



**فصل یازدهم**  
**اداری - تناسلی**



★ نوع فعالیت: گذاشتن کاتتر ادراری

اهداف:

- ۱- اندازه‌گیری حجم ادرار باقی مانده
- ۲- اندازه‌گیری مداوم ادرار دفع شده
- ۳- گرفتن نمونه ادرار جهت انجام تست های تشخیصی
- ۴- تخلیه مثانه در زمان احتباس ادراری
- ۵- کمک به پرشدن مثانه جهت انجام تست های پاراکلینکی تشخیصی
- ۶- کم کردن فشار مثانه روی بافت های اطراف، جهت اعمال جراحی
- ۷- جهت درمان احتباس ادراری ناشی از تنگی های لوله ادراری ، تکرر ادرار عفونت و یا مثانه نوروژنیک

وسایل مورد نیاز:

کاتتر باقی ماندنی استریل ( از جنس لاتکس یا سلیکون) معمولاً شماره‌های ۱۴ تا ۱۶ در بزرگسالان - سرنگ ۱۰ CC - نرمال سالین - صابون مایع - مشمع و رویی آن - دستکش استریل - محلول ضد عفونی کننده - ژل لوبریکانت استریل - کیسه جمع‌آوری ادرار استریل، برگه کنترل جذب و دفع در صورت نیاز - چسب ضد حساسیت - برگه درخواست آزمایش در صورت نیاز - منبع نور - بالش یا ملحفه‌های رول شده- رسیور

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دستور پزشک مبنی بر سونداژ را بررسی کنید.
۲	در صورتی که اندازه یا نوع مشخصی از کاتتر مورد نظر پزشک مربوطه می‌باشد آن را آماده کنید.
۳	دست هایتان را بشویید.
۴	وسایل را آماده کنید و آن‌ها را به اتاق بیمار بیاورید.
۵	با بیمار ارتباط برقرار کنید.
۶	چارت بیمار را چک کنید و زمان خالی شدن مثانه در نوبت قبلی را سوال کنید.
۷	مثانه را معاینه و لمس کنید تا زمان تخلیه آن را حدس بزنید.
۸	از همکاران بخواهید که چراغ را طوری تنظیم کنند که شما بتوانید ناحیه را به خوبی ببینید.
۹	تخت را طوری تنظیم کنید که مجرای ادراری را به وضوح ببینید.
۱۰	در مورد بیماران زن : الف : بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید (supine). ب - زانوهای وی را کاملاً خم کنید. پ - زانوها را از هم دور کنید. ت - پاهای او را به صورت شل دو طرف تخت بگذارید ( به صورت جدا از هم). ث - اگر بیمار در این وضعیت ناراحت است، یک زانوی او را خم کنید و پای

دیگر او را به حالت صاف روی تخت قرار دهید. ج - در صورت ضعف شدید بیمار زیر زانوهای او بالش بگذارید تا به حالت خمیده دربیاید.	
در مورد بیماران مرد : الف - بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. ب - پاهایش را باز کنید و صاف روی تخت بگذارید. ج - از بیمار بخواهید که وضعیت خود را به همین شکل حفظ کند. د - در صورت نیاز از یک نفر کمک بخواهید تا وضعیت بیمار را حفظ کند و چراغ را تنظیم کند.	۱۱
دست هایتان را بشوید و دستکش بپوشید.	۱۲
بیمار را به روش صحیح شستشوی پرینه بدهید.	۱۳
ناحیه ژنیتال را خشک کنید.	۱۴
مشمع و رویی آنرا زیر باسن و پاهای بیمار پهن کنید.	۱۵
پک استریل را در بیماران خانم بین دو پای او قرار دهید.	۱۶
پک را به روش استریل باز کنید.	۱۷
در بیماران آقا پک استریل را روی ران های او باز کنید.	۱۸
دستکش استریل بپوشید.	۱۹
شان استریل را روی ران های بیمار پهن کنید ( یا تعدادی گاز استریل).	۲۰
ناحیه ژنیتال را باز نگه دارید.	۲۱
از عدم حساسیت بیمار به ید یا محلول های ضد عفونی مطمئن شوید.	۲۲
درب ظرف محتوی محلول ضد عفونی کننده را باز کنید.	۲۳

۲۴	به آرامی بدون ریختن محلول روی وسایل کمی از محلول را در ظرف محتوی پنبه بریزید.
۲۵	درب تیوپ ژل لوبریکانت استریل را باز کنید.
۲۶	پاکت کاتتر را به روش استریل باز کنید و در محیط استریل قرار دهید.
۲۷	مقداری از ژل لوبریکانت را در محیط استریل بگذارید.
۲۸	در صورت آلوده شدن دستکش ها، آن ها را عوض کنید.
۲۹	با دست پوشیده شده به وسیله دستکش استریل، سرکاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته کنید.
۳۰	انتهای کاتتر را به سر کیسه تخلیه ادرار استریل وصل کنید.
۳۱	اطمینان پیدا کنید که در پوش انتهایی کیسه جمع آوری ادرار بسته است.
۳۲	تمام کاتتر را استریل نگه دارید.
۳۳	قبل از انجام سوندگذاری، بالون آن را با ۱۰ سی سی آب مقطر امتحان کنید (جهت اطمینان از عدم وجود منفذ).
۳۴	با سرنگ ۱۰ سی سی آب مقطر به داخل بالون تزریق کنید.
۳۵	مجدداً آن را خالی کنید.
۳۶	در بیماران خانم : الف - لب های مازور و مینور را از هم باز کنید (توسط انگشتان شست، اشاره و میانی دست غیرغالب خود). ب - در طول انجام پروسیجر فاصله لب ها را از هم حفظ کنید. پ - با دست غالب خود، با استفاده از پنبه سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی، دور تا دور مجرای خروج ادرار را به صورت دورانی ضد عفونی

<p>کنید.</p> <p>ت - قسمت های دیگر را با یک پنبه سوآپ دیگر ضد عفونی کنید(به همان روش).</p> <p>ث - با یک گاز ناحیه خروج ادرار و ژنیتال را خشک کنید.</p> <p>ج - دستکش هایتان را استریل حفظ کنید.</p>	
<p>در بیماران آقا:</p> <p>الف - پنیس بیمار را با دست غیر غالب خود نگه دارید .</p> <p>ب - پنیس را از ۹۰-۶۰ درجه زاویه بدهید.</p> <p>پ - تا آخر پروسیجر این وضعیت را حفظ کنید.</p> <p>ت - با دست غالب خود نوک آلت را به کمک پنس با پنبه سوآپ ضد عفونی کنید.</p> <p>ث - با یک حرکت دورانی نوک آلت را تمیز کنید.</p> <p>ج - ناحیه اطراف را در مرحله بعد ضد عفونی کنید .</p>	۳۷
<p>دستکش هایتان را استریل حفظ کنید.</p>	۳۸
<p>کاتتر را با دست غالب خود بردارید.</p>	۳۹
<p>کاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته کنید.</p>	۴۰
<p>از بیمار بخواهید همزمان با فرو بردن کاتتر سرفه کند.</p>	۴۱
<p>از بیمار بخواهید که تنفس آرام و عمیق داشته باشد تا اسفنکتر ادراری شل شود.</p>	۴۲
<p>کاتتر را از سمت سر آن بردارید.</p>	۴۳
<p>در بیماران خانم :</p> <p>الف - کاتتر را ۷/۵ سانتی متر داخل ببرید.</p>	۴۴

	<p>ب - در ضمن فرو بردن کاتتر لب ها از هم دور نگه دارید ( تا زمانی که ادرار شروع به خارج شدن کند).</p> <p>پ - اگر کاتتر اشتبهاً وارد واژن شد آنرا خارج کنید.</p> <p>ت - در دوشیزگان تا مطمئن نشدید که کاتتر وارد مجرای ادراری می شود کاتتر را وارد نکنید.</p> <p>ث - مجدداً اجرای مراحل پروسیجر را شروع کنید.</p>
۴۵	<p>در بیماران آقا :</p> <p>الف - کاتتر را ۱۹-۱۲/۵ سانتی متر داخل کنید.</p> <p>ب - خروج ادرار را بررسی کنید.</p>
۴۶	وقتی که خروج ادرار قطع شد، سرنگ را به محل مجرای بالون کاتتر وصل کنید.
۴۷	بالون کاتتر را پر کنید.
۴۸	کاتتر را به بغل ران بیمار با چسب ضد حساسیت ثابت کنید.
۴۹	کیسه جمع آوری ادرار را در محل مخصوص در سطح پایین تر از مثانه آویزان کنید.
۵۰	اطمینان پیدا کنید که لوله ادراری در لای ریل نرده کنار تخت قرار نگرفته باشد.
۵۱	در صورتی که بیمار دستور جمع آوری نمونه جهت آزمایش دارد، نمونه را از طریق پیچ انتهایی بگ ادراری به طریق استریل جمع آوری کنید.
۵۲	نمونه جمع آوری شده را به آزمایشگاه ارسال کنید (به روش صحیح).
۵۳	جهت اندازه گیری مقدار ادرار دفع شده بیمار ( جهت کنترل)، بگ ادرار را هر ۸ ساعت تخلیه کنید.
۵۴	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید :

<p>الف - تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر</p> <p>ب - اندازه و نوع کاتتر</p> <p>ج - میزان، رنگ و دیگر مشخصه‌های ادرار</p> <p>د - در صورت داشتن دستور کنترل میزان حجم ادرار، ثبت در برگه چارت جذب و دفع</p> <p>ه - میزان تحمل و همکاری بیمار در انجام رویه</p> <p>ی - میزان و نمونه آزمایش در خواست شده.</p>
---

#### نکات آموزشی:

- در صورت کمبود پرسنل و انجام این کار به صورت یک نفره قبل از پوشیدن دستکش استریل وسایل را آماده کنید.
- اگر بیمار با کاتتر ادراری به جا ماندنی مرخص می‌شود، به خود و خانواده او اصول مراقبت از خود را در رابطه با کاتتر از قبیل رعایت اصول بهداشتی با شستشوی دست‌ها قبل و بعد از آویزان کردن بگ ادراری به محل مخصوص خود، شست و شوی پرینه و اطراف کاتتر با آب و صابون، نوشیدن ۷ تا ۸ لیوان آب در روز، مراقبت و پیشگیری از کشیده شدن کاتتر، دقت و توجه به اینکه بگ ادراری همیشه در سطح پایین تری نسبت به مثانه قرار گیرد، گزارش موارد غیرعادی مثل ادرار خونی و کدر، یا تب به پزشک مربوط خود آموزش بدهید.
- یادآوری کنید که همیشه کاتتر را به بغل پای خود ثابت کند و این که هر ۱۰-۱۵ روز سوند دائم را تعویض کند (یا به مرکز درمانی مراجعه کند و یا از پزشک و پرستاری که می‌شناسد بخواهد تا جهت تعویض کاتتر مراجعه کند).



## ★ نوع فعالیت: خارج کردن سوند دائمی

## اهداف:

خارج کردن سوند دائمی جهت برقراری جریان طبیعی ادرار

## وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - نوار چسب - سرنگ ۱۰ سی سی - پد ضد آب

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست های خود را بشویید.
۲	تخت را تا ارتفاع مناسب بالا بیاورید.
۳	تجهیزات را آماده کنید.
۴	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار دهید.
۵	پد ضد آب را زیر بیمار قرار دهید .
۶	در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت بگیرید.
۷	نوار چسب یا نگه دارنده سوند را بر دارید .
۸	مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را اسپیره کنید.
۹	کاتتر را خارج کنید.
۱۰	کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا کنید.
۱۱	بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار دهید.
۱۲	در صورت نیاز ، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل آورید.
۱۳	حجم ادرار داخل کیسه را اندازه بگیرید و سپس محتویات آن را خالی

کنید.	
لبه تخت را پایین بیاورید .	۱۴
وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله بریزید.	۱۵
دست های خود را بشویید.	۱۶
یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کنید.	۱۷

★ **نوع فعالیت:** شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم بسته)

**اهداف:**

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

**وسایل مورد نیاز:** مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳-۱۹ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

**عامل انجام کار:** پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن شوید: الف: ضرورت انجام شست و شو را با لمس مثانه بیمار از نظر احتباس ادرار مشخص کنید. ب- میزان دفع ادرار بیمار را با میزان دفع ادرار وی در شیفت قبل مقایسه کنید. ج- چنانچه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد، لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار بدوشید. د- در صورت عدم رفع انسداد عمل شست و شو را انجام دهید.
۲	دستور پزشک را از نظر نوع، حجم و غلظت محلول کنترل کنید.
۳	وسایل رابه اتاق بیمار برده وی را از برنامه مورد نظر مطلع کنید.
۴	خلوت بیمار را فراهم آورید.
۵	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید.
۶	پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری

	ادرار، کنار بزنید.
۷	مشمع و رویه را در محل پهن کنید.
۸	دست های خود را بشویید.
۹	دستکش بپوشید.
۱۰	کاسه استریل را از محلول دستورداده شده با درجه حرارت مناسب پر کنید.
۱۱	رسیور را زیر قسمت انتهایی سوند قرار دهید.
۱۲	سوزن را به روش استریل به سرنگ وصل کرده و به مقدار مورد نیاز از محلول دستور داده شده در سرنگ بکشید.
۱۳	در صورت شست و شوی مثانه، زیر محل ورود سرنگ به سوند را کلمپ کنید تا از جریان یافتن محلول تزریقی و ادرار به درون کیسه جمع آوری ادرار جلوگیری شود.
۱۴	محل ورود سرنگ به سوند را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده، تمیز کنید.
۱۵	سرنگ را به محل مناسب وارد و محلول را به آرامی تزریق کنید: الف: برای هر بار شستشوی سوند ۳۰-۴۰ CC تزریق کنید. ب- برای هر بار شستشوی مثانه ۲۰۰-۱۰۰ CC تزریق کنید.
۱۶	پس از تزریق محلول، سرنگ را خارج کنید.
۱۷	محلول تزریق شده را تخلیه کنید: الف - در شستشوی سوند بلافاصله سوند را پایین آورید تا محلول تزریق شده به راحتی به طرف کیسه جمع آوری ادرار جریان یابد. ب- در شستشوی مثانه، کلمپ را باز کنید تا محلول تزریق شده از طریق سوند به داخل کیسه جمع آوری ادرار جریان یابد.

۱۸	در صورت لزوم روش را تکرار کنید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر، دست یابید.
۱۹	مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شستشوی استفاده شده را از آن کسر کنید.
۲۰	وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی کنید: الف- به میزان رفع مشکلات بیمار توجه کنید. ب- ادرار تخلیه شده را از نظر رنگ و شفافیت و وجود محتویات غیر طبیعی بررسی کنید. ج- جریان ادرار را در سوند و لوله کیسه جمع آوری بررسی کنید.
۲۱	وسایل را به محل مربوطه بر گردانید و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل آورید.
۲۲	دست ها را بشویید.
۲۳	مشاهدات و اطلاعات خود را در مورد مقدار، شفافیت و رنگ ادرار، مقایسه مایعات ورودی و خروجی، وجود اتساع مثانه و میزان ناراحتی بیمار ثبت کنید.

★ نوع فعالیت: شست و شوی مثانه با استفاده از سوند فولی سه راهی

اهداف:

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز: مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳-۱۹ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وسایل را آماده کنید: الف: هوای داخل لوله متصل به ظرف حاوی محلول شستشو را تخلیه کنید. ب- لوله متصل به ظرف حاوی محلول شستشو را به مجرای شستشو در سوند سه راهی وصل کنید.
۲	دست های خود را بشویید.
۳	دستکش بپوشید.
۴	شست و شوی مثانه را به یکی از دروش زیر انجام دهید: الف- شست و شوی مداوم

<p>- کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار باید باز باشد.</p> <p>- کلمپ لوله متصل به ظرف حاوی محلول شستشو را باز کنید. تعداد قطرات را طبق دستور پزشک تنظیم کنید.</p> <p>- مایع برگشتی را از نظر مقدار، رنگ و شفافیت بررسی کنید. مقدار مایع برگشتی باید متناسب با مقدار مایع وارد شده به مثانه باشد.</p> <p>ب- شستشوی مثانه</p> <p>- دستور پزشک را از نظر باقی ماندن محلول شستشو در مثانه یا خروج فوری آن کنترل کنید.</p> <p>- کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را ببندید.</p> <p>- بعد از ورود مقدار محلول دستور داده شده، کلمپ ظرف حاوی محلول شست و شو را ببندید و اجازه دهید محلول برای مدت زمان مشخص شده در مثانه باقی بماند.</p> <p>- پس از انقضای مدت زمان مورد نیاز کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را باز کنید تا محلول خارج شود.</p> <p>- طبق دستور پزشک ممکن است مورد نیاز باشد شست و شوی متناوب را به دفعات انجام دهید.</p>	
مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ثبت کنید.	۵

نوع فعالیت: شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم باز)

**اهداف:**

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

**وسایل مورد نیاز:**

مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳-۱۹ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	<p>از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن شوید:</p> <p>الف : ضرورت انجام شستشو را با لمس مثانه بیمار از نظر احتباس ادرار مشخص کنید.</p> <p>ب- میزان دفع ادرار بیمار را با میزان دفع ادرار وی در شیفت قبل مقایسه کنید.</p> <p>ج- چنانچه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد، لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار بدوشید.</p>



د- در صورت عدم رفع انسداد عمل شست و شو را انجام دهید.	
دستور پزشک را از نظر نوع، حجم و غلظت محلول کنترل کنید.	۲
وسایل رابه اتاق بیمار برده، وی را از برنامه مورد نظر مطلع کنید.	۳
خلوت بیمار را فراهم آورید.	۴
بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید.	۵
پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار، کنار بزنید.	۶
شمع و رویه را در محل پهن کنید.	۷
دست های خود را بشویید.	۸
دستکش بپوشید.	۹
کاسه استریل را از محلول دستورداده شده با درجه حرارت مناسب پر کنید.	۱۰
رسیور استریل را باز کرده و در زیر قسمت انتهایی سوند قرار دهید.	۱۱
به منظور پیشگیری از ورود میکروارگانیسم به سیستم ادراری تکنیک استریل را دقیقاً رعایت کنید.	۱۲
در این مرحله لوله ها را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار از هم جدا کنید. دقت کنید که دست در فاصله ۲/۵ سانتی متر از سرلوله ها باشد.	۱۳
سرلوله متصل به کیسه جمع آوری ادرار را داخل گاز استریل گذاشته و در کنار رسیور قرار دهید.	۱۴
سر سرنگ حاوی محلول شستشو را داخل سوند متصل به بیمار کنید و	۱۵

	محلول را به آرامی داخل مثانه تزریق کنید.
۱۶	سوند را از سرنگ جدا کنید و اجازه دهید تا محلول وارد شده به مثانه از طریق سوند به داخل رسیور وارد شود.
۱۷	عمل شستشو را ادامه دهید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا هدف مورد نظر تامین شود.
۱۸	دو سرسوند فولی و لوله کیسه جمع آوری ادرار را به هم وصل کنید.
۱۹	دقت کنید هنگام اتصال لوله ها به همدیگر پیچ خوردگی ایجاد نشود.
۲۰	در صورت لزوم روش را تکرار کنید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر، دست یابید.
۲۱	مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شستشوی استفاده شده را از آن کسر کنید.
۲۲	وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی کنید: الف- به میزان رفع مشکلات بیمار توجه کنید. ب- ادرار تخلیه شده را از نظر رنگ و شفافیت و وجود محتویات غیر طبیعی بررسی کنید. ج- جریان ادرار را در سوند و لوله کیسه جمع آوری بررسی کنید.
۲۳	وسایل را به محل مربوطه بر گردانید و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل آورید.
۲۴	دست ها را بشویید.
۲۵	مشاهدات و اطلاعات خود را در مورد مقدار، شفافیت و رنگ ادرار، مقایسه مایعات ورودی و خروجی، وجود اتساع مثانه و میزان ناراحتی

بیمار ثبت کنید.

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: کمک در بیوپسی کلیه

اهداف:

- ۱- کمک به تشخیص و بررسی وسعت بیماری های کلیه
- ۲- بررسی دلایل رد پیوند کلیه
- ۳- ارزیابی پیشرفت بیماری های مزمن کلیه

وسایل مورد نیاز:

محللول استریل - حوله - دستکش استریل - سرنگ ۵ سی سی - سرسوزن شماره ۲۲ و ۲۵ - سوزن بیوپسی - ست پانسمان استریل - اولتراسوند - سوزن اسپینال شماره ۲۲

عامل انجام کار:

پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	بیمار را ۴ تا ۸ ساعت قبل از آزمون ناشتا نگه دارید.
۲	آزمایشات انعقادی بیمار ( PT . PTT ، CT ، INR ) را کنترل کنید.
۳	خلوت بیمار را فراهم کنید.
۴	بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید.
۵	نواحی مورد نظر را با محللول استریل ضدعفونی کنید.
۶	مراحل اجرای روش را جهت بیمار توضیح دهید.
۷	راه وریدی مناسب جهت بیمار برقرار کنید.

۸	قبل از انجام روش به روش های جاری نمونه ادرار بگیرید.
۹	به بیمار مراقبت های مورد نیاز بعد از بیوپسی را آموزش دهید ( ۱۴ تا ۲۴ ساعت ادرار بیمار را از نظر رنگ مشاهده کنید ).
۱۰	دست ها را بشویید.
۱۱	در حین انجام آزمون بیمار را همراهی و حمایت کنید.
۱۲	پزشک ناحیه مورد نظر را بی حس می کند.
۱۳	برای انجام روش، بیمار را در وضعیت رو به شکم قرار دهید.
۱۴	هنگام ورود سوزن بیوپسی از بیمار بخواهید نفس خود را حبس کند.
۱۵	یک کیسه شن زیر شکم بیمار قرار دهید.
۱۶	پس از بیوپسی علائم حیاتی بیمار را هر ۵-۱۵ دقیقه یکبار کنترل کنید.
۱۷	پس از بیوپسی بیمار را بر روی شکم قرار دهید.
۱۸	با کیسه شن به محل بیوپسی فشار وارد کنید.
۱۹	وسایل را به محل مربوطه بر گردانید و توجهات مورد نیاز را از آنها به عمل آورید.
۲۰	دست های خود را بشویید.
۲۱	مشاهدات و اقدامات خود را در پرونده بیمار ثبت کنید.
۲۲	بیمار را به مدت ۶ تا ۸ ساعت تحت نظر قرار دهید.
۲۳	هر گونه نشانه ای از کمردرد، دردشانه، احساس سبکی سر، وجود خون در ادرار و سوزش ادرار را گزارش کنید.

### نکات آموزشی :

- بیمار باید تا دو هفته پس از انجام بیوپسی، از ورزش یا فعالیت های سخت و بلند کردن وزنه های سنگین خودداری کند.
- نشانه ها و علائم خونریزی را در بیمار بررسی کنید.
- برای کنترل وضعیت بیمار، ۸ ساعت بعد از بیوپسی سطح هماتوکریت و هموگلوبین را اندازه بگیرید.

### ★ نوع فعالیت: یورودینامیک تست

#### اهداف:

- ۱- بررسی وضعیت مثانه در حالات مختلف هنگام پر و خالی شدن
- ۲- بررسی فعالیت اسفنکتر مثانه به صورت ارادی، حجم ها و فشارها و الگوی دفع
- ۳- بررسی طول اسفنکتر مثانه و فشار آن در حالات مختلف

#### وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - سوند مخصوص دو راه - سوند رکتال - پچ پوستی - سرنگ ۲۰ سی سی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط برقرار کنید.
۲	نحوه انجام تست را برای بیمار توضیح دهید.
۳	آزمایشات مورد نیاز قبل از تست برای بیمار را کنترل کنید (کشت و کامل ادرار).
۴	داروهای خاص بیمار را قبل از انجام تست با نظر پزشک قطع کنید.
۵	بیمار را در پوزیشن لیتوتومی قرار دهید.
۶	سوندهای مخصوص رکتال و مجرا را برای بیمار ثابت کنید.
۷	میزان ادرار باقی مانده بیمار را کنترل و ثبت کنید.

۸	پچ های مخصوص را در اطراف مقعد بچسبانید.
۹	بیمار را به دستگاه متصل کنید.
۱۰	تست را به روش صحیح انجام دهید و نمودارهای خاص را ثبت کنید.
۱۱	وسایل را از بیمار جدا کنید.
۱۲	به بیمار در مورد مراجعه به پزشک و مصرف آنتی بیوتیک آموزش دهید.
۱۳	گزارش آزمایش بیمار را به وی تحویل دهید.
۱۴	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت کنید.



### ★ عنوان فعالیت : تعویض سوند سیستوستومی

#### اهداف:

پیشگیری و کنترل عفونت ادراری در اثر باقی ماندن طولانی مدت سوند سوپراپوبیک

#### وسایل مورد نیاز:

دستکش یک بار مصرف و دستکش استریل - سرنگ - آب مقطر - سوند فولی با شماره مناسب - کیسه ادرار - ست پانسمان - محلول ضد عفونی کننده - نوار چسب

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	نحوه انجام کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	خلوت بیمار را فراهم کنید.
۳	دست های خود را بشوید.
۴	ست استریل را باز کنید.
۵	سوند سوپراپوبیک را به روش صحیح خارج کنید.
۶	سرنگ حاوی آب مقطر را آماده کنید.
۷	سوند فولی متناسب با سن و جثه بیمار را باز کنید.
۸	دستکش استریل بپوشید.
۹	کاف سوند فولی را امتحان کنید و از سوراخ نبودن آن مطمئن شوید.

محل ورود سوند سوپراپوبیک را با محلول ضد عفونی تمیز و سپس خشک کنید.	۱۰
سر سوند فولی را وارد محل سوند سوپراپوبیک کنید.	۱۱
پس از خروج ادرار از سوند ، کاف سوند را با آب مقطر پر کنید.	۱۲
جهت اطمینان از قرار گرفتن سوند در مثانه ، آن را کمی به سمت بیرون بکشید.	۱۳
کیسه ادرار را به سوند وصل کنید.	۱۴
سوند را به بدن بیمار ثابت کنید.	۱۵
وسایل را جمع آوری کنید.	۱۶
دست هایتان را بشویید.	۱۷
کلیه مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کنید.	۱۸

## ★ نوع فعالیت: کمک در جای گذاری کاتتر دیالیز صفاقی

مقدمه:

### ۱- CAPD ( Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis )

در این روش تعداد دفعات تعویض روزانه مایعات درون صفاقی معمولاً ۴ تا ۵ بار می باشد. حجم هر بار تعویض ۲ تا ۳ لیتر است که باید حداکثر حجم قابل تحمل داده شود. به طور مثال در یک فرد ۵۰ کیلوگرمی ۲ لیتر، بین ۶۰ تا ۷۵ کیلوگرم ۲/۵ لیتر و بالاتر از ۷۵ کیلوگرم ۶ لیتر است.

### ۲- CCPD ( Continuous cyclor peritoneal dialysis )

در این روش عمده تعویض مایعات درون صفاق در طی شب صورت می گیرد و تعداد تعویض های شبانه ۳ تا ۶ مرتبه با ۲/۵ لیتر مایع می باشد. کل فرآیند حدود ۹ ساعت طول می کشد، در طول روز ۲ تا ۳ لیتر محلول در شکم بیمار باقی می ماند. این روش به وسیله دستگاه سایکلر انجام می شود.

### ۳- IPD ( Intermittent Peritoneal Dialysis )

این روش به علت هزینه بالا و کافی نبودن کلیرانس و عدم رضایت بیماران خیلی مناسب نیست.

### ۴- NIPD ( peritoneal dialysis nocturnal Intermittent )

اغلب در موارد عدم کفایت کلیرانس و بیمارانی که باقی مانده کارکرد کلیه دارند و همچنین برای درمان نشت مایع انجام می گیرد. در این نوع دیالیز صفاقی در طول روز شکم بیمار خالی نگه داشته می شود.

### وسایل مورد نیاز:

ماسک صورت ۳ عدد - پدهای گازی - پدهای بتادین - پگ استریل - دستکش استریل - چاقوی کوچک جراحی - پروپ صفاقی - وسیله بخیه زدن - محلول بتادین ( برای پرپ شکم ) - ویال لیدوکائین ۱ یا ۲ درصد - شان استریل پرفوره - سرنگ ۲۰ سی سی - نرمال سالین

### عامل انجام کار:

پزشک - پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	بیمار توسط صابون آنتی باکتریال حمام کند.
۳	روده های بیمار را با استفاده از ملین وانما آماده کنید( آنتی بیوتیک پروفیلاکسی طبق پروتکل علمی ).
۴	۱ ساعت قبل از جای گذاری کاتتر ۱ گرم سفازولین به بیمار بدهید.
۵	محل کارگذاری کاتتر دیالیز صفاقی کنید.
۶	علامت گذاری را در وضعیت نشسته یا ایستاده و با پوشش معمولی انجام دهید.
۷	برای کاهش خطر سوراخ شدن مثانه از بیمار بخواهید قبل از گذاشتن کاتتر ادرار کند. در صورت عدم توانایی ادرار کردن از سوند ادراری برای بیمار استفاده کنید.
۸	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید.
۹	از وی بخواهید ماسک بزند.

دست های خود را بشویید.	۱۰
ماسک بپوشید.	۱۱
وسایل ذکر شده را آماده کنید.	۱۲
پزشک ماسک بزند و دستکش بپوشد.	۱۳
شکم بیمار را با محلول بتادین پرپ کنید.	۱۴
به پزشک در استفاده از ویال لیدوکائین در جهت بی حس کردن موضع کمک کنید.	۱۵
پزشک ناحیه کوچکی زیر ناف را بی حس می کند.	۱۶
پزشک برش کوچکی توسط چاقو زیر ناف ایجاد می کند.	۱۷
پزشک کاتتر را وارد فضای پریتونئوم می کند.	۱۸
کاتتر را در جای خود بخیه بزنید.	۱۹
برای اطمینان از باز بودن کاتتر با ۲۰ سی سی نرمال سالین آن را شست و شو دهید.	۲۰
ناحیه کاتتر را با پانسمان فشاری بپوشانید. قسمت رابط کاتتر به وسیله پانسمان پوشیده نشود تا کاملاً در دسترس قرار گیرد.	۲۱
کاتتر را با ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد هپارین + ۱۰ سی سی نرمال سالین هپارینه کنید.	۲۲
بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید.	۲۳
وسایل را جمع آوری کنید.	۲۴
دست های خود را بشویید.	۲۵

### نکات آموزشی:

- کاتترگذاری بایستی در سمتی انجام گیرد که موقع خواب سنگینی بدن روی کاتتر قرار نگیرد.
- کاتتر بایستی در بالا یا پایین خط کمر بند قرار گیرد.
- از بیمار سوال کنید کدام طرف مناسب تر است ( راست دست یا چپ دست بودن بیمار اهمیت دارد).
- بیمار بایستی قادر به دیدن محل علامت گذاری شده باشد تا مراقبت از آن به راحتی انجام گیرد.
- علامت گذاری را با جوهر غیر قابل شست و شو انجام دهید.
- پانسمان فشاری به مدت ۱ هفته نباید تعویض شود مگر این که پانسمان بر اثر عرق، حرکت و خونریزی خیس شده باشد. سپس هفته ای یک بار این کار صورت گیرد، مگر این که علائم عفونت و خونریزی دیده شود.
- ۴ الی ۶ هفته اول نباید حمام و یا شنا انجام شود. محل خروج کاتتر باید کاملاً خشک و پوشیده باشد.
- بهتر است حداقل ۲ تا ۴ هفته از کاتتر استفاده نشود تا به طور کامل بهبود یابد.

## ★ نوع فعالیت: دیالیز صفاقی حاد

### اهداف:

- ۱- پیشگیری از نیاز به همودیالیز
- ۲- پیش گیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیت

### وسایل مورد نیاز:

محلول دیالیز شماره ۱ یا ۲ (با توجه به دستور پزشک) - وسیله گرمازا یا پدهای  
حرارتی - حداقل ۳ ماسک صورت - داروهایی از قبیل هپارین در صورت دستور  
پزشک - ست دیالیز و کیسه همراه آن - دو جفت دستکش استریل - کاتتر IV -  
پدهای بتادینه - سرنگ ۳۰ سی سی با سوزن G ۲۵ - کاتتر صفاقی نایلونی چند  
دهانه - پانسمان جاذب - درپوش محافظ برای کاتتر - گاز - کلمپ پلاستیکی  
استریل کوچک - به طور دلخواه: سرنگ ۱۰ سی سی با سوزن G ۲۲ - مکمل های  
پروتئینی و پتاسیم - ظرف نمونه گیری - برچسب - فرم درخواست آزمایش

### وسایل مورد نیاز برای تعویض پانسمان:

یک جفت دستکش استریل - ۱۰ اپلیکاتور پنبه ای یا گاز کوچک - پماد بتادین - دو  
پانسمان درن از پیش بریده شده - چسب نواری - محلول بتادین یا نرمال سالین -  
گاز استریل

### عامل انجام کار:

پرستار واجد شرایط ( دوره دیده )

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دستهای خود را بشویید.
۲	هنگام گرم کردن مایع دیالیز به شفافیت و بی‌رنگ بودن مایع دقت کنید.
۳	ماسک بپوشید.
۴	وسایل ذکر شده را آماده کنید.
۵	قبل از آویزان کردن محلول‌های دیالیز داروهای مورد نظر را به آن اضافه کنید.
۶	ست دیالیز را آماده کنید.
۷	برای تسهیل در خروج مایعات، کیسه درناژ را در سطحی پایین‌تر از بیمار قرار دهید.
۸	ست دیالیز را به کیسه محلول دیالیز وصل کنید.
۹	کیسه محلول دیالیز را با استفاده از گیره به کنار تخت بیمار آویزان کنید.
۱۰	به منظور پرایم کردن راه محلول را باز کرده و اجازه دهید محلول در ست دیالیز جریان یابد.
۱۱	در صورتی که ست قبلاً در جای خود تعبیه شده است اطراف آن را با استفاده از پد و بتادین به طور چرخشی ضدعفونی کنید.
۱۲	با روش استریل ست دیالیز صفاقی را به کاتتر وصل کنید.
۱۳	در اطراف کاتتر از پانسمان جاذب استفاده کنید.
۱۴	این پانسمان را با گاز بپوشانید و چسب بزنید.
۱۵	برای امتحان کاتتر صفاقی مسیر ست را باز کنید تا ۵۰۰ سی سی مایع وارد فضای پریتونئوم شود.



۱۶	ست دیالیز صفاقی را کلمپ کنید.
۱۷	بلافاصله مسیر ست درناژ را باز کنید تا مایع وارد کیسه درناژ شود.
۱۸	در صورت نبود مشکل، مسیر ست درناژ را کلمپ کنید.
۱۹	مسیر ست دیالیز صفاقی را باز کنید تا به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه محلول وارد فضای صفاقی شود.
۲۰	قبل از اتمام محلول موجود در کیسه، مسیر ست را کلمپ کنید تا هوا وارد مسیر نشود.
۲۱	با توجه به زمان توصیه شده اجازه دهید محلول به مدت ۱۰ دقیقه تا ۴ ساعت در فضای شکم باقی بماند.
۲۲	محلول بعدی را برای تزریق گرم نگه دارید.
۲۳	پس از اتمام زمان مورد نظر مسیر کیسه در ناژ را باز نموده و اجازه دهید مایعات در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به کیسه درناژ تخلیه شود.
۲۴	با توجه به تعداد دوره‌های تجویز شده، روش فوق را دوباره تکرار کنید.
۲۵	در صورت نیاز به جمع‌آوری نمونه در زمان تخلیه مایع به کیسه درناژ این کار را انجام دهید.
۲۶	ورودی تزریق مسیر درناژ را با بتادین ضدعفونی کنید.
۲۷	یک سرنگ ۱۰ سی سی با سر سوزن یک و یک دوم یا G ۲۲ وارد ورودی تزریق کنید.
۲۸	میزان نمونه مورد نیاز را اسپیره کنید.
۲۹	نمونه را در ظرف مورد نظر بریزید.
۳۰	ظرف را برچسب بزنید.

۳۱	نمونه را به آزمایشگاه بفرستید.
۳۲	پس از اتمام تعداد دوره‌های تجویز شده ، کاتتر را کلمپ کنید.
۳۳	دستکش استریل بپوشید.
۳۴	مسیر ورودی را از کاتتر صفاقی جدا کنید.
۳۵	درپوش استریل را روی دیالیز صفاقی قرار دهید.
۳۶	وسایل را جمع کنید.
۳۸	میزان مایع وارد شده و خارج شده از فضای پریتونئ ، هر نوع داروی اضافه شده به محلول دیالیز و رنگ و ویژگی مایع برگشتی را ثبت کنید. همچنین وزن روزانه بیمار و تعادل مایعات را یادداشت کنید. از فلوجارت‌های دیالیز برای ثبت میزان تغییرات مایع پس از هر بار دیالیز استفاده کنید. به علایم حیاتی بیمار و تحمل وی نسبت به روش توجه کنید.

#### نکات آموزشی :

- مایع دیالیز صفاقی موجب جابه جایی مایع و الکترولیت اضافه و مواد زائد تجمع یافته از طریق پرده پریتونئ به سمت خون و مایع دیالیز می شود.
- نمونه‌گیری از مایع دیالیز با توجه به دستور پزشک پس از انجام دهمین دوره دیالیز یا پس از یک دوره ۲۴ ساعته انجام می‌شود.
- فشار داخل صفاقی  $18 \text{ cm H}_2\text{O}$  مناسب است. در صورتی که فشار داخل صفاقی از این میزان بیشتر شد، بایستی حجم مایع دیالیز صفاقی ورودی را کاهش دهیم.

### ملاحظات ویژه:

- طی دیالیز و پس از آن به واکنش بیمار به دیالیز توجه کنید.
- علایم حیاتی بیمار را در ۱ تا ۲ ساعت اول دیالیز هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و سپس هر ۲ تا ۴ ساعت کنترل کنید.
- به منظور کاهش خطر عفونت، انجام دیالیز و تعویض پانسما را به روش استریل انجام دهید.
- هنگامی که کاتتر دیالیز باز است تمام پرسنل باید از ماسک استفاده کنند.
- در صورت خیس و آلوده شدن پانسما آن را عوض کنید.
- به منظور جلوگیری از دیسترس تنفسی، به بیمار وضعیت مناسب بدهید. بیمار را به انجام ورزش‌های تنفسی تشویق کنید. در صورت وجود دیسترس تنفسی، حجم مایع را کاهش داده و به پزشک اطلاع دهید.
- گاهی به منظور پیشگیری از کاهش پروتئین، پزشک رژیم پر پروتئین تجویز می‌کند.
- محلول‌های دیالیز صفاقی در سه غلظت دکستروز % ۴/۲۵، % ۲/۵ و % ۱/۵ در دسترس می‌باشد.
- از محلول‌های % ۴/۲۵ به دلیل داشتن گلوکز زیاد برای خروج میزان بیشتر مایعات از خون استفاده می‌شود. در این مواقع بیمار را از نظر کاهش بیش از حد مایعات کنترل کنید. گاهی اوقات ممکن است این گلوکز زیاد وارد خون شده و موجب هیپرگلیسمی بیمار شود که باید در این شرایط انسولین در دسترس باشد یا انسولین به مایع دیالیز اضافه شود.

- در بیماران مبتلا به کمبود پتاسیم به منظور جلوگیری از فقدان بیشتر ، پتاسیم به محلول دیالیز اضافه شود.
- به منظور جلوگیری از عدم تعادل حجم مایعات، فشار خون و نبض را کنترل کنید. پس از پایان هر دوره تعادل مایعات را بررسی کنید.
- برای مشخص شدن میزان مایع خارج شده از بدن ، بیمار را به طور روزانه وزن کرده در چارت مشخص ثبت کنید.
- در صورتی که ورود و خروج مایع از فضای پریتونئال به آهستگی صورت گیرد، مسیر جریان را از نظر پیچ خوردگی کنترل کنید. همچنین می‌توانید کیسه محلول آویزان شده را جابجا کنید. می‌توان از جابجا کردن بیمار و یا اعمال فشار روی کناره‌های شکم بیمار برای جریان یافتن مایع استفاده کرد. در صورتی که انجام این روش‌ها بی‌ثمر بود به پزشک اطلاع دهید.
- همیشه مایع خارج شده را از نظر رنگ و شفافیت کنترل کنید. معمولاً رنگ مایع زرد روشن و تمیز است اما ممکن است طی سه تا چهار سیکل اول رنگ صورتی روشن داشته باشد. در صورتی که مایع همچنان صورتی بماند و/ یا خونی شود امکان وجود خونریزی از پریتونئال مطرح شده که در این صورت باید به پزشک اطلاع دهید. در صورتی که مایع برگشتی آلوده به مدفوع باشد امکان پارگی روده و در صورت تیره بودن مایع برگشتی امکان عفونت مطرح می‌باشد. در این موارد یک نمونه از مایع برگشتی برای کشت تهیه کنید.
- در ابتدای شروع روش وجود مقداری ناراحتی در بیمار طبیعی است. در صورتی که بیمار هنگام انجام روش درد دارد مشخص کنید که زمان بروز ، کیفیت و طول مدت آن چگونه است و آیا به دیگر نواحی بدن منتشر می‌شود و سپس به پزشک اطلاع

دهید. وجود درد هنگام دیالیز می‌تواند به دلیل سرد بودن یا اسیدی بودن مایع باشد. دردی که به شانه‌ها انتشار می‌یابد نشانه تجمع هوا زیر دیافراگم است. وجود درد ناحیه پرینه و رکتوم نشان دهنده جای گذاری نامناسب کاتتر می‌باشد.

- برای انجام مراقبت‌های روزانه بیمار، مرحله تخلیه مایع مناسب‌تر است چون در این زمان احساس پری در شکم کمتر است.

### عوارض :

- ۱- شایع‌ترین عارضه، پریتونیت است که به دنبال آلودگی مایع دیالیز ایجاد می‌شود. گاهی ممکن است این عارضه دیالیز صفاتی به دنبال نشت مایع از کاتتر یا برگشت مایع در مجرا صورت گیرد.
- ۲- از دیگر عوارض دیسترس تنفسی است که به دلیل تجمع مایع در شکم و فشار به دیافراگم ایجاد می‌شود.
- ۳- ممکن است به دلیل ورود پروتئین خون به مایع دیالیز از طریق غشاء پریتونئال کمبود پروتئین رخ دهد. گاهی اتلاف پروتئین به حدود ۱۴ گرم در روز می‌رسد که در بیماران مبتلا به پریتونیت بیشتر است.
- ۴- با استفاده از محلول‌های ۴/۲۵٪ امکان اتلاف بیش از حد مایع، بروز هیپوولمی، هیپوتانسیون و شوک وجود دارد. در صورتی که احتباس مایع نیز در بدن صورت گیرد منجر به افزایش حجم خون، هیپرتانسیون، ادم محیطی و حتی ادم ریوی و نارسائی احتقانی قلب می‌شود.
- ۵- دیگر عوارض شامل عدم تعادل الکترولیت‌ها و هیپرگلیسمی می‌باشد.

## ۶- مایع صفاقی خونی

الف- معمولاً دلایل خطرناکی وجود ندارد اما باید از پریتونیت افتراق داده شود. ممکن است انجام آزمایش جهت شمارش سلول های مایع دیالیز برای تشخیص وجود خون مورد نیاز شود.

ب- دلایل آن ممکن است شامل قاعدگی یا تخمک گذاری، مصرف داروهای آنتی کواگولانت، فعالیت های شدید و ناگهانی بدن، ضربه به شکم یا کاتتر باشد.

پ- در صورتی که خون غلیظ باشد و/ با اقدامات پرستاری مرتفع نگردد بایستی به دقت توسط جراحی بررسی گردد.

## نشت مایع دیالیز

اگر نشت در طول ۳۰ روز ابتدای کاتترگذاری اتفاق بیفتد، برای مدت سه هفته به بیمار استراحت داده می شود و دیالیز وی قطع می گردد، زمانی که بیمار در حالت ایستاده قرار دارد شکم باید خالی باشد. اگر نشت مایع بعد از ۳۰ روز از کاتترگذاری اتفاق بیفتد به جز درمان های فوق CT اسکن توصیه می شود.

★ نوع فعالیت: آموزش دیالیز صفاقی مداوم سرپایی به بیمار

اهداف:

- ۱- پیشگیری از نیاز به همودیالیز
- ۲- پیشگیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیت‌ها
- ۳- حفظ استقلال و تحرک بیمار

وسایل مورد نیاز:

برای انفوزیون مایع دیالیز: مایع دیالیز تجویز شده - آب گرم یا دستگاه حرارتی - ۳ عدد ماسک صورت - لوله اتصال ۴۲ اینچ (۱۰۶/۷ سانتی متر) با کلمپ درن - پدهای گازی (۱۰ ۱۰ سانتی متر) ۶ تا ۸ عدد، - داروها در صورت تجویز پزشک - پدهای بتادین - چسب بدون حساسیت - ظرف پلاستیکی - محلول بتادین - ظرف استریل - ظرف حاوی الکل - دستکش استریل - کمربند یا کیسه فابریک - دو عدد شان پارچه‌ای استریل ضد آب (یکی از آن‌ها پرفوره باشد) - در صورت نیاز: سرنگ، برچسب، ظرف نمونه‌گیری

برای توقف جریان دیالیز به طور موقت:

سه عدد شان کاغذی ضدآب استریل ( دو عدد آن پرفوره باشد) - گاز ۱۰×۱۰ سانتی‌متر برای تمیز کردن و پانسمان کاتتر) - ۲ عدد ماسک صورت - ظرف استریل - چسب بدون حساسیت - محلول بتادین - دستکش استریل - درپوش پلاستیکی - کاتتر استریل

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	غلظت محلول دیالیز دستور داده شده را با دستور پزشک مقایسه کنید.
۲	محلول مایع دیالیز را با استفاده از وسایل گرمازا یا پدهای گرم، گرم کنید.
۳	وسایل را آماده کنید.
۴	دست‌های خود را بشویید.
۵	ماسک بپوشید.
۶	کیسه محلول دیالیز را از نظر وجود نشت کنترل کنید.
۷	در صورت تجویز پزشک داروهای مورد نظر را به محلول اضافه کنید.
۸	مسیرست‌های دیالیز را به کیسه دیالیز متصل کنید.
۹	برای پریم کردن مسیر، کلمپ را باز کنید تا مایع جریان یابد.
۱۰	سپس کلمپ را ببندید.
۱۱	دهانه ورودی مسیر را با بتادین ضدعفونی کنید.
۱۲	دهانه را با یک گاز خشک پوشانده و چسب بزنید.
۱۳	وسایل و تجهیزات را نزد بیمار برده و آن را نصب کنید.
۱۴	روش کار را برای وی توضیح دهید.
۱۵	یک کاغذ استریل پهن کرده و محیطی مناسب فراهم کنید.
۱۶	ظرف مخصوص را از بتادین پر کنید و روی کاغذ قرار دهید.
۱۷	لگن استریل را روی کاغذ قرار دهید.
۱۸	چهار عدد گاز استریل در لگن قرار داده و روی آنها بتادین بریزید.
۱۹	ظرف الکل را روی کاغذ استریل بگذارید.



۲۰	ماسک تمیز بپوشید.
۲۱	پانسمان روی کاتتر را برداشته و دور بیندازید.
۲۲	کاتتر یا پوست ناحیه را لمس نکنید.
۲۳	محل کاتتر را از نظر یکپارچگی پوست، وجود علایم عفونت و محل صحیح قرار گرفتن کاتتر کنترل کنید.
۲۴	در صورت وجود ترشح، یک نمونه از آن تهیه کرده و به آزمایشگاه بفرستید.
۲۵	وجود ترشح را به پزشک اطلاع دهید.
۲۶	انتهای کاتتر را با گاز آغشته به بتادین ضد عفونی کنید و ۵ دقیقه صبر کنید.
۲۷	با گاز، دیگر قسمت‌های کاتتر و محل ورود را تمیز کنید ( برای تمیز کردن از محل ورود کاتتر شروع کرده و به طور چرخشی به سمت بالا بیاید ).
۲۸	برای حمایت کاتتر یک گاز در انتهای آن قرار دهید.
۲۹	یک گاز آغشته به بتادین روی درپوش کاتتر بگذارید.
۳۰	یک شان پر فوره اطراف کاتتر بگذارید.
۳۱	گاز آغشته به بتادین و درپوش کاتتر را بردارید.
۳۲	مسیر ست دیالیز را به ورودی کاتتر متصل کنید.
۳۳	از عدم نشست ناحیه اتصال اطمینان حاصل کنید.
۳۴	مسیر ست دیالیز را باز کرده و اجازه دهید به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه مایع وارد فضای پریتون شود.
۳۵	قبل از تمام شدن مایع کیسه دیالیز آن را کلمپ کنید.
۳۶	کیسه را تا کرده و با یک کمربند به لباس بیمار متصل کنید.

۳۷	پس از مدت زمان مجاز ( معمولاً ۴ تا ۶ ساعت) تای کیسه را باز کرده، کلمپ مسیر را باز کنید و اجازه دهید با نیروی ثقل مایع وارد کیسه شود.
۳۸	هنگامی که تخلیه به اتمام رسید مسیر را کلمپ کنید.
۳۹	کیسه جدیدی وصل کرده و مراحل بالا را تکرار کنید.
۴۰	حجم و نوع مایع مبادله شده در هر مرحله دیالیز، زمان و طول مدت دیالیز و هر نوع داروی اضافه شده به مایع دیالیز ذکر شود. به رنگ و شفافیت مایع بازگشتی، وجود موکوس، چرک و خون توجه شود. همچنین به وجود تعادل در جذب و دفع و همچنین هر نوع علامت و نشانه عدم تعادل مایع نظیر تغییرات وزنی، کاهش صداهای تنفسی، ادم محیطی، آسیت و تغییر در تورگور پوست دقت کنید. وزن بیمار، فشار خون و میزان نبض را پس از تبادل مایع به طور روزانه ثبت کنید.

#### نکات آموزشی:

- محلول دیالیز را با اجاق ماکروویو گرم نکنید چون درجه حرارت آن غیرقابل پیش بینی است.
- در صورت وجود ترشح، حساسیت و درد در ناحیه کاتتر، بدون وجود دستورخاص پزشک، دیالیز نکنید.
- هنگامی که مقدار کمی مایع در کیسه می ماند تا کردن کیسه آن راحت تر صورت می گیرد.

### ملاحظات ویژه:

- در صورتی که ورود و خروج مایع با کندی صورت گیرد، مسیرها را از نظر پیچ خوردگی کنترل کنید. می‌توانید ظرف محلول را بالا آورده، بیمار را تغییر وضعیت داده و/ یا از فشار دست روی کناره‌های شکم برای جریان یافتن مایع استفاده کنید.

### مراقبت در منزل:

- به منظور پیشگیری از عوارضی نظیر پریتونیت به بیمار و خانواده وی آموزش دهید که چگونه انجام دیالیز به ویژه تمیز کردن ناحیه و تعویض پانسمان را به روش استریل انجام دهند. همچنین علائم عفونت از قبیل کدورت مایع، تب، درد شکمی و حساسیت را آموزش داده و تذکر دهید به محض رویت این علائم به پزشک اطلاع دهند.

- همچنین به بیمار و خانواده وی اطلاع دهید که در صورت وجود قرمزی و ترشح از محل دیالیز بلافاصله به پزشک اطلاع دهند.

- به بیمار آموزش دهید که وزن و فشار خون خود را به طور روزانه کنترل و ثبت کند و وجود ادم در اندام‌های تحتانی را کنترل کند. نحوه کنترل صحیح جذب و دفع را آموزش دهید.

### عوارض:

پریتونیت شایع‌ترین عارضه دیالیز صفاقی مداوم سرپایی است. در صورت درمان این بیماری ممکن است اسکار روی پریتون باقی گذاشته و خاصیت نفوذپذیری آن کاهش یابد. در صورت عدم درمان موجب سپتی سمی و مرگ می‌شود.

- یکی دیگر از عوارض دیالیز صفاتی افزایش اتلاف مایعات به دلیل استفاده از محلول دیالیز ۴/۲۵٪، اندازه‌گیری ناصحیح جذب و دفع یا دریافت ناکافی مایعات می باشد.

- بیش بار مایعات نیز ممکن است به دلیل اندازه‌گیری ناصحیح جذب و دفع، کنترل نامناسب ورود و خروج مایع یا مصرف بیش از حد مایعات رخ دهد.

### انتقال به همودیالیز:

موارد انتقال تکرار شونده:

- ۱- نشت صفاقی - جنبی وسیع ( می تواند به اسکروزیس منجر شود).
- ۲- پریتونیت اسکروزوزی
- ۳- اولترافیلتراسیون ناکافی، عدم پاسخ به تغییر درمان.
- ۴- سوء تغذیه پیشرونده یا حاد.
- ۵- موارد ثبت شده مغایر با اقدامات.
- ۶- ناتوانی از انجام دیالیز صفاقی ( دمانس پیشرونده، نقص بینائی، اختلال در کار با دست).

موارد انتقال مقطعی:

- ۱- پریتونیت مقاوم به درمان.
- ۲- پریتونیت قارچی.
- ۳- جراحی یا درد شدید و ناگهانی شکمی.
- ۴- خارج کردن کاتتر به هر علت تا زمانی که کاتتر جدید آماده استفاده گردد حداقل ۲ هفته بعد از جراحی.
- ۵- ناتوانی مقطعی.

## ★ نوع فعالیت: همودیالیز

### اهداف:

- ۱- خارج کردن مواد زائد و آب اضافی از خون بیمار در هنگام نارسائی کلیوی مزمن و یا موارد دیگر در صورت لزوم
  - ۲- تأمین حمایت موقت در هنگام نارسائی کلیوی حاد
- تجهیزات استاندارد مورد نیاز در بخش های همودیالیز: ماشین همودیالیز - محلول دیالیز - ست تجویز دارو و دیگر تجهیزات مرتبط - هپارین - سرنگ انفوزیون - پرچسب دارو - ست شریانی و وریدی
- تجهیزات همودیالیز با کاتتر دو مجرای: پدهای آغشته به بتادین - دو گاز استریل ۱۰ سانتی متر - سرنگ ۳ و ۵ سی سی - چسب - سرنگ حاوی هپارین - دستکش تمیز.
- تجهیزات برای همودیالیز با فیستول AV: دو سوزن پروانه ای - پد نگه دارنده - پد حاوی بتادین - گازهای استریل ۱۰ × ۱۰ سانتی متر - تورنیکه - دستکش تمیز - چسب ضد حساسیت - آنژیوکت شماره ۱۶
- تجهیزات جدا کردن همودیالیز از کاتتر دو مجرای: گاز استریل ۱۰ × ۱۰ سانتی متر - پد آغشته به بتادین - گاز پانسما بریده شده - پد آغشته به بتادین - محلول هپارین - بر اساس پروتکل استاندارد شده پانسما ترانس پرانت - وسایل آماده سازی پوست - چسب - وسایل مورد نیاز کشت از ترشحات در صورت لزوم - سرنگ ۵ سی سی - نرمال سالین

### وسایل مورد نیاز قطع کردن بیمار از همودیالیز با فیستول AV:

دستکش تمیز- گاز استریل ۱۰ ۱۰ سانتی متر- دو عدد بانداژ چسبی (صفربند) - در صورت نیاز: اسفنج‌های ژلاتینی استریل با قابلیت جذب (ژل فوم)

### دیگر وسایل و تجهیزات مورد نیاز :

ترالی اورژانس مجهز به پایه سرم، تخته احیاء - کپسول O<sub>۲</sub> به همراه مانومتر - داروهای مورد نیاز در ترالی بر اساس مصوبات و استانداردها - دستگاه الکتروشوک - حداقل یک فشارسنج و گوشی به ازای هر دو ماشین دیالیز در بخش - برنامه مدون کنترل و نظارت بر کارکرد ماشین‌های همودیالیز از طرف شرکت مربوطه - ماشین‌های همودیالیز مجهز به تصفیه آب مرکزی (RO) - صافی دیالیز به مقدار کافی در اندازه‌های مختلف - وجود یک ماشین دیالیز اضافی در بخش برای جایگزین کردن ماشین‌های خراب- کانداکتیویته متر - دستگاه الکتروکاردیوگرام - محلول دیالیز - محلول ضدعفونی ماشین دیالیز شامل بلیچ، اسیدسیتریک و - سرم های هیپرتونیک - راهنمای استفاده از دستگاه های موجود در بخش

### عامل انجام کار:

پرستار واجد شرایط

ردیف	چهارچوب کلی استاندارد بخش همودیالیز
۱	اتاق از نور کافی جهت انجام مراقبت پرستاری برخوردار باشد.
۲	دمای بخش بین ۲۰-۲۵ درجه سانتی‌گراد باشد.
۳	پنجره ها دارای توری های سالم باشد.

بخش می بایست مجهز به برق اضطراری باشد.	۴
ترجیحاً امکانات رفاهی و سرگرمی و آموزش در بخش در نظر گرفته می شود.	۵
لوله های تخلیه آب ماشین های دیالیز حدوداً ۲۰ سانتی متر بالاتر از سطح زمین باشد.	۶
فاصله تخت ها از یکدیگر ۱/۵ متر باشد.	۷
اتاق معاینه در کنار بخش همودیالیز وجود داشته باشد.	۸
اتاق جهت صرف غذای بیمار به طور مجزا وجود داشته باشد.	۹
اتاقی جهت استراحت پرسنل بخش وجود داشته باشد.	۱۰
مکانی مجزا جهت دیالیز بیماران اورژانس در نظر گرفته شود.	۱۱
مکانی مجزا جهت شستشو و نگهداری ست پانسمان وجود داشته باشد.	۱۲
<b>استاندارد پذیرش بیمار در بخش همودیالیز</b>	
پذیرش بیمار از طریق درخواست دیالیز موقت، اورژانس یا معرفی نامه دائم دیالیز به بخش صورت می گیرد.	۱۳
مشخصات فردی بیمار کنترل و ثبت گردد.	۱۴
وضعیت آزمایشات HCV ، HIV ، HbsAg مشخص باشد.	۱۵
وضعیت واکسیناسیون علیه هپاتیت ب مشخص باشد.	۱۶
در صورت عدم واکسیناسیون یا تکمیل آن بیمار به مراکز بهداشت معرفی شود.	۱۷
جهت بیماران تازه وارد، آشنائی با محیط بخش و توضیحات مورد نیاز در مورد دیالیز به زبان ساده داده شود.	۱۸

در صورت پذیرش بیماران آنتی ژن مثبت: الف - اتاق ایزوله وجود داشته باشد. ب - سرویس بهداشتی مجزا وجود داشته باشد. ج - غذاخوری مجزا جهت بیماران وجود داشته باشد.	۱۹
---	----



★ نوع فعالیت: آماده سازی دستگاه همودیالیز (Fresenius - ۴۰۰۸)

اهداف:

- ۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها
- ۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی
- ۳- شست و شوی مواد و یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده
- ۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی

وسایل مورد نیاز:

جهت پرایم دستگاه همودیالیز

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با فشار دادن کلید ON/OFF ( نشانگر سبز) دستگاه را روشن کنید.
۲	در صورت استفاده از محلول استات ساکشن قرمز را داخل گالن محلول استات سدیم قرار دهید.
۳	در صورت استفاده از محلول بی کربنات ساکشن قرمز را داخل گالن محلول اسیدی قرار دهید.
۴	درب قسمت Bi Bag را با فشار دکمه آبی باز کنید و آن را ۱۸۰ درجه بچرخانید.
۵	درب پوش Bi Bag را برداشته و با رعایت نکات استریل آنرا در محل مربوطه روی دستگاه ثابت کنید.
۶	کلید Test را فشار دهید تا نشانگر از حالت چشمکزن خارج و ثابت (زرد رنگ) شود.

۷	تا پایان مراحل تست که به صورت اتوماتیک انجام می شود صبر کنید.
۸	روی مانیتور دستگاه، پیام های زیر ثبت می شود. Test version xx Test in progress
۹	بررسی Alarm چراغ های LED (نشانگر) check status IEDS
۱۰	بررسی Alarm چراغ های LED (نشانگر) off – Display – All - uf
۱۱	تمام قسمت های نمایشگر روشن هستند و Check u.f. for را نمایش می دهد. نمایشگرهای خطی همواره با صدا رو به بالا حرکت می کنند.
۱۲	نمایش متن دیگر Test Display Test
۱۳	پیام های نمایش داده شده روی صفحه نمایشگر در هنگام تست متوالی عبارتند از: ۱- By pass ۲- opt Detector ۳- Blood system ۴- vanous ۵- Airdetector ۶- Display ۷- Apterial ۸- Accomulator ۹- Blood leak ۱۰- Temperature ۱۱- NegPlesswe ۱۲- Pos pressure ۱۳- Uf function ۱۴- Conductivity ۱۵- optional (Diasafe)

پیام پایان تست به صورت روبرو روی نمایشگر ظاهر می شود. در این حالت نشانگر تست خاموش و نشانگرهای prim Dailysis Alarm Tone Mut Reset Alarm چشمک زن می شود و پیام روبرو روی نمایشگر ظاهر می شود preparation	۱۴
لوله های شریانی - وریدی را روی دستگاه در محل های مربوطه قرار دهید.	۱۵
از تماس لوله های شریانی - وریدی به سطوح آلوده ( زمین، سطل آشغال و ... ) جلوگیری کنید.	۱۶
صافی دیالیز را در محل خود قرار دهید (قسمت وریدی بالا و قسمت شریانی پایین قرار گیرد)	۱۷
سرم نرمال سالین را در جای خود نصب و به لاین شریانی در قسمت مربوطه وصل کنید.	۱۸
سرم نرمال سالین را باز کرده لوله شریانی را شستشو و هوا گیری کنید.	۱۹
لاین شریانی را کلمپ کنید.	۲۰
با فشار دادن کلید prim که در حالت چشمک زن می باشد آن را ثابت و پرایم خشک را آغاز کنید.	۲۱
با فشار دادن کلید پمپ خون و تغییر رنگ سبز و با سرعت ۱۸۰ در دقیقه پرایم خشک را شروع کنید.	۲۲
لاین هپارین را با سرم نرمال سالین هواگیری و در صورت عدم استفاده در پوش و کلمپ آن را محکم کنید.	۲۳
جهت تخلیه بهتر صافی به لاین وریدی از فشار مثبت هوا استفاده کنید.	۲۴
پرایم خشک را با ۵۰۰ سی سی سرم نرمال سالین انجام دهید.	۲۵

۲۶	با فشار دان دکمه کنار چمبر ورودی سطح سرم نرمال سالین را در چمبر ورودی بالا ببرید.
۲۷	درب محفظه شانت‌ها در سمت راست و بغل (shunt cover) را باز کرده تا جریان محلول قطع گردد (By pass).
۲۸	لوله‌های آوران (محلول قرمز) و وبران (محلول آبی) را به صافی وصل کنید (غیرهمسو با لاین شریانی - ورودی).
۲۹	درب محفظه شانت‌ها را ببندید.
۳۰	صافی را ۱۸۰ درجه بچرخانید تا صافی از محلول پرشود (شریان بالا - ورودی پایین).
۳۱	با ۱۰۰۰ سی سی نرمال سالین پریم را به اتمام برسانید.
۳۲	پمپ را خاموش کنید.
۳۳	سرم را کلمپ کنید.
۳۴	سرم را تعویض کنید.

### نکات آموزشی :

- به منظور شست و شوی بهتر صافی اضافه وزن و زمان دیالیز را صفر و  $Uf\ Rate$  را به ۱۰۰۰ برسانید.
- ساختار دستگاه به گونه‌ای طراحی شده است که با سرعت ۱۸۰ سی سی در دقیقه پریم می‌شود و در صورت نیاز می‌توان میزان سرعت را افزایش داد.
- در حین پریم فشار منفی و یا اولترافیلتراسیون به میزان یک کیلوگرم در ساعت اعمال شود.

- حین پرایم با ضربانات ملایم به صافی ، خم کردن لاین شریانی - وریدی و تغییر جهت صافی به هواگیری کمک کنید.
- در صورتی که بیش از ۱۰ دقیقه از اتمام پرایم گذشته باشد و پس از آن بیمار جهت وصل مراجعه کند مجدداً با ۱۰۰ تا ۲۰۰ سی سی سرم پرایم را انجام دهید.

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه Fresenius ۴۰۰۸

اهداف: وصل بیمار به دستگاه

وسایل مورد نیاز: جهت وصل بیمار به دستگاه

عامل انجام کار:

پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وزن بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۲	پرونده بیمار را از فایل مربوطه درآورید.
۳	گزارش پرستاری دیالیز قبلی بیمار را مطالعه کنید.
۴	علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۵	دست های خود را بشویید.
۶	دستکش بپوشید.
۷	بر شست و شوی دست ها و محل سوزن توسط بیمار با آب و صابون نظارت کنید.
۸	از عینک استفاده کنید.
۹	ماسک بزنید.
۱۰	به بیمار تاکید کنید که از ماسک استفاده کند.
۱۱	سوزن های شریانی و وریدی را با سرم نرمال سالین شست و شو دهید.
۱۲	راه دستیابی به عروق بیمار را کنترل کنید.
۱۳	دو رگ مناسب جهت دیالیز برای بیمار انتخاب کنید.

محل تزریق سوزن‌ها را به طریقه دورانی با پنبه استریل ضدعفونی کنید.	۱۴
در هنگام استفاده از الکلی یا بتادین جهت ضدعفونی کردن محل سوزن‌ها می‌توانید بعد از خشک شدن ناحیه سوزن‌ها را وارد کنید.	۱۵
سوزن‌ها را به طریقه صحیح (برش سوزن رو به پایین) وارد شریان و ورید بیمار کنید.	۱۶
لوله شریانی را به سوزن شریانی وصل کنید.	۱۷
مطمئن شوید که سرم نرمال سالین کلمپ است.	۱۸
کلمپ شریانی را باز کنید.	۱۹
کلید Reset alarm و Dialysis start را فشار دهید.	۲۰
کلید پمپ خون را فشار داده (سرعت آن را تنظیم کنید) تا روشن شود (سبز رنگ).	۲۱
محل تزریق هپارین را ضدعفونی کنید.	۲۲
هپارین اولیه بیمار را تزریق کنید.	۲۳
سر سوزن سرنگ هپارین را تعویض کنید.	۲۴
سر سوزن آلوده را در ظرف غیرقابل نفوذ ببندازید.	۲۵
تأیید شدن چمبر ورودی از خون صبر کنید، در این زمان دستگاه Alarm (سوت) می‌زند.	۲۶
لوله ورودی را به سوزن ورودی وصل کنید.	۲۷
از باز بودن کلید کلمپ‌های شریانی و ورودی مطمئن شوید.	۲۸
کلید Dialysis start یا Reset alarm را فشار دهید.	۲۹
دور پمپ خون را فشار دهید تا پمپ شروع به حرکت کند.	۳۰
دور پمپ خون را براساس وزن بیمار تنظیم کنید.	۳۱

دوباره صحت محل اتصال لوله‌های شریانی و وریدی به صافی را کنترل کنید.	۳۲
همچنین صحت محل اتصال لوله‌های محلول به صافی را کنترل کنید.	۳۳
از بسته بودن (کلمپ) سرم اطمینان حاصل کنید.	۳۴
سرم بیمار را تعویض کنید.	۳۵
بالا بودن سطح خون در چمبر وریدی را کنترل کنید.	۳۶
اضافه وزن مورد نظر UF را در قسمت program تنظیم کنید ( این کار قبل از وصل بیمار باید انجام گیرد).	۳۷
ساعت دیالیز مورد نظر را در قسمت program تنظیم کنید ( قبل از وصل بیمار).	۳۸
در صورت استفاده از محلول استات ۱۳۵ Bas - Na غلظت را تنظیم کنید.	۳۹
در صورت استفاده از محلول بی‌کربنات ۱۴۰ Bas - Na غلظت را تنظیم کنید.	۴۰
کلید UF را فشار دهید تا با روشن شدن چراغ UF برنامه داده شده فعال شود.	۴۱
گزارش پرستاری و وضعیت بیمار را در پرونده وی ثبت کنید.	۴۲



## ★ نوع فعالیت: شست و شوی دستگاه B.Braun

### اهداف :

- ۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها
  - ۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی
  - ۳- شستشوی مواد و/ یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده
  - ۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی
- عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دستکش یک بار مصرف بپوشید.
۲	کانکشن قرمز را از محلول بیرون آورده و در جایگاه پیت در قسمت پایین و راست کنار دستگاه ثابت کنید.
۳	روی صفحه مانیتور پیام <b>Disinfection attention</b> ظاهر می شود که آن را با دکمه، <b>ok</b> کنید.
۴	با لمس هر یک از موارد یاد شده روی صفحه مانیتور، نوع شست و شو را انتخاب و آنرا با دکمه <b>ok</b> کنید. الف - شستشوی کوتاه مدت ۱۹ دقیقه با اسید سیتریک ۵۰٪ ب - شستشوی بلند مدت ۲۹ دقیقه با اسید سیتریک ۵۰٪ ج - شستشو با درجه حرارت بالا
۵	دکمه <b>stop</b> دستگاه را خاموش کنید تا کلمپ وریدی آزاد شود.
۶	ست شریانی و وریدی را به آرامی از روی دستگاه جدا کنید.
۷	در پمپ خون قسمت <b>SAD</b> را برای محافظت دستگاه ببندید.

۸	به وسیله یک پنبه نمناک با آب به آرامی صفحه مانیتور را تمیز کنید.
۹	رولر پمپ خون را از جایش خارج کرده، بین و داخل بولبرینگ آن را با الکل پاک کنید.
۱۰	با یک گاز تمیز آغشته به محلول ۱ به ۴۹ هیپوکلریت سدیم سطح خارجی دستگاه را تمیز کنید.
۱۱	با ظاهر شدن پیام اتمام شستشو و روشن شدن دکمه ok، دکمه پایان مرحله شست و شو را لمس کنید.
۱۲	دریچه ی خروج در قسمت راست و پایین صفحه مانیتور را دو بار لمس کنید تا وارد برنامه بعدی شوید.
۱۳	پس از ظاهر شدن پیام Hemodialysis disinfection دستگاه را از طریق کلید اصلی پشت آن خاموش کنید.

## ★ نوع فعالیت: پرایم دستگاه B.Braun

## اهداف:

- ۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها
- ۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی
- ۳- شست و شوی مواد و/ یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده
- ۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی

## عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دکمه power را در پشت دستگاه روشن کنید.
۲	تا ظاهر شدن تصویر B.Braun در صفحه مانیتور صبر کنید.
۳	تا ظاهر شدن پیام hemodialysis Disinfection در مانیتور صبر کنید.
۴	برنامه Hemodiolysis را با لمس انگشت روی صفحه مانیتور انتخاب کنید.
۵	دستگاه به طور اتوماتیک وارد تست می شود.
۶	منتظر شوید تا کلیه تست های دستگاه انجام شود. تست ها شامل : ۱- Heater Rely test ۲- Blood leak test ۳- Blood leak calibration ۴- D – F – S presute test ۵- UF pumptest S-A-D Function test

۷	با ظاهر شدن پیام connect acid acetat concentrate کانکتور قرمز را در محلول استنات قرار دهید.
۸	لوله‌های وریدی و شریانی مربوط را در جای مناسب قرار دهید و سرم را نصب کنید.
۹	سرم نرمال سالین را باز کنید تا لوله شریانی شستشو و هواگیری شود.
۱۰	از افتادن انتهای لوله های شریانی و وریدی روی زمین و سطل زباله جلوگیری کنید.
۱۱	لاین شریانی را کلمپ کنید.
۱۲	پمپ خون را روشن و سرعت آن را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار دهید.
۱۳	جهت صافی را به طریقی قرار دهید که ورید به سمت بالا و شریان به سمت پایین باشد.
۱۴	لاین هپارین را هواگیری کنید و در صورت عدم استفاده از گره در پوش و کلمپ آن را محکم کنید.
۱۵	سطح چمبر وریدی را تا ۱/۳ پر کنید.
۱۶	پس از اتمام ۵۰۰ سی سی سرم اول پمپ را خاموش کنید.
۱۷	منتظر پیام Coupling dialyzer در صفحه مانیتورینگ بعد از پیام Conductivity Temperture شوید.
۱۸	کانکتورهای آوران و ابران را در محل های صحیح صافی ( قرمز به قرمز ، آبی به آبی ) وصل کنید.
۱۹	پیام توجه به رنگ های quick را ok کنید.

۲۰	به منظور تخلیه بهتر حباب های هوا ، صافی را به آرامی تکان دهید و با دست ۱۸۰ درجه بچرخانید.
۲۱	صافی را برگردانید به نحوی که شریان بالا- ورید پایین باشد.
۲۲	پمپ خون را روشن و پرایم را با ۵۰۰ سی سی باقی مانده سرم ادامه دهید.
۲۳	پیام آیا می خواهید با سرم نرمال سالیین تمام لوله ها را شستشو دهید را ok کنید.
۲۴	پس از انجام این تست، ایزولایتور را به قسمت مربوطه متصل کنید.
۲۵	در زمان انجام Test Blood system احتمال یکی از دو پیام زیر وجود دارد: الف : Blood side pressure sensor test not ok در این صورت ایزولایتور را چند لحظه باز کرده مجدداً ثابت می کنیم تا alarm مربوطه از بین برود. ب: Blood side leakage not ok: در این صورت ست شریانی و وریدی و صافی را از نظر پارگی کنترل کنید و در صورت عدم موارد فوق محل اتصال لاین شریانی و وریدی به صافی را محکم کنید.
۲۶	پرایم دستگاه را با ۱۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالیین به اتمام برسانید.
۲۷	پمپ خون را خاموش کنید.
۲۸	سرم را کلمپ کنید.
۲۹	سرم را تعویض کنید.
۳۰	حین انجام کلیه مراحل پرایم از دستکش استفاده کنید.

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه دیالیز B.Braun

هدف:

وصل بیمار به دستگاه دیالیز

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	پرونده بیمار را از فایل مربوطه خارج کنید.
۲	گزارش پرستاری جلسه قبلی دیالیز بیمار را مطالعه کنید.
۳	وزن بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۴	راه عروقی بیمار را شست و شو دهید.
۵	دست ها را بشویید.
۶	علام حیاتی بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۷	ماسک بزنید.
۸	ماسک زدن بیمار را کنترل کنید.
۹	دستکش بپوشید.
۱۰	سوزن ها را پرایم کنید.
۱۱	راه های دستیابی به عروق بیمار را کنترل نموده و رگ مناسب را انتخاب کنید.
۱۲	از عینک استفاده کنید.

۱۳	پگ استریل را باز کنید.
۱۴	محل تزریق را به صورت دورانی از مرکز به اطراف ضدعفونی کنید.
۱۵	هنگام استفاده از بتادین یا الکل بعد از شست و شوی ناحیه می توانید بعد از خشک شدن محل سوزن ها را وارد کنید.
۱۶	هنگام وارد کردن سوزن پروانه‌ای جهت آن را برعکس وارد کنید.
۱۷	با گذاشتن گاز استریل روی سوزن‌ها به طور صحیح آن را با چسب ثابت کنید.
۱۸	لاین شریانی را به سوزن شریانی متصل کنید.
۱۹	از باز بودن کلمپ‌ها و لاین‌های شریانی و وریدی مطمئن شوید.
۲۰	پمپ خون را روشن کنید.
۲۱	محل تزریق هپارین را ضدعفونی کنید.
۲۲	دوز اولیه هپارین را تزریق کنید.
۲۳	در صورت استفاده از سرنگ هپارین جهت دوز ثانویه سر سوزن آن را re-cap نکنید.
۲۴	پس از ورود خون به چمبر وریدی ، پمپ را خاموش کنید.
۲۵	لاین وریدی را به سوزن وریدی متصل کنید.
۲۶	کلیه کلمپ‌های سوزن ها و لاین‌های شریانی و وریدی را باز کنید.
۲۷	از بسته بودن راه های فرعی اطمینان حاصل کنید.
۲۸	پمپ خون را با دور پایین روشن کنید.
۲۹	از بسته بودن سرم مطمئن شوید.
۳۰	بر حسب میزان اضافه وزن بیمار و فشار خون وی، به دستگاه برنامه بدهید. در صورت استفاده از پمپ هپارین میزان آن را تنظیم کنید.

<p>با لمس دکمه key Bord نمایانگر زیر ظاهر می شود.                  - treatment .without heparin ok                  Required ، time(۱h/min) net a mut (۲۰۰۰ cc) ، -                  therapy Ultrafiltration volume                  up minimal uf Rate ۲۰۰۰ (mil/h) / Desired uf profile                  limit uf Rate/ ۲۰۰۰(mil/h)                  conductivity ۱۴oms/ cm -                  Dialysis fluid temperature -                  Dialystate flow ۵۰۰ (ml/ min)-</p>	۳۱
تصویر آدمک وصل بیمار به دستگاه را لمس کنید.	۳۲
صفحه برنامه روی مانیتور را چک کنید.	۳۳
برنامه را با دکمه OK تأیید کنید.	۳۴
دکمه BY pass را لمس کنید.	۳۵
پمپ خون را روشن کنید.	۳۶
دور پمپ را تنظیم کنید.	۳۷



## ★ نوع فعالیت: قطع بیمار از دستگاه دیالیز B.Braun

هدف:

قطع بیمار از دستگاه دیالیز

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دستکش یک بار مصرف بپوشید.
۲	فشار خون بیمار را کنترل کنید.
۳	میزان سرم را از لحاظ کافی بودن کنترل کنید.
۴	دست ها را بشویید.
۵	دستکش بپوشید.
۶	از عینک استفاده کنید.
۷	ماسک بزنید.
۸	ماسک بیمار را کنترل کنید.
۹	جهت تخلیه بهتر خون از صافی، صافی را ۱۸۰ درجه بچرخانید.
۱۰	لاین شریانی را کلمپ کنید.
۱۱	با ۱۰۰ سی سی سرم نرمال سالین سیستم را بشویید.
۱۲	با لمس آدمک قرمز بر صفحه مانیتور پیام End treatment ظاهر می شود.
۱۳	با ok کردن پیام End treatment پمپ خاموش می شود.

۱۴	سرم را باز کنید تا لاین شریانی شسته شود.
۱۵	سرم را ببندید، شریان را کلمپ کنید.
۱۶	سوزن شریانی را به آرامی با گذاردن پنبه استریل و بتادین یا الکل در محل سوزن، بکشید.
۱۷	پمپ ماشین را روشن کنید.
۱۸	کلمپ شریانی را باز کنید.
۱۹	جهت تخلیه بهتر لاین شریانی را به سمت بالا نگه دارید.
۲۰	پس از تخلیه لاین شریانی، شریان را کلمپ و سرم را باز کنید.
۲۱	جهت بهتر پاک شدن صافی از خون، فشار مثبت به لوله‌های شریانی و ورودی وارد کنید.
۲۲	پس از پاک شدن ست و صافی از خون و بررسی وضعیت بیمار سرم را قطع کنید.
۲۳	پمپ را خاموش کنید.
۲۴	ورید را کلمپ کنید.
۲۵	سوزن ورودی را به آرامی با گذاردن پنبه استریل آغشته به بتادین یا الکل در محل سوزن بکشید.
۲۶	محل سوزن‌ها را پس از اطمینان از عدم خونریزی ناحیه با گاز استریل پانسمان کنید.
۲۷	با لمس صافی و مشاهده علامت خارج از صافی، نشانگر دستگاه وارد By pass می‌شود.
۲۸	پیام Drain Dialyzer را ok کنید.

۲۹	quick وایران را در محل اتصال خود (کنار دستگاه سمت راست) قرار دهید.
۳۰	تا تخلیه محلول دیالیز صبر کنید.
۳۱	وزن بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۳۲	علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۳۳	تا اطمینان بر ثبات وضعیت بیمار، او را در تخت نگه دارید.
۳۴	برگه دیالیز بیمار را کنترل کنید.
۳۵	گزارش پرستاری پرونده بیمار را تکمیل کنید.

### ★ نوع فعالیت: شست و شوی دستگاه دیالیز HOSPAL

هدف:

شست و شو و ضد عفونی دستگاه دیالیز جهت پیشگیری از آلودگی و انتقال عفونت

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	از دستکش نایلونی تمیز و مجزا جهت پاک کردن سطح دستگاه استفاده کنید.
۲	از محلول ۱/۴۹ هیپوکلریت سدیم جهت تمیز کردن سطح دستگاه استفاده کنید.
۳	دکمه Rinse را روشن کنید تا به حالت چشمک زن درآید.
۴	پس از گذشت ۶ دقیقه دکمه چشمک زن Rinse را خاموش کنید.
۵	از پر بودن گالن بلیچ مطمئن شوید.
۶	کانکتور زرد را داخل گالن بلیچ قرار دهید.
۷	کانکتور زرد را به دستگاه ( جای آن با کانکتور آبی مشترک است) وصل کنید.
۸	برنامه شستشوی Disinf – and Autom Rinse را انتخاب کنید.
۹	بعد از کشیدن بلیچ که در حدود ۳۵۰ سی سی می باشد و روشن شدن چراغ connect Cone کانکتور زرد را جدا کنید.
۱۰	کانکتور آبی را در جای اولیه قرار دهید.
۱۱	۴۵ دقیقه صبر کنید تا چراغ Disinfand Aution Rinse چشمک زن شده و آنرا با لمس کردن خاموش کنید.

دکمه اصلی Main switch را در کنار سمت راست قرار داده و خاموش کنید.	۱۲
درب بلیچ استفاده شده را ببندید.	۱۳

سازمان نظام پیر ستاری کشور

★ نوع فعالیت: پرایم دستگاه دیالیز HOSPAL

هدف:

آماده کردن دستگاه دیالیز برای استفاده بعدی

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دستکش بپوشید.
۲	کلید اصلی دستگاه Main switch را که در سمت راست و کنار دستگاه قرار دارد روشن کنید.
۳	کانکتور کوچک قرمز که در قسمت پایین سمت چپ قرار دارد برای ساکشن محلول دیالیز به پیپت وصل کرده و داخل محلول قرار دهید.
۴	دکمه Acetat را روشن کنید.
۵	لوله‌های وریدی و شریانی را در جای مناسب روی دستگاه قرار دهید.
۶	سرم را در جای مناسب نصب کرده و به لاین شریانی وصل کنید.
۷	تا خارج شدن دستگاه از حالت wait صبر کنید.
۸	در این حالت قسمت Test up چشمک زن می‌شود.
۹	دکمه No delivery Reset را روشن کنید.
۱۰	کانکتورهای آوران و وابران را به صافی وصل کنید.
۱۱	سرم نرمال سالین را باز کنید تا لاین شریانی هواگیری شود.
۱۲	لاین شریانی را کلمپ کنید.

۱۳	جهت روشن کردن پمپ خون دکمه چپ را که در کنار سمت راست دستگاه قرار دارد روشن کنید.
۱۴	روی صفحه مانیتور پمپ خون منتظر بمانید تا مرحله Self test طی شود. پس از یک دقیقه Double Needle ظاهر می شود.
۱۵	دکمه شماره ۱ از دست چپ page Select را لمس کنید.
۱۶	سرم را باز و سرعت دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه تنظیم کنید.
۱۷	جهت صافی را به گونه ای قرار دهید که ورید به سمت بالا و شریان به سمت پایین باشد.
۱۸	فشار مثبت به لاین های شریانی و وریدی وارد کنید.
۱۹	جریان محلول را در صافی برقرار کنید ( شریان بالا و ورید پایین).
۲۰	پس از پرشدن صافی از محلول دیالیز آن را به حالت اولیه برگردانید.
۲۱	دکمه No delivery priming را لمس کنید تا عمل پرایم به طور خودکار انجام شود.
۲۲	لاین هپارین را هواگیری و در صورت عدم استفاده آن را گره بزنید.
۲۳	چراغ priming چشمک زن می شود.
۲۴	دکمه priming را لمس کنید تا خاموش شود.
۲۵	عمل پرایم را با ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالین ادامه دهید.
۲۶	پمپ را خاموش کنید.
۲۷	سرم را کلمپ کنید.
۲۸	سرم را تعویض کنید.

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه HOSPAL

هدف:

انجام دیالیز برای بیمار بعدی

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	پرونده بیمار را از فایل مربوطه درآورید.
۲	گزارش پرستاری جلسه قبلی دیالیز بیمار را مطالعه کنید.
۳	وزن بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۴	فشار خون بیمار را کنترل و ثبت کنید.
۵	دست های خود را بشوید.
۶	دستکش بپوشید.
۷	ماسک بپوشید.
۸	از عینک استفاده کنید.
۹	به بیمار بگویید که از ماسک استفاده کند.
۱۰	بر شستشوی محل تزریق سوزن ها با آب و صابون توسط بیمار نظارت کنید.
۱۱	سوزن های خود را با سرم پریم کنید.



۱۲	محل تزریق سوزن ها را به طریق دورانی از مرکز به اطراف ضدعفونی کنید.
۱۳	حداقل ۳ دقیقه جهت خشک شدن بتادین یا الکل روی پوست صبر کنید و بلافاصله سوزن را وارد کنید.
۱۴	سوزن ها را به طریقه صحیح وارد شریان و ورید کنید.
۱۵	با قراردادن گاز استریل در محل ورود سوزن ها روی پوست آن را ثابت کنید.
۱۶	لاین شریانی را به سوزن شریانی وصل کنید.
۱۷	مطمئن شوید که سرم بسته است.
۱۸	کلمپ لاین شریانی را باز کنید.
۱۹	دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار دهید.
۲۰	محل تزریق هپارین را ضدعفونی کنید.
۲۱	دوز اولیه هپارین را تزریق کنید.
۲۲	سرنگ هپارین را recap نکنید.
۲۳	سرنگ هپارین را داخل ظرف غیرقابل نفوذ بیندازید.
۲۴	از باز بودن کلمپ‌های شریانی و وریدی مطمئن شوید.
۲۵	پس از رسیدن خون به چمبر وریدی و پرشدن آن ، ورید را کلمپ کنید.
۲۶	پمپ خون را خاموش کنید.
۲۷	لاین وریدی را به سوزن وریدی وصل کنید.
۲۸	از اتصال کامل سوزن ها به لاین‌ها مطمئن شوید.
۲۹	از باز بودن کلمپ‌های شریانی و وریدی مطمئن شوید.
۳۰	دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار دهید.
۳۱	صافی را برگردانید ( شریان بالا - ورید پایین ).

۳۲	محل قرارگیری کانکتورها و اتصال لاین‌های شریانی و وریدی را به صافی کنترل کنید.
۳۳	دور پمپ را براساس وضعیت و وزن بیمار حداقل روی ۲۰۰ سی سی در دقیقه یا بالاتر قرار دهید.
۳۴	بالا بودن سطح چمبر وریدی را کنترل کنید.
۳۵	اضافه وزن و زمان دیالیز را در قسمت program تنظیم کنید.
۳۶	Start Reset را جهت فعال شدن برنامه دیالیز لمس کنید.
۳۷	جهت وارد کردن میزان فشار وریدی به حافظه دستگاه و ثابت شدن آن در قسمت پایین و راست دستگاه دو دکمه venuse pressure، Memory را باهم لمس کنید.

## ★ نوع فعالیت: قطع بیمار از دستگاه HOSPAL

هدف:

جدا کردن بیمار از دستگاه دیالیز

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست ها را بشویید.
۲	دستکش بپوشید.
۳	عینک بزنید.
۴	ماسک بپوشید.
۵	به بیمار بگویید از ماسک استفاده کند.
۶	میزان سرم را از نظر کافی بودن کنترل کنید.
۷	فشار خون بیمار را کنترل کنید.
۸	کلمپ سرم را باز کنید و لاین شریانی را ببندید.
۹	جهت جلوگیری از ایجاد لخته در صافی ۱۰۰ سی سی سرم نرمال سالین از طریق لاین وریدی داده شود
۱۰	پمپ خون را خاموش کنید.
۱۱	لاین شریانی را باز کنید تا خون موجود در لاین شریانی شسته شود.
۱۲	سرم را کلمپ کنید.

۱۳	با گذاردن پنبه بتادین استریل در محل ورود سوزن به آرامی سوزن شریانی را خارج کنید.
۱۴	پمپ خون را روشن کنید.
۱۵	جهت تخلیه بهتر لاین شریانی را به سمت بالا نگه دارید.
۱۶	پس از تخلیه لاین شریانی آنرا کلمپ کنید.
۱۷	کلمپ سرم را باز کنید.
۱۸	به منظور بهتر پاک شدن صافی دیالیز، ورید بالا و شریان پایین قرار گیرد ( ۱۸۰ درجه بچرخانید).
۱۹	فشار مثبت به لوله‌های شریانی و وریدی وارد کنید.
۲۰	پس از پاک شدن صافی و بررسی حال بیمار سرم را قطع کنید.
۲۱	بعد از تخلیه چمبر وریدی بلافاصله لاین وریدی را کلمپ کنید.
۲۲	با گذاردن پنبه بتادین استریل در محل ورود سوزن به آرامی سوزن وریدی را خارج کنید.
۲۳	No delivery Emptying را روشن کنید.
۲۴	کانکتور آبی را از صافی جدا کرده و سر جای خود وصل کنید تا تخلیه به طور اتوماتیک انجام شود.
۲۵	با فشار دادن دکمه Reset برنامه را پاک کنید.
۲۶	دکمه ۳page را فشار دهید تا پیام Doublel needle ظاهر شود.
۲۷	پمپ خون را از دستگاه خاموش کنید.
۲۸	منتظر شوید که دکمه Emptying چشمک زن شود، سپس آن را خاموش کنید.

کانکتور قرمز را از صافی جدا کرده و سر جای خودش روی دستگاه نصب کنید.	۲۹
پیپت ساکشن قرمز ( در محلول دیالیز) را خارج کرده و در محل خود روی دستگاه که زیر کانکتور ها قرار دارد نصب کنید.	۳۰
محل سوزن ها را از نظرهوماتوم کنترل و پانسمان کنید.	۳۱
علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت کنید.	۳۲
وزن بیمار را کنترل و در پرونده وی ثبت کنید.	۳۳
تا اطمینان بر ثبات وضعیت بیمار، او را در تخت نگاه دارید.	۳۴
پرونده بیمار را تکمیل و گزارش پرستاری را به طور کامل در پرونده وی درج کنید.	۳۵
پرونده بیمار را در فایل مربوط بگذارید.	۳۶

★ نوع فعالیت: مراقبت از کاتتر ورید تحت ترقوه‌ای، در بخش دیالیز (شالدون)

اهداف:

۱- پیشگیری از بروز عفونت و التهاب در ناحیه کاتتر

۲- جلوگیری از تشکیل لخته‌ها در کاتترها

وسایل مورد نیاز:

ماسک - عینک - دستکش استریل - ست پانسمان استریل - محلول بتادین -

نرمال سالین - هپارین - سرنگ ۲ سی سی - پماد - سرجی ثابت

عامل انجام کار:

پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست‌های خود را بشویید.
۲	ماسک بزنید.
۳	عینک بزنید.
۴	بیمار را به استفاده از ماسک تشویق کنید.
۵	پانسمان محل کاتتر را بردارید.
۶	ست مخصوص پانسمان را آماده کنید.
۷	دستکش استریل بپوشید.
۸	از شان پرفوره استفاده کنید.
۹	محل ورود کاتتر را از نظر هر گونه عفونت، التهاب و جدا شدن بنخیه‌ها کنترل کنید.

۱۰	محل کاتتر را با بتادین ضدعفونی و سپس با نرمال سالین شست و شو داده و خشک کنید.
۱۱	در محل ورود کاتتر به پوست پماد بمالید.
۱۲	محل کاتتر را با پانسمان استریل بپوشانید.
۱۳	با سرنگ استریل هر دو لاین کاتتر را آسپیره و مسیر را با هپارین شست و شو دهید.
۱۴	لاین‌های وریدی و شریانی را به سرکاتتر ساب کلاوین کاملاً ثابت کنید.
۱۵	به منظور جلوگیری از کشش و در آمدن کاتتر، لاین شریانی و وریدی را به تخت بیمار با چسب ثابت کنید.
۱۶	حین دیالیز محل پانسمان را از نظر نشت خون کنترل کنید.
۱۷	پس از قطع دیالیز لاین شریانی و وریدی، کاتتر را با ۲۰ سی سی نرمال سالین شستشو دهید.
۱۸	بلافاصله کلمپ کاتتر را ببندید.
۱۹	در هر کدام از لاین‌ها ۲-۱/۵ سی سی سرم هپارینه (۲۵۰۰) واحد هپارین رقیق شده) را با فشار push کنید.
۲۰	بلافاصله کلمپ کاتتر را ببندید.
۲۱	پیچ سر ساب کلاوین را با رعایت نکات استریل و استفاده از پنس استریل از محلول خارج کرده و به انتهای لاین‌ها وصل کنید.
۲۲	روی پانسمان تاریخ را ثبت کنید.
۲۳	جهت ثابت شدن کاتتر از سرچی ثابت استفاده کنید.

### اهم نکات آموزشی برای پرستاران بخش دیالیز :

- سوزن شریانی حداقل با فاصله ۶ سانتی متر از فیستول وارد شود.
- سوزن وریدی حداقل با فاصله ۱۰-۸ سانتی متر از سوزن شریانی وارد شود.
- جهت سوزن وریدی به طرف قلب باشد.
- هنگام وصل بیمار از ست استریل استفاده شود.
- قبل از باز کردن سرپوش شاخه‌ها ، کلمپ موجود بسته باشد (زمان استفاده از کاترساب کلاوین قبل از باز کردن).
- قبل از وصل بیمار، هپارین موجود در شاخه‌های کاتتر آسپیره شود.
- محل ورود کاتتر از نظر وجود بخیه، ترشح، خونریزی و عفونت کنترل و ثبت شود.
- میزان هپارین بیمار براساس نیاز وی و با استفاده از آزمایش ACT تعیین شود.
- میزان اولترا فیلتراسیون برحسب اضافه وزن بیمار تنظیم شود.
- غلظت محلول دیالیز با توجه به فشار خون و تحمل بیمار تنظیم شود.
- درجه حرارت محلول دیالیز ۳۶-۳۴ درجه سانتی‌گراد باشد.
- دور پمپ خون دستگاه برحسب تحمل بیمار حداقل ۴ برابر وزن در نظر گرفته شود.
- حین دیالیز فشار خون بیماران مزمن و با ثبات حداقل ساعتی یکبار و بیماران اورژانس هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل و ثبت شود.
- هنگام قطع برق تمامی خون موجود در ست های شریانی - وریدی دستگاه دیالیز به بیمار برگردانده شود.



- رعایت نکات احتیاطات همه جانبه و آموزش آن ها به بیماران، همراهان و کلیه کارکنان دیالیز امری ضروری است زیرا پیشگیری از انتقال بیماری های منتقله از خون در این بخش بسیار مهم است.

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: مراقبت از سونداژ سوپرا پوبیک

هدف: پیشگیری از عفونت

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - ست استریل - محلول ضد عفونی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
۱	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم کنید .
۲	دست های خود را بشویید .
۳	دستکش بپوشید.
۴	ست استریل را به روش صحیح باز کنید.
۵	اطراف محل درن را تمیز کنید
۵	بادست دارای دستکش، گاز استریلی را شکاف داده و اطراف کاتتر قرار دهید.
۶	کاتتر را با نوار چسب یا یک گیره روی شکم نگه دارید .
خارج نمودن سوند	
۷	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم کنید.
۸	دست های خود را بشویید.
۹	تخت را تا ارتفاع مناسب بالا بیاورید.
۱۰	تجهیزات را آماده کنید.
۱۱	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار دهید.
۱۲	پد ضد آب را زیر بیمار قرار دهید .
۱۳	در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت گرفته شود.

۱۴	نوار چسب یا نگه دارنده سوند را بر دارید .
۱۵	مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را اسپیره کنید.
۱۶	کاتتر را خارج کنید.
۱۷	کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا کنید .
۱۸	مددجو را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.
۱۹	در صورت نیاز ، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل آورید.
۲۰	حجم ادرار داخل کیسه را اندازه بگیرید و سپس محتویات آن را خالی کنید .
۲۱	لبه تخت را پایین بیاورید .
۲۲	وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله بریزید.
۲۴	یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کنید.

★ نوع فعالیت: آمادگی بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه جهت پیوند کلیه

اهداف:

- ۱- آماده سازی جسمی گیرنده جهت عمل پیوند کلیه
- ۲- آماده سازی روانی گیرنده جهت عمل پیوند کلیه
- ۳- نزدیک کردن وضعیت متابولیک بیمار به وضعیت طبیعی
- ۴- تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران
- ۵- پیشگیری از رد پیوند

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار و خانواده وی در زمینه هدف جراحی، نحوه ی انجام و عوارض آن صحبت کنید.
۲	یک معاینه فیزیکی کامل از بیمار انجام دهید.
۳	سازگاری خونی (عامل RH) و سازگاری بافتی بین گیرنده و دهنده (زنده یا جسد) را بررسی کنید.
۴	انجام آزمایشات، مشاوره ها و گرافی ها قبل از عمل بیمار را هماهنگ کرده و نتایج آن را مورد بررسی قرار دهید.
۵	موارد غیر طبیعی آزمایشات و گرافی ها را به پزشک گزارش دهید.
۶	عملکرد ادراری بیمار را قبل از عمل بررسی کنید.
۷	وجود هر گونه عفونت را در بیمار مورد ارزیابی قرار دهید.

یک روز قبل از جراحی برای بهبود وضعیت جسمی بیمار دیالیز انجام دهید.	۸
از روز قبل از عمل جهت پیشگیری از رد پیوند داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را برای بیمار شروع کنید.	۹
روی دست دارای فیستول، بازوبند مخصوص بسته شود تا از هر گونه خون گیری، تزریق و یا کنترل فشار خون از این دست اجتناب گردد.	۱۰
قبل از اعزام بیمار به اتاق عمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ( طبق نظر پزشک ) برای بیمار تزریق کنید.	۱۱

نوع فعالیت: مراقبت از بیمار پس از عمل جراحی پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

وسایل مورد نیاز:

وسایل کنترل علائم حیاتی - ست پانسمان

عامل انجام کار:

پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	پس از ورود به بخش علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
۲	محیطی آرام و مطمئن فراهم کنید.
۳	بیمار باید تا ۲۴ ساعت استراحت مطلق باقی بماند.
۴	کنترل I/O به طور دقیق هر ساعت تا ۲۴ ساعت و سپس هر ۲ ساعت تا ۴۸ ساعت.
۵	علائم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت، سپس هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و پس از آن هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت دقیقاً کنترل کنید.
۶	آزمایشات روتین ( BS. Na . K. CBC ) را جهت بررسی وضعیت متابولیک بیمار هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت اول سپس روزانه انجام دهید.
۷	محل عمل را از نظر خونریزی کنترل کنید.
۸	سرم های بیمار را بر اساس میزان حجم ادرار ساعتی و جواب آزمایشات تنظیم کنید.
۹	در صورت کاهش ناگهانی حجم ادرار، برای اولین اقدام، باز بودن سوند ادراری را کنترل کنید و سپس موارد را به اطلاع پزشک برسانید تا تصمیم مقتضی در این مورد گرفته شود.

از ۶ ساعت بعد از عمل داروهای ایمنوساپرسیو خوراکی را برای بیمار شروع کنید.	۱۰
کنترل وزن بیمار را در روزهای اول بعد از پیوند حتماً سر یک ساعت معین انجام دهید.	۱۱
هنگام تعویض پانسمان و مراقبت از کاتتر ادراری اصول استریل را رعایت کنید.	۱۲
روزهای اول بعد از پیوند تعداد ملاقات کنندگان را به حداقل برسانید.	۱۳
برنامه آموزشی مراقبت از خود را به بیماران پیوند کلیه از زمان بستری شدن در بخش آغاز کنید.	۱۴
علایم رد پیوند را به بیمار به طور کامل آموزش دهید.	۱۵
بیمار را به خروج سریع تر از بخش تشویق کنید.	۱۶
برنامه منظم مراجعه به درمانگاه و زمان خارج کردن سوند حالب را به بیمار آموزش دهید.	۱۷

#### نکات آموزشی:

- در مورد ماهیت و محل پیوند، نیاز احتمالی به دیالیز پس از عمل جراحی، استفاده از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و جلوگیری از عفونت پس از عمل جراحی به بیمار و خانواده وی توضیح دهید.
- برای تعیین توانایی سازگاری روانی، تاریخچه اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی و مالی بیمار را بررسی کنید.
- از دیدار ملاقات کنندگانی که سرماخوردگی یا عفونت های دیگری دارند ممانعت به عمل آورید.

- علایم رد پیوند را بدانید و به بیمار آموزش دهید:

کاهش برون ده ادراری، تب بیش از ۳۷/۷ درجه سانتی گراد، درد یا حساسیت کلیه پیوندی، ادم، افزایش ناگهانی وزن از ۹۰۷ گرم تا ۱/۳۶۳ کیلوگرم در ۲۴ ساعت، هیپرتانسیون، بی حالی عمومی، افزایش BUN و کراتینین سرم، کاهش کلیرانس کراتینین

کنتراندیکاسیون های پیوند کلیه:

- ۱- عفونت مزمن مانند سل فعال، ایدز و برونشکتازی
- ۲- بیماری شدید میوکارد
- ۳- بیماری های بدخیم
- ۴- آنتی ژن HBSAg +
- ۵- بیماری کبدی و تنفس
- ۶- آترواسکلروز پیشرفته
- ۷- عود مکرر زخم معده و خونریزی گوارشی
- ۸- هیپرتانسیون بدخیم
- ۹- اعتیاد به داروهای وریدی
- ۱۰- چاقی شدید
- ۱۱- واسکولیت فعال
- ۱۲- مشکلات شدید روانی، اجتماعی

مراقبت در منزل:

موارد زیر را به بیمار آموزش دهید:

برنامه دارویی تجویز شده، روش های مصرف داروها، اقدامات پیشگیری از عفونت، برنامه مراقبت بهداشتی دندان، عدم واکسیناسیون با واکسن های حاوی ویروس زنده، توصیف مراحل مهار ایمنی، نیاز به حفظ دیالیز، توضیح برنامه های خاص پیشگیری.



★ نوع فعالیت: آمادگی جسمی دهندگان کلیه ( زنده - جسد ) قبل از عمل اهدای

کلیه

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار
<b>قبل از عمل اهدای کلیه</b>	
۱	در مورد روش انجام کار با بیمار یا خانواده وی صحبت کنید.
۲	یک معاینه فیزیکی کامل از بیمار انجام دهید.
۳	سازگاری خونی و بافتی دهنده و گیرنده را مورد بررسی قرار دهید.
۴	آنژیوگرافی عروق کلیه برای بررسی وضعیت عروقی کلیه را حتماً انجام داده و نتیجه را به پزشک جراح گزارش کنید.
۵	آزمایشات کامل خونی و ادرار ۲۴ ساعته را انجام دهید.
۶	وجود هر گونه عفونت ( HCV . HIV . HBSAg ) را در دهندگان کلیه مورد بررسی قرار دهید.
۷	از سه روز قبل از عمل بیمار را انما دهید تا روده ها کاملاً پاک شود. روز قبل از عمل آخرین نوبت انما داده شود.
۸	دهندگان را به طور کامل قبل از عمل هیدراته کنید. از ۱۱ ساعت قبل از عمل دو لیتر سرم طی ۱۰ ساعت و ۵۰۰ سی سی طی یک ساعت آخر ( ۳۰۰ سی سی رینگر، ۲۰۰ سی سی مانیتول ) به بیمار بدهید.
۹	ادرار ساعت آخر دهنده کلیه را اندازه گیری و حجم آن را در پرونده ثبت کنید.

۱۰	آمادگی خون بیمار را قبل از عمل حتماً چک کنید.
<b>مراقبت های بعد از عمل دهندگان کلیه</b>	
۱۱	بیمار را به محض ورود به بخش بررسی کنید.
۱۲	علایم حیاتی بیمار را تا ۲ ساعت هر ۱۵ دقیقه و سپس هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و بعد هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت کنترل کنید.
۱۳	محل عمل بیمار را از نظر خونریزی و در بیمارانی که لاپاراسکوپی شده اند وضعیت دیستانسیون شکم را مورد بررسی قرار دهید.
۱۴	در صورتی که بیمار chest tube دارد از وضعیت عملکرد صحیح آن مطمئن شوید.
۱۵	حجم ادرار بیمار را هر یک ساعت تا ۸ ساعت و سپس هر ۳ ساعت تا ۲۴ کنترل کنید.
۱۶	آزمایشات روتین بیمار را از نظر وضعیت الکترولیتی و Hb کنترل کنید.
۱۷	مایعات بیمار را تا زمان حضور از طریق سرم و بر حسب حجم ادرار بیمار تنظیم کنید.
۱۸	درد بیمار را بر حسب دستور پزشک کنترل کنند.
۱۹	آموزش مورد نیاز جهت مراقبت از خود را در زمان ترخیص به بیمار بدهید.

#### نکات آموزشی:

- دهندگان زنده حتماً باید اوراق رضایت از همسر یا والدین خود داشته باشند.
- حداقل تا ۳ ماه از بلند کردن اجسام سنگین اجتناب کنید.
- جهت ارزیابی وضعیت عملکرد کلیه تحت نظر نفرولوژیست باشند.