



جمهوری اسلامی ایران
Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization



استاندارد ملی ایران

۱۵۱۷۲

چاپ اول

تیر ۱۳۹۲

INSO
15172

1st. Edition

Jun.2013

مداخلات پرستاری - مراقبت از گچ هیپ
اسپایکا - آیین کار

Nursing Interventions- Nursing Care of Hip
Spica Cast -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 استاندارد 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 - مراقبت از گچ هیپ اسپایکا - آیین کار"

رئیس:

میرزا بیگی، غضنفر
(کارشناس ارشد کارآفرینی)

دبیر:

سالمی، صدیقه
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری)

اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)

سمت و/یا نمایندگی

رئیس کل سازمان نظام پرستاری

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه تهران

کارشناس پرستاری ستاد مرکزی تامین اجتماعی

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

کارشناس فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

کارشناس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی کرج

کارشناس فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

کارشناس فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

آرزومانیاس، سونیا

(کارشناس ارشد پرستاری کودکان)

توسلی، خدیجه

(کارشناس ارشد داخلی جراحی)

جعفرجلال، عزت

(کارشناسی ارشد پرستاری)

رضوی، سیده مریم

(کارشناس پرستاری)

سنجری، مهناز

(کارشناس ارشد کودکان)

شوقی، مهناز

(کارشناس ارشد پرستاری کودکان)

موسی پور، معصومه

(کارشناس پرستاری، کارشناس ارشد آموزش زبان انگلیسی)

وفاییان، نادیا

(کارشناس پرستاری)

فهرست مندرجات

صفحه	فهرست
ب	آشنایی با سازمان ملی استاندارد
ج	کمیسیون فنی تدوین استاندارد
ه	پیش گفتار
۱	۱ هدف و دامنه کاربرد
۱	۲ مراجع الزامی
۲	۳ اصطلاحات و تعاریف
۵	۴ اهداف مداخله ای
۶	۵ حداقل وسایل مورد نیاز
۶	۶ روش انجام کار
۹	۷ شرایط انجام کار
۱۰	۸ شرایط ارائه دهنده خدمت
۱۰	۹ نکات آموزشی
۱۱	پیوست الف- الزامی - حقوق مددجو / بیمار
۱۲	پیوست ب- الزامی - منشور حقوق بیمار/ مددجو در ایران
۱۶	پیوست پ- اطلاعاتی- سندرم قالب گچ

پیش گفتار

استاندارد " مداخلات پرستاری - مراقبت از گچ هیپ اسپایکا - 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 و در صد و بیست و دومین اجلاس کمیته ملی استاندارد خدمات مورخ ۹۱/۲/۲۶ 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 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 تجدیدنظر استانداردهای ملی استفاده کرد.

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

۱. سازمان نظام پرستاری . استاندارد های خدمات پرستاری. تهران. ۱۳۸۵.
2. Schilling McCann, Judith A. Nursing Procedures. London: Lippincott Williams & Wilkins. CO. Fifth Edition.2009
3. Holland, Karen. Mini Encyclopaedia of nursing.2005
4. Sheffield Children's NHS Foundation Trust
5. Hip Spica Cast: A Guide for Patients, Department of Nursing, Orthopaedic Nursing Division, University of Iowa Hospitals and Clinics, Peer Review Status: Internally Peer Reviewed /Creation Date: September 1994 /Last Revision Date: January, 2008
8. information obtained from Cincinnati Children's Hospital/Hip Spica Cast Care, Hip Spica Cast Care, ST. Joseph Hospital, 2012
9. Gassinlli, E.H., et al. 'Spica Caste Application in the Emergency Room for select Pediatric Femur Fractures,' Journal of Orthopedic Trauma 19(10):709-16, November-December 2005.
10. Flynn, J.M., and Schwend, R.M. 'Management of Pediatric Femoral Shaft Fractures,' Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeons 12(5):347-59, September-October 2004.
11. Pillitteri, A. Maternal Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

مداخلات پرستاری - مراقبت از گچ هیپ اسپایکا - آیین کار

۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد شناسایی و اجرای اصول کلی مداخلات پرستاری در مراقبت از گچ هیپ اسپایکا به منظور حفظ گچ از آلوده شدن با ادرار و مدفوع، خشک نگه داشتن گچ، اطمینان از برقراری جریان خون مناسب در پاها، آموزش به کودک و والدین برای مراقبت در منزل 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 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 کاربرد استاندارد الزامی است:

۱-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱ مداخلات پرستاری- بررسی دستورات پزشک- آیین کار

۲-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۲ مداخلات پرستاری- وضعیت دادن به بیمار/ مددجو- وضعیت خوابیده به پشت- آیین کار

۳-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۴ مداخلات پرستاری- پوشیدن و خارج کردن دستکش یک بار مصرف - آیین کار

۴-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ مداخلات پرستاری- گزارش نویسی- آیین کار

۵-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۵ مداخلات پرستاری- آموزش به بیمار - آیین کار

۶-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۹ مداخلات پرستاری- شستن دست ها- آیین کار

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

۸-۲ استاندارد ملی ایران شماره مداخلات پرستاری- تعیین هویت بیمار/ مددجو- آیین کار

۹-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۳۲ مداخلات پرستاری- ارزیابی نبض رادیال- آیین کار

۱۰-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۱ مداخلات پرستاری- اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل- آیین کار

۲-۱۱ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۸ مداخلات پرستاری-بررسی تنفس- آیین کار
۲-۱۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۸ مداخلات پرستاری-اندازه گیری فشارخون- آیین کار
۲-۱۳ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۵۱ مداخلات پرستاری- وضعیت دادن به بیمار/مددجو- وضعیت روی شکم خوابیده - آیین کار

۳ اصطلاحات و تعاریف

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

۳-۱

پرستار^۱

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

۳-۲

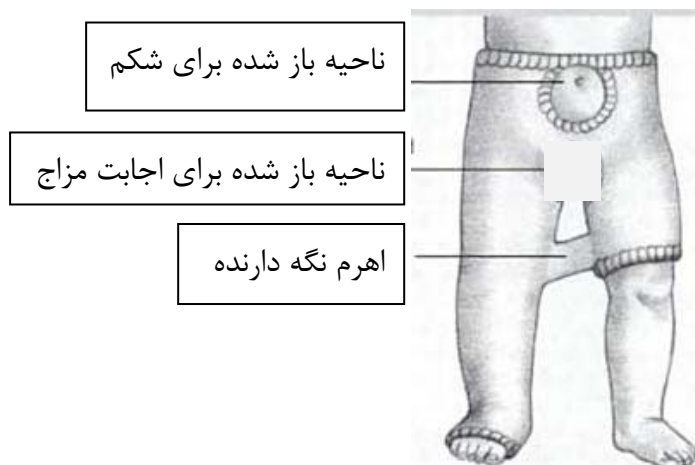
کودک^۲

فرد از زمان تولد تا ۱۸ سالگی، کودک نامیده می شود.

۳-۳

گچ هیپ- اسپایکا^۳

نوعی گچ ارتوپدی است که جهت بی حرکت نمودن و التیام مفصل لگن آسیب دیده و شکستگی های استخوان ران استفاده می شود. دارای یک اهرم نگه دارنده بین پاها است که لگن را در حالت ابداکشن (دورکننده) خفیف ثابت نموده و پاها را از هم جدا می کند (به شکل ۱ مراجعه شود).
یادآوری- در کودکان این گچ از قسمت پایینی دنده ها (و گاهی از خط زیری نوک پستان) تا پایین پای آسیب دیده و در پای مخالف تا بالای زانو گرفته می شود.



شکل ۱- گچ هیپ اسپایکا

1 Nurse
2 Child
3 Hip- Spica Cast

۴-۳

سندرم قالب گچ^۱

کودکانی که داخل قالب های گچی بزرگ، بی حرکت می مانند، ممکن است به علت محدودیت حرکتی، دچار واکنش فیزیولوژیکی و روانی به نام سندرم قالب گچ شوند که شامل: درد شدید شکم و پشت، تهوع، عدم تعادل الکترولیت ها، کاهش سطح کلراید خون و میزان ادرار، سیانوز و انسداد روده است.

۵-۳

لگن شکستگی^۲

نوعی لگن پلاستیکی (پلاستیک خیلی نازک) و یکبار مصرف با سطح صاف و ارتفاع کم است. شکل لبه و ارتفاع لگن به مراقب اجازه می دهد که بدون حرکت کودک، لگن را زیر وی قرار دهد. و گنجایش آن ۳۰۰ تا ۴۰۰ سی سی است (به شکل ۲ مراجعه شود).



شکل ۲- لگن شکستگی

۶-۳

تراپز^۳

میله ای مثلثی شکل است که با یک تسمه از بالای سر بیمار/مددجو به چارچوب اصلی تخت متصل شده و آویزان است. این میله به فرد اجازه می دهد که از اندام های فوقانی خود جهت بالا آوردن تنه استفاده کند (به شکل ۳ مراجعه شود).



شکل ۳- تراپز

- 1 Cast Syndrome
- 2 Fracture Bed Pan
- 3 Trapeze

۷-۳

اسپیرومتری انگیزشی^۱

اسپیرومتری انگیزشی فرآیندی است که در آن کودک با استفاده از، اسپیرومتر می تواند دمی آهسته و عمیق برای داشتن حداکثر اتساع ریه انجام دهد. به طور ایده آل کودک در وضعیت نشسته و نیمه نشسته جهت افزایش اتساع دیافراگم قرار می گیرد (به شکل ۴ مراجعه شود).



شکل ۴- اسپیرومتری انگیزشی

۸-۳

نوار پنبه ای^۲

نوار پنبه ای از جنس پنبه طبیعی یا صناعی می باشد که قبل از گچ گیری آن را دور تا دور عضو مورد نظر می پیچند و بعد گچ گیری را انجام می دهند. این نوارهای پنبه ای در واقع شیت های پنبه ای به طول حدود دو متر و عرض ۱۰-۲۰ سانتی متر و ضخامت چند میلیمتر هستند که آن ها را به صورت رول پیچیده اند. به این رول های پنبه ای ویبریل هم می گویند. ویبریل یک نام تجاری است. این لفاف پنبه ای و نرم مانع از تماس مستقیم گچ با پوست بیمار/ مددجو، همچنین چسبیدن گچ به موها و اعمال فشار روی عضو گچ گیری شده و باعث خشک ماندن عضو می شود (به شکل ۵ مراجعه شود).

یادآوری- به این رول های پنبه ای ویبریل هم گفته می شود.



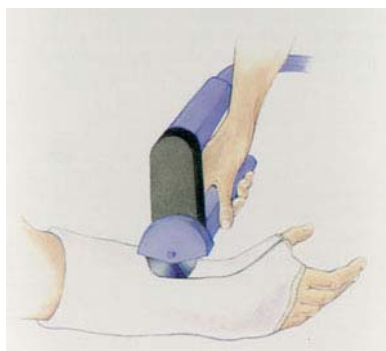
شکل ۵- نوار پنبه ای

۹-۳

اره یا کاتر مخصوص گچ^۳

1 Incentive Spirometry
2 Cast Padding
3 Cast Saw/Cutter

این اره مخصوص بریدن گچ می باشد، تیغه این اره ها حرکت چرخشی ندارد بلکه سر جای خود می لرزد. زمانی که این اره به جسم سختی (قالب گچ) برخورد می کند ارتعاش ایجاد شده باعث ایجاد برش در آن جسم می شود، این اره هیچ آسیبی به پوست وارد نمی کند (به شکل ۶ مراجعه شود).



شکل ۶- اره مخصوص گچ

۱۰-۳

ناحیه پرینه^۱

ناحیه لوزی شکل بین استخوان عانه و استخوان کوکسی لگن است که واژن و مقعد به آن باز می شود.

۱۱-۳

سیانوز^۲

رنگ آبی پوست یا غشاء مخاطی به دلیل کمبود هموگلوبین عروق زیر پوست است.

۱۲-۳

زخم فشاری^۳

اختلال پوستی است که به علت کاهش خونرسانی طولانی مدت به یک ناحیه از بدن ایجاد می شود. در آغاز زخم وسیله التهاب مشخص و در برجستگی های استخوانی ایجاد می شود.

۱۳-۳

گرفتگی عضلانی^۴

یک انقباض عضلانی (اسپاسم) ناگهانی، شدید و غیر ارادی.

۴ اهداف مداخله ای

۱-۴ حفظ گچ از آلوده شدن با ادرار و مدفوع

۲-۴ خشک نگه داشتن گچ

۳-۴ اطمینان از برقراری جریان خون مناسب در پاها

-
- 1 Perineum
 - 2 Cyanotic
 - 3 Pressure Ulcer
 - 4 Spasm

۵ حداقل وسایل مورد نیاز

۱-۵ نوار پنبه ای

۲-۵ پلاستیک

۳-۵ اره یا کاتر مخصوص گچ

۴-۵ قیچی

۵-۵ اسفنج و پاک کننده‌های نرم

۶-۵ سشوار

۷-۵ پوشک یا پدهای پرینه یک بار مصرف در صورت لزوم

۸-۵ وسایل کنترل علائم حیاتی مطابق با استاندارد های ملی ایران شماره های ۱۵۰۰۸، ۱۵۰۲۸، ۱۵۰۲۱، ۱۵۰۳۲

۹-۵ دستکش یک بارمصرف

۱۰-۵ لگن شکستگی

۶ روش انجام کار

۱-۶ دستور پزشک مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱، بررسی شود.

۲-۶ هویت کودک مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۴ تعیین شود.

۳-۶ وسایل مورد نیاز آماده شود.

۴-۶ مراحل انجام کار برای کودک یا والدین توضیح داده شود.

۵-۶ برای کودکان ۳ تا ۱۲ سال از تصاویر یا از یک عروسک که به دور تنه و اعضاء بدن بانداژ یا گچ شده است استفاده شود.

۶-۶ به کودک اطمینان داده شود که حین گچ گیری چندین نفر از وی مراقبت نموده تا ترس و نگرانی وی برطرف شود.

۷-۶ به کودک در قرار گرفتن در وضعیت راحت کمک شود.

۸-۶ حریم کودک حفظ شود.

۹-۶ دست ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۹ شسته شود و دستکش لاتکس یکبار مصرف مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۴ پوشیده شود.

۱۰-۶ به پزشک برای انجام گچ گیری کمک شود.

۱۱-۶ قبل از گرفتن گچ ، ناحیه پرینه توسط پوشش نازکی پوشانده شود.

۶-۱۲ برای تسهیل در خشک شدن گچ هر ۱ تا ۲ ساعت کودک تغییر وضعیت داده شود.

۶-۱۳ برای جلوگیری از بدشکلی گچ مرطوب، تغییر وضعیت دادن فقط با کف دست خصوصا در ناحیه مفاصل استفاده شود.

۶-۱۴ برای پاک نمودن تکه های باقیمانده گچ روی پوست کودک، می توان از اسفنج استفاده نمود.

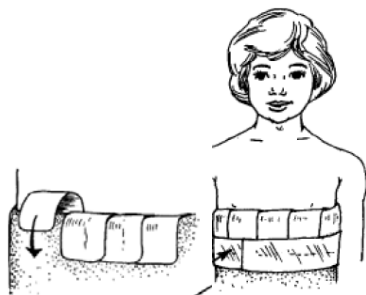
۶-۱۵ پاهای کودک از نظر سردی، تورم، سیانوز یا وجود لکه روی پوست، قدرت نبض، حرکت انگشت شست، بی حسی، احساس سوزش و پرشدگی مویرگی هر ۱ تا ۲ ساعت، تا زمانی که گچ خیس می باشد کنترل و سپس هر ۲ تا ۴ ساعت بعد از خشک شدن گچ کنترل شود.

۶-۱۶ هنگام مرطوب بودن گچ، کفایت جریان خون هر ۱ تا ۲ ساعت و در هنگام خشک بودن گچ هر ۲ تا ۴ ساعت کنترل شود.

هشدار - برای چرخاندن بیمار / مددجو از میله نگه دارنده در بین پاها استفاده نشود چون وارد آمدن فشار زیاد موجب شکستن گچ می شود.

۶-۱۷ پس از خشک شدن گچ، لبه های آن از نظر وجود بریدگی های نامناسب که می تواند پوست را تحریک کند، کنترل شود.

۶-۱۸ برای محافظت پوست قسمت هایی از نوار پنبه ای (یا ویبریل) بریده شود و روی لبه های آزاد گچ استفاده شود (به شکل ۷ مراجعه شود).



شکل ۷ - نوار پنبه ای (یا ویبریل)

۶-۱۹ برای جلوگیری از آلوده شدن قالب گچی، قبل از هر بار اجابت مزاج می توان یک پوشش پلاستیکی خشک و تمیز زیر قالب گچی قرار داد و روی لبه های آن را برگرداند.

۶-۲۰ معمولا در کودکانی که دارای گچ اسپایکا مفصل ران می باشند، استفاده از لگن شکستگی به لگن های معمولی ترجیح داده می شود.

۶-۲۱ در صورتی که کودک بی اختیاری ادرار داشته باشد (یا هنوز آموزش توالیت رفتن دریافت نکرده است) بایستی گچ از آلوده شدن حفظ شود. در کنار لبه گچ پرینه از پوشک یک بار مصرف یا پدهای پرینه استفاده شود سپس از یک پوشک دیگر در بالای گچ برای حفظ پوشک در محل استفاده شود. برای سهولت عبور ادرار و مدفوع

به داخل لگن با پلاستیک، مجرائی برای عبور ساخته شود. اگر هنوز گچ کثیف می باشد، می توان از پاک کننده های نرم یا اسفنج مرطوب استفاده و سپس با سشوار با درجه خنک گچ را خشک کرد.

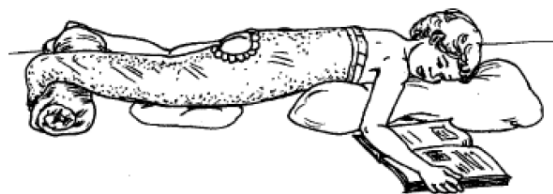
۶-۲۲ برای کاهش احساس خارش، از سشوار با درجه خنک برای دمیدن هوا به زیر گچ استفاده شود. به کودک و خانواده وی هشدار داده شود که برای رهایی از خارش از اشیاء نوک تیز مثل خط کش و میل بافتنی استفاده نشود زیرا باعث عفونت و پارگی بخیه ها می شود. از پاک بودن پوست زیر گچ از تکه های غذا و/ یا سایر مواد اطمینان حاصل شود.

۶-۲۳ در صورتی که گچ پس از جراحی استفاده شده است، علایم حیاتی کودک مطابق با استانداردهای ملی ایران شماره های ۱۵۰۳۲، ۱۵۰۲۱، ۱۵۰۲۸، ۱۵۰۰۸ از نظر وجود خونریزی کنترل شود.

۶-۲۴ نواحی باز بدن از نظر حساسیت، قرمزی و نواحی تحت پوشش گچ از نظر داغی، فشار، حساسیت و درد کنترل شود.

۶-۲۵ توجه شود که وجود بوی نامطبوع در منطقه ای از گچ می تواند نشان دهنده زخم فشاری و عفونت باشد.

۶-۲۶ جهت تخلیه ترشحات ریوی، کودک روزی دو مرتبه مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۵۱ به شکم خوابانده شود. جهت راحتی کودک یک بالش کوچک در زیر شکم و یک بالش طولی زیر پاهای وی قرار داده یا اینکه پاهای وی از ناحیه میچ از تخت آویزان شود (به شکل ۸ مراجعه شود).



تصویر ۸- قرار گرفتن وضعیت رو به شکم

۶-۲۷ کودک و خانواده ی وی به صورت کتبی و شفاهی در خصوص نحوه ی مراقبت از گچ مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۵ آموزش داده شوند.

۶-۲۸ پرستار باید واکنش های اضطرابی سندرم قالب گچ را کنترل نماید.

هشدار- در مدتی که کودک گچ را حمل می کند حمام کردن ممنوع است و صرفا با اسفنج مرطوب نواحی باز بدن تمیز شود (به شکل ۹ مراجعه شود).



تصویر ۹- تمیز کردن بدن با اسفنج مرطوب

۶-۲۹ قبل از ترخیص به والدین آموزش داده شود که چگونه از گچ مراقبت کنند و به آنها فرصت داده شود تا یافته‌های خود را به نمایش بگذارند، این آموزش‌ها می‌تواند در برگیرنده کنترل وضعیت گردش خون، شناخت علائم اختلال در جریان خون و گزارش به پزشک باشد. همچنین نشان داده شود که چگونه کودک را برگردانند، گچ را تمیز کنند و از وجود تغذیه کافی اطمینان یابند.

۶-۳۰ به والدین آموزش داده شود که چگونه خشکی و پوسته شدن پوست اطراف گچ را با شستن مرتب پوست کودک درمان کنند. پس از خارج کردن گچ آنها می‌توانند از روغن بچه یا دیگر لوسیون‌ها برای نرمی پوست استفاده کنند. والدین تشویق شوند که تمام ویزیت‌های پزشک را به طور مرتب پیگیری کنند.

۶-۳۱ دفع مواد استفاده شده مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۸ مدیریت شود.

۶-۳۲ کلیه مشاهدات و یافته‌ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ ثبت شود:

الف- زمان و تاریخ شروع و پایان یا مدت مراقبت از گچ

ب- وضعیت گردش خون در پاهای کودک

پ- بررسی هر نوع خونریزی یا ترشح

ت- شرایط گچ و پوست

ث- شرح تمام مراقبت‌های پوستی داده شده

ج- یافته‌های حاصل از بررسی مثانه و روده

چ- واکنش کودک و خانواده نسبت به گچ

ح- موارد آموزش داده شده به کودک و خانواده و بازخورد آن‌ها

۷ شرایط انجام کار

۷-۱ دقت و صحت در انجام کار

۷-۲ حفظ حریم و حرمت کودک

۷-۳ ارائه توضیحات لازم به کودک در مورد نحوه انجام فرایند کار

۷-۴ رعایت نکات بهداشتی و ایمنی

۷-۵ ارایه ی آموزش های لازم به صورت کتبی و شفاهی

۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

فرایند مراقبت از گچ هیپ اسپایکا توسط پرستار و در کلیه بخش های اورژانس، عمومی و تخصصی بستری کننده کودکان با گچ اسپایکا برای کودک انجام می گیرد.

۹ نکات آموزشی

۹-۱ شیرخواران بهتر از کودکان بزرگتر، گچ هیپ- اسپایکا را می پذیرند اما هر دوی این گروه سنی به حمایت، تشویق و انجام فعالیت‌هایی برای انحراف فکر نیاز دارند.

۹-۲ هنگام تغییر وضعیت کودک اطمینان یابید که کودک به طرف غیرمبتلا (سالم) چرخانده شود. شیرخواران می‌توانند به تنهایی تغییر وضعیت داده شوند ولی برای کودکان بزرگتر و نوجوانان از افراد دیگری (حداقل ۳ نفر) کمک خواسته شود.

۹-۳ تشویق کودک توسط پرستار که در صورت امکان هنگام تغییر وضعیت با استفاده از نرده های کنار تخت یا بند بالای سرش (تراپز) به پرستاران کمک کند.

۹-۴ عوارض گچ اسپایکا بیشتر از بی تحرکی ناشی می‌شود که شامل یبوست، توقف جریان ادرار، سنگ ادراری، شکنندگی پوست، اختلال تنفسی و انقباض عضلانی می‌باشد. تغییر وضعیت مکرر، انجام تمرین در محدوده حرکت اعضاء، اسپیرومتری انگیزشی و هیدراتاسیون و تغذیه کافی می‌توانند این عوارض را کاهش دهند.

۹-۵ هنگام صرف غذا برای خوردن و بلعیدن در شرایط مناسب تر، کودکان بزرگتر مقداری روی شکم خم شوند.

۹-۶ یک لکه خون روی گچ می تواند دایره ای به قطر ۷ سانتی متر ایجاد نماید که همراه کننده است.

۹-۷ برای خشک شدن گچ‌های قدیمی ۲۴ تا ۴۸ ساعت زمان مورد نیاز است اما گچ های امروزه در عرض ۸ تا ۱۰ ساعت خشک می‌شوند. اگر از جنس فایبرگلاس باشند در عرض کمتر از یک ساعت خشک می‌شوند.

۹-۸ قبل از خارج کردن گچ، به کودک و والدین اطمینان داده شود که بریدن گچ عملی بدون درد است. توضیح دهید که اره مخصوص گچ چگونه کار می کند و پس از بریدن گچ به طور خودکار می ایستد.

۹-۹ مشارکت دادن والدین در مراقبت از کودک موجب افزایش احساس امنیت در بیمار/مددجو و ایجاد حس کنترل می‌شود

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 سریع‌ترین 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-۲-۲-۱ 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-۲-۲-۱-۲-۱ مفاد منشور حقوق بیمار/مددجو در زمان پذیرش ؛
- ب-۲-۲-۱-۲-۲ 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-۲-۲-۱-۲-۳ نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- ب-۲-۲-۱-۲-۴ 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-۲-۲-۱-۲-۵ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛
- ب-۲-۲-۱-۲-۶ کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند .
- ب-۲-۲-۱-۲-۷ ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛
- ب-۲-۲-۲-۱ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- ب-۲-۲-۲-۲-۱-۱ 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 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 درمان‌های 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-۲-۳-۱-۲ 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-۲-۴-۱ ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار/ مددجو (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .

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

ب-۲-۴-۲ 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-۲-۴-۳ 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-۲-۴-۳ 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 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 بیماران/ مددجویان حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

ب-۲-۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان 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.

پیوست پ

(اطلاعاتی)

سندرم قالب گچ

پ-۱ بیماران/مددجویانی که داخل قالب های گچی بزرگ، بی حرکت می مانند، ممکن است به علت محدودیت حرکتی، دچار واکنش فیزیولوژیکی و روانی به نام سندرم قالب گچ شوند.

پ-۲ جزء روانی این سندرم شبیه ترس از فضای تنگ و محصور است. این بیماران/مددجویان دچار یک واکنش اضطراب حاد می شوند.

پ-۳ علایم واکنش اضطراب حاد: به صورت تغییرات رفتاری و اختلالات سیستم خودکار(مثل افزایش سرعت تنفس و ضربان قلب، بالا رفتن فشار خون و مردمک گشاد) تظاهر می کند.

پ-۴ پرستار باید این واکنش اضطرابی را تشخیص و محیطی امن را فراهم نماید.

پ-۵ پاسخ های فیزیولوژیک سندرم قالب گچ، ناشی از بی حرکتی بیمار/مددجو است در اثر کاهش فعالیت جسمی، حرکات گوارشی کند شده، تجمع گازهای روده ای باعث بالا رفتن فشار روده شده و ممکن است بیمار/مددجو دچار فلج ایلئوس (فلج روده ای) شود. در این حالت بیمار/مددجو از اتساع شکم، تهوع و استفراغ شکایت می نماید.