای بیمار گرم کنید.
- در صورت اجازه دادن پزشک از همراهان بیمار بخواهید مواد غذایی مورد علاقه او را برایش فراهم کنند.
- اقدامات و مشاهدات خود را در مورد تغذیه بیمار به پرستار بخش گزارش دهید.

فصل نهم

🌈 مراقبت از جسد:

پس از اینکه پزشک مرگ بیمار را تایید کرد و آن را در پرونده ثبت نمود مراقبت از بدن جسد طبق مققرات باید بعمل آید.

اهداف

*احترام به شان و منزلت فرد فوت شده طبق توصیه های اسلام

*رعایت کلیه اصول اسلامی در مراقبت و حمل جسد

* رعایت اصول اخلاقی و بهداشتی جسد قبل از غسل دادن

*پیشگیری از احتمال آلودگی مراقبین

وسایل مورد نیاز: دستکش یکبار مصرف، پگ جسد، باند، ماسک، پنبه، پد چشمی ، چسب لکوپلاست و ضد حساسیت ، پد جاذب رطوبت، دفتر مخصوص ثبت وسایل قیمتی بیمار، برانکارد ، پاراوان، حوله

روش کار:

- وسایل اضافی مثل ساکشن و اکسیژن را از اطاق خارج نمائید.
- یک محیط خلوت برای بستگان متوفی ایجاد کنید.
- لوازم مورد نیاز را گردآوری و آماده کنید.
- با بستگان بیمار همدلی کنید.
- از سایر بیماران -ملاقات کنندگان و همراهان بخواهید که اطاق را ترک کنند.
- به سایر بیماران که قادر به ترک اطاق نبوده اند، توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.
- گان ، ماسک و دستکش بپوشید.
- درب و پنجره اتاق را بسته و پرده اطراف تخت را پائین بکشید.
- هویت بیمار را شناسایی کنید.
- پوششهای تخت را برداشته و یک ملافه روی بیمار بیندازید.
- بیمار را به پشت خوابانیده بطوری که صورت به طرف بالا باشد و اندام ها در وضعیت طبیعی و دستها را در امتداد بدن قرار دهید.
- به آرامی پلک ها را ببندید.
- اگر پلک ها بسته نمی شوند روی آنها یک پد چشمی قرار داده و پلکها را محکم به پائین نگهدارید) از چسب به هیچ عنوان استفاده نکنید چون وقتی چسب را بردارید باعث آسیب به پوست می شود.
- یک بالش زیر سر و شانه های بیمار قرار دهید تا سر تخت ۱۵ درجه بالا باشد
- دندان های مصنوعی خارج شوند.
- تمام اعضاء مصنوعی (دست و پا و یا هر پروتز دیگر) جدا شوند.

- اگر فک بیمار پائین می افتد، با قراردادن یک حوله یا پارچه لوله شده زیر چانه بیمار دهان او را ببندید.
- بعد از ملاقات همراهان، دهان و چانه او را با باند ببندید.
- با دست مthane بیمار را فشار دهید و ادرار او را داخل لگن تخلیه نمایید.
- تمامی لوله ها و درن ها را بیرون بیاورید مگر این که خلاف آن توصیه شده باشد.
- قسمتهای کیف و آلوده بدن را با آب شسته و به آرامی خشک کنید.
- تمامی زخمها را با پوشش جاذب رطوبت پوشانده، اگر قرار است درن یا لوله ای در بدن بماند، باید چند پد روی آن گذاشت و با یک پوشش جاذب رطوبت آن را پوشاند سپس یک تکه چسب ضد حساسیت بزنید.
- چسبها را به آرامی از بدن بیمار جدا کنید، اگر ناحیه ای زخم شد آن را بپوشانید.
- با استفاده از باند دو شصت پای متوفی را بهم ببندید.
- دست ها را دور تا دور بدن با باند ببندید.
- در ناحیه مقعد و تناسلی پد بگذارید.
- اشیاء قیمتی را در حضور دو پرستار و سوپروایزر و همراهان وی در دفتری که به همین منظور است، ثبت نمایید.
- تمام اموال و متعلقات را جمع آوری و داخل کیسه حفظ و نگهداری کنید و محتویات را به اعضاء خانواده تحویل و رسید بگیرید.
- در صورتی که خانواده تمایل داشته باشند جسد را ببینند روی آن ملافه تمیز بکشید و آنان را کنار تخت فرا بخوانید.
- طبق قوانین و مقررات بیمارستان جسد را داخل کفن نموده و از دو طرف کفن را با باند ببندید.
- برای جلوگیری از تغییر شکل اندام ها یک باند در ناحیه مچ پاها و یک باند در ناحیه مچ دست ها دور تا دور کفن بپیچید.
- یک برچسب که شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، نام بخش، نام پزشک و تاریخ وت باشد روی یک تکه چسب نوشته و آن را روی کاور بگذارید.
- جسد را روی برانکارد گذاشته و یک ملافه روی آن بکشید و جسد را به سرد خانه انتقال دهید و از مسئول آن رسید دریافت نمایید.
- از فشار غیر ضروری بر بافتهای بدن جسد بپرهیزید.

پایان

منابع:

- سازمان نظام پرستاری، مرجع استانداردهای خدمات پرستاری. تهران : سازمان نظام پرستاری، ۱۳۸۵
- موسوی، ملیحه السادات. علیخانی، مریم. روش های پرستاری بالینی، تهران: شهر آب، ۱۳۸۸