

پنج

14

مڈوائی کے بنیادی اصول

(Fundamentals of Midwifery)



## مڈوانفری کے بنیادی اصول

### ماڈیول 1.7: مڈوانفری میں نرسنگ کے بنیادی اصول

تعییم و تربیت کے اسلوب	سیکھنے کے مقاصد
<p>تعییم و تربیت کے لئے طالبات باہم مل کر مندرجہ ذیل طریقوں سے کام کریں گی۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ متعامل یا پھر</li> <li>☆ بحث مباحثہ</li> <li>☆ عملی کارروائی</li> <li>☆ عملی مظاہرہ</li> <li>☆ رول پلے</li> <li>☆ کلینیکل پریکٹس</li> <li>☆ گانٹی وارڈ / پوسٹ آپریٹوریکوری روم کا دورہ</li> <li>☆ کلینیکل پلیسمٹ (کلینک میں تعیناتی) عملی تجربہ</li> <li>☆ ایک جنسی وارڈ، گانٹی وارڈ، آئی سی یو میں تقریری، زریگرانی:</li> <li>☆ کم از کم 5 لاچار یا بے ہوش مریضوں کو دیکھ بھال کی سہولت فراہم کریں</li> <li>☆ کم از کم 5 خواتین کو نسوائی دیکھ بھال سے متعلق خدمات فراہم کیں</li> </ul>	 <p>ماڈیول کے اختتام پر طالبات اس قابل ہو جائیں گی کہ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- مڈوانفری کے حوالے سے نرسنگ دیکھ بھال کی اہمیت / تصور کو سمجھیں</li> <li>2- خاتون کی دیکھ بھال میں نرسنگ (نرسنگ سرگرمیوں) کے اصول کا اطلاق</li> <li>3- علامات حیات کی درست انجام دہی اور اندران</li> <li>4- تیز تر تجزیے کے تصور کا اطلاق</li> <li>5- خاتون کو نرسنگ کیسر (دیکھ بھال) کی درست فراہمی (زچگی و امراض نسوان کے کیس)</li> <li>6- ریکارڈ کپینگ یا معلومات کے اندران متعلق آگاہی</li> <li>7- زچگی اور پیدائش کا درست انتظام</li> </ol>

### ماڈیول پلان



وقت: 17 گھنٹے مطالعہ، 12 گھنٹے سکولریب، 16 گھنٹے درہائی (تجزیہ اجائزہ) کل = 45 گھنٹے

عنوان	طریقہ کار	وقت (تقریباً)
1- تعارف: برائے نرسنگ اور اس کا پس منظر	<ul style="list-style-type: none"> <li>☆ متعامل یا پھر</li> <li>☆ بحث مباحثہ</li> </ul>	1 گھنٹہ

6 گھنٹے	☆ متعالِ پیچر ☆ بحث و مباحثہ ☆ سکولر لیب ایکسپرسائز ☆ عملی مظاہرہ ☆ جائزے کیلئے کلینیکل دورہ	2- نرنسگ کا طریقہ عمل اور انفرادی صحبت کا جائزہ (مطالعہ اور تربیت)
5 گھنٹے		
1 گھنٹہ	☆ متعالِ پیچر ☆ بحث و مباحثہ	3- ماں بچ کے تیز تجزیے کا تعارف
1 گھنٹہ	☆ عملی کارروائی ارول پلے	
3 گھنٹے	☆ متعالِ پیچر ☆ بحث و مباحثہ ☆ عملی کارروائی	4- نرنسگ کا طریقہ عمل -I
4 گھنٹے	☆ رول پلے ☆ کلینیکل ایریا کا دورہ	
3 گھنٹے	☆ متعالِ پیچر ☆ بحث و مباحثہ ☆ عملی کارروائی ☆ رول پلے ☆ کلینیکل ایریا بشمول پوسٹ آپریٹر ریکوری روم برائے نرنسگ کیسر کا مشاہدہ کا دورہ	5- نرنسگ کا طریقہ عمل -II
2 گھنٹے	☆ متعالِ پیچر ☆ بحث و مباحثہ ☆ عملی کارروائی ☆ رول پلے	6- معلومات کا اندرانج اور نرنسگ نوٹس
کلینیکل تعیناتی کے دوران مسلسل	کلینیک میں تعیناتی کے دوران مہارت کا عملی مظاہرہ ☆ کلینیکل ایریا میں مشاہدہ ☆ کلینیکل پرکیش	7- مہارت کا حصول اور عملی تربیت
4 گھنٹے	☆ طالبہ کی زیر صدارت سیمینار	8- ماڈیول کی دوہرائی / تجزیہ
4 گھنٹے	☆ کیس سٹڈی پر یڈٹیشن اور بحث مباحثہ	
2 گھنٹے	☆ تحریری	
6 گھنٹے	☆ عملی امتحان	

## ۱۔ بنیادی نرسنگ اور نرسنگ کے نظریے کا تعارف

مڈوائیں کیمیونٹی میں کام کرنے سے پہلے نرسنگ کے بنیادی اصولوں سے باخبر ہونا ضروری ہے اور نرسنگ کے زیادہ تر طریقوں کی زیرگرانی عملی مشق کرنے کے قابل ہونا بھی ضروری ہے۔

اس ماڈیول میں مڈوائیں کی ضرورت کے مطابق نرسنگ کے ہنر دیئے گئے ہیں اور طالبات کو ان طریقوں کی بار بار مشق کرنے کی ترغیب دی گئی ہے تاکہ وہ ان میں مہارت حاصل کریں۔

نرسنگ کی سائنس اور فن کی جڑیں قدیم زمانے سے ہیں۔ طب کے شعبے کے وجود (آغاز) سے بھی بہت پہلے جب جنگ وغیرہ میں سپاہی اور عام شہری زخمی ہوتے تھے تو انہیں دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی تھی اس پس منظر میں نرسنگ کیسر کی اصطلاح کا مطلب بوقت ضرورت لوگوں کو معیاری دیکھ بھال اس وقت تک فراہم کرنا ہے جب تک کہ وہ بذات خود اپنے روزمرہ کے امور سر انجام دینے کے قابل نہ ہو جائیں۔

حمل اور بچ کی پیدائش کے عمل کو ایک نارمل (قدرتی عمل) سمجھا جاتا ہے جس کی دیکھ بھال میں ایک اچھی مڈوائیں عورت کو احساس دلاتی ہے کہ وہ اور اس کا بچ مڈوائیں کے لئے خصوصی اہمیت کے حامل ہیں اور انہیں ضرورت کی تمام نرسنگ کیسر (دیکھ بھال) مہیا کی جا رہی ہے۔

نرسنگ کی بنیادی مہارتوں پر مڈوائیں کو عبور حاصل کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ

☆ بنیادی نرسنگ کیسر صرف نرسنگ اور نرسنگ پر ہی لا گوئیں۔

☆ کچھ عورتیں حمل یا بچ کی پیدائش کے دوران اور اس کے بعد بھی بیمار ہو جاتی ہیں اور اپنے روزمرہ کے امور سر انجام دینے کے لئے انہیں دوسروں کی مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایسی عورتوں کو مڈوائیں کی خاص توجہ اور دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایسی عورتوں کے خاندان کے افراد کو بنیادی نرسنگ کیسر سکھانا مڈوائیں کی ذمہ داری ہے تاکہ وہ عورت کا خیال رکھ سکیں۔

### الف: روزمرہ کی سرگرمیاں

تمام بالغوں کو معیاری زندگی گزارنے کے لئے اس قابل ہونا چاہئے کہ وہ

☆ کھاپی سکیں

☆ خود نہ سکیں

☆ اپنے دانت صاف کر سکیں

☆ پیش اب پاخانہ کر سکیں

☆ ہاتھ پیر ہلا سکیں

☆ اپنے ذہن استعمال کر سکیں اور دوسروں سے بات چیت کر سکیں۔

☆ پر سکون رہ سکیں

☆ سو سکیں

### ب: پاکستان میں جدید دور کی نرسنگ

تاریخ میں نرسنگ کی ابتداء کا تعلق اسلام سے ہے۔ نرسنگ کی تاریخ کے مطابق اس پیشی کا آغاز اس وقت ہوا جب چودہ سو سال پہلے صحابیہ رفیدہ الاسلامیہ اور دوسری مسلمان عورتوں نے غزوہ میں زخمی مسلمان سپاہیوں کی دیکھ بھال کی تھی۔ انہیں ”آسیاں“ یا ”آوائی“ (زرس) کا نام دیا گیا تھا۔

فلورنس نائینٹنگل (Florence Nightingale) جو کہ جدید نرسنگ کی بنی ہے۔ اس نے بھی عالمی جنگوں میں بھی خدمات انجام دیں۔

پاکستان میں تقریباً 21.000 رجسٹرڈ نرمسین 141 ملین آبادی کے لئے ہیں اور ہر سات ڈاکٹروں کے ساتھ ایک نرس ہے۔ خواتین کا پیشہ ہونے کے ناطے پاکستان میں اس پیشے کی وہ قدر و منزلت نہیں جو کہ طب کی ہے۔ تعلیم کی ناکافی سہولیات، ذریعہ معاش کا غیر موثر ڈھانچہ اور کام کرنے کیلئے غیر معادن محول بھی اس پیشے میں آنے والے لوگوں کی حوصلہ شکنی کرتا ہے۔

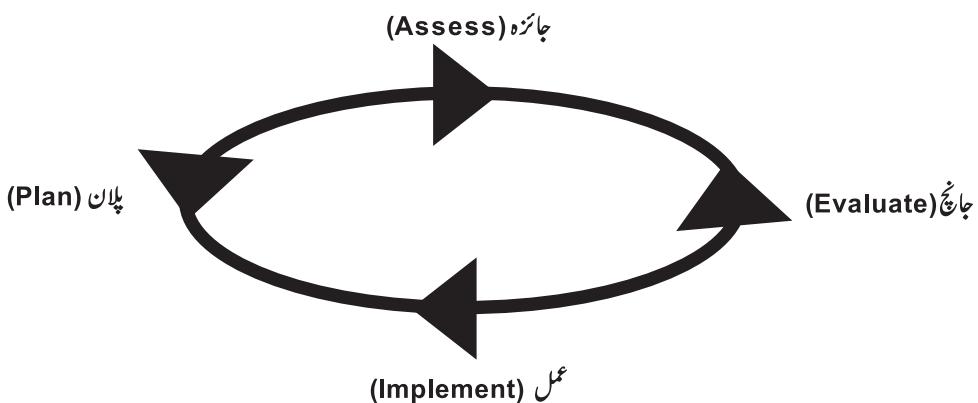
آج کے زمانے میں ایک جدید ہسپتال میں نرس کا کردار صرف دو ایسا تقسیم کرنے اور زخموں کی پڑی کرنے تک ہی محدود نہیں بلکہ اپنے متعلقہ ڈاکٹر کے ساتھ مریض کی صحت اور خوشی کیلئے وہ سرگرم رہتی ہے، مریض اور ڈاکٹر کے درمیان اس کی کلیدی حیثیت ہے۔ بعض اوقات ایک ہوشیار نرس کوئی بے وقت موت واقع ہونے سے بھی بچاسکتی ہے۔

(اسی طرح وقت کے ساتھ ساتھ ڈاؤنف کے کردار اور ذمہ داریوں میں بھی تبدیلی آتی ہے۔ زچکی کے دوران پیدا ہونے والی پیچیدگیوں کو کم کرنے، پیدائش سے متعلق حادثات کو کم کرنے اور پیدائش کے بعد خاتون کی جلد صحت یابی کے سلسلے میں معاونت کے حوالے سے ایک ماہر ڈاؤنف کا کردار بہت اہم ہے۔ اس طرح وہ ماں اور بچے کی بیماریوں اور اموات کی شرح کو کم کرنے کا باعث بن رہے)

ان کی 24 گھنٹے موجودگی، مشاہدہ کا ہمراور ہوشیاری / مستعدی ڈاکٹروں کو بہتر تشخیص کرنے اور بہتر علاج کرنے کے قابل ہناتی ہے۔ یہ دیکھ بھال مہیا کرتی ہیں اور علاج میں مدد یتی ہیں۔ مریضوں کو پھر سے صحت مند ہونے میں مدد یتی ہیں اور دیگر کارکنان صحت کا ہاتھ بٹاتی / معاونت کرتی ہیں۔

#### ج۔ دیکھ بھال کا منصوبہ یا کیئر پلان (Care Plan)

کیئر پلان اس دیکھ بھال کا خلاصہ ہے جو کہ مریض کو فراہم کی جانی ہوتی ہے۔ یہ سرگرمیوں کی ترتیب ہے جن پر نرس اور ڈاؤنف عمل کر کے مریض کے جائزے کے دوران شناخت ہونے والے مسائل کو حل کرے گی۔ پلان بنا نہ رنسنگ پروس کا درمیانی مرحلہ ہے۔ یہ مریض کی جاری دیکھ بھال میں رہنمائی کرتا ہے اور اس دیکھ بھال کی جائیگی میں مدد کرتا ہے۔ کیئر پلان رنسنگ پروس کے استعمال سے بنتے ہیں۔



شکل 1.7: رنسنگ کا عمل

اسی طرح ڈاؤنف حاملہ خاتون کے ساتھ مل کر پیدائشی منصوبہ ترتیب دے گی۔ منصوبے کے مسلسل جائزہ لیتے رہنا چاہئے اور حمل سے متعلق خاتون کی ضرورت کے مطابق منصوبے میں تبدیلی کرتے رہنا چاہئے۔ منصوبے میں اکثر خاندان کے افراد کے علاوہ خاتون سے متعلقہ معاشرے کے افراد اور صحت کے کارکنان کو بھی شامل کر دیا جاتا ہے۔

## و۔ نرنسگ کا طریقہ عمل اپر وس (Process)

نرنسگ پروس ایک مرحلہ وار اور مسلسل عمل ہے جو کہ اگر مسئلہ حل ہو جائے تو کسی بھی مرحلے پر ختم ہو سکتا ہے۔ یہ مریض پر مرکوز ایسا انداز نظر اور نظام ہے جو بہترین صحت کے حصول کو ممکن بناتا ہے اور مریض کی فلاج کیلئے ہوتا ہے۔ نرنسیں مریض کی ضروریات کی نشاندہی کرتی ہیں۔ دیکھ بھال کا مر بوط پلان کرتی ہیں، اس پلان کی سعی کرتی ہیں، موجودہ اور ان مسائل کا حل کرتی ہیں جن کے پیدا ہونے کا خطرہ ہو۔ یتیجہ پر مر تکڑا ایسا انداز نظر ہے۔

جس میں حاصل نتائج پر ساری توجہ دی جاتی ہے مثلاً اگر ایک نر شدید درد کے شکار مریض کو دیکھ بھال کی سہولیات فراہم کر رہی ہے تو اس صورت میں دیکھ بھال کا مقصد مریض کو درد میں کمی لانا اور اسے زیادہ سکون پہنچانا ہے لہذا ایک نرنسگ پر ایس نر کو اجازت دیتا ہے کہ وہ دیکھ بھال کے منصوبے کی تشكیل کے دوران مکمل نتائج پر نظر رکھے۔

یہ ایک پیشہ ور قابل نر امڈوانف کو مناسب ترین فیصلہ کرنے میں مدد اور ہبہ مانی فراہم کرتا ہے۔ یہ نرنسگ کیسر کی فراہمی اور دیکھ بھال کرنے والے دیگر کارکنان صحت کے ساتھ نر امڈوانف کے رابطے کو آسان ہوتا ہے۔ علاج کے بارے میں فیصلہ کرنے میں مریض کی مدد کرتا ہے۔ وقت اور ذرا رائج کا موزوں استعمال کرنے میں معاونت کرتا ہے اور معیار کی بنیاد پر عملی کاموں کو کامل کرتا ہے۔

### 1- نرنسگ پروس کے مراحل:

نرنسگ پروس کے چار مراحل ہیں

☆ جائزہ لینا (مریض کی ضروریات کا)

☆ پلان بنانا (مریض کی دیکھ بھال)

☆ عمل کرنا (دیکھ بھال پر)

☆ جائچ کرنا (فراہم کی گئی دیکھ بھال کی کامیابی کی)

### ا۔ جائزہ لینا:

ہر مریض کی جسمانی، دماغی، سماجی اور روحانی صحت کے بارے میں معلومات اکٹھی کرنا ہی مریض کا جائزہ ہے۔ نر امڈوانف کو چاہئے کہ ہر مریض کی ضروریات کا مکمل اور جامع جائزہ لے۔ اس مرحلے کا مقصد مریض کی صحت کے مسائل کی نشاندہی کرنا ہے۔ یہ مسائل ظاہر یا مخفی ہوتے ہیں ایک حاملہ خاتون جو شدید کمزوری کا شکار ہے بہت زیادہ تھکاوٹ محسوس کرے گی لیکن اس کے ساتھ ساتھ اسے قبل از وقت پیدائش کا بھی خطرہ لاحق ہے بلکہ اگر اس کے خون کا اخراج مسلسل جاری ہے تو وہ بار بار Shock کی حالت تک بھی پہنچ سکتی ہے۔

### 1- نرنسگ جائزے یا تجزیے کے عناصر میں شامل ہیں

(الف) نرنسگ ہستری:

مریض کا معاشرہ کرنے سے پہلے اس کے بارے میں بات کر لینے سے مریض، اس کے خاندان اور امڈوانف کے درمیان ایک تعلق پیدا ہو جاتا ہے اس کو ہستری لینا کہتے ہیں۔ ہستری میں مندرجہ ذیل کے بارے میں تفصیلًا معلومات حاصل کریں:

☆ صحت کا معیار

☆ حالیہ بیماری کا سلسہ بشمول علامات

☆ بیماری کا حالیہ علاج

- ☆ ماضی میں بیماریوں کی ہستیری / شمول خاندانی بیماریوں کی ہستیری
- ☆ سماجی / سوشل ہستیری
- ☆ بیماری کے بارے میں مریض کی معلومات
- (ب) نفسیاتی اور سماجی معائنه:
- نفیاتی معائنه میں مندرجہ ذیل شامل ہو سکتا ہے۔
- ☆ کلائنٹ امریض کا شعور (وہ کیا سوچتی ہے اس کا جائزہ کیوں لیا جا رہا ہے اور اسے کیوں ریلف کیا گیا ہے اور اس ملاقات سے اسے کیا حاصل ہو گا۔

- ☆ ہنی صحت کا معیار (جدبات و احساسات، کسی مخصوص شاکل کی تقلید وغیرہ)
- ☆ سماجی صحت (رہنے کی جگہ، معاشی حالت، رشتے اور تعلقات، نوکری کا معیار، ذات / قبیلہ، مدفراء ہم کرنے کے ذرائع وغیرہ)
- ☆ جسمانی صحت (عمومی صحت، بیماری، پرانی ہستیری، بھوک، وزن، نیند، روزمرہ کے معمولات میں کوئی تبدیلی، تمباکو نوشی یا کوئی نشہ، کوئی دوا جو ڈاکٹر نے تجویز کی ہو اور اس کے موثر ہونے کے بارے میں رائے۔

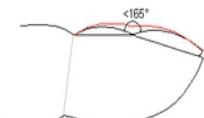
#### (ج) جسمانی معائنه: (Physical Examination)

جائزہ کے دوران جسمانی معائنه میں یہ شامل ہے جن علامات کو جانچنا اور مشاہدہ کرنا، علامات جیسا کہ متنی ہونا یا چکر آنا جو کہ مریض محسوس کرتا ہے ادا کرنا۔

جسمانی معائے میں مندرجہ ذیل طریقہ استعمال ہو سکتے ہیں:

##### 1. محتاط جائزہ (Inspection) محتاط جائزے کے دوران کوئی بھی ظاہری شخص نوٹ کیا جاسکتا ہے جیسا کہ:

- ☆ جلد کی رنگت: زردی یعنی خون کی کمی، چمکیلا یا سرخ چہرہ فرد کے منہ کی حرارت یا بخار کی علامت ہو سکتی ہے، پیلا ہٹ بیقان کو ظاہر کرتی ہے جو کہ جگر کی خرابی کی علامت ہے۔



شکل 1.8-1: انگلی کے ناخن پر کلبنگ

- ☆ چال: مریض یا فرد کے چلنے کا انداز اس عمل میں کسی قسم کے دردار پنڈلیوں، کولہوں، گھٹنوں یا پیڑوں (پیلوں) کی عدم حرکت کی شناخت ہوتی ہے۔

- ☆ کلبنگ (Clubbing) انگلیوں اور ناخنوں کی ہیئت یا شکل خراب ہو جاتی ہے جو کہ کئی ایک بیماریوں سے متعلق ہوتی ہے، زیادہ تر دل اور پیچھے دوں سے، کلبنگ (Clubbing) ان پانچ مرامل میں جنم لیتی ہے۔

##### ☆ نیل بیڈ کی نرمی اور اتار چڑھاؤ (fluctuation)

- ☆ 165 ڈگری پر مشتمل عمومی زاویے کا نیل بیڈ اور فولڈ (Cuticula) کے درمیان عدم توازن

- ☆ ناخن کے ابھار میں اضافہ

- ☆ ڈرم سک کی مانند انگلی کا سوجنا

- ☆ جلد اور ناخن کی چمک ختم ہونا اور نشانات

عملی مظاہرہ
سکر لیب میں استاد طالبات کو جسمانی معائے کے اہم مرامل / اقدامات اور طریقوں کا عملی مظاہرہ بتائے گی۔
طالبات مختلف طریقوں کی مشق
2۔ لمسی معائنه: (Palpation) یہ معائے کا وہ طریقہ ہے جس میں معائے کرنے والا کسی چیز کو محسوس کر کے اس کا سائز، شکل، اس کی جگہ یا مقام، اس کی سختی یا نرمی کا تعین کرتا ہے۔

**3۔ صداشناسی (Auscultation):** یہ تکنیکی اصطلاح جسم کے اندر ونی اعضاء کی آواز عام طور پر سٹھیتوسکوپ (Stethoscope) کے ذریعے سننے کے لئے استعمال ہوتی ہے۔ یہ طریقہ عام حالات میں سرکولیری نظام (دل کی آواز، نظام تنفس (سانس کی آواز) اور نظام انہضام (آنتوں کی آواز) کے معانے کے مقصد کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔

**4۔ تھپ تھپ کریادبکر (Percussion):** یہ طریقہ سینے میں یا پیٹ میں ہونے والی کسی تبدیلی کی نشانہ ہی کیلئے استعمال ہوتا ہے۔ اس میں کسی جسمانی حصہ پر بلکل ضرب لگا کر یا تھپ تھپ کر اندر موجود عضو کا تعین کیا جاتا ہے۔

**5۔ پیاس:** جائزہ کے دوران مندرجہ ذیل کا اندر اراج کرنا چاہئے:

☆ وزن، آیا وزن کم ہے یا بہت زیادہ ہے (موٹا پا)

☆ قد، خاص طور پر اگر خاندان یا کمیونٹی کے دیگر افراد کی نسبت چھوٹا ہے تو یہ افزائش کے رکنے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ ایسا کئی بار ہار موڑ (Hormones) کی کمیکی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن بچوں میں ناقص افزائش کا مطلب ہے کہ والدین بچوں کی صحت کا خیال نہیں رکھتے، فولاد کی کمی یا خاندان کے کچھ مسائل جن کی وجہ سے بچ پر زندگی دباو رہتا ہے۔

☆ علامات زندگی جسے حرارت، بلڈ پریشر، نبض اور عمل تنفس (ینچے ملاحظہ کیجیے)

☆ پیشاب کا تجزیہ

☆ خون لینا اور اس کے جائزہ کے لئے اسے لیبارٹری بھجوانا

**6۔ اس کے علاوہ ”زندگی کی علامات“، یعنی جسمانی نظاموں کا مزید معائنه مثلاً کارڈیو اسکریریا استخوانی و عضلانی نظام کا معائنه بھی کیا جاسکتا ہے۔**

مڈوائف حاملہ خاتون اور بچ کی حالت کا جائزہ کے حوالے سے ان میں سے بہت سے طریقوں کا استعمال کرتی ہے (یونٹ 3 میں ”زپیگی کے دوران دیکھ بھال،“ ملاحظہ کیجیے، جس میں جائزے کیلئے مڈوائف کے استعمال کردہ طریقہ کی تفصیل درج ہے)۔

### حرارت ابخار نبض، بلڈ پریشر کا اندر اراج

قوم اور معاشرے کی مجموعی صحت کی صورتحال کا انحصار انفرادی صحت پر ہے، یہ بہت اہم ہے کہ مڈوائف کو انفرادی صحت خصوصاً میں بننے والی خاتون کی صحت کے جائزہ کے بارے میں بنیادی اقدامات کا علم اور قیمت ہو، انفرادی صحت کے جائزے کے بنیادی اقدامات میں شامل ہیں:

**درجہ حرارت:**



جسم میں نارمل کیمیائی بتدیلیاں حرارت پیدا کرتی ہیں۔ جسم کا نارمل درجہ حرارت 37.0 ڈگری فارن ہائیٹ (98.6 ڈگری سلیسیس) ہے۔ انفیشن کی صورت میں درجہ حرارت بڑھاتا ہے۔ درجہ حرارت مرکری ٹھرمومیٹر کو زبان کے نیچے رکھ کر بغل یا مقدمہ میں لگا کر چیک کرتے ہیں۔

## کلینیکل وزٹ

طالبات کو چھوٹے گروپوں کی صورت میں (OPD) لے جایا جائے گا۔ جہاں وہ مریض کے جسم کا درج حرارت، نبض اور بلڈ پریشر چیک کریں گی اور اس کی صحت کا جائزہ لیں گی۔

## درجہ حرارت چیک کرنا



- ☆ تھرمومیٹر ڈھونکر خشک کر لیں
- ☆ نوٹ کریں کہ مرکری کا کام کہاں تابے۔ یہ کام 98 ڈگری فارن ہائیٹ سے نیچے ہونا چاہئے۔
- ☆ تھرمومیٹر مریض کی زبان کے نیچے رکھیں۔ مریض سے کہیں کہ منہ بند رکھے (لیکن تھرمومیٹر کو دانتوں سے نہ دبائے)۔
- ☆ ایک منٹ کے بعد تھرمومیٹر دیکھیں کہ مرکری کا لم اور گیا ہے یا نہیں۔
- ☆ اگر بغل میں تھرمومیٹر لگا ہوا ہے تو مریض کو بتائیں کہ اپنا بازو جسم کے ساتھ ملا کر رکھے
- ☆ تھرمومیٹر کو صاف کر کے کوور (Cover) میں رکھیں۔

## سیلیسیس سے فارن ہائیٹ اور اس کے بر عکس تبدیلی:

طریقہ 1: سیلیسیس کو فارن ہائیٹ میں تبدیل کرنے کیلئے ضرب 9، تقسیم 5 اور جمع 32

دوسرا: فارن ہائیٹ کو سیلیسیس میں تبدیل کرنے کیلئے منفی 32، ضرب 5 اور تقسیم 9

## نبض چیک کرنا:

خون کی لکھدار نالیوں میں گزرتے ہوئے خون میں جود باؤ کی الہیں اٹھتی ہیں اُنکے نتیجہ میں نبض محسوس ہوتی ہے۔ عام طور پر نبض کلائی پر چیک کی جاتی ہے جہاں اسے ریڈیل پلس (Radial Pulse) کہتے ہیں۔ نبض انگلوں سے چیک کی جاتی ہے۔

## نبض چیک کرنا



- ☆ مریض کا بازو کسی ہموار سطح پر سیدھا اور کہنی پر تھوڑا سا موڑ کر رکھیں
- ☆ اپنے دائیں ہاتھ کی شہادت اور درمیانی انگلی کلائی کے جوڑ سے ذرا اوپر رکھیں اور یہیل پلس محسوس کریں۔
- ☆ پورے ایک منٹ کے لئے نبض گنیں۔

## بلڈ پریشر چیک کرنا:

بلڈ پریشر وہ دباؤ ہے جو کہ خون، نالیوں کی دیواروں پر ڈالتا ہے۔ عام طور پر جب ہم بلڈ پریشر کرتے ہیں تو اس کا مطلب شریانوں کا بلڈ پریشر ہے یعنی ان بڑی شریانوں کا پریشر جو کہ جسم کے مختلف حصوں (سوائے پھیپھڑوں کے) خون پہنچاتی ہیں۔ مثلاً بازو میں بریکل آرٹری (Artery)



## بلڈ پریشر چیک کرنا

- ☆ بلڈ پریشر چیک کریں (حاملہ عورت کو بٹھا کر یا اس کی کمر کے نیچے ایک تکیر کھکھ کر بائیں طرف تھوڑا سا کروٹ دے کر)
- ☆ بلڈ پریشر کا آہہ ہموار سطح پر ایسے رکھیں کہ آہہ عورت کے دل کی سطح پر ہو
- ☆ کف کا سائز درست ہو۔
- ☆ مریض کا بازو ہموار سطح پر رکھیں اور اسے پر سکون رہنے کیلئے کہیں
- ☆ آ لے کا کف اس طرح باندھیں کہ اس کی دونوں ٹیویں کہنی پر بازو کے سامنے طرف ہوں۔
- ☆ اپنی انگلیاں مریض کی بخش پر رکھیں (جیسا کہ اوپر بتایا گیا ہے) اور بخش محسوس کریں۔
- ☆ اب غبارے کو داکر کف میں اتنی ہوا بھریں کہ مرکری کا کالم Hg 200 سے اوپر چلا جائے۔
- ☆ اب آہستہ آہستہ کف میں سے ہوانکا لیں اور بخش محسوس کریں جیسے ہی بخش محسوس ہو وہاں پڑھیں کہ مرکری کا لم کس سطح پر ہے۔ یہ مریض کا شالک بلڈ پریشر ہے۔
- ☆ اب اپنا سٹیتوسکوپ کہنی کے جوڑ پر دونوں ٹیوبوں کے درمیان رکھیں اور جیسے جیسے آپ ہوا کم کریں کانوں میں آوار سنیں۔
- ☆ جہاں آواز سنائی دے وہ سطح شالک بلڈ پریشر ہے اور جہاں غائب ہو جائے وہ ڈایٹا لک بلڈ پریشر ہے۔



## یاد رکھیں

140/90 mmHg سے زیادہ بلڈ پریشر کا 15 mmHg بڑھ جانا یا نیادی (Baseline) ڈایٹا لک بلڈ پریشر سے زیادہ بلڈ پریشر آنا یعنی 10 ہفتوں پہلے لئے گئے بلڈ پریشر سے زیادہ مرکزی صحت میں متواتر دمواقع پر چار گھنٹے کے وقتے سے لینے پر (کمبوٹی میں ایک گھنٹے کے وقفہ سے) بلڈ پریشر زیادہ آنا بہت اہم سمجھا جاتا ہے اور اسی عورت کو فوری طور پر جانچ کیلئے ہسپتال ریفر کریں۔

## 1- فیبیوسکوپ (Fetoscope) کا استعمال

- سنیں کہ کہاں بچ کی دھڑکن زور سے سنائی دیتی ہے
- ☆ سب سے پہلے بچ کے سر کی پوزیشن کا تعین کر لیں۔
- ☆ جانچیں کہ بچ کی پشت کہاں ہے۔
- ☆ پشت پر اب فیبیوسکوپ (Fetoscope) استعمال کریں۔
- ☆ اسٹیتوسکوپ (Stethoscope) بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔
- ☆ ماں کے پیٹ پر جہاں آواز زور سے سنائی دے وہاں نشان لگائیں۔

ری ایجنسٹ کے ساتھ پیشاب کے تجربے کا مجوزہ طریقہ

نمونے کا حصول اور تیاری:

پیشاب ایک صاف کنٹیز اجار میں حاصل کریں اور جتنی جلد ممکن ہو اس کا جائزہ لیں، جانچ یا جائزے کا عمل پیشاب کے ایک گھنٹے کے اندر انجام

## سکریپ

تمام طالبات پیشاب کے نمونوں کے تجزیے کی پریکش کریں گی اور استاد ان کی نگرانی کرے گی۔

دیں۔ کمرے کا درجہ حرارت پر پیشاب کو بغیر محفوظ کئے رکھنے سے اس میں جراثیم پیدا ہو سکتے ہیں جو PH میں تبدیلی کا سبب نہیں گے۔ یہ پروٹین کے شعبہ میں بھی غلط نتائج کے حصول کا باعث بن سکتے ہیں۔

طریقہ: قابل اعتماد نتائج کے حصول کیلئے اس پر عمل لازمی ہے۔

1۔ پیشاب کا تازہ نمونہ حاصل کریں، معائنے سے پہلے اسے اچھی طرح مکس کریں اہل میں

2۔ بوقلمون سے ایک پٹی نکال کر اسے بند کر دیں۔ اب پٹی کے روی ایجنت حصے کو تازہ پیشاب کی بوقلمون میں اچھی طرح

ڈبوئیں اور فوری طور پر نکال دیں قبل اس کے کہ روی ایجنت اس میں حل ہو جائے۔

3۔ پٹی یا سڑپ کو نکالتے وقت بوقلمون پر اس طرح رگڑ لیں کہ اس پر موجود پیشاب کے اضافی قطرہ اتر جائیں، سڑپ اپنی کو افتقی انداز میں اس طرح تھامیں اپکڑیں کہ روی ایجنت کے حصے کی میانی عمل اور آپ کے ہاتھ پیشاب کی غلاظت سے بچے رہیں۔

4۔ روی ایجنت کے کلکرو بوقلمون پر موجود کلر چارٹ سے ملائیں۔ اس ٹیسٹ کا تجزیہ ڈبوئے کی ایک منٹ بعد تک کسی بھی وقت کیا جاسکتا ہے۔

**نتائج:** نتائج کلر چارٹ سے مواد کے بعد حاصل کئے جائیں۔ ملاحظہ کیجئے۔



عموماً گلوکوز کی موجودگی اس بات کا مظہر ہے کہ گلوکوز کا فلٹر والوشکر کیلئے زیادہ سے زیادہ ٹیوبل روی۔ ایزار پیٹ پسٹی سے بڑھ چکا ہے۔ شوگر کی صورت میں پیشاب میں گلوکوز کا مقدار کا جائزہ اکثر بلڈ گلوکوز مانیٹر نگ سے تبدیل کر دیا جاتا ہے۔



کلر ٹیک: پیلا رنگ نیکھلیو کیلئے سے لیکر پیلا سبز اور سبز سے سبز نیلا ثبت رد عمل کیلئے، پیشاب میں پروٹین کی عمومی مقدار  $15 \text{ mg/dl}$  سے کم ہے Trace سے زیادہ کسی بلاک سے رنگ مچ ہونے کی صورت مخصوص پونیوریا کا اظہار ہے۔

**طریقہ / عمل درآمد کی حدود:**

لیبارٹری سٹیٹ کی بنیاد پر ہمیتی تشخیص یا علاج کا فیصلہ کسی ایک نتیجہ یا طریقے کی بنیاد پر نہ کیا جائے۔ یہیٹ سٹیٹ صرف سکریننگ کیلئے ہے، تمام ثبت نتائج کی تصدیق لازمی ہے۔

ہائی بلڈ نسٹریشن یا شدید خونی ارتکاز رنگت بننے کے عمل کو چھانے یا مخصوص رنگ کا سبب بن سکتا ہے۔ غبار آسود پیشاب استعمال ہو سکتا ہے تاہم اس کا مشاہدہ انتہائی احتیاط سے کرنا چاہئے۔

نتائج کی وضاحت کا انحصار مختلف عوامل پر ہے: جیسے رنگوں کو مختلف لوگوں کا مختلف انداز میں سمجھنا، مزاجی عوامل / عناصر کی موجودگی یا غیر موجودگی، پیشاب میں پائے جانے والے مخصوص مزاجی عوامل / عناصر کی موجودگی یا غیر موجودگی، مخصوص گریویٹی یا PH کی مقدار اور روشنی کی صورتحال۔

کثیف یا انتہائی مرکوز پیشاب کی صورت میں غلط ثبت نتائج ظاہر ہو سکتے ہیں۔

## پیشاب کی تجزیاتی پٹی سے متعلق احتیاط

غیر استعمال شدہ تمام سڑپک اپیال اصل بوقت میں ہی رہنے دیں۔ کسی بھی دوسری بوقت میں منتقلی سڑپک کیلئے نقصان کا باعث بن سکتی ہے جس سے یہ ناکارہ ہو سکتی ہیں۔ انہیں گرد اور نمی سے بچایا جائے۔ روشنی اور حرارت اس کی حفاظت کیلئے ضروری ہے۔ Represenlative کو بوقت سے نہ ہٹائیں، بوقت سے رہی۔ ایجنت سڑپک (پٹی) نکالنے کے بعد اسے دوبارہ سختی سے فوری طور پر لگادیں۔ سڑپک کے تجزیاتی حصہ کو پیشاب میں مکمل اور مختصر عرصہ کیلئے ڈبوئیں تاکہ یہ بوقت میں نہ لگے، اضافی پیشاب کو کونے پر ہلاک جھاڑ کر اتا رہیں۔ تجزیاتی متانج نہایت احتیاط سے حاصل کریں، مناسب روشنی کی موجودگی اور کلر چارٹ کے انتہائی قریب کر کے اگر تجزیاتی متانج میں کسی قسم کے شک کی گنجائش پائی جاتی ہو اور ممکنہ معیار کے مطابق نہ ہوں، لیل پر موجود آخری تاریخ چیک کری اور پیشاب کے تجزیے کیلئے نیئی سڑپ استعمال کریں۔

### د۔ جائزہ کی دستاویز بندی / اندر ارج کرنا:

جازائزہ کے متانج مریض کے میدی یکل یا نرنسگ ریکارڈ میں درج کئے جاتے ہیں۔

### (ii) پلان بنانا:

تشخیص ہونے والے ہر مسئلے کے حل کیلئے مریض کی رضامندی سے نہ امدوائف ایک پلان مرتب کرتی ہے۔ ہر مسئلے کے حل کا ایک نصب اعین رکھا جاتا ہے جسے جانچا جاسکے۔ انفرادی دیکھ بھال کیلئے پلان مندرجہ ذیل نقاط کوڈ ہن میں رکتے ہوئے تیار کیا جاتا ہے۔

کیا ☆

کہاں ☆

کب ☆

کیسے ☆

کے ☆

کتنی مرتبہ ☆

عمل کرنا:

اس مرحلے پر وہ تمام طریقے جن سے نصب اعین تک پہنچا جائے گا انہیں ریکارڈ (اندر ارج) کیا جاتا ہے۔ پلان پر عمل کرنے کے طریقوں کو جامع اور واضح طریقے سے ترتیب میں درج کرنا ضروری ہے تاکہ اگر مریض بھی پڑھنا چاہے تو اسے سب سمجھ آسکے۔ ان کا واضح لکھنا بہت اہم ہے کیونکہ اس طرح مریض کی دیکھ بھال کرنے والے لوگوں میں رابطہ رکھنے میں مدد ملے گی۔

### (iv) جانچ کرنا:

اس مرحلے کا مقصد پچھلے مراحل میں جو نصب اعین بنائے گئے تھے ان تک پہنچنے کیلئے جو عملی کارروائیاں کی گئیں ان کی جانچ کرنا ہے۔ اگر نصب اعین کی طرف پیش رفت سہت ہے یا اگر بیمار امر میں کمی نہ ہو تو نہ کیلئے ضروری ہے کہ دیکھ بھال کے پلان میں اس کے مطابق تبدیلی کرے۔ اس کے بر عکس اگر نصب اعین پورا ہو جائے تو یہ پلان مکمل ہو جاتا ہے۔ اس مرحلے پر منے مسائل کی بھی نشاندہی ہو سکتی ہے اور نرنسگ کا پروس ایک بار پھر شروع ہو جاتا ہے۔ اس مرحلے کی وجہ سے ایسے نصب اعین رکھنا ضروری ہیں جن کو جانچا جاسکے۔ ایسے نصب اعین جن کو نہ جانچا جاسکے انکی تکمیل بھی ٹھیک نہیں ہوگی۔ یہ تمام پروس اسی شکل میں مریض کی دیکھ بھال کے پلان میں ریکارڈ (اندر ارج) کیا جاتا ہے جس پر تمام لوگ راضی ہوں تاکہ دیکھ بھال کرنے والی ٹیم کے تمام ارکان درست دیکھ بھال فراہم کریں اور جہاں ضرورت ہو مناسب تبدیلیاں کر سکیں۔

جب مڈوائے کمزوری کا شکار خاتون کو دیکھ بھال فراہم کرے وہ سب سے پہلے ناخن کے نجی سطح، آنکھوں کی جھلی اور ہبموگلوہن لیوں کی پینگ کے ذریعے کمزوری کا جائزہ لیتی ہے۔ وہ سوالات کے ذریعے کمزوری کا سبب جانے کی کوشش کرتی ہے، ہدایات دیتی ہے اور علاج تجویز کرتی ہے، وہ 3 ماہ بعد خون میں ہبموگلوہن کی سطح چیک کرتی ہے تا کہ علاج کی موثریت کا جائزہ لگایا جائے اور ضرورت کے مطابق علاج میں تبدیلی لاتی ہے۔

مڈوائے اپنے مريضوں اکائنس کیلئے دیکھ بھال کا پلان بنانے کیلئے نسگ پوس کا استعمال کر سکتی ہے۔ مڈوائے کو چاہئے کہ جن مريضوں کیلئے مخصوص پلان بنائے اس پلان کو پورا بھی کرے۔ اس پلان کے تحت جودا یا مریض کو دی جائیں ان کے مطابق مریض کی حالت میں تبدیلی کی جائیں کرے اور اگر ضرورت پڑے تو پلان میں تبدیلی کرے۔

### (ج) فوری انتہائی جائزہ (Initial Rapid Assessment)

جب کوئی عورت تولیدی دور میں یا کوئی ایک سال سے کم عمر بچہ کلینک پر آئے یا مڈوائے کلائنس کے گھر جاتے تو فوری طور پر ابتدائی جائزہ لینا چاہئے تاکہ:

- ☆ عورت اپنے کی عمومی حالت / صحت کا اندازہ لگایا جاسکے۔
- ☆ اگر کمیونٹی کے دورے کے دوران یا کلینک پر مریض زیادہ ہوں تو پہلے شدید یا مار مريضوں کو توجہ دے۔
- ☆ اگر مریض بہت زیادہ ہیں اور عورت اپنے کو انتظار کرنا پڑے تو ہر تھوڑی دری کے بعد جائزہ لے۔

جدول 1.7.1: فوری ابتدائی جائزہ

مشابہہ اور معاہدہ کریں	ہستری لیں
<p>کیا عورت وہیل چیز پر لائی گئی یا سہارا دیکر لائی گئی ہے</p> <p>☆ ویجا نما سے خون بہرہ رہا ہے</p> <p>☆ جھٹکے اورے پڑ رہے ہیں</p> <p>☆ بہت یا رلگ رہی ہیں</p> <p>☆ بے ہوش ہے</p> <p>☆ شدید درد میں بتلا ہے</p> <p>☆ لیبروم میں ہے</p> <p>علامات زندگی: اگر ضروری ہو فوری جائزہ لیں (بلڈ پریشر، نپس، حرارت، تنفس)</p>	<p>☆ آپ کیوں آئی ہیں؟</p> <p>﴿﴾ خوکو دکھانے</p> <p>﴿﴾ بچے کو دکھانے</p> <p>☆ بچے کی عمر کتنی ہے</p> <p>☆ اسے / آپ کو کیا تکلیف ہے</p>

اگر کوئی خطرناک علامت نظر آئے تو عورت اور اپنے کی فوری مدد کرے اور اسے فوری طور پر ہسپتال ریفر کرے۔ اس کی حالت کے بارے میں رشتہ داروں کو تفصیل سے بتائے۔

اگر کوئی ہنگامی حالت نہیں تو معمول کے مطابق (روٹین) کی دیکھ بھال فراہم کریں۔

اس یونٹ کی تفصیل یونٹ 3، 4 اور 5 میں دی گئی ہے۔ کسی قسم کی غیر معمولی متانج کا پتہ لگانے کیلئے فوری تجزیہ کا عمل کیا جاتا ہے۔

## II۔ نرنسگ کی بنیادی عملی سرگرمیوں اپریکٹس کا تعارف

نرنسگ کے بنیادی طریقے بہت زیادہ ہیں جن کی تربیت حاصل کرنے کی تقریباً سب ہی کارکناں صحت کو اپنی اور مریض کی حفاظت و بہتری کیلئے ضرورت ہوتی ہے۔

بنیادی طریقے یہ ہیں:

الف۔ ہاتھ دھونا (ملاحظہ کجھے ماؤل 4.1 انٹیکشن کنڑوں)

ب۔ سرجیکل سکرب (Surgical Scrub)

ڈاؤنف کو کسی بھی جامع اور معروف عمل کیا نجام دہی سے قبل یہ طریقہ استعمال کرنا چاہئے جس کے دوران سلامی یا پلے سینا (آنول) کا ہاتھوں سے اخراج وغیرہ کیلئے جراشیم سے پاک کرنے کے عمل کی ضرورت ہوتی ہے۔

سرجیکل سکرب کا طریقہ درج ذیل ہے:

پہلا مرحلہ: اپنے ہاتھوں اور کلائیوں پر سے تمام زیورات اتار دیں

دوسرा مرحلہ: پانی کو بیغم گرم رکھیں اور کہنوں تک ہاتھ اچھی طرح گلے کریں۔

تیسرا مرحلہ: انگلیوں کے ناخنوں کے نیچے تک برش یا کسی نرم لکڑی سے صاف کریں۔ جرایی سے مسلک تمام عملے کیلئے ضروری ہے کہ اپنے ناخن چھوٹے رکھے۔

چوتھا مرحلہ: اپنے ہاتھوں کو کہنوں سے اونچار کھٹھتے ہوئے ہاتھوں پر جراشیم کش محلول لگائیں۔ اپنی انگلیوں کے سرے سے دھونا شروع کریں۔ گول گول حرکت کرتے ہوئے محلول کا جھاگ بنائیں اور انگلیوں کے درمیان میں بھی لگائیں۔ انگلیوں سے کہنی کی طرف جائیں۔ اب اسی طرح دوسرا ہاتھ اور بازو دھوئیں اور اس طرح سے تین سے پانچ منٹ تک ہاتھ بازو دھوتے رہیں۔

پانچواں مرحلہ: ہر بازاں الگ دھوئیں۔ پہلے انگلیوں کے سرے دھوئیں۔ اپنے ہاتھ کہنی سے اوپر رکھیں۔

چھٹا مرحلہ: سٹرائل (جراشیم سے پاک Sterile) تو یہ استعمال کریں۔ انگلیوں کے سرے پر سے شروع کر کے کہنی تک جائیں۔ ہر بازو کے لئے تو لیئے کامیاب مختلف حصہ استعمال کریں۔

ساقوں حصہ: اپنے ہاتھ کمر سے اوپنے رکھیں اور سٹرائل سرجیکل دستانے پہننے سے پہلے کسی چیز کو ہاتھ نہ لگائیں۔

ج) سرجیکل دستانوں کا استعمال:

1۔ دستانے پہننا:

دستانے کلائی (کف) کی طرف سے مڑے ہوتے ہیں تاکہ ان کو آلوہ کئے بغیر آسانی سے پہننا جاسکے۔ جب دستانے پہننے لگیں تو یاد رکھیں کہ پھلے ایک دستانہ کف سے کپڑ کر اٹھائیں اور دوسرا دستانہ سٹرائل دستانے پہن کر ہی پکڑیں۔

پہلا مرحلہ: ایک ہاتھ سے کف کپڑ کر اپنا دوسرا ہاتھ دستانے میں گھسائیں (دستانے کی انگلیاں فرش کی طرف ہوں تو اس کی انگلیاں کھلی رہتی ہیں اور پہننے میں آسانی ہوتی ہے)۔ خیال رکھیں کہ کسی دوسرا چیز کو ہاتھ نہ لگائیں اور دستانوں کو اپنی کمر کی سطح سے اونچار کریں۔

نوت: اگر پہلا دستانہ اپنی جگہ ٹھیک نہیں بیٹھا تو پہلے دوسرا دستانہ پہنیں پھر دوسرا دستانے کی سٹرائل انگلیوں سے پہلے والے دستانے کو درست کریں۔



کل 3-1.7: سرجیکل دستانے پہننا



دوسرے امر حلہ: جس ہاتھ پر دستانہ پہن لیا ہے اس کی انگلیوں کو دوسرا دستانے کے کف کے نیچے گھاس کر دوسرا دستانہ اٹھائیں۔ خیال رکھیں کہ دستانے والے ہاتھ اس ہاتھ پر لگ کر آلو دہ نہ ہو جائے جس پر اتھی دستانہ نہیں پہننا ہوا۔

تیسرا مرحلہ: دستاں کی انگلیوں کو درست کریں تاکہ آپ آسانی سے اپنے ہاتھ اور انگلیوں کو حرکت دے سکیں۔

## 2- سر جیکل دستا نے اتنا رنا:

**پہلی مرحلہ:** واش بیسین (ہاتھ دھونے کی جگہ Wash Basin) جس میں جراثیم کش محلول پڑا ہوا ہو اس میں دستانے والے ہاتھ کو دھوئیں تاکہ دستانے پر سے خون اور جسم کے دیگر مانعات صاف ہو سکیں۔

دوسری مرحلہ: کسی ایک دستاںے کو کوف کے قریب سے پکڑ کر کھینچیں۔ دستانہ الٹا ہو کر اتر جائے گا۔ یہ ضروری ہے کہ پہلے دستاںے کو اپنے ہاتھ پر تھوڑا سارہ بہنے دیں۔ پورا نہ اتاریں تاکہ اس ہاتھ سے آپ دوسرا دستانہ اتار سکیں اور آپ کے ننگے ہاتھ دستانے کی یہ ورنی سطح کونہ چھوئیں۔

تیسرا مرحلہ: پہلے دستانے کو اپنی انگلیوں پر سے مت اتاریں، انگلیوں سے دوسرا دستانے کو کف کے قریب سے پکڑ کر بھیجن کر اتاریں۔ دستانہ الٹا ہو کر اتر جائے گا۔ دوسرا دستانہ اپنے ہاتھ پر تھوڑا سا رہنے دیں تاکہ آپ کا نیگاہاتھ یہیل دستانے کی باہر والی سطح کونہ لگے۔

**چوتھا مرحلہ:** اب دونوں دستاؤں کو ایک ساتھ کھینچ کر اتار س اور خال رکھیں کہ آپ کے ننگے ہاتھ دستانے کی صرف اندر وہ فی سطح رکھیں۔

پانچواں مرحلہ: اگر دستا نے صرف ایک بار استعمال کر کے ضائع کرنے والے ہوں یا پھٹ گئے ہوں تو انہیں مناسب طریقے سے تلف کریں۔ اگر انہیں دوبارہ استعمال کرنا ہو تو انہیں جراشیم کش محلوں والے برتن اڈے میں ڈال دیں۔ دستا نے اتارتے ہی ہاتھ دھوئیں کیونکہ ہو سکتا ہے کہ دستا نوں میں بہت ہی چھوٹے سوراخ باکٹ ہوں جس کی وجہ سے جراشیم کے مانعات اور خون آب کے باقیوں پر لگنے کا خطرہ ہو۔

رج۔ سو سو اور دیگر تین دھار اوزاروں کا استعمال کرتا ہے انہیں چھوٹا:

-1 تیز دھار اوزاروں کو استعمال کرنا / چھونا:

کوئی بھی غیر محفوظ تیز دھار اوزار برآہ راست (بغیر ڈھکن کے) ایک شخص سے دوسرے کونہ پڑا میں۔ آپریشن ٹھیٹر میں یا علاج کے کمرے میں ایسے اوزار اس طرح دیں کہ سر جن اور اس کا مددگار دونوں ایک ہاتھ اس چیز کو کھینچ لگا میں۔ اس طرح ایک دوسرے کو اوزار دینے کے طریقے کو ہینڈ فری تکنیک (Hand free technique) کہتے ہیں۔

۲۔ احتیاط سے ٹیکہ لگانا

i- ٹیکہ کیسے لگانا ہے

الف) سرنج:

☆ ہمیشہ نی اور پیکٹ میں بند سرنج استعمال کریں۔

☆ سرنج کے مندرجہ ذیل حصے ہیں:

سوئی (Needle) ﴿

ہب (Hub) ﴿

بیل (Barrel) ﴿

بام (Bottom) ﴿

پلنجر (Plunger) ﴿



### عملی مظاہرہ

ٹچر ٹیکے کی درست جگہ دکھائے گی اور ٹیکہ لگانے کا طریقہ کامی مظاہرہ کرے گی اور ساتھ ہی ٹیکہ لگاتے وقت احتیاطی تدایری بھی بتائے گی۔  
پھر طالبات پانی کا ٹیکہ بنایا کر مالٹے یا کسی نرم گیند پر لگانے کی مشق کریں گی۔

ii- ٹیکہ کیسے تیار کرنا ہے

الف) ضروریات:

☆ جراشیم سے پاک (سڑائیں) پانی کی شیشی یعنی ایمپیول (Ampule)

☆ ٹیکے کی شیشی

☆ سرنج

☆ سپرٹ سوئب (سپرٹ لگی ہوئی روئی یا کپڑے کا لکڑا) (Spirit Swab)

مراحل:

☆ پانی کا ایمپیول توڑیں

☆ پانی سرنج میں ڈالیں

☆ ٹیکے کی شیشی کا اوپر والا حصہ سپرٹ سوئب سے صاف کریں

☆ اب سرنج میں سے پانی ٹیکے کی بوتل میں ڈالیں

☆ ٹیکے کا محلول بنائیں

☆ اب یہ محلول سرنج میں کھینچ لیں۔

نوٹ: تمام ٹیکیوں کو محلول بنانے یا ملانے کی ضرورت نہیں ہوتی۔ کچھ تیار ایمپیول یا ایک شیشی میں متعدد خوراکوں کی صورت میں ملتے ہیں۔

اگر متعدد خوراکوں والے ٹیکے بوتل استعمال کریں تو یاد رکھیں کہ اوپر والا حصہ سوئب سے صاف کریں اور بوتل کلینے کبھی بھی ایسی سوئی استعمال نہ کریں جو کہ مریض پر پہلے بھی استعمال کی جا پچکی ہو یا یہ سوئی کسی دوسرے محلول کلینے استعمال ہو پچکی ہو

### عصلہ میں کیسے ٹیکلہ لگانا ہے (IM Injection)

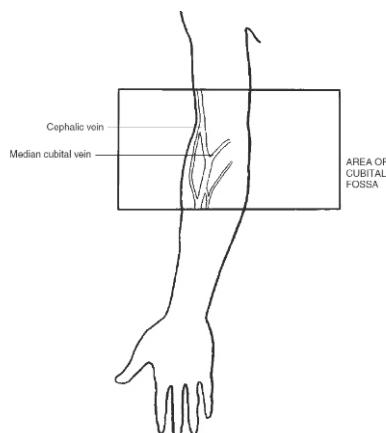
- iii  
ہاتھ دھوئیں ☆
  - ٹیکہ تیار کریں ☆
  - ٹیکے کی جگہ کا تعین کریں ☆
  - جگہ صاف کریں ☆
  - سرنخ میں سے تمام ہوانکال دیں ☆
  - مضبوطی سے سوئی عصلہ میں داخل کریں ☆
  - سرنخ کا پلٹر باہر کھینچیں اور دیکھیں کہ سرنخ میں خون تو نہیں آتا (اگر سرنخ ورید میں چلی گئی ہے تو)  
اگر خون نہ آئے تو سوئی عصلہ میں ہے اب پلٹر کو اندر ڈھلیں تاکہ دوائی اندر جائے ☆
  - سرنخ نکال لیں اور پرست سوئب مقررہ جگہ پر لگائیں ☆
  - سرنخ نکالیں اور سوئی کو احتیاط سے تلف کریں ☆
- احتیاط کیلئے چند تجویز ہیں کہ سرنخ اور سوئیوں کو کسی سخت برتن اڈے میں ڈالیں تاکہ سوئی بھی دوبارہ استعمال نہ ہو سکے۔ البتہ سوئی پر دوبارہ ڈھلن چڑھانے کیلئے عمل کے مطابق ”ون ہینڈ تکنیک (One hand technique) استعمال کریں۔

مراحل درج ہیں:

- پہلا مرحلہ: ڈھلن کسی ہموار سطح پر رکھیں اور اپنا ہاتھ ڈھلن پر سے ہٹائیں۔
- دوسرा مرحلہ: ایک ہاتھ سے سرنخ پکڑیں اور ڈھلن اور اٹھانے کیلئے سوئی اس میں ڈالیں
- تیسرا مرحلہ: جب سوئی ڈھلن سے مکمل طور پر ڈھک جائے تو دوسرا ہاتھ سے ڈھلن مضبوطی سے بند کر دیں۔ خیال رکھیں کہ ڈھلن صرف یچھے (ہب کے قریب) سے پکڑیں۔

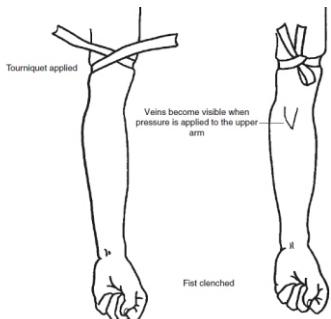
**تجزیے کیلئے خون کے نمونے لینا:**

طالبات کو بازوں میں نسوں / شریانوں کی موجودگی کے مقام (Anatomical location) 1. تشریح اعضاء کے بارے میں پڑھنا چاہئے۔ انہیں Cubital fossa کی شاخت ہونا چاہئے خون کے حصول کیلئے جس تک رسائی آسان ہے (تصویر ملاحظہ کیجئے)



طالبات کو ان کے اپنے بازوؤں کے ذریعے ان کی شناخت کے بارے میں بتائیں۔ یعنی اس صورت میں آسان ہو جاتا ہے اگر آپ کے اوپر والے حصے پر دباؤ ڈالیں۔

طالبات کو ہموج گلو بن، گلوکوز، گروپنگ اور کراس یچنگ کے بارے میں بھی بتایا جائے۔ انہیں متعلقہ لیبارٹری فارم پُر کرنے کے بارے میں بھی بتائیں اس کے علاوہ ان پر درست اور واضح لمبلنگ کی اہمیت کو بھی اجاگر کریں۔



آخر میں انہیں خون کے نمونے لینے اور انتظام کرنے کے دوران حادثاتی طور پر کسی بھی خون کے ذریعے منتقل ہونے والی بیماری سے خاتون کو خود کو یا کسی بھی اسٹینٹ یا معاون کو بچانے کی ضرورت کے بارے میں بھی آگاہ کریں۔

#### نس میں سوئی ڈالنے کا طریقہ اور نگرانی:

خون کے نمونوں کے حصول کے پہلے دو پاؤنس یا نقاط کا اطلاق یہاں پر بھی ہوتا ہے۔

نارمل سلین (Normal Saline) اور رنگرز لیکٹیٹ (Ringer's lactate) کا استعمال زچگی میں تجویز کیا جاتا ہے کیونکہ یہ مانعات تیزی سے دیئے جاسکتے ہیں۔ اس کے علاوہ یہ خون کے جنم اور بلڈ پریشر کی فوری درتنگی کیلئے بھی مفید ہے۔

خون کے ہیرج پر مشتمل شدید شاک، آپریشن سے بچے کی زچگی کے دوران بڑے پیانے پر خون کے ضایع، کلامنگ فیکٹر کی درتنگی اور حمل کی وجہ سے ہونے والی کمزوری یا دل کے دورے سے بچنے کیلئے لگایا جاتا ہے۔ خون اور متعلقہ مواد تجھپا ہونے کے باعث تیزی سے نہیں لگایا جاسکتا۔

دوران تدریس درج ذیل نقاط کا احاطہ کیا جائے۔

1۔ خون کے اخراج یا نفکش (بیماری) کے سبب جسمانی مانعات (نوئیڈز) کی کمی کی صورت میں 17 لائن کی ضرورت کی وضاحت/اہمیت

2۔ ایکو پھرست کی تیاری، بشمول

☆ انٹر اوپس ٹیوبنگ کو جراہیم سے پاک کرنا

☆ بڑے سائز (18 نمبر) کی سوئی یا کینو لاکا انتخاب

☆ مناسب Fluid کا انتخاب

☆ 17 فلوئیڈ کو ٹیوب میں آگے دھکیلانا تاکہ ہوانکل جائے۔

☆ چکنے والی ٹیپ، پٹی پر کانے کی سہولت

☆ بوتل اٹکانے کیلئے سٹینڈنڈ یا دیوار پر کیل

☆ ربوڑی رسی (بازو پر دباؤ ڈالنے کیلئے)

☆ اگر خاتون بے سکون یا بے ہوشی کی حالت میں ہو تو پٹی مع سپلنٹ

☆ ۷۔ الگانے کی جگہ کی صفائی کیلئے صاف سوپ (روئی) کے لکڑے

☆ دستانے

3۔ خاتون یا اس کے رشتہ داروں کو بتائیں کہاں سے ۷الائن کی کیوں ضرورت ہے اور اس کا کیا طریقہ ہے اس امر کو تینی بناٹیں کہ خاتون کا بازو سیدھا اور آرام دہ پوزیشن میں ہو۔

4۔ ٹیک لگانے کی درست جگہ: نسوان کی شناخت ہاتھ کی پچھلی جانب اور نچلے بازوؤں سے آسان ہوتی ہے۔ کسی جوڑ سے گزرنے والی نس کو استعمال نہ کریں کیونکہ جوڑ کے ہلنے سے سوئی باہر آسکتی ہے۔

5۔ جراشیم کشی کا عمل: اپنے ہاتھ کو صابن اور پانی سے ڈھولیں، ٹیکے والی جگہ کو سوپ سے صاف کریں (اپنی حفاظت کیلئے دستانوں کا استعمال کریں خصوصاً خاتون ہائی رسک لیفگری مثلاً HIV، پہاڑائی ٹس کا شکار ہے)

6۔ ایک ٹاؤنگ ۷الائن لگانے کی 2 یا زیادہ سے زیادہ 3 کوششوں میں کامیاب نہیں ہوتی تو اسے اپنے سے زیادہ تجربہ کار ساتھی کو مدد کیلئے بلا چاہئے۔

7۔ تیکل پر ۷الائن آرام سے لگائیں اور چکنے والی ٹیپ سے سہارا دیں۔ نس اور جوڑ کو حركت میں آسانی اور فریب کرنے کیلئے آرم بورڈ کا استعمال کریں۔

8۔ فلوئیڈ لگانے کے عمل کی مناسب شرح برقرار رکھنے کیلئے درج ذیل نقاط مذکور رکھیں:

☆ دیئے جانے والے فلوئیڈ کی مقدار

☆ فلوئیڈ دیئے جانے کی مدت

☆ ڈرائپ سائز اور ٹیوبنگ کی قسم

هر قسم کی ٹیوبنگ کا علیحدہ ڈرائپ سائز ہوتا ہے۔ مثلاً بعض ٹیوبنگ 20 قطرے (ڈرائپ) فی ملی لیٹر جبکہ دوسرا 10 قطرے (ڈرائپ) فی ملی لیٹر بانی ہے۔ درج ذیل جدول میں بتایا گیا ہے کہ مخصوص مختلف فلوئیڈز کی متر رہ وقت کے اندر مختلف فلوئیڈز کی مخصوص مقدار کیلئے فی منٹ کتنے ڈرائپ کئے جاسکتے ہیں۔ جدول کے استعمال سے آپ کو اندازہ ہونا چاہئے کہ فی منٹ کتنے ڈرائپ دینے یہی جس کا انحصار استعمال کی جانے والی ٹیوبنگ پر ہے۔

## ۷۔ فلوئیڈز کی شرح

فلوئیڈ کی مقدار	منٹ	ڈرائپ فی منٹ	ڈرائپ فی سی ای (ٹیوبنگ کی قسم)	ڈرائپ فی منٹ
1 لیٹر	20 منٹ	10	گنما ممکن نہیں	//
//	//	20		40
//	4 گھنٹے	10		80
//	//	20		28
//	6 گھنٹے	10		56
//	//	20		20
//	8 گھنٹے	10		40
//	//	20		

iv) گئے جانے کی شرح کا عمومی فارمولہ درج ذیل ہے:  
 دیے جانے والے فلوئیڈ (مائع) کی مقدار (سی سی)  $\times$  ڈرائپ (قطروں) کی تعداد فنی منٹ = کل قطرے (ڈرائپ) فنی منٹ  
 دیے جانے کی مدت (منٹ)  
 وقت کو گھنٹوں سے منٹوں میں تبدیل کرنے کیلئے گھنٹوں کو 60 سے ضرب دیں، اس طرح آپ کو فلوئیڈ دیے جانے کی کل مدت / وقت  
 معلوم ہو جائیگا۔

9- نس کے ٹیکے کی پیچیدگیاں:  
**مخصوص مسائل:**

Thrombophlebitis (نس کا نفیکشن) اور ٹیکے کی جگہ کی سوچن (ٹشو میں فلوئیڈ (مائع) کی لکھ کی وجہ سے)، اگر یہ مسائل پیدا ہو جائیں تو سوئی کو نکال لیں اور ٹیکہ کسی اور نس میں لگائیں۔

**عمومی مسائل:**  
 سپتیکیما (septicaemia) (خون کا نفیکشن): اس کے تدارک کیلئے جراشیم سے پاک سوئی، tubing اور نس کے فلوئیڈ کا استعمال کریں۔

**گردشی رانکد باؤ:**

بہت زیادہ مقدار میں اور تیز فلوئیڈ دل کے دورے کا باعث بن سکتا ہے اور پھیپھڑوں میں فلوئیڈ بھر سکتا ہے۔ عموماً ہر 4-6 گھنٹے میں ایک لیٹر دیا جاتا ہے، تاہم شاک (Shock) کی صورت میں درستگی کیلئے فلوئیڈ ز مسلسل دیے جاتے ہیں۔ ان صورتوں میں خاتون کا باریک بینی سے جائزہ لیتی رہیں اور سانس لینے میں دشواری یا چہرے خصوصاً آنکھوں کے گرد سوچن پر نظر رکھیں۔ یہ زیادہ Fluids کی علامت ہو سکتی ہے۔ بلڈ پریشر اور بنس کا جائزہ ہر پندرہ منٹ بعد لیتی رہیں۔

III- نر سنگ کی عملی سرگرمیاں ॥۔ مریض کی دیکھ بھال (رزگل / گائنی کی صورت میں)  
 اس حصے میں حمل پیدائش یا زچل کے دوران خاتون کی دیکھ بھال کیلئے فراہم کردہ عمومی نر سنگ سرگرمیوں کی وضاحت کی جائے گی۔ دیکھ بھال سے متعلق چند عوامل / سرگرمیوں کی تفصیل یونٹ 4 اور 5 میں بھی بیان کی گئی ہے۔

**الف۔ پیشاب کی نالی ڈالنے کا طریقہ:**

یوریٹرا کے ذریعے ایک کھوکھلی نالی یعنی کیتھیٹر (Catheter) مثانے میں ڈال کر پیشاب نکالا جاتا ہے۔ یہ جراشیم سے پاک طریقہ ہے جس کے لئے سٹرائیل اوزاروں کی ضرورت پڑتی ہے۔

-1- پیشاب کی نالی ڈالنے کے مقاصد:

مقاصد مندرجہ ذیل ہیں:

a- پیشاب میں رکاوٹ کی بحالی:  
 کسی بھی وجہ سے پیشاب رک جائے تو مثانے میں جمع ہونے کی وجہ سے مریض کو تکلیف ہوتی ہے اور نفیکشن کے خطرات پیدا ہوتے ہیں جب عارضی طور پر مریض پیشاب کرنے کے قابل نہ ہو یا پیشاب کرتے ہوئے یوریٹرا میں رکاوٹ کی وجہ سے تکلیف محسوس ہو رہی ہو تو نالی ڈالی جا سکتی ہے۔

پیشاب کی نالی صرف اس صورت میں لگائی جاتی ہے جب انفیکشن کے خطرے کے پیش نظر سے بہت ضروری سمجھا جائے۔ جیسے ہی اس کی ضرورت ختم ہو یا مسئلہ حل ہو جائے پیشاب کی نالی کو نکال دینا چاہئے۔ پیدائش اور حمل کے ابتدائی عرصے میں جب مثانے کو خالی کرنا مقصود ہو۔ یا مریضہ کو پیشاب کرنے میں دشواری ہوتا نالی لگائی جاتی ہے۔ پیدائش کے پہلے اور دوسرے مرحلے پر بھرا ہوا مثانہ سر کے اخراج میں تاخیر پیدا کر سکتا ہے۔ پچ دنی کے سکڑنے کے عمل کو سست کر سکتا ہے اور اس طرح یونزی ٹریک (پیشاب کی نالی) کیلئے نقصان کا باعث بن سکتا ہے۔

#### ii- مثانے میں رہ جانے والے پیشاب کی مقدار کو ناپنا:

پیشاب کرنے کے بعد جب مثانہ پوری طرح خالی نہ ہوتا ہوا اور مثانے میں کچھ مقدار رہ جاتی ہو تو اس مقدار کو ناپنے کے لئے بھی پیشاب کی نالی ڈالی جاسکتی ہے۔

#### iii- سرجری سے پہلے دوران اور بعد میں مثانہ خالی کرنے کیلئے:

پیپٹ کے آپریشن سے پہلے یا بعد میں خاص طور پر جب مریض اٹھنہ سکتا ہو تو پیشاب کی نالی ڈالی جاتی ہے۔ آپریشن کے دوران مثانے کو خالی رکھنے سے سرجن کو پیپٹ میں اعضاء واضح طور پر نظر آتے ہیں اور وہ ان کا آسانی سے معاینہ کر سکتا ہے۔ اس طرح مثانے کو آپریشن کے دوران کسی بھی چوتھے سے بھی بچایا جاسکتا ہے۔ یہ نالی پرینیم میں لگے ہوئے ٹانگوں کو پیشاب لگنے سے بچانے کیلئے بھی ڈالی جاسکتی ہے۔

#### iv- کارکردگی انتاج کا تعین:

اگر خاتون مخصوص دوائلے رہی ہے جیسے دوروں کے علاج کیلئے میکینٹشمن سلفیٹ کا استعمال کرایا جاتا ہے ایسی صورت میں پیشاب کی آوٹ پٹ یا کارکردگی جانے کیلئے نالی لگائی جاتی ہے۔ گھنٹے 100 ملی لیٹر سے کم پیشاب کے اخراج کا مطلب دوا کی مقدار زیادہ ہے لہذا کارکردگی ناقص ہے۔

#### 2- پیشاب کی نالی ڈالنے کی تیاری:

زیادہ تر جو کٹھیٹر استعمال کئے جاتے ہیں پلاسٹک کے بنے ہوتے ہیں۔ ہر قسم کے کٹھیٹر کا سراغول ہوتا ہے تاکہ مثانے پر یا یورپھرا کے سوراخ پر چوٹ نہ لگے۔ فولیز کٹھیٹر (Foley's Catheter) بہت زیادہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے لگائے جانے کا عرصہ درج بالا ii-iv کے مطابق ہے۔ اس میں ایک رہڑکا چھوٹا غبارہ ہوتا ہے جسے سرخنچ کے ذریعے پانی سے بھرا جاسکتا ہے۔ تاکہ نالی باہر نہ آئے۔ اس قسم کی نالی پیشاب کی نالی کے نکاس کے ساتھ منسلک ہوتی ہے۔

اس کے علاوہ اور قسم کی بھی پیشاب کی نالیاں ہیں جو کہ اندر نہیں رہتی۔ تاہم انہیں مثانہ خالی کرنے کیلئے بہت آگے تک ڈالا جاتا اور نکال لیا جاتا ہے۔ یہ زچگی کے دوران استعمال کی جاتی ہے۔

کٹھیٹر صرف اس وقت ڈالیں جب اس کے سوا کوئی چارہ نہ ہو اور یہ کسی تربیت یافتہ شخص کو جراثیم سے پاک ماحول میں ڈالنا چاہئے۔ کٹھیٹر یا پیشاب کی نالی کی سب سے بڑی وجہ انفیکشن ہے۔

تیاری کے مراحل یہ ہیں:

i.- ساز و سامان:

- ☆ لیمپ
- ☆ ایک تھیل جو صرف ایک بار استعمال کی جاسکتی ہو (قابل تاف)
- ☆ سڑائیل وستا نے (ہمہ گیر احتیاطوں کا خیال رکھیں)
- ☆ سڑائیل چادر
- ☆ جراشیم کش صفائی کا لوش یعنی سیولون (Savlon) (وستیاب نہ ہونے کی صورت میں انداز نہانی کا خون اور اخراجی مواد صاف کرنے سے سوب کا استعمال کریں)
- ☆ روئی سپرٹ میں بھیگی ہوئی (گول شکل میں)
- ☆ چھٹی یعنی فارسیپ (Forcep)
- ☆ پیشاب کے لئے تھیلا اور ٹیوب
- ☆ سڑائیل پانی (عام طور پر 10cc)
- ☆ فولی کٹھیر (عام طور پر French 10-18)
- ☆ سرخ (عام طور پر 10cc والی)
- ☆ سکنا کرنے والا لوش (Lubricant) زائلوکین جیلی (Xylocaine)

ii.- طریقے کے بارے میں مریض کو وضاحت سے بتائیں:

ڈاؤن ف مریضہ کو بتائے کہ یہ عمل کیوں ضروری ہے۔ مریض کو بتائیں کہ جب نالی ڈالی جائے تو اسے ہلکے دباو اور جلن کا احساس ہو سکتا ہے اور پیشاب کرنے کی حاجت محسوس ہو سکتی ہے۔ مریض کو بالکل نہ کہیں کہ آپ کو درد ہو سکتا ہے لیکن پھر بھی اگر سوچن یا چوتھگی ہو تو کٹھیر ڈالتے وقت مریض کو درد ہو سکتا ہے۔

iii.- پردے اور مناسب روشنی کا بندوبست کریں:

- ☆ دروازہ بند کر دیں یا مریض کے بستر کے گرد پردہ ڈال دیں اور بیٹد کے پیروں کی جانب لیمپ رکھ دیں۔ اگر روشنی کم ہو اور لیمپ بھی نہ ہو تو کسی کی مدد حاصل کریں اور اسے ٹارچ تھما دیں (لیکن اس سے قبل خاتون سے اجازت حاصل کریں)
- ☆ مریض کو پشت کے بل سیدھا لٹائیں اور گھٹنے موڑنے کا کہیں اس کے دونوں پیروں کے درمیان دوفٹ کا وقفہ ہو۔ مریض کے کولہوں کے نیچے جراشیم سے پاک پلاسٹک کی شیٹ بچھائیں اور اوپر کا جسم اور ٹانگیں ڈھانپ دیں۔ کٹھیر مریض کی ٹانگوں کے درمیاں رکھیں۔

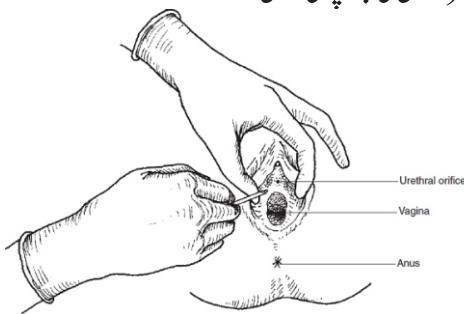
3. طریقہ:

عورتوں میں کٹھیر ڈالنے کیلئے مندرجہ ذیل طریقہ استعمال کریں:

- ☆ urethra کے گرد جگہ گرم پانی اور صابن سے دھوئیں پھر صرف پانی سے دھوئیں اور خشک کریں۔
- ☆ اپنے ہاتھ دھوئیں۔

## کھولیں catheterization kit ☆

- ☆ سڑا میل دستانے پہنیں
- ☆ کٹھیٹر کے گول سرے پر زیادہ مقدار میں لہر یکنٹ یا زائیلوکین جیلی تقریباً تین (3) انچ تک لگائیں۔ اس کے بعد کٹھیٹر کو روئی کے گولے پر رکھ دیں۔
- ☆ پیشاب کا نمونہ لینے کے لئے ڈبہ بالکل پا س رکھ لیں۔
- ☆ اپنے بائیں ہاتھ کا انگوٹھا اور شہادت کی انگلی لیبیا مائی نورا (Labia Minora) کے درمیان رکھ کر لیبا کو اوپر کی طرف الگ کریں۔ دستانے والا ہاتھ اب جراشیم سے پاک نہیں ہے۔
- ☆ اب چٹی سے روئی کے گولے اٹھائیں جو جراشیم کش محلوں (سپرٹ) میں تر ہوں۔ ہر سڑوک کیلئے علیحدہ گولہ استعمال کریں۔ سوراخ کو اوپر سے نیچے مقعد کی جانب روئی کے گولے سے صاف کریں۔
- ☆ لیبیا کو جدار کھتھتے ہوئے سوراخ کو اوپر سے نیچے کی طرف صاف کریں۔ نیچے سے اوپر کی طرف مت جائیں۔
- ☆ استعمال شدہ روئی کے بال ایک ٹھیلی میں ڈالتی جائیں اور آخر میں چٹی بھی اسی ٹھیلی میں ڈال دیں۔
- ☆ لیبیا جدا ہی رکھیں اور اب انہائی آرام اور احتیاط سے کٹھیٹر کو یوریٹھر کے سوراخ میں 2-1 انچ تک ڈالیں کہ اس میں پیشاب نظر آئے۔
- ☆ کٹھیٹر کا رخ اوپر کی طرف کر کے اندر ڈالتی جائیں۔ اگر کٹھیٹر اندر نہ جائے تو مریض سے کہیں کہ آہستہ آہستہ سائنٹس اندر اور باہر نکالے۔ اس طرح سوراخ ڈھیلا پڑ سکتا ہے۔ کٹھیٹر اندر ڈالنے کیلئے زور نہ لگائیں۔
- ☆ جب پیشاب بہنا شروع کرے تو کٹھیٹر کو مزید ایک انچ تک اندر ڈالیں۔ پیشاب کا نمونہ لینے کیلئے اگر ضرورت ہو تو ڈبہ کٹھیٹر سے پچھے رکھیں۔
- ☆ جب پیشاب ڈبے میں بہرہ ہا ہو تو کٹھیٹر کو اس کی جگہ پر ہی رکھیں۔



Urinary catheterization: separating the labia and introducing the catheter into the urethral orifice

**نوٹ:** اگر کٹھیٹر غلطی سے مریض کی ویجا نما میں چلا جائے تو اسے عارضی طور پر اسی میں چھوڑ دیں اور دوسرا کٹھیٹر درست طریقے سے سڑا میل ماحول میں ڈالیں (پھر ویجا نما میں سے کٹھیٹر نکال لیں)

☆ اب کٹھیٹر کے غبارے والے حصے کے ساتھ سرنخ لگائیں اور غبارے کے سائز کے مطابق اس میں سرنخ سے آہستہ پانی ڈالیں (عام طور پر 10cc پانی) جس سے غبارہ پھول جائے گا اس امر کو یقینی بنائیں کہ کٹھیٹر باہر نہ نکل کیونکہ اس عمل میں غبارہ مثانے سے باہر یوریٹھر میں آ سکتا ہے۔ اگر پانی آسانی سے نہ جائے یا مریض درد کی شکایت کرے تو پانی واپس سرنخ میں نکال دیں اور کٹھیٹر کو مزید اندر کر کے غبارے میں دوبارہ پانی ڈالیں۔

☆ سرنخ نکال لیں۔ غبارے کی پوزیشن درست کرنے کیلئے کٹھیٹر کو آہستہ سے کھینچیں جب تک کہ وہ مزید نہ کھینچ جاسکے۔

☆ اب کٹھیر کے ساتھ پیشاب کا تھیلا جوڑیں جو کہ مٹانے کی سطح سے نیچا رہے لیکن فرش سے اوپر رہے۔ تھیلے کی فالتو ٹوب کو تہہ کر کے بیڈ کے کنارے پر لگا دیں۔

☆ مریض کی جلد پر سے فالتو ٹون یا اینٹی سپلک مخلوط ہنڈا دیں۔ اپنے دستا نے اتار دیں۔ چادر اور پلاسٹک کی شیٹ مریض پر سے ہٹالیں۔

☆ ایک بار استعمال کی جانے والی اشیاء کو تلف کر دیں اور دوبارہ استعمال ہونے والی چیزوں کو موزوں جگہ پر رکھیں۔

☆ کٹھیر ڈالے جانے کا وقت ریکارڈ کریں۔ کس نے ڈالا، مریض کا عمل، مریض کو جو معلومات دی گئیں اور جو مریض کی سمجھ میں آیا سب کچھ ریکارڈ کریں۔

☆ ملنے والی معلومات انچارج نر्स کو بتائیں جیسا کہ:

﴿ مقدار، رنگ اور پیشاب شفاف ہے یا اس میں کچھ ذرات ہیں ﴾

﴿ طریقہ کرتے وقت کوئی مشکل ہوئی ہو ﴾

﴿ پیشاب میں خون کی موجودگی ﴾

پچیدگیاں: جیسا کہ یوریٹرا کے بیرونی حصے پر عموماً کثیر تعداد میں جراثیم پائے جاتے ہیں۔ کیتھائزیشن کے



عمل کے دوران یہ جراثیم مٹانے میں پہنچ سکتے ہیں جہاں انہیں پروٹسٹ پانے یا بہترین ماحول دستیاب ہو گا۔

خصوصاً ولادت کے دوران (پیدائش کا عمل مٹانے کو نقصان پہنچا سکتا ہے۔ جبکہ وہ سے یہ مکمل خالی نہیں ہوتا یا اس میں کچھ پیشاب ہو سکتا ہے) لہذا کیتھائزیشن پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا باعث بن سکتا ہے۔ جس میں

pyelonephritis شامل ہے خصوصاً اس صورت میں جب نالی دو گھنٹے سے زیادہ اندر رہے۔

خاتون ذیل کی اہمیت پر زور دیں:

☆ خاتون کو وضاحت کرنا کہ کیا کیا جا رہا ہے۔

☆ انفیکشن سے بچنے کیلئے جراثیم سے پاک طریقہ کار

☆ طریقہ کار کی درستگی اور مہارت

☆ یورٹرہ کو چوٹ سے بچانے کیلئے احتیاط کا برداشت

☆ حساس احتیاط طریقے سے عمل دوران ولادت خالی مٹانے، خصوصاً PPH<sup>3</sup> کا انتظام اور بچاؤ۔

رول پلے
دورضا کا رطابیات بلا ہیں۔ ایک مریضہ بنے گی جسے کیتھیر ڈالنا ہے اور دوسرا مٹواں کا کردار ادا کرے گی جو کہ مریضہ کو اس طریقے کے بارے میں بتائے گی۔ اس کی رضا مندی لے گی اور طریقہ کی تیاری کرے گی۔

زچگی کے دوران کیتھائزیشن: مٹواں کی سلسلہ استعمال کے بعد ضائع کرے گی۔ انفیکشن سے بچنے کیلئے وہی جراثیم سے پاک طریقہ کا اختیار کیا جائے گا۔

ج۔ پرینیم کی دیکھ بھال:

یوریٹرہ، پیشاب کی نالی اور متدع کے درمیانی حصہ کو پرینیم کہتے ہیں۔ عورتوں کی پرینیم میں ویجا نا کا سوراخ بھی شامل ہے۔ جمل اور ڈیوری کے دوران یہ حصہ بہت شدید باڑا اور تبدیلیوں سے گزرتا ہے اور بعد میں اس حصہ کو خاص دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہت سی عورتوں کو بچے کی پیدائش پر اس

3 2 سو رس: WHO تفصیلی مواد برائے مٹواں کی کمیونٹی مذوائقہ 2008

حصے میں چیرا لگایا جاتا ہے جسے اپی زیائٹی کہتے ہیں اس چیرے کی وجہ سے بچ آسانی سے ویجا نہ میں سے گزر جاتا ہے اور ڈلیوری کے وقت پرینیم پر کم چوت آتی ہے۔ اپی زیائٹی ایک صاف شفاف چیرا ہے۔ اس لئے یہ اچھی طرح ٹھیک / مندل ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات جب جلد خود پھٹ جائے تو اسے خاص دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔

کچھ عورتیں حمل کے دوران پرینیم کا مسامح کرتی ہیں تاکہ ڈلیوری کے بعد درد اور دیگر مسائل کم ہوں لیکن درکم کرنے یا کسی بھی قسم کے مسائل کو روکنے میں اس طریقہ کا کوئی خاص فائدہ نہیں۔

کمینیکل وزٹ	یہ بہت اہم ہے کہ خاتون اپنی پرینیم کی صفائی کا خاص خیال رکھے، پیدائش کے بعد خصوصاً اگر اسے پیرینیل ڈیریا اپی زیائٹی کا سامنا ہے۔ ڈوانف کو چاہئے کہ عورت کو بتائے کہ وہ اپنے پرینیم کی دیکھ بھال کرے۔
-------------	--

طالبات گروپوں میں گائیں اور ڈا

اور لیبر روم پر جا کر کھیڑا لئے اس دیکھ بھال میں مندرجہ ذیل امور شامل ہیں:

☆ دن میں یاد و مرتبہ نہایت۔ اگر یہ مشکل ہو تو جگ کے ساتھ اس مقام کو دھونے اور صاف رکھنے سے بھی انفیکشن سے بچا جاسکتا ہے۔ جب بھی پاخانہ کرے ہر مرتبہ ایک کھلے برتن میں گرم پانی ڈال کر اس میں بیٹھے یعنی سڑھا کا مشابہہ کریں۔

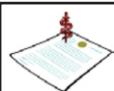
☆ ڈلیوری کے بعد پیشاب کرنے میں تکلیف ہو سکتی ہے۔ پیشاب کرتے ہوئے پرینیم پر گرم پانی تھوڑا تھوڑا ڈالنے سے درد کو آرام آ سکتا ہے۔ پیشاب کرنے کے بعد پرینیم کو نشک کرے۔

☆ ٹھنڈے پانی میں بیٹھنے سے (Cold sitz bath) ڈلیوری کے بعد ہونے والی سوجن اور بے آرامی کم ہوتی ہے۔ نیم گرم پانی یا ننکے کے پانی میں بیٹھ سکتی ہے اور پھر آہستہ آہستہ پانی میں برف کے ٹکڑے ڈالنے شروع کرے۔ اس طرح جلد پر ٹھنڈا پانی ایک دن نہیں لگتا۔ دن میں تین سے چار مرتبہ 20 منٹ تک بیٹھئے۔

پہلے دو سے تین دن کے بعد گرم پانی میں بیٹھنے سے پرینیم کی طرف خون کی گردش بہتر ہوگی۔

ڈوانف کو چاہئے کہ عورت کو بتائے کہ خوب پانی پیئے تاکہ جسم میں پانی کی کمی نہ ہو سکے۔ پاخانہ کرتے ہوئے زور لگانے سے اپی زیائٹی کے زخم اور پرینیم پر کھنپاؤ پڑے گا اور درد ہو سکتا ہے۔ اس لئے ایسی غذا جیسے تازہ پھل اور سبزی کھائے تاکہ قبض نہ ہو۔

### تاكیدی نوٹ



☆ پرینیم پر ڈالنے والے پانی کا درجہ مناسب ہو۔ پرینیم میں ہاتھ لگانے پر درد ہوتا ہے اور جو پانی آپ کے ہاتھ پر گرم لگے مر پرینیم کیلئے انتہائی درکابا عث بن سکتا ہے۔

☆ خاتون کو ہدایت کریں کہ پیدائش کے بعد مدت (postpartum) کے معانیتک انداہ نہانی (vagina) میں کوئی چیز نہ رکھی اڈالی جائے۔

### 3۔ آپریشن کے بعد دیکھ بھال:

کسی آپریشن کے بعد دیکھ بھال کو پوسٹ آپریٹو کیر (Post Operative care) کہتے ہیں۔ اس میں آپریشن کے فوری بعد دیکھ بھال یعنی آپریشن تھیڑ میں اور پھر ریکوری روم میں دیکھ بھال اور آپریشن کے پچھومن بعثتک کی دیکھ بھال شامل ہے۔ دوران زیگی یہ دیکھ بھال caesarian hysterectomy، section

سوک، LWH اور تعمیمی مواد برائے ڈوانفری اساتذہ 2008

اس دیکھ بھال کا مقصد مریض میں آپریشن کے انجھے متاثر کو لیتی بناتا ہے۔ انجھے متاثر میں کسی پیچیدگی کے بغیر صحت یابی اور درد کا مناسب علاج شامل ہے۔ اس نگہداشت کا ایک اور مقصد بہترین صحت حاصل کرنے میں مریض کی مدد کرنا ہے۔

بعد از آپریشن کی دیکھ بھال میں جائزہ پلان، عمل اور متاثر کی جانچ شامل ہے۔ اس کی معیاد کا انحصار آپریشن سے پہلے کی صحت کے معیار اور آپریشن کی قسم (جس میں ہسپتال میں کم یا زیادہ دنوں تک رکنا ہے) پر ہے۔ جن مریضوں کا کوئی چھوٹا آپریشن ہوا ہو عام طور پر انہیں چند گھنٹوں کی دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے اور اس کے بعد وہ گھر جاسکتے ہیں۔ اگر بے ہوشی یعنی آپسٹھیزیا کے بعد (Post anesthesia) یا آپریشن کے چند گھنٹوں بعد کوئی پیچیدگی ہو جائے تو مریض کو ہسپتال میں رہنا پڑتا ہے۔ مریض کی حالت کے بارے میں بے ہوشی کرنے والے ڈاکٹر یعنی آپسٹھیزیا یا لو جسٹ (Anesthesiologist) سر جری کی قسم، بے ہوشی کی قسم جو دی گئی، خون کے زیاد کی مقدار (تقریباً)، ماعنات کی کل مقدار جو دی گئی اور پیشاب کی مقدار جو آپریشن کے دوران آیا، سب کے بارے میں ایک رپورٹ تیار کر کے دیتا ہے۔ آپریشن کے دوران ہونے والی کسی بھی پیچیدگی اور سرکولیشن میں کسی تبدیلی سے نہ امداد انسف کو بھی باخبر رہنا ہوتا ہے۔

ریکوری روم میں آتے ہی سب سے پہلے مریض کے سانس کے راستے کے کھلے ہونے کا جائزہ، اس کی زندگی کی علامات یعنی واٹھ سائز اور اس کے ہوش و حواس کے معیار کا جائزہ لینا بہت اہم ہے۔

دیگر جائزوں کی فہرست درج ذیل ہے:

- ☆ سر جری یا جراحی کی جگہ (پٹی اس طرح باندھیں کہ خون کے اخراج کی کوئی گھائش یا علامت باقی نہ رہے)
- ☆ زخم میں اگر کوئی ٹیوب / نکلی لگائی گئی ہے تاکہ زخم میں سے خون وغیرہ باہر نکل جائے تو دیکھیں کہ وہ ٹیوب / نکل کھلی ہے یا کہیں اس کا منہ بند تو نہیں۔

- ☆ جسم کا درج حرارت (باپوچھر میا ہاپوچھر میا) (Hypothermia/Hyperthermia)
- ☆ ۷۱ الائے چل رہی ہے اور کس شرح پر ماعنات دیے جا رہے ہیں
- ☆ سرکولیشن اپنے اتھار پاؤں کے سروں پر محسوسات (واسکولر سر جری یا ہڈی کے آپریشن کے بعد)
- ☆ ریڑھ کی ہڈی یا مقامی طور پر بے ہوشی کی دوادینے کے بعد اس جگہ پر محسوسات چیک کرنا
- ☆ درد کی شدت
- ☆ متنی / الٹی آنا

آپریشن کی قسم اور مریض کی حالت کے مطابق اسے یا تو سر جری کے وارڈ میں یا انہائی نگہداشت کے یونٹ میں رکھا جاتا ہے۔ کیونکہ مریض بے ہوش کے بعد بھی نیند میں رہ سکتا ہے اس لئے اس کی حفاظت بنیادی مقصد ہے۔ جن مریضوں کے چھوٹے آپریشن ہوتے ہیں انہیں یا تو متعلقہ یونٹ میں رکھا جاتا ہے یا پھر جب وہ آپریشن کے بعد ایک بار پیشاب کر لیں، بستر سے خود اٹھ کر چلیں پھریں اور منہ کے ذریعے تھوڑا سا کھانا بغیر کسی مسئلے کے کھالیں تو انہیں آپریشن کے بعد براہ راست گھر بھجن دیا جاتا ہے۔

مذوائق کیلئے آپریشن کے بعد مریضہ کی دیکھ بھال میں Cesarean سیکشن (CS) کے بعد کی دیکھ بھال شامل ہے۔ مذوائق کو چاہئے کہ وہ CS کے عمل سے گزرنے والی خاتون کی بحالی صحت کی نگرانی کرنے کے ساتھ ساتھ زچگی کے بعد اس کی انفرادی ضروریات سے آگاہی اور انتظام کے علاوہ ان کے بچوں کو بھی دیکھ بھال کی سہولیات فراہم کرے۔

## 1- پہلے 24 گھنٹوں کے دوران دیکھ بھال:

پہلے آٹھ گھنٹوں میں وائٹ سائنس، سانس کا معیار، درد کی شدت، آپریشن کا زخم اور مواد کے اخراج کے لئے لگائی گئی ٹیوب(Drainage Tube) کا ہر ایک سے دو گھنٹے کے بعد معاف نہ کریں۔ سر جری کے بعد اکثر مریض کے جسم کا درجہ حرارت کم ہو جاتا ہے (ہائپو تھرمیا) Hypothermia) اس لئے درجہ حرارت پر نظر رکھنی چاہئے۔ ہو سکتا ہے کہ مریض کو گرم رکھنے کیلئے کابل دینا پڑے یا ہلکے گرم مانعات ۱۷ الگانے کی ضرورت ہو۔ سانس کے معیار کا بار بار جائزہ لیں اور مریض کو کھانے کے لئے کہیں۔ سینے کی حرکت کا مشاہدہ کریں اور دیکھیں کہ مریضہ مناسب طریقے سے کھانس سکتی ہے، اگر علامات زندگی درست ہیں اور کوئی خطرے کی بات نہ ہو تو عمل 4 گھنٹے کے وقفے سے دہرا یا جاسکتا ہے۔

بے ہوشی کی دوادینے کے بعد مریض کو منہ سے کھانے پینے کو کچھ نہ دیں (Nothing by Mouth-NPO) کم از کم اس وقت تک جب تک سر جمن اجازت نہ دے۔ ایسا عموماً کھانے اور بولنے کے عمل کی واپسی کے حوالے سے یقین دہانی کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ سر جری کے بعد مریض کامنہ اکثر خنک رہتا ہے اس لئے برف کے پانی میں سچن کو بھگو کر منہ پر لگا کیں یا لیموں اور ادرک کے پانی میں بھیگا کپڑا لگائیں۔

مائuat کے استعمال اور پیشاب کے اخراج کے عمل کا ہر ایک سے دو گھنٹے بعد جائزہ لیں۔ اگر مریضہ کو پیشاب کی نالی نہیں لگی تو مثا نے کا جائزہ اور پیشاب کی ضرورت کے حوالے سے معاف نہ جاری رکھیں۔ اگر مریضہ نے 6 سے 8 گھنٹے کے بعد تک پیشاب نہیں کیا تو ایسی صورت میں فوری طور پر ڈاکٹر کو مطلع کریں۔ درد پر قابو پانا بہت اہم ہے تا کہ مریضہ کھانس سکے، گہرے سانس لے سکے، بستر پر خود جانے کے قابل ہو اور بیٹھنے اور جہل قدی کر سکے۔ آپریشن سے پہلے موثر ہدایات کے سر جری کے بعد پہلے 24 گھنٹوں میں ثبت اثرات مرتب ہوتے ہیں۔ اگر مریضہ کو معلوم ہے کہ سانس کی ورزش نمودیا کے تدارک کے لئے اہم ہے اور بلڈ کالاٹ کو روکنے، دوران خون کو بڑھانے اور پھیپھوں کو صاف کرنے کے لئے حرکت لازمی ہے تو وہ یہ تمام کام بخوبی انجام دیں گی۔ اس حوالے سے جانکاری درد کو کم کرنے میں بھی معاون ثابت ہوتی ہے۔ سانس کی ورزش (کھاننا اور گہرے سانس لینے) کا عمل ہر ایک سے دو گھنٹے بعد کیا جائے۔ مریضہ کو ہر دو گھنٹے بعد کروٹ بدلنے اور کم از کم آٹھ گھنٹے بعد بستر کے کونے پر بیٹھنے کی ہدایت کی جائے، بشرطیکہ اس کے برکس نہ تجویز کیا گیا ہو۔ مریضہ کو کھانے اور حرکت کے دوران درد میں کمی کے لئے پیٹ کے نیچے نکلیہ رکھنے کے حوالے سے بھی بتائیں۔

(Bowel) کی آواز کی مگر انی کریں اور عموماً ایک بار یا آوازیں سن لینے کے بعد مریضہ کو کھانے پینے کی اجازت دی جائے گی۔

اہم سر جری کے بعد Thrombosis اس کی شدید علامات پر نظر رکھتے ہوئے ٹاؤنف علامات زندگی پیچ کرے۔ غیر تحرک مریضوں میں آپریشن کے بعد خصوصاً Caesarian سیشن کے عمل سے گزرنے والی خواتین میں اس کے پیدا ہونے کے خدشات زیادہ ہوتے ہیں۔ مریض سے ناگوں کے درد کے بارے میں دریافت کریں خصوصاً پنڈ لیوں میں اور سوجن اور سرخی مائل علامات کا جائزہ لیں۔ کسی تشوش کی صورت میں فوری طور پر مددیہ یکل آفیر یا سر جمن کو مطلع کریں۔

منہ کی دیکھ بھال اور حفاظت نر سنگ کا اہم اور بنیادی عمل ہے۔ اور اگر مریض آپریشن کے بعد خود سے انجام نہیں دے سکتا تو اسے صفائی کی عمومی کارروائی کے طور پر لینا چاہئے۔ صفائی کی ناقص صورتحال مختلف پیچیدگیوں جیسے نمودیا اور مسوڑوں کے درد کا سبب بنتی ہے۔ حقیقت میں حمل کے وقت خاتون کو سب سے زیادہ اپنے دانتوں اور مسوڑوں کا خیال رکھنا چاہئے کیونکہ اس وقت ہارمون میں اضافہ دانتوں اور مسوڑوں کو بیکثیر یا کیلئے حساس بنا دیتا ہے جو کہ دانتوں کے نفیکشن کا سبب بن سکتا ہے۔ منہ کا جائزہ متعلقہ دیکھ بھال کا سب سے اہم حصہ ہوتا ہے جسے مریض سے پہلی ملاقات میں بھی انجام دینا چاہئے۔ حقائق سے یہ بات ثابت ہے کہ بروقت تجزیہ منہ کی شدید پیچیدگیوں سے محفوظ رہنے میں مددگار ثابت ہوتا ہے۔

آپریشن کے بعد ماں اور بچے کی مخصوص ضرورت کا خیال رکھتے ہوئے ٹاؤنف اس بات کو لیتی بنائے کہ ماں کو مناسب آرام مل رہا ہے۔ ماں اور بچہ کو کبھی علیحدہ نہیں کرنا چاہئے بشرطیکہ اس کی اشد ضرورت ہو۔ ماں کو جیسے ہی ہوش آئے اور درد میں کمی ہوا سے دودھ پلانے کی ترغیب وہدایت دیں۔ ٹاؤنف کو بھی چاہئے کہ وہ دودھ پیدا کرنے کے عمل میں ماں کی مدد کرے جو کہ بعد میں بچے کو پلا جاتا ہے۔

ماں کو سرجری کے 8 گھنٹے کے اندر حرکت کی تلقین کرنی چاہئے۔ ہو سکتا ہے کہ caesarian section کے 24 گھنٹے بعد بھی ماں کو نس میں دوائی / بوتل گئی ہو یا پیشاب کی نالی گئی ہوتا ہم ان کے اترنے سے قبل ہی ماں کو چلنے اور اپنے بچے کی دلکشی بھال کے حوالے سے حوصلہ افزائی اور ہدایت کرنی چاہئے۔

جن مریضوں کو آپریشن کے بعد اسی دن گھر بھیج دیا جاتا ہے انہیں درد کی دوائی تجویز کی جاتی ہے اور درد کنٹرول کرنے کیلئے اور سانس کی ورزش کیلئے وہ خود ذمہ دار ہوتے ہیں۔ آپریشن سے پہلے مریض کے خاندان والوں کو بھی بعد کی احتیاطیں بتائیں۔ تاکہ وہ گھر پر مریض کی دلکشی بھال کر سکیں۔ مریض کو بتائیں کہ اگر کوئی پیچیدگی ہو یا درد کنٹرول نہ ہو تو فوراً ڈاکٹر سے رجوع کرے۔

## 2- 24 گھنٹے کے بعد کی دلکشی بھال



ابتدائی 24 گھنٹوں کے بعد اگر مریض کی حالت متوازن ہو گئی ہے تو اُنہیں سائز ہر چار سے آٹھ گھنٹے کے بعد بھی چیک کئے جاسکتے ہیں۔ خارج ہونے والے مواد کی مقدار اور انفیکشن کی علامات کو دیکھنے کیلئے آپریشن کے زخم اور پٹی کا جائزہ لیتے رہنا چاہئے۔ آپریشن کے بعد پہلے دن (First Post Operative) ڈاکٹر پٹی بدلنے کی ہدایت کر سکتا ہے یہ پٹی سڑائیں (جراشیم سے پاک) طریقے سے بلنی چاہئے۔ جو مریض گھر پر ہوں انہیں سڑائیں طریقے کی اہمیت ضرور بتانی چاہئے۔

ہسپتال میں داخل مریض کو بستر کے قریب کر کر پر بیٹھنا چاہئے اور اس وقت تک اسے سہارے سے چنان پھرنا شروع کر دینا چاہئے۔ سانس کی ورزشیں اب بھی ہر دو گھنٹے بعد کرنی چاہیں آنتوں کی آواز بھی وقت فو قتاً سنبھل چاہئے اور جیسے جیسے مریض کی حالت بہتر ہوتی جائے ڈاکٹر کی ہدایت کے مطابق اور اس آپریشن کی نوعیت کے مطابق اس کی خواراک بڑھانی چاہئے۔

ایسی پیچیدگیاں جن کے ہونے کا احتمال ہوان کی علامات کیلئے مریض کا جائزہ لیتے رہیں جیسا کہ ٹانگوں کی۔ سوجن، سرفی اور درد لیتی ڈیپ وین تھرموبوس (Deep vein Thrombosis)، مشکل سے چھوٹے چھوٹے سانس لینا یعنی پلوونزی امبولزم (Pulmonary Embolism)، آپریشن کے زخم کا کھل جانا اور آیلیس (ileus) یعنی آنتوں میں رکاوٹ آ جانا۔ اگر ان میں سے کوئی پیچیدگی ہو تو آپریشن کرنے والے ڈاکٹر کو فوراً مطلع کریں۔ اگر زخم کھل جائے تو اس پر سڑائیں سیالائیں (Saline) میں بھیگی ہوئی پٹی رکھیں۔ آپریشن کے بعد دلکشی بھال کے بارے میں مریض کو معلومات فراہم کرنی چاہئے۔ آپریشن سے پہلے کی تیاری میں اگر کوئی ایسا ٹیسٹ کرنا ہو جس میں مریض کو درد محسوس ہو تو درد کے لئے دوائی دی جاسکتی ہے۔

### کلینیکل دست

طالبات کو چھوٹے گروپس میں کلینیکل

ایریا کا دورہ کرایا جائے گا جس میں

آپریشن کے بعد بھال کا کمرہ بھی شامل

ہے تاکہ طالبات مریضوں کیلئے نرسنگ

کیسر کے بارے میں جان سکیں۔

آپریشن کے بعد کی دلکشی بھال اور صحبت پر آپریشن کے اثرات کے بارے میں مریض کو اگر کوئی تحریری مواد فراہم کیا جاسکے تو مریض کی معلومات کیلئے یہ اچھا ہے۔

بعد کی دلکشی بھال میں اس امر کی یقین دہانی شامل ہے کہ مریض پر سکون ہو، چاہے وہ بستر پر ہو یا چیسر پر اور اسے ضرورت پڑنے پر تعاون کی آسان فراہمی کی سہولت حاصل ہو۔ بے سکونی کا سبب بننے والی کسی بھی

کارروائی سے قبل درد کی دوادی جانی چاہئے۔ مریض کو کوئی بھی سوال بلا جھک پوچھنے کا موقع دیا جائے۔ بعض اوقات نر مریضہ کو مخصوص طریقے کر کے بتاسکتی ہے۔ جن پر وہ گھر لوٹنے کے بعد آسانی سے عمل کرسکتی ہے۔

Cesarean سیکشن CS سے گزرنے والی خاتون کی صحت سے متعلق کئی ایک مختصر و طویل ضرورت ہو سکتی ہیں ان میں آپریشن کے بعد عمومی ضروریات مثلاً زخم کی دیکھ بھال اور درد میں آرام کے علاوہ زچگی کے بعد مخصوص ضرورت جیسے دودھ پلانے کے عمل میں تعاون اور ہدایات /مشورے اور اینڈومیریٹس (Endometritis) (یوڑس میں انفیشن) جیسی صورتحال جو کہ زیادہ تر پیٹ (Abdominal) پر تجھیں (Vaginal) ڈلیوری سے متعلق ہے، شامل ہے۔ CS کے عمل سے گزرنے والی خاتون کو زچگی کے بعد مختلف طبی مسائل جیسے کمر درد، تھکاوٹ اور تناؤ یا بلڈ پریشر کا سامنا ہو سکتا ہے۔ اگر ان میں سے کوئی بھی علامات ظاہر ہو تو فوری طور پر ڈاکٹر کو بتانا چاہئے۔

### زخم کی حفاظت اور دیکھ بھال کی ہدایت:

☆ خواتین کو بتائیں کہ وہ کیسے اپنے زخم صاف اور خشک رکھ سکتی ہیں اور انہیں یادداہیں کہ زخم کی پٹی کی ضرورت سرجری کے 24 سے 48 گھنٹے بعد نہیں رہتی۔

☆ خاتون کو بتائیں کہ وہ پینے کیلئے استعمال ہونے والے لائل کے پانی کو زخم کی صفائی کیلئے استعمال کرسکتی ہے۔

☆ مجوہ طریقہ کا راوہ ہدایات کے مطابق ٹانکے اور کلپ ہٹائے جائیں۔

☆ خاتون کو زخم میں انفیشن کی علامات اور کیفیات سے آگاہ کریں اور کسی قسم کا انفیشن ظاہر ہونے پر اپنی کمیونٹی مددوائے یا ڈاکٹر سے رجوع کریں۔

### V۔ نرنسگ کی عملی سرگرمیاں III۔ نرنسگ نوٹ اور ریکارڈ رکھنا:

مختاط طریقے سے چیزیں نوٹ اندر راج کرنا اور ان کا درست ریکارڈ رکھنا نرنسگ کی عملی سرگرمیوں کا بہت اہم حصہ ہے۔ نرنسگ اور مددوائے کو نسل (NMC-2002) میں ہے کہ ”ریکارڈ کو اچھے طریقے سے رکھنے سے مریض اکائی کی بہتری کی حفاظت کرنے میں مدد ملتی ہے“، دنیا میں ہر جگہ نرسوں کا بنیادی مقصد بھی یہی ہے۔

کارکنان صحت کو مریض کی دیکھ بھال کے درست اور وقت پر تازہ ترین نوٹ لینے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ بروقت درست علاج کیا جاسکے اور جو ڈاکٹر مستقبل میں مریض کا علاج کرے اس کے لئے مریض کے دیکھ بھال کا درست ریکارڈ موجود ہو۔



ہمیشہ یہ فرض کرنا چاہئے کہ کسی بھی وقت کسی با اختیار خصیت کو اس ریکارڈ کی ضرورت پڑھ سکتی ہے اور وہ اس کاریکارڈ کو استعمال کر سکتا ہے اور اس کا استعمال کوڑا اپنے طریقے سے رکھنے سے مریض اکائی کی بھی ہو سکتا ہے۔ مریض کی دیکھ بھال کرنے کے پوس کا ایک قانونی، ضروری اور اہم حصہ ریکارڈ رکھنا ہے اور اس پیشے سے مسلک تمام افراد کو اپنا کام مقامی ہدایات اور پالیسیوں کے مطابق کرنا ضروری ہے۔

#### رول پلے

کسی رضا کار طالبہ کو بلا کیں۔ ایک

کسی بھی کارکن صحت سے یا میدی کی جاسکتی ہے کہ وہ مریض اکائی کو درست، جدید، جامع اور وسیع معلومات فراہم

ہتائے گی کہ نرنسگ نوٹ کیسے لکھتے ہیں۔ دیکھ بھال کے پلان کی وجہات، علاج، دیکھ بھال اور مریض کو دی گئی مدد کی وضاحت کرتی ہے۔

ریکارڈ اور نرنسگ نوٹ مندرجہ ذیل کو ظاہر کرتے ہیں:

☆ تفصیلی جائزے کی وضاحت اور دیکھ بھال کا پلان اور دیکھ بھال جو مریض کو دی گئی ہو۔ مریض یا اکائی

کاغذات بھی دکھائے گی اور ان کا

استعمال بھی بتائے گی۔

☆ نہ امداد اور اف نے اپنی ذمہ داری پوری کی ہے یعنی اس نے مریض کی دلکش بھال کیلئے تمام ضروری اقدامات اٹھائے اور جو کام وہ نہیں کر سکی ان کا مریض کی دلکش بھال اور تحفظ پر کوئی اثر نہیں پڑا۔

☆ مریض / کلامکار کی دلکش بھال کو جاری رکھنے کا جوانظمات کے ان کا اندر اج موجود ہے۔ دلکش بھال کے خلاف کسی شکایت کی چجان میں کے دوران دستاویزات اور ریکارڈ کو شوت کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے اس لئے اعلیٰ معیار کاریکارڈ رکھنا ضروری ہے۔ ہسپتال یا کورٹ میں اس شکایت کی چجان میں ہو سکتی ہے اس لئے تمام ریکارڈ ہر وقت مکمل اور درست رکھنا ضروری ہے۔ کورٹ میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ جو دلکش بھال ریکارڈ نہیں کی گئی وہ مریض کو فراہم نہیں کی گئی۔

### الف: نرسنگ جائزہ شیٹ:

جائزہ شیٹ میں مریض کا حدودار بع (مشلانام، عمر، مکمل پتہ)، داخلے کی وجہ دلکش بھال کے پلان کیلئے مریض کی تکالیف اور ضروریات، دوائیاں، الرجی اور مرض کی طبی (میڈیکل) ہسٹری شامل ہیں۔

### ب۔ نرسنگ کیسر پلان:

کیسر پلان کی دستاویز میں مندرجہ ذیل کیلئے جگہ ہوتی ہے

☆ مریض کی تکالیف اور ضروریات

☆ دلکش بھال کے مقاصد اور ضروری اقدامات کا پلان / مقصد یا نصب ایمن بنانے کیلئے سارٹ (Smart) کا استعمال کرنا چاہئے یعنی مقصد خاص ہو (S=Specific)، جانچا جاسکے (S=Measurable)، قابل حصول (M=Measurable)، قابل حصول (A=Achievable) حقیقت پسندادہ ہو (R=Realistic)، اور اس کیلئے وقت کا تعین ہو (T=Time-Oriented)۔ مثال کے طور پر ایک سارٹ (Smart) مقصد یہ ہے کہ ”سارہ بی بی 1.5 لیٹر مانعات رات 10 بجے تک پی لے گی“، یعنی کچھ مقاصد جیسا کہ ”بے چینی، بے سکونی کم کرنا“ یہ آسانی سے جانچا نہیں جاسکتا کہ کس حد تک مقصد پورا ہوا ہے اور عام طور پر مریض سے ہی پوچھا جاتا ہے کہ اس سلسلے کے متعلق کیا محسوس ہوتا ہے جس کی وجہ سے اسے بے سکونی ہے۔

☆ دلکش بھال کرنے کی سرگرمیاں ایسی ہونی چاہئیں جن سے مقصد پورا ہو سکے۔

☆ مریض کی ہتری کی جانچ اور اس پر نظر ثانی کی تاریخ کیلئے جگہ ہوتی ہے۔ اس میں جانچ کے نتائج کی جگہ اور مریض کو گھر بھینج کے پلان کی جگہ ہوتی ہے۔

☆ مریض کی ضروریات / تکالیف کا ایک بار پھر جائزہ اور ان کے مطابق پلان میں روبدل بھی شامل ہے۔ عمومی طور پر استعمال ہونے والے دستاویزات میں درج ذیل بھی شامل ہیں۔

### 1۔ واٹل سائز شیٹ

درجہ حرارت، بنس، سانس اور بلڈ پریشر کا اندر اج ایک بیادی چارٹ پر کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات بلڈ پریشر الگ چارٹ پر نوٹ کیا جاتا ہے۔ بیادی چارٹ پر پیشاب کے معائنے کے نتائج، وزن، پاخانہ کرنا اور 24 گھنٹوں میں مانعات کی لگائی مقدار اور پیشاب کی مقدار کاریکارڈ موجود ہوتا ہے۔

## 2۔ مائعات کے توازن کا چارٹ:

اسے عموماً فلوبئڈ ان ٹیک اینڈ آؤٹ پٹ چارٹ (Fluid intake and Output Chart) کہتے ہیں یا صرف فلوبئڈ چارٹ کہتے ہیں۔ اس میں 24 گھنٹوں کے دوران مائعات کی مقدار جو دی گئی ہوا اور پیشاب کی مقدار کا ریکارڈ ہوتا ہے۔ رات کو 12 بجے یا چھ بجے مائعات اور پیشاب کی مقدار جمع کر کے لکھی جاتی ہے۔ بعض اوقات 24 گھنٹوں میں مقدار یہ مقدار یعنی جمع کی جاتی ہے (یعنی ہر 12 گھنٹے بعد) مائعات کی مقدار میں جو کہ منہ کے ذریعے دی جائے، ناک سے معدے میں جانے والی نکلی سے دیا جائے (Nasogastric Tube) یا رہا راست معدے میں نکلی کے ذریعے (Gastrostomy) اور V آفیوژن، سب کیٹینس (Subcutaneous) اور مقدار کے ذریعے دیا جائے سب شامل ہیں۔ جسم سے خارج ہونے والے مائعات جیسے پیشاب، اٹھ اور ناک سے معدے میں جانے والی نکلی کے ذریعے، جلاپ لگنے سے، زخم میں مواد نکلنے کیلئے لگنی ہوئی نکلی وغیرہ سے خارج ہونے والی مقدار کا ریکارڈ رکھا جاتا ہے۔

## 3۔ پاراؤگرافس:

پاراؤگرافس زچگی کے دوران اور ماں بچ کی جاری صورتحال کے متعلق دی جانے والی دیکھ بھال/ادویات/اعلاج کے اندر اراج کے حوالے سے خصوصی اہمیت کا حامل انہیں ڈیوری کے بعد عورت کی معلومات میں درج کرنا چاہئے۔

## 4۔ دوائیوں کا ریکارڈ:

مڈواائف کے لئے دوائیوں سے متعلقہ چارٹ دیکھنا بھی ضروری ہے۔ ادویات کے بنیادی چارٹ میں مریض کا نام، عمر، وزن، الرجی کی ہسٹری، ماضی میں کسی دوائی کے عمل کی ہسٹری لکھی ہوتی ہے۔ اس چارٹ میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:

☆ دوائیاں جو صرف ایک مرتبہ ایک مخصوص وقت پر دینی ہوں جیسا کہ کسی خاص تشخیصی عمل سے پہلے نیند کی دوائی دینا۔

☆ دوائی جو کہ ایک خوراک میں فوری طور پر صرف ایک مرتبہ دینی، جیسا کہ ایک جنسی میں اڈر بینالین (Abdrenalin) دینا

☆ دوائیاں جو حسب ضرورت استعمال کرنی ہوں جیسا کہ قبض کشایا درکو آرام پہنچانے والی ادویات

☆ دوائیاں جو باقاعدہ دینی ہوں جیسا کہ اینٹھی بیانک (Antibiotic) کا سات یوم کا کورس یا لمبے عرصے کے لئے استعمال ہونے والی دوا (مثلاً ڈائی یوریٹک (Diuretic) یا جھکلوں اور ووں کیلئے دوائی) تجویز کردہ تمام ادویات کی خوراک دینے کا راستہ، لتنی مرتبہ دینی ہے (وقت کے ساتھ) شروع کرنے کی تاریخ اور بعض اوقات دوختم کرنے کی تاریخ سب لکھا ہوتا ہے۔

نرس امڈواائف جو دوادے اس کے آگے اپنے دستخط کرے۔ وہ جب دوادے ریکارڈ کرے۔ اس کا مقصد تمام عملے کو آگاہ کرنا ہے کہ کب دوادی گئی ہے اور وہ دوبارہ دوائی نہ دے۔ اسی طرح کسی بھی وجہ سے اگر وہ انہیں دی جاسکی (مثلاً مریض میٹ کلینے والڈ سے باہر ہے یا اس کی حالت ایسی نہیں کہ دوا کھا سکے) تو یہ بات بھی دوائیوں کے چارٹ پر ریکارڈ کریں اور اگر ضروری ہو تو ڈاکٹر کو مطلع کریں۔

## رج۔ معلومات فراہم کر کے رضامندی لینا (Informed Consent)

طبی سہولیات فراہم کرنے والے کارکن (ڈاکٹر یا نرس امڈواائف) کی ذمہ داری ہے کہ وہ مریض یا بچے کے والدین کو تمام ضروری طبی معلومات فراہم کر کے ان کی تحریری رضامندی حاصل کریں۔ معلومات میں مندرجہ ذیل شامل ہیں۔

☆ اس طریقے/آپریشن کے بارے میں معلومات دینا

☆ اس کے فوائد اور نتائج

☆ اس طریقے/آپریشن میں خطرات

☆ اس کے مقابل جو علاج ہو سکتا ہے  
☆ والدین امریض کسی دوسرے ڈاکٹر سے مشورہ لے سکتے ہیں  
☆ اگر والدین امریض چاہیں تو پابنا رادہ بدل سکتے ہیں  
اگر کسی بالغ میں عارضی یا داعمی طور پر سونے سمجھنے کی صلاحت نہ ہو کہ وہ رضامندی دے سکے تو کسی کو حق حاصل نہیں کروہ رضامندی دے سکے۔ بہر حال اگر یہ مریض کی بہتری کیلئے ہوتا علاج کیا جاسکتا ہے۔ بشرطیک مریض نے پہلے ہی علاج کروانے سے منع نہ کر دیا ہو۔  
مریض والدین اور طبی سہولیات دینے والا دونوں رضامندی کے فارم پر دستخط کرتے ہیں۔ اگر آپریشن ایسا ہو جس میں جسم کے کسی حصے پر کٹ آئے تو ہمیشہ یہ چیک کریں کہ مریض کو اس آپریشن کے بارے میں جانا کری ہے اور وہ جانتا ہے کہ آپریشن میں کیا ہوتا ہے۔ اگر نہ اس امدوائف کو کسی سوال کا درست جواب معلوم نہیں تو اس ڈاکٹر سے کہیں کہ وہ مریض کو اس چیز کی دوبارہ وضاحت کر دے۔ بے ہوشی یا دیگر ادوات دینے سے پہلے ضروری ہے کہ مریض رضامندی کے فارم پر دستخط کرے۔

(علاوہ ازیں امدوائف یقینی بنائے گی کہ خاتون سے (Caesarian) سیکشن سے قبل اجازت لے لی گئی۔ HIV اور STD ٹیسٹنگ کیلئے بھی اجازت کی ضرورت ہے۔ امدوائف کسی بھی اندروفنی طور پر انجام دیئے جانے والے عمل کے بارے میں پہلے مریضہ کو آگاہ کرے اور زبانی اجازت حاصل کرے، اس میں انداز نہایت ازخم کے معائنے سے قبل رضامندی / اجازت کا حصول بھی شامل ہے)

#### د۔ کسی غیر معمولی واقعہ / ایکسیڈنٹ کے نوٹس:

نہیں کیلئے ضروری ہے کہ اگر وہ کوئی بھی غیر معمولی واقعہ / ایکسیڈنٹ دیکھے جس میں مریض اکائیٹ اس کے رشتہ دار کسی مہمان یا عملے کا کوئی فراملوٹ ہو تو اس واقعہ کو ضرور ریکارڈ کرے۔ یہ واقعہ گرنے، غلط دوادیئے، کسی مہمان کے بے ہوش ہونے یا عملے کی کسی رکن پر مریض کا حملہ ہو سکتا ہے۔ اس واقع میں خاتون کے گھر کے دورے کے دوران پیش آنے والا واقعہ بھی ہو سکتا ہے۔ واقعہ کا محتاط ریکارڈ بھی رہنمائی (معیار کی مسلسل بہتری، غلطیوں سے سیکھنے اور خطرات سے بچنے کے اقدامات کرنا) اور شکایات کی صورت میں یا کسی قانونی چارہ جوئی کے لئے بہت اہم ہے۔

مندرجہ ذیل نکات نہیں امدوائف کی رہنمائی کرتے ہیں:

- ☆ جامع، درست اور با مقصد بات کریں
- ☆ جو آپ نے دیکھا صرف وہ لکھیں۔ جو دیکھ بھال دی ہے وہ بیان کریں۔ کون کون ملوث تھا اور مریض کی حالت بیان کریں
- ☆ اندازہ لگانے کی کوشش نہ کریں یا جو کچھ ہوا ہے وہ بیان کریں (مثلاً آپ ریکارڈ کریں کہ بیڈ کی اطراف پر لگا ہوا حنفی جنگلہ اور پنہیں تھا۔ لیکن یہ لکھیں کہ یہ ہی وجہ تھی کہ مریض بستر سے گر گیا)
- ☆ دیگر رسولوں اور ڈاکٹروں نے اس وقت جو کیا وہ ریکارڈ کریں۔
- ☆ اپنی روپورٹ میں لوگوں پر ازالہ نہ لگائیں
- ☆ ہمیشہ حقیقت بیان کریں۔

#### ح۔ ریکارڈ رکھنے اور نہیں امدوائف کے نوٹس لکھنے کیلئے رہنمائی

نہیں اور امدوائف جو عمل بھی انجام دیں درج کر لیں۔ ذیل میں ریکارڈ کیپنگ کی بنیادی رہنمائی دی گئی ہے۔ یہ رہنمائی مختلف اداروں کی ضروریات اور دستیاب وسائل کے مطابق تبدیل کی جاسکتی ہے

## 1۔ اسلوب تحریر اسائیل

- ☆ جو بھی بات لکھیں اس کے ساتھ اپنے دستخط کریں، تاریخ اور پھر اپنا نام اور عہدہ لکھیں
- ☆ با مقصد، جامع زبان استعمال کریں۔ عام رائے اور مخفف الفاظ لکھنے سے اجتناب کریں کہ اس طرح سمجھنے میں غلطی کا امکان ہے
- ☆ مریض کو گھر بھیجتے ہوئے اس کا ڈسپارچ لیٹر اور دیگر طبی دستاویزات (جو کہ مریض کو دیکھنے کے بعد اسے ایک ہسپتال سے کسی دوسرے ہسپتال میں ریفر کرنے پر دیا جائے) بروقت تیار کریں۔ یہ دستاویزات درست ہوں اور صاف لکھی ہوئی ہوں

## 2۔ مواد

- ☆ مریض کو جہاں سے ریفر کیا گیا ہے اس جگہ کا، ریفر کرنے والے شخص کا نام ریکارڈ کرنا یاد رکھیں (کوئی ڈاکٹر ہسپتال یا سپیشلیٹ)
- ☆ مریض کے خاندان اور دوستوں کے ساتھ اس سے متعلق اہم گفتگو بھی ریکارڈ کریں
- ☆ مریض کو ہسپتال سے چھٹی دیتے وقت فراہم کی گئی معلومات کی تفصیلات بھی ریکارڈ کریں

## 3۔ نوٹ کا درست اندر ارج کریں جس میں بعد میں کوئی تبدیلی نہ کریں:

- ☆ اندر ارج کرتے وقت درست وقت، تاریخ اور سال لکھیں
- ☆ حقیقت پر بنی درست بات کریں
- ☆ وقوع کے بعد جتنی جلدی ہو سکے نوٹ کا اندر ارج کریں تاکہ دیکھ بھال اور مریض / کائنٹ کی حالت کے بارے میں موجودہ معلومات فراہم کر سکیں

- ☆ صاف صاف اس طرح لکھیں کہ مٹایا نہ جاسکے (ربڑ سے مٹایا یا کاٹا ہو)
- ☆ تحریر میں کوئی تبدیلی کرنی ہو تو اس کے ساتھ وقت، تاریخ لکھیں اور دستخط کریں اور اصلی تحریر اپنی جگہ نظر آئے
- ☆ مخفف الفاظ، عامیانہ زبان، بے معنی جملے، غیر متعلقة قیاس آرائی اور نفرت الگیز جملے تحریر نہ کریں
- ☆ فوٹو کا پی کروانے پر بھی آسانی سے پڑھا جائے

## 4۔ غلطیاں:

- ☆ تحریر میں کسی غلطی کی صورت میں اس پر صرف ایک لکیر لگائیں
- ☆ اس پر اپنے علامتی دستخط کریں
- ☆ اس دن کی تاریخ لکھیں
- ☆ صفحہ کے ایک طرف نوٹ لکھیں کہ غلطی ہو گئی ہے اور درست چیز یہ ہے
- ☆ غلطی کو نہ مٹائیں اور نہ ہی اس پر سفید مرکب (ماچ) لگائیں۔

## 5۔ دیگر پرنسٹ شدہ (مطبوعہ) مواد

- ☆ مریض کے لیبارٹری ٹیسٹوں کے پرنسٹ شدہ نتائج بھی ریکارڈ کا حصہ ہیں۔ ان پڑاکٹ کے دستخط ہونے چاہئیں تاکہ معلوم ہو سکے کہ ڈاکٹرنے نتائج پڑھ لئے ہیں۔

## 6۔ رضامندی کا فارم

☆ مریض سے رضامندی کا فارم دستخط کروانے سے پہلے اسے فراہم کردہ معلومات کا اندراج کریں۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ آپ نے مریض کو معلومات دینے کے بعد رضامندی لی ہے۔

☆ دیکھ بھال اعلاج کے بارے میں ڈاکٹر کے ساتھ بات چیت کرنے کے بعد فارم پر دستخط کروائیں۔

## 7۔ مریض کے طبی ریکارڈ کو محفوظ رکھنا:

تمام اشیاء/دستاویزات کو مندرجہ بالائیات کے تحت پر کریں۔ مریض کی فائل میں کوئی کاغذ کھلا ہوانہ ہو۔ جو بھی مرض کی فائل دیکھے اس کے کاغذات اختیاط سے واپس فائل میں لگائے۔

## 8۔ فائل کے اندر پہلا صفحہ



اس پر تمام خبردار کرنے والی باتیں یعنی الٹ نوت (Alert Note) لکھیں۔ جن میں یہ شامل ہیں، کسی دوائی سے رد عمل، الرجی، خون کی اہم معلومات، مریض کے چلنے پھرنے، سننے اور دیکھنے کی صلاحیتوں کے بارے میں معلومات وغیرہ۔ اس صفحہ پر مریض کے بارے میں خبردار کرنے والی باتوں کے علاوہ کچھ نہ لکھیں اور نہ چپکائیں۔ اس صفحے سے مریض کی دیکھ بھال میں شامل ہونے والے عملی کو ضروری معلومات ملتی ہیں۔

کلینیکل وزٹ
طالبات کو گروپ کی صورت میں وارڈ میں لے جایا جائے گا اور متعلقہ ڈاکٹر اور نرسوں کی اجازت سے وارڈ میں استعمال ہونے والے مریضوں سے متعلق ریکارڈ فائل میں درج نوٹس ملاحظہ کئے جائیں گے۔

درج ذیل کے اظہار کیلئے ایک الٹ نوت لکھا جا سکتا ہے

☆ جن ادویات سے الرجی ہے

☆ (Anaesthetic) بے ہوشی کے مسائل الرجی

☆ کوئی شدید رد عمل

☆ ہدایات جسے ”نہ کریں“

☆ دیکھنے، سننے کی صلاحیت کی معلومات

☆ زبان/اضافی مسائل

☆ ایک ہی جنس کے جڑوں پرچے

## I۔ ریکارڈ کینگ کے عمومی معیارات اور ہسپتال میں کلینیکل نوٹس کے اعلیٰ معیار کو برقرار رکھنا

نوٹ: ریکارڈ کینگ کے معیار پر عمل بہت بہترین ہے۔ تاہم کمیونٹی مڈوائیف کو چاہئے کہ وہ لوک ہیلٹھ سسٹم میں وضع کردہ معیار کو برقرار رکھے۔

☆ تمام لکھائی انمٹ اور واضح ہو

☆ تمام نوٹس حقیقت پر مبنی، با مقصد اور صاف سترے ہوں

☆ تمام نوٹس پر وقت، تاریخ اور دستخط موجود ہوں

☆ تاریخ مکمل لکھی ہوئی ہو (مثلاً 5 Feb 2008 کی بجائے 05-02-2008 پورا لکھیں)

☆ مریض کے ٹیلی فون نمبر جن پر رابطہ کیا جا سکے لکھے ہوئے ہوں۔

- ☆ جو نوٹس طالبات نے لکھے ہوں ان پر کوئی مکمل تربیت یافتہ پیشہ ور سختکر کرے
- ☆ نوٹس میں کی گئی تمام غلطیاں صرف ایک لکیر ڈال کر کاٹیں اور ان پر لکھنے والے کے دستخط، تاریخ اور وقت لکھا ہوا ہو
- ☆ اگر مواد میں کچھ اضافہ کریں تو اس پر بھی دستخط، تاریخ اور اضافہ کرنے کا وقت لکھیں
- ☆ نوٹس میں ایسے مخفف الفاظ، بے معنی جملے، نفرت اگزیز جملے نہ لکھیں جن کا مریض کی دیکھ بھال سے کوئی تعلق نہ ہو
- ☆ مریض کی قائل کا کوئی حصہ الگ نہ ہو
- ☆ مریض کے نوٹس کو ترتیب میں لگانا سب کی ذمہ داری ہے۔ سب سے نیانوٹ سب سے اوپر اور سب سے پرانا نوٹ سب سے نیچے ہونا چاہے
- ☆ اگر ممکن ہو تو نوٹ لکھتے ہوئے مریض یا اس کی دیکھ بھال کرنے والے فرد کو شامل کر لیں تاکہ اسے بھی صورتحال کا اندازہ ہو سکے۔

 **یاد رکھیں**

ریکارڈ 25 سالوں تک محفوظ رکھے جاسکتے ہیں اور یہ نوٹ یادداشت کو تازہ کرنے میں معاون ثابت ہوتے ہیں۔

#### 7۔ مہارت حاصل کرنا:

ٹیچر طالبات کو ایک جنسی، گائیتی وارڈ، پوسٹ آپریٹوریکوری روم اور ICU میں کسی تربیت یافتہ نر لہجہ کے زیرِ نگرانی تعینات کرنے کے انتظامات کرے۔ ہر طالبہ نر سنگ کے بنیادی طریقوں پر گائیتی میں دیکھ بھال، بے ہوش مریض کی دیکھ بھال کا مشاہدہ کرے گی اور خود دیکھ بھال کرے گی اگر ممکن ہو طالبات کا اس میں نر سنگ کے بنیادی طریقوں کی عملی مشق کریں گی۔

طالبات کی تعینات کیلئے منصوبہ بندی کرتے ہوئے اس بات کو یقینی بنائیں کہ جس جگہ انہیں بھیجا جا رہا ہے وہاں پر مناسب تعداد میں تربیت یافتہ عملہ موجود ہو اور وہاں طالبات کا ہجوم نہ لگے۔ ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ طالبات کوئی نوٹ تک مختلف اوقات میں گروپوں کی صورت میں بھیجا جائے۔

طالبات کو بھینے سے پہلے اس بات کو یقینی بنائیں کہ وہاں کے عملے کو پہلے سے معلوم ہو کہ کون، کب اور کس مقصد (تربیتی مقاصد) سے وارڈ میں آ رہا ہے۔ طالبات کو ہمیشہ ایک چیک لسٹ دیں تاکہ ان کی مدد ہو سکے۔ وہاں وقت گزارنے کے بعد طالبات نے جو مفید معلومات حاصل کی ہیں۔ اس کے بارے میں پوچھیں اور بحث و مباحثہ کریں۔

طالبات تمام سرگرمیاں اپنی لگ بک میں درج کریں۔



#### ماڈیول کی دہراتی

1۔ ان طریقوں کا عملی مظاہرہ کریں

a۔ علامات زندگی معلوم کرنا یعنی درج حرارت / بخار، بُغش اور بلڈ پریشر

b۔ ہاتھ دھونے

c۔ سر جیکل سکرپ

2۔ گائیتی کے مریض کی پیرینیل کیر (Perineal care) بیان کریں

3۔ عورتوں میں کٹھیر (Catheter) ڈالنے کی وضاحت کریں

4۔ ریکارڈر کھنے اور نر سنگ نوٹس کی اہمیت کی وضاحت کریں۔