

دستور العمل وظایف کمک پرستاری

تجدیدنظر دوم ۱۴۰۳
بیمارستان سینا



واحد مراقبت و درمان

دستورالعمل شستشوی پرینه

اهداف:

- ۱- برطرف نمودن ترشحات طبیعی ۲- رفع بوی ناحیه پرینه ۳- پیشگیری از عفونت ادراری

شستشوی پرینه در چه بیمارانی باید انجام شود؟

۱. بیماران دارای سوند ادراری
۲. بیماران با کاهش سطح هوشیاری
۳. بیمارانی که قادر به خروج از تخت نمی باشند (پوشک می شوند)

وسایل مورد نیاز:

ست شستشوی شامل (رسیور ، گالی پات، پنبه ، پنس) - ملحفه

اقدامات:

۱. کلیه وسایل را بر بالین بیمار آماده کنید .
۲. دستان خود را بشوید و دستکش بیوشید .
۳. به بیمار توضیح دهید که چه اقدامی می‌خواهید انجام دهید .
۴. حریم خصوصی بیمار را فراهم نمایید (پرده ها را بکشید - همراه را از اتاق خارج کنید - پنجره اتاق را ببندید)
۵. بیمار را در وضعیت مناسب (به پشت خوابیده ، زانوهای خمیده و پاها از هم باز) قرار دهید .
۶. وضعیت پرینه را از نظر (هر گونه زخم و قرمزی ، التهاب ، خراش یا تورم به ویژه بین لبهای واژن در بیماران زن و چین اسکروتال در بیماران مرد ، وجود ترشحات بیش از حد و بد بو) بررسی کنید و به پرستار گزارش دهید .
۷. پرینه بیمار را با پنبه آغشته به محلول آب ساده و کمی صابون به طریق زیر تمیز کنید :
(a) از هر پنبه فقط یک بار استفاده کنید
(b) همیشه پنبه را از بالا به پایین به آرامی روی پرینه بکشید .
۸. ناحیه اطراف پرینه و مقعد را با استفاده از گاز خشک کنید . توجه داشته باشید همیشه گاز را از پرینه به طرف مقعد بکشید .
۹. در صورت نیاز یک پد از جلو به عقب روی پرینه بیمار قرار دهید و با شورت مخصوص (سرجی) فیکس کنید و یا بیمار را پوشک کنید .
۱۰. دروشیت بیمار را تعویض کنید .
۱۱. دستکش خود را بیرون بیاورید . وسایل را جابجا کنید و دستان خود را بشوید .



واحد مراقبت و درمان

دستورالعمل گاوژ

سوند معده یا (NG tube) چیست ؟

سوند معده در زمانی که فرد به اختلال بلع دچار می‌شود روشی برای رساندن مواد غذایی به بدن است. در این هنگام فرد در خوردن و آشامیدن و دریافت مواد غذایی ناتوان می‌شود. سوند معده یک تیوب بلند و نازک است که غذا را از طریق بینی به معده می‌رساند. این لوله از یک جنس نرم و قابل انعطاف ساخته شده است .

گاوژ چیست؟

غذا خوردن از نیازهای اولیه همه افراد است. گاهی رفع این نیاز اولیه به علت برخی بیماری‌ها، بی‌اشتهایی، اختلال در بلع، جراحی و ... از طریق تغذیه دهانی امکان پذیر نمی‌باشد و باید از روش‌هایی نظیر تغذیه با لوله استفاده کرد، به تغذیه از طریق لوله گاوژ کردن می‌گویند.

نکاتی که قبل از گاوژ باید رعایت نمود :

- اگر بیمار دارای لوله تراکتوستومی یا لوله تراشه است از نداشتن ترشحات مطمئن شوید در غیر این صورت ابتدا بیمار را ساکشن نموده و سپس عمل گاوژ را انجام دهید .
- از قرار داشتن سوند معده در داخل معده اطمینان حاصل کنید. برای این کار:
 - ✓ با سرنگ ترشحات معده را بکشید ممکن است محتویات معده به داخل سرنگ برگشت یابد.
 - ✓ در صورت عدم برگشت مواد، با سرنگ گاوژ ۵۰ سی سی هوا به داخل لوله معده وارد کنید. باید صدای ورود هوا به معده را بتوانید با گوشی پزشکی از داخل معده بشنوید.
- بعد از انجام پروسیجر گاوژ بهتر است نیم تا یک ساعت بیمار به صورت نیمه نشسته باشد .
- زمان نگهداری لوله معده ۵ تا ۷ روز می باشد .
- غذای بیمار را بعد از ۲۴ ساعت دور بریزید .
- دمای غذای بیمار همسان با دمای اتاق باشد و از دادن غذای سرد و داغ به بیمار خود داری کنید .

اقدامات :

- ۱) بیمار باید در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
- ۲) برای جلوگیری از ورود مواد غذایی به ریه بیمار پیش از هر بار تغذیه مطمئن شوید که لوله در معده قرار دارد.
- ۳) قبل از هر بار گاوژ باید لاولژ انجام شود برای انجام لاولژ باید یک سرنگ گاوژ و رسیور یکبار مصرف به همراه داشته باشید .
- ۴) باقیمانده معده را بررسی کنید. در صورتی که بیشتر از ۱۰۰ سی سی غذا در معده باقی مانده باشد، نشان دهنده تأخیر در تخلیه معده است. مایع کشیده شده را به معده بازگردانید و تغذیه بیمار را در آن جلسه حذف کنید.
- ۵) نوع محلول برگشتی از نظر اینکه غذا یا شیر معده است باید مشخص و در فرم چارت مایعات و گزارش پرستاری ثبت گردد

۶) برای شروع گاوآژ پیستون سرنگ باید خارج گردد و سرعت ورود مایعات به داخل معده با فشار جاذبه صورت گیرد .
۷) شروع گاوآژ بعد از ناشتا بودن بیمار با آب ساده یا سرم قندی ۵ درصد یا آبمیوه طبیعی تازه ترجیحاً آب سیب صاف شده صورت گیرد.

۸) بهتر است در شروع گاوآژ از حجم ۵۰ سی سی هر ۴ ساعت استفاده شود و در صورت تحمل حجم گاوآژ هر ۴ ساعت ۲۵ سی سی به حجم قبلی اضافه شود تا به میزان مورد نظر کارشناس تغذیه برسد.

۹) مایع گاوآژ باید به آرامی و در مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تزریق شود.
۱۰) قبل از این که محلول غذایی به طور کامل تمام شود حدود ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب ساده را به درون سرنگ بریزید تا لوله شسته شود.

۱۱) تا ۳۰ دقیقه بعد از گاوآژ بیمار باید پوزیشن نیمه نشسته داشته باشد .

نکات مورد توجه در نگهداری لوله گاوآژ چیست ؟

- A. در هنگامی که از لوله گاوآژ استفاده نمیشود سوند معده را کلمپ کنید و بسته باشد. چون احتمال خارج شدن محتویات معده از آن وجود دارد و ممکن است ماده گاوآژ شده با جابجایی و یا سرفه کردن بیمار مسیر برعکس را طی نماید و از طریق لوله معده خارج شود.
- B. پس از هر بار استفاده از گاوآژ مسیر لوله معده با آب شسته شود چون باقی ماندن مواد گاوآژ باعث گرفتگی سوند معده میشود و از طرفی احتمال آلودگی و ورود میکروب به معده را بیشتر میکند. برای انجام این کار مقداری آب را با سرنگ پس از غذا دادن بیمار به داخل سوند معده گاوآژ کنید دقت کنید همواره مسیر لوله معده تمیز و باز باشد چون در صورت بسته شدن مسیر و خشک شدن ماده گاوآژ در مسیر لوله معده احتمال اینکه مجبور به تعویض و گذاشتن لوله معده بشوید وجود دارد.
- C. در بیمارانی که لوله معده (گاوآژ) دارند سربیمار همیشه کمی بالاتر باشد بخصوص موقع انجام گاوآژ و غذا دادن به بیمار .
- D. غذاهای که از طریق سوند معده گاوآژ میکینید حتما میکس شود و رقیق باشد .

ثبت گزارش پرستاری توسط پرستار

۱. حجم لاواژ بیمارستان سینا

۲. نوع مایع برگشتی (غذا - شیر معده)

۳. حجم گاوآژ

۴. نوع مایع گاوآژ

۵. زمان گاوآژ

۶. پوزیشن بیمار حین گاوآژ



واحد مراقبت و درمان

دستورالعمل دهانشویه

اهداف : پیشگیری از عفونت های دهانی ، پیشگیری از پنومونی و عفونتهای تنفسی ، رفع بوی بد دهان ، برقراری آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز

۱. حوله صورت
۲. رسیور
۳. لیوان حاوی محلول کلروهگزیدین
۴. ماده چرب کننده (برای چرب کردن لب)
۵. سرنگ ۱۰ سی سی
۶. ساکشن
۷. مسواک نرم
۸. خمیر دندان آنتی باکتریال
۹. سواپ یا آبلانگ
۱۰. چراغ قوه
۱۱. کاتتر ساکشن
۱۲. سرم نرمال سالین

توجه: اولین بررسی دهان را در بدو پذیرش بیمار و سپس هر ۱۲ ساعت انجام دهید.

اقدامات :

۱. دست ها را بشوید و دستکش بپوشید
۲. در صورت هوشیاری بودن بیمار به بیمار توضیح دهید که میخواهید دهان او را تمیز کرده و مسواک بزنید
۳. ماسک بزنید و ترجیحا از عینک محافظ استفاده کنید
۴. دهان بیمار را به آرامی باز کرده و ضمن مشاهده لب ها ، درون حفره دهان را با استفاده از چراغ قوه خوب بررسی کنید
۵. به هر گونه علائم مشکوک شامل : بو - دلمه - ضایعه - زخم - بافت قرمز و خونریزی دهنده توجه کرده و محل و ویژگی آن را ثبت و گزارش کنید .
۶. در بیماری که لوله تراشه ندارد ، او را به پهلو بچرخانید و اگر ممکن نیست برای جلوگیری از آسپیراسیون سر بیمار را به پهلو بچرخانید .
۷. با یک مسواک بچه گانه نرم با کمی خمیردندان ، به آرامی تمام سطوح خارجی و داخلی دندان ها و لثه ها را با حرکات چرخشی مسواک بزنید .

۸. پس از مسواک دندان ها ، تمام سطح زبان و کام را با حرکات عقب به جلو به آرامی مسواک بزنید .
۹. بعد از مسواک هر قسمت از دهان ، با سرنگ در همان قسمت سرم شستشوی نرمال سالین ریخته و با همان سرنگ آسپیره کنید .
۱۰. با استفاده از سرنگ یا توسط ساکشن ، تمام خمیر دندان را از دهان بیمار آسپیره کنید .
۱۱. دندان ها ، لثه ها ، زبان ، کام را هر ۱۲ ساعت یکبار مسواک بزنید .

در مورد بیماران دارای لوله تراشه:

- ✚ اگر بیمار دندان دارد و همکاری ندارد، برای جلوگیری از گاز گرفتن لوله تراشه باید در دهان بیمار (air way) با سایز مناسب قرار داده شود
- ✚ در بیمار دارای لوله تراشه با خواندن اعداد روی لوله توجه کنید که چند سانتی متر از لوله تراشه در دهان قرار دارد .
- ✚ در این بیمار باید هر بار قبل از مسواک زدن ساکشن عمیق حلق توسط پرستار انجام شود و از پر بودن کاف لوله تراشه اطمینان حاصل شود .
- توجه :** ساکشن حلق در موارد زیر باید حتما در اولویت قرار گیرد :
- قبل از خارج کردن لوله تراشه
 - قبل از پر و خالی کردن کاف (که به منظو پیشگیری از نكروز راه هوایی انجام می شود)
 - قبل از تعویض لوله تراشه

در مورد بیماران دارای ایروی (air way)

- در مورد بیمارانی که کاهش هوشیاری دارند و به علت فلج و عدم کنترل حرکت کافی عضلات دهان و یا اگر دهان را به سختی باز می کند و همکاری ندارد باید از **ایروی (air way)** استفاده کرد.
۱۲. اگر راه هوایی (air way) در دهان وجود دارد در انتهای کار آن را خارج نموده تمیز کنید ، بشویید و دوباره در دهان قرار دهید .
۱۳. در هر بار مسواک زدن دهان و حلق را ساکشن کنید .
۱۴. مقدار کمی از ژل مرطوب کننده را با انگشتان خود با استفاده از سواپ یا آبسلانگ که سر آن پنبه پیچیده شده روی تمام سطح مخاط دهان بمالید .
- نظافت دهان هر ۳ ساعت با کلرهگزیدین و سواپ انجام شود
- سپس ژل مرطوب کننده را هر ۳ ساعت در مخاط دهان و لب ها بمالید .

***** پس از اتمام اقدامات : کلیه اقدامات و مشاهدات را به پرستار گزارش و در پرونده بیمار ثبت شود .**

ابزار بررسی دهان BRUSHED		
بررسی لثه ها ، مخاط دهان ، وضعیت انعقادی بیمار	Bleeding	خونریزی
بررسی لثه ها ، زبان ، خشکی دهان ، استئوماتیت آنتی بیوتیکی	Redness	قرمزی
بررسی اندازه زخم ، شکل زخم ف زخم هرپسی ، زخم آفتی	Ulceration	زخم
بررسی غلیظ بودن یا آبکی بودن بزاق ، زیاد بودن ، خشکی دهان	Saliva	بزاق
عدم وجود بوی بد ، ویژگی : بوی اسید – بوی تعفن	Halitosis	بوی بد دهان
بررسی از نظر ترک یا قرمزی گوشه و حاشیه دهان ، وجود لوله نای و باند و گازی که لوله با آن در اطراف دهان بسته شده ، کثیف بودن آن	External Factors	عوامل خارجی
بررسی از نظر وجود پلاک ها – پوسته های مشهود و مواد خارجی چسبیده به لوله تراشه و ایروی و وسایل تثیت کننده	Debris	پوسته ها
این ابزار در شناسایی علائم خطر بالینی در هنگام بررسی دهان کمک می کند		توضیحات

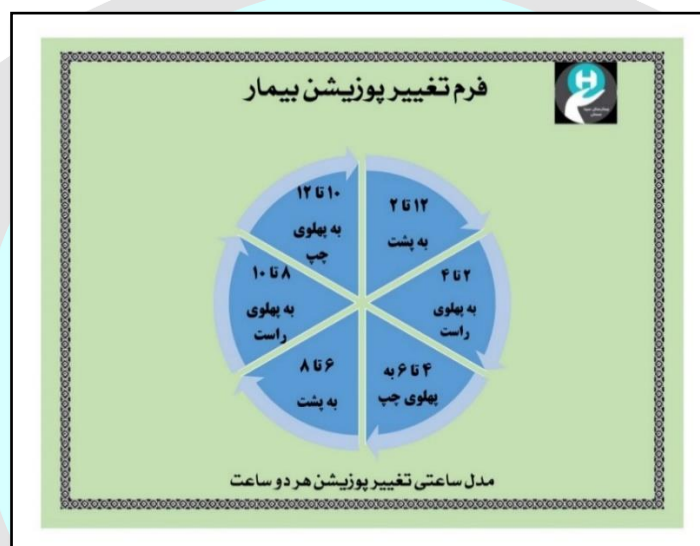
ابزار بررسی دهان Jenkins									
وضعیت تغذیه		وضعیت راه هوایی		سن بیمار		شرایط دهان		قدرت جویدن	
خوب	۴	طبیعی	۴	۱۵-۲۹	۴	خوب	۴	کامل	۴
متوسط	۳	دریافت اکسیژن	۳	۳۰-۴۹	۳	متوسط	۳	کمی مختل	۳
بد	۲	وجود لوله تراشه	۲	۵۰-۶۹	۲	بد	۲	خیلی محدود	۲
خیلی بد	۱	تنفس با دهان باز	۱	بالتر از ۷۰	۱	خیلی بد	۱	بی حرکت	۱
امتیاز ۱۵ و بالاتر			امتیاز ۱۴-۱۲			امتیاز کمتر از ۱۲			
مراقبت دهانی هر ۳ ساعت			مراقبت دهانی هر ۲ ساعت			مراقبت دهانی هر ۱ ساعت			
اگر بیمار شرایط : دیابت - هموگلوبین پایین - نقص سیستم ایمنی - دریافت دوز بالای آنتی بیوتیک - دریافت استروئید ؛ داشته باشد یک نمره از کل نمرات وی کسر می گردد .									



واحد مراقبت و درمان

دستورالعمل تغییر پوزیشن بیمار

• راهنمای زمانی تغییر پوزیشن در بخش‌های ویژه (ساعت چرخاندن بیمار)



- قبل از شروع به کار به پرستار اطلاع داده شود تا برای نظارت بر این کار آماده باشد.
- بدن بیمار باید کاملاً تمیز و خشک باشد و اگر لازم است باید قبل از تغییر پوزیشن پوشک و لباس مرطوب تعویض شود
- ملحفه باید تعویض گردد .
- تشک مواج باید سالم باشد . سلول های تشک مواج را امتحان کنید باید کامل از هوا پر باشد . در صورت خالی و خراب بودن تشک مواج خطر ایجاد زخم خواهد شد (به مسئول شیفت جهت تعمیر و اصلاح تشک اطلاع دهید)
- هر گونه تا خوردگی ملحفه زیر بیمار باعث ایجاد زخم می گردد لذا باید ملحفه کاملاً کشیده و صاف زیر بیمار قرار بگیرد.
- کاملاً بررسی شود که لوازم و تجهیزات پزشکی مانند سیم مانیتور، سرنگ گاوآژ، سرسوزن و ... زیر بدن بیمار نمانده باشد.
- دروشیت یا هر نوع پوشش دارای پلاستیک زیر بیمار نباید مستقیم با پوست بیمار تماس داشته باشد (منجر به عرق کردن پوست و زخم بستر می گردد)



- اگر بیمار نیاز به مهار فیزیکی دارد باید از دستبند پارچه‌ای با بند بلند و ویل باند (ویبریل) برای بستن زیر دستبند استفاده گردد. (به هیچ عنوان دستبند مهار فیزیکی را به نرده های تخت ننبدید با بالا و پایین بردن نرده تخت باعث کشیدگی اندام خواهد شد)
- **زمان تغییر پوزیشن بیمار از زمان گاوژ کردن بیمار حداقل ۳۰ دقیقه گذشته باشد :** در زمان گاوژ بیمار (غیر اینتوبه) باید پوزیشن نیمه نشسته داشته باشد و تا نیم ساعت به همین وضع بماند و سپس تغییر پوزیشن سیکل بعدی انجام شود. (زمان های تغییر پوزیشن باید ما بین زمان های گاوژ تنظیم گردد.)
- در زمان تغییر پوزیشن به نواحی فشار بدن بیمار که در سیکل قبلی زیر بدن بوده توجه و مشاهده شود نباید علایم زخم فشاری وجود داشته باشند



بیمارستان سینا



- در بیماران دارای لوله تراشه باید قبل از تغییر پوزیشن ساکشن دهان انجام شود تا از بیرون ریختن ترشحات دهان در پوزیشن‌های مختلف و در نتیجه نیاز به تعویض لباس و ملحفه به دلیل مرطوب شدن پیشگیری شود
- نواحی فشار بدن بیمار باید با تشک مواج در تماس باشد و یا هیچ فشاری روی آن نباشد مثلاً گوش نباید با فشار سر به شدت به بالش فشرده شود یا اگر قصد بالا بردن زیر پاها وجود دارد نباید پاشنه‌ها فشار زیادی ببینند.

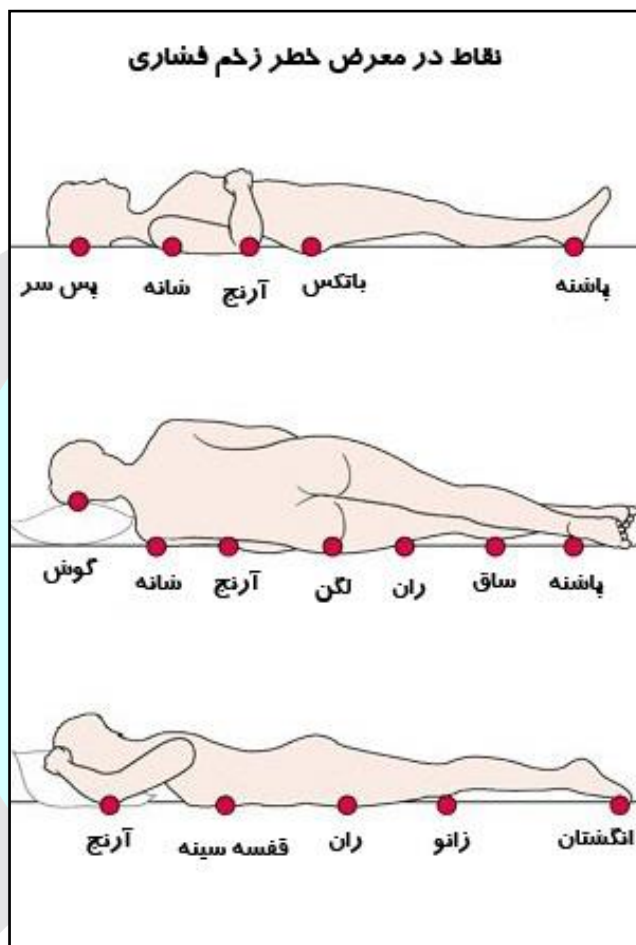


سمان

توجه : در هنگام تغییر پوزیشن بیمار باید مراقب اتصالات بیمار باشید :

- یورین بگ بیمار را آزاد کنید و روی چارپایه قرار دهید (دقت کنید یورین بگ باید همیشه پایین تر از سطح بدن قرار بگیرد تا از عفونت ادراری بیمار پیشگیری گردد)
- در زمان تغییر پوزیشن بیمار دارای لوله تراشه ، باید پرستار حضور داشته باشد و با مراقبت سر بیمار از جابجایی و خارج شدن اتفاقی لوله تراشه جلوگیری گردد .

C. در زمان جابجایی بیمار باید از محل اتصال سرم بیمار و هر گونه اتصالات دیگر شامل (چست تیوب-کاتترهای متصل به بیمار- CVL) مراقبت گردد تا از کشیدگی و خارج شدن و یا جابجایی این لوازم پیشگیری شود



بیمارستان سینا
سمنان



واحد مراقبت و درمان

دستورالعمل مهار فیزیکی

تعریف :

استفاده از وسایل محافظ جهت کنترل حرکات غیر طبیعی و آسیب رساندن به خود در بیماران

وسایل مورد نیاز :

۱. دستبند پارچه ای
۲. باند ویریل
۳. گاز و پنبه خیس برای تمیز کردن اندام قبل از بستن
۴. یک ماده چرب کننده

روش اجرایی :

۱. پرستار مسئول بیمار پس از ارزیابی اولیه و ارزیابی های مستمر در حین بستری ، بیمار را جهت نیاز به مهار فیزیکی شناسایی می کند .(دستور مهار فیزیکی باید توسط پزشک در پرونده بیمار ثبت گردد)
۲. برای جلوگیری از آسیب به بیمار در کنار بدساید از ملحفه رول شده استفاده کنید .
۳. برای مهار فیزیکی باید از دستبند پارچه ای پهن استفاده شود
۴. قبل از بستن دستبند دست و پای بیمار را از نظر هر گونه زخم ، ترک پوستی ، تاول و کبودی بررسی کنید .
۵. محل مهار فیزیکی را با پنبه کامل تمیز کنید . در صورت خشکی پوست را با ماده چرب کننده چرب کنید و ماساژ دهید .
۶. باند ویریل را دور دست و پای محل مهار فیزیکی ببندید سپس دستبند مهار فیزیکی را فیکس نمایید .
۷. هر یک ساعت باید مهار فیزیکی باز شده و اندام از نظر آسیب و فشار روی پوست بیمار کنترل گردد .
۸. ارزیابی مستمر بیمار توسط پرستار و کمک پرستار از نظر (شرایط و حال عمومی بیمار پس از استفاده از مهار – احتمال سقوط از تخت – زخم فشاری – صدمات بافتی و آسیب به خود) انجام شود .
۹. در حین انتقال و جابجایی بیمار از بدساید برانکارد و کمر بند ایمنی برای حفاظت بیمار استفاده می کند .
۱۰. در کمترین زمان ممکن در صورت آرام شدن بیمار مهار فیزیکی را باز کنید . (بستن مداوم مهار فیزیکی ممنوع می باشد)
۱۱. زمان شروع مهار فیزیکی-زمان اتمام و شرایط بیمار در حین مهار فیزیکی به پرستار جهت ثبت در گزارش پرستاری اعلام نمایید .