

مركز تعزيز العلوم الصحية

دولة الكويت



أساليب التمريض المنزلي

تأليف

الدكتورة فدى سعد الله السباعي

مراجعة

د. عبد الرحمن عبد الله الوضي

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

ج	تقديم الأمين العام :	
هـ	المؤلفة :	
ز	مقدمة المؤلفة :	
1	الفصل الأول : العناية بالمريض	
25	الفصل الثاني : نقل المريض وتحريكه	
37	الفصل الثالث : وضعية المريض	
45	الفصل الرابع : حمام المريض	
55	الفصل الخامس : إطعام المريض	
63	الفصل السادس : الوقاية من العدوى	
69	الفصل السابع : العلامات الحياتية	
87	الفصل الثامن : التضميد والتعصيب	
105	الفصل التاسع : إعطاء الأدوية	
141	الفصل العاشر : تطبيق البرودة والحرارة	
151	صيدلية المنزل	
153	المراجع	

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 والنبض 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 التعريب.

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

المؤلفة

د. ندى سعد الله السباعي

* سورية الجنسية.

* ولدت في مدينة حمص في سوريا عام 1973م.

* حصلت على إجازة دكتورة 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 المجلات.

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



مقدمة المؤلف

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 التخلي 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 بعدد وافر من الصور التوضيحية، ليكون أسهل فهماً وأوضح معنى، واقتصر على الأمور التي يستطيع الأهل أن يقدموها لمريضهم، دون الخوض في الأمور المعقدة التي تحتاج لرعاية تمريضية متدربة أو متخصصة. وأخيراً، أرجو الله أن يستفيد القارئ الكريم من كتابي هذا.

﴿وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون﴾ .

الدكتورة ندى السباعي

الفصل الأول

العناية بالمريض

أولاً: العناية العامة

- 1 - تأمين راحة المريض
- 2 - العناية الصباحية:
 - أ - تقديم المبوالة (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 (المسبوت: Comatose)
- 2 - العناية بالمريض المتهيج.
- 3 - العناية بالمريض المصاب بأمراض جلدية.
- 4 - العناية بالمريض المصاب بسرطان.
- 5 - العناية بالمريض المصاب بحمى.
- 6 - العناية بالمريض المصاب بالقشعريرة.
- 7 - العناية بالعين.
- 8 - العناية بالمسن.



الفصل الأول

العناية بالمريض

أولاً: العناية العامة:

1. تأمين راحة المريض:

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

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

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

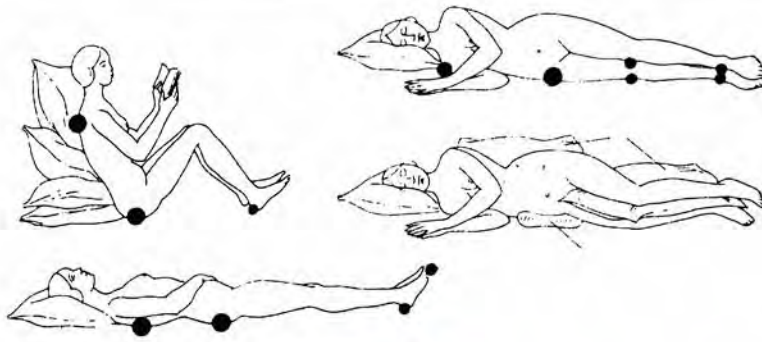
* يجب وضع وسائد طرية في أماكن الضغط (مثلاً: تحت الوركين) لتجنب القُرُحات (الشكل 1).

* 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 بالوسائد (الشكل 3)، كما يجب تدليك الظهر ثلاث مرات يومياً (سيشرح لاحقاً).



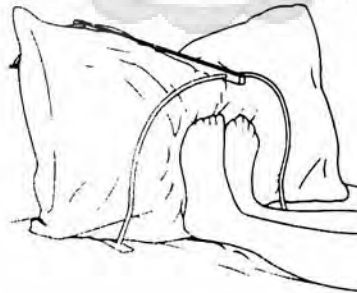
شكل 1 - أ
أهم أماكن التقرحات
الاضطجاعية



شكل 1 - ب
مناطق الضغط وتحاشي القرحات الاضطجاعية



شكل 2: وضعية الرأس



شكل 3: دعم القدمين بالوسائد

2. العناية الصباحية:

تقدّم النشاطات التي تتضمن العناية الصباحية بالمريض، حسب التسلسل

التالي:

1 - تقديم الأضيص (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 مرونة.

إن طرح الفضلات عامل من العوامل الطبيعية الضرورية للجسم، وليس من الأمر السهل على المريض استعمال المبولة أو الأضيص. ومما يساعد المريض على طرح الفضلات، المحافظة على خصوصيته ووضعيته على الأضيص 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 الأصبص (Bedpan):

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

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

الطريقة:

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

الصابون باستعمال حامل التنظيف.

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

- تقديم المبوله:

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

ب - العناية بالفم:

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



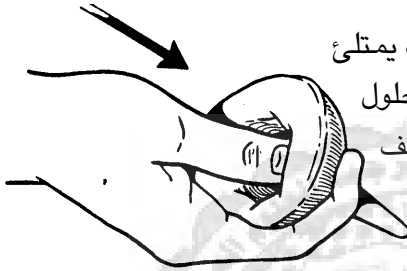
شكل 4: وضعية المريض أثناء تنظيف الفم

* 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 أكثر 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 المسححة 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 تشكل المادة المتوسفة. عندما يمتلك المريض أسناناً صناعية، يجب رفعها وتنظيفها مرتين يومياً، وذلك باستخدام المعجون والفرشاة.



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

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

شكل 5: إجاصة تنظيف الفم

- 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 العادية، 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 بالرضى. باستطاعة كثير من المرضى تسريح شعرهم وعلى الأهل أن يشجعوا القادرين منهم على القيام بذلك يومياً، كما يجب مساعدة غير المكتثرين. إن مجاملة بسيطة ورقيقة عن مظهر المريض بعد تسريح شعره تمنحه الشجاعة على ممارستها.

يمكن استعمال منظم الشعر الجاف لتنظيف الشعر، لأنه يزيل الزيوت الطبيعية ويبقي عليه ليناً ومحافظاً على تصفيفه، ويستعمل هذا غالباً للمرضى الملازمين للفراش، عوضاً عن استعمال المنظم الرطب (الشامبو) الاعتيادي. على كل حال، فمن المستحسن استعمال المنظم الرطب 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 وتسريحها بالمشط بيد واحدة بين فروة الرأس ونهاية الشعر، وتقي هذه الطريقة المريض من الشعور بالانزعاج.
- 3 - إدارة رأس المريض لتسريح شعر قفا الرأس بالمشط، وإذا كان الشعر متشابكاً يتم تسريحه خصلة خصلة، بدءاً من نهاية الشعر وباتجاه فروة الرأس.
- 4 - إن ضفر الشعر الطويل يحميه من التشابك، وقد يطلب بعض المرضى ضفر جديدة 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، ولتخفيف الإزعاج والألم الناتجين عن تبديل الملابس.

قد يكون ارتداء الملابس صعباً على مرضى القلب أو المرضى الذين يضعون جبائر جبسية. 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⁽¹⁾ باستخدام الوسائل المعقمة، وتهدف إلى:

- * الوقاية من العدوى.
- * إزالة الرائحة الكريهة والمفرزات.
- * التخفيف من الحكّة 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 المهبليّة.
- * المرضى الراقدون في السرير ذوو المفرزات القيحية أو النزوف المهبليّة.
- * بعد استخدام الأضيص (Bedpan).

* الطريقة:

- 1 - تغسل اليدين وتلبس الكمامة.
- 2 - يأخذ المريض وضعيّة الاستلقاء الظهرى، وتوضع تحته قطعة قماش غير قابلة للتبلل، وكذلك يوضع أضيص تحت المنطقة المراد غسلها.

1 - **العجان (Perineum)** : هي المنطقة التي تشمل مكان خروج البول ومكان خروج البراز (أي القبل والدُّبر).

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، وننظف الفرج من الأعلى إلى الأسفل، ثم نجفف الفرج بشاش معقم. وإذا أردنا تنظيف منطقة الشرج فنستخدم شاشاً معقماً، مع مراعاة أن يكون المسح من الأمام إلى الخلف، وكذلك ننظف حشفة القضيب 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 يتدفق السائل بقوة.

- الدوش المهبلي (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، وتنبية الدوران في الأعضاء الحوضية.
- * إيقاف النزف.
- * تحضير المهبل للعمل الجراحي.

4 - العناية بقرحات الفراش:

قَرَحَات 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 - السمرة - سلس البول - التقدم بالعمر.

* الطريقة:

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

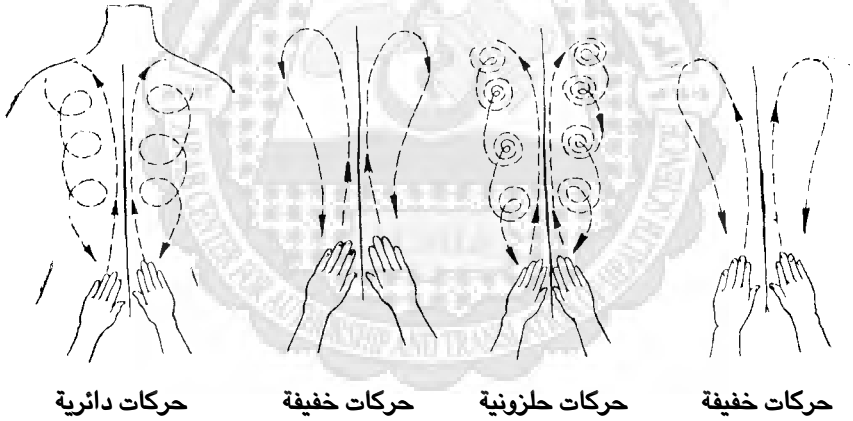
5 - تدليك الظهر:

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

ينبه تدليك الظهر دوران الدم في الجلد ويقي من قَرَحَات الفراش، لأن زيادة الدوران في المناطق العظمية هامة جداً للحماية من الإصابة بهذه القَرَحَات. كذلك فإن تدليك الظهر ينبه المريض وينعشه أو يهدئه ويريح. وتساعد سرعة التدليك واتجاهه على الوصول إلى النتيجة المرجوة. ويجب أن يتضمن التدليك حركات تمسيد طويلة سلسلة، 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 بالتدليك بمحاذاة الظهر. إكمال التدليك حول الكتفين ثم متابعته على جانبي الظهر، مع تطبيق ضغط أكبر على حركات التدليك العلوية، أكثر مما يطبق على حركات التدليك السفلية.



شكل 6 : حركة اليدين أثناء تدليك الظهر

- * متابعة حركات التدليك الطويلة بحركة دائرية متغيرة (الشكل 6)، واستخدام حركة التدليك الطويلة باتجاه الأعلى وتطبيق الحركة الدائرية باتجاه الأسفل.
- * إعادة الحركة أربع مرات بشكل متواصل ودون انقطاع.
- * الحركة الثالثة هي التدليك بحركة حلزونية، وتنفيذ هذه الحركة الحلزونية براحتي

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 (المسبوت):

فقدان الوعي:

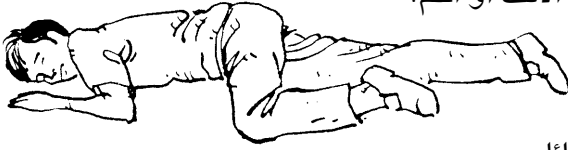
هي حالة يكون فيها المريض غير منتبه وغير متصل بالبيئة المحيطة، وبالتالي لا يتفاعل مع المنبهات الخارجية.

- 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 المظهر العام ووضعه بالوضعية الخاصة بفاقد الوعي (المسبوت)
(الشكل 7).



* مراقبة حدوث أي نزف من الأنف أو الفم.

* مراقبة خروج مفرزات

من الفوهات الطبيعية

(فم، أنف، شرج) أو أي سائل.

* مراقبة رائحة النَّفَس.

شكل 7 : وضعية المريض المسبوت

* مراقبة حالة الجلد:

برودة، جفافه، لونه.

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

* حالة الحدقتين.

2 - العناية بالمريض المتهيج:

* عندما تستدعى إلى مسرح الحادث، أو لمعاونة شخص متهيج أو يهذي، تأكد من أنك سوف تكون ثابتاً ومتفهماً ومطمئناً ويقظاً جداً.

* أبعد المريض بأسرع ما يمكن عن أي نوع ممكن من العوامل البيئية تكون قد تسببت في حالته الراهنة، سواء كانت تلك العوامل تتمثل في أشخاص أو مواقف. أصغ 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 متردد يجب ملاحظته باستمرار أثناء النقل، حتى لو تطوع بالحضور معك، فقد يغير رأيه. وقبلما تكون هناك حاجة لقيود أخرى غير الأحزمة العادية حول الوسط والفخذين، ويجب ألا تستخدم هذه إلا مع المرضى المتهيجين أو المضطربين للغاية، ولا تستخدم مطلقاً مع المرضى أثناء النوم. 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 فأمسك بيديه وليس بساقيه، وافتح ياقته المحكمة لتأمين تنفسه بحرية.

- تقييد المريض:

التقييد (الحَجْر) طريقة تهدف إلى حماية المريض المتهيج من الإصابة بأذى أو من إيذاء نفسه بتقييد فعاليته أو فعالية جزء معين من جسمه، لذلك قد يكون التقييد ألياً كوضع جبس أو وضع حواجز حول السرير، أو يكون التقييد دوائياً حيث يقيد المريض العقلي باستعمال المهدئات أو المطمئنتات.

- مخاطر التقييد:

- * تشكّل القُرَحَات.
- * التهاب الرئة.
- * هبوط القدم (Foot drop).
- * أذية العضو المثبت (تأذي الدوران، تأذي 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 الاطفال:

يتميز جلد الأطفال بكثافة الأوعية الدموية فيه وبنعومته وطراوته، وباحتوائه على كمية كبيرة من الماء وكمية جيدة من النسيج الدهني، كما يتميز بالنفوذية المرتفعة للأوعية الدموية (ولهذا نلاحظ كثرة الحساسية وشِدتها)، كما أن تعطن (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 (الصديد) وبقايا الآفة 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 تمريضية، خاصةً، عندما يتلقى المعالجة الكيميائية أو الشعاعية. فالسرطان ومعالجته يسببان أعراضاً 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 المحيطين 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 الفقد 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 خاض 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 تصفيفه.
- * يفضل ترك الشعر طويلاً لإعادة تصفيفه، 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 مساءً في المنزل.

5 - العناية بالمريض المصاب بالحمى:

- * الراحة في السرير شيء أساسي.
- * 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 المعوي، وفي حال فشل ذلك، يجب إعطاء مليئات 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 هضماً.

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

6 - العناية بالمريض المصاب 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:

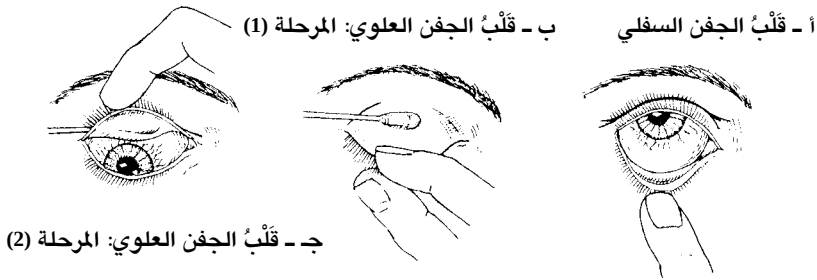
- تركيب العين الصناعية:

يجب غسل اليدين قبل إدخال العين الصناعية، ثم غسل العين الصناعية بالماء المغلي وتثبيت العين، بحيث تكون نهايتها الضيقة 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 مساءً قبل النوم، وينظفها من المفرزات المخاطية العالقة بها ويغسلها بمحلول مطهر. ولنزاع 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.

- قَلْبُ 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 : قَلْبُ الجفن

- غسل العين:

الغاية:

- * غسل عيون المصابين بالحروق.
- * في حال وجود أجسام غريبة سطحية.
- * في حال وجود مفرزات.
- * لتخفيف العدوى.
- * لتلطيف العين المتهيجة.
- * للإعطاء الموضعي للدواء.

- نستعمل لغسل العين كأساً ذات أطراف غير حادة مملوءة بمحلول دوائي.
- يجب عدم استعمال المحقنة العادية 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 (20-50٪)، ويصبح أكثر عرضة للجفاف، وتشيع 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، وعظام الفخذ، خاصة مع ضعف بصره واختلال 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 المتاعب الصحية والنفسية التي تحتاج لرعاية خاصة من أبنائه والمحيطين 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 تقرحات الفراش، وتغيير وضع رقاذه باستمرار.

* يجب العمل على رفع معنويات المسن دائماً، ومناقشة أي عوارض صحية يشكو منها باهتمام وتجاوب.

* يجب تأمين دور أرضية بلا عوائق، وبإضاءة مناسبة، تمنع تعثر المسنين أو سقوطهم.

* يجب البقاء دائماً 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، ومنحهم 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 أيضاً.

لنجعل لمسنينا مكاناً ودوراً وأهمية وسط الأسرة، ولنعلّم الأحفاد احترامهم وتقديرهم وإجلالهم. لنساعدهم على تقبل وتحمل مشاق ومتاعب الشيخوخة، ولنحرص على متابعتهم وفحصهم طبياً بصورة دورية. ولنتذكر دائماً 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 سيرعانا أبنائنا، ولنتذكر:

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

* أن الوالدين سبب وجود الولد.

* إنعامهما يشبه إنعام الله.

* إنهما 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 الظهرى إلى الوضع الجانبي
- 5 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظهرى إلى وضع الاضطجاع البطنى
- 6 - دحرجة المريض
- 7 - استعمال ملاءة السحب



الفصل الثاني

نقل المريض وتحريكه

أولاً: نقل المريض:

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

ولما كانت المساعدة عملية تحتاج إلى مهارة وخبرة، فيجب على المرافق أو الناقل أن يتدرب عليها، بنقل أو رفع أحد أصدقائه (كمريض)، قبل أن يباشر بنقل المرضى الفعليين، ويجب أن نهتم بأمرين 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).

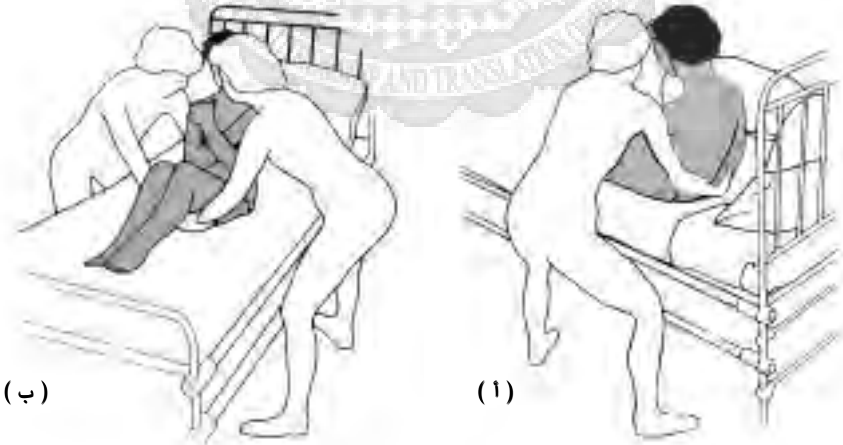
- نقل المريض من السرير بالطريقة التقليدية:

* يضع الناقل إحدى يديه تحت فخذ المريض، واليد الأخرى خلف المريض (الشكل 9 - أ).

* يبعد الناقل بين ساقيه ليتثبت على الأرض.

* يمسك الناقل بيد الناقل الآخر تحت فخذ 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
بإستخدام الكتفين

* يقف الناقلان في جهة واحدة.

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

* يضع الناقل كتفه تحت إبط المريض بينما يريح المريض ذراعيه على ظهري الناقلين.

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

- نقل المريض إلى الكرسي بالطريقة التقليدية :

لاحظ وضعية الركبتين المثبتتين 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 التسريب 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 المرافق الأطول عند رأس المريض ويدخل ذراعيه تحت كتفي المريض.

3 - يقف المرافق الثاني عند خصر

المريض ويدخل ذراعيه تحت وركي المريض.

4 - يقف المرافق الأقصر عند ركبتي

المريض ويدخل ذراعيه تحت الفخذين والساقين.

شكل 12 : نقل المريض بمساعدة 3 أشخاص

5 - يعد المرافق الذي يحمل الثقل

الأكبر من الجسم (المرافق رقم 2): 1، 2، 3 وعندها يقوم المرافقون الثلاثة برفع المريض ودرجته 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 باللمسة 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 ممكن للرئتين، وهو هدف لا يمكن تحقيقه أثناء بقاء المريض في الفراش لفترة طويلة.

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

من الضروري زرع الثقة في نفس المريض بقدرته على التحرك خارج السرير بأمان، ولمساعدته على ذلك يوضع كرسي ذو ارتفاع مناسب قرب السرير ويُبعد الأثاث غير الضروري عنه ويحضر حذاءه وملابسه بقربه وتوضع الأنابيب والأجهزة في جهة السرير الأخرى بعيداً عن مكان نزوله، وتوضع خطة واضحة لحركة المريض تسمح له بخدمة نفسه قدر الإمكان، وتُقدم له المساعدة عند الحاجة مع الانتباه لتدفقته.

يجب اتباع قواعد صحيحة أثناء تحريك المريض ضمن سريره حفاظاً على سلامته وسلامة الشخص الذي يحركه. يتم التحريك بعد وضع السرير بشكل مستو حتى لا يكون الجهد المطبق معاكساً للجاذبية 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 التحريك الأخرى:

- 1 - يدخل الشخص ذراعيه تحت رأس المريض وكتفيه ويسحبه نحوه.
- 2 - يدخل ذراعيه تحت وركيه ويسحبهما نحوه.
- 3 - يدخل الشخص ذراعيه تحت ساقَي 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

لتقوية ثقته بنفسه وبإمكانات شفاؤه التام.

1 - الطلب من المريض أن يثني 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.



شكل 13 : تحريك المريض في السرير بواسطة شخص واحد

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 وركه وركبتيه، والاعتماد على عضلات ساقيه القويتين أثناء تحريك المريض (الشكل 13).

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 يثني ركبتيه ويثبت أخمص 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 الظهرى 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 الوسائد اللازمة للاستناد.
- 4 - هناك طريقتان لتحريك الجزء السفلي من جسم المريض أو قلبه، وتختار 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 - الإمساك بالمريض من نقطة خلف الكتف البعيدة.
- 8 - بمساعدة اليدين معاً يتدحرج المريض باتجاه الشخص (الشكل 15).
- 9 - تعديل وضع المريض ليصبح بالاضطجاع الجانبي السليم والمريح.



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

5 - تغيير وضع المريض من الاضطجاع الظهرى إلى وضع الاضطجاع البطنى:

- 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 - دحرجة المريض:

عندما يكون من الضروري بقاء جسم المريض مستقيماً في كل الحالات، يقلب المريض بطريقة تسمى الدحرجة، وهذه الطريقة تحتاج لشخصين أو ثلاثة؛ وتنفذ كالتالي:

1 - تحريك المريض لطرف السرير القريب منه.

2 - رفع حاجز السرير القريب من المريض.

3 - انتقال الشخصين للجهة الأخرى من السرير.

4 - تحضير الوسائد الضرورية لراحة المريض في وضعه الجديد؛ ونحتاج عادة لوسادة تدعم الرأس، ليكون على استقامة العمود الفقري؛ ووسادة أخرى بين الساقين.

5 - مد الشخصين يديهما ليمسكا الطرف البعيد من الجسم.

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

7 - استعمال ملاءة القلب (ملاءة السحب):

يمكن إنجاز عملية الدحرجة باستعمال ملاءة القلب بسهولة ولطف بالترتيب

السابق نفسه، ولكن، عوضاً عن أن يقع الجهد على جسم المريض مباشرة، يقع على الملاءة فقط، حيث تمسك من طرفها البعيد،



وتقلب باتجاه الشخص. تشكل هذه الملاءة دعامة للجسم وتمكّن من بقاءه مستقيماً وثابتاً.

تستعمل الملاءة كوسيلة مساعدة على قلب المريض ضمن السرير بوضع الملاءة تحت جسم المريض، بحيث تكون الحافة السفلية للملاءة عند أرداف المريض والحافة

شكل 16 : استعمال ملاءة السحب

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

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



الفصل الثالث

وضعية المريض

- 1 - وضعية الجلوس منتصباً
- 2 - وضعية الاستلقاء الظهرى
- 3 - وضعية الاستلقاء البطنى
- 4 - وضعية الاستلقاء الظهرى المعدل
- 5 - وضعية نصف الاستلقاء
- 6 - وضعية الاضطجاع على جنب
- 7 - وضعية المصاب بضيق النفس الاضطجاعي
- 8 - وضعية استخراج الحصى
- 9 - وضعية الصدر - الركبة
- 10 - وضعية تراندلنبيرج
- 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 مهمات 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 لتشنجات شديدة مؤلمة للمريض.

ومن الضروري الانتباه لوضعية المريض أثناء الليل، ومراقبته كل ساعتين تقريباً، لأن كثيراً من المرضى يغيرون أوضاعهم مرات عديدة في الليل. وبالمقابل هناك مرضى يحتاجون لمراقبة مستمرة لتقليبهم من وضع لآخر، وذلك تجنباً لحدوث أذى جلدي. وبشكل عام، يجب تطبيق برنامج يومي للحريك وتغيير الوضعية لجميع المرضى، لتجنب تطور القُرَحَات الاضطجاعية لديهم. ومن المفيد السماح بإجراء بعض التمرينات الحركية غير الضارة بالوضعية المفروضة - كل حسب حالته - كما يمكن الاستعانة بالأدوات المتوافرة لتأمين وضعية مريحة للمريض (مثل الوسائد، كيس رمل صغير، وسائد قدمية).

1 - وضعية الجلوس منتصباً (Upright Position):

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



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

شكل 17 : وضعية الجلوس

2 - وضعية الاستلقاء الظهرى:

يوضع المريض بوضعية الاستلقاء

(الاضطجاع) الظهرى، 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 الساعدين مع استعمال بكرات لليدين المصابتين بالخدر أو الشلل.



شكل 18 : وضعية الاستلقاء الظهرى

3 - وضعية الاستلقاء البطنى (الانبطاح، الانكباب على الوجه):

يستلقي المريض على بطنه، الرأس إلى الجانب، وتحت وسادة صغيرة. تستخدم هذه الطريقة بعد العمليات الجراحية، ولاسيما عمليات العمود الفقري، كما



شكل 19 : وضعية الاستلقاء البطنى

تستخدم عند وجود قُرَحَات 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

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

4 - وضعية الاستلقاء الظهرى المعدل أو الوضعية النسائية (Gynecological)، أو الوضعية الظهرية (Dorsal):

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

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

لا نستعمل وسائد للرأس خشية إصابة العين عند المريض الفاقد الوعي، بل يكون الرأس مثبتاً للأمام قليلاً، والجسم أقرب لوضعية الانبطاح، كما أن الذراع السفلى موضوعة خلف شكل 21 : وضعية المسبوت

المريض، وبذلك يثبت الرأس والصدر بحيث تخرج السوائل من الفم، وقد تدعم الساق العليا بوسادة (الشكل 21). تستخدم هذه الوضعية عند المريض الفاقد الوعي وقد تستخدم في الفحص النسائي.

6 - وضعية الاضطجاع على الجنب:

وهي الوضعية الأكثر استخداماً، حيث تقل احتمالات عدوى الصدر أو



شكل 22 : وضعية الاضطجاع على جنب

قَرَحَات الفراش، خاصة إذا تمكنا من تغيير الوضعية من جانب إلى آخر، كما أن حقل الرؤية واسع أمام المريض. وتكون الذراع السفلى ممدودة أمام المريض والساق العليا مثنية قليلاً (الشكل 22). تستخدم لإعطاء الحقن المفرغة، الحقنات العضلية، فحص العجان، بعد العمليات.

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

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 قَرَحَات



شكل 23 : وضعية المصاب بضيق النفس

الفراش. تستخدم هذه الوضعية:

* لتخفيف ضيق النفس.



شكل 24 : وضع وسائد تحت الذراع

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

8 - وضعية استخراج الحصى (وضعية الانسداد) (Lithotomy Position):



وهي مثل الاستلقاء الظهرى ولكن الساقين محمولتان على حامل (الشكل 25). تستخدم هذه الوضعية في التوليد، وعمليات المهبل والمستقيم.

شكل 25: وضعية الانسداد

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

حيث يستلقي المريض على صدره، الركبتان معطوفتين، والرأس إلى الجانب وتحتته 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 الخلفي، وفي تمارين بعد الولادة.



شكل 26: وضعية التجبية

10 - وضعية تراندلنبرج :

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



شكل 27 : وضعية
ترندلنبرج

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

11 - وضعية نصف الجلوس :

يجلس المريض على حافة السرير المتصل
بطاولة جانبية مفروشة بوسادة، ومرتفعة إلى
مستوى مريح للمريض، 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 قدما 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
مرفقي 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 اللازمة للحمام وتجهيزها بشكل مسبق، الوقت والجهد، ويجنب ترك المريض أثناء إجراءات الاستحمام.

الطريقة:

- 1 - التأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ لحماية المريض من البرد.
- 2 - وضع المناشف ومجموعة الأغذية على كرسي مرتبة حسب استعمالها، ووضع سلة الغسيل الملوثة في متناول اليد.
- 3 - تقديم الأضيض 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 للقسعية.
- 7 - ترك وسادة واحدة تحت رأس المريض، ووضع الوسائد الأخرى على الكرسي.
- 8 - المحافظة على وضع بطانية الحمام، وخلع قميص المريض ووضعه في سلة الغسيل الملوثة، فحص القميص لتحري وجود أشياء لها قيمة تعود للمريض قبل وضعه بسلة الغسيل.

- 9 - نزع الضمادات أو الأربطة، إذا كان مسموحاً بذلك، وذلك بناءً على تعليمات الطبيب، وإذا كنت في شك من ذلك، فتأكد من الطبيب المشرف.
- 10 - ملء حوض الماء حتى ثلثيه بماء تتراوح درجة حرارته بين 105-115 درجة فهرنهايت (41-46 درجة مئوية)، وقياسها بمقياس الحرارة.
- 11 - الطلب من المريض أن يقترب من جانب السرير القريب منك، 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 بهجته 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 الأنسية 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 التأكد من نظافة الإبطين وجفافهما، وتطبيق مزيل الرائحة عليهما 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 الثدي 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 التأكد من نظافة وجفاف ثنيات الجلد وطيّاته.



شكل 33 : تنظيف الساق

8 - الطلب من المريض أن يثني إحدى ركبتيه. تطوى بطانية الحمام إلى الأعلى حتى يظهر الفخذ والساق 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

- الساق، يجب إسنادها جيداً بيد، وحمل عقب القدم باليد الأخرى، ومراقبة أي تغير في لونها، أو أي مناطق متتهيجة على الإبهام والعقب.
- 9 - نقل الحوض إلى الجهة الأخرى من السرير، وغسل الطرف الثاني بالطريقة نفسها المتبعة 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 طويلاً على السرير بجانب ظهر المريض. غسل العنق والإلية ومسحهما وتجفيفهما. يمكن للمريض أن ينبطح على بطنه، إذا أراد ذلك. ويفضل استخدام فوط طويلة صلبة لغسيل الظهر. ويجب فحص المنطقة لتحري وجود احمرار 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 قادراً 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 القميص النظيف.
- 18 - تطبيق السائل المرطب على مناطق الجلد الجافة، (يجب أن يطبق الغسل 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 تُبْرَد الأظافر باستقامة من جانب لآخر، 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، وتدليك 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 اللازمة لذلك، وأن تقدم للمريض المساعدة الضرورية في الحدود التي تسمح بها حالته الصحية.

1 - التدابير الوقائية لحفظ السلامة:

* يجب أن تتخذ الاحتياطات اللازمة لتحاشي انزلاق المريض في المغطس، أو تحت الدوش، حيث تشكل الأرض المبللة بالماء والصابون والزيت سطحاً مزلقاً. 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 بمظهر 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 للسريير بشكل جيد، بسبب احتمال إصابتهم بالدوار، أو التعب السريع.

2 - المساعدة على حمام المغطس:

يجب أن يساعد الممرض المريض عند نزوله وخروجه من المغطس، ويمكن أن يصاب بالدوار مما يعرضه للسقوط والأذى. ويتطلب بعض المرضى مساعدة الممرض 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 (35-41 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؛ لوقايته من الإصابة بالقشعريرة، ومراعاة عدم التعرية غير الضرورية. 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 لانسياب الماء في المصرف، والسماح للمريض

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

9 - مساعدة المريض على الخروج من المغطس؛ وترك بطانية الحمام ملتفة حول كتفيه، وتجفيفه جيداً، وذلك جلده بلطف 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 يؤجل 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 الإصابات 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 ماشياً 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

يجب أخذ 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.

أولاً: قدرة المريض على خدمة نفسه:



شكل 34 : طريقة تقديم الطعام للمريض

شكل 35 : تقديم الطعام للمريض المسن



عند تقديم الصينية، يجب أن نتأكد 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 فيقدم له الطعام بالطريقة التي تناسبه (الشكل 35).

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

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

- 1 - يجب أن يعامل بكل لطف ومودة، فالصبر والدمائة مطلوبان عند إطعام الآخرين.
- 2 - يجلس المرافق قرب المريض؛ ويطعمه كلما وجد إلى ذلك سبيلاً.
- 3 - يجب على المرافق أن يعطي المريض الوقت الكافي، وألا يشعره بأنه في عجلة من أمره.
- 4 - يجب على المرافق أن يشجع المريض على مضغ طعامه جيداً.
- 5 - يجب على المرافق أن يعطيه الماء دون أن يطلب ذلك.
- 6 - عند إطعام المريض العاجز قوتاً مائعاً (سائلاً)؛ يجب أن نستعمل أنبوباً لمص الطعام من كوب خاص.
- 7 - عندما يطعم المرافق 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 - يعطى المريض الشديد الاعتلال كميات قليلة من الطعام بشكل دائم، ليثير 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 التقشع).

يجب على المرافق أن يلاحظ رد فعل المريض نحو الطعام، وهل أحب المريض وجبته، 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 تعوض 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 المعالجة، 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 المحبب، وقد يحتاج الأمر للملاطفة ومداعبتهم، لتناول بعض أنواع الطعام التي تتناسب أكثر مع حالتهم.

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

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 (الشوربة)، الحليب، عصير النباتات، شراب البيض (إن كان أكل البيض مسموحاً) 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 يعطى الأطعمة المقلية بالزبدة أو الدهن، إنما يعطى اللحم الصافي (الهبر) والخضروات، والحليب المقشود والفاكهة والأرز والخبز.

ولتجنب الكولسترول نستبعد الدهون الحيوانية (وليس الزيوت النباتية).

زيت الذرة وزيت الصويا هما المفضلان لتخفيض الكولسترول.

6 - القوت المنخفض السعرات الحرارية (الكالوريات):

وفيه تحذف: الزبدة، السكاكر، الخبز، الأرز، البطاطا، الحلويات، وتستعمل الفواكه، والسلطة والخضروات المطبوخة.

7 - القوت العالي السعرات الحرارية:

ويضم عدداً كبيراً من الأطعمة: الزبدة، السكر، الحلويات، الهلام، البطاطا، والسلطة والخضروات المطبوخة.

8 - القوت الملطف وغير المخرش:

ويهدف لتجنب التهيج، حيث يعطى قوت خالٍ من المواد المخرشة (التوابل)؛ مثل: السيللوز في النباتات، فيعطى الحليب والهلام (الجلي)، والقشدة، والمثلجات، وشراب البيض والحساء، ويجب ألا تعطى الخضروات أو يعطى الطعام الخشن.

9 - القوت العالي البروتين:

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

10 - القوت في التهاب الكبد وتشمع الكبد:

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

السعرات الحرارية عالي البروتين قليل الدهن، ومن الأطعمة: الحليب، البيض، الماء المحلى، 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 المخدرات كل 3 ساعات وبكميات قليلة، وهذا يشمل: اللبن الخاثر والمثلجات والبيض والهلام والموز.

14 - القوت في التهاب الكلى 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 عاملاً ممرضاً (جرثوم، فيروس، طفيلي) لمرض معد (Contagious)، وينشر هذا العامل الممرض، لكن دون أن تظهر عليه أعراض المرض وبذلك فهو مصدر هام للعدوى.

2 - التلوث (Contamination):

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

3 - المرض المعدي (الساري) (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 - الإنتان (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 المنفعلة: 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 المجهرية.

8 - المنظف (Detergent):

مادة تزيل الأوساخ وتطهر 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 تقاس بمقياس 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:

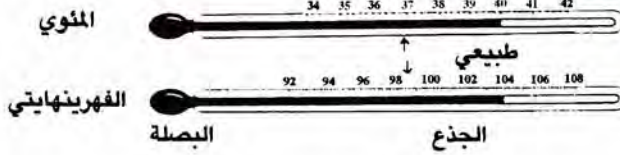
- 1 - المساعدة في تحديد حالة المريض.
- 2 - تحديد فيما إذا حدث أي تغير عن الحالة الطبيعية للمريض وأهمية هذا التغير.
- 3 - المساعدة في التشخيص.
- 4 - مساعدة الطبيب في وصف المعالجة الصحيحة وملاحظة تأثير هذه المعالجة.

* أنواع المقاييس (الموازين):

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

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

شكل 36 : مقياس الحرارة الزجاجة الفموي



شكل 37 : مقياس الحرارة الزجاجة الشرجي



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

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

شكل 38 : مقياس الحرارة الإلكتروني

تدرج المقاييس (Scales):

لها نوعان حسب التقسيم المتبع:

- أ - المقياس المئوي (Centigrade): درجة الغليان (100°م) - درجة التجمد (0°م).
- ب - مقياس فهرنهايت (Fahrenheit): درجة الغليان (212) درجة، درجة التجمد (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 سيتنفس عن طريق الفم مما يعطي رقماً غير صحيح.



* لقراءة درجة الحرارة يحرك المقياس بحركة دورانية حتى رؤية عمود الزئبق 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°م)، أو أعلى من (38°م)، أو أي تنفس أقل من (16) أو أعلى من 24 مرة/دقيقة.

شكل 39 : طريقة قراءة
درجة الحرارة

* 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 مساءً، 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 فاقد الوعي، والذين يخشى من وضع مقياس الحرارة الزجاجة في فمهم.



الفم



الإبط



الشرح



الأذن

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

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 علبته ويغسل بالماء، ومن ثم يجفف، وذلك بمسح دائري من البصلة باتجاه الجذع.

* في البداية يجب تحريك المقياس حتى ينزل مستوى الزئبق تحت 35 درجة مئوية.

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

* في هذه الأثناء 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 لهاية (مصاصة) خاص بالأطفال، حيث يمكن قياس درجة حرارة جسم الطفل بدقة وسهولة ودون 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 (فازلين) ومن ثم تبعد الإلئتين، ويدخل المقياس حوالي 4-5 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 دائماً عندما يكون المريض دون سن السادسة، أو في حالة المريض الفاقد الوعي، أو عندما يكون لديه اختلاجات أو قشعريرة، أو إذا تناول المريض طعاماً أو شرباً 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 (يُهز)، 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 معمول بها إلا في حالة وجود ما يمنع من أخذ درجة الحرارة عن طريق الفم أو المستقيم.

4 - طريقة قياس درجة الحرارة من الأذن:

- * يوضع الغلاف الواقي.
- * تشد الأذن للأعلى بلطف.
- * 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 تقاس درجة الحرارة عن طريق المهبل عند العذاري.

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

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

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

أسبابها: التفاعلات الدفاعية للجسم ضد العدوى، كرد فعل لمعالجة ما، الاضطرابات العاطفية، التجفاف، ضربة الحرارة، أذيات الدماغ.

ثانياً: النبض (Pulse):

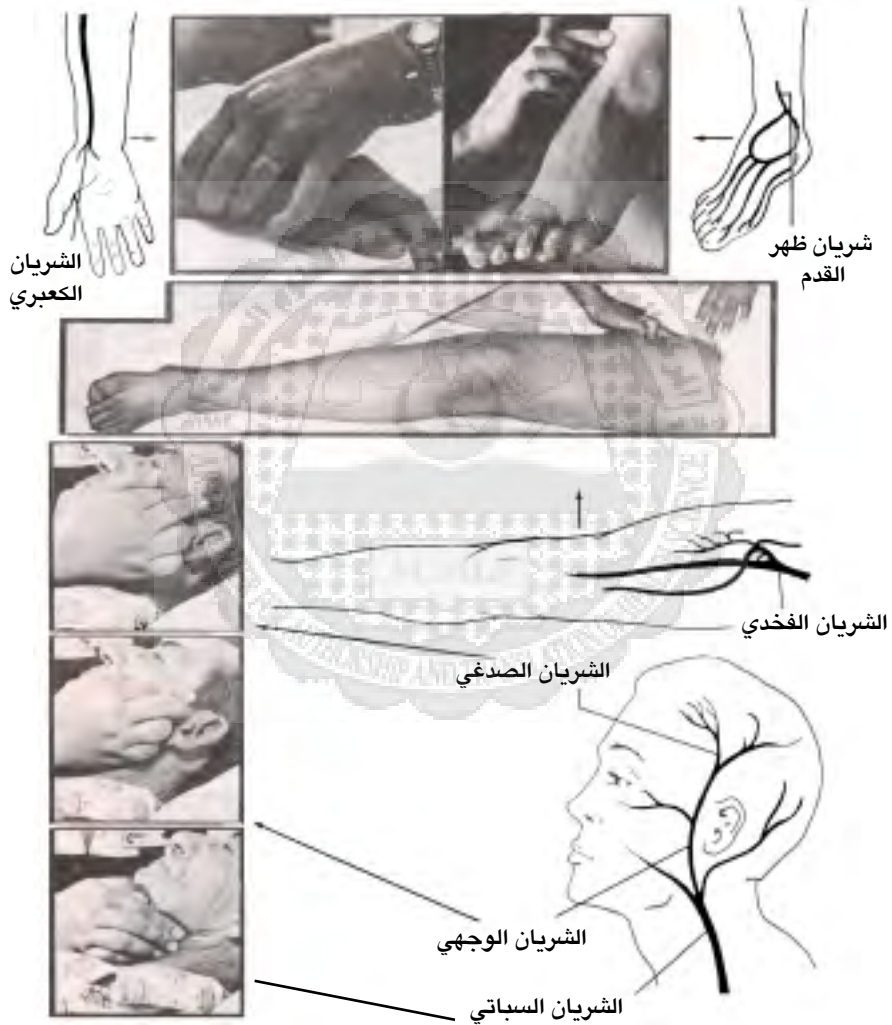
التعريف:

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 مؤشراً مهماً على عمل القلب.

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

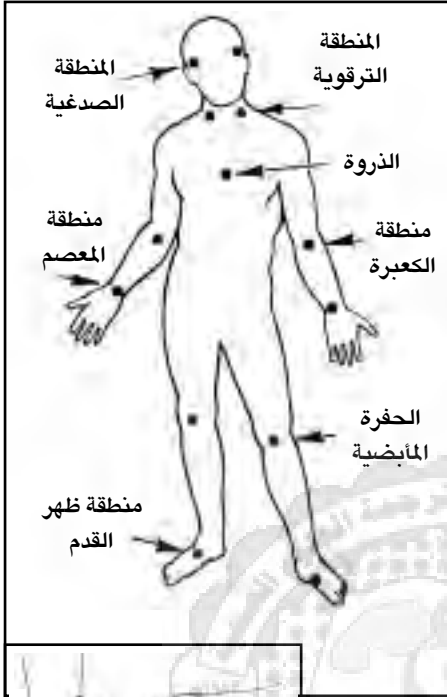
* يجس النبض عادة في المعصم فوق الشريان الكعبري (Radial Artery)، لسهولة الشعور به في هذا المكان.

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



شكل 44 : أماكن عد النبض

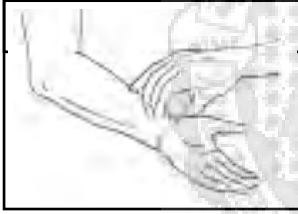
الإجراءات:



* إراحة المريض بوضعية الجلوس أو الاستلقاء مع وضع اليد على الصدر أو إزاحتها على السرير.

* وضع الأصابع الثلاثة الأولى فوق الشريان الكعبري، وبعد ذلك بثانيتين نبدأ العد (نعد لمدة نصف دقيقة ومن ثم نضرب بـ 2) (الشكل 45).

* قد يكون من المهم أن نأخذ النبض من خلال الشريان الكعبري، وقمة القلب فوق الضلع الخامس الأيسر بالسماعة.



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 (60-75).
- 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 - التمرين: تكون سريعة خلال التمرين.
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 - **النظم**: 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، فبواسطة 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

لمدة نصف دقيقة، يمكن وضع الذراع على الصدر.
* الحرص على عدم لفت انتباه المريض على أن تنفسه يُعَد، 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 البطيء.
- 2 - التنفس السريع.

ب - الاختلاف حسب العمق:

- 1 - التنفس السطحي: (غالباً سريع) غالباً ما يشاهد في الصدمة وأفات الرئة.
- 2 - التنفس العميق: (غالباً بطيء) يشاهد في الجوع للهواء (Air hunger).

ج - اختلافات أخرى:

- 1 - التنفس التنهدي: كما في حالة الجوع للهواء الناتج عن نقص الأكسجين، وهو تنفس طويل وعميق. يشاهد بشكل شائع في النزف والداء السكري.
- 2 - التنفس الصريري: وهو تنفس اهتزازي، عالي النغمة، صاخب، ناتج عن انسداد في الطرق التنفسية العلوية، يشاهد عند وجود جسم غريب أو تشنج الحنجرة.
- 3 - التنفس الشخير (أو الغطيبي): عالٍ، شخير، 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 كلوي.
- 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 بالمليمتر الزئبقي، وهو عند البالغ الطبيعي 120 مم زئبقي لضغط الدم الانقباضي و80 مم زئبقي لضغط الدم الانبساطي. ويتم قياسه بمقياس خاص يسمى جهاز قياس ضغط الدم (Sphygmomanometer).



شكل 47 : مقياس ضغط الدم الهوائي



شكل 46 : مقياس ضغط الدم الزئبقي



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:

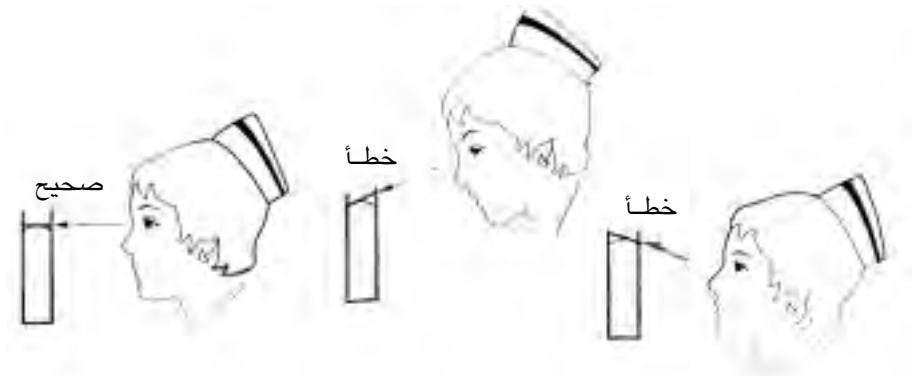
- 1 - المقياس الزئبقي: يوضع على الساعد، وتعتمد القراءة على نزول عمود الزئبق (الشكل 46).
- 2 - المقياس الهوائي: يوضع على الساعد، وتعتمد القراءة على تراجع مؤشر الجهاز (الشكل 47).
- 3 - المقياس الإلكتروني: يوضع على الساعد أو إصبع اليد (الشكل 48): أو المعصم (الشكل 49)، وتعتمد القراءة على ظهور الرقم على الشاشة.

توصيات حول طريقة قياس ضغط الدم:



شكل 50 : الطريقة الصحيحة لقياس ضغط الدم

- 1 - اسمح للمريض بالجلوس والاستقرار قبل البدء بالقياس.
- 2 - استعمل كفة (كُم: Cuff) نظامية مع كيس 12-13 سم 35X سم، وكيس أكبر للأذرع السمينة.
- 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 وسندها على السرير؛ أو على وسادة أو طاولة (الشكل 50).
- 5 - طبق (Apply) كم جهاز الضغط حول الذراع بلطف دون شدة بقوة زائدة.
- 6 - حدد الشريان العضدي وذلك بالجبس بالإصبع (نقطة تفرعه إلى كعبري 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 الزئبقي 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 اللازمة لتجنب القراءات الخاطئة:

- 1 - تأكد 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 الناتج 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 عدة:

- 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، التعب:** يسببان ارتفاعاً في ضغط الدم.
- 6 - **النوم، الراحة:** يسببان 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، الحروق، التجفاف، الصدمة، العدوى.



الفصل الثامن

التضديد والتعصيب

1 - تعاريف

- الضماد
- العصاةة
- الرباط

2 - التضديد

- مبادئ عامة
- طريقة التضديد
- أنواع العصابات





الفصل الثامن

التضميد والتعصيب

أولاً: تعاريف:

1 - الضماد (Dressing):

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

الغاية من الضماد:

- 1 - تأمين غطاء واق معقم 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 لتثبيتته بشكل دائم أو مؤقت.

الغاية من العصابة:

- 1 - تغطية الضماد وتثبيتته في مكانه.

- 2 - تثبيت عضو ما كما في حالة الوثي (Sprain).
 - 3 - منع العضو من الحركة كما في حالة الكسور (عصابة جبسية).
- وللعصابات 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 لتغطية 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 والآخر.
- 2 - يجب تعقيم المنطقة قبل التضميد.
- 3 - يجب أن يضمّد الجرح التنظيف قبل الجرح الملوّث، والذي يحتاج إلى نزح (تفجير أو تصريف).
- 4 - يجب ألاّ يجرى الضماد إطلاقاً في حال وجود الغبار مهما كان منشؤه، (تنظيف، عاصفة، ترتيب السرير).
- 5 - يجب أن تغيّر 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 المحلول يجب أن توضع السدادة وسطحها المعقم (الداخلي) إلى الأعلى.
- 8 - يجب عدم الإسراف عند استعمال الأدوات أو الأدوية.
- 9 - يجب أن يربط الجرح بمعقم أو بمحلول ملحي معقم، إذا كان الضماد ملتصقاً به.

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.
- * ننزع 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، وينظف 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 أولاً ثم بالماء والصابون وتنشف وتعقم، مع الانتباه لتنظيف مفاصل المqvص والمملقط جيداً من الأوساخ، وقد نضطر لوضع مادة مطرية لها (فازلين).

ثالثاً: أنواع العصابات:



شكل 52 : العصابة الماسكة

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 (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 الدوالي (الشكل 55).



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

شكل 53 : نموذجان من العصابة الماسكة



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



4 - العصابة المقيدة (الأسرة) [Strapping Bandage]: وهي

عصابة قد تكون لاصقة، وتستعمل 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 المسددة (الانسدادية): تستعمل لسد جرح

مفتوح بشكل مؤقت كما في تسرب الهواء إلى الصدر المفتوح (الشكل 62).

شكل 60 : العصابة
المقيدة للأضلاع



شكل 62 : العصابة المسددة للصدر



شكل 61 : العصابة المقيدة للقدم والأصبع

2 - حسب الشكل:

1 - العصابة بشكل مثلث أو منديل (Triangular or Handkerchief)



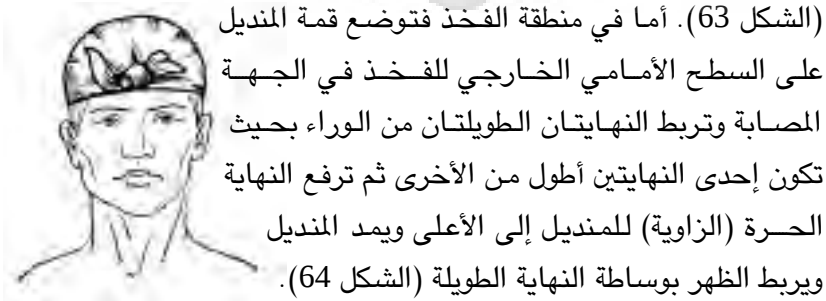
(Bandage) تستعمل بكثرة كخطوة أولى في الحالات الإسعافية كأداة للتعليق أو كعمامة للرأس، وقد تلف وتصبح عصابة ملفوفة:

أ - كأداة للتعليق: خاصة لتعليق

الذراع عند إصابته ببعض الأمراض أو الإصابات وبشكل أساسي عند الكسور.

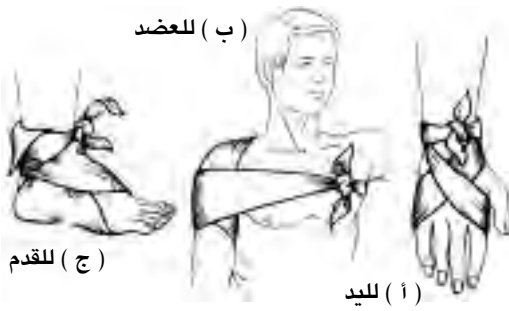
يوضع وسط العصابة تحت الساعد المثني عند مفصل المرفق بزاوية 90° م، يربط طرفا العصابة (المنديل) حول العنق، ومن الخلف تلف قمة

المنديل المتواجدة في منطقة مفصل المرفق إلى الأمام وتثبت بواسطة دبوس



ب - كقلنسوة للرأس: يمكن للعصابة أن توضع شكل 65 : عصابة بشكل

بشكل قلنسوة أو عمامة (الشكل 65).



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

2 - العصابة الملفوفة (Roller)

bandage: تلف حول العضو

المصاب وهي أشكال:

شكل 66 : نماذج من العصابة بشكل مثلث

أ - العصابة الدائرية



Circular: وتستعمل لتعصيب الكاحل أو المعصم أو الرأس حيث يضغط المرء نهاية العصابة بواسطة اليد اليسرى على المكان الذي يراد تعصبيه (تضميده) مستخدماً اليد اليمنى لف العصابة بحركات دائرية، حيث تغطي كل لفة سابقتها (الشكل 67).

شكل 67 : العصابة

الدائرية لليد

ب - العصابة الحلزونية (اللولبية Spiral): حيث

تطبق العصابة بشكل حلزوني (أو لولبي) للإحاطة بجزء ما أو عضوما، خاصة الساق والساعد والخذ، وكل لفة تغطي 3/2 من اللفة السابقة (الشكل 68).

ج - العصابة الحلزونية المعكوسة: وهي خاصة بالأطراف حيث تغطي الجزء المستدق من الطرف (الشكل 69).



شكل 69 : العصابة الحلزونية المعكوسة

شكل 68 : العصابة الحلزونية للساعد



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 ولتغطية الجذعة بعد البتر خاصة في الفخذ المبتور.

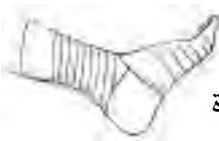
يثبت المرء العصابة بعدة لفات دائرية حول الفخذ باتجاه عرضي، ثم نثنيه بزاوية قائمة ويحرره إلى الأسفل مطوقاً المقطع العرضي للجدعة من الأمام إلى الخلف، ومن ثم تكرر هذه اللفات بالطول والعرض حتى تغطي الجذعة كلياً، بعدها تثبت العصابة بواسطة اللفة الدائرية الثابتة (الشكل 71).

شكل 71 : العصابة الراجعة للفخذ المبتور



شكل 72 : العصابة بشكل 8 للكتفين

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



شكل 73 : العصابة بشكل 8 للكاحل

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

(ب)



(أ)



شكل 74 : العصابة بشكل T للعجان

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



ز - العصابة بشكل اللجام: تستعمل لتغطية السطح الجانبي للوجه والأذن والفك السفلي وتتم بالشكل التالي: بعد القيام بإجراء لفتين أو ثلاث 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 وفوق الأذن (الشكل 75).

شكل 75 : العصابة

بشكل اللجام

ح - العصابة المقطوعة الطرفين أو العصابة ذات الأذنان الأربعة (Four-tails): وهي قطعة شاش أو رباط عادي ينقسم عند نهايته إلى قسمين، بينما يحتفظ في الوسط بعرضه الطبيعي، ويعتبر مفضلاً في تضميد المناطق الصغيرة، كالأنف والذقن والجبهة ومؤخر الرأس (الشكل 76).



ط - العصابة السنبلية (المتصالبة)

[Spica]: حيث نبدأ بوضع لفات دائرية

شكل 76 : العصابة المقطوعة

الطرفين

مائلة ومتراكبة، وتستعمل للأصابع بما

فيها الإبهام (الشكل 77) واليد (الشكل 78) والكتف (الشكل 79) والفخذ (الشكل 80).



شكل 77 : العصابة
السنبلية للإبهام



شكل 79 : العصابة
السنبلية للمكثف

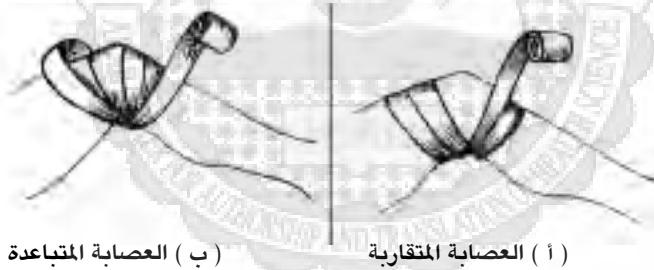


شكل 80 : العصابة
السنبلية للفخذ



شكل 78 : العصابة السنبلية
لظهر اليد

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



شكل 81

(ب) العصابة المتباعدة

(أ) العصابة المتقاربة

3 - حسب المكان (عصابات الأجزاء المختلفة من الجسم):



1 - عصابة العقب: قد تكون متقاربة أو متباعدة، يبدأ التضييد بأكثر أجزاء العقب بروزاً بحيث توضع اللفات اللاحقة حوله من الأعلى والأسفل مغطية إياه بصورة جزئية وتثبت العصابة بلفة مائلة للرباط عبر أخمص القدم (الشكل 82).

شكل 82 : عصابة العقب

2- عصابة الكاحل: تبدأ العصابة بلفات دائرية فوق الكعب ثم تمرر العصابة بصورة مائلة بظهر القدم وبأخمصه لتعود إلى ظهره في الأعلى، ويطوق النصف الدائري الخلفي للساق فوق الكعب، وتكرر هذه اللفات متقاطعة متصالبة (سنبلية) لتثبت فيما بعد بلفات دائرية من فوق الكعب (الشكل 83)، كما يمكن إجراء عصابة بشكل الرقم 8 (الشكل 73).

شكل 83 : عصابة

3- عصابة القدم: إذا كانت تغطية القدم كلها ضرورية الكاحل

فيجب البدء بلفات دائرية من فوق الكعب لتمرر العصابة بشكل رخو بعدة لفات في الاتجاه الطولي من العقب إلى إبهام القدم ومن فوق السطحين الجانبيين للقدم ليعود ويطوق الأخير بلفات حلزونية ابتداءً من أصابعه (الشكل 84).

4- عصابة الفخذ أو المنطقة الإربية: تلف العصابة من

الجهة السليمة للورك حيث، يمكن شدها في القسم الأعلى شكل 84 : عصابة

القدم

من الفخذ؛ بالانتقال إلى الحوض على شكل العصابة المتصالبة مع العصابة الحلزونية، فالعصابة المتصالبة تسمح بتضميد المنطقة الإربية ومنطقة الإليتين سوياً، مع مناطق الفخذ والحوض المجاورة، حيث تثبت العصابة بلفات دائرية حول البطن، ثم تلف من الخلف إلى الأمام ومن اليسار إلى اليمين عبر المنطقة الإربية إلى السطح الداخلي للفخذ، تلف العصابة حول الفخذ ثم تمرر من السطح الأمامي عبر المنطقة الإربية وتطوق النصف الدائري الخلفي من الجسم ليتجه مجدداً

نحو المنطقة الإربية، يمكن وضع العصابة بلفات صاعدة أو نازلة، وفقاً للمكان الذي تمرر به اللفات الأولى للعصابة، وأخيراً نشد العصابة بوساطة اللفات الدائرية حول البطن (الشكل 85).

الفخذ

5- عصابة الركبة: نستعمل العصابة المتقاربة أو المتباعدة، ففي العصابة المتقاربة

نبدأ بلفات دائرية للعصابة عبر الرضفة، أما اللفات التالية فتتباع إلى الأعلى



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

أما العصابة المتباعدة فتثبت عبر لفات دائرية للعصابة في أعلى وأسفل مفصل الركبة، حيث تتقارب اللفات بالتدرج إلى المركز مغطية الركبة بكاملها (الشكل 81 - ب). وقد نستعمل العصابة المقيدة (الشكل 86).

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

شكل 86 : عصابة

الركبة

7 - **عصابة الساعد:** تستعمل العصابة الحلزونية،

وقد تستعمل العصابة المفتولة لإيقاف النزف (الشكل 87).



شكل 87 : عصابة الساعد

8 - **عصابة الصدر:**

أ - **العصابة الحلزونية:** تمرر قطعة من العصابة طولها متر واحد عبر العضد اليمنى أو اليسرى وتترك متدلّية بحرية، ومن ثم يضمّد القفص الصدري من الأسفل إلى الأعلى بلفات حلزونية، بعدها تؤخذ نهاية العصابة المتدلّية في الأمام عبر الكتف المقابل وتربط في الخلف مع النهاية الأخرى للعصابة (الشكل 88).



شكل 88 : العصابة

الحلزونية للصدر

ب - **العصابة المتصالبة:** توضع لفات دائرية 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

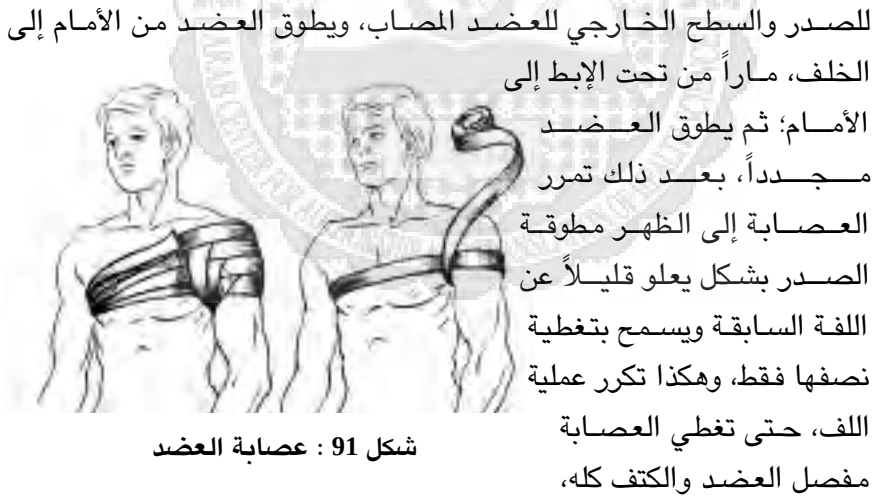
9- عصابة الثدي: تستعمل هذه العصابة لتثبيت الثدي بوضع مرفوع. عند وضع



شكل 90 : عصابة الثدي

الصدرية من تحت 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

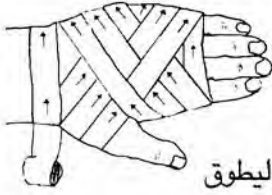


شكل 91 : عصابة العضد

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،

11 - عصابة اليد: تستعمل العصابة المتصالبة لظهر اليد: توضع عدة لفات دائرية

ثابتة أعلى من المفصل الكعبري الرسغي، ثم تمرر العصابة بشكل مائل إلى



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

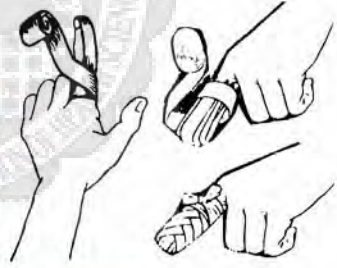
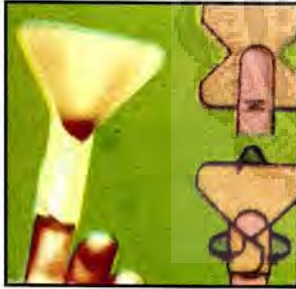
شكل 92 : عصابة اليد

12 - عصابة إبهام اليد: تستعمل العصابة



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

شكل 93 : عصابة إبهام اليد



شكل 94 : نماذج مختلفة من عصابة طرف الأصبع

13 - عصابة الإصبع: إذا اقتضى الأمر تضميد السلامية الأخيرة من إصبع (طرف الإصبع)، توضع العصابة موازية للإصبع ومن ثم تجرى لفات لولبية ابتداء من القاعدة (الشكل 94)، وعند تضميد جزء من الإصبع نبدأ بلفات دائرية 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 الأربعة دون الإبهام، فتجرى لفة دائرية 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

الأصبع

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 يتدلى طرفاها 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 وتربط تحت الفك، حيث يصبح الشكل العام مشابهاً للقبعة (الطاقية).

15 - عصابة الرقبة: يجب أن تكون عصابة الرقبة خفيفة دون لفات دائرية 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 دائرية 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: نستعمل العصابة المقطوعة الطرفين؛ أي العصابة

ذات الأذنان الأربعة (الشكل 76).

17 - عصابة العين: تثبت العصابة بلفات دائرية 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 ومغطية العين اليمنى (الشكل 96)، بعدئذ 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 دائرية) (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 البطنى.

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 المهبل
- 9 - عن طريق الهواء (الاستنشاق)
- 10 - عن طريق المثانة

ثانياً: تعليمات عامة حول استعمال الدواء:

- 1 - لا تُرجع الدواء أبداً إلى القارورة (الزجاجة).
- 2 - لا تستعمل الدواء إذا كان اسمه غير واضح.
- 3 - اسأل عن أي شيء غير مفهوم.
- 4 - لا تتكلم أبداً عن محاسن 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 (ثقاله).
- 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 بالحديد، لذلك اغسل 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 أثر المادة.

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

تؤمن الأدوية التي تعطى عن طريق الفم - الأدوية الفموية - طريقاً سهلاً وآمناً وفعالاً لإعطاء الدواء.

المعدات اللازمة: 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 المحص، أقراص تحت اللسان، المسحوق، الحبيبات، البرشام، الشراب، المعلق، المحلول، المستحلب، الإكسير، الغرغرة، المضمضة، الطلاء الموضعي، المرهم الموضعي أو المعجون الموضعي، الإريذان الموضعي، الإنشاق.

1 - الشرابات (الأدوية السائلة):

- * تغسل اليدين وتؤكد من الدواء المراد إعطاؤه.
- * يجب التأكد من عدم وجود ثقالة أو أي شيء غير طبيعي في القارورة الزجاجية (القنينة).
- * نملأ الكأس إلى المكان المحدد بعد أن نتأكد ثانية من اسم الدواء (أو نملأ المعلقة المخصصة).

2 - الأقراص أو الحبوب:



- * 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.

شكل 101 : طريقة استخراج القرص

3 - الكبسولات (المحافظ):

- * نتبع 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 بغنى عنها.

4 - المساحيق والحبيبات (Powders & Granules):

- * نتبع 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 أعماق ما يمكن في الحلق حيث يغرغر عدة ثوان ثم يبصق، أما المضمضة فهي تحريك المحلول في الفم عدة مرات ثم بصفه.

الفوائد:

- 1 - تنظيف الحلق وتليين المفرزات المخاطية وإذابة الإفرازات المتراكمة.
 - 2 - تخفيف الاحتقان والتورم والألم.
 - 3 - تنظيف الحلق والتخلص من القيح كما فيخراج حول اللوزة.
- وتستعمل المحاليل التالية:
- * المحلول الملحي النظامي أو الماء والملح (ساخن أو بارد).
 - * محلول دوائي.

6 - المراهم والمعاجين الفموية:

- هناك مراهم 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 لتخفيف الاحتقان والألم في البلعوم أو للتخدير الموضعي.

مساوئ إعطاء الأدوية عن طريق الفم:

- 1 - قد لا يبلغ المريض الدواء.
- 2 - قد يمتص الدواء بشكل جزئي فقط.
- 3 - قد يخرش الدواء جهاز الهضم مسبباً الإقياء والإسهال فلا نحصل على التأثير المطلوب.

الحالات التي لا يعطى فيها الدواء عن طريق الفم:

- 1 - المريض غير الواعي.
- 2 - المريض المصاب بإقياء مستمر.
- 3 - إذا كان الدواء يتخرب بالعصارات الهاضمة.

توقيت إعطاء الدواء الفموي:

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

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

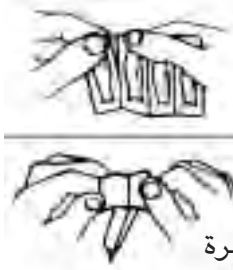
1 - التحاميل الشرجية (الحمولات أو اللبوسات Suppositories):

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 الإعطاء:

* 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 المصرّة

الداخلية للشرج مسافة 8 سم داخل المستقيم (أي بطول إصبع).

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

* ينبه المريض ألا يتغوط خلال 20 دقيقة.

* إذا كان الهدف من إعطاء التحميلة هو إفراغ الأمعاء، فيجب تجهيز الأضيص 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 تفيد في المعالجة الموضعية (كما في حالة البواسير والشق الشرجي).

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

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

شكل 103 : قنية المرهم الشرجي وطريقة تطبيقه

3 - الحقن (الرحضات) الشرجية (Enemas):

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

الغاية من إجراء الحقنة الشرجية:

* تنبيه الإفراغ المعوي لتنظيف الأمعاء الغليظة (الحقنة بالماء الصابوني أو الملحي).

* التخفيف من انتفاخ البطن باستعمال المواد الطاردة للأرياح.

* تهدئة وتلطيف مخاطية القولون المتهيجة (يستعمل النشاء).

* تزويد المريض بالغذاء والسوائل (سكر - سائل ملحية).

* تخفيض الحرارة.

* تهدئة المريض بإعطائه المهدئات مع النشاء.

* غايات تشخيصية (إدخال مادة ملونة كالباريوم).

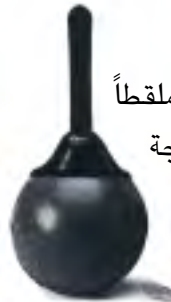
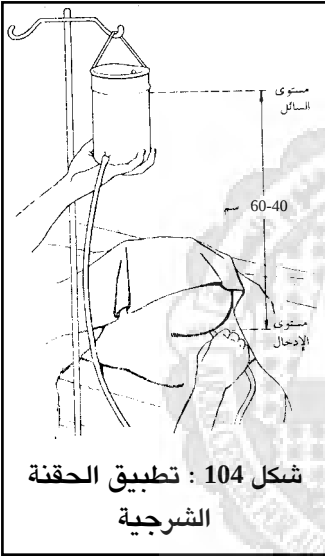
الحقنة المسهلة:

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

طريقة العمل:

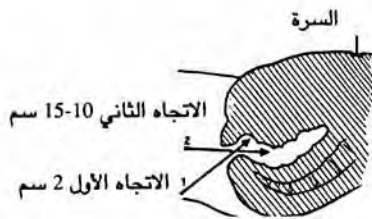
* يوصل أنبوب مطاطي إلى وعاء يحوي سائل الحقنة ونطبق ملقظاً ليووقف جريان السائل، ويجب الانتباه لأن يكون سائل الحقنة بدرجة حرارة 21.6م.

* يدهن الأنبوب بالفازلين، ويعلق الوعاء الحاوي على السائل فوق السرير مسافة 54-60 سم؛ (الشكل 104)، أو قد نستعمل حقناً مطاطية (الشكل 105).



شكل 105 :

الحقنة المطاطية



شكل 106 : طريقة إدخال الحقنة الشرجية

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

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

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

* يطلب من المريض أن يتنفس بعمق حتى يساعد عضلات البطن على الاسترخاء.
* ثم نرفع الأنبوب، ونضع أصيصاً تحت إيتي 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، الذور، الهلام، المعجون، الرذاذ، الطلاء، المروخ (Liniment)، الشامبو، اللزقة.



شكل 107 : تطبيق لزقة الجرح دون لمسها

1 - اللزقات (Emplastrum): اللزقة أكثر كثافة

ولزوجة من المرهم، وهي أشكال:

1 - اللزقة الموضعية: كتلك المستخدمة في علاج

الجروح أو التآكل حيث تحوي مادة دوائية، ولذلك يجب أن تفتح وتطبق دون لمس المادة الدوائية (الشكل 107).

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



المستخدمة لمعالجة الشد العضلي، أو الآلام العضلية (الشكل 108).

شكل 108 : اللزقة في
الآلم العضلي

3 - **اللزقة المطبقة لأغراض فيزيائية:** كتلك الحاوية على مواد تشكل حقلاً مغناطيسياً لعلاج الآلام العضلية أو آلام النديّة.

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

اللياقة



دواء عن طريق القم



دواء عن طريق الجلد

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 تحوي النتروجليسرين، لعلاج الأمراض القلبية، أو الإستروجين لعلاج الاضطرابات الهرمونية عند النساء وغيرها.

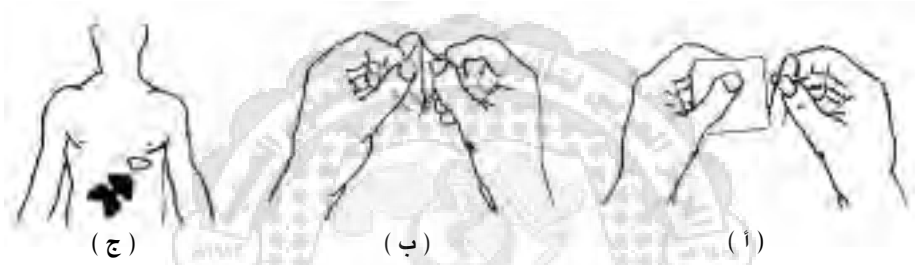
فوائد اللصاقات الجلدية:

- 1 - تجنب المرور بالكبد وبالتالي المحافظة على الفعالية بدرجة كبيرة.
- 2 - الاستفادة من الأدوية لأقصى درجة.
- 3 - الاستفادة من الأدوية التي يزول تأثيرها بسرعة.
- 4 - تجنب الجرعات الكبيرة غير المقصودة.
- 5 - تتوقف المعالجة بمجرد نزع اللصاقة الجلدية.
- 6 - لا تحدث أي ألم خاصة بالنسبة للأطفال.
- 7 - تساعد المريض على التقيد بتناول الدواء في مواعيده، وعدم نسيانه جرعاته.

- 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)، وتستخرج اللصاقة، وتمسك بالطول، بحيث يتجه 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 بادنئين 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 لبضع ثوان فقط (الشكل 110 - ج).

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

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

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

4 - **الضماد الرطب**: وهو نفس الغسل لكن تكون سماكة الشاش 12-18 طبقة ويغير كل 30-60 دقيقة، ولا يجوز نزع الضماد بقوة بل يجب تبليله بمادة من نفس المحلول. 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 الشمع أكبر من الشاش الذي يشكل الرفادة وفوقه طبقة من القطن وتضمد، يغير الضماد مرة أو مرتين في اليوم.

6 - **المعلقات المائية والزيتية (Suspension)**: تزيل هذه المعلقات الالتهاب وتخفف الحكة، تحتوي المعلقات المائية الكحولية على الكحول، أما المعلقات الزيتية فتحتوي على محاليل دهنية سائلة (كزيت دوار الشمس مثلاً)، وتقوم بتطرية الجلد وتساعد على نزع الحراشف والقشور، وتخفف 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 ومتعددة.

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 ثلاث.

9 - **المرهم (Ointment):** استعماله كثيرة، ولا داعي للتفصيل فيها، لكن يجب أن نكون 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 الطبي، 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 30-40 دقيقة، أو بعد ساعة أو ساعتين من تناول طعام الغداء.



3 - المضخات الدوائية:

طريقة حديثة في إعطاء الدواء؛ بعضها يزرع

تحت الجلد؛ كما في مضخة المورفين لتصب جرعات

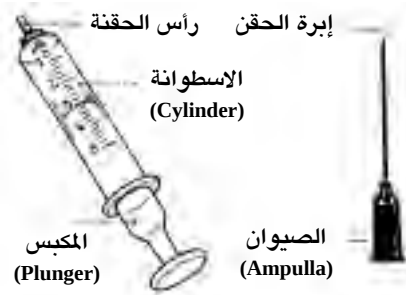
ضئيلة ومتواصلة من المورفين، لتسكن الآلام عند

المصابين بأمراض مزمنة كالسرطان.

شكل 111 : مضخة الإنسولين
(لاحظ صغر حجمها)

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

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



سادساً: الأدوية التي تعطى حقناً:

يجب في البداية التعرف على أداة الحقن الرئيسية وهي المحقنة (وتسمى كذلك: الزرّاقّة، الإبرة، السيرينج (Syringe)، وأقسامها الرئيسية (الشكل 112).

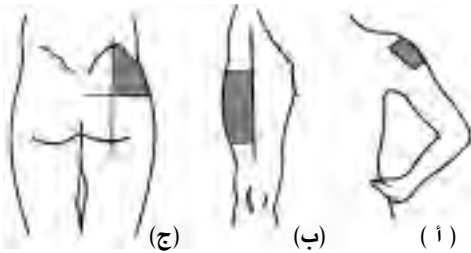
ذكرنا أماكن إعطاء الأدوية حقناً في بداية الفصل، ونشرح فيما يلي أهم هذه الأماكن:

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:



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

شكل 113 : أماكن الحقن داخل العضلات

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

الطريقة:

- 1 - ثبت أقسام المحقنة (إن كانت زجاجية) بإحكام مع عدم الإمساك بالإبرة إلا من قاعدتها وبالمحقنة إلا من قمة المكبس (المدحم).
- 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، واضعاً 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 أولاً 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، نظف 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 - تأكد ثانية من الدواء ومن الجرعة المطلوبة.

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

10 - اختر موقع الحقن وحدده بدقة، وهو الربع العلوي الخارجي من الإلية عادة، ولتحديده، وحتى تتجنب العصب الوركي، ارسم خطاً وهمياً 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 (الشكل 115).



شكل 115 : تحديد مكان الحقن العضلي بدقة

11 - نظف المنطقة جيداً بالكحول.

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

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



شكل 116 : طريقة الحقن العضلي المثالية

14 - بعد حقن الدواء، اسحب الإبرة بسرعة وسد المنطقة بلطف، حيث يساعد هذا على امتصاص الدواء.

15 - امسح المنطقة ثانية بالكحول.

16 - اترك المريض ليرتاح وراقبه عشر دقائق لملاحظة أية ردود أفعال.

17 - أعد المعدات إلى مكانها، وإذا كانت المحقنة زجاجية اغسلها بالماء البارد مع الإبرة واطرد الهواء خارجاً ثم ضعها في مكانها لإعادة تعقيمها.

مضاعفات⁽¹⁾ 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 وتدخل 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 البيض 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 وتموتًا إذا حقنت خطأ تحت الجلد، لذلك يجب حقن هذه المواد المخرشة عميقاً في الجلد.

4 - الألم:

تسبب بعض الأدوية ألماً 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 ليحاول 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 يجرى لمعرفة الإصابة بالتدرن (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 أعطي عن طريق الفم، لا نستعمل 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 يتوافق 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 **الإنسولين**، ولذلك سنذكره بشيء من التفصيل.

* حقن الإنسولين:

نصائح قبل استعمال الإنسولين:

- 1 - يجب التأكد دائماً من صلاحية الإنسولين الموضحة على الزجاجة ويجب عدم استخدام الإنسولين بعد انتهاء فترة صلاحيته أبداً.
- 2 - يجب القيام بتعقيم الزجاجة قبل استعمالها.
- 3 - يجب عدم رج زجاجة الإنسولين بشكل شديد، حيث يؤدي ذلك إلى تخریب تركيبة الإنسولين، إنما يجب أن تحرك 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.

لمحة 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).



شكل 117 :

(أ) محقنة الأنسولين ذات 10 وحدات

(ب) فتح استخراج المحقنة دون لمسها

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 اللازمة 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 تستخدم أحد أنواع الإنسولين العكر (الشكل 118-1). يجب عدم هزها بعنف، لأن الهز يسبب تكون فقاعات الهواء داخل الزجاجة، وقد يخرب تركيبة الإنسولين.
- 5 - نظف 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، لتفريغ كمية الهواء المسحوبة (الشكل 118-3).



شكل 118 : تحضير حقنة الانسولين

3 - تقلب زجاجة الإنسولين والمحقنة، 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 المحقنة بالإصبع نقرًا خفيفًا، وعندما تصعد فقاعات الهواء إلى أعلى الحقنة، يدفع مكبس المحقنة 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 المحقنة من الزجاجة المقلوبة، وتغطي إبرة المحقنة استعداداً للحقن.

تعبئة المحقنة 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 يبطل مفعوله في المستقبل. يعطى الإنسولين السريع المفعول لمعالجة الارتفاع الكبير لمعدل سكر الدم بأسرع وقت، ولذا يجب الحفاظ عليه نقياً.

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

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

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



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 الأنسولين الصافي، ثم تسحب الإبرة من زجاجة الأنسولين.

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

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

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

7 - تسحب الإبرة من زجاجة الأنسولين، وتغطي، وتوضع المحقنة على سطح نظيف، استعداداً للحقن.

خطوات حقن الأنسولين تحت الجلد: (الشكل 120)

قم بتنظيف مكان الحقن بعناية وباستخدام مطهر مناسب



ارفع الجلد بين السبابة بيدك اليسرى ثم ادخل الإبرة تحت الجلد ويراعي أن تكون المحقنة في وضع عمودي على الجلد أثناء الحقن



1 - يحضر موقع الحقن بتنظيفه بقطنة مبللة بالكحول أو الماء والصابون.

2 - تمسك المحقنة: بعد تعبئتها كما ذكر سابقاً، بإحدى اليدين، وباليدين 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

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
فاذا 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 المجتذبة بين إصبعي الإبهام والسبابة أكثر من 1 سم، يمكن - وبأمان - غرز الإبرة عمودياً في الجلد (بزاوية 90 درجة).



اسحب الإبرة وظهر
مكان الحقن

4 - إذا كان المريض نحيفاً، وكانت ثنية الجلد المجتذبة 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 لتثبيت المحقنة. وباليد الأخرى يسحب مكبس المحقنة إلى أعلى حوالي 2-4 وحدات، للتأكد من عدم خروج دم.

6 - إذا خرج دم عند سحب المدحم إلى أعلى، دل ذلك أن الإبرة قد دخلت في وعاء دموي 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، ويغطى 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، ويهيج الجلد.

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

اماكن حقن الإنسولين:

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



**شكل 121 : اماكن حقن
الانسولين**

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 الإليتين 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.

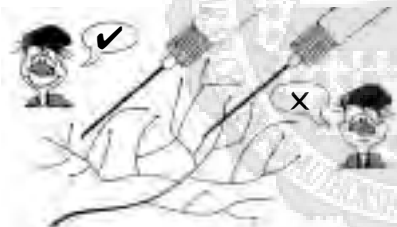


في الحياة العملية ينصح أن تكون خطة دوران موقع الحقن بشكل دائري باتجاه عقارب الساعة (الشكل 122)، بحيث يبدأ الحقن في الذراع الأيسر ثم ينزل إلى الخصر (الجانب الأيسر) ثم إلى الإلية اليسرى فالفخذ الأيسر، ثم ينتقل إلى الفخذ الأيمن، ومنه إلى الإلية اليمنى، ثم الخصر (في الجانب الأيمن) ثم الذراع الأيمن. وفي الدورة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

شكل 122 : تدوير أماكن حقن الأنسولين

الطريقة الصحيحة لحقن الإنسولين:

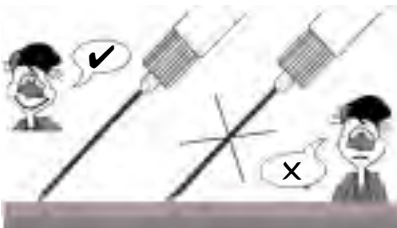
قد يتساءل البعض هل هناك إبرة مؤلمة وإبرة غير مؤلمة ؟ أو يتساءل لماذا نتألم أحياناً بشكل أكبر عند حقن الإنسولين ؟



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).

شكل 123 : إصابة النهايات العصبية يجعل وخز الإبرة مؤلماً



شكل 124 : الطريقة الصحيحة لاختراق رأس الإبرة للجلد

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



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

4 - الحقن داخل المفصل:

يجرى الحقن داخل المفصل عندما يكون المفصل ملتهباً، حيث يحقن الكورتيزون وبمساعدة 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 متمرسة.

الغاية من الحقن داخل الوريد:

- 1 - عندما نرغب بالحصول على تأثير سريع جداً للدواء، كحقن المنبهات 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 المحلول السكري، أو المحلول الملحي.
- 4 - قد نحقن الدواء لأهداف تشخيصية؛ مثل التصوير الملون للكلية (تصوير الكلية والحويضة 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 (التبنيج 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:

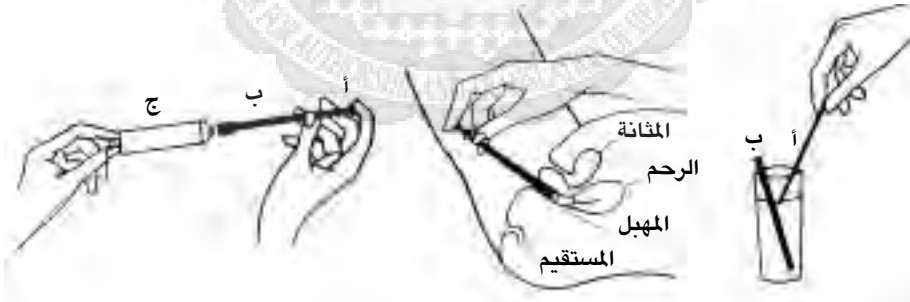
1 - البويضات المهبلية (التحاميل النسائية):

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

تستلقي المريضة على ظهرها بعد أن تفرغ مثانتها، وتدخل البويضة عميقاً في المهبل، وتبقى مستلقية على ظهرها نصف ساعة؛ حتى لا تسقط البويضة.

2 - الكريم المهبلي:

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



شكل 127 : استعمال الكريم المهبلي

- (1) افتحي الكريم وادخليه بالبرم اللولبي إلى داخل الأنبوب (ب).
- (2) ادخلي الأنبوب بعناية وإلى أعمق ما يمكن داخل المهبل، وأفضل وضع لذلك هو الاستلقاء الظهرى.
- (3) ادفعي المكبس (أ) برفق حتى يتوقف ثم أخرجي أنبوب الإدخال من المهبل.
- (4) اخرجي المكبس (أ) من الأنبوب (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 المهبلية، وبذلك نتجنب إعطاء الدواء عن طريق الفم، أو قد نكون لا نستطيع إعطاؤه.

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

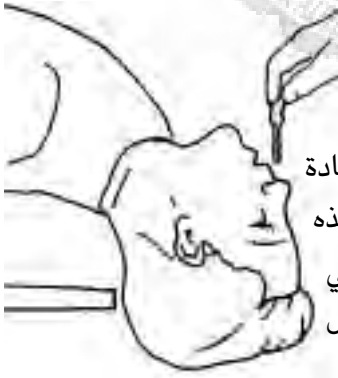
تؤمن الحلقات المهبلية جرعات دوائية تصل إلى الدم مباشرة بشكل متواصل ومحدد من المادة، مع تركيز كاف لها، فلا مجال هنا للنسيان أو الإهمال، خاصة عند كبار السن.

أهم الحلقات المهبلية المستعملة تلك التي تحتوي على هرمونات لمنع الحمل، والجرعة اللازمة المستعملة لا تتجاوز 1/10 من الجرعة الفموية.

4 - الدوش المهبلي: (راجع الفصل الأول).

ثامناً: الأدوية التي تعطى عن طريق الأنف:

1 - القطرات الأنفية:



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

شكل 128: وضعية الرأس أثناء التقطير في الأنف

* يجب تقطير الدواء على الجدار العلوي الداخلي للأنف، وليس بشكل مباشر في جوفه، حيث تقطر

5-6 قطرات للبالغ و 2-3 قطرات للطفل في كل منخر، ويبقى بهذه الوضعية مدة دقيقتين، 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 ويتوزع 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.



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 الخلفى للغدة النخامية، أو إعطاء الكالسيثونين.

شكل 129 : الطريقة الصحيحة لاستعمال البخاخ الأنفي

تاسعاً: إعطاء الأدوية عن طريق الأذن:

2 - القطرات الأذنية:

- * نقطر الأدوية والمريض مضطجع وأذنه المريضة متجهة 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 القطرات بشكل مباشر قد يؤدي إلى بقاء فقاعة هواء على غشاء الطبل تمنع وصول الدواء إلى الأنسجة المريضة.
- * يبقى المريض بتلك الوضعية 3 دقائق على الأقل.

الغاية من القطرة الأذنية:

- 1 - تليين أو تطرية شمع الأذن (الصملاخ).
- 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 قطنياً في المرهم بحيث تعلق به كمية كبيرة من المرهم، ثم ندخله إلى المجرى فندهنه.

عاشراً: الأدوية التي تعطى عن طريق العين:

1 - القطرات 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 الالتهاب، 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:

تخفيف الالتهاب في الأجفان 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 بواسطة
الأنبوب

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 (المبنيات) بواسطة قناع خاص.

3 - إعطاء الأدوية الخاصة بعلاج الربو لتوسيع القصبات - وهو الاستعمال الأهم.



شكل 132 : إعطاء الأكسجين بواسطة القناع



شكل 134 : المرذة بوساطة قطعة في الفم ↑



شكل 133 : المرذة بوساطة قناع →

هناك عدة أنواع من الأجهزة لإيصال الدواء بهذه الطريقة:

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



شكل 135 : منشقة المحلول

2 - جهاز يعطي الدواء بشكل محلول، ويسمى المنشقة (البخاخ) (Inhaler)، حيث يُدفع المحلول بجرعات محسوبة (معيّرة) 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 لشفهيق عميق، وهذا التوافق صعب جداً



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

شكل 137 : الوعاء الفراغي

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 الالتهاب، التورم، الاحتقان (مثل التهاب الحنجرة والتهاب القصبات).
- * تليين الإفرازات بعد العمل الجراحي والتهاب القصبات المزمن.

الطريقة: يغلى الماء ويضاف الدواء ويضع المريض رأسه قريباً من البخار المتصاعد ويستنشقه بعمق.

ثاني عشر: إعطاء الأكسجين

ويعني إعطاء الأكسجين للمريض بوساطة جهاز خاص يوصل الأكسجين بتركيز عالٍ وكاف إلى أنف المريض مباشرة، للتغلب على أعراض نقص الأكسجين في دم المريض.

حالات المعالجة بالأكسجين:

- 1 - انسداد المسلك الهوائي: ضخامة الغدة الدرقية أو السممة 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 برفعه عالياً بسرعة، خارج غرفة المريض، وذلك للتخلص من الغبار الموجود على فتحة الأسطوانة.
- 3 - ملء الوعاء المرطّب 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 انتهائها.
- 9 - يجب الانتباه إلى عدم درجة 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 وتهذئة الأعصاب وتخفيف الصداع.
- 4 - تحسين جريان الدم (التروية الدموية) في أماكن معينة، وتخفيف 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 ويملأ غطاء الرأس «القبعة أو القلنسوة» حتى منتصفه ثلجاً بإحكام ويجفف، ثم يغطى بقماش 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 بأشكال وأحجام متعددة يطلق كمية محددة من البرودة لفترة زمنية محددة.

شكل 138 : مغطس الثلج

ب - البرودة الرطبة:

1 - الكمادات 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 الرض
بالكمادة الباردة

الطريقة:

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

نغمس الكمادات 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، وتبدل 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 دائرية، ثم البطن لمدة 3 دقائق أيضاً.
 يجب عدم تنشيف المريض، بل يترك الماء ليتبخر، وبالتالي يخفض درجة حرارة المريض.

* يغطي النصف العلوي من الجسم ثم يكشف الجزء السفلي.

* يمسح الفخذ الأيمن ثم الفخذ الأيسر بالإسفنج

الرطبة (أو المبردة) ولمدة 3 دقائق.

* ثم ينشف المريض بمنشفة.

* تؤخذ درجة حرارة المريض كل 30 دقيقة لمدة ساعتين.



3 - مغطس الماء البارد:

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

شكل 140 : مغطس الماء البارد

ثانياً: تطبيق الحرارة:

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

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

* تحسين تغذية الجزء المصاب.

* تدفئة الجسم.

* يمكن أن تستخدم الحرارة الجافة في تجفيف الجروح الرطبة والحروق 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°م)، حيث تملأ الزجاجة حتى منتصفها أو ثلثيها، 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°م)، وذلك بسبب ضعف جريان الدم. ويجب عدم وضع الزجاجة ذات الماء الحار بجانب المريض الفاقد الوعي، أو المريض المشلول.

2 - الملاءة 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 والحروق، التحريض أو التنبية.

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 (مغلقة 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 القيح، زيادة جريان الدم للمنطقة.

الطريقة: (الشكل 141)

- تغلى منشفة مع الماء.
- يطبق القارزين 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



هـ - لفها بمنشفة لتحفظ 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 (حوالي 20 دقيقة).
- عند الانتهاء، تجفف المنطقة جيداً وتغطى لتبقى دافئة.

2 - الكمادات الحارة الجراحية:

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

الغاية:

- * زيادة جريان الدم.
- * تخفيف التورم والاحتقان.
- * تحريض تكوّن القيح والمساعدة على النزح.
- * تخفيف الألم والتشنج العضلي.

الطريقة:

- * يسخّن المحلول.
- * توضع عدة قطع من الشاش المعقم ضمن المحلول 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 المحلول يجب أن يكون عقيماً عندما تكون هناك جروح مفتوحة، ويجرى للأهداف السابقة نفسها وتكون درجة حرارة الماء أو المحلول 43.3°C ولمدة 15 دقيقة على الأقل.

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

يجرى بدرجة حرارة 37.7°C وذلك بوضع ماء أو محلول حرارته 37.7°C 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 لنقع 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 اللازمة 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، وللتأكد من بقاء وسيلة العلاج مكانها.
- 6 - رفع وسيلة العلاج بعد انقضاء الفترة المحددة لها بالبقاء.
- 7 - تفحص 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 (مسكنات).
- 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 وتعويدهم 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 أماكن الخطر فيه، ورفع المواد الخطرة والمؤذية بعيداً عن الأطفال.



المراجع

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

