



جمهوری اسلامی ایران
Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization



استاندارد ملی ایران

۱۵۰۲۸

چاپ اول

INSO

15028

1st. Edition

مداخلات پرستاری - بررسی تنفس -

آیین کار

**Nursing Intervention-
Assessment of breathing- Code of practice**

ICS: 11.020

به نام خدا

آشنایی با سازمان ملی استاندارد ایران

مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب بند یک ماده ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱ تنها مرجع رسمی کشور است که وظیفه تعیین، تدوین و نشر استانداردهای ملی (رسمی) ایران را به عهده دارد.

نام موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب یکصد و پنجاه و دومین جلسه شورای عالی اداری مورخ ۹۰/۶/۲۹ به سازمان ملی استاندارد ایران تغییر و طی نامه شماره ۲۰۶/۳۵۸۳۸ مورخ ۹۰/۷/۲۴ جهت اجرا ابلاغ شده است.

تدوین استاندارد در حوزه های مختلف در کمیسیون های فنی مرکب از کارشناسان سازمان، صاحب نظران مراکز و مؤسسات علمی، پژوهشی، تولیدی و اقتصادی آگاه و مرتبط انجام می شود و کوششی همگام با مصالح ملی و با توجه به شرایط تولیدی، فناوری و تجاری است که از مشارکت آگاهانه و منصفانه صاحبان حق و نفع، شامل تولیدکنندگان، مصرف کنندگان، صادرکنندگان و وارد کنندگان، مراکز علمی و تخصصی، نهادها، سازمان های دولتی و غیر دولتی حاصل می شود. پیش نویس استانداردهای ملی ایران برای نظرخواهی به مراجع ذی نفع و اعضای کمیسیون های فنی مربوط ارسال می شود و پس از دریافت نظرها و پیشنهادهای در کمیته ملی مرتبط با آن رشته طرح و در صورت تصویب به عنوان استاندارد ملی (رسمی) ایران چاپ و منتشر می شود.

پیش نویس استانداردهایی که مؤسسات و سازمان های علاقه مند و ذی صلاح نیز با رعایت ضوابط تعیین شده تهیه می کنند در کمیته ملی طرح و بررسی و در صورت تصویب، به عنوان استاندارد ملی ایران چاپ و منتشر می شود. بدین ترتیب، استانداردهایی ملی تلقی می شوند که بر اساس مفاد نوشته شده در استاندارد ملی ایران شماره ۵ تدوین و در کمیته ملی استاندارد مربوط که سازمان ملی استاندارد ایران تشکیل می دهد به تصویب رسیده باشد.

سازمان ملی استاندارد ایران از اعضای اصلی سازمان بین المللی استاندارد (ISO)^۱، کمیسیون بین المللی الکتروتکنیک (IEC)^۲ و سازمان بین المللی اندازه شناسی قانونی (OIML)^۳ است و به عنوان تنها رابط^۴ کمیسیون کدکس غذایی (CAC)^۵ در کشور فعالیت می کند. در تدوین استانداردهای ملی ایران ضمن توجه به شرایط کلی و نیازمندی های خاص کشور، از آخرین پیشرفت های علمی، فنی و صنعتی جهان و استانداردهای بین المللی بهره گیری می شود.

سازمان ملی استاندارد ایران می تواند با رعایت موازین پیش بینی شده در قانون، برای حمایت از مصرف کنندگان، حفظ سلامت و ایمنی فردی و عمومی، حصول اطمینان از کیفیت محصولات و ملاحظات زیست محیطی و اقتصادی، اجرای بعضی از استانداردهای ملی ایران را برای محصولات تولیدی داخل کشور و/ یا اقلام وارداتی، با تصویب شورای عالی استاندارد، اجباری نماید. سازمان می تواند به منظور حفظ بازارهای بین المللی برای محصولات کشور، اجرای استانداردهای کالاهای صادراتی و درجه بندی آن را اجباری نماید. همچنین برای اطمینان بخشیدن به استفاده کنندگان از خدمات سازمان ها و مؤسسات فعال در زمینه مشاوره، آموزش، بازرسی، ممیزی و صدور گواهی سیستم های مدیریت کیفیت و مدیریت زیست محیطی، آزمایشگاه ها و مراکز کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، سازمان ملی استاندارد ایران این گونه سازمان ها و مؤسسات را بر اساس ضوابط نظام تأیید صلاحیت ایران ارزیابی می کند و در صورت احراز شرایط لازم، گواهینامه تأیید صلاحیت به آن ها اعطا و بر عملکرد آن ها نظارت می کند. ترویج دستگاه بین المللی یکاها، کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، تعیین عیار فلزات گرانبها و انجام تحقیقات کاربردی برای ارتقای سطح استانداردهای ملی ایران از دیگر وظایف این سازمان است.

1- International Organization for Standardization

2 - International Electrotechnical Commission

3- International Organization of Legal Metrology (Organisation Internationale de Metrologie Legale)

4 - Contact point

5 - Codex Alimentarius Commission

کمیسیون فنی تدوین استاندارد

« مداخلات پرستاری - بررسی تنفس - آیین کار »

رئیس :

رئیس کل سازمان نظام پرستاری

میرزا بیگی، غضنفر
(کارشناس ارشد کارافزینی)

دبیر :

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
معاون فنی سازمان نظام پرستاری

سالمی ، صدیقه
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری)

اعضاء : (اسامی به ترتیب حروف الفبا)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

پروین ، لیلی
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی-جراحی)

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
نایب رئیس شورای عالی سازمان نظام پرستاری

جعفری ، یعقوب
(کارشناس ارشد بیهوشی)

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چراغی ، محمد علی
(دکترای پرستاری)

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

حیدری ، عباس
(دکترای پرستاری)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

رضوی ، مریم
(کارشناس پرستاری)

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

شمسی ، شمس الدین
(کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه)

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی

عباس زاده ، عباس
(دکترای پرستاری)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
مدیریت پرستاری بیمارستان تهرانپارس

مصطفوی ، اشرف
(کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه)

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
ب	آشنایی با سازمان ملی استاندارد
ج	کمیسیون فنی تدوین استاندارد
ه	پیش‌گفتار
۱	۱ هدف و دامنه کاربرد
۱	۲ مراجع الزامی
۱	۳ اصطلاحات و تعاریف
۱۵	۴ اهداف مداخله‌ای
۱۵	۵ حداقل وسایل مورد نیاز
۱۵	۶ روش انجام کار
۱۶	۷ شرایط انجام کار
۱۶	۸ شرایط ارائه دهنده خدمت
۱۶	۹ نکات آموزشی
۱۸	پیوست الف (الزامی) حقوق مددجو / بیمار
۱۹	پیوست ب (الزامی) منشور حقوق بیمار / مددجو در ایران

پیش گفتار

استاندارد " مداخلات پرستاری - بررسی تنفس - آیین کار " که پیش نویس آن در کمیسیون های مربوط به موجب بند ۵ ماده ۳ قانون سازمان نظام پرستاری مصوب ۸۱/۹/۱۱ مجلس شورای اسلامی توسط سازمان نظام پرستاری تهیه و تدوین شده است و در سی و چهارمین اجلاس کمیته ملی استاندارد خدمات مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۵ مورد تصویب قرار گرفته است ، اینک به استناد بند یک ماده ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران ، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱، به عنوان استاندارد ملی ایران منتشر می شود .

برای حفظ همگامی و هماهنگی با تحولات و پیشرفت های ملی و جهانی در زمینه صنایع ، علوم و خدمات ، استانداردهای ملی ایران در مواقع لزوم تجدید نظر خواهد شد و هر پیشنهادی که برای اصلاح و تکمیل این استانداردها ارائه شود ، هنگام تجدید نظر در کمیسیون فنی مربوط مورد توجه قرار خواهد گرفت . بنابراین ، باید همواره از آخرین تجدید نظر استانداردهای ملی استفاده کرد .

منبع و ماخذی که برای تهیه این استاندارد مورد استفاده قرار گرفته به شرح زیر است :

۱ - بلک و هوکس . پرستاری داخلی و جراحی . ترجمه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی . ۱۳۸۵ تهران جامعه نگر ، سالمی .

۲ - سازمان نظام پرستاری . استاندارد های خدمات پرستاری . تهران . ۱۳۸۵ .

3 - Jadith schilling. Nursing Procedures. Fifth Edition.2009

4 - Karen,Holland.Mini Encyclopaedia of nursing.2005

5 - Smeltzer,Suzanne C.Hinkle,Janice L.Brunner and Suddarth Textbook of Medical –Surgical Nursing .11th Edition,Philadelphia: Lippincott Co.,2010

مداخلات پرستاری - بررسی تنفس - آیین کار

۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد شناسایی و اجرای اصول کلی مداخلات پرستاری در بررسی تنفس جهت تعیین تعداد ، ریتم ، عمق ، الگوی تنفس و صداهای تنفس ، تهیه اطلاعات پایه برای تشخیص بیماری ها ، تهیه اطلاعات پایه قبل از تجویز برخی داروها مثل مرفین و نمایش طرح گام به گام این خدمت به منظور بهبود کیفیت کار ، پیشگیری از خطاهای احتمالی و همچنین امکان اجرای یکسان خدمات می باشد .

این استاندارد برای موارد زیر کاربرد دارد :

الف- در کلیه بخش های اورژانس ، عمومی و تخصصی در صورت نیاز به کنترل تنفس مدد جو /بیمار برای ارائه مراقبت های پرستاری یکسان و روشن .

ب - در مراجع قضائی به منظور سندی قیاسی برای بررسی کیفیت اقدامات انجام شده .

۲ مراجع الزامی

این بند در این استاندارد کاربرد ندارد .

۳ اصطلاحات و تعاریف

در این استاندارد اصطلاحات و تعاریف زیر به کار می رود :

۱-۳

پرستار^۱

فردی که موفق به کسب دانشنامه کارشناسی در رشته پرستاری گردیده است .

۲-۳

بهیار^۲

این رشته در برگیرنده طبقات مشاغلی است که متصدیان آن ها تحت نظارت کلی در یک واحد بهداشتی و درمانی در فعالیت های پرستاری همکاری داشته و همچنین ممکن است در زایمان های طبیعی زنان باردار کمک نموده و از مادران و نوزادان مراقبت نمایند .

1- Nurse

2- LPN/ Licensed Practical Nurse

۳-۳

کمک پرستار^۱

فردی دیپلمه که طی یک آموزش مرتبط ، آموزش های لازم را در زمینه انجام اموری از قبیل اجرای دستورات بهداشتی و درمانی و کمک به پرستاران و بهیاران را فرا گرفته و تحت نظارت کلی این خدمات را در بیمارستان جهت مددجویان / بیماران ارائه می دهد .

۴-۳

مددجو / بیمار^۲

شخصی که برای دریافت خدمات درمانی به یکی از مراکز بهداشتی / درمانی مراجعه می کند .

۵-۳

صدای استریدور^۳

صدای تنفس خشن با فرکانس بالا که اغلب در انسداد حاد حنجره یا انسداد راه هوایی فوقانی شنیده می شود .

۶-۳

کراکل^۴

صدای خشنی است که در بافت ریوی مبتلا به مشکلات عفونی یا التهابی شنیده می شود . این صدا ممکن است در یک یا هر دو ریه وجود داشته باشد و برای سمع آن نیاز به گوشی پزشکی است .

۷-۳

سیانوز^۵

آبی یا کبود شدن بافت مخاطی یا پوست که معمولاً نشان دهنده کمبود اکسیژن در جریان خون است .

۸-۳

آمفیزم^۶

بیماری که طی آن دیواره آلوئول ها تخریب می شوند و جزء طبقه بندی COPD تقسیم بندی می شوند .

۹-۳

آسم^۷

بیماری مزمن التهابی مجاری هوایی که با علائم برگشت پذیر همراه است .

۱۰-۳

1- Nurse assistant

2- Patient /Client

3- Stridor

4- Crackles

5- Cyanosis

6- Emphysema

7. asthma

ریتم^۱

در بررسی تنفس منظور نظم تنفس است .

۱۱-۳

رفلکس^۲

واکنش خودکار نسبت به محرک ها .

۱۲-۳

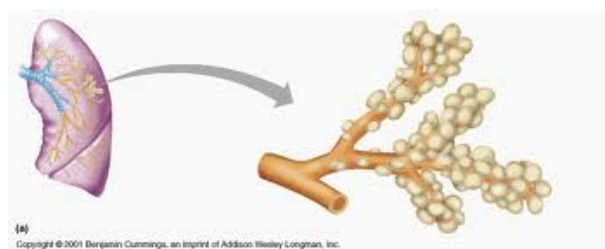
رفلکس تهوع^۳

اق زدن یا وادار شدن به استفراغ . این واکنش ، یک واکنش طبیعی عصبی است که با لمس کام نرم یا قسمت انتهایی حلق ایجاد می شود و به صورت یک حرکت هماهنگ با بالا رفتن کام و انقباض و بیرون آمدن زبان و انقباض ماهیچه های حلقی همراه است . این رفلکس در اثر تحریک عصب زبانی- حلقی و واگ ایجاد می شود .

۱۳-۳

برونشیول^۴

برونش های اصلی به همراه عروق خونی و اعصاب از طریق ناف ریه وارد ریه طرف خود شده و به برونش های لوبی تقسیم می شوند . برونش های لوبی مرتبا تقسیم و کوچک تر می شوند . این تقسیمات آن قدر ادامه یافته تا نهایتا برونشیول ها به وجود می آیند . برونشیول ها فاقد غضروف هستند و از بافت عضلانی نرم شبیه به خود نسج ریه ساخته شده اند این برونشیول ها حاوی غدد مترشحه موکوس هستند که در سر تا سر راه هوایی وجود دارد



شکل ۱ - برونشیول

۱۴-۳

دیسترس تنفسی^۵

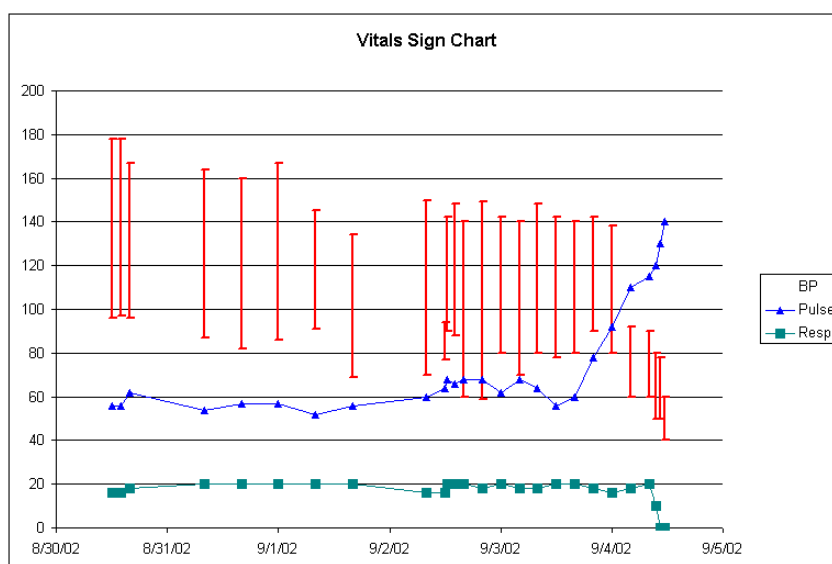
پاسخ غیر اختصاصی ریه به انواع بیماری های ریوی و غیر ریوی که روی سیستم تنفسی تاثیر می گذارند و با نشت مایع به فضای بینابینی ، خونریزی ، آلوئولی ، تلکتازی ، کاهش ظرفیت ریه و هایپوکسی مقاوم مشخص می شود .

1. Rhythm
2. Reflex
3. Gag reflex
4. Bronchiole
5. Acute Respiratory Distress Syndrome/ ADRS

۱۵-۳

فرم علائم حیاتی^۱

فرمی که عمده ترین مقیاس های بدن مانند درجه حرارت ، نبض ، فشارخون ، تعداد تنفس بعد از بررسی در آن ثبت می شود .



شکل ۲ - فرم علائم حیاتی

۱۶-۳

عضلات دوزنقه‌ای یا تراپزیوس^۲

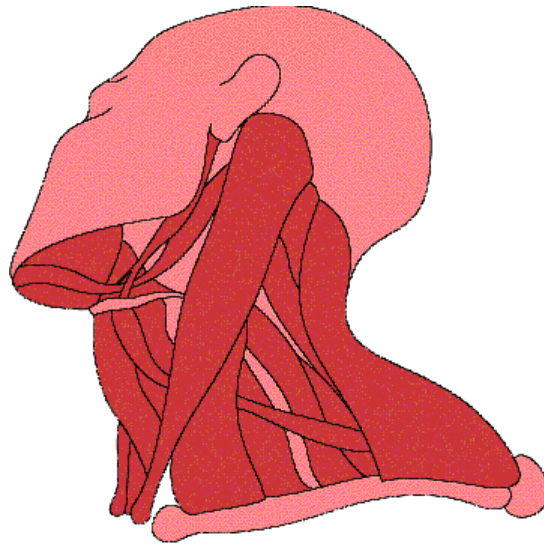
تراپز یا تراپزیوس ، عضله مثلثی شکلی است که از گردن تا وسط پشت امتداد دارد و از طرفین گردن به سرشانه‌ها متصل است .

۱۷-۳

عضلات گردنی^۳

عضلات گردنی از دو بخش قدامی و خلفی تشکیل شده است . عضلات قدامی شامل عضله ی پلاتیسم ، عضله استرنوکلیدوماستوئید است . عضلات خلفی گردن که در ۴ طبقه قرار دارند . عضلات سطحی بزرگ ترند و از تنه و پشت شروع شده ، به استخوان های اکسی پیتال و مهره های گردن متصل می شوند . طبقات عمقی تر شامل عضلات کوچکی هستند که از مهره های فوقانی گردن تا استخوان اکسی پیتال جمجمه (یکی از ۸ استخوان کاسه سر) کشیده می شوند . عمل این عضلات ، کشیدگی و راست شدن ستون مهره ای است .

1. Vital sign chart
2. Trapezius
3. Neck muscles

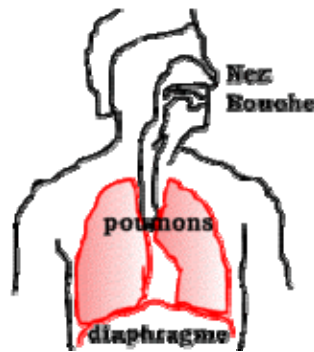


شکل ۳- عضلات گردنی

۱۸-۳

عضله دیافراگم^۱

عضله ای گنبدی شکل است که بین حفره قفسه سینه و حفره شکم قرار دارد . در زمان دم این عضله منقبض شده و صاف می گردد ، در زمان بازدم این عضله مجدداً مقعر شده و به محل اصلی خود بر می گردد . در تنفس عادی دیافراگم ۱٫۵ سانتی متر و در تنفس عمیق ۷-۸ سانتی متر پایین می رود .



شکل ۴- عضله دیافراگم

۱۹-۳

عضلات بین دنده ای داخلی^۱

تعداد این عضلات در هر طرف ۱۱ عدد است . از نظر مبدا و انتها مشابه عضلات بین دنده ای خارجی است . جهت الیاف در این عضلات، به سمت پایین و عقب می باشد.



شکل ۵ - عضلات بین دنده ای داخلی

۲۰-۳

عضلات بین دنده ای خارجی^۲

این عضلات در هر طرف ۱۱ عدد هستند . هر عضله از لبه تحتانی دنده شروع شده و بر روی لبه ی فوقانی دنده تحتانی می چسبند . جهت الیاف به سمت پایین و جلو است . عمل عضله بین دنده ای خارجی آن است که طی عمل دم ، دنده ها را بالا برده و باعث افزایش قطر قدامی خلفی و عرضی قفسه سینه می شود . همچنین این عضله قادر است که با کمک عضلات شکم ، دنده ها را در جریان عمل بازدم ، به سمت پایین بکشد . این عضله حدود ۸۰٪ از کار تنفس را انجام می دهد .



شکل ۶ - عضلات بین دنده ای خارجی

۲۱-۳

عضلات تنفسی^۳

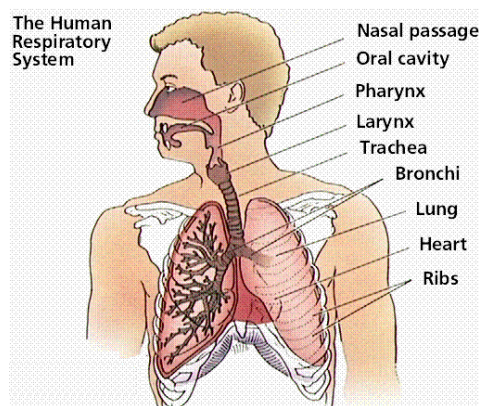
شامل عضلات دمی و عضلات بازدمی می شود .

1. Internal intercostals muscle
2. External intercostals muscle
3. Respiratory muscles

۲۲-۳

مجاری هوایی^۱

دستگاه تنفس از نظر آناتومی به دو قسمت مجاری تنفسی فوقانی و مجاری تنفسی تحتانی تقسیم می شود .



شکل ۷ - مجاری هوایی

۲۳-۳

مجاری تنفسی فوقانی^۲

شامل بینی حلق و حنجره است که وظیفه آن ها عبور هوا گرم و مرطوب کردن هوا و تصفیه هوا می باشد
غضروف کریکوئید مرز بین مجاری هوایی فوقانی و تحتانی است .

۲۴-۳

مجاری تنفس تحتانی^۳

شامل نای ، نایژه ، نایژک ، نایژک انتهایی و کیسه آلوئولی می باشد . تا نایژک انتهایی هوا فقط وارد و خارج
می شود و هیچ تبادل گازی انجام نمی شود . تبادلات گازی در سطح کیسه های هوایی صورت می گیرد .

۲۵-۳

کام^۴

سقف دهان از دو بخش تشکیل شده است که قسمت قدامی آن از کام سخت و قسمت خلفی آن از کام نرم
تشکیل شده است .

۲۶-۳

کام نرم^۵

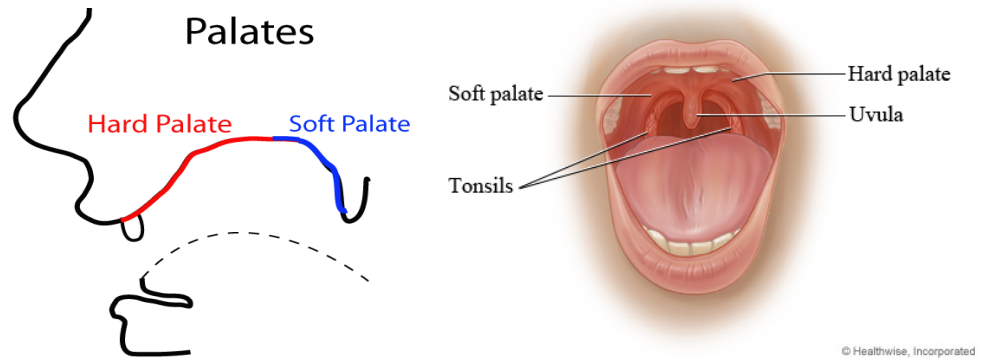
کام نرم فاقد اسکلت استخوانی است و از یک پرده عضلانی- مخاطی تشکیل شده است .

1. Respiratory tract
2. Upper respiratory tract
3. Lower respiratory tract
4. palate
5. Soft palate

۲۷-۳

کام سخت^۱

کام سخت از زائده ی کامی استخوان ماگزیلا و صفحه ی افقی استخوان کام تشکیل شده است .



شکل ۸ - کام سخت

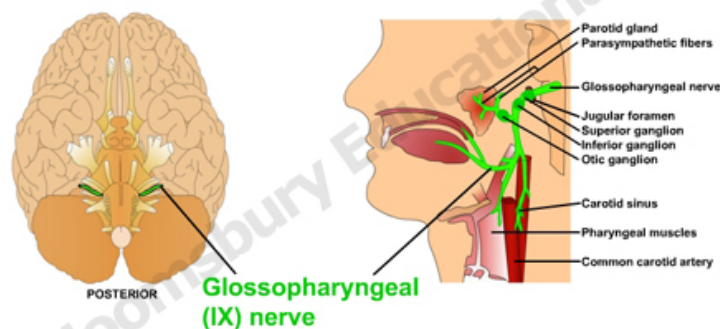
۲۸-۳

عصب زبانی - حلقی^۲

این عصب ، زوج نهم از میان دوازده جفت عصب مغزی بوده که دارای اعمال حسی و حرکتی است . این عصب مختلط است و از بصل النخاع منشا می گیرد . این عصب به مخاط حلق و عضله نیزه ای حلقی عصب می دهد . ضمناً محتوی الیاف پاراسمپاتیک است که مسئول ترشح غده بزاقی بناگوشی است . این عصب حس عمومی و چشایی یک سوم خلفی زبان را نیز تامین می کند .

Glossopharyngeal nerve (IX)

Inferior aspect of brain



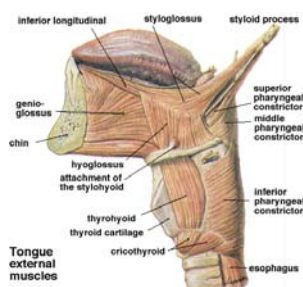
Pascalis Spyrou

شکل ۹ - عصب زبانی - حلقی

1. palate Hard
2. Glossopharyngeal nerve

ماهیچه های حلقی^۱

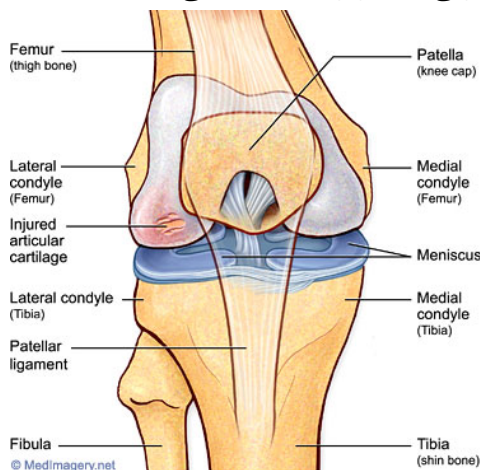
حلق یک مجرای عضلانی غشایی است . حلق دارای دو سری عضلات است ، یک دسته عضلات تنگ کننده و دسته ی دیگر ، شامل عضلات بالا برنده می باشد . با انقباض عضلات بالا برنده حلق ، حلق حنجره تا خلف غضروف اپی گلوت بالا رفته و مدخل حنجره بسته می شود . با حرکات تنگ کننده ی حلق غذا به قسمت های تحتانی حلق می رسد .



شکل ۱۰ - ماهیچه های حلقی

غضروف^۲

نوعی از بافت همبند پشتیبان (شامل بافت غضروفی و استخوانی) است که از سه جزء سلول ، رشته و ماده ی زمینه تشکیل یافته است . اعمال غضروف شامل حمایت از بافت های نرم ، تسهیل حرکات استخوان ، لغزنده سازی مفاصل و ایجاد امکان رشد طولی استخوان های بلند می باشد .



شکل ۱۱ - غضروف

1. Pharyngeal muscles
2. Cartilage

۳-۳۱

غدد^۱

اجتماعی از سلول ها که جهت ترشح یا تراوش موادی که جزء نیازمندی های متابولیک معمول آن ها نیستند ، اختصاص یافته اند . یک غده مجموعه ای از سلول هاست که مواد شیمیایی تولید و ترشح کرده و بیرون می دهد . غده موادی را از خون انتخاب کرده و بیرون می کند ، روی آن ها فرایندهایی انجام می دهد و مواد شیمیایی حال را برای استفاده در یک نقطه از بدن آزاد می کند .

غدد از نظر تعداد سلول ها به دو گروه غدد تک سلولی و چند سلولی و از نظر مکانیسم ترشح به سه گروه غدد مروکرین و غدد آپوکرین و غدد هولوکرین تقسیم بندی می شوند .

غدد از نظر منشاء و نحوه ی شکل گیری به دو دسته غدد درون ریز و غدد برون ریز تقسیم می شوند .

۳-۳۲

غدد اندوکرین (درون ریز)^۲

ارگان هایی که ترشحات آن ها (هورمون ها) مستقیماً وارد جریان خون می شوند . این غدد شامل هیپوفیز ، تیروئید و پاراتیروئید غدد فوق کلیوی جسم پینه آل و غدد جنسی می باشند .

۳-۳۳

غدد اگزوکرین (برون ریز)^۳

غده ای که ترشحات آن از طریق یک مجرا به داخل یا خارج از سطح بدن تراوش می کند .

۳-۳۴

موکوس^۴

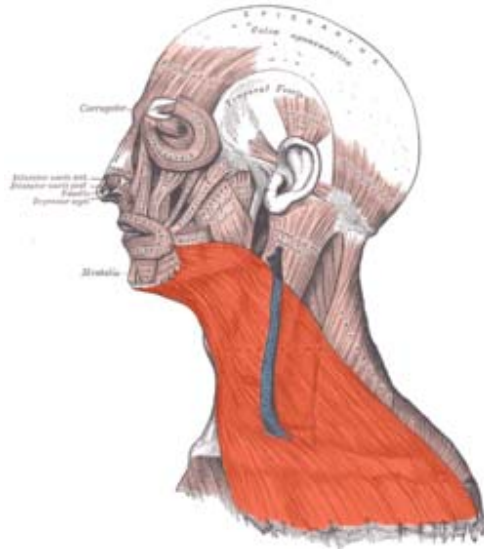
سطح آزاد و چسبناک غشاء مخاطی که از مواد مترشحه غدد ، نمک های گوناگون و لوکوسیت ها تشکیل شده است .

۳-۳۵

عضله ی پلاتیسم^۵

عضله ی پهن ، نازک و زیر پوستی است که از پوشش بخش فوقانی قفسه سینه شروع و به گوشه لب پوست چانه و کنار تحتانی تنه فک پایینی متصل می شود . عمل این عضله پایین کشیدن استخوان فک و بازکردن دهان می باشد .

-
1. Glands
 2. Endocrine glands
 3. Exocrine glands
 4. Mucus
 5. Platysma

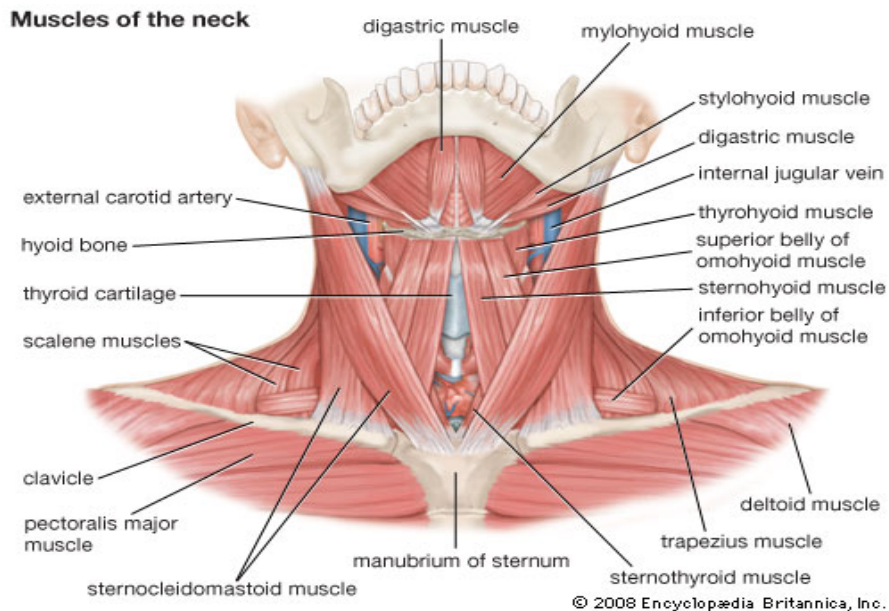


شکل ۱۲ - عضله ی پلاتیسمما

۳-۳۶

عضله استرنوکلیدوماستوئید^۱

این عضله در قسمت قدامی گردن واقع شده است و از دسته استرنوم و یک سوم داخلی استخوان ترقوه شروع شده و به استخوان های تمپورال و اکسی پیتال متصل می شود . اگر عضله در یک طرف منقبض شود سر به طرف منقبض شده و صورت به طرف مقابل کشیده می شود ، اگر این عضله در دو طرف با هم منقبض شود سر به جلو کشیده شده و گردن خم می شود .



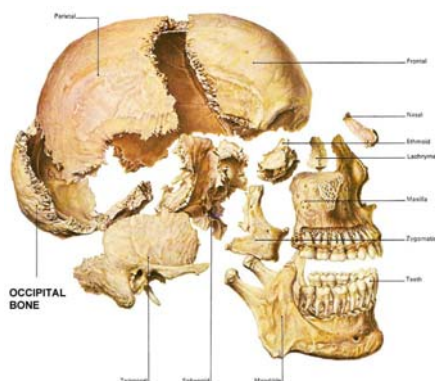
شکل ۱۳ - عضله استرنوکلیدوماستوئید

1. Sternocleidomastoid

۳۷-۳

استخوان اکسی پیتال^۱

استخوان اکسی پیتال جمجمه یکی از ۸ استخوان کاسه سر می باشد که در قسمت پشت سر قرار دارد .



شکل ۱۴ - استخوان اکسی پیتال

۳۸-۳

مرفین^۲

رده فارماکولوژیک (دارویی) مورفین ضد درد و رده درمانی مورفین ضد درد مخدر می باشد . اشکال دارویی آن تزریقی ۱۰ میلی گرم در سی سی و قرص ۱۰ میلی گرم می باشد .

۳۹-۳

الگوی تنفس^۳

در الگوی (نوع) تنفس ، تعداد و عمق تنفس مورد بررسی قرار می گیرد که افراد مختلف ، در شرایط گوناگون الگوهای تنفسی متفاوتی دارند .

۴۰-۳

خرخر^۴

خرخر به صورت سر و صدایی خشن و کلفت و نامنظم با درجات متفاوتی از شدت ، فرکانس و طنین هنگام خواب در زمان بازدم می باشد که به علت ارتعاش کام نرم است .

۴۱-۳

عصب واگ^۵

عصب واگ طولانی ترین عصب مغزی است که از ساقه مغز تا اندامهای داخلی شکم امتداد دارد . این عصب ، عصب دهم جمجمه ای از ۱۲ جفت عصب مغز است . این عصب مخلوطی از الیاف حسی و حرکتی است . الیاف

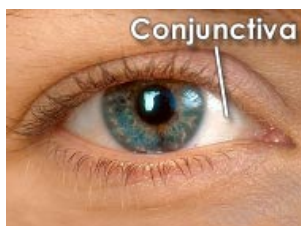
1. Occipital
2. Morphine sulfate
3. Breathing Pattern
4. Snore
5. Vagus nerve

حسی ، حس را از حلق حنجره نای مری احشای قفسه سینه و شکم به مغز منتقل می کند . الیاف حرکتی از دستگاه عصبی مرکزی به قلب عضلات احشاء عضلات حلق حنجره و غدد می رود .

۴۲-۳

ملتحمه چشم^۱

یک غشای مخاطی و نازک و حاوی عروق خونی ظریف است که عمل تغذیه و محافظت در برابر محیط خارجی چشم را بر عهده دارد .



شکل ۱۵ - ملتحمه چشم

۴۳-۳

نوزادی^۲

از تولد تا ۲۸ روزگی دوران نوزادی نامیده می شود .

۴۴-۳

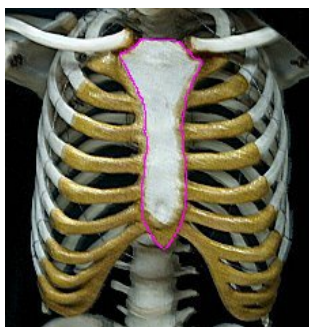
نوپایان^۳

از ۱ تا ۳ سالگی دوران نوپایی نامیده می شود .

۴۵-۳

استخوان جناغ^۴

استخوانی به طول ۲۰ سانتی متر که در قسمت میانی قفسه سینه قرار دارد .



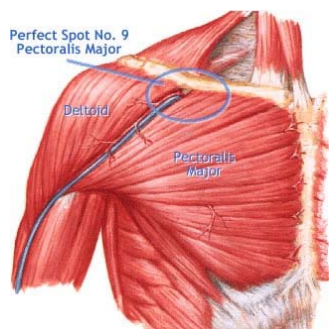
شکل ۱۶ - استخوان جناغ

1. Conjunctiva
2. Infancy
3. Toddler
4. Sternum

۴۶-۳

عضله سینه ای بزرگ^۱

عضله ی پهن و سه گوشه است که از سطح جلویی استخوان جناغ (استرنوم) و غضروف های دنده ای اول و هفتم و نیز نیمه داخلی ترقوه مبدا گرفته و از طرف دیگر به استخوان بازو متصل می شود . این عضله باعث چرخش و دور کردن آن از بدن می شود .



شکل ۱۷ - عضله سینه ای بزرگ

۴۷-۳

عضلات جناغی^۲

عضله ای است که به موازات استرنوم (استخوان جناغ) و بر روی قسمت دنده ای جناغی عضله سینه ای بزرگ کشیده شده است .

۴۸-۳

عضله اسکلتی^۳

این عضله با نام های دیگری مانند مخطط ، اسکلتی یا ارادی نیز نامیده می شود . حرکت این عضله به صورت ارادی انجام می شود .

عضلات مخطط (اسکلتی یا ارادی) از دستجات موازی سلول های عضلانی تشکیل شده اند که روکشی از بافت نرم دارند . شکل و اندازه عضلات به عملکرد آن ها بستگی دارد . عضلات اسکلتی در حرکات و حالت گیری بدن و نیز تولید گرما دخالت دارند . با انقباض عضله ، دو نقطه اتصال آن به هم نزدیک می شوند و در نتیجه عضو حرکت می کند .

۴۹-۳

آلوئول^۴

1. Pectoralis major
2. Sternal muscle
3. Skeletal muscle
4. Alveoli

هر کیسه هوایی شامل چندین حبابچه یا آلئول می باشد . تبادل گازی بین اکسیژن و دی اکسید کربن فقط در دیواره آلئولی صورت می گیرد .

۵۰-۳

بیماری مزمن ریه^۱

بیماری های مزمن انسدادی به بیماری هایی اطلاق می گردد که در آن جریان هوا محدود شده و معمولا غیر قابل برگشت است.

۴ اهداف مداخله ای

۱-۴ تعیین تعداد ، ریتم ، عمق ، الگوی تنفس و صداهای تنفس .

۲-۴ ثبت یافته ها و گزارش موارد غیرعادی .

۳-۴ تهیه اطلاعات پایه برای تشخیص بیماری ها .

۴-۴ تهیه اطلاعات پایه قبل از تجویز برخی داروها مانند مرفین و غیره .

۵ حداقل وسایل مورد نیاز

۱-۵ ساعت دارای ثانیه شمار .

۲-۵ برگه ثبت علائم حیاتی .

۶ روش انجام کار

۱-۶ قرار دادن نوک انگشتان بالای شریان و نگاه به قفسه سینه مددجو / بیمار ، ولی به بیمار گفته نشود که هدف شمردن تنفس است ، چرا که گفتن این موضوع تمرکز مددجو / بیمار را روی تنفس افزایش می دهد و ممکن است تعداد تنفس را تغییر دهد . بهترین زمان برای کنترل تنفس بلافاصله بعد از کنترل نبض می باشد .

۲-۶ شمارش تنفس با مشاهده بالا و پایین رفتن دیواره قفسه سینه یا دست دیگر مددجو / بیمار روی قفسه سینه قرار داده شده ، بالا و پایین رفتن آن شمارش شود . هر بار بالا و پایین رفتن سینه یک تنفس حساب می شود .

۳-۶ محاسبه تعداد تنفس بدین صورت که تنفس برای ۳۰ ثانیه شمارش شده و در ۲ ضرب می شود . در صورتی که تنفس نامنظم است برای محاسبه تغییرات در الگو و تعداد تنفس در ۶۰ ثانیه کامل شمارش می شود .

۴-۶ ثبت و توجه بر مسائلی چون صداهای تنفس از قبیل استریدور ، خس و خس و خر در بازدم در حالی که تنفس شمارش می شود .

۵-۶ ثبت تعداد ، عمق ، نظم و صداهای تنفسی مددجو / بیمار .

1. COPD /Chronic Obstructive Pulmonary Disease

۷ شرایط انجام کار

۷-۱ دقت و صحت در انجام کار .

۷-۲ حفظ حریم و حرمت مددجو / بیمار .

۷-۳ ارائه توضیحات لازم به مددجو / بیمار در مورد کنترل علائم حیاتی بدون قید این که تنفس وی کنترل می شود (مدت زمان لازم برای ارائه این خدمت ۹۰ ثانیه) .

۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

این خدمت توسط پرستار ، بهیار و کمک پرستار و درکلیه بخش های بیمارستانی در صورت نیاز انجام می شود .

۹ نکات آموزشی

۹-۱ در کودکان ، خرخر نشان دهنده دیسترس تنفسی قریبالوقوع می باشد .

۹-۲ در سالمندان ، خرخر در زمان بازدم نشان دهنده انسداد نسبی راه هوایی یا رفلکس عصبی عضلانی می باشد .

۹-۳ در بررسی تنفس حرکات سینه مددجو / بیمار مشاهده می شود و به تنفس او برای تعیین ریتم و صداهای تنفسی گوش فرا داده شده و از الگوی بالا استفاده می شود .

۹-۴ در تعیین دیگر صداهای تنفس مثل کراکل ها نیاز به گوشی می باشد .

۹-۵ مددجو / بیمار را از نظر استفاده از عضلات کمکی از قبیل استفاده از عضلات ذوزنقه‌ای ، جناغی و گردنی مشاهده کنید . استفاده از این عضلات نشان دهنده ضعف دیافراگم و عضلات بین دنده‌ای خارجی است که بزرگترین عضلات موثر درتنفس می باشند .

۹-۶ تنفس کمتر از ۴ تا ۸ تا در دقیقه معمولاً غیرطبیعی است . شروع ناگهانی هر کدام از تنفس ها باید گزارش شود . مددجو / بیمار از نظر علایم سختی تنفس از قبیل موارد زیر بررسی می شود :

۹-۶-۱ برای تشخیص سیانوز به علایمی مانند تغییر رنگ مایل به آبی در مخاط ، بستر ناخن ها ، لب ها ، زیر زبان ، مخاط گونه یا ملتحمه چشم توجه می شود .

۹-۶-۲ در بررسی وضعیت تنفسی مددجو / بیمار به تاریخچه شخصی و خانوادگی وی توجه شود . از او درباره استعمال دخانیات (تعداد سال ها و تعداد سیگار در روز) سوال شود .

۹-۷ نکات قابل توجه در کودکان

۹-۷-۱ زمانی که صدای استریدور در اطفال و کودکان شنیده می شود به فرو رفتگی زیر جناق سینه یا عضلات بین دنده‌ای توجه شود .

۹-۷-۲ خس خس به علت انسداد نسبی برونش های کوچک تر یا برونشیول ها در مرحله بازدم پدید می آید . این صدای پر زیرو بم منظم در مددجویان / بیماران دارای آمفیزم و آسم شایع می باشد .

۹-۷-۳ تعداد تنفس در کودکان در پاسخ به ورزش ، بیماری و هیجانات ممکن است دو برابر شود . تعداد تنفس طبیعی در **نوزادان** (از تولد تا ۲۸ روزگی) ۳۰ تا ۸۰ بار در دقیقه ، **نوپایان** (تا ۳ سالگی) ۲۰ تا ۴۰ بار ،

کودکان در سن مدرسه و بالاتر ۱۵ تا ۲۵ بار در دقیقه می‌باشد . کودکان در سن ۱۵ سالگی معمولاً به میزان تنفس بزرگسالان (۱۲ تا ۲۰) می‌رسند .

پیوست الف
(الزامی)
حقوق مددجو / بیمار

الف-۱ مددجو / بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب ، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد .

الف-۲ مددجو / بیمار حق دارد محل بستری ، پزشک ، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد .

الف-۳ مددجو / بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص ، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی مددجو / بیمار گردد .

الف-۴ مددجو / بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید .

الف-۵ مددجو / بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید .

الف-۶ مددجو / بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی ، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید .

الف-۷ مددجو / بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه مددجو / بیمار خواهد بود .

الف-۸ مددجو / بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری ، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید .

پیوست ب

(الزامی)

منشور حقوق بیمار / مددجو در ایران

ب- ۱ بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند . این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است . بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند . بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد .

این منشور با توجه به ارزش های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است .

ب- ۲ حقوق بیمار / مددجو

ب- ۲- ۱ دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار / مددجو است . لذا ارائه خدمات سلامت باید :

ب- ۲- ۱- ۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها ، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۲ بر پایه ی صداقت ، انصاف ، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۳ فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی ، فرهنگی ، مذهبی ، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۴ بر اساس دانش روز باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۵ مبتنی بر برتری منافع بیمار / مددجو باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۶ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران / مددجویان باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۷ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری ، تشخیص ، درمان و توانبخشی باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۸ به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۹ توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان ، زنان باردار ، سالمندان ، بیماران / مددجویان روانی ، زندانیان ، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۱۰ در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار / مددجو باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۱۱ با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان ، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛

ب- ۲- ۱- ۱۲ در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس) ، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد . در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛

ب-۲-۱-۱۳ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) ، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد ، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم ، زمینه انتقال بیمار / مددجو به واحد مجهز فراهم گردد ؛

ب-۲-۱-۱۴ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار / مددجو قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد . منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار / مددجو ، توجه به نیازهای روانی ، اجتماعی ، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد . بیمار / مددجو در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .

ب-۲-۲-۱ اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد .

ب-۲-۲-۱-۱ محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

ب-۲-۲-۱-۱-۱ مفاد منشور حقوق بیمار / مددجو در زمان پذیرش ؛

ب-۲-۲-۱-۲ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛

ب-۲-۲-۱-۳ نام ، مسؤلیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک ، پرستار و دانشجویان و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر ؛

ب-۲-۲-۱-۴ روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری ، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛

ب-۲-۲-۱-۵ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛

ب-۲-۲-۱-۶ کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند .

ب-۲-۲-۱-۷ ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛

ب-۲-۲-۲ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

ب-۲-۲-۱-۱ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان ، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد ، مگر این که :

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار / مددجو گردد (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری ، در اولین زمان مناسب باید انجام شود) .

- بیمار / مددجو علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات ، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار / مددجو محترم شمرده شود ، مگر این که عدم اطلاع بیمار / مددجو ، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛

ب-۲-۲-۲-۱ بیمار / مددجو می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید .

ب-۲-۳ حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار / مددجو در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود .

ب-۲-۳-۱ محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد :

- ب-۲-۳-۱-۱ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛
- ب-۲-۳-۱-۲ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛
- ب-۲-۳-۱-۳ شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش ، با اطمینان از این که تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛
- ب-۲-۳-۱-۴ قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد ؛
- ب-۲-۳-۱-۵ اعلام نظر قبلی بیمار / مددجو در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار / مددجو واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار / مددجو قرار گیرد .
- ب-۲-۳-۲ شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد :
- ب-۲-۳-۲-۱ انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار / مددجو باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد ؛
- ب-۲-۳-۲-۲ پس از ارائه اطلاعات ، زمان لازم و کافی به بیمار / مددجو جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود .
- ب-۲-۳-۲-۴ ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار / مددجو (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .
- ب-۲-۳-۲-۱ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار / مددجو الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛
- ب-۲-۳-۲-۴ در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار / مددجو احترام گذاشته شود . ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار / مددجو فراهم گردد ؛
- ب-۲-۳-۲-۳ فقط بیمار / مددجو و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار / مددجو و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند ؛
- ب-۲-۳-۲-۳ بیمار / مددجو حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات ، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد . همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر این که این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد .
- ب-۲-۵ دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار / مددجو است .
- ب-۲-۵-۱ هر بیمار / مددجو حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است ، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛
- ب-۲-۵-۲ بیماران / مددجویان حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

ب-۲-۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود .

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد ، اعمال کلیه حقوق بیمار / مددجو- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود . البته چنان‌چه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار/ مددجو شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید .

چنان‌چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.