

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

موضوع :

بررسی وضعیت تغذیه سالم

و رژیم های غذایی بیمارستانی

تغذیه :

۱- تغذیه نیاز اصلی انسان است اما این نیاز در طول زندگی در طی رشد و تکامل

و تغییر در وضعیت سلامتی تغییر می نماید .

علم تغذیه شامل مطالعه مواد مغذی و چگونگی دریافت آنها توسط بدن است . مواد

غذائی به ۶ دسته اصلی کربوهیدرات ها ، پروتین ها و لیپیدها ، ویتامینها مواد معدنی

و آب تقسیم می شود و سه دسته اول انرژی زا هستند و سه دسته دوم غیر انرژی زا

، انرژی یک غذا با واحد کیلو کالری (*Kcal*) سنجیده می شود .

میزان متابولیسم پایه (*BMR*) انرژی است که فرد در هنگام استراحت به آن نیاز دارد

و برای حفظ فعالیت های نگهدارنده حیات ، مانند ضربان قلب و ... ضروری است .

مواد غذائی

مواد غذائی انرژی زا

کربوهیدرات ها ترکیبات آلی هستند که جزو فراوان ترین و ارزان ترین منبع انرژی

می باشند هر گرم آنها ۴ کیلو کالری انرژی تولید می کنند واحد سازنده کربوهیدرات

ها ساکارید است و بر همین اساس به ۲ گروه کربوهیدرات های ساده

(مونوساکاریدها و دی ساکاریدها) و کربوهیدرات های مرکب (پلی

ساکاریدها) تقسیم بندی می شوند .

گلوکز که یک مونوساکارید است که پرمصرف ترین کربوهیدرات است .

پروتئین ها

پروتئین ها جزء حیاتی هر سلول می باشند و هر گرم آنها نیز ۴ کیلو کالری انرژی تولید می کند. همه پروتئین ها از ۲۲ واحد سازنده به نام آمینو اسید ساخته شده اند که ۹ تای آنها ضروری هستند یعنی بدن قادر به ساخت آنها نیست. پروتئینها به ۲ دسته کامل (کیفیت بالا) و ناقص (کیفیت پایین) تقسیم می شوند .

معمولاً پروتئین های حیوانی کامل و پروتئین های گیاهی ناقصند ، پروتئین ها تنها منبع نیتروژن بدن هستند و تعادل نیتروژنی هنگامی برقرار است که نیتروژن وارد شده به بدن و نیتروژن دفع شده از بدن برابر باشند . این تعادل هنگام مقایسه بین کاتابولیسم (تخریب بافت) و آنابولیسم (ساخت بافت) بکار می رود .

چربی ها

چربی ها انرژی زا ترین عنصر غذایی هستند و هر گرم آنها ۹ کیلو کالری انرژی تولید می کنند این مواد از اسیدهای چرب و تری گلیسریدها ساخته شده اند اسیدهای چرب خود شامل دو دسته اسیدهای چرب اشباع و اسیدهای چرب غیر اشباع هستند همچنین آنها را ، به دو دسته اسیدهای چرب ضروری و غیر ضروری طبقه بندی می نمایند تنها اسید چرب ضروری برای انسان ها اسید لینولیک است که بدن قادر به ساخت آن نمی باشد .

کلسترول نیز یک چربی اشباع شده است و مهمترین ترکیب غشاء سلولی می باشد

مواد غذایی انرژی زا

آب

آب حیاتی تری و ضروری تر از غذاست . حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد از وزن کل بدن را آب تشکیل می دهد $\frac{2}{3}$ آب در داخل سلول وجود دارد و مایع داخل سلولی (ICF) نام دارد .

باقیمانده مایع خارج سلول (ECF) خوانده می شود . روزانه حدود ۳۰۰۰ تا ۵۰۰۰ میلی لیتر آب وارد بدن می شود و تقریباً به همین میزان آب از بدن خارج می گردد . آب جهت تولید ترشحات انجام واکنش های شیمیایی و ... کارکرد دارد .

ویتامین ها

ویتامین ها ترکیبات آلی که بیشتر به شکل کوانزیم فعال هستند و برای متابولیسم بدن وجود آنها ضروری است ویتامین ها به ۲ دسته محلول در آب (B.C) و محلول در چربی (K.E.D.A) طبقه بندی می شوند . این مواد در اثر نور ، گرما و نیز در طی فرآوری مواد غذایی ممکن است از بین بروند اگر ویتامین ها بیش از نیاز مصرف شوند حالتی به نام هیپرویتامینوز ایجاد مینمایند که به صورت اختلالی در کارکرد بدن ظاهر می شوند .

مواد معدنی (مینرال)

مواد معدنی عناصر آلی (مانند آهن) یا غیر آلی (کلرور سدیم) هستند که در ساختار یا عملکرد بدن دخالت دارند این مواد به ۲ دسته مواد معدنی بزرگ (روزانه مصرف بیشتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر آنها ضروری است) و کوچک (کمتر از ۱۰ میلی گرم در دسی لیتر نیاز روزانه به مصرف آنها وجود دارد) تقسیم می شوند.

رژیم غذایی صحیح

در یک رژیم غذایی مناسب و صحیح تعادل و تنوع برقرار بوده و کلیه مواد مغذی ضروری در اندازه مناسب دریافت می شود که با پیروی از دستورات هرم غذایی توصیه شده توسط متخصصین تغذیه این امر میسر می شود. در این هرم غلات و حبوبات در پایه هرم، میوه و سبزیجات بالای این پایه، گوشت و لبنیات در سطح بالاتر و چربی ها و شیرینی ها در قله هرم قرار دارند و در قرآن به اهمیت تغذیه با مواد غذایی گوناگون مانند: شیر، خرما، زیتون، در آیات ۲۴-۲۳ سوره مریم، ۶۶-۷۸ سوره نحل ... اشاره گردیده است.

عوامل موثر بر تغذیه

عوامل موثر بر تغذیه عبارتند از: سن، جنس، وضعیت سلامتی، مسائل اقتصادی، عوامل فرهنگی، روانی، اجتماعی و ...

بررسی وضعیت تغذیه

بررسی مشکلات مربوط به تغذیه با تکیه بر موارد زیر انجام می شود .

الف - گرفتن تاریخچه غذائی (رژیم غذائی ، عادات ، آداب تغذیه ..)

ب - محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) که از نسبت وزن (کیلوگرم) بر مجذور

قد (سانتی متر) بدست می آید .

اگر مقدار حاصله از ۲۰ کمتر باشد فرد در معرض بیماری های تنفسی ، گوارشی ،

سل و ... است اگر این مقدار از ۳۵ بیشتر باشد آنگاه شخص در معرض بیماریهای

قلبی ، دیابت شیرین ، پرفشاری خون ، و ... است .

ج - آنترپومتری یعنی اندازه گیری ساختار بدن شامل اندازه گیری دور ماهیچه

قسمت توسط فوقانی بازو ، نسبت قد به میچ ، و ... می باشد .

معمول ترین مشکلات در ارتباط با تغذیه عبارتند از : سوء تغذیه ، گرسنگی و چاقی

چنانکه در قرآن می خوانیم که بخورید و بیاشامید ولی اسراف نکنید (سوره اعراف

آیه ۳۱)

انواع رژیم های غذائی در بیمارستان عبارتند از : معمولی ، رژیم نرم ، مایعات

(مایعات کامل و صاف شده) و NPO (چیزی از راه دهان نخورد)

تغذیه و روش های مناسب برای غذا دادن به بیماران

مسئولیت‌های پرستاری در خصوص توزیع غذا در موسسات بهداشتی متفاوت است بسیاری از بیمارستانها دارای متخصص تغذیه در مرکز توزیع غذا هستند ولی به طور کلی دستور غذایی و حذف آن کمک در توزیع غذا و همچنین کمک به بیماران هنگام مصرف غذا و ثبت اطلاعات مربوط به اشتهای بیمار و مقدار غذایی که می خورد از وظایف پرستار محسوب می شود اغلب بیماران غذا را در اتاق خود مصرف می کنند . بیماری اثر زیادی بر تحمل شخص در قبول غذاها دارد افراد مبتلا به تهوع سوء هضم و یا درد یا کسانی که تب دارند نسبت به افراد سالم تمایل کمتری به غذا ابراز می کنند پرستار مسئول تعدیل این عوامل می باشد تا اینکه بیمار تا حد کامل غذا را قبول نماید . مقدار کم غذا در دفعات مکرر برای بیمار قابل قبول تر از غذای زیاد در اوقات منظم غذا می باشد . چنانچه بیمار قادر به انجام برخی از فعالیتها می باشد باید تشویق به انجام آن گردد تا اشتهایش تحریک شود به هر حال مهم است که این تمرینات قبل از غذا انجام شود نه بلافاصله بعد از آن و در ضمن نباید خسته کننده و نفس گیر باشد . برای تشویق بیمار به خوردن مقادیر کافی از مواد غذایی لازم است طبق سلیقه مخصوص شخص رفتار شود و این نکته تعیین نمود که وی چه غذاهائی را دوست دارد و چه چیزهائی را نمی پسندد در صورتی که لازم باشد تا پایان خوردن غذا با بیمار بمانید .

در کنار تخت او راحت بنشینید و خود را شتاب زده نشان ندهید زیرا فرصت مناسبی است که پرستار روابطی با بیمار برقرار کند و آموزش های لازم را به او بدهد و او را بهتر بشناسد .

قدرت هضم غذا و همچنین اضطراب می تواند نسبت به تمایل شخص به غذا موثر باشد . مقدار مایعات و غذایی که بیمار مصرف می کند گاهی از نظر درمانی بسیار مهم است این پرستار است که مشاهده می کند بیمار چه مقدار غذا می خورد و مایعات می نوشد و اوست که مسئولیت رساندن این دانسته ها را بر سایر تیم بهداشتی به عهده دارد . و در فرمهای مخصوص جذب و دفع مایعات ثبت می نماید در اغلب بیماران اندازه گیری و ثبت مایعاتی که از بدن خارج می شوند و مایعاتی که به بدن وارد می شوند هر دو لازم می باشند مایعات دریافتی با حرف **I** و مایعات بازدهی با حرف **O** نشان داده می شود برای بهتر مصرف کردن و کمک کردن به بیمار نکات زیر را باید توجه نمود :

از انجام داد کارهای درمانی مانند تنقیه یا عوض کردن پانسمان بلافاصله قبل یا بعد از مصرف غذا خود داری کنید در صورتی که بیمار نتواند از تخت پایین بیاید لگن یا لوله ادرار را قبل از غذا در اختیار او قرار دهید . شستشوی دهان را نیز طبق معمول انجام دهید دقت کنید که بیمار تمیز باشد و برای غذا خوردن در وضعیت راحتی قرار گرفته باشد برای مثال لباس یا ملافه های کثیف را عوض کنید پس توجه کنید

که اتاق مرتب باشد اشیائی مانند لگن ، کیسه مخصوص ، ملافه های کثیف و سائل تعویض پانسمان و .. را از معرض دید بیمار دور کنید در صورتی که چند بیمار در یک اتاق باشند بهتر است بیمار بدحال را مخصوصاً در وقت صرف غذای دیگر بیماران با پرده مجزا کرد . بیماری که خسته و هیجان زده است اشتهای خوبی ندارد بنابراین بهتر است کارهای درمانی بیمار طوری تنظیم شوند که فرصت کافی برای استراحت قبل از غذا را داشته باشد.

برای اینکه غذا اشتها برانگیز باشد با بخش تغذیه همکاری کنید سینی نامرتب ، مایعات ریخته شده ، ظروف نامنظم و غذای سرد شده یا نوشیدنی که سرد شده اشتها آور نیستند اشیاء دور سینی در جای خود قرار دهید کمبودها را مثل دستمال سفره ، قاشق ، چنگال ، لیوان ، فنجان تکمیل کنید کارت داخل سینی غذا را با نام بیمار مطابقت دهید . دقت کنید که در این مورد اشتباهی روی ندهد چون اشتباهات ممکن است خطر بعدی برای بیمار در برداشته باشد ، برای بیمارانی که نمی توانند با لیوان بنوشند لوله مخصوص نوشیدن مایعات را فراهم کنید .

سینی غذا را طوری قرار دهید تا به راحتی در دسترس بیمار باشد سرپوش غذا را بردارید توجه کنید که چه غذایی را بیمار نمی خورد آن را گزارش کنید تا غذای دیگر را جایگزین کنند و باید دقت کرد تا مقدار غذای بیمار کافی باشد . بعضی از بیمارستانها به خانواده بیمار اجازه می دهند برای بیمار خود که مشکل غذا خوردن

دارد برخی غذاها را بیاورند بعضی بیماران به حمایت و کمک پرستار نیاز دارد
برخی از افرادی که نیاز به کمک در حین تغذیه دارند عبارتند از: بیمارانی که بعلت
بیماری شدید نمی توانند از اندام فوقانی خود استفاده کنند یا بیمارانی که به علت
بیماری جسمی یا روحی هماهنگی حرکات اندام فوقانی خود را از دست داده اند .
با کمک به افرادی که اخیراً بینائی خود را از دست داده اند یا افرادی که دچار آسیب
به بافتهای اطراف دهان شده اند

N.G.Tube سعد معده

بهترین روش برای تغذیه مجدد جویان است که نمی توانند غذا را از راه دهان
دریافت کنند می توانند مواد غذایی را از طریق لوله معده و یا تزریقی دریافت کنند .

GAVAGE یا گاواز:

تغذیه از راه لوله معده می باشد که شامل عبور یک لوله به داخل دستگاه معده ای و
روده ای برای رساندن مواد غذایی است به افرادی که در دستگاه معده ای روده ای سالم
دارند اما قادر به خوردن نیستند و یا برای مصرف غذای کافی بی میل هستند لوله
داخل معده به منظور دریافت کامل مواد غذایی و یا غذاهای مکمل گذاشته می شود.

لاواژ:

در بسیاری از بیماران مبتلا به بیماریهای گوارشی که احتیاج به ساکشن معده دارند
محتویات معده به وسیله دستگاه مکنده و یا ساکشن کشیده می شود بیمارانی که

معدۀ آنها ساکشن می شود معمولاً به منظور جلوگیری از کم آبی و سوء تغذیه از

طریق وریدی می شوند .

در بعضی موارد ممکن است معدۀ قبل از دادن غذا و مایعات به بیمار تخلیه و

شستشو شود بخصوص اگر شخص مواد زیان آور سمی خورده باشد و در این

روش که قبل از عمل جراحی معدۀ انجام می شود ، معدۀ بر دفعات زیاد شستشو

داده می شود پس بطور کلی می توان گفت لوله گذاری می توان در موارد زیر انجام

داد .

۱- گذاشتن لوله به منظور تخلیه روده ، بوسیله ساکشن که اغلب اینکار موقعی انجام

می شود که بیمار در مجاری گوارشی انسدادی داشته و یا روی دستگاه مجاری

گوارشی عمل جراحی انجام شده باشد یا منظور خروج ترشحات و مواد باشد .

۲- برای اهداف تشخیص به عنوان مثال برای مشخص کردن ساختمان ، معدۀ یا

محتوی معدۀ یا برای معین کردن سلولهای بد خیم یا میکروبها مثل سل که در

شستشوی معدۀ نمودار می شود .

۳- برای کشیدن یا شستشوی محتویات معدۀ مثل وقتی که شخص مواد سمی

خورده باشد.

۴- گذاشتن لوله روشی است برای دادن غذا و دارو و مایعات برای بیمارانی که

قادر نیستند از راه دهان غذا بخورند . لوله هایی که برای قرار دادن در معدۀ به

کاربرده می شود طول آنها ۱۲۷ سانتی متر است لوله یک راه دارای یک مجرای

باریک می باشد بدون راه هوا و در اندازه های مختلف در دسترس است

LEVINTUBE لوله ای لوین از نمونه های یک راه می باشد که از دو نوع

پلاستیکی و لاستیکی آن موجود است نوک لوله سفت و سخت می باشد اما

چندین سوراخ در اطراف آن وجود دارد که معمولاً از راه بینی بیمار عبور داده می

شود تا به معده برسد البته قابل ذکر است که لوله های یک راه بدون مجرای هوا

هستند بنابراین ممکن است به مخاط صدمه برسانند چون اگر بخواهیم به آنها

ساکشن کنیم یا برای کاهش فشار استفاده کنیم .

لوله های دو راه لوله هائی هستند که مخصوص تخلیه ترشحات می باشند که یک

لوله داخل لوله دیگر می باشد یکی از لوله ها مخصوص تخلیه شیره معده بوده و

در حالیکه لوله دومی جهت جریان هوای مداوم استفاده می شود مجرای جریان هوا

وضعیت تخلیه را بوسیله جلوگیری از کشیده شدن مخاط معده به سوراخ لوله

و تحریک لایه های معده کنترل می کند .

EWALD لوله اوالد نیز یک لوله لاستیکی با قطر بزرگ می باشد و برای کشیدن

محتویات معده از آن استفاده می شود .

لوله جات دارای نوک مشبک فلزی است *Jutte Tube*.

لوله رینوس نیز دارای نوک فلزی است بدون اینکه مشکل باشد فلز اضافه شده به سر لوله بمنظور سنگینی وزن آنست که باعث سهولت در عبور از مجاری گوارشی است .

معمولاً سه علامت روی لوله معده وجود دارد ، برای اینکه مشخص شود چه طولی از آن گذرانده شود اگر تا خط نشانه اول وارد گردد لوله در معده قرار می گیرد اگر تا خط نشانه دوم وارد گردد لوله داخل پیلور *PYLOR* می شود خط سوم لوله داخل دوازدهه می باشد .

طریقه گذاردن لوله معده

قبل از گذاشتن لوله معده روش کار را برای بیمار توضیح داده می شود بیماران می خواهند بدانند که چگونه می توانند کمک کنند . بنابراین توضیح دادن زیاد باعث کاهش ترس بیمار می شود . عبور لوله معده دردناک نیست ، اما گاهی اوقات تحریکات و رفلکس تهوع بعلت عبور لوله از روی سطح حلق وجود دارد که اگر بیمار نفس عمیق بکشد کمتر دچار حالت تهوع و استفراغ می شود .
وسایل زیر از جهت گذاردن لوله آماده می نمایم .

ظرف یخ برای قرار دادن لوله به مدت ۱۰ - ۵ دقیقه در یخ خرد شده تا باعث سفت شدن آن شده زیرا سرما باعث انقباض شده و بنابراین لوله آسانتر عبور می کند

واینکار باعث لغزندگی لوله نیز می شود گوشی پزشکی لوله مناسب آبسلانگ یا چوب زبان - چراغ قوه - چسب - دستمال - لیوان آب - پد یا حوله - رسیور برای معاینات برگشت - یک ظرف و سرنگ برای کشیدن محتویات معده برای

گذاشتن لوله معده

در صورت امکان بیمار را در وضعیت نشسته قرار می دهیم در این وضعیت عبور لوله معده و رانده شدن آن تحت تأثیر نیروی ثقل باسانی صورت می گیرد و همچنین این وضعیت برای بیماری که دچار تهوع و استفراغ میم شود آسانتر خواهد بود و در این وضعیت چون بلعیدن طبیعی تر است در صورت استفراغ مدد جو خطر آسپرده کردن کاهش می یابد .

تحریک قسمت انتهایی عصب حلقی زبانی در قسمت خلفی حلق تحریکات مرکز استفراغ را به قسمت بصل النخاع انتقال میدهد سینه را حوله حمام یا پد یکبار مصرف بپوشانید راه بینی را کنترل نموده و یک سوراخ بینی توسط خود مدد جو گرفته شود و از سوراخ دیگر بطور طبیعی نفس بکشد . بعنوان یک راهنما برای اندازه گیری تخمینی مقداری که لوله باید وارد معده شود پرستار فاصله بین بینی بیمار تا نرمه گوش و سپس سر زائد خنجری را اندازه گیری می کند که این فاصله برابر است با فاصله بین لبها تا معده سپس این فاصله را با یک نوار چسب روی لوله می چسبانیم . با نرم کننده ای که محلول در آب است بوسیله آب حدود ۱۰ تا ۲۰

سانتی متر از لوله را نرم کنید با اینکار اصطکاک را کاهش داده و عبور لوله از روی پرده های مخاطی به معده را تسهیل نموده و اگر بصورت اتفاقی لوله به ریه وارد شد خطر پنومونی کمتر خواهد شد. از مدد جو می خواهیم که سر را بالا نگه داشته و یا در وضعیتی مشابه به غذا خوردن نگه دارد زیرا با قرار دادن سر به جلو و بالا و بسته شدن نای و باز شدن مری کمک می نماید و عمل بلع بجلو راندن لوله کمک نموده و باعث می گردد این گлот روی سوراخ نای را گرفته و به کاهش واکنش عرق زدن و سرفه مدد جو کمک کند و در حالی که سر را بالا نگه می داریم لوله را بطرف پایین (داخل) و عقب می بریم و آن را در سوراخ بینی وارد می نماییم

رسیدن لوله به حلق ممکن است باعث عرق زدن مددجو گردد که برای تسهیل عبور لوله زمانی که لوله وارد مری می کنیم یک مقدار آب به بیمار داده تا آنرا بلع کند، این عمل بلع به عبور لوله به قسمت پایین و به داخل معده به ایجاد حرکت دودی کمک می کند و اگر ممنوعیت در مصرف آب و مایعات دارد او را به بلعیدن تشویق می کنیم هنگامی که طول لوله به حلق رسید توسط آبسیلانگ و چراغ قوه داخل حلق را نگاه می کنیم تا لوله داخل حلق دور نخورده باشد و وارد مری نشده باشد لوله معده نباید در مقدار جایی که انسداد است فشار داده شود زیرا فشار لوله باعث صدمه به پرده های مخاطی می گردد لوله را تا جایی که با چسب علامت زده شده پایین می فرستیم و در صورت بروز اختلالاتی از قبیل سرفه - تنگی نفس - خفگی

– کبودی یا عدم توانایی مدد جو در صحبت کردن کار را متوقف و لوله را خارج

کنید .

تست‌هایی که برای اثبات قرار گرفتن لوله در داخل معده به کار می رود عبارتند از

آسپرده کردن مقداری از محتویات معده با استفاده از یک سرنگ مناسب و تعیین

اسیدی بودن آن توسط غذا لیتموس که اگر مواد آسپرده شده از معده باشد رنگ

کاغذ آبی رنگ لیتموس تبدیل به صورتی خواهد شد یا می توان مقداری هوا

(۲۰cc-۱۰) را توسط سرنگ وارد معده کرده و در حالی که پرستار دیگری گوشی را

روی اپیگاستر بیمار گذاشته و صدای ورود حبابهای هوا بداخل معده را از طریق

گوشی شنیده می شود تأیید کند و یا می توان سر آزاد لوله را در یک ظرف آب قرار

دهیم عدم وجود حباب دلیل بر بودن لوله در معده می باشد ، در صورتیکه حباب

دار شدن منظم آب دلیل بر اینست که لوله در ریه می باشد و شنیدن صدای حباب

های هوایی دلیل بر اینست که لوله در ریه است و اگر از بیماری که لوله در ریه آن

است خواسته باشید زمزمه کند قادر به انجام این کار نیست سپس لوله را با چسب

محکم کنید و وسایل را جمع آوری و نوع لوله و اندازه و شرح محتویات معده و

زمان و واکنش مددجو را یادداشت کنید .

لاواژ *Lavage* یا شستشوی معده که عبارتست از شستشو و خارج کردن محتویات

معده از طریق وارد کردن لوله ای به داخل معده ریختن یک محلول معین بداخل

معده و سپس بیرون کشیدن آن.

۱- خارج کردن سموم جذب نشده از معده

۲- تشخیص خونریزی معده و متوقف نمودن آن

۳- تمیز کردن معده قبل از انجام روشهای آندوسکوپی

۴- خارج کردن مایعات و یا مواد جام از معده

روش کار

همچنان که توضیح داده شد لوله بینی معده‌ای را قرار می‌دهیم و یکی از تست‌های

را که جهت اطمینان از قرار گرفتن لوله در داخل معده است انجام داده قیف را به

لوله معده وصل کرده و ۱۵۰-۳۰۰ از محلول را وارد معده می‌کنیم در حالیکه هنوز

مقداری مایع درون لوله باشد لوله را بین دو انگشت خود کمی فشار دهید تا حالت

سیفون ایجاد شود سپس آنرا پایین آورده و با قرار دادن در سطح پایین بیمار در

داخل سطل برگردانید. نیروی جاذبه مایع را به سمت سطل می‌کشد و خلایق که

در لوله ایجاد می‌شود محتویات معده بیمار را می‌کشد. شستشو را تا وقتی که معده

پاک شود ادامه دهید و در ضمن شستشو پرستار به واکنش بیمار مقدار و نوع مایع

استفاده شده و مقدار و رنگ و قوام محتویات توجه می کنید و اینها را در پرونده

بیمار گزارش می شود .

در روش دیگر استفاده از سرنگ *Asepto* است که محلول شستشو دهنده که آب یا

نرمال سالین (آب نمک) می باشد که این مایع بداخل لوله تزریق می شود .قبل از

اینکه سوزن سرنگ به آرامی عقب کشیده شود مایع خارج می گردد . بخاطر اینکه

غشاء مخاطی معده براحتی صدمه می بیند مایع خیلی آرام تزریق و خارج می شود ،

این عمل را تا وقتی که لوله تمیز شود تکرار می شود .

با استفاده از پمپ های خاص می توان معده را تحت اسپراسیون مداوم قرار داد

فشار ساکشن که توصیه شده است $20-25\text{mg}$ می باشد فشار کمتر از این مقدار

موثر نبوده و فشار بیشتر می تواند به مخاط آسیب برساند هدف از ساکشن معده

خارج کردن محتویات معده بیمار است و بعنوان عملی برای جلوگیری یا تشکیل

دادن اتساع معده و استفراغ و خارج کردن خون بعد از عمل و خاج کردن محتویات

معده بیماری که انسداد دستگاه گوارش دارد انجام می گردد و ممکن است بعنوان

عملی برای تمیز کردن معده بیمار قبل از عمل جراحی معده انجام شود و چون

ساکشن معده قسمت مهمی از خروج مایع را شامل می شود پرستار باید مقدار درناژ

را بطور صحیح اندازه گیری کند و شفاف بودن و رنگ و قوام آنرا مورد توجه قرار

دهد و این اطلاعات را در پرونده بیمار ثبت کند و هر نوع تغییری در مایع ساکشن

شده مثل رنگ قرمز روشن یا تغییر در وضعیت بیمار مثل تند شدن نبض را سریعاً به پزشک اطلاع دهد گاهی اوقات پس از عمل جراحی کیسه درناژ، لوله مربوط را به انتهای لوله نازوگاستریک وصل می کنند که اگر کیسه درناژ در سطحی پایین تر از معده بیمار قرار گیرد محتویات معده به داخل کیسه کشیده می شود در آسپراسیون متناوب می توان با پمپ یا سرنگی که سر آن کاتتر تعبیه شده است انجام داد و در فاصله بین دو آسپراسیون باید سر لوله با یک درپوش تمیز مسدود کرد، وقتی که بیمار احتیاج به ساکشن معده دارد حضور دائم لوله معده در داخل گلوی بیمار آنرا تحریک و قادر به دریافت مایعات از طریق دهان نمی باشد، بمنظور جلوگیری از خشک شدن و زخم شدن و عفونت نیاز به مراقبتهای ویژه دهان و بینی دارد.

گاوژ Gavage یا تغذیه از طریق لوله بینی معده ای

گاوژ عبارتست از وارد کردن مواد غذایی مورد احتیاج روزانه بصورت مایع به داخل معده بیمار از طریق یک لوله که در بیماران زیر بیشتر استفاده می شود در انسداد مری مثلاً بعلت سرطان، فیستول مری، از دست رفت رفلکس بلع، آماده سازی قبل از عمل، در بیماری که دچار سوءتغذیه در دوره از عمل، و در بیمارانی که عمل جراحی روی دهان یا مری داشته اند، در طی رادیوتراپی، بعضی از بیماران غیر هوشیار، بیمارانی که دچار سوختگی شده اند.

گاوژ را میتوان از راههای مختلف انجام داد میتوان اینکار را با استفاده از لوله نازوگاستریک انجام داد و یا از ست مخصوص که دارای محفظه مخصوص غذا و لوله ای ظریف می باشد استفاده نمود و با استفاده از این ست می توان سرعت وارد شدن غذا را تنظیم نمود یا بطور معمول می توان غذا دادن را به دو روش انجام شود بطور متناوب مثلاً هر چهار ساعت یا بطور مداوم در طول ۲۴ ساعت پرستار غذاها را به درجه حرارت اطاق و محیط بیمار می رساند غذایی که از لوله داده می شود شامل: شیر، کرم، غلات، سبزیجات، گوشت له شده و آب میوه، روغن ذرت، نمک ید دار، قند و ترکیبات ویتامینی که بفرم مایع است که این غذاها در بسته های مختلف مواد غذایی بر حسب نیاز بیمار تنظیم می شود.

گاهی اوقات دستور داده می شود که معده قبل از تغذیه جدید آسپرده شود و اندازه گرفته و سریعاً آنرا به لوله برگردانید. (تا هیچ مایع الکترولیتی از بین نرود) اینکار به منظور اینکه مشخص شود آیا غذا بداخل روده رفته است یا نه قبل از شروع تغذیه پرستار بیمار را بلند ویا سر تخت را که حداقل ۳۰ درجه سر آن بالا برده شده و یا در حالت مشابه با غذا خوردن قرار دهید مگر اینکه این عمل برای بیمار مضر باشد سپس مقدار کمی آب بداخل لوله وارد می کنید اگر از روش سرنگ استفاده می شود باید دقت شود تا آنجائیکه که ممکن است هوای کمی به داخل معده وارد شود و غذا باید با آهستگی وارد گردد پیستون سرنگ را خارج کرده و سرنگ را به لوله متصل

نمایید و در حالیکه با انگشت به لوله فشار می دهید به آهستگی ماده غذای دستور داده شده را وارد سرنگ کنید سرنگ را حدود ۱۲ اینچ بالاتر از شکم نگهدارید و معمولاً غذا تحت تأثیر نیروی جاذبه در داخل لوله جریان پیدا می کند با اینحال اگر اینکار به آسانی انجام نگیرد می توان فشار کمی به پیستون سرنگ وارد کرد جهت افزایش یا کاهش جریان محلول سرنگ را بالا و پایین می کنیم هنگام وارد کردن غذا از خالی شدن سرنگ جلوگیری مینماییم تا مانع از ورود هوا به معده شود و بعد از کامل شدن تغذیه مقدار کمی آب بداخل لوله وارد می شود تا داخل لوله تمیز گردد و از ترش شدن مواد در داخل لوله جلوگیری شود و سپس انتهای لوله غذا را با کلیپس ببندید .

تمام این اعمال را میتوان با قیف همانند سرنگ آسپتو انجام داد . در هر دو این اعمال سرعت جریان غذا باید نسبتاً آهسته و مداوم باشد تا از اتساع معده جلوگیری گردد واز اسهال و استفراغ بیمار جلوگیری شود .

اگر بیمار احتیاج به گاوژ مداوم داشته باشد که در بیمارانی که اسهال یا تحریک معده یا اختلال در رفلکس روده ای دارند معمولاً از تغذیه مداوم استفاده می شود برای گاوژ مداوم از یک پمپ تغذیه ای استفاده می شود که ظرف در کنار بیمار و در سطح کمی بالاتر از بدن به پایه سرم آویزان می شود ست سرم را به محفظه غذا وصل و اجازه می دهیم که غذا مقداری در لوله جریان یابد بدین ترتیب مقدار هوای

کمتری وارد معده بیمار خواهد شد و سرعت جریان غذا را طبق دستور تنظیم کنید و در پایان غذا مقداری آب وارد لوله رکتال کنید تا تمیز شود و اطمینان حاصل کنید که بهنگام ترک بیمار وی در راحت ترین حالت ممکن قرار دارد بصورتی مناسب زمان مقدار و نوع غذا را ثبت کرده و اثرات متعاقب را کنترل کنید و یافته های غیر طبیعی را سریعاً گزارش دهید .

توباژ یا نمونه برداری از شیره معده *Iubaye , Lest Meal , Castric Analysis*

در این روش وسایل مورد نیاز همانند گذاشتن لوله *N-G* می باشد باضافه لوله های مخصوص آزمایش که از ۱۰-۱ شماره گذاری شده و روی اولین لوله بر چسب اولین شیرمعده و آخرین لوله بر چسب شیر باقیمانده نوشیده می شود **50g** بلغور را در یک لیتر آب جوشانده تا مقدار آن نصف شود و بعد آنرا از صافی رد کرده و مقدار شکر به آن اضافه می کنیم .

شب قبل از آزمایش باید به بیمار شام سبک داده شده و سپس قرص انوتون به او بدهید سپس *npo* باشد صبح ساعت ۸ لوله معده را برای بیمار گذاشته می شود و

سپس سرنگ را به سر سند معده وصل کرده و محتویات معده را بکشید و در اولین لوله که اولین شیره معده نوشته شده می ریزیم سپس سر سوند را بوسیله کلمپ یا بنس ببندید تا هوا وارد معده بیمار نشود ساعت و مقدار محتویات را روی چسب بنویسید سپس غذای بلغور را به بیمار بدهید یا به وسیله سرنگ از راه سند یک ربع

پس از خوردن بلغور محتویات معده را کشیده و در هر لوله بریزید این عمل را بمدت ۵ و ۲-۲ ساعت هر ۱۵ دقیقه یکبار انجام دهید و سپس آخرین شیره را کشیده و در لوله شیره باقیمانده بریزید و سپس نمونه های تهیه شده را با ورقه درخواست به آزمایشگاه بفرستید .

تغذیه بارانترال *parental nutrion* یا تغذیه وریدی

که این تغذیه عبارتست از انفوریون داخل وریدی مواد غذایی لازم برای بیمارانی که نمی توانند از طریق خوراکی یا از راه لوله نازوگاستریک در حد کافی غذا دریافت کنند که اینکار در شرایط زیر انجام می شود .

۱- بیمارانی که در طی عمل جراحی قسمت وسیعی از روده آنها برداشته شده است

۲- بیمارانی که دچار بیماری التهابی وسیع دستگاه گوارشی می باشند .

۳- بیمارانی که دچار سوء تغذیه هستند .

۴- بیمارانی که تهوع و استفراغ شدید دارند مثلاً بدنبال شیمی درمانی برای یک بیماری بدخیم .

تغذیه پارانترال کامل *Total parental* به این معنی است که تمامی احتیاجات غذایی

بیمار را از طریق انفوریوم داخل وریدی تأمین شود و تغذیه پارانترال میتواند نقش

مکمل تغذیه از راه دهان یا از طریق لوله نازوگاستریک داشته باشد بطور ایده ال این

اقدام باید در اتاق عمل انجام شود و قرار دادن کاتتر داخل وریدی مخصوص انفوریول

تغذیه پانترال توسط پزشک و با رعایت اصول آسپتیک انجام می شود در طی اینکار استفاده از ماسک و کلاه اتاق عمل الزامی است پزشک دستان خود را شسته گان اتاق عمل پوشیده و دستکش به دست می کند سپس لوازم استریل مورد استفاده را بر روی تریلی مرتب می نماید نکات آسپتیک را در تمام مدت عمل رعایت شود هنگامی که بیمار در وضعیت صحیح قرار گرفت پوشش های استریل مخصوص را در اطراف محل انتخاب برای ورود کانتر قرار می دهیم . ممکن است یک بی حس کننده موضعی تزریق شود پوست موضع را قبل از وارد کردن کانتر تمیز می کنیم . کانتر داخل وریدی از طریق ورید زیر ترقوه ای یا ژوگولار گردنی جریان مایع انفوریون را در حد تعیین شده تنظیم کرده و کانتر را با بخیه به پوست محل فیکس می کنیم که محل ورود کانتر را با یک پوشش استریل می پوشانیم .

گاهی اوقات به جای اینکه کانتر بلافاصله پس از عبور از پوست وارد کنیم مقداری در زیر پوست به جلو برده و سپس وارد ورید می کنیم بدین ترتیب محل ورود کانتر به پوست از محل ورود کانتر به ورید فاصله داشته و خطر بروز عفونت کمتر خواهد شد این کار مواقعی تغذیه پانترال برای مدت طولانی ارائه خواهد داشت انجام می شود غلظت مواد غذایی از تزریق موجب تحریک عروق محیطی شده و می تواند باعث آسیب وریدهای محیطی شود به همین دلیل تغذیه پانترال همیشه باید از طریق یک کانتر وریدی مرکزی انجام شود مایع انفوریونی در ورید اجوف فوقانی وارد گردش

خون شده و سریعاً توسط خون ورودی به قلب رقیق می شود به سرعت در سیستم

گردش خون پخش می شود بدین ترتیب مسأله تحریک عروق تا حد زیادی کاهش

خواهد یافت . سه محل اصلی برای ورود کانترا وجود دارد .

۱- ورید زیر ترقوه ای

۲- ورید گردنی داخلی

۳- ورید سفالیک میانی

سرمهای که مخصوص تغذیه های پانترال هستند پزشک این سرمها را با در نظر گرفتن

غذای بیمار و یافته های بیوشیمی برای هر ۲۴ ساعت تجویز می کند .

ترکیبی از غذائی مورد استفاده قرار می گیرد تا بیمار بطور متعادل مواد لازم را دریافت

کند . ویتامین ها و عناصر کمیاب نیز در لیست تجویزی قرار دارند .

عفونت و کلونیزاسیون:

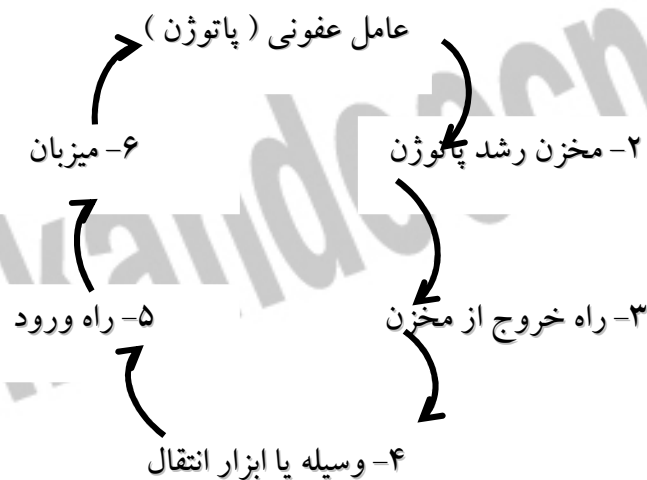
تهاجم میکروارگانیسم ها به میزبان و رشد و تکثیر آن بدون ایجاد عفونت در میزبان را کلونیزاسیون می گویند. اما عفونت در صورتی اتفاق می افتد که فرد حساس و آسیب پذیر باشد برای ایجاد عفونت علاوه بر وجود میزبان حساس عوامل دیگری مثل تعداد میکروارگانیسم ها و میزان آسیب رسانی نیز دخالت دارند.

The chain of infection

زنجیره ی عفونت:

وجود یک عامل بیماری زا به این معنی نیست که یک عفونت شروع خواهد شد.

گسترش یک عفونت در جریان یک فرآیند چرخه ای اتفاق می افتد.



1- Causative Agents

2- Source

3- Portal of Exit

4- Mods of Transmission

5- portals of Entry

6- Host

اگر این زنجیره دست نخورده باقی بماند ، عفونت گسترش پیدا می کند پرستار سعی

می کند با شکستن این زنجیره عفونت را کنترل کند .

عامل عفونی :

عوامل بیماری زا بیشتر در لایه های پوست یافت می شوند و همچنین در لایه های

عمیق اپیدرم ساکن هستند که با شستن ساده دست پاک و تمیز نمی شوند .

گسترش یک بیماری عفونی به مقدار ارگانیزم ها ، توانایی تولید بیماری ، توانایی

ورود آنها ، قدرت زنده ماندن در محیط و حساسیت میزبان بستگی دارد

مخزن :

به مکانی گفته می شود که میکروارگانیزم ها میتوانند در آنجا زنده بمانند ، تکثیر شوند .

مخازن معمول :انسان ، حیوان ، حشرات ، غذا ، آب و ... می باشد .

۱- آنهایی که علائم بیماری را نشان می دهند

مخازن بشری دو نوع هستند

۲- آنهایی که علائم بیماری را نشان نمی دهند و ناقل هستند

راه خروج :

بعد از اینکه میکروارگانیزم ها رشد و تکثیر یافتند باید یک راه خروجی پیدا کنند مثل

پوست، غشاء مخاطی ، راه تنفسی ، دستگاه تناسلی ، خون

روش انتقال :

مهمترین نکته ای که پرستار باید از آن باشد روش انتقال آن عفونت می باشد که باید آنرا کنترل کرد عوامل عفونی (میکروارگانسیم ها) از راههای مختلفی بدن میزبان (منبع) را ترک می کنند و ممکن است برای انتقال از چند راه استفاده کنند مثل انتقال تماسی ، از طریق هوا

راه ورود :

عوامل عفونی به وسیله همان راههایی که خارج شدند میتوانند به بدن میزبان وارد شوند

میزبان :

آخرین حلقه ی زنجیره ی عفونت بوده و خود به عنوان یک مخزن جدید می باشد فردی که به طور در تماس با مقادیر زیاد عامل عفونی است تا استعداد ابتلا به بیماری نداشته باشد به بیماری مبتلا نخواهد شد .

عفونت بیمارستانی

کسانی که بیشتر در معرض عفونت قرار می گیرند

۱- سالخوردگان (سن)

۲- کودکان

۳- بیماری‌هایی که مقاومت پایینی در مقابل عوامل بیماری‌زا دارند و همچنین اقدامات

تهاجمی مثل کاترهای داخل وریدی و... مقاومت طبیعی بدن را در مقابل عوامل

بیماری‌ها تخریب می‌کنند.

۴- وراثت

۵- وضعیت تغذیه ای

۶- عادات شخصی مثل سیگار کشیدن

عفونتی که در زمان بستری در بیمارستان ایجاد شده عفونت بیمارستانی گفته می‌شود.

شود.

عفونت آتروژنیک :

یک نوع از عفونتهای بیمارستانی است که مربوط به انجام عملیات درمانی است مثل

عفونت بیمارستانی میتواند خارجی یا داخلی باشد (اگزوزن یا آندوزن)

عفونت های اگزوزن :

که خارج از بدن بوده و وارد بدن می‌شود مثل سالمونلا.

عفونتهای آندوزنی :

زمانی اتفاق می‌افتد که فلور طبیعی تغییر کند، مانند عفونتهای قارچی. برای آیتم

انتقال عفونت در بیمارستان سه عنصر لازم است :

۱- منبع عفونت زا

۲- میزبان حساس

۳- راه انتقال

فرآیند پرستاری در کنترل عفونت بیمارستانی

بررسی : پرستار باید این عوامل را بررسی کند :

(۱) سیستم دفاعی بیمار را بررسی کند .

(۲) تغذیه روزانه بیمار و همچنین مشکلات مربوط به منبع غذا و ... را بررسی کند.

بررسی و تشخیص سریع عفونت به پرستار کمک می کند که تشخیص های صحیح

پرستاری را برای برنامه ریزی مراقبتی انجام دهد .

پرستار با انجام روشهایی از عفونت پیشگیری نموده و انتشار آنرا نیز کنترل می کند .

پرستار نکات احتیاطی را برای تمام بیماران حتی زمانی که عفونتی تشخیص داده نشده

رعایت می کند .

انجام روش های پیشگیری بیشترین اثر را در کاهش عفونتهای بیمارستانی دارد .

کنترل و دفع مواد عفونت زا:

تمیز کردن^۱ ، ضد عفونی کردن^۱ ، استریل کردن^۲ وسایل آلوده باعث کاهش عوامل

بیماری زا می شود .

^۱-Cleaning

۱- تمیز کردن :

فرآیندی است که مواد خارجی مثل خاک و مواد مترشحه از بدن مثل خون را از روی وسایل برداشته و پاک می کند استفاده از ماده‌ی پاک کننده^۳ مناسب که به صورت صحیح رقیق شده باشد می تواند آلودگیها را برطرف کند . قبل از استریل و ضد عفونی کردن وسایل باید پاک شوند .

۲- ضد عفونی کردن :

ضد عفونی کردن فرآیندی است که توسط آن تمامی عوامل بیماری زا از بین می رود به جز اسپورباکتری

۳- استریل کردن :

فرآیندی است که تمامی انواع میکروبها را نابود میکند . روشهای استریل کردن شامل استفاده از فشار بخار آب ، حرارت خشک ، گاز اتیلن اکسید .
پرستار مسئول بررسی و کنترل صحت بسته بندی ها و پگ ها و همچنین تاریخ مجاز مصرف وسیله قبل از استفاده از پگ ها و بسته های استریل است .

¹ -Disin fection

² - Sterilization

³ -Detergent

از مسئولیتهای پرستار آن است که باید منبع عفونی مایعات بدن را تخلیه و نابود

کند همچنین پرستار باید هوشیارانه وسایل یک بار مصرف را که تاریخ مصرف آن

گذشته یا آلودگی پیدا کرده اند را نیز حذف کند .

۴- کنترل راههای خروج :

برای کنترل خروج عوامل بیماریزا مثل سیرتفوس ، پرستار باید از صحبت کردن ؛

عطسه کردن و سرفه های مستقیم روی زخمهای ناشی از جراحی و محیط استریل

پانسمان ها جلوگیری کند .

همچنین پرستار باید بیمار ، را آموزش دهد که چگونه از انتشار میکروب جلوگیری

کند .

هنگام سرفه و عطسه دستمال یکبار مصرف جلوی دهان و بینی بگیرد و پرستار زمانی

که دچار سرماخوردگی شده باید از ماسک استفاده کند یکی دیگر از راههایی که

عوامل بیماریزا از آنها خارج می شود و هنگام دست زدن به آنها باید مراقب بود ،

هنگام خروج مایعات از بدن مثل دفع ادرار ، و مدفوع ، و خروج ترشحات زخمها

می باشد و پرستار باید از دستکش استفاده کند .

۵- کنترل انتقال

در مراکز مراقبت بهداشتی هر بیماری لازم است که وسایل شخصی داشته باشد مثل
درجه حرارت - لگن - لوله ادرار - وان حمام - ظروف غذاخوری - که به راحتی
می تواند باعث انتقال عفونت شوند .

درجه حرارت شیشه ای نیز باید شخصی و منحصر به فرد باشد زیرا مخاط دهان
بیمار منبع رشد و نمو عوامل بیماریزا می باشد درجه حرارت باید پس از هر بار
مصرف با آب و صابون شسته و خشک شود .

برای پیشگیری از انتقال عوامل بیماری زا از طریق تماس غیر مستقیم وسایل و پارچه
های چرکی و آلوده نباید با لباس پرستار تماس پیدا کنند .

یکی از خطاهای بزرگ حمل ملحفه ها توسط دست است که به لباس پرستار مالیده
می شود .

استریل کردن وسایل حیاتی

وسایلی که داخل بافتهای استریل یا سیستم عروقی می شوند خطر بزرگی را از نظر
ایجاد عفونت دارند اگر این وسایل به وسیله عوامل بیماریزا آلوده شده باشند باید
دوباره استریل شوند این وسایل شامل ابزار جراحی - تره های قلبی و ادراری -
سوزنها

ضد عفونی کردن وسایل تقریباً حیاتی

وسایلی که با پوست غیر سالم و یا بافت مخاطی تماس دارند ممکن است ایجاد خطر عفونت بکنند این وسایل شامل ابزار اکسیژن تراپی ، لوله های داخل تراشه و درجه حرارت جیوه ای دهانی .

تمیز کردن وسایل غیر حیاتی :

وسایلی که با پوست سالم تماس دارند اما با بافت مخاطی تماس ندارند باید تمیز باشند این وسایل شامل لگن ، دستگاه فشار سنج ، ملحفه ها و ظروف غذا .

کنترل و پیشگیری جهت کاهش مخزن عفونت :

۱- شستن دستها

۲- حمام کردن

۳- تعویض پانسمان

۴- سوزن های آلوده را دور بریزید

Standard precautions

احتیاطهای استاندارد

احتیاطهای استاندارد باید هنگام مراقبت از تمام بیماران بستری در بیمارستان به کار گرفته شوند .

الف) شستن فلورهای طبیعی دستها :

(۱) ناپایدار

(۲) پایدار (ساکن)

میکرو فلورهای ناپایدار آنهاست که با یک شستشوی ساده با آب و صابون پاک می شوند و یکسری میکروفلورهای طبیعی هستند که در منفذ ناخن ها و یا شیارهای دست وانگشتان باقی مانده و با شستن معمولی از پوست جدا نمی شوند و به همین منظور توصیه می شود که در دست شستن به روش جراحی ضمن اینکه از مواد پاک کننده استفاده می کنیم باید از مواد ضد عفونی دهنده و برس هم جهت جدا کردن و از بین بردن عوامل عفونت زای روی پوست جلوگیری شود .

الف (شستن دستها

بعد از تماس دست (با دستکش یا بدون دستکش) با خون ، مایعات بدن ، ترشحات ، مواد دفعی و لوازم آلوده دست ها را بشوئید . دست ها باید بلافاصله بعد از درآوردن دستکش و در فاصله بین تماس با بیماران شسته شوند

دستکش : به هنگام دست زدن به خون ، مایعات بدن ، ترشحات ، مواد دفعی و لوازم آلوده از دستکش استفاده کنید . قبل از تماس با مخاطات و پوست آسیب دیده بیمار ، دستکش را از دست خارج نکنید و بلافاصله دستها را بشوئید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران یا محیط جلوگیری شود.

ماسک محافظ چشم ، محافظ صورت ، برای محافظت از مخاط چشم ، بینی و دهان
درحین انجام بعضی از اعمال و برای فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال پاشیده
شدن یا اسپری شدن خون ، مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی وجود دارد .
گان : برای محافظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس در حین انجام بعضی
از اعمال و فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال ترشح و پاشیده شدن یا اسپری
شدن خون و مواد دفعی وجود دارد گان بپوشید .

ب) ملحفه و البسه:

جمع آوری و انتقال وانجام فرآیندهای لازم جهت نظافت ملحفه های که مورد استفاده
قرار گرفته و با خون و مایعات بدن و ترشحات و مواد دفعی آلوده شده اند باید به
گونه ای باشد که از مواجهه با پوست و مخاط با آنها و آلوده شدن لباس جلوگیری
شود.

کنترل عوامل عفونت را توسط استریل و ضد عفونی کردن برای مهار عفونت به هنگام
استفاده از وسایل پزشکی به ۳ طریق عمل می کنیم .

۱. بعضی از وسایلی که آلوده می شوند را حذف می کنیم مهمترین راه حذف کردن
سوزاندن است .

۲. یکسری از وسایل را میتوانیم ضد عفونی کنیم ودوباره استفاده کنیم.

۳. استریل نمودن وسایل : یعنی اینکه هیچگونه عامل عفونت زایی در تماس با آن شیء وجود نداشته باشد و کاملاً عاری از میکروب باشد و در واقع مناسب ترین راه پیشگیری از عفونت را نیز همین استریل نمودن است که توسط دو دستگاه؛ ۱- فور ۲- اتوکلاو صورت می گیرد .

وسایل شیشه ای و فلزی را با فور استریل می کنیم .

ج) اجرای ایزولاسیون :

به منظور جلوگیری از انتقال عامل بیماریزا از فرد بیمار به افراد سالم ممکن است خانواده یا کادر درمانی باشد (لازم است بیمار را در اتاق خاصی به صورت جداگانه بستری و اقدام به درمان خود که با آن ایزولاسیون بیمار گفته می شود گاهی اوقات لازم است که بیمار را ایزوله نمود . از این جهت که عوامل عفونت را سبب ایجاد عفونت در فرد بیمار نگردد که به آن ایزولاسیون معکوس یا حمایتی گفته می شود .

انواع ایزولاسیون :

۱) یکی ایزولاسیون تنفسی است در مواردی استفاده می شود که عامل بیماریزا از طریق دستگاه تنفس خارج و به هنگام استنشاق وارد بدن افراد دیگر شود . اصول این ایزولاسیون این است که بیمار در اتاق خصوصی بسته می شود هم بیمار و هم افرادی که در تماس با بیمار هستند از ماسک استفاده کنند . ضمناً قبل و بعد از تماس

به بیمار دستها شسته شود و نوع دیگر ایزولاسیون، ایزولاسیون مواد دفعی و

ترشحي است که به احتیاطات مربوط به مواد دفعی و ترشحي گفته می شود.

اتاق خصوصی برای اطفال ضروری است افرادی که در تماس بیمار هستند بایستی از

دستکش و گان استفاده شود و در صورت امکان از ماسک و عینک نیز استفاده شود

ضمناً ترشحات آلوده بیمار ابتدا ضد عفونی و بعد تخلیه شود شستن دستها بعد از

تماس با بیمار ضروری است.

نوع دیگر ایزولاسیون، ایزولاسیون پوست و زخم است به هنگام کار با بیمار بایستی

از دستکش و گان استفاده شود ضمناً پانسمان و لوازم آلوده بیمار به طریقه صحیح

حذف شود و لوازم پزشکی هم به طور دقیق مورد ضد عفونی و استریل شود.

احتیاطهای خونی:

ایزولاسیون خونی: که در این روش در هنگام کار با بیمار باید دستکش پوشیده

شود و کافی نیز صورت گیرد روی نمونه های آلوده هم بر حسب احتیاطهای لازم

زده شود.

نوع دیگر ایزولاسیون حمایتی یا معکوس است در این نوع ایزولاسیون اتاق

خصوصی ضروری است در هنگام تماس با بیمار و باید از دستکش و گان استفاده

شود ضمناً ماسک هم زده شود آموزش در مورد کنترل عفونت به منظور پیشگیری و

انتقال از بیماری عفونی لازم است به کلیه بیماران آموزشهای لازم متناسب با بیماری و نحوه سرایت آن به بیمار داده شود تا از انتقال بیماری به افراد دیگر جلوگیری گردد.

محل استقرار بیمار:

بیماری که محیط را آلوده می کند یا در جهت حفظ و کنترل محیط مناسب کمک نمی کند بایستی در اتاق خصوصی جای گیرد. اگر اتاق خصوصی در دسترس نیست با مسئولین کنترل عفونت مشاوره کرده تا مکان استقرار وی و سایر موارد مشخص شود.

د) گندزدایی^۱:

حذف تعداد زیاد یاهمه میکروارگانسیم ها پاتوژنی که بر روی اشیاء بی جان وجود دارند بجز اسپور باکتری ها تعداد کمی از مواد گندزدا می توانند اسپور باکتری ها را از بین ببرند مشروط بر اینکه مدت زمان مواجهه طولانی باشد به این مواد استریل کننده های شیمیایی می گویند.

انجام روش های استریل:

تمام تجهیزات مورد نیاز برای یک روش از قبل فراهم شده باشد پرستار باید نیازها را پیش بینی کند بنابراین تجهیزات و وسایل بدون توجه رها نمی شوند و وسایل

¹-Aspsis

اضافی استریل نیز باید موجود باشد برای زمانیکه به طور تصادفی وسایل اصلی پیش

بینی شده آلوده شوند این وسایل اضافی استریل بلافاصله جایگزین می گردند .

قبل از انجام روش استریل هر مرحله باید توضیح داده شده باشد . اگر یک وسیله

در طی انجام روش آلوده شود پرستار نباید برای دور انداختن آن یا به عقب فرستادن

آن برای طی مراحل مختلف باشد .

ح) انجام دادن و برداشتن کلاهها و ماسکها :

برای روش استریل در یک بخش عمومی پرستار ممکن است یک ماسک جراحی

بدون کلاه بپوشد و برای روشهای جراحی استریل پرستار ابتدا یک کلاه تمیز که

تمام موها را می پوشاند و بعد ماسک جراحی به کار می برد .

یک ماسک باید مناسب و اندازه اطراف صورت و بینی باشد تا از آلودگی به وسیله

ذرات ترشحات دهان و بینی هنگام صحبت کردن و تنفس جلوگیری کند .

بعد از اینکه ماسک برای چند ساعد استفاده شد مرطوب می شود و باعث گسترش

عوامل بیماریزا می شود و باید تعویض شود .

خ) باز کردن بسته های استریل

قطعات استریل شامل سرنگ ها ، گازهای پانسمن و مجموعه وسایل شستشوی

هستند که در کاغذ یا ظروف پلاستیکی بسته بندی شده اند تا از آلودگی با عوامل

بیماری زا و رطوبت در امان بوده و برای مدت ها خشک و سالم باقی بمانند .

پلاستیک ها در برابر پاره و سوراخ شدن قابل انعطاف و مقاوم هستند . قطعات استریل در یک پارچه کتانی دو لبه نگهداری می شوند و در مخزن نگهداری در وسط گذاشته می شوند و از وسایل کثیف جدا می شوند اگر سالم بودن بسته بندی استریل مشکوک است (از قبیل مرطوب شدن ، پاره بودن ، تغییر رنگ دادن) وسیله نباید استفاده شود اگر رطوبت بعد از باز شدن بسته استریل پیدا شود این وسایل باید دور انداخته شده یا طبق خط مشی موسسه استریل شود قبل از باز کردن یک بسته استریل پرستار دستها را به طور کامل می شوید وسایل استریل نباید در یک فضای محدود باز شوند زیرا ممکن است شیء با آنها برخورد کند یا چیز کثیفی روی آنها بیافتد .

باز کردن یک بسته استریل در سطح صاف:

بسته بندی های استریل می توانند بدون آلوده شدن باز شوند بسته تجارتي به طور اختصاصی بسته بندی شده اند طوريکه پرستار فقط لازم است ناحیه مشخص شده روی بسته را پاره کرده تا وسایل داخلی بسته قابل دسترسی شوند برای بسته بندی کردن پرستار باید مراحل استفاده را برعکس و وارونه انجام دهد .
پرستار قسمت های کناری و داخل بسته بندی های استریل را لمس نمی کند این عملیات ممکن است در اتاق عمل یا کنار بستر بیمار انجام شود .

ریختن محلول استریل :

بطری حاوی محلول استریل است داخلش استریل و بیرونش آلوده محسوب می شود . بیرون شامل گردن بطری و در بطری و سرپوش جزء داخل محسوب می شود وقتی در بطری یا سرپوشش باز شد ، آن را در دست نگه دارید یا در مکان استریل در محیط تمیز بگذارید . این بدین معنی است که می تواند در سطح میز و در کنار وسایل قرار گیرد . سربطری و کناره های بطری آلوده است و نباید کنار یا روی سطح استریل قرار گیرد زیرا باعث آلودگی می شود همچنین یک سطح استریل روی یک سطح غیر استریل ممکن است احتمال آلودگی داخل را افزایش دهد بطری ها برچسب دار را در کف دست نگه دارید زیرا تماس دست و رطوبت بر دیواره و روی برچسب باعث خیس شدن و نابودی برچسب می شود .

۱. وسایل را در مرکز کار خود قرار دهید .
۲. سطح بیرونی دورترین قسمت لبه را بگیرید.
۳. نوار یا برچسب تاریخ دار و نشانه استریل را دور نیاندازید .
۴. لبه خارجی دور از بدن را باز کنید . بهتر است آن را از روی سطح کار در وضعیت مسطح قرار دهید دست را کنا رنگه دارید نه بالای سطح استریل .
۵. سطح خارجی اولین لبه کناری را بگیرید .
۶. لبه کناری را باز کنید .

۷. دومین لبه سطح خارجی را بگیرید .

۸. سطح خارجی آخرین لبه داخلی را بگیرید .

۹. دور از بسته استریل بایستید و لبه خلفی را هل دهید و اجازه دهید لبه شان

صاف روی سطح بیافتد .

۱۰. از بسته بندی داخل ست استفاده کنید . وسایل استریل اضافه شدنی در مرکز

ست قرار می گیرند . برای حرکت دادن و جابجایی فضای استریل ست از یک

اینچ لبه خارجی ست را بگیرید .

مهارتهای گزارش نویسی :

هر مدیریتی در هر سطحی از سطوح ، برای آنکه بتواند از جریان امور حوزه خود آگاهی پیدا نماید و بر پایه این آگاهی واکنش منطقی نشان دهد و تصمیمی درست و موثر بگیرد باید گزارش های صحیحی دریافت کند .

تاریخچه گزارش نویسی در پرستاری :

در واسط قرن هیجدهم تا قرن نوزدهم با ایجاد تغییرات اصلاحی در نقش پرستاران هر پرستاری مسئول کیفیت و ثبت خدمات خویش گردید و از آن زمان تاکنون تغییراتی در نحوه ثبت گزارشات در پرستاری ایجاد شد و روزه روز کاملتر می گردد. ثبت کردن (*Recordig*) انتقال اطلاعات اساسی به طور کتبی به منظور آگاهی از عملی که در زمانی واقع شده است .

گزارش دادن (*Reporting*) : انتقال اطلاعات به فرد یا افرادی به صورت شفاهی یا

کتبی می باشد که از آن بی اطلاع بوده یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند

چارت (*Chart*) : واژه معمولی برای پرونده بیمار جهت وارد کردن اطلاعات است .

Documentation: تصدیق وقایع و فعالیتهای انجام شده از طریق نگهداری و

بایگانی گزارشات .

هدف از تشکیل پرونده وثبت اطلاعات :

۱- انعکاس دهنده مراقبت های ارائه شده به بیمار است .

۲- نشان دهنده نتایج مراقبت ودرمان است

۳- تسهیل کننده برنامه ریزی مداوم و مراقبت بیمار است .

۴- کمک به هماهنگی بین خدمات اعضای تیم بهداشتی - درمانی

۵- کمک کننده به تبادل اطلاعات درمورد وضعیت بیمار ، درمان ها و مراقبت ها بین

اعضای تیم بهداشتی - درمانی

۶- به عنوان یک مشاهده در دادگاه در مقابل دعاوی بیماران میتوان به کار گرفت .

کاربردهای گزارش نویسی پرستاری :

۱. جنبه های قانونی ثبت مدارک پزشکی:

در مراجع قانونی موجب کسب مصونیت برای بیمارستان و پرسنل در مقابل دعاوی

بیماران می گردد ، زیرا مسلماً در مراجع قانونی در مراجع قانونی آنچه می توانند به

عنوان مدرک قانونی ارائه گردد پرونده بیماران می باشد ، و یادداشتهای و گزارشات

پرستاری در نتیجه گیری جدال قانونی بسیار مهم است .

۲. جنبه حقوقی ثبت :

گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است که

اعضای تیم درمان در کارها و مراقبت ها به وسیله گزارش کتبی با هم در ارتباطند .

۳. جنبه های ارتباطی ثبت :

گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است که

اعضای تیم درمان در کارها و مراقبت ها به وسیله گزارش کتبی با هم در ارتباطند .

۴. جنبه های درمانی ثبت :

پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبت های انجام شده برای بیمار

در آن ثبت می شود و اهمیت دارد .

- ثبت نوع عمل انجام شده

- ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری ، و تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل

- وضعیت عمومی بیمار استفراغ ، خونریزی با قید ساعت و نام و امضاء پرستار

- ثبت علائم حیاتی ، زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه

- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی و برگه های مربوطه

- ثبت هر گونه مشکل نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل اتفاق افتاده مثل

خوبریزی، شک (البته به شرط تأثیر بر روی مراقبت بعد از عمل)

- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار و غیره

گزارش بعد از عمل:

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش

- ثبت نوع عمل انجام شده

- ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری، درد، غیره.

- ثبت وضعیت درون ها، تیوب ها و سایر اتصالات

- ثبت علائم حیاتی و برون ده اداری در ساعت اولیه

- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

- چارت OR در بالای علائم حیاتی

گزارش ترخیص:

- کنترل برگه ترخیص بیمار توسط پزشک

- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی

- ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه

- آموزشهای مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره)

گزارش فوت :

- وضعیت عمومی قبل از فوت

- ثبت ساعت بد حال شدن

- اقدامات انجام شده به تفصیل

- ثبت ساعت فوت ، نحوه گواهی فوت

- در پرونده نوشته شود جسد به چه کسی تحویل داده شده یا در سردخانه

بیمارستان گذاشته شد .

- نام و نام خانوادگی در جسد ، سن ، بخش بستری ، تاریخ فوت نوشته و روی بدن

وی نصب شود .

۵- گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری

چه مواردی باید در گزارش پرستاری گزارش یا ثبت شود .

۱- اقدامات و روشهای درمانی که توسط اعضاء مختلف تیم پزشکی اعمال شده

است .

۲- اقداماتی که به دستور پزشک و توسط پرسنل پرستاری انجام می شود.

۳- اقدامات پرستاری که توسط پزشک دستور داده شده اما پرستاران جهت برآوردن

نیازهای خاص بیماران آن را انجام می دهند .

۴- رفتار و دیگر مشاهدات که در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار می باشد مثلاً

وضعیت عاطفی به ثبت حوادث غیرمترقبه

۵- واکنش خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت

۶- گزارش آموزش به بیمار

ویژگیهای یک گزارش خوب و صحیح

۱- صحت و درستی

۲- اختصار

۳- جامع و کامل بودن

۴- جاری و معاصر

۵- سازمان بندی

۶- محرمانه و رازداری

۷- مربوط بودن

گزارش نویسی :

گرچه بسیاری از پرستاران صرف وقت جهت تعامل با بیماران را به گزارش نویسی

ترجیح می دهند گزارش نویسی دقیق یک محافظ سرنوشت ساز قانونی برای پرستار

است .

گزارش باید به صورت واقعی ، دقیقه صحیح کامل و به موقع ثبت شود فرض قانون آن است که اگر مواردی ثبت نشده است انجام داده نشده است .

این موارد حتی فعالیتهای معمول ، مثل کنترل علائم ، حیاتی تا تغییر وضعیت بیمار و تضمین ایمنی بیمار را نیز در بر می گیرد .

پرستاران باید مطمئن شوند که طرح مراقبت پرستاری بخشی از گزارش دائمی بیمار است مرکز مراقبتی باید انواعی از برگه های ثبت گزارش را که موجب تسریع و

تکمیل کنترل معمول پرستاران می گردد ، داشته باشد پرستار باید گزارشی جامع از هر مشکل بیمار که در نوبت کاری خود با آن برخورد نموده است را بنویسد .یادداشت

باید موارد ماهیت مشکل ،چگونگی مداخله پرستار، پاسخ بیمار و درمان مناسب ، اولویت بعد در مراقبت را در بر گیرد ،پس از ثبت مشکل ، ارائه گزارش پرستاری از

چگونگی مراقبت تا زمان حل مشکل بیمار ادامه می یابد . مشکل مشترک پرستاران عدم آگاهی از چگونگی ثبت رخدادهای است برای مثال

زمانیکه پرستار معتقد است بیمار نیازمند توجهات و مداخلات پزشکی است اما پزشک مسئول به تماس برای کمک پاسخ نمی دهد در این مورد ، بهترین محافظ قانونی

پرستار ثبت دقیق رویداد بدون استفاده از جملات ابهام برانگیزد است از قبیل «هیچکس نتوانست ببیند ما به سرعت در حال از دست دادن بیمار بودیم» یا « یکبار

دیگر دکتر جونر در زمان نیاز بیمار در دسترس نبود» در گزارش زمان تماس با پزشک ،

زمان پاسخ یا عدم پاسخگویی و فعالیت بعدی پرستار باید ثبت شود.

بعضی از گزارشها مویید آن است که پرستار به دقت بیمار را بررسی نموده ، سرنخ های

مشخص را شناسایی کرده و به طور مناسبی آنها را گزارش نموده است .

سوپروایزر پرستاری باید گزارش بعدی را مشاهده مورد اقدامات ارائه شده را ثبت

نماید بیماری که از روند درمانی تبعیت نمی کند تدابیر پرستاری که در این زمینه ارائه

می شود باید ثبت شود .

گزارشات بروز ، شیوع وقوع :

گزارش بروز ، که گزارش شیوع یا وقوع نیز خوانده می شود در مراکز مراقبت

بهداشتی به منظور ثبت هر گونه رخداد غیر معمول که موجب ایجاد صدمه در بیمار ،

پرسنل یا ملاقات کننده گشته یا ناشی از آن ایجاد میگردد به کار می رود.

این گزارشات جهت ارتقاء کیفی به کار رفته است و به عنوان فعالیت انضباطی علیه

کارکنان به کار نمی رود آنها به منظور شناسائی خطرات استفاده می شود صدمات

حاصل از چشم پوشی از اشتباهات بیشتر ، از نتایج مفید آن است .

گزارشات بروز موجب ارتقاء درمان و مراقبت بیماران پر خطر گشته و آغازی برای

برنامه های پیشگیری از مشکلات آینده است این فرمها کلیه حقایق را در جریان داد

خواهی مشخص مینماید .

پرستار مسئول بروز صدمه بالقوه یا بالفعل یا شاهدان حادثه ، افرادی هستند که فرم بروز را تکمیل مینمایند این فرم باید حاوی نام کامل افراد درگیر ، اسامی کلیه شاهدان ، مشخصات واقعی حادثه ، تاریخ ، ساعت و محل وقوع مشخصات فرد یا افراد درگیر ، هر گونه تجهیزات به کار رفته یا هر گونه متغیر دیگری که در بروز واقعه حائز اهمیت است . باشد پزشک فرم بروز را با ثبت موارد معاینات پزشکی بیمار ، پرسنل یا ملاقات کننده دچار صدمه بالقوه یا بالفعل تکمیل می نماید .

در بعضی از کشورها ، گزارشات بروز به عنوان مدرکی در دادگاه به کار می رود . گزارش پرستار از وقایع بیمار باید به میزان کافی رخدادهای ثبت شده بیمار را در برگیرد علاوه بر اینکه پرستار گزارش بروز را آماده می سازد ، گزارش نویسی در پرونده بیمار نباید تنها گزارش به ثبت رسیده برور را بر گیرد .

گزارش وظایف :

ماهیت انحصاری تعامل پرستار ، بیمار موجب آگاهی پرستار از شرائطی از قبیل سوء استفاده از کودکان ، تجاوز جنسی یا بیماری قابل انتقال گشته که نیازمند ارائه گزارش می باشند .

قوانین متنوعی در این زمینه وجود دارد و پرستار ملزم به آگاهی از آنچه باید در یک منطقه گزارش شود و آنچه باید اجرا کرد می باشد.

راهنمایی برای ثبت گزارش موثر:

ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار یا ولی وی انتقاد نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می باشد متأسفانه غالباً غفلتهایی در تهیه گزارش پرستاری صورت میگیرد که در نتیجه سوء استفاده مکرر نامعلوم و بی معنی بوده که سبب عدم دقت گزارش نویسی می گردد.

اگر چه ممکن است این اشتباهات مخفی مانده و تأثیری هم بر بیمار نداشته باشد اما همچنین احتمال تأثیرات بسیار جدی بر بیمار دریافت کننده مراقبت وجود داشته و این امر سبب کاسته شدن اعتبار پرستاری بعنوان حرفه ای با انضباط، شده ضمن اینکه باعث ایجاد مشکلات قانونی برای پرستار مسئول نیز می گردد.

استفاده از راهبردهای اساسی در گزارش نویسی در پیشگیری از اشتباهات عاملی یاری دهنده میباشد خلاصه اینکه گزارشات بایستی دارای استانداردهای حرفه و رسمی باشد.

یک گزارش مناسب بایستی دارای استانداردهای زیر باشد:

۱- کامل

۲- دقیق

۳- مرتبط

۴- حقیقی

۵- بموقع

۶- منظم

۷- پی در پی

۸- قانونی

۹- خردمندانه و محرمانه بودن

اهداف گزارش نویسی :

گزارش نویسی اهداف سودمند زیادی دارد که عبارتست از :

ارتباط :

گزارش نویسی به سیستمهای حرفهای مراقبتی بهداشتی با قوای متفاوت کمک می نماید تا با بیماران مختلف در زمانهای متفاوت تعامل داشته و ارتباط مناسبی با یکدیگر برقرار نمایند این مقدماتی ترین هدف گزارش نویسی است بخاطر بسپارید گزارش نویسی برای دیگر افراد حرفه ای تیم مراقبتی بهداشتی نیز مفید بوده و به آنها در قضاوت درباره پرستاران و ارائه خدمات پرستاری کمک می نماید .

برنامه ریزی مراقبتی :

هر فردی که به صورت حرفه ای با بیمار کار می کند ، به اطلاعات پایه و پیشرفته بیمار دسترسی داشته و می تواند ببیند که بیمار چگونه به برنامه های درمانی روز به روز پاسخ می دهد همچنین اصلاح برنامه مراقبتی بر اساس این اطلاعات می باشد.

مروری بر کیفیت :

شاید جهت ارزشیابی کیفیت مراقبتی که بیماران دریافت می نمایند و همچنین تعیین صلاحیت پرستارانی که خدمات مراقبتی را ارائه می دهند از چارتهای استفاده نموده و بدین جهت گزارشات ثبت شده مرور گردد .

موسسات اعتباری مثل موسسه اعتباری بهداشتی مراقبتی نیز ممکن است جهت تعیین چگونگی دستیابی موسسات اختصاصی یا انستیتوهای مراقبتی بهداشتی استاندارد های مراقبتی، چارتهای مطالعه نمایند.

پژوهش :

ممکن است گزارشات بیمار توسط افرادی پژوهشگر مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد و وی را امیدوار سازد که با استفاده از مطالعه مذکور مطالبی را فرا گرفته و از این اطلاعات در بیماران مشابه برای تشخیص مشکلات سلامتی بیمار واخذ بهترین روش درمانی استفاده نمایند .

تجزیه و تحلیل سیستم:

غالباً مرور اطلاعات کسب شده از گزارشات، اطلاعات مورد نیاز برای برنامه ریزان استراتژیک مهیا شده و این افراد با توجه به این نیازهای استراتژی را انتخاب می کنند که بیشتر این نیازها برآورده شود.

شاید مروری بر گزارشات استفاده ناچیز و یا استفاده از سرویس های خدماتی مراقبتی مشخص نمایند. بیماری که مدت طولانی در موسسه ای اقامت دارد نیاز به کمکهای اختصاصی داشته و اطلاعات مالی در ارتباط با اینکه کدام خدمات در مقایسه با یکدیگر درآمد بیشتری داشته و برای موسسه مقرون به صرفه تر است، تعیین می گردد.

آموزش:

تظاهرات بالینی، مشکلات اختصاصی سلامتی، تأثیر مدل های مختلف درمانی و عواملی که در دستیابی به اهداف بیمار تأثیر دارند مطالب عمده ای را بنویسند.

سند قانونی:

گزارش بیمار سند قانونی است که ممکن است در جریان یک محاکمه بعنوان گواه از آن استفاده شود.

بنابراین اثبات حق و حقیقت و تبرئه شدن افراد مسئول عضو تیم بهداشتی که بنظر می رسد مراقبت نامناسبی را انجام داده اند نقش بسیار مهمی را ایفا می کند.

پرداخت (به عنوان جبران) :

همچنین گزارشات بیمار به فرد پرداخت کننده هزینه های درمانی بیمار که خواستار پی

بردن به نوع هزینه های پرداختی است نحوه جبران هزینه ها را نشان می دهد

سند تاریخی :

بدلیل اینکه اطلاعات ثبت شده در گزارش بیمار کاملاً تخصصی می باشد بنابراین به عنوان یک سند تاریخی ارزش زیادی دارد سالهای بعد این اطلاعات نشان میدهد که در گذشته بیمار چه مراقبتهای بهداشتی درمانی را دریافت داشته است .

زمانبندی :

گزارش بایستی به موقع ثبت شود . در هر گزارشی که ثبت می گردد کاربرد تاریخ و

زمان جهت ثبت مشاهدات و مداخلات پرستاری ضروری است

۱- ثبت مداخلات پرستاری حتماً بایستی زمان و امضاء داشته باشد در مورد

بیمارانیکه مشکلات جدی تری دارند نیاز بیشتری به بقیه گزارش بشکلی جاری

می باشد .

۲- هرگز قبل از اینکه مراقبتهای جدی و اطلاعات با اهمیت مراقبت از بیمار را ثبت

نکرده اید ، بخش را جهت استراحت یا صرف چای ترک نکنید .

۳- هرگز قبل از اینکه مداخله ای را انجام دهید آن را ثبت نکنید .

مسئولیت :

۱) در هر ثبت گزارشی با استفاده از نام ، نام خانوادگی و عنوان متن گزارشات ثبت شده را امضاء نمائید . هرگز یادداشتهایی را که مداخلاتی را توصیف نموده است و آنرا شما انجام نداده اید ، امضاء نکنید .

۲) از لاک غلط گیر استفاده نکنید اشتباه را نیز پاک نکنید فقط کافی است برروی کلمات یا جملات اشتباه یک خط باریک بکشید و کلمه اشتباه ثبت شده را در بالای خط بنویسید و امضاء کنید و مجدداً جمله صحیح را بنویسید

۳) هر صفحه گزارش را با نام بیمار و شماره پرونده خاص وی مشخص نمایید .

۴- متوجه باشید که گزارشات ثبت شده بیمار دائمی می باشد بر طبق قوانین موسسه ای که مشغول به کار هستند از رنگ و نوع قلم مورد تأیید استفاده کنید و مطمئن باشید که گزارش بیمار قبل از فرستادن به قسمت گزارشات طبی تکمیل شده است .

محرمانه :

بیماران از نظر اخلاقی و قانونی انتظار دارند که اطلاعات کسب شده در گزارش بهداشتی آنها ثبت شده و خصوصی باقی بماند دانشجویان بایستی با قوانین و مقررات موسسات بهداشتی در ارتباط با دسترسی به گزارشات بیمار توسط افراد دیگر تیم مراقبتی و افراد غیر حرفه ای و فرآیند دسترسی به اطلاعات آشنا باشند .

بیشتر موسسات بهداشتی برای آموزش به دانشجویان اجازه می دهند آنها به اطلاعات دسترسی یابند. دانشجویانیکه از گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده می نمایند از نظر حرفه ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارند حقیقی بیمار و دیگر مشخصات وی نباید در گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده گردد. از نظر حرفه ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه داشت نامه های حقیقی بیمار و دیگر مشخصات وی نباید در گزارش کتبی و شفاهی دانشجویان استفاده گردد.

گزارش دهی :

پرستاران اطلاعات لازم درباره مددجو را انتقال می دهند به طوریکه تمام اعضاء تیم بتوانند تصمیمات مناسب درباره مراقبت از مدد جو را اتخاذ کنند. چهار نوع از گزارشات پرستاری شامل گزارش تغییر نوبت کاری، گزارش تلفنی، گزارش انتقال و گزارش حوادث می باشند.

۱- گزارش تغییر نوبت کاری :

در پایان هر نوبت کاری پرستاران اطلاعات مربوطه به مددجویان را به پرستاران نوبع بعد گزارش می دهند. هدف از این گزارش تداوم مراقبت از مددجو توسط پرستاران می باشد و گزارش تغییر نوبت کاری بصورت شفاهی یا توسط ضبط صوت یا کنار تخت مددجو ارئه می شود. گزارشات شفاهی در اتاق کنفرانس با حضور تمام

کارکنان هر دو شیفت ارائه می گردد. مزیت گزارشات شفاهی این است که به کارکنان امکان پرسش سؤال یا روشن نمودن توضیحات را می دهد هنگامی که پرستاران در بالین گزارش می دهند، مددجو و اعضاء خانواده فرصت شرکت در تصمیم گیری را دارند، پرستاران می توانند با یکدیگر، مددجو را جهت انجام ارزیابیهای مورد نیاز مشاهده نمایند. سیر پیشرفت را ارزیابی کنند و در مورد مناسبترین اقدامات برای رفع نیازهای مددجو بحث کنند. گزارش به وسیله ضبط صوت توسط پرستاری که مراقبت از مددجو را تکفیل نموده ارائه می گردد و برای پرستار نوبت بعدی قرار داده می شود به علت مسئولیتهای زیادی که پرستاران بر عهده دارند مهم است که گزارش تغییرنوبت کاری سریع و کارآمد ارائه گردد. گزارش خوب، وضیت سلامتی مددجویان را شرح داده و به کارکنان شیفت بعد امکان آگاهی کامل از مراقبتهای موردنیاز مددجویان نیاز مددجویان را می دهد.

گزارش تغییر نوبت کاری نباید از روی کاردکس خوانده شود کاردکس در دسترس تمام کارکنان جهت مطالعه است اطلاعات درباره مددجویان باید عینی، به روز و مختصر باشد.

گزارش سازماندهی شده از ترتیب منطقی پیروی می کند جهت آمادگی برای ارائه گزارش، پرستار اطلاعات برگه کار، کاردکس مددجو و برنامه مراقبتی را جمع آوری می کند. رویکرد سیستماتیک همانند فرآیند پرستاری می تواند به کارکنان اطلاعات

مهمی را جهت تداوم مراقبت ارائه دهد هنگام ارائه گزارش پرستار با مددجو یا اعضای خانواده به روش حرفه ای بحث می کند مهم است که کارکنان کمکی در گزارش تغییر نوبت کاری شرکت کنند .

کارکنان کمکی جزء تیم می باشند و در زمان آگاهی از شرایط مددجو و اولویتهای مراقبت می توانند در گزارش دهی حضور یابند پرستار از گزارش جهت تأکید بر وظایف کارکنان کمکی استفاده مینماید .

گزارشات تلفنی :

دستورات تلفنی شامل درمان توصیه شده توسط پزشک به پرستار از طریق تلفن ی باشد هنگامی که پرستار دستورات پزشک را از طریق تلفن بپذیرد ، روشن سازی پیامها مهم است . دستور باید با تکرار کامل و واضح تأیید شود سپس پرستار دستورات را در برگه دستور پزشک ثبت نموده و امضاء میکند . سپس پزشک دستور تلفنی را با امضاء آن تأیید می کند . دستورات تلفنی غالباً در شب یا در مواقع فوری داده می شوند و فقط باید در صورت ضرورت به کار روند .

۲- گزارشات انتقال

ممکن است مددجویان جهت دریافت سطوح مختلف مراقبت ، از یک بخش به بخش دیگر منتقل شوند. برای پیشبرد تداوم مراقبت ، گزارشات انتقال ممکن است توسط تلفن یا مستقیم داده شوند .

اطلاعاتی که پرستاران در گزارش انتقال ارائه می دهند شامل موارد زیر است :

۱- اسم و سن مددجو ، پزشک اولیه و تشخیص طبی

۲- خلاصه و پیشرفت تا زمان انتقال

۳- وضعیت سلامت فعلی

۴- برنامه مراقبتی فعلی

۵- ارزیابیها یا اقدامات مهم که باید بعد از انتقال تکمیل شوند .

۶- ملاحظات خاص

۷- نیاز به تجهیزات خاص

بعد از تکمیل گزارش انتقال ، پرستار دریافت کننده باید فرصتی برای پرسش سئوالاتی
درباره وضعیت مددجو داشته باشند در برخی موارد باید اطلاعات گزارش شده ثبت
شوند .

۴- گزارش حوادث :

یک حادثه به هر واقعه ای اطلاق می شود که با اعمال متداول بخش مراقبت های
بهداشتی یا مراقبت معمول از مددجو سازگار نباشد . مثالهایی از حوادث شامل زمین
خوردن مددجویان ، صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن و خط تجویز دارو می باشند.
تجزیه و تحلیل گزارشات حوادث در شناسایی مشکلات سیستمهای مراقبتی و ارائه

دلایلی برای تغییر خط مشی ها و روشهای کار یا آموزشهای ضمن خدمت کمک می

کنند گزارشات حوادث بخش مهمی را برنامه ارتقاء کیفیت بخش می باشند .

هنگام بروز حادثه ، پرستاردخیل در بروز آن یا پرستار شاهد ، گزارش حادثه

راتکمیل می کند حتی زمانی که صدمه ای عارض نشده نیز گزارش تهیه می شود .

هنگامی که مددجو یا ملاقات کننده در حادثه شرکت دارد ، پرستار حادثه را بررسی

نموده و سپس جزئیات آن را گزارش می کند در بسیاری از موارد به پزشک اطلاع

داده می شود و اقدامات لازم برای تعیین صدمات صورت می گیرد اگر مددجو

آسیب دیده باشد پزشک معاینات و یافته ها را در پرونده طبی وی ثبت می کند .

پرستار فقط آنچه را که واقعاً مشاهده نموده و مراقبتهای انجام گرفته را ثبت می کند

و در پرونده طبی تصریح نمی کند که گزارش حادثه تهیه شده است .

یکی از متداولترین حوادث خطر در تجویز دارو می باشد .

گزارش حادثه برای خطا در تجویز دارو باید شامل این موارد باشد :

۱- توضیح دقیق و مختصر از خطا

۲- تمام اطلاعات مربوط (برای مثال اعمال انجام شده)

۳- گزارش بروز هرگونه عارضه جانبی در مددجو

در برخی موقعیتهای پرستاران در حوادث مرتبط با مددجو درگیر می شوند فهرست زیر

رهنمودهائی جهت تکمیل صحیح گزارش حادثه ارائه می دهد :

• پرستار شاهد حادثه یا پرستاری که مددجود را در زما حادثه می یابد ، گزارش

راتکمیل می کند .

• اتفاقات را با واژه های عینی و مختصر شرح دهید .

• شرایط موجود هنگام کشف حادثه را به طور عینی توصیف کنید

• اقدامات صورت گرفته توسط خود فرد ، سایر پرستاران یا سایر پزشکان را

گزارش کنید .

• سعی نکنید علت حادثه را تفسیر کنید .

• هر چه سریعتر گزارش حادثه را به مدیریت ارائه دهید

• یک نسخه از گزارش کیفی حادثه را در فایل شخصی خود نگهدارید .

رهنمودهائی قانونی برای گزارش نویسی :

علل منطقی	رهنمودها
گزارش نویسی نامفهوم می شود ، به نظر می رسد که شما درصدد پنهان کردن اطلاعات یا محو کردن عمل انجام شده هستید	۱- در هنگام ثبت ، اشتباهات را پاک نکنید، خط ننزید یا از غلط گیر استفاده نکنید
این عبارت میتواند به عنوان شواهدی از رفتار غیر حرفه ای یا کیفیت کم مراقبت استفاده شود	۲- نظرات انتقادی یا تلافی جویانه درباره مددجو یا مراقبت ارائه شده توسط سایرین ندهید
خطاها در گزارش دهی می تواند منجر به خطا در درمان شود	۳- اشتباهات رابه طور کامل تصحیح کنید
گزارش نویسی باید دقیق و قابل اعتماد باشد	۴- تمام حقایق را ثبت نمائید
شخص دیگری ممکن است اطلاعات غلط را در جاهای خالی پرنماید	۵- در گزارش نویسی فضاهای خالی نگذارید
ثبت ناخوانا ممکن است اشتباه تفسیر شود و موجب خطا و جنجال گردد . جوهر پاک نمی شود گزارشها فتوکپی شده و روی میکروفیلم ذخیره شود	۶- گزارش خوانا و با خودکار ثبت شود

علل منطقی	رهنمودها
اگر دستور اشتباه را اجرا کنید ، شما نیز همانند پزشک تحت پیگرد قانونی قرار می گیرد	۷- اگر دستوری مورد سؤال باشد ، روشنی و وضوح موردنظر را ثبت کنید
شما مسئول اطلاعاتی که وارد نموده اید هستید	۸- فقط اعمال خود را ثبت کنید .
چنانچه اطلاعات بیش از اندازه کلی باشد ، اطلاعات خاص در مورد شرایط مددجو تصادفاً حذف می گردد	۹- از عبارت کلی همانند (شرایط بیمار تغییر نکرده است) یا (روز خوبی را داشته) استفاده نکنید
این رهنمودها تأکید می کند که وقایع به ترتیب وقوع ثبت شوند و آن کس که مراقبت را ارائه داده است ، گزارش را امضاء کند .	۱۰- ثبت هر مطلب را با تاریخ و زمان شروع کرده و با امضاء خود تمام کنید

مداخله صحیح : (رهنمودهای قانونی برای گزارش نویسی)

۱- یک خط روی خطا بکشید و واژه خطا را بالای آن بنویسید سپس مطلب

موردنظر را به طور صحیح یاد داشت کنید .

۲- فقط توضیحات عینی رفتار مددجو را وارد کنید . نظرات مددجو باید داخل

گیومه باشد .

۳- در تکمیل گزارش عجله نکنید ، مطمئن شوید که اطلاعات صحیح هستند

۴- اطمینان حاصل کنید که آنچه ثبت نموده اید واقعی است بر اساس تفکر یا

حدث و گمان نباشد .

۵- خط به خط گزارش تهیه کنید . چنانچه فضای خالی بماند ، خط افقی از میان

آن کشیده و نام خود را در انتهای آن امضاء کنید .

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۶- هرگز نوشته را پاک نکنید یا از غلط گیر استفاده ننمائید و هرگز از مداد استفاده

نکنید .

۷- ننویسید «پزشک اشتباه کرد» بجای آن بنویسید « با دکتر اسمیت جهت تصحیح

دستور داده شده تماس گرفته شد »

۸- هرگز اعمال دیگران را ثبت نکنید .

۹- مراقبت را بطور کامل و واضح شرح دهید .

۱۰- برای ثبت تغییرات مهمی که چند ساعت قبل اتفاق افتاده تا پایان شیفت صبر

نکنید ، مطمئن شوید که هر مطلب ثبت شده را امضاء کنید .

Filename: *Document1*

Directory:

Template: *C:\Documents and
Settings\hadi
tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.
dotm*

Title:

Subject:

Author: *2*

Keywords:

Comments:

Creation Date: *4/1/2012 10:45:00
PM*

Change Number: *1*

Last Saved On:

Last Saved By: *H.H*

Total Editing Time: *0 Minutes*

Last Printed On: *4/1/2012 10:45:00
PM*

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

As of Last Complete Printing

Number of Pages: 65

Number of Words: 8,898 (approx.)

Number of Characters: 50,722

(approx.)