

کد سند : ۱۰۶۴ - QH-CH

تاریخ ابلاغ: ۱۳۸۵/۰۳/۰۳

ویرایش: ۰۵

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۴/۳/۳

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۳/۳

کتابچه توجیهی بدو ورود کمک پرستاران



بهار ۱۴۰۴

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) فن پرستاری مراقبت از بیماران بی قرار و بیهوش را شرح دهد.
- ۸) اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و مراقبت از جسد را شرح دهد.

کمک پرستار

وظایف کمک پرستار یکساله با هدف کمک به مددجو/ بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

که شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- تأمین نیازهای بهداشتی اولیه مددجویان برحسب صلاحدید سرپرست مربوطه شامل: حمام دادن یا کمک در حمام کردن (حمام بیمار در تخت/ حمام دوش و وان بیماران)، دهان شویه و مراقبت و نظافت از دهان و دندان، امور نظافتی مانند شستن دست و صورت کوتاه کردن ناخنها، تعویض البسه مرتب کردن بیمار، ماساژ پوست تغییر وضعیت اصلاح سر و صورت بیمار، آماده کردن ناحیه عمل (شیو) شستن سر در تخت، مراقبت از سر آلوده، شستشوی پرینه
- ۲- آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (وسایل پانسمان، سندز، گاوژ و نظایر آن)، جمع آوری آنها پس از اتمام کار، شست و شوی وسایل و انتقال به مرکز سترون سازی (استریلیزاسیون)
- ۳- کمک در اسر پذیرش، ترخیص و انتقال مددجویان به/ از مراکز بهداشتی درمانی و بخش به بخش
- ۴- گزارش هر گونه حالت غیر عادی بیمار/ مددجو در حین انجام وظیفه به پرستار
- ۵- برقراری ارتباط موثر با بیمار از طریق معرفی خود به وی
- ۶- کمک در تأمین نیازهای تغذیه ای بیمار/ مددجو شامل: غذا دادن به بیمارانی که نمی توانند به تنهایی غذا بخورند و تغذیه به وسیله لوله معده (کمک در انجام گاوژ) و تغذیه نوزاد با شیشه شیر
- ۷- رفع نیازهای دفعی مددجویان شامل: دادن لگن و لوله به بیمارانی بنا به نیاز و شست و شو و ضد عفونی آنها با رعایت اصول بهداشتی، تبیبه سند اکسترنال (کاندوم) بر اساس رعایت اصول مربوطه
- ۸- کمک به بیمار در حرکت و نقل و انتقال بیمار (راه رفتن، انتقال به برانکارد، صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، واکر، عصا و نظایر آن)
- ۹- آماده کردن تخت ها (با بیمار یا بدون بیمار)، برانکارد و تخت پس از عمل
- ۱۰- کمک و همراهی در آماده نمودن بیمار برای انتقال به اطاق عمل، رادیولوژی و سایر قسمت ها تحت نظارت پرستار و یا جهت انجام مشاوری آزمایشات رادیوگرافی ها و سایر

- مستندات پرونده پزشکی بیمار در خارج از مرکز
- ۱۱- آماده کردن بیمار و وضعیت دهی به بیماران برای معاینات پزشکی با رعایت حریم بیمار
 - ۱۲- کمک به پرستار در حفظ نظم بخش
 - ۱۳- شستشو و ضد عفونی واحد (یونیت) بیمار پس از ترخیص بیمار و تجهیزات پزشکی مربوطه
 - ۱۴- تخلیه ترشحات، کلیه کیسه ها و ظرف های که نیاز به تخلیه و همچنین نظافت و ضد عفونی آنها وجود دارد مانند کیسه های ادراری - شیشه های ساکشن و نظایر آن
 - ۱۵- جمع آوری و گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل مدفوع، ادرار، خلط
 - ۱۶- کمک در انجام و یا آموزش نحوه پوشش و تعویض لباس به مددجویان
 - ۱۷- کمک در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن (استفاده از کیف آب گرم، یخ، پاشویه)
 - ۱۸- کمک به پرستار در توزیع داروهای خوراکی به بیماران
 - ۱۹- کمک به پرستار در تزریق انسولین زیر جلدی، ریختن قطره های چشم، گوش و بینی، گذاشتن شیاف
 - ۲۰- کمک به پرستار در کنترل علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس و درجه حرارت)
 - ۲۱- کمک به پرستار در کنترل جذب و دفع مایعات و گزارش به پرستار بخش
 - ۲۲- تعویض ملحفه، روبالشی و روتختی و تحویل آنها به رخت شویخانه و تحویل گرفتن لوازم تمیز
 - ۲۳- مراقبت از جسد طبق موازین شرع و استاندارد ها و انتقال جسد از بخش به سردخانه
 - ۲۴- شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندی های شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله
 - ۲۵- پاکیزه نگه داشتن کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی موجود (تخت بیمار، میز بیمار، مانیتورها، وسایل کمک تنفسی، انکیپاتور نوزاد و نظایر آن)
 - ۲۶- همکاری در تحویل وسایل بخش طبق روتین در هر شیفت
 - ۲۷- کمک به پرستار / بهیار در انجام انما بیماران طبق دستور و روتین بخش
 - ۲۸- کمک به پرستار و تیم درمانی در حفظ ایمنی بیمار به ویژه بیماران مستعد سقوط
 - ۲۹- کمک به پرستار در خارج کردن و حفظ وسایل و اموال شخصی بیمار (وسایل زینتی، و غیره) براساس دستورالعمل های مربوطه
 - ۳۰- کمک به پرستار در برداشتن پانسمان ها و بانداژها
 - ۳۱- انتقال پرونده، برگه های عکس برداری، آزمایشات و نظایر آن از بخش ها به رادیولوژی و سایر قسمت ها به تنهایی و یا در معیت بیمارانی که قادر به راه رفتن نمی باشند
 - ۳۲- نقل و انتقال سفارشات از/ به داروخانه، انبار (در صورت نبود سیستم الکترونیک)
 - ۳۳- دریافت جواب آزمایشات، عکس برداری و نظایر آن از قسمت های مربوطه و تحویل به مسئول شیفت (در صورت نبود سیستم الکترونیک)
 - ۳۴- کنترل صحت کارکرد برانکارد، سندلی چرخدار و گزارش به مسئول مربوطه
 - ۳۵- کمک در انجام اقدامات اولیه در احیاء پایه
 - ۳۶- انجام وظیفه محوله طبق دستور مافوق

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.

اجزای فرایند ارتباط

گوینده: به طور هم زمان هم فرستنده پیام هستند و هم گیرنده

پیام: محصول واقعی ارتباط بوده که ممکن است یک صحبت، مصاحبه، مکالمه تلفنی، چارت، گفتگو، ژستها و رفتارها و یا یادداشتهای پرستاری باشد.

کانال: یک واسطه برای انتقال پیام بوده که ممکن است هر کدام از حواس برقرار کنندگان ارتباط را تحت تاثیر قرار دهد. اعضای تیم مراقبتی 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.

بعنوان مثال اگر با بیماری هم زبان نباشید، برای برقراری ارتباط و رفع نیاز بیمار می توانید از تصاویر و یا ایما و اشاره استفاده کنید **گیرنده:** فردی که پیام را دریافت می کند. پیامها چه کلامی و چه غیر کلامی توسط گیرنده با استفاده از تجارب قبلی معنا می شود. **بازخورد (فیدبک):** پیامی است که از طرف گیرنده به فرستنده اصلی جهت ادامه و تاثیر ارتباط فرستاده می شود. تی مراقبتی باید به دنبال شواهد کلامی و غیر کلامی یعنی بازخورد که نشان دهنده دریافت و درک پیام از بیمار است باشد. تا ارتباطات بعدی خود را بهبود بخشد.

اختلال در فرآیند ارتباط

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 اختلالات مزاحم اند و مانع انتقال گفته ها می شوند اما گاهی نیز محصول تجارب ذهنی خود شرکت کنندگان می باشند.

در بعضی از منابع به جای کلمه اختلال از عبارت کلی 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 سرما ی بیش از حد، نور بسیار و یانور بسیار کم
۲. پارازیت های استنباطی: زمانی رخ می دهند که سوء تعبیر درمورد 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.

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.

ارتباط غیرکلامی : 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، گاهی به این روش، زبان بدن هم می گویند. در بیماران با مشکلات بینایی از ارتباطات غیرکلامی استفاده می شود. اثرگذارترین روش ارتباطی با بیمار ارتباط مستقیم یا چهره به چهره است.

موانع برقراری ارتباط صحیح و مناسب

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

اصول گفت گوی موفق در چهار چیز است:

- * صداقت
 - * نگرش مثبت
 - * علاقه به طرف گفت وگو
 - * بی ریایی یعنی رک و بی پرده
- صحبت کردن

منشور حقوق بیمار در ایران

دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

۱- ارائه خدمات سلامت باید:

- * شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی و بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد .
- * فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی و بر اساس دانش روز و مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد .
- * در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- * مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- * به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد.
- * توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد .
- * در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار و با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- * در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- * در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- * در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد.

منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد:

۲-۱- محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

* مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

* ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

* نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر

* روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار

* نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

* کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند و ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان

اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد.

۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود:

* انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط و انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

* شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

* قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی بعد از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن درمانها، مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.

* اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

* شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

* انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد.

* پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد:

* رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

* در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

* فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند، می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

مشهد. میدان دکتر شریعتی. ابتدای خیابان احمدآباد

۹ - ۰۰۰۰ ۳۸۴ ۵۱

www.quaem.mums.ac.ir

* بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد، مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است:

* هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

* بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.

* خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد. اعمال کلیه حقوق بیمار که در منشور ذکر شده است، بر عهده تصمیم گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

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 خورسانی 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 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 تحریک 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 زانو ها 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:
 - دست های خود را در حالی که کف آنها به طرف بالا قرار دارد نزدیک به همدیگر زیر شانه بیمار قرار دهید.
 - انگشتان خود را در حالی که ساعد ها روی تخت قرار دارد دور شانه دورتر بیمار حلقه کنید.
 - در صورتی که بیمار قادر به کنترل سر خود نمی باشد سر او را روی ساعد خود تکیه دهید.

• در حالی که عضلات باسن، شکم، ران‌ها و دستهای خود را منقبض کرده اید، وزن خود را روی پاها جابجا کنید و شانه‌های 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 مچ‌های 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، پوشش‌های رویی بیمار را به پایین تخت تا کنید.
- (۳) سر تخت را در حد تحمل بیمار پایین بیاورید. چرخ‌های 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. بالش‌ها را بردارید. یک بالش را بالای سر بیمار نزدیک سر تخت قرار دهید.
- (۴) از بیمار بخواهید که زانوهای خود را خم کرده، کف پاها را روی تشک قرار دهد تا با فشار دادن کف پا بر تشک، بتواند خود را به طرف بالای تخت حرکت دهد.
- (۵) از بیمار بخواهید که به یکی از سه روش زیر برای حرکت به طرف بالای تخت به پرستار کمک نماید:
 - دست‌های خود را به قسمت بالای تخت بگیرد.
 - با فشار دادن آرنج‌ها روی تشک قسمت فوقانی تنه را بلند نماید.
 - دست‌های خود را به میله روی تخت بگیرد.
- (۶) وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید
- (۷) با بالا آوردن سر تخت، گذاشتن بالش‌ها 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) 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) مراحل 1-3 از روش حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت را انجام دهید.
- ۲) بیمار را به کنار تخت، مقابل جثتی که قرار است برگردانیده شود بیاورید.
- ۳) در کنار تخت بیمار قرار بگیرید، 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.
- ۷) وزن خود را روی پای جلویی انتقال دهید.
- ۸) برای چرخاندن بیمار به پهلو به روش زیر عمل کنید:
 - یک دست خود را روی باسن دورتر بیمار و یک دست خود را روی شانه دورتر بیمار قرار دهید.
 - 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.
- ۹) 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:

- ✓ به جای دور کردن دست دورتر، لازم است دست دورتر بیمار را در امتداد بدن قرار دهید.
- ✓ بیمار را به طور کامل به روی شکم بغلطانید. هرگز بیماری را که به شکم خوابیده است روی 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 شماست 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 نشست 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 خن وضعیتی، روش آموخته شده توسط بیمار، وسعت فضایی که انتقال در آن صورت می گیرد. تعداد انتقال دهندگان (1 یا 2 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 ببندید 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

مراقبت معمول صبح

اهداف:

- ✓ آماده کردن بیمار جهت صبحانه
- ✓ ایجاد احساس خوشایند در بیمار
- ✓ 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. 10 - لیوان آب آشامیدنی را به بیمار بدهید که دهان خود را بشوید.
- (۱۰) مسواک را شسته و در جای مخصوص خود قرار دهید.
- (۱۱) لگن حمام را با آب نیم گرم تا نیمه پر کنید.
- (۱۲) لیف حمام را بصورت 3 گوش یا مستطیل در دست بگیرید.
- (۱۳) 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.
- (۱۴) 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.
- (۱۵) دست دیگر را نیز شسته و خشک کنید.
- (۱۶) موهای بیمار را شانه زده مرتب کنید.
- (۱۷) دستهای خود را بشوئید.

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 به روش زیر انجام دهید:
- در صورتی که بیمار هوشیار است از او بخواهید با خمیردندان و مسواک دندانها را تمیز کرده و با آب تمیز و نی آشامیدنی دهان را شستشو بدهد.
 - در صورت لزوم با محلول دهانشویه، دهان را بشوئید و لبها را با وازلین چرب کنید.
 - (۸) در صورتی که بیمار هوشیار نباشد دهانشویه را به روش زیر انجام دهید:
 - با استفاده از چوب زبان، دهان او را باز کنید.
 - 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.
 - اپلیکاتور را داخل کیسه نایلونی انداخته و اپلیکاتور دیگری به کار ببرید.
 - چنانچه دهان بیمار فوق العاده کثیف است از گاز و پنس یا چوب زبان و گاز استفاده کنید.
 - 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.
 - لبها را با وازلین چرب کنید.
 - دستکشها را خارج و 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 خمیردندان حاوی فلوراید استفاده کنید. در سالمندان خشکی دهان شدیدتر است چرا که ترشحات بزاق کاهش یافته است.

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

مشهد . میدان دکتر شریعتی . ابتدای خیابان احمدآباد

۰۵۱ ۳۸۴ ۰۰۰۰ - ۹

www.quaem.mums.ac.ir

✓ 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) دستهای 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، موها را شانه کرده و خشک کنید، ناخن ها را بگیرید، ملحفه ها را عوض کرده و دستهای خود را بشویید.

*** نکات مهم در حمام دادن بیماران:

شیرخواران:

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.

سالمندان:

- سالمندان 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.

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 2 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 بشویید.
- 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 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 بشوئید و خشک کنید.
- ۱۳) لباسها را در کیسه مخصوص البسه کثیف قرار داده و با زدن مارک مشخص به لنثری بفرستید.

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:

- وضعیت پوست قبلاً چگونه بوده است.
- از چه لوسیونی می توان استفاده کرد.
- 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 تا 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 ۳ تا ۵ 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 بیماری زا (با 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؛ 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

- رعایت بهداشت دستها
- استفاده از وسایل حفاظت شخصی مثل ماسک، گان، دستکش
- ضد عفونی کردن
- ایزوله (جداسازی)
- رعایت اصول پیشگیری کننده (واکسیناسیون)

رعایت بهداشت دستها

اهداف:

- ✓ کاهش تعداد میکرو ارگانیسم های موجود روی دست ها
- ✓ کاهش خطر انتشار میکروارگانیسم ها به بیماران
- ✓ کاهش خطر انتشار عفونت در بیماران

مشهد. میدان دکتر شریعتی. ابتدای خیابان احمدآباد

۰۵۱ ۳۸۴ ۰۰۰۰ - ۹

www.quaem.mums.ac.ir

✓ کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم های عفونی به خود شخص

الزامات برای رعایت بهداشت دستها:

- کوتاهی ناخن
- عدم استفاده از لوازم زینتی
- در پرسنل بهداشتی طول کل ناخنها بایستی ۰/۶ اینچ باشد (هر اینچ ۲/۵ سانتیمتر است).

بلندی ناخن باعث ایجاد موارد زیر می شود:

- انتقال عوامل عفونت را از یک بیمار به پرسنل
- انتقال عوامل عفونت را از یک پرسنل به بیمار دیگر
- انتقال عوامل عفونت را 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 کف ایجاد گردد. شستن دست، مالشی و دورانی باشد.
- (۴) کف دست راست را کاملاً به پشت دست چپ بکشید بطوریکه انگشتان بین هم قرار گیرند و بالعکس.
- (۵) کف دستها به یکدیگر مالش داده شوند بطوریکه انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً سائیده شوند.
- (۶) انگشتان دست راست را در کف دست به حالت قفل شده در هم، قرار داده و پشت انگشتان هر دو دست را با فشار بشوید.
- (۷) با کف یک دست انگشت شصت دست دیگر را به صورت چرخشی کاملاً بسائید و بالعکس.
- (۸) نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو و تمیز نمایید و بالعکس.
- (۹) دستها و مچ را کاملاً آبکشی کنید.
- (۱۰) دستها را با دستمال کاغذی کاملاً خشک نمایید.
- (۱۱) با همان دستمال کاغذی شیر آب را ببندید و از بستن آن با دست خودداری نمایید زیرا موجب آلوده شدن مجدد دستها می گردد.
- (۱۲) مدت زمان مناسب برای شستشوی دست ها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.





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 ضد آب 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 که احتمال پاشیده شدن خون ومایعات 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 آئروسل 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.
- صرف نظر 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

(۶) شستن دست

ضد عفونی

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

عوامل گندزدا را به سه دسته می توان تقسیم کرد:

ضد عفونی کننده های High Level (سطح بالا)

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

وسائلی که باید گندزدایی سطح بالا شوند:

- وسائل مربوط به امور دندان پزشکی
- نوک دستگاه تونومتر (اندازه گیری فشار داخل چشم)
- کلیه تجهیزات تنفس (اعم از ماسک اکسیژن، مانومتر، تیغه های لارنگوسکوپ، آمبویگ، لوله های خرطوم، ماسک بی هوشی، شیشه ساکشن)

*** بعد از استفاده با آب و دترجنت آنزیمی شسته و تمیز می گردند؛ سپس گندزدایی سطح بالا انجام می شود .

ضد عفونی کننده های Intermediate Level (سطح متوسط):

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

وسائلی که باید گندزدایی سطح متوسط شوند:

وسائل مربوط به دندان پزشکی، اسپیکولوم گوش و وسائل معاینه گوش و بینی، ترمومتر در فواصل بین بیماران، قسمت سر ماشین ریش تراش برقی، بالش و تشک پلاستیکی، مانیتور و پدالهای دفیبریلاتور، تلفن، کیبورد رایانه

ضد عفونی کننده های Low Level (سطح پایین):

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 و ترکیبات آمونیوم

وسائلی که باید گندزدایی سطح پایین انجام شود:

لوازم و اسباب نوزاد، وان حمام، ملحفه، عصا، تابلوی بالای سر بیمار، اسباب و لوازم بیمار، میز غذاخوری، لاکرها، انکیباتور، دیوار، لگن، تخت، نرده کنار تخت، الکتروود دستگاه نوار قلب و نوار مغز

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 میکروارگانیسمهای بیماری زا.

انواع ایزوله

۱. ایزوله (جداسازی) هوایی:

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

نکات مربوط به ایزوله هوایی

- 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.

۲. ایزوله قطره ای:

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 قطره ای

- 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.

۳. 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 بشوید.
- 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.
- جراحات های پوستی و سوختگی پوست از جمله بیماری هایی هستند که نیاز به ایزوله تماسی دارند.
- 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. وبا و اسهال حاد، هپاتیت A در این دسته قرار می گیرد، زیرا این بیماری از طریق مدفوع منتقل می گردد.

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، شیمیایی و فیزیکی می شود.

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

- ۱) مواجهه از راه پوست (فرو رفتن سوزن به پوست)
- ۲) مواجهه غشاهای مخاطی (پاشیده شدن مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان)
- ۳) 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, HB, HC

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 پرئودیک 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 بدنبال تماس با نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده می باشد و انتقال از طریق تماس مخاطات نادر است.

HIV

- متوسط خطر انتقال بدنبال 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:
- 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 بی درنگ با آب و صابون بشوید.
- (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 بشوید.
- (۴) اگر چشم ها آلوده شده اند در حالیکه چشم ها باز است با آب یا نرمال سالین بشوید.
- (۵) اگر دهان آلوده شده است (ریختن خون یا مایعات بدن) آن را از دهان خارج کرده و دهان را بشوید.
- (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: ایست قلبی تنفسی

ایست قلبی تنفسی

ایست قلبی تنفسی بی گمان یکی از خطرناکترین وضعیت هایی است که نیاز به اقدام فوری و سنجیده جهت حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران ناپذیر سیستم های حیاتی بدن دارد. ایست قلبی تنفسی یکی از مواردی است که بطور غیر منتظره در هر زمان و مکانی اتفاق می افتد و نیمی از مرگ و میر ها ناشی از آن می باشد. 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 می‌شوید، برطبق روند زیر عمل کنید:

۱. تشخیص عدم هوشیاری:

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

۲. فریاد کمک:

اگر هیچ عکس العملی 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 گزیفویید 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 گرفته اند 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 ۳/۵ تا 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 می شود 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 صورتیکه 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 با کشش 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. برقراری راه هوایی (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 را مسدود 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.

تشنج

نشانه بروز یک فعالیت عصبی همزمان و غیر طبیعی و شدید در مغز است.

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 - قطع موقت تنفس
- از دست دادن کنترل ادرار یا مدفوع

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 می شود و هم چنین از آنجائیکه ریختن هر ماده ای بر سطح زمین سبب سر شدن آن می شود، 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 روشهایی 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 آژیته، 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 بیمار گره 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.

* مهار فیزیکی چهار اندام به طور همزمان ممنوع می باشد.

* حریم خصوصی بیمار را حین مهار فیزیکی حفظ کنید.

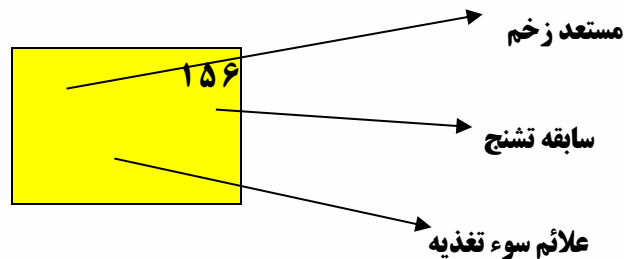
* در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است.

* در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد.

کدبندی دستبند شناسایی بیماران

کد	بیمار در معرض خطر	معیار ارزیابی	محدوده امتیاز جهت تعلق برچسب زرد
۱	مستعد یا مبتلا به زخم بستر	معیار برادن	امتیاز کمتر از ۱۲
۲	در معرض سقوط	با معیار مورس	امتیاز بیشتر از ۴۵
۳	احتمال ترومبوآمبولی	معیار ولز	امتیاز بیشتر از ۶
۴	ریسک خود کشی	ارزیابی اولیه (در صورت نیاز تکمیل فرم ارزیابی اعصاب و روان)	در صورتی که آیتم خودکشی مثبت بود / بیمار با تشخیص اختلالات روان / بیمار ارجاعی از زندادان
۵	سوء تغذیه	ارزیابی اولیه	در صورت ارجاع به کارشناس تغذیه
۶	تشنج	ارزیابی اولیه	در صورتی که آیتم تشنج مثبت بود
۷	پلی فارمیسی	ارزیابی اولیه و چک روزانه دستورات دارویی	بیماری که همزمان ۴ دارو از گروه های دارویی پرخطر را دریافت می کند (دستورالعمل داروهای پرخطر)

*** لازم به ذکر است کد و رنگ برچسب دستبند پس از انجام ارزیابی اولیه توسط پرستار تعیین می گردد و باتوجه به تغییر شرایط بیمار قابل تغییر می باشد و در صورت چند موردی بودن وضعیت بیمار کدهای مربوطه در کنار هم قرار می گیرد؛ به طور مثال بیمار با معیار برادن ۸ و علایم سوء تغذیه و سابقه تشنج کد ۱۵۶ با ماژیک (غیر وایت برد) روی برچسب زرد درج خواهد شد.



*** جهت بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده از برچسب قرمز جهت بیماران گردشگر سلامت از برچسب سبز روی دستبند شناسایی بیمار استفاده می گردد.

*** لازم است بیماری که به هر دلیلی **برچسب زرد** یا قرمز دریافت کرد، با حفظ حریم خصوصی و رازداری اقدامات درمانی لازم از پزشک معالج اخذ و اجرا گردد.

*** مسئولیت حفظ و نگه داری و کنترل دستبند شناسایی بیمار با کمک بهیاران است.

شناسایی بیمار چگونه صورت می گیرد؟

- بهترین روش استفاده از سوالات غیر القایی و سوال از خود بیمار ، از طریق پرونده بیمار و
- دستبند شناسایی و حداقل استفاده همزمان از دو شناسه: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال
- در صورت مشابهت اسمی شناسه سوم، یعنی نام پدر نیز اضافه می شود.
- استفاده از تلفن همراه در داخل فضاهاى درمانی بخش های بالینی ممنوع می باشد.

فصل هشتم: مراقبت از جسد

پس از اینکه پزشک مرگ بیمار را تایید کرد و آن را در پرونده ثبت نمود مراقبت از بدن جسد طبق مقررات 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 اتاق 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.
- قسمت های کثیف 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.
- دستها 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 فوت 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.

فصل نهم: هموویژولانس

تعریف هموویژولانس و اهمیت آن:

همو به معنای خون و VIGILANCE به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژولانس بکار می رود. هر بیمارستانی باید از روش عملیاتی استاندارد مکتوبی جهت تزریق فرآورده ها و عناصر خونی به ویژه در شناسایی نهایی بیمار، کیسه خون، برچسب سازگاری و ثبت مستندات مربوطه مطابق با ضوابط سازمان انتقال خون استفاده نماید.

در نظام مراقبت از خون (هموویژولانس) چهار فرآیند مهم ذیل مورد پایش قرار داده می شود:

۱- درخواست خون و فرآورده توسط پزشکان مراکز درمانی بر اساس راهنمای بالینی مندرج در فرم های طراحی شده

۲- استاندارد سازی بانک خون بیمارستان ها

۳- انجام آزمایشات سازگاری قبل از تزریق مطابق روش های استاندارد

۴- نظارت بر فرآیند تزریق خون و عوارض احتمالی پس از آن

خون کامل Whole Blood: کیسه هایی که درحال حاضر استفاده می شوند یک واحد خون کامل حاوی ۴۵۰ میلی لیتر خون و ۶۳ میلی لیتر از ماده ضد انعقاد در ماده نگهدارنده است.

گلوبول قرمز (Packed Red Blood Cell): از خون کامل که ۲۰۰ تا ۲۵۰ میلی لیتر پلاسما از آن جدا شده باشد تهیه می شود.

پلاکت: در انعقاد خون نقش دارد و از خون کامل تهیه می شود.

پلاسمای تازه منجمد (Fresh Frozen Plasma (FFP): شایع ترین فرآورده پلاسمایی بوده که به معنای جدا سازی پلاسما از خون کامل می باشد.

کرایو پرسیپیتیت (Cryoprecipitated): یک منبع تغلیظ شده از بعضی پروتئین های پلاسما می باشد که از ذوب یک واحد FFP در دمای ۶ درجه سانتی گراد به دست می آید.

نمونه گیری

- از ورید برای گرفتن نمونه خون استفاده شود.
- استفاده از دستکش لاتکس یا وینیل برای پیشگیری از عفونتهای منتقله از طریق خون بسیار ضروری است.
- پرستار نباید تورنیکه را به مدت طولانی و بسیار محکم ببندد (باعث تغلیظ کاذب خون می شود)
- چنان چه بیمار هوشیار است، قبل از نمونه گیری از خود فرد نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون مقایسه نمایید.
- چنان چه بیمار غیر هوشیار است یا در موارد اورژانس، باید طبق دستورالعمل های داخلی در هر بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد. وجود مچ بند بسیار حائز اهمیت است.
- نمونه باید دارای حجم ۱۰-۵ میلی لیتر باشد. می توان از نمونه های لخته و یا لوله ای که دارای EDTA است استفاده کرد.
- از برچسب **زدن قبلی لوله های چند بیمار** (به عنوان مثال در ایستگاه پرستاری) و سپس اقدام به نمونه گیری از بیماران **شدیدا پرهیز گردد**. استفاده از لیبیل زن بسیار مطلوب است و موجب سهولت کار می شود.
- تایید هویت بیمار
- مطابقت هویت با اطلاعات موجود در فرم های درخواست، مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی الزامی است.
- در صورتی که مشخصات برگه درخواست با مشخصات کیسه خون و هر دو با اطلاعات موجود در فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار، همخوانی داشته باشد؛ اجازه تزریق خون داریم.

اگر کیسه خون یا فرآورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد باید به بانک خون عودت داده شود.

- هرگونه نشأت از کیسه
- رنگ غیر طبیعی
- همولیز
- وجود لخته
- گذشتن از تاریخ انقضاء فرآورده
- وجود کلوئید در پلاسما
- وجود حباب گاز در کیسه
- دمای نامطلوب
- برچسب ناسالم