

عناوین روش های بالینی

گروه آموزشی اصول و فنون

- ۱- پانسمان و انواع پانسمان
- ۲- باندازو انواع بانداز
- ۳- توجه از بیمار فوت شده
- ۴- تنقیه
- ۵- پذیرش بیمار
- ۶- مرخص کردن بیمار
- ۷- دادن لوله ولگن
- ۸- دادن لوله ادرار
- ۹- استفاده از سند خارجی ادرار
- ۱۰- سنداژ
- ۱۱- بررسی علائم حیاتی (vital sign): ۱- کنترل درجه حرارت از راه دهان ۲- کنترل درجه حرارت از راه مقعد
- ۱۲- شستن دست ها
- ۱۳- ست استریل
- ۱۴- اکسیژن درمانی
- ۱۵- اکسیژن درمانی با چادر
- ۱۶- مراقبت قبل و بعد از عمل
- ۱۷- تراشیدن و آماده کردن محل عمل
- ۱۸- کوتاه کردن مژه ها
- ۱۹- کنترل عفونت
- ۱۹- شستن دست ها
- ۲۰- پوشیدن ماسک صورت

- ۲۱- در آوردن ماسک صورت
- ۲۲- پوشیدن دستکش استریل و خارج کردن آن
- ۲۳- پوشیدن گان حفاظتی و در آوردن آن
- ۲۴- گزارش نویسی
- ۲۵- طرز شمارش نبض (Pals) و تنفس (Respiration)
- ۲۶- طرز کنترل ضربان قلب و نبض باهم
- ۲۷- کار گذاشتن لوله بینی - معده ای (NGT)
- ۲۸- ساکشن سیستم تنفسی
- ۲۹- انتقال
- ۳۰- جابجایی و حرکت بیمار
- ۳۱- کمک به نشانیدن بیمار در تخت و آویزان کردن پاها
- ۳۲- کنترل دستور پزشک
- ۳۳- طریقه دادن دارو از راه دهان
- ۳۴- تجویز دارو بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (P.R.N)
- ۳۵- طریقه گذاردن شیاف مقعدی
- ۳۶- " " " واژن
- ۳۷- تجویز دارو به وسیله تزریق
- ۳۸- تزریق عضلانی
- ۳۹- تزریق زیر جلدی
- ۴۰- تزریق درون جلدی
- ۴۱- طریقه ریختن قطره چشمی
- ۴۲- طریقه مالیدن پماد چشمی
- ۴۳- طریقه ریختن قطره گوش
- ۴۴- طریقه ریختن قطره بینی

عنوان روش بالینی

۱- پانسمان

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

وسایل مورد نیاز:

- ۱- ماسک و دستکش استریل
- ۲- پگ پانسمان استریل
- ۳- محلول ضد عفونی کننده
- ۴- نرمال سالین جهت شستشو
- ۵- چسب ضد حساسیت

هدف کلی: فراگیر بتواند جهت پیشگیری از آلودگی زخم را بپوشاند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند وسایل پانسمان را آماده کند.

۲- فراگیر بتواند زخم را از مرکز به خارج (بالا به پائین یا دورانی) تمیز کند.

۳- فراگیر بتواند به روش استریل دستکش بپوشد و ماسک بزند.

۴- فراگیر بتواند یافته ها را ثبت نماید.

طریقه عمل: ۱- وسایل پانسمان را آماده کنید. ۲- روش کار را برای بیمار توضیح داده، خلوت بیمار را فراهم کنید. ۳- بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید. ۴- دست ها را شسته و ماسک بزنید. ۵- دستکش یکبار مصرف بپوشید. ۶- پانسمان قبلی را بردارید. ۷- ست پانسمان با روش استریل باز شود. ۸- دستکش استریل بپوشید. ۹- زخم را با پنبه استریل آغشته به مواد ضد عفونی کننده تمیز کنید. ۱۰- زخم را از مرکز به خارج (از بالا به پایین یا دورانی) تمیز کنید. ۱۱- زخم را با گاز استریل بپوشانید. ۱۲- تاریخ انجام پانسمان روی چسب قید شود. ۱۳- مشاهدات و یافته ها، زمان تعویض پانسمان، ویژگی زخم، وجود ترشحات و یا استفاده از دارو ثبت شود.

انواع پانسمان:

۱- پانسمان فشاری : وسایل مورد نیاز:

- ۱- دستکش استریل
- ۲- چسب
- ۳- سرم نرمال سالین
- ۴- باند معمولی و باند کشی
- ۵- محلول بتادین
- ۶- تورنیکت
- ۷- ست پانسمان

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، عضو آسیب دیده را بالا نگه داشته و اگر خونریزی در اندام انتهایی میباشد از باند کشی استفاده کند.

طریقه عمل: ۱- توضیح پروسیجر برای بیمار ۲- قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب ۳- اگر بیمار لباس به تن دارد آن را با قیچی بریده و از تن خارج کنید. ۴- محل خونریزی شناسایی شود. ۵- ست پانسمان به روش استریل باز شود. ۶- اگر خونریزی زیاد است از همکاران بخواهید

تورنیکت را ۱۵-۱۰ cm بالای محل زخم ببندد بطوریکه برگشت خون وریدی مختل نگردد . ۷- با دست غالب دستکش استریل بپوشید . ۸- بادیست غیر غالب سرم نرمال سالین روی زخم بریزید و با گاز استریل آن را شستشو دهید تا هر نوع جسم خارجی دارد بیرون آید . ۹- با چند گاز محل زخم را فشار دهید و با چسب یا باند زخم را محکم ببندید . ۱۰- عضو آسیب دیده را بالا نگه دارید، اگر خونریزی در اندام های انتهایی می باشد از باند کشی استفاده کنید . ۱۱- نبض ، رنگ پوست ، درجه حرارت کنترل شود . ۱۲- در زخم های وسیع از محلول بتادین برای شستشو استفاده نکنید . ۱۳- اگر بیمار واکسینه نشده ، اقدام به واکسینه نمودن وی نمایید . ۱۴- میزان خونریزی ، طول ، عمق زخم در پرونده بیمار ثبت شود.

پانسمان استریل خشک

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند زخم را از مرکز به اطراف یا از بالا به پائین شستشو نماید.
- ۲- مانند موارد ۱ و ۲ قبل با استفاده از فورسپس و پنبه های آغشته به بتادین زخم را از مرکز به اطراف یا از بالا به پایین شستشو نماید . ۳- یک گاز استریل خشک روی زخم گذاشته و پانسمان نمایید . ۴- بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و گزارشات را ثبت نمایید.

پانسمان شفاف

اهداف رفتاری :

- ۱- فراگیر بتواند لبه های زخم را کنار هم قرار دهد و با پانسمان شفاف آن را به پوست به چسباند.
- ۲- مانند موارد ۱ و ۲ قبل با استفاده از فورسپس و پنبه های آغشته به نرمال سالین زخم را از مرکز به اطراف شستشو دهید ۳- با استفاده از پنبه الکل اطراف زخم را تمییز کنید . ۴- زخم و اطراف آن را با گاز استریل خشک کنید . ۵- پوشش کاغذی پانسمان شفاف را جدا کنید . ۶- لبه های زخم را کنار هم قرار دهید . ۶- پانسمان شفاف را روی زخم قرار دهید که به پوست بچسبد . ۷- لبه های تا شده پانسمان را با دست فشار دهید . ۸- مانند روش های قبل عمل کنید.

پانسمان مرطوب به خشک :

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند گاز آغشته به نرمال سالین را به صورت مش داخل زخم قرار دهد.
- ۲- مقداری نرمال سالین در رسیور و مقداری بتادین در گلی پات بریزید . ۳- دست ها را شسته و دستکش استریل بپوشید ۴- با استفاده از فورسپس گاز چسبیده به زخم را در آورید و در کیسه نایلون بیندازید . ۵- چند گاز را با نرمال سالین مرطوب کنید . ۶- یک گاز استریل مرطوب را با استفاده از فورسپس داخل زخم نموده و به آرامی در آورده و داخل کیسه نایلون بیندازید . این عمل را تکرار کنید تا زخم ترشحات نداشته باشد . ۷- با پنبه آغشته به بتادین به صورت دورانی ضد عفونی و پس از شستشو با نرمال سالین خشک نمایید . ۸- در پایان گاز آغشته به نرمال سالین را به صورت مش داخل زخم نمایید . ۹- لبه های گاز را به داخل تا بزنید. که با اطراف زخم تماس نداشته باشد . ۱۰- یک عدد گاز استریل روی محل زخم بگذارید با چسب به چسباند . ۱۱- گزارشات را ثبت نمایید .

عنوان روش بالینی

۲- بانداژ

زمان آموزش : ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران : ۲۰ نفر

گروه آموزشی : اصول و فنون

وسایل مورد نیاز :

- ۱- بانداژ تمییز در اندازه و نوع مناسب
 - ۲- پد یا گاز
 - ۳- چسب
 - ۴- کلیس مخصوص یا سنجاق قفلی
- هدف کلی : ۱- فراگیر بتواند آسایش بیمار رافراهم ، از صدمه پیشگیری نماید
- اهداف رفتاری :

۱- فراگیر بتواند در بانداژ مفصل ، آن را به حالت خمیده قرار دهد.

۲- فراگیر بتواند از دو دست خود در بانداژ استفاده نماید .

طریقه عمل : ۱- وسایل را به اتاق بیمار ببرید و خلوت او را فراهم سازید. ۲- بیمار را روی صندلی یا تخت قرار دهید مثلا دست بیمار را روی میز بگذارید تا بتوانید به راحتی از دو دست خود در بانداژ استفاده کنید. ۳- ناحیه بانداژ باید خشک و تمیز باشد. ۴- اگر مفصل بانداژ می شود، آن را در حالت خمیده قرار دهید.

انواع بانداژ:

الف- بانداژ حلقوی ساده :

اهداف رفتاری :

۱- فراگیر بتواند با حرکات. دورانی منظم چندین لایه باند بر روی عضو مورد نظر به پیچد به طوری که هر لایه ، لایه قبل را به پوشاند .

طریقه عمل : ۱- لوله باند را در دست غالب به طوری که قسمت لوله شده باند به طرف بالا قرار گیرد ، سپس اجازه دهید در حدود ۸ سانتی متر از ابتدای آن باز شود . ۲- انتهای باز شده باند روی ناحیه مورد نظر و با شست دست غیر غالب خود ثابت کنید . ۳- با حرکات دورانی منظم چندین لایه باند بر روی عضو مورد نظر پیچیده ، به طوری که هر لایه ، لایه قبل را بپوشاند . ۴- انتهای باند به وسیله نوار چسب ، کتیپس یا سنجاق قفلی ثابت کنید .

ب- بانداژ به روش مارپیچ ساده

اهداف رفتاری :

۱- فراگیر بتواند با زاویه ۳۰ درجه لایه های باند را طوری به پیچد که هر لایه دوسوم لایه قبل را به پوشاند.

طریقه عمل : ۱- ناحیه مورد نظر دو دور به صورت حلقوی ساده بانداژ شود. ۲- برای انجام مارپیچ ساده زاویه ۳۰ درجه لایه های باند را طوری به پیچد که هر لایه دوسوم لایه قبلی را به پوشاند. ۳- در انتها دو دور به صورت حلقوی ساده بانداژ کنید. انتهای باند با سنجاق قفلی ثابت شود.

ج- بانداژ به روش معکوس

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند شست دست خود را روی لبه بالایی باند قرار دهد.

طریقه عمل : ۱- ناحیه مورد نظر دو دور به صورت حلقوی ساده ، سپس انتهای باند را با زاویه ۳۰ درجه بالا بیاورید. ۲- شست دست خود را روی لبه بالایی باند قرار دهید. ۳- بانداژ در حدود ۱۵ سانتی متر باز کنید سپس دست خود را بچرخانید که باند روی خود برگردد. ۴- همین طور ادامه دهید به طوری که هر لایه جدید دوسوم عرض لایه قبلی را به پوشاند. بعد از دو دور آن را ثابت کنید.

د- بانداژ به روش برگشتی

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند بانداژ را روی خودش برگردانیده و در هر دو طرف راست و چپ، بانداژ مرکزی را از ابتدا به انتها یا بر عکس بیاورد.
طریقه عمل: ۱- بانداژ را دو دور حلقوی شروع کنید. ۲- بانداژ را روی خودش برگردانیده، از مرکز ابتدا به مرکز انتها بانداژ شود. ۳- در حالی که آن را با دست دیگر نگه داشته اید بانداژ را بر روی خودش برگردانید، در طرف راست بانداژ مرکزی از قسمت انتها به طرف ابتدا بیاورید به طوری که دوسوم عرض لایه مرکزی را به پوشاند. ۴- مجدداً بانداژ را برگردانیده، این بار در طرف چپ بانداژ مرکزی آن را از ابتدا به طرف انتها به برید به طوری که دوسوم لایه مرکزی را به پوشاند. ۵- با دو دور حلقوی ساده آن را ثابت کنید.

و- بانداژ به شکل 8

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر به تواند، بانداژ را در بالا، دور و سپس پایین مفصل به شکل 8 ببیچد.
طریقه عمل: ۱- با دو دور حلقوی ساده شروع کنید. ۲- بانداژ را در بالا و پایین به شکل 8 ببیچد. ۳- بانداژ را بالا و پایین ادامه دهید هر لایه جدید دوسوم لایه قبل را به پوشاند. ۴- بانداژ را با دو دور حلقوی ساده در بالا ثابت کنید.

ن- بانداژ کردن شست

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند شست را طوری بانداژ کند که نوک شست بیرون باشد.
طریقه عمل: ۱- با دو دور حلقوی در اطراف میچ شروع کنید. ۲- سر بانداژ به طرف پائین و قسمت نوک شست را به طور دورانی بانداژ کنید. در صورت امکان نوک شست بیرون باشد. ۳- بانداژ را به طرف بالا و به دور میچ ببیچید، مجدداً به طرف پائین و شست را بانداژ کنید. به طوری که هر لایه جدید دوسوم عرض لایه قبلی را به پوشاند. ۴- تکرار، تا شست کاملاً پوشیده شود. بعد آن را ثابت کنید.
ی- بانداژ عضو قطع شده: می توان از روش های بانداژ به شکل 8، ماریپچ و برگشتی استفاده کرد.

عنوان روش بالینی:

۳- توجه از بیمار فوت شده

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: ۱- فراگیر به تواند، به شان و منزلت فرد فوت شده، طبق توصیه های دین اسلام احترام بگذارد.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر به تواند، با همراهان بیمار فوت شده احساس همدردی کند.

۲- فراگیر به تواند، برای جلوگیری از تغییر شکل اندام ها، یک بانداژ در ناحیه میچ پا، و یک بانداژ در ناحیه میچ دست، دور تا دور کفن ببیچد.

۳- فراگیر اجازه دهد همراهان فرد فوت شده، صورت جسد را به بینند.

وسایل مورد نیاز:

۱- دستکش یکبار مصرف

۹- ملحفه

۲- کیسه نایلونی

۱۰- بانداژ

| | |
|-------------------------------------|------------------|
| ۳- گان تمیز | ۱۱- ماسک |
| ۴- پد چشمی | ۱۲- چسب لکوپلاست |
| ۵- چسب ضد حساسیت | ۱۳- پد جذب رطوبت |
| ۶- دفتر مخصوص ثبت وسایل قیمتی بیمار | ۱۴- لگن |
| ۷- کفن | ۱۵- برانکار |
| ۸- پاراوان | ۱۶- حوله |

هدف کلی: ۱- فراگیر به تواند ، به شان و منزلت فرد فوت شده ، طبق توصیه های دین اسلام احترام بگذارد.
اهداف رفتاری:

۱- فراگیر به تواند، با همراهان بیمار فوت شده احساس همدردی کند.

۲- فراگیر به تواند ، برای جلوگیری از تغییر شکل اندام ها ، یک باند در ناحیه مچ پا ، و یک باند در ناحیه مچ دست ، دور تا دور کفن بپیچد

۳- فراگیر اجازه دهد همراهان فرد فوت شده ، صورت جسد را به بینند.

طریقه عمل: ۱- پزشک را از مرگ بیمار آگاه سازید. ۲- بستگان را مطلع سازید. ۳- وسایل اضافی مانند ساکشن -کپسول اکسیژن و... را از اتاق بیمار خارج کنید. ۴- محیط را خلوت ، وبا بستگان احساس همدردی کنید. ۵- سوپروایزریا جانشین او را در جریان بگذارید. ۶- پرسنل حمل و نقل را آگاه سازید. ۷- گان و ماسک و دستکش بپوشید. ۸- درب و پنجره ها را ببندید و نرده های اطراف تخت را پائین بکشید. تمام پوشش ها را برداشته ، هویت بیمار را شناسایی و یک ملحفه روی جسد بیندازید. جسد را به پشت بخوابانید ، صورت به طرف بالا و پلک ها را ببندید. اگر بسته نمی شود پد چشمی روی آن قرار دهید. ۹- یک بالش زیر سر و شانه ها قرار دهید و سر تخت را حدود ۱۵ درجه بالا ببرید. ۱۰- دندان های مصنوعی را بیرون بیاورید، به طوری که فک بیمار پائین نیفتد. ۱۱- پساز ملاقات همراهان، دهان و چانه را با باند ببندید. ۱۲- با دست مthane بیمار رافشار دهید تا ادرار او تخلیه شود. ۱۳- تمام لوله ها و درن ها را در آورید. ۱۳- قسمت های کثیف را با آب بشویید و خشک کنید. وزخم ها را با پوشش جاذب رطوبت بپوشانید. ۱۴- با استفاده از باند دو تا پای متوفی را ببندید. ۱۵- یک پد در ناحیه مقعد و یک پد در ناحیه تناسلی قرار دهید. ۱۶- اشیاء گرانبها را در حضور پرستار و سوپروایزر به همراهان تحویل دهید و رسید بگیرید. ۱۷- یک بر چسب شامل: نام، نام خانوادگی ، نام پدر ، نام پزشک و تاریخ فوت باشد را روی پای بیمار بچسبانید. ۱۸ طبق قوانین بیمارستان جسد را داخل کفن نموده ، یک برچسب کامل که نشانه هویت بیمار است روی جسد بچسبانید. ۱۹- برای جلوگیری از تغییر شکل اندامها یک باند در ناحیه مچ پا و یک باند در ناحیه مچ دستها دور تادور کفن بپیچید. ۲۰- یک بر چسب کامل که نشانه هویت جسد است روی کفن بچسبانید. ۲۱- در موقع حمل و نقل جسد با برانکار طوری حمل شود که مورد اضطراب بیماران نشود. ۲۲- هنگام تحویل به سرد خانه رسید بگیرید. ۲۳- وسایل به طرز صحیحی جمع آوری شود

عنوان روش بالینی

۴- تنقیه

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: ۱- فراگیر بتواند، تنقیه را به روش صحیح روی بیمار انجام دهد

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند رکتال تیوب را ۷-۱۰ سانتی متر ، در زاویه ای به طرف ناف وارد مقعد کند.
- ۲- فراگیر بداند آگد با مقاومت روبرو شد ، فشارندهد ، مختصری بیرون بکشد سپس وارد کند.
- ۳- فراگیر از بیمار بخواهد نفس عمیق بکشد.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- ژل لیدو کائین ۲درصد
- ۲- دستکش یکبار مصرف
- ۳- پاراوان
- ۴- پایه سرم
- ۵- ظرف مدرج
- ۶- مشمع و رویه
- ۷- لگن
- ۸- ترمومتر استریل
- ۹- دستمال کاغذی
- ۱۰- مایع یا محلول طبق دستور پزشک
- ۱۱- رکتال تیوب ۳۰-۲۲ فرنج برای بزرگسالان و ۱۸-۱۲ فرنج برای اطفال

طریقه عمل: ۱- هدف از تنقیه برای بیمار شرح داده شود. ۲- وسایل لازم را کنار تخت بیاورید و پاراوان را بکشید. ۳- دمای محلول باید ۴۳-۴۰ درجه سانتی گراد باشد. ۴- بیمار را به پهلو چپ به خوابانید، بطوری که زانوی راست را به طرف شکم خم کند. ۵- دستها را بشویید و دستکش بپوشید. ۶- شلوار بیمار را تا زانوهای پائین بکشید. ۷- مشمع و رویه زیر باسن بیمار پهن کنید.

(وسایل و تجهیزات تنقیه: ۱- ظرف فلزی چند بار مصرف همراه با لوله و کلمپ ۲-لوله رکتال ۳- کیت تنقیه یکبار مصرف ۴- ظرف تنقیه یکبار مصرف) ۸- رکتال تیوب را ۷-۵ سانتی متر با ژل آغشته نمایید. ۹- باسن بیمار را بالا ببرید تا مقعد بیمار نمایان شود. رکتال تیوب را ۱۰-۷ سانتی متر در زاویه ای بطرف ناف وارد مقعد کنید. ۱۰- اگر با مقاومت روبرو شدید، مقداری مایع داخل نموده و رکتال تیوب را مختصری بیرون بکشید سپس وارد کنید و فشار ندهید. ۱۱- مایع مورد نظر را در ظرف مدرج ریخته، کتمپ را باز کنید و اجازه دهید مایع در داخل لوله جریان یابد. سپس آن را ببندید. واز بیمار به خواهید نفس عمیق بکشد. ۱۲- ظرف مایع را ظرف ۱۰-۵ دقیقه داخل روده تخلیه نمایید. ۱۳- در صورتی که بیمار احساس دفع یا درد دارد، جریان مایع را کم و آن را موقتا کلمپ کنید. ۱۴- رکتال تیوب را در آورده و از بیمار به خواهید ، محلول را ۱۵ دقیقه در روده نگه دارد. ۱۵- تنقیه با دارو به آرامی و در عرض یک ساعت تجویز شود. ۱۶- بیمارانی که قادر به نگه داشتن مایع نیستند روی لگن به پشت بخوابانید و تنقیه را انجام دهید. ۱۷- دست ها را بشویید و نتیجه را در برگ مخصوص ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۵- پذیرش بیمار

زمان آموزش: ۳۰-۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند بیمار را بستری نماید.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند، بیمار را با محیط آشنا سازد
- ۲- فراگیر بتواند علائم حیاتی بیمار را ثبت نماید.
- ۳- فراگیر بتواند آزمایشات قبل از پذیرش را چک نماید.
- ۴- فراگیر بتواند یک معاینه فیزیکی از بیمار به عمل آورد

وسایل مورد نیاز:

- ۱- گان یا لباس مخصوص بیمارستان
- ۲- کاردکس
- ۳- کیف حاوی وسایل مورد نیاز بیمار
- ۴- دماسنج، گوشی، فشارسنج، ترازوی قد و وزن
- ۵- کارت مشخصات بالای سر بیمار
- ۶ - چهارپایه کنار تخت بیمار
- ۷- پتو و ملحفه
- ۸- پارچ و فنجان
- ۹ - زنگ اخبار

طریقه عمل: ۱- تخت بیمار را مرتب کنید و نرده های کنار تخت را پائین به کشید. ۲- پرستار خود را به مددجو معرفی کند و بیمار را با محیط (محل قرار گرفتن حمام و دستشویی، استفاده از تلفن و تلویزیون ...) آشنا سازد. ۳- وسایل ضروری مانند پابه سرم، کپسول اکسیژن، ... را کنار تخت بیمار آماده کنید. ۴- به همراه بیمار اجازه دهید وارد بخش شود. ۵- زمان صرف غذا، رژیم غذایی، محدودیت های غذایی را برای او شرح دهید. ۶- به مددجو در پوشیدن لباس بیمارستان کمک کنید. ۷- علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید و ثبت نمایید. ۸- آزمایشات قبل از پذیرش را چک نمایید. ۹- در صورتیکه مددجو جواب آزمایش ادرار ندارد به او یک ظرف مخصوص بدهید تا نمونه ادرار را بگیرد. ۱۰- اگر بیمار حساسیت به دارو یا مواد غذایی دارد آن را در کاردکس ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۶- مرخص کردن بیمار:

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: ۱- فراگیر بتواند بیمار را از نظر روحی و جسمی آماده ترک بیمارستان نماید.

اهداف رفتاری

۱- فراگیر بتواند قبل از ترخیص، تعویض پانسمان و گرفتن آنتی بیوتیک را کنترل نماید.

۲- فراگیر بتواند آموزش های لازم را به بیمار و خانواده، جهت مصرف داروها، عوارض داروها، تاریخ مراجعات بعدی به پزشک را بدهد.

۳- فراگیر بداند اگر بیمار با رضایت شخصی مرخص می شود رضایت کتبی به گیرد. ۴- فراگیر بداند، موقع ترخیص آنژیوکت را در آورد (مگر در موارد خاص)

طریقه عمل: ۱- دستور کتبی پزشک مبنی بر ترخیص که در پرونده ثبت شده را چک نماید. ۲- تاریخ و ساعت ترخیص، به اطلاع بیمار و همراهان برسد. ۳- دستورات پزشک قبل از ترخیص (گرفتن آنتی بیوتیک، تعویض پانسمان و...) کنترل شود. ۴- به منشی بخش، یا واحد ترخیص اطلاع داده شود. ۵- خلاصه پرونده پزشکی به بیمار یا همراه او بدهد. ۶- تمام مراقبت های لازم را به صورت مکتوب به بیمار یا همراه وی بدهد. ۷- وسایل شخصی را به بیمار یا همراه وی بدهد. ۸- بیمار را در پوشیدن لباس کمک کنید. ۹- آنژیوکت بیمار در آورده شود. ۱۰- پس از تصفیه حساب اگر بیمار نمی تواند راه بروی ویلچر قرار دهید. ۱۱- اگر بیمار با رضایت شخصی، مرخص می شود از وی و همراهیان رضایت کتبی به گیرید. ۱۲-

یک برگ تسویه حساب به بیمار، یک برگ به حسابداری، یک نسخه در پرونده بماند. ۱۳- وضعیت بیمار هنگام ترخیص، ساعت، تاریخ، دستور پزشک یا میل رضایت شخصی را در پرونده ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۷- دادن لوله و لگن

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند لوله و لگن را به بیماری که قادر به حرکت نیست بدهد

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند خلوت بیمار را حفظ نماید. ۲- فراگیر بتواند با دست خود کمر بیمار را بالا برده و لگن را زیر او قرار دهد. ۳- فراگیر بتواند بیمار را از روی لگن بلند کرده و لگن را بردارد.

وسایل مورد نیاز:

۱- روزنامه در صورت لزوم

۴- لگن و پارچ آب

۲- لگن توالت و پوشش آن

۵- صابون و جا صابونی

۳- کاغذ توالت

۶- حوله

طریقه عمل: ۱- گذاشتن پاروان اطراف بیمار ۲- لگن را روی صندلی یا روی چهار پایه ای که با ورق روزنامه پوشانده شده در پایین تخت بیمار قرار دهید. ۳- پوشش های روی بیمار را به طرف بالا تا زده، پیراهن او را تا حد کمر بالا زده و شلوار او را تا حد زانوان پایین بکشید. ۴- روکش روی لگن را بر روی لبه پایین تخت قرار دهید. ۵- لگن به دو صورت در زیر بیمار قرار می گیرد. الف- از بیمار به خواهید تا زانوانش را خم کند یا دست خود را زیر کمر گذاشته و با دست دیگر در حالی که بیمار باسن خود را بلند کرده لگن را زیر او قرار دهید. ب- بیمار را به یک طرف بچرخانید لگن را در ناحیه باسن او قرار دهید. ۶- در صورت امکان سر تخت را کمی پایین بیاورید ۸- دست ها را بشویید ۹- در صورت لزوم برای پاکیزگی آب در اختیار بیمار قرار دهید. وبه او کمک نمایید. ۱۰- بیمار را از روی لگن بلند کرده و لگن را بردارید. ۱۱- بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید و پوشش های او را مرتب کنید. ۱۲- لگن را از اتاق بیرون برده و در اتاق مخصوص با دستگاه اتوماتیک شستشو دهید. (مدت پنج دقیقه برای ضد عفونی شدن کافی است) ۱۳- دست ها را بشویید و در صورت لزوم مشاهدات را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۸- دادن لوله ادرار:

طریقه عمل:

۱- خلوت بیمار را فراهم کنید. ۲- لوله در اختیار بیمار بگذارید و طریقه استفاده را توضیح دهید. اگر نیاز به کمک دارد به او کمک شود. ۳- پس از علامت به طرف بیمار بیایید. ۴- در صورت لزوم مجرای ادرار را با آب تمییز شود. ۵- لوله ادرار را برداشته و روی صندلی بگذارید. ۶- بیمار را در وضعیت مناسب قرار داده و پوشش های تخت را مرتب کنید.

عنوان روش بالینی

۹- استفاده از سند خارجی ادرار:

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند سند اکسترنال را برای مددجو فراهم نماید.

اهداف رفتاری

- ۱- فراگیر قادر باشد، آلت تناسلی را با لیف و آب گرم و صابون شسته، آب کشی و خشک نماید.
 - ۲- فراگیر بتواند لبه بالای کاندوم را به طرف خارج تا کند.
 - ۳- فراگیر قادر باشد آلت را داخل کاندوم قرار داده و لبه تا شده را روی آن برگرداند.
 - ۴- فراگیر بتواند کیسه ادرار را پایین تر از سطح کاندوم قرار دهد تا از پیچ خوردگی جلوگیری شود.
- وسایل مورد نیاز ۱

- ۱- ملحفه مشمع و رویه
- ۲- دستکش یکبار مصرف
- ۳- صابون و لگن آب گرم
- ۴- لیف و حوله
- ۵- کاندوم
- ۶- کیسه جمع آوری ادرار
- ۷- نوار چسب

طریقه عمل:

- ۱- وسایل را آماده، و به بیمار توضیح داده شود. ۲- بیمار به وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار دهید. ۳- مشمع و رویه را در زیر ناحیه تناسلی قرار گیرد. ۴- دستکش بپوشید و قسمت تناسلی را با آب گرم و صابون، شسته و خشک کنید. ۵- لبه بالایی کاندوم به طرف بالا خارج تا شود. ۶- آلت داخل کاندوم قرار گیرد و لبه تا شده، کاندوم به روی آلت برگردد. ۷- لوله متصل به انتهای کاندوم وصل شود. ۷- با استفاده از نوار چسب آن را به آلت تناسلی وصل کنید که موجب فشار نگردد. ۸- دست ها را بشویید. ۹- به بیمار آموزش دهید کیسه ادرار پایین تر از سطح کاندوم باشد تا از پیچ خوردگی جلوگیری شود. ۱۰- بعد از گذاشتن کاندوم، آلت را از نظر تورم و تغییر رنگ کنترل کنید. (در صورت استفاده مستمر کاندوم تعویض شود). ۱۱- اطلاعات را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۱۰- سنداژ

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند عمل سنداژ راروی بیمار انجام دهد

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند، پگ استریل را در بیماران خانم بین دو پا و در بیماران آقا روی ران ها پهن کند.
 - ۲- فراگیر بداند، درپوش انتهای کیسه جمع آوری ادرار باید بسته باشد.
 - ۳- فراگیر، از بیمار بخواهد تنفس آرام و عمیق داشته باشد.
 - ۴- فراگیر بداند، در بیماران خانم کاتتر را باندازه ۷/۵ cm، و در آقایان ۱۹-۱۲/۵ سانتی متر داخل کند.
 - ۵- فراگیر بداند وقتی که خروج ادرار قطع شد، سرنگ را به مجرای بالون کاتتر وصل کند
- وسایل مورد نیاز:

۱۲ - پنس

۱- سینی بزرگ

- ۲ - ملحفه
 ۳ - مشمع و رویه
 ۴ - دستکش یکبار مصرف
 ۵ - لگن توالت
 ۶ - لگن حمام
 ۷ - لیف و حوله
 ۸ - صابون
 ۹ - چراغ پایه دار
 ۱۰ - کیسه نایلونی
 ۱۱ - بسته استریل مخصوص سنداژ حاوی (یک عدد کاسه - یک عدد رسیور - چهار عدد شان ساده یا یک عدد شان پرفوره
- ۱۳ - دو عدد سند نلاتون استریل به اندازه مناسب
 ۱۴ - دستکش استریل
 ۱۵ - گلوله پنبه ای
 ۱۶ - محلول ضد عفونی کننده
 ۱۷ - ماده چرب کننده استریل
 ۱۸ - ماسک
 ۱۹ - شیشه استریل جهت نمونه ۲۱
 ۲۰ - ورقه کامل شده آزمایشگاه در صورت لزوم

طریقه عمل: ۱- دستور پزشک مبنی بر سنداژ ۲- دست ها را بشویید. ۳- وسایل را آماده و به اتاق برده شود. ۴- با بیمار ارتباط برقرار کنید. ۵- چارت بیمار را چک، و زمان خالی شدن مثانه در نوبت قبلی را سوال کنید. ۶- مثانه را معاینه و لمس کنید. ۷- تخت را طوری تنظیم کنید که مجرای ادرار زا ببینید. ۸- در مورد بیماران زن: الف- در وضعیت خوابیده به پشت (supine) ب- زانوهای خم و از هم دور شود. ج- پاها به صورت شل در دو طرف تخت، اگر بیمار ضعف شدید دارد زانوهایش را روی بالش قرار دهید.

در مورد بیماران مرد: الف بیمار خوابیده به پشت ب- پاها باز و صاف روی تخت قرار گیرد. ۹- دست ها را شسته و دستکش بپوشید. ۱۰- بیمار را شستشوی پرینه دهید. و آن را خشک کنید. ۱۱- مشمع و رویه آن را زیر باسن و پاهای بیمار پهن کنید. ۱۲- پگ استریل را در بیماران خانم بین دو پا و در بیماران آقا روی ران ها پهن کنید. ۱۳- محلول ضد عفونی کننده را در ظرف محتوای پنبه بریزید. ۱۴- پاکت کاتتر را به روش استریل باز کنید و در محیط استریل قرار دهید. ۱۵- با دست پوشیده شده به وسیله دستکش استریل سر کاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته نمایید. ۱۶- انتهای کاتتر را به سر کیسه تخلیه ادرار استریل وصل کنید. ۱۷- اطمینان حاصل کنید که در پوش انتهای کیسه جمع آوری ادرار بسته است. ۱۸- قبل از سند گذاری بالن آن را با 10 cc آب مقطر امتحان کنید و مجدداً خالی کنید.

در مورد بیماران خانم: لب های مازور و مینور را از هم باز کنید. و با استفاده از دست غالب خود پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده را دور تا دور در مجرای خروج ادرار به صورت دورانی ضد عفونی کنید. و قسمت های دیگر را با پنبه دیگر ضد عفونی کنید. و ناحیه ژنیتال و ادرار را خشک کنید و دستکش ها استریل حفظ شود.

در مورد بیماران مرد: ۱- پنس بیمار را با دست غیر غالب نگه دارید. ۲- پنس را ۶۰ تا ۹۰ درجه زاویه بدهید. ۳- با دست غالب نوک آلت را به کمک پنس با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده، ضد عفونی کنید. ۴- با یک حرکت دورانی نوک آلت، و بعد نواحی دیگر را ضد عفونی کنید. ۵- کاتتر با ژل لوبریکانت آغشته شود و از بیمار به خواهید همزمان با فرو بردن کاتتر سرفه کند. ۶- از بیمار به خواهید تنفس آرام و عمیق داشته باشد تا اسفنکتر ادراری شل شود. ۷- در مورد بیماران خانم کاتتر تا ۷/۵ سانتی متر داخل رود و در مورد بیماران آقا ۱۲/۵-۱۹ سانتی متر داخل شود. ۸- وقتی خروج ادرار قطع شد سرنگ را به مجرای بالن کاتتر وصل کنید. و بالن کاتتر را پر کنید. ۹- کاتتر را به بغل ران بیمار با چسب ضد حساسیت ثابت کنید. ۱۰- کیسه ادرار پایین تر از مثانه آویزان شود. اطمینان پیدا کنید لوله ادراری در لای ریل نرده تخت گیر نکرده باشد. ۱۱- نمونه راجمع و به آزمایشگاه ارسال کنید. (جهت اندازه گیری ادرار دفع شده، بگ ادرار هر هشت ساعت تخلیه شود). ۱۲- مشاهدات ثبت شود.

عنوان روش بالینی

۱۱- بررسی علائم حیاتی (vital sign)

زمان آموزش: ۳۰-۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

وسایل مورد نیاز: ۱- ترمومتر جیوه ای ۲- پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده ۳- برگه جارت علائم حیاتی

۱- گرفتن درجه حرارت از راه دهان

هدف کلی: فراگیر بتواند درجه حرارت بدن را از راه دهان کنترل کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، اطمینان پیدا کند قبل از گذاشتن درجه حرارت، بیمار مایعات گرم و سرد ننوشیده و سیگار نکشیده باشد

۲- فراگیر بتواند، ترمومتر را با انگشت شست و اشاره گرفته و تکان دهد تا درجه حرارت به ۳۶ درجه سانتی گراد برسد.

۳- فراگیر بتواند به بیمار آموزش دهد تا از در آوردن و فشار دادن آن، با دندان هایش خود داری کند.

۴- فراگیر بداند کنترل درجه حرارت از راه دهان در بیماران کمتر از ۶ سال یا بیماران روانی و... ممنوع است.

طریقه عمل: ۱- روش کار را به بیمار توضیح دهید. ۲- دست ها را بشویید ۳- اگر بیمار مایعات گرم یا سرد خورده، آدامس خورده یا سیگار کشیده

برای گذاشتن درجه حرارت دهانی ۱۵ دقیقه صبر کنید. ۴- بیمار در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته قرار گیرد. ۵- ترمومتر را ضد عفونی کرده،

با آب شسته و خشک نمایید. ۶- ترمومتر را با انگشت شست و اشاره گرفته و تکان دهید تا درجه حرارت به زیر ۳۶ درجه سانتی گراد برسد. ۷-

قسمت مخزن جیوه ترمومتر را در طرف چپ یا راست، زیر زبان بیمار قرار دهید. از او به خواهید لب ها را بسته نگه دارید. ۸- ترمومتر را به مدت

۳-۵ دقیقه زیر زبان بیمار گذاشته و در این فرصت تعداد تنفس بیمار را اندازه گیری نمایید. ۹- به بیمار آموزش دهید تا از در آوردن و فشار دادن آن

دندان هایش خودداری کند. ۱۰- ترمومتر را پس از موعد تعیین شده از دهان بیمار خارج واز بالا به طرف مخزن جیوه به آرامی و با پنبه خشک

نمایید. ۱۱- برای خواندن ترمومتر آن را به طور افقی در سطح چشم گرفته و بین انگشتان به چرخانید. تا اندازه ای که خط جیوه به روشنی قابل رویت

باشد. ۱۲- هر بیمار باید ترمومتر مخصوص به خود داشته باشد و در موقع ترخیص به بیمار داده شود یا معدوم شود. ۱۳- ترمومتر را شسته، پس از

ضد عفونی آن را در جای خود بگذارید. ۱۴- درجه حرارت بالای ۳۸ درجه سانتی گراد و کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد را به پزشک گزارش نمایید.

۱۵- آن را در برگ جارت علائم حیاتی ثبت نمایید. و در پرونده قید شود درجه حرارت از راه دهان و با ترمومتر جیوه ای گرفته شده است.

تبصره: کنترل درجه حرارت از راه دهان در بیماران زیر ممنوع می باشد: ۱- کودکان کمتر از ۶ سال ۲- بیماران روانی ۳- بیمارانی که تنگی نفس یا

سرفه های پشت سر هم دارند. ۴- بیمارانی که جراحی دهان و دندان و بینی شده اند. ۵- بیمارانی که از راه بینی اکسیژن می گیرند. ۶- بیماران بیهوش

در حال اغماء ۷- بیمارانی که تهوع و استفراغ شدید دارند. ۸- بیمارانی که دهان آن ها خشک و ملتهب است. ۹- افراد ساتمندی که اختلال حواس

دارند.

طریقه عمل برای گذاشتن درجه حرارت زیر بغل: اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند قبل از گذاشتن درجه حرارت باید زیر بغل بیمار را خشک

نمایند. فراگیر بداند، مدت زمان گذاشتن درجه حرارت زیر بغل ۱۰ دقیقه باشد.

طریقه عمل: ۱- یک دست بیمار را از آستین لباس بیدون آورید. ۲- زیر بغل بیمار را خشک کنید. ۳- جیوه درجه باید روی ۳۵ درجه سانتی گراد باشد. و حباب جیوه ای درجه را در گودی زیر بغل قرار دهید و مطابق روش قبل عمل کنید و ۴- به بیمار کمک کنید تا لباسش را بپوشد. ۵- دست ها را بشویید.

تبصره: کنترل درجه حرارت در بیماران زیر از راه زیر بغل ممنوع است: ۱- بیمارانی که امکان کنترل درجه حرارت از راه دهان یا مقعد وجود دارد. ۲- بیماران فوق العاده لاغر ۳- بیمارانی که عفونت موضعی زیر بغل دارند.

تبصره: کنترل درجه حرارت از راه زیر بغل ۶/ درجه سانتی گراد کمتر از درجه حرارت از راه دهان است.

عنوان روش بالینی

کنترل درجه حرارت از راه مقعد

زمان آموزش: ۲۰-۳۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، دو طرف باسن را کنار بکشد تا مقعد دیده شود.

۲- فراگیر بتواند انتهای دماسنج را به ژل آغشته کند (در کودکان ۱/۳ سانتی متر و در بزرگسالان ۳/۸ سانتی متر) ۳- فراگیر بداند، دماسنج را به آرامی داخل مقعد کند ۴- فراگیر بداند در صورت احساس مقاومت فوری آن را خارج کند.

طریقه عمل: ۱- دست ها را بشویید. ۲- محیط امن و خلوتی برای بیمار آماده سازید. ۳- بیمار را در وضعیت مناسب (یک پهلو به طوری که پای فوقانی حالت خمیده داشته باشد) قرار دهید. ۴- دستکش بپوشید و دماسنج را تمییز کنید. ۵- دماسنج را به آرامی تکان دهید تا به زیر ۳۵/۵ درجه سانتی گراد برسد. ۶- انتهای دماسنج را به ژل آغشته کنید (۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان) ۷- با دست آزاد دو طرف باسن را کنار بکشید تا مقعد دیده شود. ۸- از بیمار به خواهید نفس عمیق بکشید و خود را شل کند. ۹- به آرامی دماسنج را داخل مقعد کنید. ۱۰- در صورت احساس مقاومت فوری آن را خارج کنید. ۱۱- ۳-۲ دقیقه آن را در محل مذکور قرار دهید. ۱۲- به آرامی آن را از مقعد خارج کنید و با پنبه پاک کنید. ۱۳- مانند روش قبل عمل کنید.

تبصره: کنترل درجه حرارت از راه مقعد در بیماران زیر ممنوع می باشد: ۱- بیمارانی که ناراحتی در ناحیه مقعد یا اسهال دارند و یا جراحی در ناحیه پرینه و مقعد داشته اند. ۲- بیماران قلبی

عنوان روش بالینی

۱۲- شستن دست ها

زمان آموزش: ۲۰-۳۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند به روش استریل دست ها را شسته، وست استریل را باز کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند انگشتر، ناخن مصنوعی و... را از دست خارج کند. ۲- فراگیر بداند به مدت ۱۰ ثانیه دست ها را با محلول مالش دهنده مالش دهد. ۳- فراگیر بداند با حرکات مالشی و دورانی کف دست ها پشت دست ها و مچ را بشوید.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- مایع صابون
- ۲- ماده ضد عفونی کننده
- ۳- ماده مالش دهنده دست
- ۴- آب گرم جاری
- ۵ - دستمال کاغذی
- ۶- برس

طریقه عمل: ۱- انگشتر، ناخن مصنوعی و... از دست خارج شود. و ناخن ها کوتاه شود. ۲- دست ها را از آرنج خیس کرده و با مایع صابون به خوبی مالش دهید. (از صابون جامد استفاده نشود زیرا باعث آلودگی متقابل می گردد.) ۳- دست ها طوری نگه داشته شود که آب قسمت های آلوده به قسمت های تمیز جریان پیدا نکند. ۴- حدود ۱۰ ثانیه دست ها با محلول مالش دهنده ، مالش داده شود. ۵- در صورتی که شیر دستشویی مجهز به کنترل بازویی یا پای نمی باشد برای بستن شیر از دستمال کاغذی خشک استفاده شود. ۶- دست ها از نظر خشکی ، خراش و زخم کنترل شود. ۷- آستین ۱۲-۱۰ سانتی متر بالای مچ تا شود. ۸- با حرکات مالشی و دورانی ، کف دست ها پشت دست ها و مچ دست شسته شود. ما بین انگشتان دست ، اطراف و زیر ناخن ها شسته شود.

عنوان روش بالینی

۱۳- ست استریل

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بدانند بسته باید تمیز و خشک باشد.
- ۲- فراگیر بدانند ، اولین پوشش بسته استریل به دور از اوباز شود.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- بسته حاوی شان استریل
- ۲- گاز استریل
- ۳- کاسه استریل
- ۴ - محلول ضد عفونی کننده
- ۵- فورسپس استریل

طریقه عمل: ۱- از استریل بودن بسته اطمینان حاصل شود. ۲- بسته باید تمیز و خشک باشد ۳- به تاریخ تهیه و انقضای توجه شود (با دو انگشت شست و سبابه لایه رویی را گرفته و آن را به دور از خود باز کنید ۴- به تغییر رنگ بر چسب بسته استریل دقت شود. ۵- اولین پوشش بسته استریل به دور از شما ب ۶- لایه دوم و سوم به طرف پهلوها باز شود. لایه چهارم به طرف خود باز شود.

عنوان روش بالینی

۱۴- اکسیژن درمانی

زمان آموزش: ۳۰-۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، اکسیژن رابه مقدار تجویز شده به بیمار برساند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر حد فرو رفتن سند بینی (نوک بینی تا نرمه گوش) را بداند.

۲- فراگیر قادر باشد سند بینی را به آرامی وارد سوراخ بینی کند، به طوری که سند در مجرای حلقی - دهانی کنار زبان کوچک قرار گیرد.

۳- فراگیر بتواند سند را کمی بیرون بکشد تا در مجرای حلقی دهانی دیده نشود.

وسایل مورد نیاز:

۱- سند مخصوص بینی (۸-۱۰ سانتی متر برای کودکان،

۴- آب مقطر

۱۲-۱۰ سانتی متر برای خانم ها، ۱۴-۱۲ سانتی متر برای آقایان)

۲- لوله رابط

۵ - مانومتر اکسیژن

۳- لوله لاستیکی بلند

۶- چسب و قیچی

طریقه عمل: ۱- طبق دستور پزشک نیاز بیمار به اکسیژن را بررسی کنید. ۲- انتهای سند دو شاخه را توسط لوله رابط به دستگاه مرطوب کننده سیلندر O2 یا دریچه اکسیژن مرکزی وصل کنید توجه داشته باشید که سیلندر اکسیژن تا یک سوم پر شود. ظرف محتوای آب مقطر که برای مرطوب کردن اکسیژن به کار می رود تا دو سوم پر شود. ۳- یک سر لوله را به ظرف محتوای آب مقطر و سر دیگر آن به وسیله لوله رابط به سند بینی متصل شود. ۴- پیچ کنترل اکسیژن بر روی مانومتر رادر حد سه لیتر در دقیقه باز کنید. ۵- علامت سیگار کشیدن ممنوع را در معرض دید قرار دهید. ۶- بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. ۷- دست ها را بشویید. ۸- چسب لکوپلاست را به قطعات مناسب ببرید. ۹- حد فرو رفتن سند بینی را اندازه بگیرید (نوک بینی تا نرمه گوش). ۱۰- آن را با ماده نرم کننده چرب کنید برای نرم کردن از آب سرد هم می توان استفاده کرد. ۱۱- قبل از ورود لوله به بینی جریان اکسیژن را تا حدود ۳ لیتر در دقیقه برقرار کنید. ۱۲- سر بیمار را بالا قرار دهید و سند را به آرامی وارد سوراخ بینی کنید به طوری که وقتی بیمار دهان خود را باز می کند نوک سند در مجرای حلقی دهانی در کنار زبان کوچک باشد. ۱۳- سند را کمی بیرون بکشید تا در مجرای حلقی دهانی دیده نشود. ۱۴- سند را به وسیله چسب در کنار بینی و گونه ثابت کنید. ۱۵- واکنش بیمار را نسبت به دریافت اکسیژن مد نظر داشته باشید. ۱۶- لوله رابط به لباس بیمار یا به بالش باسنجاق ثابت شود.

عنوان روش بالینی

۱۵- اکسیژن درمانی با چادر

زمان آموزش: ۲۰-۳۰

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، اکسیژن تجویز شده را با چادر به بیمار برساند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بیمار را طوری زیر چادر قرار دهد که تمام صورت زیر چادر باشد. ۲- فراگیر بتواند، قسمت پایین چادر اکسیژن را در میان

ملحفه قرار دهد تا از خروج اکسیژن جلوگیری شود

وسایل مورد نیاز:

۱- چادر اکسیژن و ماشین مخصوص

۳- لوله پلاستیکی بلند به طول ۱/۵

۲- سیلندر اکسیژن با دستگاه تنظیم کننده متر

۴- ملحفه بزرگ یا پتوی پنبه ای

طریقه عمل: ۱- وسایل را آماده، روش کار را برای بیمار شرح دهید. ۲- سیلندر اکسیژن را به وسیله لوله به ماشین مخصوص وصل و در محل مناسبی

قرار گیرد. ۳- ماشین را روشن، تا درجه حرارت به ۸۰-۶۸ درجه فارنهایت (۲۱-۲۰ درجه سانتی گراد) برسد. ۴- دریچه های چادر اکسیژن را ببندید و

اکسیژن را با جریانی مطلوب حدود ۱۰-۱۲ لیتر در دقیقه، به مدت ۵-۲ دقیقه، بیمار را بابتو گرم کنید. ۶- تمام صورت بیمار را زیر چادر قرار دهید. قسمت پایین چادر را میان ملحفه ای که دو تا شده بگذارید تا از خروج اکسیژن جلوگیری شود. ۷- جریان اکسیژن به ۸ لیتر در دقیقه کاهش یابد. ۸- درجه حرارت را کنترل کنید و اگر بیمار گرمش است درجه حرارت را پایین آورید. ۹- نتایج در پرونده بیمار یادداشت شود.

عنوان روش بالینی

۱۶- مراقبت قبل و بعد از عمل

زمان آموزش: ۳۰-۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

آماده نمودن تخت بعد از عمل:

هدف کلی: فراگیر بتواند تختی راحت، مناسب و امن برای بیمار بعد از عمل فراهم نماید.

اهداف رفتاری: فراگیر بتواند، مشمع و ملحفه کوچک را از بالا زیر تشک برده تا مطابق معمول گوشه بسازد. ۲- فراگیر بتواند، در قسمت پایین تخت زیادی پوشش های رو را طوری برگرداند که مساوی با لبه تشک شود.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- دو عدد ملحفه بزرگ و دو عدد ملحفه کوچک
- ۲- دو عدد مشمع بزرگ و کوچک
- ۳- یک عدد رو تختی
- ۴- یک عدد روبالشی مشمع
- ۵- یک عدد پتو
- ۶- یک عدد بالش

طریقه عمل: ۱- بعد از ورود بیمار به اتاق عمل کلیه ملحفه های تخت جمع آوری شود. ۲- دست ها را بشویید و وسایل را کنار تخت بیاورید. ۳- ملحفه روی تشک درست شود. ۴- مشمع بزرگ وسط تخت قرار گیرد. که ۴۰ سانتی متر از بالای تشک فاصله داشته باشد. ۵- ملحفه کوچک را روی مشمع قرار دهید تا ۳۵ سانتی متر از بالای تشک فاصله داشته باشد. ۶- مشمع کوچک را بالای تشک طوری قرار دهید که حداقل ۱۰ سانتی متر به روی ملحفه کوچک قرار گیرد. ۷- ملحفه کوچک دوم را روی مشمع کوچک قرار دهید که حدود ۲۰ سانتی متر روی ملحفه کوچک اول برگردد. ۸- مشمع و ملحفه کوچک از بالا به زیر تشک برده و مطابق معمول گوشه بسازد. ۹- به طرف دیگر تخت رفته، ملحفه های کوچک و مشمع ها را به صورت بادبزی تا کنید. ۱۰- ملحفه بزرگ روی تخت پهن کنید. ۱۱- پتو را به فاصله ۲۵ سانت متر از بالای تشک بر روی ملحفه قرار دهید. ۱۲- رو تختی را به فاصله ۲۰ سانتی متر از بالای تشک روی پتو قرار دهید. ۱۳- قسمت بالای ملحفه ها را مطابق معمول مرتب کنید. ۱۴- در قسمت پایین تخت زیادی پوشش های رو را برگردانید تا مساوی با لبه تشک شود. ۱۵- قسمت بالا و پایین پوشش های رو را به طور مثلثی تا کرده، سپس از عرض تا بزنید تا همه در قسمت دیگر تخت قرار گیرد. ۱۶- بالش را در رو بالش قرار داده روی صندلی کنار تخت قرار دهید. ۱۷- صندلی و میز روی تخت را در جهتی قرار دهید که مزاحم برانکارد حامل بیمار نشود.

وسایل لازم کنار تخت بعد از عمل:

- ۱- وسایل دهان شویه
- ۲- پایه سرم
- ۳- ورقه جذب و دفع مایعات و ورقه کنترل علائم حیاتی
- ۴- نرده کنار تخت
- ۵- حوله صورت
- ۶- رسیور
- دیگر وسایل لازم: اکسیژن - ساکشن - دستگاه فشار خون - گوشی و غیره

عنوان روش بالینی

۱۷- تراشیدن و آماده کردن محل عمل

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند محل عمل را به طور کامل شیو نماید.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، تمام نواحی بدن را به جز ناحیه ای که قرار است بتراشد بپوشاند. ۲- فراگیر بداند؛ اگر با ماشین الکتریکی می تراشد فشاری در ناحیه استخوانی به کار نبرد.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- نور مناسب که موهای روی پوست را نشان دهد
- ۲- پتوی حمام برای پوشاندن بیمار
- ۳- وسایل لازم برای تراشیدن خشک: الف- ماشین اصلاح ب- قیچی
- ۴- وسایل لازم برای تراشیدن مرطوب: الف) ست آماده کردن پوست شامل: ۱- خود تراش یکبار مصرف ۲- لگن دو قسمتی یا دو کاسه تمییز و استریل در اندازه بزرگ ۳- گاز استریل ب) محلول آب گرم و صابون ج) مشمع و رویه د) اسفنج و محلول صابون
- ۵- اپلیکاتور برای تمییز کردن نواحی کوچک مثل ناف
- ۶- محلول ضد عفونی کننده در صورت لزوم
- ۷- دستکش یا پنس استریل
- ۸- گاز استریل
- ۹- شان استریل

طریقه عمل: الف) قبل از تراشیدن ناحیه: ۱- گرفتن دستور پزشک که کدام ناحیه را باید بتراشد. ۲- شرح عمل برای بیمار ۳- پوشاندن تمام نواحی بدن بیمار به جز ناحیه ای که قرار است بتراشد.

1- **تراشیدن خشک:** ۱- مشمع و رویه را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید. ۲- مطمئن شوید ناحیه خشک است. ۳- ناحیه را با ماشین الکتریکی بتراشید (فشاری به کار نبرید چون باعث سائیدگی پوست در نواحی استخوانی خواهد شد). ۴- پتوی حمام را از روی ناحیه مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۱ و ۲ تکرار شود. تا تمام نواحی تراشیده شود.

۲- **تراشیدن مرطوب:** ۱- مشمع و حوله را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید. ۲- پوست را به خوبی به محلول صابون آغشته کنید. ۳- پوست را به کشید و خود تراش را در زاویه ۴۵ درجه با پوست در دست بگیرید و در جهت رشد موهای بدن بتراشید، عمل تراشیدن را با فشار اندکی انجام داده و مرتب خود تراش را آب کشی کنید. ۴- موهای تراشیده شده را با اسفنج پاک کنید. ۵- پتوی حمام را مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۲ و ۴ را تکرار کنید تا تمامی پوست مورد نظر تراشیده شود.

۳- **تمییز و ضد عفونی کردن پوست:** ۱- قسمت هایی مثل ناف، ناخن ها یا مجرای گوش را با اپلیکاتور و محلول ضد عفونی کننده پاک کرده و سپس خشک کنید. ۲- محلول ضد عفونی کننده را بلافاصله بعد از تراشیدن به کار ببرید. جهت ضد عفونی کردن می توان از دستکش یا پنس استریل

همراه گاز استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده استفاده کنید. سپس اجازه دهید این محلول به حد کافی روی محل باقی بماند. سپس ناحیه را با گاز استریل خشک کنید. ۳- ناحیه را در صورت لزوم با پارچه استریل پوشانده یا آن را با چسب به عضو ثابت کنید.

***پس از تراشیدن:** ۱- پایان یافتن عمل را به پرستار مسئول گزارش کنید، هر گونه سائیدگی روی پوست را که از قبل وجود داشته یا در اثر خود تراش به وجود آمده است را به پرستار مسئول گزارش دهید. ۲- مشمع و رویه و پتوی حمام را به دقت بردارید به نحوی که موهای تراشیده شده روی تخت نریزد. ۳- وسایل را شسته و مواد یکبار مصرف را دور بیندازید. ۴- مشاهدات را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۱۸- کوتاه کردن مژه ها

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، مژه ها را به نحوی کوتاه نماید که از ایجاد عفونت بعد از عمل در چشم جلوگیری نماید.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، از بیمار به خواهد به پایین نگاه کند و با انگشت سبابه دست چپ روی پشت پلک بالا، پلک بیمار را ثابت کند و با دست راست خود مژه ها را خیلی نزدیک به لبه پلک ببرید

وسایل مورد نیاز:

۱- نور مناسب

۴- گاز به مقدار لازم

۲- قیچی (Blunt-Ended scissor) مخصوص کوتاه کردن

۵- اپلیکاتور

مژه با نوک گرد و لبه برگشته به سمت بالا

۳- وازلین

۶- نرمال سالین در صورت لزوم

طریقه عمل: ۱- بررسی دستور پزشک جهت کوتاه کردن مژه ها ۲- وسایل را آماده کرده و به اتاق بیمار ببرید. ۳- روش کار را برای بیمار شرح دهید. ۴- در صورت امکان از بیمار به خواهید روی صندلی کنار تخت بنشیند در غیر این صورت بالش را در قسمت پایین تخت قرار دهید و از بیمار به خواهید روی تخت بخوابد. ۵- منبع نورانی را در قسمت چشمی که فرار است مژه های آن کوتاه شود قرار دهید تا باعث آزار چشم نشود. ۶- دست ها را به خوبی بشویید. ۷- در هر وضعیتی که بیمار قرار گرفته، پشت سر او بایستید. ۸- لبه های قیچی را به خوبی با اپلیکاتور آغشته به وازلین چرب کنید. ۹- ابتدا مژه های پلک بالا را کوتاه کنید، از بیمار به خواهید به طرف پایین نگاه کند. سپس با قرار دادن انگشت سبابه دست چپ روی پشت پلک بالا، پلک های بیمار را ثابت نگه دارید. و با دست راست خود مژه ها را خیلی نزدیک به پلک ببرید. ۱۰- مژه های چسبیده به قیچی را به خوبی پاک کنید، دوباره وازلین روی لبه های آن بمالید. ۱۱- مژه های پلک پایین را نیز به همین طریق، کوتاه کنید. با این تفاوت که از بیمار به خواهید سمت بالا را نگاه کند. ۱۲- اطراف چشم بیمار را به خوبی پاک کنید. ۱۳- وسایل را جمع آوری و تمییز کنید. ۱۴- مشاهدات، را ثبت نمایید

کنترل عفونت:

عنوان روش بالینی

۱۹- شستن دست ها

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

وسایل مورد نیاز: ۱- مایع صابون ۲- ماده ضد عفونی کننده ۳- ماده مالش دهنده ۴- آب گرم ۵- دستمال کاغذی ۶- برس جهت تمییز کردن ناخن و انگشتان ۷- برس پلاستیکی جهت تمییز کردن دست ها . هدف کلی: فراگیر بتواند با شستن دست ها از انتقال عفونت از پرسنل به بیمار واز بیمار به بیمار دیگر جلوگیری کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، تک تک انگشتان را با حرکت چرخشی بشوید.

۲- فراگیر بتواند، دست ها را بالا و دور از لباس قرار دهد.

۳- فراگیر بتواند، دست ها را طوری نگه دارد که آب از قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا نکند

طریقه عمل: ۱- وسایل زینتی را از دست خارج کنید. ۲- ناخن ها کوتاه شود. ۳- ابتدا دست ها را از آرنج خیس کرده و با مایع صابون به خوبی مالش دهید. ۴- دست ها طوری نگه داشته شود که آب از قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا نکند. ۵- حدود ۱۰ دقیقه دست ها مالش داده شود (چون میکرو ارگانیسم ها در زیر ناخن و اطراف انگشتان هستند. ۶- دست ها پایین تر از آرنج قرار گیرد. ۷- کف دست ها مالش داده شود، تا صابون کف کند. ۷- پس از شستن کف دست ها، سطح بالایی انگشتان را بشویید. ۸- تک تک بند انگشتان را با حرکت چرخشی بشویید. ۹- ساعد را تا قسمت هایی که آلوده به نظر می رسد بشویید. ۱۰- شستشوی دست ها به مدت ۳ دقیقه باید باشد. ۱۱- از انگشتان دست تا ساعد ها را آب به کشید. ۱۲- دست ها بالا و دور از لباس باشد. ۱۳- با استفاده از دستمال یا حوله کاغذی شیر آب را ببندید. ۱۴- دست ها را با حوله یا دستمال کاغذی از انگشتان به طرف ساعد خشک کنید

عنوان روش بالینی

۲۰- پوشیدن ماسک صورت

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، برای محدود کردن عفونت از ماسک استفاده کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند ماسک های حفاظتی، یک بار مصرف حداکثر ۱۵ دقیقه اثر حفاظتی دارند. ۲- فراگیر بداند، جهت جلوگیری از عفونت های تنفسی از ماسک های فیلتر دار استفاده کند. ۳- فراگیر بداند ماسک را از دو بند بالا در دست بگیرد.

وسایل مورد نیاز: ۱- ماسک یکبار مصرف

۲ - ماسک پارچه ای استریل

طریقه عمل: ۱- لبه بالای ماسک مشخص شود. ۲- ماسک را از دو بند بالا در دست بگیرید. ۳- لبه بالای ماسک روی پل بینی قرار گیرد. ۴- ابتدا بندهای بالای ماسک را گره بزنید. ۵- سپس بندهای پایین را پشت گردن گره بزنید. ۶- ماسک باید به طور کامل روی بینی را بپوشاند. ۷- در ماسک های یکبار مصرف نیازی به بستن آن ها نیست، اول کش ماسک را روی هر دو گوش سپس در زیر آن ها را ثابت کنید. ۸- در صورت خیس شدن باید تعویض شود. ۹- ماسک های یکبار مصرف حداکثر ۱۵ دقیقه اثر حفاظتی دارند. ۱۰- برای جلوگیری از عفونت های تنفسی از ماسک فیلتر دار استفاده شود.

عنوان روش بالینی

۲۱- در آوردن ماسک صورت

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

وسایل مورد نیاز: ماسک

هدف کلی: فراگیر بتواند ماسک را طوری بیرون آورد که از انتشار عفونت جلوگیری کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند انگشتان ۲ و ۳ خود را زیر کش ماسک برده و آن را از روی گوش آزاد کند. ۲- فراگیر بداند باید بند های بالای ماسک را باز کند.

طریقه عمل: ۱- دستکش را در آورید ۲- بندهای پایین ماسک را باز کنید ۳- بندهای بالای ماسک را باز کنید. ۴- با گرفتن بندها طوری ماسک را از صورت خود در آورید که قسمت بیرونی آن با صورت تماس نداشته باشد. ۵- انگشتان ۲ و ۳ خود را زیر کش ماسک برده و آن را روی گوش آزاد کنید. ۶- آن را معدوم نمایید. ۷- ماسک های پارچه ای برای استریل فرستاده شود.

عنوان روش بالینی

۲۲- پوشیدن دستکش استریل و خارج کردن آن

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند انتشار عفونت را محدود سازد.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند، قسمت داخلی دستکش با دست تماس داشته باشد. ۲- فراگیر بتواند قسمت داخلی دستکش دست چپ را با دست راست به طرف بیرون برگرداند و از دست خارج کند

وسایل مورد نیاز:

۱- دستکش استریل در اندازه های مناسب (۷-۶/۵ برای خانم ها و ۸-۷/۵ برای آقایان)

۲- دستمال کاغذی یا حوله

طریقه عمل: ۱- فقط قسمت داخلی دستکش با دست ها تماس داشته باشد. ۲- ابتدا دست ها شسته و خشک شود. ۳- پوشش دستکش باز شود. ۴- با دست چپ، دستکش مربوط به دست راست را از قسمت داخلی آن گرفته و دست راست را داخل دستکش کنید.

نحوه خارج کردن:

طریقه عمل: ۱- توسط دست چپ، دستکش سمت راست را از ناحیه زیر میچ گرفته، دستکش را از دست خارج کنید ۲- دستکش آلوده را از کف دست چپ نگه دارید ۳- توسط دست راست قسمت داخلی دستکش دست چپ را گرفته آن را به طرف بیرون برگردانید و از دست خارج کنید به طوری دستکش آلوده دست چپ درون « قرار گیرد. ۴- در صورت آلوده شدن دستکش ها آن ها را در یک پاکت یا کیسه پلاستیکی قرار دهید.

عنوان روش بالینی

۲۳- پوشیدن گان حفاظتی و در آوردن آن

زمان آموزش : ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند با پوشیدن گان از انتشار عفونت جلوگیری کند.

اهداف رفتاری: فراگیر بتواند، گان را از سطح داخلی و در قسمت یقه بالا نگه دارد و آن را رو به پایین باز کند. ۲- فراگیر بتواند گان را از خود جدا کند بدون اینکه به قسمت بیرون آن دست بزند.

وسایل مورد نیاز: ۱- دستمال کاغذی

۲- کیسه نایلونی

طریقه عمل: ۱- وسایل زینتی را خارج کنید. ۲- دست ها را بشوید و ماسک بزنید. ۳- گان را از سطح داخلی و در قسمت یقه بالا نگه دارید و آن را رو به پایین باز کنید (قسمت جلوی آن رو به پرستار باشد) ۴- هر بار یک دست را وارد آستین کرده و تنها یقه در دست باشد. ۵- آستین را بالا بکشید تا روی شانه ها قرار گیرد و یک دست شما وارد گان شده باشد. ۶- با دستی که داخل گان است، آستین دست دیگر را طوری بالا بزنید که دست شما با گان تماس نداشته باشد. ۷- انگشتان خود را درون یقه گان در قسمت پشت ببرید و گان را طوری تنظیم کنید که روی شانه ها قرار گیرد. ۸- بند های یقه را ببندید. ۹- لبه های گان را به هم بکشید به طوری که یک طرف، روی طرف دیگر را بپوشاند و تمام قسمت پشت پوشیده شود. ۱۰- بند های کمر گان را در قسمت پشت طوری ببندید که راحت باشید.

روش در آوردن گان:

طریقه عمل: ۱- دستکش ها را در آورده و درون کیسه نایلونی بگذارید. ۲- ماسک طوری در آورده شود که فقط بندهای آن با دست تماس داشته باشد و آن را داخل کیسه نایلونی بیندازید. ۳- بندهای کمر گان را باز کنید. ۴- بندهای یقه گان باز شود. ۵- گان را در اطراف شانه ها شل کنید. ۶- در آوردن آستین های گان را با لغزاندن دست ها به سمت عقب به داخل آستین ها شروع کنید و تنها با قسمت رویه داخلی گان تماس داشته باشید. ۷- دست شما داخل گان می باشد آستین دیگر را بیرون بکشید. ۸- گان را از خود جدا کنید بدون اینکه به قسمت بیرونی آن دست بزنید. ۸- گان را از رویه بیرونی جمع کرده و در وسایل کثیف قرار دهید.

پوشیدن گان استریل:

طریقه عمل: ۱- زیور آلات را بیرون آورید. ۲- دست ها به روش جراحی شسته شود. ۳- پرستار سیرکولر بسته استریل را باز کند. ۴- حوله را طوری بردارید که تا خوردگی آن باز نشود. ۵- از انتهای حوله برای خشک کردن دست استفاده شود. از انتهای دیگر حوله برای خشک کردن ساعد استفاده شود. ۶- دست و ساعد دیگر به همین روش خشک شود. ۷- گان را بردارید و قسمت بالای آن را پیدا کنید. ۸- حلقه های آستین را پیدا کرده، دست خود را درون آن کنید. ۸- هر دو دست به طور همزمان از آستین گان عبور داده شود. ۹- از پرستار سیرکولر به خواهید گان را به طرف عقب بکشید و از بالا به پایین ببندد.

عنوان روش بالینی

۲۴- گزارش نویسی

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، گزارش کاملی از اقدامات انجام شده برای بیمار بنویسد.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند، از واژه های پزشکی موقعی استفاده کند که معنای آن را بداند. ۲- فراگیر بداند اقدامات انجام شده را به صورت منظم

و طبقه بندی شده بنویسد. ۳- فراگیر بداند، گزارش پرستاری بلافاصله بعد از مراقبت پرستاری نوشته شود

وسایل مورد نیاز:

۱- برگ مخصوص چارت علائم حیاتی

۳- کاردکس و پرونده بیمار

۲- خودکار

۴- برگ مخصوص گزارش پرستاری

طریقه عمل: ۱- مشخصات کامل بیمار در گزارش پرستاری نوشته شود. ۲- برای نوشتن گزارش فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده شود. ۳- کامل و خوانا باشد ۴- از به کار بردن واژه های کلی و مبهم اجتناب شود مثل (بیمار حالش خوب است یا بیمار حالش بد نیست) ۵- از واژه های پزشکی هنگامی استفاده شود که معنای آن را می دانید. ۶- گزارش به زبان ساده قابل فهم و گویا باشد. ۷- اقدامات انجام شده بر اساس تقدم طبقه بندی شود. ۸- در بین نوشته ها نباید فاصله ایجاد شود، در صورت وجود فاصله خط سیاه بکشید. تا از نوشتن در آن فاصله جلوگیری شود. ۹- هر اقدام درمانی یا مراقبتی که خودتان انجام داده اید (نه پرستار دیگر) گزارش شود. ۱۰- گزارش پرستاری بلافاصله بعد از مراقبت پرستاری نوشته شود. ۱۱- برای ثبت دقیق دفعات شبانه روز، از اعداد ۱-۲۴ استفاده شود. مثلاً ساعت ۴ بعد از ظهر به صورت: ۱۶- نوشته شود. ۱۲- گزارش پرستاری قبل از اجرا ثبت نشود. ۱۳- عکس العمل بیمار به دارو، وسایل مراقبت های پرستاری ثبت شود. ۱۴- پس از ویزیت پزشک پرونده نوشته شود. ۱۵- هر نوع ناراحتی یا حادثه ای که برای بیمار پیش آمده در پرونده ثبت شود. ۱۶- ساعت دقیق ارسال آزمایشات و دریافت جواب در پرونده ثبت شود. ۱۷- در گزارش پرستاری قید شود، بیمار توسط چه کسی به بیمارستان آورده شده است. ۱۸- ساعت ورود به بیمارستان و هم چنین ساعت ورود به اتاق عمل ثبت شود. ۱۹- در صورت نوشتن اشتباه در گزارش پرستاری، دور کلمه اشتباه را یک خط قرمز کشیده یا روی آن یک خط بکشید به طوری که کاملاً واضح و خوانا باشد، سپس بنویسید اشتباه است. از کندن یا پاره کردن آن خودداری شود ۲۰- هنگام چارت درجه حرارت از خودکار قرمز استفاده شود. ۲۱- اگر دستورات پزشک اجرا نشده، علت عدم اجرا ثبت شود. ۲۲- در قسمت ثبت دستورات دارویی، نام دارو، دوز دارو، تاریخ، ساعت و زمان و راه تجویز دارو ثبت شود. ۲۳- در صورت بروز مشکل با پزشک تماس گرفته شود. ۲۴- تمام علائم و نشانه ها که در تشخیص قطعی بیماری یا سیر بیماری مهم هستند در گزارش ثبت شود. ۲۵- اگر نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های او گزارش شود و از هر گونه انتقاد خودداری شود. ۲۵- گزارش پرستاری توسط سر پرستار یا مسئول شیفت نوشته شود. ۲۶- در هنگام نوشتن گزارش، شیفت های کاری را به صورت حروف انگلیسی بزرگ مثلاً صبح با M عصر با E و شب با N نوشته شود. ۲۷- در صورتی که بیمار نیاز به دریافت مایعات داخل وریدی دارد تعداد قطرات سرم در دقیقه تنظیم و در پایان هد شیفت کاری نوشته شود. ۲۸- در صورتی که بیمار نیاز به کنترل (IO) دارد در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری نوشته شود. ۲۹- پس از نوشتن گزارش در پایین آن خط بکشید و در زیر آن نام و نام خانوادگی و تاریخ و ساعت نوشته شود. اگر دانشجو نوشته باید در پایان گزارش، مربی دانشجویان نام و نام خانوادگی خود را بنویسد.

عنوان روش بالینی

۲۵- طرز شمارش نبض (Pals) و تنفس (Respiration)

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند به طور صحیح شمارش نبض و تنفس کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بداند، بازوی مددجو رادرکنلر بدن قرار دهد به طوری که کف دست پایین باشد. ۲- فراگیر بداند، بعد اشمارش نبض و تنفس یافته های غیر طبیعی را ثبت نماید. ۳- فراگیر بداند در افراد مبتلا به مشکل قلبی و آریتمی نبض به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمرده

شود

وسایل مورد نیاز:

۱- ساعت ثانیه شمار

۲- دفتر ثبت علائم

طریقه عمل: ۱- شستن دست ها ۲- برقراری ارتباط با مددجو ۳- اطمینان پیدا کنید که بیمار شب قبل خوب خوابیده، زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تاثیر قرار می دهد. ۴- مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار دهید. ۵- بازوی مددجو را در کنار بدن قرار دهید به طوری که کف دست به طرف پایین باشد. (با یک بالش می توان آن رادر وضعیت فوق حفظ نمود). ۶- با قرار دادن ۳ انگشت وسطی دست (سبابه، وسطی، انگشت حلقه) بر روی شریان رادیال که در امتداد انگشت شست می باشد، نبض را پیدا کنید. (از انگشت شست در شمارش نبض استفاده نکنید). ۷- ساعت در معرض دید باشد. ۸- تعداد ضربانات در ۶۰ ثانیه شمرده شود یا در ۳۰ ثانیه ضربدر ۲ کنید. (در افراد مبتلا به مشکل قلبی و آریتمی به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمرده شود). ۹- ضمن شمردن تعداد، به ریتم تنفس و حجم آن توجه شود. ۱۰- در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شدید، شمارش را تکرار کنید. محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا کنید. ۱۱- اگر در مورد شمارش نبض تردید دارید، نبض اپیکال را کنترل کنید. ۱۲- اطلاعات و یافته ها را ثبت نمایید (تعداد-ریتم-حجم) ۱۳- زمان کنترل نبض (تاریخ-ساعت-شیفیت) و الگوی نبض را از نظر پر-قوی و ضعیف بودن یا نخی شکل بودن و هم چنین یافته های غیر طبیعی مانند پوست سرد، رنگ پریده، تعریق را ثبت نمایید.

نقاط لمس نبض:

۱- نبض تمپورال یا گیجگاهی

۲- نبض کاروتید (گردنی)

۳- نبض اپیکال (نوک قلب)

۴- نبض براکیال (داخل آرنج)

۵- نبض رادیال (مچ دست از داخل)

۶- نبض اولنار (مچ دست از پشت دست)

۷- نبض فمورال (رانی)

۸- نبض پوبلیتال (زیر زانویی)

۲- فراگیر بتواند بیمار را در پوزیشن نشسته قرار دهد.

۳- فراگیر بداند لوله را تا محل علامت زده وارد بینی کند.

وسایل مورد نیاز:

۱- لوله بینی - معده ای که شماره ۱۴-۱۰ برای کودکان و

شماره ۵-۸ برای نوزادان و شماره ۱۸-۱۶-۱۴ برای بزرگسالان

۲- ظرف برای استفراغ

۳- تجهیزات ساکشن (سوند نلاتون- دستگاه ساکشن)

۳- چسب

۴- لیوان آب

۵- دستکش

۹- گوشی پزشکی

طریقه عمل: ۱- ارتباط با بیمار و ایجاد محیط امن و خلوت و قرار دادن وسایل کار در دسترس و کنترل دستور پزشک ۲- ابتدا لوله را چند دقیقه در جای سرد بگذارید. اگر بیمار بیهوش است و نیاز به ساکشن حلقی - دهانی دارد ابتدا این کار را انجام دهید. ۳- دست ها را شسته و دستکش بپوشید. ۴- بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. ۵- اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود عتامت بزنید. ۶- چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب کنید. ۷- لوله را وارد سوراخ بینی کنید. ۸- وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار به گویند سرش را کمی به طرف جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد. ۹- آنقدر لوله را داخل کنید تا به محل علامت زده برسد. ۱۰- برای اینکه از قرار گیری لوله در محل صحیح مطلع شوید، محتویات معده را اسپیره کنید یا هوا داخل لوله تزریق کنید و با گوشی سمع کنید. ۱۱- پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده آن را با چسب ثابت کنید. ۱۲- مشاهدات را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۲۸- ساکشن سیستم تنفسی (ساکشن دهانی - حلقی و ساکشن بینی حلقی) (OROPHARANGIAL NASOPHARANGIAL)

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند سیستم تنفسی را به راحتی ساکشن نماید.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند بیمار را در وضعیت نیمه نشسته، سرش به طرف پایین خم باشد قرار دهد. ۲- فراگیر بداند در ۲-۳ سانتی متری سوراخ بینی مقاومت وجود دارد و فراگیر باید چرخش ملایم داشته باشد. ۳- فراگیر بداند، حداقل فاصله زمانی بین هر بار ساکشن یک دقیقه می باشد

وسایل مورد نیاز:

۷- گاز استریل، حوله یا پد

۱- دستگاه متحرک مکنده، یا ساکشن دیواری

همراه با لوله ها و مخزن جمع آوری ترشحات

۸- رسیور

۲- سند استریل مخصوص ساکشن با شماره

۱۸-۱۲) در صورت انجام ساکشن دهانی- حلقی و بینی - حلقی

یک سند استریل برای هر ناحیه لازم می باشد. (

۳- دستکش استریل

۹- ماده لغزنده کننده استریل محلول

۴- کاسه استریل

۱۰- شیشه جمع آوری نمونه از ترشحات

۵- سرم فیزیولوژی یا آب مقطر

۱۱- کیسه نایلونی

۶- لوله رابط در صورت نیاز

طریقه عمل: ۱- اگر بیمار هوشیار است برای بیمار مراحل کار را توضیح دهید تا اضطراب بیمار کاهش یابد. ۲- مددجوی هوشیار، که دارای رفلکس گگ می باشد باید در وضعیت نیمه نشسته و سر به طرف پایین خم باشد یا گردن وی به عقب که این وضعیت وارد کردن سند را تسهیل می نماید و از آسیب دیدن ترشحات پیشگیری می نماید. ۳- مددجوی بیهوش باید در وضعیت پهلو روبروی پرستار قرار داده شود تا زبان بیرون آمده و از ورود سند ممانعت نکند. ۴- شستن دست ها ۵- تهیه تنفسی مددجو به وسیله O2 با جریان زیاد و با غلظت ۱۰۰ درصد از طریق آمبوگ به مدت یک دقیقه انجام شود. ۵- آماده کردن وسایل استریل ۶- وصل سند استریل به لوله ساکشن ۷- پوشیدن دستکش استریل ۸- مشخص کردن طول مناسبی از سند استریل که باید وارد شود (فاصله بین نوک بینی تا نرمه گوش) ۹- آغشته کردن ۸-۶ سانتی متر ابتدای سند به ژل نرم کننده محلول در آب ۱۰- در صورتی که ترشحات سخت است محلول نرمال سالین قبل از ساکشن چکانده شود. ۱۱- وارد کردن سند ساکشن به داخل بینی ممکن است مقاومتی را در ۳-۲ سانتی متری سوراخ بینی ایجاد کند، چرخش ملایم سند با در خواست از مددجو برای تنفس دم، مقاومت را دفع میکند. (وقتی احساس شود سند آزاد است باید بیشتر در بینی وارد شود) ۱۲- وارد کردن سند ساکشن در طول خط لثه، نباید سر سند با عقب حلق تماس پیدا کند زیرا باعث استفراغ می شود. ۱۳- اگر عبور سند مشکل باشد از یک گاز دور زبان استفاده کرده و زبان به جلو کشیده میشود. ۱۴- هنگام وارد کردن سند ساکشن انجام نشود. ۱۵- عمل ساکشن حداکثر ۱۰ ثانیه به وسیله قرار دادن و برداشتن انگشت شست غیر مسلط بر روی سوراخ سند انجام شود. ۱۶- قطع عمل ساکشن در صورتی که بیمار دچار کاهش ضربان قلب، افت فشار خون، سیانوز می شود. ۱۷- کشیدن سند ساکشن به عقب تا ناحیه اپی گلو ت تا جایی که تحریک رفلکس سرفه یا گگ از بین نرود. ۱۸- تکرار تا زمان تخلیه تمام ترشحات و پاک شدن راه هوایی (حداقل فاصله زمانی بین هر بار ساکشن ۶۰ ثانیه است). ۱۹- پیچیدن سند ساکشن استفاده شده به دور انگشتان دست و در آوردن دستکش استریل بر روی سند و سپس در سطل زباله انداخته شود. ۲۰- رساندن O2 خون شریانی به سطح اولیه ۲۱- مشاهدات ثبت شود

عنوان روش بالینی

۲۹- انتقال

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند مراقبت مناسب و مداوم از مددجو به عمل آورد.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، در پرونده بیمار، زمان انتقال، بخش مقصد، و روش انتقال را ثبت نماید. ۲- فراگیر بتواند انتقال مددجو را به واحد

تغزیه، داروخانه، و مرکز تلفن گزارش نماید.

وسایل مورد نیاز:

۱- کلیه وسایل شخصی بیمار

۲- وسایل مورد مصرف در بالین بیمار مانند:

داروها، پرونده بیمار، کیف یا چمدان احیاء قلبی ریوی، ورقه ثبت داروها، صندلی چرخدار یا برانکاردر در صورت نیاز
طریقه عمل: ۱- بیمار و خانواده از اهداف انتقال، نوع بخش، محل انتقال و زمان انتقال و... آگاه شود. ۲- وضعیت سلامتی بیمار مشخص شود (علائم حیاتی - وسایل کمکی بیمارمانند ویلچر یا برانکاردر مشخص شود). ۳- کلیه وسایل متعلق به بیمار جمع آوری شود. ۴- کلیه داروها و پرونده ها جمع آوری شود. ۵- در پرونده بیمار، زمان انتقال، بخش مقصد، روش انتقال ثبت شود. ۶- گزارش انتقال بیمار به واحد تغذیه، داروخانه، و مرکز تلفن ۷- برنامه مراقبتی، رژیم درمانی به واحد پذیرش دهنده گزارش شود. ۸- پرستار هنگام انتقال بیمار از برانکار یا صندلی چرخدار به تخت باید حضور داشته باشد.

انتقال در مرکز: ۱- اگر بیمار از یک واحد مراقبت ویژه منتقل می شود باید دستورات جدید مراقبتی از طرف پزشک را داشته باشد. ۲- چارت بیمار، در خواست آزمایش، کاردکس... به بخش پذیرنده فرستاده شود. ۳- پرسنل پرستاری بخش جدید و افراد هم اتاقی معرفی شود. ۴- وسایل نا آشنای اتاق به او نشان اده شود. ۵- پرونده و کلیه داروهای بیمار به پرستار جدید داده شود.
انتقال به موسسه بزرگ درمانی: ۱- باید دستور انتقال مدد جو روی چارت یا فرم های مخصوص موجود باشد که این فرم شامل تشخیص بیماری، خلاصه مراقبت، رژیم غذایی و وسایل مراقبتی و... می باشد. ۲- خلاصه فرم مراقبت پرستاری که یک نسخه در پرونده بیمار و نسخه دوم به مرکز پذیرش فرستاده می شود. ۳- در پرونده بیمار زمان ورود، تاریخ انتقال و روش انتقال ثبت شود.

عنوان روش بالینی

۳۰- جابجایی حرکت بیمار

زمان آموزش ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند بیمار را به صورت راحت و بدون خطر جابجا کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، راستای بدن بیمار را حفظ کند. ۲- فراگیر بتواند یک دست زیر سر و گردن، و دست دیگر زیر شانه های بیمار برده و او را به طرف خود بکشد.

طریقه عمل:

۱- محیط را آرام، دور بیمار پاراوان بکشید. ۲- با استفاده از ملحفه پوشش های رویی بیمار را کنار بزنید.

الف- حرکت دادن بیمار از یک طرف بسته به طرف دیگر ۱- نزدیک تخت بیمار ایستاده و وضعیت صحیح بدنی خود را حفظ کنید. ۲- یک دست در زیر سر و گردن و یک دست دیگر در زیر شانه های بیمار قسمت فوقانی بدن بیمار را به طرف خود بکشید. ۳- در مرحله بعد یک دست را در قسمت بالای پشت و دست دیگر را در زیر ران های بیمار قرار داده، پاهای بیمار را به طرف خود بکشید. ۴- یک دست را زیر کپل و دست دیگر را در زیر ران های بیمار قرار داده، پاهای بیمار را به طرف خود بکشید. ۵- بیمار را در امتداد یک خط راست قرار داده تا در وضعیت راحت قرار گیرد.

ب- غلطاندن بیمار:

میله کنار تخت سمت مقابل خود را بالا ببرید. به طرف دیگر تخت رفته، روبروی شکم بیمار و در طرفی از تخت که بیمار به همان سمت خواهد غلطید بایستید. پاهای بیمار از هم باز گذاشته شود. آن دست بیمار که به شما نزدیک تر است دور از بدن وی قرار دهید. بازوی دورتر بیمار را خم

کرده، روی سینه اش قرار دهید. پای دورتر او را روی پایي که نزدیک شماسست قرار دهید. عضلات گلویتال و شکمی خود را محکم نموده و زانوها را خم کنید. یک دست خود را روی ران دورتر بیمار و دست دیگر را روی شانه دورتر او قرار دهید. بیمار را به طرف خود بکشید و وضعیت آن را مناسب کنید.

ج- حرکت دادن و کشیدن بیمار به بالای تخت: ۱

- بالش را در بالای سر بیمار نزدیک میله های تخت بگذارید. ۲- از بیمار به خواهید زانوهای خود را خم کرده، کف پاها را بر روی تشک گذاشته و دست های خود را به میله های بالای تخت بگیرید. ۳- یک دست خود را در زیر گردن و شانه های بیمار و دست دیگر خود را در زیر کپل و دان های او قرار دهید. ۴- از بیمار به خواهید پاها را روی تشک فشار داده، خود را کمی بلند کرده و به کمک شما به طرف بالای تخت حرکت کند. ۵- در صورت ضعف بیمار از دو پرستار باید کمک گرفت. ۶- بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید و تخت بیمار مرتب گردد.

عنوان روش بالینی

۳۱- کمک به نشانیدن بیمار در تخت و آویزان کردن پاها

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، بیمار را آماده برای خروج از بستر کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، طوری بیمار را بچرخاند که پاها را از تخت آویزان شود. ۲- فراگیر بداند که اگر بیمار ضعف یا ناراحتی دارد او را در تخت بخواباند

وسایل مورد نیاز:

- | | |
|--------------|-----------|
| ۱- چهار پایه | ۳- دمپایی |
| ۲- پتوی حمام | ۴- بالش |

طریقه عمل: ۱- به بیمار کمک کنید در تخت بنشیند. ۲- نبض و فشار وی را کنترل کنید. ۳- پوشش های روی تخت به طرف پایین تا بزنید. ۴- یک دست خود را زیر بغل و دست دیگر خود را در زیر زانو های بیمار برده و آهسته او را در تخت به چرخانید به طوری که پاها را از تخت آویزان شود. ۵- دمپایی به بیمار بپوشانید و پاها را از روی چهار پایه قرار دهید. ۶- هر گونه تغییر در علائم ظاهری بیمار بررسی شود. ۷- پتوی حمام را به دور بیمار بپیچید تا بیمار گرم شود. ۸- اگر بیمار ضعف و ناراحتی دارد او را به خوابانید. (۲۰-۱۵ دقیقه) ۹- مشاهدات خود را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۳۲- کنترل کردن دستورات پزشک

زمان آموزش: ۶۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، دستورات پزشک را بر طبق روشی معین و بدون اشتباه اجرا کند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بداند، در یک دستور دارویی باید نوع، نام، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شود.

- ۲- فراگیر بداند، دستورات کتبی را اول از پرونده بیمار وارد کاردکس و سپس وارد کارت دارویی کرد.
- ۳- فراگیر بداند دستورات دارویی که برای یکبار می باشد در کاردکس وارد نکرده و فقط برای آن ها کارت دارویی درست کرد.

وسایل مورد نیاز:

۱- کاردکس

۲- تیکت (کارت دارویی)

۳- پرونده بیمار

طریقه عمل: ۱- یک دستور کامل باید دارای تاریخ- ساعت و امضای پزشک باشد. ۲- در یک دستور دارویی باید نوع، نام، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقا قید شده باشد. ۳- دستورات باید کتبی باشند و در پرونده بیمار قید گردند. ۴- دستورات شفاهی را باید بلافاصله در ورقه "دستور پزشک" وارد نمود تا در اولین فرصت توسط پزشک امضاء شود. ۵- بهتر است دستورات شفاهی یک بار توسط پرستار برای پزشک قرائت شود. ۶- دستورات کتبی را باید اول از پرونده بیمار وارد کاردکس و سپس وارد کارت دارویی شود. ۷- پس از وارد کردن دستورات در کاردکس در مقابل هر دستور در ورقه دستور پزشک علامت کاردکس - تیکت (K:T) گذاشته شود. ۸- در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه سؤال یا اشکالی باید بلافاصله از پزشک سؤال کنید. ۹- پس از کنترل کردن دستورات در محل مخصوص امضاء کنید. ۱۰- پرستاری که دستور را کنترل می کند مسئول اجرای آن برای اولین بار می باشد. ۱۱- دستوراتی که فقط برای یکبار می باشند در کاردکس وارد نشده و فقط برای آن ها کارت دارویی درست می کنیم.

عنوان روش بالینی

۳۳- طریقه دادن دارو از راه دهان

زمان آموزش: ۳۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

هدف کلی: فراگیر بتواند، از راه دهان به بیمار دارو دهد.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بداند، اگر دارو به صورت پودر است، بیشتر از اندازه با قاشق برداشته و با چوب زبان روی آن را صاف کند.
- ۲- فراگیر بداند، یک لیوان آب در اختیار بیمار قرار دهد.
- ۳- فراگیر بداند برای تجویز داروی هیپارین زمان انعقاد خون کنترل شود.
- ۴- اگر از داروی مخدر استفاده می شود پس از استفاده در برگه مخصوص ثبت شود

وسایل لازم:

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| ۱- سینی یا تالی دارو | ۷- آبسلانگ در صورت لزوم |
| ۲- کارت مخصوص دارو | ۸- دستمال کاغذی یا گاز مرطوب |
| ۳- ظرف دارو | ۹- دارو |
| ۴- ظرف مدرج | ۱۰- لیوان آب |
| ۵- قاشق چای خوری | ۱۱- رسیور |
| ۶- قاشق غذاخوری | |

طریقه عمل: ۱- سینی یا تالی دارو را تمییز و آماده کنید. ۲- کارت دارو را با کاردکس مقایسه کنید تا نکات زیر با هم تطبیق کند: الف) نام بیمار ب) شماره تخت و شماره اتاق ج) نام و مقدار دارو د) ساعت دادن دارو ه) طریقه دادن دارو و) تاریخ شروع و قطع دارو ز) توجهات لازم در مورد تجویز دارو ۳- دستهای خود را بشویید. ۴- قفسه دارو را باز کنید. شیشه محتوای داروی دستور داده شده را برداشته، برچسب آن، تاریخ مصرف دارو کنترل شود. ۵- تعداد قرص لازم را درون درب شیشه ریخته، سپس در طرف دارو بریزید. درب شیشه را ببندید. معمولاً کلیه قرص ها و کپسول هاییدرا که بیمار می گیرد. درون یک ظرف قرار می دهیم در مواردی که تجویز دارویی نیاز به بررسی خاصی نظیر شمارش نبض و یا اندازه گیری فشار خون دارد باید آن دارو در ظرف جداگانه ای ریخته شود. ۶- اگر دارو به صورت مایع است در صورت لزوم آن را خوب تکان دهید سپس درب شیشه را باز کرده طوری آن را قرار دهید که سطحی که با دارو تماس پیدا می کند به طرف بالا باشد. ۷- ظرف دارو را طوری مقابل چشم قرار دهید که سطح داروی ریخته شده برابر با داروی تجویز شده باشد. ۸- ظرف دارو را طوری روی کارت قرار دهید که به آسانی بتوانید اسم بیمار را به خوانید. ۹- سر شیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و در آن را ببندید. ۱۰- اگر دارو به صورت پودر باشد بر حسب دستور آن را به وسیله استوانه مدرج یا قاشق چایخوری یا غذا خوری اندازه گیری نمایید. ۱۱- برای اندازه گیری پودر باید در قاشق مقداری بیش از اندازه آن ریخته شود. سپس سطح آن را با یک چوب زبان صاف کنید. ۱۲- پودر اندازه گیری شده را درون ظرف دارو ریخته و درب ظرف محتوای دارو را ببندید و ظرف دارو را در قفسه دارو قرار دهید. (کلید آن باید نزد پرستار مسئول دارو یا سر پرستار بخش باشد. ۱۳- سینی یا تالی را به اتاق بیمار برده و بیمار را به اسم صدا بنزد و کارت دارو را با کارت شناسایی بیمار که به تخت آویزان است مقایسه کنید. ۱۴- پس از شناسایی دقیق بیمار، جریان عمل را برای او شرح دهید. ۱۵- یک لیوان آب آماده نموده، و در اختیار بیمار قرار دهید. ۱۶- دارو را به بیمار بدهید چنان چه چندین دارو با هم تجویز شده است هر کدام جداگانه مصرف شود. ۱۷- برای تجویز پودرها باید آن ها را به صورت محتول درآورد. نزد بیمار بمانید تا داروی خود را بخورد. ۱۸- ظروف دارویی مصرف شده را در محت مناسب قرار دهید. ۱۹- وسایل را به اتاق پانسمان برگردانید. ۲۰- ظروف دارویی را شسته و برای مدت معین در محلول ضدعفونی قرار دهید. ۲۱- پس از ضدعفونی شدن آن ها را شسته، خشک کرده و در محل مخصوص خود قرار دهید. ۲۲- در پرونده بیمار از روی کارت دارویی (نام دارو، نوع دارو، مقدار دارو و طریقه تجویز آن را با ذکر تاریخ و ساعت یادداشت کنید. ۲۳- کارت ها را در جای خود قرار دهید.

توجه: ۱- سینی محتوای دارو را در جایی که دور از چشم شما باشد قرار ندهید. ۲- برای تجویز داروهای تنظیم کننده ضربان قلب نظیر دیگوکسین باید نبض اپیکال - رادیال بیمار شمارش شود. ۳- برای تجویز داروهای تنظیم کننده فشار خون نظیر سرپازیل باید فشار خون بیمار کنترل شود. و برای تجویز داروهای تنظیم کننده وزن بدن نظیر دارو های مدر مانند لازیکس باید وزن بیمار کنترل شود. ۴- برای تجویز داروهای نظیر هپارین باید زمان انعقاد خون بیمار تحت کنترل باشد. ۵- اگر بیمار به هرعلتی ناشتا است از دادن دارو از راه دهان تا دستور ثانوی باید خودداری شود. ۶- در صورتی که از داروی مخدر استفاده می شود باید بعد از مصرف مشخصات آن را در ورقه مخصوص داروهای مخدر یادداشت شود. در صورتی که بیمار کنترل جذب و دفع دارد باید میزان مایعات و داروی مایع خورده شده در قسمت جذب برگه ثبت شود.

عنوان روش بالینی

۳۴- تجویز دارو بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (P.R.N)

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند، بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص خود دارو تجویز کند

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بدانند، چنان چه فاصله زمانی با تجویز پزشک تطبیق می کند در مورد دادن دارو اقدام کند.

۲- فراگیر بتواند کارت را با کاردکس کنترل کند.

وسایل لازم:

۱- کارت مخصوص دارویی (P.R.N) به رنگ معمول بیمارستان

۲- وسایل لازم برای تجویز داروهای مورد نظر

طریقه عمل: ۱- کارت داروی مورد نیاز را بردارید. ۲- کارت را با کاردکس کنترل کنید. ۳- از روی پرونده بیمار ساعت آخرین تجویز دارو را در نظر بگیرید. ۳- فاصله زمانی تجویز دارو توسط پزشک و در خواست بیمار در نظر گرفته شود. ۴- در پرونده بیمار ثبت شود.

۳۵- طریقه گذاردن شیاف های مقعدی (Suppository)^۱

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند شیاف را در مقعد بیمار بگذارد.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بدانند، بیمار را به پهلو بخواباند و پای رویی را خم کند.

۲- فراگیر بدانند، برای باز شدن اسفنکتر مقعد بیمار باید نفس عمیق بکشد.

۳- فراگیر بدانند شیاف را در بزرگسالان ۱۰ سانتی متر و در کودکان ۵ سانتی متر وارد کند.

وسایل مورد نیاز:

۱- رسیور ۴- دستکش لنگه دست غالب

۲- کارت دارو ۵- ظرف آب گرم در صورت لزوم

۳- شیاف دستور داده شده ۶- ماده چرب کننده

طریقه عمل:

۱- کارت دارو را با کاردکس مقایسه کنید. ۲- شیاف را از داخل یخچال بردارید. ۳- شیاف و وسایل مورد نیاز را به اتاق بیمار ببرید. ۴- پاراوان

بگذارید و جریان عمل را برای بیمار شرح دهید. ۴- بیمار را در وضعیت مناسب قرار داده (به پهلو بخواباند و پای رویی را خم کنید). ۵- دستکش

بپوشید و شیاف را در آب ولرم یا ماده چرب کننده قرار دهید. ۶- با یک دست خود اطراف مقعد را باز کنید و با دست دیگر شیاف را وارد مقعد کنید. و

از بیمار به خواهید نفس عمیق بکشد. ۷- با انگشت سبابه شیاف را به داخل وارد کنید. و برای جلوگیری از خارج شدن آن چند لحظه دور باسن را به

هم نزدیک کنید. ۸- به بیمار تذکر دهید ۲۰-۱۵ دقیقه از نشستن یا راه رفتن خودداری کند. ۹- تخت و لباس بیمار را مرتب و وسایل کثیف را به اتاق

کار ببرید. دستکش را در آورده، دست ها را شسته و در پرونده بیمار ثبت کنید.

توجه: اگر بیمار قادر است، خودش شیاف را بگذارد.

^۱ -Suppository

۳۶- طریقه گذاردن شیاف واژن:

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند برای بیمار شیاف واژن بگذارد.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت، زانو ها خمیده و ران ها به طرف خارج باشد.
- ۲- فراگیر بتواند، لب های واژن را از هم باز کرده و بانگشت سبابه دست دیگر ۱۰-۸ سانتی متر در واژن فرو ببرد.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- رسیور
- ۲- کارت دارویی
- ۳- دستکش
- ۴- ماده چرب کننده یا آب ولرم

طریقه عمل:

۱- کارت دارویی را با کاردکس مقایسه کنید. ۲- شیاف را از یخچال برداشته در رسیور قرار داده و به اتاق بیمار ببرید. ۳- بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت، زانو ها خمیده و ران ها به طرف خارج باشد. ۴- دستکش پوشیده و شیاف را از پوشش خارج کنید و از قسمت مدور که مخصوص ورود به واژن است مرطوب شود. ۵- لب های واژن را باز کرده و ۱۰-۸ سانتی متر در واژن فرو کنید. ۶- ۱۰-۵ دقیقه بیمار در وضعیت خوابیده قرار دهید. ۶- تخت بیمار را مرتب کرده، دست ها را شسته، و در پرونده بیمار ثبت با کاردکس کنترل کنید. ۳- از روی پرونده بیمار ساعت آخرین تجویز دارو را در نظر بگیرید. ۳- فاصله زمانی تجویز دارو توسط پزشک و درخواست بیمار در نظر گرفته شود. ۴- در پرونده بیمار ثبت شود.

طریقه گذاردن شیاف های^۱:

هدف کلی: فراگیر بتواند شیاف را در مقعد بیمار بگذارد.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بداند، بیمار را به پهلو بخواباند و پای رویی را خم کند.
- ۲- فراگیر بداند، برای باز شدن اسفنکتر مقعد بیمار باید نفس عمیق بکشد.
- ۳- فراگیر بداند شیاف را در بزرگسالان ۱۰ سانتی متر و در کودکان ۵ سانتی متر وارد کند.

وسایل مورد نیاز:

- ۱- رسیور
- ۲- کارت دارو ۵
- ۳- شیاف دستور داده شده
- ۴ - دستکش لنگه دست غالب
- ۵- ظرف آب گرم در صورت لزوم و ماده چرب کننده

^۱-Suppository

طریقه عمل:

۱- کارت دارو را با کاردکس مقایسه کنید. ۲- شیاف را از داخل یخچال بردارید. ۳- شیاف و وسایل مورد نیاز را به اتاق بیمار ببرید. ۴- پاراوان بگذارید و جریان عمل را برای بیمار شرح دهید. ۵- بیمار را در وضعیت مناسب قرار داده (به پهلو بخوابانید و پای رویی را خم کنید). ۶- دستکش بپوشید و شیاف را در آب ولرم یا ماده چرب کننده قرار دهید. ۷- با یک دست خود اطراف مقعد را باز کنید و با دست دیگر شیاف را وارد مقعد کنید. و از بیمار به خواهید نفس عمیق بکشید. ۸- با انگشت سبابه شیاف را به داخل وارد کنید. و برای جلوگیری از خارج شدن آن چند لحظه دور باسن را به هم نزدیک کنید. ۹- به بیمار تذکر دهید ۲۰-۱۵ دقیقه از نشستن یا راه رفتن خودداری کند. ۱۰- تحت و لباس بیمار را مرتب و وسایل کثیف را به اتاق کار ببرید. دستکش را در آورده، دست ها را شسته و در پرونده بیمار ثبت کنید. توجه: اگر بیمار قادر است، خودش شیاف را بگذارد.

عنوان روش بالینی

۳۷- تجویز دارو به وسیله تزریق

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند داروی تجویز شده را به بیمار تزریق نماید.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر از ثابت بودن سوزن بر گردن سرنگ مطمئن باشد

۲- فراگیر بداند برای مخلوط شدن محتویات ویال باید آن را در کف دست قرار داده و به آرامی بچرخاند.

۳- فراگیر بداند هوای موجود در سرنگ باید به طور کامل خالی شود.

وسایل مورد نیاز:

۱- داروی تجویز شده به صورت آمپول یا ویال

۵- اره

۲- کارت دارویی

۶- آب مقطر یا نرمال سالن در صورت نیاز

۳- سوزن و سرنگ استریل (متناسب با حجم دارو،

نحوه تزریق و وضعیت بیمار) ۷- ظرف تزریق (Boat)

۴- ظرف محتوای پنبه الککل ۷۰ درصد

۸- پاراوان یا ماده ضد عفونی دیگر

طریقه عمل:

۱- کارت دارو با کاردکس تطبیق داده شود. ۲- دارو را از قفسه دارو برداشته و با کارت دارو مطابقت دهید. ۳- دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کنید. ۴- دست های خود را به طریق جراحی بشوئید. ۵- سرنگ و سوزن به طریق استریل آماده شود. ۶- از ثابت بودن سوزن بر گردن سرنگ مطمئن شوید. ۷- در صورتی که از ویال استفاده می کنید به طریق ذیل دارو را در سرنگ بکشید: الف- حفاظ فلزی را که بر روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است بردارید. ب- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال که حاوی داروی محلول می باشد آن را در ک دست قرار داده و به آرامی به

چرخانید. (هرگز آن را به شدت تکان ندهید) ج- لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰ درصد) تمییز کنید. د- پوشش روی سوزن را بردارید، به طوری که از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود. سپس برابر حجم داروی محلولی که قرار است در سرنگ بکشید هوا در داخل سرنگ کنید. ه- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کنید. مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ باشید. (دست شما فقط با سطح خارجی بدنه سرنگ و دسته پیستون تماس داشته باشد). و- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کنید. ز- ویال را وارونه نمایید و آن را هم سطح چشم خود بگیرید در حالی که سوزن در داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ بکشید. ح- سوزن را از داخل ویال خارج کنید و پوشش روی سوزن را بر روی آن قرار دهید ت- سرنگ محتوای محلول دارویی را در ظرف یا سینی تزریق قرار دهید. ی- ویال را دور انداخته و یا برای استفاده های بعدی در محل مخصوص خود قرار دهید. ۹- در صورتی که از آمپول استفاده می کنید دارو را به طریق ذیل در سرنگ بکشید: الف- آمپول را برداشته به صورت دورانی به چرخانید تا تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوک قرار گیرد در صورت نیاز ضرباتی به قسمت فوقانی وارد کنید تا دارو به قسمت پهن پوک منتقل شود. ب- در صورتی که در گردن آمپول خط مشخصی وجود ندارد، ابتدا با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کنید سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی تکیه دارد آن را با اره خراش دهید. ج- پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف خارج سر، آمپول را از بدنه خارج کنید. د- پوشش روی سوزن را برداشته، سوزن را در آمپول قرار دهید و مقدار داروی مورد نیاز را در سرنگ بکشید. و- پوشش روی سوزن را روی آن قرار دهید و مراقب استریل بودن آن باشید. ز- سرنگ محتوای محلول دارویی را در ظرف یا سینی تزریق قرار دهید و آمپول مصرف شده را دور بیندازید. ۱۰- ظرف محتوای سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته و به اتاق بیمار ببرید ۱۱- بیمار را با نام صدا بزنید، کارت دارو را با کارت پایین تخت تطبیق دهید. ۱۲- پاراوان را به کشید. ۱۳- ناحیه تزریق را برهنه کرده و با پنبه الکلی پوست را تمییز کنید. (پنبه الکلی را در مرکز محل تزریق قرار داده و به صورت دورانی با فشار مختصری آن را به طرف خارج به چرخانید. ۱۴- اجازه دهید پوست بیمار خشک شود. ۱۵- پوشش روی سوزن را بردارید به طوری که سوزن آلوده نشود. ۱۶- هوای موجود در سرنگ را خالی کنید، تا قطره ای از دارو بر روی سطح مورب نوک سوزن دیده شود. (اگر کل دارو باید به بدن بیمار وارد شود ۲/ میلی لیتر هوا در داخل سرنگ باقی بماند). ۱۷- سرنگ را در دست راست بین انگشتان و شصت بگیرید. ۱۸- با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا فشار دهید. ۱۹- با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به نوع تزریق و محل آن سوزن را وارد پوست کنید. ۲۰- سپس با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته و دست راست خود را به بدنه پیستون منتقل کنید. ۲۱- پیستون را آهسته به طرف خارج بکشید. اگر خون وارد سرنگ شد آن را به طریقی که در ذیل خواهید آموخت خارج کنید. سوزن را دور انداخته، تزریق دیگری آماده کنید در غیر این صورت تمام محلول را به آرامی تزریق کنید. ۲۲- پنبه الکلی را که بین انگشتان انگشتان ۳ و ۴ دست چپ خود قرار داده اید در اطراف محل تزریق قرار داده سوزن را به سرعت از داخل پوست در امتداد مسیر تزریق خارج کنید و پنبه الکلی را در محل خروج سوزن قرار دهید. پنبه الکلی را در محل تزریق فشار دهید. ۲۳- وسایل را به اتاق بانسمان ببرید. سوزن و پنبه الکلی را در سطل زباله بیندازید بقیه وسایل را تمییز کرده و در محل مخصوص قرار دهید.

تبصره: ۱- برای فراهم کردن داروی محلول در داخل ویال برابر دستور کارخانه سازنده دارو اقدام کنید. فراموش نکنید که قبل از وارد کردن حلال به داخل ویال برابر حجم ویالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کنید. ۲- در صورتی که پودر داخل ویال به صورت محلول در آمده و برای تزریقات بعدی باید مورد استفاده قرار گیرد غلظت داروی آماده شده و تاریخ حل کردن دارو بر روی شیشه ویال مشخص شود.

عنوان روش بالینی

۳۸- تزریق عضلانی (Intramuscular)

نکات قابل توجه:

۱- معمولا سرنگ ۵-۲ میلی لیتری بکار می رود. ۲- شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، محل تزریق یا میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده است و سن بیمار متفاوت می باشد. برای تزریق ذر عضله گلوئیال معمولا از سوزن شماره ۲۳-۲۰ با طول ۱/۵ تا ۳ اینچ (۷/۵-۳/۷۵ سانتی متر) استفاده می شود.

برای تزریق در عضله دلتوئید از سوزن شماره (۲/۵- ۱/۵ سانتیمتر) استفاده می شود. ۳- محل تزریق، وضعیت بیمار و حجم قابل تزریق:

الف- ناحیه در سوگلوئیال بر روی عضلات ضمیمه باسن: محل تزریق در این عضله معمولا قسمت فوقانی خارجی، ربع فوقانی خارجی باسن در حدود ۵-۸ سانتی متر پایین تر از کمرست ایلیاک خواهد بود که به دو روش مشخص می گردد: ۱) یک لب باسن را با خطوط فرضی به چهار قسمت تقسیم کنید. محل دقیق قسمت فوقانی خارجی را بر روی ربع فوقانی خارجی مشخص کنید. در این هنگام شما با تمس کمرست ایلیاک از انتخاب محل صحیح تزریق که به اندازه کافی بالا می باشد مطمئن شده اید. ۲- یک خط فرضی از برجستگی فوقانی - خلفی ایلیوم (Posterior superior Iliac Spine) تا تروکانتر بزرگ (Greater Trochanter) رسم کنید. این خط به موازات عصب سیاتیک خواهد بود. محل تزریق قسمت بالا و کنار این خط خواهد بود. این تزریق برای کودکان زیر ۳ سال مناسب نمی باشد. جهت این نوع تزریق معمولا بیمار بر روی شکم خوابیده، انگشتان پا را به طرف وسط می چرخاند و یا اینکه بیمار به پهلو خوابیده پای رویی را از ناحیه لگن وزانو خم می کند. هر دو این وضعیت ها موجب شل شدن عضله گلوئیال می گردد که درد ناشی از تزریق را کاهش می دهد.

ب- ناحیه وتر و گلوئیال بر روی عضله گلتنوس متوسط، برای تعیین محل تزریق بر روی این عضله پرستار باید کف دست خود را بر روی تروکانتر بزرگ قرار دهد به طوری که انگشتان وی متوجه سر بیمار باشد. (دست راست برای ران چپ و دست چپ برای ران راست استفاده می شود. انگشت سبابه بر روی برجستگی فوقانی قدامی استخوان ایلیوم قرار گرفته و انگشت میانی دست به طرف عقب کشیده شود به طوری که لبه کمرست ایلیوم را لمس کنید. سپس با انگشت خود به پایین آن فشار آورید. محل تزریق در این حالت مرکز مثلثی خواهد بود که با انگشت سبابه، میانی و لبه کمرست ایلیاک تشکیل شده است. این محل برای کودکان و بزرگسالان قابل استفاده می باشد. بیمار در وضعیت پشت یا پهلو خوابیده، در این حالت زانو و لگن باید خم شود تا عضله شل شود (حجم قابل تزریق ۵-۱ میلی لیتر می باشد). ج- عضله وستوس لترالیس ثلث وسط این عضله محل مناسبی برای تزریق است که با تقسیم فاصله بین تروکانتر بزرگ و برجستگی خارج زانو به سه قسمت و انتخاب ثلث میانی آن به دست می آید. (برای کودکان و بزرگسالان) د- عضله رکتوس فموریس در عضلات گروه چهار سر ران، این محل در قسمت جلوی ران قرار گرفته که برای کودکان، شیر خوران و بزرگسالان در مواردی که استفاده از محل های دیگر مجاز نمی باشد مورد استفاده قرار می گیرد. (بیمار در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت) ه- عضله دلتوئید و سه سر بازو: این عضله بر روی قسمت کناری فوقانی بازو قرار دارد. برای تزریق عضلانی به کار نمی رود. برای تعیین محل تزریق بر روی عضله دلتوئید لازم است لبه پایینی زائره آکرومیون لمس گردد. هم چنین قسمت میانی بازو که در مجاورت زیر بغل می باشد تعیین گردد. مثلثی که قاعده آن در امتداد زائره آکرومیون و راس آن به روی بازو در مجاورت زیر بغل می باشد محل مناسب برای تزریق است (۵ سانتی متر پایین تر از زائره آکرومیون). هم چنین سر کناری عضله سه سر روی قسمت خلفی فوقانی بازو متواند برای تزریق مورد استفاده قرار گیرد. (محل مناسب حد وسط بین زائره آکرومیون و برجستگی استخوان آرنج، این محل وقتی مورد استفاده قرار می گیرد که محل های دیگر مجاز نباشد). وضعیت نشسته یا خوابیده می تواند بکار رود. حجم قابل تزریق در عضله دلتوئید ۲-۵/۵ میلی لیتر می باشد. ۴- نحوه ورود سوزن با زاویه ۹۰ درجه و با سرعت خواهد بود. ۵- ثبت مشاهدات در پرونده بیمار ضروری می باشد.

تبصره: برای تزریق محلول های روغنی از سوزن های ضخیم تر، هرچه میزان چربی بر روی بافت عضله بیشتر باشد از سوزن بلند تر استفاده شود. برای شیر خوران و کودکان از سوزن های ظریف تر و کوتاه تر (۲/۵-۱/۵ سانتی متر استفاده شود).

۳- تزریق عضلانی به روش Z: در مواردی که دارو برای پوست مضر بوده و موجب تحریکات پوستی و بافت زیر جلدی می شود استفاده می شود. قبل از ورود سوزن به محل تزریق باید پوست محل تزریق حدود ۳/۵-۲/۵ سانتی متر به یک طرف کشیده شود. پس از تزریق به مدت ۱۰ ثانیه فرصت داد سپس سوزن را خارج نمود. در این مدت عضله شروع به جذب دارو نموده و دارو در عضله باقی مانده و راه خروج آن از عضله به بافت زیر جلدی و پوست مسدود می گردد. (محل تزریق را نباید ماساژ داد)

۳۹- تزریق زیر جلدی (Subcutaneous or hypodermic):

نکات قابل توجه:

۱- سرنگ ۲ میلی لیتری یا انسولین یا توپرکولین بر حسب نیاز. ۲- شماره سوزن ۲۶-۲۵-۲۴-۳ طول سوزن: ۱/۵ سانتی متر که با زاویه ۴۵ درجه تزریق می گردد. سوزن با طول ۱/۲۵ سانتی متر با زاویه ۹۰ درجه تزریق می شود. سوزن با طول ۱/۹ سانتی متر برای کودکان و سوزن با طول ۲/۵ سانتی متر برای افراد چاق بکار برده می شود. ۴- محل تزریق: قسمت فوقانی خارجی بازو، جلوی ران، روی شکم و قسمت بالای پشت و زیر استخوان کتف می باشد. ۵- وضعیت بیمار بر حسب محل تزریق تعیین می شود. ۶- حجم دارو حداکثر ۲ میلی لیتر است. ۷- وضعیت دست پرستار برای ورود سوزن: الف- با زاویه ۴۵ درجه کف دست باید به طرف بالا باشد. ب- با زاویه ۹۰ درجه کف دست باید به طرف پایین باشد. ۸- برای ورود با زاویه ۴۵ درجه لازم است سطح مورب سوزن به طرف بالا باشد. ۹- ورود سوزن باید محکم و با آرامش انجام پذیرد. ۱۰- خونریزی بعد از تزریق زیر جلدی دیده نمی شود. ۱۱- ثبت مشاهدات در پرونده بیمار ضروری است.

۴۰- تزریق درون جلدی (Intradermal or intra cutaneous)

نکات قابل توجه:

۱- جهت انجام تست های حساسیتی، تست توپرکولین (Tuberculine test)، واکسیناسیون به کار می رود. ۲- سرنگ یک میلی لیتری که به صورت صد قسمتی مدرج شده باشد. ۳- سوزن کوتاه و ظریف به شماره های ۲۷-۲۶-۲۵ به کار می رود. ۴- طول سوزن معمولاً در حدود ۶/ تا ۱/۵ سانتی متر مصرف می شود. ۵- محل تزریق معمولاً قسمت داخلی و تحتانی ساعد، قسمت بالای سینه و یا زیر کتف در قسمت پشت می باشد. ۶- وضعیت بیمار: بر حسب محل تزریق می تواند متفاوت باشد. ۷- حجم دارو بسیار کم حدود یک میلی لیتر انتخاب می شود. ۸- پوست دو طرف محل تزریق باید کشیده شود تا سطح محکمی برای ورود محلول دارویی به وجود آید. ۹- سوزن با زاویه ۱۵ درجه طوری که سطح مورب سوزن به طرف بالا باشد از لایه فوقانی پوست عبور داده و وارد پوست می کنیم. ۱۰- تزریق دارو معمولاً ایجاد برجستگی در پوست می کند. ۱۱- خروج سوزن به سرعت انجام میشود و محل تزریق با محلول ضد عفونی کننده پاک می شود. هرگز نباید محل تزریق را ماساژ داد چون موجب ورود دارو به بافت زیر جلدی و یا خروج دارو از طریق محل ورود سوزن می گردد. ۱۲- جذب دارو در این روش از طریق مویرگ های ظریف انجام می پذیرد. - تبصره: در مواردی که این تزریق جهت تست های حساسیتی به کار می رود باید محل تزریق به شعاع یک سانتی متر به صورت یک دایره مشخص شود و تاریخ و ساعت انجام تست در کنار محل تزریق یادداشت شود

عنوان روش بالینی

۴۱- طریقه ریختن قطره چشمی

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

گروه آموزشی: اصول و فنون

هدف کلی: فراگیر بتواند قطره چشمی را به نحو صحیح در چشم بیمار بچکاند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند از بیمار به خواهد سقف را نگاه کند، سپس پلک پایین را با انگشتان دست چپ به طرف پایین بکشد تا حفره تحتانی چشم ظاهر شود.

۲- فراگیر بداند نوک قطره چکان به فاصله ۲-۱ سانتی متر از حفره پایین چشم نگه دارد. و قطره را در حفره تحتانی چشم بریزد.

وسایل مورد نیاز:

۱- کارت داروی دستور داده شده

۳- داروی دستور داده شده همراه با قطره چکان استریل

۲- پنبه آغشته به محلول نرمال سالین

۴- گاز یا پنبه استریل و دستمال کاغذی

طریقه عمل:

۱- کارت دارویی را با کاردکس کنترل کنید. دست ها را شسته و وسایل را آماده کرده و به اتاق بیمار ببرید. ۲- بیمار در وضعیت نشسته یا خوابیده به

پشت قرار گیرد تا سر به عقب باشد. ۳- در صورت نیاز با محلول نرمال سالین مژه ها و پلکها را از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی تمییز کنید.

۴- دستمال کاغذی را کنار گوشه خارجی چشم بیمار قرار دهید تا از ریختن قطره های خارج شده از چشم بر روی صورت جلوگیری شود. ۵- از

بیمار به خواهید سقف را نگاه کند، با انگشت دست چپ گونه را پایین بکشید تا حفره تحتانی چشم ظاهر شود. ۶- اگر بیمار در وضعیت نشسته

قرار دارد پرستار باید در پشت سر بیمار قرار گیرد. ۷- نوک قطره چکان به فاصله ۲-۱ سانتی متر، از حفره پایینی چشم نگه داشته شود و قطرات

دارو در مرکز حفره تحتانی چشم ریخته شود. (قطره چکان نباید با قرنیه، مخاط پلک تماس پیدا کند. ۸- دست خود را از روی گونه بیمار بردارید تا

پلک به حالت اولیه خود برگردد. ۹- از بیمار به خواهد به آرامی چشم خود را ببندد تا دارو سطح کره چشم را آغشته کند. قبل از بستن چشم

پرستار با استفاده از گاز به دهانه مجرای اشکی فشار آورد تا از خروج دارو از این طریق جلوگیری شود. ۱۰- در صورت نیاز با پنبه پلک ها را از داخل

به طرف خارج تمییز کرده و داروی اضافی را پاک کنید. ۱۱- مشاهدات ثبت شود.

۴۲- طریقه مالیدن پماد چشمی: نظیر استعمال قطره چشمی است. با این تفاوت که پماد را به صورت نوار باریکی از گوشه داخلی به طرف

گوشه خارجی چشم در سطح حفره پلک پایین می مالیم.

۴۳- طریقه ریختن قطره گوش:

طریقه عمل: ۱- کارت دارویی را با کاردکس تطبیق دهید. دستها را بشوید و وسایل لازم را به اتاق بیمار ببرید. ۲- از بیمار به خواهد به پهلو بخوابد.

به صورتی که گوش مورد معالجه به طرف بالا باشد. ۳- در صورت لزوم با اپلیکاتور ترشحات مجرای گوش را تمییز کنید. ۴- مجرای خارجی

گوش را به طریق ذیل جهت ورود دارو به صورت مستقیم در آورید.

الف- در صورتی که بیمار بزرگسال یا بزرگتر از ۳ سال است، لاله گوش را به طرف بالا و عقب بکشید. ب- در صورتی که بیمار زیر ۳ سال دارد لاله

گوش را به طرف پایین و عقب بکشید. ۵- بعد از ریختن قطره گوش با فشار دادن زبانه گوش برای ۳-۲ بار، ورود دارو به مجرای را سهولت

بخشید. (بیمار ۵ دقیقه در این وضعیت قرار گیرد) ۶- با قرار دادن گلوله پنبه ای در ابتدای ورود مجرای خارجی گوش از خروج دارو در هنگام بلند شدن بیمار جلوگیری کنید. هرگز پنبه را وارد مجرای گوش بیمار نکنید. ۷- مشاهدات را ثبت نمایید.

عنوان روش بالینی

۴۴- طریقه ریختن قطره بینی

زمان آموزش ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۲۰ نفر

هدف کلی: ۱- فراگیر بتواند قطره بینی را در بینی بیمار بچکاند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بداند، دارو در وسط مجرای بینی چکانده شود. و به قسمت پایین و قاعده بینی چکانده نشود

۲- فراگیر بداند قبل از انجام کار از بیمار بخواهد ترشحات داخل بینی را تخلیه کند.

وسایل مورد نیاز:

۱- کارت دارویی

۳- قطره چکان

۲- داروی دستور داده شده

۴- دستمال کاغذی

طریقه عمل:

۱- کارت دارویی با کاردکس کنترل شود ۲- ترشحات بینی تخلیه گردد. ۳- بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد: الف- در صورتی که هدف رسیدن دارو به دهانه شیپور استاش باشد باید بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد. تا دارو به حلق که دهانه شیپور استاش به آن وارد می شود برسد. ب- چنان چه هدف رساندن دارو به سینوس های اتموئید یا اسفنوئید می باشد، بیمار باید به پشت بخوابد. به طوری که سر به عقب آویزان شده باشد. این وضعیت را وضعیت پروتز Proetz می نامند. ج- چنانچه هدف رساندن دارو به سینوس های ماگزیلاری و فرونتال (فک بالا و پیشانی) باشد بیمار باید در وضعیت قبلی قرار داده شود. با این تفاوت که سر به طرف مورد معالجه چرخیده شود این را وضعیت پارکینسون می نامند. پرستار باید از وضعیت صحیح بیمار مطمئن شود سپس در همان وضعیت با دست خود سر را محافظت کند تا فشاری به عضلات گردن بیمار وارد نشود. ۴- قطره چکان را در بالای مجرای بینی نگه داشته در حالی که بیمار از راه دهان تنفس می کند تعداد قطرات دستور داده شده را به وسط مجرای بینی بچکاند. دقت شود دارو به قسمت پایین و قاعده بینی چکانیده نشود چون موجب ورود مستقیم دارو به شیپور استاش می گردد. از تماس قطره چکان با مخاط بینی جلوگیری کنید. ۵- از بیمار به خواهید ۱۰-۵ دقیقه در همان وضعیت بماند تا دارو به محل مورد نظر برسد. ۶- مشاهدات ثبت شود.

عناوین روش های بالینی

گروه آموزشی داخلی - جراحی

- ۱- (ALS-B.L.S)CPR
- ۲- Air WAY گذاری
- ۳- Ambu Bag
- ۴- Laringial Mask Air Way (L.M.A)
- ۵- Bi Way Tube
- ۶- Intubation
- ۷- اکسیژن رسانی
- ۸- دارودرمانی در CPR
- ۹- Defibrilator
- ۱۰- دیس ریتمی های خطرناک
- ۱۱- Pace maker

آموزش CPR در مرکز مهارت های بالینی (Skill lab)

CPR شامل دو بخش اصلی می باشد.

۱- Basic Life Support (B.L.S)

۲- Advanced Life Support (A.L.S)

عنوان روش بالینی: B.L.S

زمان آموزش: ۲ ساعت

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۱- ماکت نیم تنه

۲- کیسه فریزر

۳- قیچی

هدف کلی: فراگیر درعمل ، مراحل B.L.S را یاد گرفته و انجام دهد.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، باز بودن راه هوایی را روی ماکت انجام دهد.

۲- فراگیر بتواند مانور هایملیچ را بر روی ماکت انجام دهد.

۳- فراگیر بتواند مانور Finjer Sweeping را روی ماکت انجام دهد.

۴- فراگیر بتواند مانور Hed lifte و Chin lifte را روی ماکت انجام دهد

۵- فراگیر بتواند مانور Jaw tiust را روی ماکت انجام دهد.

۶- فراگیر بتواند بررسی وجود نفس کشیدن را روی ماکت انجام دهد. (دیدن Looking- شنیدن Listing – حس کردن Filling)

۷- فراگیر بتواند تنفس دهان به دهان را روی ماکت انجام دهد.

۸- فراگیر بتواند تنفس ، دهان به بینی را روی ماکت انجام دهد.

۹- فراگیر بتواند تنفس دهان به دهان و بینی را روی ماکت انجام دهد.

۱۰- فراگیر بتواند، نبض های مرکزی را روی ماکت بررسی و کنترل کند.

۱۱- فراگیر بتواند محل صحیح ماساژ قلبی را روی ماکت نشان دهد.

۱۲- فراگیر بتواند ، وضعیت صحیح دست ها را در ماساژ قلبی روی ماکت نمایش دهد

۱۳- فراگیر بتواند، ماساژ صحیح قلبی را با فواصل وعمق مناسب روی ماکت انجام دهد.

۱۴- فراگیر بتواند، ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را به طور یک نفره روی ماکت انجام دهد.

۱۵- فراگیر بتواند ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را به طور دو نفره و هماهنگ روی ماکت انجام دهد.

عنوان روش بالینی: Air way گذاری (Advanced Life Support)

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز: Air way در شماره های مختلف

هدف کلی: فراگیر بتواند، به طور صحیح Air way را در راه هوایی بیمار تعبیه کند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند، Air way شماره صحیح را انتخاب کند.
- ۲- فراگیر بتواند، Air way دهانی را به طور صحیح در دهان بیمار جای گذاری کند.
- ۳- فراگیر بتواند، Nasal Air way را به طور صحیح در بینی بیمار جای گذاری کند.

عنوان روش بالینی: Ambu Bag

زمان آموزش: ۲۰ دقیقه

تعداد فراگیران ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز: ۱- آمبویگ ۲- کپسول اکسیژن با مانومتر

هدف کلی: فراگیر بتواند، به طور صحیح از آمبویگ استفاده کند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند، اجزاء آمبویگ را بشناسد و آن ها را باز کرده و متصل نماید.
- ۲- فراگیر بتواند، آمبویگ را کنترل و از سلامت آن اطمینان حاصل کند
- ۳- فراگیر بتواند، طریقه اتصال به کپسول اکسیژن و مقدار مناسب اکسیژن را در عمل شرح دهد.
- ۴- فراگیر بتواند مانور E و C را با آمبویگ روی ماکت انجام دهد.
- ۵- فراگیر بتواند از آمبویگ به طور موثر روی ماکت استفاده کند.

عنوان روش بالینی: Laringial Mask Air Way (L.M.A)

زمان آموزش: ۱۵ دقیقه

تعداد فراگیران ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز: L.M.A در شماره های مختلف

هدف کلی: فراگیر بتواند به طور صحیح از L.M.A استفاده کند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر شماره صحیح L.M.A را انتخاب کند
- ۲- فراگیر از سلامت کاف آن اطمینان حاصل کند

۳- فراگیر به طور صحیح و موثر L.M.A را در دهان و حلق بیمار جای گذاری کند. واز جای گذاری مناسب اطمینان حاصل کند

۴- فراگیر L.M.A را به آمبویگ وصل کرده و تنفس مصنوعی را با آن انجام دهد.

عنوان روش بالینی: Bi Way Tube

زمان آموزش: ۱۵ دقیقه

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز: یک عدد Bi Way Tube

هدف کلی: فراگیر بتواند به طور صحیح از Bi Way Tube استفاده کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، مکانیسم عمل Bi Way Tube را شرح دهد.

۲- فراگیر از سلامت کاف های آن اطمینان حاصل کند

۳- فراگیر بتواند کاف مری و کاف تراشه را شناسایی کند.

۴- فراگیر بتواند آن را به طور صحیح جای گذاری کند.

۵- فراگیر بتواند لوله هوایی مطلوب که ریه را پر می کند شناسایی کند

۶- فراگیر بتواند Bi Way Tube را به آمبویگ وصل کرده و تنفس مصنوعی را انجام دهد.

عنوان روش بالینی: Intubation

زمان آموزش: ۶۰ دقیقه (یک ساعت)

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۴- ETT Stile

۵- باند ۵ سانت

۶- ماکت لوله گذاری

۱- لارنگوسکوپ با تیغه های مختلف

۲- لوله تراشه در شماره های مختلف

۳- سرنگ ۱۰ سی سی یک عدد

هدف کلی: فراگیر بتواند لوله گذاری داخل تراشه را به طور صحیح انجام دهد.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند وسایل لازم برای لوله گذاری داخل تراشه را در سینی چیده و آماده نماید

۲- فراگیر بتواند ETT شماره مناسب را انتخاب کند.

۳- فراگیر بتواند از سلامت کاف آن اطمینان حاصل کند.

۴- فراگیر بتواند تیغه های لارنگوسکوپ را در عمل نصب، از سلامت چراغ قوه و باطری آن اطمینان حاصل کند.

۵- فراگیر بتواند تیغه های مختلف لارنگوسکوپ را شناسایی و فرق آن ها را بیان کند.

۶- فراگیر بتواند طریقه صحیح دست گرفتن لارنگوسکوپ و لوله تراشه را نمایش دهد.

۷- فراگیر بتواند به طور صحیح روی ماکت لوله گذاری نماید. از جهت لوله گذاری خود اطمینان حاصل کند.

۸- فراگیر بتواند با آمبویگ به بیمار تنفس مصنوعی بدهد.

۹- فراگیر بتواند ETT را داخل دهان بیمار ثابت کند.

۱۰- فراگیر بتواند ETT رادر گردن بیمار ثابت کند.

عنوان روش بالینی: اکسیژن رسانی

زمان آموزش ۱۵ دقیقه

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۱- سوند نازال

۲- ماسک

۳- ماسک با رزرو بگ

هدف کلی: فراگیر بتواند با وسایل کمکی اکسیژن رسانی کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند انواع وسایل اکسیژن رسانی را نام برده و در سینی چیده و آماده کند.

۲- فراگیر بتواند سوند نازال را به طور صحیح روی ماکت جای گذاری کند.

۳- فراگیر بتواند ماسک اکسیژن را به طور صحیح روی ماکت جای گذاری کند

۴- فراگیر بتواند ماسک اکسیژن با رزرو بگ را روی ماکت جای گذاری کند

۵- فراگیر بتواند مقدار اکسیژن، درصد اکسیژن از آن را شرح دهد.

عنوان روش بالینی: دارو درمانی در CPR

زمان آموزش: ۶۰ دقیقه (یک ساعت)

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۱- سرنگ ۲ و ۵ و ۱۰ سی سی

۳- سرم قندی ۵٪

۲- میکروست و ست سرم و سر سوزن

۴- سینی دارو شامل: (آدرنالین - بیکربنات سدیم - آتروپین)

هدف کلی: فراگیر بتواند به طور صحیح از دارو در CPR استفاده کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند، داروهای مختلف را در قفسه دارویی شناسایی و حجم و غلظت آن ها را بیان کند.

۲- فراگیر بتواند، تک تک پروتکل دارویی CPR با وسایل لازم آن را در سینی چیده و آماده کند.

۳- فراگیر بتواند، نکات مراقبتی خاص هر دارو را شرح دهد.

عنوان روش بالینی: دفیبریلاتور (Defibrillator)

زمان آموزش: ۶۰ دقیقه (یک ساعت)

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۱- ماکت نیم تنه CPR

۲- دستگاه دفیبریلاتور کامل

هدف کلی: فراگیر بتواند به طور صحیح از دفیبریلاتور استفاده کند.

اهداف رفتاری:

۱- فراگیر بتواند دستگاه را روشن نماید.

۲- فراگیر بتواند Monophasic و Biphasic بودن آن را مشخص نماید.

۳- فراگیر بتواند تعویض Mode دستگاه را انجام دهد

۴- فراگیر بتواند دستگاه را برای انجام با مد کاردیو ورژن (Synchornize) آماده کند

۵- فراگیر بتواند مقدار ژول مناسب را با توجه به Monophasic و Biphasic بودن دستگاه انتخاب کند.

۶- فراگیر بتواند پدال ها را از جای خود در آورده و روی ماکت در محل صحیح بگذارد.

۷- فراگیر بتواند از ژل به طور مناسب روی پدال ها استفاده کند

۸- فراگیر بتواند فشار مناسب روی پدال ها را نمایش دهد.

۹- فراگیر بتواند شارژ را انجام دهد.

۱۰- فراگیر بتواند تخلیه را به دقت با رعایت نکات احتیاطی روی ماکت انجام دهد.

عنوان روش بالینی: دیس ریتمی های خطرناک (Dangerous Dysrhythmic)

زمان آموزش: ۴۰ دقیقه

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

هدف کلی: فراگیر بتواند، دیس ریتمی های خطرناک را روی مانیتورینگ شناسایی کند.

اهداف رفتاری: ۱- فراگیر بتواند، در روی شبیه ساز (semilator) دیس ریتمی های مختلف را شناسایی کند. ۲- فراگیر بتواند، الگوی ریتم در

برخورد با دیس ریتمی را شرح دهد.

وسایل مورد نیاز:

۱- شبیه ساز آریتمی ساز

۲- مانیتورینگ

عنوان روش بالینی: پیس میکر

زمان آموزش: ۴۵ دقیقه

تعداد فراگیران: ۱۰ نفر

وسایل مورد نیاز:

۱- زنراتور پیس میکر

۳- سیم پیس

۲- باتری

۴- کابل رابط پیس میکر پوستی

هدف کلی: فراگیر بتواند، از پیس میکر به طور صحیح استفاده کند.

اهداف رفتاری: A- پیس میکر پوستی

- ۱- فراگیر بتواند، روشن کردن پیس میکر پوستی (Trans Cutaneous pacemaker) را روی دستگاه را انجام دهد.
- ۲- فراگیر بتواند، کابل های رابط را به دستگاه وصل کند.
- ۳- فراگیر بتواند، پدال های پیس میکر را در محل مناسب روی ماکت بچسباند و مراقبت از پوست را شرح دهد.
- ۴- فراگیر بتواند، Heart دستگاه تنظیم و نحوه و میزان آن را شرح دهد.
- ۵- فراگیر بتواند، Out Put دستگاه را تنظیم و نحوه و میزان آن را شرح دهد.
- ۶- فراگیر بتواند، مراقبت از بیمار تحت TCP را شرح دهد.

B- TPM (Tempornary pace maker)

هدف کلی: فراگیر بتواند از TPM به طور صحیح استفاده و مراقبت کند.

اهداف رفتاری:

- ۱- فراگیر بتواند دستگاه TPM را آماده و اجزای آن را شرح دهد.
- ۲- فراگیر بتواند از سلامت باطری اطمینان حاصل کند.
- ۳- فراگیر بتواند طریقه تعبیه و تنظیم آن را توضیح دهد.
- ۴- فراگیر بتواند ریتم آن را روی شبیه ساز شناسایی کند.
- ۵- فراگیر بتواند مراقبت از TPM را شرح دهد.

منابع:

- ۱- استاندارد های خدمات پرستاری
تدوین و نشر: سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران
سال انتشار: ۱۳۸۵
- ۲- اصول مراقبت از بیمار (دوگاس)
مترجم: اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
سال انتشار: ۱۳۸۲
- ۳- اصول و فنون پرستاری
تالیف: منیر نوبهار
- ۴- روش های پرستاری بالینی:
مؤلفین:
سال انتشار: ۱۳۸۴
- ۵- روش های پرستاری بالینی:
ترجمه و تالیف: ملیحه السادات موسوی - فروغ رفیعی
- ۶- روش های پرستاری بالینی:
ترجمه و تالیف: ملیحه السادات موسوی