

فهرست

۱	بخش ۱: پیشگیری از انتقال عفونت.....
۲	۱-۱ بهداشت دست‌ها.....
۵	• شستن دست‌ها قبل از انجام روش‌های استریل.....
۶	۱-۲ نحوه استفاده از پوشش‌های حفاظت شخصی.....
۶	• پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت.....
۸	• پوشیدن گان به منظور پیشگیری از انتقال عفونت.....
۹	• پوشیدن و خارج کردن دستکش‌های یک‌بار مصرف.....
۱۱	۱-۳ مراقبت و بسته‌بندی وسایل مصرف‌شده.....
۱۲	۱-۴ ایجاد و برقراری یک محیط استریل.....
۱۹	۱-۵ پوشیدن و خارج کردن دستکش‌های استریل (روش باز).....
۲۱	۱-۶ پوشیدن گان و دستکش‌های استریل (روش بسته).....
۲۵	بخش ۲: بررسی علائم حیاتی.....
۲۶	۲-۱ بررسی درجه حرارت بدن.....
۲۶	• اندازه‌گیری درجه حرارت از راه دهان.....
۲۹	• اندازه‌گیری درجه حرارت از راه زیر بغل.....
۳۰	• اندازه‌گیری درجه حرارت از راه مقعد.....
۳۲	• کنترل درجه حرارت از طریق شریان کبجگاهی یا پیشانی.....
۳۲	• کنترل درجه حرارت از طریق کتاف، گوش.....
۳۵	۲-۲ بررسی نبض محیطی.....
۳۹	۲-۳ بررسی ضربان نوک قلب.....
۴۳	۲-۴ بررسی همزمان ضربان قلب و تنبض رادیال.....
۴۶	۲-۵ بررسی تنفس.....
۴۹	۲-۶ بررسی فشار خون (بازو).....
۵۴	• اندازه‌گیری فشار خون به روش لمس.....
۵۵	• اندازه‌گیری فشار خون از ران.....
۵۵	• اندازه‌گیری فشار خون با استفاده از فشارسنج‌های الکترونیکی.....
۵۹	بخش ۳: بررسی وضعیت سلامت جسمی.....
۶۰	۳-۱ بررسی ظاهر و وضعیت عقلانی.....
۶۲	۳-۲ بررسی پوست.....
۶۶	۳-۳ بررسی مو.....
۶۸	۳-۴ بررسی ناخن‌ها.....
۷۰	۳-۵ بررسی جمجمه و صورت.....
۷۲	۳-۶ بررسی ساختارهای چشم و قدرت بینایی.....

۱۱۷	۳-۷ بررسی گوش‌ها و قدرت شنوایی
۱۱۸	۳-۸ بررسی بینی و سینوس‌ها
۱۱۹	۳-۹ بررسی دهان و حلق
۱۲۰	۳-۱۰ بررسی گردن
۱۲۱	۳-۱۱ بررسی قفسه سینه و ریه‌ها
۱۲۲	۳-۱۲ بررسی قلب و عروق مرکزی
۱۲۳	۳-۱۳ بررسی سیستم گردش خون محیطی
۱۲۴	۳-۱۴ بررسی پستان‌ها و زیر بغل
۱۲۵	۳-۱۵ بررسی شکم
۱۲۶	۳-۱۶ بررسی سیستم عضلانی استخوانی
۱۲۷	۳-۱۷ بررسی سیستم عصبی
۱۲۸	۳-۱۸ بررسی سیستم تناسلی زنان و غدد لنفاوی کشاله ران
۱۲۹	۳-۱۹ بررسی سیستم تناسلی مردان و ناحیه کشاله ران
۱۳۰	۳-۲۰ بررسی مقعد
۱۳۱	بخش ۴: پذیرش، انتقال و ترخیص بیمار
۱۳۲	۴-۱ پذیرش بیمار در واحد پرستاری
۱۳۳	۴-۲ بررسی وضعیت سلامت بیمار
۱۳۴	۴-۳ انتقال بیمار
۱۳۵	۴-۴ ترخیص بیمار
۱۳۶	بخش ۵: حرکت، فعالیت و تأمین آسایش بیمار
۱۳۷	۵-۱ حرکت دادن بیمار به بالای تخت
۱۳۸	۵-۲ حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت در چند مرحله
۱۳۹	۵-۳ غلطانیدن بیمار به وضعیت پهلو و به شکم
۱۴۰	۵-۴ غلطانیدن بدن بیمار در بستر هم‌زمان در یک راستا
۱۴۱	۵-۵ کمک به بیمار برای نشستن در راه تخت
۱۴۲	۵-۶ کمک به بیمار برای راه رفتن
۱۴۳	۵-۷ انتقال بیمار بین تخت و صندلی چرخدار
۱۴۴	۵-۸ درست کردن برانکار
۱۴۵	۵-۹ انتقال بیمار بین تخت و برانکار
۱۴۶	بخش ۶: وضعیت دادن بیمار
۱۴۷	۶-۱ وضعیت نشسته در زوایای مختلف
۱۴۸	• وضعیت اورتوپنه
۱۴۹	۶-۲ وضعیت به پشت خوابیده
۱۵۰	۶-۳ وضعیت به شکم خوابیده
۱۵۱	۶-۴ وضعیت به پهلو خوابیده
۱۵۲	۶-۵ وضعیت یک طرفه (نیمه به روی شکم)

۱۹۹	بخش ۷: تأمین بهداشت فردی
۲۰۰	۷-۱ مراقبت معمول صبح
۲۰۳	۷-۲ شستشوی مخصوص دهان
۲۰۶	۷-۳ حمام دادن بیمار
۲۰۷	• استفاده از ملافه جهت حفاظت بیمار
۲۰۸	• تعویض لباس بیمار دارای محللول وریدی
۲۰۸	• حمام در تخت
۲۱۲	• حمام دوش
۲۱۳	• حمام وان
۲۱۵	۷-۴ ماساژ پشت و نواحی تحت فشار
۲۱۹	۷-۵ مراقبت معمول شب (قبل از خواب)
۲۲۱	۷-۶ شستن موهای بیمار محدود به تخت
۲۲۳	۷-۷ مراقبت از سر آلوده به شپش
۲۲۷	بخش ۸: تعویض ملافه‌های تخت
۲۲۸	۸-۱ تعویض ملافه‌های تخت اشغال نشده
۲۳۳	۸-۲ تعویض ملافه‌های تخت اشغال شده (پهلوی به پهلو)
۲۳۷	۸-۳ تعویض ملافه‌های تخت اشغال شده (بالا به پایین)
۲۳۹	بخش ۹: تأمین نیاز غذایی بیمار
۲۴۰	۹-۱ تهیه نمونه خون مویرگی جهت اندازه‌گیری سطح گلوکز خون
۲۴۴	۹-۲ غذا دادن به بیمار
۲۴۶	۹-۳ وارد کردن سوند بینی معده‌ای
۲۵۱	• وارد کردن سوند دهانی معده‌ای
۲۵۲	• وارد کردن سوند بینی رودهای
۲۵۳	۹-۴ غذا دادن از طریق سوند (دراز)
۲۵۵	• دادن غذا با استفاده از محفظه قطره ریز
۲۵۷	• تغذیه قطره‌ای مداوم
۲۵۹	۹-۵ خارج کردن سوند بینی معده‌ای
۲۶۱	۹-۶ تغذیه متناوب از طریق گاستروستومی یا ژژونوستومی
۲۶۴	۹-۷ بررسی جذب و دفع مایعات
۲۶۷	بخش ۱۰: دفع مدفوع
۲۶۸	۱۰-۱ دادن و گرفتن لگن توالت در تخت
۲۷۲	۱۰-۲ جمع‌آوری نمونه مدفوع
۲۷۵	۱۰-۳ دادن تنقیه
۲۷۵	• تنقیه شستویی
۲۸۰	• تنقیه باقی ماندنی

- تنقیه بیماری که کنترل مدفوع ندارد ۲۸۰
- تنقیه برگشتی ۲۸۱
- ۱۰-۴ استفاده از لوله رکتال ۲۸۱
- ۱۰-۵ تعویض کیسه گِلستومی ۲۸۳
- ۱۰-۶ شستشوی گلستومی ۲۸۹
- بخش ۱۱: دفع ادرار ۲۹۵
- ۱۱-۱ دادن و گرفتن لوله ادرار ۲۹۶
- ۱۱-۲ جمع‌آوری نمونه ادرار کامل از بیماران دارای کنترل ادراری ۲۹۸
- ۱۱-۳ جمع‌آوری نمونه ادرار جهت کشت و تعیین حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها ۳۰۰
- ۱۱-۴ جمع‌آوری نمونه ادرار در مدت زمانی خاص ۳۰۳
- ۱۱-۵ استفاده از سُنَد خارجی ادرار ۳۰۶
- ۱۱-۶ سُنَداز ادراری بیمار زن (موقت) ۳۰۸
- ۱۱-۷ سُنَداز ادراری بیمار مرد ۳۱۳
- سُنَداز متناوب توسط بیمار ۳۱۵
- ۱۱-۸ گذاشتن سُنَد باقی ماندنی ۳۱۶
- ۱۱-۹ تهیه نمونه ادرار از طریق سُنَد باقی ماندنی ۳۱۹
- ۱۱-۱۰ شستشوی مثانه ۳۲۱
- شستشوی سُنَد یا مثانه با استفاده از سُنَد دوراهی (سیستم بسته متناوب) ۳۲۲
- شستشوی سُنَد یا مثانه با استفاده از سُنَد دوراهی (سیستم باز) ۳۲۴
- شستشوی مثانه: سیستم بسته متناوب با استفاده از سُنَد فولی سه راهی ۳۲۵
- ۱۱-۱۱ شستشوی مخصوص پرینه ۳۲۷
- ۱۱-۱۲ خارج کردن سُنَد باقی ماندنی ۳۳۰
- بخش ۱۲: تأمین اکسیژن ۳۳۵
- ۱۲-۱ جمع‌آوری نمونه خلط ۳۳۶
- ۱۲-۲ تهیه نمونه از بینی و حلق ۳۳۹
- ۱۲-۳ نحوه استفاده از دستگاه سنجش اشباع اکسیژن خون شریانی ۳۴۱
- ۱۲-۴ تجویز اکسیژن ۳۴۵
- تجویز اکسیژن به وسیله سُنَد دو شاخه بینی ۳۴۵
- تجویز اکسیژن به وسیله ماسک ۳۵۰
- چادر اکسیژن صورت ۳۵۳
- تجویز اکسیژن به وسیله چادر مرطوب ۳۵۳
- ۱۲-۵ ساکشن بینی حلقی و بینی نای ۳۵۶
- برای ساکشن دهان و دهانی حلقی ۳۶۰
- ۱۲-۶ وارد کردن لوله هوایی مصنوعی و برقراری یک راه هوایی دهانی حلقی ۳۶۲
- ۱۲-۷ ساکشن کردن لوله‌ی تراکیاستومی یا لوله‌ی داخل نای ۳۶۴
- استفاده از ونتیلاتور برای حداکثر اکسیژن‌رسانی به بیمار ۳۶۸

- سیستم ساکشن بسته ۲۶۸
- ۱۲-۸ تمیز کردن لوله تراکیاستومی ۲۷۰
- ۱۲-۹ تعویض بانسمان تراکیاستومی ۲۷۲
- بخش ۱۳: داروهای خوراکی و موضعی ۳۷۹
- ۱۳-۱ کنترل کردن دستورات پزشک ۳۸۰
- ۱۳-۲ دادن دارو بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (پی. آر.ان) ۳۸۱
- ۱۳-۳ دادن دارو از راه دهان ۳۸۲
- دادن داروها توسط سُنَد بینی معده‌ای یا گاستروستومی ۳۸۶
- ۱۳-۴ استعمال داروهای پوستی ۳۹۰
- ۱۳-۵ شستشوی چشم ۳۹۲
- ۱۳-۶ چکاندن قطره چشمی ۳۹۵
- ۱۳-۷ شستشوی گوش ۳۹۸
- ۱۳-۸ چکاندن قطره گوش ۴۰۱
- ۱۳-۹ چکاندن قطره بینی ۴۰۴
- ۱۳-۱۰ مصرف دارو از طریق افشانه ۴۰۷
- ۱۳-۱۱ گذاردن شیاف مقعدی ۴۰۹
- ۱۳-۱۲ شستشوی واژن ۴۱۲
- ۱۳-۱۳ وارد کردن دارو به واژن ۴۱۵
- بخش ۱۴: داروهای تزریقی ۴۱۹
- ۱۴-۱ آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و بیال ۴۲۰
- ۱۴-۲ مخلوط کردن داروها با استفاده از یک سرنگ ۴۲۶
- ۱۴-۳ تزریق زیر جلدی ۴۲۷
- تزریق زیر جلدی هماری ۴۳۱
- ۱۴-۴ تزریق عضلانی ۴۳۳
- تزریق عضلانی به روس «زد» ۴۴۰
- ۱۴-۵ تزریق داخل جلدی ۴۴۱
- بخش ۱۵: درمان داخل وریدی ۴۴۷
- ۱۵-۱ آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی ۴۴۸
- ۱۵-۲ شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت ۴۵۲
- ۱۵-۳ بررسی مداوم و برقراری جریان مایعات داخل وریدی ۴۶۰
- ۱۵-۴ تعویض ظرف حاوی محلول وریدی، سِت سُرُم ۴۶۴
- ۱۵-۵ اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی ۴۶۶
- ۱۵-۶ تزریق دارو به داخل ورید از طریق سِت سُرُم ۴۷۰
- ۱۵-۷ استفاده از وسیله کنترل‌کننده حجم (میکروست) ۴۷۴
- ۱۵-۸ تزریق داروی وریدی با استفاده از میکروست ۴۷۷

۲۷۹	۱۵-۹ تبدیل تزریق مداوم محلول وریدی به تزریق متناوب
۲۸۱	۱۵-۱۰ قطع جریان محلول وریدی
۲۸۲	۱۵-۱۱ شروع، برقراری و قطع تزریق خون با استفاده از ست Y
۲۸۹	بخش ۱۶: گرما و سرما درمانی
۲۹۰	۱۶-۱ به کارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)
۲۹۲	۱۶-۲ حمام نشیمن گاهی
۲۹۵	۱۶-۳ قرار دادن دست یا پا در آب گرم
۲۹۷	۱۶-۴ کمپرس گرم و استریل
۵۰۰	۱۶-۵ به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ - یقه یخ - دستکش یخ)
۵۰۲	• کمپرس سرد
۵۰۲	۱۶-۶ حمام آب ولرم
۵۰۵	بخش ۱۷: مراقبت از زخم
۵۰۶	۱۷-۱ تعویض بانسمان استریل خشک
۵۱۱	• بانسمان شفاف
۵۱۲	• بانسمان هیدروکلونید
۵۱۲	• دبریدمان
۵۱۴	۱۷-۲ تهیه نمونه از ترشحات زخم
۵۱۷	• تهیه نمونه از ترشحات زخم به روش بی‌ای
۵۱۷	۱۷-۳ تمیز کردن محل درن و کوتاه کردن درن پس از آن
۵۲۲	۱۷-۴ شستشوی زخم
۵۲۴	۱۷-۵ برقراری یک سیستم بسته تخلیه ترشحات زخم
۵۲۶	۱۷-۶ برداشتن بنجیه‌های پوست
۵۳۱	۱۷-۷ استفاده از انواع باندها
۵۳۲	۱۷-۸ بانداژ کردن
۵۴۰	۱۷-۹ بانداژ کردن عضو قطع شده
۵۴۳	بخش ۱۸: مراقبت‌های مربوط به عمل جراحی
۵۴۴	۱۸-۱ آموزش نحوه حرکت پاها، انجام تنفس عمیق و سرفه
۵۴۹	۱۸-۲ آماده کردن محل عمل
۵۵۱	۱۸-۳ آماده کردن تخت بعد از عمل
۵۵۲	۱۸-۴ استفاده از ساکشن معده - روده‌ای
۵۵۲	• شروع ساکشن
۵۵۴	• برقراری ساکشن
۵۵۶	۱۸-۵ شستشوی سُنَد معده روده‌ای
۵۵۹	بخش ۱۹: مراقبت بعد از مرگ
۵۶۰	۱۹-۱ مراقبت از بدن بعد از مرگ
۵۶۵	فهرست منابع

وسایل لازم

* ملافه

* وسایل حمایتی

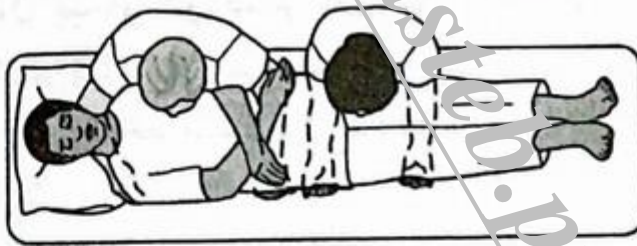
روش کار

آماده‌سازی

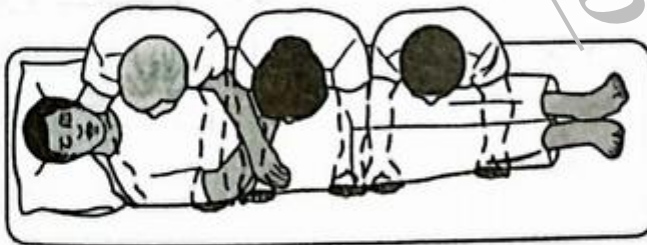
- همانند "روش حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت در چند مرحله" عمل کنید.
- حداقل به کمک ۲ تا ۳ فرد دیگر، برای اجرای ایمن این روش نیاز می‌باشد.
- در بیماران دارای آسیب‌های مهره گردن، یک پرستار باید سر گردن بیمار را در یک راستا حفظ کند.

نحوه‌ی اجرا

۱. مراحل ۱ الی ۲ "حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت در چند مرحله" را اجرا کنید.
۲. در طرفی که قرار است بیمار چرخیده شود قرار گیریند، پاها را از هم فاصله داده یک پا را جلوتر از پای دیگر قرار دهید.
۳. دست‌های بیمار را بر روی قفسه سینه او قرار دهید.
۴. تنه خود را به طرف جلو متمایل کنید و مفاصل باسن، زانوها و مچ پاها را خم کنید.
۵. دست‌های خود را مطابق با تصویر ۴-۵ و ۶-۵ بر حسب جثه بیمار در زیر او قرار دهید.



تصویر ۴-۵: قرار دادن صحیح دست‌های دو پرستار در زیر بدن بیمار برای کشیدن او به کنار تخت.



تصویر ۵-۵: قرار دادن دست‌های سه پرستار در زیر بدن بیمار برای کشیدن او به کنار تخت.

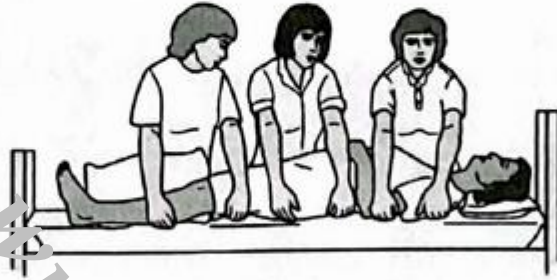
۶. عضلات باسن، شکم، پاها و بازوان خود را منقبض کنید.

۷. بیمار را به طریق زیر به کنار تخت بکشید:

الف) یک پرستار شماره «یک، دو، سه و شروع» را گفته، سپس همه پرستاران به طور هم‌زمان بیمار را به کنار تخت منتقل می‌کنند.

ب) میله کنار تخت را بالا ببرید.

۸. به طرف دیگر تخت بروید، بالش را در محلی که سر بیمار پس از غلطانیدن قرار می‌گیرد بگذارید. بالش دیگری را بین پاهای بیمار قرار دهید.
۹. برای غلطانیدن بیمار به روش زیر عمل کنید:
- الف) تمام پرستاران مفاصل باسن، زانوها و مچ پاها را خم کرده و بین پاهای خود فاصله می‌دهند.
- ب) تمام پرستاران مطابق تصویر ۵-۶ دست‌های خود را بر پهلوئی دورتر بدن بیمار قرار می‌دهند.



تصویر ۵-۶: قرارگیری صحیح دست‌ها به منظور غلطانیدن بدن بیمار در بستر همزمان در یک راستا.

ج) یک پرستار شماره «یک، دو، سه و شروع» را گفته و سپس همه پرستاران به طور همزمان بیمار را به پهلو می‌غلطانند.

د) بالش‌هایی را در تمام طول پشت بدن بیمار برای حفظ وضعیت او قرار دهید.

۱۰. میله‌های کنار تخت را بالا ببرید.

۱۱. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تنبیر وضعیت، استفاده از وسایل حمایتی، توانایی بیمار برای حرکت و چرخش، هرگونه علائم مربوط به نواحی تحت فشار، و واکنش بیمار نسبت به حرکت و چرخش (مانند اضطراب، ناراحتی و سرگیجه) در پرونده یادداشت کنید.

• جهت غلطانیدن بدن بیمار همزمان در یک راستا با استفاده از ملافه به روش زیر اقدام کنید:

۱. دو پرستار در کنار یکدیگر در کنار تخت قرار می‌گیرند، پاهای بیمار را از یکدیگر فاصله می‌دهند، و یکی از پاهای جلوتر از دیگری قرار می‌دهند. با جمع کردن لبه ملافه در دست، هر دو، همزمان با یک علامت بیمار را به کنار تخت به طرف خود می‌کشند (تصویر ۵-۷)



تصویر ۵-۷: دو پرستار با استفاده از یک ملافه بیمار را به طرف لبه تخت می‌کشند.

۲. قبل از غلظانیدن بیمار لازم است بالشی در محل سر و بین پاها قرار داده شود. سپس یک پرستار به طرف دیگر تخت رفته، وضعیت صحیحی به خود گرفته، دست‌های خود را از روی بدن بیمار جدا داده، ملاقه جمع شده قبلی را در دست می‌گیرد، و بیمار را به طرف خود می‌چرخاند. همزمان پرستار دوم که در طرف دیگر تخت در پشت بیمار قرار دارد کمک به غلظانیدن بیمار می‌کند (تصویر ۵-۸) با قرار دادن بالش‌های اضافی در پشت بیمار وضعیت صحیح او را فراهم آورید.



تصویر ۵-۸: پرستار سمت راست با در دست گرفتن ملاقه‌های جمع شده طرف مقابل، بیمار را به طرف خود می‌چرخاند؛ پرستار سمت چپ به چرخاندن بیمار کمک می‌کند.

۵-۵ کمک به بیمار برای نشستن در لبه تخت^۱

هدف

* آماده کردن بیمار برای خروج از تخت و راه رفتن، انتقال به صندلی یا صندلی چرخدار، غذا خوردن، انجام سایر فعالیت‌ها

نکات مورد بررسی

- * توانایی جسمی بیمار برای همکاری و حفظ وضعیت
- * توانایی بیمار برای به کارگیری راهنمایی‌ها
- * میزان ناراحتی بیمار هنگام حرکت
- * علائم حیاتی قبل از به حرکت درآمدن، بروز کاهش فشار خون وضعیتی^۱

- * نوع داروهای خاص دریافتی مختل کننده‌ی هوشیاری یا حرکت بیمار
- * توانایی‌ها و قدرت جسمی پرستار
- * وسایل کمکی موردنیاز

روش کار

آماده‌سازی

■ مانند "روش حرکت دادن بیمار به بالای تخت" عمل کنید.

نحوه‌ی اجرا

۱. مراحل ۱ الی ۲ "روش حرکت دادن بیمار به یک طرف تخت در چند مرحله" را اجرا کنید.
۲. به بیمار کمک کنید که در وضعیت به پهلو خوابیده در حالی که صورت او به طرف شما است، قرار گیرد.
۳. سر تخت را به آهستگی تا بیشترین حد ممکن بالا بیاورید.
۴. پاهای بیمار را به لبه کناری تخت نزدیک کنید.
۵. در مجاورت تخت در کنار باسن بیمار قرار بگیرید. در حالی که صورت شما به طرف پایین تخت قرار دارد، پاها را از هم باز کنید به طوری که پای نزدیک به سمت جلوتر قرار گیرد. تنه را به طرف جلو متمایل کنید. مفاصل لگن، زانو و مچ پا را خم کنید.
۶. یک دست را دور شانه‌های بیمار، و دست دیگر را بر ران‌ها در نزدیکی زانوها قرار دهید (تصویر ۹-۵ الف).
- عضلات باسن، شکم، پاها و بازوان خود را متبصر کنید.
۷. به آرامی ران‌های بیمار را بالا ببرید. در همین حال روی پاشنه پا بچرخید و پاهای بیمار را از تخت خارج کنید (تصویر ۹-۵ ب).
۸. تا حفظ تعادل و برقراری راحتی بیمار او را حمایت کنید.
۹. علایم حیاتی بیمار شامل نبض، تنفس و فشار خون را کنترل کنید.
۱۰. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، زمان تغییر وضعیت، توانایی بیمار برای حرکت و نشستن و واکنش بیمار را نسبت به نشستن (اضطراب، ناراحتی و سرگیجه) در پرونده یادداشت کنید.



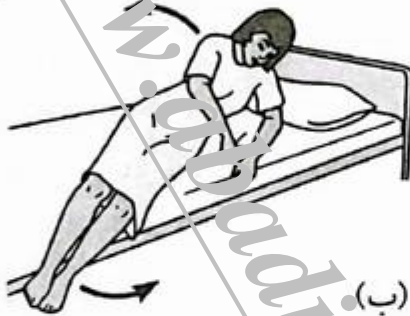
تصویر ۹-۵: کمک به بیمار برای نشستن در لبه‌ی تخت.

• آموزش به بیمار برای نشستن در لبه تخت به طور مستقل
به بیمار آموزش دهید که:

۱. به نزدیک لبه تخت بغلطد و پای دورتر را روی پای نزدیک‌تر به لبه تخت قرار دهد (تصویر ۱۰-الف)
۲. با دست نزدیک‌تر به لبه تخت، تشک را بگیرد، دست دیگر را درحالی که مشت کرده است بر تشک فشار دهد (تصویر ۱۰-ب).



(الف)



(ب)

تصویر ۱۰-ب: نشستن بیمار در تخت بدون کمک.

۳. با فشار دادن دست‌ها بر روی تشک درحالی که پاها را به طرف خارج هدایت می‌کند بلند شود (تصویر ۱۰-ب).
۴. با فشار دادن مشت‌ها بر روی تشک، خود را در وضعیت نشسته قرار دهد.

نکات مورد ارزش‌یابی

* به روش حرکت دادن بیمار به بالای تخت مراجعه شود.

ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (وضعیت دادن، حرکت و چرخاندن بیمار)

شیرخواران

□ بعد از تغذیه شیرخواران را به پشت بخوابانید. در این وضعیت خطر پس زدن غذا و خفگی و اسهال و وقوع سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار کاهش می‌یابد.

□ پوست شیرخواران شکننده است و ممکن است در اثر کشیده شدن بر روی ملافه آسیب ببیند.

کودکان

□ سطوح پوستی تمام کودکان که در تماس با تخت می‌باشد لازم است حداقل ۳ بار در ۲۴ ساعت دقت بررسی شود.