

**INSO
15241**

1st. Edition

Oct.2013



جمهوری اسلامی ایران
Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization



استاندارد ملی ایران

۱۵۲۴۱

چاپ اول

آبان ۱۳۹۲

مداخلات پرستاری - دیالیز صفاقی حاد -
آیین کار

**Nursing Interventions- Acute Peritoneal
Dialysis-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 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) و 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) و 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 - دیالیز صفاقی حاد- آیین کار"

رئیس:

میرزا بیگی، غضنفر
(کارشناس ارشد کارآفرینی)

دبیر:

سالمی، صدیقه
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری)

اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)

محمدیان، زهرا

(کارشناس ارشد فیزیولوژی)

موسی پور، معصومه

(کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد آموزش زبان انگلیسی)

وفائیان، نادیا

(کارشناس پرستاری)

نقیبی، فرزانه

(کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی)

سمت و/یا نمایندگی

رئیس کل سازمان نظام پرستاری

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

عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

مدیر پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد

پیش‌گفتار

استاندارد "مداخلات پرستاری - دیالیز صفاقی حاد-آیین کار" که پیش‌نویس 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 و در هفتاد و هفتمین اجلاس کمیته ملی استاندارد خدمات مورخ ۹۰/۵/۱۰ مورد تصویب قرار گرفته است، اینک به استناد بند یک ماده ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسه 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 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 تجدیدنظر استانداردهای ملی استفاده کرد.

منابع و مآخذی 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 شهید بهشتی. تهران: جامعه نگر، سالمی. ۱۳۸۵.

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

3. Smeltzer, Suzanne C. Hinkle, Janice L. Brunner and Suddarth's Textbook of 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.

مداخلات پرستاری - دیالیز صفاقی حاد - آیین کار

۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد، شناسایی و اجرای اصول مداخلات پرستاری در دیالیز صفاقی حاد به منظور پیشگیری از نیاز به همودیالیز، پیشگیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیت ها و طرح گام به گام این خدمت به منظور بهبود کیفیت کار، پیشگیری از خطاهای احتمالی و همچنین امکان اجرای یکسان خدمات می باشد.

یادآوری- برای انجام این فرآیند ابتدا باید تعبیه کاتتر دیالیز صفاقی توسط پزشک به صورت اورژانسی در اتاق عمل یا در بالین بیمار و به کمک پرستار انجام شود.

این استاندارد در موارد زیر کاربرد دارد:

الف- در کلیه بخش های اورژانس، عمومی و تخصصی 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 آن ها 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 آن ها ارجاع داده شده است، همواره آخرین تجدید نظر و اصلاحیه های بعدی آن مورد نظر است.

استفاده از مراجع زیر برای این استاندارد الزامی است:

۱-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۷، مداخلات پرستاری- اندازه گیری قد و وزن- آیین کار

۲-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۸، مداخلات پرستاری- اندازه گیری فشارخون- آیین کار

۳-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۹، مداخلات پرستاری- شستن دست ها- آیین کار

۴-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۰، مداخلات پرستاری- وضعیت دادن به بیمار/ مددجو- وضعیت نشسته یا نیمه نشسته - آیین کار

۵-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۱، مداخلات پرستاری- تعویض پانسمان- آیین کار

۶-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۵، مداخلات پرستاری- پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل- آیین کار

۷-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۸، مداخلات پرستاری- راه برد مدیریت مواد و وسایل استفاده شده بیمارستانی بر اساس نوع آلودگی- آیین کار

۸-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۱، مداخلات پرستاری- اندازه گیری درجه حرارت از راه زیربغل- آیین کار

- ۹-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۸، مداخلات پرستاری- بررسی تنفس- آیین کار
- ۱۰-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۳۲، مداخلات پرستاری- ارزیابی نبض رادیال- آیین کار
- ۱۱-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲، مداخلات پرستاری- گزارش نویسی- آیین کار
- ۱۲-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱، مداخلات پرستاری- بررسی دستور پزشک- آیین کار
- ۱۳-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۰، مداخلات پرستاری- احتیاط های استاندارد برای ترشحات خون و مایعات بدن - آیین کار

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

مددجو/ بیمار^۲

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

۳-۳

فضای پریتون^۳

فضایی پر شده از مایع در حد فاصل بین دیواره شکم و اندام های درون شکم است.

۴ اهداف مداخله ای

۱-۴ پیشگیری از نیاز به همودیالیز

۲-۴ پیشگیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیت ها

۳-۴ پیشگیری از ایجاد محدودیت در زندگی روزمره بیمار

۵ حداقل وسایل مورد نیاز

۱-۵ وسایل مورد نیاز برای انجام فرآیند دیالیز:

- محلول دیالیز شماره ۱ یا ۲ (با توجه به دستور پزشک)

- وسیله گرمازا یا پدهای حرارتی

1 Nurse
2 Patient /Client
3 Peritoneal cavity

- ماسک
- ست دیالیز و کیسه تخلیه همراه آن
- دستکش استریل
- کاتتر IV
- پدهای بتادینه
- سرنگ ۳۰ سی سی با سوزن ۲۵ G
- پانسمان جاذب
- درپوش محافظ برای کاتتر
- گاز استریل
- کلمپ استریل کوچک
- سرنگ ۱۰ سی سی ترجیحاً با سوزن ۲۲ G
- ظرف نمونه‌گیری
- برچسب
- فرم درخواست آزمایش

۲-۵ وسایل مورد نیاز برای تعویض پانسمان:

- دستکش استریل
 - اپلیکاتور پنبه‌ای یا گاز کوچک
 - پانسمان درن از پیش بریده شده
 - چسب ضد حساسیت جهت ثابت کردن ناحیه پانسمان
 - محلول بتادین یا نرمال سالین
 - گاز استریل
- یادآوری- در این فرآیند همه وسایل باید استریل باشند.

۶ روش انجام کار

- ۱-۶ دستور پزشک مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱ بررسی شود.
- ۲-۶ دست ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۹ شسته شوند.
- ۳-۶ هنگام گرم کردن مایع دیالیز به شفافیت و بی‌رنگ بودن مایع دقت شود.

یادآوری ۱- محلول دیالیز صفاقی قبل از مصرف گرم شود. برای گرم کردن آن فقط باید از گرمای خشک (مانند پدهای گرم، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه با حرارت ۳۷ درجه سانتیگراد) استفاده کرد. به دلیل احتمال بالای عفونت، محلول دیالیز صفاقی در آب، گرم نشود.

۴-۶ اطمینان حاصل شود که دمای محلول دیالیز صفاقی به دمای بدن رسیده است.

۵-۶ وسایل ذکر شده آماده شود.

- ۶-۶ مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۰ ماسک پوشیده شود.
- ۷-۶ قبل از آویزان کردن محلول دیالیز داروهای دستور داده شده مطابق با دستور پزشک به آن اضافه شود.
- ۸-۶ ست دیالیز آماده شود.
- ۹-۶ برای تسهیل در خروج مایعات، کیسه درناژ در سطحی پایین تر از بیمار قرار داده شود.
- ۱۰-۶ ست دیالیز به کیسه محلول دیالیز وصل شود.
- ۱۱-۶ کیسه محلول دیالیز با استفاده از گیره به کنار تخت بیمار آویزان شود.
- ۱۲-۶ راه محلول باز شود و اجازه داده شود محلول درون ست دیالیز جریان یابد.
- ۱۳-۶ اطراف کاتتر دیالیز صفاقی با استفاده از پد و بتادین به طور چرخشی ضد عفونی شود.
- ۱۴-۶ با روش استریل، ست دیالیز صفاقی به کاتتر وصل شود.
- ۱۵-۶ در اطراف کاتتر از پانسمان جاذب استفاده شود.
- ۱۶-۶ پانسمان جاذب با گاز پوشانیده و چسب زده شود.
- ۱۷-۶ برای امتحان کاتتر صفاقی، مسیر ست باز شود تا پانصد سی سی مایع وارد فضای پریتون شود.
- ۱۸-۶ ست دیالیز صفاقی کلمپ (مسدود) شود.
- ۱۹-۶ بلافاصله مسیر ست درناژ باز شود تا مایع وارد کیسه درناژ شود.
- ۲۰-۶ در صورت نبود مشکل، مسیر ست درناژ کلمپ شود.
- ۲۱-۶ مسیر ست دیالیز صفاقی باز شود تا به مدت پنج تا ده دقیقه محلول وارد فضای صفاقی شود.
- ۲۲-۶ در یک تا دو ساعت اول دیالیز، هر ده تا پانزده دقیقه و سپس هر دو تا چهار ساعت علایم حیاتی بیمار مطابق با استانداردهای ملی ایران شماره های ۱۵۰۰۸، ۱۵۰۲۱، ۱۵۰۲۸ و ۱۵۰۳۲ کنترل شود.
- ۲۳-۶ در طی دیالیز و پس از آن به واکنش بیمار به دیالیز توجه شود.
- یادآوری-** در ابتدای شروع روش وجود مقداری ناراحتی در بیمار طبیعی است. در صورتی که بیمار هنگام انجام روش درد دارد مشخص شود که زمان بروز، کیفیت و طول مدت آن چگونه است و آیا به دیگر نواحی بدن منتشر می شود و سپس به پزشک اطلاع داده شود. وجود درد هنگام دیالیز می تواند به دلیل سرد بودن یا اسیدی بودن مایع باشد. دردی که به شانه ها انتشار می یابد نشانه تجمع هوا در زیر دیافراگم است. وجود درد در ناحیه پرینه و رکتوم نشان دهنده جای گذاری نامناسب کاتتر می باشد.
- هشدار-** به منظور جلوگیری از دیسترس تنفسی، مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۰ بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار داده شود. در صورت وجود دیسترس تنفسی، حجم مایع کاهش داده شود و به پزشک اطلاع داده شود.
- ۲۴-۶ قبل از اتمام محلول موجود در کیسه، مسیر ست کلمپ شود تا هوا وارد مسیر نشود.

۶-۲۵ با توجه به زمان توصیه شده توسط پزشک اجازه داده شود محلول به مدت ده دقیقه تا چهار ساعت در فضای شکم باقی بماند.

هشدار- از محلول های ۴/۲۵٪ به دلیل داشتن گلوکز زیاد برای خروج میزان بیشتر مایعات از خون استفاده می شود. در این مواقع بیمار باید از نظر کاهش بیش از حد مایعات کنترل شود. گاهی اوقات ممکن است این گلوکز زیاد وارد خون شده و موجب هیپرگلیسمی بیمار شود که باید در این شرایط، انسولین در دسترس باشد و مطابق با دستور پزشک انسولین به مایع دیالیز اضافه شود.

۶-۲۶ محلول بعدی برای تزریق گرم نگه داشته شود.

۶-۲۷ پس از اتمام زمان مورد نظر، مسیر کیسه در ناژ باز شده و اجازه داده شود مایعات در عرض بیست تا سی دقیقه به کیسه درناژ تخلیه شوند.

۶-۲۸ در صورتی که ورود و خروج مایع از فضای پریتون به آهستگی صورت گیرد، مسیر جریان از نظر پیچ خوردگی کنترل شود. همچنین می توان کیسه محلول آویزان شده را جابه جا کرد. می توان از جابه جا کردن بیمار یا اعمال فشار روی کناره های شکم بیمار برای جریان یافتن مایع استفاده کرد. در صورتی که انجام این روش ها بی ثمر بود به پزشک اطلاع داده شود.

۶-۲۹ به منظور جلوگیری از عدم تعادل حجم مایعات، فشار خون و نبض کنترل شوند. پس از پایان هر دوره تعادل مایعات بررسی شود.

یادآوری- اگر کمتر از مقدار محلول تزریق شده تخلیه شود، تعادل مایعات مثبت است و در صورتی که بیشتر از مقدار محلول تزریق شده تخلیه شود، تعادل مایعات منفی است.

هشدار- در صورتی که در سه دوره متوالی، بیمار ۵۰۰ سی سی از محلول یا بیشتر را حفظ کرد یا حداقل یک لیتر مایع را از دست داد، به پزشک اطلاع داده شود.

۶-۳۰ برای مشخص شدن میزان مایع خارج شده از بدن، مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۷ بیمار به طور روزانه وزن شود و در چارت مشخص ثبت شود.

۶-۳۱ با توجه به تعداد دوره های دستور داده شده، روش فوق دوباره تکرار شود.

۶-۳۲ در صورت نیاز به جمع آوری نمونه، این کار در زمان تخلیه مایع به کیسه درناژ انجام شود.

یادآوری- نمونه گیری از مایع دیالیز با توجه به دستور پزشک پس از انجام دهمین دوره دیالیز یا پس از یک دوره ۲۴ ساعته انجام می شود.

۶-۳۳ ورودی تزریق مسیر درناژ با بتادین ضد عفونی شود.

۶-۳۴ یک سرنگ ده سی سی با سر سوزن یک و یک دوم یا G ۲۲ وارد ورودی تزریق شود.

۶-۳۵ میزان نمونه مورد نیاز آسپیره شده، نمونه در ظرف مورد نظر ریخته شود، ظرف برچسب زده شود و نمونه به آزمایشگاه فرستاده شود.

- ۳۶-۶ پس از اتمام تعداد دوره‌های دستور داده شده، کاتتر کلمپ شود.
- ۳۷-۶ دستکش استریل مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۵ پوشیده شود.
- ۳۸-۶ مسیر ورودی از کاتتر صفاقی جدا شود.
- ۳۹-۶ درپوش استریل روی دیالیز صفاقی قرار داده شود.
- ۴۰-۶ وسایل مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۸ جمع و مدیریت شوند.
- ۴۱-۶ اطلاعات و یافته‌ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ شامل موارد زیر ثبت شوند:
- الف- تاریخ و زمان انجام فرآیند
 - ب- پاسخ و تحمل بیمار نسبت به فرآیند
 - پ- میزان مایع وارد شده و خارج شده از فضای پریتون
 - ت- هر نوع داروی اضافه شده به محلول دیالیز
 - ث- رنگ و ویژگی مایع برگشتی
 - ج- وزن روزانه بیمار و تعادل مایعات
 - چ- علائم حیاتی بیمار
 - ح- سایر مشاهدات و اقدامات انجام شده
- یادآوری- از فلوجارت‌های دیالیز برای ثبت میزان تغییرات مایع پس از هر بار دیالیز استفاده شود.

۷ شرایط انجام کار

- ۱-۷ دقت و صحت در انجام کار
- ۲-۷ حفظ حریم و حرمت مد دجو/ بیمار
- ۳-۷ ارائه توضیحات لازم به مد دجو/ بیمار در مورد نحوه انجام فرآیند کار (زمان انجام خدمت حدود ۲۳ دقیقه)
- ۴-۷ رعایت نکات بهداشتی، استریل و ایمنی

۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

این فرآیند کار توسط پرستار و در همه بخش‌های بیمارستانی به ویژه بخش ارولوژی یا اورژانس برای مد دجو/ بیمار انجام می‌گیرد.

۹ نکات آموزشی

- ۱-۹ مایع دیالیز صفاقی موجب جابه جایی مایع و الکترولیت اضافه و مواد زاید تجمع یافته از طریق پرده پریتون به سمت خون و مایع دیالیز می‌شود.
- ۲-۹ به منظور کاهش خطر عفونت، انجام دیالیز و تعویض پانسمان به روش استریل انجام داده شود.
- ۳-۹ هنگامی که کاتتر دیالیز باز است تمام کارکنان باید از ماسک استفاده کنند.

- ۴-۹ در صورت خیس و آلوده شدن پانسمن، باید پانسمن مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۱ عوض شود.
- ۵-۹ گاهی به منظور پیشگیری از کاهش پروتئین، پزشک رژیم پر پروتئین تجویز می کند.
- ۶-۹ محلول های دیالیز صفاقی در سه غلظت دکستروز: ۴/۲۵٪ ، ۲/۵٪ و ۱/۵٪ در دسترس می باشند.
- ۷-۹ در بیماران مبتلا به کمبود پتاسیم به منظور جلوگیری از فقدان بیشتر آن ، مطابق با دستور پزشک پتاسیم به محلول دیالیز اضافه شود.
- ۸-۹ همیشه مایع خارج شده از نظر رنگ و شفافیت کنترل شود. معمولاً رنگ مایع زرد روشن و تمیز است اما ممکن است در طی سه تا چهار دوره اول رنگ صورتی روشن داشته باشد. در صورتی که مایع همچنان صورتی بماند یا خونی شود امکان وجود خونریزی از پریتون مطرح است که در این صورت باید به پزشک اطلاع داده شود. در صورتی که مایع برگشتی آلوده به مدفوع باشد امکان پارگی روده و در صورت تیره بودن مایع برگشتی امکان عفونت مطرح می باشد. در این موارد یک نمونه از مایع برگشتی برای کشت تهیه شود.
- ۹-۹ برای انجام مراقبت های روزانه بیمار، مرحله تخلیه مایع مناسب تر است چون در این زمان احساس پری در شکم کمتر است.
- ۱۰-۹ شایع ترین عارضه، پریتونیت است که به دنبال آلودگی مایع دیالیز ایجاد می شود. گاهی ممکن است این عارضه دیالیز صفاتی به دنبال نشت مایع از کاتتر یا برگشت مایع در مجرا صورت گیرد.
- ۱۱-۹ از دیگر عوارض، دیسترس تنفسی است که به دلیل تجمع مایع در شکم و فشار به دیافراگم ایجاد می شود.
- ۱۲-۹ ممکن است به دلیل ورود پروتئین خون به مایع دیالیز از طریق غشاء پریتون کمبود پروتئین رخ دهد. گاهی اتلاف پروتئین به حدود ۱۴ گرم در روز می رسد که در بیماران مبتلا به پریتونیت بیشتر است.
- ۱۳-۹ با استفاده از محلول های ۴/۲۵٪ امکان اتلاف بیش از حد مایع، بروز هیپوولمی، هیپوتانسیون و شوک وجود دارد. در صورتی که احتباس مایع نیز در بدن صورت گیرد منجر به افزایش حجم خون، هیپرتانسیون، ادم محیطی و حتی ادم ریوی و نارسائی احتقانی قلب می شود .
- ۱۴-۹ دیگر عوارض شامل عدم تعادل الکترولیت ها و هیپرگلیسمی می باشد.
- ۱۵-۹ از عوارض دیگر مایع صفاقی خونی است:
- ۱-۱۵-۹ معمولاً دلایل خطرناکی وجود ندارد اما باید از پریتونیت افتراق داده شود. ممکن است انجام آزمایش جهت شمارش سلول های مایع دیالیز برای تشخیص وجود خون مورد نیاز شود.
- ۲-۱۵-۹ دلایل آن ممکن است شامل قاعدگی یا تخمک گذاری، مصرف داروهای آنتی کوآگولانت، فعالیت های شدید و ناگهانی بدن، ضربه به شکم یا کاتتر باشد.
- ۳-۱۵-۹ در صورتی که خون غلیظ باشد و با اقدامات پرستاری مرتفع نگردد باید به دقت توسط جراحی بررسی گردد.
- ۱۶-۹ عارضه دیگر نشت مایع دیالیز است:

۹-۱۶-۱ اگر نشت در طول سی روز ابتدای کاتترگذاری اتفاق بیفتد، برای مدت سه هفته به بیمار استراحت داده می شود و دیالیز وی قطع می گردد، زمانی که بیمار در حالت ایستاده قرار دارد شکم باید خالی باشد. اگر نشت مایع بعد از سی روز از کاتترگذاری اتفاق بیفتد به جز درمان های فوق CT اسکن توصیه می شود.

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 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.

ب- ۲ حقوق بیمار / مددجو

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

ب-۲-۱-۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، 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 تامین 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 مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی 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-۲-۲-۲-۱ 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، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو 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-۲-۲-۲-۱ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

ب-۲-۲-۲-۱-۱ 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 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؛

ب-۲-۲-۲-۲-۱ 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 اینکه 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-۲-۳-۲-۲ 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 اینکه 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 بیمار/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 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 می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.