بسم الله الرحمن الرحيم

مراقبت‌های پرستاری از بیمار

فاطمه منتظری، دکتر امید شکرانی

سرشناسه: منتظری، فاطمه، ۱۳۲۸

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای مراقبت از بیمار(ویژه بیماران در منزل)/ نویسندگان: فاطمه منتظری، امید شکرانی.

مشخصات نشر: اصفهان: انتشارات مانی، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری: ۷۰ ص.: مصور، رنگی،

شابک: ۹۷۸-۶۰-۱۸۴-۲۶۶-۵

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

موضوع:پرستاری در خانه

Home nursing

بیماران- مراقبت‌های خانگی

Sick- Home care

بیماران- مراقبت

Care of the sick

رده‌بندی کنگره: RT۱۲۰

رده‌بندی دیویی: ۶۱۰/۷۳۴۳

شماره کتابشناسی ملی: ۸۸۶۶۲۱۱

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

مکسا

موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان

عنوان کتاب راهنمای مراقبت از بیمار(ویژه بیماران در منزل)

نویسندگان فاطمه منتظری - دکتر امید شکرانی

ناشر انتشارات مانی

شابک ۹۷۸-۶۰۰-۱۸۴-۲۶۶-۵

نوبت و سال چاپ اول

تیراژ ۱۰۰۰جلد

قیمت ۶۰,۰۰۰ تومان

انتشارات مانی

اصفهان، صندوق پستی: ۳۹۶-۸۱۶۴۵

تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۸۳۴۰۵   ۰۳۱-۳۶۶۲۸۵۹۰

Email.: Maniipub@yahoo.com

مراقبت‌های پرستاری از بیمار

فهرست مطالب

مقدمه نویسندگان ۶
مراقبت‌های پرستاری از بیماران کم‌توان و ناتوان در منزل ۷
مراقبت های روانی ۷
مراقبت های جسمانی ۸
اندازه گیری درجه حرارت بدن ۹
اندازه‌گیری درجه حرارت بدن از راه دهان ۹
اندازه‌گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل ۱۰
اندازه‌گیری درجه حرارت بدن از راه مقعد ۱۱
اندازه‌گیری نبض ۱۱
اندازه‌گیری تنفس ۱۳
بدن شویه بیمار در تخت ۱۴
گرمای خشک و کیف آب گرم ۱۵
روش گذاشتن شیاف ۱۶
روش انجام تنقیه ۱۷
روش مراقبت از سوند و کیسه ادراری ۲۰
نیازهای بهداشتی مددجو ۲۱
شستشوی دهان ۲۱
شستشوی دهان بیمار بیهوش ۲۲
شستشوی سر ۲۳
تمیزکردن چشم‌ها ۲۵
ماساژ پشت ۲۵
زخم بستر ۲۷
مرتب‌کردن تخت بیمار ۳۰
مرتب‌کردن تخت بیمار از طریق "پهلو به پهلو ۳۰
مرتب‌کردن تخت بیمار از طریق " بالا به پایین" برای بیماران قلبی و ریوی ۳۲
انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار ۳۳
انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار با کمک یک نفر ۳۳
انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار با کمک دو نفر ۳۶
جابه‌جایی بیمار به وسیله صندلی ۳۷
راهنمای مراقبت از بیماران عفونی ۳۷

مقدمه نویسندگان

خداوندا مرا از شیرینی تندرستی، کامیاب فرما. همانا تویی که بدون سبب به نیکی رفتار می کنی و بدون استحقاق، نعمت بزرگ می‌بخشی و تویی بسیار بخشنده که عطایت تمام نمی‌شود و تویی دارای بزرگواری و احترام.

در این کتابچه، راهنمای مراقبت های پرستاری از بیماران به ویژه بیماران بستری در منزل با زبانی بسیار ساده و کاربردی مطرح شده است تا بتواند مورد استفاده ی مراقبان و حامیانی که در کنار بیماران هستند، قرار گیرد. به این امید که باعث تسهیل و ارتقا کیفیت مراقبت های پرستاری و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران عزیز در منزل گردد.

پیشاپیش از کاستی‌های احتمالی در این اثر پوزش خواسته و امیدواریم با رهنمودهای پویا و سازنده خویش راهنمای ما باشید. بر خود لازم می دانیم که از زحمات و حمایت های مدیر محترم مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) جناب آقای همایون ناجی، سرکار خانم مهرزاد مستأجران مسئول مددکاری و سرکار خانم سمیه پشم فروش مسئول روابط عمومی که در به ثمر رسیدن و چاپ این کتابچه ی راهنما ما را یاری نمودند، قدردانی و سپاسگزاری نماییم.

فاطمه منتظری– دکتر امید شکرانی
تابستان ۱۳۹۹

مراقبت پرستاری از بیماران کم‌توان و ناتوان در منزل

هدف:

حفظ توان جسمی، روحی و کاهش درد و رنج و عوارض ناشی از کم‌تحرکی و بی‌حرکتی با افزایش کیفیت زندگی

حوزه مراقبت: الف- روانی ب- جسمی

روش اجرا:

الف- مراقبت‌های روانی:

- کم‌توانی و یا ناتوانی ذهنی مادرزادی؛
- کم‌توانی و یا ناتوانی ذهنی غیر مادرزادی (در اثر حادثه یا عارضه)؛
- وضعیت روحی کنونی بیمار: خشمگین، با استرس، مضطرب، افسرده، احساس تنهایی، ناامید، عدم سازش با همراه و مراقب خود.

اقدام لازم:

ارجاع به روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور و متخصصان حوزهٔ مربوطه برای بیمار و یا همراه بیمار در صورت نیاز؛

> **نکتهٔ قابل توجه: مراقب و یا همراه بیمار باید به گونه‌ای رفتار کند که حس ترحم به بیمار منتقل نشود. بدین‌معنا که ما باید در کنار و همراه بیمار باشیم نه در مقابل آن.**

اجرای مراقبت‌های پرستاری از نظر روانی

مکان بیمار:

محیط مناسب برای بیمار باید تمیز و بدون بو باشد، دارای نور و روشنایی کافی و دور از سرویس بهداشتی و محل رفت و آمد زیاد، باشد.

لباس بیمار:

رنگ لباس بیمار می‌بایست روشن باشد. لباس باید جلو دکمه‌دار باشد تا به راحتی قابل تعویض باشد.

بهداشت

بستر بیمار:

بستر بیمار و اطراف آن می‌بایست تمیز و بدون بوی نامطلوب باشد.

بهتر است از تخت با شرایط زیر استفاده گردد:

تخت فلزی تا قابلیت ضدعفونی‌کردن داشته باشد، ارتفاع مناسب، قابلیت بالا و پایین‌بردن قسمت‌های مختلف تخت، داشتن نردهٔ حفاظ جهت ایمنی.

بهداشت فردی:

رعایت بهداشت مو، سر و صورت، چشم، دهان، دست و پا، ناخن و همهٔ بدن بیمار.

ب-مراقبت‌های جسمانی:

- معلولیت بدنی مادرزادی؛
- معلولیت بدنی غیر مادرزادی (در تعقیب حادثه، صدمه یا بیماری)؛
- بیماری جسمی کنونی.

الف- محدودیت حرکتی

بیمار را از نظر محدودیت‌های حرکتی دسته‌بندی کرده و مورد بررسی و مراقبت قرار می‌دهیم.

- تمام فعالیت‌ها را به خوبی انجام می‌دهد؛
- فعالیت‌های بیمار کاهش یافته و قادر به انجام تفریح و کارهای معمولی نیست؛
- محدودیت حرکتی دارد و در مواقع ضروری از تخت پایین می‌آید؛
- با کمک از تخت پایین می‌آید؛
- در تخت حرکت می‌کند و جابجا می‌شود؛
- کم‌توان است و با کمک در تخت جابجا می‌شود؛
- ناتوان است و جابجا نمی‌شود.

بعضی از موارد بالا ممکن است در اثر خستگی و سوء تغذیه، ناتوانی، ضعف عضلانی و مفاصل، درد، عوارض دارو و یا وخامت حال بیمار باشد.

ب- سطح هوشیاری

بیمار را از نظر سطح هوشیاری مورد بررسی و مراقبت قرار می‌دهیم.

- سطح هوشیاری کامل است؛
- سطح هوشیاری کم شده و گیج است (جواب سوالات، تکراری یا به صورت ناقص است)؛
- هوشیار نیست و حالت خواب آلودگی دارد و به سوالات پاسخ نمی‌دهد ولی با صدا زدن او، عکس‌العمل نشان می‌دهد و یا ناله می‌کند؛
- هوشیار نیست و حالت خواب‌آلودگی دارد و به سوالات پاسخ نمی‌دهد ولی با لمس یا گرفتن دست و پا، عکس‌العمل نشان می‌دهد و یا ناله می‌کند؛
- کاملاً بیهوش است و با لمس دست و پا، هیچ عکس العملی نشان نمی‌دهد.

مراقبت‌های پرستاری

- بهداشت محیط و بستر؛
- بهداشت بیمار: سر و صورت، چشم، دهان، مو، اندام‌های فوقانی و تحتانی؛
- در نظرگرفتن علائم حیاتی بیمار؛
- تغذیه بیمار (از نظر بلع جامد و مایع و اشتهای بیمار)؛

نکتهٔ ۱: مصرف غذا می‌بایست در محیطی با تهویهٔ مناسب و بدون بو باشد. بهتر است غذا در کنار دیگران و در ظروف متنوع غیرفلزی صرف شود. همچنین توصیه می‌شود غذا با حجم کم ولی در دفعات زیاد استفاده شود.

نکتهٔ ۲: پرتودرمانی و بعضی از داروهای شیمی‌درمانی عمدتاً باعث بی اشتهایی می‌شوند که در موارد شدید احتیاج به مصرف داروهای اشتهاآور دارند.

- اجابت مزاج: یبوست و اسهال، رنگ و حجم یبوست می‌توانند باعث بی‌اشتهایی شود. لذا درمان مناسب در افزایش اشتهای بیمار اثر دارد؛
- کنترل محل‌های حساس به زخم بستر و بررسی پوست بیمار بطور روزانه؛
- لازم به ذکر است که می‌بایست قبل و بعد از هر اقدامی برای بیمار، دست‌ها شسته شود. قبل از شروع هر اقدامی به بیمار توضیح داده شود و سپس مراقبت‌ها را شروع کنیم.

اندازه گیری درجه حرارت بدن

هدف: تعیین درجه حرارت پایه برای مقایسه با سنجش دمای بعدی، تعیین اختلال درجه حرارت بدن، ارزشیابی عکس العمل به درمان‌های انجام شده

اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان:

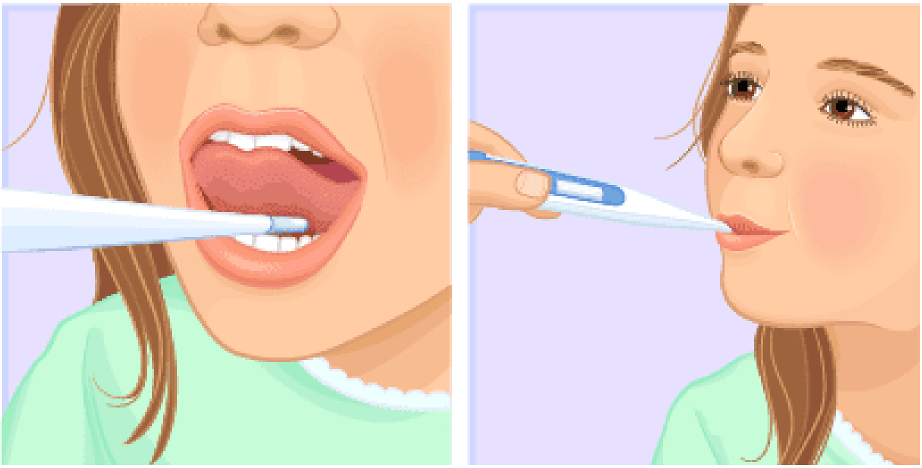
موانع احتمالی: بیماران روانی، بچه‌ها، افراد سالمند، بیهوش، تشنج، کسانی که زخم در دهان دارند.

روش اجرا:

- قبل از هر اقدامی، از بیمار سوال شود چای یا آب سرد نخورده باشد، سیگار نکشیده باشد. در غیر این صورت ۱۵ دقیقه صبر کنیم.
- اگر دماسنج در محلول ضد عفونی است آن را برداشته و زیر آب سرد بشویید. سپس آن را از قسمت مخزن جیوه با حرکات چرخشی خشک کنید (ممکن است دماسنج به صورت تمیز وآماده استفاده نگه داری شود).
- در حالی که دماسنج را جلوی چشم خود و پشت به نور به آرامی می‌چرخانید، سطح جیوه آن را بخوانید. اگر جیوه بالاتر از ۳۵ درجه سانتی گراد بود، دماسنج را محکم گرفته به طوریکه دست شما با قسمت جیوه‌ای آن تماس نداشته باشد و مچ خود را به سمت پایین تکان دهید تا اندازه آن به زیر ۳۵ برسد.

● از بیمار بخواهید دهانش را باز کند. سپس دماسنج را زیر زبان قرار دهید و از او بخواهید دماسنج را با بستن لب‌هایش نگه دارد. به او گوشزد کنید دماسنج را گاز نگیرد. اجازه دهید دماسنج به مدت ۳ دقیقه در دهان بیمار باقی بماند.

● سپس دماسنج را ازدهان بیمار بیرون آورده و در صورت لزوم آن را با پنبه از سمت تمیز دماسنج به سمتی که در دهان بیمار بوده است، خشک کرده و سپس آن را بخوانید.



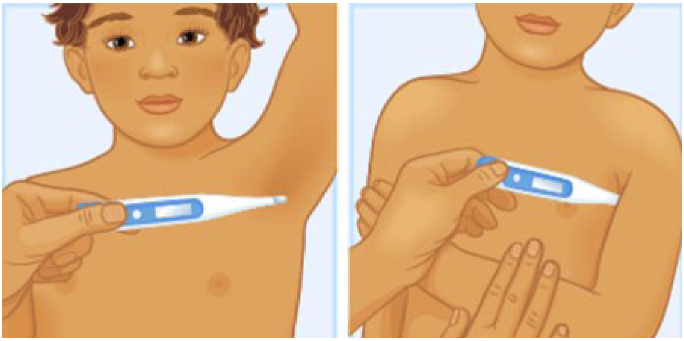
اندازه گیری درجهٔ حرارت بدن از راه زیر بغل:

موانع احتمالی: دست بیمار شکسته یا زخم در زیر بغل داشته باشد.

روش اجرا:

به بیمار کمک کنید در وضعیت طاق باز یا نشسته قرار گیرد؛

● زیر بغل بیمار را تمیز و خشک کنید؛



• دماسنج را در مرکز زیر بغل بیمار قرار دهید و دستش را روی سینه‌اش بگذارید. دماسنج را به مدت ۱۰ دقیقه در محل نگه دارید (برای کودکان پنج دقیقه کافی است)؛
• در صورت مقایسهٔ درجهٔ حرارت زیر بغل با دهان، تفاوت آن نیم درجه است که زیر بغل کمتر از دهان نشان می‌دهد و باید نیم درجه به دمای خوانده شده از زیر بغل اضافه کرد.

اندازه گیری درجهٔ حرارت بدن از راه مقعد:

موانع احتمالی: بواسیر، اسهال، بیماران قلبی، عمل جراحی یا زخم در رکتوم (مقعد)
روش اجرا:
• به بیمار کمک کنید در وضعیت نیمه دمر (خوابیده به پهلو و مایل به شکم به طوری که کامل بر روی شکم قرار نگیرد) قرار گیرد و پای رویی خود را خم کند؛

• بیمار را به طرف چپ بخوابانید. مادهٔ نرم‌کننده مثل وازلین، ژل یا روغن را روی گاز یا پنبه ریخته و انتهای دماسنج را به آن آغشته نمایید؛

• با دست غیر مسلط باسن بیمار را از هم جدا تا مقعد در معرض دید قرار گیرد. از بیمار بخواهید تا به آهستگی نفس بکشد و خود را شل کند. به آرامی دماسنج را به سمت ناف وارد مقعد کنید (در بزرگسالان ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی متر، در اطفال ۲/۵ سانتی‌متر، در نوزادان ۱/۲۵ سانتی‌متر)؛

• دماسنج را به مدت یک تا دو دقیقه در محل نگهدارید.

اندازه گیری نبض

نبض: موجی از خون است که در اثر ورود خون به سرخرگ‌ها پس از هر ضربان قلب ایجاد می‌شود. نبض را می‌توان هر جایی که سرخرگ از روی استخوان رد می‌شود مانند مچ دست، گردن و کشالهٔ ران احساس کرد.
تعداد ضربان نبض با تعداد ضربان قلب مساوی است و به سن، میزان فعالیت بدنی و جثهٔ افراد بستگی دارد.
کسانی که سن پایین‌تر، میزان فعالیت بدنی بالا و جثهٔ کوچک دارند، ضربان قلبشان بیشتر است. ضربان قلب یک انسان بالغ سالم بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه می‌زند.
هدف:
دستیابی به اطلاعات پایه‌ای در مورد نبض، سنجش و مقایسهٔ وضعیت بیمار با اطلاعات پایه، ارزیابی عکس‌العمل بیمار به درمان و درد.

وسیله:

- ساعت دارای عقربه ثانیه شمار

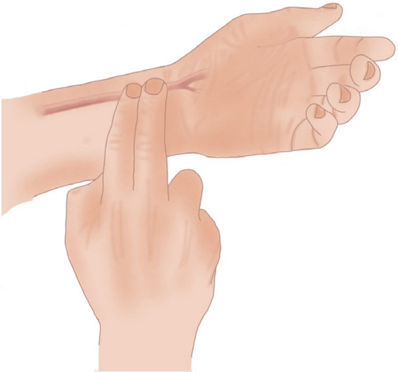
روش اجرا:

- عواملی که بر تعداد نبض تاثیر می‌گذارند را ارزیابی کنید. توضیح دهید که تعداد نبض یا ضربان قلب ارزیابی می‌شود. مددجو را تشویق کنید تا آرام باشد و صحبت نکند.

> **محل‌های مختلفی برای گرفتن نبض وجود دارد. دو محل معمول پیدا کردن نبض به شرح زیر است:**

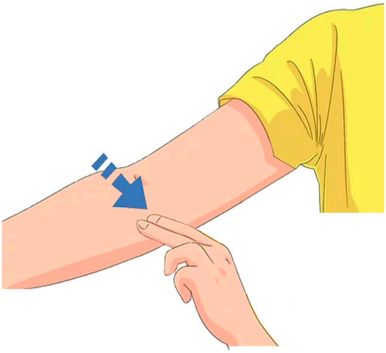
۱- گرفتن نبض رادیال:

در قسمت داخلی مچ دست مددجو در جهت شست قرار دارد.



۲- گرفتن نبض براکیال:

مکان آن بین بازو و ساعد، در طرفی که آرنج به آن سمت خم می‌شود، در چین آرنج است. اما برای گرفتن نبض نباید آرنج را خم کرد.



- به مددجو کمک کنید در وضعیت طاقباز یا نشسته قرار گیرد.
- اگر مددجو در حالت طاقباز است، ساعد وی را طوری در کنارش یا روی شکمش بگذارید که دستش هم‌سطح و هم‌ارتفاع با قلبش باشد و به طوریکه مچ باز باشد. اگر مددجو نشسته است آرنج او را ۹۰ درجه خم کرده و دست‌های او را روی صندلی یا دست خود قرار دهید.
- سر دو انگشت اشاره و انگشت وسطی دست خود را بر روی محل نبض رادیال (مچ)، همانطور که در شکل ۱ مشاهده می‌کنید و یا در محل نبض براکیال مطابق با شکل ۲ قرار دهید.
- فشار مختصر بر روی نبض وارد کرده تا در ابتدا نبض محو شود. سپس فشار را بتدریج بردارید تا جایی که نبض را حس کنید.
- بعد از اینکه توانستید نبض را احساس کنید، به عقربهٔ ثانیه شمار ساعت نگاه کرده و شروع به شمارش تعداد نبض در ۶۰ ثانیه نمایید. منظم بودن نبض‌ها یا نامنظم بودن آن‌ها را ارزیابی کنید.

اندازه‌گیری‌تنفس

هدف:

بررسی وضعیت تنفس افراد از نظر تعداد، کیفیت و ارزیابی تاثیر دارو و درمان‌های مربوط به تنفس.

- تعداد تنفس افراد بالغ بین ۱۲ تا ۲۰ عدد در دقیقه می‌باشد.
- تعداد حرکات تنفسی (دم و بازدم) به عوامل مختلفی مثل سن، جُثه و میزان فعالیت بدنی هر فرد بستگی دارد.
- ورزش و فعالیت بدنی بلافاصله قبل از اندازه‌گیری تنفس یا با فاصلهٔ کمی از آن، تعداد تنفس در دقیقه را افزایش می‌دهد.
- در هنگام استراحت تعداد تنفس کم‌تر می‌شود.

وسیله:

- ساعت دارای عقربه ثانیه شمار

روش اجرا:

- به مددجو کمک کنید در وضعیت راحتی قرار بگیرد. بهتر است در وضعیت نشسته یا خوابیده به طوری که سر تخت ۴۵ تا ۶۰ درجه بالاتر باشد، قرار بگیرد.
- اطمینان پیدا کنید سینهٔ مددجو قابل رویت است. اگر لازم است پوشش روی قفسهٔ سینهٔ بیمار را بردارید.
- دست مددجو را در وضعیت راحت بر روی شکم یا پایین سینه قرار بدهید و یا اینکه دست خود را به طور مستقیم روی قسمت فوقانی شکم او قرار دهید.
- یک سیکل تنفس کامل را مشاهده کنید (دم و بازدم).

- بعـد از مشـاهدهٔ ایـن سـیکل، بـه عقربـهٔ ثانیـه شـمار سـاعت نـگاه کـرده و شـروع بـه شـمارش تعـداد تنفـس در ۶۰ ثانیـه نماییـد.
- یـک بـار در حضـور پزشـک یـا پرسـتار تنفس را ارزیابـی کنیـد و اگـر گفتنـد طبیعـی است، آنـگاه تعـداد، ریتـم و عمـق آن را بـه عنـوان میـزان مبنـای تنفـس در نظـر بگیریـد.
- هـر بـار کـه تنفـس را ارزیابـی می‌کنیـد، سـرعت، ریتـم و عمـق تنفـس را بـا میـزان مبنـای تنفـس مددجـو مقایسـه کنیـد.
- در صـورت مقایسـه بـا تنفـس مبنـا و دریافـت یافته‌هـای غیرطبیعـی مـوارد را بـه پزشـک اطـلاع بدهیـد.
- در نهایت لباس مددجو و پوشش روی او را مرتب کنید.

بدن‌شویه بیمار در تخت

هـدف: پاییـن‌آوردن درجـهٔ حـرارت بـدن (تـب) بیمـار مواقعـی کـه بیمـار بـه داروهـای تـب بُـر جـواب نـداده اسـت.

چگونه تب را پایین بیاوریم؟

- در قـدم اول لبـاس فـرد تـب‌دار را سـبک و تـا حـد امـکان لبـاس نخـی و آزاد بـه وی بپوشـانید. دمـای اطـاق بایـد ملایـم باشـد.

- از فـرد تـب‌دار بخواهیـد کـه اسـتراحت کنـد و در صـورت نیـاز بـه پوشـش، فقـط از یـک ملحفـهٔ نـازک اسـتفاده کنـد.

وقتی بیمار تب بالای ۴۰ درجه دارد:

- دمای آب باید بین ۲۷-۳۷ درجه باشد؛
- اول بایـد از آب بـا دمـای ۳۷ درجـه سـانتی‌گراد اسـتفاده کـرد تـا بیمـار بـه طـور ناگهانـی دچـار شـوک نشـود سـپس در ادامـه از آب ولـرم ۲۹ درجـه سـانتی‌گراد جهـت پاییـن آوردن درجـهٔ حـرارت بـدن اسـتفاده کنیـد؛
- از آب سـرد بـرای بدن‌شـویه اسـتفاده نکنیـد. چـون آب سـرد موجـب انقبـاض و جمـع شـدن رگ‌هـا می‌شـود و تبـادل دمایـی را کاهـش می‌دهـد. در نتیجـه بـدن نمی‌توانـد حـرارت اضافـی خـود را از دسـت بدهـد؛
- هرگـز از الـکل بـرای بدن‌شـویه بـه خصـوص در کـودکان اسـتفاده نکنیـد چـون بـه راحتـی از طریـق پوسـت جـذب می‌شـود و ایجـاد مسـمومیت می‌کنـد؛
- دمـای طبیعـی بـدن ۳۶ تـا ۳۸ درجـه و دمـای بیشـتر از ۳۸ درجـه تـب حسـاب می‌شـود. دماهـای بـالای ۴۰ درجـه تهدیـد بزرگـی بـرای جـان انسـان اسـت؛
- آب سـرد و سـایر نوشـیدنی‌های سـرد بـه انـدازه زیـاد مصـرف کنیـد زیـرا تـب باعـث تبخیـر آب بـدن می‌شـود. همچنیـن تـب موجـب افزایـش تپـش قلـب می‌شـود کـه در افـراد مسـن

و بیماران قلبی عروقی موجب نگرانی می‌شود؛
- دمای آب برای نوزادان باید بین ۳۵ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد باشد. نباید درجهٔ حرارت را خیلی پایین آورد چون ممکن است باعث لرز بیمار شود؛
- لباس بیمار را در بیاورید. روی بیمار را با ملافه یا پتوی نازکی که آب را جذب می‌کند، بپوشانید. از آب ولرم ۲۷ تا ۳۵ درجه استفاده کنید؛
- دستمال یا گازها را با آب ولرم خیس نموده و فشار داده تا آب اضافی آن خارج شود. مکان‌هایی که می‌توانید دستمال یا گازهای مرطوب را روی آن بگذارید عبارتند از زیر بغل‌ها و کشالهٔ ران‌ها. به طور چرخشی هر ۵ دقیقه یکبار دستمال‌ها را مرطوب کرده و مجدداً در همان مکان‌ها قرار بدهید؛
- دست‌ها و پاها را با یک دستمال دیگر تا بالای مچ حداقل ۳ تا ۵ دقیقه اسپنج کنید و پشت باسن و کمر را ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و بدن شویه را به مدت ۲۵ تا ۳۰ دقیقه ادامه بدهید. هر زمان بیمار احساس سرما نمود و شروع به لرزیدن کرد، کار را متوقف کنید؛
- هر ۱۵ دقیقه درجه حرارت را کنترل کرده و اگر درجهٔ حرارت به ۳۸/۵ رسید، بدن‌شویه را متوقف کنید و درجه حرارت را ۳۰ دقیقه پس از انجام دوباره کنترل کنید؛
- پس از پایان بدن‌شویه بیمار را خشک کنید و لباس سبک و مناسب به وی بپوشانید.

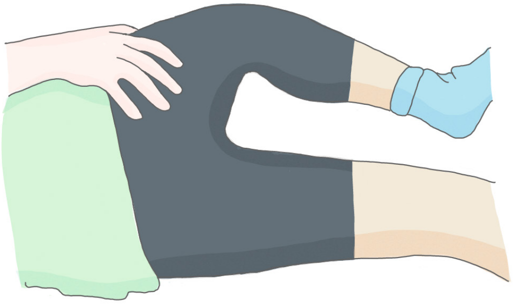
گرمای خشک، کیف آبگرم

هدف: بیمار را از نظر سن، سطح هوشیاری، تشخیص بیماری، میزان درد، میزان حرکات اعضای بدن، پوست از نظر رنگ، درجه حرارت، حساسیت به لمس، تاول و خشکی را بررسی کنید.

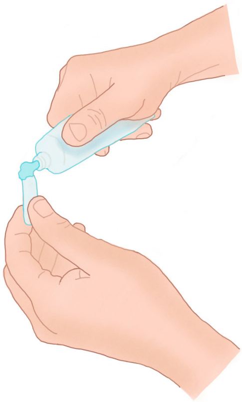
روش اجرا:
- قبل از پر کردن کیسه آبگرم را از نظر محکم بودن در و نشت نکردن آن کنترل کنید.
- حرارت آب باید برای کودکان ۴۰-۴۶ و برای سایرین ۴۶-۵۰ درجه باشد. نباید حرارت آن بیش از ۵۰ درجه باشد. نصف یا دو سوم کیسه را از آبّ پر کنید.
- در حالی که کیسه را روی سطح صافی مخالف بدن خود قرار داده اید، دهانه آن را پایین بیاورید و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار بدهید به طوری که آب به دهانه کیسه بیاید و هوای داخل آن خارج شود.
- سپس در کیسه را محکم ببندید.
- کیسه را وارونه کنید تا مطمئن شوید که درب آن محکم بسته شده است. سپس کیسه را خوب خشک کنید و پارچه‌ای روی آن بکشید و کیسه را به مدت ۳۰ دقیقه روی محل مورد نظر قرار بدهید و دقت کنید که دهانه کیسه آب گرم دور از بدن بیمار قرار بگیرد. هر ۵ تا ۱۰ دقیقه محل را از نظر درد، سوزش و یا قرمزی کنترل کنید.

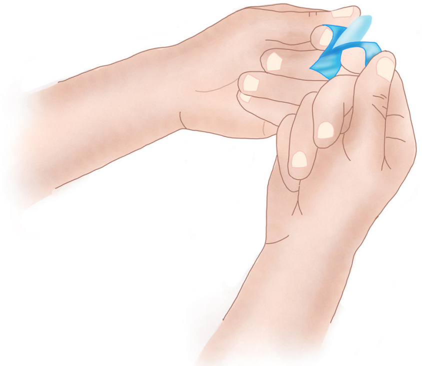
روش گذاشتن شیاف

• ابتدا دست‌ها را شسته و دستکش بپوشید. سپس بیمار را در وضعیت نیمه دمر (خوابیده به پهلو و مایل به شکم، به طوری که کامل بر روی شکم قرار نگیرد) قرار بدهید؛



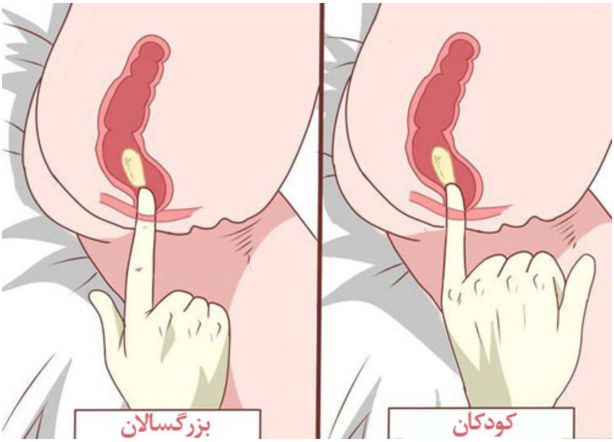
• شیاف را از پوشش آن خارج کرده و انتهای گرد آن را به ژل آغشته کنید؛





• از بیمار بخواهید با تنفس آهسته و عمیق از راه دهان، اسفنگتر مقعدی را شل کند؛
• با دست غیر مسلط خود، باسن بیمار را از هم باز و با انگشت اشارهٔ دست مسلط که به ژل آغشته کرده‌اید، به آرامی شیاف را به اندازه یک یا دو بند انگشت وارد مقعد نمایید؛

• در بزرگسالان به اندزۀ دو بند انگشت و در کودکان یک بند انگشت آن را به جلو ببرید. در بچه‌ها از انگشت کوچک خود استفاده کنید؛



• انگشت خود را بیرون کشیده و اطراف مقعد را پاک کنید؛
• بیمار را به مدت ۵ دقیقه در وضعیت طاق باز یا به پهلو نگه دارید. پس از نیم ساعت شرایط را بررسی کنید.

روش انجام تنقیه

هدف تنقیه: نرم‌کردن مدفوع، تحریک حرکات دودی، رفع یبوست یا تخلیۀ روده قبل از جراحی است.
تنقیه برای پاکسازی رودۀ بزرگ عالی است و مزایای دیگری نیز دارد. اما چگونه می‌توان این روش موثر و کاربردی را در منزل انجام‌داد.
تنقیه و پاکسازی روده اگر در موارد ضروری انجام شود مشکلی در پی نخواهد داشت اما استمرار آن به سرعت باعث یبوست مزمن یا صدمه‌زدن به روده‌ها می‌شود.

نکته: جهت انجام تنقیه در منزل برای نوبت اول، حتماً لازم است تا روش انجام تنقیه توسط یک فرد آموزش‌دیده (پرستار) به مراقب بیمار آموزش داده شود.

۱- دستور پزشک را چک کنید؛
۲- وسایل مورد نیاز شامل پایۀ سرم، محلول تنقیه، مشمع، کن (ظرف تنقیه)،

گیره

پد یکبار مصرف

پایه

محلول

لوله رکتال

ظرف

ژل لوبریکنت

۳- هدف، روش کار و توضیحات لازم (مدت زمان باقی ماندن مایع و کشیدن نفس عمیق در حین انجام کار) را برای بیمار توضیح بدهید؛
۴- حفظ حریم بیمار (پوشاندن بدن بیمار به نحوی که فقط باسن پیدا باشد) را مد نظر داشته باشید؛
۵- بیمار را به طرف چپ بخوابانید و پای راست خمیده باشد؛
۶- دست‌ها را بشویید؛
۷- دستکش یک‌بار مصرف بپوشید؛
۸- لولۀ رکتال (لولۀ مخصوص تنقیه) را به ظرف تنقیه متصل نمایید و محلول را داخل ظرف بریزید. برای جلوگیری از نفخ، لوله را با مایع (محلول) هواگیری کنید، یعنی اجازه دهید محلول، لوله را پر کند و اندکی به بیرون بریزد، و سپس آن را با گیره ببندید. دمای مایع در بزرگسالان ۴۰ تا ۴۱ و در کودکان ۳۷/۵ درجه باشد. محلول سرد موجب گرفتگی شکمی می‌شود. مقدار مایع به نوع مایع، سن، و قدرت نگهداری فرد طبق دستور پزشک بستگی دارد. شمارۀ لوله رکتال بزرگسالان برابر با ۲۲ تا ۳۰ فرنچ (۷/۳ تا ۱۰ میلی‌متر) و در کودکان ۱۳ تا ۱۸ فرنچ (۴ تا ۶ میلی‌متر) می‌باشد؛
۹- ظرف را روی پایۀ سرم کنار تخت قرار دهید و نرده کنار تخت را بالا ببرید. فاصلۀ پایه سرم با تخت حدود ۳۰ تا ۴۵ سانتی‌متر باشد؛
۱۰- پد یک‌بار مصرف را زیر ناحیه باسن چپ بیمار قرار دهید؛
۱۱- سر لولۀ رکتال را به اندازه ۵ تا ۱۰ سانتی‌متر برای بزرگسالان و ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر برای کودکان، چرب کنید؛

۱۲- لگن را درکنار تخت و در دسترس بیمار قرار بدهید؛
۱۳- به آرامی باسن‌های بیمار را با دست غیر غالب خود از هم جدا کنید. با دست غالب، لولۀ رکتال را در جهت ناف (به سمت ناف)، به داخل مقعد وارد کنید. برای بالغین ۵ تا ۷/۵ سانتی‌متر و برای کودکان ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر وارد شود؛
۱۴- از بیمار بخواهید از راه دهان نفس عمیق و آرام داشته باشد؛
۱۵- گیره را باز کنید و اجازه بدهید تا محلول به آرامی جریان پیدا کند؛
۱۶- بیمار را از نظر گرفتگی، اضطراب شدید و یا عدم تحمل جریان مایع چک کنید و در صورت نیاز اقدامات لازم را انجام بدهید. همۀ محلول یا تا حدی که بیمار قادر به تحمل آن باشد را وارد نمایید. با کم و یا زیاد کردن تعداد بالشت‌های زیر سر بیمار می‌توانید سرعت خروج مواد برگشتی را کم یا زیاد کنید. درصورتی‌که در مرحله ورود لوله با مقاومت روبرو شدید، مقداری محلول وارد کنید. سپس لوله را مقداری بیرون بکشید و به بیمار بگویید چند نفس عمیق بکشد. در صورت ادامۀ مقاومت، لوله را به زور وارد نکنید. جهت جلوگیری از گرفتگی اسفنگتر مقعد، لوله را آهسته وارد کنید؛
۱۷- قبل از اینکه تمامی محلول شستشو، از لوله عبور کند، لوله را مسدود کنید تا هوا وارد آن نشود؛
۱۸- به آرامی درحالی‌که باسن‌ها را به طرف یکدیگر نگه داشته‌اید، لوله را خارج کنید. بیمار را تشویق به نگهداری محلول (با توجه به زمان تنقیه بین ۵ تا ۱۵ دقیقه) نمایید؛
۱۹- بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید. توجه داشته باشید که لگن در کنار تخت در دسترس باشد و یا بیمار در نزدیکی توالت باشد؛
۲۰- اگر ظرف تنقیه و لولۀ آن یکبار مصرف است، دور ریخته و اگر دوباره قابل استفاده است، بشویید؛
۲۱- دستکش را بیرون بیاورید و دست‌ها را بشویید.

چگونگی انجام تنقیه با وسایل از قبل بسته بندی شدۀ یک‌بار مصرف:

۱- سرپوش پلاستیکی را از نوک لولۀ رکتال (لولۀ مخصوص تنقیه) بردارید؛
۲- سر لولۀ رکتال را با لوبریکنت (مادۀ نرم کننده) چرب کنید؛
۳- بیمار را به طرف چپ بخوابانید و پای راست خمیده باشد؛
۴- به آرامی باسن‌های بیمار را از هم جدا کنید تا ناحیه مقعد نمایان شود؛
۵- به بیمار آموزش بدهید که تنفس عمیق از طریق دهان داشته باشد؛
۶- در بزرگسالان ۵ تا ۷/۵ سانتی‌متر از نوک لوله ی آغشته شده به لوبریکنت را وارد رکتوم کنید؛
۷- ظرف تنقیه را به طور مداوم فشار دهید تا کل مواد آن به داخل روده تخلیه شود؛
۸- ظرف تنقیه را در حالت فشرده از رکتوم خارج نمایید (با این‌کار از برگشت مواد به داخل ظرف تنقیه پیشگیری می‌شود)؛

۹- به بیمار توضیح دهید که احساس نفخ قابل انتظار است. از بیمار بخواهید تا مدتی که می‌تواند محلول را نگه دارد(۵ تا ۱۰ دقیقه)؛
۱۰- اگر ظرف تنقیه و لوله ی آن یک‌بار مصرف است دور ریخته و اگر دوباره قابل استفاده است، بشویید؛
۱۱- به بیمار کمک کنید تا از توالت، لگن یا صندلی استفاده کند؛
۱۲- از بیمار دارای بیماری قلبی عروقی بخواهید که در طول عمل دفع، بازدم داشته باشد (حبس تنفس می‌تواند باعث ایست قلبی شود)؛
۱۳- به بیمار آموزش دهید که قبل از دور ریختن مدفوع، به مراقب اطلاع بدهد تا مراقب خصوصیات مدفوع و محلول را بررسی کند؛
۱۴- محل را به خوبی تمیز کنید؛
۱۵- دستکش‌ها را خارج کنید؛
۱۶- نتایج قابل انتظار و مداخلات ضروری را بررسی کنید و درصورت نیاز به پزشک اطلاع دهید.

روش مراقبت از سوند و کیسهٔ ادراری

- جهت جلوگیری از عفونت (درصورتی‌که از طرف پزشک معالج محدودیت مصرف مایعات ندارید) مایعات فراوان بنوشید؛
- لازم است کیسهٔ ادراری همیشه پایین تر از مجرای ادرار قرار گیرد. در آقایان در قسمت بالای ران و در خانم‌ها در قسمت داخلی ران با چسب ضد حساسیت ثابت شود؛
- همیشه مراقب باشید که لوله یا کیسهٔ ادراری، تاخوردگی نداشته باشد تا تخلیه به راحتی انجام شود؛
- اطمینان حاصل کنید که حجم ادرار موجود در داخل کیسه باعث ایجاد کشش یا فشار به سوند مثانه نشود؛
- به منظور کاهش خطر عفونت، کیسهٔ ادرار را هر ۸ ساعت یک‌بار تخلیه و از نظر رنگ، حجم و غلظت بررسی نمایید؛
- اطمینان پیدا کنید که ادرار در سوند جریان یافته و به داخل کیسه تخلیه می‌شود.

روش تمیزکردن سوند ادراری

در بهترین حالت، سوند باید روزی دو بار تمیز شود، یک بار در صبح و بار دیگر در عصر. برای این کار به موارد زیر نیاز خواهد بود:
- پارچهٔ تمیز • حولهٔ تمیز • صابون ملایم و بدون‌بو • آب گرم

سپس باید مراحل زیر طی شود:
۱- دستان خود را با صابون و آب گرم بشویید؛
۲- سوند را از محلی که وارد بدن می‌شود بگیرید، تا هنگام تمیز کردن، کشیده نشود؛

۳- با دست دیگر، از یک پارچه صابونی برای پاک کردن لوله سوند استفاده کنید. از جایی که سوند وارد بدن می‌شود شروع کنید و به طرف پایین، به سمت کیسه تخلیه تمیز کنید. این کار به جلوگیری از ورود میکروب‌ها از لوله به داخل بدن کمک می‌کند؛

۴- از یک پارچه صابونی برای تمیز کردن ناحیه اطراف سوند در محل ورود آن به بدن استفاده کنید؛

۵- برای مردان از سر آلت تناسلی، جایی که سوند وارد می‌شود، شروع کنید و به طور دورانی آلت را تا نزدیک مقعد تمیز کنید. این کار از انتشار میکروب‌ها به داخل مجرای ادراری جلوگیری می‌کند؛

۶- برای زنان از جایی که سوند وارد مجرای ادراری می‌شود، شروع کنید، سپس هر دو چین فرج را به طور جداگانه تمیز کنید. جهت حرکت دست از بالا به سمت پایین تا نزدیک مقعد یعنی آلوده ترین ناحیه باشد. این کار از انتشار میکروب‌ها به داخل مجرای ادراری جلوگیری می‌کند؛

۷- هرگونه صابون باقی مانده را با پنبه مرطوب تمیزه کنید، سپس دستان خودتان و سوند را با یک حوله تمیز، خشک کنید.

چه مواردی را به پزشک اطلاع دهید:

- عدم ورود ادرار به کیسه پس از ۶ ساعت. البته بعد از چک کردن عدم پیچ خوردگی یا جدا شدگی کیسه اداری از سوند؛
- احساس پر بودن مثانه و عدم ورود ادرار به کیسه؛
- درد جدید در پهلو و پشت؛
- تغییر رنگ ادرار یا دیدن خون در ادرار؛
- در صورت تورم، قرمزی، حساس شدن، رسوب ادرار یا ترشح چرک در محل ورودی سوند به بدن؛
- نشتی از محل ورود سوند؛
- سوزش ادرار، تب بالای ۳۸ درجه، لرز.

نیازهای بهداشتی مددجو

شستشوی دهان

هدف:

- حفظ سلامت لب‌ها، زبان و غشاء مخاطی دهان؛
- برداشتن ذرات غذایی از اطراف و بین دندان‌ها؛

- پیشگیری از عفونت دهان و زخم؛
- تمیز و مرطوب نگه داشتن غشاء مخاطی دهان و لب‌ها.

روش اجرا:

- دست‌ها را شسته و خشک نمایید. در صورت توانایی بیمار و هوشیار بودن، بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید؛
- ظرفی را کنار دهان بیمار قرار دهید؛ مسواک را با آب ولرم مرطوب نموده و از خمیر دندان ملایم استفاده کنید.

الف) درصورتی که بیمار می‌تواند مسواک بزند:

- مسواک را به وی داده تا خودش دندان‌ها را مسواک بزند. سپس به او آب داده تا دهان را شست و شو داده و آب دهان را داخل ظرفی خالی کند؛ این عمل، تا تمیزی کامل دهان تکرار شود.

ب) درصورتی که بیمار نتواند خودش مسواک بزند:

- بیمار را به طرف پهلو خوابانده و جهت سر او به طرف شما باشد؛
- یک حوله، زیر چانهٔ بیمار قرار داده و ظرفی را کنار دهان بیمار قرار دهید. مسواک را مرطوب کرده و از خمیر دندان ملایم استفاده کنید؛
- مسواک را در زاویه ۴۵ درجه از دندان‌ها قرار داده و با هر بار مسواک زدن ۲ تا ۳ دندان را تمیز کنید؛
- به آرامی مسواک را بالا و پایین آورده و با ملایمت این کار را انجام دهید. این عمل را تکرار کنید تا تمام سطوح خارجی و داخلی دندان‌ها و لثه‌ها تمیز شوند؛
- به آرامی زبان بیمار را با استفاده از خمیر دندان مسواک بزنید. یک فنجان آب یا سرم شستشو به بیمار داده تا دهان را بشوید و در ظرفی خالی کند؛
- این کار را تکرار کنید تا کاملا دهان از ذرات غذایی پاک شود. ظرف را برداشته و اطراف دهان بیمار را خشک کنید؛
- اگر بیمار دندان مصنوعی دارد، دندان‌های او را درآورده، تمیز کرده و درصورت بهوش بودن داخل دهانش قرار دهید.

شستشوی دهان بیمار بیهوش

- بیمار را به پهلو قرار داده و سر تخت را پایین بیاورید؛
- سر بیمار را به طرف خود قرار دهید، یک حوله زیر چانهٔ بیمار پهن کنید؛
- اگر بافت دهان خشک یا کثیف است با آبسلانگ (چوبی است که پزشک برای دیدن انتهای حلق بیمار استفاده می‌کند و در زبان عامیانه به آن چوب بستنی می‌گویند) که با گاز آغشته به محلول شستشو پوشانده شده‌است، تمیز کنید. همهٔ بافت دهان (گونه‌ها، کف دهان، سقف دهان و زبان) را با استفاده از آبسلانگ‌های جداگانه پوشانده‌شده با گاز، تمیز کنید؛
- آبسلانگ و گاز استفاده شده را در ظرف مواد آلوده قرار دهید و از یک آبسلانگ جدید

دیگر استفاده کنید تا کاملا دهان بیمار تمیز شود (برای هر قسمت از دهان یک آبسلانگ جداگانه استفاده شود)؛

- اطراف دهان را خشک کنید، لب‌های بیمار را با مرطوب کنندهٔ محلول در آب، مرطوب نمایید. دهان، لثه‌ها و مخاط دهان بیمار را بررسی کنید و هرگونه مشکل مثل زخم، التهاب، و تورم لثه را یادداشت کنید.

توجه: روش‌های تخصصی دیگری نیز وجود دارد که توسط کادر حرفه‌ای انجام می‌شود.

شستشوی سر بیمار

هدف:

- نگهداشتن پوست سر و موها در شرایط تمیز و سالم؛
- افزایش گردش خون در پوست سر؛
- اصلاح وضع ظاهری و روحی بیمار؛
- تمیزکردن موها و ایجاد حس خوشایند در بیمار.

روش اجرا:

- توانایی و همکاری بیمار را بررسی کنید؛
- هرگونه مشکل در پوست سر بیمار را مد نظر قرار دهید؛
- دست‌ها را شسته، پنجره‌ها را ببندید؛
- پتو و روتختی را از روی تخت جمع کرده و روی لبهٔ صندلی کنار تخت قرار می‌دهیم؛
- گیره یا سنجاق سر را، از موی بیمار باز نموده و موی بیمار را شانه بزنید؛
- قسمت فوقانی بدن بیمار را، با ملحفه بپوشانید.

به یکی از دو روش زیر، سر بیمار را در موقعیت شستشو قرار دهید:

الف- روش اول:

- بالش را از زیر سر بیمار برداشته و زیر شانه‌هایش قرار دهید (به جز وضعیت‌هایی که بیمار شکستگی گردن دارد و یا محدودیت‌هایی در گردن دارد)؛
- ملحفهٔ پلاستیکی را زیر سر بیمار قرار دهید؛
- حولهٔ حمام را زیر سر بیمار قرار دهید؛
- لگن حمام را زیر سر بیمار قرار دهید؛
- یک ملحفه یا پد را، روی گردن بیمار که به لگن تکیه دارد قرار دهید.

ب- روش دوم:

• بالشت‌ها را از زیر سر بیمار برداشته و لگن مخصوص شستن را، روی چهارپایه قرار دهید؛
• در صورتی‌که وضعیت بیمار اجازه می‌دهد، او را به طور مایل در تخت خوابانده، به طوری‌که سرش به جهت لگن مایل باشد؛
• روی یکی از بالشت‌ها، پلاستیک کشیده و زیر شانه‌های بیمار قرار دهید؛
• یک پلاستیک بزرگ بردارید و یک طرف آن را لوله کنید و پشت گردن بیمار قرار بدهید. سپس دنباله پلاستیک را داخل لگن یا سطلی بگذارید که حدود ۳۰ تا ۵۰ سانتی متر پایین تر از سر و گردن بیمار باشد. برای محافظت از گوش‌ها، از پنبهٔ چرب شده استفاده کنید.

پس از قراردادن سر بیمار در وضعیت شستشو:

• برای محافظت چشم‌های بیمار، می‌توان از لیف مرطوب شده بر روی چشمان استفاده کنید؛
• موها را با آب گرم مرطوب کنید. درجهٔ حرارت آب را، با ریختن مقداری آب روی مچ دست کنترل کنید. موهای بیمار را با آب و مقدارکمی شامپو آغشته کنید؛
• شروع به شستن کنید. مو و پوست سر را با نوک انگشتان ماساژ بدهید. ماساژ را از وسط سر شروع و به سمت گردن ادامه دهید؛

- عمل شستن را ادامه می‌دهیم تا موها و پوست سر بخوبی تمیز شوند؛
- موها را آبکشی کنید. پلاستیک را برداشته و حولهٔ حمام را در اطراف سر بیمار قرار دهید؛
- وسایل اضافی را برداشته و بیمار را در وضع راحت قرار داده و بالشت را زیر سر او بگذارید؛
- حوله را از گردن بیمار برداشته و موهای بیمار را خشک نموده و شانه بزنید.

تمیز کردن چشم‌ها

پس از شستن دست‌ها و آماده کردن وسایل مورد نیاز، گاز استریل را مرطوب کرده و چشم‌ها را از گوشهٔ داخلی چشم به سمت خارج تمیز می‌کنیم. از هر گاز فقط یک مرتبه استفاده شود (لازم است گاز را عوض کرده و با گاز دیگر چشم را تمیز کنیم).

ماساژ پشت

هدف: برقراری راحتی و آرامش، تحریک گردش خون ناحیه به منظور پیشگیری از زخم بستر، تسکین انقباض‌های عضلانی و یا درد و رفع بی خوابی.

روش اجرا:
قبل از هر اقدامی شرایط زیر را در نظر بگیرید:

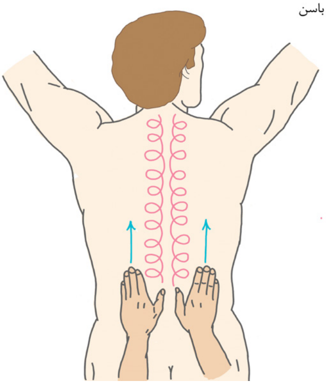
- وضعیت قبلی پوست چگونه بوده است؛
- از چه لوسیون و یا مواد چرب کننده‌ای استفاده می‌شود؛
- وضعیت‌های غیر مجاز برای بیمار کدام است؛
- قسمت‌های در معرض خطر پوست را در نظر داشته باشید؛
- رفتارها و شکایات بیمار مبنی بر درد عضلانی را در نظر بگیرید.

ماساژ را به روش زیر انجام دهید:

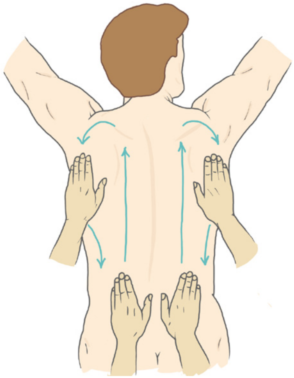
- بسته به شرایط جسمانی بیمار، وی را روی شکم و یا به پهلو قرار دهید؛
- پشت شانه، بالای بازو و ناحیه خاجی را در معرض دید قرار دهید. بقیه بدن را با ملحفه بپوشانید؛
- از آب با درجه حرارت ۴۳ تا ۴۶ درجه سانتی‌گراد استفاده کنید؛
- پشت بیمار را با لیف و آب شسته و سپس خشک کنید؛

مقدار کمی لوسیون یا مواد چرب کننده را در کف دست بریزید و با مالش دست‌ها

- به یکدیگر موجب گرمی لوسیون و دست‌ها شوید. مالش دست‌ها را به مدت یک دقیقه ادامه دهید؛
- با استفاده از کف دست‌ها و انگشتان خود، به آهستگی با حرکات دورانی ملایم از ناحیه باسن، ماساژ را به طرف گردن انجام دهید. با رسیدن به ناحیه گردن از فشار دست‌ها بکاهید.



- روی شانه‌ها را نیز با حرکات دورانی ماساژ داده و مجددا به طرف قسمت جانبی پشت برگردید؛



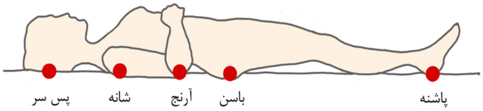
- ناحیه کتف را با حرکات دورانی ماساژ داده و دست‌ها را به سمت پایین کمر بیاورید؛

- از فشار ثابت استفاده کنید؛
- ماساژ را به مدت ۳ تا ۵ دقیقه ادامه دهید؛
- استفاده از انگشت شست حرکات دورانی مفیدی را موجب می‌گردد؛

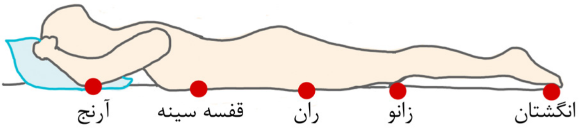
- درهنگام ماساژ، به نواحی قرمز یا سفید رنگی که بعد از ماساژ محو نمی شوند و همچنین نواحی ترک خورده یا خشن در پوست آرنج و پاشنه‌ها بسیار توجه شود؛
- نواحی تحت فشار، به آرامی ماساژ داده شود بطوری که دست روی پوست حرکت کند، نه این که پوست روی عضله یا استخوان حرکت کند؛
- در صورت وجود صدمه بافتی، اطراف ناحیه، ماساژ داده می‌شود؛
- در ماساژ پشت، نواحی مستعد زخم بستر، باید مورد توجه قرار گیرد؛
- ماساژ با ضربات ملایم و مداوم در سرتا سر عضو خاتمه می‌یابد.

زخم‌بستر

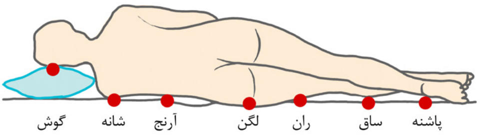
در بیمارانی که درگیر محدویت‌های حرکتی (کم‌تحرکی و یا بی‌تحرکی) در بستر می‌باشند، وقتی فشاری بر روی پوست بدن بویژه در نواحی استخوانی بدن وارد شود، عارضه‌ای به نام زخم بستر ایجاد می‌شود.



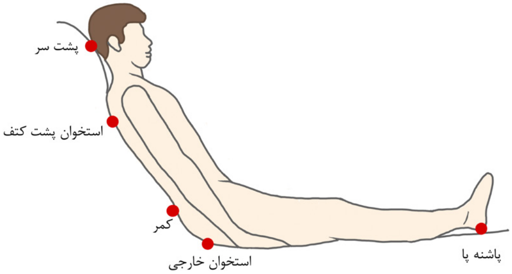
در وضعیت خوابیده به پشت، به استخوان پس سر، ستون مهره‌ها، آرنج، دنبالچه، و پاشنه پاها دقت شود.



در وضعیت خوابیده به شکم، به نواحی استخوان پیشانی، گوش‌ها، زانو، برجستگی‌های لگن و انگشتان پاها دقت شود.



در وضعیت خوابیده به پهلو، به نواحی استخوان کتف، برجستگی بزرگ استخوان ران و قوزک پا و گوش دقت شود.



در وضعیت نشسته نیز لازم است به ناحیهٔ روی برجستگی باسن دقت شود.

سه عامل اصلی ایجاد زخم بستر

۱- فشار مداوم و طولانی روی هر قسمت از بدن؛
۲- اصطکاک بین پوست، لباس، چین و چروک ملحفه و مرطوب بودن لباس و ملحفه بیمار؛

۳- سوءتغذیه و کم‌آبی.

سایر عوامل خطرزای ایجاد زخم بستر

۱- عدم تحرک به دلیل ضعف سلامتی و یا آسیب نخاعی؛
۲- بی اختیاری ادرار و مدفوع؛
۳- عدم درک حسی و صدمات نخاعی، اختلالات عصبی، عدم توانایی احساس درد؛
۴- بیماران با کاهش سطح هوشیاری؛
۵- بیماری‌هایی مانند دیابت و بیماری‌های عروقی که بر جریان خون تاثیر می‌گذارند؛
۶- خراشیدگی‌های ناشی از زخم‌های قبلی؛
۷- عفونت‌های قبلی؛
۸- استفاده از وسایل کششی، آتل و دیگر وسایل ارتوپدی که موجب کم تحرکی یا عدم تحرک می‌شوند.

پیشگیری از زخم بستر

- تحرک بیمار باید حفظ شود. در صورت توانایی به کمک پرستار روزانه حداقل ۱۵ دقیقه راه برده شود. این کار علاوه بر کمک به افزایش روحیه بیمار، باعث افزایش اشتهای وی شده، یبوست را کاهش می‌دهد، و از ضعف ماهیچه‌ها و مفاصل جلوگیری می‌کند؛
- بسته به شرایط بیمار باید هر ۱ تا ۴ ساعت وضعیت او روی تخت تغییر داده شود؛
- از تشک مواج استفاده شود؛
- صاف کردن چین و چروک و زیرانداز بیمار بسیار اهمیت دارد؛
- در صورت مرطوب شدن ملحفه یا لباس باید آن‌ها را تعویض کرد؛
- بررسی مداوم و روزانه تمام سطح بدن بیمار از نظر بهداشتی، خشکی پوست، دفع ادرار، رطوبت، خراش، قرمزی و تغییر رنگ پوست (نواحی قرمز یا سفیدی که بعد از ماساژ محو نمی شود) ضروری است. پوست خشن و ترک خورده در پاشنه یا آرنج به خصوص در مورد بیمارانی که هیچ گونه تحرکی در تخت ندارند و یا سطح هوشیاری پایین دارند و یا بیهوش می‌باشند، بسیار مهم است. همچنین توجه کردن به قسمت‌هایی از بدن که هنگام نشستن یا خوابیدن در معرض فشار بیشتری می‌باشند، به جلوگیری از زخم بستر کمک می‌کند (به عکس‌های ابتدای این مطلب توجه نمایید)؛
- بیمارانی که توانایی نشستن دارند و بیشتر در حالت نشسته می‌باشند، هر ۱۵ دقیقه یکبار تغییر وضعیتی در حالت نشستن آن‌ها ایجاد نمایید تا فشار کمی در آن ناحیه ایجاد شود؛
- رعایت بهداشت برای بیمارانی که عدم کنترل ادرار و مدفوع دارند؛
- توجه نمایید بیمار تغذیه سالمی داشته باشد. رعایت تعادل ویتامین‌ها، پروتئین‌ها

اهمیت دارد؛

- از مایعات به اندازه کافی استفاده نمایید؛
- به بیمار ماساژ پشت داده شود. نواحی قرمز شده را ماساژ ندهید بلکه اطراف آن و ناحیه پوست سالم را ماساژ دهید. ماساژ باید بصورتی باشد که دستمان روی پوست بیمار حرکت کند، نه اینکه پوست بیمار روی عضلات و استخوان‌ها حرکت داده شود.

علائم هشداردهنده زخم بستر

تورم، ترشح چرکی یا غیر چرکی، یا تغییرات غیر معمول در رنگ پوست بویژه در نواحی‌ای که نسبت به سایر مناطق احساس خنکی، سردی یا تحریک پذیری بیشتری می‌کند (منظور اینکه خون کمتری به آن ناحیه می‌رسد).
زخم بستر را بر اساس عمق، شدت و خصوصیات دیگر بر اساس تشخیص پزشک در یکی از چند مرحله یک، دو، سه و چهار قرار می‌دهند. میزان آسیب پوستی از یک التهاب تا آسیب عمیق به عضله و استخوان، متغیر است.

زمان ضروری مراجعه به پزشک

اگر متوجه علائم هشداردهنده زخم بستر شدید، فشار بر روی ناحیه را کاهش دهید. اگر در ۲۴ تا ۴۸ ساعت بهبودی مشاهده نگردید با پزشک تماس بگیرید. در صورت بروز علائم عفونت مانند تب، چرک ناشی از زخم، بوی بد با افزایش قرمزی، التهاب، تورم در اطراف، و درد، سریع به پزشک مراجعه کنید.

مرتب کردن تخت بیمار

مرتب کردن تخت بیمار از طریق "پهلو به پهلو"

هدف: ایجاد محیط تمیز و مرتب، برقراری آسایش بیمار، آماده‌سازی تخت صاف و بدون چروک به منظور به حداقل رساندن تحریکات پوستی.

روش اجرا:

نکتهٔ قابل توجه: درصورت امکان لباس بیمار و ملحفه‌ها، از جنس نخی انتخاب گردد و بهتر است از بالشت نرم و پنبه‌ای استفاده نشود.

در صورتی‌که به تنهایی تخت بیمار را مرتب می‌کنید، به شیوهٔ زیر و مطابق عکس زیر عمل کنید:

- فعالیت‌ها و محدودیت‌های بیمار را در نظر بگیرید؛
- احتمال بی‌اختیاری یا ترشحات زیاد را بررسی کنید؛
- نحوهٔ کار را برای بیمار توضیح می‌دهیم؛

• روتختی و پتو را جمع کنید و در صورت تمیز بودن، بر روی لبهٔ صندلی کنار تخت قرار بدهید و در صورت کثیف بودن، روتختی و پتو را تعویض کنید؛
• یک ملحفهٔ تمیز را روی ملحفهٔ قبلی قرار داده و ملحفهٔ قبلی را از زیر ملحفهٔ جدید خارج کنید تا بدن بیمار نمایان نشود؛
• جابه‌جا کردن بیمار را، طی سه مرحله انجام بدهید. درحالی‌که بیمار به پشت خوابیده است، ابتدا سر، سپس تنه و در آخر پاها را به طرف خودتان بچرخانید.

مرحله ۱

مرحله ۲

روش دیگر:

• دست دورتر بیمار نسبت به خودتان را روی سینهٔ بیمار قرار دهید و دست نزدیک را به طرف خودتان باز کنید تا در زمان چرخش زیر بدنش باقی نماند. سپس کف پای دورتر نسب به خودتان را از روی پای نزدیک‌تر، به سمت خودتان بکشید. بیمار را به طرف خودتان روی پهلو برگردانید و نردهٔ کنار تخت همین سمت را به طرف بالا بکشید. در آخر به طرف دیگر تخت رفته و بالش را زیر سر بیمار قرار بدهید؛

• زیر انداز یا ملحفهٔ کثیف را تا زیر باسن (به صورت طولی) لوله کرده و ملحفهٔ بزرگ را هم به صورت طولی لوله کرده و پشت زیرانداز قرار دهید (به جای زیرانداز می‌توان از سفره‌های پلاستیکی و یا مشمع با رویهٔ پارچه‌ای هم استفاده نمود)؛
• ملحفهٔ زیری تمیز را درحالی‌که به صورت طولی تا شده، تا وسط تخت (دقیقاً تا خط وسط) پهن کنید و تای ملحفهٔ زیری را به تدریج باز کرده و لوله کنید (جهت لوله کردن ملحفهٔ تمیز باید خلاف جهت لوله‌کردن ملحفهٔ کثیف باشد) و در نزدیک ملحفهٔ کثیف قرار دهید و قسمت آویزان ملحفه را زیر تشک تا بزنید؛
• مشمع و رویه یا زیرانداز تمیز را روی ملحفهٔ بزرگ تا نیمه قرار دهید؛
• روبالشتی را عوض کرده و بالشت را زیر سر بیمار بگذارید؛
• لباس بیمار را تا نیمه عوض کرده و لباس تمیز را جایگزین کنید؛
• بیمار را به قسمت تمیز تخت انتقال داده و نرده‌های تخت را بکشید. خودتان به طرف مقابل تخت بروید؛

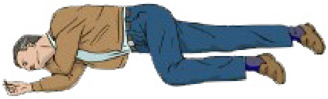
- ملحفه‌های کثیف را جمع کرده و ملحفه‌های تمیز را جایگزین کنید؛
- قسمت آویزان ملحفۀ زیری، مشمع و رویه را در زیر تشک قرار بدهید تا چین و چروک نداشته باشد؛

مرحله ۱

مرحله ۲

مرحله ۳

مرحله ۴



- بیمار را به مرکز تخت انتقال دهید؛
- ملحفه، پتو و روتختی را به گونه‌ای پهن کنید که بیمار قادر باشد آزادانه پاهایش را جابه‌جا کند (ملحفه خیلی محکم نباشد تا بیمار به راحتی حرکت کند). سپس قسمت باقی‌مانده را در زیر تشک تا بزنید و تخت را مرتب کنید.

مرتب کردن تخت بیمار از طریق «بالا به پایین» برای بیماران قلبی و ریوی

هدف : ایجاد محیط تمیز و مرتب، برقراری آسایش بیمار قلبی، ریوی

روش اجرا:

- فعالیت‌ها، محدودیت‌ها و فاکتورهایی که در قدرت و توانایی بیمار وجود دارد را کنترل کنید .
- چرخ‌های تخت را قفل کنید؛
- روتختی و پتو را از پایین تخت به بالا جمع کرده و در صورت تمیز بودن، روی لبۀ

صندلی پایین تخت قرار دهید؛

• بیمار را از نیمهٔ بالای تخت به نیمهٔ پایینی تخت منتقل کنید و او را آن‌جا بنشانید به طوری که پای بیمار به پایین تخت، گیر نکند و ملحفه یا پتو را روی شانهٔ او قرار د هید؛

• درصورتی‌که بیمار توانایی ندارد، از فرد دیگری برای حمایت از بیمار کمک بگیرید. در صورت تنها بودن می‌توانید از میزی در جلوی بیمار، برای تکیه‌کردن بیمار روی آن استفاده کنید؛

• ملحفهٔ کوچک، زیرانداز و ملحفهٔ بزرگ را به صورت عرضی تا زیر باسن بیمار تا بزنید؛

• ملحفهٔ زیری تمیز را به صورت عرضی در نیمهٔ بالای تشک پهن کرده و مرتب کنید. ملحفهٔ کوچک و زیرانداز تمیز را تا پشت کمر بیمار پهن کرده و دو طرف آن را محکم زیر تشک قرار دهید؛

• رویهٔ بالشت‌ها را عوض کنید. لباس بیمار را در قسمت پایین تشک عوض کنید؛

• بیمار را سر جای خود در قسمت بالای تشک انتقال دهید و بسته به وضعیت تنفسی بیمار، دو یا چهار بالشت را پشت بیمار قرار دهید و یا سر تخت را بالا بیاورید تا بیمار در وضعیت نشسته یا نیمه‌نشسته قرار بگیرد؛

• ملحفه‌های کثیف را به ترتیب جمع کنید؛

• ملحفه‌های زیری تمیز را کشیده و صاف کرده و زیرانداز را صاف کنید؛

• ملحفه را در نیمهٔ پایینی زیر تشک قرار داده و تخت را مرتب کنید. در مورد بیمارانی که اکثراً روی تخت در حالت نشسته قرار گرفته‌اند، می‌توان در قسمت پایینی پای بیمار، از بالشت برای حمایت کف پای بیمار استفاده کرد؛

• ملحفه، پتو و روتختی را به گونه‌ای روی بیمار پهن کنید که قادر باشد پاهای خود را به راحتی حرکت دهد (مثل پیلی زدن). سپس مابقی آن‌ها را در زیر تشک تا بزنید.

انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار

انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار با کمک یک نفر

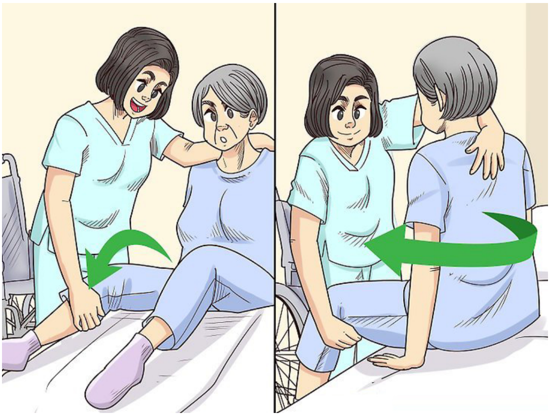
• صندلی چرخدار بایستی با زاویه ۴۵ درجه نسبت به تخت، در سمتی از بدن بیمار که قدرت بدنی بیشتری برای حرکت دارد، قرار داده شود تا بیمار بتواند روی پای

قوی‌تر خود بایستد؛

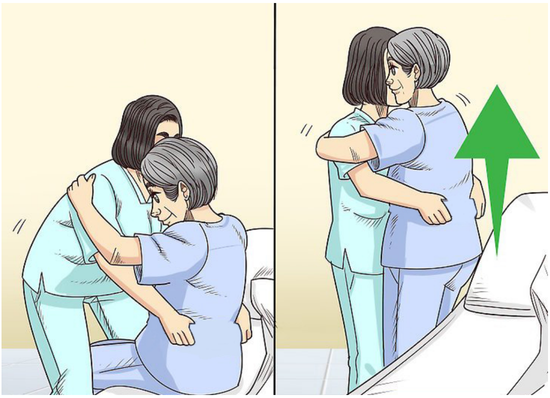
- تخت و صندلی چرخدار قفل شود؛

- در ابتدا بیمار را به پشت خوابانده، زانوی وی را در حالت خم شده قرار دهید؛
- سر تخت را بالا آورده تا بیمار در حالت نشسته قرار گیرد؛

- یک دست زیر پای بیمار و بازوی دیگر در پشت بیمار قرار گیرد. پای بیمار را به یک طرف تخت چرخانده به طریقی که بیمار لبهٔ تخت بنشیند و پاهای او آویزان باشد؛
- چند دقیقه به بیمار اجازه داده تا بنشیند و از سقوط فشار خون جلوگیری شود؛

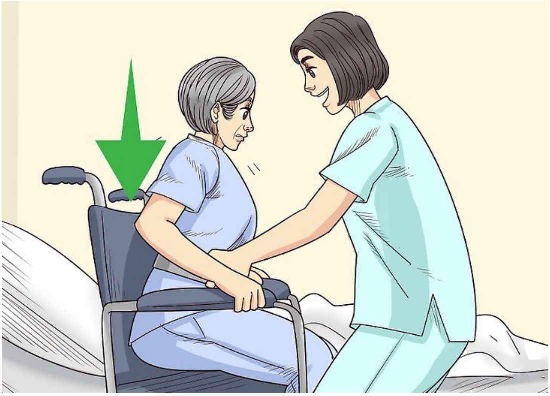


- از بیمار بخواهید با فشار دادن دست‌های خود به روی تشک و یا قرار دادن دست‌ها روی شانه های پرستار، خود را بلند کند؛
- بیمار باید ابتدا پای قوی‌تر خود و سپس پای ضعیف‌تر را روی چهارپایه قرار دهد؛
- در مقابل بیمار بایستید و دست هایتان را دور کمر بیمار حلقه کنید؛



- از بیمار بخواهید وزن خود را روی پای قویتر و سپس روی پای ضعیف‌تر منتقل کند و بعد مفاصل اندام تختانی را صاف کرده و خود را بلند کند؛
- برای لحظاتی باید بیمار را در وضعیت ایستاده حمایت کنید؛
- به بیمار کمک کنید که پای خود را از روی چهارپایه پایین بگذارد و به طرف صندلی چرخدار برود؛
- بیمار طوری بچرخد که پشت او به طرف صندلی چرخدار قرار گیرد؛
- دست‌های خود را روی دسته‌های صندلی چرخدار و یا روی شانه‌های پرستار قرار دهد؛
- با شمارش یک، دو، سه از بیمار بخواهید که وزن خود را روی پای عقب انداخته و بدن را پایین بیاورید تا اینکه باسن او روی لبه صندلی چرخدار قرار گیرد؛

• از بیمار بخواهید باسن خود را کاملا عقب برده تا به راحتی روی صندلی قرار گیرد؛
• پایه‌های فلزی صندلی را پایین آورده تا پای بیمار روی آن قرار گیرد.



انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار با کمک دو نفر:

• پرستار اول پشت صندلی چرخدار قرار گرفته و با دو دست زیر بغل‌های بیمار را می‌گیرد؛
• پرستار دوم روبری صندلی چرخدار ایستاده و با دو دست زیر زانوها و ران‌های بیمار را می‌گیرد؛

• هر دو پرستار با شمارش همزمان، بیمار را با یکدیگر بلند کرده و روی صندلی چرخدار قرار می‌دهند.

در این روش نیز پشت صندلی چرخدار باید به طرف بالای تخت و موازی با آن باشد.

جابجایی بیمار به وسیلهٔ صندلی

- قبل از جابجایی توجه فرمایید که در مسیر حرکت، هیچ مانعی وجود نداشته و خطر لیز خوردن روی فرش یا سطح زمین درکار نباشد؛
- هنگامی که قصد دارید بیمار یا مصدومی راکه بهوش است و صدمهٔ جدی ندیده از پله‌ها بالا و پایین ببرید یا از راهرو عبور دهید، می‌توانید مصدوم را روی یک صندلی معمولی اما محکم، نشانده و مطمئن شوید که صندلی می‌تواند وزن بیمار را تحمل کند. او را با یک باند پهن به صندلی ببندید؛
- برای جابجایی به دو نفر احتیاج است. روبروی یکدیگر بایستید. یکی جلوی صندلی و دیگری در پشت. شخصی که پشت صندلی ایستاده باید پشت صندلی و مصدوم را نگه دارد و دیگری باید پایه‌های جلوی صندلی را بگیرد. کمی صندلی را به سمت عقب خم کنید. مصدوم را سرجایش محکم کنید و سپس باهم صندلی را بلند کنید؛
- اگر پله‌ها یا راهرو به اندازه کافی پهن باشد، می‌توانید هرکدام یک طرف صندلی بایستید و با یک دست پشت صندلی و با دست دیگر قسمت بالای پایه جلوی صندلی را بگیرید و مصدوم را حمل کنید.

راهنمای مراقبت از بیماران عفونی

نکاتی که بیماران عفونی و مراقبان آن ها باید رعایت کنند:

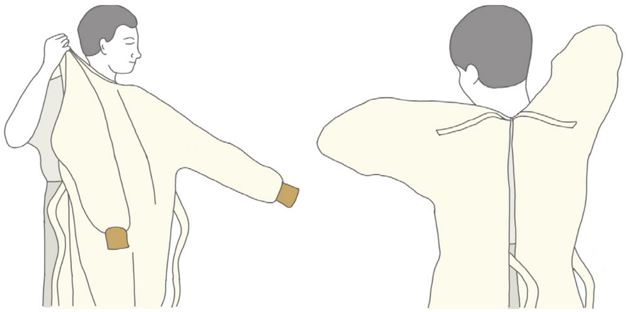
- بیمار باید در اتاق با تهویهٔ مناسب بستری شود (مثلاً پنجرهٔ آن باز شود)؛
- حرکت بیمار در خانه محدود شود و فضای مشترک با سایر افراد خانواده به حداقل برسد. فضای مشترک با بیمار مثل آشپزخانه و دستشویی هم باید تهویهٔ خوبی داشته باشند (پنجره‌ها را باز بگذارید)؛
- اعضای خانواده باید در اتاق‌های جداگانه بمانند، اگر این امکان وجود ندارد، باید حداقل دو متر فاصله را با بیمار حفظ کنند مثلاً در تختخواب جدا بخوابند. مادران شیرده مستثنی هستند؛ با در نظرگرفتن فواید شیردهی و نقش ناچیز شیر مادر در انتقال ویروس‌های تنفسی، مادر بیمار می‌تواند به شیر دادن ادامه دهد. مادر در نزدیکی نوزاد باید ماسک بزند و قبل و بعد از تماس با نوزاد دست خود را بشوید و دیگر نکات ذکر شده در این مطلب را رعایت کند؛
- تعداد افرادی که از بیمار مراقبت می‌کنند به حداقل برسند. بهتر است مسئولیت این کار به عهده فردی با سلامت کامل گذاشته شود که هیچ بیماری زمینه‌ای و مزمنی ندارد؛
- تا زمان بهبودی کامل و رفع تمام علائم، بازدیدکننده و مهمانی نباید به خانه بیاید؛

- بعد از هر تماس با بیمار یا محیط اطراف بیمار، باید دست‌ها را شست؛
- قبل و بعد از تهیهٔ غذا، قبل از خوردن غذا و بعد از رفتن به توالت، باید حتماً دست‌ها شسته شوند. اگر دست‌ها به‌وضوح کثیف نیستند، می‌توان از ژل حاوی الکل استفاده کرد ولی اگر دست‌ها به طور واضح کثیف هستند باید با آب و صابون شسته شوند؛
- بعد از شستشو با آب و صابون، برای خشک‌کردن دست بهتر است از دستمال کاغذی یکبار مصرف استفاده شود. اگر این امکان وجود ندارد، می توان از حولهٔ تمیز استفاده کرد ولی این حوله باید دائم عوض شود؛

برای جلوگیری از پخش‌شدن ترشحات تنفسی، بیمار تا حد ممکن باید ماسک بزند. این ماسک باید هر روز عوض شود. افرادی که نمی‌توانند ماسک بزنند باید توصیه‌های بهداشتی را با دقت رعایت کنند:

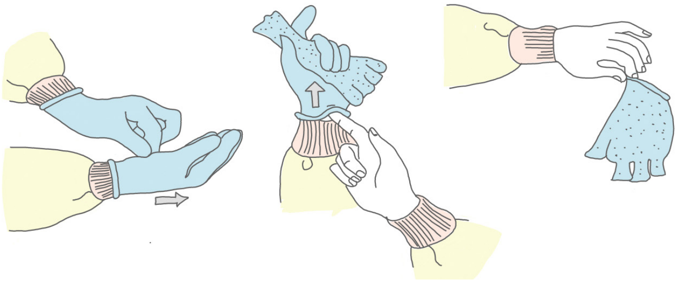
- هنگام عطسه و سرفه، جلوی دهان و بینی خود را با دستمال کاغذی بپوشانند و بعد آن را دور بیندازند. اگر از دستمال پارچه‌ای استفاده می‌شود، باید به طور مرتب با آب و مواد شوینده شسته شود؛
- باید محلی برای پوشیدن و بیرون‌آوردن وسایل حفاظت فردی به صورت مجزا در نظر گرفته شود. برای مرتبهٔ اول باید یک فرد آموزش دیده به عنوان ناظر حضور داشته باشد تا مطمئن باشد که دستورات برای پوشیدن و بیرون آوردن وسایل حفاظت فردی که در دستورالعمل آورده شده، به درستی رعایت می‌شوند؛
- افرادی که از فرد بیمار مراقبت می‌کنند، هنگامی که در اتاق بیمار هستند باید ماسک داشته باشند و نباید به ماسکشان دست بزنند. ماسک خیس یا ماسکی که با ترشحات کثیف شده، باید بلافاصله با ماسک خشک و تمیز عوض شود. هنگام عوض کردن ماسک به قسمت جلوی آن دست نزنید و آن را از پشت (از بند آن) باز کنید. ماسک، بعد از استفاده باید بلافاصله دور انداخته شود و دست‌ها شسته شوند؛
- از پیش‌بند بلند، پیراهن و شلوار و یا لباس جلو بسته که از ناحیهٔ گردن تا پایین را می‌پوشاند، استفاده کنید و پشت آن را بوسیله دو یا سه بند به هم وصل کنید. هیچ قسمت از پوست در معرض آلودگی احتمالی قرار نگیرد؛
- از جوراب و یا پارچه‌ای که به صورت کیسه‌ای درست کرده‌اید برای پوشاندن پاها استفاده کنید (در اصطلاح روکفشی پارچه‌ای)؛
- تمام موهای خود را با یک کلاه پارچه‌ای بپوشانید؛
- فاصلهٔ اجتماعی را ادامه بدهید؛
- از تماس مستقیم با ترشحات بیمار (بخصوص ترشحات دهانی و تنفسی) به‌شدت پرهیز کنید. هنگام مراقبت و در صورت سروکار داشتن با ادرار و مدفوع بیمار، از دستکش یکبار مصرف استفاده کنید. قبل از پوشیدن دستکش و بعد از درآوردن دستکش و ماسک دستتان را بشویید؛
- از ماسک و دستکش، بیش از یک بار، استفاده نکنید؛

نحوه صحیح پوشیدن وسایل حفاظت فردی

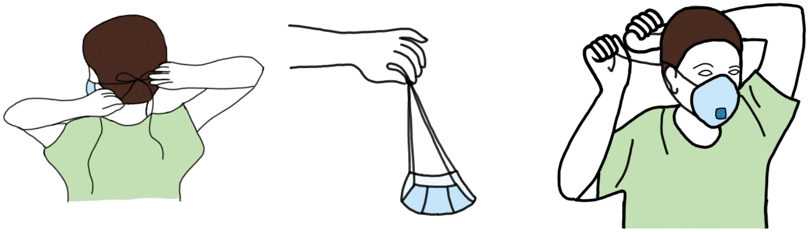


نحوه صحیح بیرون‌آوردن وسایل حفاظت فردی

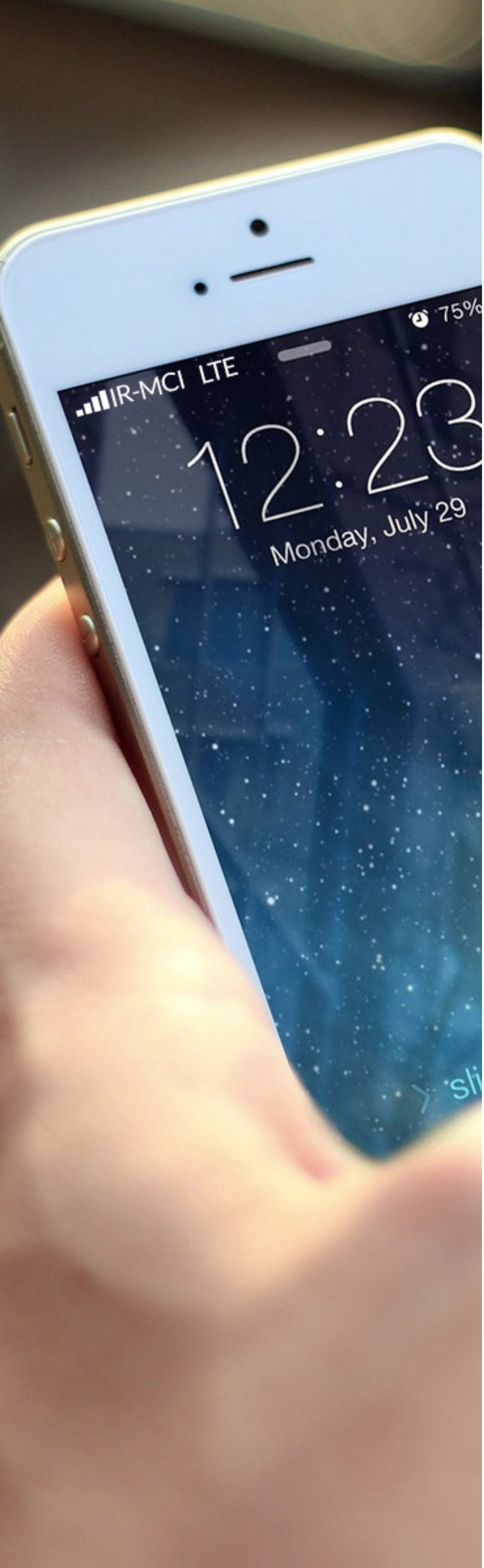
نحوهٔ صحیح بیرون‌آوردن دستکش



نحوه صحیح برداشتن ماسک



- ملحفه و ظروف بیمار (قاشق، بشقاب، لیوان) باید جدا باشند و بعد از استفاده، با آب و مواد شوینده (مایع ظرفشویی) شسته شوند؛
- سطوح اتاق بیمار که دائم لمس می‌شوند (مثل میز کنار تخت، قاب تخت، و سایر اثاثیه اتاق) باید روزانه شسته و ضدعفونی شوند. این سطوح را در ابتدا با مواد شویندۀ خانگی تمیز کنید و بعد از شستشو با آب (در صورت امکان)، دوباره با وایتکس ۰/۱ درصد ضدعفونی کنید؛
- دستشویی و توالت بیمارکه بهتر است جدا باشد، باید حداقل روزی یک بار ضدعفونی شوند. این سطوح را در ابتدا با مواد شوینده خانگی تمیز و بعد از شستشو با آب، با وایتکس ۰/۱ درصد ضدعفونی کنید؛
- لباس، ملحفه و حوله‌های دست و حمام بیمار را با آب و مواد لباس‌شویی معمولی بشویید و کاملا خشک کنید. در صورت استفاده از ماشین لباس‌شویی، آنها را با آب ۶۰ تا ۹۰ درجه سانتیگراد و با مواد شوینده مخصوص ماشین لباسشویی، بشویید و کاملا خشک کنید. ملحفه‌های آلوده را در یک کیسه بگذارید. لباس‌های کثیف را تکان ندهید و از تماس اجسام آلوده با پوست و لباس پرهیز کنید؛
- هنگام تمیز کردن سطوح، لباس و ملحفه‌های آلوده به ترشحات بیمار، از دستکش و پوشش محافظ (مثل پیش‌بند پلاستیکی) استفاده کنید. می‌توان از دستکش یک‌بار مصرف یا دستکش‌های ضخیم‌تر هم استفاده کرد. بعد از استفاده از دستکش‌های ضخیم (مانند دستکش ظرفشویی)، باید آن‌ها را با صابون و مواد شوینده خانگی شست و بعد با وایتکس ۰/۱ درصد ضدعفونی کرد. بعد از استفاده از دستکش یک‌بارمصرف، آن را دور بیندازید. قبل و بعد از استفاده از دستکش، دستتان را بشویید؛
- دستکش، ماسک و سایر زباله‌های مراقبت خانگی از بیمار، باید در دو پلاستیک و در داخل یک سطل آشغال دربدار ریخته شوند. این سطل آشغال باید در اتاق بیمار نگه داشته شود؛
- از هر گونه تماس با اجسام آلوده در اتاق بیمار خودداری کنید (مثل استفاده از مسواک، سیگار، ظرف غذا و نوشیدنی، حوله، ملحفه و غیره)؛
- به طور کلی بهداشت فردی را رعایت کنید. در خانه بمانید. مسافرت نکنید. به روش صحیح ماسک بزنید. با دیگران دست ندهید و یا روبوسی نکنید و به دفعات دست و روی خود را بشویید.



ارتباط با ما

ستاد کشوری: تهران | شرق به غرب بزرگراه جلال آل احمد | بعد از پل نصر(گیشا) | پلاک ۱۳۹
تلفن: ۰۲۱-۸۶۰۱۵۳۴۲ | ۰۲۱-۸۶۰۱۵۳۲۹

مرکز اصفهان: خیابان شهید مطهری | بعد از پل شیری | کوچه ۳۵ | بن بست امین‌الدوله | پلاک ۲۹
تلفن: ۰۳۱ - ۳۲۲۳ ۳۰۲۹ | ۰۳۱ - ۳۲۲۳ ۱۰۵۱

Web Site: www.Macsa.ir
Instagram: @Macsacharity
Bale: @Macsa

دریافت کمک های مردمی

شماره حساب نزد بانک رسالت: ۱۰۵ ۶۵۶۵ ۶۲۱
شماره کارت: ۵۰۴۱ ۷۲۷۰ ۱۰۰۲ ۲۳۱۵
به نام مرکز طب پیشگیری و ارتقا سلامت آلا

یادداشت‌های من:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....