INSO
15143

1st. Edition

2012

جمهوری اسلامی ایران
Islamic Republic of Iran
سازمان ملی استاندارد ایران
Iranian National Standardization Organization

استاندارد ملی ایران

۱۵۱۴۳

چاپ اول

۱۳۹۱

مداخلات پرستاری – احیای قلبی ریوی (CPR) پایه در کودکان (۱ تا ۸ سال) - آیین کار

Nursing Interventions – Basic Cardiopulmonary Resuscitation in Children (1 to 8 years) – Code of Practice

ICS:11.020

به نام خدا

آشنایی با سازمان ملی استاندارد ایران

مؤسسهٔ استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب بند یک مادهٔ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسهٔ 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 وکوششی همگام با مصالح ملی و با توجه به شرایط تولیدی، فناوری و تجاری است که از مشارکت آگاهانه و منصفانهٔ صاحبان حق و نفع، شامل تولیدکنندگان، مصرف‌کنندگان، 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 می‌شود و پس از دریافت نظرها و پیشنهادها در کمیتهٔ 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 درکمیتهٔ ملی طرح و بررسی و درصورت 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 شمارهٔ ۵ تدوین و در کمیتهٔ ملی استاندارد مربوط که سازمان ملی استاندارد ایران تشکیل می‌دهد به تصویب رسیده باشد.

سازمان ملی استاندارد ایران از اعضای اصلی سازمان بین المللی استاندارد (ISO)[1] ،کمیسیون بین المللی الکتروتکنیک (IEC)[2] و سازمان بین المللی اندازه شناسی قانونی (OIML)[3] است و به عنوان تنها رابط[4] کمیسیون کدکس غذایی (CAC)[5] 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 بین‌المللی بهره‌گیری می‌شود .

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 استاندارد کالاهای صادراتی و درجه‌بندی آن را اجباری نماید. همچنین برای اطمینان بخشیدن به استفاده کنندگان از خدمات سازمان ها و مؤسسات فعال در زمینهٔ مشاوره، آموزش، بازرسی، ممیزی و صدورگواهی سیستم های مدیریت کیفیت و مدیریت زیست‌محیطی، 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، گواهینامهٔ 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 – احیای قلبی ریوی(CPR) پایه در کودکان (۱ تا ۸ سال)- آیین کار"

رئیس:	**سمت و/یا نمایندگی**
میرزا بیگی، محمد (کارشناس ارشد کارافرینی)	رئیس کل سازمان نظام پرستاری
دبیر:	
سالمی، صدیقه (کارشناس ارشد پرستاری)	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)	
بخشی، مهدی (کارشناس ارشد پرستاری)	دبیر آموزش انجمن علمی پرستاران قلب ایران
رحیمی ها، فهیمه (کارشناس ارشد پرستاری)	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
عالیخانی، مریم (کارشناس ارشد)	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
گلشنی، غلامرضا (کارشناس ارشد پرستاری)	مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مصطفوی ،اشرف (کارشناس ارشد پرستاری)	مدیر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی تهرانپارس
موسی پور، معصومه (کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد آموزش زبان انگلیسی)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
وفاییان، نادیا (کارشناس پرستاری)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

پیش گفتار

استاندارد" مداخلات پرستاری – احیای قلبی ریوی (CPR) پایه در کودکان (۱ تا ۸ سال) -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 وتدوین شده و در صد و بیست و پنجمین اجلاس کمیتهٔ ملی استاندارد خدمات مورخ ۱۳۹۱/۴/۴ مورد تصویب قرار گرفته است، اینک به استناد بند یک مادهٔ ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسهٔ استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱، به عنوان استاندارد ملی ایران منتشر می‌شود.

برای حفظ همگامی و هماهنگی با تحولات و پیشرفت های ملی و جهانی در زمینهٔ 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 تجدیدنظر استانداردهای ملی استفاده کرد.

منابع و مآخذی که برای تهیهٔ این استاندارد مورد استفاده قرار گرفته به شرح زیر است:

۱. بلک و هوکس. پرستاری داخلی و جراحی. تر جمه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران: جامعه نگر، سالمی. ۱۳۸۵.

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

3. Medical –Surgical Nursing .12th Edition, Philadelphia: Lippincott Co, 2010.
4. Schilling McCann, Judith A. Nursing Procedures. London: Lippincott Williams & Wilkins. CO. Fifth Edition. 2009.
5. Holland, Karen. Mini Encyclopaedia of nursing. New York: Elsevier. 2005.
6. Anderson, Lois E. Mosby's Dictionary. ST. Louis: The C.V. Mosby CO.1990.
7. Fran Hazinski, Mary. Chameides, Leon. *Highlights of the 2010 American Heart Association Guidelines for CPR and ECG.* American Heart Association Guidelines CPR & ECG.2010.
8. Berg, Marc D. Schexnayder Stephen M. Circulation/ Journal of the Heart Association/ part13*: Pediatric Basic Life Support*: cardiovascular care American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency, 2010.
9. Kleinman, E. Monica. Pediatric Advanced Life Support: *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Circulation*, 2010, 122, 876-908.

مداخلات پرستاری – احیای قلبی ریوی(CPR) پایه در کودکان (۱ تا ۸ سال) -آیین کار

۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد، شناسائی و اجرای اصول کلی مداخلات پرستاری در احیای قلبی ریوی کودکان ۱ تا ۸ ساله به منظور جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از هیپوکسی بافتی ، برقراری مجدد تنفس و برون ده قلبی (گردش خون) 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 در موارد زیر کاربرد دارد:

الف- در کلیه بخش های اورژانس، عمومی، تخصصی و خارج از مرکز درمانی در صورت نیاز به این خدمت 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

مدارک الزامی زیر حاوی مقرراتی است که در متن این استاندارد ملی ایران به آن‌ها ارجاع داده شده است. بدین ترتیب آن مقررات جزئی از این استاندارد محسوب می شود.

در صورتی که به مدرکی با ذکر تاریخ انتشار ارجاع داده شده باشد، اصلاحیه ها و تجدید نظرهای بعدی آن مورد نظر این استاندارد ملی ایران نیست. در مورد مدارکی که بدون ذکر تاریخ انتشار به آن‌ها ارجاع داده شده است، همواره آخرین تجدید نظر و اصلاحیه‌های بعدی آن مورد نظر است.

استفاده از مراجع زیر برای کاربرد استاندارد الزامی است:

۲-۱ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ مداخلات پرستاری- گزارش نویسی- آیین کار

۲-۳ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۹ مداخلات پرستاری- وضعیت دادن به بیمار/ مددجو – وضعیت بهبودی - آیین کار

۲-۴ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۲۶۸ مداخلات پرستاری- دفیبریلاسیون خودکار خارجی قلبی- آیین کار

۲-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۳۱۸ مداخلات پرستاری- باز نگه داشتن راه هوایی نوزاد - آیین کار

۳ اصطلاحات و تعاریف

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

۳-۱

پرستار [1]

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

1 Nurse

۲-۳

احیاگر[1]

فردی که جهت ارائه احیاء قلبی ریوی و استفاده از دفیبربلاتور خارجی خودکار، آموزش دیده است.

۲-۳

کودک [2]

در اینجا منظور کودک ۱تا۸ سال است .

۳-۳

نبض کاروتید [3]

نبض شریان کاروتید در گردن (به شکل۱ مراجعه شود).

۴-۳

مانورسرعقب چانه بالا [4]

در این مانور دست روی پیشانی کودک قرار داده می شود و به ملایمت با دست دیگر چانه کودک به سمت بالا کشیده می شود. این مانور در افرادی که مشکوک به آسیب ستون مهره ها نیستند استفاده می شود، مراحل انجام مانور مطابق با پیوست پ انجام می شود (به شکل۲ مراجعه شود).

شکل۱ - مانورسرعقب چانه بالا

۵-۳

مانور باز کردن فک با فشار[5]

در صورت شک به آسیب ستون مهره ها سروگردن باید در وضعیت خنثی قرار داده شود. این کار به آن معنی است که سر به پهلو نچرخیده، به جلو یا عقب خم نشود. در این بیماران از مانور بازکردن فک با فشار استفاده می شود (به شکل۳ مراجعه شود). مراحل انجام مانور مطابق با پیوست ب انجام می شود.

---

1 Lay Rescuer
2 Children
3 Carotid pulse
4 Head Tilt, Chin lift Maneuver
5 Jaw- thrust Maneuver

شکل۲ – مانور Jaw- thrust

۳-۶

مانور هیملیخ [1]

اقدامات اورژانس برای رفع انسداد کامل استفاده از مانور هیملیخ می باشد. این مانور برای بزرگسالان و کودکان بالای یکسال انجام می شود و برای کودکان زیر یک سال پیشنهاد نمی شود (به شکل۴ و پیوست الف مراجعه شود).

شکل۳ – مانور هیملیخ

۳-۷

تنفس دهان به دهان

فرآیندی است که فرد احیاگر با دهان خود تمام دهان کودک را می پوشاند و بازدم خود را وارد راه هوایی او می کند (به شکل ۵ مراجعه شود).

۳-۸

مانور جارو کردن با انگشت [2]

1 Heimlich Maneuver
2 Finger Sweep Maneuver

اقدامی جهت پاک کردن راه هوایی است. مصدوم به یک سمت چرخانده می شود (در صورتی که ستون مهره گردن سالم باشد) سپس دو انگشت سبابه و میانی با یک گاز تمیز پوشانده و به صورت قلاب از یک گوشه دهان وارد کرده و هر گونه جسم خارجی که حس کردیم به سرعت خارج می کنیم. سپس مصدوم را به حالت قبل برگردانده و راه هوایی را مجددا باز می کنیم (به شکل۶ مراجعه شود).

شکل۴ - مانور جارو کردن با انگشت

۹-۳

زایفوئید [1]

به زائده انتهایی استخوان جناغ سینه گفته می شود.

۱۰-۳

هیپوکسی بافتی [2]

زمانی که کاهش اکسیژن خون شریانی در سطح سلولی منجر به کاهش اکسیژناسیون بافتی گردد هیپوکسی نامیده می شود.

۱۱-۳

دفیبربلاتور خارجی خودکار [3]

دستگاه الکتریکی قابل حمل با قابلیت تشخیص آریتمی های قلبی است و می تواند در صورت لزوم با اعمال شوک الکتریکی مناسب موجب از سر گیری ریتم طبیعی قلب شود (به شکل ۷ مراجعه شود).

[1] Xiphoid
[2] Tissue hypoxia
[3] Automated External Defibrillator (AED)

شکل۵ - دفیبربلاتور خارجی خودکار

۱۲-۳

تنفس گسپینگ/ آگونال[1]

تنفسی است که معمولا دارای الگوی نفس نفس زدن است و در نهایت به قطع تنفس (آپنه) ختم می شود.

۴ اهداف مداخله ای

۴-۱ جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

۴-۲ برقراری مجدد تنفس و برون ده قلبی

۵ حداقل وسایل مورد نیاز

۵-۱ یک سطح صاف و محکم (تخته احیاء)

۵-۲ دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی قلب

۶ روش انجام کار

۶-۱ کودک بیهوش تکان داده شود یا در صورتی که احیاگر نام کودک را می داند او را بلند، صدا کند.

۶-۲ اگر کودک به محرک ها (صدا زدن و تکان دادن) به صورت "جواب دادن"، "تکان خوردن" و "ناله کردن" واکنش نشان داد، کودک از نظر نیاز به سایر کمک های پزشکی بررسی شود.

۶-۲-۱ اگر کودک نفس می کشد نیازی به احیای قلبی ریوی ندارد.

۶-۲-۲ در صورتی که احیاگر تنها است و کودک نفس می کشد، کودک برای درخواست اورژانس ترک شود ولی به سرعت بازگشته و شرایط کودک دوباره بررسی شود.

۶-۲-۳ بچه هایی که دارای دیسترس تنفسی می باشند باید در وضعیتی قرار گیرند که راه هوایی آن ها باز بماند و در وضعیتی نگه داشته شوند که بیشترین راحتی را داشته باشند.

---

1 Gasping/ Agonal Respiration

۶-۲-۴ در حالتی که کودک تنفس منظمی دارد و علامتی مبنی بر تروما وجود ندارد، جهت باز نگه داشتن راه هوایی و جلوگیری از آسپیراسیون، کودک مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۹ در وضعیت بهبودی قرار داده شود.

۶-۳ اگر کودک پاسخ نمی دهد و نفس نمی کشد یا تنفس گسپینگ (آگونال) دارد، فرآیند احیا شروع شود.

هشدار - در بعضی موارد گسپینگ به غلط به نفس کشیدن تفسیر می شود ولی باید کودک دارای گسپینگ همانند کودک بدون تنفس CPR شود.

۶-۴ نبض کاروتید یا فمورال کودک در مدت ۱۰ ثانیه بررسی شود.

۶-۵ اگر در ۱۰ ثانیه نبض حس نشد یا در حس شدن آن شک وجود داشت، ماساژ قلبی شروع شود.

یادآوری- برای انجام یک ماساژ قلبی موثر، کودک باید روی سطحی صاف و سخت قرار گیرد.

۶ -۶ با فریاد درخواست کمک شود تا فرد دیگر به اورژانس اطلاع دهد و دستگاه AED را فراهم کند.

۶-۶-۱ اگر احیاگر یک نفر است، ابتدا به مدت ۲ دقیقه احیای قلبی ریوی را انجام دهد، سپس کودک را جهت اطلاع به اورژانس یا فراهم کردن دستگاه AED ترک کند و بدون اتلاف وقت نزد کودک باز گردد و بلافاصله احیا را با انجام ماساژ قلبی شروع کند.

۶-۷ ماساژ قلبی با سرعت ۱۰۰ بار در دقیقه و با عمقی در حدود ۵ سانتی متر انجام شود و تکرار چرخه ماساژ و تنفس برای مدت ۲ دقیقه یعنی حدود ۵ چرخه است.

یادآوری - پس از هر ماساژ اجازه داده شود که قلب به حالت اولیه (دیاستول) بازگردد. در این حالت فرصت لازم برای پر شدن قلب از خون داده شده است. هر فاکتوری که ماساژ قلبی را به وقفه می اندازد به حداقل رسانیده شود.

۶-۸ در کودکان، نیمه پایینی استرنوم به وسیله پاشنه یک یا دو دست ماساژ داده شود. باید مراقب بود تا روی گزیفوئید و دنده ها فشار داده نشود (به شکل ۸ مراجعه شود) .

یادآوری – احیاگر با توجه به جثه خود و کودک انتخاب می کند که با یک دست یا با دو دست ماساژ مناسب را انجام دهد.

۶-۹ اگر احیا ۱ نفره است اقدامات زیر انجام شود:

۶-۹-۱ نسبت ماساژ قلبی به تنفس موثر ۳۰ به ۲ است.

۶-۹-۲ هر تنفس باید ۱ ثانیه طول بکشد و اطمینان حاصل شود که تنفس موثر است.

۶- ۱۰ اگر احیا ۲ نفره(افراد متخصص و مراقبین بهداشتی) است اقدامات زیر انجام شود :

۶-۱۰-۱ نسبت ماساژ قلبی به تنفس ۱۵ به ۲ است.

۶-۱۰-۲ یکی از احیاگران باید بدون اتلاف وقت احیای قلبی ریوی را آغاز کند (احیا قلبی ریوی مانند احیای یک نفره است).

۶-۱۰-۳ احیاگر دیگر کودک را ترک کند و بلافاصله به اورژانس اطلاع دهد و دستگاه AED (در صورت وجود) را جهت احیا به صورت پیشرفته برای کودک فراهم کند.

۶-۱۰-۴ دستگاه AED مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۲۶۸ استفاده شود.

۶-۱۰-۵ با بازگشت احیاگر دوم ادامه احیای قلبی ریوی به صورت دو نفره انجام شود.

هشدار- خستگی احیاگر باعث ماساژ قلبی ناموثر می شود. بنابراین احیاگران باید هر ۲ دقیقه یک بار وظیفه ماساژ قلبی را به احیاگر دیگری بسپارند.

۶-۱۱ هم در احیای یک نفره و هم دو نفره، بعد از هر دوره احیای ۲ دقیقه ای، احیا حداکثر به مدت ۱۰ ثانیه برای بررسی نبض متوقف شود.

۶-۱۲ در صورت بروز برادی کاردی با پرفیوژن ضعیف با این که تهویه انجام می شود، ماساژ قلبی نیز انجام شود.

یادآوری- برادی کاردی با پرفیوژن ضعیف زمانی است که نبض کودک کمتر از ۶۰ بار در دقیقه است و علایم کاهش پرفیوژن مانند رنگ پریدگی و سیانوز نیز وجود دارد.

۶-۱۳ اقدامات لازم جهت باز کردن راه هوایی شامل مراحل زیر است:

۶-۱۳-۱ پس از ۳۰ ماساژ اولیه راه هوایی باز شود و ۲ تنفس داده شود. راه هوایی با استفاده از مانور سرعقب- چانه بالا[1] هم در کودکان زخمی و هم غیر زخمی باز شود (به شکل۲ مراجعه شود).

هشدار ۱- این مانور در افرادی که مشکوک به آسیب ستون مهره ها هستند، استفاده نمی شود.

هشدار ۲- در صورت بالا نیامدن قفسه سینه راه هوایی هنوز مسدود است، بنابر این وضعیت سر عوض شود و مانور سرعقب- چانه بالا دوباره انجام شود.

۶-۱۳-۲ زبان کودک ممکن است به عقب برگردد و راه تنفسی را ببندد که در این صورت برای هر دو گروه کودکان مجروح و غیر مجروح راه تنفسی با استفاده از مانور سر به عقب- چانه بالا باز نگه داشته شود.

۶-۱۳-۳ برای تنفس دادن به کودکان از روش تنفس دهان به دهان استفاده شود که شامل مراحل زیر است:

۶-۱۳-۳-۱ احیاگر نفس عمیق کشیده شود و با دهان خود، دهان کودک را به طور محکم بپوشاند.

۶-۱۳-۳-۲ حین تنفس دهان به دهان، بینی را بسته و اطمینان حاصل شود که سینه بالا می آید.

۶-۱۴ تنفس نامناسب با نبض: اگر نبض ≤۶۰ بار در دقیقه وجود دارد اما تنفس نامناسب ، با سرعت ۱۲ تا ۲۰ بار در دقیقه تنفس داده شود (هر ۳ تا ۵ ثانیه یک نفس) تا زمانی که تنفس خود به خودی بر قرار شود و ادامه پیدا کند. نبض هر ۲ دقیقه بررسی شود اما برای بررسی نبض بیشتر از ۱۰ ثانیه وقت گذاشته نشود.

۶-۱۵ احیا قلبی ریوی تا زمانی که اورژانس فرا برسد یا این که کودک شروع به تنفس خود به خودی کند، هم چنان ادامه داشته باشد.

---

1 Head Tilt- Chin Leaft

۶-۱۶ انجام ماساژ قلبی موثر و صحیح به روش زیر است:

الف- مصدوم باید به پشت دراز کشیده باشد ، پشت قفسه سینه مصدوم سفت، محکم و صاف باشد .

ب- امدادگر در کنار مصدوم زانو بزند.

پ- در کنار شانه‌های کودک قرار گیرد.

ت- بازو های خود را راست نگه دارد وآرنج و مچ خم نشود (به شکل۹ مراجعه شود).

ث- بازو کاملا در حالت عمود بر بدن مصدوم قرارگیرد.

ج- میزان فشار وارده بر جناغ سینه در کودکان معادل پنج سانتی متر است.

چ- سرعت ماساژ قلبی صد بار در دقیقه است که به صورت سی ماساژ متوالی و دو تنفس برای یک احیاگر یا پانزده ماساژ قلبی به دو تنفس برای دو احیاگر و مجددا تکرار این فرآیند انجام می گیرد.

هشدار – در حضور دو امدادگر ماساژ قلبی نباید متوقف شود .

شکل ۶ – ماساژ قلبی

یادآوری۱– جهت دادن تنفس دوم ، در بین فواصل دو تنفس توجه به بالا آمدن قفسه سینه ضروری است، درصورتی دادن تنفس موفق خواهد بود که امدادگر یا پرستار بالا آمدن و برگشت قفسه سینه را مشاهده کند .

یادآوری۲- در تمام طول فرآیند به پرسش های والدین یا همراه توسط فرد آموزش دیده توضیحات لازم داده شود به نحوی که این اطلاع رسانی در فرآیند نجات کودک اختلالی ایجاد نکند.

۶-۱۷ مشاهدات و یافته ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ به شرح زیر ثبت شود:

الف- تاریخ و زمان دقیق آغاز ایست قلبی و احیای قلبی ریوی

ب- وجود وقفه تنفسی و قلبی

پ- محل انجام احیای قلبی ریوی

ت- مدت انجام احیای قلبی ریوی
ث- نتیجه احیای قلبی ریوی
ج- تمام وقایع هنگام احیاء از جمله نام افرادی که حضور داشتند
چ- بروز هر نوع عارضه‌ای به عنوان مثال شکستگی دنده، ضرب دیدگی دهان یا نفخ شکم، همچنین آنچه که برای بهبود این عوارض انجام شده است
ح- تجهیزاتی که در احیای قلبی ریوی مورد استفاده قرار گرفته است مانند دستگاه AED
خ- اسامی و سمت تمامی پرسنل حاضر در احیا
د- سایر مشاهدات و اقدامات انجام شده

۷ شرایط انجام کار

۷-۱ فوریت زمانی

۷-۲ رعایت نکات بهداشتی و ایمنی

۷-۳ دقت و صحت در انجام کار

۷-۴ ارائه توضیحات لازم به همراه کودک

۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

این فرآیند توسط پرستار و احیاگر آموزش دیده برای کودکان در کلیه بخش های اورژانس، عمومی و تخصصی و خارج مرکز درمانی انجام می شود.

۹ نکات آموزشی

۹-۱ در صورتی که کودک به سختی نفس می‌کشد، به وجود اپیگلوتیت مشکوک شوید و اگر والدین نیز در محل حاضرند، وجود سابقه تب یا عفونت‌های سیستم تنفسی فوقانی سوال شود. در صورت وجود این شرایط راه هوایی دستکاری نشود چون موجب بروز اسپاسم حنجره و انسداد کامل راه هوایی می شود. اجازه دهید که کودک در وضعیت راحت قرار گیرد و تا رسیدن کمک، وضعیت تنفسی وی کنترل شود.

۹-۲ هم زمان با پیشرفت هیپوکسی، عضلات کودک شل شده و امکان خارج کردن جسم خارجی بهتر فراهم می‌شود.

۹-۳ بهتر است هنگام انجام احیاء فرد دیگری از نظر ارتباطی شما را حمایت نموده و به والدین کودک شرایط را اطلاع دهد.

۹-۴ تشخیص میان تنفس و گسپینگ از مهارت یک احیا گر خوب است.

۹-۵ ایست قلبی در کودکان در اثر آسفیکسی است تا VF به همین دلیل هم احیاگر باید ۲ دقیقه ماساژ و تنفس را انجام دهد سپس کودک را ترک کند.

پیوست الف

(الزامی)

مانور هیملیخ

برای انجام مانور هیملیچ:

الف-۱ در بیمار هوشیار و ایستاده پشت مصدوم یا بیمار قرار بگیرید.

الف-۲ مشت خود را زیر زائده خنجری جناغ سینه و روی شکم قرار دهید.

الف-۳ با قرار دادن کف دست دیگر روی مشت گره کرده ، ۶-۵ بار روی شکم و به طرف دیافراگم فشار وارد کنید.

الف-۴ مجددا خارج شدن جسم خارجی و باز شدن راه هوا را بررسی کنید.

الف-۵ در صورت ادامه انسداد این مانور را ادامه می دهید.

الف-۶ در صورت بیهوشی مصدوم وی را روی سطح صاف بخوابانید و همین مانور را در شرایطی که کنار مصدوم قرار دارید انجام دهید .

الف-۷ لازم است بدانید همزمان با پیشرفت هیپوکسی، عضلات کودک شل شده و امکان خارج کردن جسم خارجی بهتر فراهم می‌شود.

الف-۸ در صورتی که کودک به سختی نفس می‌کشد و به وجود اپیگلوتیت مشکوک هستید و والدین نیز در آنجا حضور دارند، وجود سابقه تب یا عفونت‌های سیستم تنفسی فوقانی را جویا شوید. در صورت وجود این شرایط راه هوائی را دستکاری نکنید چون موجب بروز اسپاسم حنجره و انسداد کامل راه هوایی می شود. اجازه دهید که کودک در وضعیت راحت قرار گیرد و تا رسیدن کمک وضعیت تنفسی وی را کنترل کنید .

الف-۹ هنگام ماساژ قلبی توجه داشته باشید که انجام حرکات به نرمی صورت گیرد. در تمام مدت ماساژ، انگشتان خود را از بدن کودک دور نگه دارید و فقط کف دست روی قفسه سینه باشد.

الف-۱۰ به منظور ایجاد تأثیر مناسب ماساژ، زمان انجام ماساژ و توقف در آن به طور یکسان باشد.

الف-۱۱ هنگام انجام احیاء اطمینان یابید که فردی از نظر ارتباطی شما را حمایت نموده و به والدین اطلاع می دهد.

الف-۱۲ در صورت امکان هنگام انجام تهویه از ماسک دارای کیسه روی دهان و بینی کودک استفاده کنید.

الف-۱۳ توجه داشته باشید که با تنفس پر حجم کودکان را تهویه نکنید. این کار هم باعث افت بیشتر فشار می شود و هم خطر اتساع معده و آسپیراسیون را به دنبال خواهد داشت .

الف-۱۴ حجمی از هوا که موجب حرکت قفسه سینه می شود برای دم کافی است.

پیوست ب
(الزامی)
مانور باز کردن فک با فشار

ب-۱ بالای سر بیمار زانو بزنید و آرنج های خود را روی سطحی که بیمار روی آن دراز کشیده است قرار دهید و دستان خود را دو طرف سر بیمار بگذارید.

ب-۲ زوایای فک تحتانی بیمار در هردو طرف را مشت کنید، با هردو دست فک را به جلو بکشید، اینکار زبان را به جلو حرکت داده واز راه هوایی دور می کند. در صورت عدم شک به وجود صدمه ستون مهره ها می توان سر را به عقب کشید.

ب-۳ درصورت بسته بودن لب ها با انگشت شست خود لب تحتانی را به عقب بکشید.

پیوست پ
(الزامی)
مانور سرعقب چانه بالا

پ-۱ یک دست خود را روی پیشانی بیمار قرار داده و فشار محکم وبه سمت عقب با کف دست به آن وارد نموده و سر را به عقب بکشید نوک انگشتان دست دیگر را زیر قسمت استخوانی فک تحتانی قراردهید.

پ-۲ چانه را جلو بیاورید و ضمن حمایت فک سررا تا حد امکان به عقب بکشید بافت نرم زیر چانه را فشار ندهید زیرا می توناد باعث انسداد راه هوایی شود.

پ-۳ فشار روی پیشانی بیمار با دست دیگر را ادامه دهید تا سربه عقب نگه داشته شود.

پ-۴ چانه را بالا بکشید تا دندان ها نزدیک به هم قرار گیرند.

پ-۵ اگر بیمار دندان مصنوعی دارد باقی گذاشتن آنها در جای خود احتمال ایجاد انسداد با لب ها را کاهش می دهد اگر قادر به مدیریت دندان ها نباشیم آنها را خارج می کنیم.

مانور سر به عقب چانه بالا در کودکان وشیر خواران روش انجام مشابه بزرگسالان است با این تفاوت که در شیر خواران سر باید به طور آرامتر به عقب برده شود. به دلیل بزرگ بودن سر گاه لازمست که برای باز نگه داشتن راه هوایی بالشی را پشت شانه های بیمار بگذاریم و تنها از انگشت اشاره یک دست برای بلند کردن چانه وفک استفاده می گردد و مراقب باشید تا بافت نرم زیر چانه را نفشارید زیرا باعث انسداد راه هوایی می شود.

پیوست ت
(الزامی)
حقوق مددجو/ بیمار

ت-۱ مددجو/ بیمارحق 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.

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

ت-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.

ت-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.

ت-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.

ت-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 می گیرد اطمینان حاصل نماید.

ت-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 موکول به کسب اجازه مددجو/ بیمار خواهد بود.

ت-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 ث
(الزامی)
منشورحقوق بیمار/ مددجو در ایران

ث- 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 ارزشهای 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.

ث-۲ حقوق بیمار/ مددجو

ث-۲-۱ دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار/ مددجو است .

ارائه خدمات سلامت باید:

ث -۲-۱-۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

ث -۲-۱-۲ بر پایه‌ی صداقت، انصاف،ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

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

ث -۲-۱-۴ بر اساس دانش روز باشد ؛

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

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

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

ث -۲-۱-۸ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد ؛

ث -۲-۱-۹ توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان،زنان باردار، سالمندان، بیماران/ مددجویان روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

ث -۲-۱-۱۰ در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار/ مددجو باشد ؛

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

ث -۲-۱-۱۲ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری(الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛

ث -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؛

ث -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 .

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

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

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

ث -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 ؛

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

ث -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 ؛

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

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

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

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

ث -۲-۲-۲-۱ 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 این‌که:

- 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 این‌که عدم اطلاع بیمار/ مددجو ، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛

ث -۲-۲-۲-۲ 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.

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

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

ث -۲-۳-۱-۱ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛

ث -۲-۳-۱-۲ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛

ث -۲-۳-۱-۳ شرکت یا عدم شرکت درهر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

ث -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؛

ث -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 ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار/ مددجو قرار گیرد .

ث -۲-۳-۲ شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد :

ث -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 ؛

ث -۲-۳-۲-۲ پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار/ مددجو جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود .

ث -۲-۴ ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار/ مددجو (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .

ث -۲-۴-۱ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار/ مددجو الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛

ث -۲-۴-۲ در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار/ مددجو احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظورکلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار/ مددجو فراهم گردد؛

ث -۲-۴-۳ فقط بیمار/ مددجو و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار/ مددجو و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

ث -۲-۴-۳ 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 می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

ث -۲-۵ دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار/ مددجو است .

ث -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 ؛

ث -۲-۵-۲ بیماران/ مددجویان حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

ث -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 کلیه‌ی 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 می تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.