



# أساليب التمريض المزلي

تأليف

الدكتورة ندى سعد الله السباعي

مراجعة

د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

سلسلة الثقافة الصحية

## **المؤلفة**

**د. ندى سعد الله السباعي**

\* سوريا الجنسية.

\* ولدت في مدينة حمص في سوريا عام 1973م.

\* حصلت على إجازة دكتوراه في الطب البشري من جامعة دمشق عام 1996م.

\* قامت بترجمة بعض الكتب الطبية.

\* نشر لها العديد من المقالات الطبية.

\* مهتمة بالثقافة الصحية ونشر لها بعض المقالات في المجالات.

\* حاصلة على جائزة دار سعاد الصباح للإبداع العلمي لعام 2001.

## مقدمة المؤلفة

التمريض عمل إنساني رائع، ومما يزيد من روعته، أن يقوم به أحد أفراد الأسرة لمريض في الأسرة، فهذا سيشعر المريض بالجو العائلي الدافئ، وباهتمام أهله به، وعدم التخلّي عنه في هذه الظروف الصعبة.

وقد ازدادت أعداد المرضى الذين يحتاجون لعناية تمريضية في المنزل في الآونة الأخيرة، وذلك لأسباب عديدة أهمها:

- \* ازدياد متوسط العمر، بسبب تطور الرعاية الصحية وما رافقه من زيادة في أعداد المسنين، وأعداد المصابين بالأمراض المزمنة، التي تحتاج لمعالجة طويلة في المنزل.
- \* ازدياد عدد المصابين، نتيجة الحوادث والكوارث والحروب، وما أدى إليه ذلك من زيادة عدد المعاقين الذين يحتاجون إلى رعاية دائمة.

ازدياد تكاليف الرعاية في دور الرعاية، مما دفع البعض لرعاية مرضاهم في المنزل. كل ذلك زاد من عدد المرضى، وبالتالي زاد من العبء الملقى على عاتق ذويهم، مما جعل الحاجة ماسة لوجود دليل يساعد الأهل على تفهم مبادئ التمريض، ومن هنا جاءت فكرة هذا الكتاب. لذلك فقد احتوى هذا الكتاب على مبادئ وأفكار بسيطة سهلة التطبيق، وزود بعده وافر من الصور التوضيحية، ليكون أسهل فهماً وأوضح معنىًّا، واقتصر على الأمور التي يستطيع الأهل أن يقدموها لمريضهم، دون الخوض في الأمور المعقدة التي تحتاج لرعاية تمريضية متدرية أو متخصصة. وأخيراً، أرجو الله أن يستفيد القارئ الكريم من كتابي هذا.

﴿وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسِيرِي اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾ .

الدكتورة ندى السباعي

# تقديم الأمين العام

## للمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

«أساليب التمريض المنزلي» كتاب جديد من سلسلة الثقافة الصحية يتحدث عن موضوع يهم كل أسرة، فقلما يخلو بيت من مريض في يوم من الأيام. وقد تحدث الكتاب، وبشيء من التفصيل، عن العناية بالمريض، وطرق نقله وتحريكه، ووضعيته في سريره، وأسلوب إطعامه - وذلك حسب حالة كل مريض. كما تطرق لطريقة قياس العلامات الحياتية عند المريض، فركز على قياس درجة الحرارة وضغط الدم والنفاس والتنفس.

وأفرد بحثاً خاصاً عن طرق وضع الضماد بأنواعه وحسب كل عضو. وتحدث عن الطرق المختلفة لإعطاء الأدوية شارحاً كل طريقة ذاكراً، ومذكراً، الخطوات التي يجب أن تتبع لإعطاء الدواء بأفضل طريقة، وشارحاً الأدوات المستعملة في ذلك.

وقد جاء الكتاب بعبارات سهلة وأفكار بسيطة، ولكنها عملية ويحتاجها كل منزل.

كما زين الكتاب بأكثر من مائة صورة توضيحية، مما سهل وصول الفكرة للقارئ العادي.

أرجو أن يسد هذا الكتاب فراغاً في المكتبة العربية، وأن يحقق الهدف المطلوب، وأن نوفق لما فيه خير أمتنا العربية والإسلامية، وبما يدعم مسيرة التعرّيب.

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

# المراجع

- 1 - الإسعاف الأولي للمصابين : ف. يو. دينيج (مترجم) - دار مير 1998 م .
  - 2 - الإجراءات التمريضية: الدكتور عبد الرزاق السباعي - دار المعارف 1995 م.
  - 3 - فن التمريض: جامعة حلب - 1994 م
  - 4 - التمريض في الجراحة: الدكتور موفق وردياني - دار الحوار 1998 م.
  - 5 - الرعاية الفورية للمرضى: منظمة الصحة العالمية 1991 م .
  - 6 - الدليل المرجعي للتمريض: وزارة الصحة السورية 1993 م .
- Family Medical Guide - American Medical Association, 1987, – 7  
. USA
- . Practical Nursing: K. Ford, G. Ronald. 1993. UK – 8



# الفصل الأول

## العناية بالمريض

### أولاً: العناية العامة

- 1 - تأمين راحة المريض
- 2 - العناية الصباحية:
  - أ - تقديم المبولة (Urinal)
  - ب - العناية بالفم
  - ج - العناية بالشعر
  - د - مساعدة المريض على ارتداء ملابسه
- 3 - العناية بالمنطقة البولية التناسلية
- 4 - العناية بقرحات الفراش (Bed sores)
- 5 - تدليك الظهر

### ثانياً: العناية الخاصة

- 1 - العناية بالمريض الفاقد الوعي (Comatose: المسبوتو).
- 2 - العناية بالمريض المتهيج.
- 3 - العناية بالمريض المصاب بأمراض جلدية.
- 4 - العناية بالمريض المصاب بسرطان.
- 5 - العناية بالمريض المصاب بحمى.
- 6 - العناية بالمريض المصاب بالقشريرية.
- 7 - العناية بالعين.
- 8 - العناية بالسن.



# الفصل الأول

## العناية بالمريض

### أولاً: العناية العامة:

#### 1 - تأمين راحة المريض:

يجب الاهتمام براحة المريض بأن نؤمن له ساعات نوم هانئة وكافية، ونخفف من ألمه، وبالتالي نحسن وضعه وصحته العامة.



\* يجب أن نغير وضعية المريض كل ساعة تقريباً لتجنب فرّحات الفراش.

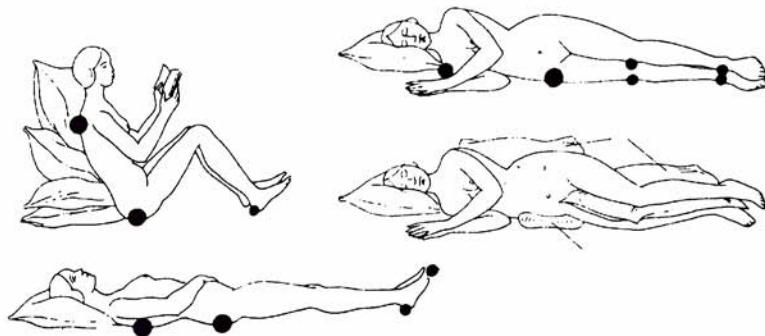
\* يجب إبعاد الضجيج بكل أشكاله عن المريض، ومحاولة دمج المريض نفسياً واجتماعياً بأجواء المنزل.

\* يجب وضع وسائل طرية في أماكن الضغط (مثلاً: تحت الوركين) لتجنب الفرّحات (الشكل 1).

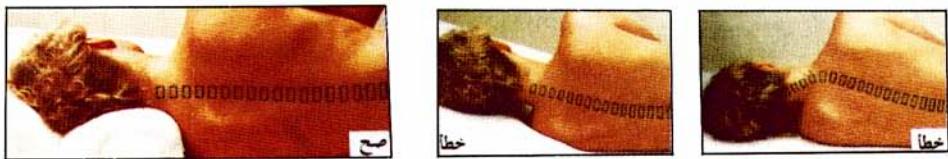
\* يجب وضع وسادة بارتفاع مناسب تحت رأس المريض، حتى يكون رأس المريض على امتداد عموده الفقري (الشكل 2).

\* يجب حماية القدمين خاصة من حدوث هبوط القدم بدعمها بالوسائل (الشكل 3)، كما يجب تدليك الظهر ثلاث مرات يومياً (سيشرح لاحقاً).

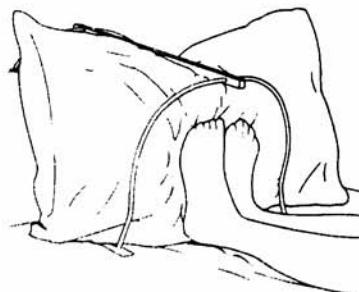
شكل 1 - أ  
أهم أماكن التفرّحات  
الاضطجاعية



**شكل ١ . ب**  
**مناطق الضغط وتحاشي القرحات الاضطجاعية**



**شكل ٢: وضعية الرأس**



**شكل ٣: دعم القدمين بالوسائل**

## 2. العناية الصباحية:

تقدّم النشاطات التي تتضمّن العناية الصباحية بالمريض، حسب التسلسل التالي:

- 1 - تقديم الأصيص (Bedpan) أو المبولة (Urinal).
- 2 - غسل الوجه واليدين.
- 3 - تنظيف الفم.
- 4 - تقديم طعام الفطور.
- 5 - إجراء حمام السرير.
- 6 - العناية بمظهر المريض.
- 7 - العناية بالشعر.
- 8 - تغيير ملابس المريض.

كما تتّبع هذه الخطة الروتينية للعناية الصباحية بالمرضى الذين يستطيعون القيام بهذه النشاطات بأنفسهم. وعلى الأهل ألا يفرضوا على المريض توقيتاً محدداً وغير مقبول به، إذ أن بعض الأفراد ليس لديهم نظام إفراغ محدد ومنتظم. ولكن يمكن أن يساعد اتباع هذا النظام على تنظيم هذه النشاطات. على كل حال، فيجب أن تكون هناك مرنة.

إن طرح الفضلات عامل من العوامل الطبيعية الضرورية للجسم، وليس من الأمر السهل على المريض استعمال المبولة أو الأصيص. وما يساعد المريض على طرح الفضلات، المحافظة على خصوصيته ووضعيته على الأصيص بوضعية مريحة، وتركه وحده لحين الانتهاء.

هناك بعض العوامل التي تؤثر على عملية الإفراغ، كنقص الحركة وتغيير وجبات الطعام وأنظمتها، وتطبيق بعض الأدوية، حيث تسبب في بعض الأحيان مشكلات بولية أو معوية كالإسهال والإمساك... إلخ.

وفي هذه الحالة، يجب على الأهل أن يساعدوا المريض على التكيف مع هذه المشكلات.

## أ - تقديم الأصيص (Bedpan):

على الأهل تقديم الأصيص للمريض عند حاجته لها وقبل تطبيق أي معالجة، ويفضل أن تراعي مشاعر كل من المريض والأهل، بحيث يقدم أحد الذكور الأصيص للمريض الذكر، وإحدى الإناث للمريضة الأنثى.

وفي بعض الأحيان قد يسبب استعمال الأصيص وهناً وإعياه لدى المريض، وفي هذه الحالة يجب تسجيل هذه الملاحظات وإبلاغها للطبيب المعالج.

### الطريقة:

- 1 - إسدال الستائر والمحافظة على خصوصية المريض.
- 2 - وضع الأصيص أو المبولة على الكرسي بجانب السرير، بعد فرشه بمحارم ورقية وقريبة من متناول يد المريض، وفي حال عدم توافر كرسي توضع أسفل السرير.
- 3 - تدفئة الأصيص بصب الماء الحار فيه وإفراغه، فاستعماله بارد يعيق عملية الإفراغ، وفي المناخ الحار، يمكن استعمال البدرة، لمنع التصاق جلد المريض بالأصيص أو بالمبولة بسبب التعرق.
- 4 - إعادة غطاء الأصيص دون تعرض المريض لحتوياته.
- 5 - الطلب من المريض ثني الركبتين ورفع الإل提تين وترك ثقل الجسم على الكعبين، ومساعدة المريض بوضع يده خلفه، ورفعه بلطف إذا احتاج الأمر، ووضع الأصيص تحت مقعد المريض باليد الأخرى.
- 6 - رفع القسم العلوي للسرير إلى ارتفاع يريح المريض.
- 7 - تحضير الماء الدافئ والصابون وقطعة قماش للتنظيف والتجميف.
- 8 - تنظيف المنطقة وتجميفها، ورمي الفضلات في الأصيص، (إلا إذا طلبَ أخذ عينات للفحص المخبري).
- 9 - تشجيع المريض على غسل يديه وتنشيفه بعد الانتهاء من الإجراء.
- 10 - أخذ الأصيص إلى الحمام (أو إلى المختبر).
- 11 - إفراغ الأصيص بصب الماء فيه وإفراغه، ثم تنظيفه بالماء الحاوي على

الصابون باستعمال حامل التنظيف.

- 12 - غسل الأصيص وتجفيفه، وإعادة وضعه بجانب المريض، تحت طاولة السرير.
- 13 - تسجيل كمية الفضلات الصلبة والسائلة، المطروحة، وصفاتها، واللاحظات غير الطبيعية إذا ظهرت.

## - تقديم المبولة:

يستطيع المريض في أغلب الأحيان استعمال المبولة وحده، دون مساعدة، وقد يحتاج إلى من يقوم بإفراغ المبولة وتنظيفها، وفي بعض الحالات يحتاج إلى مساعدة ويستطيع الأهل تقدير ذلك. وتعتمد الخطوات السابقة نفسها في إعطاء المبولة ومساعدة المريض على استعمالها.

## ب - العناية بالفم:

وتهدف إلى الحفاظ على الفم نظيفاً، وبالتالي الحفاظ على الأسنان بشكل جيد، والوقاية من الإنتان الفموي، ومعالجته وزيادة الشهية وتحريض إفراز اللعاب.



شكل 4: وضعية المريض أثناء تنظيف الفم

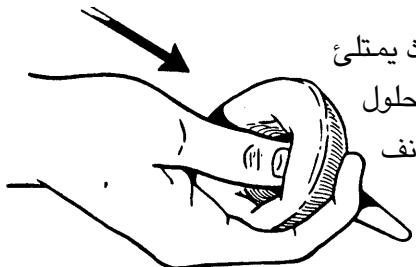
### \* الطريقة:

نضع المريض بوضعية الجلوس مع وضع منشفة على قميصه. تبلل الفرشاة بالماء ويوضع المعجون عليها، وتعطى للمريض. أما إذا كان المريض بحالة سيئة (غير قادر على الحركة، أو فاقد الوعي، أو متعباً جداً)، فيجب الاهتمام بشكل أكثف بحالة الفم، حيث يجب تنظيفه كل 4

ساعات، وذلك بوضع المريض بوضعية الجلوس - وإن لم يستطع يمكن وضعه بوضعية الاستلقاء، مع إمالة الرأس إلى الجانب، ووضع منشفة تحت الخد، وصينية خاصة، (الشكل 4).

نغمس الممسحة بالمحلول ونمسح الأسنان واللثة، ثم ينظف اللسان بنفس الطريقة. يمكن تطبيق اليود والجليسيرين على اللسان والشفاه إذا لزم الأمر، ويمكن استخدام أجاصة خاصة لتنظيف الفم (الشكل 5)، حيث تملأ بالمحلول وتفرغ ببطء في الفم، لتنظيفه من المفرزات وبقايا الطعام لمنع تشكيل المادة المتوضفة.

عندما يمتلك المريض أسناناً صناعية، يجب رفعها وتنظيفها مرتين يومياً، وذلك باستخدام المعجون والفرشاة.



يجب الاهتمام بالأنف أيضاً، حيث يمتنى بالقشور والمفرزات الجافة، لذلك يطبق محلول خفيف غير منبه على الغشاء المخاطي للأنف لمنع الجفاف ( محلول ملحي ).

شكل 5: إجاصة تنظيف الفم

وأخيراً نقدم للمريض مناديل ورقية للتنشيف ( أو نقوم نحن بذلك ) وترفع المنشفة وتغسل الفرشاة.

#### - المرضى الذين يحتاجون لاهتمام خاص بالفم:

- \* المريض الفاقد الوعي.
- \* المريض المصاب بارتفاع شديد في درجة الحرارة.
- \* المريض الذي يتناول حمية سائلة.
- \* المريض المصاب بالشلل.
- \* حالات بعد الجراحة.

يجب تشجيع المريض على تناول السوائل والفاكهة الخضراء، لأن ذلك يحسن من حالة الفم الصحية.

#### ج - العناية بالشعر:

يعد تسريح الشعر الجيد جزءاً من الأعمال الصباحية العاديّة، حيث ينبه تسريح الشعر بالفرشاة والمشط الدوران في فروة الرأس، ويساعد على إزالة

الزيوت الطبيعية وقشرة الرأس. وكذلك يحسن تسريح الشعر من مظهر المريض ويخلق لديه شعوراً بالرضا باستطاعة كثير من المرضى تسريح شعرهم وعلى الأهل أن يشجعوا القارئين منهم على القيام بذلك يومياً، كما يجب مساعدة غير المكتفين. إن مجاملة بسيطة وحقيقة عن مظهر المريض بعد تسريح شعره تمنحه الشجاعة على ممارستها.

يمكن استعمال منظف الشعر الجاف لتنظيف الشعر، لأنه يزيل الزيوت الطبيعية ويبقي عليه ليناً ومحافظاً على تصفيفه، ويستعمل هذا غالباً للمرضى الملازمين للفراش، عوضاً عن استعمال المنظف الطلق (الشامبو) الاعتيادي. على كل حال، فمن المستحسن استعمال المنظف الطلق لمرضى آخرين.

يعاني بعض المرضى من حساسية شديدة بفروة الرأس، لذا يجب على الأهل أن يكونوا حذرين أثناء ذلك.

#### \* الطريقة:

- 1 - الطلب من المريض أن يتحرك إلى الحافة القريبة للسرير ومساعدته أثناء الحركة إذا لزم الأمر.
- 2 - تجزئة الشعر إلى خصلات وتسريرها بالمشط بيد واحدة بين فروة الرأس ونهاية الشعر، وتقى هذه الطريقة المريض من الشعور بالانزعاج.
- 3 - إدارة رأس المريض لتسرير شعر قفا الرأس بالمشط، وإذا كان الشعر متتشابكاً يتم تسريره خصلة خصلة، بدءاً من نهاية الشعر وباتجاه فروة الرأس.
- 4 - إن ضفر الشعر الطويل يحميه من التشابك، وقد يتطلب بعض المرضى ضفر جديلة كجزء من العناية المسائية المعتادة.
- 5 - تنظيف الأدوات وإعادتها إلى أماكنها.

يجب أن يكون للمريض مشط واحد على الأقل، ولا يمكن استعماله لأكثر من مريض واحد أبداً.

#### د - مساعدة المريض على ارتداء ملابسه:

يعد تبديل ملابس المريض أمراً ضرورياً، ويفضل المرضى القيام عادة بارتداء ملابسهم وخلعها بأنفسهم، ومع ذلك هناك أوقات يحتاج فيها المرضى إلى

المساعدة والتشجيع. وعلى الأهل أن يكونوا مستعدين دوماً لتقديم المساعدة الضرورية، ولتحفيز الإزعاج والألم الناتجين عن تبديل الملابس.

قد يكون ارتداء الملابس صعباً على مرضى القلب أو المرضى الذين يضعون جبائر جبوسية. وتقيد حالات مرضية كثيرة مجال حركة المريض وتحظر عليه النشاط. لذا يجب ألا يبدي الأهل الضيق وعدم الصبر، وأن يهتموا بتأمين الخصوصية أثناء المساعدة على ارتداء الملابس وخلعها.

### 3 - العناية بالمنطقة البولية التناسلية:

وتعني تنظيف المنطقة العجانية<sup>(1)</sup> باستخدام الوسائل المعقمة، وتهدف إلى:

- \* الوقاية من العدو.
- \* إزالة الرائحة الكريهة والمفرزات.
- \* التخفيف من الحكة العجانية.
- \* المساعدة على التئام الجروح العجانية.

- المرضى الذين هم بحاجة إلى هذا الإجراء:

- \* الأمهات بعد الولادة أو العملية القيصرية، وذلك لمدة أسبوع عادة.
- \* حالات الإجهاض، وبعد العمليات الجراحية المهبلية.
- \* المرضى الراقدون في السرير ذوو المفرزات القيحية أو النزوف المهبلية.
- \* بعد استخدام الأصيص (Bedpan).

#### \* الطريقة:

- 1 - تغسل اليدان وتُثبس الكمامـة.
- 2 - يأخذ المريض وضعية الاستلقاء الظاهري، وتوضع تحته قطعة قماش غير قابلة للتبلل، وكذلك يوضع أصيص تحت المنطقة المراد غسلها.

---

1 - العجان (Perineum) : هي المنطقة التي تشمل مكان خروج البول ومكان خروج البراز (أي الفُكْلِ وَالْدُّبُرِ).

3 - نقف على الجانب الأيمن للمريض، نمسك وعاء المحلول المعقم باليد اليمنى، ونسكب المحلول على المنطقة، ثم نضع هذا الوعاء باليد اليسرى، ونمسك باليد اليمنى قطعة شاش معقمة بوساطة ملقط، وننفف الفرج من الأعلى إلى الأسفل، ثم نجف الفرج بشاش معقم. وإذا أردنا تنظيف منطقة الشرج فنستخدم شاشاً معقماً، مع مراعاة أن يكون المسح من الأمام إلى الخلف، وكذلك ننفف حشفة القصيب والصماخ بقطعة نظيفة ومعقمة. أما عند الأنثى فيمكن أن نقوم بالتنظيف الخارجي، أو إجراء غسل المهبل.

4 - تكرر العملية عادة كل 4 ساعات، أو عندما يكون ذلك ضرورياً.

#### - ملاحظات:

- \* يجب أن يكون المسح من الأمام إلى الخلف (من أعلى إلى أسفل).
- \* يجب ألا تعاد قطعة التنظيف إلى العجان بعد أن تكون قد لامست الشرج.
- \* يجب ألا يتذبذب السائل بقوة.

#### - الدوش المهبل (الإنطال أو غسل المهبل):

وهو إمرار الماء العادي أو الماء الحاوي على المواد المنظفة أو المعقمة إلى داخل المهبل، وذلك بدون تطبيق ضغط، ثم استخراجه ثانية، ويجرى للأهداف التالية:

- \* تنظيف المهبل لإزالة المفرزات المخرشة (Irritant).
- \* للوقاية من العدوى وإزالة الروائح الكريهة.
- \* تخفيف الاحتقان والالتهاب، وتتنبيه الدوران في الأعضاء الحوضية.
- \* إيقاف النزف.
- \* تحضير المهبل للعمل الجراحي.

#### 4 - العناية بقرحات الفراش:

قرحات الفراش عبارة عن نسج ميتة، تتسبب عن الضغط المديد الذي يؤدي لقطع التروية عن هذه النسج وبالتالي تموتها.

- الأسباب :

الضغط، الاحتكاك، الرطوبة.

- العوامل المؤهبة:

الشلل - سوء التغذية - التورم - الكسور - السمنة - سلس البول - التقدم بالعمر.

\* الطريقة:

- \* تخفيف الضغط: وذلك بتغيير وضعية المريض والتدليك.
- \* الوقاية من الرطوبة: بتخفيف التعرق و بتغيير الألبسة والكمادات.
- \* تجنب الاحتكاك بوضع وسادات (كما في الشكل 1)
- \* التغذية الغنية بالبروتين والفيتامينات.
- \* مراقبة الأعراض المبكرة كالاحمرار والألم وتغير اللون وإخبار الطبيب بذلك.

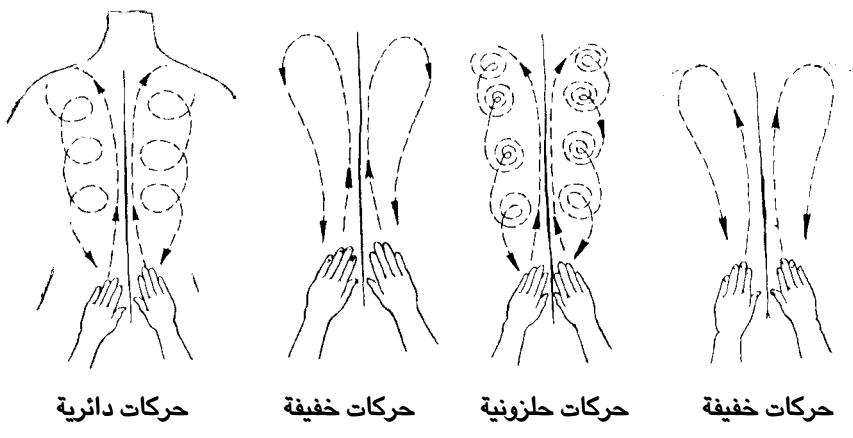
## 5 - تدليك الظهر:

يعد تدليك الظهر جزءاً من العناية الصباحية اليومية (الروتينية). كما يساعد على راحة المريض إذا أجري مساء أو خلال النهار أثناء تغيير وضعيته. قد يستغرق تدليك الظهر ثلث دقائق تقريباً، ويستطيع المرافق التكيف في الوقت حسب حاجة المريض.

ينبه تدليك الظهر دوران الدم في الجلد ويقي من فرّحات الفراش، لأن زيادة الدوران في المناطق العظمية هامة جداً للحماية من الإصابة بهذه الفرّحات. كذلك فإن تدليك الظهر ينبه المريض وينعشه أو يهدئه ويريحه. وتساعد سرعة التدليك واتجاهه على الوصول إلى النتيجة المرجوة. ويجب أن يتضمن التدليك حركات تمسييد طويلة سلسة، لأن الحركات تزيد من كمية الدم الوارد إلى الجلد.

## \* الطريقة:

- \* مساعدة المريض على اتخاذ وضعية الانبطاح.
- \* غسل ظهر المريض بالماء الفاتر والصابون وتجفيفه جيداً، وهذا الاغتسال ليس ضرورياً إذا أجري تدليك الظهر بعد حمام السرير بوقت قصير.
- \* وضع السائل المرطب بين اليدين وفرك راحتيهما حتى يصبح دافئاً. لأن تطبيق السائل المرطب بارداً على الظهر يضايق المريض.
- \* وضع اليدين، بعد تدفئة المرطب، على جلد الظهر بدءاً من قاعدة العمود الفقري باتجاه الأعلى بالتدليل بمحاذة الظهر. إكمال التدليل حول الكتفين ثم متابعته على جانبي الظهر، مع تطبيق ضغط أكبر على حركات التدليل العلوية، أكثر مما يطبق على حركات التدليل السفلية.



شكل 6 : حركة اليدين أثناء تدليك الظهر

- \* متابعة حركات التدليل الطويلة بحركة دائيرية متغيرة (الشكل 6)، واستخدام حركة التدليل الطويلة باتجاه الأعلى وتطبيق الحركة الدائرية باتجاه الأسفل.
- \* إعادة الحركة أربع مرات بشكل متواصل ودون انقطاع.
- \* الحركة الثالثة هي التدليل بحركة حلزونية، وتتنفيذ هذه الحركة الحلزونية براحة

اليدين وتكرار الحركة أربع مرات. استخدام مزيد من المادة المرطبة (مرهم مرطب) إذا لزم الأمر.

\* تكرار حركة التدليك الطويلة لأعلى الظهر ولأسفله وتكرار هذه الطريقة مدة 3-5 دقائق.

\* مسح الكمية الزائدة من المادة المطرية، ورش الذرور على ظهر المريض، ولا ينصح باستعمال الذرور إذا كان جلد المريض جافاً.

\* ربط قميص المريض مع بعضه من الخلف، ومساعدته على اتخاذ وضعية مريحة.

\* عند ملاحظة أي منطقة احمرار على جلد المريض يجب تسجيلها وإخبار الطبيب عنها.

## ثانياً: العناية الخاصة:

### 1 - العناية بالمريض الفاقد الوعي (المسبوتو):

#### فقدان الوعي:

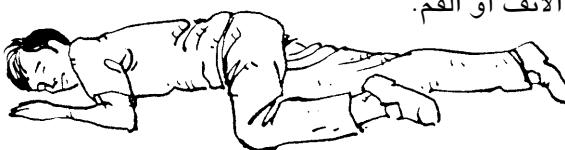
هي حالة يكون فيها المريض غير متنبه وغير متصل بالبيئة المحيطة، وبالتالي لا يتفاعل مع المنشآت الخارجية.

#### - الأسباب:

- 1 - التخدير العام: يجب مراقبة المرضى حتى عودة الوعي لديهم.
- 2 - فقدان الوعي الرضحي المنشأ (**Traumatic**): الحوادث، السقوط من شاهق.
- 3 - اضطراب التروية الدموية الدماغية.
- 4 - ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بسبب الأورام.
- 5 - التسمم بالأدوية أو الغازات.
- 6 - تغيير كيميائية الدم (الداء السكري، الكحولية).
- 7 - الصرع.
- 8 - المخدرات.
- 9 - الفشل الكلوي.

## - مراقبة المريض:

- \* مراقبة المظاهر العام ووضعه بالوضعية الخاصة بفأقد الوعي (المسبوت)  
(الشكل 7).



شكل 7 : وضعية المريض المسبوت

- \* مراقبة حدوث أي نزف من الأنف أو الفم.

- \* مراقبة خروج مفرزات من الفوهات الطبيعية (فم، أنف، شرج) أو أي سائل.

- \* مراقبة رائحة النفس.

- \* مراقبة حالة الجلد:

برودة، جفافه، لونه.

- \* تسجيل العلامات الحياتية كل دقيقة (الضغط، التنفس، الحرارة..).

- \* حالة الحدقتين.

## 2 - العناية بالمريض المتهيج:

- \* عندما تستدعي إلى مسرح الحادث، أو لمساعدة شخص متهدج أو يهذي، تأكّد من أنك سوف تكون ثابتاً ومتفهماً ومطمئناً ويحظأً جداً.

- \* أبعد المريض بأسرع ما يمكن عن أي نوع ممكّن من العوامل البيئية تكون قد تسبّبت في حالته الراهنة، سواء كانت تلك العوامل تمثّل في أشخاص أو مواقف.  
أصغِ إليه إذا رغب في الكلام.

- \* احصل على تعاون أي شخص آخر يكون قريباً، واحصل كذلك على معلومات موضوعية في هذا الصدد، أو اقنع هذا الشخص بأن يصاحبك إلى المستشفى، واحصل على رقم هاتفه إذا فشل كل شيء آخر.

- \* ابحث عن أي دليل على الإصابة، كزجاجات الكحول، أو عبوات العقاقير في المنطقة.

\* إذا ما قررت اصطحاب المريض للعلاج فتصرف بسرعة، فكل مريض متعدد يجب ملاحظته باستمرار أثناء النقل، حتى لو تطوع بالحضور معك، فقد يغير رأيه. وقلما تكون هناك حاجة لقيود أخرى غير الأحزمة العاديّة حول الوسط والفخذين، ويجب ألا تستخدّم هذه إلا مع المرضى المتهيّجين أو المضطربين للغاية، ولا تستخدّم مطلقاً مع المرضى أثناء النوبات. ويجب أن تكون مبطنة لتجنب انقطاع تدفق الدم إلى موضع الإصابة أو الأعصاب. وبالنسبة للمرضى في حالات النوبة يجب توفير خافض مبطن للسان لوضعه في فم المريض لمنعه من عض لسانه، وإذا ما أصيب المريض بنوبة فامسك بيديه وليس بساقيه، وافتح ياقته المحكمة لتأمين تنفسه بحرية.

#### - تقيد المريض:

التقيد (الحَجْر) طريقة تهدف إلى حماية المريض المتهيّج من الإصابة بأذى أو من إيذاء نفسه بتقيد فعاليته أو فعالية جزء معين من جسمه، لذلك قد يكون التقيد آلياً كوضع جبس أو وضع حواجز حول السرير، أو يكون التقيد دوائياً حيث يقيّد المريض العقلي باستعمال المهدئات أو المطمئنات.

#### - مخاطر التقيد:

- \* تشکل القرحات.
- \* التهاب الرئة.
- \* هبوط القدم (Foot drop).
- \* أذية العضو المثبت (تأدي الدوران، تأدي الجلد..).
- \* حدوث أذية عصبية.

### 3 - العناية بالمريض المصاب بأمراض جلدية:

#### - مبادئ عامة:

\* إن التعرض لأشعة الشمس والهواء النقي، وحمامات الهواء، وفرك الجسم بالمنشفة، هي عمليات ذات تأثير جيد على الجلد السليم.

- \* يفضل استخدام الصابون المعتدل الخالي من الشوائب القلوية (الصابون العطري، صابون الحمام).
- \* يفضل غسل الجلد الجاف بصابون يحتوي كمية كبيرة من الدهون (صابون الأطفال، صابون الجليسرين) أما إذا كان جلد الوجه جافاً، فيفضل غسله بالماء فقط دون صابون.
- \* لا يجوز معاملة جلد المصابين بأفة جلدية بمحلول اليود، لأنه قد يؤدي إلى ظهور تحسس لديهم.

#### - العناية بجلد الأطفال:

يتميز جلد الأطفال بكثافة الأوعية الدموية فيه وبنعمته وطراوته، وياحتواه على كمية كبيرة من الماء وكمية جيدة من النسج الدهني، كما يتميز بالنفوذية المرتفعة للأوعية الدموية (ولهذا نلاحظ كثرة الحساسية وشدتها)، كما أن تعطن (Jelld Maceration) جلد الأطفال أسهل بكثير من تعطن جلد البالغين.

لذلك كله يجب أن نولي جلد الأطفال اهتماماً خاصاً، فليس كل ما يدهن به جلد الكبار يدهن به جلد الأطفال.

#### - المعالجة الموضعية للجلد:

تنظف المنطقة المصابة من القشور والقيح (الصدید) وبقايا الأفة الجلدية بملقط وحشوات قطنية مبللة بمادة معقمة. يجب عدم نزع القشور وبقايا المرهم أو الدواء بقوة، إنما تنقع وتنظف بعد عدة دقائق.

### 4 - العناية بالمريض المصاب بسرطان:

يحتاج المريض المصاب بسرطان (بورم) لعناية مزدوجة، فهو يحتاج لعناية نفسية واجتماعية، لأن كلمة سرطان أو ورم تعني البؤس والشقاء والموت، كما يحتاج

لعناية طبية تمرسية، خاصةً عندما يتلقى المعالجة الكيميائية أو الشعاعية.  
فالسرطان ومعالجته يسببان أعراضًا ومظاهر تتطلب معالجة خاصة.

تشمل المعالجة النفسية والاجتماعية كل أشكال المساعدة التي تقدم من الكادر الطبي والكادر التمريضي والكادر الفني، كذلك المساعدة المقدمة من قبل الحيطين بالمريض من أقرباء وأصدقاء.

أما **الأعراض** التي تظهر بسبب المرض نفسه فيترك أمر معالجتها للطبيب المختص، في حين يمكن للأهل أن يتعاملوا مع الأعراض الناجمة عن المعالجة الكيميائية أو الشعاعية، وأهم هذه الأعراض هي:

**تساقط الشعر:** وهو فقد الدائم أو المؤقت للشعر، فبعض الأدوية تؤدي إلى ضمور بصلات الشعر، وتحدد الجرعة ومدة التعرض للدواء درجة ومدة تساقط الشعر، حيث يختلف من تساقط خفيف إلى صلع دائم. كما أن تساقط الشعر من أماكن أخرى من الجسم أقل حدوثاً وأقل شدة، لأن بصلات الشعر أقصر نمواً. إضافة إلى تساقط الشعر، قد تحدث تغيرات في لون الشعر أو نعومته، أو كليهما، عندما يعود الشعر لينمو من جديد.

## - العناية:

\* يجب تحديد موعد تساقط الشعر المتوقع، وذلك اعتماداً على الجرعة وعلى تأثير الدواء، وعلى وظائف الكبد والكلية، وعلى التجارب السابقة، ويجب إخبار المريض بذلك، مع محاولة تأمين اتصال مع شخص آخر خاص نفس التجربة واستعاد شعره، ليستعيد المريض الثقة.

\* للإقلال من تساقط الشعر، يعطى الدواء حقناً بالوريد ودفعة واحدة خلال فترة قصيرة - إن أمكن - مع تخفيض درجة حرارة فروة الرأس، باستعمال القلنسوة الجلدية.

\* إذا شعر المريض بصداع أو رجفة بعد تطبيق القلنسوة، يمكن إعطاؤه الباراسيتامول بجرعة 500 مجم، قبل وضع الثلج بنصف ساعة.

## - نصائح للمريض:

- \* يفضل استخدام شامبو خفيف، مع تجنب الإسراف في استخدامه، مع غسل الشعر جيداً وتجفيفه بلطف.
- \* يجب تجنب استخدام مجففات الشعر الكهربائية (السيشوار) أو الملففات، أو شرائط الشعر، أو مثبتات الشعر، أو الصبغات.
- \* يجب تجنب الإسراف في تمشيط الشعر، أو تصفييفه.
- \* يفضل ترك الشعر طويلاً لإعادة تصفييفه، وتغطية مناطق الصلع.
- \* يفضل لبس شعر مستعار (باروكة)، أو لبس شبكة للشعر، ويفضل اختيار الباروكة قبل البدء بالمعالجة، لاختيار لون الشعر المناسب وطرازه، وهذا عامل هام جداً في المعالجة النفسية والتأهيل الاجتماعي.
- \* يمكن البدء بلبس الشعر المستعار قبل تساقط الشعر التام، حتى يعتاد المريض عليه.
- \* ينصح باستخدام قلم لتخطيط الحاجبين، أو الرموش الصناعية، إن دعت الحاجة.
- \* ينصح بلبس طاقية، أو أي غطاء للرأس مساء في المنزل.

## 5 - العناية بالمريض المصاب بالحمى:

- \* الراحة في السرير شيء أساسى.
- \* إبقاء المريض هادئاً مع تحديد وتجنب الانفعال.
- \* تطبيق كمادات باردة إما موضعياً أو بشكل عام، وذلك لتخفيض الحرارة مثل: تطبيق كمادات أو اسفنجات باردة.
- \* إعطاء السوائل الباردة (0.5-5 لترات) يومياً، مما يخفض درجة الحرارة ويزيد من إطراح الكلية والجلد.
- \* إعطاء عصير الفواكه يومياً، وذلك لتحسين حركة الأمعاء والإطراح المعوى، وفي حال فشل ذلك، يجب إعطاء ملينات خفيفة، أو حقنة شرجية بالماء والصابون كل

يومين.

\* يمكن إعطاء خافضات الحرارة.

\* التغذية عن طريق الحمية السائلة: أي إعطاء قوت سائل غني بالسكريات حيث إنه أسهل هضمًا.

\* ولتحسين عملية ضياع الحرارة يجب أن تكون الغرفة مهواًة بشكل جيد، ويجب استعمال ملابس خفيفة ما لم يشعر المريض بالقشعريرة والنوافض (البردية) (Chills).

## 6 - العناية بالمريض المصابة بالقشعريرة (الرعدة Shivers):

**القشعريرة** هي اضطرابات مفاجئة في جهاز تنظيم الحرارة. وعادة ما توجد في حالات العدوى، ولها الأدوار التالية:

- 1 - دور البرودة: يشعر المريض بالنوافض (البردية) وترتفع درجة الحرارة.
- 2 - دور الحرارة: يشعر المريض بالحرارة بسبب التوسع الوعائي، كما يشعر بالعطش.
- 3 - دور التعرق: يشعر المريض بالحرارة، ويتعرق بشكل غزير، مما يؤدي لهبوط درجة الحرارة.

ومن ثم يشعر المريض بالقشعريرة ثانية.

### - العناية التمريضية:

- في الدور الأول: تغطية المريض: إعطاء زجاجة الماء الساخن، إعطاء سوائل ساخنة.
- في الدور الثاني: إعطاء العلاج التبريدي: مثل القلنسوة الجليدية، السوائل الباردة.
- في الدور الثالث: مسح العرق بقطعة قماش دافئة رطبة مع عدم كشف المريض.

## 7 - العناية بالعين:

### - تركيب العين الصناعية:

يجب غسل اليدين قبل إدخال العين الصناعية، ثم غسل العين الصناعية بالماء المغلي وتنشط العين، بحيث تكون نهايتها الضيقية باتجاه الأنف والحفرة الصغيرة إلى الأعلى وتدخل تحت الجفن العلوي، مع شد الجفن السفلي إلى الأسفل في نفس الوقت مع إدخال العين إلى مكانها.

يسحب المريض العين مساء قبل النوم، وينظفها من المفرزات المخاطية العالقة بها ويغسلها بمحلول مطهر. ولنزع العين يسحب الجفن السفلي نحو الأسفل باليد اليسرى، ويدخل لوح زجاجي عيني تحت حافة العين الصناعية، وبحركة خفيفة للأسفل والأمام تنزع العين. يغسل المريض جوف الملتحمة بماء مغلي مبرد، يفضل النوم والعين الصناعية في مكانها، خاصة خلال السنة الأولى من العملية الجراحية.

### - قلب الجفن وفحص الملتحمة:

إذا أردنا فحص الملتحمة، نطلب من المريض أن ينظر للأعلى، ونسحب الجفن السفلي للأسفل بالإبهام. أما إذا أردنا فحص ملتحمة الجفن العلوي فنطلب من المريض أن ينظر للأسفل، ثم نمسك بطرف الجفن العلوي وبالرموش بأصابع اليد اليسرى: الإبهام والسبابة، ونشدهما معاً للأمام والأسفل، ونضغط بإصبعنا أو بشيء آخر على وسط الجفن بين حافته والجوانب، ونحرك الجفن للأسفل ثم الأعلى (الشكل 8).



شكل 8 : قلب الجفن

- غسل العين:

الغاية:

- \* غسل عيون المصابين بالحرق.
- \* في حال وجود أجسام غريبة سطحية.
- \* في حال وجود مفرزات.
- \* لتخفييف العدوى.
- \* لتلطيف العين المتهيجه.
- \* للإعطاء الموضعي للدواء.

- نستعمل لغسل العين كأساً ذات أطراف غير حادة مملوءة بمحلول

دوائي.

- يجب عدم استعمال المحقنة العادمة بإبرتها المعروفة خشية إصابة العين بالإبرة الحادة عند تحرك المريض أثناء الغسل.

- يجب وضع حوض بملامسة وجنة المريض ليستقبل المحلول.

الطريقة:

\* يبعد الجفنان ثم ينظر المريض إلى الأعلى.

\* يصب المحلول بلطف ثم يجفف الجفنان والوجنة.

## 8 - العناية بالمسن:

- التغيرات الصحية التي تطرأ على المسن:

عندما يتقدم العمر بالإنسان تتدنى قدراته، وتضعف وظائف أعضاء جسده، فتقل كفاءة الكليتين بنسبة (50-20%)، ويصبح أكثر عرضة للجفاف، وتشيخ الدورة الدموية ويضعف القلب، ويصبح معرضاً للإصابة بارتفاع ضغط الدم، كما يقل إفراز البنكرياس لهرمون الإنسولين، مما يعرضه للإصابة بالداء السكري، وتقل إفرازات الغدة الدرقية، مما يسبب له الضعف العام والاكتئاب.

كذلك فإن تدني معدل الهرمونات الجنسية يعرضه للإصابة بوهن العظام مما يجعله عرضة لكسور الأضلاع، الفقرات، الحوض، عظام الفخذ، خاصة مع ضعف بصره واحتلال توازنه وضعف قدراته العضلية. أما المخ فإنه يفقد الملايين من خلاياه، مما يضعف الذاكرة والقدرة على التحكم في الحركة، والقدرات الإدارية ومنها التحكم في التبول أو التبرز. ومع تساقط الأسنان، يصبح المسن غير قادر على مضغ الطعام، كما يعاني من عسر الهضم، والانتفاخ، والإمساك المزمن.

وهكذا، فالمسن يعاني من العديد من المتابع الصحية والنفسية التي تحتاج لرعاية خاصة من أبنائه والمحظيين به.

#### - الرعاية الصحية:

- \* يجب أن يقدم للمسن طعام متوازن، لا يحتاج لمضغ كثير، سهل الهضم، قليل الدهون، كثير الألياف في محتواه، غني بالفيتامينات والمعادن، مع الإكثار من الفاكهة والخضروات الطازجة والسوائل.
- \* من الضروري إجراء فحص طبي دوري للمسن لمتابعة ضغط الدم، والقلب والأوعية الدموية، ووظائف الكليتين، والصدر، وغيرها.
- \* من الضروري إشراف الأبناء على دقة تناول الأدوية والعقاقير.
- \* يحتاج المسن إلى الحركة، لتنشيط الدورة الدموية والقلب، ومنع ضمور العضلات ووهن العظام، والمشي هو الرياضة الأنسب والأمثل.
- \* يجب الاهتمام بنظافة المسن، ورعاية الجلد، لمنع حدوث تقرّحات الفراش، وتغيير وضع رقاده باستمرار.
- \* يجب العمل على رفع معنويات المسن دائمًا، ومناقشة أي عوارض صحية يشكو منها باهتمام وتجاوب.
- \* يجب تأمين دور أرضية بلا عوائق، وبإضاءة مناسبة، تمنع تعثر المسنين أو سقوطهم.

\* يجب البقاء دائمًا بالقرب منهم، لتقديم المساعدة والعون، لرد الجميل، ونيل الأجر من الله عز وجل.

## - الرعاية النفسية:

عندما ينشغل الأبناء بمسؤوليات الحياة عن والديهم، يصاب المسنون بالانعزالية والاكتئاب. بل إنه - وللأسف - يعتقد البعض أن إيداع المسنين دور الرعاية هو الحل الأسهل للتخلص من رعايتهم، وهي جريمة تدفع المسنين إلى الحزن والأسى والشعور بالحرمان. والمكان الطبيعي للمسن هو الأسرة بين دفء الأبناء والأحفاد، ويجب عدم ترك المسنين بالمنزل لوحدهم، بل يجب مشاركتهم في أمور الأسرة ونقاشاتها، وطلب المشورة والرأي منهم، ومنهم الشعور بالأهمية. فالكبار بالسن هم من جاءوا بنا إلى هذه الحياة، ووفروا لنا الرعاية في طفولتنا، والإرشاد في شبابنا، وأفنوا سنوات العمر في خدمتنا، وربما خدمة أطفالنا أيضًا.

لنجعل لمسينا مكاناً ودوراً وأهمية وسط الأسرة، ولنعلم الأحفاد احترامهم وتوقيرهم وإجلالهم. لنساعدهم على تقبل وتحمل مشاق ومتاعب الشيوخة، ولنحرص على متابعتهم وفحصهم طبياً بصورة دورية. ولنتذكر دائمًا أن إيداعهم بدور الرعاية وإهمالهم دون زيارة إنما هو تجاهل لأبسط الحقوق التي منحها الله عز وجل لهم. ولنتذكر جميعاً أننا سنصل إلى تلك المرحلة، وبقدر رعايتنا لوالدينا سيرعايانا أبناؤنا، ولنتذكر:

«إنما جُعل الإحسان للوالدين تاليًا لعبادة الله»، لوجوه عدة أهمها:

- \* أن الوالدين سبب وجود الولد.
- \* إنعامهما يشبه إنعام الله.
- \* إنهم لا يقطعان كرمهما عن الولد، وإن كان غير بار بهما.



## **الفصل الثاني**

### **نقل المريض وتحريكه**

#### **أولاً: نقل المريض**

- 1 - نقل المريض بمساعدة شخص واحد
- 2 - نقل المريض بمساعدة شخصين
- 3 - نقل المريض بمساعدة ثلاثة أشخاص

#### **ثانياً: تحريك المريض**

- 1 - تحريك المريض للجهة القريبة من السرير
- 2 - تحريك المريض بمساعدة شخص واحد
- 3 - تحريك المريض بمساعدة شخصين
- 4 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظاهري إلى الوضع الجانبي
- 5 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظاهري إلى وضع الاضطجاع البطني
- 6 - دحرجة المريض
- 7 - استعمال ملاءة السحب



## **الفصل الثاني**

### **نقل المريض وتحريكه**

#### **أولاً: نقل المريض:**

يحتاج المريض المنهك أو غير القادر على الحركة لمن يساعدته في التنقل من السرير إلى الكرسي، أو إلى مكان آخر، وقد تحتاج لرفع المريض من سريره لتغيير فراشه.

ولما كانت المساعدة عملية تحتاج إلى مهارة وخبرة، فيجب على المرافق أو الناقل أن يتدرّب عليها، بنقل أو رفع أحد أصدقائه (كمرضى)، قبل أن يباشر بنقل المرضى الفعليين، ويجب أن نهتم بأمرتين اثنين:

\* راحة المريض.

\* التأكد من إمكانية نقل (أو رفع) المريض دون أذى له أو للناقل.

#### **1 - نقل المريض بمساعدة شخص واحد:**

يمكن - في حالات خاصة - لشخص واحد أن يرفع المريض وحمله، بإدخال ذراعيه تحت إبطيه، وقد تكون هذه الطريقة مريحة للمرافق ولكنها مزعجة للمريض، إذ قد تسبب خلعاً في مفصل الكتف عند الأشخاص الضعيفين.

## 2 - نقل المريض بمساعدة شخصين:

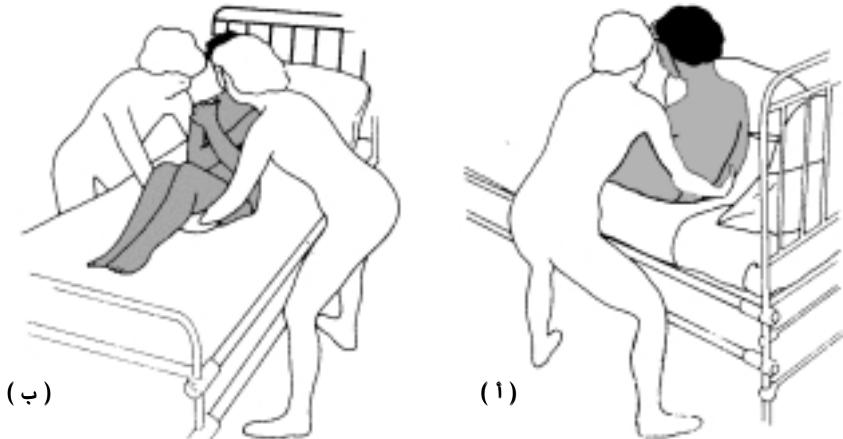
ويتم ذلك بطريقتين: الطريقة التقليدية وطريقة الكتفين.

يجب ملاحظة أنه عند نقل المريض من السرير، أو رفعه منه، بالطريقة التقليدية، يقف كل ناقل في أحد جانبي السرير (الشكل 9).

أما عند نقل المريض من السرير إلى الكرسي، أو رفعه منه، باستخدام الكتفين، فيقف الناقلان في جانب واحد من السرير (الشكل 10).

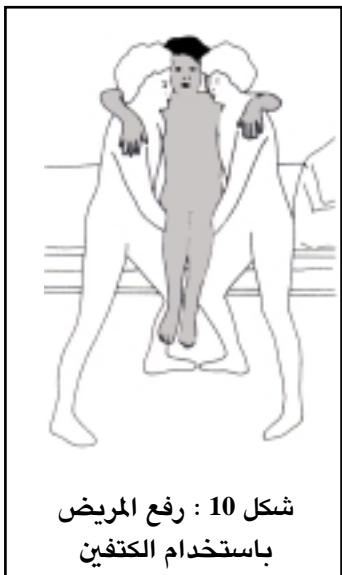
### - نقل المريض من السرير بالطريقة التقليدية:

- \* يضع الناقل إحدى يديه تحت فخذ ذي المريض، واليد الأخرى خلف المريض (الشكل 9 - أ).
- \* يبعد الناقل بين ساقيه ليثبت على الأرض.
- \* يمسك الناقل بيده الناقل الآخر تحت فخذ ذي المريض (الشكل 9 - ب).
- \* يتم رفع المريض، بجعل الساقين ممدودتين شيئاً فشيئاً.



شكل 9 : نقل المريض من السرير

## - نقل المريض من السرير باستخدام الكتفين:



شكل 10 : رفع المريض  
باستخدام الكتفين

\* يقف الناقلان في جهة واحدة.

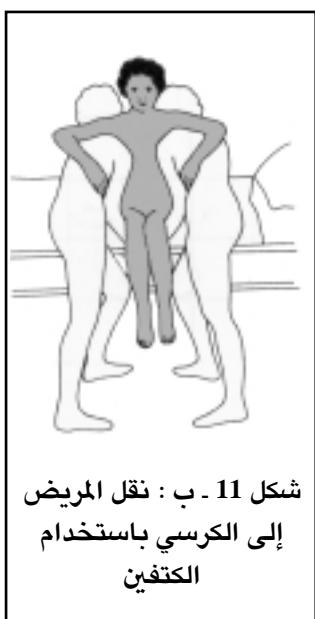
\* يقف الناقل بحيث يكون مستوى جسم الناقل عند وركي المريض ويمسك ذراع الناقل في الطرف الآخر تحت فخذى المريض.

\* يضع الناقل كتفه تحت إبط المريض بينما يريح المريض ذراعيه على ظهرى الناقلتين.

\* يستقيم الناقلان شيئاً فشيئاً ويقتربان من السرير قدر الإمكان (الشكل 10).

## - نقل المريض إلى الكرسي بالطريقة التقليدية :

لاحظ وضعية الركبتين المثنىتين للناقلين وكيفية وقوف الناقلين (وضع أقدامهما) (الشكل 11 - أ).



شكل 11 - ب : نقل المريض  
إلى الكرسي باستخدام  
الكتفين

## - نقل المريض إلى الكرسي باستخدام الكتفين:

يدعم الذراعان  
الحران ظهر المريض من  
الخلف ويمكن لأحد  
الناقلين أن يستعمل  
ذراعه الحرة لحمل  
شيء ما كزجاجة  
التسرير الوريدي  
(الشكل 11 - ب).



شكل 11 - أ : نقل المريض  
إلى الكرسي بالطريقة  
التقليدية

### 3 - نقل المريض من السرير بمساعدة ثلاثة أشخاص:

- 1 - نقل المريض لأحد جانبي السرير.
  - 2 - يقف المراافق الأطول عند رأس المريض ويدخل ذراعيه تحت كتفي المريض.
  - 3 - يقف المراافق الثاني عند خصر المريض ويدخل ذراعيه تحت وركي المريض.
  - 4 - يقف المراافق الأقصر عند ركبتي المريض ويدخل ذراعيه تحت الفخذين والساقيين.
- شكل 12 : نقل المريض بمساعدة 3 أشخاص
- 5 - يعد المراافق الذي يحمل الثقل الأكبر من الجسم (المراافق رقم 2): 1، 2، 3 وعندما يقوم المرافقون الثلاثة برفع المريض ودحرجته نحوهم بحركة واحدة تشبه العناق.
  - 6 - يمشي المرافقون الثلاثة بهذه الوضعية بخطوات متزامنة نحو الخلف حتى يصلوا قرب النقالة.
  - 7 - مع العد 1، 2، 3 للأسفل يضع المرافقون المريض على النقالة باللحظة نفسها.



### ثانياً: تحريك المريض:

يجب تشجيع المريض على الحركة باستمرار (أو تحريكه باستمرار) حسبما تسمح حالته فالحركة هامة لأهداف كثيرة:

- 1 - تدعم رجوع الدم من الأطراف السفلية وبالتالي تحمي من حدوث الركودة الدموية والخثرات.
- 2 - تسمح الحركة بحدوث أوسع تمدد ممكн للرئتين، وهو هدف لا يمكن تحقيقه أثناءبقاء المريض في الفراش لفترة طويلة.

3 - تُجَبِّبُ الحركة المستمرة المريض من تعرضه للضغط على مناطق محددة من جسمه، والذي يؤدي مع الوقت لأنذية جلدية وقرحات الفراش التي تكون صعبة الشفاء.

من الضروري زرع الثقة في نفس المريض بقدراته على التحرك خارج السرير بأمان، ولمساعدته على ذلك يوضع كرسي ذو ارتفاع مناسب قرب السرير ويُبعد الأثاث غير الضروري عنه ويحضر حذاؤه وملابسها بقرينه وتتوسط الأنابيب والأجهزة في جهة السرير الأخرى بعيداً عن مكان نزوله، وتوضع خطة واضحة لحركة المريض تسمح له بخدمة نفسه قدر الإمكان، وتقدم له المساعدة عند الحاجة مع الانتباه لتدفتها.

يجب اتباع قواعد صحيحة أثناء تحريك المريض ضمن سريره حفاظاً على سلامته وسلامة الشخص الذي يحركه. يتم التحرير بعد وضع السرير بشكل مستو حتى لا يكون الجهد المطبق معاكساً للجانبية الأرضية، وإذا كان هذا الوضع مزعجاً للمريض فيمكن التأقلم حسب الوضع المريح له.

يجب أن تكون الحركات متناسقة ولطيفة مع التأكد من جاهزية وسائل الأمان كالحواجز الجانبية ومكابح العجلات.

## 1 - تحريك المريض للجهة القريبة من السرير:

تعد هذه الخطوة مرحلة أولى في جميع أنواع التحرير الأخرى:

- 1 - يدخل الشخص ذراعيه تحت رأس المريض وكتفيه ويسحبه نحوه.
- 2 - يدخل ذراعيه تحت وركيه ويسحبهما نحوه.
- 3 - يدخل الشخص ذراعيه تحت ساقي المريض ويسحبهما نحوه.
- 4 - إعادة الخطوات الثلاث السابقة حتى يصبح المريض بالوضع المناسب على السرير.

## 2 - تحريك المريض بمساعدة شخص واحد:

تتبع هنا الخطوات نفسها المذكورة سابقاً، أما بالنسبة للمريض المتعاون، ولو جزئياً، فتتبع خطة أخرى يتم فيها تشجيع المريض على التحرك بشكل مستقل

لقوية ثقته بنفسه وبإمكانات شفائه التام.

1 - الطلب من المريض أن يثنى ركبتيه ويثبت قدميه جيداً على سطح السرير، وتقديم المساعدة اللازمة لتحقيق هذه الخطوة.

2 - الطلب من المريض الإمساك بالحواجز الجانبية بمستوى كتفيه، أو بمسند السرير العلوي، ومحاولة سحب جسمه نحو الأعلى.

3 - يدخل الشخص ذراعيه تحت وركي المريض متوجهاً بنظره نحو قدمي السرير، بحيث تكون إحدى قدميه متقدمة عن الأخرى في ارتكازها على الأرض وبقاء ظهر الشخص مستقيماً مع

انحناء وركنه وركبته، والاعتماد على عضلات ساقيه القويتين أثناء تحريك المريض (الشكل 13).



شكل 13 : تحريك المريض في السرير بواسطة شخص واحد

4 - تعليم المريض طريقة رفعه عن السرير بعد عد: (1، 2، 3) ارفع.

5 - بانتهاء العد، يبدأ المريض بعملية السحب بذراعيه والدفع بقدميه، فيساعد بذلك الشخص على القيام برفعه عن السرير، باستعمال عضلات الساعدين المعطوفة.

### 3 - تحريك المريض بمساعدة شخصين:

يصبح من الضروري في حال كون المريض ثقيل الوزن أو غير متعاون الاستعانة بشخص ثان لتحريكه (وأحياناً ثلاثة أشخاص).

#### الخطوات:

1 - تحريك المريض للجهة القريبة من السرير بالطريقة المذكورة سابقاً.

2 - الطلب من المريض أن يثنى ركبتيه ويثبت أحمرص قدميه جيداً على السرير. فإن لم يتمكن من عملية الدفع بقدميه، فإن هذا الوضع للركبتين والقدمين يساعد الشخص على جر الوزن الناجم عن الساقين والجذع كلاً على حدة.



شكل 14 : تحريك المريض في السرير  
بواسطة شخصين

3 - إدخال الشخص الأول ساعديه تحت رأس المريض وكتفيه متوجهاً بنظره نحو قدمي السرير.

4 - إدخال الشخص الثاني ساعديه تحت وركي المريض من الجهة نفسها، وإدارة وجهه نحو قدمي السرير أيضاً.

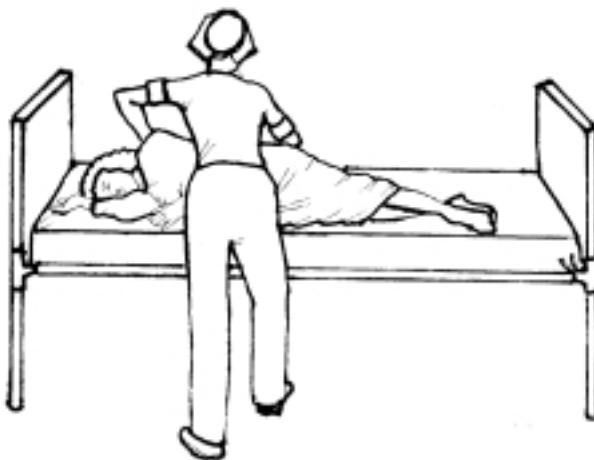
5 - بدء الشخص الثاني الذي يتلقى الوزن الأكبر من جسم المريض بالعد: (1، 2، 3) ارفع، ويتم رفع

المريض بوقت واحد عن السرير. وتعاد هذه المراحل مرات عديدة حتى يصبح المريض بالوضع المناسب المطلوب (الشكل 14).

#### 4 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظاهري إلى الوضع الجانبي:

- 1 - تحريك المريض بحيث يكون قريباً من مركز السرير.
- 2 - رفع الحاجز الجانبي القريب من المريض وانتقال الشخص للجهة الأخرى لتدحرج المريض باتجاهه.
- 3 - تجهيز الوسائل اللازمة للاستناد.
- 4 - هناك طريقتان لتحريك الجزء السفلي من جسم المريض أو قلبه، وتحتار الطريقة حسب راحة الشخص وإمكانات المريض للحركة.

- رفع الكاحل البعيد ليصالب مع نظيره القريب، ثم إمساك المريض بإحدى اليدين من النقطة خلف الورك البعيد.
- الإمساك بركبة الساق البعيدة لتصالب فوق القريبة وتدويرها بدءاً من الطرف البعيد للركبة.
- 5 - رفع الساعد القريبة للمريض بعيدة عن جسمه.
- 6 - تصالب الساعد البعيدة على صدر المريض.
- 7 - إمساك بالمريض من نقطة خلف الكتف البعيدة.
- 8 - بمساعدة اليدين معاً يتدرج المريض باتجاه الشخص (الشكل 15).
- 9 - تعديل وضع المريض ليصبح بالاضطجاع الجانبي السليم والمريح.



شكل 15 : تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظاهري إلى الوضع الجانبي

## 5 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظاهري إلى وضع الاضطجاع البطني:

- 1 - تحريك المريض للجهة القصوى من أحد جانبي السرير.
- 2 - رفع الحاجز الجانبي للسرير من جهة المريض وانتقال الشخص للجهة الأخرى

من السرير.

- 3 - وضع ساعد المريض القريب ممدوداً إلى جانب جسمه ورفع الساعد الآخر عالياً فوق رأس المريض.
- 4 - إدارة وجه المريض عكس جهة المريض لحماية وجهه عند الدوران.
- 5 - إدارة المريض إلى جانبه بإحدى الطريقتين المذكورتين سابقاً.
- 6 - قلب المريض في هذه المرحلة على بطنه.
- 7 - تعديل وضع المريض ليصبح بالاضطجاع البطني المريح.

## 6 - درجة المريض:

عندما يكون من الضروري بقاء جسم المريض مستقيماً في كل الحالات، يقلب المريض بطريقة تسمى الدرجة، وهذه الطريقة تحتاج لشخصين أو ثلاثة؛ وتتفذ كال التالي:

- 1 - تحريك المريض لطرف السرير القريب منه.
- 2 - رفع حاجز السرير القريب من المريض.
- 3 - انتقال الشخصين للجهة الأخرى من السرير.
- 4 - تحضير الوسائل الضرورية لراحة المريض في وضعه الجديد؛ وتحتاج عادة لوسادة تدعم الرأس، ليكون على استقامة العمود الفقري؛ ووسادة أخرى بين الساقين.
- 5 - مد الشخصين بيديهما ليمسكا الطرف بعيد من الجسم.

مع نهاية العد: (1، 2، 3) أقلب، يقلب المريض بوقت واحد بلطف، مع الحفاظ على جسمه مستقيماً تماماً أثناء الحركة (كلوح الخشب).

## 7 - استعمال ملاعة القلب (ملاعة السحب):

يمكن إنجاز عملية الدرجة باستعمال ملاعة القلب بسهولة ولطف بالترتيب

السابق نفسه، ولكن، عوضاً عن أن يقع الجهد على جسم المريض مباشرة، يقع على الملاعة فقط، حيث تمسك من طرفها البعيد، وتقلب باتجاه الشخص. تشكل هذه الملاعة دعامة لجسم وتمكن من بقائه مستقيماً ثابتاً.



شكل 16 : استعمال ملاعة السحب

العلوية عند كفيه، وتطوى الملاعة عند الجانبين بشكل المروحة، فإذا أردنا تحريك المريض أو رفعه تمسك الملاعة من الطرفين وتحرك حسب المطلوب (الشكل 16).

من ميزات هذه الطريقة أن الاحتكاك الناجم عن الحركة يقع ضمن طبقتين من القماش: الملاعة وثياب المريض، بينما في الطريقة السابقة فيقع الاحتكاك بين جلد المريض وثيابه، هذا إضافة إلى أن مسک الملاعة أسهل من مسک جسم المريض، وأقل إزعاجاً له.



## **الفصل الثالث**

### **وضعية المريض**

- 1 - وضعية الجلوس منتصبًا
- 2 - وضعية الاستلقاء الظاهري
- 3 - وضعية الاستلقاء البطني
- 4 - وضعية الاستلقاء الظاهري المعدل
- 5 - وضعية نصف الاستلقاء
- 6 - وضعية الاضطجاع على جنب
- 7 - وضعية المصاب بضيق النَّفَس الاضطجاعي
- 8 - وضعية استخراج الحصاة
- 9 - وضعية الصدر - الركبة
- 10 - وضعية تراندلينيرج
- 11 - وضعية نصف الجلوس
- 12 - وضعية الجلوس في الكرسي



## **الفصل الثالث**

### **وضعية المريض**

إن وضع المريض في السرير بشكل صحي، وتحريكه ضمن القواعد الأصولية إجراءات من مهامات الشخص، لكن هناك بعض المرضى العصبيين الذين يتحكمون بأوضاعهم ضمن السرير، ويتحركون حسب رغبتهم. وتحتاج هذه الفئة من المرضى إلى تنبيه مستمر، وإقناعهم بأن الوضعية السليمة لأجسامهم قد لا تتوافق دوماً مع راحتهم، مثلاً: يمكن لوجود وسادتين معاً تحت الرأس أن يوافق رغبة المريض، لكن هذه الوضعية تعطف العنق بشكل ثابت، وتؤدي لشنجمات شديدة مؤلمة للمريض.

ومن الضروري الانتباه لوضعية المريض أثناء الليل، ومراقبته كل ساعتين تقريباً، لأن كثيراً من المرضى يغيرون أوضاعهم مرات عديدة في الليل. وبال مقابل هناك مرضى يحتاجون لراقبة مستمرة لتقليفهم من وضع آخر، وذلك تجنباً لحدوث أذى جلدي. وبشكل عام، يجب تطبيق برنامج يومي للتحريك وتغيير الوضعية لجميع المرضى، لتجنب تطور القرحات الانضغاعية لديهم. ومن المفيد السماح بإجراء بعض التمارينes الحركية غير الضارة بالوضعية المفروضة - كل حسب حالته - كما يمكن الاستعanaة بالأدوات المتوافرة لتأمين وضعية مرحة للمريض (مثل الوسائل، كيس رمل صغير، وسائد قدمية).

#### **1 - وضعية الجلوس منتصباً (Upright Position)**

يجلس المريض في سريره وظهره مسند إلى وسائد، والساقيان ممدودتان،

وهي وضعية المريض المرتاح، خاصة أثناء النهار، فهي تساعد على التنفس وتنمنع من حدوث المضاعفات (المشكلات) الصدرية (الشكل 17).



شكل 17 : وضعية الجلوس

## 2 - وضعية الاستلقاء الظاهري:

يوضع المريض بوضعية الاستلقاء

(الاضطجاع) الظاهري، بحيث يكون العمود الفقري بوضعية مستقيمة، مع وسادة رقيقة تحت الرأس، لمنع تمدد العنق (الشكل 18)، ويمدد الطرفان العلويان إلى جانبي المريض، ويمكن وضع وسادتين تحت الساعددين مع استعمال بكرات لليدين المصابتين بالخدر أو الشلل.



شكل 18 : وضعية الاستلقاء الظاهري

## 3 - وضعية الاستلقاء البطني (الأنبطاح، الانكباب على الوجه):

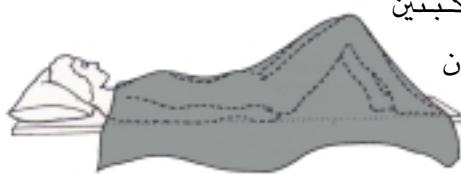
يستلقي المريض على بطنه، الرأس إلى الجانب، وتحته وسادة صغيرة. تستخدم هذه الطريقة بعد العمليات الجراحية، ولاسيما عمليات العمود الفقري، كما تستخدم عند وجود فرّحات الفراش نتيجة الضغط، لأنها تزيل الضغط عن العجز والوركين. لاحظ أماكن الوسائد: فالوسادة تحت البطن تمنع القعس (Lordosis)، والوسائد قرب القدم تمنع هبوط القدم (يجب استخدام عدد وافر



شكل 19 : وضعية الاستلقاء البطني

من الوسائل هنا)، وبقية الوسائل تؤمن للجسم عدم التماس المباشر مع السرير (الشكل 19).

#### 4 - وضعية الاستلقاء الظاهري المعدل أو الوضعية النسائية (Dorsal Gynecological)



وضعية استلقاء ظاهري مع ركبتين مثنيتين (معطوفتين)، الفخذان مثنيان قليلاً ومبعدان للوحشى، وقد تكون القدمان ملصوقتين إلى الإلبيتين (الشكل 20). تستخدم هذه الوضعية في: شكل 20 : الوضعية النسائية القثطرة، غسل المهبل وتنظيفه، الفحص النسائي.

#### 5 - وضعية نصف الاستلقاء (الاضطجاع) (Semi Prone) أو وضعية فقد الوعي (المسبوت) أو الجانبية:



لا نستعمل وسائل للرأس خشية إصابة العين عند المريض فقد الوعي، بل يكون الرأس مثبتاً للأمام قليلاً، والجسم أقرب لوضعية الانبطاح، كما أن الذراع السفلى موضوعة خلف المريض، وبذلك يثبت الرأس والصدر بحيث تخرج السوائل من الفم، وقد تدعم الساق العليا بوسادة (الشكل 21). تستخدم هذه الوضعية عند المريض فقد الوعي وقد تستخدم في الفحص النسائي.

## 6 - وضعية الاضطجاع على الجنب:

وهي الوضعية الأكثر استخداماً، حيث تقل احتمالات عدوى الصدر أو قرّحات الفراش، خاصة إذا تمكنا من تغيير الوضعية من جانب إلى آخر، كما أن حقل الرؤية واسع أمام المريض. وتكون الذراع السفلى ممدودة أمام المريض والساقي العليا مثنية قليلاً (الشكل 22). تستخدم لإعطاء الحقن المفرغة، الحقنات العضلية، فحص العجان، بعد العمليات.



شكل 22 : وضعية الاضطجاع على جنب

## 7 - وضعية المصاب بضيق النفس الاضطجاعي (Upright) أو وضعية فولر (Fowler Position):

يستخدم لهذه الغاية السرير الجراحي (الشكل 23)، أو يمكن وضع وسائد خلف الظهر، حيث يوضع المريض بوضعية نصف الجلوس، وقد تكون الركبتان مرفوعتين قليلاً، ويجب دعم القدمين بالوسائد، كما يمكن وضع وسادة تحت الذراع ليتمكن من الانحناء للأمام (الشكل 24)، كل ذلك منعاً لحدوث قرّحات



شكل 23 : وضعية المصاب بضيق النفس

الفراش. تستخدم هذه الوضعية:

- \* لتخفييف ضيق النفس.



شكل 24 : وضع وسائد تحت الذراع

- \* بعد العمل الجراحي لتحسين التصريف (النزع) من البطن أو الحوض.
- \* تحسين التروية والوقاية من الخثرات.
- \* لإرخاء عضلات البطن والعضلات الكبيرة في الظهر والفخذين.

## 8 - وضعية استخراج الحصاة (وضعية الانسداح) (Lithotomy Position)



وهي مثل الاستلقاء الظاهري ولكن الساقين محمولتان على حامل (الشكل 25). تستخدمن هذه الوضعية في التوليد، وعمليات المهبل المستقيم.

شكل 25: وضعية الانسداح

## 9 - وضعية الصدر - الركبة (وضعية التجبية) (Genupectoral):

حيث يستلقي المريض على صدره، الركبتان معطوفتين، والرأس إلى الجانب وتحتة وسادة (الثقل يكون على الصدر والركبتين)، ويمكن أن توضع وسادة صغيرة تحت الصدر أو البطن (الشكل 26).

تستخدم هذه الطريقة : لفحص المستقيم والمهبل، كمعالجة إسعافية لانقلاب الرحم والخلفي، وفي تمارين بعد الولادة.



شكل 26: وضعية التجبية

## 10 - وضعية تراندلفيرج :

يستلقي المريض على ظهره وذلك على مستوى مائل، بحيث يكون رأسه

أخفض من وركيه، والطرفان السفليان متديان  
أخفض من الجسم (الشكل 27). تستخدم  
هذه الوضعية خلال العمليات الجراحية  
على الأعضاء الحوضية وذلك لتحسين  
التروية الدماغية.



شكل 27 : وضعية  
ترندينبيرج

## 11 - وضعية نصف الجلوس :

يجلس المريض على حافة السرير المتصل  
بطاولة جانبية مفروشة بوسادة، ومرتفعة إلى  
مستوى مريض المريض، ينحني المريض للأمام،  
ويريح رأسه وذراعيه على الطاولة، لتحقيق  
راحته (الشكل 28).



شكل 28 : وضعية نصف الجلوس

## 12 - وضعية الجلوس في الكرسي:

يجب أن تستند قدمًا المريض بشكل مسطح إلى  
الأرض في هذه الوضعية، بحيث تكون زوايا الحوض  
والركبتين قائمة، ويمكن استعمال مساند خاصة للقدمين  
للمرضى القصار القامة، ويجب أن يكون العمود الفقري  
مستقيماً.



شكل 29 : وضعية  
المريض في الكرسي

يجب عدم وضع وسائد خلف الظهر، ويمكن دعم  
مرفقى المريض بمسند خاص يوضع على ذراعي  
الكرسي (الشكل 29).



## **الفصل الرابع**

### **حمام المريض**

**أولاً: حمام المريض في السرير**

- 1 - التحضير
- 2 - التنظيف

**ثانياً: حمام المغطس أو حمام الدوش**

- 1 - لتدابير الوقائية لحفظ السلامة
- 2 - المساعدة على حمام المغطس
- 3 - المساعدة في حمام الدوش



## الفصل الرابع

### حمام المريض

**أولاً: حمام المريض في السرير:**

#### 1 - التحضير:

يوفر تحضير الأدوات الالزمة للحمام وتجهيزها بشكل مسبق، الوقت والجهد، ويجنب ترك المريض أثناء إجراءات الاستحمام.

**الطريقة:**

- 1 - التأكد من إغلاق الأبواب والنواخذ لحماية المريض من البرد.
- 2 - وضع المناشف ومجموعة الأغطية على كرسي مرتبة حسب استعمالها، ووضع سلة الغسيل الملوث في متناول اليد.
- 3 - تقديم الأصيص أو (المبولة للمريض).
- 4 - إفراغ الوعاء وتنظيفه قبل البدء بالحمام، ثم غسل اليدين.
- 5 - خفض ظهر السرير إذا كان ذلك مسموحاً به، حسب حالة المريض الصحية.
- 6 - رفع أغطية السرير العليا وتغطيتها بالبطانية الخاصة بالحمام، ثم سحبها عن السرير ورفعها من تحت البطانية، مع تجنب تعريض المريض للقشعريرة.
- 7 - ترك وسادة واحدة تحت رأس المريض، ووضع الوسائل الأخرى على الكرسي.
- 8 - المحافظة على وضع بطانية الحمام، وخلع قميص المريض ووضعه في سلة الغسيل الملوث، فحص القميص لتحري وجود أشياء لها قيمة تعود للمريض قبل وضعه بسلة الغسيل.

- 9 - نزع الخضمادات أو الأربطة، إذا كان مسماحاً بذلك، وذلك بناء على تعليمات الطبيب، وإذا كنت في شك من ذلك، فتأكد من الطبيب المشرف.
- 10 - ملء حوض الماء حتى تثليه بما تتراوح درجة حرارته بين 105-115 درجة فهرنهait (41-46 درجة مئوية)، وقياسها بمقاييس الحرارة.
- 11 - الطلب من المريض أن يقترب من جانب السرير القريب منه، ومساعدته إن لزم الأمر.

## 2 - تنظيف المريض:

يجب أن تراعى حدود درجة حرارة الماء بدقة أثناء إجراء الحمام، وقد يبدل ماء الاستحمام في بعض الأحيان، ويجب تحاشي سقوط رذاذ الماء على المريض، حيث يفقد الحمام بهجهة عند استعمال الماء الفاتر أو تعرض المريض للقشعريرة.

**الطريقة:**



شكل 30 : تنظيف العين

- 1 - تبلل المنشفة الصغيرة الخاصة بالاستحمام وتعصر من الماء الزائد.
- 2 - تلف على أصابع اليد على شكل قفاز لحماية المريض من وقوع حوافي المنشفة عليه، وحماية سريره من تقاطر الماء فيه.
- 3 - غسل كل عين على حده بحذر بدءاً من الموق (الزاوية الأنسيّة للعين) وباتجاه الزاوية الوحشية (الشكل 30). تغسل العينين أولاً لأنهما بحاجة إلى الماء الأنظف.

- 4 - غسل الوجه ثم الأذنين والعنق وتجفيفهما بمنشفة الوجه. يسمح للمريض بأن يغسل وجهه إذا كانت حالته تسمح بذلك، مع التأكد من إزالة الصابون كلياً، لأن الطبقة التي يخلفها الصابون تهيج الجلد.



شكل 32 : تنظيف اليد



شكل 31 : تنظيف الذراع

5 - الكشف عن ذراع واحدة مع حماية السرير بوساطة منشفة الحمام، أو بوساطة رفادة توضع تحت الذراع (الشكل 31). يجرى التنظيف بالماء والصابون ثم بالماء ثم تجفيف الذراع واليد (الشكل 32). إعادة الكرة على الذراع الثانية، مع التأكيد من نظافة الإبطين وجفافهما، وتطبيق مزيل الرائحة عليهم مباشرة، أو بعد الانتهاء من الحمام.

6 - وضع منشفة الحمام على صدر المريض، ثم ثني البطانية إلى الأسفل حتى الخصر، وتحت المنشفة يغسل الصدر ويمسح بالماء، ثم يجفف، مع مراعاة عدم تعرية ثديي المريضة، وملاحظة أي تهيج أو تكتل فيهما. تنظيف طيات ما تحت الثديين بعناية، وتجفيفهما، لحمايتهما من تهيج الجلد.

7 - وضع منشفة الحمام بالطول تحت بطانية الحمام لتغطي صدر المريض وبطنه، ثم طي البطانية إلى الأسفل. غسل البطن ومسحه بالماء وتجفيفه تحت المنشفة. فتح البطانية ورفعها لتغطي بطن المريض وصدره، مع التأكيد من نظافة وجفاف ثنيات الجلد وطياته.



شكل 33 : تنظيف الساق

8 - الطلب من المريض أن يثنى إحدى ركبتيه. تطوى بطانية الحمام إلى الأعلى حتى يظهر الفخذ والساقي والقدم، ويوضع حوض الماء على واقية خاصة لحماية السرير من البلل، وتوضع قدم المريض في الحوض، ثم تغسل الساق والقدم وتمسحان، (الشكل 33)، وعند تحريك

الساقي، يجب إسنادها جيداً بيد، وحمل عقب القدم باليد الأخرى، ومراقبة أي تغير في لونها، أو أي مناطق متهيجية على الإبهام والعقب.

9 - نقل الحوض إلى الجهة الأخرى من السرير، وغسل الطرف الثاني بالطريقة نفسها المتّبعة في الطرف الأول.

10 - إبعاد الحوض عن السرير قبل تجفيف الساق والقدم الثانية.

11 - تبديل الماء وقياس حرارته بميزان حرارة الماء، والاستعاضة عن الماء المستعمل بالماء النظيف كلما دعت الضرورة، وقد يتطلب الأمر تبديل الماء قبل الوصول إلى هذه المرحلة من الحمام.

12 - مساعدة المريض على قلبه على جانبه ووجهه إلى الجهة الثانية، ووضع منشفة الحمام طولياً على السرير بجانب ظهر المريض. غسل العنق والإلية ومسحهما وتتجفيفهما. يمكن للمريض أن ينبطح على بطنه، إذا أراد ذلك. ويفضل استخدام فوط طويلة صلبة لغسيل الظهر. ويجب فحص المنطقة لتحرى وجود أحمرار أو خدوش جلدية.

13 - تدليك الظهر الآن أو بعد الانتهاء. إذا كان المريض يشعر بالتعب من جراء الاستحمام، يمكن إجراء تدليك الظهر فيما بعد.

14 - مساعدة المريض على العودة إلى وضعية الاستلقاء الظهري.

15 - سؤال المريض عما إذا كان يريد أن يتم حمامه بنفسه لتنظيف الأعضاء التناسلية، حيث يفضل غالبية المرضى أن يكملوا هذا الإجراء بأنفسهم. فإذا كان المريض قادرًا على ذلك: توضع منشفة الاغتسال الصغيرة والصابون والحوض والمناشف بمتناوله.

16 - تأمين خصوصيته، إذا كان المريض فاقداً للوعي، أو كان غير قادر على إتمام الحمام دون مساعدة.

17 - مساعدة المريض على ارتداء القبicus النظيف.

18 - تطبيق السائل المرطب على مناطق الجلد الجافة، (يجب أن يطبق الغسول نفسه على المرضى السكريين بين أصابع أقدامهم، وعلى المناطق الخشنة لوقاية الجلد من التشقق).

19 - مساعدة المريضة على وضع المساحيق التجميلية، إذا رغبت في ذلك.

- 20 - الاعتناء بأظافر المريض إذا كانت بحاجة للعناية، حيث تُبرد الأظافر باستقامة من جانب آخر، ويجب عدم جعل النهايات مدببة، كما يجب عدم خدش الجلد.
- 21 - إتمام بقية الأعمال الاعتيادية الصباحية، التي تتم قبل تبديل أغطية السرير، مثل: حلاقة الذقن، وتمشيط الشعر، وتدعيل الظهر. وتنجز هذه الأعمال جميعها قبل ترتيب السرير.
- 22 - تنظيف الأدوات وإعادتها إلى أماكنها.

## **ثانياً: حمام المغطس أو (حمام الدوش):**

يفضل المرضى القادرون عادة حمام المغطس أو حمام الدوش، على حمام السرير. ويشير الطبيب فيما إذا كان مسموحاً للمريض استعمال مرافق الاستحمام. يحتاج المرضى الذين يستخدمون المغطس أو الدوش لمساعدة الأهل. ويجب تجهيز غرفة الحمام والأدوات الازمة لذلك، وأن تقدم للمريض المساعدة الضرورية في الحدود التي تسمح بها حالته الصحية.

### **1 - التدابير الوقائية لحفظ السلامة:**

\* يجب أن تتخذ الاحتياطات الازمة لتحاشي انزلاق المريض في المغطس، أو تحت الدوش، حيث تشكل الأرض المبللة بالماء والصابون والزيت سطحاً مزليقاً. مما قد يسبب سقوط المرضى على الأرض بسهولة والإصابة بأذى. لذا يجب إرشاد المريض، كي يقبض على العارضة المعدنية المثبتة على جدران الحمام، كما يرشد إلى مكان إشارة النداء في الحمام، وينصح باستعمالها عند الضرورة؛ كذلك يمكن أن تمد قطعة بلاستيكية خاصة بالحمام في قعر المغطس، أو في أرض الدوش للوقاية من الانزلاق.

\* قد يظهر بعض المرضى بمظاهر القوة والتأهب ولكن - وعلى الرغم من هذه المظاهر - يجب أن يتحقق الأهل من المريض كل خمس دقائق على الأقل.

\* لا يتطلب استخدام حمام الدوش أو حمام المغطس أكثر من خمس دقائق عادة.

\* يجب مراقبة المرضى الذين يستحمون بعد ملازمة طويلة للسرير بشكل جيد، بسبب احتمال إصابتهم بالدوار، أو التعب السريع.

## 2 - المساعدة على حمام المغطس:

يجب أن يساعد المريض عند نزوله وخروجه من المغطس، ويمكن أن يصاب بالدوار مما يعرضه للسقوط والأذى. ويطلب بعض المرضى مساعدة المرض المستمرة خلال فترة الاستحمام.

### الطريقة:

- 1 - تحضير الأدوات ونقلها إلى غرفة الحمام ووضعها بشكل مرتب، لاستعمال المريض.
- 2 - ملء حوض الحمام حتى النصف، بدرجة حرارة 95-105 درجة فهرنهايت (41-35 درجة مئوية).
- 3 - مساعدة المريض على ارتداء دثاره وخفيه.
- 4 - استخدام الكرسي المتحرك لنقله إلى الحمام، إذا لم يكن قريباً من غرفة المريض. تساعد هذه الطريقة المريض على الاحتفاظ بقوته.
- 5 - وضع حصيرة (قطعة بلاستيكية خاصة) غير قابلة للانزلاق في قعر المغطس، لمنع الانزلاق، أو النزول الانسيابي إلى المغطس.
- 6 - مساعدة المريض على خلع ملابسه وتغطيته بملاءة حمام؛ لوقايتها من الإصابة بالقشعريرة، ومراعاة عدم التعرية غيرضرورية. إرشاد المريض إلى مكان إشارة النداء (الجرس) وشرح كيفية استخدامها له.
- 7 - مساعدة المريض على أن يخطو داخل المغطس.
- 8 - غسل ظهر المريض وحثه على تنظيف بقية جسمه بمفرده، ومساعدته حين الحاجة. مراقبة مناطق الاحمرار في الجلد. وإذا أبدى المريض أية إشارة ضعف، رفع غطاء حبس الماء لأنسياب الماء في المصرف، والسماح للمريض

بالراحة والانتعاش، قبل مساعدته على الخروج من المغطس؛ مع إبقاءه مغطى بمنشفة الحمام، لحمايته من القشعريرة.

9 - مساعدة المريض على الخروج من المغطس؛ وترك بطانية الحمام ملتفة حول كتفيه، وتجفيفه جيداً، وذلك جلد بلاطف بالبودرة، ومساعدته على ارتداء قميص نظيف والدثار ثم الخفين.

10 - مساعدة المريض على العودة إلى سريره باستخدام الكرسي المتحرك، عند الضرورة.

### 3 - المساعدة في حمام الدوش:

يجب ألا تبدو على المريض علامات الضعف قبل السماح له بحمام الدوش، ويشير الطبيب إلى الوقت الذي يكون فيه المريض مستعداً لذلك، ومع هذا، يجب على الأهل مراقبة حالة المريض خلال اليوم. وقد يوجّل حمام المريض على الرغم من حصوله على إذن طبي، إذا ما ظهرت عليه علامات الضعف والدوار والإرهاق. تعاد مراجعة التدابير الوقائية كما وردت في حمام المغطس، وكذلك مراقبة قواعد السلامة في الحمام، للوقاية من الإصابة بالحوادث.

#### الطريقة:

- 1 - تحضير ونقل الأدوات إلى غرفة الحمام وترتيبها حسب استعمال المريض.
- 2 - مساعدة المريض على ارتداء دثاره وخفيه وإرشاده إلى مكان الدوش.
- 3 - وضع الحصيرة المانعة للانزلاق في أرض الحمام.
- 4 - مساعدة المريض على خلع ملابسه، ولفه ببطانية الحمام، وتعليمه استعمال إشارة النداء.
- 5 - مساعدة المريض على الاغتسال عند الضرورة، مراقبة ظهور علامات الضعف قبل ترك المريض وحيداً.
- 6 - العودة إلى المريض خلال خمس دقائق للتحقق من حالته.

- 7 - مساعدة المريض على تجفيف جسمه وارتداء القميص ثم الدثار ثم الخفين.
- 8 - التأكد من أن المريض ليس متعباً للدرجة التي لا يستطيع فيها العودة مأشياً إلى غرفته، وإلا فيجب نقله بالكرسي المتحرك (قد يتعب المريض بسرعة أكثر مما نتصور).



## **الفصل الخامس**

### **إطعام المريض**

**أولاً : قدرة المريض على خدمة نفسه**

**ثانياً: صفات الطعام**

1 - منظر الطعام وطعمه وحرارته

2 - القيمة العلاجية والغذائية

**ثالثاً: أنواع القوت**



# الفصل الخامس

## إطعام المريض

### Feeding the sick

يجبأخذ عدة أمور بعين الاعتبار عند إطعام المريض:

- 1 - قدرة المريض على خدمة نفسه.
- 2 - القيمة العلاجية والغذائية للطعام المقدم.
- 3 - منظر الطعام وحرارته ونوعيته وسهولة هضمه.

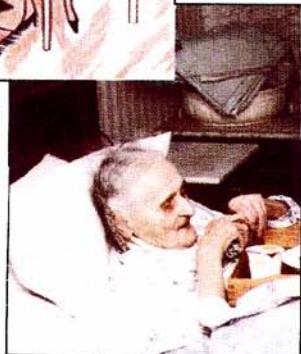


شكل 34 : طريقة تقديم الطعام للمريض

#### أولاً: قدرة المريض على خدمة نفسه:

عند تقديم الصينية، يجب أن تتأكد أنها وضعت في مكان مناسب، وفي متناول يد المريض (الشكل 34).

ويمكن وضع الطاولة في الجانب الأيسر، وبذلك تكون الأشياء في متناول يده اليمنى. أما المريض الذي لا يستطيع الجلوس في يقدم له الطعام بالطريقة التي تناسبه (الشكل 35).



شكل 35 : تقديم الطعام للمريض المسن

يفضل بعض المرضى تناول رشفات متكررة من الماء أثناء الأكل، بينما لا يفضل آخرون تناول أي سائل؛ وخاصة الماء البارد أثناء تناولهم لطعام حار.

يعطى المصاب بأفة مفصالية، أو المريض المشلول، أو غير المؤهل، طعامه بيد المرافق، مع مراعاة ما يلي:

- 1 - يجب أن يعامل بكل لطف ونوعية، فالصبر والدماتة مطلوبان عند إطعام الآخرين.
- 2 - يجلس الم Rafiq قرب المريض؛ ويطعمه كلما وجد إلى ذلك سبيلاً.
- 3 - يجب على الم Rafiq أن يعطي المريض الوقت الكافي، وألا يشعره بأنه في عجلة من أمره.
- 4 - يجب على الم Rafiq أن يشجع المريض على مضاعف طعامه جيداً.
- 5 - يجب على الم Rafiq أن يعطيه الماء دون أن يطلب ذلك.
- 6 - عند إطعام المريض العاجز قوتاً مائعاً (سائلات)؛ يجب أن نستعمل أنبوباً لص الطعام من كوب خاص.
- 7 - عندما يطعم الم Rafiq المريض بيده، يجب أن يدخل الملعقة بالقدر الكافي في فم المريض، لأن إدخالها أكثر من اللازم قد يثير منعكس الإقياء.
- 8 - يجب أن يذكر للمريض الأعمى نوع الطعام الذي يتناوله، مع تركه يأكل طعامه بمفرده.
- 9 - يعطي المريض الشديد الاعتلال كميات قليلة من الطعام بشكل دائم، ليشير شهيته ويحسن هضمه.

## ثانياً : صفات الطعام:

### 1 - منظر الطعام وطعمه وحرارته:

يجب أن تقدم الأطعمة الساخنة وهي ساخنة، والأطعمة الباردة وهي باردة، كما يجب ملاحظة حرارة الصحن المقدم.

عند تقديم الصينية يجب أن تكون نظيفة جميلة المنظر وجذابة بترتيبها، وتوضع قرب سرير المريض وتحت متناول يده.

يجب ألا نطلب من المريض أن يأكل مباشرة عند إعطاء الدواء أو العلاج، بل علينا عند إطعامه، أن نبعد عن نظره كل الأدوية والأوعية (أوعية القياء أو التقطيع).

يجب على المرافق أن يلاحظ رد فعل المريض نحو الطعام، وهل أحب المريض وجنته، ويجب عليه ألا يعطي المريض أي طعام - ولو طلب ذلك - إلا إذا كان ضمن الطعام المسموح له تناوله.

### السوائل:

تفقد السوائل بشكل دائم تقريباً، لذلك يجب أن تعيش للمحافظة على وظائف الجسم السوية، حيث تفقد السوائل من الرئتين والكليتين والأمعاء والدموع واللعاب، وتقدر كمية السوائل المفقودة بنحو 2,500 مل يفقد معظمها عبر الكلية، وتعوض عن طريق شرب السوائل.

## 2 - القيمة العلاجية والغذائية:

يحدد نوع القوت (الحمية Diet) من قبل الطبيب المعالج، فالقوت جزء هام من العلاجة، وقد يعتمد عليه شفاء المريض، وعندما يقترح الطبيب قوتاً خاصاً وبأوقات محددة، فيجب عدم إعطاء قوت بديل، كما يجب عدم تغيير الأوقات المقترحة لإعطاء الوجبات.

يراعى بنوع القوت المقترح أن يلبي متطلبات المريض، كما يراعى الاختلافات الدينية.

يسأل الأطفال عن طعامهم المحب، وقد يحتاج الأمر لملائقتهم ومداعبتهم، لتناول بعض أنواع الطعام التي تتناسب أكثر مع حالتهم.

يجب ألا يغيب عن البال: أن المريض سيعود (بعد أن يشفى) إلى عاداته المعمودة الموراثة.

### **ثالثاً: أنواع القوت (الحمية):**

القوت هو الطعام الذي يستهلك بشكل منتظم خلال الحياة السوية، وهو أنواع حسب الحالة الصحية للمريض.

#### **1 - القوت المائع (السائل):**

يعطي القوت المائع لتأمين حد أدنى من الهضم ومن أمثلته: الماء، الشاي، القهوة، ماء الشعير، عصير الفواكه، الحساء (الشورية)، الحليب، عصير النباتات، شراب البيض (إن كان أكل البيض مسموماً) والمشروبات التي تحتوي على البروتينات.

#### **2 - القوت الطري:**

يعطي القوت الطري لتأمين هضم خفيف وسهل مع أقل قدر ممكن من المخلفات، ومنها: القشدة والهلام (الجيلي) والمثلجات والبطاطا المجروشة، وصلصة التفاح (التفاح المطبوخ) والخضراوات المعصورة وغيرها.

#### **3 - القوت الكامل:**

يهدف القوت الكامل لتأمين كل المتطلبات القوتية بشكل متوازن بين السكريات والبروتينات والدهن والفيتامينات والمعادن.

#### **4 - القوت الخالي من الملح:**

لا يحوي القوت أي ملح ويعطى في أمراض القلب أو الكلية (حمية خالية من الملح).

## **5 - القوت المنخفض الدسم:**

يعطى لتجنب الدسم (الدهون)، فلا يعطي الأطعمة المقلية بالزيادة أو الدهن، إنما يعطى اللحم الصافي (الهبر) والخضروات، واللحيب المقشود والفاكهة والأرز والخبز.

ولتجنب الكوليسترول نستبعد الدهون الحيوانية (وليس الزيوت النباتية).

زيت الزيتون وزيت الصويا هما المفضلان لتخفيض الكوليسترول.

## **6 - القوت المنخفض السعرات الحرارية (الكالوريات):**

وفيه تزاحف: الزيادة، السكاكر، الخبز، الأرز، البطاطا، الحلويات، وتستعمل الفواكه، والسلطة والخضروات المطبوخة.

## **7 - القوت العالي السعرات الحرارية:**

ويضم عدداً كبيراً من الأطعمة: الزيادة، السكر، الحلويات، الهرل، البطاطا، والسلطة والخضروات المطبوخة.

## **8 - القوت الملطف وغير المخرش:**

ويهدف لتجنب التهيج، حيث يعطي قوت خالٍ من المواد المخرشة (التوابل): مثل: السيلالوز في النباتات، فيعطي الحليب والهرل (الجلي)، والقشدة، والمثلجات، وشراب البيض والحساء، ويجب ألا تعطي الخضروات أو يعطي الطعام الخشن.

## **9 - القوت العالي البروتين:**

يعطى السمك، الحليب، المرق، اللحم (المجروش)، البيض، الخبز، الحبوب (الفول، الفاصولياء، اللوبياء).

## **10 - القوت في التهاب الكبد وتشمع الكبد:**

يهدف القوت (الحمية) لاستعادة الكبد لوظائفه السوية، فيعطي قوت عالي

السرعات الحرارية عالي البروتين قليل الدهن، ومن الأطعمة: الحليب، البيض، الماء الملحى، الفواكه، الخضار والحبوب.

## 11 - القوت في الداء السكري:

يهدف إلى الحفاظ على سكر الدم ضمن الحدود السوية والبول خالٍ من السكر، وهو قوت عادي مع بعض التحديد للسكريات، كالأرز والسكر والعسل والبسكويت والمربيات.. وأهم ما في هذا القوت هو وزنه وحساب قيمته بدقة.

## 12 - القوت في فقر الدم:

يهدف لتأمين قوت غني بالحديد والكالسيوم حتى يرتفع الهيموجلوبين (Hemoglobin)؛ وهو قوت عالي البروتين، كثير الحديد، والكالسيوم، والذي هو ضروري لامتصاص الحديد.

ومن الأطعمة التي تحقق ذلك: الكبد، اللحم، البيض، البطاطا، السبانخ، أوراق الخردل والقمح، وعصير الفواكه مع القوت السوي الذي أضيفت إليه الاحتياجات من الحديد والكالسيوم والبروتين.

## 13 - القوت في القرحة الهضمية:

يعطى قوت خالٍ من المخرشات كل 3 ساعات وبكميات قليلة، وهذا يشمل: اللبن الخاثر والمثلجات والبيض والهلام والجوز.

## 14 - القوت في التهاب الكلوة المزمن:

من الممكن إعطاء قوت خفيف مع كمية وافرة من البروتين (لا يعطى اللحم الأحمر)، وتحدد كمية السوائل، ويحذف الملح من القوت عند وجود التورم.



## **الفصل السادس**

### **الوقاية من العدوى**

1 - تعاريف

2 - المناعة

3 - التطهير



# **الفصل السادس**

## **الوقاية من العدوى**

**مصطلحات:**

### **1 - الحامل (Carrier)**

هو الشخص الذي يحمل عاملًا ممراضًا (جرثوم، فيروس، طفيلي) لمرض معد (Contagious)، وينشر هذا العامل المرض، لكن دون أن تظهر عليه أعراض المرض وبذلك فهو مصدر هام للعدوى.

### **2 - التلوث (Contamination)**

ويعني وجود عامل ممراض (مجهرى غالباً) مع تماس مع الأشخاص أو في منطقة ما.

### **3 - المرض المعدى (السارىي Communicable Disease)**

وهو المرض الذي ينتقل من شخص إلى آخر، بطريق مباشر أو غير مباشر، (بالقطيرات أو الثياب أو أدوات المريض)، ويهدف العزل إلى السيطرة على انتقال هذه الأمراض السارية (المعدية)، وعدم انتقالها إلى الأهل، كما يهدف إلى القضاء على العوامل المرافقة التي تسبب هذه الأمراض.

### **4 - الإنقان (Sepsis)**

وجود العوامل المرافقة بكثرة.

## 5 - المناعة (Immunity)

تعني مقاومة أنسجة الجسم للعدوى وهي نوعان:

**المناعة الطبيعية**: تولد مع الإنسان.

**المناعة المكتسبة**: تأتي بعد الولادة وهي تتم بطريقتين:

**المناعة الفاعلة**: التلقيح (التطعيم).

**المناعة المنفعة**: إعطاء مصل يحوي مناعة جاهزة.

## 6 - المعقم (كابح الجراثيم (Antiseptic

مادة توقف نمو الجراثيم، لكن لا تقتلها.

## 7 - المطهر (مبيد الجراثيم (Disinfectant

مادة تقتل العوامل المرافقة خاصة العضيات المجهريّة.

## 8 - المنظف (Detergent

مادة تزيل الأوساخ وتظهر جزئياً.

## 9 - الطهارة (التطهير (Asepsis

وتعني عدم وجود أي عامل ممرض على الإطلاق.

يشمل التطهير نوعين: التطهير الجراحي (التعقيم) والتطهير الطبي (العزل).

### أ - التطهير الجراحي (التعقيم):

إزالة العوامل المرافقة من المحيط أو الأدوات، أي هو عملية تهدف إلى جعل الأشياء طاهرة (خالية من العوامل المرافقة) وهي نوعان:

**وقتي**: حيث يجرى تنظيف وتطهير يومي للغرفة مع إزالة الأدوات الملوثة بالتعقيم.

**نهائي**: يجرى بعد شفاء المريض، أو عندما لا يبقى عنده مصدر للعدوى،

حيث يجرى تنظيف للشعر والجسم، وكل ما يخص المريض، مع تنظيف الغرفة بشكل كامل، وتهويتها مدة 24 ساعة.

### **ب - التطهير الطبي (العزل *Isolation*):**

هو فصل المريض الذي يعاني من مرض معد عن المرضى الآخرين لمنع انتشار المرض، فهو يهدف إلى السيطرة على التلوث (التلوث بالجراثيم) وحصره في منطقة معينة (في المريض والمحيطين به)، وهو بذلك يختلف عن التعقيم (والذي يسمى أيضاً بالتطهير الجراحي)، الذي يهدف إلى منع التلوث من دخول منطقة معينة، والتخلص من المواد الملوثة الموجودة (حقل العمليات).





## **الفصل السابع**

### **العلامات الحياتية**

#### **1 - درجة الحرارة**

- أنواع المقاييس
- طرق قياس درجة الحرارة
- زيادة الحرارة

#### **2 - النبض**

- نماذج النبض
- معدل النبض

#### **3 - التنفس**

- طريقة عد التنفس
- أنماط التنفس

#### **4 - ضغط الدم**

- الاحتياطات اللازمة
- تغيرات ضغط الدم



## الفصل السابع

### العلامات الحياتية

#### أولاً: درجة الحرارة

##### - التعريف:

هي درجة حرارة الجسم التي تُقاس بمقاييس الحرارة المخصص لذلك، ويحدد درجة الحرارة الطبيعية التوازن بين الحرارة المنتجة والحرارة المفقودة من الجسم، وكل ما يؤثر على هذا التوازن سوف يؤثر على وظائف الجسم بشكل كلي.

##### الغاية من قياس درجة الحرارة:

- 1 - المساعدة في تحديد حالة المريض.
- 2 - تحديد فيما إذا حدث أي تغير عن الحالة الطبيعية للمريض وأهمية هذا التغير.
- 3 - المساعدة في التشخيص.
- 4 - مساعدة الطبيب في وصف المعالجة الصحيحة وملاحظة تأثير هذه المعالجة.

##### \* أنواع المقاييس (الموازين):

يستخدم مقاييس الحرارة أو ميزان الحرارة في تحديد درجة حرارة الجسم، وهناك عدة أنواع:

- 1 - **المقياس الزجاجي:** له بصلة وعمود للزنبق ومدرج حسب نوعه، وله نوعان:

### **شكل 36 : مقياس الحرارة الزجاجي الفموي**



فموي (الشكل 36) وشرجي (الشكل 37)، ويختلف المقياس الشرجي عن الفموي بالبصلة الحاوية على الزنبق حيث تكون أقصر وأكثر استدامة.

- 2 - المقياس الإلكتروني: ويوضع في الأذن (الشكل 38).
  - 3 - المقياس الورقي: ويوضع على الجبهة.
  - 4 - مقياس الحرارة للاستعمال مرة واحدة: يستخدم في حالات العدو.

### شكل 38 : مقياس الحرارة الالكتروني

## تدرج المقاييس (Scales)

لها نوعان حسب التقسيم المتبوع:

- أ - المقياس المئوي (Centigrade): درجة الغليان ( $100^{\circ}\text{م}$ ) - درجة التجمد ( $0^{\circ}\text{م}$ ).  
 ب - مقياس فهرنهايت (Fahrenheit): درجة الغليان ( $212$ ) درجة، درجة التجمد ( $32$ ). (32)

**احتياطات عامة يجب اتخاذها عند قياس درجة الحرارة:**

- \* يجب الانتظار 10 دقائق بعد تناول الطعام أو السوائل وقبل قياس درجة الحرارة.
  - \* يجب البقاء مع المريض إذا كان مضطرباً أو مريضاً بشدة أو كان طفلاً.
  - \* يجب عدم أخذ درجة الحرارة عن طريق الفم إذا كان هناك اضطراب في الفم، أو أي اضطراب في التنفس عن طريق الأنف، لأن المريض سينتفس عن طريق الفم مما يعطي رقمًا غير صحيح.



شكل 39 : طريقة قراءة  
درجة الحرارة

\* لقراءة درجة الحرارة يحرك المقياس بحركة دورانية حتى رؤية عمود الرئبق بوضوح، ثم يقرأ الرقم بعد وضع المقياس أمام العين (الشكل 39).

\* يجب دائماً استعمال مقاييس الحرارة عن طريق المستقيم عند الأطفال أو البالغين غير العاقلين.

\* يجب مراجعة الطبيب عند أي درجة حرارة تحت  $(36^{\circ}\text{م})$ ، أو أعلى من  $(38^{\circ}\text{م})$ ، أو أي تنفس أقل من  $(16)$  أو أعلى من 24 مرة/دقيقة.

\* تنظف مقاييس الحرارة بالماء البارد دائماً لأنها لا تتحمل الحرارة.

\* يجب عدم أخذ الحرارة عن طريق الفم والمستقيم بنفس الوقت.

\* لا يمكن الاعتماد على درجة الحرارة عن طريق المستقيم في حالة وجود آفة في المستقيم.

\* يجب عدم إعلام المريض بدرجة حرارته، خاصة إذا كانت مرتفعة.

\* يجب عدم مسك مقياس الحرارة من البصلة حتى لا يُكسر.

\* إذا كسر المريض مقياس الحرارة، تزال القطع المكسورة وينظف فمه.

\* هناك تغير في درجة الحرارة خلال اليوم عند الأصحاء، فهي أعلى ما تكون بين الساعة الخامسة والسابعة مساء، وأقل ما تكون عند الساعة الثانية ليلاً.

## \* طرق قياس درجة الحرارة:

يجب الانتباه إلى أن مقياس الحرارة يجب أن يحاط بالكامل بنسيج الجسم (الفم - المستقيم - الإبط)، حيث هناك عدة أماكن لقياس درجة حرارة الجسم (الشكل 40).

1 - عن طريق الفم:  $37$  درجة مئوية، ويعتبرها بعض المؤلفين من  $36-37$  درجة مئوية.

2 - عن طريق الشرج (المستقيم):  $37.5$  درجة مئوية أو بزيادة درجة على القياس عن طريق الفم.

- 3 - عن طريق الإبط: 36.4 درجة مئوية، أو أقل بدرجة من القياس عن طريق الفم.  
 4 - عن طريق الجبهة: وتعطي قيمة تقريبية، وتستعمل عند الأطفال الخائفين، أو عند فاقدي الوعي، والذين يخشى من وضع مقياس الحرارة الزجاجي في فمه.



الفم



الإبط



الشرج



الأذن

- 5 - عن طريق الأذن: طريقة سريعة وغير مؤلمة وصحية وسهلة خاصة عند الأطفال.

- 6 - عن طريق المهبل: نادرة جدًا.

تجدر الملاحظة بأن قياس الحرارة عن طريق المستقيم هي الطريقة المفضلة.

### 1 - طريقة قياس درجة الحرارة من الفم:

- \* يسأل المريض فيما إذا تناول أي شيء عن طريق الفم، وعندها يجب الانتظار عشرة دقائق.
- \* يخرج المقياس من علبة ويعسل بالماء، ومن ثم يجفف، وذلك بمسن دائري من البصلة باتجاه الجذع.
- \* في البداية يجب تحريك المقياس حتى ينزل مستوى الرئيق تحت 35 درجة مئوية.

شكل 40 : أماكن قياس درجة الحرارة

\* يطلب من المريض فتح فمه، ومن ثم يوضع المقياس تحت اللسان ويطلب منه أن يغلق شفتيه وألا يتكلم، ويجب أن يترك المقياس مدة 2-1 دقيقة (الشكل 41).

- \* في هذه الآثناء يمكن عد التنفس، وذلك بوضع يدي المريض فوق صدره أو بطنه.
- \* يخرج المقياس ثم يقرأ، ثم يغسل الميزان ثانية بمحلول صابوني، ويجفف من جديد، ويمسح من الجذع إلى البصلة.

**ملاحظة:** يوجد حالياً مقياس حرارة بشكل لهما (مصاصة)

خاص بالأطفال، حيث يمكن قياس درجة حرارة جسم الطفل بدقة وسهولة دون إزعاج له، ويمكن استخدامها والطفل نائم، وهي طبعاً لا تحوي زئبقاً ولا زجاجاً (راجع الفصل الثامن).



## 2 - طريقة قياس درجة الحرارة من الشرج (المستقيم):

- \* يطلب من المريض أن يستلقي على جانبه، ومن ثم يغسل المقياس بالماء ويجفف من الجذع باتجاه البصلة.
- \* يدهن المقياس بمزلق (ثازلين) ومن ثم تبعد الإليتين، ويدخل المقياس حوالي 5-4 سم داخل الشرج ويترك مدة 3 دقائق.
- \* يخرج المقياس وينظف بالقطن ويقرأ.
- \* يغسل بمحلول صابوني ويجفف بالقطن ويوضع في العلبة الحاوية.

### احتياطات عند قياس الحرارة من المستقيم:

- \* لا تغادر جانب السرير عندما يكون المقياس داخل المستقيم، ويجب أن يثبت المقياس في مكانه.
- \* لا تأخذ درجة الحرارة من المستقيم عندما يكون هناك مرض في المستقيم.
- \* يجب أخذ الحرارة عن طريق المستقيم دائمًا عندما يكون المريض دون سن السادسة، أو في حالة المريض الفاقد الوعي، أو عندما يكون لديه احتلالات أو قشعريرة، أو إذا تناول المريض طعاماً أو شراباً بارداً.

## 3 - طريقة قياس درجة الحرارة من الإبط:

- \* تقاس عند وجود: مرض في المستقيم - تهيج أو اضطراب الوعي - ضيق النفس.
- \* يجفف الإبط بقطعة من القطن حتى يصبح خالياً من الرطوبة.
- \* يُخض مقياس الحرارة (يُهُز)، ومن ثم توضع البصلة ضمن الإبط بحيث تحاط بالإبط بشكل كامل، ويكون جذع المقياس باتجاه صدر المريض.
- \* تجلب الذراع باتجاه الصدر، وبذلك تصبح بصلة المقياس محاطة بسطح الجلد بشكل كامل.

يترك المقياس على ذلك النحو مدة 5 دقائق.

\* تجدر الملاحظة هنا بأن هذه الطريقة غير معهود بها إلا في حالة وجود ما يمنع منأخذ درجة الحرارة عن طريق الفم أو المستقيم.

#### 4 - طريقة قياس درجة الحرارة من الأذن:

- \* يوضع الغلاف الواقي.
- \* تشد الأذن للأعلى بلف.
- \* يوضع المقياس داخل الأذن لثانية واحدة.
- \* تقرأ درجة الحرارة على الشاشة (الشكل 42).



#### 5 - طريقة قياس درجة الحرارة من الجبهة:

\* يجب التأكد من نظافة الجبين وجفافه قبل تثبيت المقياس عليه.



\* يثبت المقياس بالضغط على طرفيه بقوة الأصابع، مع التأكد من أن المقياس في منتصف الجبهة.

\* يجب قراءة الرقم الأخضر فقط، وذلك بعد أن يستقر التغير، ويحدث ذلك عادة بعد 15-20 ثانية.

**شكل 43 : قياس درجة الحرارة من الجبهة**

\* يجب عدم استعمال المقياس تحت الأضواء الساطعة، أو تحت أشعة الشمس المباشرة (الشكل 43).

## 6 - طريقة قياس درجة الحرارة من المهبل:

- \* لا تستعمل هذه الطريقة إلا في حالات نادرة جداً.
- \* يدخل مستودع الزئبق للمقياس (البصلة) في المهبل ويترك فيه (3-5 دقائق).
- \* يستحسن ألا تقايس درجة الحرارة عن طريق المهبل عند العذاري.

نقص درجة الحرارة أو الحرارة الأقل من الطبيعي (أقل من 36°C):

**أسبابها**: البرد الشديد، المجاعة، الصدمة، الإسهال، النزف، القياء، التعرق المفرط، بعض الأمراض المزمنة.

زيادة درجة الحرارة أو الحمى (أعلى من 38°C): تترافق مع تسرع النبض والتنفس وجفاف الجلد ونقص كمية البول.

**أسبابها**: التفاعلات الدفاعية للجسم ضد العدو، كرد فعل لمعالجة ما، الاضطرابات العاطفية، التجفاف، ضربة الحرارة، آذيات الدماغ.

## ثانياً: النبض (Pulse)

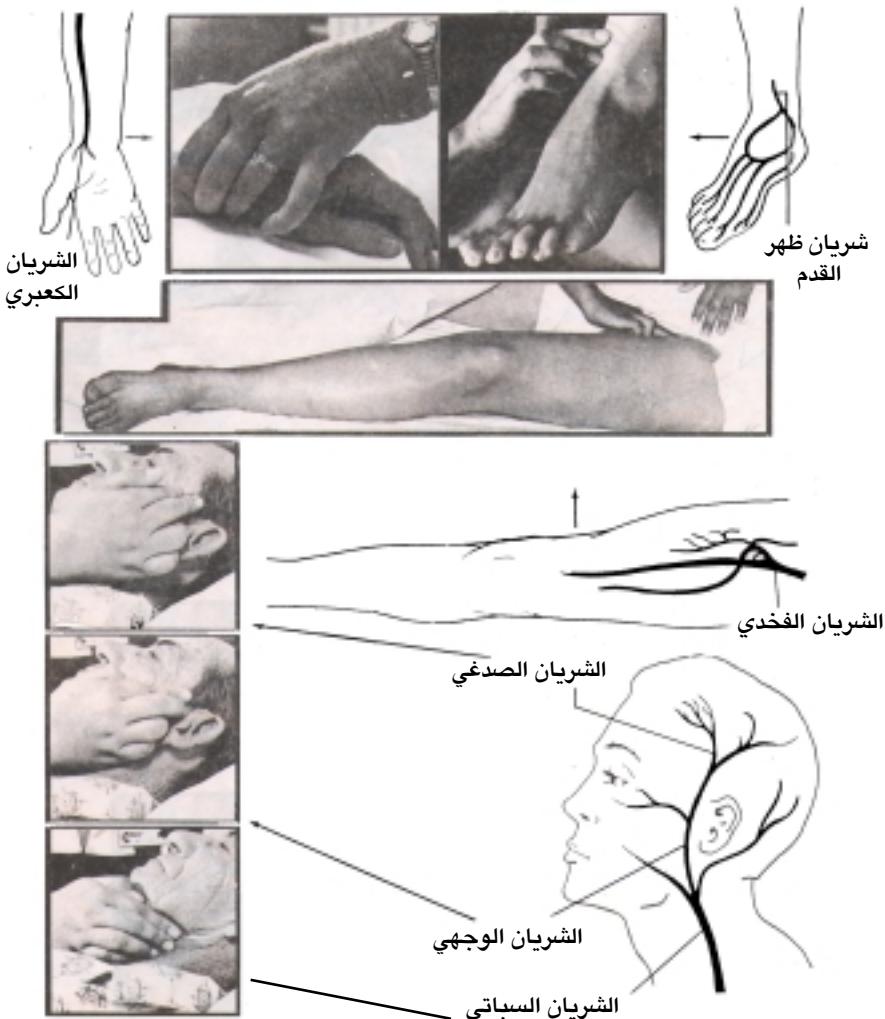
### التعريف:

هو تمدد الشرايين وانقباضها بشكل متناوب نتيجة تقلص القلب الذي يضخ الدم عبر الشرايين، فهو يعكس ضربات القلب التي يمكن جسها في المعصم، أو في أي مكان في الجسم يمر فيه الشريان بشكل سطحي فوق عظم (أي يستند الشريان على العظم)، وبذلك يعد مؤشرًا مهمًا على عمل القلب.

\* يمكن جس النبض من خلال الشرايين التالية: الكعبري، السباتي، الوجهي، الصدغي، شريان الفخذ، وظهر القدم (الشكل 44).

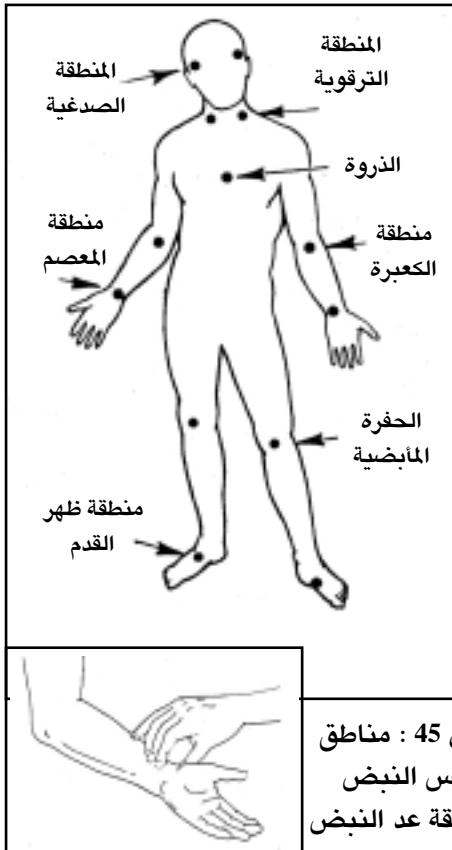
\* يجس النبض عادة في المعصم فوق الشريان الكعبري (Radial Artery)، لسهولة الشعور به في هذا المكان.

- \* يجب عدم الضغط بشدة على الشريان.
- \* يجب عدم استخدام الإبهام لجس الشريان، لأن الشخص سيشعر بنبضه وليس بنبض المريض.
- \* يجب **اللحظة**: السرعة والانتظام وقوة النبضة.



شكل 44 : أماكن عد النبض

## الإجراءات:



شكل 45 : مناطق جس النبض وطريقة عد النبض

## نماذج النبض:

يمكن أن نصنف النبض حسب: السرعة، النظم، الحجم، التوتر.

1 - **السرعة:** تعني السرعة التي يدق من خلالها القلب وهي بين 60-80 نبضة في الدقيقة، أي، بمعدل 72 نبضة في الدقيقة.

يعتمد سرعة القلب (وبالتالي النبض) على ما يلي:

- 1 - **العمر:** فهي سريعة في الطفولة (100-130)، وبطيئة في الكهولة (60-80).
- 2 - **الجنس:** سريعة عند النساء (70-85)، وأبطأ عند الرجال (75-60).
- 3 - **الطول:** سريعة عند قصار القامة، وبطيئة عند طوال القامة.
- 4 - **الوضعية:** سريعة في حالة النوم أو الراحة، وأبطأ عند الجلوس مقارنة مع الوقوف.

- 5 - التمرير: تكون سريعة خلال التمرير.
- 6 - المشاعر أو العاطفة: تزداد سرعة القلب عند الغضب أو الانفعال.
- 7 - الطعام: يزداد النبض بعد تناول المواد المنبهة: كالشاي والقهوة، وينقص في الصيام، وبعد تناول الأدوية المهدئة.

### **معدل سرعة النبض:**

90-60 نبضة في الدقيقة عند البالغ  
 120-80 نبضة في الدقيقة عند الطفل  
 150-105 نبضة في الدقيقة عند الجنين

- 2 - **النظام**: وهي مدى الانتظام في ضربات القلب (هل هو منتظم أو غير منتظم).
- \* **النظم المنتظم (الطبيعي)**: حيث يجس النبض (ضربات القلب) خلال فواصل منتظمة.
- \* **النظم غير المنتظم أو النظم المتقطع**: حيث يجس النبض (ضربات القلب) خلال فواصل غير منتظمة.
- 3 - **الحجم** : ويعني قوة النبض، ويعتمد على كمية الدم الموجودة في الشريان.
- 4 - **التوتر** : يعتمد على مقاومة جدار الشريان.

### **ثالثاً: التنفس**

#### **التعريف:**

هو تبادل الغازات بين الهواء والدم، فب بواسطة الكريات الحمراء يتم حمل الأكسجين وتوزيعه إلى كافة أنحاء الجسم، كما يتم تجميع ثاني أكسيد الكربون وطرحه أثناء الزفير.

#### **طريقة عد مرات التنفس:**

- \* نقوم بعد مرات الارتفاع والانخفاض لجدار الصدر، أو للجزء العلوي من البطن

لدة نصف دقيقة، يمكن وضع الذراع على الصدر.

\* الحرص على عدم لفت انتباه المريض على أن تنفسه يُعد، ذلك أن المريض يمكن أن يغير من معدل تنفسه إرادياً.

### أنماط التنفس:

يمكن أن تصنف حسب السرعة، العمق..... وهكذا.

أ - الاختلاف حسب السرعة:

1 - التنفس الطبيعي.

2 - التنفس السريع.

ب - الاختلاف حسب العمق:

1 - التنفس السطحي: (غالباً سريعاً) غالباً ما يشاهد في الصدمة وأفات الرئة.

2 - التنفس العميق: (غالباً بطيءاً) يشاهد في الجوع للهواء (Air hunger).

ج - اختلافات أخرى:

1 - التنفس التنهدى: كما في حالة الجوع للهواء الناتج عن نقص الأكسجين، وهو تنفس طويل وعميق. يشاهد بشكل شائع في التزف والداء السكري.

2 - التنفس الصريري: وهو تنفس اهتزازي، عالي النغمة، صاحب، ناتج عن انسداد في الطرق التنفسية العلوية، يشاهد عند وجود جسم غريب أو تشنج الحنجرة.

3 - التنفس الشخيري (أو الغطيلي): عالٍ، شخيري، هناك صعوبة في استنشاق الهواء، يشاهد في النزوف الدماغية، الانضغاطات الدماغية، تراجع اللسان إلى الخلف وسد الطرق التنفسية.

4 - الأزيز (الوزيز أو الصفير): ناتج عن انسداد في الطرق التنفسية حيث توجد صعوبة في دفع الهواء خارج القصبات، يشاهد في الربو.

5 - انقطاع التنفس: هو توقف مؤقت ناجم عن الزيادة في الأكسجين أو النقص في ثاني أكسيد الكربون.

- 6 - ضيق النفس: وهو تنفس صعب يحتاج لجهد، يمكن أن يترافق مع الألم، وقد يكون من منشأ قلبي أو كلوبي.
- 7 - ضيق النفس عند الاضطجاع: وهو عدم القدرة على التنفس أثناء الاستلقاء، ويشاهد عادة في مرض القلب.
- 8 - فرط التنفس (اللهث): تنفس عميق لكنه سريع.
- 9 - الاختناق: ويحدث عندما تفشل الرئة بتزويد الأعضاء الحيوية بالهواء الكافي، كما يحدث في الغرق والتسمم بأول أكسيد الكربون، وانسداد الطرق التنفسية.

## **رابعاً: ضغط الدم**

### **التعريف:**

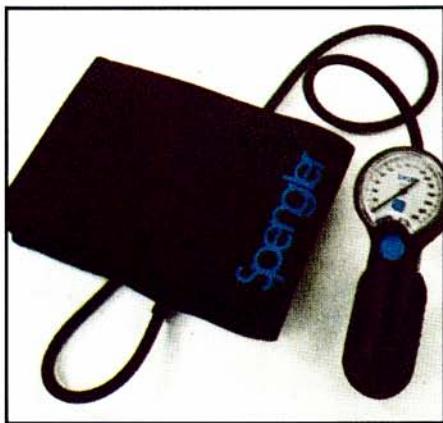
هو قياس ضغط الدم داخل الأوعية الدموية، يسجل في الشرايين حيث يكون أعلى خلال انقباض (تقلص) القلب، ويسمى ضغط الدم الانقباضي، ويكون أخفض خلال انبساط (ارتخاء) العضلة القلبية، ويسمى ضغط الدم الانبساطي.

ويعتمد ضغط الدم على العوامل التالية:

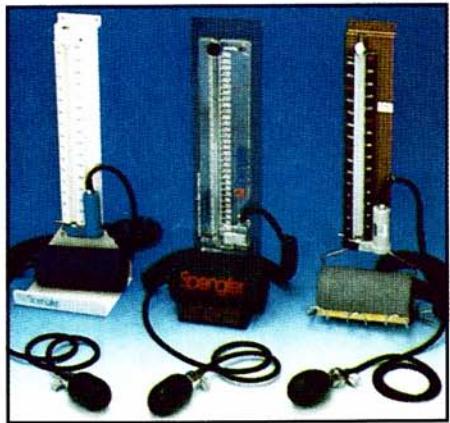
- 1 - تقلص العضلة القلبية (البطينان).
- 2 - مقاومة جريان الدم في الشرايين.
- 3 - سرعة القلب.
- 4 - صفات الدم الجائل.
- 5 - حالة جدران الشرايين.
- 6 - لزوجة الدم.

### **أجهزة قياس ضغط الدم:**

يسجل ضغط الدم بالملليمتر الرئيسي، وهو عند البالغ الطبيعي 120 مم زئبقي لضغط الدم الانقباضي و80 مم زئبقي لضغط الدم الانبساطي. ويتم قياسه بمقاييس خاص يسمى جهاز قياس ضغط الدم (Sphygmomanometer).



شكل 47 : مقياس ضغط الدم الهوائي



شكل 46 : مقياس ضغط الدم الرئيسي



شكل 49 : مقياس ضغط الدم الإلكتروني من المعصم



شكل 48 : مقياس ضغط  
الدم الإلكتروني من  
إصبع اليد

تتوفر عدة أنواع من أجهزة قياس ضغط الدم:

- 1 - المقياس الرئيسي: يوضع على الساعد، وتعتمد القراءة على نزول عمود الزئبق .(الشكل 46).
- 2 - المقياس الهوائي: يوضع على الساعد، وتعتمد القراءة على تراجع مؤشر الجهاز (الشكل 47).
- 3 - المقياس الإلكتروني: يوضع على الساعد أو إصبع اليد (الشكل 48)؛ أو المعصم (الشكل 49)، وتعتمد القراءة على ظهور الرقم على الشاشة.

## توصيات حول طريقة قياس ضغط الدم:

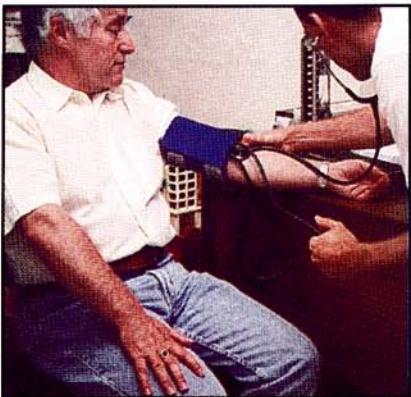
1 - اسمح للمريض بالجلوس والاستقرار قبل البدء بقياس.

2 - استعمل كفة (كُم: Cuff) نظامية مع كيس 12-13 سم X 35 سم، وكيس أكبر للأذرع السميكة.

3 - يرفع كُم قميص المريض فوق المرفق؛ أو يخلع إن أمكن ذلك.

4 - تأكد أن الذراع بوضعية الراحة مع الاستناد في مستوى القلب. اطلب من المريض مد ذراعه وسندتها على السرير؛ أو على وسادة أو طاولة (الشكل 50).

5 - طبق (Apply) كم جهاز الضغط حول الذراع بلطف دون شدّه بقوة زائدة.



شكل 50 : الطريقة الصحيحة لقياس ضغط الدم

6 - حدد الشريان العضدي وذلك بالجس بالإصبع (نقطة تفرعه إلى كعبri وزندي).

7 - ثبت السماعة في هذه النقطة بإحدى اليدين.

8 - أدر برغي صمام الهواء باليد الأخرى، ثم ضخ الهواء وانفخ الكم حتى ينسد الشريان (عدم سماع النبض).

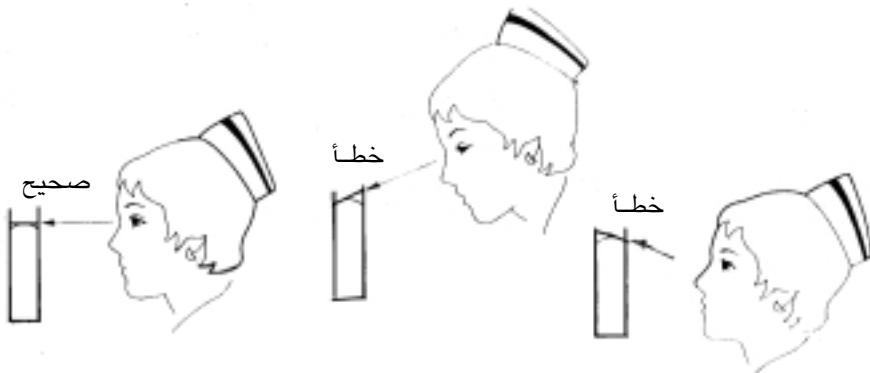
9 - استمر بضخ الهواء مع مراقبة عمود الزئبق أو مؤشر الجهاز، بحيث يرتفع 30 مم ز فوق نقطة غياب النبض في الشريان.

10 - أدر برغي صمام الهواء بحيث يخرج الهواء من كم الجهاز ببطء، مع مراقبة عمود الزئبق أو مؤشر الجهاز، بحيث لا تتجاوز سرعة نزوله أكثر من 5 مم ز/ثانية.

11 - راقب عمود الزئبق بحيث تكون العين بمستوى عمود الزئبق (الشكل 51).

12 - سجل الضغط عند سماع أول صوت (وهذا هو الضغط الانقباضي) .

13 - سجل الضغط عند اختفاء الصوت (وهذا هو الضغط الانبساطي) .



شكل 51 : الوضعية الصحيحة أثناء قراءة درجة ضغط الدم على العمود الرئيسي للجهاز بحيث يجب أن يكون مستوى العين في مستوى العمود

14 - قس الضغط مرتين على الأقل في المرة الأولى.

15 - قس الضغط في الذراعين في المرة الأولى.

### الاحتياطات الالزمة لتجنب القراءات الخاطئة:

1 - تأكّد من دقة الجهاز.

2 - قبل قياس ضغط الدم يجب الحرص على أن يكون المريض في وضع مريح قدر الإمكان.

3 - يجب أن تكون الذراع حرة من أي ملابس ضاغطة.

4 - يجب أن تكون الكفة أعلى من مكان سماع النبض العضدي بمسافة 2 سم.

5 - انتظر (20) ثانية على الأقل إذا أردت قياس الضغط مرة ثانية في نفس الذراع، وذلك لتجنب الانخفاض الكاذب الناجم عن الاحتقان الوريدي.

6 - ضع جهاز الضغط على الطاولة بجانب السرير بحيث يمكن قراءة الأرقام بسهولة بالنسبة لك، وبحيث تكون خارج حقل الرؤية بالنسبة للمريض.

7 - يجب أن لا تختلف القيم في القراءتين أكثر من (5) مم ز.

8 - الانتباه إلى القيم الأعلى من (150/100) أو أخفض من (90/60) مم ز.

## **تغيرات ضغط الدم:**

يمكن أن تنجم التغيرات عن عوامل عدّة:

- 1 - **الجنس:** يكون ضغط الدم لدى النساء أقل من ضغط الدم عند الرجال.
- 2 - **العمر:** يزداد ضغط الدم بعد سن 45 سنة.
- 3 - **الوضعية:** يختلف ضغط الدم قليلاً باختلاف الوضعية (من الوقوف إلى الاستلقاء).
- 4 - **البنية العضلية:** يكون ضغط الدم لدى الأشخاص ذوي البنية العضلية الجيدة أعلى بقليل من غيرهم.
- 5 - **القلق، القلب:** يسبّبان ارتفاعاً في ضغط الدم.
- 6 - **النوم، الراحة:** يسبّبان انخفاضاً في ضغط الدم.

## **ارتفاع ضغط الدم:**

يرتفع ضغط الدم أحياناً بعد إجراء التمارين، وبعد الخوف والقلق أو الجهد. كما يرتفع ضغط الدم في أمراض الكلية وزيادة لزوجة الدم، ونقص مرونة جدار الشرايين.

## **هبوط ضغط الدم:**

هي حالة يكون فيها الضغط تحت المستوى الطبيعي بالنسبة للعمر والجنس، ويشاهد في الحالات التالية: النزف، الحرائق، التجفاف، الصدمة، العدوى.



# **الفصل الثامن**

## **التضميد والتعصيب**

### **1 - تعاريف**

- الضمار
- العصابة
- الرباط

### **2 - التضميد**

- مبادئ عامة
- طريقة التضميد
- أنواع العصابات



# **الفصل الثامن**

## **التضميد والتعصيب**

**أولاً: تعريف:**

### **1 - الضماد (Dressing)**

غطاء واق عمق يطبق فوق منطقة من الجسم بطريقة معقمة (تضميد الجرح مثلاً).

**الغاية من الضماد:**

- 1 - تأمين غطاء واق عمق لحماية الجرح من المؤثرات الخارجية.
- 2 - تطبيق دواء موضعياً ليساعد على التئام الجروح.
- 3 - تأمين الراحة والنظافة.
- 4 - منع حدوث العدوى.

### **2 - العصابة (Bandage)**

حزام أو رباط أو طوق يوضع فوق الضماد، أو على عضو ما لتنبيته بشكل دائم أو مؤقت.

**الغاية من العصابة:**

- 1 - تغطية الضماد وتنبيته في مكانه.

- 2 - تثبيت عضو ما كما في حالة الوثي (Sprain).
  - 3 - منع العضو من الحركة كما في حالة الكسور (عصابة جبسية).
- للعصابات أنواع وأشكال كثيرة سنفصلها لاحقاً.

### **:3 - الرباط (Binder)**

عصابة عريضة خاصة تستخدم لدعم جزء ما أو لدعم ضماد ما، فهو أحد أشكال العصابة مخصص للدعم كالرباط البطني (الحزام البطني) مثلاً.

#### **الغاية من الرباط (مثل العصابة)**

- 1 - الدعم.
- 2 - تثبيت الضماد في مكانه لتفطية الجرح.
- 3 - تطبيق ضغط معين على مكان معين.
- 4 - وقف النزف.

### **ثانياً: التضميد:**

#### **1 - مبادئ عامة في وضع الضماد:**

- 1 - يجب غسل اليدين قبل البدء بالتضميد؛ وإذا أجري أكثر من ضماد يجب غسل اليدين بين الضماد والأخر.
- 2 - يجب تعقيم المنطقة قبل التضميد.
- 3 - يجب أن يضمد الجرح النظيف قبل الجرح الملوث، والذي يحتاج إلى نزح (تفجير أو تصريف).
- 4 - يجب ألا يجرى الضماد إطلاقاً في حال وجود الغبار مهما كان منشأه، (تنظيف، عاصفة، ترتيب السرير).
- 5 - يجب أن تغير ضمادات الجروح التي تحتاج إلى نزح عدة مرات، وذلك حسب

تعليمات الطبيب وحالة المريض.

- 6 - عند تنظيف الجرح نبدأ من المركز (الجرح) إلى المحيط (الحواف).
- 7 - عند فتح زجاجة محلول يجب أن توضع السدادة وسطحها المعقم (الداخلي) إلى الأعلى.
- 8 - يجب عدم الإسراف عند استعمال الأدوات أو الأدوية.
- 9 - يجب أن يرطب الجرح بمعقم أو بمحلول ملحي معقم، إذا كان الضماد ملتصقاً  
بـ.

## 2 - طريقة التضميد:

- \* تحضر صينية الضماد بأدواتها الخاصة (شاش، قطن، كفوف (قفازات)، معقم، مرهم جلدي).
- \* يعزل المريض عن حوله، ونشرح له ما نريد فعله بأسلوب سهل مبسط، ويجب إغلاق النوافذ والأبواب لتجنب الغبار المثار.
- \* تنزع الضماد القديم (إن وجد) بشد الجلد باليد الأخرى والسحب بسرعة، ويجب ألا يرى المريض ما يجري (يغلق عينيه إذا اقتضى الأمر).
- \* بعدها تغسل اليدين إلى المرفق وتلبس الكفوف، وينظر الجرح دون أن تلوث المساحة المعقمة.
- \* يحضر الشريط اللاصق (Plaster) حسب الطلب.
- \* بعد الانتهاء من تنظيف الجرح توضع كمية كافية من القطن بحيث تغطي كل الجرح وبحيث تكون كافية لامتصاص كافة الإفرازات الناتجة عنه، ثم يوضع الشريط اللاصق.
- \* بعد الانتهاء من التضميد، يعاد تنظيف الأدوات فتغسل بالماء البارد أولًا ثم بالماء والصابون وتنشف وتعقم، مع الانتباه لتنظيف مفاصل المقص والملقط جيداً من الأوساخ، وقد نضطر لوضع مادة مُطيرية لها (فازلين).

### ثالثاً: أنواع العصابات:



هناك تقسيمات عديدة، حسب الوظيفة؛ أو حسب الشكل؛ أو حسب العضو الذي توضع عليه.

#### 1 - حسب الوظيفة:

1 - العصابة الماسكة: تمنع الشاش والأدوية المطبقة موضعياً من التحرك على الجرح

شكل 52 : العصابة الماسكة

(الشكل 52).

2 - العصابة الضاغطة: تستعمل لإيقاف النزف (الشكل 53)، وقد تكون عريضة جداً (رباط أو حزام) كالتي تستخدم في حالات الفتق (الحزام البطني) (الشكل 54)، أو بشكل جوارب كالمستخدمة لعلاج الدوالى (الشكل 55).

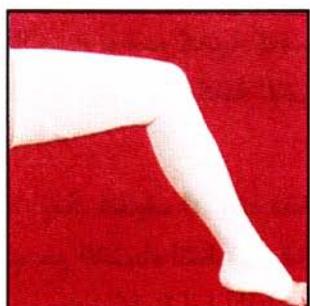


شكل 53 : نموذجان من  
العصابة الماسكة

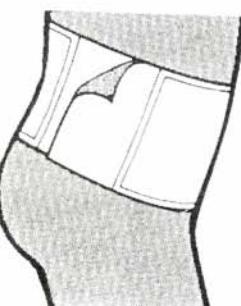
3 - العصابة المثبتة: تستعمل لتثبيت العظام المكسورة مثل العصابة الجبسية (الشكل 56)، أو لثبيت الأعضاء في وضعية معينة، مثل حالات خلع الورك الولادي (الشكل 57)، أو لثبيت الرقبة (الشكل 58)، أو لثبيت الصفن (الشكل 59).



شكل 56 : العصابة  
المثبتة: الجبسية



شكل 55 : عصابة ضاغطة  
بشكل جوارب



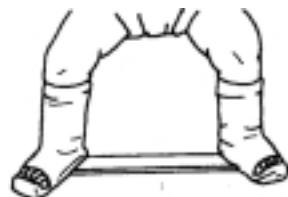
شكل 54 : عصابة ضاغطة  
بشكل حزام



شكل 59 : العصابة  
المثبتة للصفن



شكل 58 : العصابة المثبتة  
للرقبة



شكل 57 : العصابة  
المثبتة في الخلع الولادي



شكل 60 : العصابة  
المقيدة للأضلاع

4 - العصابة المقيدة (الاسرة) [*Strapping Bandage*]: وهي عصابة قد تكون لاصقة، وستعمل لتحديد حركة عضو ما كما في حالة كسور الأضلاع أو الخلع بين الفقرات (الشكل 60)، أو كسر صغير في إصبع أو مشط (الشكل 61).

5 - العصابة المسدة (الانسدادية): تستعمل لسد جرح مفتوح بشكل مؤقت كما في تسرب الهواء إلى الصدر المفتوح (الشكل 62).



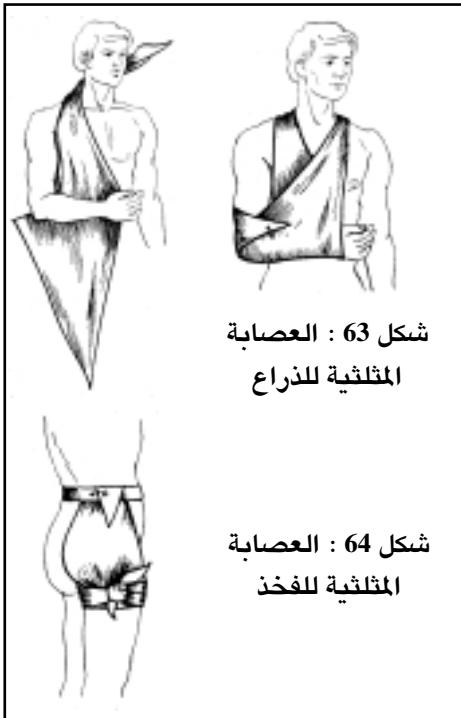
شكل 62 : العصابة المسدة للصدر



شكل 61 : العصابة المقيدة للقدم والأصبع

## 2 - حسب الشكل:

### 1 - العصابة بـشكل مثلث أو منديل (Triangular or Handkerchief



شكل 63 : العصابة  
المثلثية للذراع

شكل 64 : العصابة  
المثلثية للفخذ

عصابة Bandage) تستعمل بكثرة

كخطوة أولى في الحالات الإسعافية كأداة للتعليق أو كعمامة للرأس، وقد تلف وتصبح عصابة ملفوفة:

أ - كأداة للتعليق: خاصة لتعليق الذراع عند إصابته ببعض الأمراض أو الإصابات وبشكل أساسى عند الكسور.

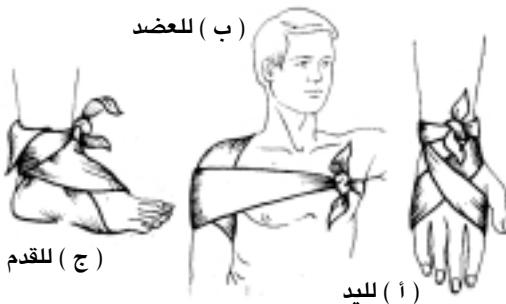
يوضع وسط العصابة تحت الساعد المثنى عند مفصل المرفق بزاوية 90°م، يربط طرفا العصابة (المنديل) حول العنق، ومن الخلف تلف قمة

المنديل المتواجدة في منطقة مفصل المرفق إلى الأمام وتثبت بواسطة دبوس (الشكل 63). أما في منطقة الفخذ فتوضع قمة المنديل



على السطح الأمامي الخارجي للفخذ في الجهة المصابة وترتبط النهايتان الطويلتان من الوراء بحيث تكون إحدى النهايتين أطول من الأخرى ثم ترفع النهاية الحرة (الزاوية) للمنديل إلى الأعلى ويتم المنديل ويربط الظهر بواسطة النهاية الطويلة (الشكل 64).

ب - كقلنسوة للرأس: يمكن للعصابة أن توضع شكل 65 : عصابة بشكل قلنسوة أو عمامة (الشكل 65).



شكل 66 : نماذج من العصابة بشكل مثلث

ج - كعصابة إسعافية: لأي منطقة من الجسم في اليد أو القدم أو الكتف (الشكل 66).

## 2 - العصابة الملفوفة (Roller bandage)

العصابة وهي أشكال:

### أ - العصابة الدائرية

: و تستعمل لتعصيب الكاحل أو المفصل أو الرأس حيث يضغط المرء نهاية العصابة بوساطة اليد اليسرى على المكان الذي يراد تعصيبه (تضميده) مستخدماً اليد اليمنى للف العصابة بحركات دائرة، حيث تغطي كل لفة سابقتها (الشكل 67).



شكل 67 : العصابة

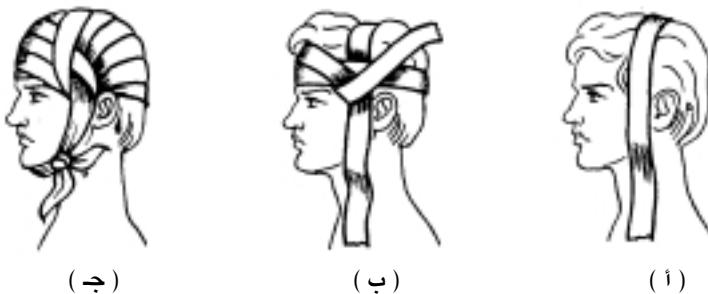
الدائيرية لليد

### ب - العصابة الحزوئية (اللولبية) (Spiral)

: حيث تطبق العصابة بشكل حزوئي (أو لولي) للإحاطة بجزء ما أو عضو ما، خاصة الساق والساعد والفخذ، وكل لفة تغطي  $\frac{3}{2}$  من اللفة السابقة (الشكل 68).



شكل 68 : العصابة الحزوئية للساعد شكل 69 : العصابة الحزوئية المعكossaة



شكل 70 : العصابة الراجعة للرأس: تضميد الرأس على شكل طاقية



د - العصابة الراجعة (المتكررة أو المتراجعة): حيث تغطي الرأس على شكل طاقية (الشكل 70)، كما يمكن استخدامها لتضميد السطوح المستديرة للجسم وللتغطية الجدعة بعد البتر خاصة في الفخذ المبتور.

يثبت المرء العصابة بعدة لفات دائيرية حول الفخذ باتجاه عرضي، ثم ثنيه بزاوية قائمة ويحرره إلى الأسفل مطوقاً المقطع العرضي للجدعة من الأمام إلى الخلف، ومن

شكل 71 : العصابة ثم تكرر هذه اللفات بالطول والعرض حتى تغطي الجدعة كلياً، بعدها تثبت العصابة بوساطة اللفة الدائرية الثابتة (الشكل 71).



ه - العصابة بـشكل رقم 8: حيث تلف العصابة صعوداً ونزولاً حول العضو المصابة كالمرفق والركبة والكتفين (الشكل 72) والكاحل (الشكل 73).



و - العصابة بـشكل حرف T: تتألف من قطعتين من الشاش متصلتين ببعضهما بشكل عمودي الواحدة

شكل 72 :  
العصابة بـشكل 8  
للكتفين

شكل 73 :  
العصابة بـشكل 8  
للكاحل

(ب)



(ج)



شكل 74 : العصابة بشكل T للعجان

على الأخرى، وستعمل لتضميد العجان (Perineum) (الشكل 74).



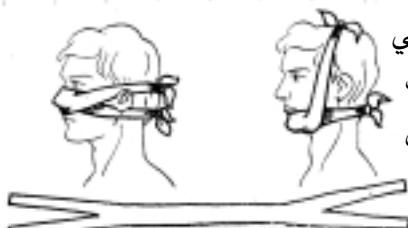
ز - العصابة بشكل اللجام: ستعمل لتغطية السطح الجانبي للوجه والأذن والفك السفلي وتتم بالشكل التالي: بعد القيام بإجراء لفتين أو ثلاثة حول الرأس تلف العصابة من المنطقة الخلفية للرأس، ومن تحت الأذن والفك السفلي ومن ثم عمودياً حول الرأس لعدة مرات، بعدها تربط العصابة بعد لفها من جديد حول الرأس على الجبهة فوق الأذن (الشكل 75).

شكل 75 : العصابة

بشكل اللجام

ح - العصابة المقطوعة الطرفين أو العصابة ذات الأذناب (Four-tails): وهي قطعة شاش أو رباط عادي ينقسم عند نهايته

إلى قسمين، بينما يحتفظ في الوسط بعرضه الطبيعي، ويعتبر مفضلًا في تضميد المناطق الصغيرة، كالأنف والذقن والجبهة ومؤخر الرأس (الشكل 76).

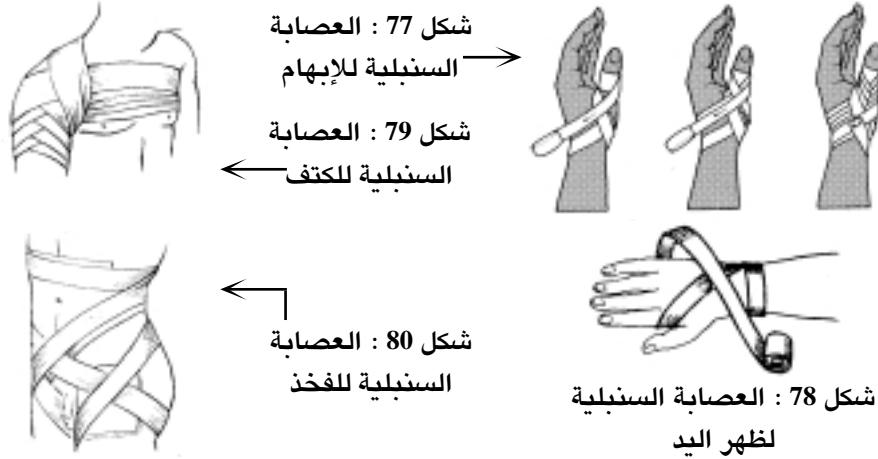


ط - العصابة السنبلية (المتصالبة)

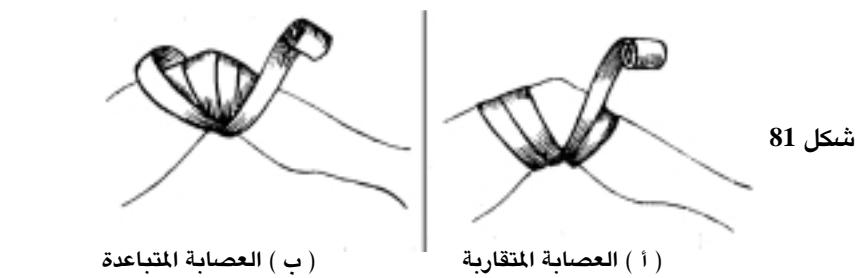
[Spica]: حيث نبدأ بوضع لفات دائيرية شكل 76 : العصابة المقطوعة

الطرفين

مائلة ومتراكبة، وستعمل للأصابع بما فيها الإبهام (الشكل 77) واليد (الشكل 78) والكتف (الشكل 79) والفخذ (الشكل 80).



ي - العصابة المتقاربة والعصابة المتباعدة: في العصابة المتقاربة تجتمع العصابة في مركز الجزء الذي يجري تضميده أما العصابة المتباعدة فتبتعد العصابة عن مركز الجزء الذي يجري تضميده (الشكل 81).

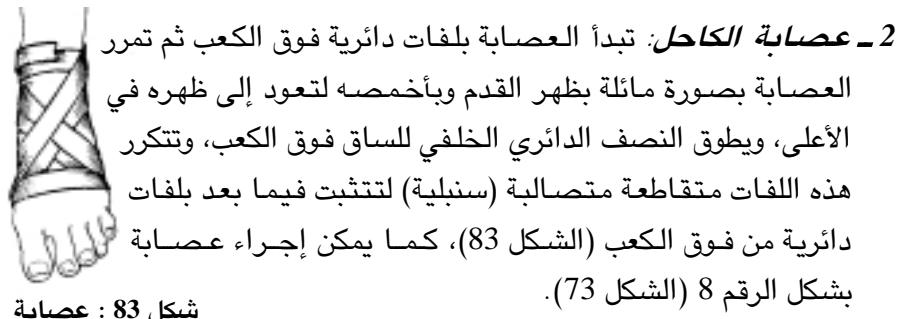


### 3 - حسب المكان (عصايات الأجزاء المختلفة من الجسم):

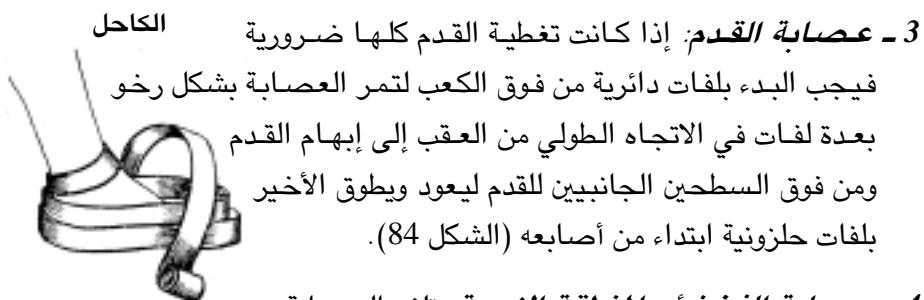
1 - عصابة العقب: قد تكون متقاربة أو متباعدة، بينما التضميذ بأكثر أجزاء العقب بروزاً بحيث توضع اللفافات اللاحقة حوله من الأعلى والأسفل مغطية إياه بصورة جزئية وتنبت العصابة بلفة مائة لرباط عبر أخمص القدم (الشكل 82).



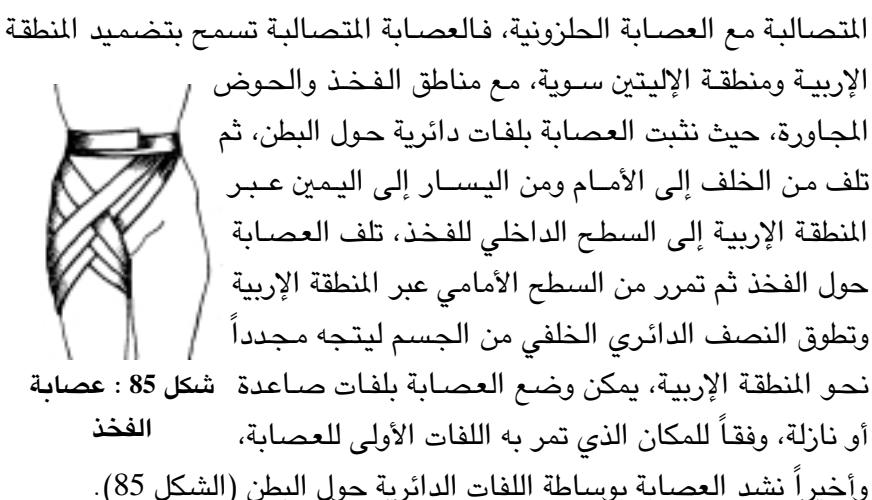
شكل 82 : عصابة العقب



شكل 83 : عصابة



شكل 84 : عصابة  
الجهة السليمة للورك حيث، يمكن شدتها في القسم الأعلى  
من الفخذ؛ بالانتقال إلى الحوض على شكل العصابة



شكل 85 : عصابة  
أو المترادفة، ففي العصابة المترادفة  
نبأ بلفات دائيرية للعصابة عبر الرضفة، أما اللفات التالية فتباعد إلى الأعلى

والأسفل لتقاطع فيما بعد ببعضها في منطقة الحفرة المأبضية (الشكل 81-أ).



أما العصابة المتباude فتشتت عبر لفات دائرة للعصابة في أعلى وأسفل مفصل الركبة، حيث تقارب اللفات بالتدريج إلى المركز مغطية الركبة بكاملها (الشكل 81 - ب). وقد تستعمل العصابة المقيدة (الشكل 86).

**6 - عصابة الساق:** تستعمل العصابة الحزونية مع طيات تصل مفصل الركبة (الشكل 69).

شكل 86 : عصابة الركبة

الركبة



**7 - عصابة الساعد:** تستعمل العصابة الحزونية، وقد تستعمل العصابة المفتولة لإيقاف النزف (الشكل 87).

شكل 87 : عصابة الساعد

**8 - عصابة الصدر:**



**أ - العصابة الحزونية:** تمرر قطعة من العصابة طولها متر واحد عبر العضد اليمنى أو اليسرى وتترك متدرية بحرية، ومن ثم يضمد القفص الصدري من الأسفل إلى الأعلى بلفات حزونية، بعدها تؤخذ نهاية العصابة المتدرية في الأمام عبر الكتف المقابل وترتبط في الخلف مع النهاية الأخرى

للعصابة (الشكل 88).

شكل 88 : العصابة  
الحزونية للصدر

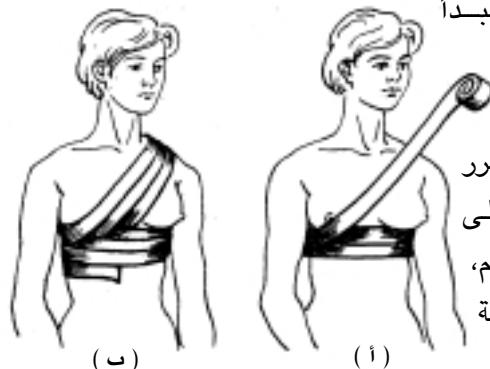
**ب - العصابة المتصالبة:** توضع لفات دائرة حول

القفص الصدري من الأسفل، ثم تحرر العصابة من اليمين إلى اليسار وترفع إلى الكتف اليسرى مروراً بها عبر الظهر حتى تصل إلى الكتف اليمنى، ثم إلى أعلى الإبط اليسرى وبعدها إلى الكتف اليسرى، تربط العصابة في نهاية الأمر حول الصدر (الشكل 89).

شكل 89 : العصابة المتصالبة للصدر



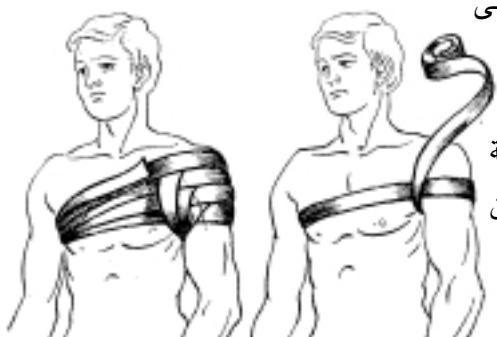
**9 - عصابة الثدي:** تستعمل هذه العصابة لثبيت الثدي بوضع مرفوع. عند وضع



العصابة على الثدي الأيمن نبدأ بالتضميد في اتجاه مائلوف، أي من اليمين إلى اليسار حول الصدر ومن الأسفل، بعد ذلك تمرر العصابة من اليمين إلى الأعلى والأيسر عبر كتف الطرف السليم، وتحيط بالظهر بشكل مائل، متوجهة نحو الإبط الأيمن، حول القفص الصدري من تحت الثدي

**شكل 90 : عصابة الثدي**  
 مباشرة، لتعود مجدداً إلى الأعلى رافعة الثدي، وتكرر هذه العملية مع رفع العصابة للأعلى بشكل تدريجي حول القفص الصدري (الشكل 90).

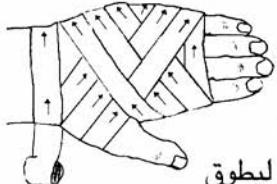
**10 - عصابة العضد:** تلف العصابة من الجهة السليمة للإبط عبر السطح الأمامي للصدر والسطح الخارجي للعضد المصاب، ويطوق العضد من الأمام إلى الخلف، ماراً من تحت الإبط إلى



الأمام؛ ثم يطوق العضد مجدداً، بعد ذلك تمرر العصابة إلى الظهر مطوقة الصدر بشكل يعلو قليلاً عن اللفة السابقة ويسمح بتغطية نصفها فقط، وهكذا تكرر عملية اللف، حتى تغطي العصابة مفصل العضد والكتف كله.

ثم تثبت نهايتها على الصدر بواسطة دبوس أو شريط لاصق (الشكل 91).

**11 - عصابة اليد:** تستعمل العصابة المتصالبة لظهر اليد: توضع عدة لفات دائيرية ثابتة أعلى من المفصل الكعبري الرسغي، ثم تمرر العصابة بشكل مائل إلى



شكل 92 : عصابة اليد

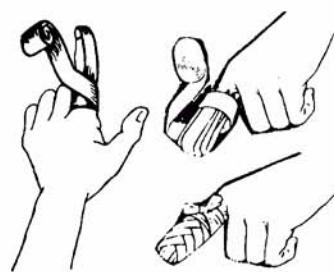
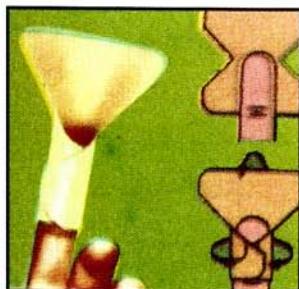
الأسفل عبر ظهر اليد إلى راحتها، مطوقة إياها عند قاعدة الأصابع، بعد ذلك تمر العصابة مجدداً إلى ظهر اليد عبر المعصم وإلى قاعدة الخنصر وعبر اللفة السابقة، ويستمر التضميد بشكل مائل نحو الأعلى ليطوق المعصم مجدداً (الشكل 92).



شكل 93 : عصابة إبهام اليد

#### 12 - عصابة إبهام اليد: تستعمل العصابة

المتصالبة حيث تجرى لفات دائيرية حول المعصم، ثم عبر ظهر اليد إلى السلاميات وتلف بلفة حلزونية لتعود مجدداً عبر السطح الظاهري للإصبع إلى المعصم، وهكذا ترتفع العصابة المتصالبة بالتدريج إلى الأعلى حتى تغطي الإصبع بكامله (الشكل 93).



شكل 94 : نماذج مختلفة من عصابة طرف الإصبع

13 - عصابة الإصبع: إذا اقتضى الأمر تضميد السلامية الأخيرة من إصبع (طرف الإصبع)، توضع العصابة موازية لطرف الإصبع ومن ثم تجرى لفات لولبية ابتداء من القاعدة (الشكل 94)، وعند تضميد جزء من الإصبع نبدأ بلفات دائيرية حول المعصم، ثم باتجاه مائل من الأعلى إلى الأسفل، ومن ظهر اليد نحو طرف الإصبع، الذي يلف بلفات حلزونية حتى القاعدة (الشكل 95).



وإذا اقتضى الأمر تضميد اليد مع الأصابع الأربع دون الإبهام، فتجرى لفة دائرة حول المعصم، وتدور العصابة بزاوية قائمة، وتوضع على طول ظهر اليد؛ وتمرر فوق سلاميات الأصابع إلى راحة اليد، وبعد ذلك ترجع مجدداً إلى ظهر اليد حتى المعصم، وبعد القيام بعدة لفات من هذا النوع، يجب تطويق اليد بلفات لولبية وربط العصابة عند المعصم.

شكل 95 : عصابة جزء من

#### الأصابع

#### 14 - عصابة الرأس: تستعمل العصابة المثلثية

(الشكل 65)، أو العصابة المتراجعة (الشكل 70)، حيث تؤخذ قطعة من العصابة بطول 70-80 سم وتوضع على الرأس، بحيث يتدلل طرافها أمام الأذنين ويمسكان بشكل مشدود إلى الأسفل، ومن ثم تلف العصابة حول الجبهة لتغطي الرأس كله مع تمرير العصابة في منطقة فوق الأذن حول اللفة الأولى والتي تشد وترتبط تحت الفك، حيث يصبح الشكل العام مشابهاً للقبعة (الطاقية).

15 - عصابة الرقبة: يجب أن تكون عصابة الرقبة خفيفة دون لفات دائرة كثيرة حتى لا تعرقل عملية التنفس، ويستحسن عند تضميد السطح الخلفي من الرقبة والجزء الخلفي من الرأس استخدام عصابة بشكل صليب: تثبت العصابة حول الرأس بلفات دائرة ثم تمرر عند مؤخرة الرأس بشكل مائل من الأعلى إلى الأسفل، وتنقل إلى السطح الأمامي من الرقبة (العنق) وتلف الرقبة فيها، ومن ثم يلف الرأس من الجهة الخلفية ماراً بشكل مائل إلى الأعلى، لتلف حول الجبهة ومن فوق الأذن.

16 - عصابة الفك السفلي: تستعمل العصابة المقطوعة الطرفين؛ أي العصابة ذات الأذناب الأربع (الشكل 76).

17 - عصابة العين: تثبت العصابة بلفات دائرة ثابتة حول الرأس، حيث تمرر العصابة من اليمين إلى اليسار (عند تضميد العين اليمنى) بعكس اتجاه عقارب الساعة، ثم توضع العصابة بشكل مائل على مؤخرة الرأس مارة من تحت الأذن



شكل 97 : تضميد العينين معاً



شكل 96 : عصابة العين



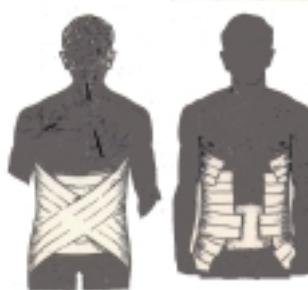
اليمنى ومحفظة العين اليمنى (الشكل 96)، بعدها تلف العصابة مرة من فوق العينين ومرة أخرى حول الرأس. ونعتمد نفس الطريقة عند تضميد العينين معاً حيث نبدأ بعين ثم بالأخرى (الشكل 97).

**18 - عصابة الأذن:** تستخدم العصابة بشكل طاقية مع ستر الأذن المصابة، أو بشكل إكليل (عصابة دائيرية) (الشكل 98). شكل 98 : عصابة الأذن

**19 - عصابة الأنف:** نستخدم عادة العصابة المقطوعة الطرفين (الشكل 76).



شكل 100 : عصابة الكتف



شكل 99 : عصابة الظهر

**20 - عصابة الظهر:** تستخدم العصابة المقيدة (الشكل 99) وقد نستخدم الحزام البطني.

**21 - عصابة الكتف:** تستخدم العصابة المقيدة عند حدوث خلع في مفصل الكتف (الشكل 100).



# الفصل التاسع

## إعطاء الأدوية

- 1 - طرق إعطاء الأدوية
- 2 - تعليمات عامة حول إعطاء الأدوية
- 3 - الأدوية التي تعطى عن طريق الفم
- 4 - الأدوية التي تعطى عن طريق الشرج
- 5 - الأدوية التي تعطى عن طريق الجلد
- 6 - الأدوية التي تعطى عن طريق الحقن
- 7 - الأدوية التي تعطى عن طريق المهبل
- 8 - الأدوية التي تعطى عن طريق الأنف
- 9 - الأدوية التي تعطى عن طريق الأذن
- 10 - الأدوية التي تعطى عن طريق العين
- 12 - الأدوية التي تعطى عن طريق الهواء
- 13 - إعطاء الأكسجين



# الفصل التاسع

## إعطاء الأدوية

### أولاً: طرق إعطاء الأدوية:

هناك طرق عديدة لإدخال الدواء إلى الجسم، وأهمها:

- 1 - عن طريق الفم
- 2 - عن طريق الحقن (الزرق):
  - أ - داخل العضلة
  - ب - داخل الوريد
  - ج - داخل الجلد
  - د - تحت الجلد
  - هـ - داخل المفصل
  - و - داخل الشريان
  - ز - داخل القناة النخاعية
  - و - داخل القلب
  - ط - داخل الأوعية اللمفية
- 3 - عن طريق الشرج (المستقيم)
- 4 - عن طريق الجلد
- 5 - عن طريق الأذن
- 6 - عن طريق الأنف
- 7 - عن طريق العين

- 8 - عن طريق المهلب
- 9 - عن طريق الهواء (الاستنشاق)
- 10 - عن طريق المثانة

## **ثانياً: تعليمات عامة حول استعمال الدواء:**

- 1 - لا ترجع الدواء أبداً إلى القارورة (الزجاجة).
- 2 - لا تستعمل الدواء إذا كان اسمه غير واضح.
- 3 - أسأل عن أي شيء غير مفهوم.
- 4 - لا تتكلم أبداً عن محسن الدواء أو مساوئه وخاصة عن مساوئه كالطعم المر، أمام المريض.
- 5 - راقب المريض لاكتشاف ردود أفعاله وارتكاسه تجاه الدواء.
- 6 - لا تترك الدواء قرب سرير المريض وتأكد من أن المريض قد تناوله ولم يضعه تحت الوسادة.
- 7 - يجب استبعاد أي قارورة تحتوي على مواد مترسبة (ثالالة).
- 8 - يجب استبعاد أي قارورة فقدت لون محلولها.
- 9 - يجب ألا تعطى مركبات الحديد بعد الشاي.
- 10 - يجب إعطاء شراب السعال وأقراص المص مع الماء.
- 11 - جهز المريض للنوم قبل إعطاء الدواء المنوم.
- 12 - أعط الدواء الصحيح وبجرعته المحددة وبالوقت المحدد.
- 13 - بعض الأدوية تلون الأسنان كالحديد، لذلك أغسل الفم بعد إعطائه وقم بتنظيف الأسنان، ومن الممكن إعطاء مثل هذه الأدوية عبر أنبوب ماص.
- 14 - لبعض الأدوية طعم غير محبب، ويمكن التغلب عليه بإعطاء قطعة من الحلوى أو فاكهة، وقد يفيد سد الأنف بإصبعين لأن الطعم كثيراً ما يعتمد على الرائحة.
- 15 - المواد الزيتية أصعب تناولاً بسبب طعمها ولزوجتها، يفضل إعطاء عصارة الليمون أو البرتقال قبل الدواء ومعه، كما يجب غسل الكأس بماء حار لإزالة آثار المادة.

### **ثالثاً - الأدوية التي تعطى عن طريق الفم (الأدوية الفموية):**

تؤمن الأدوية التي تعطى عن طريق الفم - الأدوية الفموية - طریقاً سهلاً وأمناً وفعالاً لـإعطاء الدواء.

**المعدات الالزمة:** كأس ماء، صينية، ملعقة (للشراب) أو ورقة (لوضع القرص عليها).

#### **أشكال الأدوية الفموية:**

للأدوية التي تعطى عن طريق الفم أشكال صيدلانية مختلفة مثل: الأقراص، الكبسولات، أقراص المص، أقراص تحت اللسان، المسحوق، الحبيبات، البرشام، الشراب، المعلق، محلول، المستحلب، الإكسير، الغرغرة، المضمضة، الطلاء الموضعي، المرهم الموضعي أو المعجون الموضعي، الإرذاذ الموضعي، الإنعاش.

#### **1 - الشرابات (الأدوية السائلة):**

- \* تغسل اليidan ونتأكد من الدواء المراد إعطاؤه.
- \* يجب التأكد من عدم وجود ثفالة أو أي شيء غير طبيعي في القارورة الزجاجية (الفنينة).
- \* نملأ الكأس إلى المكان المحدد بعد أن نتأكد ثانية من اسم الدواء (أو نملأ الملعقة المخصصة).

#### **2 - الأقراص أو الحبوب:**



شكل 101 : طريقة  
استخراج القرص

- \* يمكن وضع نوعين من الأقراص في صحن واحد، لكن يجب ألا نمزج نوعين من الشراب في كأس واحدة.
- \* يستخرج القرص دون لمسه (الشكل 101).

- \* يجب أن نراقب عملية تناول المريض للقرص خشية أن يرميه بدل أن يتناوله.

### **3 - الكبسولات (المحافظ):**

- \* تتبع نفس التعليمات السابقة مع اختلاف واحد وهو أن الكبسولات لا تمضغ إطلاقاً.
- \* يجب أن يتناول المريض السوائل بكثرة مع الكبسولات خشية أن تلتصق وتسبب مشكلات كثيرة هو بعفي عنها.

### **4 - المساحيق والحبوب (Powders & Granules):**

- \* تتبع نفس التعليمات المتبعة في إعطاء الشراب.
- \* نضع المسحوق في ملعقة أو على ورقة، ونعطي المريض بعض الماء ثم يتناول المسحوق ومن ثم نعطيه الماء ثانية.
- \* المساحيق نادرة الاستعمال في الوقت الحاضر.

### **5 - الغرغرة والمضمضة:**

الغرغرة هي إيصال محلول الغرغرة إلى أعمق ما يمكن في الحلق حيث يغمر عدة ثوان ثم يبصق، أما المضمضة فهي تحريك محلول في الفم عدة مرات ثم يبصقه.

#### **الفوائد:**

- 1 - تنظيف الحلق وتليين المفرزات المخاطية وإذابة الإفرازات المتراكمة.
- 2 - تخفيف الاحتقان والتورم والآلم.
- 3 - تنظيف الحلق والخلص من القيح كما في الخراج حول اللوزة.

وستعمل المحاليل التالية:

- \* محلول الملحي النظامي أو الماء والملح (ساخن أو بارد).
- \* محلول دوائي.

### **6 - المراميم والمعاجين الفموية:**

هناك مراميم خاصة بالفم تستعمل لعلاج التقرحات على اللثة واللسان وباطن الخدين، حيث تلتصق المادة الدوائية لبعض الوقت مما يخفف الألم ويساعد على شفاء التقرحات.

## 7 - الإرذاذ (البخاخ) الموضعي:

توجد أدوية تستعمل بشكل إرذاذ داخل الفم لتخفيض الاحتقان والآلم في البلعوم أو للتخدير الموضعي.

### مساويٍ لإعطاء الأدوية عن طريق الفم:

- 1 - قد لا يبلع المريض الدواء.
- 2 - قد يمتص الدواء بشكل جزئي فقط.
- 3 - قد يخرس الدواء جهاز الهضم مسبباً بالإقياء والإسهال فلا نحصل على التأثير المطلوب.

### الحالات التي لا يعطى فيها الدواء عن طريق الفم:

- 1 - المريض غير الوعي.
- 2 - المريض المصابة بإيقاء مستمر.
- 3 - إذا كان الدواء يتصرف بالعصارات الهاضمة.

### توقيت إعطاء الدواء الفموي:

- 1 - إذا طلب إعطاء الدواء ثلاث مرات يومياً دون تعليمات أخرى، فعادة ما يعطي الدواء بعد الوجبات صباحاً وظهراً ومساء.
- 2 - إذا طلب إعطاء الدواء قبل الطعام فيعطي قبل الوجبات بنحو 15-20 دقيقة.
- 3 - إذا طلب إعطاء الدواء مرتين يومياً، فيعطي عادة صباحاً ومساءً بعد الوجبات.
- 4 - إذا طلب إعطاء الدواء كل 4 ساعات فيعطي كل 4 ساعات ليلاً ونهاراً.
- 5 - تعطى المسهلات ذات التأثير البطيء مساء، بينما تعطى المسهلات ذات التأثير السريع في الصباح الباكر.

## رابعاً: الأدوية التي تعطى عن طريق الشرج (المستقيم):

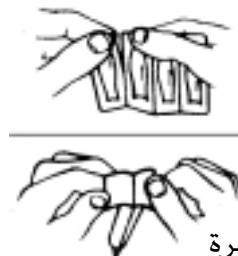
### 1 - التحاميل الشرجية (الحمولات أو اللبوسات): (Suppositories)

وهي طريقة لإدخال دواء، أو مزيج من الأدوية، بقصد التأثير الموضعي لهذه

الأدوية أو بقصد التأثير على كل الجسم، وذلك بعد ذوبانها وامتصاصها، فالتحاميل تذوب بدرجة حرارة الجسم.

### طريقة الاعطاء:

- \* يستلقي المريض على الجانب الأيسر، بحيث يصبح قرب السرير (مع المساعدة عند الضرورة).



\* يرتدي المعالج قفازاً مطاطياً أو قفازاً يستعمل لمرة واحدة.

\* تستخرج التحميلة من موضعها دون لمسها (الشكل 102).

\* ترفع ثياب المريض بقدر يكفي لكشف الشرج (يجب عدم رفع الثياب أكثر من اللازم).

\* تبعد الإليتين وتدخل التحميلة بحيث تتجاوز عضلات المansa الداخلية للشرج مسافة 8 سم داخل المستقيم (أي بطول

شكل 102 :

استخراج التحميلة

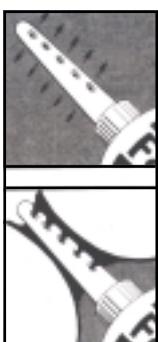
إصبع).

\* الضغط بمنديل ورقي مطوي على الشرج، أو تمسك الإليتين معاً لبضع دقائق حتى تنزل رغبة المريض في إخراج التحميلة.

\* ينبه المريض بـلا يتغوط خلال 20 دقيقة.

\* إذا كان الهدف من إعطاء التحميلة هو إفراغ الأمعاء، فيجب تجهيز الأصيص أو الحمام للمريض والعودة لمساعدته بعد فترة حسب فترة تأثير التحميلة.

### 2 - المراهم الشرجية:



طريقة أخرى لإدخال الدواء حيث نستخدم قنية خاصة تدخل في الشرج إلى المستقيم، حيث تفرغ محتويات المرهم في القناة الشرجية، حيث تفيق في المعالجة الموضعية (كما في حالة البواسير والشق الشرجي).

فالقنية تملك ثقباً (أو ثقباً) يخرج منه الدواء بعد الضغط على أنبوبة المرهم (الشكل 103).

شكل 103 : قنية المرهم الشرجي وطريقة تطبيقه

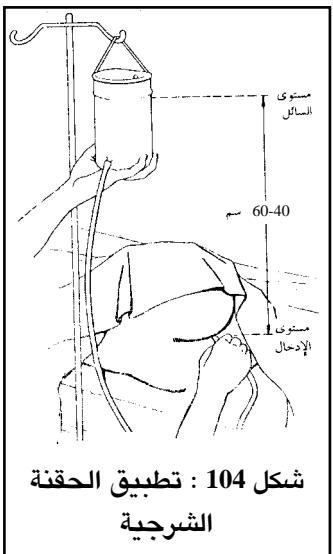
يجب التنبيه على المريض لا يتغوط لمدة 15-20 دقيقة بعد إعطاء الدواء.

### 3 - الحقن (الرحضات) الشرجية (Enemas):

تعني الحقنة (الرحضة) إدخال سوائل داخل الشرج (المستقيم) بهدف تنظيفه، أو لعلاج مرض ما (كال بواسير)، أو لتشخيص حالة ما (كالحقنة الملونة).

#### الغاية من إجراء الحقنة الشرجية:

- \* تنبية الإفراغ المعوي لتنقية الأمعاء الغليظة (الحقنة بالماء الصابوني أو الملح).
- \* التخفيف من انتفاخ البطن باستعمال المواد الطاردة للأرياح.
- \* تهدئة وتلطيف مخاطية القولون المتهيج (يستعمل النساء).
- \* تزويد المريض بالغذاء والسوائل (سكر - سوائل ملحية).
- \* تخفيض الحرارة.
- \* تهدئة المريض بإعطائه المهدئات مع النساء.
- \* غايات تشخيصية (إدخال مادة ملونة كالباريوم).



شكل 104 : تطبيق الحقنة الشرجية

#### الحقنة المسهلة:

وهي حقنة تلين البراز من جهة، وتحرض الحركات المعوية من جهة أخرى.

#### طريقة العمل:



شكل 105 :  
الحقنة المطاطية

- \* يوصل أنبوب مطاطي إلى وعاء يحوي سائل الحقنة ونطبق ملقطاً ليوقف جريان السائل، ويجب الانتباه لأن يكون سائل الحقنة بدرجة حرارة 21.6°C.
- \* يدهن الأنبوب بالثازلين، ويعلق الوعاء الحاوي على السائل فوق السرير مسافة 54-60 سم؛ (الشكل 104)، أو قد نستعمل حقناً مطاطية (الشكل 105).



**شكل 106 : طريقة إدخال الحقنة الشرجية**

\* يستلقي المريض بوضعية الاضطجاع الجانبي على اليسار، وتكون الركبة العليا معطوفة قليلاً، كما نضع تحت إلبيتي المريض قطعاً من القماش غير القابل للتبلل.

\* تبعد الإلبيتين باليد اليسرى، ثم يدخل الأنبوب المطاطي بزاوية مائلة 3-4 سم، ثم نغير الاتجاه ليصبح عمودياً وندخلها

10-15 سم، ونرفع الملقظ فيسيل السائل (الشكل 106).

\* يطلب من المريض أن يتنفس بعمق حتى يساعد عضلات البطن على الاسترخاء.

\* ثم نرفع الأنبوب، ونضع أصيصاً تحت إلبيتي المريض. ويجب مراقبة المريض بعد الحقنة الشرجية فقد يشكو من الضعف والدوام.

## خامساً: الأدوية التي تعطى عن طريق الجلد:

### 1 - الأدوية المطبقة موضعياً:

وتوجد بأشكال صيدلانية متعددة تختلف في صفاتها وخصائصها وحالات تطبيقها وأهمها:

المراهم، الكريمات، المحاليل، الدهون، الذرور، الهلام، المعجون، الرذاذ، الطلاء، المروح (Liniment)، الشامبو، اللزقة.



**شكل 107 : تطبيق لزقة الجرح دون لمسها**

**1 - اللزقات (Emplastrum):** اللزقة أكثر كثافة ولزوجة من المرهم، وهي أشكال:

**1 - اللزقة الموضعية:** كتلة المستخدمة في علاج الجروح أو الثنائي حيث تحوي مادة دوائية، ولذلك يجب أن تفتح وتطبق دون لمس المادة الدوائية (الشكل 107).

**2 - اللزقة الموضعية الكبيرة:** تستخدم للثبيت أو للعلاج الموضعي، كاللزقة



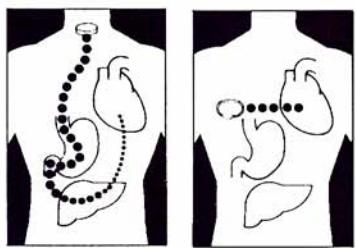
شكل 108 : اللزقة في  
الالم العضلي

المستخدمة لمعالجة الشد العضلي، أو الالم العضلي  
(الشكل 108).

٣ - **اللزقة المطبقة لأغراض فيزيائية:** كتلك الحاوية على  
مواد تشكل حقلًا مغناطيسيًا لعلاج الالم العضلي أو الالم  
الندبة.

٤ - **اللزقة المطبقة موضعياً ولها تأثيرات على كل الجسم:** وهي تعرف باسم  
اللطاخة أو اللطخة أو اللصاقة (Patch).

#### \* اللصاقة:



شكل 109 : مزايا اللصاقة الجلدية

وهي طريقة حديثة لتجنب المرور بالمعدة  
والكبد، تعرف علمياً بالجهاز العلاجي عبر  
الجلد: (اختصاراً T.T.S)، حيث تصل المادة  
الفعالة إلى العضو المراد عن طريق الدم من  
الجلد مباشرة، دون المرور بالكبد (الشكل  
109). ومنها اللصاقات التي تحتوي  
على التروجليسرين، لعلاج الأمراض القلبية، أو  
الإستروجين لعلاج الأضطرابات الهرمونية عند  
النساء وغيرها.

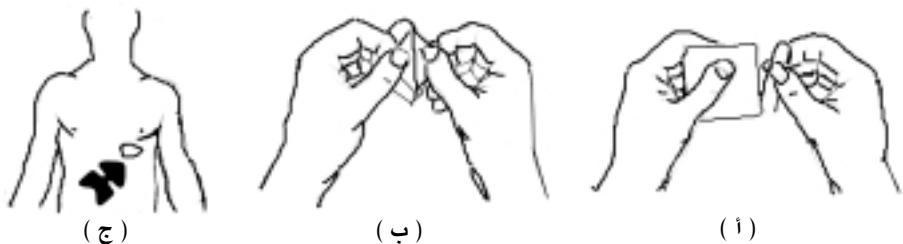
#### فوائد اللصاقات الجلدية:

- ١ - تجنب المرور بالكبد وبالتالي المحافظة على الفعالية بدرجة كبيرة.
- ٢ - الاستفادة من الأدوية لأقصى درجة.
- ٣ - الاستفادة من الأدوية التي ينزل تأثيرها بسرعة.
- ٤ - تجنب الجرعات الكبيرة غير المقصودة.
- ٥ - تتوقف المعالجة بمجرد نزع اللصاقة الجلدية.
- ٦ - لا تحدث أي ألم خاصه بالنسبة للأطفال.
- ٧ - تساعد المريض على التقيد بتناول الدواء في مواعيده، وعدم نسيانه جرعااته.

- 8 - تؤمن جرعة دقيقة متواصلة من الدواء.
- 9 - تؤمن الاستفادة من الأدوية التي لا تصلح عن طريق الفم، أو التي لا تعطى عن طريق الفم بسبب حالة المريض.

### **طريقة وضع اللصاقة وأماكن وضعها:**

- 1 - يفتح الكيس من المكان المخصص لقصه (الشكل 110 - أ)، و تستخرج اللصاقة، و تمسك بالطول، بحيث يتوجه اللسان إلى أعلى، ويكون الغطاء البلاستيكي الواقي مواجهاً للشخص الذي سيضعها.



**شكل 110 : طريقة وضع اللصاقة الجلدية**

- 2 - يثنى اللسان بشدة إلى الأمام بواسطة الإبهام، ويفصل الغطاء الأبيض الواقي من اللصاقة، باستعمال الإبهامين بادئين من اللسان (الشكل 110 أ و ب).
- 3 - يوضع الجانب اللاصق الذي تم كشفه على المكان المراد من الجلد، (تحت الثدي وبين الأضلاع)، ثم يضغط عليه بشدة براحة اليد لبعض ثوان فقط (الشكل 110 - ج).

**2 - الذور (Powder):** الذور مادة مسحوقه تنشر على الجزء المريض، لتشكل طبقة رقيقة متساوية السماكة، وتحتوي على مواد تجفف الجلد المصاب، وتمتص المواد النازة.

**3 - الغسول (Wash):** تبلل 4-2 قطع من الشاش بمحاليل دوائية مبردة، ثم تتعصر وتوضع كل 5-15 دقيقة حتى تجف، ويكسر وضع الغسول 3-5 مرات

يومياً، تبعاً لشدة المرض، وهذه تقلل من تورم ورطوبة المنطقة المصابة، وتحتفف الحكة، حيث تضيق الشرايين، كما أنها قد تحوي مواد مطهرة أيضاً.

**4 - الضماد الرطب:** وهو نفس الغسول لكن تكون سماكة الشاش 12-18 طبقة ويغير كل 30-60 دقيقة، ولا يجوز نزع الضماد بقوة بل يجب تبليه بمادة من نفس محلول. يستعمل الضماد الرطب لمعالجة الأجزاء المحدودة الرطبة والمصابة بالارتشاح، ولا يستعمل لعلاج الأمراض القيحية والالتهابات الحادة والمنتشرة.

**5 - الرفادة الضاغطة (Pad):** تستعمل لعلاج الأمراض الالتهابية الحادة، المصحوبة بارتشاح عميق محدود في الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد، بعد وضع الرفادة توضع فوقها قطعة من المشمع أكبر من الشاش الذي يشكل الرفادة وفوقه طبقة من القطن وتضمد، يغير الخدام مرة أو مرتين في اليوم.

**6 - المعلقات المائية والزيتية (Suspension):** تزيل هذه المعلقات الالتهاب وتحتفف الحكة، تحتوي المعلقات المائية الكحولية على الكحول، أما المعلقات الزيتية فتحتوي على محاليل دهنية سائلة (كريت دوار الشمس مثلاً)، وتقوم بتطريرية الجلد وتساعد على نزع الحراسف والقشور، وتحتفف من الشعور بتوتر الجلد وانشداده. يجب خض المعلقات الزيتية والمائية قبل استعمالها، وهذه المعلقات تجف على الجلد بسرعة، لذلك لا يوضع ضماداً فوقها.

**7 - المحاليل (Solutions):** بعضها مائي وبعضها كحولي، واستعمالاتها كثيرة وممتدة.

**8 - المعجون (Paste):** يمتد تأثير المعجون إلى أعماق أكبر من التي يصل إليها تأثير المعلق، ولكنه أقل تأثيراً كضماد للالتهاب، كما أن فعاليته في تجفيف الجلد أقل من المراهم.

نضع المعجون على الجلد المصاب بوساطة خافض اللسان (مثلاً) ثم يدهن الجلد بحركات خفيفة، وتوضع قطعة شاش فوقه وتضم، بحيث لا يزيد عدد لفات الضماد عن لفتين أو ثلاثة.

**9 - المرهم (Ointment):** استعمالاته كثيرة، ولا داعي للتفصيل فيها، لكن يجب أن تكون حذرين جداً عند استعمال الكورتيزون لمدة طويلة وعلى مساحات واسعة، خشية امتصاصها وظهور تأثيراتها على كل الجسم، أو ظهور مشكلات موضعية كضمور الجلد.

**10 - الصابون (Soap):** وهو أنواع منها الطبيعي، ومنها ما يخص الجلد الجاف، أو الجلد المصاب بأفة كالجرب والفطريات.

## 2 - الحمامات:

تختلف أنواع الحمامات باختلاف درجة حرارتها:

الحمامات الخفيفة 34-36° م.

الحمامات الدافئة 36-38° م.

الحمامات الحارة 39° م وأكثر.

الحمامات الباردة 21-33° م.

الحمامات الباردة جداً 20° م.

يفضل الاستحمام صباحاً، بعد تناول القليل من الطعام بحوالي 40-30 دقيقة، أو بعد ساعة أو ساعتين من تناول طعام الغداء.

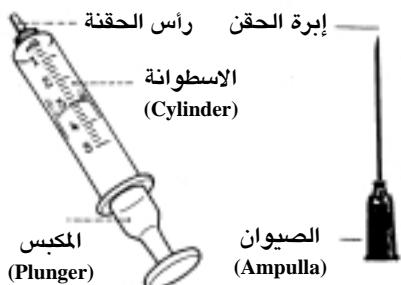


## 3 - المضخات الدوائية:

شكل 111 : مضخة الإنسولين  
طريقة حديثة في إعطاء الدواء؛ بعضها يزرع تحت الجلد؛ كما في مضخة المورفين لتصب جرعات ضئيلة ومتواصلة من المورفين، لتسكن الآلام عند المصابين بأمراض مزمنة كالسرطان..  
(لاحظ صغر حجمها)

بعض المضخات تكون بشكل أجهزة إلكترونية صغيرة، تقوم بالحقن الوريدي المتواصل للدواء؛ حسب نظام مبرمج معين مسبقًا؛ مثل مضخة الإنسولين (الشكل 111)، ومضخة الهيبارين، ومضخة الستربوتوكيناز.

ومن المضخات ما يستعمل حالياً لحقن المواد الظليلية عند إجراء تصوير الأوعية الدموية (التصوير الشرياني أو الوريدي).



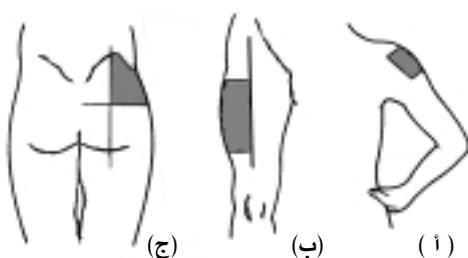
**شكل 112 : أقسام المحقنة الاعتيادية** ذكرنا أماكن إعطاء الأدوية حقناً في بداية الفصل، ونشرح فيما يلي أهم هذه الأماكن:

## 1 - الحقن داخل العضلات (الحقن العضلية):

تهدف إلى:

- 1 - إعطاء الأدوية التي تكون كميتها كبيرة (أكثر من 2 مل) بحيث يصعب إعطاؤها تحت الجلد.
- 2 - إعطاء الأدوية التي تخرش إذا أعطيت تحت الجلد.
- 3 - إعطاء الأدوية الزيتية (ذات المفعول الطويل).

ملاحظات:



(أ) الوجه الخارجي من الكتف (ب) الوجه الخارجي الجانبي من الفخذ (ج) الربع العلوي من الإلية الخارجية من العضلة الدالية (ج) الوجه العلوي من الإلية الجانبي من الكتف (الشكل Deltoid M.) في الكتف (الشكل 113).

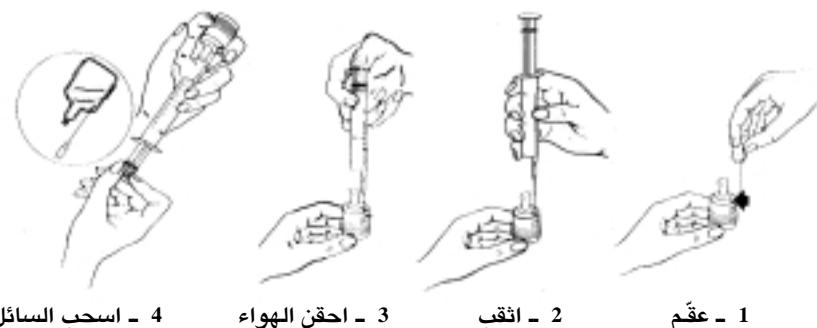
**شكل 113 : أماكن الحقن داخل العضلات**

\* أفضل مواضع الحقن هي: الربع العلوي الوحشي من الإليتين (العضلة الألوية Muscle Gluteus)، وقد نستعمل المنطقة الشخينة فوق الوجه الخارجي الجانبي من الفخذ، أو الوجه العلوي من الإلية العضلة الدالية (Deltoid M.) في الكتف (الشكل 113).

- \* انتبه للعصب الوركي (عرق النسا Seiatic Nerve)؛ لذلك احقن بعيداً عنه؛ (في الناحية البعيدة من الإلالة) (الشكل 113ج).
- \* عند حقن مركبات الحديد لا تمسد مكان الحقن.
- \* لا تمسح الإبرة بالكحول، لأن الكحول يسبب ألمًا واخزاً بعد الحقن.

#### **الطريقة:**

- 1 - ثبت أقسام المحقنة (إن كانت زجاجية) بإحكام مع عدم الإمساك بالإبرة إلا من قاعدتها وبالمحقنة إلا من قمة المكبس (المدم).
- 2 - ضع المحقنة في الصينية جاعلاً الإبرة على قطعة قطن معقمة.
- 3 - نظف عنق القارورة (Ampoule) بقطعة قطن معقمة، ونظف المنشار ثم انشر العنق، بعدها ارفع رأس القارورة، واضعأ قطعة من القطن على العنق لحماية أصابعك من الأذى.
- 4 - أدخل الإبرة في القارورة برفق حتى لا تلمس جدارها الزجاجي، واسحب الكمية المطلوبة من الدواء.
- 5 - إذا كان الدواء بحاجة للمزج أو الحل بالماء أو بمحلول خاص، فافتح أولًا قارورة الماء المعقم أو نظف قارورة المحلول البلاستيكية، واسحب كمية الماء أو المحلول المطلوبة (الشكل 114) ثم امزجه بالدواء.
- 6 - إذا كان الدواء موجوداً في قارورة لها سدادة مطاطية، نظف السدادة بالكحول



شكل 114 : طريقة سحب المحلول من القارورة

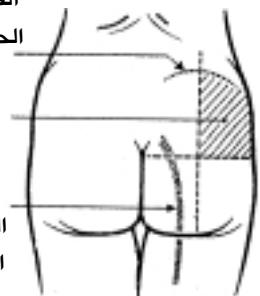
ثم أدخل الإبرة فيها وأفرغ الماء داخل القارورة، امزجها جيداً ثم اسحب الإبرة ورج القارورة جيداً حتى يذوب الدواء ثم املأ المحقنة بكمية من الهواء تساوي كمية الدواء المطلوبة والتي تريد سحبها من القارورة، نصف السدادة ثانية من الكحول وأدخل الإبرة، أفرغ الهواء في القارورة، ثم اسحب الكمية المطلوبة.

7 - اسحب الإبرة، وادفع المكبس حتى تفرغ الهواء منه، مع عدم إفراغ أية كمية من الدواء.

8 - تأكّد ثانية من الدواء ومن الجرعة المطلوبة.

9 - اشرح للمريض ما تريد أن تفعله (سوف أعطيك الدواء حقناً).

القنزحة  
الحرقفيّة  
مربع  
الحقن  
مسار  
العصب  
الوركي



شكل 115 : تحديد مكان الحقن العضلي بدقة  
الإبهام 5 سم إلى الأسفل، لتحديد مكان الحقن العضلي بدقة (الشكل 115).

10 - اختر موقع الحقن وحدد بدقة، وهو الربع العلوي الخارجي من الإلية عادة، ولتحديد، وحتى تتجنب العصب الوركي، ارسم خطأً وهميّاً بقطعة قطن مبللة بالكحول بين العظم العلوي الأمامي والربع الخارجي البارز من الإلية، أو ضع إصبعاً على العظم العلوي الأمامي، والإبهام على عظم الحرقفة، حرك الإبهام 5 سم إلى الأسفل، لتحديد مكان الحقن العضلي بدقة (الشكل 115).

11 - نظّف المنطقة جيداً بالكحول.

12 - تأكّد من عدم وجود الهواء في المحقنة برفعها للأعلى حتى تخرج قطرة من محلول الدواء إلى رأس الإبرة.



شكل 116 : طريقة الحقن العضلي المثالية

13 - اسند يدك على الإلية وأدخل رأس الإبرة، وبعد إدخال الإبرة في العضلة (الإلية) اسحب المكبس قبل حقن الدواء، لتأكد من أن الإبرة لم ترطم بوعاء دموي، فإذا ظهر أي دم في المحقنة اسحب الإبرة واحقن في مكان آخر (الشكل 116).

- 14 - بعد حقن الدواء، اسحب الإبرة بسرعة وسد المنطقة بلف، حيث يساعد هذا على امتصاص الدواء.
- 15 - امسح المنطقة ثانية بالكحول.
- 16 - اترك المريض ليرتاح وراقبه عشر دقائق للاحظة أية ردود أفعال.
- 17 - أعد المعدات إلى مكانها، فإذا كانت المحقنة زجاجية أغسلها بالماء البارد مع الإبرة واطرد الهواء خارجاً ثم ضعها في مكانها لإعادة تعقيمه.

### **مضاعفات<sup>(1)</sup> الحقن العضلية:**

#### **1 - دخول الدواء خطأ في الوريد:**

هناك بعض الأدوية التي لا يجوز أن تحقن في الوريد، حيث تكون مميتة، مثل الأدوية الزيتية والزئبقية، ولتجنب هذه المضاعفة الخطيرة نغرز الإبرة وحدها في الأنسجة منفصلة عن المحقنة، فإذا سال الدم منها تكون الإبرة في الوريد، فتخرج وتتدخل في مكان آخر، أو يمكن أن نغرس الإبرة وهي متصلة بالمحقنة ثم نجري المص بواسطة المكبس فإذا خرج الدم فالإبرة في وعاء دموي.

#### **2 - حدوث الخراجات:**

تمتص المحاليل المائية بعد حقنها بسهولة، وتقوم الكريات البيضاء بقتل الجراثيم التي قد تدخل معها، لكن عندما تكون شروط التعقيم غير كافية تحدث العدوى ثم الخراج، لذلك يجب اتباع قواعد التعقيم الكافية.

#### **3 - حدوث التقرحات الجلدية:**

تسبب بعض المواد الكاوية نخرًا وتموتاً إذا حقنت خطأ تحت الجلد، لذلك يجب حقن هذه المواد المخرشة عميقاً في الجلد.

#### **4 - الألم:**

تسبب بعض الأدوية ألمًا في ناحية الحقن، لكن هذا الألم لا يدوم أكثر من يوم واحد.

(1) **المضاعفات (Complication):** هي المشكلات التي قد تحدث نتيجة استخدام دواء ما.

## 5 - انكسار الإبرة:

قد تنكسر الإبرة داخل الأنسجة العميقة، عندها يجب مراجعة الطبيب فوراً لينتظر استخراجها إن أمكن، أو إزالتها جراحياً.

## 2 - الحقن داخل الجلد:

يجري الحقن داخل الجلد (أو داخل الأدمة) لهدف تشخيصي، وذلك لمعرفة سبب التحسس حيث تدخل المادة ضمن الأدمة (Dermis) مثل:

- 1 - تفاعل التوبركلين: وهو اختبار يجري لمعرفة الإصابة بالتدمن (TB).
- 2 - اختبارات الحساسية.

## 3 - الحقن تحت الجلد:

### التعريف:

هو إدخال كمية قليلة من محلول يحوي دواء تحت الجلد (تحت الأدمة)، حيث يصل الدواء بهذه الطريقة إلى الدم أسرع مما لو أعطى عن طريق الفم، لا تستعمل أكثر من 2 مل عادة. وذلك:

- \* إذا أردنا الحصول على مفعول سريع.
- \* إذا كان الدواء لا يعطى عن طريق الفم.

### ملاحظات:

- \* يجب أن يتم حقن كافة الأدوية التي تعطى تحت الأدمة باتجاه الأعلى، لأن هذا يتتوافق مع جريان اللمف الذي سيحملها إلى الدم.
- \* أمسك النسيج تحت الجلد للمنطقة التي ستحقن فيها باليد اليسرى.
- \* يجب ألا يتم الحقن فوق مفصل، كما يجب ألا يدخل الدواء إلى الوريد بأي شكل كان.

أهم الأدوية التي تعطى تحت الجلد هو الإنソولين، ولذلك سنذكره بشيء من التفصيل.

## \* حقن الإنسولين:

### نصائح قبل استعمال الإنسولين:

- 1 - يجب التأكد دائمًا من صلاحية الإنسولين الموضحة على الزجاجة ويجب عدم استخدام الإنسولين بعد انتهاء فترة صلاحيته أبدًا.
- 2 - يجب القيام بتعقيم الزجاجة قبل استعمالها.
- 3 - يجب عدم رج زجاجة الإنسولين بشكل شديد، حيث يؤدي ذلك إلى تخرّب تركيبة الإنسولين، إنما يجب أن تحرّك بلطف قبل الاستعمال. وخاصة إذا كان الإنسولين المستعمل من النوع العكر.
- 4 - يجب الانتظام بحقن الإنسولين بصورة يومية، وفي وقت محدد مع ضرورة تناول الطعام في أوقات ثابتة، وبنظام غذائي مدروس يحدده الطبيب المعالج.
- 5 - يجب حقن الإنسولين قبل الطعام بنحو 1 – 30 دقيقة، مما يسمح للإنسولين ببدء التأثير عند امتصاص السكر من الوجبة، بينما لو أخذ الإنسولين بعد الطعام فسيحدث ارتفاع لسكر الدم، قبل أن يبدأ مفعول الإنسولين.

### لحة عن المحاقن المستعملة في حقن الإنسولين:

#### هناك ثلاثة أنواع من المحاقن:

محاقن 40 وحدة، و80 وحدة و 100 وحدة، حسب قوة الإنسولين (الشكل 117-أ).



لا يمكن استعمال محقنة ذات تركيز معين لإنسولين ذي تركيز مختلف، فلا يمكن استعمال محقنة 100 وحدة لإنسولين 40 وحدة مثلاً.

### تحضير حقنة الإنسولين:

- 1 - تجمع المواد الازمة للاستعمال: قطنة مبللة بالكحول، محقنة الإنسولين، زجاجة (أو زجاجات) الإنسولين.
- 2 - اغسل يديك جيداً، وتأكد من نوع الإنسولين والجرعة المطلوبة وتاريخ انتهاء الصلاحية.
- 3 - استخرج المحقنة دون لمسها (الشكل 117 - ب).
- 4 - يخلط الإنسولين الموجود في الزجاجة، بتحريكها بلطف بين اليدين، وذلك إذا كنت تستخدمن أحد أنواع الإنسولين العكر (الشكل 118-1). يجب عدم هزها بعنف، لأن الهز يسبب تكون فقاعات الهواء داخل الزجاجة، وقد يخرب تركيبة الإنسولين.
- 5 - نصف رأس زجاجة الإنسولين بقطعة من القطن أو أي مطهر آخر (الشكل 118-2).

### تعبئة المحقنة عند استعمال نوع واحد من الإنسولين:

- 1 - يسحب هواء داخل المحقنة بسحب مكبس المحقنة إلى الخارج إلى مستوى يعادل جرعة الإنسولين المطلوبة.
- 2 - تغرز إبرة المحقنة في الغطاء البلاستيكي لزجاجة الإنسولين إلى أن تصل إلى داخل الزجاجة، ثم يدفع مكبس المحقنة إلى الداخل، لتفرغ كمية الهواء المسحوبة (الشكل 118).



شكل 118 : تحضير حقنة الإنسولين

3 - تقلب زجاجة الإنسولين والمحنة، ويسحب المكبس إلى الخارج إلى مستوى يزيد 10 وحدات عن الجرعة المقررة حيث تساعد هذه الوحدات الزائدة على ضبط جرعة الإنسولين (الشكل 4-118).

4 - لإزالة فقاعات الهواء، تنقر المحنة بالإصبع نقرأً خفيفاً، وعندما تصعد فقاعات الهواء إلى أعلى الحقنة، يدفع مكبس المحنة إلى مستوى الجرعة المقررة. وإذا استمرت الفقاعات، يدفع المكبس إلى أن تختفي الفقاعات، ثم يسحب مرة ثانية إلى مستوى الجرعة المطلوبة.

5 - عندما تختفي الفقاعات وبعد سحب الجرعة المطلوبة، تسحب المحنة من الزجاجة المقلوبة، وتغطى إبرة المحنة استعداداً للحقن.

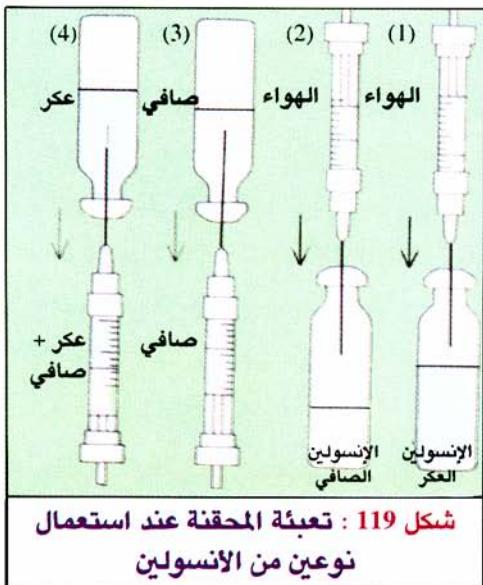
#### **تعبئة المحنة عند استعمال نوعين من الإنسولين (يخلطان معاً):**

تذكر دائماً أن تسحب الإنسولين «السريع المفعول» أولاً. وأهمية هذا الإجراء، أنه يمنع تلوث الإنسولين السريع المفعول، بجزء من الإنسولين المتوسط أو البطيء المفعول، وبذا يبيطئ مفعوله في المستقبل. يعطى الإنسولين السريع المفعول لمعالجة الارتفاع الكبير لمعدل سكر الدم بأسرع وقت، ولذا يجب الحفاظ عليه نقياً.

1 - يسحب الهواء في المحنة بسحب المكبس إلى الخارج، إلى مستوى جرعة الإنسولين البطيء (أو المتوسط) الفعل المقررة (الإنسولين العكر). تغرز إبرة المحنة في زجاجة الإنسولين العكر وهي في وضع عمودي. يحقن الهواء داخل الزجاجة بدفع مكبس المحنة إلى الداخل. وتسحب الإبرة من الزجاجة دون سحب الإنسولين. ويبقى المكبس ثابتاً في مكانه (الشكل 1-119).

2 - يسحب الهواء في المحنة إلى الخارج إلى مستوى جرعة الإنسولين السريع المفعول (الإنسولين الصافي). تغرز الإبرة في زجاجة الإنسولين السريع المفعول، ويدفع مكبس المحنة إلى الداخل: لحقن الهواء داخل الزجاجة (الشكل 2-119).

3 - تقلب زجاجة الإنسولين الصافي والإبرة بداخلها إلى أعلى، ويسحب مكبس المحنة ببطء إلى الخارج، لسحب جرعة الإنسولين الصافي إلى مستوى يزيد



**شكل 119 : تعبئة المحقنة عند استعمال نوعين من الإنسولين**

10 وحدات عن الجرعة المقررة.  
تزال فقاعات الهواء من المحقنة  
كما ذكر سابقاً (الشكل 119-3).

4 - يضبط مكبس المحقنة عند مستوى  
الجرعة المقررة من الإنسولين  
الصافي، ثم تسحب الإبرة من  
زجاجة الإنسولين.

5 - تقلب زجاجة الإنسولين العكر  
وتغرز الإبرة في الزجاجة ويسحب  
الإنسولين العكر ببطء إلى الجرعة  
المقررة. يجب عدم سحب وحدات  
إضافية من الإنسولين العكر لكي

لا يتلوث الإنسولين العكر عند ضبط الجرعة (الشكل 119-4).

6 - يجب أن تكون كمية الإنسولين في المحقنة تساوي مجموع جرعتي الإنسولين  
الصافي (السريع) والعكر (البطيء أو المتوسط).

7 - تسحب الإبرة من زجاجة الإنسولين، وتغطى، وتوضع المحقنة على سطح نظيف،  
استعداداً للحقن.

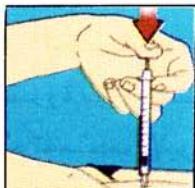
### خطوات حقن الإنسولين تحت الجلد: (الشكل 120)

- 1 - يحضر موقع الحقن بتنظيفه بقطنة مبللة  
بالكحول أو الماء والصابون.
- 2 - تمسك المحقنة: بعد تعبئتها كما ذكر سابقاً،  
بأحدى اليدين، وباليدي الأخرى، تجذب ثنية  
جلدية حوالي 1-2 سم، بين إصبعي الإبهام  
والسبابة. وعند استعمال الجزء الأعلى من  
الذراع للحقن، فإن العملية تتم بيد واحدة  
فقط، ويمكن اجتذاب ثنية جلدية في الذراع  
أثناء الحقن.
-

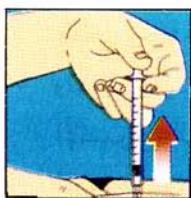
**بلف الذراع على مؤخرة كرسي أو حافة طاولة.**

**3 - تمسك المحقنة كما يمسك قلم الرصاص، وباستعمال حركة تشبه قذف السهم**

قبل حقن الإنسولين  
اسحب مكبس الإبرة  
إذا ظهر دم.. اخرج  
الحقنة وغير مكانها..  
إذا لم يظهر أي دم  
ادفع المكبس لحقن  
الإنسولين



تغرز الإبرة بسرعة في الجلد. تعتمد زاوية الحقن على كمية النسيج الشحمي تحت الجلد. إذا كانت ثنية الجلد المجذبة بين إصبعي الإبهام والسبابة أكثر من 1 سم، يمكن - وبأمان - غرز الإبرة عمودياً في الجلد (بزاوية 90 درجة).



اسحب الإبرة واطهر  
مكان الحقن

**4 - إذا كان المريض نحيفاً، وكانت ثنية الجلد المجذبة بين إصبعي الإبهام والسبابة أقل من 1 سم، يجب غرز الإبرة مائلة في الجلد (بزاوية 45° درجة).**

**5 - تحرر ثنية الجلد من قبضة الإبهام والسبابة، وتستعمل إحدى**

عليك التخلص من  
الحقنة وقطع القطن  
المستخدمة بطريقة  
سليمة حتى لا  
تعرض غيرك للخطر  
وخاصة الأطفال.



اليدين لتشبيت المحقنة. وباليد الأخرى يسحب  
مكبس المحقنة إلى أعلى حوالي 4-2 وحدات،  
للتتأكد من عدم خروج دم.

**6 - إذا خرج دم عند سحب المدمح إلى أعلى، دل ذلك أن الإبرة قد دخلت في وعاء دموي من الممكن استخدام نفس الحقنة لأكثر من مرة وذلك تبعاً لارشادات الطبيب وإشرافه صغير (وهذا يحدث أحياناً) ويجب عدم حقن**

الإنسولين. تسحب الإبرة من موقع الحقن، ويجب تكرار الحقن بمحقنة جديدة وجرعة جديدة من الإنسولين، في موقع آخر. والسبب في ذلك، أننا لا نريد إدخال الإنسولين مباشرة في الدم، وما قد ينجم عن ذلك من هبوط سكر الدم الشديد.

**7 - إذا لم يخرج دم عند سحب مكبس المحقنة إلى أعلى؛ يجب دفع المكبس بسرعة إلى أسفل لحقن الإنسولين لأن الحقن السريع يقلل من الإحساس بالألم.**

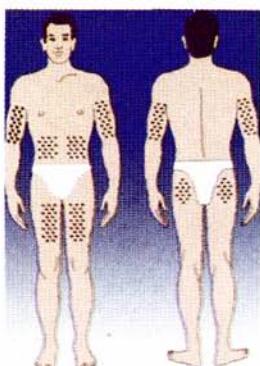
**8 - بعد الانتهاء من الحقن، تسحب الإبرة بسرعة، ويغطي موقع الحقن فوراً بالقطن المبلل بالكحول، مع استعمال ضغط خفيف فقط لمدة 10 ثوان.**

يجب عدم فرك (حك) موقع الحقن، لأن الاحتكاك يزيد سرعة امتصاص الإنسولين من تحت الجلد، ويهدى الجلد.

9- تغطى الإبرة، ويعاد تعقيم المحقنة لاستعمال آخر إذا كانت زجاجية، أو ترمي إذا كانت مصنوعة لاستعمال واحد فقط.

### اماكن حقن الإنسولين:

يمكن حقن الإنسولين تحت الجلد في أي مكان في الجسم يتوفّر فيه النسيج الشحمي تحت الجلد، ويفضّل أن يتّبع المريض على أخذ جرعات الإنسولين في نفس الزمان وفي نفس الناحية (مثلاً: حقنة الصباح في البطن دائمًا وحقنة المساء في الفخذ) ولكن يجب أن تبعد كل حقنة عن الأخرى مسافة لا تقل عن 3 سم. ولا يحقن في نفس المكان قبل مضي شهر، فتكرار الحقن في نفس المكان قد يؤثّر على النسيج الشحمي تحت الجلد، وهذا يعيق امتصاص الإنسولين (ويُنصح بعدم حقن الإنسولين بشكل سطحي، إنما يجب أن يكون الحقن تحت الجلد حتى لا ينقص مفعول الإنسولين ويبطئ امتصاصه).



شكل 121 : أماكن حقن الإنسولين

### ومن أهم المواقع: (الشكل 121)

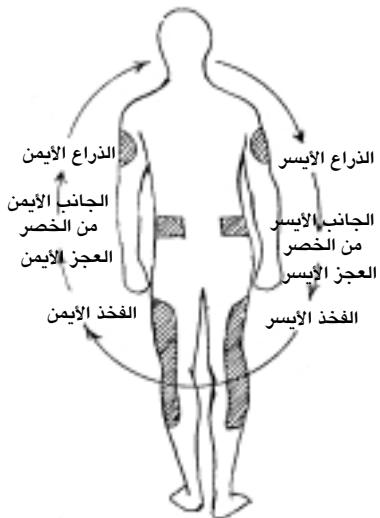
1 - الجزء الخارجي من أعلى الذراعين.

2 - المنطقة الواقعة فوق وتحت الخصر مباشرة ما عدا دائرة حول السرة.

3 - الجزء الأعلى من الإلبيتين خلف عظم الورك مباشرة في كل جانب.

4 - الجزء الأمامي من الفخذ فوق الركبة.

ومن المهم تغيير موقع الحقن من يوم لآخر لتفادي حصول مشكلات جلدية (تضخم النسيج الشحمي أو ضموره). ويجب أن يتخذ هذا التغيير شكلاً ثابتاً مع تسجيل ذلك في بطاقة خاصة فيها التاريخ واليوم لمدة شهر كامل. وبذلك يمكن تفادي إعادة الحقن في نفس الموقع مراراً.



شكل 122 : تدوير أماكن حقن الأنسولين

في الحياة العملية ينصح أن تكون خطة دوران موقع الحقن بشكل دائري باتجاه عقارب الساعة (الشكل 122)، بحيث يبدأ الحقن في الذراع الأيسر ثم ينزل إلى الخصر (الجانب الأيسر) ثم إلى الإلية اليسرى فالفخذ الأيسر، ثم ينتقل إلى الفخذ الأيمن، ومنه إلى الإلية اليمنى، ثم الخصر (في الجانب الأيمن) ثم الذراع الأيمن. وفي الدورة التالية يجب اتباع نفس الخطة مع الابتعاد 2-3 سم من موقع الحقن السابق في كل مكان.

### الطريقة الصحيحة لحقن الأنسولين:

قد يتساءل البعض هل هناك إبرة مؤلمة وإبرة غير مؤلمة؟ أو يتتسائل لماذا نتألم أحياناً بشكل أكبر عند حقن الأنسولين؟

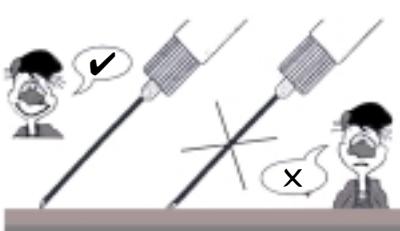
إن الألم المصاحب لوخز الإبرة يعتمد على عاملين هما:

1 - مكان اختراق الإبرة، فإن حدث واصطدمت بالمستقبلات العصبية للإحساس والآلام، الموجودة تحت الجلد حصل الألم (الشكل 123).

2 - طريقة اختراق الإبرة للجلد دور في حصول الألم: فوضع رأس الإبرة بحيث يكون الجزء الحاد هو الملمس للجلد لا يحدث ألمًا، بينما وضع الإبرة بحيث تكون عين الإبرة هي المواجهة للجلد أثناء اختراق الجلد يؤدي إلى حدوث الألم (الشكل 124).



شكل 123 : إصابة النهايات العصبية يجعل وخز الإبرة مؤلماً



شكل 124 : الطريقة الصحيحة لاختراق رأس الإبرة للجلد

**ملاحظة:** تتوفر حالياً محقنة بشكل القلم جاهزة للحقن، ويمكن ضبطها حسب الجرعة (الشكل 125).



#### 4 - الحقن داخل المفصل:

يجري الحقن داخل المفصل عندما يكون المفصل ملتهباً، حيث يحقن الكورتيزون وبيد الطبيب فقط. يجب أن يتم الحقن بشروط عقيمة.

#### 5 - الحقن والتسريب داخل الوريد:

##### التعريف:

**شكل 125 :** قلم حقن

الحقن أو التسريب (Infusion) داخل الوريد هو الإنسولين (لاحظ حجمه) إدخال دواء أو محلول ما إلى مجرى الدم مباشرة، وهذا يجب أن يتم بيد الطبيب أو ممرضة متدرسة.

##### الغاية من الحقن داخل الوريد:

- 1 - عندما نرغب بالحصول على تأثير سريع جداً للدواء، كحقن الم nehات القلبية أو التنفسية.
- 2 - إذا كان الدواء مخرشاً للنسيج، إذا أعطي داخل العضلة أو تحت الجلد.
- 3 - إذا كانت كمية الدواء كبيرة، مثل إعطاء كمية كبيرة من المصل، أو محلول السكري، أو محلول الملحي.
- 4 - قد نحقن الدواء لأهداف تشخيصية؛ مثل التصوير الملون للكلية (تصوير الكلية والحوبيسة بالحقن الوريدي IVP).
- 5 - لزيادة حجم الدم كما في حالة الصدمة أو النزف حيث نعطي الدم أو البلازما أو السائل الملحي (Saline).
- 6 - لإدخال بعض الأدوية المبنجة (التبننج الوريدي).



**شكل 126 :** سحب الدم من الوريد في المرفق وظهر اليد



- 7 - لسحب عينات الدم اللازم للتحليل (الشكل 126).

## موقع الحقن:

يستعمل واحد من الأوردة السطحية الكبيرة في المرفق، أو الكاحل، أي الوجه الأمامي من المرفق، والوجه الداخلي من الكاحل.

## سابعاً: الأدوية التي تعطى عن طريق المهبل:

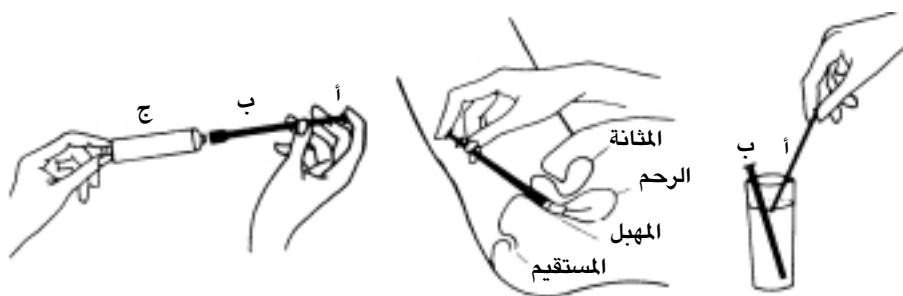
### 1 - البويبات المهبلية (التحاميل النسائية):

وهي نوع خاص من التحاميل تدخل داخل المهبل، حيث تمتص محتوياتها من الغشاء المخاطي المبطن للمهبل، وتقوم بتثثيرها الموضعي.

تستقر المريضة على ظهرها بعد أن تفرغ مثانتها، وتدخل البويبة عميقاً في المهبل، وتبقى مستقرة على ظهرها نصف ساعة؛ حتى لا تسقط البويبة.

### 2 - الكريم المهيلي:

حيث توجد قنية خاصة لإدخال الدواء (الكريم) إلى المهبل حسب التعليمات (الشكل 127).



شكل 127 : استعمال الكريم المهيلي

- (1) افتحي الكريم وادخليه بالبرم اللولبي إلى داخل الأنابيب (ب).
- (2) ادخلني الأنابيب بعناية وإلى أعمق ما يمكن داخل المهبل، وأفضل وضع لذلك هو الاستلقاء الظاهري.
- (3) ادفعي المكبس (أ) برفق حتى يتوقف ثم أخرجي أنابيب الإدخال من المهبل.
- (4) أخرجي المكبس (أ) من الأنابيب (ب) واغسليه جيداً بماء حار لا يغلي.

### 3 - الحلقات المهبلية (Vaginal rings)

طريقة جديدة ومفيدة في إعطاء الدواء، حيث ثبت أن امتصاص المادة الفعالة يقترب من الكمال عبر الأغشية المخاطية المهبلي، وبذلك تتجنب إعطاء الدواء عن طريق الفم، أو قد تكون لا نستطيع إعطاؤه.

وتحتسب المرأة نزع هذه الحلقات في أي وقت شاءت دون مساعدة، من أجل الإيقاف الفوري لفعول الدواء، وهذه فائدة يستحيل توفرها في الأدوية الفموية.

تؤمن الحلقات المهبلي جرعات دوائية تصل إلى الدم مباشرة بشكل متواصل ومحدد من المادة، مع تركيز كاف لها، فلا مجال هنا للنسorian أو الإهمال، خاصة عند كبار السن.

أهم الحلقات المهبلي المستعملة تلك التي تحتوي على هرمونات لمنع الحمل، والجرعة اللازمة المستعملة لا تتجاوز  $\frac{1}{10}$  من الجرعة الفموية.

### 4 - الدوش المهبلي: (راجع الفصل الأول).

ثامناً: الأدوية التي تعطى عن طريق الأنف:

#### 1 - القطرات الأنفية:



شكل 128: وضعية الرأس  
أثناء التقطير في الأنف

- \* غايتها إدخال الأدوية إلى داخل الأنف.
- \* يجب التقطير في الأنف والريض مستلق على ظهره، ورأسه ملقي إلى الخلف، مع وضع وسادة صغيرة تحت رقبته (الشكل 128). وإذا لم تتخذ هذه الوضعية، فإن قطرات ستتسيل في المجرى الأنفي الأسفل فقط (أي في البلعوم الأنفي دون الوصول إلى كافة أجزاء الأنف).

- \* يجب تقطير الدواء على الجدار العلوي الداخلي للأنف، وليس بشكل مباشر في جوفه، حيث ت قطر

5-6 قطرات للبالغ و 2-3 قطرات للطفل في كل منخر، ويبقى بهذه الوضعية مدة دققتين، ثم نضع المريض بوضعية الجلوس بحيث يلامس ذقنه صدره دقيقة، هذه الوضعية تؤمن وصول الدواء إلى الجزء الداخلي من الأنف.

## 2 - المراهم الأنفية:

يتخذ المريض نفس الوضعية السابقة عند دهن أنفه بالمرهم، حيث يدخل المرهم إلى جوف الأنف بواسطة يد نظيفة أو بقنية المرهم، حيث يذوب المرهم تحت تأثير حرارة الجسم ويتواء على الغشاء المخاطي بالتساوي، ولذلك يجب على المريض أن يبقى على الوضعية السابقة مدة 20-25 دقيقة.

ومن المهم إزالة الإفرازات المخاطية أو القيح قبل تطبيق الدواء.



شكل 129 : الطريقة  
الصحيحة لاستعمال  
البخاخ الأنفي

## 3 - الرذاذ (البخاخ) الأنفي:

بعضها ذو تأثير موضعي، هدفه التخدير أو تخفيف الاحتقان مثلاً. (الشكل 129)، والآخر ذو تأثير على كل الجسم، مثل إعطاء خلاصة الفص الخلفي للغدة النخامية، أو إعطاء الكالسيتونين.

## تاسعاً: إعطاء الأدوية عن طريق الأذن:

### 2 - القطرات الأذنية:

- \* ن قطر الأدوية والمريض مضبطع وأنذه المريضة متوجهة نحو الأعلى.
- \* يجب أن تكون درجة حرارة القطرة مساوية لدرجة حرارة الجسم، حتى لا ينزعج المريض.

\* يجب أن ندع قطرات الدواء تسيل على الجدار الجانبي وليس بشكل مباشر، لأن سقوط قطرات بشكل مباشر قد يؤدي إلى بقاء فقاعة هواء على غشاء الطليل تمنع وصول الدواء إلى الأنسجة المريضة.

\* يبقى المريض بتلك الوضعية 3 دقائق على الأقل.

## **الغاية من القطرة الأذنية:**

- 1 - تلين أو تطهير شمع الأذن (الصملاح).
- 2 - القضاء على الجراثيم الموجودة في القناة الخارجية للأذن.
- 3 - معالجة العدوى.

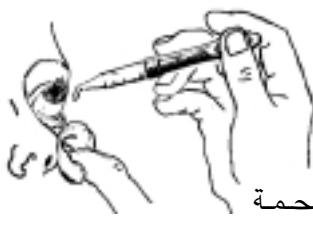
## **2 - المراهم الأذنية:**

ندهن القناة الخارجية للأذن بالمرهم بعد غسلها جيداً بفتيل قطني. نغمس فتيلاً قطانياً في المرهم بحيث تعلق به كمية كبيرة من المرهم، ثم ندخله إلى المجرى فندنه.

## **عاشرأً: الأدوية التي تعطى عن طريق العين:**

### **1 - قطرات العينية:**

نطلب من المريض أن ينظر للأعلى ثم نشد الجفن السفلي بواسطة حشوة قطنية مبللة نمسكها باليد اليسرى، بينما نمسك القطارة باليد اليمنى، بحيث تشكل زاوية مع سطح العين وليس بمواجهة العين، فلا يلامس رأسها الجفن أو الغشاء المخاطي للعين، نقطر قطرة أو قطرتين في القبو السفلي لجوف الملتحمة (الشكل 130).



شكل 130 : طريقة تقطير

الدواء داخل العين

### **2 - المراهم العينية:**

#### **الغاية:**

- 1 - تخفف التهاب، ولمعالجة عدوى الجفن والملتحمة والقرنية.
- 2 - تنظيف الجفن والعين من الإفرازات.

#### **الطريقة:**

نوسع الجفنين بإبهام وسبابة اليد اليسرى، ونمسك باليد اليمنى المرهم ونضعه على ملتحمة الجفن السفلي، ونسحبه بحركة خفيفة.

### 3 - تطبيق الكمادات الباردة على العين:

الغاية:

تحفيض الالتهاب في الأ jelفان والملتحمة، وهو إجراء يمكن أن يكون معقماً أو غير معقم.

الطريقة:

يوضع المريض بوضعية الاستلقاء على الظهر، ويدار الرأس قليلاً باتجاه العين المصابة، وتوضع منشفة تحت كامل المنكبين، ثم توضع عصابة باردة ومعصورة جيداً على العين، بحيث تغطي العين وجزءاً من الوجنة، دون أن تغطي الحاجب، حتى لا تسبب الاحتقان في المقلة، وتبدل العصابة كل 30 ثانية.

### حادي عشر: الأدوية التي تعطى عن طريق الهواء (الاستنشاق):



شكل 131 : إعطاء الأكسجين بوساطة الأنابيب

يهدف الاستنشاق (Inhalation) إلى إعطاء الأدوية عبر الأنف أو الفم للحصول على تأثيرها بشكل سريع، حيث تدخل إلى الشجرة التنفسية مع النَّفَس.

#### 1 - الاستنشاق الجاف:

ويستعمل في الحالات التالية:

- 1 - إعطاء الأكسجين عبر أنبوب يوضع في الأنف (الشكل 131) أو عبر قناع خاص (الشكل 132).
- 2 - إعطاء أدوية التخدير (البنجات) بواسطة قناع خاص.
- 3 - إعطاء الأدوية الخاصة بعلاج الربو لتوسيع القصبات - وهو الاستعمال الأهم.



شكل 132 : إعطاء الأكسجين بوساطة القناع



شكل 134 : المرذا بوساطة قطعة في الفم

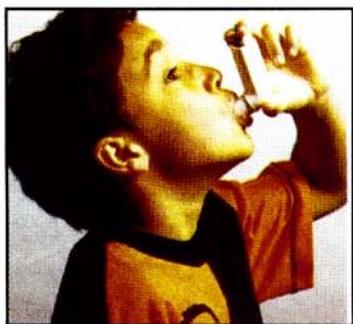


شكل 133 : المرذا بوساطة قناع



هناك عدة أنواع من الأجهزة ل إيصال الدواء بهذه الطريقة:

1 - جهاز يعطي الدواء بشكل رذاذ، ويسمى المرذا (الكمام) (Nebulizer) حيث يُدفع الرذاذ بالهواء المضغوط أو الأكسجين عبر قناع يوضع على الوجه (الشكل 133) أو في الفم (الشكل 134).



شكل 135 : منشقة محلول

2 - جهاز يعطي الدواء بشكل محلول، ويسمى المنشقة (البخاخ) (Inhaler)، حيث يُدفع محلول بجرعات محسوبة (معيرة) بعد الضغط عليه (الشكل 135).

3 - جهاز يعطي الدواء بشكل حبيبات ناعمة، ويسمى منشقة الحبيبات الكهربائية

(Turbuhaler)، حيث يتم شفط أو استنشاق الدواء على شكل حبيبات ناعمة جداً، وبجرعات محسوبة بعد تجهيزه، (الشكل 136).



شكل 136 : منشقة الحبيبات

وحتى يصل الدواء بشكل كامل - خاصة عند الأطفال - يستعمل جهاز يسمى الوعاء الفراغي (Spacer)، فعند استعمال الأجهزة السابقة يجب أن يتم إطلاق الدواء أثناء أخذ المريض لشهيق عميق، وهذا التوافق صعب جداً



شكل 137 : الوعاء الفراغي

و خاصة عند الأطفال، ولذلك وجدت هذه الأجهزة لينتشر فيها الدواء ويتم استنشاقه من قبل المريض على دفعات (الشكل 137).

أما عن طريقة استخدام هذه الأجهزة فلكل جهاز تعليمات خاصة توجد مع الجهاز.

## 2 - الاستنشاق الرطب (التبخيرة):

ويتم باستخدام جهاز خاص أو إبريق أو غلاية البخار، ويهدف إلى:

- \* تخفيف التهاب، التورم، الاحتقان (مثل التهاب الحنجرة والتهاب القصبات).
- \* تلين الإفرازات بعد العمل الجراحي والتهاب القصبات المزمن.

**الطريقة:** يغلى الماء ويضاف الدواء ويوضع المريض رأسه قريباً من البخار المتتصاعد ويستنشقه بعمق.

## ثاني عشر: إعطاء الأكسجين

يعني إعطاء الأكسجين للمريض بواسطة جهاز خاص يوصل الأكسجين بتركيز عالي وكافٍ إلى أنف المريض مباشرة، للتغلب على أعراض نقص الأكسجين في دم المريض.

### حالات المعالجة بالأكسجين:

- 1 - انسداد المجرى الهوائي: ضخامة الغدة الدرقية أو السمنة الشديدة مثلاً.
- 2 - الربو الشعبي، وبقية أمراض الرئة.
- 3 - أمراض القلب.
- 4 - حالات فقر الدم الشديد.
- 5 - النزف.
- 6 - الاختناق.
- 7 - التسمم.

## \* الطريقة:

- 1 - طمأنة المريض وشرح الطريقة له، وبذلك نحصل على تعاونه.
- 2 - يفتح صمام أسطوانة الأكسجين برفعة عالياً بسرعة، خارج غرفة المريض، وذلك للتخلص من الغبار الموجود على فتحة الأسطوانة.
- 3 - ملء الوعاء المرطب حتى منتصفه بالماء.
- 4 - وضع القناع على وجه المريض وتثبيته.
- 5 - تحديد كمية الأكسجين المارة بنحو 4-8 لترات/ دقيقة، وذلك بواسطة المنظم.
- 6 - تثبيت الأنابيب إلى الوسادة بواسطة دبوس.
- 7 - وضع قناع جديد بدلاً من القناع الأول كل 12 ساعة.
- 8 - تحضير أسطوانة أكسجين أخرى بدل الأولى، وذلك قبل ساعة من انتهائهما.
- 9 - يجب الانتباه إلى عدم دحرجة أسطوانة الأكسجين أو رميها، ويجب الانتباه إلى إبعاد المواد القابلة للاشتعال عنها، كما يمنع التدخين بجوارها.





## **الفصل العاشر**

### **تطبيق الحرارة والبرودة**

**1 - تطبيق البرودة**

- البرودة الجافة

- البرودة الرطبة

**2 - تطبيق الحرارة**

- الحرارة الجافة

- الحرارة الرطبة



## **أولاً: تطبيق البرودة**

وتعني تطبيق البرودة الجافة أو الرطبة على الجسم، أو جزء منه، بقصد:

- 1 - تخفيف الألم.
- 2 - تخفيض الحرارة.
- 3 - تلطيف وتهيئة الأعصاب وتخفيف الصداع.
- 4 - تحسين جريان الدم (التروية الدموية) في أماكن معينة، وتحفيض الاحتقان فيها.
- 5 - إيقاف النزف.

### **أ - البرودة الجافة:**

- 1 - **القبة الثلجية:** كيس مطاطي أو بلاستيكي له شكل عضو معين، مما يسهل وضعه على ذلك العضو.
- 2 - **القبعة الثلجية:** جهاز له شكل الرأس، مما يسهل وضعه على الرأس.

#### **الطريقة:**

يكسر الثلج (الجليد) إلى قطع بحجم الجوزة ويملاً غطاء الرأس «القبعة أو القلنسوة» حتى منتصفه ثلجاً بإحكام ويحلف، ثم يغطى بقمash ويوضع على المنطقة المطلوبة.

**ملاحظة:** يجب فحص حالة الجلد في المنطقة المطبق عليها القبعة عدة مرات، والتركيز على أي تغير في لون الجلد أو حدوث خدر أو نمل.



3 - **مغطس الثلج:** توضع قطع الثلج في وعاء ويغطس العضو المصاب فيه (الشكل 138).

4 - **رزم البرودة الجاهزة:** هي جهاز بشكال وأحجام متعددة يطلق كمية محددة من البرودة لفترة زمنية محددة.

شكل 138 : مغطس الثلج

## **ب - البرودة الرطبة:**

### **1 - الكمامات الباردة (Cold Compresses)**



وتعني تطبيق البرودة على جزء من الجسم وتهدف إلى:

- \* معالجة الرضوض، الالتواء (الشكل 139)، الرعاف.
- \* تخفيض الحرارة.
- \* تخفيف الألم والالتهاب.

**شكل 139 : معالجة الرضوض بالكمادة الباردة**

### **الطريقة:**

نضع قطعة قماش غير قابل للتبلل تحت المنطقة المراد وضع الكمامات بها.

نغمس الكمامات بالماء المثلج ثم نضعها على المنطقة المطلوبة، ونكرر ذلك حتى نصل إلى الغاية المرجوة.

### **2 - الغسل بالإسفنج المبرد:**

وهو تطبيق عام للسوائل الباردة الطبية أو الثلج، يعمل على تخفيض درجة حرارة الجلد، وذلك بعامل التبخير أو عامل امتصاص الحرارة من الجسم إلى السائل البارد.

### **تهدف هذه الطريقة إلى:**

- \* تخفيض الحرارة.
- \* تنشيط جريان الدم (التروية الدموية).

### **الطريقة:**

- \* تؤخذ درجة حرارة المريض في البداية.
- \* توضع قطعة مطاطية أسفل المريض وعليها قطعة قماش جافة.
- \* يخلع المريض ملابسه.

- \* يغسل وجه المريض ثم ينشف بمنشفة.
  - \* يكشف النصف العلوي من الجسم، ثم توضع قطع من القماش المغسول في الماء البارد تحت الإبطين وبين الفخذين، ويبدل كلما ارتفعت درجة حرارتها.
  - \* يمسح القسم العلوي من الجسم بالإسفنج المبرد من الأعلى إلى الأسفل، حيث يمسح العنق والذراع الأيمن لمدة 3 دقائق، ثم يمسح الذراع الأيسر 3 دقائق، ثم يأتي دور الصدر، بحركة دائيرية، ثم البطن لمدة 3 دقائق أيضاً.
- يجب عدم تنشيف المريض، بل يترك الماء ليتبخر، وبالتالي يخفيض درجة حرارة المريض.

- \* يغطي النصف العلوي من الجسم ثم يكشف الجزء السفلي.
- \* يمسح الفخذ الأيمن ثم الفخذ الأيسر بالإسفنج المربطة (أو المبردة) ولمدة 3 دقائق.
- \* ثم ينشف المريض بمنشفة.
- \* تؤخذ درجة حرارة المريض كل 30 دقيقة لمدة ساعتين.



شكل 140 : مغطس الماء البارد

يغطس الجزء المصاب في وعاء يحوي ماء بارداً، ويبدل الماء كلما ارتفعت درجة حرارته (الشكل 140).

## ثانياً: تطبيق الحرارة:

وهي تطبيق الحرارة الجافة أو الرطبة على الجسم، أو أماكن معينة منه، وتهدف إلى ما يلي:

- \* تلطيف الآلام وتحفيتها.
- \* زيادة امتصاص نواتج الالتهاب.
- \* تحسين جريان الدم.

- \* تحسين تغذية الجزء المصابة.
- \* تدفئة الجسم.
- \* يمكن أن تستخدم الحرارة الجافة في تجفيف الجروح الرطبة والحرائق الرطبة.

## **أ - الحرارة الجافة:**

### **1 - زجاجة الماء الحار (أو كيس الماء الحار):**

وتهدف إلى: تخفيف الألم، تخفيف انتفاخ البطن، تدفئة الجسم، معالجة احتباس البول.

درجة حرارة الماء عادة ( $54.4^{\circ}\text{م}$ )، حيث تملأ الزجاجة حتى منتصفها أو ثلثتها، وتغلق بإحكام وتجفف الزجاجة بالمنشفة ثم تطبق على المنطقة المقصودة.

#### **ملاحظة:**

عند الأطفال والمصابين بأمراض قلبية يجب ألا تكون درجة حرارة ماء الزجاجة أكثر من ( $46^{\circ}\text{م}$ )، وذلك بسبب ضعف جريان الدم. ويجب عدم وضع الزجاجة ذات الماء الحار بجانب المريض الفاقد الوعي، أو المريض المشلول.

### **2 - الملاعة الحرارية الكهربائية أو المائية:**

وهي وسيلة مناسبة لتطبيق الحرارة لمدة طويلة، ويجب ألا تستعمل هذه الطريقة عند المريض الفاقد الوعي، أو أثناء النوم.

### **3 - المصباح الحراري الكهربائي:**

وهو مصباح سهل الحمل عادة مزود بعنق متحرك، له قدرة معينة، ويوضع على مسافة محددة من الجسم. وتستخدم هذه الطريقة لأهداف ثلاثة: تطبيق الحرارة، تجفيف الجروح والحرائق، التحريض أو التنبيه.

## 4 - القفص الحراري:

وهو إطار معدني مزود بتجويف بسيط مركزي أو جانبي، يمكن وضعه فوق المريض، وتوضع بطانية من الكتان فوق القفص لإبقاء المريض دافئاً.

## 5 - رزم الحرارة الجاهزة:

وهي جهاز بأشكال وأحجام متعددة، يطلق كمية محددة من الحرارة لفترة زمنية محددة.

### ب - الحرارة الرطبة:

#### 1 - الكمادات الحارة الطبية:

تطبق على الجروح، ولا يشترط فيها أن تكون معقمة، قد تكون بسيطة (مغلية في الماء أو مغمورة في ماء مغلي)، أو محتوية على دواء.

#### ملاحظات:

- عندما تكون الغاية سحب كمية كبيرة من الدم إلى السطح، فيجب أن تكون المساحة المغطاة كبيرة.
- في حالة الالتهابات المفصلية يغلف المفصل بالكامل.
- في حال تغطية الثدي يجب تجنب تغطية الحلمة.

#### الغاية:

علاج الاحتباس البولي، تخفيف التورم، تخفيف الألم والاحتقان، تحريض تكون القبيح، زيادة جريان الدم للمنطقة.

#### الطريقة: (الشكل 141)

- تغلى منشفة مع الماء.
- يطبق القازلين على المنطقة المراد معالجتها.

- أ - اغل ماء واتركه ليبرد إلى الدرجة التي تستطيع وضع يدك فيه.
- 
- ب - اطو قطعة ثياب نظيفة لتكون أكبر قليلاً من المنطقة التي تريد معالجتها. بلل القطعة في الماء الساخن، واعصرها من الماء الزائد.
- 
- ج - ضع قطعة القماش فوق الجلد المصاب.
- 
- د - استر القماش بصفحة من البلاستيك الرقيق أو السيلوفان
- 
- ه - لفها بمنشفة لتحتفظ بالحرارة.
- 
- و - ابق الجزء المصاب مرفوعاً.
- 
- ز - عندما يبرد (القماش)، ضعه في الماء الساخن ثانية وكرر ما فعلت سابقاً.

شكل 141 : تعليمات استعمال الكمادات الحارة

- تعصر المنشفة لتجفف قدر الإمكان وتحرك ليخرج البخار منها.
- نضع الكمادة على المنطقة المراد معالجتها وتبدل عندما تخف حرارتها.
- تكرر العملية عدة مرات (حوالى 20 دقيقة).
- عند الانتهاء، تجف المنقطة جيداً وتغطى لتبقى دافئة.

## 2 - الكمامات الحارة الجراحية:

وهي تطبيق حرارة رطبة باستخدام شاش معقم على جرح مفتوح أو خراج، وتكون معقمة. وقد تكون بسيطة (مغلية في ماء ساخن) أو حاوية على مواد طبية.

### الغاية:

- \* زيادة جريان الدم.
- \* تخفيف التورم والاحتشان.
- \* تحريض تكون القيح والمساعدة على النزح.
- \* تخفيف الألم والتشنج العضلي.

### الطريقة:

- \* يسخن محلول.
- \* توضع عدة قطع من الشاش المعقم ضمن محلول ثم ترفع وتجفف قدر الإمكان وتوضع على الجرح، وتبدل كلما انخفضت حرارتها.
- \* تبقى القطع حوالي 20 دقيقة.

## 3 - المغاطس الساخنة:

وهي غمس جزء من الجسم بالكامل في محلول ساخن، وهذا محلول يجب أن يكون عقيماً عندما تكون هناك جروح مفتوحة، ويجرى للأهداف السابقة نفسها وتكون درجة حرارة الماء أو محلول  $43.3^{\circ}\text{م}$  ولددة 15 دقيقة على الأقل.

## 4 - مغاطس خاصة بمنطقة الحوض (حوض الاستحمام النصفي):

يجرى بدرجة حرارة  $37.7^{\circ}\text{م}$  وذلك بوضع ماء أو محلول حرارته  $37.7^{\circ}\text{م}$  في

وعاء (بانيو الحمام) ثم يجلس فيه المريض، بحيث يغمس منطقة الحوض بالكامل، ويستمر على ذلك النحو من 5-15 دقيقة، حسب الهدف المقصود من الإجراء.

### يهدف هذا الإجراء إلى:

- \* تخفيف الاحتقان الحوضي.
- \* تحريض النزح من الخراجات المستقيمية، و البواسير، (يفضل أن يستمر المغطس لمدة 10-15 دقيقة).
- \* إرخاء المصرة المثانية في حالة الاحتباس البولي (3-5 دقائق).
- \* تخفيف الحكة.

### 5 - النقع:



يستخدم النقع لترطيب جزء معين من الجسم من خلال غمره بالماء الحار (الشكل 142). ويمكن اعتبار حوض الاستحمام النصفى وسيلة لقمع منطقة الحوض.

شكل 142 : نقع

الجزء المصاب

### المبادئ العامة لتطبيق البرودة أو الحرارة:

- 1 - عزل المريض مع تأمين راحته.
- 2 - الكشف عن المنطقة المطلوبة بأقل قدر ممكن.
- 3 - اتخاذ الإجراءات الالزمة لعدم تعرض المريض للبرودة الزائدة أو الحرارة الزائدة.
- 4 - قياس درجة حرارة المريض بين الفترة والأخرى حتى الوصول للدرجة المطلوبة.
- 5 - مراقبة المريض كل 20 دقيقة على الأقل لاكتشاف أي رد فعل سلبي، وللتتأكد من بقاء وسيلة العلاج مكانها.
- 6 - رفع وسيلة العلاج بعد انقضاء الفترة المحددة لها بالبقاء.
- 7 - تفحّص المنطقة بعد علاجها.
- 8 - ترك المريض ليأخذ قسطاً من الراحة.



## **صيدلية المنزل:**

### **\* المحتويات:**

- 1 - شريط لاصق.
- 2 - كريم معقم لمنع التهاب الجروح السطحية.
- 3 - محلول معقم لتنظيف الجروح.
- 4 - حبوب لعلاج الألم (مسكنت).
- 5 - قفازات لمنع انتقال العدوى عند علاج المصاب.
- 6 - غسول للعين (ماء معقم) مع شاش خاص للعين.
- 7 - أكياس بلاستيكية لعمل كمادات عند الحاجة.
- 8 - أربطة وضمادات بمقاسات متعددة.
- 9 - شاش معقم وقطن بأحجام مختلفة.
- 10 - مقص.
- 11 - مقياس الحرارة.
- 12 - علاجات وأجهزة خاصة بكل عائلة، حسب حاجتها، مثل جهاز إعطاء الأكسجين عند وجود مصاب بالربو، أو أجهزة قياس السكر لمرضى السكري وغير ذلك.
- 13 - كتيب خاص بالإرشادات الإسعافية الأولية.

### **\* لا بد من مراعاة ما يلي في صيدلية المنزل:**

- 1 - وضع جميع الأدوية التي يستخدمها أفراد العائلة في عبوات مميزة مع شريط لاصق يحمل اسم الدواء، والجرعة، واسم المريض. هناك عبوات تفتح بطريقة خاصة لمنع الأطفال من تناولها.
- 2 - لائحة بأرقام هواتف المراكز الإسعافية والمستشفيات القريبة.
- 3 - التأكد من معرفة كيفية استخدام تلك المواد، وطريقة التعامل مع الحالات الطارئة.

(هناك مراكز عديدة تمنح دورات قصيرة ومفيدة للإسعافات الأولية).

- 4 - لا بد من مراجعة تواريخ الأدوية من حين لآخر، والتخلص من الأدوية المنتهية الصلاحية.
- 5 - تعليم الأطفال وتعويذهم التعامل مع الحالات الإسعافية (على الأقل طريقة الاتصال بالإسعاف ووصف موقع المنزل)، فقد يكون الطفل هو الشخص الوحيد الموجود أمام المصاب.
- 6 - الوقاية من الحوادث قبل وقوعها بتفقد المنزل، خصوصاً مكامن الخطر فيه، ورفع المواد الخطرة والمؤذية بعيداً عن الأطفال.



## المراجع

- 1 - الإسعاف الأولي للمصابين : ف. يودينيج (مترجم) - دار مير 1998 م .
  - 2 - الإجراءات التمريضية: الدكتور عبد الرزاق السباعي - دار المعارف 1995 م.
  - 3 - فن التمريض: جامعة حلب - 1994 م
  - 4 - التمريض في الجراحة: الدكتور موفق وردياني - دار الحوار 1998 م.
  - 5 - الرعاية الفورية للمرضى: منظمة الصحة العالمية 1991 م .
  - 6 - الدليل المرجعي للتمريض: وزارة الصحة السورية 1993 م .
- Family Medical Guide - American Medical Association, 1987, – 7  
. USA
- . Practical Nursing: K. Ford, G. Ronald. 1993. UK – 8

# المحتويات

ج	:	تقديم الأمين العام
هـ	:	المؤلفة
ز	:	مقدمة المؤلفة
1	:	الفصل الأول
25	:	الفصل الثاني
37	:	الفصل الثالث
45	:	الفصل الرابع
55	:	الفصل الخامس
63	:	الفصل السادس
69	:	الفصل السابع
87	:	الفصل الثامن
105	:	الفصل التاسع
141	:	الفصل العاشر
151	:	صيدلية المنزل
153	:	المراجع