



وزارت صحت عامه افغانستان
ریاست عمومی طب معالجوی
ریاست شفاخانه های مرکزی
شفاخانه صحت روانی کابل

طرز العمل رهنمود عمومی نرسنگ روانی

ترتیب: اپریل 2011 تجدید نظر: جون 2012



فهرست

1. طرز العمل رهنمود نرسها 3
2. پروتوكول / طرز العملها براي آماده نمودن بستر مريض 43
3. پروتوكول / طرز العملها براي طرز استفاده از دستکشهای معقم 46
4. پروتوكول / طرز العملها براي ارزيابي فعاليت های تنفسي 54
5. پروتوكول / طرز العملها براي تزريق عضلى 48
6. پروتوكول / طرز العملها براي دور نمودن چين 50
7. پروتوكول / طرز العملها براي تعيين درجه حرارت 51
8. پروتوكول / طرز العملها براي اداره وقوعات مرگ 54
9. پروتوكول / طرز العملها براي كنترول و اداره مواد مخدر 55
10. پروتوكول / طرز العملها براي شستن دستها 57
11. پروتوكول / طرز العملها براي دفع نمودن سوزن ها وسرنج ها 58
12. پروتوكول / طرز العملها براي تطبيق اوكسيجن ذريعه ماسك 59
13. پروتوكول / طرز العملها براي شستشوى چشم 61
14. پروتوكول / طرز العملها براي تزريق تحت الجلدى 62
15. پروتوكول / طرز العملها براي پوشيدن چين معقم 64
16. پروتوكول / طرز العملها براي چك نمودن علايم حياتى 65
17. پروتوكول / طرز العملها براي كمك نمودن به مريضان از ويل چير (Wheel Chair) به بستر 68
18. پروتوكول / طرز العملها براي انتقال دادن مريض از تذكرة به بستر 69
19. پروتوكول / طرز العملها براي ثبت گراف قلب (ECG) 70

1. رهنمود طرز العمل برای نرسها

- 1.1:** بستر نمودن مريض صحت روانی
- فصل 1.2 ارزیابی مکمل حالت روانی
- 1.2_1: اخذ تاریخچه روانی
- 1.2_2: معاینه حالت روانی / ارزیابی (MSE/A)
- 1.2_3: معاینات فیزیکی
- 1.3: ایجاد یک ارتباط درمانی نرس – مريض
- 1.4: مراقبت دوره تداوی با شک برقی
- 1 - 1.4: مراقبت قبل از تداوی با شک برقی
- 2 - 1.4: مراقبت هنگام تداوی با شک برقی
- 3 - 1.4: مراقبت بعد از تداوی با شک برقی
- 1.5: مراقبت در حالت‌های روانی عاجل
- 1 - 1.5: مريضان با رفتار خودکشی
- 2 - 1.5: دلیریوم ناشی از ترک الکول
- 3 - 1.5: حملات حاد ترس
- 4 - 1.5: مريضان می‌رخاشگری و خشن
- 5 - 1.5: دست‌نمای حاد
- 1.6: رهبری وارد روند نرسها در وارد صحت روانی
- 1.7: گزارش دادن در مورد یک مريض
- 1.8: رخصت نمودن یک مريض صحت روانی از شفاخانه صحت روانی
- 1.9: انجام دادن مراقبت بعدی

صحت روانی و نرس‌های بخش روانپزشکی

1.1: بستر نمودن یک مریض روانی.

تعریف: عبارت از پروسه پذیرفتن و توقیف مریض در مرکز مراقبت صحت می‌باشد،

هدف: به‌منظور فراهم نمودن یک محیط محفوظ برای مداخلات درمانی.

استطیبات:

تمام مریضانی‌که:

- کسان‌که اقارب شان قادر به فراهم نمودن مراقبت کافی در خانه نیستند،
- مریضانی‌که به نظارت دقیق ضرورت دارند،
- مریضانی‌که بخود و دیگران خطرناک هستند،
- مریضانی‌که از اختلالات مربوط به استفاده مواد رنج می‌برند ضرورت به سم‌زدایی دارند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

- معاینه حالت روانی مریض (توجیه - به‌منظور مشخص نمودن اینکه آیا مریض خشن است، نوع اطاق، مداخله عاجل و کمک مورد نیاز)،
- حالت فیزیولوژیک مریض (به‌منظور مشخص نمودن اینکه آیا مریض می‌تواند پروسیجر یا طرز‌العمل مکمل بستر شدن را تحمل نماید)،
- تعداد مراقبت‌کننده‌گان مریض (به‌منظور تعیین نمودن اینکه آیا فضای کافی موجود است، وچوکی‌ها به‌منظور آسایش به تنظیم نیاز دارند).

B. پلان گذاری:

خود:

- معیارهای بسترشدن برای دستورهای مختلف را مرور نمائید،
- روی احساسات اضطراب خود و اینکه چگونه آن‌ها را کنترل نمائید تفکر کنید،
- دست‌های تان را بشوئید تا از انتقال میکرو اورگانیزم‌ها به مریض و پایواز آن‌ها جلوگیری نمائید.

مریض:

- از مریض و مراقبت‌کننده‌گان آن‌ها خواهش نمائید تا بشینند،
- به مریض و مراقبت‌کننده‌گان طرز‌العمل را توضیح دهید.

نیازمندی‌ها:

به‌منظور دسترسی آسان مواد ذیل را روی میز جمع آوری و تنظیم نموده اما از دسترس مریض دور قرار دهید.

- قلم، ورق ساده،
- اوراق ادامه مشاهده،
- فورمه رضایت،

- کتاب ثبت بستر مریضان،
- کتاب گزارش،
- یادداشتهای صحت روانی و یادداشتهای نرسنگ،
- چارتهای تهیه شده (علائم حیاتی، چارت مایعات، تداوی)،
- داروهای عاجل به شمول بنزودیازپین، فینوتیازین (مثلاً کلورپرومازین) دکستروز 50%،
- یونیفورم شفاخانه.

محیط:

- یک اتاق که محرمیت مریض را فراهم نموده، دارای روشنی کافی و تهویه خوب باشد و لوازم خطرناک در آن موجود نباشد،
- چوکیهای کافی،
- ترتیب چوکیها باید قسمی باشد که خروج، حرکت آسان و مهار نمودن را اجازه دهد،
- اتاق باید مستحکم باشد برای مهار نمودن مریضان پرخاشگر باید دوشک یا رخت نرم موجود باشد،
- کوچ معاینه،

C. تطبیق:

مراحل:

1. به مریض و پایواز وی خوش آمدید گفته و از ایشان خواهش نمائید تا بشینند (به منظور افزایش آسایش، آرامش و بهبود همکاری)،
2. درست بودن اسناد قانونی بستر شدن را بررسی نمائید (به منظور حصول اطمینان از بستر شدن قانونی مریض در شفاخانه و تضمین مسئولیت مریض)،
3. از مریض و/یا مراقبتکننده آنها تاریخچه اخذ نمائید (طرز العمل اخذ تاریخچه را ببینید) (به عنوان یک بخش ارزیابی برای ایجاد دیتابیس، وضع کردن تشخیص روانپزشکی و نرسنگ)،
4. ارزیابی حالت روانی را انجام دهید (به طرز العمل مراجعه نمائید) (به عنوان بخشی از ارزیابی به منظور تشخیص روانپزشکی و نرسنگ و پلانگذاری برای مداخلات می باشد)،
5. معاینات فیزیکی را انجام دهید (به طرز العمل مراجعه نمائید)، علائم حیاتی را چک نمائید (به طرز العمل مراجعه نمائید) (به منظور دریافت امراض طبی ضمنی دیگر (به منظور تعیین موجودیت جروحات و ایجاد اطلاعات بنیادی)،
6. روشهای ممکن تداوی را توضیح دهید،
7. فورمه درخواست را برای معاینات معمول مانند وظایف کبد تکمیل نمائید. (اجراء نمودن معاینات به منظور رد نمودن حالات طبی دیگر که عموماً نادیده گرفته میشوند مهم می باشند که آنها شامل شکر و دیهیدریشن می باشند)،
8. تمام اشیایی قیمتی نزد مریض را چک نموده و اشیایی که باید توسط پایوازان به خانه برده شوند شناسایی نمائید. (از مسئولیت دارایی مریضان خود را مطمئن نمائید)،
9. اشیاء را لیبل گذاری نموده، لست آنها را تهیه نموده و اشیایی که باید در وارد باقی بماند بصورت مناسب نگهداری

- نمائید (به‌منظور سهولت در شناسایی دارایی مریضان و جلوگیری از گم شدن آن‌ها)،
10. مریض را به کارمندان، مریضان دیگر داخل بستر، و اشخاص دیگر مربوط وارد قسمی که مناسب باشد معرفی نمائید، (برای سازگاری سریع با محیط شفاخانه، کاهش اضطراب و بهبود بخشیدن امنیت، وضعیت ظاهری و حفظ‌الصحه مریضان را بهبود می‌بخشد)،
 11. خود را مطمئن سازید که مریض حمام می‌نماید (در صورت ضرورت) و یونیفورم شفاخانه را بپوشد،
 12. داروها را بوقت معین به مریض بدهید. (به‌منظور کمک به بهبودی)،
 13. پلان مراقبت نرسنگ را ایجاد نمائید. (برای مراقبت سیستماتیک، منظم و باکیفیت)،
 14. دوسیه مریضان را در الماری دوسیه نگهداری نمائید. (از نگهداری مصئون اسناد قانونی به‌منظور مأخذ خود را مطمئن نمائید)،
 15. ظرف لوازم کمک‌های عاجل را در الماری مربوطه نگهدارید. (از نگهداری مصئون و آماده بودن آن برای استفاده در آینده خود را مطمئن نمائید)،
 16. لوازم چک نمودن علائم حیاتی را در الماری نگهدارید،
 17. لوازم و تجهیزات استفاده شده را مطابق طرز‌العمل‌ها برطرف نمائید. (به‌منظور جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم به مریضان و کارمندان).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تعامل مریضان با کارمندان دیگر،
2. اگر مریض می‌تواند، جاهای مختلف وارد را تعیین نماید،
3. اگر ارزیابی که انجام گردیده، برای تشخیص و ایجاد پلان مراقبت کافی است،
4. احساس پایوازن در مورد بستر شدن مریض.

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- تاریخچه گرفته شده،
- دریافت‌های معاینه فیزیکی و حالت روانی،
- هر داروی که تطبیق گردیده: دوز، زمان، طریق و هر واکنش نامطلوب دیگر،
- اولویت مداخلات،
- دریافت‌های ارزیابی.

1 - 1.2: اخذ نمودن تاریخچه روانی:

تعریف:

عبارت از یک طرز العمل سیستماتیک جمع آوری اطلاعات یا معلومات عینی و ذهنی در مورد حالت صحی مریضان می‌باشد.

هدف: هدف آن ایجاد اطلاعات ابتدایی/اساسی به‌منظور تسهیل فرمول‌بندی روانشناختی، پروسس تشخیص نرسنگ روانشناختی و پلان‌گذاری مداخلات درمانی می‌باشد.

استطباعات:

- هر مریضی که مراقبت صحت روانی/ روانشناختی را جستجو می-کند،
- در اولین تماس با مریض یا پایواز آن‌ها.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. آیا محیط مصئون برای مریض فراهم گردیده. (مریضان روانی می‌توانند خشن شوند و از لوازمی که در محیط آن‌ها قرار دارند استفاده نموده و به خود، کارمندان، مراقبت‌کننده-گان و دیگران صدمه برسانند)،
2. آیا محیط محرم به مریض فراهم گردیده. (محرمیت حفظ مقام/ وقار و راحتی مریضان را تضمین می‌نماید. بدین وسیله همکاری مریض و مراقبت‌کننده را بهبود می‌بخشد)،
3. حالت عمومی فیزیکی و روانی مراجعه‌کننده. (برای تصمیم‌گیری در مورد این که آیا ضرورت به تأیید اطلاعات توسط یک منبع دیگر (پایواز) می‌باشد یا طرزالعمل را تا زمانی-که اخذ نمودن تاریخچه ممکن گردد به تعویق انداخته شود)،
4. آگاهی مریضان و مراقبت‌کننده‌گان/فامیل آن‌ها درمورد طرزالعمل (به‌منظور تصمیم‌گیری این‌که آیا توضیحات بیشتر برای کاهش اضطراب مریض و بهبود همکاری لازم می‌باشد یا خیر)،
5. تعیین نمودن نیازمندی‌ها (برای تأیید دسترسی و مناسب بودن).

B. پلان گذاری:

خود:

- قابلیت خود را در رابطه با مکالمه نمودن موثر بررسی نمائید،
- طرزالعمل اخذ تاریخچه و محتویات آن را مرور نمائید،
- اضطراب خود را تعیین نموده و آن را تحت کنترل قرار دهید،
- دست‌های تان را بشوئید.

مریض:

- به مریض سلام نمائید و خود را معرفی نموده و از ایشان خواهش نمائید تا بنشینند (رابطه درمانی را ایجاد نمائید).

- به مریض و مراقبت‌کننده وی طرزالعمل را توضیح دهید.

محیط:

- چوک‌ها را قسمی تنظیم نمائید که به ارتفاع شخص برابر باشد، در یک سطح مساوی به مریض به زاویه 90 درجه بنشینید. مریض و مراقبت‌کننده باید کاملاً دیده شود بدون این‌که کدام موانع میان مریض، مراقبت‌کننده و نرس ایجاد گردد،
- خود را مطمئن نمائید که دسترسی آسان به دروازه نزدیک نرس دارید،
- وجود فضای کافی همراه با روشنی کافی،
- موجودیت چوک‌ها و یک میز.

نیاز مندی‌ها:

- اشیاء ذیل را بصورت منظم و پاک بالای میز یا ترولی در دسترس نرسها و دورتر از مریض جمع آوری نموده و ترتیب دهید:
- ورق ساده،
- یادداشتهای نرسنگ،
- اوراق ادامه مشاهده،
- قلم ها.

C. تطبیق:

مراحل:

مرحله مقدماتی:

1. در یک وضعیت راحت بنشینید که دسترسی را نشان دهد نه عجله را. (مریض و مراقبت‌کننده را احساس می‌دهد که آنها پذیرفته شده اند، سبب ایجاد آرامش و ترفیع اظهار و افشاگری مریض می‌شود).
2. در مورد زمان تقریبی اخذ تاریخچه و اینکه از آنها چه خواسته می‌شود به مریض توضیحات را ارائه نمائید. (مریض را به تمرکز نمودن آماده نمائید).
3. از مراقبت‌کننده در مورد ارتباط آنها با مریض بپرسید.
4. حدود یک دقیقه در مورد موضوعات عمومی صحبت نمائید. (بگذارید مریض راحت شود و اجازه دهید که بیشتر اظهار / افشاگری نمائید).

مرحله کار:

5. اصول روش‌های مصاحبه را مراعات نمائید،
 6. مریضان را به‌منظور مکالمه غیرلفظی مشاهده و آنرا تصدیق نمائید،
 7. سوالات باز و بسته از مریض بپرسید و از لسان ساده استفاده نمائید،
 8. در موارد ذیل معلومات را حصول، تفسیر و به قسم مکمل ثبت نمائید:
- (a) **تاریخچه شخصی:** دلیل مراجعه: به لسان روزمره بیان نمائید که مریض چرا فرستاده شده است - شکایت عمده: (اظهارات و پاسخ مریض) - روش بستر شدن،
- (b) **تاریخچه بیماری قبلی:** (روانی، طبی، جراحی، ولادی برای خانم‌ها)،
- (c) **تاریخچه قبل از تولد:** نوازدی، کودکی، بلوغ، بزرگسالی، آموزش، مذهبی، شغل / سابقه کار و سابقه اجتماعی فرهنگی،
- (d) **روانی جنسی:** تاریخچه جنسی را بصورت حساس با پرسیدن اینکه مراجعه‌کننده در مورد مسایل جنسی‌اش راضی است یا خیر،
- (e) **عادت / عمل:** تنباکو و دیگر سوءاستفاده مواد،
- (f) **شخصیت قبل از مریضی:** فعالیت‌های زمان تفریح، خلق، خصوصیت، معیارها و نگرش نسبت به بدن، صحت، بیماری، مذهب و معیارهای اخلاقی،

g) علائم اختلالات هیجانی در دوره مقدم کودکی (قدم زدن در خواب، لکنت زبان).

مرحله نهایی :

9. به مریض توضیح دهید معلوماتی که برای فعلاً ضرورت بود حصول گردیده است، و اگر به معلومات بیشتر ضرورت باشد ممکن که آنها خواسته شوند. (مریض و مراقبت‌کننده وی را به ختم اخذ تاریخچه آماده می‌سازد تا آنها احساس نکنند که رد گردیده اند)،
10. از مریض و مراقبت‌کننده بپرسید که آیا سوالی دارند که بپرسند. (مریض / مراقبت‌کننده را تشویق می‌کند تا موضوع نگران کننده را توضیح دهد)،
11. از مریض و مراقبت‌کننده تشکری نموده و آنها را مرخص نمائید. (به‌منظور آگاهی دادن از ختم جلسه کاری در حالی-که ارتباط درمانی را هنوز هم حفظ می‌نمائید)،
12. یادداشت‌ها و دوسیه‌های مریضان را در الماری مربوطه نگهدارید. (برای نگهداری مصئون و محرمانه اسناد مریض).
13. دست‌های تان را شسته و خشک نمائید. (از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری نمائید).

D. ارزیابی نمائید:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. کیفیت تاریخچه که اخذ گردیده است. (به‌منظور تعیین نمودن اینکه آیا ضرورت به اخذ تاریخچه بیشتر است یا خیر)،
2. کافی بودن تاریخچه برای پلان‌گذاری مداخلات. (به‌منظور پلاگذاری مداخلات به تاریخچه کافی ضرورت است)،
3. عکس العمل مراجعه کننده در زمان مصاحبه (نشان دهنده ارتباط میان مریض و مراقبت کننده بوده و در راستای ارزیابی موثریت آمادگی مریض برای اجرای طرزالعمل کمک مینماید)،
4. هماهنگی مکالمات لفظی و غیر لفظی و معاینات تشخیصیه (تائید اطلاعات به‌منظور تشخیص دقیق).

E. اسناد سازی:

ثبت:

- تاریخچه مکمل را که بدست آورده اید ثبت نمائید،
- موضوعات مخصوص نگران‌کننده مریض و مراقبت کننده،
- هر نوع اضطرابی که از مریض یا مراقبت‌کننده مشاهده می‌شود،
- ساحات تاریخچه که به تحقیق بیشتر ضرورت دارد،
- ارتباط میان مراقبت کننده و مریض در هنگام مکالمه.

2- 1.2: معاینه حالت روانی/ ارزیابی (MSE/A)

تعریف:

عبارت از یک ارزیابی رسمی و سیستماتیک عملکردهای شناختی، پروسه افکار، درک، تکلم، خلق، وضعیت ظاهری و رفتار مراجعه کننده می‌باشد.

هدف:

به منظور ایجاد اطلاعات اساسی که برای فورمول بندی تشخیصی و مداخلات درمانی مهم است، می باشد.

استطبات:

- هر مریض که مراقبت صحت روانی را جستجو می کند،
- در تماس اولی با مریض/مراجعه کننده،
- در جریان نظارت روزمره از روند بهبودی مریضان،
- مریضان داخل بستر قبل از مرخصی.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. محیط را به منظور مسئولیت و آرامش (تنه بیشتر ممکن توجه مریضان را مختل نموده و باعث مداخله در ارزیابی گردد)،
2. اگر در محیط محرمیت مریض فراهم می گردد (محرمیت باعث حفظ وقار مریضان گردیده، و همکاری را بهبود می بخشد)،
3. حالت عمومی مراجعه کننده (برای تعیین نمودن امکان خشن بودن مریض در زمان معاینه و همکاری که ممکن ضرورت باشد)،
4. آگاهی مراجعه کننده/مریضان در مورد معاینه (برای مشخص نمودن این که آیا توضیحات بیشتر به منظور کاهش اضطراب و بهبود همکاری نیاز است یا خیر).

B. پلان گذاری:

خود:

- قابلیت خود را به مکالمه نمودن موثر بررسی نمائید،
- طرز العمل معاینه حالت روانی را مرور نمائید،
- اضطراب خود را بررسی نموده و آن را کنترل نمائید،
- دستهای تان را شسته و آن را خشک نمائید.

مریض:

- به مریض سلام کنید، خود را معرفی نموده و از آن ها خواهش نماید تا بنشینند،
- طرز العمل را به مریض و مراقبت کننده توضیح نمائید.

محیط:

- اطاق خاموش، مسئول و با محرمیت از اقارب، اما کارمندان دیگر باید بصورت مکمل دیده شوند،
- چوکی ها را قسمی تنظیم نمائید که به اندازه ارتفاع شخص بوده، با مریض در یک سطح به زاویه 90 درجه بنشینید که مریض و مراقبت کننده باید کاملاً دیده شوند، بدون اینکه کدام موانع میان مریض، مراقبت کننده و نرس ایجاد گردد،
- دسترسی آسان به دروازه نزدیک نرس،
- فضای کافی برای نشستن و روشنی کافی باید موجود باشد.

نیاز مندی ها:

- اشیای ذیل را بصورت منظم بالای میز یا ترولی ترتیب و جمع آوری نموده در دسترس نرسها قرار داده اما از مریض دورتر قرار دهید،
- ورق ساده،
- یادداشتهای نرسنگ،
- ورق ادامه مشاهده،
- قلم ها،
- دوسیه مریضان و دریافتهای معاینه حالت روانی قبلی(در صورتی که قابل تطبیق باشد).

C. تطبیق:

مراحل:

1. در یک وضعیت راحت به زاویه 90 درجه بنشینید (به مریض احساس می دهد که پذیرفته شده است و باعث افزایش تمرکز مریض می گردد)،
 2. فاصله کافی را به اندازه ای که مراجعه کننده اجازه می دهد حفظ نمائید (نشستن بسیار نزدیک ممکن به عنوان مداخله در حریم شخصی مریض تعبیر شود و می تواند باعث تشدید تحریک پذیری گردد)،
 3. به مراجعه کننده در مورد دوام تقریبی ارزیابی و اینکه از وی چی خواسته می شود توضیحات ارائه نمائید (مریض را برای تمرکز و همکاری آماده می نماید)،
 4. حدود یک دقیقه در مورد موضوعات عمومی بحث نمائید (مریض را اجازه می دهد تا راحت و تشویق شود که سوالات را بدون اینکه احساس کند که از وی تحقیق می شود، جواب دهد)،
 5. اصول روش های مصاحبه را مراعات نمائید (موثریت حصول اطلاعات را بهبود می بخشد)،
 6. مراجعه کننده را به منظور مکالمات غیر لفظی مشاهده نموده، و آن را تصدیق نمائید (اطلاعات و پروسه ذهنی را آشکار می سازد که ممکن مریض قادر به بیان نمودن لفظی آن نباشد)،
 7. سوال های باز را بپرسید و از لسان ساده استفاده نمائید (باعث تسهیل فهم و بهبود خود اظهاری می گردد)،
 8. در موارد ذیل معلومات را بدست آورده، تفسیر نموده و مکمل ثبت نمائید (نرس را قادر می سازد تا اختلال روانی که مریضان از آن رنج می برد شناسایی و طبقه بندی نماید، قابلیت های ذهنی و اطلاعات را برای پلان گذاری و ارزیابی موثریت مداخلات، بازتوانایی و مراقبت تعقیبی مریض را ایجاد نماید).
- وضعیت ظاهری: معیوبیت فیزیکی، لباس (آیا مناسب است، سمبولیک)، آراستگی (منظم یا بینظم)، تماس چشمی، افاده وجهی، وضعیت و راه رفتن، ساختار بدن و علائم ضیاع وزن در این اواخر،
 - رفتار و فعالیتهای روانی حرکی: بیقراری، تحریک پذیری، بیحالی/خستگی، اطوارقالبی (mannerisms)، حرکات غیر ارادی، پژواک کرداری (تقلید اجباری از عملکرد دیگران)، علائم مانند پارکنسون بشمول بیقراری حرکی،
 - ارتباط: اگر ایجاد و حفظ گردیده یا خیر (رفاقت، همکاری یا خصومت و حالت دفاعی)،

- تکلم: جریان نورمال، فشار تکلم، درجه صدا (بلند یا آهسته) با اختیار بی‌اختیار، فقر تکلم، خاموش، یک‌هجایی،
- خلق: افسرده، تحریک‌پذیر، قهر، خوش‌سر، خلق بالا، تغییرات یومیه، ناپایدار و غیره،
- عاطفه: مناسب، محدود، هموار، کند و غیره.
- پروسه / شکل افکار:
 - منطقی، منسجم، قابل فهم،
 - واژه سازی،
 - آشفته گویی،
 - حاشیه پردازی و سخنان بی‌مورد،
 - افسانه بافی،
 - از دست دادن ارتباط،
 - پرش/ پرواز افکار.
- محتوی افکار: محتویات افکار مراجعه‌کننده شامل نظریات با ارزش، هذیان، وسواس، اجبار، ترس و افکار خودکشی می‌باشد.
- درک: خطای ادراک، هلوسنیشن، دیدن خود (مفکوره خود)،
- سیستم حسی و شناخت: شامل استدلال مطلق، قضاوت، شعور، جهت‌یابی، حافظه، هوشیاری، تمرکز و توجه می‌باشد.
- بینش: آیا کاملاً موجود است یا موجود نیست.
- اعراض رشد کننده:
 - افزایش یا کاهش اشتها،
 - بیخوابی یا پرخوابی،
 - از دست دادن علاقه یا انرژی در فعالیتهای روزانه.
- 9. به آن‌ها توضیح دهید معلوماتی که برای فعلاً ضرور است بدست آورده شده (مریض را به ختم جلسه معاینه حالت روانی آماده می‌سازد، تا مریض احساس نکند که پذیرفته نشده است)،
- 10. از مراجعه‌کننده بپرسید که آیا کدام سوالی دارد (مریض را تشویق نمائید تا موضوعات نگران کننده خود را توضیح دهد)،
- 11. از مریض / مراجعه‌کننده تشکری کرده و آن را مرخص کنید. (قدردانی را نشان می‌دهد و همکاری را بهبود می‌بخشد)،
- 12. یادداشت‌ها و فایل‌های مربوطه مراجعه‌کننده را در الماری مخصوص نگهدارید (به‌منظور نگهداری محفوظ و محرمانه یادداشت‌های مریض)،
- 13. دست‌های تان را شسته و خشک نمائید (از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری نمائید).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. کیفیت معلومات را که اخذ نموده‌اید.
2. عکس‌العمل مراجعین در هنگام معاینه.

E: اسناد سازی:

ثبت:

- دریافت‌های معاینه حالت روانی را مکمل ثبت نمائید،
- مدت زمانی که معاینه دربر گرفته شده،

- موضوعات مخصوص نگران‌کننده مریض، که شناسایی گردیده باشند،
- هر نوع اضطراب که در مریض مشاهده می‌شود،
- ساحات معاینه که به توضیحات بیشتر ضرورت دارد،
- مقایسه دریافته‌های معاینه حالت روانی قبلی (در صورتی‌که قابل تطبیق باشد).

3 - 1.2: معاینات فیزیکی:

تعریف: بررسی سیستم‌ها و ساختمان‌های عضویت بواسطه استفاده از تفتیش، جس، قرع و روش‌های اصغا می‌باشد.

هدف:

- ایجاد دیتابیس برای قابلیت‌های نورمال مریض، تعیین فاکتورهای خطر برای اختلال کارکرد و بیماری فعلی،
- به‌منظور تشخیص کلینکی وضعیت صحتی فعلی و پلان گذاری برای مداخلات مناسب.

استنباطات:

- تمام مریضان جدید در اولین تماس یا اولین بستر شدن،
- پیش‌نیاز برای پلان گذاری مراقبت،
- بررسی روزانه بهبود مریضان،
- بعد از یک واقعه مانند مهارکردن، تجرید یا فرار،
- تمام مریضانی‌که مرخص می‌شوند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. محیط را به‌منظور:
 - a. محفوظیت (مریضان روانی می‌توانند از لوازم خطرناک برای صدمه رساندن به خود و کارمندان استفاده کنند)،
 - b. محرمت (همکاری مراجعین و فراهم نمودن معلومات توسط مراجعه‌کننده را تضمین می‌نماید)،
2. حالت عمومی فعلی مراجعین (برای تعیین نمودن اینکه آیا به کمک کارمند دیگر ضرورت است)،
3. آگاهی مریضان / مراقبت‌کننده در مورد طرزالعمل (برای تعیین رضایت مراجعین از پروسه معاینات فیزیکی)،
4. تجربه مراجعه‌کننده / مریض و اطلاعات ارزیابی فیزیکی قبلی (به‌منظور تسهیل معاینه مکمل سیستمیک به واسطه کاهش امکان، صرف نظر از دریافته‌های مهم و فراهم نمودن معلومات بنیادی به‌منظور مقایسه)،
5. تعیین نمودن لوازم مورد نیاز (برای تضمین در دسترس بودن و مناسب بودن).

B. پلان گذاری:

خود:

طرزالعمل معاینات فیزیکی را مرور نمائید (به فصل معاینه فیزیکی مراجعه نمائید).

مریض:

- خود را به مریض معرفی نمائید،

- طرز العمل را به مریض توضیح داده و رضایت وی را حصول نمائید (طرز العمل معاینه فیزیکی را مرور نمائید).

C. تطبیق:

مراحل:

1. دستهای تان را شسته و خشک نمائید (انتقال انتان را کاهش می‌دهد)،
2. لوازم و تجهیزات را در دسترس قرار دهید (برای بهبود موثریت)،
3. تاریخچه مراجعین را مرور نمائید (به اخذ تاریخچه روانی مراجعه نمائید) - (اولین مرحله در ارزیابی کامل می‌باشد که معلومات مهم را در ساحاتی که باید تمرکز گردد یا تعقیب شود در جریان معاینه کلینکی فراهم می‌سازد)،
4. علائم حیاتی را چک نمائید (برای دانستن ارزیابی هیموستاتیک معلومات مهم را در ساحات تمرکز یا تعقیب در جریان معاینه فراهم می‌نماید)،
5. مریض را در موقعیت مناسب قرار دهید (برای تضمین آسودگی و دسترسی آسان به ساحات که معاینه می‌گردد)،
6. معاینه سیستمیک را با استفاده از یک رویکرد ترکیبی سرالی پا و سیستم‌های بدن شروع نمائید؛ با استفاده از روش‌های تفتیش، جس، اصغا و قرع (خود را مطمئن نمائید که هیچ‌کسی از سیستم‌های عضویت نادیده گرفته نشده و زمان بصورت موثر استفاده گردیده)،
7. دریافت‌های مناسب را فراهم نموده، برای حصول معلومات اضافی سوال بپرسید و موضوع نگران‌کننده مراجعه‌کننده را با وی بحث نمائید (زمینه را برای ختم معاینه فراهم نموده و به مریض معلومات فیدبک را مکالمه می‌نماید)،
8. پلان مراقبت نرسنگ را ایجاد نمائید (مراقبت نرسنگ فردی مبنی بر کیفیت و شواهد را فراهم نمائید)،
9. لوازم را مطابق طرز العمل دور انداختن کثافات و پروتوکول ضد عفونی کردن شفاخانه پاک، عوض و دور بیندازید (مصئونیت مراجعین، مریضان و کارمندان را بهبود می‌بخشد)،
10. دستهای تان را شسته و خشک نمائید (انتقال میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. کیفیت اطلاعاتی را که از مراجعه‌کننده بدست آورده‌اید (تعیین نماید که آیا اطلاعات برای ایجاد تشخیص درست نرسنگ کافی است یا خیر)،
2. آیا ضروریات مراجعه‌کننده شناسایی گردیده (مدیریت موثر وابسته به شناسایی درست ضروریات مراجعین می‌باشد)،
3. رفتار مراجعین در جریان معاینه (تعیین می‌نماید که آیا مراجعه‌کننده بصورت کافی برای معاینه آماده شده است).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- نتایج ارزیابی،
- تاریخ، زمان و دوام ارزیابی،
- نگرانی بزرگ مریض و دریافت غیر نورمال هنگام معاینه،
- مداخلات که اجراء گردیده است.

1.3: ایجاد یک رابطه درمانی نرس – مریض: تعریف:

عبارت از ایجاد یک ارتباط هدفگرا بوده که منجر به تغییر مثبت (رشد و بهبودی) در زندگی هر دو جانب (مراجعه‌کننده و نرس صحت روانی) می‌گردد.

هدف:

برای کمک به مراجعین / مریضان در رشد بینش در مشکلاتشان و ایجاد قابلیت‌های موثر حل‌کننده مشکلاتی که آنها را قادر می‌سازند تا از استعدادهای پنهانی خود استفاده نموده و به حالات‌های زندگی وفق کنند.

استطباعات:

تمام مریضانی‌که مشکلات هیجانی یا اختلالات روانی را تجربه می‌کنند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. موجودیت اختلالات ادراک و افکار (استراتیژی مکالمه را به‌منظور استفاده در اختلالات ادراکی و افکار که باعث مداخله در تفسیر واقعیت‌ها می‌گردد تعیین می‌کند).
2. اندازه فاصله فیزیکی، و ترتیب نشستن ترجیح داده شده توسط مراجعه کننده/مریض (بعضی از مراجعین/ مریضان در صورتی‌که به نرس بسیار نزدیک بنشینند یا اگر آنها در سطح پایین‌تر از نرس بنشینند احساس می‌کنند که بزور داخل گردیده باشد)،
3. کدام ناتوانی تکلم یا ارتباطات (به‌منظور تعیین نمودن اصلاح ناتوانی‌ها به خدمات ضرورت است).

B. پلان گذاری:

خود:

- یادداشتهای مراجعین را مرور نمائید تا معلومات مکمل را در مورد مراجعین / مریض بدست آورید،
- به‌منظور واضح نمودن نقاط مخصوص و کمبود اطلاعات با مراجعین/ مریضان پلان‌گذاری نمائید،
- بالای احساسات و رفتار خود که ممکن بالای عکس‌العمل مراجعین / مریضان تاثیر منفی داشته باشد فکر کنید،
- دست‌های تان را شسته و خشک نمائید.

مریض:

- با مریض احوال پرسى نموده و خود را معرفی نمائید،
- به مریض فعالیتى را که او در آن دخیل است توضیح دهید،
- زمان را برای جلسات درمانی تعیین نمائید.

محیط:

- خود را مطمئن نمائید که اطاق آرام بوده و فضا عاری از مزاحمت و مداخله می‌باشد،
- ترتیب نشستن را بشکلی طرح نمائید که در صورت ضرورت به نرس‌ها اجازه دهد تا به آسانی خارج گردند،
- ترتیب نشستن را بشکلی تنظیم نمائید که به نرس اجازه دهد که مراجعه‌کننده را بصورت مکمل ببیند و در عین حال تهدید آمیز نباشد.

نیازمندی‌ها:

- قرطاسیه،
- چوکی‌ها.

C. تطبیق:

مراحل:

1. با مریض احوال پرسی نموده و از وی خواهش نمائید تا بنشیند (آسودگی و همکاری مریض را تسهیل می‌بخشد)،
2. با مریض در یک سطح بنشینید (مشاهده و تماس چشمی غیر تهدید آمیز را اجازه می‌دهد)،
3. تماس چشمی را حفظ نمائید (علاقه فرد را با مراجعه کننده / مریض نشان می‌دهد)،
4. با مریض / مراجعه‌کننده به سویه مناسب (بزرگسال / طفل) صحبت نمائید (مریض احساس می‌کند که درک گردیده و تهدید نگردیده است به این وسیله همکاری را افزایش می‌دهد)،
5. به مریض / مراجعه‌کننده کاملاً توجه نمائید و از مزاحمت‌ها در جریان صحبت جلوگیری نمائید (به مریض با احترام مکالمه نموده و اعتماد را ایجاد نماید که تمرکز و اظهارات را بهبود می‌بخشد)،
6. مکالمه را با موضوعات عمومی شروع نمائید که باید بیشتر از دو دقیقه را دربر نگیرد (سبب راحتی مریض / مراجعه‌کننده گردیده و به مریض اجازه می‌دهد که معلومات را فراهم نماید)،
7. آهسته و واضح صحبت نموده و از تغییر لهجه مناسب استفاده نمائید (برای حفظ علاقه و تمرکز مریض / مراجعه‌کننده)،
8. زمانی‌که از مراجعه کننده / مریض سوال می‌نمایید که موضوعات نگران کننده وی چیست؟ سوالات باز بپرسید (به مریض / مراجعه‌کننده احترام را ارائه نموده و به وی احساس می‌دهد که مسائل وی مستقیماً کنترل گردیده و همچنان اعتماد به نفس وی را بهبود می‌بخشد)،
9. به مریض فرصت پاسخ دادن را فراهم نموده، از تحمل و حوصله استفاده نمائید (به مریض اجازه دهید که بالای افکار خود فکر کند و ارتباط موثر را ایجاد نماید)،
10. تظاهرات وجهی را مشاهده نمائید (به منظور شناسایی هرنوع پیام‌های مخالف که منتقل می‌گردد)،
11. اوقات منظم ملاقات را تعیین نموده و به وقت و زمان پایبند باشید (برای هماهنگی و اطمینان که اعتماد را بهبود می‌بخشد).

مرحله مقدماتی:

12. برای مریضان جدید خلاصه ضرورت یا معلومات جلسه را خلاصه فراهم نمائید (برای آگاهی دادن مراجعه کننده/مریض و تشویق وی به سهمگیری)،
13. برای مراجعه کننده/مریض سابقه (با مریض که جلسه از قبل ادامه دارد)، بصورت خلاصه بحث قبلی را مرور نموده و بعداً موضوع بحث امروزی را معرفی نمائید،
14. رفتار مراجعه کننده / مریض را در جریان این مرحله مشاهده نمائید (برای تعیین نمودن این که آیا مراجعه کننده / مریض به سرعت متوقع پیش می‌رود و در جلسه معلومات را فراهم می‌نماید یا خیر)،
15. به مراجعه کننده / مریض کمک می‌کند تا نیازمندی‌ها و چالش‌های خود را شناسایی نماید (بینش و درک مراجعه کننده/ مریض را بهبود می‌بخشد که باعث تشویق اشتراک فعال آن‌ها می‌گردد)،
16. در مورد جزئیات توقعات و مسئولیت‌های هر دو، نرس‌ها و مراجعه کننده / مریض بحث نمائید (مریض / مراجعه‌کننده را تشویق نمائید که مسئولیت بگیرد و تمایل وی را به وابسته بودن کاهش دهید)،
17. معلومات بیشتر را از مریض / مراجعه‌کننده جمع‌آوری نموده و توانایی‌ها و محدودیت‌های مریضان را دریافت نمائید (به‌منظور ایجاد دیتابیس قوی و کاهش امکان ناکامی مریض که باعث توقعات بیش از حد نسبت به چیزی که می‌تواند اجراء نماید)،
18. تشخیص نرسنگ را وضع نموده، اهداف قابل قبول را به مریض و نرس تعیین نمائید (اساس را برای ارزیابی موثریت رابطه فراهم می‌ساز)،
19. پلان عملکرد را که برای حصول اهداف تعیین شده واقعی باشد ایجاد نمائید (سبب افزایش تشویق گردیده و ناکامی را کاهش می‌دهد)،
20. احساس ناراحتی و اضطراب مریض را دریافت نمائید (مکالمه تا زمانی‌که اضطراب کاهش یابد به شکل سطحی/سرسری باقی می‌ماند).

مرحله کار:

21. مراجعه کننده / مریض را در مورد تمام موضوعات مورد بحث رهنمایی نمائید (برای جلوگیری از انحراف و حاشیه پردازی)،
22. در مورد مشکلات مراجعه کننده / مریض و جهت‌یابی واقعیت بحث نمائید (بینش و درک مریض / مراجعه‌کننده را بهبود بخشیده و با آن‌ها در آموزش روش‌های حل مشکلات کمک می‌کند)،
23. مریض را برای علایم اضطراب مشاهده نمائید که ممکن در پاسخ به بحث تجارب دردناک بوجود آید (اطلاعات را برای پلان‌گذاری مداخلات برای کاهش اضطراب فراهم می‌نماید چون درجه بلند اضطراب منجر به مقاومت مراجعه‌کننده / مریض می‌گردد)،
24. بصورت مسلسل مشاهده نمائید که آیا مراجعه کننده / مریض برای مرحله ختم آماده است (اهداف مرحله ختم جلسه در صورتی‌که مریض در عجله باشد حصول نمی‌گردد)،

25. سوالات باز بپرسید (برای اینکه به مراجعه‌کننده اجازه دهیم تا جزئیات را توضیح دهد)،
26. سکوت و سایر روش‌های معالجوی مناسب مکالمه را به‌منظور حصول معلومات از مراجعه‌کننده / مریض فراهم نمائید (مکالمه منجر به ایجاد و انکشاف ابتکار مریض در راستای حل مشکلات می‌گردد)،
27. به نیازمندی‌های مریض که به توجه فوری ضرورت دارد رسیدگی نمائید (قدم بعدی را در ارتباط تداوی تسهیل می‌نماید)،
28. اهداف فعلی را تعیین و ارزیابی نموده و در صورت ضرورت آن را تغییر دهید (خود را مطمئن نمائید که اهداف واقعی بوده و مراجعه‌کننده / مریض از آن بهره می‌برد).

مرحله ختم:

29. احساس مراجعه‌کننده / مریض را در مورد ختم جلسه دریافت نمائید (برای دریافت علائم غمگینی و از دست دادن که با مرحله ختم همراه می‌باشد)،
30. مراجعه‌کننده / مریض را تشویق نمائید که در مورد احساس دریافت شده بحث نماید (با مریض / مراجعه‌کننده کمک می‌نماید تا بی‌آموزد که این احساس تجربه طبیعی است که می‌تواند پروسه رشد را در جریان ختم جلسه بهبود بخشد)،
31. بصورت مسلسل نتایج اهداف تعیین شده را در جریان هر جلسه ارزیابی نمائید (خود را مطمئن نمائید که فعالیت‌های به عهده گرفته شده درست می‌باشد)،
32. موضوعاتی که همراه مراجعه‌کننده / مریض بحث گردیده بود خلاصه نموده و به وی اجازه دهید تا سوال بپرسید (هر نوع فاکتورهای را که ممکن باعث مزاحمت در مکالمه گردد توضیح دهید)،
33. مریض / مراجعه‌کننده را نظر به نتایج اهداف راجع نمائید (خود را از منفعت بیشتر مریض / مراجعه‌کننده مطمئن نمائید)،
34. از مریض بخاطر حوصله‌مندی وی تشکری نموده و قسمی‌که مناسب باشد مرخص نمائید (نمایانگر قدردانی و احترام می‌باشد)،
35. در صورتی‌که جلسات ادامه پیدا می‌کند، زمان و تاریخ ملاقات را با مراجعه‌کننده / مریض تعیین نمائید (برای هماهنگی و اعتماد)،
36. برای مریض / مراجعه‌کننده توضیح دهید که جلسات ختم شده‌اند (اضطراب مریض / مراجعه‌کننده را کاهش می‌دهد)،
37. در صورت ضرورت به مریض مشورت دهید (باعث افزایش اعتماد مریض در جستجوی کمک بیشتر در هنگام نیاز می‌گردد)،

توجه نمائید: زمانی‌که مریض / مراجعه‌کننده احساس غمگینی و از دست دادن را تجربه می‌کند، رفتاری که باعث به تعویق انداختن اختتام می‌شود ممکن آشکار گردد. اگر نرس هم عین احساس را تجربه می‌کند، باید به رفتار مریض اجازه دهد تا ختم جلسه را به تعویق بیندازند. برای ختم جلسه درمانی، نرس باید واقعیت قطع جلسه را تعیین نموده و در مقابل، از کنترل شدن توسط مریض با تاخیر مکرر جلسه، با مراعات نمودن موارد ذیل مقاومت کند:

- چندین جلسه تعامل از ارتباط درمانی نرس - مریض،
- از رابطه اجتماعی در جریان هر جلسه جلوگیری نمائید،
- از تحریر اضافی در جریان جلسه جلوگیری نمائید چون سبب گسستگی توجه مریضان گردیده و ممکن مانع حصول معلومات بیشتر درمان‌گر از مریض گردد،
- محرمیت را در تمام جلسات حفظ نمائید،
- توجه کنید تا زمان را تنظیم نمائید (15 - 20 دقیقه برای هر جلسه)،
- یک دوره کوتاه جلسه ممکن درمان‌گر را قادر به حصول اهداف نسازد،
- یک جلسه طولانی ممکن برای مراجعه کننده / مریض خسته کننده باشد.
- اگر مراجعه کننده در جریان هر جلسه بیقرار شود:
- بشکل فوری جلسه را ختم نموده و از همکاری مریض تشکری نمائید، بعداً مشکل عاجل را بصورت مناسب اداره نمائید،
- از مریض بپرسید که آیا می‌خواهد که جلسه دیگر داشته باشد.

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. آیا مریض از مکالمه راضی بوده؟ (موثریت ارتباط را تعیین نمائید)،
2. اندازه توانایی به حل یا مجادله با حالات مشابه در آینده (تائید نمائید که رشد مریض موثر بوده است)،
3. آیا مریض مشکلات خود را بشکل لفظی بیان نموده است (تائید نمائید که آیا اعتماد مریض در مرحله جهت‌دهی حصول گردیده بود)،
4. آیا مریض احساس راحتی می‌کند تا جلسه ختم شود (موثریت ختم جلسه درمانی را تعیین نمائید).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- ارزیابی نتایج،
- هر موضوع نگران کننده که مریض بصورت لفظی بیان می‌نماید،
- هر موضوع نگران کننده که به مراقبت بعدی توسط تیم مراقبت صحت یا افراد مسلکی دیگر ضرورت داشته باشد.

1.4: مراقبت تداوی با شاک برقی(ECT):

1.4.1: مراقبت قبل از تداوی با شاک برقی:

تعریف:

مراقبت مریض از زمان تجویز تداوی با شاک برقی الی زمانی که به اطاق الکتروشوک درمانی برده می‌شود، می‌باشد. که شامل ارزیابی و آمادگی (اجتماعی، روانی، روحی و فزیولوژیکی) مریض می‌باشد.

هدف:

به منظور دریافت فاکتورهای خطر و مشکلات، ممکن اداره نمودن آنها جهت قرار دادن مریض در یک حالت مطلوب قبل از تداوی شاک برقی و جلوگیری از اختلالات در جریان و بعد از طرزالعمل.

استطبایات:

به تمام مریضان که تداوی با شاک برقی تجویز می‌گردد.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. رفتار و ارزشهای مریض نسبت به تداوی شاک برقی (شناسایی مداخلات را تسهیل بخشید تا مریض و پایواز وی تداوی را مثبت فکر کنند)،
2. درک مریض در مورد تجربه قبلی تداوی برقی (در صورتی که قابل تطبیق باشد) (برای پلان مراقبت مناسب)،
3. دانش مریض در مورد تداوی شاک برقی (برای شناسایی معلوماتی که با مریض شریک می‌شود تا هر نوع سوء تفاهم اصلاح گردد و رعایت رژیم تداوی را بهبود بخشد).

B. پلان گذاری:

خود:

- معلومات مکمل را در مورد مریض حصول نمائید،
- در مورد مریض معلومات مکمل را مرور نمائید،
- طرزالعمل و مراقبت تداوی با شاک برقی را مرور نمائید،
- معلوماتی که با مریض شریک می‌گردد آماده نمائید،
- دستهای تان را شسته و خشک نمائید.

مریض:

- خود را مطمئن نمائید که مریض برای طرزالعمل بواسطه ارتباط درمانی نرس/ مریض آماده است،
- هدف، پروسه و تاثیرات تداوی با شاک برقی را توضیح نمائید،
- رضایت مریض را بدست آورید.

موارد مورد نیاز:

- لوازم مشاهده علائم حیاتی،
- گراف تداوی،
- گراف علائم حیاتی،
- چکلیست قبل از تداوی با شاک برقی،
- ظرف برای دندان مصنوعی و عینکها، اگر ضرورت باشد،
- داروهای قبل از تداوی در یک ظرف.

C. تطبیق:

مراحل:

1. مریض را در مورد مفکوره‌های بینادی تداوی با شاک برقی آموزش دهید (خود را مطمئن نمائید که مریض معلومات واقعی را در مورد تداوی با شاک برقی بدست می‌آورد).
- فواید،
 - عوارض جانبی،

2. علائم حیاتی مریض را چک نمائید (برای دریافت هر نوع آبنارملتی فیزیولوژیک و تعیین اطلاعات بنیادی به منظور مقایسه)،
3. ایجاد حافظه بنیادی برای واقعات کوتاه مدت و طولانی مدت (برای تعیین از دست دادن حافظه بعد از طرزالعمل)،
4. معاینات ادرار (برای دریافت اختلال کلیوی یا دیابت که ممکن طرزالعمل را پیچیده سازد)،
5. به مدت 6 ساعت از طریق دهن به مریض هیچ چیز ندهید، (برای جلوگیری از استفراغ در جریان طرزالعمل و کاهش خطر aspiration pneumonia بعد از طرزالعمل)،
6. از خواب خوب در هنگام شب خود را مطمئن نمائید (برای فراهم نمودن استراحت به منظور آمادگی برای تداوی با شک برقی)،
7. خود را مطمئن نمائید که مریض حمام کرده است (برای تأمین حفظالصحه و جلوگیری از انتان)،
8. خود را مطمئن نمائید که مثنه مریض خالی باشد (به منظور آرامش مریض و جلوگیری از خارج شدن ادرار در زمان تطبیق پروسیجر)،
9. مریض را از داشتن دندان مصنوعی، زیورات چک نمائید (به منظور جلوگیری از بروز موانع در طرزالعمل، عکس العملها در مقابل فلزات (زیورات) و برای کنترل آسان در جریان تداوی)،
10. لباسهای عملیات را به مریض بپوشانید (انتقال میکروارگانیسمها را به اطاق عملیات کاهش می دهد)،
11. داروهای قبل از تداوی را 30 دقیقه قبل از طرزالعمل تطبیق نمائید (به منظور آرامش مریض و خشک نمودن افرازات)،
12. اسناد مریض را جمع آوری نمائید (فایل، یادداشتهای نرسنگ، کارت تداوی).

D. ارزیابی:

1. درجه اضطراب مریض در جریان دوره قبل از تداوی با شک برقی (برای تعیین موثریت آمادگی، قبل از تداوی با شک برقی)،
2. علائم حیاتی را تفسیر نمائید (تعیین نمائید که آیا حالت فیزیکی مریض میتواند عملیه را تحمل نماید)،
3. آمادگی مریض برای عملیه تداوی با شک برقی (آمادگی سبب ارتقاع پروسه بهبودی می گردد)،

E. اسناد سازی:

- چکلیست مکمل، قبل از تداوی با شک برقی،
- هر حادثه ناسازگار که مشاهده گردیده باشد،
- حالت مریض در جریان تسلیم نمودن مریض به نرس اطاق ECT.

2 - 1.4: مراقبت در جریان تداوی برقی: تعریف:

مراقبت را نرس‌های صحت روانی انجام می‌دهند، زمانی‌که مریضان در اتاق ECT داخل می‌شوند تا به وقتی‌که ECT اجراء گردیده و به اتاق بهبودی (recovery room) انتقال می‌گردند.

هدف:

تسهیل برای موثریت تداوی با شاک برقی، بهبودی مصئونیت مریض و کاهش اختلاطات.

استطبات:

مریضانی‌که تحت تداوی با شاک برقی قرار می‌گیرند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. آمادگی مریضان برای تداوی با شاک برقی،
2. موارد مورد نیاز برای تداوی با شاک برقی،
3. مناسب بودن اتاق،
4. ضرورت به همکاری کارمندان دیگر.

B. پلان گذاری:

خود:

- طرزالعمل تداوی با شاک برقی و نقش نرس را مرور نمائید،
- دست‌های تان را شسته و خشک نمائید،

محیط:

اتاق پاک با تمام نیازمندی‌ها، لوازم و تجهیزات،
اطاقی‌که موارد ذیل را فراهم می‌کند:

- محرمیت،
- فضای کافی برای فعالیت،
- تهویه و نور کافی.

موارد مورد نیاز:

- سیت تطبیق اوکسیجن (Oxygen)،
- (دهان بند) Mouth gag،
- Laryngoscope
- Endotracheal tubes و تثبیت کننده‌های آن،
- سرنچ‌ها به سائزهای مختلف، سیت‌های تزریق وریدی،
- مواد انستیتیک کافی،
- سوزن‌ها با سائز مختلف، کنول / برنول،
- ماشین سکشن،
- ماشین گراف قلبی،
- ماشین و لوازم مشاهده علائم حیاتی،
- ماشین EEG و فشار سنج،
- تسمه، بنداژ، میتایل الکول، سواب، قیچی، ظرف،
- ظرف قطع وریدی،
- ماشین انستیزی و تهویه کننده،
- میز عملیات، لوازم معاینه ادرار،
- ماشین شاک برقی.
- ظرف داروهای احیایی مجدد که شامل داروهای ذیل باشد:

- ادرینالین،
- دکستروز 50%،
- هایدروکورتیزون، امینوفلین،
- سودیم بای کاربونیت،
- کلسیم گلوکونات، فورسماید،
- پوتاشیم کلوراید، دیازپیم،
- مایعات داخل وریدی مانند دکستروز 5% و نورمال سلین.
- اسناد مختلف شامل:
 - ورق ادامه،
 - فورمه رضایت،
 - اسناد تداوی.

C. تطبیق:

مراحل:

1. مریض را به نام آن‌ها خطاب نموده و سلام نمائیم (برای این که مریض را بصورت درست بشناسید)،
2. خود و کارمندان دیگر را به مریض معرفی نمائید (به-منظور کاهش اضطراب و بهبود آرامش مریضان)،
3. به مریض کمک نمائید تا بالای سطح میز ECT قرار گیرد (از مسئول و آمادگی مریض اطمینان حصول نمائید)،
4. مریض را به وضعیت خوابیده قرار داده و گردن مریض را انبساط دهید (به‌منظور انتیوبیشن و تطبیق ماشین ECT, EEG, ECG و ماشین‌های اوکسیجن)،
5. به مریض در مورد مراحل طرزالعمل‌ها و فعالیت‌های که در حالت شعوری بالای آن اجراء می‌گردد به لسان ساده توضیحات ارائه نمائید (اضطراب مریض را کاهش دهید و همکاری مریضان را بهبود ببخشید)،
6. از تطبیق درست ماشین ECG و Oximeter خود رامطمئن نمائید، (تعیین درست فعالیت‌های دماغ و اندازه اوکسیجن را در جریان تداوی با شاک برقی اجازه می‌دهد)،
7. در صورت ضرورت سکشن نمائید (طرق هوایی را باز و دخول مقدار کافی هوای را به شش‌ها حفظ نمائید)،
8. علائم حیاتی، فعالیت‌های قلبی، اوکسیجینیشن، و فعالیت‌های قلبی دماغ را نظارت نمائید (به‌منظور دریافت علائم اسیدوسز، و آبنارملتی‌های دیگر که نشان دهنده عدم توازن فعالیت برقی دماغ و سیستم قلبی می‌باشد)،
9. تکیه نرم و محکم را به بازوها و پاها و مفاصل مریض زمانی‌که تداوی شاک برقی آغاز می‌گردد، فراهم نمائید تا هنگامی‌که اختلاجات ختم شود (به‌منظور جلوگیری از کسرها و خلع از سبب تاثیرات اختلاجات تولید شده، افتادن مریض را از بستر جلوگیری نمائید)،
10. دوام و طبیعت اختلاجات، قسمت‌های متاثر شده بدن و شدت آن را مشاهده نمائید (موفقیت تداوی را تعیین می‌نماید)،
11. بعد از تطبیق شاک برقی مریض را در وضعیت ریکوری در بستر قرار داده و به اطاق احیای مجدد منتقل نمائید در صورتی‌که $SaO_2 \geq 95\%$ باشد (به‌منظور تضمین مسئولیت مریضان و اجازه دهید تا مریض مشاهده بعد از تداوی شاک برقی را عبور کند قبل از این‌که به وارد منتقل می‌شود. اطمینان

حصول نمائید که میز مریض ECT را در حالت اسیدوز ترک نکند).

ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. ارزیابی نمائید که آیا علائم حیاتی و درجه فشار سنج در جریان تداوی شاک برقی و بعد از برگشت به وراد در سطوح نورمال باقی می‌ماند. (نشان می‌دهد که تزریق وریدی کافی در جریان تداوی ادامه‌دار است).
2. صدای شکستن و مفاصل غیر نورمال را مشاهده نمائید (برای تعیین نمودن اینکه آیا مریض در جریان اختلاجات کسر / خلع بوجود آمده).
3. آیا ماشین‌گراف قلبی تغییرات متوقع را در فعالیت‌های دماغ نشان داده. (برای تعیین نمودن اینکه آیا درجه اختلاجات مورد ضرورت مشاهده گردیده است).

E. اسنادسازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حالت مریض در جریان داخل شدن در اتاق ECT،
- تداوی که در جریان طرزالعمل گرفته،
- موفقیت طرزالعمل،
- گراف علائم حیاتی، گراف قلبی و SaO2،
- طبیعت و دوام اختلاجات در جریان طرزالعمل،
- هر مشاهده در رابطه به ناسازگار بودن و اقدامات مداخلوی که در جریان تداوی اخذ نموده است.

3 - 1.4: مراقبت بعد از تداوی شاک برقی

تعریف:

مراقبت نرسنگ که به مریض در اتاق بهبودی و 24 ساعت بعد از طرز العمل تداوی شاک برقی انجام می‌گردد، می‌باشد.

هدف: برای کاهش اختلاطات بعد از تداوی شاک برقی و پیشرفت بهبودی سریع از تاثیر آن.

استطباعات:

به تمام مریضان بعد از تداوی طرز العمل شاک برقی.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

- مشاهده آله معاینه و لوازم حیایی مجدد،
- درجه اختلاجات حصول شده،
- سطح شعور،
- علایم دماغی و صدمات عضلی اسکلتی.

D: پلان‌گذاری:

خویش:

- دست‌های تان را شسته و خشک نمائید.

- یادداشتهای مراجعین/ مریضان را مرور نمائید تا نوع انستیزی و داروهای تطبیق شده را در جریان طرز العمل تعیین نمائید.

مریض:

- به مریض دلیل استفاده از لوازم مختلف را توضیح دهید.
- به مریض در مورد تجارب متوقع و اینکه چگونه با آن مجادله کند، آگاهی دهید،
- دلایل معاینه متکرر و ضرورت به همکاری وی را توضیح دهید.

موارد مورد نیاز:

یک ترولی پاک که موارد ذیل روی آن قرار داشته باشد:

- لوازم معاینه علائم حیاتی، ستاتسکوب، کف، ترمومتر و تعیین کننده نبض و اوکسیجن،
- گراف معاینه مریضان،
- فایل مریضان،
- لباس پاک شفاخانه،
- گیرنده برای اشیای ناپاک.

E: تطبیق:

مراحل:

1. هر 25 یا 30 دقیقه بعد، تنفس، نبض و فشارخون را مشاهده نمائید (به منظور تعیین تغییرات مخالف حالت هیمودینامیک مریض)،
2. مریض را در حالت بهبودی حفظ نمائید (به منظور تسهیل جریان افرازاات، جلوگیری از عقب رفتن زبان و حصول اطمینان از طرق هوایی آشکار)،
3. زمانی که مریض بیدار شد در مورد محل موقعیت وی برایش توضیحات ارائه نمائید. (بینش را بهبود، اضطراب را کاهش و همکاری را تسهیل می بخشد)،
4. سطح حافظه را ارزیابی نمائید (به منظور تعیین از دست دادن حافظه که همراه با تداوی شاک برقی می باشد)،
5. همراه مریض تا وقتی که کاملاً بیدار شود و بینش پیدا کند، باشید. (محفوظیت مریضان را تضمین نمائید)،
6. مریض را دوباره تا وارد همراهی نمائید (محفوظیت مریضان را تضمین نموده و تسلیمی موثر مریض را به منظور ادامه مراقبت تسهیل می نمائید)،
7. به مریض اجازه دهید که تجارب، ترس و اضطراب خود را در رابطه با تداوی شاک برقی بیان نماید. (با مریضان در اداره تجارب تداوی شاک برقی و انکشاف بهبودی و اطاعت از مراقبت کمک می کند)،
8. مریض را کمک نمائید تا در یک جای آرام یا بستر پایین قرار گیرد. (آرامش کافی و بهبود آرامش و محفوظیت مریض را اجازه می دهد)،
9. علائم حیاتی مریض را هر چهار ساعت بعد چک نموده و در صورت امکان روزی یک مرتبه کاهش دهید (به منظور نظارت پیشرفت بهبودی از تاثیر انستیزی و تداوی شاک برقی)،
10. به مریض تقسیم اوقات منظم فعالیت های روزانه را فراهم نمائید. (به منظور پیشرفت بهبودی و کاهش سراسیمگی)،

11. مریض را به منظور موارد ذیل مشاهده نمایید: (برای دریافت علائم گيجی و از دست دادن حافظه که بعد از تداوی شاک برقی معمول می باشد)،

- قابلیت انجام دادن فعالیت های مراقبتی خود.
 - قابلیت فعالیت های روازنه وارد.
 - قابلیت بخاطر داشتن کارمندان و مریضان دیگر.
12. طرز راه رفتن مراجعه کننده / مریض زمانی که راه می رود مشاهده نمایید (به منظور دریافت علائم کسر بعد از تداوی شاک برقی)،
13. معاینه حالت روانی را بصورت منظم انجام دهید. (به منظور تائید اینکه آیا مریض بینش مکمل بدست آورده و تعیین نمائید که آیا مریض از تداوی شاک برقی مستفید گردیده یا خیر).

F. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمایید:

1. حالت روانی مراجعه کننده / مریض (برای تعیین نمودن موفقیت تداوی شاک برقی)،
2. آیا اضطراب مریضان در سطح قابل اداره حفظ گردیده بود (برای تعیین نمودن اینکه مریضان از نگاه روانی در مرحله قبل از تداوی شاک برقی آماده گردیده بود)،
3. آیا مریض / فامیل وی می تواند در مورد آگاهی از تداوی صحبت نمایند (برای تعیین نمودن اینکه ضرورت های آموزشی مریض / فامیل برآورده گردیده است)،
4. آیا مریض از تاثیرات تداوی شاک برقی در زمان متوقع و بدون کمترین اختلالات بهبود یافته (موثریت مراقبت قبل، جریان و بعد از تداوی شاک برقی را ارزیابی نمایید)،

G. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمایید:

- بهبود عمومی حالت مریض و حافظه،
- تداوی که قبل و بعد از مراقبت تداوی شاک برقی تطبیق گردیده است،
- دریافت های تمام علائم حیاتی که معاینه گردیده است،
- موضوعات نگران کننده که توسط مریض / اعضای فامیل وی بیان گردیده است.

1-1.5: مریضان با رفتار خودکشی:

تعریف:

مداخلات نرسنگ برای مراجعه کننده / مریض که در معرض خطر بلند انجام دادن خودکشی یا خود آزاری قصدی قرار دارند، می باشد.

هدف:

برای جلوگیری مریض از انجام دادن فعالیت های تخریب کننده خویش (صدمه) که منجر به مرگ می گردد، توسط رهنمایی نمودن آن ها به

درک خویش و همکاری نمودن وی در ایجاد قابلیت‌های مجادلوی می‌باشد.

استطباعات:

مریضان که / با:

- مریضانی که بیان می‌کنند می‌خواهند خودکشی کنند،
- مریضانی که از امراض افسرده‌گی رنج می‌برند،
- از اضطراب یا بی‌قراری شدید رنج می‌برند،
- بصورت فعال از مواد یا الکل سوءاستفاده می‌کنند،
- تاریخچه قصد خودکشی،
- تاریخچه فامیلی خودکشی،
- بیماری کشنده / مزمن.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. قابلیت خود منجیث یک درمان‌گر، با اداره نمودن حالت (برای تعیین نمودن اینکه آیا به همکاری ضرورت است)،
2. دانش خویش در مورد وضعیت/ مریض (برای پلان مراقبت موثر)،
3. وضعیت عمومی مریض (برای تعیین نمودن امکان خودکشی)،
4. نیازمندی‌های فیزیکی، هیجانی/ فزیولوژیک مریض. (برای پلان نمودن مداخلات مناسب)،
5. مناسب بودن محیط درمانی. (برای تعیین نمودن اینکه آیا محیط محفوظ است و به پاسخ سریع اجازه می‌دهد)،
6. درک و رضایت پایوازن برای سهم‌گیری در مراقبت مریض (برای مراقبت دوام‌دار و حمایت اجتماعی که خطر خودکشی را کاهش می‌دهد).

B. پلان‌گذاری:

خویش:

- اداره مریضان که در معرض خطر خودکشی قرار دارند مرور نمائید،
- یادداشتهای مراجعین/ مریضان را مرور نمائید،
- بالای ترس/ احساسات/ اضطراب خود و اینکه چگونه آن را کنترل نمائیم فکر نمائید.

مریض:

- به مراجعه کننده/ مریض تجارب وی را توضیح داده و رضایت-شان را برای مراقبت بدست آورید،
- برای مریض توضیح دهید که نگرانی تمام کارمندان در مورد وی و مداخلات برای محافظت وی می‌باشد.

موارد مورد نیاز:

- ظرفی که داروهای عاجل در آن قرار دارد را پاک نمائید،
- ظرفی که لوازم حیای مجدد در آن قرار دارد را پاک نمائید،
- سائزهای مختلف سرنج‌ها، سوزن‌ها، کنول و سیت‌های داخل وریدی را جور کند،
- مایعات داخل وریدی مانند دکستروز (به غلظت های مختلف) سودیم کلوراید،

- معاینات و گراف مایعات.

C. تطبیق:

مراحل:

1. نرس‌های مخصوص را برای مواظبت مریض در طی دوره بحرانی تا زمانی‌که مریض کنترل خویشتن را بدست آورد، تعیین نمائید (برای نظارت نزدیک، فراهم نمودن امنیت و حمایت)،
2. اشیایی که مربوط به مریض، هم اطاق و پایواز وی است آن را جستجو نموده و تمام اشیایی که غیر محفوظ پنداشته می‌شود برطرف نمائید (ممکن مریض این اشیاء را برای خود آزاری/ خودکشی استفاده نمایند)،
3. مراجعه‌کننده/ مریض را تشویق نمائید تا احساسات خود را دریافت و بیان نمائید (احساسات پذیرش، اعتماد به نفس و به تعقیب آن قابلیت ارزیابی گزینه‌ها را بهبود بخشیده و باعث ایجاد مهارت‌های حل مشکلات می‌گردد)،
4. خود را مطمئن نمائید که مریض قصد خودکشی ندارد. (صداقت مراجعه‌کننده / مریض را به اطاعت از تصمیم درمانی که توسط مراجعه‌کننده/ مریض و نرس اخذ گردیده است را نشان می‌دهد)،
5. با مراجعه‌کننده / مریض بحث نموده و برای‌شان پیام امیدوارکننده بدهید که زندگی ارزش زیستن را دارد. (به مراجعین/ مریضان اجازه می‌دهد تا فرصت را برای جنبه فکری وسیع راجع به موضوعات داشته و با آنها در اداره نمودن احساس و دلی در مورد زندگی/ مرگ کمک می‌کند)،
6. برای مراجعه‌کننده / مریض فعالیت‌های تفریحی مانند والیبال/ تیبل تینس و غیره را تعیین نمائید (به مریض کمک می‌کند تا از ترس/ احساسات پرخاشگری آزاد گردیده و باعث افزایش پروسه بهبودی گردد)،
7. خود را مطمئن نمائید که نرس همیشه مراجعه‌کننده/ مریض را مشاهده می‌کند و پایوازان همراه وی همچنان کاملاً از مریض آگاهی دارد. (مشاهده دقیق را بهبود بخشیده و محفوظیت مراجعه‌کننده/ مریض را تضمین می‌نماید)،
8. مریض را تجرید ننماید و/ یا اجازه ندهید که تنها بخوابد (بودن با دیگران امکان تلاش به خودکشی را کاهش می‌دهد)،
9. مشاهدات و ثبت نمودن آن در کارت پیشگیری خودکشی و همچنان بررسی عینی مراجعه‌کننده/ مریض بعد از هر 20 دقیقه ادامه دهید، با دقت خلق مریض و شاخص‌های خودکشی را مشاهده و ثبت نمائید. (در صورتی که علائم و تلاش خودکشی تشخیص گردیده است، فوری مداخلات مناسب را انجام دهید)،
10. مراجعه‌کننده / مریض را بصورت فیزیکی در ختم هر شفت تسلیم نمائید. (شواهد نظارت دقیق و تضمین محفوظیت/ امنیت مراجعه‌کننده می‌باشد).

D. اسناد سازی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. مفکوره شخص در مورد خویشتن: (فکرکردن مثبت در مورد خویشتن یک عرض بهبودی و سبب کاهش افکار خودکشی می‌گردد)،

2. پلان مریض در مورد اینکه چگونه با خودکشی و چالش‌های دیگر در آینده مجادله کند. (تعیین نمائید که آیا مهارت‌های مجادله و حل مشکلات موثر، بصورت موفق ایجاد گردیده است)،
3. قابلیت مریض به مکالمه نمودن با دیگران (قابلیت مریض/مراجعة کننده را به مدغم شدن در فامیل و اجتماع نشان می‌دهد).

E. اسنادسازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- هر نوع تلاش خودکشی یا تهدید لفظی مداخلات و نتایج آن،
- خلاصه ثبت پیشگیری خودکشی و تعهد عدم خودکشی بعد از هر 20 دقیقه،
- عیادت کننده‌گان که با مریض ملاقات نموده‌اند: ارتباط و طبیعت تعامل آن‌ها با مریض/مراجعة کننده.

2 - 1.5: دلیریم ناشی از ترک الکول (روان آشفتگی الکولی):

تعریف:

مداخلات نرسنگ برای مراجعة کننده / مریض که از حالت سراسیمگی حاد و فرط فعالیت سیستم عصبی رنج می‌برند که 40 ساعت الی 1 هفته بعد از ترک یا کاهش مصرف الکول دراز مدت و مقدار زیاد واقع می‌گردد، می‌باشد.

هدف:

به منظور کاهش و اصلاح تاثیرات سیستم عصبی خودکار در کمترین مدت و تضمین محفوظیت مراجعة کننده / مریض می‌باشد.

استطیبات:

مریض در حالت سراسیمگی حاد و فرط فعالیت سیستم عصبی، به دنبال ترک مصرف الکول.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. احساسات، ترس و اضطراب خویش در رابطه به اداره نمودن حالت (آمادگی را بهبود بخشیده و قابلیت انجام دادن مداخلات موثر را افزایش می‌دهد)،
2. اداره طرزالعمل عاجل روانی آشفتگی ناشی حاد از ترک الکول (بهره آوری و موثریت را بهبود می‌بخشد)،
3. درک مریضان را در مورد تجارب فعلی آن‌ها (برای شناسایی و پلان‌گذاری ضروریات مراجعة کننده / مریض)،
4. معرفی نمودن نیازمندی‌های فیزیکی، روانی / هیجانی، اجتماعی و روحی مریضان (برای پلان‌گذاری مداخلات مناسب و تعیین همکاری لازم)،
5. محفوظ بودن محیط (یک مریض مغشوش خطر زخمی شدن را دارد)،
6. تعداد گروه‌ها برق در اتاق (روشنی کافی را در اتاق در نظر بگیرید که خطر خطای ادراک را که در روانی آشفتگی الکولیک معمول است، کاهش می‌دهد)،

B. پلان گذاری:

خویش:

- پالیسی شفاخانه و اداره مریض عاجل را مرور نمائید،
- مراقبت مریضان که سندروم/علائم ترک الکول را تجربه می-کنند مرور نمائید،
- تمام لوازم که ممکن در جریان مراقبت به مریض / مراجعه-کننده صدمه برساند، برطرف نمائید،
- دستهای خود را شسته و خشک نمائید.

کارمندان:

- به کارمندان توضیح دهید که به همکاری آنها ضرورت دارید،
- به کارمندان در مورد نقشهای مخصوص آنها در جریان مراقبت چنین مریضان/ مراجعین توضیح دهید.

مریض/ مراجعه کننده:

- به مریض اینک که چه چیزی را تجربه می کند و به منظور آرامش آن به چه چیزی ضرورت دارد، توضیح دهید.

نیازمندیها:

- ظرفی که شامل داورهای ضد اضطراب زرقی و آنتی سایکوتیک-های باشد، سایزهای مختلف سرنجها، سوزنها، برنول، سیت داخل وریدی، پاکت پنبه معقم، آنتی سپتیک مانند الکول میتایل دار و ایودین است، پاک نمائید،
- مایعات داخل وریدی به شمول دکستروز (به غلظت های مختلف) سودیم کلوراید،
- ظرف احیای مجدد،
- سیت تطبیق اوکسیجن.

محیط:

- اطاق خوب هوادار و مناسب (تصاویر در دیوارها نباید موجود باشد) و بدون کدام مزاحمتی،
- بستر پایین همراه با میز بستر،
- مواد مختلف برای مهار نمودن مطابق پالیسی شفاخانه،
- نور کافی باید در اطاق موجود باشد اما بسیار زیاد روشن نباشد.

C. تطبیق:

مراحل:

1. با مریض همکاری نمائید تا به اطاق آماده شده و وی را در بسترش قرار دهید (تحریک کمتر را تضمین می نماید که اضطراب مریض تا حد امکان کنترل گردیده، نور کافی در کاهش خطای ادراک کمک می نماید)،
2. تمام لوازم خطرناک با مریض یا در محیط را برطرف نمائید (مریض دوره های بر سامات را تجربه می نماید و ممکن از لوازم به منظور آسیب رساندن به خویش یا کارمندان استفاده کند)،
3. داروهای ضد اضطراب / آنتی سایکوتیک های تجویز شده را تطبیق نمائید (داروهای ضد اضطراب تاثیرات تسکین و آرامش

- را دارد، آنتی سایکوتیک‌ها به کنترل برسامات توسط تاثیرات ضد دوپامین کمک می‌نمائید)،
4. کارمندان را به‌منظور ماندن با مریض تعیین نمائید (محفوظیت مریض را بهبود می‌بخشد)،
 5. معاینات حالت روانی و علائم حیاتی را هر 4 ساعت بعد اجراء و ثبت نمائید (وظایف عصبی را به‌منظور کمک در پیشرفت ارزیابی مداخلات مناسب برای کنترل، فرط فعالیت سیستم عصبی خودکار نظارت نموده و پلان‌گذاری نمائید)،
 6. به مریض در مورد اینکه چه چیزی را تجربه نموده و مداخلاتی که انجام گردیده است، توضیح دهید.
 7. زمانی‌که مریض می‌تواند درک کند، که از آن‌ها چه توقع می‌شود، رضایت مریض را حصول نمائید (از احساس ملامت دانستن خویش جلوگیری نموده و اطاعت از رژیم دوايي/ همکاری را آسان می‌سازد، حقوق و استقلالیت مریض را مراعات نمائید)،
 8. مشورت گروهی و انفرادی را تنظیم نمائید (به‌منظور حصول اطمینان از پیروسی درمانی، به هدف کمک به مراجعین در کنترل/ ترک عادت مصرف الکل می‌باشد)،
 9. لوازم را شسته، خشک نموده و آن‌ها را نگهداری نمائید (آماده بودن لوازم را برای استفاده بعدی تضمین می‌نماید).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. نتایج مداخله: هر نوع جروحاتی را که در جریان اداره نمودن تجربه نموده‌اید،
2. آمادگی مریض برای ادامه مراقبت،
3. آیا رضایت مریض حصول گردیده است.

E. اسناد سازی:

- دوام سراسیمگی حاد، بی‌قراری و فرط فعالیت سیستم عصبی خودکار،
- مداخلات به‌شمول داروها، اقدامات مهار کردن و نتایج آن‌ها،
- خلاصه علایم حیاتی و دریافت‌های معاینه حالت روانی .
- نتایج ارزیابی،
- پلان پیشنهاد شده برای اقدامات دیگر.

3 - 1.5 حملات حاد ترس:

مداخلات نرسنگ برای مریضانی که دارای هراس و ترس شدید یا وحشت، که با احساس مرگ نزدیک هستند، می‌باشد.

هدف:

برای کنترل فرط فعالیت سیستم عصبی خودکار که با درجه بلند اضطراب همراه می‌باشد، در حالیکه محفوظیت مریض را بهبود بخشد و میکانیزم‌های موثر مجادلوی را افزایش می‌دهد.

استطبابات: مریضانی که همراه با حمله حاد ترس هستند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. حالت روانی مریض (مداخلات مورد نیاز را تعیین نمائید)،
2. محیط (در محیط تنبیه‌کننده، امکان تشدید حمله ترس بیشتر می‌باشد، لوازم خطرناک برای محفوظیت مریض و کارمندان یک تهدید می‌باشد)،
3. دسترسی به لوازم تعیین کننده علائم حیاتی (موثریت در نظارت عدم کارکرد سیستم عصبی خودکار را تضمین می‌نماید).

B. پلان‌گذاری:

خویش:

- پالیسی شفاخانه را به‌منظور اداره واقعات عاجل روانی مرور نمائید،
- مرور طرزالعمل اداره حملات حاد ترس،
- مرور یادداشتهای تداوی مریضان،
- فکر کردن روی احساسات و قابلیت‌های خود در رابطه با اداره نمودن حالت.

مریض:

- به مریض تجاربشان را توضیح دهید،
- به مریض مداخلات پلان شده را توضیح دهید.

نیازمندی‌ها:

- از نظافت خود را مطمئن نمائید، مواد ذیل را جمع آوری و تنظیم نمائید،
- ظرف باید داری مواد ذیل باشد:
- داروهای عاجل به‌شمول داروهای ضد اضطراب و ضد اخذ بیتا-ادرنرجیک،
- لوازم تطبیق داروهای داخل وریدی،
- لوازم تعیین کننده علائم حیاتی،
- یک محیط آرام با تنبیه کمتر و روشنی کافی.

C. تطبیق:

مراحل:

1. دست‌های تان را شسته و خشک نمائید (از سرایت میکروارگانیسم‌ها جلوگیری نمائید)،
2. مریض را به یک اطاق آرام که با تنبیه کمتر بوده ببرید و در مورد تمام اقدامات گرفته شده برایش توضیحات ارائه نمائید (دانستن در مورد اقدامات و اطاق آرام سویه اضطراب را کاهش می‌دهد)،
3. لوازم خطرناک را از محیط دور نمائید (برای تضمین محفوظیت هر دو مریض و نرس/کارمند)،
4. با مریض بمانید و وی را تشویق نمائید که در مورد تجارب خویش بحث نماید (احساس رد شدن را کاهش می‌دهد، زمانی‌که مریض مضطرب می‌شود، نرس می‌تواند یگانه تماس با حقیقت باشد؛ تجارب ناراحت‌کننده به مریض اجازه می‌دهد تا مسائل که ممکن سبب اضطراب وی می‌گردد را اداره نماید)،
5. زمانی‌که از مریض مواظبت می‌نمائید آرامش و حوصله‌مندی را حفظ نمائید (نرسی که مضطرب و/یا در حال عجله باشد ممکن اضطراب مریض را تشدید نماید، آرامش سبب بهبود اعتماد و احساس امنیت و محفوظیت می‌گردد)،

6. علائم حیاتی را هر دو ساعت بعد تعیین نموده و بعداً به هر 4 ساعت بعد به طور مناسب کاهش دهید (تعیین درجه اضطراب و اطلاعات بنیادی به منظور ارزیابی بهبودی مریض)،
7. داروهای ضد اضطراب و آنتاگونیست‌های اخذ بیتا- ادرنرجیک تجویز شده را تطبیق نمائید. (داروهای ضد اضطراب تأثیرات مسکن دارد، آنتاگونیست‌های اخذ بیتا- ادرنرجیک با کاهش تنبیه سیستم سمپاتیک اعراض اضطراب را کاهش می‌دهد)،
8. حالت روانی مریض را هر 4 ساعت بعد ارزیابی نمائید (به- منظور نظارت بهبود وظایف شناختی)،
9. از کلمات ساده و مختصر استفاده نموده و پیام‌ها باید به آرامی و واضح بیان شود،
10. در صورتی‌که حالت مغشوش واقع می‌گردد واقعیت را تقویت ببخشید (درجه‌های بلند اضطراب سبب می‌شود تا مریضان نیازمندی‌های فیزیکی خود را شناسایی نموده نتوانند)،
11. به نیازمندی‌های فیزیکی قسمی‌که لازم باشد رسیدگی نمائید. (اکثر حالات اضطراب ممکن، همراه با نیازمندی‌های شدید فیزیکی ظاهر می‌گردد)،
12. زمانی‌که درجه اضطراب کاهش می‌یابد، دلیل اضطراب را دریافت نمائید (شناسایی فاکتورهای تشدیدکننده در پلان- گذاری مداخلات به منظور جلوگیری از وقوع آن در آینده، کمک می‌کند)،
13. به مریض اعراض تشدید اضطراب و اینکه چگونه آن را توقف دهد، آموزش دهید (مریض می‌تواند اعراض را شناسایی و پیشرفت حالت ترس را توقف دهد)،
14. سرنج‌ها و سوزن‌های استفاده شده را مطابق اقدامات کنترل انتان برطرف نمائید (محفوظیت مریض و کارمندان را بهبود می‌بخشد).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. که آیا علائم حیاتی در حدود نورمال حفظ گردیده (موثریت داروهای تجویز شده و مداخلات دیگر را تعیین می‌نماید)،
2. قابلیت مریض به کنترل اندازه اضطراب خود (اضطراب را می-تواند با تمرکز بالای و تأیید حادثات در محیط کاهش داد، از وقوع اضطراب در آینده جلوگیری می‌نماید)،
3. احساسات مریض در مورد مراقبت خویش (موجودیت کیفیت و مدیریت باکیفیت را تعیین نمائید)،

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حدود علائم حیاتی در جریان حمله ترس،
- دریافت‌های ارزیابی،
- حالت فعلی مریض بصورت عمومی.

4 - 1.5: مریضان پرخاشگر و خشن:

تعریف:

مداخلات عاجل نرسنگ به‌منظور کنترل و فراهم نمودن محفوظیت به مریض، کارمندان و اشخاص دیگر از سبب ناتوانی مریض به

استفاده از روش‌های موثر مجادلوی، زمانی‌که غرق از اضطراب، اختلال افکار و پروسسه درک می‌شود، می‌باشد.

هدف:

به‌منظور کنترل رفتار پرخاشگرایانه و خشن مریضان در حالی‌که میکانیزم‌های موثر مجادلوی را بهبود بخشیده و محفوظیت را برای مریض، کارمندان و پایوازان فراهم می‌نمایم.

استطبات:

- مریضان خشن، پرخاشگر و مریضانی‌که داری کنترل ضعیف انگیزه ناگهانی می‌باشند،
- مریضانی‌که در جنگ مشغول هستند.
- مریضانی‌که امکان خطر صدمه به مریضان دیگر و کارمندان دارند در صورتی‌که اقدامات عاجل به‌منظور کنترل آن‌ها گرفته نشده باشد.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. رفتار خشن و پرخاشگرانه قبلی (به‌منظور پیش‌بینی نتایج رفتار فعلی و پلان برای مداخلات مناسب)،
2. تعداد، جنس و سطح آمادگی کارمندان در رابطه به اداره نمودن این نوع واقعات عاجل (تعیین نمائید که آیا به کامندان بیشتر برای اداره مریض ضرورت است)،
3. محیط را به‌منظور لوازم خطرناک که مریض می‌تواند آن را استفاده نماید ارزیابی نمائید. (برای محفوظ نمودن مریض، مریضان دیگر و کارمندان از آسیب)،
4. سطح بیقراری حرکی و پرخاشگری لفظی (برای تعیین نمودن این‌که چه وقت باید اقدامات مهار نمودن را استفاده نمود و از کدام نوع روش مهار نمودن باید استفاده گردد)،
5. مداخلات روانی نرسنگ که قبل از پرخاشگری صورت گرفته باشد (به‌منظور کاهش تحریک بیشتر)،
6. خود را به‌منظور موجودیت موارد ذیل ارزیابی نمائید که می‌تواند سبب رساندن صدمه به خود شما و مریض گردد. این موارد، مربوط کارمندان می‌تواند شامل ذیل باشد:
 - ناخن‌های دراز،
 - موهای دراز بسته که آویزان باشد،
 - قلم، لیبل‌ها، چوری و گوشواره.

B. پلان‌گذاری:

خویش:

- داروی فعلی مریض و آخرین مرتبه‌ی که تطبیق گردیده را مرور نمائید،
- حقیقت‌ها را در مورد این‌که چگونه باید پرخاشگری و خشونت را اداره نماید را مرور نمائید،
- بالای احساسات خود و قابلیت‌های که برای اداره پرخاشگری و خشونت لازم می‌باشد فکر نمائید،
- تمام لوازمی را که ممکن سبب آسیب به خویش، مریض و دیگران در جریان مهار نمودن گردد را برطرف نمائید،
- در یک محیط محفوظ با خروج واضح قرار بگیرید.

مریض:

- از کوتاه بودن ناخن‌ها خود را مطمئن نمائید،
- تمام لوازم و تجهیزاتی که می‌تواند به مریض خطرناک باشد را برطرف نمائید،
- به مریض توضیح دهید که وی تحت مجازات قرار ندارد بلکه این تمام مداخلات برای محفوظیت وی و دیگران مهم می‌باشد.

کارمندان:

- از دسترسی داشتن کارمندان و پایوازان خود را مطمئن نمائید،
- به کارمندان حالت پرخاشگری مریض را توضیح دهید،
- به کارمندان دیگر، مرتبه آمادگی برای مهار نمودن استراتیژیک را توضیح دهید،
- معیارها / نیازمندی‌ها،
- تعداد کافی کمپل‌های پاک،
- ظرفی که شامل مواد ذیل باشد:
 - داروهای ضد اضطراب زرقی و آنتی سایکوتیک‌ها،
 - سوزن و سرنج با سائزهای مختلف،
 - بسته پنبه معقم،
 - لوشن/ محلول آنتی سپتسک مانند الکل میتایل دار methylated spirit
 - ظرف کلیه مانند و galipot،
- یک ظرف پاک که شامل لوازم کمک‌های اولیه باشد:
 - بسته پنبه،
 - بسته گاز معقم،
 - بنداژ ها و پلسترهای چسپنده adhesive tapes،
 - لوشن/ محلول آنتی سپتسک،
 - دستکش‌های معقم،
- ظرف برای لوازم استفاده شده،
- صندوق برای برطرف نمودن سوزن‌ها،

محیط:

- تمام لوازم خطرناک مانند چوکی‌ها، ظروف و سنگ‌ها را برطرف نمائید،
- از خروج واضح و آسان خود را مطمئن نمائید،

C. تطبیق:

مراحل:

1. با توجه به فاصله، به اندازه طول بازو به مریض نزدیک بنشینید (از محفوظیت حدود و جلوگیری از تجاوز به فضای شخصی مریض خود را مطمئن نمائید)،
2. مریض را به نام وی خطاب نمائید (در آگاهی مریض و ارائه احترام و کاهش تحریک کمک می‌نماید)،
3. از دیگر مریضان خواهش نمائید تا اطاق را ترک نماید (به- منظور تأمین یک محیط محفوظ برای تمام مریضان و جلوگیری از تشدید حالت بیشتر)،

4. زمانی که با مریض صحبت می‌کنید به طور خلاصه مکالمه نمائید؛ بازوهای خود را قات نکنید بلکه یک حالت باز را حفظ نمائید (پذیرش را نشان داده و مریض را به بیان لفظی تشویق می‌نماید)،
5. به آرامی و واضح صحبت نموده و صدای خود را بصورت عادی حفظ نمائید: سوال‌های باز بپرسید از "چگونه" و "کجا" استفاده نموده تا در واضح ساختن مشکل کمک نمائید (به مریض فرصت اظهار خشم لفظی را ذریعه آغاز مکالمه در یک محیط آرام فراهم می‌نماید؛ سوال‌های "چرا" به‌مثل تحریک کننده درک گردیده است)،
6. بتدریج به مریض نشان دهید که هیچ چیز در دست شما نیست (به مریض کمک می‌کند تا احساس کند که وی تعقیب نمی‌شود بدین ترتیب اضطراب مریض کاهش می‌یابد)،
7. قسمی بنشینید که مواظبت را نشان دهد اما به مریض با تعجب نگاه نکنید (نرس را قادر می‌سازد تا درجه خشم را تعیین نماید، با تعجب نگاه کردن، ممکن مانند تلاش به فوقیت از مریض تفسیر گردد)،
8. ذریعه فریاد زدن، استفاده کردن از هر سیستم اطلاع‌دهی کمک بخواهید یا از پایواز مریض دیگر خواهش نمائید به‌منظور کمک اطلاع دهد. (اداره حالت به تنهایی خطرناک می‌باشد)،
9. از همکاران خود خواهش نمائید زمانی‌که مریض مهار می‌گردد، مریضان دیگر را به خارج رهنمایی نمایند. (واقعات شدید ممکن سبب پریشانی دیگر مریضان گردد)،
10. کارمندان را سازماندهی نموده و رهبری را تعیین نمائید تا در مورد اینکه چگونه حالت را باید کنترل نمود، رهنمایی نمائید (هماهنگی و موثریت را تضمین می‌نماید)،
11. یک نرس صحت روانی را تعیین نمائید تا آنتی سایکوتیک‌ها یا بنزودیازپین‌های زرقی تجویز شدنی را آماده و تطبیق نماید (در آرامش مریض کمک می‌کند)،
12. رهنمودهای واضح، در مورد اینکه چگونه باید مریض را مهار نمود توضیح دهید (هماهنگی و موثریت را بهبود می‌بخشد)،
13. به تمام کارمندان توضیح دهید که کدام قسمت بدن مریض باید محکم گرفته شود و از کدام زاویه به مریض نزدیک شوید (به‌منظور تسهیل موثریت در تحریکیت مکمل مریض)،
14. یک عضو گروه را که مریض با وی آشنایی بیشتر داشته باشد تعیین نمائید تا با مریض در طول پروسیجر/ طرزالعمل صحبت نماید. (به‌منظور حفظ ارتباط درمانی با مریض)،
15. نیروی را که به‌منظور مهار نمودن استفاده می‌شود را کاهش دهید تا به درجه مقاومت متناسب باشد (از خطر آسیب رساندن به مریض جلوگیری نمائید)،
16. مریض را به یک اتاق راحت و جدا ببرید (محیط محفوظ را فراهم نموده و بهبودی را تسهیل می‌بخشد)،
17. اطمینان حصول نمائید که مهار شدن با رها نمودن تدریجی یک عضو بدن در یک زمان تحقق یابد. (به‌منظور کاهش امکان آسیب رساندن مریض به کارمند)،
18. تعداد تنفس مریضان را هر نیم ساعت بعد چک نموده به تدریج تا زمان که حالت مریض بهبود یابد، تغییر دهید. (بهبودی مریض را ذریعه اجازه دادن برای مشاهده خلق و

رفتار مریض تعیین می‌نماید. این همچنان موثریت مسکنات/ و دوی ضد اضطراب را نظارت می‌نماید)،
 19. کارمندان را بتدریج از مریض دور نمائید (به‌منظور تسهیل بهبودی و کاهش اضطراب)،
 20. همین که خشونت مریض برطرف گردید، مریض را از تجرید خارج نمائید (حقوق انجمن مریضان را مراعات نمائید)،
 21. زمانی‌که مریض آرام گردید، حادثه را با مریض مطرح نمائید (به مریض اجازه می‌دهد تا تجارب خود را بیان نماید و فاکتورهای برانگیزنده را شناسایی نماید، پلان گذاری مداخلات را که از تکرار خشونت و پرخاشگری جلوگیری می‌کند، بهبود می‌بخشد)،

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تعیین نمائید، که آیا مریض در جریان مهار نمودن آسیبی دیده (برای مداخلات مناسب پلان‌گذاری نمائید)،
2. احساس مریض نسبت به مهار شدن (به‌منظور اجازه اصلاح هر ادراک منفی)،
3. احساس کارمندان نسبت به اداره واقعه (برای تعیین موثریت روش‌های مهار نمودن که استفاده گردیده و شناسایی ساحات بهبودی آینده).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- زمان مهارشدن،
- تاثیرات داروهای که در جریان مهار شدن تطبیق گردیده،
- عارضه‌های جانبی مهار نمودن بالای مریض،
- نتایج ارزیابی.

5 - 1.5: اختلال حاد تونوس (دستونیا حاد):

تعریف:

مداخله عاجل نرسنگ برای مریضانی که تقبض/ شخی تهدیدکننده حیات عضلات گردن، زبان، وجه، فک، چشم‌ها و حنجره/ بلعوم را تجربه می‌کند، می‌باشد.

هدف:

برای کنترل تقبضات/ شخی، حصول اطمینان از موجودیت طرق هوایی و اداره اضطراب مریض که همراه با تجربه نمودن دستونیا حاد می‌باشد.

استطبابات:

مریضانی‌که آفات چشم، شخی گردن، شخی فک، برآمدگی زبان و تاثیرات عوارض جانبی خارج اهرامی داروهای آنتی سایکوتیک را تجربه می‌کند.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. باز بودن طرق هوای نوع تنفس (تعیین ضرورت به اوکسیجن چون شخی عضلات حنجره و بلعوم بالای طرق هوایی تاثیر دارد)،
2. درجه درد (به منظور تعیین نمودن نوع داروهای ضد درد مورد ضرورت)،
3. درجه اضطراب (تجربه نمودن دیستونیا حاد ممکن برای مریض ترسناک باشد)،
4. شدت تقبضات/ شخی ها (نوع داروهای آرامش عضلات و آنتی کولینرژیک های مورد ضرورت را تعیین نمائید)،
5. موجودیت لوازم خطرناک در محیط مریض (محفوظیت مریض و کارمندان را تضمین می نمائید)،

B. پلان گذاری:

خویش:

- مرور پالیسی شفاخانه در مورد اداره نمودن مریضان عاجل،
- مرور مراقبت مریضانی که دیستونیا حاد را تجربه می کنند،
- تمام لوازمی که ممکن در جریان مراقبت سبب آسیب مریض گردد برطرف نمائید.

کارمندان:

- به کارمند توضیح دهید که به همکاری آنها ضرورت است،
- نقش های مشخص کارمندان را در جریان مراقبت توضیح دهید،
- به مریض تجربه وی و نیاز به آرامش آن را توضیح دهید.

لوازم:

- لوازم ذیل را پاک و جمع آوری نمائی،
- ظرف زرق داخل ورید که شامل داروهای کولینرژیک ذیل باشد،
- بنزتروپین،
- ترای هیکزوفینیدیل،
- استرخا دهنده عضلات مانند بنزودیازپین،
- سیت تطبیق اوکسیجن.

C. تطبیق:

مراحل:

1. دست های تان را شسته و خشک نمائید (انتقال میکروازگانیسم ها را کاهش می دهد)،
2. سرعت و آرامی مریض را به اطاق آماده شده انتقال دهید (حالت تهدیدکننده حیات باید بصورت عاجل اداره گردد)،
3. سرعت باز بودن طرق هوایی و نوع تنفس مریض را ارزیابی نمائید (تاخیر در تطبیق اوکسیجن ممکن منجر به کمبود اوکسیجن گردد)،
4. در صورت ضرورت اوکسیجن را تطبیق نمائید (خود را مطمئن نمائید که سویه SaO_2 در سطح $\geq 95\%$ حفظ گردیده است)،
5. بنزودیازپین و آنتی کولینرژیک های وریدی را در صورتی که مناسب باشد تطبیق نمائید (آرامش عضلات را تسهیل بخشیده، تاثیرات خارج اهرامی دارو آنتی سایکوتیک را از بین برده و به این قسم دیستونیا حاد را از بین می برد)،

6. ورید مریض را باز نموده و مایعات وریدی را تطبیق نمائید (به منظور احیای مایعات مریض؛ چون شخی عضلات بلعوم ممکن باعث اختلال تغذیه مریض گردد)،
7. علائم حیاتی مریض را هر نیم ساعت بعد چک نمائید، بتدریج به یک ساعت بعد تغییر دهید تا زمانی که دستونیا از بین رود و علائم حیاتی نورمال شود (به منظور تعیین درجه وظایف فزیولوژیک و پلان برای مداخلات بعدی)،
8. زمانی که مریض از دستونیا حاد بهبود می یابد، معاینه حالت روانی را انجام دهید (به منظور ارزیابی حالت روانی اجتماعی مریض)،
9. با مریض تجارب وی را بحث نمائید (دانش مریضان را در مورد سبب واقع شدن بهبود بخشیده و همچنان آن ها را قادر می سازند تا در صورت وقوعات بعدی کمک را جستجو نمایند)،
10. به مریض توضیح دهید که دستونیا حاد عارضه جانبی داروهای آنتی سایکوتیک می باشد (درک مریض را در مورد تجربه وی بهبود بخشیده و مریض را قادر می سازد تا در صورت وقوعات بعدی کمک را جستجو نماید)،
11. به مریض در مورد اینکه چگونه علائم اولیه را شناسایی نماید، و ضرورت با خبر ساختن نرسها و اینکه چگونه آن را با آنتی کولینرژیکها و داروهای آرام بخش، عضلات را کنترل نماید توضیح دهید (اضطراب مریضان را کاهش داده و رعایت رژیم تداوی را افزایش می دهد)،
12. تمام لوازمی که در جریان طرز العمل استفاده نموده اید را پاک نمائید:
 - لوازم را مطابق پالیسی شفاخانه نگهداری نمائید،
 - کثافت را مطابق قوانین جلوگیری از انتان و طرز العمل های کنترل برطرف نمائید. پ

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. سطح شعور مریضان (به منظور تائید جدی بودن عوارض جانبی و ضرورت به ارزیابی بیشتر)،
2. موثریت تداوی تطبیق شده (مداخله را می توان در تجارب مشابه بعدی استفاده کرد)،
3. احساس مریض در مورد تجربه (موثریت مداخله را تعیین نمائید)،
4. احساس مریض در مورد اینکه در جریان تجربه وی چگونه اداره گردیده است (به منظور بهبودی کیفیت در مراقبت مریض و تسهیل بهبودی سریع)،

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- دوام عکس العمل دستونیک،
- دریافت های ارزیابی،
- علائم حیاتی که در جریان عکس العمل دستونیک چک گردیده است،
- تداوی که تطبیق گردیده و نتایج آن: برای مشخص دوزهای داروها،
- حالت فزیک و روانی مریض،

1.6: اجراء وارد روند نرسها در وارد شفاخانه صحت روانی:

پروسسے مرور پلان اداره تمام مريضان و ارزیابی بهبودی که صورت گرفته و یا ضرورت به تغییر اداره می‌باشد.

هدف:

به‌منظور قضاوت کلینکی و نتیجه‌گیری مشترک در مورد اداره مريضان.

استطبات:

تمام مريضان،

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. معلومات در مورد مراجعه‌کننده / مريضان و مشکلات آنها. (برای پیش‌بینی نوع مراجعین / مريضان که اداره می‌گردند)،
2. سطح دانش خویش در رابطه به اداره فعلی حالت مريضان (برای پلان‌گذاری مراقبت مناسب مريضان)،
3. تعداد، صلاحیت و تجربه نرسهای نوکریوال (برای تعیین نمودن اینکه آیا به همکاری ضرورت است یا خیر، برای تعیین نمودن ضروریات آموزشی و پیش‌بینی چگونگی سهم نرس-های دیگر صحت روانی)،
4. تعداد و نوع مريضانی که باید بررسی شوند (اجازه می‌دهد تا زمان کافی را تخصیص دهیم)،
5. آماده بودن مريض برای طرزالعمل (مريض را به همکاری و سهم‌گیری مراقبت‌شان تشویق می‌کند)،
6. نیازمندی‌های مريض (پاسخ فردی را تضمین می‌نماید)،
- ضروریات فیزیکی (حالت هیمودینامیک و حفظ‌الصحه شخصی را تعیین می‌نماید)،
- هیجانی / فزیولوژیک (برای کاهش اضطراب و افزایش همکاری)،
- اجتماعی (برای حصول حمایت اعضای فامیل در مراقبت)،
- روحی (برای افزایش بهبودی مريض).
7. درک مريض در مورد حالت وی (ضروریات آموزشی مريضان را در جریان وارد روند تعیین نمائید)،
8. چگونگی و حالت محیط (یک محیط خاموش محرمیت را نشان می‌دهد و باعث تشویق اشتراک مريضان می‌گردد)،
9. لوازم و تجهیزات مورد نیاز (برای تعیین دسترسی لوازم به-منظور حصول اطمینان از موثریت)،

B. پلان گذاری:

خویش:

- کارمندان بیشتر را در صورت ضرورت سازماندهی نموده و اینکه از آنها چه توقعاتی می‌رود را برای‌شان معرفی نمائید،
- یادداشتهای مريضان را مرور نمائید تا خود را از اختلالات مختلف مريضان در وارد آشنا نمائید،
- نرسها / محصلین را آگاه نمائید تا قسمی‌که لازم باشد در وارد روند اشتراک نمایند،

- دست‌های تان را شسته و خشک نمائید.

مریض:

- به مریض توضیح دهید تا قبل از وارد روند خود را آماده نمائید،
- به مریض توضیح دهید که موجودیت وی ضرورت است،
- به مریض توضیح دهید که در مورد حالت و اداره نمودن وی بحث صورت می‌گیرد و وی می‌تواند آزادانه در بحث سهم بگیرد.

نیاز مندی‌ها:

- آماده نمودن اطاق آرام با نورکافی،
- چوکی و میزهای کافی و پاک برای کارمندان و اقارب مریضان،
- ترولی پاک و الماری که شامل قرطاسیه‌های ذیل باشد:
 - فایل‌های مریضان، یادداشت‌های نرس‌های صحت روانی و گراف‌های مریضان (مشاهده، مایعنات)،
 - قلم و ورق ادامه مشاهده،
 - فورمه‌های درخواست برای مشاوره، لابراتوار، رادیولوژیک و معیارهای تشخیص دیگر معاینات.

C. تطبیق:

مراحل:

1. اطاق را آماده نموده و به مریض خوش آمدید بگویند، از آن‌ها خواهش نمائید تا بنشینند، خود و کامندان را معرفی نموده و ارتباط درمانی را برقرار نمائید. (اضطراب را کاهش و همکاری را بهبود می‌بخشید)،
2. به مریض توضیح دهید که یک گزارش در مورد وی داده می‌شود، در مورد آن بحث می‌گردد و وی می‌تواند که آزادانه سوال بپرسد و در مورد مراقبت خویش پیشنهاداتی را ارائه نمائید،
3. به نرس کلیدی اجازه دهید تا در مورد بهبودی مریض گزارش مکمل را بشمول موارد ذیل ارائه نمائید:
 - ارزیابی و دریافت‌های نرس‌های صحت روانی،
 - هر دو تشخیص طبی/ نرسنگ،
 - اهدافی که به‌منظور اداره تعیین گردیده است،
 - مداخلات،
 - ارزیابی (معلومات را درمورد حالت فعلی مریض فراهم نموده و بحث پلان‌گذاری مداخلات دیگر را رهنمایی می‌کند)،
4. فرصت را برای پاسخ دیگر کارمندان و محصلین فراهم نمائید، در حالیکه محرمیت مریض را حفظ نمائید (بحث بیشتر راجع به اداره و ارزیابی موثریت مداخلات که تا فعلاً استفاده گردیده است، نواقص را شناسایی نموده و پلان مداخلات مناسب را رهنمایی می‌نماید، یک فرصت آموزشی را برای محصلین و کارمندان فراهم می‌نماید)،
5. به مریض اجازه می‌دهد تا نگرانی خویش را در مورد مراقبت خود بیان نمائید. (مریض را به سهم‌گیری در مراقبت وی تشویق می‌کند، سوء تفاهم را واضح نموده و اطاعت از دارو را بهبود می‌بخشد)،

6. به مریض مودبانه توضیح دهید که نوبتشان به پایان رسیده و وی را از اطاق رخصت نمائید. (به مریض اجازه می‌دهد که به کارهای دیگری رسیدگی کند و اطاق برای مریض بعدی آماده شود)،
7. اطاق و لوازم را مطابق پروتوکول شفاخانه پاک نمائید و آن‌ها را در جای مربوطه‌شان نگهدارید بعد از اینکه تمام مریضان مرور گردید (انتقال میکرواورگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. احساس مریض را در جریان گردش در وارد (تعیین نمائید که آیا مریض از گردش در وارد بهره‌مند گردیده است یا خیر)،
2. کدام مداخلاتی که پلان گردیده بود اما در جریان وارد روند ناتکمیل باقی مانده بود. (برای شناسایی سبب و جلوگیری از تکرار آن در آینده که سبب تاخیر در بهبودی می‌گردد)،
3. آیا کارمندان از وارد روند مستفید گردیده‌اند (تعیین نمائید که آیا اهداف کلینی وارد روند بدست آمده است یا ضرورت به تنظیم جلسه بعدی می‌باشد)،
4. کدام ساحات بهبودی که در جریان وارد روند شناسایی گردیده (کیفیت مراقبت مریض را بهبود می‌بخشد).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حالت روانی فعلی مریضان،
- نتایج معاینات فعلی،
- کدام معایناتی که تجویز گردیده،
- نتایج ارزیابی،
- پلان جدید برای اداره نمودن.

1.7 : گزارش دادن در مورد یک مریض:

تعریف:

عبارت از پروسه منتشر نمودن معلومات درباره مریض / مراجعه کننده برای گزارش به کارمند نوکریوال، به مدیریت شفاخانه و یا جریان وارد روند بخش صحت روانی می‌باشد.

هدف:

به‌منظور مکالمه معلومات منطقی منظم در مورد مریض / مراجعه کننده به‌منظور پلان‌گذاری مراقبت مناسب و ادامه آن.

استطیبات:

- تغییر در شفت،
- مراجعه / فرستادن مریضان،
- وارد روند،
- بشکل روزانه مطابق مدیریت شفاخانه.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. دانش خویش در مورد تشخیص مریضان / مراجعین و مدیریت فعلی (شامل نمودن معلومات فعلی در گزارش)،
2. حالت روانی مریض (به منظور بدست آوردن حالت دقیق مریض در جریان تحریر گزارش، چون اگر مریض به مراقبت خود ادامه دهد، حالت مریض می‌تواند تغییر کند)،
3. مراقبت فعلی و مراقبتی که هنوز تکمیل نگردیده است (به-منظور تعیین گزارش و ادامه دادن مراقبت).

B. پلان گذاری:

خویش:

- دست‌های تان را شسته و خشک نمائید،
- با کارمندانی که نزدیک شما هستند ملاقات نموده و شیوه گزارش دهی را مطرح نمائید،
- یادداشتهای مریضان، گراف تداوی و تمام معلومات دیگر را در مورد مریضان بررسی نمائید،
- بصورت فیزیکی بررسی نمائید، آیا مریضان در بسترهای مربوطه‌شان موجود است یا خیر.

مریض:

- به مریض / مراجعه‌کننده اهمیت شریک ساختن معلومات وی را با کارمندان دیگر توضیح دهید،
- مریض / مراجعه‌کننده را تشویق نمائید تا در صورتی‌که خواسته باشد سوال بپرسد و نظریات خود را ارائه نمائید.

محیط:

- یک محیط آرام و محفوظ و بدون مزاحمت را فراهم نمائید،
- مورد نیاز،
- یادداشتهای روانی مریض با تمام بخش‌های تیم چند انتظامی،
- اوراق تداوی Treatment sheets،
- چارت‌های مشاهده و هر چارت مربوطه.

C. تطبیق:

مراحل:

1. در مورد مریض اولی بحث نمائید و خود را مطمئن نمائید که معلومات به یک روش منطقی، منظم و آگاهانه فراهم می‌گردد (دانستن گزارش را تسهیل بخشیده و فرصت نادیده گرفتن مریضان دیگر را کاهش دهید)،
3. معلومات ذیل را در مورد هر مریض فراهم نمائید: (به‌منظور درست بودن، معلومات ذیل را شناسایی نمائید)،
 - نمبر اتاق، بستر و اطلاعات در مورد شناخت مریض،
 - تشخیص نرس‌های صحت روانی و تشخیص روانپزشکی / طبی، نرس کلیدی صحت روانی و داکتر روانی مریض.
- (برای مقایسه نمودن مداخلات ارتباطی که استفاده گردیده)،
- معایناتی که اجراء گردیده و دریافت‌های معایناتی که اجراء نگردیده و آمادگی لازم،
- تداوی که در جریان 24 ساعت گذشته تطبیق گردیده و پاسخ مریضان،

4. به مریضانی که دستور عمل‌های مخصوص تجویز گردیده و نیازمندی‌های مخصوص بشمول موارد ذیل ثبت نمائید:
 - (نرس صحت روانی را قادر می‌سازد تا برای نظارت مخصوص پلان‌گذاری نمائید)،
 - تعیین این پوت و اوت پوت،
 - ترانسفیوژن خون،
 - هشدار خودکشی،
 - تجرید.
5. نیازمندی‌های فعلی مریضان،
 - کدام درد شدید،
 - کمک به منظور فعالیت‌های روزانه که ضرورت بوده (به منظور قادر نمودن نرس به اولویت دادن مراقبت این مریضان)،
 - حالت روانی که به مداخلات عاجل ضرورت دارد (تضمین می‌نماید که تداوی جدید صرف نظر نگردیده است)،
 - تداوی پلان شده،
 - ضرورت برای تغییر نمودن تداوی (بهبودی سریع را تسهیل می‌بخشد)،
 - هر شخصی که با مریض ملاقات نموده و تغییرات اساسی در رفتار مریض، بعد از ملاقات (به منظور ارزیابی موثریت مداخلات و اینکه آیا می‌توانیم آن را ادامه دهیم)،
 - تغییرات اساسی در حالت مراجعه‌کننده در جریان شفت، اقدامات مداخلات که اخذ گردیده است و نتایج آن. (پلان گذاری اهداف بیمار و مداخلات را تسهیل می‌بخشد)،
 - دستورهای تجویز شده فعلی (به منظور ادامه دادن مراقبت).
6. مریضانی که جدیداً بستر گردیده‌اند معلومات اضافی ذیل را فراهم نمائید (پلان‌گذاری مراقبت با کیفیت نرسنگ را تسهیل می‌بخشد)،
 - محل مراجعه‌کننده،
 - معیارهای بستر شدن قانونی.
7. خلاصه مرخصی را به مریضانی که مرخص می‌شوند، فراهم نمائید:
 - دلیل مرخصی را به مریض رجعت داده شده توضیح دهید (دلایل نبودن مریض را در وارد برای شان توضیح دهید)،
 - هدف (مریضان دیگر را در وارد توضیح می‌دهید)،
8. در مورد اطلاعات معمول سابقه مریض، توضیح دهید (برای جلوگیری از ضیاع وقت)،
 - در مورد هر مریض در مدت 2-3 دقیقه گزارش دهید. خود رامطمئن نمائید که گزارش را به یک لهجه آهسته ارائه می‌نمائید. (برای موثریت، بهره‌وری و حریمیت).

D. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تکمیل بودن معلومات داده شده. (تعیین کیفیت گزارش و شناسایی کمبود معلومات به منظور علاوه نمودن معلومات کمک می‌نماید)،
2. ساعات نگرانی در جریان گزارش‌دهی (به منظور تعیین نمودن بهبودی ساعات)،
3. مدت زمان گزارش‌دهی (به منظور بهبود موثریت گزارش‌های بعدی).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- تغییراتی که در مداخلات به وجود آمده است،
- داروهای جدید،
- مداخلات پلان شده و آمادگی‌های لازم،
- موضوعات نگران‌کننده که توسط بیمار در جریان روند بیان گردیده باشد،
- بهبودی که توسط مریض ساخته شده است،
- هر نوع معلومات مهم دیگر.

1.8: رخصت نمودن یک بیمار روانی از یک بخش/ شفاخانه روانی:

تعریف:

مداخلات نرس‌های صحت روانی در جریان مراقبت مریضی که از داخل بستر رخصت گردیده باشد.

هدف:

به‌منظور تسهیل نمودن ادغام مریض/ مراجعه‌کننده در فامیل/ جامعه/ اجتماع برای کارکرد بهتر با حداقل حمایت مسلکی دوام-دار.

استطیبات:

- مریضانی که بهبود یافته‌اند،
- مریضانی که آماده به احیایی مجدد در محیط انتخاب شده خودشان هستند (احتمالاً محیط خانه)،

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. نوع بسترشدن (برای تعیین نمودن نیازمندی‌های قانونی رخصت کردن)،
2. درجه آماده بودن مریض (به‌منظور تعیین نمودن نیازمندی‌های مراقبت مریض صحت روانی و پلان نمودن برای مراقبت تعقیبی)،
3. درجه آماده بودن پایوازان مریض (به‌منظور تعیین نمودن نیازمندی‌های آموزشی برای پایوازان و پلان‌گذاری برای مراقبت تعقیبی بیمار)،
4. نیازمندی‌های فزیولوژیکی، فزیکی، روحی و اجتماعی مریض (تعیین و پلان نمودن مداخلات مناسب به‌منظور کاهش برگشت)،
5. درک بیمار در رابطه با تجربه مرخصی قبلی (به‌منظور تعیین و استفاده از تجارب مثبت که سبب تسهیل بهبودی می‌گردد)،
6. دسترسی منابع (دسترسی را تثبیت و معلومات را فراهم می-نماید که از کجا باید کمک را جستجو نمایند).

B. پلان‌گذاری:

خویش:

- حصول اطمینان از دقت تداوی،
- یادداشتهای مریض را مرور نمائید،
- طرزالعمل‌های مرخصی و تاثیرات حقوقی آن را مرور نمائید،

- معلومات را برای اشتراک گذاری با بیمار آماده سازید،
- زمان کافی را برای طرزالعمل تعیین نمائید.

مریض:

- با بیمار و اقارب بیمار احوال پرسى نموده و آگاهی مریض را در مورد تفصیلات مرخصی تایید نمائید،
- متعلقات مریض را آماده نمائید،
- نیازمندی‌ها،
- از دسترسی به یک اطاق مساعد همراه با سامان آلات آن اطمینان حصول نمائید،
- تجهیزات و قرطاسیه بای که برای مرخصی بیمار لازم می-باشد، بشمول موارد ذیل، جمع آوری نمائید:
 - یادداشتهای مریضان، گرافها و مشخصات آن،
 - یادداشتهای نرسنگ و کتاب مرخصی.
- از دسترسی نسخه‌ها برای مدت طولانی/ داروها و فورمه‌های مناسب قانونی برای مرخصی اطمینان حصول نمائید،

C. تطبیق:

مراحل:

1. به‌منظور نشستن مریض، یک محل آرام را فراهم نمائید (تمرکز و آماده بودن، به اخذ معلومات بهبود می‌بخشد)،
2. طرزالعمل مرخصی را برای مریض/ پایواز توضیح دهید (به-منظور کاهش اضطراب و تسهیل دانستن نقش مریضان/ پایوازان در مراقبت تعقیبی)،
3. در مورد تجارب گذشته مرخصی مریض با وی بحث کنید (استراتیژی‌های که موفق بوده و می‌توان آن را تقویت ببخشیم و استراتیژی‌های که ممکن باعث تشدید برگشت می-گردد)،
4. معاینه حالت روانی و فیزیکی را انجام دهید (به‌منظور تایید نمودن اینکه حالت روانی و فزیولوژیکی مریض برای رخصت نمودن مناسب می‌باشد)،
5. معلومات را با مریض در مورد اختلالات روانی وی بشمول تداوی و مراقبت تعقیبی شریک نمائید (رعایت رژیم دارویی، در حالی‌که رفتار سالم را بهبود می‌بخشد، افزایش دهید)،
6. در مورد اینکه چگونه باید داروها را اخذ و نگهداری نماید به مریض معلومات دهید (پایبند بودن به استفاده محفوظ دارو، نگهدای محفوظ دارو به‌منظور حفظ توانایی داروها و کاهش از وقوعات مسمومیت دارو توسط اعضای فامیل را تضمین می‌نماید)،
7. به مریض در مورد عوارض جانبی داروها و اینکه چگونه آن را اداره نمائید توضیح دهید (به مریض در حصول کنترول مراقبت وی کمک نموده و رعایت رژیم غذایی را بهبود می-بخشد).

D. ارزیابی:

ارزیابی نمائید:

1. درک مریضان در مورد نقش آن‌ها در تداوی‌شان در خانه (تعیین نمائید که آیا مریض به توضیحات بیشتر در رابطه به تداوی خویش ضرورت دارد)،

2. حدی که مریض به رخصت شدن آماده بود (برای جلوگیری از برگشت، ضرورت را برای ارزیابی عاجل از محیط خانه و پلان مداخلات تعیین نمائید)،
3. محتویات یادداشتهای مرخصی، دارو و پلانهای مراقبت تعقیبی (بهمنظور تعیین نمودن اینکه، آیا مریض توسط صلاحیت قانونی مرخص گردیده است و کیفیت اسناد سازی و مراقبتی که اجراء گردیده است).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حالت فیزیکی و روانی مریض، هنگامی که رخصت می‌شود،
- داروها در هنگام مرخصی،
- پلان مراقبت تعقیبی،
- تاریخ مرخصی،
- سرنوشت مورد انتظار مریض.

1.9 : اجراء مراقبت تعقیبی:

تعریف:

مراقبت تعقیبی عبارت است از مراقبتی که توسط نرس‌های صحت روانی به مراجعه کننده / مریض و اعضای فامیل در مراکز باز توانایی روانی اجراء می‌گردد، می‌باشد.

هدف:

برای فراهم نمودن مراقبت تعقیبی که در ادغام نمودن فامیل/ اجتماع و همچنان عملکرد شغلی اجتماعی مریض در محیط انتخاب شده خودشان، کمک می‌نماید.

استطباب:

مریض که:

- مشکلات روانی اجتماعی شناخته شده،
- برگشتهای مکرر،
- تاریخ عدم مراعات رژیم دواپی خودشان.

A. ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. دانش خود در مورد مریض، وضعیت وی، ترس و اضطراب مربوطه (بهمنظور تعیین نمودن آمادگی‌های مناسب)،
2. یادداشتهای مریض و شناسایی ضرورت‌های وی (پلان‌گذاری مراقبت را تسهیل می‌بخشد)،
3. منابع اجتماعی (منابع‌های که مراقبت مریض را بهبود می‌بخشد را دریافت نمائید)،
4. نوع لوازم ضرورت که باید استفاده شود (بهمنظور تعیین نمودن حالت دسترسی آن‌ها برای استفاده)،
5. زمان پلان شده برای ملاقات تعقیبی (بهمنظور تعیین نمودن دسترسی مریض/ فامیل)،
6. فاصله باید در جریان ملاقات تعقیبی طی شود (بهمنظور تنظم نمودن وسائط نقلیه که پلان‌گذاری شود، برای وقت مورد نیاز برای فعالیت‌ها)،
7. در دسترس بودن اقارب مراجعه‌کننده (از اعضای فامیل و موجودیت آن در جریان ملاقات اطمینان حصول نمائید).

B. . پلان گذاری:

خویش:

- یادداشتهای مریضان را مرور نمائید،
- اهداف ملاقات را تنظیم نمائید،
- معلوماتی که باید با مریض و پایوآزان آن شریک شود را آماده نمائید،
- زمان/ تاریخ را برای ملاقات تعقیبی تعیین نمائید،
- مریض،
- راجع به هدف ملاقات با مریض و پایوآزان وی بحث نموده و رضایت آن‌ها را حصول نمائید،
- اطمینان حصول نمائید که مریض/ پایوآزان وی در مورد ملاقات تعقیبی آگاهی داشته و آماده می‌باشند.

نیازمندی:

- از دسترسی نقل و انتقال اطمینان حصول نمائید که آیا مریض واقع‌گرایانه به مراقبت تعقیبی آمده می‌تواند به دلیل دور بودن/ فاصله.

C. . تطبیق:

1. یادداشتهای مریض را مرور نمائید (به‌منظور تعیین نمودن مداخلات مناسب)،
2. نیازمندی‌های خویش را شناسایی نمائید (برای رابطه درمانی موثر)،
3. زمانی که فامیل مریض را ملاقات می‌نمائید خود را معرفی نموده و موضوع مراقبت تعقیبی را توضیح دهید (به‌منظور پذیرش و بازشناختی).
4. رابطه میان مراجعه‌کننده/ مریض و اعضای فامیل را مشاهده نمائید (به‌منظور تعیین نمودن پذیرش یا طرد شدن بیمار در فامیل)،
5. اگر این دومین جلسه تعقیبی باشد، پیام‌های سلامتی را بیان نموده و نتایج ملاقات قبلی را ارزیابی نمائید، (به‌منظور تعیین نمودن تأثیرات ملاقات قبلی و مراقبتی که باید به بیمار/ فامیل بیمار داده شود)،
6. مریض و اعضای فامیل وی را تشویق نمائید تا سوال بپرسند (به‌منظور اصلاح سوء تفاهم و کاهش ترس).
7. با مریض/ فامیل مریض جلسه تعقیبی را پلان نموده و به آن‌ها اجازه دهید تا از جلسه راضی باشند. (برای ادامه مراقبت)،
8. تفصیلات ملاقات را در کارت و فایل تحریر نموده و در کتاب راجستر ثبت نموده و تاریخ/ زمان ملاقات بعدی را مشخص نمائید،
9. مداخلات لازم دیگر را که ممکن به مهارت‌های دیگر ضرورت داشته باشد را پلان نمائید (به‌منظور اداره مراجعه بعدی)،

D. . ارزیابی:

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. آیا اهداف مراقبت تعقیبی حصول گردیده است یا خیر (موثریت ملاقات را تعیین نمائید)،

2. آمادگی فامیل برای ملاقات تعقیبی (قدردانی از خدمات فراهم شده و درک اهمیت ملاقات قبلی را نشان می‌دهد)،
3. رعایت رژیم دوايي توسط مريض (سهم‌گیری مريض را در مراقبت وی نشان می‌دهد)،
4. استراتیژی‌های که در اداره چالش‌ها استفاده گردیده (تعیین می‌نماید که آیا مهارت‌های موثر مجادلوی ایجاد گردیده یا خیر).

E. اسناد سازی:

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- معلوماتی که در جریان مکالمه فامیل با درمان‌گر حصول گردیده است،
- مکالمات غیر لفظی،
- تعاملی که انجام گردیده است،
- تاریخ / زمان ملاقات بعدی.

چک‌لیست ارزیابی

ارزیابی رهنمود طرزالعمل از مقام ریاست این شفاخانه

نظریات	نخیر	بلی	رهنمودهای صحت روانی مربوط نرسلها
			1. تمام طرزالعمل‌های صحت روانی و نرسل‌های صحت روانی در این فصل شامل گردیده است.
			2. طرزالعمل‌ها تحت روش / سیستم وظیفوی مربوطه قرار گرفته‌اند.
			3. طرزالعمل از ساده بطرف مغلق با در نظر داشت روش / سیستم وظیفوی ترتیب شده است.
			4. طرزالعمل درست تعریف گردیده.
			5. هدف طرزالعمل بصورت واضح تعیین گردیده.
			6. استطباب / دلالت برای طرزالعمل درست است.
			7. مراحل طرزالعمل درست است.
			8. پروسس‌های نرسنگ درست تطبیق گردیده.
			ارزیابی.
			پلان‌گذاری.
			تطبیق.
			ارزیابی.
			اسناد سازی.

2. پروتوکول/ طرزالعملها برای آماده نمودن بستر مریض.

هدف:

به منظور تعیین شیوه کاری معیاری برای آماده نمودن بستر مریضان.

توضیح پالیسی:

1. نرسها / معاونین نرسها بسترها را آماده خواهند کرد،
2. روجاییها باید تبدیل شوند،
 - a. روزانه در زمان مراقبت صبحگاهی،
 - b. هنگامی که چرک شود،
 - c. وقتی که مریض مرخص می شود.

موارد استعمال

1. تأمین آسایش، گرما یا سردی برای مریض،
2. میسر ساختن دسترسی به تداوی و مراقبت نرسنگ،
3. جلوگیری از عوارض ناحیه که تحت فشار قرار دارد (جلوگیری از زخم بستر)،

A. ساده - بستر اشغال نشده:

تجهیزات و وسایل:

- روجایی بزرگ 2 عدد،
- کمپل 1 عدد،
- بالشت 1 عدد،
- پوش بالشت 1 عدد،
- صندوق بزرگ برای حمل لباسها و خریطه لباس برای هر بخش 1 عدد.

طرزالعمل

عملکرد	استدلال
1. دستها را بشوئید.	به منظور کاهش انتقال انتان.
2. میز بالای بستر را به نهایت اخیر بستر انتقال دهید.	به منظور دسترسی آسان به بستر.
3. روجایی را در سر تا سر بستر به قسم شل هموار کنید.	به منظور اینکه به آسانی از بالای بستر دور شود.
4. کمپل و روجایی هر یک را جداگانه از بالای بستر بردارید، کمپل را چهار قات نموده و آنرا بالای میز بستر بگذارید. روجاییها را یکی بالای دیگر در چند لایه قات نموده و به قسم بندل در صندوق حمل-کننده لباس بگذارید.	به منظور تسهیل تعویض و جلوگیری از چمک شدن آن.
5. پوش بالشت را برداشته، چندین عدد آن را بشکل بندل قات نموده و در صندوق حمل-کننده لباس قرار دهید.	به منظور کاهش انتقال میکروارگانیسمها

6. روجایی تحتانی را برداشته، قات کرده و آن را در صندوق حمل کننده لباس بگذارید.	به منظور کاهش انتقال مایکروارگانیزم ها
7. توشک و بالشت را برای دریافت نقایض یا کثافت معاینه کنید.	به منظور آسایش مریض و برطرف نمودن بروقت نقایض.
8. روجایی بالای بستر را در بستر گذاشته و لایه های آن را باز کنید. لایه یا قات وسطی آن را در قسمت وسط بستر بگذارید.	قراردادن درست روجایی بالای بستر سبب می شود تا مقدار کافی اطراف روجایی برای غلاف نمودن قسمت های عقبی بستر باقی مانده است.
9. روجایی را بالای بستر هموار نموده و کناره های قسمت بالایی بستر را قبل از اطراف آن در نهایت اطراف بستر فرو ببرید.	اگر کناره های روجایی در اطراف بستر درست قات شده باشد، به آسانی شل نخواهد شد.
10. روجایی را از طفر بالای بستر (سر بستر) بطفر پایین بستر مکملاً "روی کنج قات شده کش نمائید.	
11. بطرف مقابل بستر رفته، روجایی را محکم کش کرده و در زیر اطراف دوشک آن را فرود ببرید.	روجایی نرم که چمکی های آن برطرف شده باشد از تخریش جلدی جلوگیری می کند.
12. روجایی پاک را روی بستر قرار داده لایه های آن را برطرف و آن را بالای بستر هموار کنید و سعی کنید تا درزهای آن در قسمت اطراف بستر قرار بگیرد.	
13. اطمینان حصول کنید که درزهای روجای در نهایت اطراف قرار بگیرد نه در وسط.	
14. درز قسمت فوقانی روجایی را بالای لبه های کنار دوشک قرار دهید.	
15. نهایت پایینی روجایی را در قسمت پایان بستر فرو برده و قات کنید.	
16. کمپل را روی بستر قرار داده، قات های آن را باز نمائید تا چین آن بسمت طولانی به امتداد وسط بستر قرار بگیرد.	
17. لبه بالایی کمپل را 15 سانتی دراز از لبه بالایی دوشک قرار دهید.	
18. نهایت روجایی را در قسمت پایانی بستر فرود برده قات کنید. روجایی و کمپل را در هر دو اطراف بستر فرود ببرید.	
19. لبه بالایی روجایی را بالای لبه کمپل مانند آستین قات کنید.	
20. غلاف پاک پشتی را گرفته آن را جمع کنید قسمی که از داخل به بیرون آن را مانند آستین بالای دست های تان چپه قات نمائید بعداً بالشت را داخل آن نموده و پوش را بالای آن بطرف پایین کش کنید. نهایت پوش بالشت را دخل قات کنید یعنی در زیر بالشت آن را قات کنید.	این روش کشیدن پوش بالشت را آسان می سازد.
21. دست ها را بشوئید.	به منظور کاهش انتقال انتان.

B. ساده - بستر اشغال نشده

لوازم و تجهیزات:

1. 1 عدد روجایی بزرگ،
2. 1 عدد پوش بالشت،
3. 1 عدد دستمال خشک کننده بدن (جان پاک)،
4. 1 عدد صندوق بزرگ برای حمل لباسها و خریطه لباس،
5. 1 عدد روکش بالای بستر (در صورت نیاز)،
6. 1 عدد الیز یا پوش برای بستر مریض (در صورت نیاز).

طرز العمل

عملکرد	استدلال
1. طرز العمل را برای مریض توضیح دهید.	بخاطر بدست آوردن رضایت و همکاری مریض.
2. دستها را بشوئید.	برای کاهش انتقال انتان.
3. اطراف بستر مریض را جهت حفظ حریمیت با پرده مسدود نمائید.	برای آرامش ذهنی مریض.
4. در صورتی که مریض اجازه می داد تکیه گاه را پایین کنید.	برای اینکه وضعیت درمانی برای مریض راحت است.
5. روجایی را در سرتا سر بستر شل هموار کنید.	به منظور اینکه آسان از بالای بستر دور شود.
6. با احتیاط روجایی بالای بستر را از زیر کمپل بیرون بکشید.	برای حفظ حریمیت و گرمای مریض.
7. روجایی را در بندلها قات قرار داده و در صندوق رخت شوی بگذارید.	برای سهولت در تبدیلی و جلوگیری از چمלק شدن آن.
8. مریض را از کنار بستر به پهلو ببرید تا روی او بطرف خلاف روی شما گردد. بالشت را در زیر سر تنظیم کنید.	برای تهیه فضای خالی برای جابجا نمودن روجایی پاک.
9. قسمت پایانی روجایی را قات نموده و بطرف مریض کش نمائید. لبه های روجایی را زیر سرین، کمر و شانه مریض دست بزنید	
10. توشک را بخاطر رطوبت، ذرات یا کثیف بودن آن مشاهده کنید. در صورتی که موجود باشد آن را دور کنید.	برای کاهش انتقال عفونت و جلوگیری از ساحات فشار.
11. روجایی را در قسمت قابل دید بستر بطور ناقات شده در طویل بالای بستر قرار دهید، که درز پایین با چین وسط بستر قرار گیرد، سر روجایی را بالای قسمت برهنه بستر گذاشته و از درازی قات آن با در نظر داشت اینکه درزهای آن بطرف پایین متوجه گردد تا چین مرکزی آن در امتداد وسط بستر قرار بگیرد.	

12. روجایی را در بالا و پایین قسمت بالایی دوشک کش نموده، کناره‌های آنرا قات و در زیر دوشک فرو ببرید.	قات کردن و فرو بردن روجایی در کناره‌های دوشک سبب می‌شود تا روجایی به آسانی سست نگردد.
13. قسمت باقی‌مانده روجایی را در اطراف بستر آویزان مانده، در کناره‌های بستر آنرا داخل کنید.	
14. روجایی را بطرف مریض قات نمائید.	
15. الیز پلاستیکی را مرتب نموده هموار نمائید.	
16. قات وسطی روکش بالای روجایی بستر مریض را بالای وسط بستر مریض قرار داده، قات‌های آنرا باز نموده و نهایتاً اطراف آنرا در زیر بستر فرو برده داخل نمائید.	
17. مریض را در دور خوردن از یک پهلو به پهلو دیگر کمک کنید.	طرف مقابل بستر را برای برطرف کردن روجایی کثیف و جابجا نمودن روجایی پاک برهنه کنید.
18. روجایی بالای دوشک و روکش مریض را دور کنید.	
19. روجایی و الیز پاک را هموار و اطراف آنرا در زیر بستر داخل کنید.	روجایی نرم از تخریش جلدی جلوگیری می‌کند.
20. پوش بالشت را تبدیل نماید و بعد مریض را کمک نمائید.	مریض راحت نگهداشته می‌شود.
21. از همکاران بخواهید تا شما را در کش نمودن دوشک به قسمت بالایی بستر کمک کند.	برای راحت بودن مریض.
22. روجایی پاک را بالای مریض قرار داده قسمی باز کنید که درز مرکزی آن در قسمت مرکز بستر قرار گیرد. درز کناره بالایی روجایی باید بطرف بالای نمایان باشد.	
23. کمپل را از زیر روجایی بالایی بکشید. روجایی را از مریض برطرف نکنید. کمپل را بالای روکش مریض طوری قرار دهید که اطراف کمپل بطور یکسان آویزان بماند.	
24. 15 سانتی متر، روجایی را بالای کمپل قات کنید.	
25. در قسمت پایان بستر روجایی و کمپل را بطور جداگانه بطرف داخل قات کنید.	
26. وسایل/ اثاثه‌های بخش را تبدیل کنید.	
27. جان پاک را تبدیل.	

28. صندوق حمل کننده رختها را به اطاق انبار لباسهای کثیف برده و دستهای تان را بشوئید.	برای کاهش انتقال انتان.
--	-------------------------

3. پروتوکول/ طرزالعملها برای طرز استفاده دستکشهای تعقیم

شده

هدف:

به منظور تعیین شیوه کاری استندرد برای پوشیدن دستکشهای تعقیم شده.

توضیح پالیسی:

1. نرسها و داکترها باید از این طرزالعمل مطابعت کنند،
2. روش ضد عفونی را باید در جریان طرزالعمل معقم مشاهده و حفظ نمائید.

لوازم و تجهیزات:

دستکشهای تعقیم شده: 1 جوره به اندازه مناسب،

طرزالعمل:

1. دستهای تان را بشوئید،
2. پوش بالای دستکشهای تعقیم شده را باز کنید و پوش داخلی را برداشته و آن را در یک سطح پاک و خشک بگذارید،
3. با احتیاط پوش داخلی را طوری باز کنید که فقط کنارههای بیرونی با دست شما تماس کند،
4. اگر پوش داخلی کنارش شماره دار باشد، آن را به اساس نمبر آن باز کنید. متوجه باشید که فقط لبههای قات شده دستکش را دست زده می‌توانید. در صورتی که پوش داخلی شماره نداشته باشد، دستکشها را با مراعت نمودن مراحل که برای باز نمودن بسته تعقیم شده بکار می‌رود باز نمائید،
5. دستکش دست مقابل را از کنار داخلی قسمت پوشاننده بند دست با دستی که برآن مسلط هستید بگیرید،
6. با احتیاط دستتان را داخل دستکش نمائید،
7. هنگامی که قسمت داخلی قات شده دستکش را در دست دارید، دستکش را در دست تان کش نمائید،
8. با دست ملبس با دستکش تعقیم شده تان، انگشتان تان را داخل قسمت قات شده دستکش بعدی داخل نمائید،
9. با احتیاط انگشتان تان را داخل دستکش کنید،
10. دستکش را بالای دست تان کش نمائید،
11. هر دستکش را در دست تان عیار نمائید تا مطمئن گردید که دستکشها در دست و انگشتان تان کامل و برابر آمده است. با احتیاط انگشت تان را زیر هر دستکش برده و آن را بطرف بالا کش کنید.

4. پروتوکول/ طرزالعملها برای ارزیابی فعالیتهای تنفسی

هدف:

به منظور تعیین شیوه کاری استاندارد برای ارزیابی فعالیتهای تنفسی.

توضیح پالیسی:

پرسونل ذیل اجازه ارزیابی فعالیتهای تنفسی را دارند:
الف. نرسها/ داکتران.

تعاریف:

تنفس باید برای موارد ذیل مشاهده گردد:

1. کیفیت:

تنفس نارمل و آسوده بدون زحمت، خودکار، منظم و تقریباً بی صدا می باشد.

2. تعداد:

تعداد و عمق تنفس را مشخص می نماید.

3. عمق:

عمق تنفس مقدار هوا می باشد که در هر تنفس داخل و خارج حرکت می کند.

4. چگونگی:

تغییرات در چگونگی تعداد تنفس باید ثبت شود، مثلاً زیاد، کم، بی نظمی، یا عمق.

لوازم و تجهیزات:

1. ساعت با عقربه نشان دهنده ثانیه،

2. قلم پنسل.

طرزالعمل:

عملکرد	استدلال
1. طرزالعمل را برای مریض تشریح نکنند. بکوشید تا تعداد تنفس را زمانی که مریض در حالت استراحت باشد بشمارید. این کار را می توانید که حین گرفتن نبض مریض هم انجام دهید.	آگاه بودن مریض از طرزالعمل معمولاً میزان تنفس را تغییر می دهد.
2. اطمینان حصول کنید که مریض در وضعیت آرام قرار دارد.	برای حصول اطمینان از مشاهده دقیق.
3. حرکات جدار صدر را مشاهده کنید.	به منظور دریافت انسداد تنفسی و ارزیابی برای استفاده بیش از حد وافر عضلات بین الضلعی و عضلات اضافی تنفسی. به منظور مشاهده عسرت تنفس.

4. آوازه‌های تنفسی را حین تنفس مریض ارزیابی کنید.	برای دریافت انسداد تنفسی و ارزیابی اینکه گویا سکشن یا تنفس عمیق نیاز باشد.
5. حرکات صدر را برای 60 ثانیه بشمارید. در مجموع یک شهیق و یک زفیر منحیث یک فعل تنفسی شمار می‌شود.	برای شمارش تعداد تنفس.
6. تعداد تنفس را ثبت نمایید.	برای مشاهده تفاوت‌ها و تشخیص تنش‌های تنفسی. بی-نظمی‌ها را باید به داکتر نوکریوال گزارش داد.

5. پروتوکول / طرزالعملها برای تزریق عضلی:

هدف:

به منظور تعیین شیوه کاری استاندارد برای تزریقات عضلی.

توضیح پالیسی:

1. نرس اجازه زرق عضلی را دارد،
2. داکتر نوکریوال/ مشاور مسئولیت محاسبه مقدار دارو را برای مریضان دارد،
3. نرس موظف باید مقدار دارو را قبل از تهیه و تطبیق آن با داکتر نوکریوال بازبینی کند،
4. قبل از تطبیق هر نوع دارو، نام مریض را پرسیده و آن را با یادداشتهای معالجوی و طبی وی ارزیابی کنید.

محل زرق دارو:

1. Gluteus maxims،
2. Vastus lateralis،
3. Deltoid Muscle،
4. اشخاص کهن سال و لاغر نظر به داشتن عضلات کم، محل انتخابی برای زرق آن‌ها Vastus lateralis می‌باشد،

لوازم و تجهیزات:

1. ظرف پاک و خشک برای وسایل،
2. سوزن 23 گیج (1.5 الی 2 انچ) برای تطبیق یک زرق،
3. سورنج به اندازه معین،
4. پنبه الکول دار: 2 عدد،
5. داروهای که باید زرق شود.

طرزالعمل

عملکرد	استدلال
1. تمام لوازم را جمع آوری و بررسی کنید.	برای جلوگیری از تاخیرات و توجه کامل به طرزالعمل.
2. بسته بندی تمام وسایل را بررسی کنید تا تمام سالم باشند.	برای اطمینان از معقم بودن آن. در صورتکه مهر آن از بین رفته باشد، آن را باطل نموده دور بیاندازید.
3. دستهای تان را بشوئید.	برای جلوگیری از آلودگی دارو و لوازم.

4. سوزن و سورنچ را در ظرف پاک و خشک آماده نمائید.	به منظور کنترل انتشار و سرایت انتان.
5. درمورد یادداشت مریض پیرامون موارد ذیل مشورت کنید: i. دارو ii. مقدار دارو iii. تاریخ و وقت تطبیق iv. طرق تطبیق دارو v. محلول مناسب vi. امضای داکتر	برای اطمینان از اینکه به مریض داروهای درست، با مقدار تجویز شده در محلول مناسب از راه درست تطبیق شود.
6. داروی که در جعبه اندازه مناسب باشد انتخاب نموده و تاریخ انقضای آنرا مشاهده کنید.	برای کاهش ضایعات دارو و جلوگیری از تطبیق داروی غیرموثر یا سمی به مریض.

دوز واحد آمپول: محلول

عملکرد	استدلال
7. محلول را برای تیرگی یا داشتن ذرات ماده معاینه کنید. در صورت موجودیت، دارو را دوباره به دواخانه برگردانید.	برای جلوگیری از تطبیق دارو غیر محفوظ و ملوث به مریض.
8. سر آمپول را به آرامی ضربه زنید.	برای اطمینان از این که تمام محلول در قسمت پائینی آمپول قرار دارد.
9. قسمت گردن آمپول را همراه با پنبه الکول دار پوشانیده آنرا از خود دورتر گرفته و آمپول را باز کنید. در صورت کدام مشکل شما می‌توانید که از سوهان استفاده کنید.	به منظور ضد عفونی نمودن و جلوگیری از ایجاد مایکول‌های هوا یا تماس با دارو که سبب عکس‌العمل حساسیتی می‌گردد. جهت جلوگیری از زخم برداشتن نرس.
10. محلول را برای ذرات شیشه چک کنید، در صورت موجودیت، دارو را به دواخانه برگردانید.	برای جلوگیری از زرق مواد اجنبی به مریض.
11. مقدار مورد نیاز محلول را اگر لازم باشد با خم نمودن آمپول از آن بگیرید.	برای جلوگیری از کشش یا گرفتن هوا در محلول.
12. برای بیرون کردن حباب‌های هوای داخل سرنج ضربات آهسته به آن وارد کنید. هوا را از سرنج خارج کنید.	برای جلوگیری از ترکیب گاز و هوا. برای اطمینان از اینکه مقدار درست دارو در سرنج موجود است.

مقدار واحد وریدی: پودر

عملکرد	استدلال
13. سرپوش را با پنبه الکولی پاک نموده و بگذارید خشک شود.	برای جلوگیری از منتن/ میکروبی شدن دارو.
14. سوزن را داخل سرپوش نموده تا آنرا سوراخ کند.	برای جلوگیری از تفاوت فشار میان سورنچ و سوزن.
15. محلل درست را با احتیاط در جدار بوتل دارو علاوه کنید.	اطمینان از اینکه پودر کاملاً قبل از شاک دادن آنتر شده باشد و در هوا منتشر نشود.
16. محلول را تکان داده و محتویات آنرا بررسی کنید.	برای حل کردن دارو.
17. هنگامی که محلول رنگ روشن را بخود گرفت، مقدار تجویز شده را بگیرید، در صورت ضرورت ویال را خم کنید، و سطح سوزن را در زیر سطح محلول نگهدارید.	برای جلوگیری از منتشر شدن در هوا.
18. سوزن را از سرپوش خارج سازید و برای ذرات رابر بوتل آنرا بررسی کنید، که ممکن از سرپوش خارج شود.	برای جلوگیری از زرق مواد اجنبی به مریض.
19. هوا را خارج کنید.	برای جلوگیری حباب هوایی. برای اطمینان از موجودیت مقدار درست دارو در سورنچ.

تطبیق

عملکرد	استدلال
20. طرز العمل را برای مریض تشریح نمائید.	برای حصول موافقت و همکاری مریض.
21. مریض را برای وضعیت گرفتن لازم کمک کنید، محرمیت او را حفظ نمائید، در ناحیه انتخابی شده فضا را بیشتر ایجاد نمائید.	
22. ناحیه انتخاب شده را با پنبه الکولی پاک نموده بگذارید تا خشک شود.	برای کاهش تعداد پتوجنها یا عوامل مرضی که توسط سوزن در وقت زرق به جلد سرایت می-کند.

23. ناحیه انتخاب شده را برای زرق با شمت و انگشت شهادت کش کنید.	سهولت برای داخل نمودن سوزن و برای بیجا نمودن نسج تحت جلد.
24. سوزن را به زاویه 90 درجه گرفته و سریعاً داخل جلد نمائید. 1/3 حصه سوزن را خارج از جلد نگهدارید.	برای اطمینان از داخل شدن سوزن در عضله.
25. پستون سورنچ را کمی به عقب بکشید. اگر خون خارج نگردید پس پستون را به آهستگی فشار داده دارو را زرق کنید. اگر با کش نمودن پستون سورنچ خون خارج شد پس سوزن را فوری بکشید، آنرا تبدیل نموده و دوباره آغاز کنید و به مریض توضیح دهید که چه رخ داده است.	برای تأیید اینکه سوزن در موقعیت درست قرار دارد. به-منظور جلوگیری از درد و اطمینان از تطبیق مساوی دارو.

26. سوزن را سریع بیرون کنید. نقطه که از آن خون خارج می‌شود با پنبه الکول دار تحت فشار قرار دهید.	برای جلوگیری از تشکل هیماتوم.
27. سوزن را داخل پوش آن نکنید. (سوزن را سرپوش نکنید)	برای جلوگیری از ترخیص ناشی از تماس سوزن و تلقیح امراض انتانی.
28. در یادداشتهای مریض آنرا درج نمائید و نرس باید آنرا یادداشت کند که دارو تطبیق گردیده است.	برای حفظ یک سند درست و قانونی.
29. سوزن و سرنج در صندوق مخصوص آن باید انداخته شود. ظرف اسباب جراحی را شسته و خشک کنید.	برای دفع مصئون و جلوگیری از پاره شدن و دیگر ترخیصات کارمندان.
30. دستهای تان را شسته و خشک کنید.	برای جلوگیری از سرایت و انتقال انتانات.

6. پروتوکول/ طرزالعملها برای دور نمودن چین.

هدف:

به‌منظور تعیین شیوه کاری استندرد برای دور نمودن یا کشیدن چین بدون انتان (آیزولیشن گون) به‌منظور کاهش خطر آلودگی دستها و لباسها.

توضیح پالیسی:

نرسها/ کارمندان طبی باید مراحل را تعقیب نموده و با این طرزالعمل توافق کنند.

لوازم و تجهیزات:

1. چین (آیزولیشن گاون): اندازه مناسب،
2. صندوق حمل کننده لباس با خریطه سرخ رختشویی،
3. سطل باطله با برس مربوطه.

طرزالعمل:

تطبیق کننده: هنیث صبی بین المللی



تمویل کننده: جامع اروپا



1. فите‌های قسمت کمر چین را باز کنید،
2. **دستکش‌های تان را بکشید:** با دست برترتان، انگشتان دست دستکش‌دار تان را بگیرید و دستکش تان را از داخل به خارج بکشید و دستکش را در دست دستکش‌دار خود نگهدارید،
3. انگش بدون دستکش خود را داخل دست دستکش خود کنید، همان‌طوری‌که دست قبلی را از دستکش بیرون کردید انجامیش دهید، و دستکش را در سطل معین بیاندازید. بعداً فите عنق چین را باز کنید،
4. بعد از باز کردن فите گلو یا عنق، چین را از داخل به خارج از بدن بکشید،
5. چین را از جسم تان دور قرار داده و قسمی قات کنید که طرف ملوث آن بیشتر بطرف داخل باشد،
6. چین را داخل خریطه غیر قابل نفوذ که برای رخت‌های ملوث تعیین شده است قرار دهید،
7. بالاخره ماسک را ذریعۀ بند پلاستیکی آن گرفته و در سطل بیندازید، و قبل از ترک اطاق دست‌های تان را با ماده ضد عفونی بشوید.

7. پروتوکول/ طرزالعملها برای تعیین درجه حرارت

هدف:

به‌منظور تعیین شیوه کاری استاندارد برای تعیین درجه حرارت.

توضیح پالیسی:

1. یک ترمامیتر/درجه حرارت پاک برای تمام مریضان، هر وقت عین تعیین درجه حرارت باید استفاده شود،
2. تنها کارمندان ذیل اجازه تعیین درجه حرارت را دارند: نرس‌ها و داکتران.

توضیحات:

- حرارت فمی/ دهنی توسط موارد ذیل متأثر می‌شود:
- درجه حرارت غذا، برانگیختگی/ تهیج، اضطراب، سگرت کشیدن و پروسه‌های مرضی،
- قبل از تعیین درجه حرارت مریض باید آرام در بستر خود

قرار بگیرد.

- درجه حرارت نورمال بدن: 98.6 درجه فارنهایت
- حالت تب دار: بیشتر از 99 درجه فارنهایت
- حالت نیمه نارمل: کمتر از 98 درجه فارنهایت

مطمئن‌ترین وقت روز جهت تعیین درجه حرارت بدن بین ساعات 4 الی 8 بعد از ظهر می‌باشد. عین محل باید در تعیین درجه حرارت همین شخص در دفعات دیگر نیز انتخاب شود تا یک رقم درست و دقیق ثبت گردد. تغییر در محل تعیین درجه حرارت بدن عین مریض باید در چارت گرافیک ثبت شود.

فمی/ دهنی:

ترمامیتر/ درجه حرارت را در زیر زبان برای مدت 2 دقیقه قرار دهید.

ابطی/ زیر بغلی:

فقط برای مریضانی که ترمامیتر را نمی‌توانند در دهن خود تحمل کنند مثلاً، بعد از تسکین، ترمامیتر را در مرکز ناحیه زیر بغل قرار داده و از مریض بخواهید تا بازوی خود را در کنار صدر خود برای 3 دقیقه محکم بگیرد.

مقعدی:

ترمامیتر مقعدی باید 4 سانتی متر داخل مقعد اشخاص بالغ برای بدست آوردن حرارت دقیق‌تر بگذارید.

لوازم و تجهیزات:

1. ترمامیتر و ظرف پلاستیکی،
1. پنبه الکول دار،
2. قلم خودکار سیاه،

موارد استعمال:

1. برای ایجاد یک اصل یا مبداء (خط مبنا) برای درجه حرارت،
2. برای مشاهده نوسانات درجه حرارت.

طرز العمل

طرز العمل	استدلال
1. دست‌ها را بشوئید.	برای جلوگیری از ملوث شدن و انتقال آنتان از یک مریض به مریض دیگر.
2. شیوه اجراء را به مریض تشریح نمائید.	برای بدست آوردن رضایت و همکاری مریض.
3. ترمامیتر را از پوش پلاستیکی آن بردارید.	
4. ترمامیتر را با شک دادن قسمت بند دست‌تان تکان دهید تا سیماب آن در پایین‌ترین درجه برسد.	برای یادداشت نمودن دقیق.

5. از مریض تقاضا نمائید تا دهن خود را باز کند و ترمامیتر را در زیر زبان او بگذارید.	بلندترین نتیجه حرارت فمی را می‌توانید در قاعده خلفی زبان مطالعه کرد چون این ناحیه کمتر تحت تاثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرد.
6. از مریض بخواهید تا دهن خود را ببندد.	برای ازدیاد آرامش مریض، برای کاهش خطر کم شدن درجه حرارت بدن مریض توسط محیط خارجی.
7. ترمامیتر را برای مدت 2 دقیقه در آن موقعیت نگهدارید.	برای بدست آوردن دقیق‌ترین نتایج، ترمامیتر باید با نسج در تماس باشد.
8. درجه حرارت را از دهن مریض بکشید و اندازه سیماب را یادداشت نمائید.	برای ثبت/ یادداشت درجه حرارت.
9. ترمامیتر را با پنبه الکول دار پاک نموده و بگذارید تا خشک شود.	برای برطرف کردن لعاب دهن و مخاط و اطمینان دادن از خشک بودن ترمامیتر قبل از نگداری دوباره آن.
10. ترمامیتر را در پوش پلاستیکی آن جابجا نمائید.	برای جلوگیری از مفقود شدن و انتقال انتان از یک مریض به مریض دیگر.
11. درجه حرارت را با استفاده از قلم خودکار سیاه در چارت گرافیک ثبت کنید.	برای داشتن سند دقیق و مشاهده تغییرات حرارت.
12. نتیجه را برای مریض تشریح نمائید.	مریض را اطمینان داده و او را از اندازه درجه حرارت‌اش آگاه سازید.

8. پروتوکول/ طرزالعملها برای اداره کردن مرگ

هدف:

به‌منظور تعیین طرزالعمل کاری استندرد برای اداره نمودن مریضان داخل بستر که در جریان بستر بودن در شفاخانه فوت نموده باشند.

تطبیق کننده: هنیت صبی بین المللی



تمویل کننده: جامع اروپا



دستورات پالیسی:

1. داکتری که در وظیفه است سند رسمی مرگ را تکمیل خواهد نمود،
2. داکتر یا نرسی که در وظیفه است وارث مریض را مطلع خواهد نمود،
3. نرس تعیین شده بعد از اینکه داکتر مربوطه رسماً اعلام فوت مریض را نمود، جسد را آماده می‌سازد،
4. قبل از انتقال جسد میت از شفاخانه، نرس تعیین شده از هویت میت با نام مریض و شماره ریکارد طبی وی اطمینان حصول می‌نماید.

طرز العمل:

1. چشم‌های مریض را با پایین نموده و مژه‌های وی را بسته نماید. نرس ممکن است اشیای زیر را در میت بگذارد:
 - a. گذاشتن کلوله مرطوب پنبه بالای اجفان در صورتی که خودشان بسته نشوند،
 - b. بسته نمودن فک به قسم محفوظ با بنداژ ساده،
 - c. مسدود نمودن تمام مخارج مانند مخارج گوش، انف، مقعد و مهبل توسط کلوله‌های پنبه،
 - d. ملبس نمودن جسد با لباس وی و پوشانیدن آن با کفن،
 - e. اطمینان از هویت مریض با نام و ریکارد طبی وی،
 - f. بسته بندی متعلقات مریض و سپردن آن به پایواز وی.
2. نرس تعیین شده سند رسمی مرگ را به پایواز مریض تحویل می‌دهد.
 - a. نرس تعیین شده و انتقال دهنده، جسد را تا آمبولانس همراهی می‌کنند.

9 : پروتوکول/ طرز العملها برای کنترل و اداره مواد مخدر

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استاندارد و کنترل تطبیق، ذخیره

- و نظارت از داروهای مخدر در بخش نرسنگ برای:
1. جلوگیری از سوء استفاده داروهای مخدره،
 2. تهیه سریع و عرضه کردن محفوظ داروها به مریض،
 3. حفظ یک ریکارد دقیق استفاده از دارو مخدره در شفاخانه،
 4. موافق بودن با شرایط قانونی داروهای کنترل شده،
 5. اداره کردن داروهای مخدره توسط تجویز داکتر و نگهداری آمپول‌های خالی آن الی پدید شدن عکس العمل‌های آن روی مریض.

دستورات پالیسی:

1. تمام داروهای مخدره در تساوی به مقدار مورد نیاز وارد مربوطه داده خواهد شد،
2. فقط داکتران اجازه تجویز نسخه داروهای مخدره را دارند. در مواقع اضطراری داکتری که در وظیفه است/ نوکریوال ممکن است دستور تلفنی از داکتر بگیرید ولی باید در زمان 24 ساعت توسط داکتر مربوطه امضاء گردد،
3. فقط نرس همان بخش یا وارد اجازه گرفتن دارو مخدره را از فارمسی دارد در صورتی که آمپول خالی را با ورق تکمیل شده داروهای مخدره تحویل دهد،
4. به مقدار مساوی و مجاز داروهای مخدره توسط رئیس نرسنگ تعیین گردیده و توسط رئیس شفاخانه صحتی روانی تأیید می-گردد،
5. داروهای مخدره توسط افراد ذیل تطبیق و مشاهده می-گردد:
 - i. یک نرس و یک داکتر یا
 - ii. دو نفر نرس
6. تمام داروهای مخدره باید در جریان تطبیق مشاهده (مطابق 5 بار در روز) گردیده و مقدار باقی مانده در آمپول باید دور انداخته شود.

تجهیزات و امکانات:

- i. 01 سرنج 3 سی سی،
- ii. پنبه الکول دار.

طرز العمل:

توضیحات	طرز العمل
به منظور حصول اطمینان از تجویز درست دارو و جلوگیری از زیان غیر قابل برگشت به مریض.	1. نرس همراه با رهبر تیم (نرس بلند رتبه) تجویز/ یادداشت‌های داکتر را بررسی می‌کنند.
به منظور حصول اطمینان از دارو درست، مقدار درست، طریقه تطبیق درست آن، وقت درست و مریض درست.	2. دارو مخدره را براساس پنج اصول آماده کنید.
در کاهش اضطراب مریض کمک می‌کند.	3. طرز العمل یا شیوه تطبیق آنرا به مریض تشریح نموده و او را راحت می‌سازد.
این عمل اشتباه را برطرف می‌نماید.	4. دارو مخدره آماده شده باید دوباره توسط رهبر تیم یا یک روانپزشک بررسی شود.

5. بعد از آماده نمودن دارو، مقدار اضافی آن باید توسط نرسی که آنرا آماده نموده است، دور انداخته شود.	از سوء استفاده دارو خودداری کنید.
6. قبل از تطبیق هر مقدار دارو مخدره باید وضعیت عصبی مریض را ارزیابی کنید.	جهت اطمینان از محافظت مریض و اخذ معلومات بنیادی.

مستند سازی:

1. دو نفر نرس که یکی از آنها تطبیق کننده دارو و دیگری رهبر تیم می‌باشد، باید ورق دارو مخدره را امضاء کنند،
2. رهبر تیم باید اطمینان حصول نماید که مقدار دارو مخدره متوافق به مقدار دارو مخدره می‌باشد که در ورق کنترل دارو مخدره ثبت گردیده بود.

10. پروتوکول/ طرزالعملها برای شستن دستها

تطبیق کننده: هئیت صحتی بین المللی



تمویل کننده: جامع اروپا



هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استندرد برای شستشوی دستها.

دستورات بالیسی:

تمام کارمندان نرسنگ و طبی باید به این طرز العمل موافق باشند.

تجهیزات و امکانات:

1. صابون کوچک،
2. رول کاغذ خشک کننده و یا دستمال یک بار مصرف.

طرز العمل:

1. قبل از شستن دستهای تان، انگشترها را از انگشتهای تان بیرون کنید تا به شما فرصت پاک کردن و خشک نمودن تمامی قسمت های دستهای تانرا بدهد. اگر ساعت دستی شما بند بسطی دارد، آنرا بالاتر از بند دست تان بپیرید. آب را به حرارت گرم عیار نموده و دستهای تانرا با آن بشوئید،
2. تمام قسمت های دستهای تان را صابون بزنید. بخاطر داشته باشید که مالیدن دستهای تان با همدیگر در موجودیت صابون انتانات را از جلد شما برطرف می کند. شستن دستها به قسم صحنی در مدت 10 ثانیه به اندازه کافی ترانزیت فلورا را از بین می برد،
3. هر بند دست تانرا با فشار با دست مقابل تان مالیده و بشوئید،
4. بین انگشتها و شصت تانرا با انگشت و شصت دست مقابلتان به عقب و جلو روی یکدیگر بمالید. زیر ناخن، اطراف بستر ناخنهای تانرا به نوک انگشت و ناخنهای دست مقابلتان پاک کنید،
5. هر دست تانرا از بند دست به پائین با آب بشوئید. اگر دستهای تان زیاد محجم باشد، پس مراحل را دوباره از 2 الی 4 تکرار کنید،
6. دستهای تانرا با رول کاغذ خشک کننده یا دستمال یکبار مصرف خشک کنید،
7. جهت محافظت دستهای تان از آلوده شدن مکرر با سطح دستگیر شیر آب، با گذاشتن یک قسمت خشک دستمالتان را بالای دسته شیرآب بذارید و بسته نماید.

11. پروتوکول/ طرز العمل برای دفع نمودن سوزن ها و سرنج ها

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری معیاری برای دفع نمودن سوزن ها و سرنج ها.

دستورات پالیسی:

تمام نرس ها و/ فیلوبوتمیست ها یا اشخاصی که در بخش گرفتن خون کار می کنند/ کارمندان لابراتوار باید سوزن ها و سرنج ها را بصورت مناسب دفع نمایند.

ساحه تطبیق:

تمام نرس ها و/ فیلوبوتمیست ها یا اشخاصی که در بخش گرفتن خون کار می کنند / کارمندان لابراتوار.

تجهیزات و امکانات:

1. آله برنده یا قطع کننده سوزن،
2. ظرف برای دفع نمودن سوزن.

طرز العمل:

- بعد از استفاده یک سوزن یا سرنج آنرا در سوراخ که به این منظور تهیه گردیده گذاشته با حرکت دادن سریع آله برنده سوزن را قطع نمائید،
- به عین ترتیب سرنج در یک سوراخ بزرگتر به منظور قطع نمودن با حرکت دادن سریع آله برنده مربوطه بداخل ظرف گذاشته می شود،
- در پایان روز سوراخ های که به منظور دفع سوزن، سرنج تهیه گردیده و آله برنده مربوطه را به سادگی با برطرف نمودن سرپوش آله برنده سرنج و سوزن با پنبه الکولی پاک نموده و بعداً آنرا با آب بشوئید (توجه کنید تا بخود صدمه نرسانید)،
- موادی که در نتیجه بریدن سوزن ها و سرنج ها تاکنون در ظرف تهیه شده جمع آوری گردیده و به یک ظرف/ صندوق بزرگتر منتقل می شود،
- وقتی که ظرف ها / صندوق ها پر شد بسته گردند،
- براساس طرز العمل اداری شفاخانه به منظور اوتوکلاو نمودن/ سوختاندن و دفن نمودن سرنج ها و سوزن بالای صندوق های آن یک استکر را که نشان دهنده خطر باشد بچسبانید.

احتیاط:

به منظور دفع نمودن، هرگز نوک سوزن را قات ننموده و دوباره سر سوزن را مسدود ننمایید.

12. پروتوکول/ طرز العمل برای تطبیق اوکسیجن توسط ماسک صورت

ساده

هدف:

بمنظور تعیین طرز العمل کاری استاندارد برای تطبیق اوکسیجن.

دستورات بالینی:

نرسها/ کارمندان طبی/ مشاورین باید اوکسیجن را به مریض تطبیق کنند.

تجهیزات و امکانات:

1. منبع اوکسیجن،
2. بوتل مرطوب کننده همراه با آب معقم وجریان سنج یا فلومتر،
3. ماسک اوکسیجن همراه با تیوبهای آن،
4. نبولایزر.

ارزیابی:

توضیحات	اقدام
به منظور داشتن اطلاعات اساسی در مورد مریض.	1. تعیین نمودن علائم حیاتی، سطح هشیاری، و SaO_2ABG ، در صورتی که مریض از سبب احتباس CO_2 معروض به خطر می باشد.
مرطوب ساختن جهت تحرکی افرازات ذخیروی صورت می گیرد.	2. لزوجیت و حجم افرازات مخاطی تولید شده را ارزیابی نمائید.

طرز العمل:

توضیحات	اقدام
	1. ماسک اوکسیجن را به مریض نشان داده و طرز العمل را برای مریض توضیح بدهید.
در صورتیکه بوتل مرطوب کننده بصورت کافی پر نباشد رطوبت کمتر منتقل می شود.	2. خود را از پر بودن بوتل مرطوب کننده تا به حد مناسب نشانی شده مطمئن نمائید.
	3. تیوبهای اوکسیجن از قسمت ماسک به مجرای خروجی آله مرطوب کننده ببندید.

4 . غلظت مورد نظر اکسیژن را در جریان سنج تعیین نمائید. (2 مانومتر).	غلظت اوکسیجن استنشاقی توسط جریان سنج تعیین می‌گردد.
5 . در صورتی که بیمار tachypneic (تنفس سریع و سطحی) بوده و غلظت بیشتر اکسیژن مورد نیاز باشد، از ماسک ونتی (ماسک بزرگتر) درصد مطابق ضرورت استفاده نمائید.	ماسک وجهی یک سیستم دارای جریان آهسته می‌باشد.
6 . سرعت جریان را (معمولاً 10 - 12 لیتر/طبق دستورداکتر) تنظیم نمائید .	این تضمین می‌نماید که جهت برآورده کردن خواسته‌های تنفسی و حفظ غلظت ثابت دقیق اوکسیجن مریض جریان کافی را دریافت می‌نماید.
7 . ماسک را بر روی بیمار بگذارید و تسمه‌ها را طوری ببندید که ماسک بصورت محفوظ محکم گردد.	

ارزیابی/ پیامد

اقدام	توضیحات
1 . غلظت اوکسیجن شهیقی. 1 . و عکس العمل فوری بیمار را ثبت نمائید.	تحمل بیمار را در مقابل تداوی یادداشت نمائید. در صورت وقوع عدم تحمل به داکتر اطلاع دهید. و این موضوع باید در نوت پیشرفت نرس مورد توجه قرار گیرد.
2 . وضعیت بیمار و کارکرد لوازم را به فواصل منظم ارزیابی نمائید.	جهت تغییر وضعیت هشپاری، تعریق شدید، تغییرات در فشار و افزایش حرکات قلبی و تعداد تنفس بیمار را ارزیابی نمائید.
3 . در صورتی که وضعیت مریض تغییر می‌کند 4. SaO ₂ or ABG را تعیین نمائید. (لطفاً معلومات درباره SaO ₂ ABG or را فراهم نمائید)	در صورتی که بیمار دارای تهویه بلند فی دقیقه باشد جریان ماسک ممکن به نیازهای تنفسی بدون تنفس کردن هوای اطاق کافی نباشد. تنفس کردن هوای اطاق سبب رقیق شدن اوکسیجن تهیه شده و کاهش غلظت اکسیژن استنشاقی گردیده و در نتیجه سبب هیپوکسمی می‌گردد. تغییر در ماسک و یا سیستم انتقال را ممکن نشان دهد.

5. حجم و غلظت افرازات مخاطی تولید شده را ثبت نمائید.	موثریت تداوی را نشان می دهد.
--	------------------------------

13. پروتوکول/ طرز العمل برای شستشوی چشم

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استندرد برای شستشوی چشم.

تجهیزات و امکانات:

1. گاز معقم 4x4 سانتی متر،
2. در صورت ضرورت لزوم دستمال چشم،
3. سیت تزریق وریدی،
4. پایه آویزان کننده سیروم،
5. محلول - آب تعقیم شده یا رینگر (طبق که دستور داده شده) 1000 میلی لیتر فلاسک،
6. ظرف پاک کلیوی مانند/ کاسه،
7. پیش بند عایق آب،
8. کاغذ برای خشک کردن دستها (دستمال کاغذی).

طرز العمل:

توضیحات	اقدام
به منظور حصول رضایت و همکاری مریض.	1. طرز العمل را به مریض توضیح دهید.
استفاده از مایع نیم گرم عادی برای مریض راحت می باشد. جهت تست نمودن درجه حرارت محلول باید در قسمت داخلی مج دست نرس ریخته شده شود.	2. مایع که برای شستشوی چشم استفاده می گردد آنرا به یک درجه مناسب عیار نمائید.

3. به مریض کمک کنید تا در وضعیت مناسب قرار گیرد. a. سر مریض را به راحتی با زنج تقریباً بشکل افقی نگهدارید. b. سر مریض را جهت تداوی به یک طرف وضعیت دهید. 4. دستهای تان را شسته و خشک نمائید	به منظور جلوگیری از حرکت نمودن محلول بالای وجه قسمت داخل یا خارج چشم و قسمت پایین اطراف بینی. به منظور جلوگیری از انتقال انتان.
5. فلاسک محلول را با سوزن سیت سوراخ نموده آنرا آویزان نموده و جهت شستشوی چشم آمادگی بگیرید.	خارج کردن هوا از تیوب.
6. چشم‌ها را به منظور برطرف نمودن افرازات بشوئید.	به منظور جلوگیری از شستن افرازات به پایین مجرای اشکیه و یا اطراف جبهه.
7. از مریض خواهش کنید که ظرف گیرنده را در مقابل روی خود زیر چشم که تحت تداوی قرار دارد بگیرد.	به منظور تجمع مایع که در نتیجه شستشوی چشم بوجود می‌آید.
8. یادداشتهای مربوط نرسنگ را مستند نماید.	

14. پروتوکول/ طرز العمل برای تزریق تحت الجلدی.

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری معیاری برای تزریق تحت الجلدی.

دستور پالیسی:

تنها نرس/ داکتر اجازه تزریق تحت الجلدی را دارند.

ساحه تطبیق:

تمام کارمندان نرسنگ.

موقعیت‌ها:

1. جوانب جنبی قسمت علوی بازوها،
2. نواحی جنبی ران‌ها،
3. بطن (ناحیه Epigastric)،
4. نواحی پشت و پایین کمر،

این قسمت‌ها کمتر توسط اعصاب حسی تعصیب شده‌اند.
جهت حصول اطمینان از جذب بهتر دارو در صورت زرق‌های طولانی مدت در یک طرف، موقعیت تزریق باید تغییر داده شود.

لوازم:

5. ظرف پاک کلیه مانند،

6. سرنج 1 ml (سرنج انسولین) همراه با سوزن گيج 26،
 7. پنبه الکولیک،
 8. داروها جهت تطبیق،

طرز العمل

عمل	دلیل
همه لوازم را چک و جمع آوری نمائید.	به منظور جلوگیری از تاخیر و برای تمرکز کامل بر روی طرز العمل.
بسته بندی تمام لوازم را چک نمائید.	به منظور حصول اطمینان از معقم بودن لوازم. در صورتی که مهر لاک لوازم از بین رفته باشد دور بیندازید.
دست های تانرا بشوئید.	به منظور جلوگیری از ملوث شدن دارو و لوازم.
سوزن و سرنج را در طرف کلیه مانند خشک و پاک آماده نمائید.	
درمورد یادداشت ذیل مریض را مشورت دهید: (a) مریض درست (b) دارو درست (c) دوز درست (d) طریق درست (e) زمان درست (f) تطبیق درست	به منظور حصول اطمینان از اینکه به مریض دارو و دوز درست تجویز شده، در محلول مناسب و طریق درست تطبیق گردیده. 6 Right باید مراعات شود.
آمپول، با سایز مناسب دارو را انتخاب نموده و تاریخ انقضاء آنرا بررسی نمائید.	به منظور کاهش ضایعات.

تطبیق

عمل	دلیل
1. طرز العمل را به مریض توضیح نمائید.	به منظور حصول رضایت و همکاری مریض.
2. به مریض کمک نمائید تا در وضعیت مورد نیاز قرار گیرد.	
3. محریمیت بیمار را مراعات نموده و موقعیت انتخاب شده را نمایان نماید.	
4. سوزن را به اندازه درست انتخاب نمائید.	به منظور کاهش خطر.

5. ناحیه انتخاب شده بشکل حلقوی به مساحت 5 cm با پنبه الکول دار پاک نمائید. بگذارید تا الکول تبخیر گردد.	به منظور کاهش دادن دخول تعداد مکروبها جلدی در زمان تزریق توسط سوزن.
6. جلد را بصورت محکم بگیرید.	به منظور بلند نمودن انساج تحت جلدی.
7. در صورتی که از سرنج انسولین استفاده می کنید سوزن را بر روی جلد به زاویه 45° یا 90° داخل کنید.	جهت موثریت به مریض لاغر از زوایه 15°-45° استفاده نمائید و مریض چاق ممکن به زوایه 90° نیاز داشته باشد.
8. جلد محکم شده را رها کنید.	
9. پستون سرنج را بطرف خلف کش نمائید. در صورتی که خون خارج نگردید سرنج را فشار داده و به آهستگی دارو را زرق نمائید. در صورتی که خون ظاهر گردد سوزن را خارج نموده آنرا تبدیل نموده و دوباره شروع نمائید. به مریض توضیحات ارائه نمائید.	به منظور تأیید نمودن این که سوزن در موقعیت درست قرار دارد. به منظور جلوگیری از درد و همچنان حصول اطمینان از انتشار دارو.
10. سوزن را سریعاً خارج نمائید.	
11. هر نقطه خون دهنده را با پنبه الکول دار تحت فشار قرار دهید.	
12. سر سوزن ها را دوباره سرپوش ننمائید.	به منظور جلوگیری از صدمات نوک سوزن و منتن شدن با بیماری های انتانی.
13. دارو که تطبیق گردیده در چارت تداوی مریض ثبت نمائید.	
14. سرنج و سوزن را در ظرف دفع سوزن و پنبه را در خریطه کثافت دور بیندازید.	به منظور حصول اطمینان از دفع محفوظ و جلوگیری از جروحات یا صدمات دیگر به کارمندان.
15. ظرف کلیه مانند را شسته و خشک نمائید.	
16. دست های تانرا شسته و خشک نمائید.	

15. پروتوکول/ طرز العمل برای پوشیدن چپن معقم

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استاندارد برای پوشیدن چپن معقم.

لوازم و تجهیزات:

دستکش های معقم: سایز مناسب چپن معقم.

طرز العمل:

- دست های تانرا بشوید، کلاه و ماسک را پوشیده و بعداً بسته استریل/عقیم که دارای چپن معقم است باز کنید،

تطبیق کننده: هیت صبی بین المللی

تمویل کننده: جامع اروپا

2. پوش خارجی دستکش‌ها را برطرف نموده و آنرا با پوش داخلی آن در بسته استریل بگذارید،
3. دست‌های تانرا با یک صابون ضد میکروب شسته و با دستمال که در بسته چین تهیه گردیده خشک نمائید،
4. چین را از قسمت قات بالا نزدیک خط گردن محکم بگیرید،
5. به یک محل که در آن فضای جهت باز نمودن چین بدون اینکه ملوث گردد موجود باشد بروید و چین را از خود دور گرفته بگذارید که چین باز گردد. دست‌های خود را بدخل چین قرار داده و دست‌های تانرا از قسمت بازوها الی شانه‌ها داخل نمائید، خود را مطمئن سازید که تنها به داخل چین در تماس هستید،
6. اگر شما از شیوه بسته - دستکش closed-glove استفاده می-نمائید، دست‌های خود را از قسمت کنار انسی داخل دستکش نمائید. اگر شما از قسمت دستکش معقم و شیوه اسپتیک غیر معمول استفاده می-نمائید (شیوه باز- دستکش Open-glove)، از قسمت کف دستکش دست‌های خود را داخل دستکش نموده اما با سطح خارجی چین تماس ننمائید. (بدون در نظر داشت شیوه‌های پوشیدن دستکش که شما استفاده می-نمائید، به کمک یک همکار نیاز است) اول باید همکار ماسک کلاه را ببند و بعداً تسمه‌های چین را در قسمت خلف چین شما در قسمت خط عنق محکم گرفته و بعداً را چین را بطرف بالا جهت پوشاندن قسمت قدامی خط گردن یونیفارم شما کش نموده بعداً تسمه‌ها را بدون اینکه به سطح خارجی چین شما تماس گیرد بسته نماید،
7. قات داخلی دستکش معقم را باز نمائید. در صورتی که شما از شیوه بسته دستکش استفاده می-نمائید آنرا با دستی که دستکش دارد باز نماید،
8. دستکش اولی را توسط انگشت شصت و اشاره محکم گرفته و آنرا سرتاسر آستین یا کف دستکش نمائید،
9. کف دستکش را در قسمت پایین کف چین معقم قرار داده قسمی- که انگشت‌های شما باید بطرف آرنج نما باشد،
10. دستکش را توسط انگشت‌های خود بطرف کف بصورت محکم کش نمائید. دستکش معقم را با دست دیگر که با دستکش پوش گردیده سرتاسر کف کش نمائید،
11. زمانی که بصورت موفق دستکش را بالای کف کش نمودید کف را بسته نموده و انگشت‌های خود را در میان دستکش داخل نمائید،
12. انگشت‌های پوش شده با دستکش را بالای قات دستکش دیگر قرار دهید،
13. دستکش را بالای کف بسته قرار دهید،
14. هنگامی که انگشت‌های تانرا در میان دستکش داخل می-نمائید دستکش را بالای کف چین کش نمائید،
15. دستکش را قسمی درست نمائید که انگشت‌های تان بصورت مناسب در دستکش داخل گردد. خود را مطمئن سازید که هر دو دستکش کف چین را بپوشاند.

16. پروتوکول / طرز العمل برای چک نمودن علائم حیاتی

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استاندارد برای چک کردن علائم حیاتی.

دستورات بالینی:

1. تنها کارمندان ذیل اجازه چک نمودن علائم حیاتی را دارند،
a. نرس / داکتر،
2. هر مرتبه زمانی که مطابق طرز العمل طبی درجه حرارت مریض چک می شود باید از یک ترمومتر پاک استفاده کرد،
3. علائم حیاتی مریض داخل بستر باید مطابق دستور داکتر دنبال گردد،
4. رهبر تیم / نرس موظف همچنان می تواند که تعداد علائم حیاتی را تعیین نماید.

تعاریف:

علائم حیاتی: چک نمودن درجه حرارت، نبض، تنفس و فشارخون. فشار خون برای یکی از دلایل ذیل تعیین می گردد.

1. به منظور تعیین فشار خون اساسی یا قبل از مداوی،
2. به منظور نظارت تغییرات در فشار خون.

فشارنورمال خون 100/60 الی 140 / 90

ساحه تطبیق:

تمام نرسها / کارمندان طبی.

تجهیزات و لوازم:

1. آلله فشار Sphygmomanometer،
2. گوشی یا stethoscope،
3. پنبه الکولی،

طرز العمل:

اقدام	استدلال
1 طرز العمل را به مریض توضیحات دهید.	به منظور کسب رضایت و همکاری بیمار.
2 هر مرتبه علائم حیاتی را تحت شرایط مشابه چک نمائید.	به منظور حصول اطمینان از تداوم و ثبات در ثبت علائم حیاتی.
3 دستهای تانرا بشوئید.	به منظور کاهش انتقال آنتان.
4 حصول اطمینان از قرارگرفتن مریض در یک وضعیت مورد نظر راحت تر - خوابیده، ایستاده یا نشسته.	به منظور کسب مطالعات لازم.
5 تمام لوازم را در نزدیک بستر / بالای میز بستر مریض بگذارید.	
6 اول درجه حرارت مریض را چک نمائید.	
7 ترمومتر را از محفظه پلاستیکی آن خارج نمائید.	
8 با شک دادن بند دست سیماب را در تحت پایین ترین درجه شک دهید.	برای تضمین درجه دقیق.

9	از مریض خواهش نمائید تا دهن خود را باز نماید ترمومتر را در قسمت تحت زبان بگذارید.	بلندترین درجه حرارت فمی در قسمت خلفی قاعده زبان می باشد.
0	از مریض خواهش نمائید تا دهن خود را بسته نماید.	به منظور افزایش آسودگی بیشتر مریض. به منظور کاهش خطر پایین آمدن درجه حرارت توسط محیط خارجی.
1	ترمومتر را برای دو دقیقه در آن قسمت نگهدارید.	به منظور حصول درجه حرارت دقیق تماس با انساج باید حفظ شود.
2	از سایز درست کف آله فشار استفاده نمائید.	به منظور بدست آوردن فشار شریانی درست.
13	هوای کف را بصورت کامل خارج نموده و آنرا 2.5cm بالاتر از حفره زندی به بازو که اندکی در حال تقبض قرار داشته باشد یا در ران بالاتر از حفره زانو تطبیق نمائید. نهاییات را باید قسمی قرار دهید که کف بطرف سطح قلب تدور داده شود. در اینجا باید آسودگی بیشتر مریض و دسترسی به ارزیابی کننده موجود باشد. تنها در صورت عدم دسترسی هر دو بازوها باید از ران استفاده کرد.	به منظور حصول اطمینان از اینکه فشار مناسب بالای شریان وارد می گردد. شریان brachial در حفره زندی و popliteal در قسمت زانو سطحی قرار دارند.
14	فشارسنج یا manometer را در مقابل سطح چشم قرار دهید.	به منظور حصول اطمینان از مطالعه دقیق سطح سیماب.
15	در صورتی که فشار نورمال سیستمولیک مریض دریافت نگردید کف را دوباره از هوا پر نموده در حالی که شریان زندی را در ناحیه پایین تر انسی عضله بایسپس یا عضله دوسره بازو جس می نمائید. هنگامی که ضربان دیگر نمی تواند شنیده شود، فشار را که بر روی فشار سنج مطالعه می نمائید یادداشت نموده و کف را آزاد کنید.	بمنظور تعیین حد اعظمی پمپ نمودن سیماب بدون ایجاد ناراحتی اضافی برای بیمار.
16	بعد از 30 ثانیه بخش گوش ستاتسکوب را در گوش مانده، و بل ستاتسکوب را بالای شریان بازو یا brachial قرار داده و کف را تقریباً تا به نقطه 20-30 ملی متر ستون سیماب بالاتر از نقطه مطالعه اولی پمپ نمائید.	زمانی که بل/ دیافراگم ستاتسکوب بالای شریان قرار می گیرد، بعضی صداها مغشوش به گوش می رسد. شریان باید توسط نوکهای انگشتان تعیین گردد.

1 7	فشار کف را آهسته با دور دادن کلید کنترل فشار آزاد نمائید. تمام سیماب باید به سرعت 2-3 mmHg/sec سقوط کند.	فشار که توسط کف مملو از هوا بالای شریان وارد گردیده باعث جلوگیری جریان خون می‌گردد. در نقطه که نخستین ضربان واضح شنیده می‌شود فشارسیستولیک می‌باشد. در نقطه که آخرین ضربان شنیده می‌شود فشار دیاستولیک می‌باشد.
1 8	هوای کف را سریعاً خارج نموده و از بازو مریض برطرف نمائید.	پمپ نمودن متداوم باعث انسداد شریانی گردیده در نتیجه سبب سوزش و کرحتی بازو می‌گردد.
1 9	فشار سیستولیک و دیاستولیک را بر روی جدول گرافیک ثبت نموده و فشار فعلی را با فشار قبلی مقایسه نمائید. در صورتی که می‌خواهید طرزالعمل را تکرار کنید برای مدت 30 ثانیه انتظار بکشید.	به منظور بررسی تفاوت‌ها و دریافت میزان بینظمی‌ها باید به داکتر گزارش داده شود. از احتقان وریدی و تعیین نمودن غلط فشار بلند جلوگیری نمائید.
2 0	لوازم را برطرف نموده و بخش گوش بل/ دیافراگم ستاتسکوپ را با پنبه الکول دار پاک نموده. کف را قات نموده و بصورت مناسب نگهدارید.	به منظور جلوگیری از سرایت انتان.
2 1	مریض را در قرار گرفتن به وضعیت ترجیح داده شده توسط آن‌ها کمک نمائید.	به منظور حفظ آسودگی مریض.

تنظیم اوقات علائم حیاتی

اوقات	معنی	مخفف
0600 1800	دو مرتبه در روز	روزانه (B.D)
0600 1400 2200	هر شفت	Q Shift (8h)
0600 1200 1800 0000	هر 6 ساعت بعد	Q 6 h
0200 0600 1000 1400 1800 2200	هر 4 ساعت بعد	q 4 h

q 2 h	هر دو ساعت بعد	0200
		0400
		0600
		0800
		1000
		1200
		1400
		1600
		1800
		2000
		2200
		0000

17. پروتوکول/ طرزالعمل برای کمک نمودن به مریض از ویل چیر (Wheel Chair) به بستر

هدف:

به منظور تعیین طرزالعمل کاری استندرد برای کمک نمودن مریض از ویل چیر به بستر و از بستر به ویل چیر.

دستورات بالیسی:

نرس مؤظف/ انتقال دهنده، مریض را کمک خواهد کرد تا از ویل-چیر به بستر و از بستر به ویلچیر انتقال کنند.

لوازم و تجهیزات:

1. ویلچیر،
2. یک تخته روجایی

طرزالعمل:

1. مریض‌های که تحرک کافی دارند و می‌توانند خود آنها را در چوکی/ ویلچیر بشینند، آنها را باید از چوکی به بستر با استفاده از تکنیک‌های خاص برخاستن از ویلچیر (Pivot Standing Techniques) یا از بستر به چوکی کمک کنید. ویلچیر را در زاویه 45° بستر موقعیت داده هر دو ویلچیر و بستر را قفل کنید تا از ثابت ماند آن اطمینان حصول نماید. اگر مریض را از یک چوکی انتقال می‌دهید، اطمینان حصول نماید که ویلچیر ثابت و در جای خود محکم بوده و در زمان انتقال

مریض به بستر روی کف اطاق نلغزد. بسیار مهم می‌باشد که یا پایه چوکی/ ویلچیر را بردارید یا یک طرف نماید تا در جریان انتقال مریض به بستر مانع ایجاد نکند. پرسنل را به مریض توضیح دهید تا وی تمام مراحل و نقش خودش را در جریان انتقال بفهمد. او را تشویق نماد که بفهمد همان قدر وزن را که خودش به راحتی قادر به برداشتن و تحمل آن باشد، حمل نماید و در صورت امکان از پای قوی‌تر خود استفاده کند. قبل از آغاز، هرچند، شما باید اطمینان حصول نماید که کمر بند از اطراف کمر او بشکل محفوظ بسته شده باشد،

2. زانوهای تان را خم نموده، پاهای تان را در یک موقعیت هموار طوری بگذارید که ابتداء یک قدم تانرا به آهستگی بگذارید بعد قدم دیگر تان را پیشروی آن بگذارید. کمر بند مریض را محکم گرفته، او را بفهمانید تا دست‌های خود را در اطراف کمر شما قرار دهد. زمانی که شما با مریض در ایستاد شدن کمک می‌کنید، وی می‌کوشد تا بالای پای قوی‌تر ایستاد شود زمانی که شما او را کمک می‌کنید بدن خود را به جلو و بالا بکشد. زمانی که شما او را به پیشروی کش می‌کنید، وزن تان را از پای جلو به پای عقبی تان انتقال دهید،

3. به‌منظوری حصول اطمینان از توانایی پای قوی‌تر مریض تان، کنار زانو تانرا در مقابل کنار زانو وی قرار دهید تا حالت بسط آنرا حفظ کنید. به مریض کمک نموده و او را تا زمانی که پشت و پاهای او بالای بستر قرار بگیرد رهنمایی کنید. زانوهای تانرا خم و پشت تانرا راست بگیرید،

4. مریض را برای قرار گرفتن وی در حالت نشسته طوری کمک کنید که زانوهای تانرا آهسته آهسته قات کنید تا قرار گرفتن مریض را از حالت ایستاده به حالت نشسته کنترل نموده بتوانید.

5. مریض را تا زمانی که ثابت و راحت است حمایت نماید. بعد، کمر بند و ریسمان را باز نماید و به وی کمک نماید تا به بستر خود برود. عکس طرز العمل را انجام دهید که مریض را از بستر به چوکی انتقال دهید.

18. پروتوکول/ طرز العمل برای انتقال دادن مریض از تذکره به

بستر

هدف:

به‌منظور تعیین طرز العمل کاری استندرد برای انتقال مریض از تذکره به بستر و یا از بستر به تذکره.

دستورات پالیسی:

نرس یا انتقال دهنده موظف در انتقال مریض از تذکره به بستر

تطبیق کننده: هیت صحت بین المللی

تمویل کننده: جامع اروپا

یا از بستر به کمک می‌کند.

لوازم و تجهیزات:

1. تذکره،
2. تخته روجایی،
3. 1 عدد بالشت با غلاف آن.

طرز العمل:

1. اگر مریض می‌تواند عین انتقالش با شما کمک نماید، باید او را در انتقال از تذکره به بستر با استفاده از شیوه انتقال مقطه‌یی رهنمایی کنید. قبل از اینکه وی حرکت نمودن را شروع کند، اطمینان یابید که تذکره و بستر هر دو با هم محکم گردیده باشند تا از یکدیگر عین انتقال مریض جدا نشوند، بستر مریض را با تذکره به سطح تا حد امکان نزدیک عیار نمائید. برای مریض توضیح دهید که وی سر، بدن و پاهای خود را مرحله به مرحله حرکت دهد،
2. از او بخواهید تا سرین و زانوهای خود قات نماید تا پاهای او بالای تذکره هموار قرار بگیرد،
3. او باید بالای پاهای خود بطرف پایین فشار وارد نموده و بدن، سرین و بعد سر خود را به جنب تذکره بلغزاند،
4. او باید تنه خود را حرکت داده بعد سر خود را تا حد امکان به تذکره نزدیک بسازد،
5. برایش بگوئید تا پاهای خود را در جنب بستر قرار دهد،
6. برایش هدایت دهید تا تنه خود را با برداشتن سرین اش از تذکره منحيث پل قرار دهد،
7. زمانی‌که انتقال تکمیل شد، تذکره را از بستر دور کنید،
8. برای انتقال مریض از بستر به تذکره طرز العمل فوق را معکوساً تعقیب کنید.

19. پروتوکول و طرز العمل ها برای ثبت گراف قلب (ECG)

هدف:

به منظور تعیین طرز العمل کاری استاندارد برای ثبت گراف قلب مریض.

دستورات پالیسی:

1. فقط تکنیشن یا نرس آموزش دیده اجازه اخذ گراف قلب مریض را دارد،
2. برای ثبت گراف قلب مریض اناث باید کارمندان اناث تعیین گردد.

لوازم و تجهیزات:

1. ماشین ECG
2. ژیل یا ماده لزجی ECG
3. دستمال کاغذی
4. کاغذ ثبت گراف قلب

موارد استعمال:

جهت دریافت نارسایی‌های قلب.

طرز العمل:

عمل/اقدام	توضیحات
1. طرز العمل را به مریض توضیح دهید.	جهت بدست آوردن همکاری و کاهش اضطراب مریض.
2. دروازه را قفل نماید تا محرمیت مریض حفظ گردد.	
3. به مریض اجازه دهید که به قسم آرام دراز بکشد، قسمت سینه وی را برهنه نماید.	جهت نصب نمودن الکتروود روی سینه
4. ماده لزجی یا ژیل را در ساحه که الکتروود گذاشته می‌شود قرار دهید.	
5. الکتروود ها را در جاهایش بچسبانید.	
6. لیدهای ای سی جی را بچسبانید.	جهت ثبت گراف قلب
7. بعد از تکمیل شدن گراف قلبی، لیدها و الکتروودها را از بدن مریض بردارید.	
8. سینه مریض را با دستمال کاغذی پاک کنید.	جهت پاک نگهداشتن و آسوده نگهداشتن مریض.
9. مریض را در پوشیدن لباس‌هایش کمک کنید.	