



جمهوری اسلامی ایران  
Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization



استاندارد ملی ایران

۱۵۲۶۹

چاپ اول

۱۳۹۱

INSO  
15269

1st. Edition

2012

مداخلات پرستاری - احیای قلبی  
ریوی (CPR) پایه در شیرخواران - آیین کار

Nursing Interventions - Basic  
Cardiopulmonary Resuscitation in Infant -  
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 پیشنهادات 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)<sup>۱</sup>، کمیسیون بین المللی الکتروتکنیک (IEC)<sup>۲</sup> و سازمان بین المللی اندازه شناسی قانونی (OIML)<sup>۳</sup> است و به عنوان تنها رابط<sup>۴</sup> کمیسیون کدکس غذایی (CAC)<sup>۵</sup> 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) 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 - احیای قلبی ریوی (CPR) پایه در شیرخواران - آیین کار

رئیس:

میرزا بیگی، غضنفر  
(کارشناس ارشد کارافرینی)

سمت و/یا نمایندگی  
رئیس کل سازمان نظام پرستاری

دبیر:

سالمی، صدیقه  
(کارشناس ارشد آموزش پرستاری)

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

اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)

آرزومانیاس، سونیا  
(کارشناس ارشد پرستاری کودکان)

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی تهران

جعفر جلال، عزت  
(کارشناسی ارشد پرستاری)

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

رضوی، سیده مریم  
(کارشناس پرستاری)

کارشناس فنی سازمان نظام پرستاری

شوقی، مهناز  
(کارشناس ارشد پرستاری کودکان)

عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی کرج

مصطفوی، اشرف  
(کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری - مدیر پرستاری بیمارستان تهرانپارس

موسی پور، سمیه  
(کارشناس ارشد)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

وفاییان، نادیا  
(کارشناس پرستاری)

کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

## پیش‌گفتار

استاندارد "مداخلات پرستاری - احیای قلبی ریوی (CPR) پایه در شیرخواران - آیین کار" که پیش‌نویس آن در کمیسیون‌های 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 پنجمین اجلاس کمیته ملی استاندارد خدمات مورخ ۹۱/۴/۴ 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 پیشرفت‌های 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. استاندارد‌های خدمات پرستاری. تهران: ۱۳۸۵.
3. Smeltzer, Suzanne C. Hinkle, Janice L. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing .12<sup>th</sup> 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 شیرخواران - آیین کار

### ۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد، شناسایی و اجرای اصول کلی احیای قلبی ریوی (CPR) پایه در شیرخواران به منظور جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی، برقراری مجدد برون ده قلبی (گردش خون) و تنفس در بدن 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 اصلاحیه های بعدی آن مورد نظر است. استفاده از مراجع زیر برای کاربرد استاندارد الزامی است:

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

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

۳-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۲۶۸، مداخلات پرستاری- دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی قلب - آیین کار

### ۳ اصطلاحات و تعاریف

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

۱-۳

#### پرستار<sup>۱</sup>

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

۲-۳

کودک<sup>۱</sup>

منظور از کودک در این استاندارد همان شیر خوار<sup>۲</sup> زیر یک سال است.

۳-۳

دیفیبرلاتور خارجی خودکار<sup>۳</sup>

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 ۱ مراجعه شود).



شکل ۱ - دیفیبرلاتور خارجی خودکار

۴-۳

احیاگر<sup>۴</sup>

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

۵-۳

هیپوکسی بافتی<sup>۵</sup>

زمانی است که کاهش اکسیژن خون شریانی در سطح سلولی منجر به کاهش اکسیژن بافتی می شود.

۶-۳

تنفس گسپینگ / آگونال<sup>۶</sup>

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

۷-۳

تنفس دهان به دهان<sup>۷</sup>

- 
- 1 Child
  - 2 Infant
  - 3 Automated External Defibrillator (AED)
  - 4 Lay Rescuer
  - 5 Tissue hypoxia
  - 6 - Gaspings/ Agonal Respiration
  - 7 Mouth- to- Mouth

فرآیندی که فرد احیاگر با دهان خود تمام دهان کودک را می پوشاند و بازدم خود را وارد ریه کودک می کند.

۸-۳

### مانور سرعقب چانه بالا<sup>۱</sup>

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 انجام می شود.

۹-۳

### زایفوئید<sup>۲</sup>

به زائده انتهایی استخوان جناغ سینه گفته می شود.

۱۰-۳

### آسفیکسی<sup>۳</sup>

هایپوکسی شدید که منجر به هایپوکسمیا، هایپرکاپنیا و فقدان هوشیاری می شود.

۱۱-۳

### تنفس موثر

تنفسی که هنگام انجام آن قفسه سینه کودک بالا بیاید، تنفس موثر است.

## ۴ اهداف مداخله ای

۱-۴ برقراری مجدد تنفس و گردش خون

۲-۴ جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

## ۵ حداقل وسایل مورد نیاز

دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی قلب

## ۶ روش انجام کار

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

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

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

---

1 Head Tilt, Chin lift  
2 Xiphoid  
3 Asphyxia

۲-۲-۶ 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.

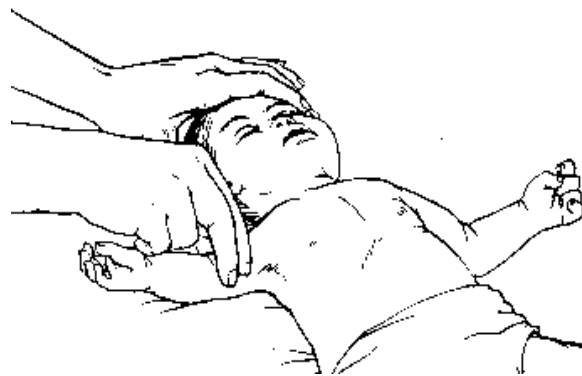
۳-۲-۶ بچه هایی که دارای دیسترس تنفسی می باشند باید در وضعیتی قرار گیرند که راه هوایی آن ها باز بماند و در وضعیتی نگه داشته شوند که بیشترین راحتی را داشته باشند.

۴-۲-۶ 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.

۳-۶ 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.

۴-۶ نبض براکیال شیرخوار در قسمت بالای آرنج، بین ساعد و شانه حداکثر در مدت ۱۰ ثانیه بررسی شود (به شکل ۳ مراجعه شود).



شکل ۲ - کنترل نبض براکیال در کودکان

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

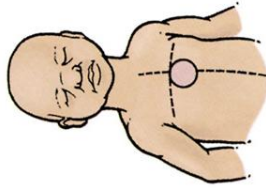
یادآوری - برای انجام یک ماساژ قلبی موثر، کودک باید روی سطحی صاف و سخت قرار گیرد.

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

۱-۶-۶ 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.

هشدار ۱- در کودکان، احیاگر استرنوم را با ۲ انگشت (انگشت میانی و انگشت حلقه) درست زیر خط فرضی وصل کننده نوک پستان ها ماساژ دهد و روی دنده ها و زائده زایفوئید فشار نیاورد (به شکل ۴ و ۵ مراجعه شود).





شکل ۳ - محل ماساژ در کودکان



شکل ۴ - انجام ماساژ قلبی به روش ۲ انگشتی

هشدار ۲- می توان به جای استفاده از روش دو انگشتی، از روش حلقه کردن دو دست دور قفسه سینه استفاده کرد. در روش دوم ماساژ، دو دست دور قفسه سینه حلقه شود به گونه‌ای که انگشتان شست در نیمه تحتانی استرنوم در کنار یکدیگر قرار گیرند.



شکل ۵- ماساژ به روش حلقه کردن دست ها دور قفسه سینه

۶-۷ ماساژ قلبی با سرعت ۱۰۰ بار در دقیقه و با عمقی در حدود ۴ 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 اگر احیا ۱ نفره است اقدامات زیر انجام شود:

۶-۸-۱ نسبت ماساژ قلبی به تنفس موثر ۳۰ به ۲ است.

۶-۸-۲ هر تنفس باید ۱ ثانیه طول بکشد و اطمینان حاصل شود که تنفس موثر است.

۶-۹ اگر احیا ۲ نفره (افراد متخصص و مراقبین بهداشتی) است اقدامات زیر انجام شود :

۶-۹-۱ نسبت ماساژ قلبی به تنفس ۱۵ به ۲ است.

۶-۹-۲ یکی از احیاگران باید بدون اتلاف وقت احیای قلبی ریوی را آغاز کند (احیا قلبی ریوی مانند احیای یک نفره است).

۶-۹-۳ احیاگر دیگر کودک را ترک کند و بلافاصله به اورژانس اطلاع دهد و دستگاه AED (در صورت وجود) را جهت احیا به صورت پیشرفته کودک فراهم کند.

۶-۹-۴ دستگاه AED مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۲۶۸ استفاده شود.

۶-۹-۵ 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.

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

۶-۱۱ 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، سیانوز نیز وجود دارد.

۶-۱۲ اقدامات لازم جهت باز کردن راه هوایی شامل مراحل زیر است:

۶-۱۲-۱ راه هوایی با استفاده از مانور سرعقب- چانه بالا<sup>۱</sup> هم در کودکان زخمی و هم غیر زخمی باز شود (به شکل ۶ مراجعه شود).



شکل ۶ - مانور سر عقب - چانه بالا

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.

۶-۱۲-۲ 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.

۶-۱۲-۳ برای تنفس دادن به کودکان از روش تنفس دهان به دهان و بینی استفاده شود که شامل مراحل زیر است (به شکل ۷ و ۸ مراجعه شود):

۶-۱۲-۳-۱ احیاگر نفس عمیق بکشد و با دهان خود، دهان و بینی شیرخوار را به طور محکم ببوشاند.

۶-۱۲-۳-۲ میزان هوای کمی به آهستگی وارد ریه های شیرخوار شود، چون حجم ریه شیرخوار کوچکتر از یک فرد بالغ است.



شکل ۷ - تنفس دهان به دهان و بینی

یادآوری ۱- در صورت وجود مشکل در برقراری تنفس از راه دهان به دهان و بینی، از هر دو روش دهان به دهان و دهان به بینی استفاده شود.

یادآوری ۲- اگر از روش دهان به دهان استفاده می شود، بینی را ببندید و در روش دهان به بینی، دهان را ببندید. در هر دو روش مطمئن شوید که سینه بالا می آید.

۶-۱۳ تنفس نامناسب با نبض: اگر نبض  $\leq 60$  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 برقرار شود و ادامه پیدا کند. نبض هر ۲ دقیقه بررسی شود اما برای بررسی نبض بیشتر از ۱۰ ثانیه وقت گذاشته نشود.

۶-۱۴ 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.

۶-۱۴ 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

## 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 می کشد، به وجود اپیگلوتیت مشکوک شوید و اگر والدین نیز در محل حاضرند، وجود سابقه تب یا عفونت های سیستم تنفسی فوقانی سؤال 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.

۲-۹ همزمان با پیشرفت هیپوکسی، عضلات کودک شل شده و امکان خارج کردن جسم خارجی بهتر فراهم می شود.

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

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

۵-۹ ایست قلبی در کودکان و 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.

۶-۹ برخلاف بالغین در نوزادان غالبا ایست تنفسی مقدم بر ایست قلبی است، یعنی ابتدا نارسایی و ایست تنفسی بروز می کند و سپس به تدریج برادیکاردی و آسیستولی رخ می دهد.

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

ب-۲-۲-۱-۱-۴ 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-۲-۲-۱-۱-۵ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

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

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

ب-۲-۲-۱-۱-۸ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

ب-۲-۲-۱-۱-۲-۱ 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؛



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 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 ارائه کنندگان 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-۲-۴-۳ 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.

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.

پیوست پ  
(اطلاعاتی)

الگوریتم احیای قلبی ریوی پایه در شیرخواران

الگوریتم احیای قلبی ریوی پایه در شیرخواران

