



اصول مراقبت پایه ۲

تهیه و تنظیم : لیلا کاظمی – کارشناس ارشد آموزش پرستاری
مسئول ایمنی بیمار – مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی شهید مدنی تبریز

بهار ۱۳۹۴

آدرس : بیمارستان شهید مدنی تبریز – تلفن ۰۴۱۱-۳۳۷۰۰۳۳

E.mail: kazemil@tbzmed.ac.ir

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

عنوان: اصول مراقبت پایه ۲



فهرست مطالب

۷	کمک به بیمار در پوشیدن و درآوردن لباس
۸	درآوردن و تعویض شلوار وقتی پا حرکت ندارد
۱۰	درآوردن و پوشیدن گان وقتی بازو بی حرکت باشد
۱۲	درآوردن پیراهن یا گان وقتی سرم وصل است
۱۳	کمک به پرستار در مراقبت های مربوط به عمل جراحی
۱۳	کمک به پرستار در مراقبت های روز قبل از عمل جراحی
۱۳	کمک به پرستار در مراقبت های روز عمل جراحی
۱۳	کمک به پرستار در مراقبت های بعد از عمل جراحی
۱۵	آماده کردن پوست برای جراحی
۱۸	آماده نمودن تخت بعد از عمل
۲۰	نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال نشده
۲۵	نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال شده (پهلوی به پهلوی)
۲۸	نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال شده از بالا به پایین
۳۰	آموزش مهارت های تغذیه ای
۳۴	سرو کردن غذا
۳۶	غذا دادن به بیمار
۳۷	طریقه ی گذاشتن سوند معده
۴۲	غذا دادن بوسیله ی سوند معده
۴۳	شستشوی معده
۴۵	غذا دادن بوسیله ی گاستروستومی

عنوان بسته آموزشی : اصول مراقبت پایه ۲ : ۱۵ ساعت

*گروه هدف : کمک بهیاران

*اهداف آموزشی :

پس از مطالعه این بسته ، فراگیر خواهد توانست :

- نحوه ی کمک به بیمار در پوشیدن و درآوردن لباس را شرح دهد.
- چگونگی کمک به پرستار در مراقبت های عمل جراحی را بیان کند.
- نحوه آماده کردن پوست برای جراحی را بیان کند .
- نحوه آماده کردن تخت بعد از عمل را شرح دهد .
- نحوه تعویض ملحفه های تخت اشغال نشده را شرح دهد.
- نحوه تعویض ملحفه های تخت اشغال شده (پهلوی به پهلوی) را شرح دهد.
- نحوه تعویض ملحفه های تخت اشغال شده (با لایه پایین) را شرح دهد.
- نحوه ی آموزش مهارت های تغذیه ای به بیمار را بیان کند.
- روش کار تغذیه با سوند معده را شرح دهد.

***روش و نحوه اجرای آموزش و ارزیابی:**
روش برگزاری : کتابخوانی یا غیر حضوری و رفع اشکال
آزمون : آزمون کتبی

پیشگفتار:

کادر پرستاری در محیطی کار می کنند که بیماران با وضعیت بدحال یا شدیداً مصدوم بستری هستند. گاهی می بایست در بخش های تخصصی همانند بخش های مراقبت ویژه نوزادان، بخش های مراقبت ویژه ی قلب، کاتتریزاسیون، اورژانس و ... به بیماران ارایه ی خدمت نمایند که باید بیش از همه حامی بیماران بوده در صدد احترام گذاردن و حمایت کردن از ارزش های پایه و حقوق و باورهای بیمار باشند. از سویی دیگر با پیشرفت های ایجاد شده در علم پزشکی و تکنولوژی مربوطه، مراقبت از بیماران، پیچیده تر شده است. برای فراهم آوردن مراقبت مناسب، دانش و مهارت بیشتر نیاز است و مکانیزم های ارایه مراقبت برای نیازهای بیماران، محتاج تحول بیشتری است. در همین راستا فراهم نمودن آموزش و حمایت برای کادر پرستاری در جهت کمک به بیمار و تامین مراقبت کیفی بعنوان یک رابط بین بیمار و خانواده ی وی یک اصل می باشد. و چه بسا بتواند در شناسایی و مدیریت مشکلات بالینی بیمار در راستای ارایه ی مراقبت صحیح نقش بسزایی ایفا کند.

کاظمی - بهار ۱۳۹۴

مقدمه :

اگر بخواهیم کار پرستاری را تعریف کنیم بسیار مشکل است، چرا که دیدگاه هر فردی بر اساس تجربه اش متفاوت است. اما در کل پرستاری بصورت مراقبت از دیگران تعریف می شود. این مراقبت می تواند شامل هر میزان فعالیت باشد. اما جهت آن بسوی تمرکز بر فرد برای ارایه مراقبت بوده، آمیخته ی علم و هنر است. مراقبت از بیمار کاربرد مهارت با استفاده از آگاهی جهت کمک به دیگران به منظور رسیدن به حداکثر سطح سلامتی و کیفیت زندگی می باشد(۱). پس وظیفه ی کادر پرستاری است که با بالا بردن دانش و مهارت خود هرچه بهتر به یار و مددکار بیماران دردمند باشند.

کمک به بیمار در پوشیدن و در آوردن لباس

اهداف

۱- فراهم کردن بهداشت بیمار

۲- ایجاد آسایش و راحتی بیمار

وسایل لازم

- ۱ - پتوی حمام (در صورت نیاز)،ملحفه (در صورت نیاز)،بین مخصوص لباسهای تمیز،بین مخصوص لباس -

های کثیف

روش کار

الف : کمک به بیمار در پوشیدن لباس

- ۱ - بیمار را در وضعیت نشسته روی تخت یا صندلی قرار دهید.
- ۲ - پشت سر بیمار قرار گرفته و بندهای لباس را باز و شانههای آن را در دست بگیرید.
- ۳ - به بیمار بگویید تا دستهای خود را داخل آستینها قرار دهد.
- ۴ - در صورتی که بیمار بازوی صدمه دیده دارد آستین لباس را در آن سمت جمع می کنیم و تا شانه بالا بیاورید.
- ۵ - با گرفتن مچ یا آرنج صدمه دیده دست بیمار را از داخل لباس در بیاورید.
- ۶ - آستین دیگر بیمار را داخل دست سالم نموده و آن را به سمت بالا بکشید.

- ۷ - لباس بیمار را تا بالای شانهها بالا ببرید.
 - ۸ - لباس بیمار را روی شانهها قرار داده و یقه آن را صاف کنید.
 - ۹ - طرفین لباس را در قسمت جلوی بدن بیمار بکشید و بند آن را گره بزنید.
- ب: کمک به بیمار جهت در آوردن لباس
- ۱ - بند کمر را باز و قسمت جلوی لباس را در دو طرف از هم جدا کنید.
 - ۲ - از بیمار بخواهید که دستهایش را صاف کند.
 - ۳ - لباس را از روی شانهها و بازوهای بیمار جدا کنید.
 - ۴ - اگر یکی از دستهای بیمار صدمه دید ابتدا لباس را از دست سالم در بیاورید.
 - ۵ - پس از درآوردن دست سالم با نگهداشتن دست صدمه دیده در قسمت مچ، لباس را از بازو و شانه او خارج نمایید.
 - ۶ - به بیمار کمک کنید تا به فعالیتهای خود ادامه دهد.
 - ۷ - بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.
 - ۸ - وسایل را به طرز صحیح جمعآوری کنید.

در آوردن و تعویض شلوار وقتی که پا حرکت ندارد

اهداف

- ۱ - ایجاد آسایش و راحتی بیمار
- ۲ - فراهم کردن بهداشت بیمار

وسایل لازم

پتوی حمام، ملحفه، بین مخصوص لباسهای کثیف، بین مخصوص لباسهای تمیز

روش کار

- ۱ - تخت بیمار را در سطحی قرار دهید که برای کار کردن راحت باشد.
- ۲ - نردههای کنار تخت را در سمتی که کار میکنید پایین بیاورید.

- ۳ - نرده‌های سمت مقابل را بالا ببرید.
- ۴ - با باز کردن بند شلوار کمر آن را شل نمایید.
- ۵ - بدن بیمار را با پتوی حمام بپوشانید.
- ۶ - به بیمار آموزش دهید تا پای سالم خود را خم نماید و باسن خود را از روی تخت جابه‌جا کند.
- ۷ - با قرار دادن دست در زیر مهره‌های کمر و کشاندن بیمار به سمت بیرون تخت به او کمک کنید (اگر بیمار روی صندلی قرار دارد به او آموزش دهید تا پای سالم خود را نزدیک به پای صدمه دیده روی زمین فشار دهد).
- ۸ - بازوی بیمار را در سمت صدمه دیده او محکم گرفته و آموزش دهید تا بایستد. همچنین او را در این کار کمک کنید (اگر بیمار ضعیف یا وضعیت ثابتی ندارد از همکاران کمک بخواهید).
- ۹ - شلوار بیمار را از زانوهای او پایین بکشید. وقتی که شلوار زیر باسن بیمار قرار گرفت به بیمار بگویید تا باسن خود را مجدداً روی تخت بگذارد یا بیمار را روی چرخ بنشانید.
- ۱۰ - با کشیدن شلوار به سمت پایین آن را از پاهای بیمار خارج کنید.
- ۱۱ - به بیمار بگویید تا پای سالم خود را بالا بگیرد و شلوار را خارج کند.
- ۱۲ - پای صدمه دیده بیمار را در قسمت زانو و ساق در دست بگیرید و شلوار را از پای او خارج کنید.
- ۱۳ - شلوار کثیف را داخل بین لباسهای کثیف بیندازید.
- ۱۴ - پاچه‌های شلوار تمیز را از هم باز و به طرف کمر بیمار بکشید.
- ۱۵ - پای صدمه دیده بیمار را در ناحیه زانو و ساق در دست بگیرید. شلوار را روی پا و زانوی او بالا برده و بکشید.
- ۱۶ - به بیمار بگویید که پای سالم خود را بالا بگیرد و پاچه دیگر شلوار را روی پا و زانوی دیگر بکشید.
- ۱۷ - پاچه‌های شلوار را به طرف زانوهای بیمار بکشید.
- ۱۸ - به بیمار بگویید پای سالم خود را خم کند و باسن او را از تخت به سمت بیرون بکشید و برای این کار دستهای خود را زیر کمر بیمار گرفته و آن را از تخت جدا کنید.
- ۱۹ - شلوار را به سمت باسن و کمر بیمار بالا بکشید و به بیمار بگویید تا باسن خود را پایین بیاورد (اگر بیمار روی صندلی قرار دارد به او بگویید تا پای سالم خود را بغل پای صدمه دیده محکم به زمین فشار دهد).

- ۲۰ بازوی بیمار را در سمت پای صدمه دیده محکم گرفته و به بیمار بگویید تا بایستد.
- ۲۱ اگر چنانچه بیمار قادر به ایستادن نیست او را کمک کرده یا از همکارتان بخواهید تا در پوشاندن شلوار به شما کمک کند.
- ۲۲ وقتی که شلوار به طور کامل به پای بیمار شد او را بنشانید.
- ۲۳ بند شلوار را کشیده و آن را گره بزنید.
- ۲۴ پتوی حمام یا ملحفه را بردارید.

در آوردن و پوشانیدن گان وقتی که بازو بی حرکت باشد

اهداف

- ۱ - جلوگیری از صدمات احتمالی به بازویی که دچار شکستگی یا در رفتگی شده است.
- ۲ - حفظ و نگهداری بازو در یک وضعیت

وسایل لازم

گان تمیز ، پاراوان ، بین مخصوص جمعآوری البسه کثیف ، زنگ خیر

روش کار

- ۱ - هدف از در آوردن و پوشاندن گان را برای بیمار تشریح نمایید.
- ۲ - با استفاده از پاراوان و بستن درب و پنجرهها محیط خصوصی برای بیمار مهیا نمایید.
- ۳ - تخت بیمار را در سطحی قرار دهید که برای کار کردن راحت باشد.
- ۴ - نردههای تخت بیمار را در طرفی که کار میکنید پایین آورده و مطمئن باشید که نردههای طرف دیگر بالا قرار دارد.
- ۵ - در صورتی که بیمار روی صندلی قرار دارد قسمت فوقانی بدن او را با یک پتو یا ملحفه پوشانده و گان تمیز را روی یک سطح قرار دهید.
- ۶ - بیمار را طوری قرار دهید که پشت به شما باشد.
- ۷ - اگر بیمار روی صندلی قرار دارد به او آموزش دهید که به جلو خم شود.
- ۸ - بندهای گردن و پشت را باز و گان را به طرف جلو و شانههای بیمار فشار دهید.

- ۹ - بیمار را طوری قرار دهید که پشت او به طرف شما بوده و در کنار بازویی که نباید حرکت کند قرار گیرید.
- ۱۰ به بیمار آموزش دهید تا بازوی قابل حرکت خود را بالا ببرد و گان را از روی بازو پایین بکشید تا زمانی که از بیمار جدا شود.
- ۱۱ به آرامی بازوی غیر قابل حرکت بیمار را در قسمت مچ یا آرنج گرفته و گان را از قسمت شانه پایین بکشید به طوری که از آستین خارج شود.
- ۱۲ به آرامی بازوی غیر قابل حرکت بیمار را در وضعیت صحیح خود قرار داده و بیمار را با پتو یا ملحفه بپوشانید.
- ۱۳ گان کثیف در آورده شده را کنار بگذارید.
- ۱۴ گان تمیز را روی ملحفه در قسمت سینه بیمار قرار دهید.
- ۱۵ به آرامی مچ و یا آرنج بازوی بی حرکت را نگهداشته و آستین را از آن عبور دهید، به طوری که تا شانهها برسد.
- ۱۶ به بیمار آموزش دهید تا دست خود را از آستین دیگر عبور دهد.
- ۱۷ به بیمار کمک کنید تا گان از بازو عبور کرده و روی شانه او قرار گیرد.
- ۱۸ از بیمار بخواهید که پشت خود را به طرف شما بچرخاند.
- ۱۹ بندهای گان را از بالا به پایین محکم گره بزنید (اگر بیمار روی صندلی قرار دارد به او آموزش دهید تا به جلو خم شود).
- ۲۰ گان پوشیده شده را صاف کنید، پتو یا ملحفه را از روی بیمار بردارید.
- ۲۱ بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده و زنگ خبر را در دسترس او بگذارید تا در صورت داشتن مشکل به شما اطلاع دهد.
- ۲۲ اگر قبلا گان کثیف را داخل بین قرار نداده‌اید، این کار را انجام دهید.
- ۲۳ دستها را بشویید.

در آوردن گان یا پیراهن وقتی سرم وصل است

اهداف

۱- تعویض گان یا پیراهن بیمار

۲- استحمام در تخت بیمار

۳- ماساژ پشت بیمار

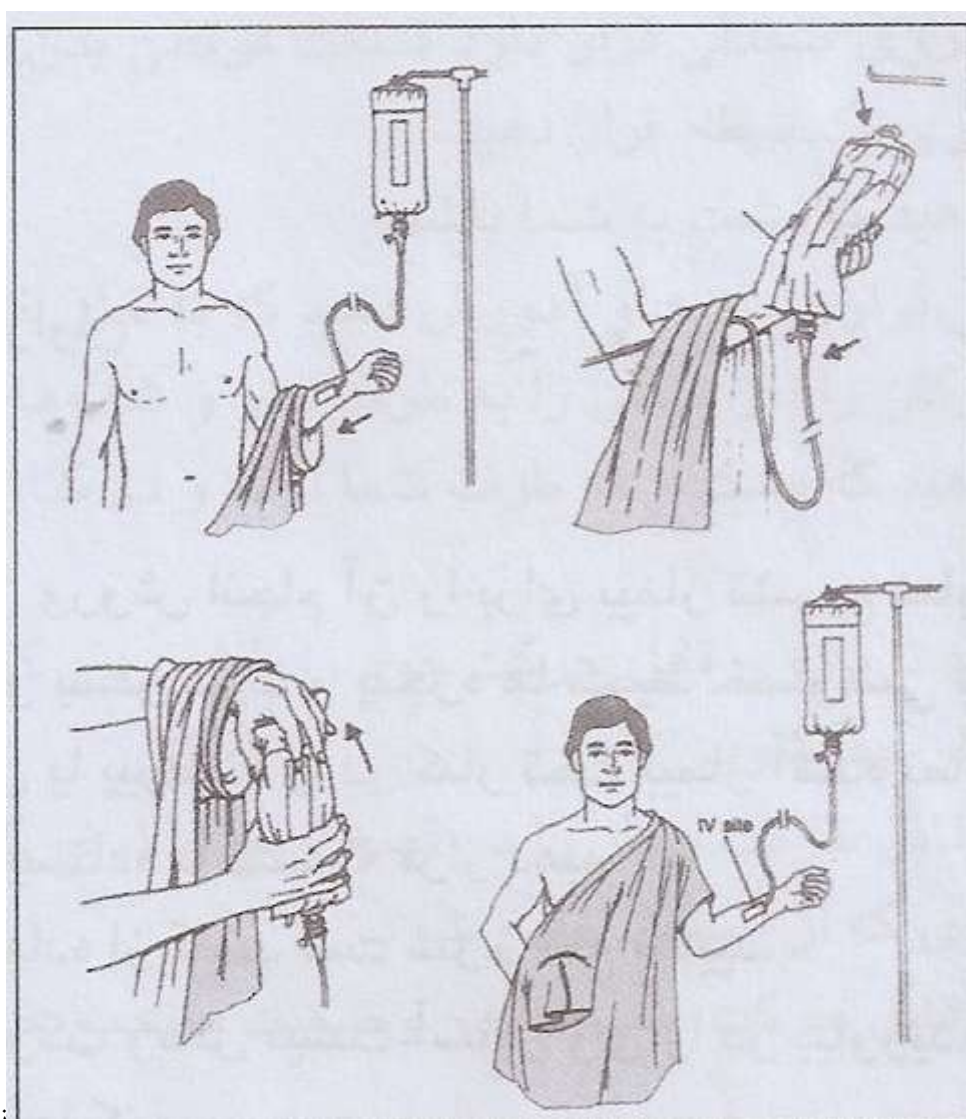
وسایل مورد نیاز

گان تمیز، پیراهن تمیز، پاراوان

روش کار

- ۱- هدف از در آوردن گان و روش انجام آن را برای بیمار تشریح نمایید.
- ۲- با استفاده از پاراوان و بستن درب و پنجرهها محیط خصوصی برای بیمار مهیا کنید.
- ۳- وسایل مورد نیاز (گان یا پیراهن) را در کنار تخت بیمار آماده نمایید.
- ۴- بیمار را در وضعیت ایستاده یا نشسته قرار دهید.
- ۵- جریان سرم را با استفاده از کلمپ ست سرم قطع نمایید.
- ۶- ابتدا از دستی که آنژیوکت وصل نیست آستین وی را در بیاورید.
- ۷- سرم را از پایه سرم جدا کنید.
- ۸- در صورتی که بیمار قادر به نگهداشتن سرم نباشد از وی بخواهید آن را در دستی که آنژیوکت دارد نگهدارد.
- ۹- در صورتی که بیمار قادر به نگهداشتن سرم نباشد خودتان سرم را نگهدارید.
- ۱۰- به بیمار توصیه کنید به آرامی آستین لباسی که آنژیوکت دارد را به طرف پایین بکشد.
- ۱۱- پس از این که ست سرم از آستین رد شد سرم را وارد آستین نمایید تا جایی که لباس بیمار کاملاً خارج شود.
- ۱۲- پس از در آوردن لباس یا گان بلافاصله لباس تمیز به بیمار بپوشانید.
- ۱۳- برای پوشاندن گان یا پیراهن ابتدا از دستی که به بیمار آنژیوکت وصل است سرم را رد نمایید.
- ۱۴- پس از رد نمودن آن، گان را به طرف بالا بکشید به طوری که تا شانه بیمار قرار گیرد.

- ۱۵- سپس آستین دوم را وارد دست بعدی نموده و به طرف بالا بکشید.
- ۱۶- پس از پوشیدن گان یا پیراهن آن را ببندید.
- ۱۷- سرم را روی پایه سرم آویزان نمایید.
- ۱۸- به پرستار مسئول بیمار اطلاع دهید تا تعداد قطرات سرم را تنظیم نماید.
- ۱۹- مطمئن باشید که پس از ترک بیمار وی در بهترین وضعیت قرار دارد.
- ۲۰- تکنیک پوشیدن و در آوردن گان یا پیراهن را به بیمار و همراهان وی آموزش دهید.
- ۲۱- گان یا پیراهن کثیف بیمار را طبق قوانین و مقررات بیمارستان جمعآوری و به رختشویخانه ارسال نمایید (۲).



نحوه ی خارج

کردن گان وقتی که سرم به بیمار وصل است

کمک به پرستار در مراقبت های مربوط به عمل جراحی

الف: کمک به پرستار در مراقبت های روز قبل از عمل جراحی

۱. حمایت مددجو از نظر روانی، حداقل امکان به سوالات مددجو جواب داده شود.
۲. رعایت محدودیت های غذایی قبل از عمل
۳. برطرف کردن نیازهای دفعی بیمار
۴. شیو محل عمل طبق دستور و نوع عمل جراحی. این عمل میکروآرگانیزم های موجود روی پوست را کاهش و احتمال عفونت را کم می کند.
۵. برطرف کردن نیازهای بهداشتی خاص مددجو (تمیز و کوتاه نگهداشتن ناخن ها- حمام دادن).
۶. فراهم کردن وسایل استراحت. استراحت، اضطراب قبل از عمل را به حداقل می رساند.

ب: کمک به پرستار در مراقبت های روز جراحی:

۱. کنترل باند مشخصات دست مددجو
۲. کمک به بهداشت دهان و دندان بیمار در صورت NPO بودن مددجو
۳. پاک کردن آرایش مددجو و برداشتن وسایل مصنوعی مددجو (لنز- مژه ی مصنوعی و دندان مصنوعی و دندان های از دست داده را بررسی کنید)
۴. خالی بودن مثانه و روده ی مددجو
۵. قرار دادن وسایل با ارزش در جای مناسب (محال اختصاصی بیمارستان).
۶. پوشانیدن گان عمل، جوراب و کلاه مخصوص
۷. کمک به مددجو تا روی برانکارد قرار گیرد و اطمینان از بسته شدن بندهای برانکارد و پوشش آن
۸. همراهی نمودن مددجو تا اتاق عمل و تحویل مددجو با پرونده ی کامل به اتاق عمل

ج: کمک به پرستار در مراقبت های بعد از عمل جراحی:

۱. کمک به قرارگیری مددجو در وضعیت ایمن به طوریکه صورت به یکطرف برگردانیده شود و گردن کمی به حالت کشیده به عقب باشد. این عمل از آسیب بردن مواد استفراغ شده و انسداد راه هوایی مددجو جلوگیری می کند.

۲. بررسی رنگ پانسمان، بو، ترشحات و خونریزی آن، خونریزی از خطرناک ترین عوارض بعد از عمل می باشد.

۳. کنترل لوله های درن و سوندهای مددجو از نظر باز بودن

۴. فراهم آوردن محیط ایمن، بالا گذاردن نرده های کنار تخت، در اختیار گذاشتن زنگ در کنار تخت و نصب تابلوی سیگار کشیدن ممنوع در صورت استفاده ی بیمار از اکسیژن. این عمل از صدمات احتمالی جلوگیری می کند.

۵. گزارش درد و کمک به مددجو به پرستار مسئول (۲)

آماده کردن پوست برای جراحی

هدف :

از بین بردن میکروارگانیسمها و کاهش امکان بروز عفونت بعد از عمل

وسایل لازم :

۱ - نور مناسب به نحوی که وجود موهای روی پوست را کاملا نشان دهد.

۲ - پتوی حمام برای پوشانیدن بیمار

۳ -وسایل لازم برای تراشیدن خشک

الف :ماشین اصلاح الکتریکی با لبه های تیز و دندان سالم

ب :در صورت لزوم قیچی برای موهای بلند

۴ -وسایل لازم برای تراشیدن مرطوب

الف - ست آماده کردن پوست شامل :

- خود تراش یکبار مصرف

- لگن دو قسمتی یا دو کاسه تمیز یا استریل در اندازه بزرگ :

- گاز استریل

ب- اب گرم برای درست کردن محلول صابونی

ج- مشمع و رویه

د- اسفنج و محلول صابون

۵ - اپیلکاتور برای تمیز کردن نواحی کوچک مثل ناف

۶ - محلول ضد عفونی کننده در صورت لزوم

۷ - دستکش با پنس استریل

۸ - گاز استریل

۹ - شان استریل در صورت لزوم

طریقه عمل :

قبل از تراشیدن ناحیه :

۱ - دستور پزشک را برای اطلاع از محل عمل و ناحیه‌های که باید تراشیده شود کنترل کنید.

۲ - برای بیمار شرح دهید که چه کاری را می‌خواهید انجام دهید.

۳ - تمامی نواحی بدن بیمار به جز ناحیه‌های را که قرار است در یک بار بتراشید بپوشانید. در هر بار

تراشیدن تقریباً ناحیه‌های به اندازه ۱۵ سانتیمتر تراشیده میشود.

تراشیدن خشک :

۱ - مشمع و رویه را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید.

۲ - مطمئن شوید که ناحیه خشک است.

۳ - ناحیه را با ماشین اصلاح الکتریکی بتراشید، فشاری به کار نبرید چون باعث سائیدگی پوست خصوصاً در

نواحی استخوانی خواهد شد.

۴ - پتوی حمام را از روی ناحیه مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۱ و ۲ را تکرار کنید تا تمامی ناحیه مورد

نظر ، تراشیده شود.

تراشیدن مرطوب :

- ۱ - مشمع و حوله را زیر قسمت مورد نظر پهن کنید.
- ۲ - پوست را به خوبی با محلول صابونی آغشته کنید.
- ۳ - پوست را بکشید و خودتراش 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 مرتباً خودتراش را آبکشی کنید.
- ۴ - موهای تراشیده شده را با اسفنج پاک کنید.
- ۵ - پتوی حمام را مرحله به مرحله کنار زده و مراحل ۲-۴ را تکرار کنید تا تمامی پوست مورد نظر تراشیده شود.

تمیز کردن و ضدعفونی کردن پوست :

- ۱ - قسمت‌های مختلف مثل ناف، ناخن‌ها یا مجرای گوش را با اپلیکاتور و محلول ضدعفونی کننده پاک کرده و سپس خشک کنید.
- ۲ - چنانچه لازم است از محلول ضدعفونی کننده استفاده شود آن را بلافاصله بعد از تراشیدن ناحیه به کار ببرید. جهت ضدعفونی کردن می‌توانید از دستکش یا پنس استریل به همراه گاز استریل آغشته به محلول ضدعفونی کننده استفاده کنید. سپس اجازه بدهید این محلول به حد کافی روی محل باقی بماند (نوع محلول و مدت زمان استفاده از آن بستگی به قوانین بیمارستان دارد) سپس ناحیه را با گاز استریل خشک کنید.
- ۳ - ناحیه را در صورت لزوم با پارچه استریل پوشانده و آن را با چسب به عضو ثابت کنید.

پس از تراشیدن :

- ۱ - پایان یافتن عمل را به پرستار مسئول گزارش کنید، چون در برخی بیمارستان‌ها پرستار مسئول باید ناحیه را کنترل کند، هرگونه سائیدگی روی پوست را که از قبل وجود داشته و یا در اثر خودتراش به وجود آمده 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 - تراشیدن ناحیه عمل و هرگونه مشاهداتی را که در هنگام انجام روش با آن مواجه شده‌اید ثبت نمائید. (مثل سائیدگی یا خراشیدگی یا واکنش بیمار) (۳).

آماده نمودن تخت بعد از عمل

هدف: فراهم نمودن تختی راحت، مناسب و امن برای بیمار بعد از عمل

وسایل لازم :

۱. دو عدد بزرگ

۲. دو عدد ملحفه کوچک

۳. دو عدد مشمع (یکی بزرگ ، یکی کوچک)

۴. یک عدد رو تختی

۵. یک عدد روبالشی

۶. یک عدد روبالشی مشمع

۷. یک عدد پتو

۸. یک عدد بالش

طریقه عمل :

- ۱ - بعد از اینکه بیمار به اطاق عمل رفت ، کلیه ملحفه‌های تخت را به طور کامل جمع کنید.
- ۲ - دستها را بشوئید.
- ۳ - وسایل آماده شده را به کنار تخت بیاورید ، و به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی قرار دهید.
- ۴ - ملحفه روی تشک را مطابق معمول درست کنید.
- ۵ - مشمع بزرگ را در وسط تخت قرار دهید ، به طوری که ۴۰ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد.
- ۶ - یکی از ملحفه‌های کوچک را روی مشمع قرار دهید به طوری که ۳۵ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد. مشمع و رویه را با هم به زیر تشک ببرید.

۷ - مشمع کوچک را طوری در بالای تشک قرار دهید که حداقل ۱۰ سانتیمتر به روی ملحفه کوچک قرار گیرد.

۸ - ملحفه کوچک دوم را بر روی مشمع کوچک قرار دهید به طوری که در حدود ۲۰ سانتیمتر روی ملحفه کوچک اول برگردد.

۹ - مشمع و ملحفه کوچک را از بالا به زیر تشک برده مطابق معمول گوشه بسازید.

۱۰ - به طرف دیگر تخت بروید ملحفه‌های کوچک و مشمعها را به صورت بادبزی تا کنید.

۱۱ - ملحفه زیر، مشمعها و ملحفه‌های کوچک را به ترتیب قبل به زیر تشک بزنید.

۱۲ - ملحفه بزرگ را روی تخت پهن کنید.

۱۳ - پتو را به فاصله ۲۵ سانتیمتر از بالای تشک به روی ملحفه قرار دهید.

۱۴ - رو تختی را به فاصله ۲۰ سانتیمتر از بالای تشک روی پتو قرار دهید.

۱۵ - قسمت بالای ملحفهها را مطابق معمول مرتب کنید.

۱۶ - در قسمت پائین تخت زیادی پوششهای رو را برگردانید تا مساوی با لبه تشک شود.

۱۷ - قسمت بالا و پائین پوششهای رو را بطور مثلثی تا کرده، سپس از عرض تا بزنید، تا همه در قسمت دیگر تخت قرار گیرد.

۱۸ - بالش را در روبالشی قرار داده روی صندلی کنار تخت بگذارید.

۱۹ - صندلی و میز روی تخت را در جهتی قرار دهید که مزاحم برانکار حامل بیمار نشود.

۲۰ - واحد بیمار را مرتب نموده هوای اطاق را عوض کنید.

وسایل لازم کنار تخت بعد از عمل :

۱ - وسایل دهان شویه

۲ - پایه سرم

۳ - ورقه جذب و دفع مایعات

۴ - ورقه کنترل علائم حیاتی

۵ - نرده کنار تخت

۶ - حوله صورت و رسیور

لوازم دیگری که ممکن است برای آن عمل به خصوص لازم باشد نظیر :

۱ - اکسیژن

۲ - ساکشن

۳ - دستگاه فشار خون

۴ - گوشی و غیره (۳)

نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال نشده

(تخت باز و بسته)

هدف :

۱ - آماده کردن تخت تمیز و راحت برای بیمار

۲ - ایجاد هم شکلی

۳ - ایجاد محلی امن برای استراحت بیمار

۴ - حداکثر استفاده از وقت و انرژی پرستار

وسایل لازم :

۱ - دو عدد ملحفه بزرگ

۲ - یک عدد ملحفه کوچک

۳ - یک عدد مشمع یا پلاستیک

۴ - یک عدد بالش

۵ - یک عدد روبالشی

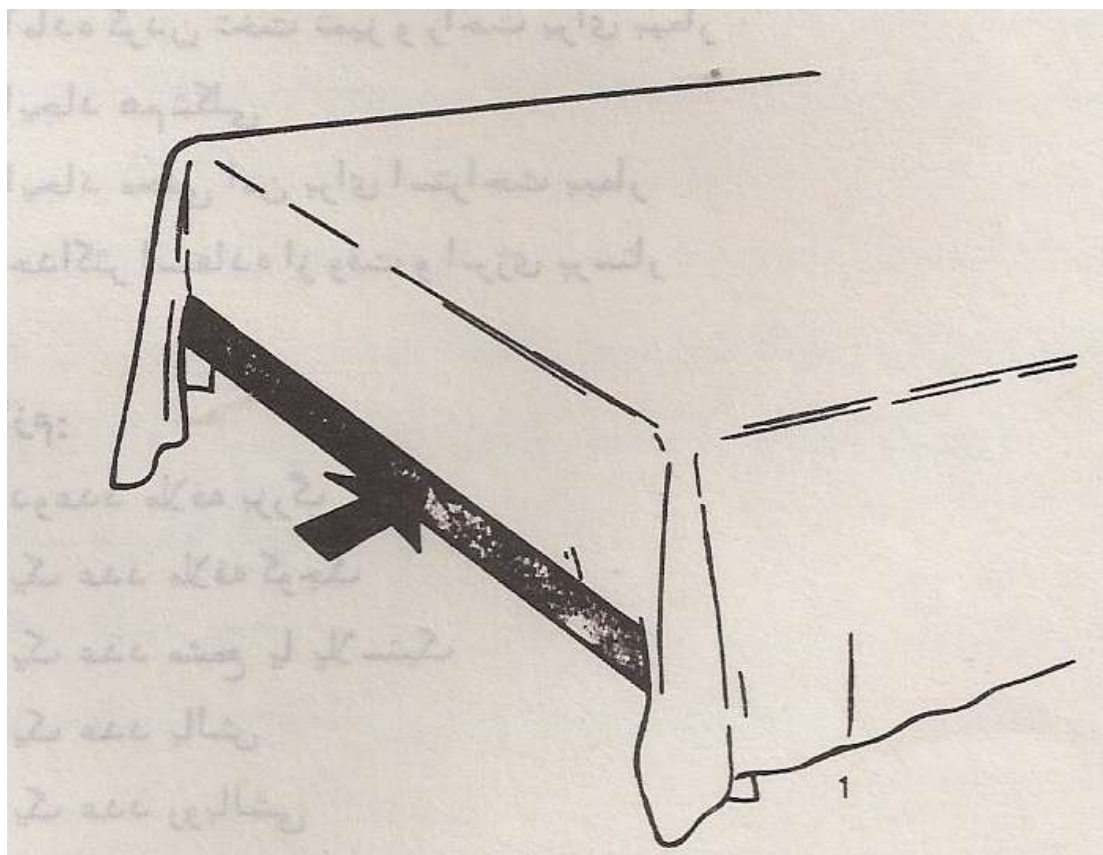
۶ - یک عدد روتختی

۷ - یک عدد پتو

۸ - تشک پنبه ای

طریقه عمل :

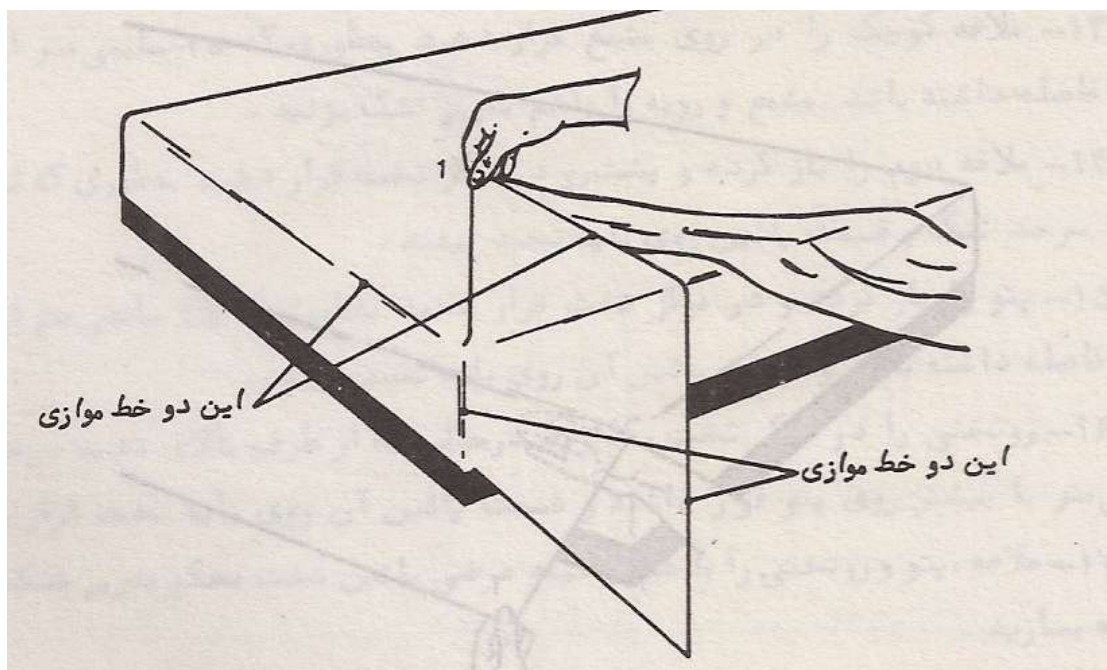
- ۱ - دستها را بشوئید.
- ۲ - وسائل را به اطاق بیمار آورده به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی قرار دهید: روبالشی - روتختی - پتو - ملحفه بزرگ - ملحفه کوچک - مشمع - ملحفه بزرگ - تشک پنبه‌ای .
- ۳ - صندلی را طوری در پائین تخت بگذارید که پشت آن به طرف خودتان باشد.
- ۴ - در صورت لزوم تشک را برگردانید.
- ۵ - تشک را کاملاً به طرف بالای تخت بکشید.
- ۶ - تشک پنبه‌ای را در وسط تخت بگذارید و کاملاً پهن کنید.
- ۷ - یکی از ملحفه‌های بزرگ را در وسط تخت قرار دهید، به طوری که لبه پهن ملحفه به طرف بالای تخت قرار بگیرد، سپس آن را باز کنید به طوری که حداقل ۳۰ سانتیمتر از لبه بالای تشک اضافه‌تر باشد.
- ۸ - سی سانتیمتر اضافه را در بالای تخت به زیر تشک بزنید.



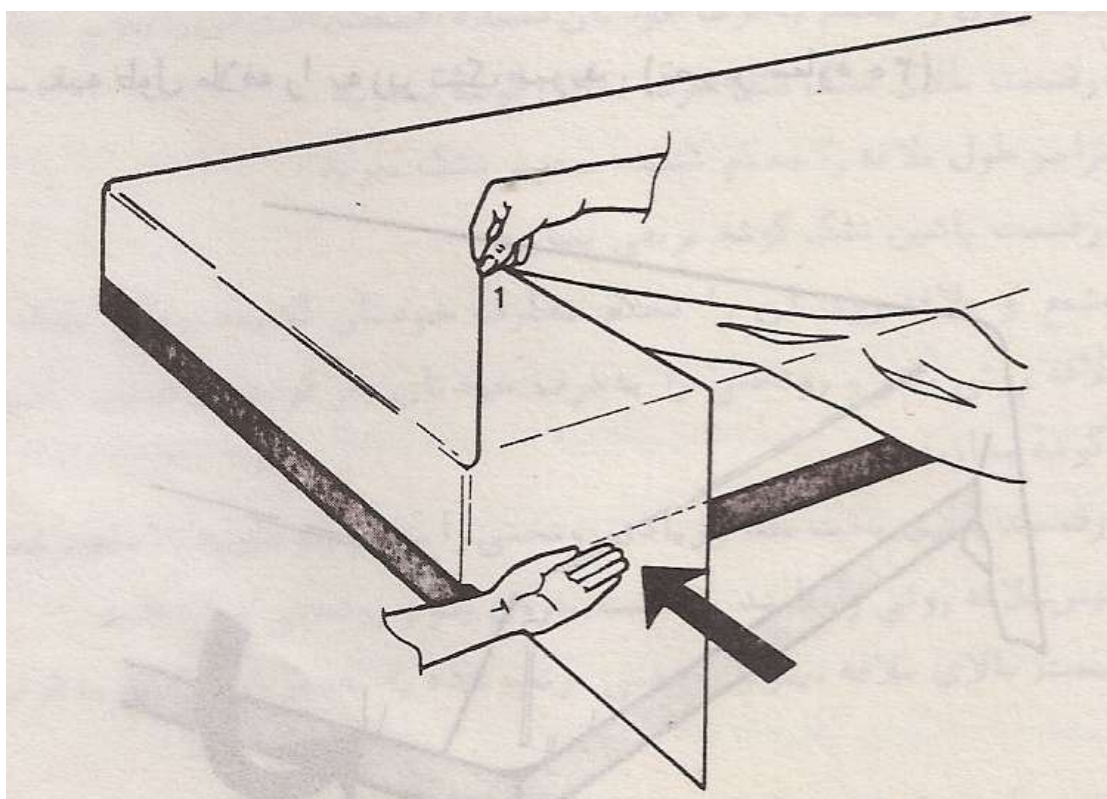
- ۹ - در بالای تشک گوشه مربعی بسازید به این ترتیب که :

الف: یک دست را در لبه بالای تشک قرار دهید.

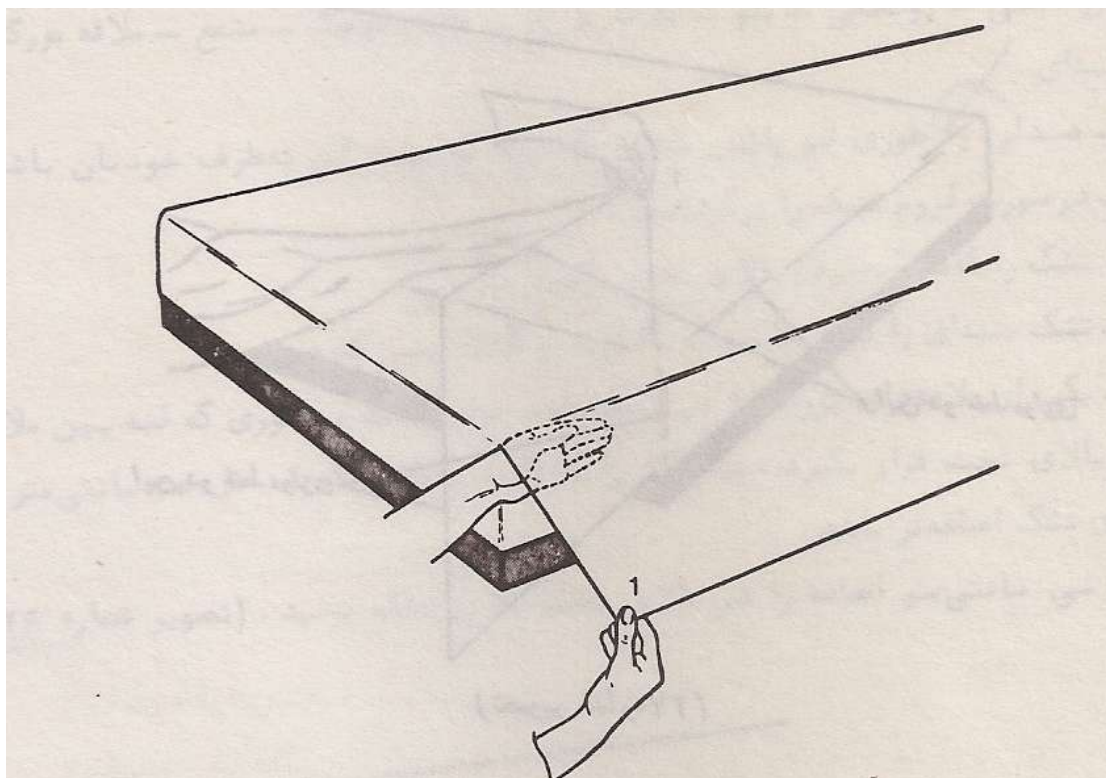
ب: قسمت آویزان ملحفه را به روی تشک ببرید به طوری که یک زاویه قائمه درست شود.



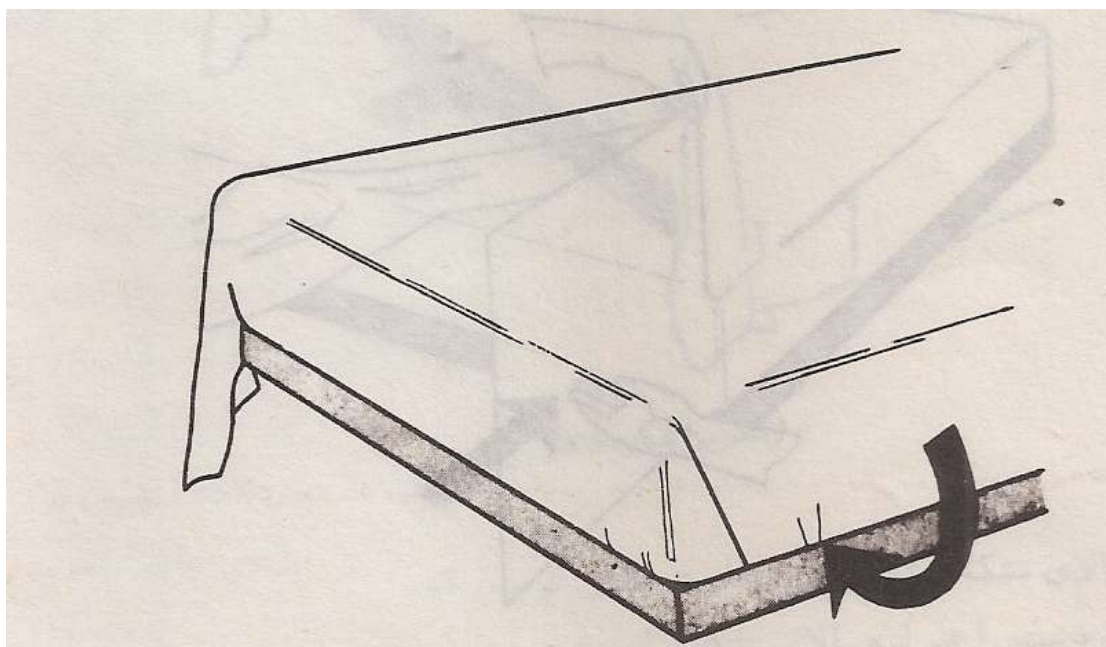
ج: نیمه پائین را به زیر تشک بزنید.



د: با یک دست لبه بالای ملحفه را که روی تشک گذاشته بودید پائین آورده از روی دست دیگری رد کرده به زیر تشک ببرید.



۱۰- بقیه طول ملحفه را به زیر تشک ببرید.



۱۱- در قسمت پائین تشک گوشه مربعی بسازید.

۱۲- مشمع را در وسط تخت قرار بدهید به طوری که ۵۰ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد.

- ۱۳- ملحفه کوچک را در روی مشمع قرار دهید به طوری که ۴۰ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد. مشمع و رویه را با هم به زیر تشک بزنید.
- ۱۴- ملحفه دوم را باز کرده و پشت رو در مرکز تخت قرار دهید به طوری که لبه پهن آن تا سرحد تشک و قسمت پائین روی پایه تخت بیفتد.
- ۱۵- پتو را باز کرده و در مرکز تخت قرار دهید به طوری که ۲۵ سانتیمتر از بالای تشک فاصله داشته باشد و قسمت پائین آن روی پایه تخت بیفتد.
- ۱۶- رو تختی را در مرکز تخت بگذارید در حالی که از طرف بالای تخت در حدود ۵ سانتیمتر یا بیشتر روی پتو قرار داشته و قسمت پاوین آن روی پایه تخت قرار بگیرد.
- ۱۷- ملاغه، پتو و روتختی را با هم از نیمه عرضی پائین تخت محکم به زیر تشک ببرید و گوشه بسازید.
- ۱۸- به طرف دیگر تخت بروید.
- ۱۹- تمام ملحفه‌های روی تشک را به طور بادبازی به طرف قسمت آماده شده تخت تا کنید.
- ۲۰- ملحفه زیری را محکم به طرف خودتان کشیده، قسمت بالای آن را به زیر تشک ببرید.
- ۲۱- در قسمت بالای تشک مثل طرف مقابل گوشه بسازید.
- ۲۲- سراسر طول ملحفه را محکم کشیده، به زیر تشک ببرید.
- ۲۳- در قسمت پائین تشک گوشه مربعی بسازید.
- ۲۴- مشمع و ملحفه روی آن را محکم به طرف خودتان کشیده، به زیر تشک بزنید.
- ۲۵- ملحفه روئی، پتو و روتختی را به طرف خودتان باز کرده، در قسمت پائین به زیر تشک زده و گوش بسازید.
- ۲۶- در قسمت بالای تخت مقدار زیادی روتختی را به زیر پتو ببرید.
- ۲۷- سپس ملحفه روئی را مانند سردست به روی پتو و روتختی برگردانید.
- ۲۸- قسمت بالای ملحفه، پتو و روتختی مرتب شده را به صورت سه گوش به طرف مقابل برگردانید.
- ۲۹- بالش را در روبالشی گذاشته و طوری در بالای تخت قرار دهید که قسمت باز روبالشی در طرف مخالف در ورودی قرار گیرد.

۳۰- واحد بیمار را مرتب کرده ، سپس اطاق را ترک کنید.

تبصره :

چنانچه هدف آماده کردن تخت بسته است روتختی باید تا حد ملحفه روئی تا قسمت بالای سر تخت پهن شود. بالش آماده شده به طریق بیان شده در بالای تشک در زیر ملحفه روئی ، پتو و روتختی قرار داده شود(۳).

نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال شده

(به طریق پهلوی به پهلوی)

هدف :

- ۱ - ایجاد محیطی تمیز
- ۲ - برقراری راحتی ، آسایش و امنیت بیمار
- ۳ - ایجاد هم شکلی

وسایل لازم :

- ۱ - دو عدد ملحفه بزرگ
- ۲ - یک عدد ملحفه کوچک
- ۳ - یک عدد روتختی (در صورت لزوم)
- ۴ - یک عدد پتو (در صورت لزوم)
- ۵ - یک عدد تشک پنبه ای (در صورت لزوم)
- ۶ - یک عدد روبالشی
- ۷ - پتوی حمام (در صورت لزوم)
- ۸ - بین مخصوص ملحفه های کثیف

موارد احتیاط :

۱ - هنگام تعویض ملحفه‌های تخت برای جلوگیری از سقوط بیمار نرده کنار تخت در طرف مقابل باید بالا باشد.

۲ - هنگام چرخاندن بیمار از سوخته بیمارانی که اختلالات عروقی و محدودیت حرکتی دارند توجهات بخصوص به عمل آید.

۳ - در بیمارانی که کشش دارند ، وزنها باید در موقع جابجائی ثابت نگهداشته شود.

۴ - در مورد بیمار از سوخته از ملحفه استریل استفاده شود.

۵ - از تکان دادن ملحفه‌ها در فضا خودداری شود.

۶ - ملحفه‌ها باید دور از بدن و سطح زمین نگهداشته شود.

۷ - هر نوع خرابی تخت و دیگر وسایل گزارش شود.

طریقه عمل :

۱ - دستها را بشوئید.

۲ - وسایل را به اطاق بیمار آورده ، به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی در پائین تخت قرار دهید.

۳ - بیمار را از کاری که میخواهید انجام دهید مطلع کنید.

۴ - در صورت امکان وسایل اضافی را از اطراف تخت بیمار خارج کنید و دور تخت را پاراوان بگذارید.

۵ - نرده طرف مقابل تخت را بالا برده و بیمار را در صورت امکان در حالت به پشت خوابیده قرار دهید.

۶ - در صورت امکان سر تخت را پائین بیاورید.

۷ - ملحفه‌های قسمت پائین تخت را از تشک بیرون آورید.

۸ - رو تختی را جمع کرده در روی صندلی قرار دهید در صورت کثیف بودن داخل بین بیدارید.

۹ - پتو را سه تا کرده قسمت روی صندلی روی روتختی قرار دهید در صورت کثیف بودن داخل بین بیدارید.

بیندازید.

۱۰ - در صورت کثیف بودن ملحفه روئی از پتوی حمام برای پوشاندن بیمار استفاده شود. ملحفه روئی را داخل

بین بیدارید.

۱۱ - در صورت امکان بالش را از زیر سر بیمار بردارید.

۱۲ - تشک را به بالای تخت بکشید.

- ۱۳ به بیمار کمک کنید تا به طرف مقابل تخت برگردد.
- ۱۴ ملحفه‌های زیری را از زیر تشک بیرون آورده و بادبزنی تا حد پشت بیمار تا کنید.
- ۱۵ تشک را صاف کنید.
- ۱۶ ملحفه تمیز را در قسمت نیمه خالی تخت گسترده، و بقیه را بصورت بادبزنی به زیر ملحفه قبلی تا کنید.
- ۱۷ ملحفه تمیز را در قسمت بالای تخت به زیر تشک برده و گوشه مربعی درست کنید.
- ۱۸ سراسر طول ملحفه را به زیر تشک برده و در قسمت پائین تخت گوشه بسازید.
- ۱۹ مشمع را که به صورت بادبزنی جمع کرده بودید بر روی ملحفه تمیز پهن کنید، و زیر تشک ببرید.
- ۲۰ ملحفه کوچک را بر روی مشمع گسترده و زیر تشک ببرید، و بقیه را بادبزنی تا کنید.
- ۲۱ بیمار را به طرف قسمت تمیز تخت برگردانید، میله کنار تخت را بالا بزنید.
- ۲۲ به طرف دیگر تخت بروید و میله کنار تخت را پائین بیاورید.
- ۲۳ ملحفه‌های قبلی را از زیر تشک بیرون بیاورید و در داخل بین قرار دهید.
- ۲۴ ملحفه تمیز را به طرف خود کشیده و به همان ترتیب فوق عمل کنید.
- ۲۵ مشمع و ملحفه کوچک را محکم به طرف خود کشیده و به زیر تخت ببرید.
- ۲۶ بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- ۲۷ بالش را در روبالشی گذاشته زیر سر بیمار قرار دهید.
- ۲۸ ملحفه تمیز را باز کرده روی بیمار بیندازید، به طوری که ۲۵ سانتیمتر از بالای شانه بیمار اضافه داشته باشد.
- ۲۹ ملحفه قبلی یا پتوی حمام را با ملایمت بردارید و در داخل بین قرار دهید.
- ۳۰ پتو را طوری روی بیمار بیندازید که شانه‌های او را بپوشاند.
- ۳۱ در قسمت پائین پای بیمار پتو و ملحفه را پیلی بدهید تا مریض به راحتی بتواند انگشتان پای خود را تکان دهد.
- ۳۲ روتختی را در روی بیمار به ترتیبی قرار دهید که ۵ سانتیمتر از بالا به زیر پتو تا شده باشد.
- ۳۳ سپس ملحفه روئی را مانند سر دست بر روی پتو و روتختی برگردانید.

۳۴ در قسمت پائین تخت، روتختی پتو و ملحفه روئی را با هم به زیر تشک برده و گوشه بسازید به طوری که پای بیمار تحت فشار نباشد.

۳۵ به طرف مقابل تخت رفته به همان ترتیب عمل کنید.

۳۶ ژنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.

۳۷ واحد بیمار را مرتب کرده ملحفه‌های کثیف را بیرون ببرید (۳).

نحوه ی تعویض ملحفه های تخت اشغال شده از بالا به پائین

هدف :

برقراری راحتی و آسایش جهت بیماران مبتلا به امراض قلبی، ریوی

وسایل لازم :

مانند تعویض تخت اشغال شده به روش پهلوی به پهلوی

طریقه عمل :

۱ - دستها را بشوئید.

۲ - وسایل را به اطاق بیمار آورده به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی در پایین تخت قرار دهید.

۳ - بیمار را از کاری که میخواهید انجام دهید مطلع کنید.

۴ - در صورت امکان وسایل اضافی را از اطراف تخت خارج کنید و دور تخت را پاراوان بگذارید.

۵ - پس از شل کردن ملحفه‌های پائین تخت پتو و روتختی را مانند روشی که قبلاً آموختهاید جمع کرده و روی صندلی قرار دهید.

۶ - در صورت لزوم بیمار را با پتوی حمام بپوشانید.

۷ - در صورت امکان بیمار را در حالت نشسته کمی به طرف پائین تخت برده با استفاده از میز روی تخت و بالش تکیهگاهی برای قرار دادن دستها و استراحت او فراهم آورید.

۸ - در صورتی که بیمار نمیتواند در وضعیت فوق قرار داده شود در حالی که از کمک فرد دیگری برای

محافظت او استفاده میکنید، اقدام به تعویض ملحفه‌های تخت کنید.

۹ - ملحفه‌های قسمت بالای تخت را از زیر تشک بیرون آورید.

- ۱۰ تشک را به بالای تخت بکشید.
- ۱۱ ملحفه‌های نیمه فوقانی تخت را به طور بادبزی تا پائینترین حد ممکن تا کنید.
- ۱۲ تشک را صاف کنید.
- ۱۳ ملحفه تمیز را در نیمه خالی فوقانی گسترده و بقیه را بصورت بادبزی زیر ملحفه قبلی تا کنید.
- ۱۴ ملحفه تمیز را در قسمت بالای تخت به زیر تشک برده و گوشه مربعی درست کنید.
- ۱۵ مشمع را که به صورت بادبزی جمع کرده بودید بر روی ملحفه تمیز پهن کنید.
- ۱۶ ملحفه کوچک را در قسمت فوقانی تخت بر روی مشمع پهن کنید.
- ۱۷ به طرف دیگر تخت بروید و مراحل ۱۱ تا ۱۶ را تکرار کنید.
- ۱۸ بیمار را به طرف بالای تخت بکشید و یا در حالی که بیمار را محافظت کرده‌اید ملحفه‌ها را از زیر او به طرف پائین تخت رد کنید.
- ۱۹ ملحفه‌های قبلی را از زیر تشک بیرون بیاورید و در داخل بین بیاندازید.
- ۲۰ ملحفه تمیز را به طرف پائین تخت کشیده، در زیر تشک برده و گوشه مربعی بسازید.
- ۲۱ مشمع و ملحفه کوچک را در زیر بیمار دقیقاً صاف کرده و زیر تشک بزنید.
- ۲۲ نیمه پائین طرف مقابل تخت را به همین ترتیب آماده می‌کنیم.
- ۲۳ رویه بالشها را عوض کرده بیمار را در وضعیت مناسبی قرار دهید.
- ۲۴ گستردن رواندازهای بیمار مانند روش پهلوی به پهلوی میباشد که لازم است تا آخرین مرحله ادامه یابد.

تبصره :

۱ - در صورتی که برای بیمار امکان دارد میتوانید سر تخت را پائین آورده پس از تعویض ملحفه‌ها مجدداً به وضعیت قبلی برگردانید.

۲ - دقت کنید در حین تعویض ملحفه پشت بیمار به خوبی پوشانیده شود تا در معرض جریان هوا قرار

نگیرد(۳).

آموزش مهارت های تغذیه ای

عوامل موثر در تغذیه

اگرچه مواد غذایی مناسب یک اصل مهم در طرح یک رژیم غذایی هستند. الگوی غذایی یک شخص و عاداتهایش با مواد غذایی که او دریافت میکند، رابطه دارند. عاداتهای غذایی به عوامل مختلفی وابسته هستند، به عنوان مثال عوامل فیزیکی (محل جغرافیائی، تکنولوژی غذاها و عوامل اقتصادی) و عوامل فیزیولوژیکی به طور مثال (سلامتی، گرسنگی، مراحل رشد) و عوامل روانشناسی (مثل فرهنگ، آداب، رسوم، مذهب، تربیت، قوانین، وضعیت اجتماعی، عقاید مربوط به مواد غذایی، و تنفر یادگرفته شده از مواد غذایی). اگرچه نفوذ عوامل سنتی و قدیمی مثل فرهنگ جغرافیائی، مذهب و تثبیت کردن عادات غذایی ثابت نیست.

عوامل فیزیولوژیکی موثر بر نیازهای تغذیه ای

مسائل مربوط به تکامل

در سرتاسر چرخه زندگی، نیازهای تغذیه ای با توجه به رشد، تکامل، فعالیت، تغییرات متابولیکی وابسته به سن و ساختار بدن در حال تغییر میباشند. در دورههایی که رشد و تکامل سریع انجام میگیرد مثل دوران نوزادی، نوجوانی، حاملگی و شیردهی، نیازهای تغذیه ای نیز افزایش پیدا میکند. در دوران بزرگسالی نیازهای تغذیه ای از ثبات بیشتری برخوردارند هر چند که نیاز افراد سالمند به برخی عناصر غذایی ممکن است کم یا زیاد شود.

نوزادان

مرحله تولد تا یکسالگی، سریعترین دوره رشد به حساب میآید، وزن زمان تولد پس از ۶-۴ ماه دو برابر شده و تا یکسالگی به سه برابر میزان خود میرسد.

در این دوران نیازهای تغذیه ای، بسته به واحد وزن بدن بیش از سایر مراحل چرخه زندگی است. شیر مادر به عنوان منبع اصلی تغذیه ای برای ۱۲-۶ اول زندگی توصیه میشود. مکملهای ویتامین نیز ممکن است تجویز گردند. مصرف غذاهای سرشار از آهن توصیه میگردد.

کودک نو پا و پیش دبستانی

از نظر تغذیه ای، کودکان سنین نوپایی و پیش دبستانی میتوانند خودشان غذا بخورند، همچنین قادرند دوست داشتن یا دوست نداشتن غذا را ابراز دارند و گهگاه از غذا به عنوان ابزاری جهت کنترل در آوردن والدین

- استفاده کنند. اشتباهی به نحو چشمگیری کاهش یافته و میل به غذا حالتی نامنظم و غیرقابل پیش بینی می یابد. استفاده نامناسب از غذا (مثلا به عنوان تنبیه، تشویق، رشوه، یا انتقال عشق و علاقه) میتواند منجر به پیدایش گرایشهای نادرست غذایی گردد.

کودکان سنین مدرسه

- الگوی رشد در کودک سنین ۶-۱۲ سال، نامنظم، کاملاً فردی و گاهی اوقات نامتعادل و غیرقابل پیش بینی می باشد. در این مرحله، بدن به منظور آمادگی برای رشد سریع و قریب الوقوع دوران نوجوانی، به حفظ و ذخیره اندوختههای خود میپردازد. تغذیه برای کودکان سنین مدرسه، بیشتر از نظارتقاء و پیشبرد سلامت اهمیت پیدا میکند. افزایش نیاز به انرژی باید با مصرف غذاهای دارای ارزش تغذیههای بالا، متعادل و متوازن گردد. اشتها افزایش مییابد اما ممکن است هنوز نامنظم باشد.

نوجوانان

- نوجوانی مرحلهای است که با بلوغ سریع جسمی، احساسی، اجتماعی و جنسی فرد همراه است. جهت کمک به روند رشد، نیازهای تغذیههای مخصوص نسبت به کالری، پروتئین، کلسیم و آهن افزایش مییابد. آبیستنی در سنین نوجوانی، سبب میشود تا خطرات تغذیههای هم برای مادر و هم برای کودک افزایش یابد. در نوجوانی، به دلیل حضور کمتر هنگام صرف وعدههای غذا در خرانه، تاثیر دوستان و پر بودن برنامه روزانه، ممکن است تامین نیازهای تغذیه ای به دشواری صورت پذیرد.

بزرگسالی

- در این مرحله از زندگی رشد متوقف میشود، همچنین با سپری شدن هر دهه از عمر میزان متابولیسم پایه رو به کاهش مینهد. بزرگسالان آگاهی بیشتری نسبت به نقش پیشگیری کننده ورزش دارند و میتوانند که فشارهای ناشی از کار و مسئولیتهای خانوادگی میتواند منجر به کاهش فعالیت بدنی و ورزش شود. نیازهای تغذیههای در دوران بزرگسالی به حالت ترازو و یکنواخت در میآید و به دلیل کاهش به کالری کمتری نیز نیاز میباشد. اگر اقدامی جهت تعدیل و اصلاح وزن صورت نگیرد، نتیجه افزایش وزن خواهد بود.

زنان باردار

- در خلال حاملگی، رویان، بافتهای مادری و جفت رشد قابل ملاحظههای مییابند. خون افزایش یافته و تغییرات گوارشی ناشی از حاملگی منجر به بروز تهوع، استفراغ، سوزش سردل، و یبوست میگردد. مقدار شیر تولید شده به

مصرف مواد غذایی در حد کافی بستگی دارد. نیازهای تغذیه‌ای، بخصوص در سه ماهه دوم و سوم، افزایش می‌یابند تا به این ترتیب تعادل حیاتی (هموستاز) مادری حفظ شده و به پدیده رشد کمک شود. نیازهای تغذیه‌ای مهم و حیاتی عبارتند از: پروتئین، کالری، آهن، اسیدفولیک، کلسیم و ید. نیاز به کالری در دوران شیردهی بیشتر از دوران بارداری است و در صورت عدم وجود رژیم غذایی مناسب، کیفیت شیر تولید شده در پستان از طریق مصرف ذخایر غذایی بدن مادر همچنان حفظ می‌شود.

سالمندان

به دلیل کاهش فعالیت بدن، همچنین تحلیل توده‌های بدنی فاقد چربی، از میزان مصرف انرژی نیز کاسته می‌شود. از دست دادن دندانها و ابتلا به بیماریهای رشد، میتوان جویدن را با مشکل همراه سازد. کاهش حرکات دودی ممکن است سبب یبوست شود. در سنین ۵۹-۵۵ سالگی، قوه تشخیص میان مزه شور و شیرین از بین می‌رود، قدرت تمایز میان مزه‌های تلخ و ترش سالم باقی می‌ماند. همچنین احساس تشنگی نیز کاهش می‌یابد. ابتلا به بیماریهای دژنراتیو و مصرف دارو با افزایش سن، به پدیده‌های رایج و شایع بدل می‌گردد. تاثیر منفی انزوای اجتماعی، ضعیف شدن اعتماد به نفس واز بین رفتن استقلال بر روی مصرف مواد غذایی، امری نا معمول نیست. به دلیل تغییرات بوجود آمده در اثر بالا رفتن سن، نیاز به کالری در بدن کاهش پیدا میکند. غذاهایی که سخت جویده میشوندند باید باید حذف گردند، در عین حال با افزایش مصرف فیبر و مایعات میتوان یبوست را از بین برد. افراد سالمند همچنین مستعد کم آبی (دهیدراتاسیون) بوده و عدم تمایل به خوردن غذا در آنان شایع است. به دلیل بروز تغییرات فیزیولوژیکی معمول در این سن میزان، مصرف غذا، هضم، جذب، متابولیسم و دفع ممکن است دچار تغییر گردند.

جنس

مردان در مقایسه با زنان از ساختار بدنی و عملکردهای تولید مثلی متفاوتی برخوردارند، به همین دلیل نیازهای تغذیه‌ای آنها نیز تا حدودی متفاوت است. ماهیچه‌های بزرگتر بدن مردان به کالری و پروتئین بیشتری نیاز دارند.

وضعیت سلامتی

تغییر در احتیاجات غذایی که در نتیجه بیماری یا آسیب دیدگی پدید آمده، بسته به شدت و طول مدت تنیدگی، متفاوت است. به عنوان مثال، تب نیاز به کالری و آب را افزایش میدهد. صدماتی مانند جراحیهای بزرگ

، سوختگیها، و آسیب دیدگیهای منجر به لهددگی همراه با تغییرات هورمونی میباشد که میتواند به نحو قابل ملاحظه‌ای بر سازگاری پس از بروز تنیدگی، به منظور حفظ یا ذخیره مجدد اندوخته‌های غذایی بدن، همچنین پیشبرد روند التیام و بهبودی، نیازهای تغذیه‌ای به نحو چشمگیری افزایش پیدا میکنند.

سوء استعمال الککل

الکل از طریق مکانیسمهای بیشماری میتواند مصرف موادی توسط بدن، و متعاقب آن نیازهای تغذیه‌ای را تغییر دهد. اثرات سمی الککل بر مخاط روده در جذب طبیعی مواد غذایی اختلال ایجاد میکند، از این رو، به سبب کاهش کارایی و قابلیت جذب روده احتیاجات غذایی افزایش مییابد.

مصرف دارو

داروهای زیادی هستند که قابلیت تاثیرگذاری بر احتیاجات غذایی را دارند. جذب مواد غذایی در اثر مصرف داروهای دچار تغییر میشود.

عوامل فرهنگی – اجتماعی و روانی

مذهب

پرستاران باید نسبت به محدودیتهایی که مذاهب در رابطه با رژیمهای غذایی تعیین کرده‌اند، آگاه باشند چرا که این محدودیتها میتوانند بر احتیاجات غذایی بیمار تاثیر گذارند پرستار باید نسبت به اعتقادات مذهبی بیمار آگاهی داشته باشد و از تاثیر این اعتقادات بر رژیم غذایی مطلع باشد. رژیمهای غذایی حلال و سایر رژیمهای خاص، در بیمارستانها، آسایشگاههای سالمندان، آسایشگاههای مخصوص بازنشنگان و در برنامه‌های نظیر توزیع غذاهای آماده قابل دسترسند.

مسائل اقتصادی

بودجه اختصاص داده شده برای تهیه غذا از سوی فرد نیز میتواند بر الگوها و انتخاب رژیم غذایی تاثیر گذارد. بالابودن هزینه مواد غذایی همراه با محدودیت قدرت خرید، میتواند کیفیت رژیم غذایی را پایین آورد.

عوامل روانی – اجتماعی

غذا در زندگی بیشتر افراد نقش چندگانه‌ای را ایفاء مینماید، یعنی علاوه بر ارضای حس گرسنگی و تامین مواد غذایی مورد نیاز بدن، میتواند انگیزه‌ای در برپایی جشنها و گردهماییهای اجتماعی به شمار آمده یا نوعی پاداش تلقی گردد. برخی افراد در خلال دوران تنش یا غم، برای نشان دادن اهمیت یا توجهی که به موضوع دارند یا برای

- ایجاد آسایش و اطمینان خاطر ، از غذاهای گوناگون استفاده میکنند اوقات صرف غذا میتواند ، یادآورد مباحث خانوادگی و لحظات لذت بخش و شادیاور باشد. برای برخی افراد خوردن غذا ، تداعی کننده نزاعها و کشمکش - هاست یا ممکن است تنهایی و انزوای آنها را به یادآورد به همین دلیل از خوردن غذا امتناع میکنند .

عوامل فرهنگی

تنوع مواد غذایی در میان گروههای فرهنگی یا قومی ،معمول میباشد . گوناگونی و انتخاب مواد غذایی مختص هر گروه بوده و نمایانگر باورها و عادات شخصی است . فرهنگ بر این مسائل که چه چیز باید خورده شود ، غذا چگونه آمادهشود و کدام ترکیبات غذایی مجاز برای مصرف هستند ،تاثیر میگذارد .

افزایش میزان مصرف غذا

چاقی ، از نظر جسمی ، روحی و اجتماعی ، مشکل جدی در رابطه با سلامت به شمار میآید .مصرف بیش از حد کالری یا کاهش مصرف انرژی ،سبب میشود تا تراز کالری مثبت گردد و همین امر منجر به افزایش تدریجی وزن خواهد شد. بالا رفتن میزان وزن نیز به نوبه خود موجب افزایش خطر بروز مشکلات بیشمار پزشکی ، افزایش خطرات مربوط به عمل جراحی ،افزایش عوارض مربوط به دوران حاملگی ، و مرحله درد و زایمان ،و افزایش ناخوشی و مرگ و میر میگردد(۱).

سرو کردن غذا

بعد از ارایه اطلاعات مختصر و کلی و با کسب دانش در زمینه ی تغذیه ی بیماران به روش های عملی این مهم پرداخته می شود.

هدف :

آماده کردن بیمار برای غذا خوردن

وسایل لازم :

سینی محتوی غذای دستور داده شده

طریقه عمل :

۱ - جریان عمل را برای بیمار شرح دهید.

۲ - بیمار را آماده کنید.

الف: در صورت لزوم به بیمار لگن یا لوله ادرار بدهید.

ب: دستهای بیمار را بشوئید.

ج: در صورت امکان سر تخت را بالا بیاورید.

د: نور داخل اتاق را تنظیم نموده، هوای اتاق را تهویه کنید.

ه: ارتفاع میز را در حد مناسبی قرار داده آن را تمیز نموده، از وسایل اضافی خالی کنید.

۳ - دستهای خود را بشوئید.

۴ - سینی غذای بیمار را بر روی میز قرار دهید.

۵ - یک بار دیگر نوع غذای بیمار را کنترل نمائید. دقت کنید که :

الف: تمام وسایل لازم موجود باشد.

ب: دستمال سفره و یک لیوان آب خنک موجود باشد.

ج: غذاهای گرم یا سرد در درجه حرارت مناسب خود باقی مانده باشد.

۶ - میز غذا را در محل مناسبی نزدیک به بیمار قرار دهید.

۷ - در صورت لزوم در تکه کردن گوشت، نان و یا پوست کندن میوهها به بیمار کمک کنید.

۸ - پس از اینکه بیمار غذای خود را خورد سینی را برداشته در صورت لزوم مقدار مایعات خورده شده و نوع

اشتهای بیمار را گزارش و ثبت کنید.

۹ - بیمار را در وضع راحتی قرار دهید.

توجه :

۱ - در مواردی که بیمار از نظر جسمی و یا روانی ناراحت بوده و یا به تازگی درمان به خصوصی برای او انجام

شده است غذا دادن به او را به تاخیر بیندازید.

۲ - هرگز بیمار را وادار به تند غذا خوردن نکنید.

غذا دادن به بیمار

هدف :

کمک کردن به بیمارانی که قادر نیستند به تنهایی غذا بخورند.

وسایل لازم :

سینی محتوی غذای دستور داده شده

طریقه عمل :

۱ - مراحل یک تا پنج از روش قبل را انجام دهید.

۲ - سینی غذای بیمار را در محل مناسبی نزدیک به خود طوری قرار دهید که بیمار بتواند غذای درون آن را ببیند.

۳ - چنانچه بیمار در وضعیتی است که نمیتواند غذا را ببیند نوع غذای و محتوی سینی را برای او شرح دهید.

۴ - دستمال سفره را در زیر چانه بیمار قرار دهید.

۵ - غذا را مطابق میل بیمار به او بخورانید :

الف: اگر بیمار میتواند از دستهایش استفاده کند بگذارید تا نان و غیره را خود به دست گرفته و در دهان بگذارد.

ب: از قاشق و چنگال برای خوراندن مود غذائی واز نی برای نوشانیدن مایعات استفاده کنید.

ج: غذا را متناوباً به او بخورانید.

د: غذا را در لقمه‌های کوچک در دهان بیمار قرار دهید.

ه: در فواصل غذا دادن، چند جرعه‌های مایعات به بیمار بنوشانید.

و: به بیمار فرصت دهید که غذا را کاملاً جویده و فرو دهد. در غذا دادن عجله نکنید.

ز: در ضمن غذا دادن به بیمار، صحبت‌های متفرقه نکنید و او را مشغول نگذارید.

ح: غذا دادن را ادامه دهید تا بیمار کاملاً سیر شود.

۶ - وقتی مطمئن شدید که بیمار سیر شده است سینی و دستمال سفره را بردارید.

۷ - بیمار را در وضع راحتی قرار دهید بدین ترتیب که :

الف: دستهای بیمار را بشوئید.

ب: توجه لازم از دهان و دندان بیمار به عمل آورید.

ج: تخت بیمار را مرتب کنید.

د: زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.

۸ - مقدار غذا و مایعات خورده شده را گزارش و ثبت کنید.

طریقه گذاشتن سند معده

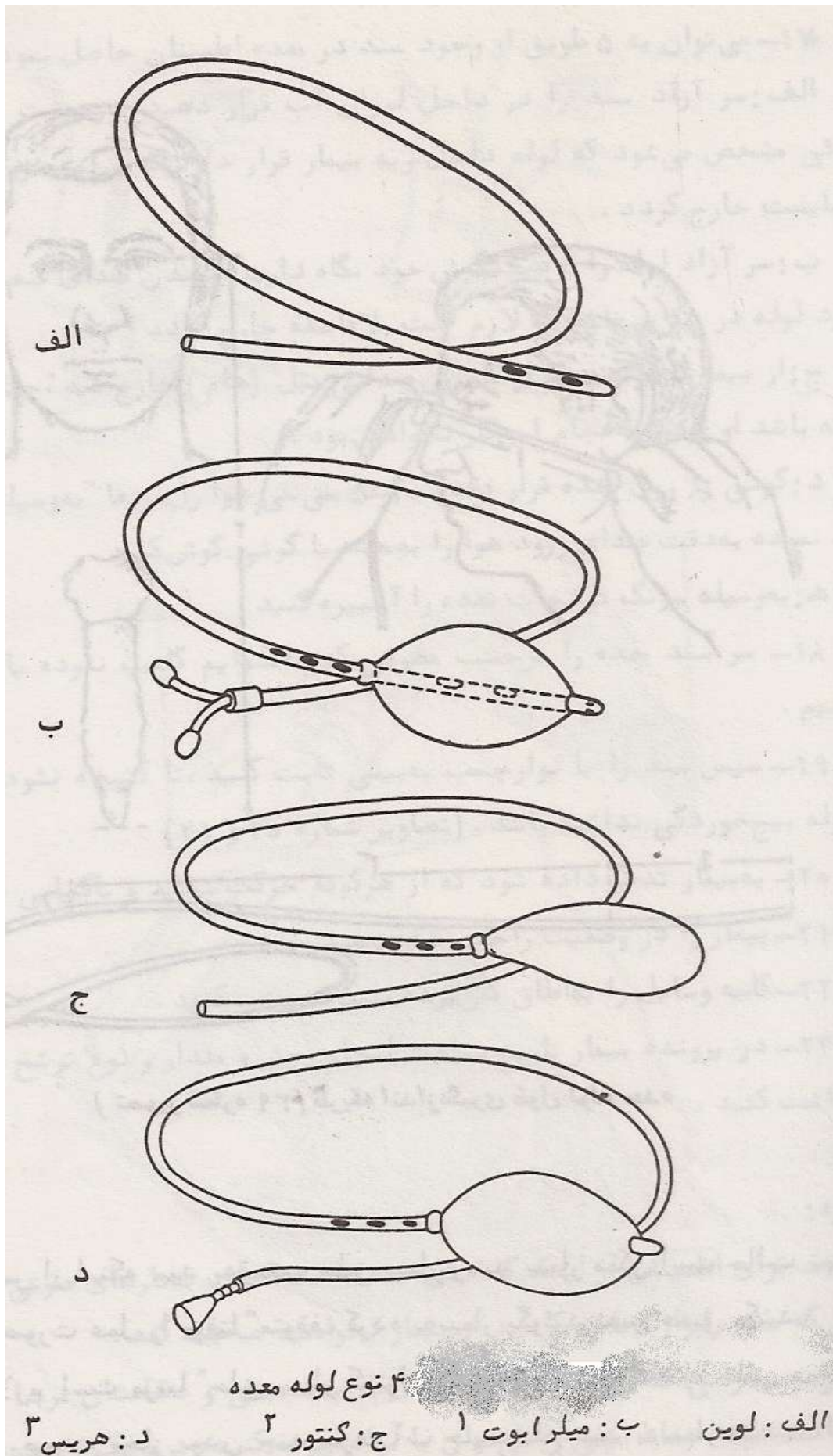
بهتر است بدانیم قرار دادن سوند معده را همکاران پرستار انجام می دهند اما جهت کمک اصولی و بهتر به انجام این پروسیجر لازم است همه ی مراحل توضیح داده شود.

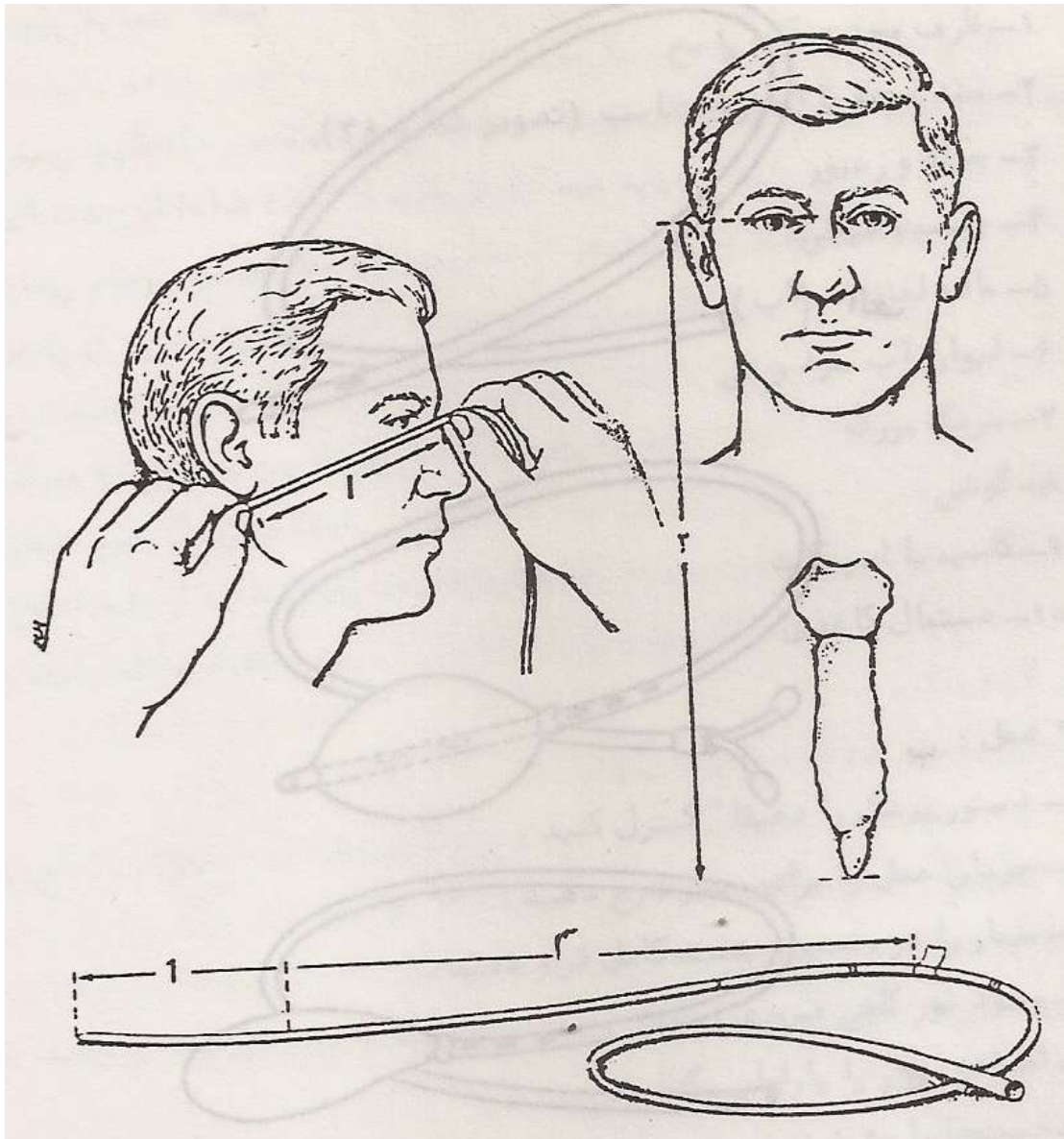
هدف:

- ۱- خالی کردن ترشحات معده
- ۲- انجام آزمایشات تشخیصی
- ۳- کشیدن یا شستشوی محتویات معده
- ۴- فراهم کردن راهی برای رسانیدن غذا، دارو و مایعات به بیمار

وسایل لازم:

- ۱ - ظرف محتوی آب یا یخ
- ۲ - سند معده با اندازه متناسب
- ۳ - حوله و رسیو
- ۴ - چسب و قیچی
- ۵ - ماده لغزنده (آب)
- ۶ - لیوان آب سرد و نی
- ۷ - سرنگ بزرگ





طریقه ی اندازه گیری طول لوله ی معده

۸ - گوشی

۹ - کلمپ

۱۰ - دستمال کاغذی

طریقه عمل :

- ۱ - دستور پزشک را دقیقاً کنترل کنید.
- ۲ - جریان عمل را برای بیمار شرح دهید.
- ۳ - بیمار را در وضعیت نشسته کامل قرار دهید.

- ۴ - وجود نور کافی ضروری است.
- ۵ - اطراف بیمار را پاراوان بگذارید.
- ۶ - دستها را بشوئید.
- ۷ - سند معده را از نظر باز بودن و سالم بودن کنترل نماوید و به مدت ۱۵ دقیقه در ظرف آب یخ قرار دهید.
- ۸ - حوله را بر روی سینه و شانه بیمار بیاندازید.
- ۹ - سپس سند را از فرورفتگی بینی تا نرمه گوش بیمار و از نرمه گوش تا انتهای تحتانی جناغ سینه اندازه بگیرید. در این صورت طول لوله‌های که میبایست درون مری بیمار قرار گیرد، به دست خواهد آمد. محل تعیین شده را با چسب علامت بگذارید.
- ۱۰ - سپس سند را حدود ۲۰-۱۵ سانتیمتر با آب مرطوب کنید.
- ۱۱ - انتهای سند را درون دست خود جمع کنید.
- ۱۲ - سپس با توجه به انحناهای طبیعی بین بینی و معده سند را به آرامی از بینی وارد کنید.
- ۱۳ - پس از اینکه سند به قسمت حلق بیمار رسید بیمار ممکن است حالت تهوع پیدا کند، در این صورت عمل را موقتا متوقف کرده به بیمار بگوئید نفس عمیق بکشد.
- ۱۴ - لازم است مرتبا حلق بیمار کنترل گردد تا سند در ناحیه حلق جمع نشود.
- ۱۵ - در صورت مجاز بودن چند جرعه آب جهت بلع سند به بیمار بدهید. این عمل را تکرار کنید تا سند کاملا به پائین رانده شود.
- ۱۶ - چنانچه بیمار دچار سرفه، تغییر رنگ پوست و ناراحتی تنفسی شود، باید بلافاصله سند را خارج کنید، چون سند درون ریه قرار گرفته است.
- ۱۷ - می توان به ۵ طریق از وجود سند در معده اطمینان حاصل نمود :
- الف: سر آزاد سند را در داخل لیوان آب قرار دهید. در صورت خروج حبابهای هوایی مشخص میشود که لوله داخل ریه بیمار قرار دارد که در این صورت لوله بلافاصله میبایست خارج گردد.
- ب: سر آزاد لوله را نزدیک گوش خود نگاه دارید شنیدن صدای تنفسی نشان دهنده وجود لوله در ریه میباشد که لازم است بلافاصله خارج گردد.

ج: از بیمار بخواهید که از گلوی صدایی مثل (هام) خارج کند ، چنانچه در ریه قرار گرفته باشد او قادر به انجام این کار نخواهد بود.

د: گوشی را روی معده قرار داده ۵-۱۰ سیسی هوا را سریعاً به وسیله سرنگ در سند وارد نموده به دقت صدای ورود هوا را به معده با گوشی گوش کنید.

ه: به وسیله سرنگ ترشحات معده را آسپیره کنید.

۱۸ سر سند معده را بر حسب مصرفی که داشتهایم کلمپ نموده یا به ساکشن وصل میکنیم.

۱۹ سپس سند را با نوار چسب به بینی ثابت کنید ، تا کشیده نشود. باید دقت شود که لوله پیچ خوردگی نداشته باشد.

۲۰ به بیمار تذکر داده شود که از هرگونه حرکت شدید و ناگهانی خودداری کند.

۲۱ بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.

۲۲ کلیه وسایل را به اطاق کار برده ، تمیز و مرتب کنید.

۲۳ در پرونده بیمار تاریخ ، ساعت انجام روش و مقدار و نوع ترشح معده را دقیقاً یادداشت کنید.

تبصره :

۱ - برای اطمینان از اینکه گذاشتن سند باعث آسیب به تارهای صوتی نشده باشد در زمانی که سند را وارد معده کردید از بیمار بخواهید صحبت کند.

۲ - بیمارانی که سند معده دارند لازم است بینی و دهانشان مرتباً تمیز و مرطوب نگهداشته شود. مخاط بینی را میتوان با مواد چرب کننده نرم نگهداشت.

۳ - گاهی سند معده را از راه دهان میگذارند. در این صورت روش تفاوتی ندارد فقط در مورد اندازهگیری است که طول لوله از دهان تا انتهای تحتانی جناغ سینه میباشد. معمولاً حالت تهوع در این روش بیشتر است. گاهی طول لوله از دهان یا بینی تا ناف در نظر گرفته میشود.

غذا دادن به وسیله سند معده

هدف :

۱- رساندن غذا به بیمار از راه سند

۲- دادن مایعات یا دارو

وسایل لازم :

۱ - حوله

۲ - رسیور

۳ - سرنگ

۴ - قیف در صورت نیاز

۵ - یک لیوان آب با درجه حرارت معمولی

۶ - ظرف محتوی غذا و یا داروی دستور داده شده، درجه حرارت غذا بایستی در حد درجه حرارت اطاق باشد.

طریقه عمل :

۱ - وسایل آماده شده را کنار تخت بیمار بیاورید.

۲ - جریان عمل را برای بیمار شرح دهید.

۳ - در صورت امکان او را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید، دستها را بشوئید.

۴ - انتهای لوله را در داخل رسیور قرار دهید، در حالی که لوله را با انگشتان دست مسدود نموده اید کلمپ آن

را بردارید.

۵ - سرنگ را به سند معده وصل نموده مقداری از محتویات معده را درون سرنگ بکشید (این عمل جهت

اطمینان حاصل نمودن از وجود سند در معده لازم است انجام شود)

۶ - پس از اطمینان از اینکه سند در معده میباشد قیف یا سرنگ را به سرلوله ثابت کنید.

۷ - مقدار مناسبی آب به معده وارد کنید. (برای اطمینان حاصل نمودن از تمیز بودن لوله).

۸ - قبل از خالی شدن قیف یا سرنگ محلول غذائی را با درجه حرارت مناسب به تدریج درون قیف یا سرنگ

بریزید.

- ۹ - در تمام مدت قیف یا سرنگ را پر از محلول نگهدارید. چنانچه مایعات با سرعت وارد معده میشوند، با فشار ملایمی به جدار سند، سرعت ورود محلول را کنترل کنید.
- ۱۰ قبل از اینکه محلول تمام شود، مقدار مناسبی آب به درون قیف یا سرنگ بریزید تا لوله شستشو داده شود.
- ۱۱ لوله معده را با فشار انگشتان مسدود نموده قیف یا سرنگ را از انتهای آن جدا کنید.
- ۱۲ قیف را درون رسیور بگذارید و انتهای لوله را با کلمپ مسدود کنید.
- ۱۳ توجه کنید که لوله در محل خود ثابت باشد.
- ۱۴ وسایل را جمع آوری نموده، بیمار را در وضع راحتی قرار دهید.
- ۱۵ پس از شستن وسایل با آب و صابون آنها را خشک نموده در محل مخصوص به خود قرار دهید.
- ۱۶ در پرونده بیمار نوع و مقدار غذا، مایعات و یا داروی تجویز شده را یادداشت کنید.

تبصره :

- ۱ - چون این بیماران از راه دهان غذا نمیخورند، شستشوی مخصوص دهان هر ۴ ساعت یکبار ضروری می باشد.
- ۲ - مقدار آبی که قبل و بعد از هر بار گاوآژ به بیمار داده میشود، بر حسب وضعیت جسمانی، سن و نوع بیماری او تعیین میشود ولی بهطور معمول در بالغین بین ۵۰-۳۰ میلیلیتر آب میتوان از راه سند به بیمار داد.

شستشوی معده

هدف :

- ۱ - خارج کردن سموم جذب نشده از معده
- ۲ - تشخیص خونریزی معده و متوقف نمودن آن
- ۳ - تمیز کردن معده قبل از انجام روشهای اندوسکوپی
- ۴ - خارج کردن مایعات یا مواد جامد از معده

وسایل لازم :

- ۱ - لوله دهانی - معدی مخصوص لاواژ که قطر آن با توجه به سن و جثه بیمار تعیین میشود (مثل لوله اوالد)
- ۲ - سرنگ شستشویی بزرگ همراه با رابط آن
- ۳ - قیف پلاستیکی بزرگ به همراه رابط برای ثابت نمودن به سر لوله
- ۴ - ماده نرم کننده محلول در آب
- ۵ - آب ساده یا ماده ضد سم مناسب (مثل شیر، محلول نمکی، محلول جوش شیرین، آب میوه)
- ۶ - سطل برای مواد خارج شده
- ۷ - وسیله باز کردن دهان، لوله‌های بینی - تراشهای یا لوله داخل نای همراه با نوار بادی
- ۸ - ظرف برای جمع آوری نمونه‌ها

طریقه عمل :

- ۱ - دندان مصنوعی و مواد موجود در دهان را خارج کنید.
- ۲ - فاصله بین پل بینی و زائده انتهای جناغ سینه را اندازه گرفته و با خودکار ضد آب یا چسب روی لوله علامت بگذارید.
- ۳ - سر لوله را با آب یا ماده نرم کننده محلول در آب لغزنده سازید.
- ۴ - چنانچه بیمار در حالت اغماء میباشد میبایستی به وسیله لوله‌های بینی تراشهای و یا لوله داخل نای که دارای نوارهای بادی است راه تنفسی را باز نگهداشت.
- ۵ - بیمار را روی پهلوی چپ بخوابانید به طوری که سر، گردن و تنه در یک خط مستقیم قرار گیرند.
- ۶ - در حالی که سر در وضعیت طبیعی قرار دارد، لوله را از طریق دهان (یا بینی) وارد کنید. لوله را تا جایی که چسب زده بودید و یا به اندازه ۵۰ سانتیمتر وارد کنید. پس از وارد شدن لوله لاواژ، سر تخت را پائین بیاورید. در صورت لزوم ساکشن را برای استفاده در دسترس قرار دهید.
- ۷ - به طریقی که در روش گاوآژ (لوله گذاری معده) آموخته‌اید، از قرار گرفتن لوله در معده اطمینان حاصل کنید.
- ۸ - مقداری از مواد موجود در معده را با سرنگ آسپیره کنید و نمونه را برای انجام آزمایشات لازم حفظ کنید.
- ۹ - سرنگ را برداشته یک قیف و یا سرنگ ۵۰ میلیلیتر را برای وارد نمودن محلول لاواژ به لوله معده وصل کنید. حجم مایعی که برای لاواژ استفاده میکنید باید محدود و کم باشد.

۱۰ قیف را تا حد سر بیمار بالا آورده و ۲۰۰-۱۵۰ میلی لیتر از محلول تجویز شده را درون آن بریزید.

۱۱ قیف را پائین آورده و اجازه دهید مواد داخل معده به داخل سطل تخلیه شود.

۱۲ مواد برگشتی حاصل از دو شستشوی اول را جهت نمونه نگهدارید.

۱۳ عمل را آنقدر ادامه دهید که مواد برگشتی کاملاً تمیز و شفاف باشد.

۱۴ برای تکمیل عمل لاواژ :

الف: ممکن است معده خالی گذاشته شود.

ب: بنابه تجویز پزشک ممکن است معده از مواد دستور داده شده با توجه به هدفی که از لاواژ داریم پر شود.

۱۵ خارج کردن لوله از معده با در نظر گرفتن نکات زیر انجام میشود :

الف از ایجاد فشار بر روی لوله که موجب انسداد آن میشود در هنگام خروج خودداری کنید.

ب: لوله را در حال ساکشن از معده خارج کنید (این امر موجب میشود ترشحاتی که در مسیر لوله قرار گرفته است

خارج گردد).

۱۶ پس از اتمام روش دستورات تجویز شده توسط پزشک را اجرا کنید.

غذا دادن به وسیله گاستروستومی (لوله معده)

هدف :

۱. رسانیدن غذا به بیمار از راه لوله معده

۲. دادن مایهات و یا دارو از طریق گاستروستومی

وسائل لازم :

سینی محتوی لوازم زیر :

۱. رسیور

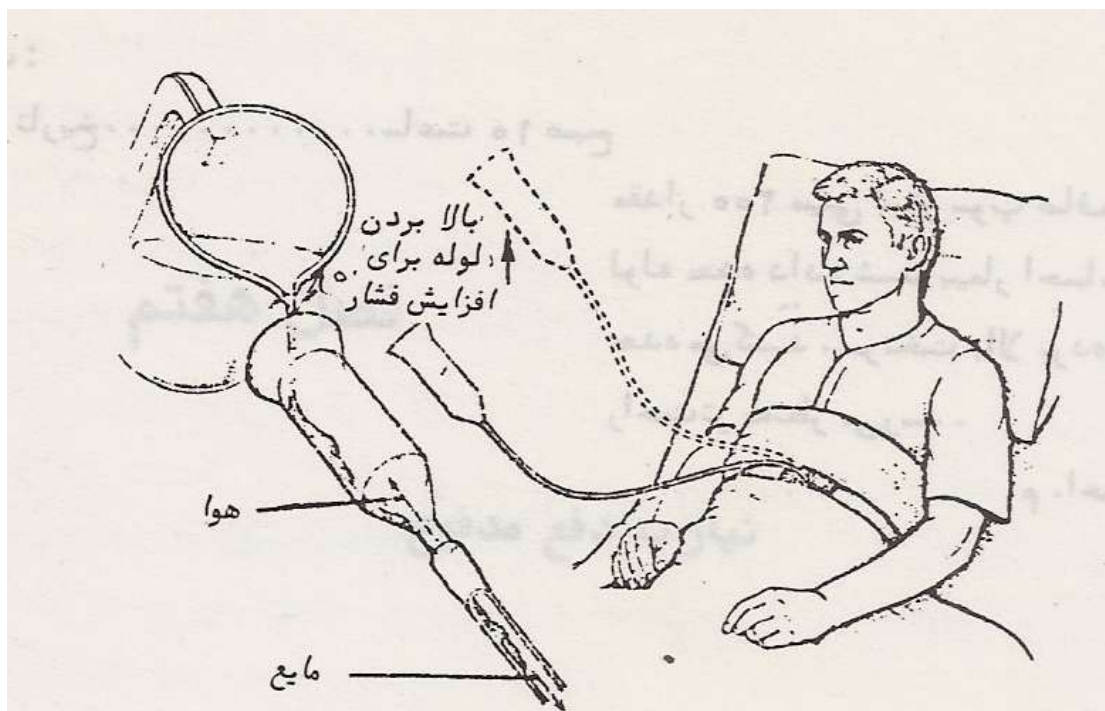
۲. قیف و یا سرنگ اسپتو

۳. لیوان و یا ظرف محتوی آب

۴. ظرف یا پارچ محتوی غذای دستور داده شده و یا دارو و مایعات

طریقه عمل :

- ۱ - دستور پزشک را یکبار دیگر کنترل کنید.
- ۲ - غذا، دارو و یا مایعات دستور داده شده را تهیه کنید. (معمولا مایع آماده شده در یخچال نگهداری میشود).
- ۳ - پارچ و یا ظرف محتوی محلول غذاوی را در ظرف محتوی آب گرم بگذارید تا گرم شود، حرارت محلول را با ریختن کمی از آن در قسمت داخلی مچ کنترل کنید. درجه حرارت محلول باید در حد درجه حرارت اطاق باشد.
- ۴ - وسائل و غذای آماده شده را به اطاق بیمار ببرید، در صورت لزوم جریان عمل را برای بیمار شرح دهید، در صورت امکان سر تخت را بالا آورده و بیمار را در حال نیمه نشسته قرار دهید.
- ۵ - پوشش روئی بیمار را تا ناحیه کمر تا بزنید.
- ۶ - کلمپ را باز کنید، لوله را با انگشت دست محکم گرفته درون رسیور نگاه دارید.
- ۷ - در حالی که هنوز لوله گاستروستومی را با انگشتان دست محکم گرفتهاید قیف و یا سرنگ اسپتو را به سر لوله وصل کنید.
- ۸ - قیف را به طرف بالا و مستقیم گرفته در حدود ۳۰ تا ۵۰ میلی لیتر آب داخل آن کنید قبل از اینکه قیف خالی شود غذای دستور داده شده را به آهستگی درون قیف بریزید، در تمام مدت قیف را پر از محلول نگهدارید اگر چنانچه مایعات به سرعت داخل معده بیمار میشود با آوردن فشار به لوله محلول را کنترل کنید. غذا باید با نیروی ثقل وارد معده شود نباید غذا را با فشار وارد معده نمود.



طریقه ی تغذیه از راه لوله معده

- ۹ - قبل از اینکه محلول تمام شود مقدار ۳۰ تا ۵۰ میلی لیتر آب وارد لوله کنید تا لوله شسته شود.
- ۱۰ - لوله گاستروستومی را محکم با انگشتان گرفته و کیف را از سر لوله جدا کنید و در رسیور بگذارید سپس کلمپ را سر لوله قرار دهید.
- ۱۱ - پس از کامل شدن تغذیه به مدت ۱/۲ ساعت تخت را انکی بالا نگهدارید تا به هضم غذا کمک شود.
- ۱۲ - چنانچه بیمار احساس تهوع و یا پر بودن معده را میکند ضمن مطلع نمودن پزشک مقدار غذا باید کم شود.
- ۱۳ - وسائل را جمع آوری کرده ،لباس و تخت بیمار را مرتب کنید و او را در وضع راحتی قرار دهید.
- ۱۴ - وسائل را به اطاق نظافت برده پس از شستشو خشک نموده و در جای مخصوص قرار دهید.
- ۱۵ - در پرونده بیمار نوع ، مقدار غذا ، مایعات یا داروی داده شده را بنویسید.

تبصره :

- ۱ - از آسپیره کردن لوله گاستروستومی باید شدیداً خودداری شود(۳).

منابع مورد استفاده :

- ۱ - تایلور، کارول. اصول پرستاری تایلور، مفاهیم پرستاری، مترجمین دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران - بشری، ۱۳۷۵
- ۲ - موسوی، ملیحه سادات، علیخانی، مریم. روش های پرستاری بالینی، تهران: شهرآب، ۱۳۸۹.
- ۳ - حیدری، شیوا و همکاران. کمک بهیاری. تهران: معاونت فنی نظام پرستاری. ۱۳۸۹.
- 4 . www.critcaremd.com
5. www.myicucare.org/Critical_Care_Team
6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11863143
7. www.tju.edu/jmc
8. www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php?site=neurocritical
9. www.stonybrooksurgery.org
10. libraries.umdj.edu/camlbweb/hrc/critical