



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت پرستاری

فرآیندهای پرستاری در بحران

تدوین کننده:

دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تابستان ۱۴۰۴



بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان سند	فرآیندهای پرستاری در بحران
کد سند	-
نسخه	2-0
تاریخ تصویب	تابستان 1404
تاریخ بازنگری	زمستان 1404
محل اجرا	سراسر کشور / دانشگاه‌های علوم پزشکی / مراکز درمانی و بهداشتی منتخب
تدوین کننده	دفتر ارتقای سلامت جامعه و خدمات پرستاری
تأیید کننده نهایی	معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
نویسندگان	دکتر عباس عبادی، معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دکتر خورشید وسکویی، مدیر کل دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دکتر مهدی صفری دکترای تخصصی سلامت در بلایا و فوریت ها و استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دکتر علی رحمانی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
همکاران: (به ترتیب حروف الفبا)	پرستو آریاملو، الهام الماسی، فرشته امیدیان، دکتر کمال بصیری، دکتر فریبا بلورچی فرد، سوسن جمشیدی، زهرا سعیدی، دکتر مهناز سیدالشهدایی، ملیحه طالبی جاغرق، زینب کاظم زاده، دکتر زهره کوهی رستمکلائی، نیلوفر مهرمنش، نسترن نوروزی، سمیه هداوند میرزایی

پیشگفتار:

بحران‌ها، اعم از بلایای طبیعی، سوانح انسان‌ساخت، بیماری‌های فراگیر و تجمعات گسترده انسانی، همواره یکی از مهم‌ترین تهدیدها علیه سلامت جوامع بوده‌اند. در این میان، نقش بی‌بدیل پرستاران به‌عنوان خط مقدم پاسخ نظام سلامت، بیش از پیش نمایان می‌شود. پرستاران با ایفای مسئولیت‌هایی حساس در حیطه تریاژ، مراقبت مستقیم، مدیریت منابع، حمایت روانی و اخلاقی بیماران، آموزش تیم‌ها و ساماندهی داوطلبان، نقشی کلیدی در کاهش تلفات، کنترل بحران و بازگشت به وضعیت عادی ایفا می‌کنند.

با توجه به تنوع، پیچیدگی و شدت چالش‌هایی که پرستاران در شرایط بحرانی با آن مواجه‌اند، تدوین فرآیند جامع پرستاری در بحران ضرورتی انکارناپذیر تلقی می‌شود. این سند با هدف استاندارد سازی عملکرد پرستاری، افزایش آمادگی، و ارتقاء کیفیت خدمات مراقبتی در تمام مراحل چرخه بحران (قبل، حین و بعد از بحران) طراحی شده است و تمامی حوزه‌های کلیدی از آمادگی تا بازیابی را پوشش می‌دهد.

این مجموعه، حاصل تلاش کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه پرستاری، سلامت روان، مدیریت بحران، آموزش، و سیاست‌گذاری سلامت است و امید می‌رود بتواند به عنوان مرجع قابل اتکایی در ارتقاء تاب‌آوری نظام سلامت کشور مورد استفاده قرار گیرد.

دکتر عباس عبادی
معاون پرستاری

فهرست مطالب

7	مقدمه.....
9	ترياز در بحران(فصل اول).....
10	فرآيند پرستاری ترياز در بحران.....
13	فرآيند اولويت بندی مراقبت با کمترین منابع در بحران.....
15	فرآيند مستند سازی سريع وضعيت بیمار در بحران.....
17	فرآيند تصميم گيری اخلاقی در شرايط ترياز بحران.....
19	مراقبت های پرستاری در بحران(فصل دوم).....
20	مراقبت پرستاری از بیمار در حوادث شيميايي.....
23	مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث پرتویی.....
25	مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث زيستی.....
27	مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث انفجاریExplosive.....
30	مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سندرم لهشديگی Crush Syndrome.....
33	مراقبت پرستاری در سندرم کمپارتمان Compartment Syndrome.....
35	مراقبت پرستاری از ترومای نافذ قفسه سينه.....
40	مراقبت پرستاری از بیمار دچار ترومای نافذ شکم و لگن.....
42	مراقبت پرستاری از خونريزی در بحران.....
44	مراقبت پرستاری از بیمار دچار شکستگیها.....
47	مراقبت پرستاری از آسیبهای سر و گردن.....
50	مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران.....
51	مراقبت پرستاری از زخم در بحران.....
53	مراقبت های پرستاری در اختلالات تنفسی در شرايط بحران.....
55	مراقبت پرستاری در تشنج.....
56	مراقبت پرستاری در افت فشار خون در شرايط بحران.....
58	مراقبت پرستاری در شوک.....
59	مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی در بحران.....
61	مراقبت پرستاری از بیماران مزمن در بحران.....
62	مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران.....
63	مراقبت پرستاری از سالمندان در بحران.....
65	مراقبت پرستاری از نوزادان در بحران.....

67	فرآیند پرستاری کنترل عفونت در بحران
69	مراقبت پرستاری مدیریت فاشیئت نکروزان
71	ملاحظات و مراقبت پرستاری در مواجهه با بیماران دارای علایم مثبت ویروسی
73	مدیریت منابع انسانی پرستاری در بحران (فصل سوم)
74	فرآیند مدیریت منابع انسانی پرستاری در بحران
76	تأمین نیروی پرستاری اضطراری
79	آموزش تیم های پرستاری برای پاسخ مؤثر در شرایط ویژه و بحران های پیچیده
80	مدل چرخشی در چیدمان نیروی انسانی
82	فرآیند توزیع نیروی پرستاری در بحران
84	فرآیند مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی در بحران-با تمرکز بر حرفه پرستاری
87	اولویت بندی مراقبت با حداقل منابع در بحران
88	فرآیند مدیریت فضای اورژانس بیمارستانی و بخش های بستری در بحران
90	فرآیند مدیریت ایمنی بیمار و کادر درمان در بحران
93	فرآیند مدیریت رفاهی کادر پرستاری در بحران
95	فرآیند مستند سازی عملکرد تیم پرستاری در بحران
101	فرآیند های مرتبط با آمادگی پرستاری در بحران (فصل چهارم)
102	سامانه فرماندهی حادثه در بیمارستان HICS و جایگاه پرستار در آن Hospital Incident Command System
104	فرآیند طراحی و تمرین نقش های پرستاری در تیم بحران
105	فرآیند ارزیابی آمادگی جسمی، روانی و اجتماعی پرستاران برای حضور در بحران
107	تجهیزات همراه پرستار در مأموریت های بحرانی
110	فرآیند های مرتبط با سلامت روان پرستاران در بحران (فصل پنجم)
111	فرآیند پرستاری در ارائه مراقبت های اولیه روان پرستاری (PFA) در بحران
112	فرآیند پرستاری پیشگیری از فرسودگی شغلی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در بحران
114	فرآیند پرستاری روش های خودمراقبتی روان برای پرستاران در بحران
117	فرآیند حمایت سازمانی، حرفه ای و روان در مواجهه با فوت همکاران
119	فرآیند حمایت روانی-شغلی و بازگشت ایمن به کار پرستاران دچار سوگ
122	فرآیند حمایت روانی – حرفه ای و مدیریت عملکرد پرستاران در مواجهه با تلفات و حجم بالای مصدومان
125	ساختار حمایت روانی پس از بحران Debriefing
128	فرآیندهای مرتبط با اخلاق حرفه ای در بحران (فصل ششم)
129	فرآیند حفظ رازداری اطلاعات بیمار در شرایط بحران
131	فرآیند پرستاری برای تصمیم گیری در شرایط کمبود منابع

134.....	فرآیندهای مرتبط با ارتباطات پرستاری در بحران (فصل هفتم).....
135.....	فرآیند همکاری با نیروهای امدادی، پشتیبانی و فرماندهی بحران.....
137.....	فرآیند پرستاری ارتباط موثر با خانواده بیماران و جامعه در بحران.....
139.....	فرآیند پرستاری استفاده از سیستم های ساده ارتباطی در شرایط قطع فناوری.....
140.....	فرآیند پرستاری ارتباط موثر با تیم سلامت در شرایط بحران.....
142.....	فرآیند های مرتبط با پایان بحران و بازیابی (فصل هشتم).....
143.....	فرآیند پرستاری پیگیری برای بیماران حادثه دیده پس از بحران.....
145.....	فرآیند پرستاری ارائه گزارش نهایی و درس آموخته ها پس از بحران.....
148.....	فرآیند بازسازی منابع انسانی و فیزیکی پس از بحران.....
151.....	منابع:
153.....	پیوست یک.....
154.....	پیوست دو.....
155.....	پیوست سه.....
156.....	پیوست چهار.....
157.....	پیوست پنج.....
158.....	پیوست شش.....
159.....	پیوست هفت.....

مقدمه

در شرایط بحران، ارائه خدمات سلامت مستلزم برخورداری از نظامی هماهنگ، سریع، انعطاف پذیر و مبتنی برشواهد است. پرستاران به عنوان ستون فقرات نظام سلامت، در خط مقدم مواجهه با بحران‌ها، مسئولیت‌هایی گسترده در تمامی ابعاد نظام سلامت بر عهده دارند.

فرآیندهای پرستاری در بحران، مجموعه‌ای کاربردی، علمی و قابل اجراست که با در نظر گرفتن شرایط خاص کشور، ظرفیت‌های پرستاری و تجارب جهانی، تدوین شده است. انتظار می‌رود این راهنما بتواند به عنوان ابزار تصمیم‌سازی و اقدام در اختیار مدیران و نیروهای پرستاری در سطوح مختلف قرار گیرد و مسیر را برای پاسخ اثربخش‌تر به بحران‌ها هموار سازد.

هدف کلی

آمادگی و هماهنگی تیم‌های پرستاری در مدیریت بحران‌ها بمنظور ارائه خدمات پرستاری سریع، کارآمد و اثربخش از طریق ارائه چهارچوب‌های استاندارد، کاربردی و مبتنی برشواهد

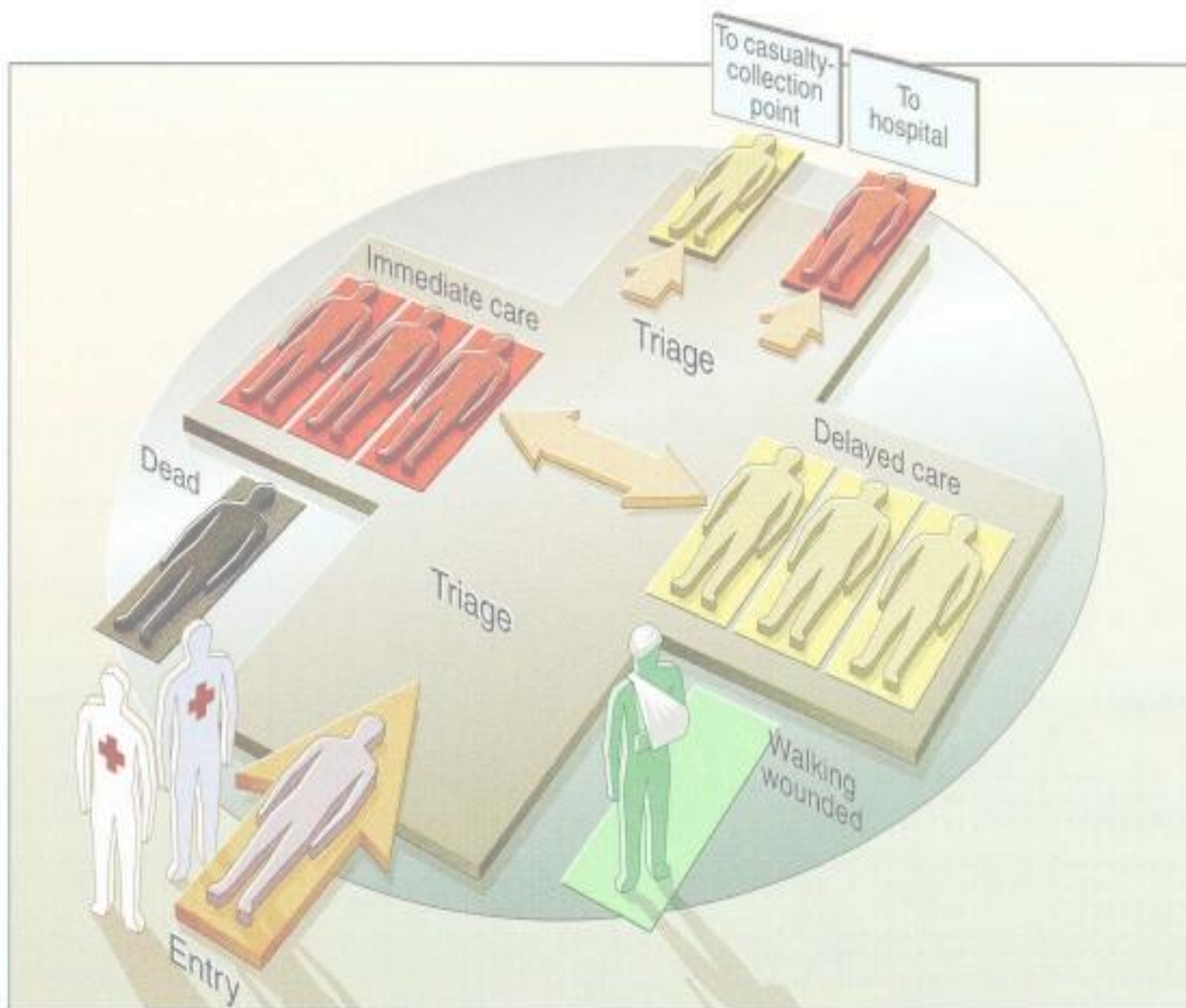
اهداف اختصاصی

1. ارتقاء آمادگی پرستاری در مواجهه با بحران‌ها از طریق توسعه دستورالعمل‌های پیش‌گیرانه، برنامه‌ریزی عملیاتی، رزمایش‌های آموزشی، و تأمین تجهیزات استاندارد.
2. تدوین چارچوب یکپارچه برای تریاژ پرستاری در بحران‌ها به منظور تسهیل در تصمیم‌گیری سریع، کاهش خطا و اولویت‌بندی بیماران براساس شدت، نوع صدمات، نیاز بالینی و میزان امکانات در دسترس.
3. تعیین استانداردهای مراقبت بالینی پرستاری در بحران‌ها با تمرکز بر ایمنی بیمار، استفاده بهینه از منابع محدود و پاسخ مؤثر در شرایط بیش باری کاری و ازدحام مصدوم.
4. تبیین اصول اخلاق حرفه‌ای در بحران‌های سلامت جهت هدایت تصمیم‌گیری‌های دشوار، حمایت از بیماران و حفظ کرامت انسانی در شرایط سخت.
5. تدوین راهکارهای حمایت روانی از پرستاران در بحران‌ها با هدف افزایش تاب‌آوری، کاهش فرسودگی شغلی، و بهبود عملکرد روانی تیم‌های پرستاری.
6. توسعه نقش مدیریت پرستاری در بحران برای رهبری اثربخش، هماهنگی بین‌بخشی، تصمیم‌سازی در سطوح عملیاتی و سیاست‌گذاری.
7. طراحی نظام ارتباطی مؤثر در بحران‌ها برای تقویت ارتباطات درون‌تیمی، بین‌بخشی، بین حرفه‌ای و اطلاع‌رسانی صحیح به جامعه.
8. پشتیبانی از فرآیند بازبایی و بازتوانی پس از بحران با هدف بازگشت پایدار به وضعیت عادی، مستندسازی تجارب و ارتقاء آمادگی برای بحران‌های آتی.

نقش پرستاری در چرخه مدیریت بحران



تریاز در بحران



فرآیند پرستاری تریاژ در بحران

اهداف

- طبقه‌بندی سریع مصدومان بر اساس شدت، نوع صدمات و احتمال بقا
- آموزش و اجرای سیستم‌های تریاژ استاندارد در محیط قبل بیمارستان و در بدو ورود به بیمارستان
- تعیین اولویت درمانی یا ایزولاسیون بیماران در بحران
- ارتقاء ایمنی کارکنان و سایر بیماران از طریق تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
- مستندسازی دقیق و قابل پیگیری وضعیت بیماران و تصمیمات مرتبط با آنها

دامنه کاربرد

این راهنما در تمام مراحل بحران (پیش از رسیدن مصدوم به مراکز درمانی، در مراکز درمانی صحرایی، نقاهتگاه یا حتی بیمارستان‌ها) توسط گروه پرستاری قابل استفاده است.

تعاریف کلیدی

- تریاژ (Triage): فرآیند اولویت‌بندی بیماران بر اساس شدت بیماری یا جراحی، منابع موجود، و احتمال بقا
- تریاژ START: روش ساده و سریع تریاژ برای مصدومان در بحران بر اساس وضعیت تنفس، گردش خون و هوشیاری
- رنگ‌بندی تریاژ: روش دسته‌بندی بیماران بر اساس رنگ (قرمز، زرد، سبز، سیاه) برای اولویت درمان اولیه
- تریاژ ثانویه: ارزیابی مجدد بیمار برای شناسایی تغییرات وضعیت بیمار و تصمیم‌گیری دقیق‌تر پس از مرحله اول تریاژ
- تریاژ معکوس در شرایط جنگ: برای کارکنان آسیب دیده در خارج و داخل بیمارستان و برگشت سریع به محل خدمت قبلی.

اصول کلیدی تریاژ در بحران

1- اصول بنیادین

- هدف از تریاژ، نجات بیشترین تعداد بیماران با توجه به کمترین نیروی انسانی و منابع موجود است.
- اولویت‌بندی بر اساس وضعیت حیاتی بیمار بدون در نظر گرفتن ترتیب زمان ورود.
- ارزیابی مستمر بیماران به‌ویژه در شرایطی که وضعیت آنان ممکن است تغییر کند.

نکته:

- در صورت وجود نیروهای درمانی در بین مصدومین، به منظور بازگشت سریع این افراد به تیم ارائه خدمت، در اولویت رسیدگی و درمان قرار می گیرند.
- در تریاژ معکوس (نظامی) (در صورت درخواست فرمانده)، گروه سبز بمنظور برگشت به دفاع و مبارزه در اولویت رسیدگی و درمان قرار می گیرند.

2- روش های تریاژ پرستاری در بحران

2-1- سیستم رنگ بندی بین المللی

تریاز اولیه در صحنه حادثه بر اساس الگوی START و jump START و شروع مراقبتهای درمانی در صحنه توسط نیروهای اورژانس پیش بیمارستانی صورت می پذیرد که بطور کلی شامل ارزیابی سریع وضعیت تنفسی، پرفیوژن، کنترل خونریزی و وضعیت ذهنی، شروع احیا با مایعات، کنترل درد و انتقال سریع بیمار با حداقل مداخلات درمانی در صورت وجود خطر جدی (آتش سوزی، انفجار، ریزش ساختمان، وجود مواد خطرناک و شرایط شدید بد آب و هوایی) می باشد.

تریاز بیمارستانی در حوادث با مصدومین انبوه بر اساس برنامه MCM و با استفاده از ابزار یکپارچه تریاز در حوادث با مصدومین انبوه (MCI) صورت می پذیرد که بطور کلی شامل ارزیابی سریع تمام مصدومین ورودی یا بیماران بدحال، پذیرش و شناسایی بیمار، تعیین اولویت ها برای درمان و توزیع مناسب به واحدهای مختلف درمانی در اورژانس یا بیمارستان می باشد و در دو مرحله صورت می پذیرد. حداکثر ظرفیت بخش های اورژانس، حداقل منابع مورد نیاز، مدیریت جریان بیمار و فضاهای بالقوه در اورژانس در مرحله قبل از وقوع حادثه می بایست تعیین گردد.

تبصره: این رویکرد فقط برای حوادث با مصدومین انبوه است که منابع انسانی و مادی کافی برای ارائه مراقبت های فردی بهینه از بیماران وجود ندارد، لذا در حوادث با مصدومین انبوه هدف تریاز «انجام بیشترین سودرسانی برای مصدومینی است که می توانند بیشترین بهره را از مداخلات پزشکی ببرند^۱» و در بحران و بلایا هدف از تریاز «استفاده بهینه از بیشترین منابع موجود برای خدمت رسانی به بیشترین تعداد مصدومینی است که بالقوه قابلیت نجات دارند^۲».

این تریاز در دو مرحله صورت می پذیرد:

مرحله ۱ تریاز بر اساس توانایی مصدوم در راه رفتن است تا افرادی را که بیشترین سود را از مداخله فوری پزشکی می برند در کوتاه ترین زمان مشخص شده و تریاز مرحله ۲ را تسهیل کند. در مرحله ۱، بیماران به دو منطقه از پیش مشخص شده هدایت می شوند. منطقه قرمز^۳ (بخش اورژانس-مختص بیمارانی که نمی توانند راه بروند) و منطقه سبز^۴ (بیماران با توانایی راه رفتن- منطقه ای مجاور اما متمایز از بخش اورژانس^۵).

تبصره: اگرچه داشتن تجربه بالینی اهمیت زیادی دارد، با اینحال در شرایطی که منابع انسانی محدود هستند یا شرایط فرهنگی در جامعه اجازه می دهد، حتی کارکنان غیردرمانی بیمارستان نیز می توانند برای انجام تریاز مرحله ۱ آموزش ببینند.

¹ The greatest good for those who can most benefit from medical interventions

² The greatest good for the greatest number of potential survivors

³ Red Zone

⁴ Green Zone

⁵ Walking Patients

منطقه سبز:

در حوادث با مصدومین انبوه، بیماران منطقه سبز احتمالاً بیشترین تعداد مصدومین را تشکیل می‌دهند. بنابراین ترجیح داده می‌شود که یک فضای مشخص، به طور ایده آل خارج از بخش اورژانس برای آنها وجود داشته باشد. در منطقه سبز بیمارانی که می‌توانند راه بروند، ممکن است آسیب‌های شدید و تهدید کننده حیات داشته باشند که می‌تواند در طول زمان پیشرفت کرده و نیازمند مداخله فوری باشد و یا موارد **undertriage** نیز می‌تواند وجود داشته باشد. بنابراین، انجام مرحله ۲ تریاژ و ارزیابی مجدد و مکرر برای نظارت بر وخامت حال عمومی بیماران حیاتی است و می‌بایست حداقل یک پزشک با تجربه برای منطقه سبز در دسترس باشد. مرحله دوم تریاژ در منطقه سبز با استفاده از ابزار استاندارد تریاژ عادی بیمارستان (براساس پروتکل ESI) توسط یک نفر پرستار مجرب تریاژ انجام می‌پذیرد. بعد از انجام مرحله ۲ تریاژ در منطقه سبز بیماران صرفاً یا به منطقه قرمز جهت دریافت خدمت منتقل می‌شوند و یا پس از مراقبتهای اولیه از همان منطقه سبز ترخیص میشوند. لذا ارجاع بیماران به سایر بخش‌های تخصصی بستری صرفاً از منطقه قرمز (بخش اورژانس) صورت می‌پذیرد.

منطقه قرمز:

مرحله دوم تریاژ در منطقه قرمز (بخش اورژانس) بیماران به قرمز، زرد، آبی و مشکی دسته بندی می‌شوند. مرحله ۲ تریاژ در منطقه قرمز نیاز به دانش و صلاحیت‌های بالینی پیشرفته دارد و بنابراین باید توسط پزشک ارشد بالینی انجام شود.

- بیماران با تریاژ قرمز نیاز به مداخله فوری جهت انجام احیاء و یا اقدامات لازم جهت احیا یا حفظ اندام دارند.
- بیماران با تریاژ زرد بیمارانی هستند که نیاز به درمان دارند، اما می‌توانند منتظر بمانند و از اورژانس به بخش‌های دیگر بیمارستان جهت دریافت خدمات درمانی منتقل شوند.
- بیماران با تریاژ آبی بیمارانی هستند که نیاز به مراقبت‌های درمانی بالاتر از منابع موجود فعلی دارند. آنها باید از اورژانس خارج و به بخش‌های بستری منتقل شوند که بتوان به آنها مراقبت تسکینی ارائه داده و به طور منظم مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند.
- بیماران با تریاژ مشکی بیماران فوت شده‌ای هستند که باید در اسرع وقت به سردخانه منتقل شوند.

تبصره ۱: اجساد منتقل شده به واحد تریاژ مرحله ۱ بایستی به منطقه قرمز هدایت شوند و بعد از تایید فوت توسط پزشک ارشد بالینی منطقه قرمز، به سردخانه منتقل گردند. در صورت انتقال قسمت‌هایی از بدن اجساد به واحد تریاژ مرحله اول، آنها هم باید به سردخانه منتقل گردند.

تبصره ۲: در خصوص تریاژ مبنی آموزش و عملکرد در مراکز درمانی کشور آخرین دستورالعمل اجرایی مدیریت حوادث با مصدومین انبوه

مسئولیت‌های پرستاری در تریاژ بحران

- اجرای فرآیند تریاژ سریع و دقیق با استفاده از ابزارهای مناسب
- مستندسازی تریاژ از نظر رنگ، زمان و وضعیت هر بیمار
- هماهنگی با تیم انتقال و درمان برای هدایت بیماران بر اساس رنگ
- ارزیابی مجدد بیماران با فاصله زمانی مشخص یا در صورت تغییر وضعیت

مستندسازی در تریاژ

پرستار مسئول باید در فرم تریاژ موارد زیر را ثبت کند:

- سطح تریاژ اولیه بیمار (1 تا 4)
- دلیل انتخاب آن سطح
- وضعیت منابع موجود در لحظه تصمیم
- منابع مصرفی یا اختصاص یافته
- سطح تریاژ نهایی
- ثبت نام و امضای پرستار یا تیم تریاژ، تاریخ/ساعت
- حضور مشاور یا همکار دیگر (در صورت مشاوره)

تجهیزات ضروری تریاژ

تجهیزات	کاربرد
برچسب رنگی تریاژ	مشخص کردن وضعیت بیمار
ساعت یا زمان سنج	ثبت زمان تریاژ و پیگیری مجدد
چراغ قوه	ارزیابی در شب یا مکان‌های تاریک
دستکش، ماسک، شیلد صورت، گان	حفاظت فردی پرستار
کیف کمک‌های اولیه	تثبیت فوری بیمار پس از تریاژ

آموزش تیم تریاژ

- تمرین سناریوهای بحران
- تمرین روش‌های تریاژ (START، jump START و MCM)، رنگ‌بندی و مستندسازی
- آموزش ارتباط موثر با بیماران و همراهان در شرایط استرس
- آموزش مدیریت احساسات در تصمیم‌گیری در شرایط سخت اخلاقی

فرآیند اولویت‌بندی مراقبت با کمترین منابع در بحران

اهداف

- آموزش پرستاران در نحوه تصمیم‌گیری سریع و مؤثر برای تخصیص منابع محدود
- ایجاد چارچوبی برای اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد، اخلاق و نیاز بالینی
- ارتقاء آمادگی ذهنی و عملی تیم پرستاری برای پاسخگویی در بحران‌های واقعی
- افزایش شفافیت، عدالت و پاسخگویی در تخصیص منابع مراقبتی

دامنه کاربرد

این فرآیند در کلیه مراکز درمانی و میدانی درگیر بحران‌ها، حوادث دسته‌جمعی، بلایای طبیعی، کمپ‌های اسکان اضطراری، نقاهتگاه‌ها و مراکز سیار سلامت قابل استفاده است.

اصول راهبردی در اولویت‌بندی مراقبت

اصل	توضیح
اصل نجات بیشترین افراد ممکن	تمرکز بر ارائه مراقبت به بیمارانی که با مداخله به‌موقع، شانس بهبودی دارند.
اصل سودمندی و کم‌ضرری	اقدامات باید بیشترین سود و کمترین آسیب را برای بیماران و تیم ایجاد کند.
اصل عدالت و بی‌طرفی	اولویت‌بندی بر اساس وضعیت بالینی، نه سن، جنس، ملیت یا موقعیت اجتماعی.
اصل تطابق منابع با سطح مراقبت مورد نیاز	ارائه مراقبت متناسب با شدت آسیب و در حد امکانات در دسترس.

سطح‌بندی بیماران بر اساس نیاز و پیش‌آگهی

سطح	ویژگی‌ها	اقدام پیشنهادی
سطح 1 (فوریت حیاتی)	تهدید فوری حیات، امکان بقا بالا با مداخله سریع	مراقبت فوری – مداخله اولویت‌دار
سطح 2 (فوریت متوسط)	وضعیت پایدارتر ولی نیازمند مراقبت طی چند ساعت	مراقبت با تأخیر محدود
سطح 3 (کم‌خطر)	جراحات خفیف، بدون تهدید حیات	مراقبت بعد از بیماران بحرانی یا واگذاری به مراقبین کمتر تخصصی
سطح 4 (غیرقابل احیا)	آسیب بسیار شدید با احتمال بقای پایین	مراقبت حمایتی – بدون اقدام تهاجمی

اولویت‌بندی اقدامات پرستاری در بحران با منابع محدود

حوزه مراقبتی	اقدامات اولویت‌دار
باز نگه داشتن راه هوایی	استفاده از روش حالت دهی گردن (پوزیشن هایپراکستنشن گردن)، کانول بینی، ماسک – اجتناب از لوله‌گذاری در صورت محدود بودن وسایل و منابع بجز در موارد حیاتی
تنفس و اکسیژن‌رسانی	اولویت با بیمارهایپوکسمیک قابل احیا – استفاده از کپسول اشتراکی اکسیژن با شیر تقسیم در بحران
کنترل خونریزی	استفاده از فشار مستقیم، بانداژ فشاری، تورنیکه (در شرایط خاص)
درمان درد	تسکین درد با داروهای قابل دسترس – ترجیحاً ترکیبات غیرمخدر برای بیماران پایدار
جلوگیری از عفونت	پانسمان تمیز، آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی در صورت عدم امکان تزریق
تأمین آب و تغذیه	اولویت با بیماران بحرانی – استفاده از سرم دهانی، مایعات ساده
حمایت روانی	اطمینان‌بخشی کلامی، تماس انسانی، تفکیک بیماران در حال مرگ از بیماران بهبودپذیر
مراقبت از بیماران در حال مرگ	فراهم‌سازی آسایش، کرامت، کاهش درد و اضطراب – مراقبت پایان حیات

ملاحظات فرهنگی و اخلاقی

در بحران‌ها، باید کرامت همه بیماران حفظ شود. حتی بیمارانی که در دسته «غیرقابل احیا» قرار دارند، باید مراقبت حمایتی و انسانی دریافت کنند. توضیح دلایل تصمیم‌ها به خانواده‌ها (در صورت امکان) و مستندسازی تصمیمات اهمیت بالایی دارد.

آموزش و شبیه‌سازی

- آموزش تیم پرستاری درباره اولویت‌بندی با روش‌هایی مانند مانورپشت میزی و مانور واقعی، کارگاه، و شبیه‌سازی موقعیت واقعی
- استفاده از سناریوهای واقعی بحران‌های گذشته
- مرور تصمیم‌های دشوار در جلسات تیمی برای بهبود عملکرد

فرآیند مستندسازی سریع وضعیت بیمار در بحران

اهداف

- تعیین حداقل داده‌های ضروری جهت مستندسازی در بحران
- تسهیل روند تصمیم‌گیری و مراقبت مستمر از بیماران
- افزایش هماهنگی بین اعضای تیم درمان
- کاهش خطاهای پزشکی و افزایش ایمنی بیمار
- حفظ مستندات قابل دفاع برای ارزیابی، تحقیق و پاسخگویی قانونی

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه مراکز درمانی، نقاهتگاه‌ها، بیمارستان‌های صحرایی، پایگاه‌های اورژانس، و تیم‌های پرستاری در بلایا و بحران‌ها کاربرد دارد.

اصول راهبردی در مستندسازی سریع

توضیح	اصل
ثبت فقط اطلاعات ضروری برای مراقبت و تصمیم‌گیری فوری	اصل کفایت (Sufficiency)
استفاده از نمادها، چک‌باکس، کدهای رنگی به جای شرح مفصل	اصل اختصار (Brevity)
استفاده از خط خوانا یا فرم چاپی، ترجیحاً فرم‌های از پیش طراحی شده	اصل خوانایی (Legibility)
ثبت لحظه‌ای اقدامات و پاسخ بیمار، بدون تأخیر	اصل صحت و به‌موقع بودن (Accuracy and Timeliness)

اجزای کلیدی مستندسازی سریع در بحران: پرستار باید حداقل اطلاعات زیر را ثبت نماید:

محور	محتوای ضروری	توضیحات
اطلاعات شناسایی بیمار	کد ب اختصاصی هر بیمار، سن تقریبی، جنسیت	در صورت عدم دسترسی به مدارک رسمی
وضعیت حیاتی اولیه	A-B-C-D-E / GCS / سطح هوشیاری / خونریزی فعال	استفاده از مدل اولیه ارزیابی (ABCDE)
نوع آسیب/بیماری مشهود	ترومای نافذ، شکستگی، سوختگی، تنگی نفس، تشنج	توصیف بالینی کوتاه
اقدامات انجام شده	باز کردن راه هوایی، پانسمان، تزریق، CPR	همراه با ساعت انجام
پاسخ بیمار به اقدامات	بهبود / بدون تغییر / بدتر شدن	ثبت لحظه‌ای
برنامه بعدی	ارجاع، ماندن در محل، انتظار تیم ارشد	با امضای مسئول مراقبت
امضای پرستار / تاریخ و ساعت	ضروری برای اعتبار حقوقی	

ابزارهای پیشنهادی برای مستندسازی سریع

ابزار	ویژگی‌ها	پیشنهاد اجرا
فرم کاغذی از پیش چاپ شده	حاوی چک‌باکس، کد، جدول وضعیت	در کیف بحران هر واحد درمانی موجود باشد
فرم تریاژ رنگی (SMART tag)	اطلاعات اولیه و سطح‌بندی بیمار	مناسب برای تریاژهای انبوه
نرم‌افزار موبایلی ساده شده	در مراکز مجهز - در صورت امکان	قابلیت ثبت، ذخیره و ارسال اطلاعات
نوار شناسایی بیمار	کد شناسایی و زمان پذیرش	رنگ‌بندی بر اساس شدت آسیب
دفترچه ثبت روزانه تیم پرستاری	جهت خلاصه‌سازی و بررسی بعدی	نگهداری در ایستگاه پرستاری سیار یا چادر بحران
میز گرد	بحث و گفتگو در مورد چگونگی عملکرد	ثبت نقاط ضعف و قوت تیم مراقبتی و درمانی

مستندسازی در بیماران خاص

گروه بیمار	نکات خاص در ثبت
کودکان	سن تقریبی، قد و وزن تقریبی، پاسخ به والدین
زنان باردار	سن بارداری، علائم حیاتی، خونریزی واژینال
سالمندان	بیماری زمینه‌ای، وضعیت شناختی، داروهای قبلی
بیماران روانی یا ناتوان ذهنی	وضعیت رفتاری، نیاز به ایمنی، نوع تعامل

نکات قانونی و اخلاقی

- مستندات باید حتی‌الامکان همان لحظه انجام ثبت شود.
- در صورت ثبت تأخیری، زمان واقعی اقدام قید گردد.
- نباید اطلاعات قبلی پاک یا مخدوش شود - خط بزنی، ولی خوانا باقی بگذارید.
- ثبت باید بدون قضاوت یا فرضیات باشد (مثلاً نگوئید "معتاد"؛ بگوئید "مشکوک به مصرف مواد")
- هر پرستار مسئول ثبت اقدامات خود است.

فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی در شرایط تریاژ بحران

اهداف

- افزایش توانمندی پرستاران در شناسایی و مدیریت موقعیت‌های اخلاقی دشوار در تریاژ
- استفاده از اصول اخلاقی چهارگانه (سودرسانی، پرهیز از آسیب، عدالت، و داشتن اختیار تام) در تصمیم‌گیری
- حمایت از پرستاران در مواجهه با تعارضات اخلاقی و کاهش فشار روانی ناشی از تصمیم‌گیری بحرانی
- صداقت مستندسازی و پاسخگویی شفاف در فرآیندهای تریاژ در بحران

اصول اخلاقی پایه در تریاژ

اصل اخلاقی	تعریف	کاربرد در تریاژ
سودرسانی (Beneficence)	اقدام برای نجات جان و بهبود حال بیماران	درمان فوری بیماران با احتمال بقا بالا
پرهیز از آسیب (Non-maleficence)	خودداری از اقداماتی که آسیب می‌زند	اجتناب از مداخلات بی‌فایده یا دردآور در موارد احتمال زنده ماندن زیر 5 درصد
عدالت (Justice)	توزیع منصفانه منابع و فرصت‌ها	تصمیم‌گیری بدون تبعیض بر اساس وضعیت بالینی
احترام به خودمختاری (Autonomy)	احترام به حق انتخاب بیمار	در بحران با حفظ کرامت، حتی در بیماران با امید کم

مراحل تصمیم‌گیری اخلاقی در تریاژ

1. ارزیابی وضعیت فوری بیمار: تنفس، نبض، هوشیاری
2. شناسایی چالش اخلاقی: تعارض منافع، نبود منابع، بیماران مشابه با نتایج متفاوت
3. بررسی گزینه‌ها با در نظر گرفتن اصول اخلاقی چهارگانه
4. مشاوره سریع با عضو ارشد تیم (در صورت امکان)
5. اتخاذ تصمیم مستند با دلایل بالینی و اخلاقی روشن
6. ثبت کامل تصمیم و علت آن در فرم تریاژ
7. بازنگری و پیگیری تغییر وضعیت بیمار در صورت امکان

موقعیت‌های پرتکرار چالش‌برانگیز اخلاقی

موقعیت	نمونه تصمیم‌گیری
دو بیمار با وضعیت بحرانی و منابع محدود	اولویت با بیماری که شانس بقا بالاتری دارد (مطابق دستورالعمل‌ها)
بیمار بیهوش بدون همراه	تصمیم بر اساس منفعت بیمار و آخرین پروتکل ابلاغی
کودکان یا سالمندان در تریاژ	تصمیم‌گیری صرفاً بر اساس وضعیت بالینی
درخواست خانواده برای انجام مداخله بیمار محتضر جهت بیماران دارای برچسب سیاه	توضیح آرام و حرفه‌ای، مستند کردن ثبت دلایل و ارائه حمایت عاطفی

ملاحظات اخلاقی

- تریاژ نباید بر اساس سن، جنس، قومیت، یا وضعیت اقتصادی انجام شود.
- تصمیم سخت اخلاقی مانند تعیین رنگ "سیاه" نیاز به آرامش، آموزش، تمرین و حمایت روانی پرستار دارد.
- در صورت بروز تعارض، اولویت با نجات جان بیشتر است.

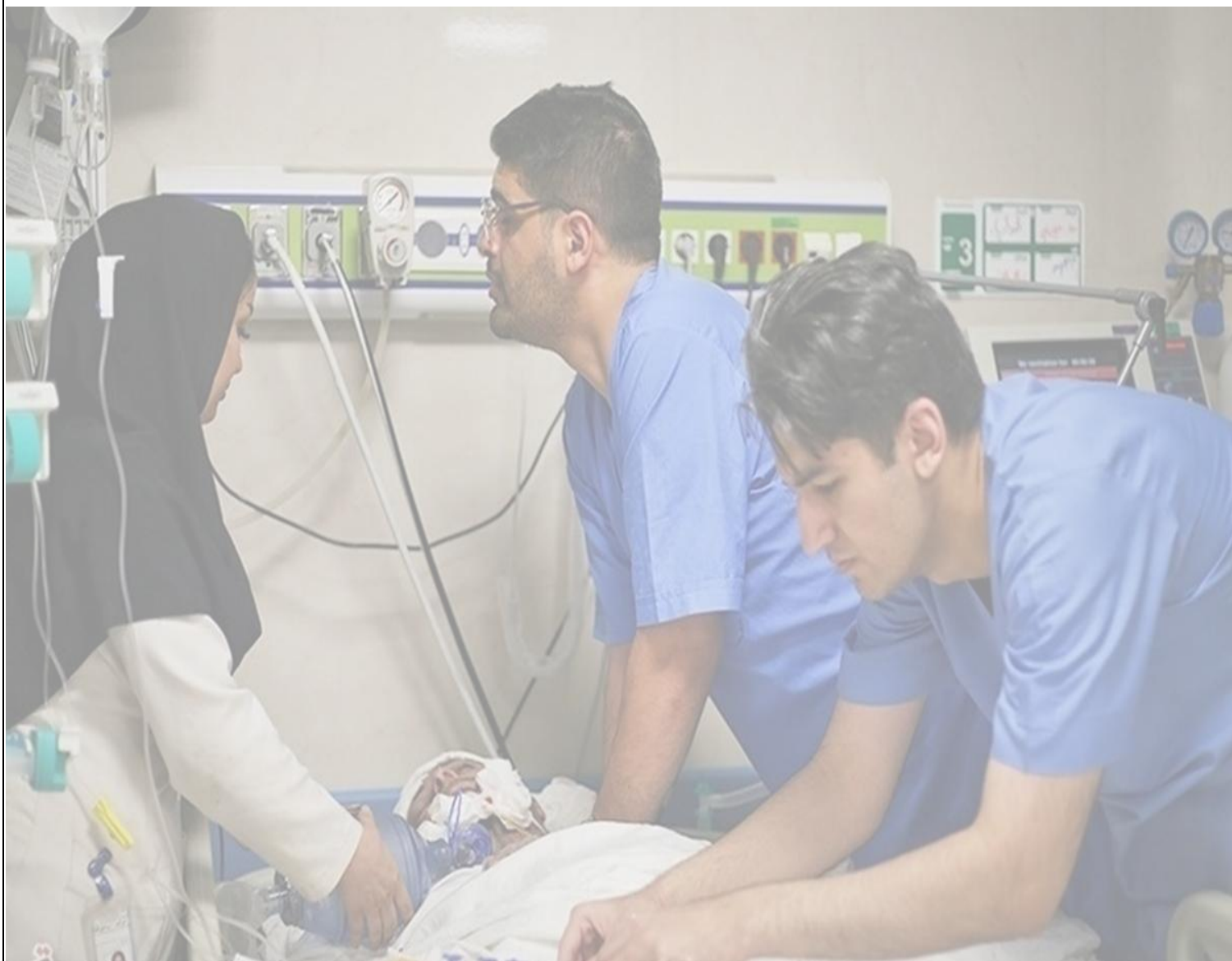
حمایت روانی از تیم پرستاری

- تشکیل تیم حمایت روانی پس از بحران
- برگزاری نشست‌های بازنگری تصمیمات دشوار جهت کاهش احساس گناه و فرسودگی
- امکان ثبت موارد چالش‌برانگیز اخلاقی برای تحلیل بعدی توسط کمیته اخلاق ثبت تصمیم‌گیری اخلاقی

ملاحظات اخلاقی، فرهنگی و دینی

- تریاژ نباید بر اساس جنس، قومیت، یا وضعیت اقتصادی و... انجام شود.
- تصمیمات سخت اخلاقی مانند تعیین رنگ "سیاه" نیاز به آرامش، آموزش و حمایت روانی برای پرستار دارد.
- در کشورهایی با زمینه‌های فرهنگی-دینی خاص (مانند ایران)، حفظ کرامت، احترام به جسم بیمار، و پرهیز از اقدامات دردآور در بیمار محتضر اهمیت ویژه دارد.
- بیمارانی که در دسته «غیرقابل احیا» قرار دارند نیز باید مراقبت حمایتی و انسانی دریافت کنند.
- مشورت با روحانیون یا مشاورین دینی در شرایط خاص بحرانی، می‌تواند به تیم تصمیم‌گیر کمک کند.

مراقبت های پرستاری در بحران



مراقبت پرستاری از بیمار در حوادث شیمیایی

اهداف

- افزایش آگاهی پرستاران نسبت به انواع عوامل شیمیایی و اثرات آنها
- توانمندسازی پرستاران در انجام ارزیابی اولیه و دسته‌بندی بیماران (تریاز)
- ارتقای توانایی در انجام ایمن فرایند آلودگی زدایی (Decontamination)
- ارائه مراقبت حمایتی مؤثر از بیماران بر اساس نوع مواجهه
- حفظ ایمنی فردی، تیم درمان و سایر بیماران
- مستندسازی دقیق اقدامات و وضعیت بیمار
- مشارکت در کنترل عفونت، پیشگیری از انتقال عوامل و مدیریت پسماند شیمیایی

دامنه کاربرد

این راهنما برای تمامی پرستاران فعال در واحدهای اورژانس، مراقبت‌های ویژه، پیش‌بیمارستانی، مراکز بحران، تیم‌های واکنش سریع، نقاهتگاه‌ها و مراکز سم‌شناسی در زمان بروز حوادث شیمیایی تدوین شده است.

تعاریف واژگان کلیدی:

اصطلاح	تعریف
ماده شیمیایی خطرناک (HazMat)	هر ماده شیمیایی که می‌تواند سبب مرگ، بیماری یا آسیب جدی در انسان شود.
آلودگی زدایی Decontamination	فرآیند حذف یا کاهش آلودگی شیمیایی از سطح بدن، لباس یا محیط
PPE	تجهیزات حفاظت فردی شامل ماسک، دستکش، گان، چکمه و شیلد برای محافظت از پرستار
ناحیه بندی (زون‌بندی) Zone Classification	تقسیم ناحیه حادثه به سه بخش آلوده Hot Zone، نیمه‌آلوده Warm Zone و پاک Cold Zone برای مدیریت بهتر

ملاحظات پرستاری

- توانمندسازی پرستاران در انجام ارزیابی اولیه و دسته‌بندی بیماران (تریاز)
- ارتقای توانایی در انجام ایمن فرایند آلودگی زدایی (Decontamination)
- ارائه مراقبت حمایتی مؤثر از بیماران بر اساس نوع مواجهه
- حفظ ایمنی فردی، تیم درمان و سایر بیماران
- مستندسازی دقیق اقدامات و وضعیت بیمار
- مشارکت در کنترل عفونت، پیشگیری از انتقال عوامل و مدیریت پسماند شیمیایی

مراحل مراقبت پرستاری

1-آماده‌سازی و حفاظت شخصی

- استفاده الزامی از PPE سطح C یا D بر اساس سطح آلودگی
- تعیین زون عملیاتی و استقرار در Warm Zone یا Cold Zone
- همکاری با تیم‌های HAZMAT برای ایمنی محیط

2-ارزیابی اولیه بیمار

- بررسی ABCDE بیمار با تمرکز بر علائم تنفسی، پوستی، چشمی و عصبی
- تشخیص علائم حیاتی مرتبط با مسمومیت‌های شیمیایی (میوز، افزایش بزاق، دیسترس تنفسی)
- طبقه‌بندی اولیه بیماران بر اساس شدت و نوع تماس: خفیف، متوسط، شدید، نیازمند مداخله فوری
- بررسی و شناسایی نوع عامل شیمیایی

3-آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس‌ها (بیش از 80٪ آلودگی حذف می‌شود)
- شست‌وشوی کامل بدن با آب ولرم و صابون به مدت حداقل ۳ تا ۵ دقیقه (با توجه به نوع ماده شیمیایی ممکن ابتدا مواد بار فرچه از روی لباس پاک (آلودگی زدایی جامد) سپس بدن شستشو شود.
- شست‌وشوی چشم‌ها با نرمال سالین یا آب تمیز حداقل ۱۵ دقیقه
- عدم استفاده از مواد خنثی‌کننده جز در موارد خاص
- کنترل دمای بدن برای جلوگیری از هایپوترمی هنگام آلودگی زدایی
- فراهم سازی دوش شستشوی آلودگی شیمیایی و دفع صحیح فاضلاب آن

4-مراقبت حمایتی و درمانی

- اکسیژن 100٪ برای بیماران دچار تنگی نفس
- پایش مداوم علائم حیاتی، سطح هوشیاری و ادرار
- مدیریت راه هوایی در صورت اسپاسم یا تاول و سوختگی تنفسی
- کنترل تشنج، افت فشار خون، اختلالات قلبی یا آریتمی
- استفاده از آنتی‌دوت‌ها در موارد خاص (مانند آتروپین برای گازهای اعصاب)
- تدوین و اجرای پروتکل درمان براساس هریک از عوامل شیمیایی

5- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان، نوع تماس، اقدامات انجام شده، علائم بالینی، پاسخ به درمان
- استفاده از فرم‌های استاندارد ثبت حوادث شیمیایی
- ثبت استفاده از PPE توسط پرستار

6- مراقبت روانی

- ارزیابی اختلالات روانی حاد (اضطراب، هذیان، اختلال حواس)
- آرام‌سازی بیمار از طریق تکنیک‌های گفتاری و غیرکلامی
- ارجاع به تیم سلامت روان در فاز پایدار

نکات مراقبتی بر اساس مسیر تماس

مسیر تماس	اقدام پرستاری
تنفسی	اکسیژن، تهویه، داروهای برونکودیلاتور، پایش اکسیژن
پوستی	شست‌وشو، بررسی تاول، پانسمان استریل
چشمی	شست‌وشوی مداوم، محافظت از نور، ارجاع سریع
گوارشی	عدم تحریک به استفراغ، پایش خونریزی، درمان حمایتی

مراقبت پرستاری بر اساس نوع عامل شیمیایی

عامل	علائم	مداخلات کلیدی
گاز اعصاب (Sarin, VX)	میوز، بزاق زیاد، اسپاسم، کما	آتروپین، دیازپام / میدازولام، پیرالیدوکسیم (PMA-2)، اکسیژن و تهویه مکانیکی
گاز خردل	تاول پوستی، آسیب چشم، تحریک تنفسی	مراقبت پوستی، شست‌وشوی چشم، اکسیژن
فسژن	سرفه، ادم ریه تأخیری	اکسیژن، پایش طولانی مدت
کلر	تحریک چشم و ریه	تهویه، مرطوب‌سازی هوا، اکسیژن
سیانید	سر درد، تشنج، مرگ سریع	امیل نیتريت، نیتريت سدیم، هیدروکسی کوبالامین

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث پرتویی

اهداف

- تعیین اصول و استانداردهای مراقبت پرستاری از بیماران آسیب‌دیده در حوادث پرتویی به منظور کاهش آسیب‌ها
- حفاظت از سلامت بیماران و کارکنان
- ارائه خدمات درمانی موثر در شرایط بحران

تعاریف واژگان کلیدی

- حوادث پرتویی: وقوع حادثه‌ای که منجر به تماس یا قرارگیری افراد در معرض اشعه‌های یونیزان (رادیواکتیو) می‌شود.
- آلودگی زدایی: فرآیند حذف یا کاهش آلودگی رادیواکتیو از سطح پوست، لباس و بدن بیمار.
- اشعه یونیزان: پرتوهایی که انرژی کافی برای یونیزاسیون مواد زیستی دارند و می‌توانند به سلول‌ها آسیب برسانند

اصول کلی مراقبت پرستاری در حوادث پرتویی

- حفظ ایمنی فردی و تیم مراقبتی با استفاده از تجهیزات حفاظتی مناسب (PPE).
- انجام فوری آلودگی زدایی جهت جلوگیری از انتشار آلودگی و جذب بیشتر پرتو.
- ارزیابی دقیق وضعیت بالینی بیمار و پایش علائم حیاتی به صورت مستمر.
- همکاری و هماهنگی با تیم‌های تخصصی پرتوشناسی و مدیریت بحران.

اقدامات پرستاری

1- آماده‌سازی محیط و تجهیزات

- استفاده از لباس‌ها و تجهیزات حفاظتی مخصوص پرتودهی (PPE) شامل دستکش، ماسک، لباس ضد اشعه و محافظ چشم
- آماده‌سازی محل ایزوله و مشخص برای پذیرش بیماران پرتودهی شده
- تهیه و آماده‌سازی تجهیزات آلودگی زدایی شامل آب، مواد شوینده خنثی و سیستم تخلیه مناسب

2- ارزیابی اولیه بیمار

- ارزیابی سریع علائم حیاتی (تنفس، نبض، فشار خون) و سطح هوشیاری
- بررسی علائم مسمومیت پرتویی مانند تهوع، استفراغ، ضعف، سوختگی‌های پوستی یا خونریزی

- تعیین میزان و نوع تماس با منبع پرتویی (تماس خارجی، استنشاق، بلع)

3- اجرای آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس‌های آلوده با احتیاط و قرار دادن آن‌ها در ظروف مناسب برای دفع رادیواکتیو
- شستشوی پوست و نواحی آلوده با آب فراوان و محلول‌های توصیه شده به مدت حداقل ۲۰ دقیقه
- جلوگیری از ساییدن یا مالش پوست برای کاهش نفوذ مواد پرتوزا

نکته:

آلودگی پرتویی ممکنست با اشعه و یا با ذرات حادث شود؛ اگر آلودگی با ذرات باشد تا رسیدن به پایان نیمه عمر همچنان آلوده کننده فرد و محیط می باشد

4- مراقبت بالینی و پایش مستمر

- پایش مکرر علائم حیاتی و علائم مسمومیت پرتویی در بیمار.
- مدیریت عوارض پوستی مانند التهاب، تاول یا سوختگی با مراقبت‌های مناسب پوستی.
- کنترل درد و تجویز داروها طبق دستور پزشک.
- انجام آزمایشات مرتبط طبق دستور پزشک برای بررسی میزان آسیب پرتویی (مثلاً شمارش سلول‌های خونی).

5- آموزش و حمایت روانی

- آموزش بیمار و همراهان درباره ماهیت حادثه پرتویی و اهمیت مراقبت‌های پس از حادثه.
- ارائه حمایت روانی برای کاهش استرس و اضطراب مرتبط با مواجهه پرتویی.

6- نکات ایمنی و پیشگیری

- استفاده مداوم از PPE نظیر اپرون جهت جلوگیری از آلودگی ثانویه تیم درمانی.
- رعایت دقیق پروتکل‌های آلودگی زدایی و دفع ایمن مواد آلوده.
- دوری از تماس مستقیم با منابع پرتویی و رعایت محدودیت زمان و فاصله مناسب و بی خطر.
- همکاری مستمر با تیم‌های مدیریت بحران و رادیولوژی.

7- مستندسازی

- ثبت کامل مشخصات بیمار، نوع حادثه و میزان تماس با منبع پرتویی.
- ثبت دقیق تمامی اقدامات پرستاری، داروها و وضعیت بالینی بیمار در فرم‌های مخصوص.
- گزارش‌دهی به مراجع مسئول مدیریت بحران و تیم پزشکی.

8-آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی در زمینه مراقبت پرتویی برای پرستاران.
- اجرای تمرینات عملی و شبیه‌سازی حوادث پرتویی جهت افزایش آمادگی تیم درمانی.

9-منابع و مستندات مرتبط

- دستورالعمل‌های وزارت بهداشت در مدیریت حوادث پرتویی
- استانداردهای سازمان بین‌المللی انرژی اتمی (IAEA) در زمینه حفاظت پرتویی
- راهنمای WHO برای مدیریت بهداشت در حوادث پرتویی

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث زیستی

هدف

ارائه راهنمایی‌های استاندارد و علمی به پرستاران جهت مراقبت ایمن، موثر و جامع از بیماران در مواجهه با حوادث زیستی، به منظور کاهش انتقال بیماری، حفظ سلامت بیماران و کارکنان به منظور بهبود کیفیت خدمات درمانی.

تعاریف کلیدی

- حادثه بیولوژیک: رخدادی که منجر به انتشار عوامل زیستی (ویروس، باکتری، قارچ یا سموم بیولوژیک) شود.
- PPE: تجهیزات حفاظت فردی شامل لباس، ماسک، دستکش، محافظ چشم و... که از انتقال عوامل بیولوژیک جلوگیری می‌کند.
- ایزوله: جداسازی بیمار مبتلا به بیماری واگیردار به منظور جلوگیری از انتشار بیماری به دیگران

اصول کلی مراقبت پرستاری در حوادث زیستی

- استفاده صحیح و کامل از تجهیزات حفاظت فردی (PPE) برای حفظ ایمنی خود و دیگران.
- شناسایی سریع بیماران مشکوک و قرار دادن آن‌ها در ایزوله مناسب.
- پایش مستمر وضعیت بالینی بیمار و علائم حیاتی.
- پیشگیری از انتقال بیماری به پرسنل و سایر بیماران از طریق رعایت بهداشت دست و استانداردهای کنترل عفونت.
- همکاری و هماهنگی با تیم‌های کنترل عفونت و مدیریت بحران.

تربایز دربلاای بیولوژیک:

- غربالگری علائم عفونت: تب، لرز، سرفه، اسهال، راش وضعف ناگهانی

- استفاده از ایزولاسیون سریع برای بیماران مشکوک
- گزارش فوری به واحد کنترل عفونت

اقدامات پرستاری:

1- آماده‌سازی محیط و تجهیزات

- استفاده از PPE مناسب شامل ماسک‌های N95 یا معادل، دستکش، لباس محافظ، محافظ چشم و کلاه.
- ارزیابی و تشخیص عامل بیولوژیکی
- آماده‌سازی اتاق ایزوله با فشار منفی در صورت امکان.
-
- تامین مواد ضدعفونی‌کننده مناسب و تجهیزات دفع ایمن زباله‌های عفونی.

2- ارزیابی اولیه بیمار

- ارزیابی سریع علائم بالینی شامل تب، سرفه، تنگی نفس، ضایعات پوستی یا هر علامت مرتبط با بیماری بیولوژیک.
- بررسی سابقه تماس با منابع آلوده یا محیط‌های پرخطر.
- ثبت کامل داده‌های بالینی و تاریخچه تماس.

3- اجرای اقدامات حفاظتی و ایزوله

- قرار دادن بیمار در اتاق ایزوله مناسب و اطلاع‌رسانی به کلیه اعضای تیم درمان.
- استفاده صحیح از PPE قبل، حین و بعد از تماس با بیمار.
- محدود کردن تعداد افرادی که با بیمار تماس مستقیم دارند.

4- مراقبت بالینی و پایش مستمر

- پایش علائم حیاتی هر ۴ ساعت یا بر اساس دستور پزشک.
- کنترل و مدیریت علائم بیماری (تب، درد، تنگی نفس و غیره) با داروها و مراقبت‌های حمایتی.
- مراقبت از وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون بیمار.
- ارزیابی و مدیریت عوارض احتمالی بیماری یا درمان.
- اجرای پروتکل‌های درمانی

5- آموزش و حمایت روانی

- آموزش بیمار و خانواده درباره بیماری، نحوه انتقال و اقدامات پیشگیرانه.

- ارائه حمایت روانی جهت کاهش اضطراب و استرس ناشی از بیماری و شرایط ایزوله.

6- نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل دستورات کنترل عفونت و ضدعفونی مکرر سطوح و تجهیزات.
- دفع ایمن زباله‌های عفونی طبق دستورالعمل‌های بهداشتی.
- آموزش مداوم پرستاران در زمینه بیماری‌های بیولوژیک و استفاده از PPE.
- انجام واکسیناسیون‌های لازم برای پرسنل به‌ویژه علیه بیماری‌های قابل پیشگیری.

7- مستندسازی

- ثبت دقیق تمامی اقدامات انجام شده، وضعیت بالینی بیمار و استفاده از PPE.
- مستندسازی آموزش‌های ارائه شده به بیمار و خانواده.
- گزارش‌دهی به مسئولین مربوطه و واحد کنترل عفونت.

8- آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی و مکرر در زمینه بیماری‌ها و پاندمی‌ها بیولوژیک آینده و مدیریت حوادث.
- انجام تمرینات شبیه‌سازی شده برای آماده‌سازی پرستاران در مواجهه با بحران‌های بیولوژیک.

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث انفجاری Explosive

هدف

ارائه دستورالعمل‌های علمی و عملی به پرستاران برای مراقبت مؤثر، ایمن و سازمان‌یافته از بیماران در شرایط حوادث کشتار جمعی با سلاح‌های انفجاری، با هدف کاهش مرگ‌ومیر، حفظ سلامت پرستاران و بهینه‌سازی منابع محدود در شرایط بحرانی.

تعاریف واژگان کلیدی

- حادثه انفجاری: رخدادی با تعداد بالای قربانیان و مصدومین که نیاز به واکنش سریع و مدیریت منابع دارد.
- تریاژ: فرایند اولویت‌بندی بیماران براساس شدت آسیب و احتمال بقا جهت تخصیص بهینه منابع درمانی.
- تجهیزات حفاظت فردی (PPE): لباس‌ها و وسایل حفاظتی برای پیشگیری از انتقال بیماری و حفاظت از پرسنل

اصول کلی مراقبت پرستاری

- حفظ ایمنی خود و تیم درمان با رعایت کامل استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (PPE).
- اجرای سریع و دقیق فرایند تریاژ جهت تعیین اولویتهای درمانی.
- حفظ کرامت انسانی و ارائه مراقبت‌های پرستاری حتی در شرایط بحرانی.
- همکاری و هماهنگی مستمر با تیم‌های پزشکی، امدادی و امنیتی.
- ثبت دقیق اطلاعات بالینی و عملکرد پرستاری در هر مرحله.

اقدامات پرستاری

1- آماده‌سازی و واکنش اولیه

- تجهیز خود به PPE کامل متناسب با نوع حادثه و خطرات محیطی.
- حضور در محل تعیین‌شده برای واکنش سریع و پیروی از دستورالعمل‌های فرماندهی بحران.
- آگاهی کامل از نقشه محل حادثه و نقاط خطر احتمالی.

2- ارزیابی و تریاژ بیماران

- انجام سریع ارزیابی اولیه بیماران (ABCDE): راه هوایی، تنفس، گردش خون، وضعیت عصبی، آسیب‌ها.
- دسته‌بندی بیماران بر اساس اولویتهای درمانی (قرمز، زرد، سبز، سیاه).
- ارجاع بیماران بحرانی به واحدهای مراقبت ویژه یا انتقال به مراکز تخصصی.

3- مراقبت‌های بالینی فوری

- کنترل خونریزی‌های شدید با استفاده از فشار مستقیم در نواحی فشاری، آتل‌بندی و اقدامات اضطراری.
- تثبیت وضعیت تنفسی با استفاده از اکسیژن‌درمانی و انجام اقدامات برای برقراری تهویه موثر در صورت نیاز.
- پایش علائم حیاتی و سطح هوشیاری به صورت مداوم.
- مدیریت درد و مراقبت از زخم‌ها و شکستگی‌ها و قطع عضو احتمالی در صورت امکان ترمیم و پیوند اولیه عضو با رعایت اصول استریل. مدیریت عضو صدمه دیده در اثر انفجار (نوع اول تا نوع چهارم)

4- حفظ کرامت و حمایت روانی

- اطلاع‌رسانی شفاف و صادقانه به بیماران و خانواده‌ها در حد امکان.
- حفظ حریم خصوصی بیماران حتی در شرایط ازدحام.
- ارائه حمایت روانی اولیه، برای کاهش استرس و اضطراب.

5- هماهنگی و ارتباطات

- ارتباط مؤثر و مستمر با تیم‌های امداد، پزشکی، امنیتی و پشتیبانی
- اطلاع‌رسانی دقیق به مسئولان بحران و ثبت مستندات مربوطه.
- شرکت در جلسات هماهنگی روزانه و تبادل اطلاعات حیاتی.

6- نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی برای پیشگیری از انتقال عفونت.
- استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و تعویض آن‌ها در صورت آلودگی.
- نظافت و ضدعفونی مکرر محیط و تجهیزات درمانی.
- رعایت ایمنی فردی و جلوگیری از خستگی و فرسودگی شغلی.

7- مستندسازی

- ثبت کامل و دقیق اطلاعات بالینی، اقدامات انجام شده، مصرف داروها و تجهیزات.
- نگهداری اسناد تریاژ و گزارش‌های حادثه برای ارزیابی‌های بعدی.
- گزارش‌دهی به واحد کنترل عفونت و مدیریت بحران.

8- آموزش کارکنان و تمرین

- شرکت در دوره‌های آموزشی مرتبط با مراقبت در حوادث کشتار جمعی.
- تمرین‌های شبیه‌سازی جهت آمادگی در شرایط واقعی.
- آموزش مکرر استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و اصول تریاژ.

مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سندرم له شدگی Crush Syndrome

هدف

ارائه راهنمای جامع و کاربردی برای پرستاران جهت ارزیابی، مداخله، مراقبت، پیشگیری از عوارض و ارجاع به موقع بیماران مبتلا به سندرم له شدگی.

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه پرستاران شاغل در اورژانس، اتاق عمل، ICU، نقاهتگاه‌ها، مراکز مدیریت بحران، تیم‌های سلامت اعزامی و بیمارستان‌های پذیرنده بیماران ترومایی تدوین شده است.

تعاریف کلیدی

- سندرم له شدگی: مجموعه‌ای از علائم سیستمیک که در اثر آسیب عضلانی شدید و رهاسازی محتویات سلولی به داخل گردش خون ایجاد می‌شود
- رابدومیولیز: تخریب بافت عضلانی اسکلتی که منجر به آزادسازی میوگلوبین و پتاسیم در خون می‌شود.
- آسیب کلیوی حاد AKI: یکی از عوارض اصلی سندرم له شدگی ناشی از رسوب میوگلوبین در کلیه
-

مسئولیت‌ها

نقش	مسئولیت
پرستار اورژانس	ارزیابی اولیه، برقراری خط وریدی، کنترل علائم حیاتی، کنترل جذب و دفع، شروع احیای مایع
پرستار بخش ICU	مانیتورینگ دقیق، مراقبت کلیوی، کنترل الکترولیت‌ها (سدیم و پتاسیم) و ثبت مستمر علائم افزایش الکترولیت
پرستار تیم اعزامی	اقدامات اولیه در محل حادثه، انجام ارزیابی سریع، شروع مایعات و هماهنگی برای ارجاع

اقدامات پرستاری :

1-ارزیابی اولیه:

- بررسی تاریخچه حادثه (مدت زمان تحت فشار بودن عضو)
- ارزیابی سطح هوشیاری (GCS)
- بررسی نبض، فشارخون، ضربان قلب، تنفس و دمای بدن
- معاینه ناحیه له شده از نظر ورم، کبودی، سفتی و تغییر رنگ
- ثبت علائم اختلال کلیوی (ادرار تیره یا کم)

2- اقدامات اولیه:

- شروع سریع احیای مایع با نرمال سالین ۱ لیتر در ساعت (در ۶ ساعت اول پس از آزادسازی عضو) از زیر آوار
- برقراری ۲ مسیر وریدی بزرگ
- عدم تأخیر در تزریق مایعات حتی پیش از تخلیه آوار
- در موارد شدید، آلكالین سازی (افزایش PH) و قلیایی کردن ادرار با بی کربنات سدیم به منظور پیشگیری از آسیب کلیوی طبق پروتکل
- نظارت بر پتاسیم خون جهت پیشگیری از ایست قلبی (پایش دقیق نوار قلب از نظر هایپرکالمیا)

3- پایش مستمر:

- پایش علائم حیاتی هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه و پایش نوار قلب در صورت امکان
- کنترل دقیق حجم و کیفیت ادرار
- بررسی نتایج آزمایشات: BUN، کراتینین، پتاسیم، CPK، ABG

4- مراقبت از ناحیه آسیب دیده:

- بالا نگه داشتن اندام آسیب دیده هم سطح قلب
- عدم استفاده از کمپرس در قسمت آسیب دیده
- کنترل خونریزی احتمالی در مجاور قسمت آسیب دیده
- پیشگیری از عفونت (ضد عفونی، پانسمان)

5- حمایت کلیوی:

- بررسی دقیق جذب و دفع بیمار و گزارش فوری نشانه های AKI از جمله تغییر رنگ و کاهش حجم ادرار به پزشک و در صورت لزوم هماهنگی جهت ارجاع فوری به نفرولوژیست
- در صورت لزوم، دیالیز فوری طبق نظر پزشک

6- پیشگیری از هایپرکالمی:

- تزریق گلوکز- انسولین (گلوکز + انسولین: ۲۵ گرم از محلول گلوکز ۵۰ درصد به همراه ۱۰ واحد انسولین رگولار طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه)، کلسیم گلوکونات (تجویز ۱۰ میلی لیتر محلول گلوکونات کلسیم ۱۰ درصد یا ۱۰ تا ۱۰ میلی لیتر کلرید کلسیم ۱۰ درصد طی مدت ۲ تا ۵ دقیقه. با توجه به مدت اثر کوتاه محلول های کلسیم (۲۰ تا ۴۰ دقیقه) باید

سریعاً برای تخلیه اضافه بار پتاسیم اقدام لازم را آغاز شود)، یا نبولایزر سالبوتامول: ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم طی ۱۵ دقیقه. انمای کای اغزالات: ۱۵ تا ۵۰ گرم به همراه سوربیتول خوراکی یا انمای سوربیتول. همودیالیز. (اگر از ابتدا امکان همودیالیز فوری و اورژانسی وجود دارد، از روش های شیفته پتاسیم مانند گلوکز + انسولین یا تجویز بیکربنات استفاده نکنید و حتماً رزین تبادل یونی طبق تجویز پزشک در دسترس انجام شود)

- پایش ECG برای مشاهده علائم قلبی هایپرکالمیا

7- حمایت روانی:

- آرام سازی بیمار
- اطلاع رسانی مناسب به خانواده و همراهان در خصوص وضعیت بیمار
- ارجاع به روان پزشک در صورت نیاز (در فاز نقاهت)

8- هشدارها و احتیاطات ویژه:

- تأخیر در شروع مایع درمانی خطرناک ترین عامل مرگ در Crush Syndrome است.
- آزادسازی عضو گرفتار بدون شروع مایع درمانی، ممکن است به ایست قلبی ناگهانی منجر شود.
- توجه به علائم پنهان هیپرکالمی مانند ضعف، تهوع، آریتمی الزامی است.

9- مستندسازی:

- ساعت وقوع حادثه و شروع درمان
- میزان و نوع مایعات تزریق شده
- علائم حیاتی و تغییرات آن
- ثبت تصمیمات درمانی پزشک و همکاری های بین بخشی

مراقبت پرستاری در سندرم کمپارتمان Compartment Syndrome

هدف

پایش، مداخله و حمایت از بیماران مشکوک یا مبتلا به سندرم کمپارتمان بر اساس اصول مراقبت پرستاری استاندارد جهت پیشگیری از ناتوانی قطع عضو یا مرگ.

دامنه کاربرد: این فرآیند برای کلیه پرستاران شاغل در بخش‌ها/واحدهای زیر کاربرد دارد:

- اورژانس پیش بیمارستانی
- اورژانس بیمارستانی
- بخش‌های بستری و ICU ها
- نقاهتگاه‌ها و مراکز مراقبت بحران

تعاریف کلیدی

- سندرم کمپارتمان: افزایش غیرقابل جبران فشار داخل فضای فاشیای عضله که به اختلال خون‌رسانی و آسیب بافتی منجر می‌شود.
- فاشیوتومی: عمل جراحی برای باز کردن فاشیای عضلانی جهت کاهش فشار داخلی
- 6ps: شش علامت بالینی اصلی: درد شدید، رنگ‌پریدگی، بی‌حسی، فقدان نبض، فلج حرکتی و فشار موضعی
-

مسئولیت‌ها

شرح وظایف	نقش
شناسایی علائم اولیه، اطلاع‌رسانی سریع به پزشک، پایش مستمر علائم	پرستار اورژانس
مراقبت پس از فاشیوتومی اورژانسی، کنترل پانسمان، پایش خون‌رسانی و تحرک اندام	پرستار بخش ارتوپدی/ICU
همراهی تیم درمان، تأمین تجهیزات، تضمین آموزش و نظارت	سرپرستار
غربالگری میدانی، آموزش همراه بیمار، ارجاع سریع	پرستار بحران

1- اقدامات پرستاری :

ارزیابی اولیه

- بررسی وضعیت اندام هر ۳۰ دقیقه :
 - درد غیرعادی یا شدید
 - رنگ، دما، تورم
 - نبض محیطی

- حس و حرکت
- ادم و فشار موضعی هنگام لمس
- مقایسه اندام سالم و آسیب دیده
- تست حرکت غیرفعال / Passive Stretch Test
- استفاده از چک لیست 6ps: (پیوست 1)

2- مداخلات پرستاری پیشگیرانه

- اطلاع فوری به پزشک هنگام مشاهده علائم هشدار
- کاهش فشار خارجی: شل کردن بانداژ، باز کردن دریچه در گچ، حذف عوامل فشارزا
- حفظ اندام در سطح هم‌راستا با قلب (نه بالاتر یا پایین تر)
- پایش علائم حیاتی هر ۱۵-۳۰ دقیقه
- ثبت میزان درد و پاسخ به مسکن
- عدم استفاده از کمپرس سرد یا گرم مستقیم

3- مراقبت پرستاری بعد از فاشیوتومی

- پایش محل برش جراحی از نظر خونریزی، عفونت، ترشح
- انجام پانسمان با رعایت اصول استریل
- پایش درجه حرارت، ضربان قلب، علائم شوک
- ارزیابی بازگشت حس و حرکت اندام
- آموزش به بیمار و خانواده درباره مراقبت از زخم و فعالیت مجاز
- تهیه گزارش پرستاری دقیق از وضعیت اندام و مداخلات

4- نکات ایمنی و هشدارها

- درد شدید علی‌رغم دریافت مسکن، نشانه اولیه و مهم سندرم کمپارتمان است.
- تاخیر بیش از ۶ ساعت در درمان منجر به نکروز عضلانی غیرقابل برگشت خواهد شد.
- وجود نبض محیطی، تشخیص را رد نمی‌کند. باید به سایر علائم 6ps توجه شود.
- هر گچ یا بانداژ تنگ در بیمار آسیب دیده باید تحت پایش مداوم باشد.
- استفاده از فشارسنج کمپارتمان در مراکز مجهز توصیه می‌شود.

5- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان شروع علائم

- ثبت تغییرات در Ps 6 در هر نوبت پایش
- اقدامات پرستاری انجام شده با زمان دقیق
- ثبت جزئیات مشاهدات پس از فاشیوتومی
- مستندسازی آموزش‌های ارائه شده به بیمار/خانواده

▪ نکته کمپارتمان های شکمی که حاصل تروماهای غیرنافذ شکمی است، دیگر در حیطه جراحی های ارتوپدی نیست و الزاما پس از ضربه غیر نافذ و خونریزی های پنهان شکمی رخ می دهد که در حیطه جراحی اورژانسی شکم محسوب می شود و فوق العاده خطرناک است و باید سریع به اتاق عمل انتقال یابد.

مراقبت پرستاری از ترومای نافذ قفسه سینه

هدف

ارائه مراقبت های پرستاری موثر، ایمن و مبتنی بر شواهد در مواجهه با ترومای نافذ قفسه سینه با هدف پیشگیری از ورود هوا به فضای پلور، کاهش مرگومیر و پیشگیری از عوارض و بهبود نتایج بالینی

دامنه کاربرد

- اورژانس های بیمارستانی
- بخش ها و ICU ها
- صحنه حادثه توسط تیم های پیش بیمارستانی
- نقاهتگاه ها و مراکز مراقبت بحران

تعاریف کلیدی

- ترومای نافذ قفسه سینه: ورود یک جسم به درون حفره قفسه سینه که باعث آسیب به ساختارهای داخلی از جمله ریه، قلب یا عروق می شود.
- پنوموتوراکس باز: ورود هوا از محیط به فضای پلورال به واسطه زخم باز دیواره قفسه سینه.
- پنوموتوراکس بسته (زخم مکنده) که می تواند منجر به تامپوناد قلبی بشود.
- تامپوناد قلبی: تجمع مایع یا خون در فضای پریکارد که مانع پُرسدن قلب و گردش خون می شو

مسئولیت‌ها

نقش	شرح وظایف
پرستار اورژانس	شناسایی فوری، اقدامات تثبیتی اولیه، آماده‌سازی برای مداخلات پیشرفته
پرستار بخش و ICU	پایش علائم حیاتی، مراقبت پس از جراحی، ارزیابی وضعیت تنفسی و همودینامیک کمک به بررسیهای رادیولوژی
سرپرستار	هدایت تیم پرستاری، تأمین منابع، نظارت بر عملکرد
پرستار پیش‌بیمارستانی یا تیم بحران	پانسمان زخم، اکسیژن‌درمانی، ارجاع فوری، ثبت اطلاعات اولیه

اقدامات پرستاری :

1- ارزیابی اولیه

- بررسی سطح هوشیاری AVPU یا GCS
- بررسی راه هوایی، شاخص های تنفس و گردش خون
- مشاهده محل زخم: نوع، محل، خونریزی، بیرون زدگی اعضا
- بررسی علائم پنوموتوراکس (سیانوز، تنفس سطحی، صدای تنفسی کاهش یافته گاهی گاسپینگ و تنفس با الگوی آپنوستیک)
- لمس تراشه و بررسی جابه‌جایی آن
- بررسی صدای قلبی، فشار خون و نبض
- استفاده از چک‌لیست ABCDE در ارزیابی تروما

2- مداخلات پرستاری اورژانسی

- حفظ راه هوایی با مانور یا وسایل کمکی OPA/NPA
- تجویز اکسیژن با حجم بالا
- استفاده از پانسمان سه‌طرفه برای پنوموتوراکس باز
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم
- عدم خارج کردن جسم تیز فرو رفته (در صورت وجود) و تثبیت آن با پانسمان های حمایتی با لیوان کاغذی
- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته (در صورت عدم شوک)
- پایش علائم حیاتی هر ۵-۱۵ دقیقه
- آماده‌سازی برای تصویربرداری یا Chest tube
- اطلاع سریع به پزشک اورژانس/جراح و ثبت زمان

3-مراقبت پس از مداخله یا جراحی

- مراقبت از محل ورود Chest tube یا زخم جراحی
- پایش تخلیه لوله سینه (رنگ، مقدار، پیوستگی هوا)
- کنترل درد بیمار و ارزیابی اثر دارو
- پایش علائم عفونت: تب، ترشحات چرکی، التهاب محل، تغییر رنگ
- مانیتورینگ مداوم تنفس، اشباع اکسیژن و فشار خون
- آموزش به بیمار در مورد مراقبت از زخم، تنفس عمیق، سرفه مؤثر
- تشویق به تحرک زود هنگام (در صورت مجاز بودن)

نکات ایمنی و هشدارها

- در صورت مشاهده زخم باز قفسه سینه با تنفس حبابدار، احتمال پنوموتوراکس باز زیاد است-پانسمان سه‌طرفه فوری (یک طرف پانسمان چسب نزده و باز باشد)
- در صورت مشاهده افت ناگهانی فشار خون، وریدهای گردنی پر و صدای قلبی ضعیف، شک به تامپوناد قلبی را افزایش می‌دهد.
- خارج کردن جسم فرو رفته توسط پرستار ممنوع است.
- تأخیر در Chest tube گذاری یا جراحی منجر به آتلکتازی و مرگ می‌شود.

مستندسازی پرستاری

- زمان شروع علائم و ارزیابی اولیه ABC
 - محل دقیق و ویژگی زخم (اندازه، عمق، ترشح، خونریزی)
 - اقدامات پرستاری انجام‌شده (پانسمان، اکسیژن، دارو، مراقبت از چست تیوپ و سایر اتصالات، خونریزی)
 - تغییرات علائم حیاتی و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده
 - ثبت اطلاعات گزارش شده به پزشک و زمان ارجاع
 - ثبت اطلاعات اعزام، ارجاع، انتقال و یا مرگ بیمار طبق دستورالعمل‌های ابلاغی
- ثبت گزارش تحویل شیفت

روش انجام پانسمان سه‌طرفه (Three-Sided Occlusive Dressing)

تعریف و اهمیت: پانسمان سه‌طرفه یکی از روش‌های حیاتی اولیه است که در مدیریت ترومای نافذ قفسه سینه که منجر به پنوموتوراکس باز (Open Pneumothorax) می‌شود، استفاده می‌گردد. این نوع پانسمان به کاهش ورود هوا به فضای

پلور از طریق زخم کمک کرده و از تبدیل پنوموتوراکس باز به پنوموتوراکس فشاری (Tension Pneumothorax) که تهدیدکننده حیات است، پیشگیری می‌کند.

اهداف پانسمان سه‌طرفه:

- جلوگیری از ورود هوا از محیط به فضای پلور
- اجازه خروج هوای داخل قفسه سینه از زخم هنگام بازدم
- حفظ تهویه نسبی ریه‌ها تا زمان انجام مداخله تخصصی (Chest Tube یا جراحی)

وسایل مورد نیاز:

پانسمان غیرقابل نفوذ (مثلاً گاز وازلین استریل، چسب ضد حساسیت، دستکش استریل، قیچی در صورت نیاز)

مراحل انجام پانسمان سه‌طرفه:

1- ارزیابی زخم

- بیمار را در وضعیت نیمه‌نشسته یا خوابیده قرار دهید (در صورت عدم وجود شوک).
- زخم را به آرامی بررسی کرده، در صورت وجود جسم نافذ، آن را خارج نکنید.
- اطراف زخم را تمیز کنید (در صورت امکان و بدون تأخیر).

2- آماده‌سازی پانسمان

یک پانسمان ضد نفوذ (مثلاً بسته پلاستیکی استریل) را بردارید و آن را به‌طور کامل روی زخم قرار دهید.

3- چسباندن پانسمان

- سه طرف پانسمان را با چسب به پوست بچسبانید (مثلاً بالا، پایین، و یک سمت).
- یک طرف پانسمان را باز بگذارید تا هوا بتواند از آن خارج شود.

4- نظارت بر علائم حیاتی

- وضعیت تنفس، رنگ پوست، سطح هوشیاری، اشباع اکسیژن و فشار خون را هر 5-15 دقیقه کنترل کنید.
- در صورت بروز علائم پنوموتوراکس فشاری (تنگی نفس شدید، افت فشار خون، وریدهای گردنی برجسته)، پانسمان را فوراً باز کنید تا هوا تخلیه شود.

هشدارهای مهم پرستاری:

- پانسمان چهارطرفه ممنوع است؛ ممکن است باعث تجمع هوا و فشار روی قلب و ریه‌ها شود.
- پانسمان سه‌طرفه یک اقدام موقتی است و بیمار باید به سرعت برای Chest Tube یا جراحی ارجاع داده شود.
- به بیمار آرامش دهید و او را از حرکت غیرضروری بازدارید.

مدل ABCDE

یکی از کلیدی‌ترین اصول در ارزیابی اولیه بیماران تروما است و برای شناسایی سریع و مدیریت مشکلات حیاتی به کار می‌رود.

A – Airway راه هوایی با کنترل ستون فقرات گردنی

- بررسی باز بودن راه هوایی (آیا بیمار قادر به صحبت است؟ صدای خرخر (استریدور) وجود دارد؟)

- پاک‌سازی راه هوایی از ترشحات، خون، جسم خارجی
- تثبیت ستون فقرات گردنی (در تروما فرض را بر آسیب گردن بگذارید)
- استفاده از مانورهای مناسب Jaw thrust و تجهیزات Airway، محافظ گردنی C-Collar

B – Breathing تنفس

- بررسی حرکت قفسه سینه، الگوی تنفس، صدای تنفسی، اشباع اکسیژن با پالس اکسیمتری
- بررسی آسیب‌های قفسه سینه (مثلاً پنوموتوراکس، هموتوراکس)
- تجویز اکسیژن در صورت نیاز (ماسک، آمبویگ)
- حمایت تنفسی در صورت نیاز (ونتیلیسیون دستی یا مکانیکی)

C – Circulation گردش خون و خونریزی

- بررسی نبض، فشار خون، رنگ پوست، پر شدن مویرگی (کمتر از 2 تا 3 ثانیه)
- کنترل خونریزی‌های خارجی با فشار مستقیم، تورنیکه
- ارزیابی علائم شوک (بی‌قراری، تعریق، نبض تند، کاهش فشار)
- برقراری دسترسی وریدی، تجویز مایعات

D – Disability وضع سطح هوشیاری

- ارزیابی سطح هوشیاری با AVPU یا GCS

– Alert: A: هوشیار

– V: Responds to Voice پاسخ به صدا

– P: Responds to Pain پاسخ به درد

– U: Unresponsive بی‌پاسخ

- بررسی اندازه و واکنش مردمک‌ها
- توجه به علائم آسیب مغزی یا نخاعی

E – Exposure & Environment control نمایش و بررسی کامل بدن و کنترل محیط

- بیمار کاملاً دیده شود تا آسیب‌های پنهان شناسایی شود.
- به دوطرفه بودن (قرینه بودن اعضا بدن) توجه شود.
- کنترل دمای بدن (درمان هایپوترمی)، حفظ حریم خصوصی
- جابجایی و انتقال سرو گردن و تنه باهم، همزمان و در یک راستا (Log roll) با کمک چند نفر، هنگام مشاهده آسیب ستون فقرات مخصوصاً ستون فقرات گردنی (CSI)

مراقبت پرستاری از بیمار دچار ترومای نافذ شکم و لگن

هدف

ارزیابی، تریاژ، مراقبت فوری و آماده‌سازی بیماران دچار ترومای نافذ شکم و لگن برای اقدامات درمانی بمنظور کاهش عوارض، پیشگیری از مرگ و تسهیل ارجاع به سطوح بالاتر درمانی

دامنه کاربرد

پرستاران شاغل در اورژانس، مناطق بحران‌زده، تریاژ صحرایی، مراکز سطح اول سلامت
حوادث پرتلفات MCI، جنگ، زلزله و مأموریت‌های امدادی

تعاریف

- ترومای نافذ شکم و لگن: آسیبی که ناشی از ورود جسمی خارجی (چاقو، گلوله، ترکش و...) به حفره شکمی یا لگنی است و منجر به پاره شدن پوست و ساختارهای داخلی می‌شود.
- شکستگی ناپایدار لگن: آسیب به ساختارهای لگنی که ممکن است منجر به خونریزی شدید داخلی شود.

اقدامات پرستاری :

1- ارزیابی اولیه (ABCDE)

مرحله	اقدام پرستاری	نکته کلیدی
A- راه هوایی	بررسی انسداد راه هوایی، صدای تنفس، سطح هوشیاری	باز نگه داشتن راه هوایی یا محافظت از نخاع گردنی
B- تنفس	بررسی تعداد، عمق و الگوی تنفس	پایش اشباع اکسیژن
C- گردش خون	ارزیابی نبض، فشار خون، خونریزی فعال	کنترل خونریزی، تعبیه راه وریدی
D- وضعیت عصبی	بررسی GCS، واکنش مردمک‌ها	بررسی خورسائی مغزی
E- بررسی کامل بدن	مشاهده شکم، لگن، خونریزی، بیرون‌زدگی احشاء، بررسی علائم پریتونیت، هماتوم	بررسی علائم تغییر رنگ پوست، گاردینگ شکم، درد شدید و نفخ شکم

2- مراقبت اولیه پرستاری

• درمان شوک احتمالی:

- بیمار را در وضعیت طاق‌باز با اندام تحتانی بالا قرار دهید (شوک پوزیشن) Trendelenburg
- دو مسیر وریدی بزرگ برقرار کنید؛ انفوزیون سریع مایعات کریستالوئید (Ringer Lactate هنگام اسپدوز احتمالی یا نرمال سالین).
- در صورت وجود شوک و خونریزی شدید، هماهنگی لازم را برای انتقال خون و ارجاع سریع انجام دهید.

- کنترل زخم نافذ شکم:
 - خارج نکردن جسم نافذ (در صورت باقی ماندن در بدن).
 - پوشاندن زخم با پانسمان استریل مرطوب (در صورت بیرون زدگی احشاء)، به صورت شل و غیر فشاری.
 - عدم فشار مستقیم روی زخم نافذ.
 - اصلاح وضعیت بیمار (سر بیمار کمی بالاتر، پاها جمع شده به سمت شکم)
- مراقبت از زخم نافذ لگن:
 - در صورت خونریزی خارجی، پانسمان فشاری با گاز استریل.
 - بی حرکت سازی لگن با بستن لگن بند یا Sheet Wrapping یا جانکشنال تورنیکه
 - پایش علائم خونریزی داخلی (کاهش سطح هوشیاری، تعریق، نبض سریع، رنگ پریدگی).
- مراقبت از ترومای غیر نافذ در پرتاب شدگی، سقوط و موج انفجار و انجام (EPL) و ارجاع اورژانسی به اتاق عمل
- پایش و ثبت:
 - پایش مکرر علائم حیاتی هر ۵ تا ۱۵ دقیقه.
 - ثبت کامل شرح حال، علائم بالینی و اقدامات انجام شده.
 - آماده سازی برای سونوگرافی سریع و قابل حمل fast

3- اقدامات حمایتی و آماده سازی برای ارجاع

- تهیه نمونه خون برای CBC، تعیین گروه خونی و کراس میچ
- NPO در بیماران کاندید جراحی
- سوند گذاری ادراری و بررسی وضعیت ادرار
- گذاشتن NGT (ترجیحا)
- هماهنگی با تیم جراحی یا ارجاع اورژانس
- حمایت روانی بیمار و اطرافیان

4- هشدارهای حیاتی پرستاری

- تغییر ناگهانی سطح هوشیاری، افت فشار، افزایش یا کاهش ضربان قلب خونریزی داخلی شدید (شوک قریب الوقوع)
- در ترومای لگن، لمس داخلی واژینال یا رکتال تنها توسط پزشک مجرب انجام شود
- در بیرون زدگی احشاء، هرگز احشاء را به داخل باز نگردانید
- در صورت فرورفتن جسم خارجی در شکم، خارج نشود

5- ملاحظات اخلاقی و ایمنی

- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین بررسی و درمان

- احترام به کرامت انسانی در بحران
- مدیریت ثبت اطلاعات محرمانه

مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران

اهداف

- کنترل سریع خونریزی
- پیشگیری از شوک هموراژیک
- حفظ و پایش علائم حیاتی
- آماده‌سازی بیمار برای انتقال به مرکز درمانی تخصصی
- ثبت دقیق وضعیت و اقدامات انجام شده

دامنه کاربرد: این فرآیند برای پرستاران اورژانس، مراکز درمانی صحرایی و تیم‌های امداد در بحران کاربرد دارد.

اصول کلی مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران

- ارزیابی محل و شدت خونریزی
- فشار مستقیم و مداوم روی محل خونریزی بجز در موارد ممنوعیت فشار مستقیم
- استفاده از بانداژ فشاری و بالا نگه داشتن عضو آسیب‌دیده (در صورت امکان)
- استفاده از آتل برای بی‌حرکت‌سازی عضو در صورت لزوم
- استفاده از تورنیکه در خونریزی‌های شدید و غیر قابل کنترل با رعایت اصول کاربرد تورنیکه
- پایش علائم حیاتی (فشار خون، نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری)
- شروع مایعات وریدی و فراورده‌های خونی طبق دستور پزشک (در صورت دسترسی)
- آماده‌سازی برای انتقال سریع به مراکز تخصصی در صورت خونریزی شدید یا غیرقابل کنترل
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده

طبقه‌بندی خونریزی‌ها و اقدامات پرستاری

نوع خونریزی	ویژگی‌ها	اقدام پرستاری فوری
خونریزی خارجی	خونریزی قابل مشاهده از زخم یا بریدگی	فشار مستقیم، پانسمان فشاری، بالا نگه داشتن عضو، کاربرد تورنیکه با رعایت اصول علمی
خونریزی داخلی	تغییر وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی یا وجود علائم شوک بدون خونریزی واضح	پایش علائم حیاتی، آماده‌سازی انتقال فوری، اطلاع‌رسانی تیم تخصصی
خونریزی شدید	خونریزی زیاد با افت فشار خون و ضعف	اقدامات اورژانسی، شروع مایعات وریدی، تماس با پزشک

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- دستکش یکبار مصرف
- گاز استریل و بانداز فشاری
- آتل برای بی‌حرکت‌سازی
- تورنیکه استاندارد
- تجهیزات برقراری راه وریدی مانند آنژیوکت با سایز مناسب
- محلول‌های مایعات وریدی (در صورت دسترسی)
- تجهیزات فشارسنج و تب‌سنج

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی کنترل نشده
- علائم شوک هایپوولمیک (کاهش فشار خون، افزایش نبض، تعریق شدید)
- خونریزی داخلی مشکوک یا شدید
- خونریزی همراه با آسیب‌های شدید دیگر
- زخم، سوختگی یا جراحتهای عمیق

مراقبت پرستاری از بیمار دچار شکستگی‌ها

هدف

ارزیابی، تثبیت، مراقبت اولیه، پایش و ارجاع ایمن بیماران دچار شکستگی‌ها به‌منظور کاهش درد، پیشگیری از آسیب‌های ثانویه، و ارتقاء ایمنی بیمار.

دامنه کاربرد

- پرستاران اورژانس، درمانگاه‌های اولیه، مراکز بحران، پایگاه‌های امداد
- داوطلبان پرستاری آموزش‌دیده
- در حوادث پرتلفات، زلزله، جنگ، تصادفات، تجمعات انبوه

تعاریف کلیدی

- شکستگی Fracture: گسیختگی یا ترک خوردگی در ساختار طبیعی استخوان.
- شکستگی باز: شکستی که در آن پوست پاره شده و استخوان یا اجزای آن بیرون زده است.
- شکستگی بسته: پوست سالم است اما شکستگی در زیر پوست ایجاد شده.
- انواع شکستگی ساده، مورب، عرضی، ترکه ای و....
- بی‌حرکت‌سازی (Immobilization): تثبیت محل شکستگی برای جلوگیری از آسیب بیشتر.

طبقه‌بندی شکستگی‌ها برای مراقبت پرستاری

نوع شکستگی	ویژگی	ملاحظات پرستاری
باز	پوست پاره شده و استخوان نمایان است	خطر عفونت بالا، نیاز به پانسمان استریل و ارجاع فوری
بسته	پوست سالم است	درد و تورم، نیاز به بی‌حرکت‌سازی
شکستگی همراه با در رفتگی	جابه‌جایی مفصل یا بدون شکستگی	نیاز به تثبیت و ارجاع سریع
چندگانه	شکستگی در چند نقطه از بدن	ارزیابی برای شوک، پایش دقیق
لگن، ران، ستون فقرات	خطر خونریزی داخلی یا آسیب نخاعی	محدود کردن حرکت، عدم جابه‌جایی تا تثبیت تخصصی

مراحل مراقبت پرستاری در شکستگی‌ها

ارزیابی اولیه بر اساس الگوی ABCDE

گام	اقدام پرستاری
A و B	راه هوایی و تنفس را بررسی و در صورت لزوم اکسیژن دهید.
C	خونریزی، نبض، رنگ پوست و پر شدن مویرگی را ارزیابی کنید. در شکستگی‌های لگن و ران احتمال خونریزی داخلی بالا است.
D و E	سطح هوشیاری، درد، تورم، بدشکلی اندام، اختلال حسی و حرکتی بررسی شود. آسیب به نخاع در شکستگی‌های گردن و پشت محتمل است.

اصول کلی مراقبت پرستاری از شکستگی در بحران

- ارزیابی سریع محل شکستگی، درد، تورم، تغییر شکل و خونریزی
- جلوگیری از حرکت غیرضروری عضو آسیب‌دیده
- استفاده از کولار گردنی در آسیب‌های سر و گردن
- استفاده از آتل مناسب برای بی‌حرکت‌سازی عضو (چوب، پارچه یا وسایل در دسترس) در صورت احتمال آسیب
- ستون فقرات تخته‌پشتی و بی‌حرکت‌سازی کلی بدن
- کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک
- مدیریت درد با داروهای مناسب طبق دستور پزشک
- حفظ گرمای بدن بیمار و جلوگیری از هایپوترمی
- ثبت دقیق وضعیت عضو و اقدامات انجام شده
- آماده‌سازی برای انتقال بیمار به مرکز تخصصی

اقدامات پرستاری اولیه

1. بی‌حرکت‌سازی اندام مشکوک به شکستگی:
 - از اسپلینت یا آتل استفاده شود.
 - مفصل بالا و پایین محل شکستگی بی‌حرکت شود.
 - هرگونه جابه‌جایی غیرضروری ممنوع است.
2. در شکستگی باز:
 - زخم را با گاز استریل مرطوب بپوشانید.
 - از خارج کردن جسم خارجی خودداری شود.
 - آتل‌گذاری با رعایت زخم انجام شود.
 - در شکستگی بسته، آسیب مفاصل و کبودی گسترده استفاده از کمپرس سرد در ساعات اولیه
3. کنترل درد:
 - ارزیابی درد با مقیاس VAS
 - تجویز داروهای مسکن طبق دستور پزشک یا پروتکل بحران
4. پایش گردش خون اندام آسیب‌دیده:
 - رنگ، دما، نبض محیطی، حس و حرکت بررسی و مستندسازی شود.
 - ارزیابی برای علائم سندرم کمپارتمان (درد شدید، بی‌حسی، رنگ‌پریدگی، کاهش نبض)

5. پوزیشن بیمار:

- بیمار را در وضعیت راحت و ایمن قرار دهید.
- در شکستگی ستون فقرات استفاده از تخت صاف همراه با گردن‌بند طبی C-Collar
- در شکستگی لگن یا ران بی حرکتی و تثبیت محل شکستگی با ملافه یا آتل بلند

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- آتل‌های آماده یا وسایل بی حرکت‌سازی improvisation (چوب، کارتن، پارچه)
- باند، گاز استریل، چسب پانسمان
- داروهای ضد درد و ضد التهاب (بر اساس دستور پزشک)
- دستکش یکبار مصرف، قیچی

اقدامات حمایتی و ارجاع

- علائم بیمار و اقدامات انجام‌شده بصورت دقیق ثبت شود
- به تیم ارجاع یا مرکز تخصصی سریع اطلاع‌رسانی شود.
- در موارد نیاز به انتقال هوایی یا زمینی، بی حرکت‌سازی کامل الزامی است
- در شکستگی‌های شدید یا همراه با شوک، بررسی انتهای عضو (دیستال) از نظر خونگیری، تزریق مایعات و پایش مداوم الزامی است.

هشدارها و ملاحظات پرستاری

- شکستگی باز: پانسمان استریل، خطر عفونت، خودداری از دستکاری
- درد شدید غیرقابل کنترل با بی‌حسی یا نبض ضعیف: احتمال سندرم کمپارتمان، ارجاع فوری
- شکستگی لگن یا ران: احتمال خونریزی شدید داخلی، محدود کردن حرکت، پایش شوک و آمبولی
- شکستگی ستون فقرات: هیچ حرکتی بدون تثبیت تخصصی انجام نشود، خطر آسیب نخاع

مستندسازی:

ثبت دقیق زمان، محل، نوع آتل و پایش علائم

آموزش به بیمار

اطلاع رسانی به بیمار (در صورت هوشیاری) / خانواده در باره اقدامات انجام شده و مراقبت‌های پس از ترخیص

مراقبت پرستاری از آسیب‌های سر و گردن

اهداف

- ارائه راهنمای استاندارد جهت ارزیابی
- ارزیابی، مراقبت اولیه، پایش و ارجاع ایمن بیماران دچار آسیب‌های سروگردن، پیشگیری از آسیب‌های عصبی دائمی و حفظ عملکرد حیاتی بیمار با هدف کاهش مرگ‌ومیر.

تعاریف واژگان کلیدی

- تروما به سر: آسیب به ساختارهای جمجمه، مغز یا بافت نرم سر (مانند هماتوم، شکستگی جمجمه، آسیب مغزی تروماتیک)
- تروما به گردن: آسیب به ساختارهای استخوانی (مهره‌های گردنی)، نخاع، نای، مری، رگ‌های گردنی یا پوست گردن
- آسیب نافذ: زخم باز یا ورود جسم خارجی به داخل سر یا گردن (مثلاً چاقو، ترکش یا گلوله)
- آسیب غیر نافذ: ضربه بسته ناشی از سقوط، پرت شدن، برخورد یا تصادف بدون باز شدن پوست

ملاحظات اخلاقی و آموزشی

- حفظ کرامت بیمار در حین بررسی سر و صورت
- اطلاع‌رسانی محترمانه به بیمار و خانواده در مورد اقدامات انجام‌شده
- ثبت مستندات دقیق و قانونی برای پیگیری‌های قضایی (در موارد آسیب نافذ یا درگیری فیزیکی)

طبقه‌بندی آسیب‌ها

نوع آسیب	علائم کلیدی	ملاحظات پرستاری
آسیب سطحی	کوفتگی، بریدگی، هماتوم	پانسمان، کنترل خونریزی، پایش علائم عصبی
آسیب مغزی خفیف MTB (کانکاشن)	گیجی، سردرد، فراموشی کوتاه‌مدت	پایش هوشیاری، آموزش علائم هشدار
آسیب مغزی متوسط تا شدید (کانتیوژن)	کاهش سطح هوشیاری، استفراغ، تشنج	کنترل راه هوایی، ارجاع سریع، مانیتورینگ علائم حیاتی، ارزیابی افزایش فشار داخل جمجمه
شکستگی جمجمه (ایجاد ترک) یا جابجا شدگی	تورم، خونریزی گوش یا بینی، نشت مایع مغزی نخاعی	پیشگیری از عفونت، عدم فشار روی محل نشت
آسیب نخاع گردنی (CSI)	بی‌حسی، فلج، اختلال در تنفس	بی‌حرکت‌سازی گردن، پایش عملکرد تنفسی، ارجاع فوری

مراحل مراقبت پرستاری بر اساس مدل ABCDE

A- راه هوایی با کنترل ستون فقرات گردنی

- اولویت اصلی: باز نگه داشتن راه هوایی بدون حرکت دادن گردن
- استفاده از C-collar یا تثبیت دستی ستون گردنی (در صورت عدم وجود گردنبد تثبیت کننده، تثبیت گردن با پتو کوچک یا حوله لوله شده در طرفین گردن و سپس با بانداز در دو طرف گردن محکم گردد) جابجایی همزمان سر و گردن)
- در صورت وجود جسم خارجی یا ترشحات در دهان، با احتیاط و بدون خم کردن گردن پاک سازی شود

B-تنفس

- بررسی وضعیت تنفس، استفاده از اکسیژن در صورت نیاز
- در آسیب گردنی، احتمال اختلال در تنفس (به ویژه آسیب مهره های C3-C5) و قطع کامل تنفس و مرگ
- پایش اشباع اکسیژن، الگوی تنفسی، و حرکات قفسه سینه
-

C-گردش خون

- بررسی نبض، فشار خون، رنگ پوست و پر شدن مویرگی
- کنترل خونریزی های قابل مشاهده در سر یا گردن با پانسمان فشاری
- در صورت مشاهده خونریزی از گوش یا بینی، از فشردن محل خودداری شود

D- سطح هوشیاری

- بررسی سطح هوشیاری با GCS و AVPU
- پایش مداوم تغییرات در سطح هوشیاری
- ارزیابی علائم افزایش فشار داخل جمجمه (استفراغ جهشی، سردرد شدید، تغییر در اندازه مردمک ها، کاهش پاسخ به نور، تغییرات بینایی)

E- در معرض مشاهده قرار دادن بدن بیمار

- بررسی کامل سر و گردن از نظر کبودی، فرورفتگی، خونریزی در دو طرف بدن (قرینه بودن اعضا)
- کنترل دمای بدن، حفظ حریم بیمار
- در صورت لزوم، ثبت محل و نوع زخم (تصویر) یا گزارش دقیق

مداخلات پرستاری کلیدی

مداخله	اقدام پرستاری
تثبیت گردن	استفاده فوری از گردنبند طبی C-collar یا تثبیت دستی توسط همراه تا زمان انتقال
پایش نورولوژیک	کنترل منظم GCS، مردمک‌ها، پاسخ حرکتی (استفاده از تکنیک FACE)
کنترل خونریزی	در خونریزی پوست سر: پانسمان فشاری، در زخم نافذ گردن: کنترل فشاری با حداقل جابه‌جایی
پیشگیری از آسپیراسیون	در بیمار بی‌هوش: پوزیشن ریکاوری با حفظ بی حرکتی گردن و در موارد افزایش ICP قرار دادن سر در زاویه 30 درجه

هشدارهای پرستاری:

علامت	اقدام فوری
کاهش GCS بیش از ۲ امتیاز	تماس فوری با پزشک، آماده‌سازی برای احیاء
نشت مایع شفاف از بینی یا گوش	مشکوک به نشت CSF (علامت بتل: به صورت کبودی پشت گوش؛ علامت هالو: دواير متحد المركز خونابه بر روی ملحفه بیمار و علامت راکون: به صورت کبودی دور چشم)، عدم فشار بر محل، آماده‌سازی برای ارجاع
تشنج	ایمن‌سازی بیمار، تجویز دارو طبق پروتکل
دیسترس تنفسی در آسیب گردنی	پشتیبانی تنفسی فوری، ارجاع به ICU یا انتقال اضطراری

مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران

اهداف

- کنترل سریع درد و شوک ناشی از سوختگی
- پیشگیری از عفونت‌های ثانویه
- حفظ رطوبت و جلوگیری از خشک شدن پوست سوخته
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی درمان سوختگی
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و درمان‌های انجام شده

اصول کلی مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران

- اطمینان از ایمنی محیط برای پرستار و بیمار
- ارزیابی سریع وسعت و عمق سوختگی (استفاده از قانون 9)
- خنک‌کردن ناحیه سوخته با آب ولرم (۲۰-۱۰ درجه سانتی‌گراد) به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه (در صورت امکان)
- جلوگیری از قرار گرفتن مستقیم سوختگی در معرض یخ یا آب سرد زیاد
- پوشاندن سوختگی با پانسمان استریل یا پارچه تمیز و مرطوب
- کنترل علائم حیاتی و پایش احتمال شوک (افت فشار خون، تپش قلب)
- شروع مایعات و تجویز داروها طبق دستور پزشک
- ثبت دقیق وسعت، عمق، محل و اقدامات انجام شده
- ارجاع سریع به مراکز تخصصی سوختگی در صورت سوختگی‌های وسیع یا عمیق

طبقه‌بندی سوختگی‌ها و اقدامات پرستاری

نوع سوختگی	مشخصات	اقدام پرستاری فوری
درجه ۱ (سطحی)	قرمزی، درد شدید، بدون تاول	خنک‌سازی با آب سرد و آب یخ، پانسمان ساده، کنترل درد
درجه ۲ (سطحی-عمقی)	تاول، درد زیاد، ترشح، پوست مرطوب	خنک‌سازی، پانسمان استریل مرطوب، کنترل درد، پایش عفونت، مراقبت از تاول
درجه ۳ (عمقی)	سفید یا سیاه، بدون درد (عصب‌ها آسیب دیده)، پوست خشک	جلوگیری از عفونت، پایش شوک، ارجاع فوری، مراقبت‌های تخصصی

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- محلول نرمال سالین یا آب استریل خنک برای شستشو
- پانسمان استریل، گاز استریل، باند کشی

- دستکش یکبار مصرف، قیچی، پنس
- داروهای ضد درد و آنتی‌بیوتیک (بر اساس دستور پزشک)
- کپسول اکسیژن (در صورت در دسترس بودن)

موارد نیاز به ارجاع فوری

- سوختگی بیش از ۱۰٪ سطح بدن در بزرگسالان (یا ۵٪ در کودکان و سالمندان)
- سوختگی صورت، گردن، دست‌ها، پاها و ناحیه تناسلی (سوختگی سرو گردن اورژانس تنفسی محسوب می‌شود).
- سوختگی همراه با استنشاق دود یا مشکل تنفسی
- سوختگی درجه ۳ یا عمیق
- شوک، افت فشار خون، تغییر هوشیاری
- سوختگی الکتریکی بدون در نظر گرفتن درصد سوختگی بدلیل ایجاد سوختگی عمیق در محل ورود و خروج جریان
- سوختگی شیمیایی

مراقبت پرستاری از زخم در بحران

هدف

پیشگیری از عفونت زخم، کنترل خونریزی اولیه، کمک به بهبود سریع‌تر زخم، پیشگیری از گسترش آسیب بافتی و نکروز و کاهش عوارض ناشی از زخم‌های باز، عمیق یا آلوده

اصول کلی مراقبت پرستاری از زخم

- شناسایی نوع زخم: سطحی، عمقی، آلوده، زخم خردشدگی، سوراخ‌شدگی، پارگی پوست
- رعایت ایمنی فردی و استفاده از دستکش (در حد امکان)
- بررسی نشانه‌های حیاتی و وضعیت عمومی بیمار قبل از اقدام
- رسیدگی به زخم حاد، کنترل خونریزی با فشار مستقیم، بالا نگه داشتن عضو، یا استفاده از پانسمان فشاری
- شستشوی زخم با آب قابل شرب، یا نرمال سالین (در صورت در دسترس بودن)
- حذف اجسام خارجی قابل مشاهده (بدون کندوکاو عمقی)
- پانسمان ساده و خشک، با درج زمان انجام پانسمان
- مراقبت از عضو قطع شده
- ثبت وضعیت زخم و اقدامات انجام‌شده برای ارجاع بعدی

طبقه‌بندی ساده زخم‌ها در بحران

نوع زخم	ویژگی‌ها	اقدام پرستاری
سطحی	ساییدگی یا خراش	تمیز کردن، پانسمان ساده
بریدگی	خونریزی با لبه‌های مشخص	کنترل خونریزی، پانسمان فشاری
سوراخ‌شدگی	ناشی از اجسام نوک‌تیز	بررسی عمق، اجتناب از خارج کردن شی، ارجاع سریع
لش‌شدگی	ناشی از اجسام سنگین	بررسی خونریزی و آسیب استخوان، ارجاع فوری
آلوده	خاک، ترشحات، بوی بد	شستشو، پانسمان باز، شروع آنتی‌بیوتیک طبق نظر پزشک

تجهیزات پیشنهادی قابل حمل در بحران

- سرم نرمال سالین یا آب جوشیده سرد شده
- گاز استریل، باند، چسب پانسمان
- ست بخیه، قیچی، پنس، دستکش استریل و یکبار مصرف
- کیسه زباله بیولوژیک و سفتی باکس
- ماژیک برای ثبت ساعت پانسمان روی باند
- محلول ضد عفونی کننده دست

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی کنترل نشده
 - زخم عمیق همراه با نمایان بودن عضله یا استخوان
 - احتمال آسیب به عروق یا اعصاب
 - زخم آلوده یا همراه با علائم عفونت
 - وجود جسم خارجی فرو رفته (مانند میخ، چاقو)
- قطع عضو(توجه به شرایط نگهداری عضو قطع شده و آماده سازی جهت پیوند)

مراقبت های پرستاری در اختلالات تنفسی در شرایط بحران

هدف

شناسایی سریع نشانه‌های دیسترس تنفسی، تأمین اکسیژن و حمایت از تهویه تنفسی، پیشگیری از ایست تنفسی و عوارض هیپوکسی و تسهیل ارجاع سریع به سطح بالاتر درمان در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی

علائم و نشانه‌ها:

- تنگی نفس، تنفس سریع (تاکی پنه) یا آهسته (برادی پنه)
- صدای خس‌خس، استریدور یا صدای خرخر
- لب‌ها یا بستر ناخن‌ها کبود (سیانوز)
- اشباع اکسیژن زیر ۹۲٪
- استفاده از عضلات فرعی تنفسی
- اضطراب، بی‌قراری یا کاهش سطح هوشیاری

بررسی سریع: ABC:

- **Airway:** انسداد کامل یا نسبی راه هوایی
- **Breathing:** الگوی تنفسی، صداهای تنفسی، اکسیژن‌رسانی
- **Circulation:** نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

1- باز نگه داشتن راه هوایی

- بررسی وجود جسم خارجی یا انسداد
- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه‌نشسته تا نشسته کامل (high fowler یا fowler)
- استفاده از ساکشن در صورت نیاز

2- حمایت از تنفس

- تأمین اکسیژن با ماسک یا نازل کاتتر با میزان مناسب
- آماده‌سازی تجهیزات تهویه دستی (آمبویگ) در صورت نارسایی تنفسی
- آماده‌سازی برای کمک‌های پیشرفته (انتوباسیون) در صورت وخامت وضعیت

3- دارودرمانی طبق تجویز پزشک

- برونکودیلاتورها (مانند سالبوتامول)
- کورتیکواستروئیدها
- آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت شک به عفونت
- آنتی‌هیستامین و اپی‌نفرین در واکنش‌های آلرژیک

4-پایش مداوم

- علائم حیاتی (هر ۵ تا ۱۵ دقیقه)
- میزان اشباع اکسیژن با پالس اکسیمتر
- سطح هوشیاری و رنگ پوست

5- مستندسازی

- ثبت علائم حیاتی و سطح اشباع اکسیژن
- اقدامات انجام‌شده، دوز و زمان داروهای تجویز شده
- پاسخ بیمار به اقدامات
- گزارش به‌موقع به پزشک یا سطح ارجاع بالاتر

6-آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح اهمیت اکسیژن‌درمانی و مراقبت از دستگاه‌ها
- آگاهی‌بخشی در مورد علائم هشدار تنفسی
- پرهیز از مواجهه با عوامل محرک (آلرژن‌ها، دود، ازدحام)

مراقبت پرستاری در تشنج

اهداف

- شناسایی سریع شروع تشنج
- حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب
- کنترل و کاهش مدت زمان تشنج
- پیشگیری از عود تشنج و عوارض احتمالی
- آماده‌سازی برای انتقال جهت دریافت مراقبت‌های تخصصی در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی

- مشاهده دقیق علائم و نوع تشنج (موضعی، عمومی، تونیک-کلونیک) همراه با اورا (علامت اولیه) یا بدون اورا
- ارزیابی سطح هوشیاری و وضعیت تنفسی بیمار
- بررسی سابقه تشنج و بیماری‌های زمینه‌ای (گاهی بدنبال ضربه شدید به سر در اثر انفجار و...)
- پایش مستمر علائم حیاتی

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

1- حفظ ایمنی بیمار

- جلوگیری از آسیب‌های ناشی از سقوط یا برخورد با اشیاء
- برداشتن اشیاء خطرناک از اطراف بیمار
- جلوگیری از وارد کردن اشیاء به دهان بیمار
- حفظ باز بودن راه هوایی با چرخاندن سر به پهلو (پوزیشن جانبی ایمن)

2- مدیریت تشنج

- پایش زمان شروع و پایان تشنج
- در صورت طولانی شدن تشنج (بیش از ۵ دقیقه) آماده‌سازی برای تزریق داروهای ضد تشنج طبق دستور پزشک
- تأمین اکسیژن در صورت نیاز
- آماده‌سازی تجهیزات احیاء قلبی-ریوی در صورت بروز عوارض

3- مراقبت پس از تشنج

- پایش وضعیت تنفسی و هوشیاری بیمار
- کنترل علائم حیاتی و قند خون
- آرام‌سازی بیمار و ایجاد محیطی آرام

4- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان و مدت تشنج
- نوع حرکات و علائم همراه
- اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار
- گزارش تغییرات وضعیت به تیم درمان

5- آموزش به بیمار و خانواده

- آموزش شناخت علائم هشداردهنده تشنج
- اهمیت مصرف مرتب داروهای ضد تشنج
- توصیه به مراجعه سریع در صورت طولانی شدن تشنج یا بروز تشنجهای مکرر
- آموزش روشهای پیشگیری از آسیب در زمان تشنج
- ملاحظات اخلاقی و روانی

مراقبت پرستاری در افت فشار خون در شرایط بحران

هدف

شناسایی سریع افت فشار خون و علائم همراه، انجام اقدامات فوری جهت تثبیت فشار خون، جلوگیری از آسیب اندامها بدنبال کاهش خون‌رسانی و فراهم کردن شرایط مناسب برای درمان تخصصی

ارزیابی و شناسایی

- پایش مرتب فشار خون، نبض و علائم حیاتی هر ۵ تا ۱۵ دقیقه
- ارزیابی علائم بالینی افت فشار خون: سرگیجه، ضعف، تعریق سرد، رنگ پریدگی، کاهش سطح هوشیاری
- بررسی علل احتمالی افت فشار خون: خونریزی، کم‌آبی، عفونت، مصرف داروها، شوک

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

1- تثبیت وضعیت بیمار

- قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده و بالا نگه داشتن پاها برای بهبود بازگشت وریدی
- حفظ راه هوایی باز و تأمین اکسیژن در صورت نیاز
- شروع سریع تزریق مایعات وریدی (سرم نرمال سالین یا رینگر لاکتات) طبق دستور پزشک

2-پایش مکرر

- اندازه‌گیری مکرر فشار خون، نبض، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن
- ارزیابی پاسخ بیمار به درمان مایعات
- پایش علائم حیاتی به منظور تشخیص پیشرفت یا بهبود وضعیت

3-شناسایی و گزارش علل زمینه‌ای

- بررسی وجود خونریزی‌های داخلی یا خارجی
- ارزیابی نشانه‌های عفونت یا شوک سپتیک
- بررسی مصرف داروهای کاهش‌دهنده فشار خون یا مسکن‌ها

4-آماده‌سازی برای مداخلات تخصصی

- آماده‌سازی و ثبت مایعات و داروهای تنگ کننده عروق (وازوپرسور) جهت حفظ حجم خون در گردش در صورت عدم پاسخ به مایعات
- هماهنگی با پزشک و تیم درمانی برای اقدامات بعدی

5- مستندسازی

- ثبت دقیق علائم حیاتی و تغییرات آنها
- ثبت میزان و نوع مایعات تزریقی و داروهای مصرفی
- ثبت زمان شروع و پایان اقدامات و پاسخ بیمار
- گزارش فوری به پزشک در صورت بروز شرایط بحرانی یا تغییر ناگهانی

6-آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح علائم افت فشار خون و اهمیت مراجعه سریع در صورت تکرار
- آموزش رعایت رژیم مایعات و مصرف داروها طبق دستور پزشک
- توصیه به اجتناب از تغییرات ناگهانی وضعیت بدنی (مانند برخاستن سریع)
- اجتناب از بی حرکتی طولانی در موارد مجاز به حرکت

مراقبت پرستاری در شوک

هدف

- شناسایی سریع علائم و نشانه‌های شوک
- اجرای اقدامات فوری جهت تثبیت وضعیت بیمار
- پیشگیری از آسیب بیشتر به اندام‌ها
- تسهیل انتقال سریع بیمار به سطوح بالاتر درمانی در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی شوک

- پایش علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تعداد تنفس، درجه حرارت) هر ۵ تا ۱۵ دقیقه
- مشاهده علائم بالینی: بی حالی، خواب آلودگی، سردی و رنگ پریدگی پوست، تعریق زیاد، تپش قلب، تاکی کاردی، کاهش سطح هوشیاری، افت فشار خون
- بررسی علل زمینه‌ای (خونریزی، مشکلات قلبی، عفونت، آسیب‌های تروماتیک، واکنش آلرژیک)

اقدامات پرستاری

1- حفظ راه هوایی و تنفس

- اطمینان از باز بودن راه هوایی
- تأمین اکسیژن با ماسک یا کاتتر بینی براساس وضعیت بیمار
- آماده‌سازی برای تهویه مکانیکی در صورت بروز نارسایی تنفسی

2- حمایت گردش خون

- شروع سریع تزریق مایعات وریدی (محلول‌های کریستالوئید مانند سرم نرمال سالین) در شوک های آنافیلاکسی
- جایگزین کردن مایه کلوییدی با کریستالوئیدی
- پایش دقیق فشار خون، ضربان قلب و ادرار
- دادن داروهای وازوپرسور و اینوتروپ طبق دستور پزشک

3- کنترل درد و اضطراب

- ایجاد محیط آرام و کم‌نور برای کاهش استرس بیمار
- ارتباط همدلانه و اطمینان‌بخشی مداوم
- استفاده از داروهای مسکن طبق تجویز پزشک

4- پیشگیری از عوارض

- تغییر پوزیشن منظم بیمار برای جلوگیری از زخم بستر
- پایش دمای بدن و تنظیم محیط
- بررسی و پایش وضعیت پوست و مخاط
- مراقبت اختصاصی با توجه به نوع شوک

5- مستندسازی

- ثبت مکرر علائم حیاتی و تغییرات بالینی
- ثبت زمان ، میزان و روش دادن داروها و مایعات
- ثبت پاسخ بیمار به درمان و اقدامات پرستاری
- گزارش سریع به پزشک در صورت بروز هرگونه تغییر ناگهانی

6- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح وضعیت بالینی و روند درمان به زبان ساده
- آموزش نشانه‌های هشداردهنده جهت اطلاع‌رسانی سریع
- حمایت روانی و همراهی در روند درمان

مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی در بحران

اهداف

- حفظ ثبات وضعیت بالینی بیمار
- اطمینان از دسترسی به جلسات دیالیز منظم
- پیشگیری از عوارض مرتبط با نارسایی کلیه و دیالیز
- آموزش بیمار و همراهان درباره مراقبت‌های ویژه و هماهنگی سریع جهت انتقال
- درمان‌های تکمیلی و ثبت دقیق اقدامات و وضعیت بیمار

اصول کلی مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی

- پایش مداوم علائم حیاتی و وضعیت عمومی بیمار
- کنترل آزمایشات و شاخص‌های عملکرد کلیه
- اطمینان از برقراری و حفظ دسترسی وریدی یا شانت دیالیزی

- کنترل وزن، ادرار و علائم احتباس مایعات
- مدیریت داروها و مراقبت‌های مربوط به مصرف داروهای خاص بیماران دیالیزی
- آموزش بیمار درباره تغذیه مناسب و محدودیت‌های مربوطه
- حمایت روانی بیمار و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی جهت ارجاع به موقع
- ثبت دقیق مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش علائم حیاتی	فشار خون، نبض، تنفس، دما
مراقبت از محل شالردن (دست‌رسی اورژانسی عروق) شانت یا فیستول	ارزیابی روزانه و حفظ بهداشت محل
پایش وزن و احتباس مایعات	ثبت وزن روزانه و علائم ورم یا تنگی نفس
کنترل مصرف دارو	توجه به داروهای ضد فشار خون، دیورتیک‌ها و مکمل‌ها
آموزش تغذیه	محدودیت مصرف نمک، پتاسیم و مایعات
حمایت روانی	کاهش استرس و اضطراب بیمار
ثبت و مستندسازی	یادداشت وضعیت و مراقبت‌ها

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج
- ملزومات مراقبت از شانت یا فیستول
- فرم‌های ثبت وزن و علائم حیاتی
- تجهیزات کمک‌های اولیه

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی یا عفونت محل شانت
 - فشار خون بسیار بالا یا پایین
 - علائم نارسایی حاد قلبی یا تنفسی
 - کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
- احتباس شدید مایعات با علائم تنفس

مراقبت پرستاری از بیماران مزمن در بحران

اهداف

- پایش و کنترل علائم بیماری مزمن
- پیشگیری از تشدید عوارض بیماری
- حفظ ثبات وضعیت جسمی بیمار
- آموزش خودمراقبتی به بیمار/ خانواده و همراهان
- تسهیل دسترسی به داروها و خدمات درمانی و ثبت دقیق مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت بیمار

اصول کلی مراقبت پرستاری

- ارزیابی دقیق وضعیت بالینی بیمار و پایش منظم علائم حیاتی
- اطمینان از دسترسی به داروهای ضروری و مدیریت مصرف آن‌ها
- آموزش بیمار و خانواده در خصوص نحوه کنترل بیماری و علائم هشدار
- حمایت روانی جهت کاهش اضطراب و استرس
- شناسایی و مدیریت علائم تشدید کننده بیماری
- هماهنگی با تیم پزشکی جهت اقدامات درمانی به موقع
- تامین بهداشت فردی و محیطی بیمار
- مستندسازی دقیق تمامی مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش علائم حیاتی	فشار خون، قند خون، نبض، تنفس، دما
مدیریت داروها	اطمینان از مصرف منظم داروها و کنترل عوارض جانبی
آموزش خودمراقبتی	روش‌های کنترل بیماری، تغذیه مناسب، فعالیت بدنی متناسب
مدیریت عوارض حاد	شناسایی زودرس علائم تشدید بیماری و ارجاع سریع
حمایت روانی	کاهش اضطراب و استرس بیمار و خانواده
تغذیه و هیدراتاسیون	اطمینان از تغذیه کافی و مصرف مایعات
ثبت دقیق مراقبت‌ها	مستندسازی وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج و دستگاه سنجش قند خون

- تجهیزات پایش علائم حیاتی
- ملزومات دارویی و کمک‌های اولیه
- فرم‌های آموزش و خودمراقبتی

موارد نیاز به ارجاع فوری

- افت شدید سطح هوشیاری یا کما
- تشدید علائم بیماری (مانند درد شدید، تنگی نفس، افت فشار)
- علائم عفونت شدید یا تب بالا
- کاهش یا افزایش شدید قند خون
- بررسی دقیق مایعات ورودی و خروجی
- کاهش یا افزایش شدید فشار خون
- نارسایی حاد اعضای حیاتی

مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران

اهداف

- حفظ سلامت و پایش مداوم وضعیت مادر و جنین
- پیشگیری و کنترل عوارض بارداری
- حمایت روانی و آموزش مادر
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی

اصول کلی مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران

- ارزیابی سریع وضعیت بالینی مادر و جنین (ضربان قلب جنین، فشار خون مادر)
- پایش علائم حیاتی مادر (فشار خون، نبض، تنفس، دما)
- شناسایی علائم خطر بارداری (خونریزی، درد شدید، کاهش حرکات جنین)
- مدیریت عوارض شایع (پره اکلمپسی، فشار خون بالا، تهوع و استفراغ)
- حمایت تغذیه‌ای و روانی
- آموزش مراقبت‌ها و اقدامات اضطراری به مادر/خانواده و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی برای انتقال سریع در صورت نیاز
- ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش ضربان قلب جنین	مانیتورینگ جنین با استفاده از دستگاه داپلر یا NST
پایش علائم حیاتی مادر	اندازه‌گیری مرتب فشار خون، نبض، تنفس، دما
کنترل خونریزی و درد	ارزیابی منظم و گزارش به پزشک
مدیریت تهوع و استفراغ	ارائه مایعات کافی، دادن دارو طبق دستور پزشک
حمایت روانی	آرام‌سازی مادر، آموزش نکات ضروری
تغذیه مناسب	تامین مایعات و تغذیه مناسب و سالم
آموزش مراقبت‌های خانگی	نشانه‌های خطر و زمان مراجعه به مراکز درمانی

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه داپلر یا مانیتورینگ جنین
- دستگاه فشارسنج و تب‌سنج
- تجهیزات پایش علائم حیاتی مادر
- ملزومات کمک‌های اولیه و دارویی مجاز در بارداری

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی شدید یا مداوم
- درد شدید شکم یا لگن
- کاهش یا قطع حرکات جنین
- فشار خون بالا یا علائم پره‌اکلامپسی
- نشانه‌های عفونت یا تب بالا

مراقبت پرستاری از سالمندان در بحران

اهداف

- حفظ ثبات وضعیت جسمی و روانی سالمند
- پیشگیری از تشدید بیماری‌های مزمن
- کنترل علائم حیاتی و شرایط بحرانی
- حمایت روانی و کاهش استرس
- تسهیل انتقال و بستری در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی سالمند

اصول کلی مراقبت پرستاری از سالمندان

- ارزیابی سریع و دقیق وضعیت جسمی و روانی سالمند
- ارزیابی محدودیت های حسی و حرکتی سالمند
- پایش مداوم علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، دما)
- مدیریت بیماری های مزمن (دیابت، فشار خون، قلبی، ریوی)
- اطمینان از تغذیه و آبرسانی کافی
- پیشگیری از افتادن و آسیب های حرکتی
- حمایت روانی و آموزش تکنیک های آرام بخشی
- استفاده از داروها طبق دستور پزشک و پیگیری عوارض جانبی
- تامین بهداشت فردی و محیطی سالمند
- ثبت کامل و دقیق مراقبت ها
- ارزیابی توانایی های خودمراقبتی
- ارزیابی شرایط حمایت های خانوادگی

مراقبت های اختصاصی

شرح اقدام پرستاری	موضوع مراقبت
پایش منظم فشار خون، نبض، تنفس و دما	کنترل علائم حیاتی
بررسی وضعیت داروها، تنظیم مجدد درمان در صورت نیاز	مدیریت بیماری های مزمن
ارائه تغذیه مناسب، کنترل میزان مایعات دریافتی و دفعی	تغذیه و هیدراتاسیون
تعویض موقعیت، بررسی پوست و استفاده از ملزومات حمایتی	مراقبت از پوست و پیشگیری زخم بستر
رعایت ایمنی محیط، استفاده از وسایل کمکی	پیشگیری از سقوط
صحبت آرام بخش، رفع اضطراب و آموزش خانواده	حمایت روانی
اطمینان از مصرف به موقع داروها و گزارش عوارض	مدیریت دارو
ثبت دقیق وضعیت و اقدامات انجام شده	ثبت مراقبت ها

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج، تب سنج و پالس اکسیمتری
- تجهیزات کمک حرکتی (عصا، واکر)
- ملزومات پیشگیری از زخم بستر (تشک مواج، پد محافظ)
- وسایل تغذیه و هیدراتاسیون

موارد نیاز به ارجاع فوری

- تغییرات حاد وضعیت ذهنی یا روانی
- تغییرات شدید فشار خون یا شوک
- علائم نارسایی تنفسی یا قلبی شدید
- افت ناگهانی سطح هوشیاری
- بروز زخم بستر عمیق یا عفونت

مراقبت پرستاری از نوزادان در بحران

اهداف

- حفظ ایمنی و ثبات وضعیت
- پیشگیری از عفونت و هیپوترمی
- تامین نیازهای تغذیه‌ای و تنفسی
- پایش مداوم وضعیت بالینی
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت نوزاد

اصول کلی مراقبت پرستاری از نوزادان

معیار	تعریف	امتیاز دو ۲	امتیاز یک ۱	امتیاز صفر ۰
Appearance	ظاهر/رنگ رخسار و بدن	بدون هرگونه سیانوز رنگ طبیعی صورتی در همه بدن	فقط کبودی دست‌ها و پاها تنه صورتی (آکروسیانوز)	کبود و یا رنگ‌پریدگی سراسر بدن
Pulse	پالس	بیش‌تر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	بدون نبض
Grimace	رفلکس و تحریک‌پذیری	گریه و عقب کشیدن اندام تحریک شده	حرکت خفیف/ناله در پاسخ به تحریک	بدون پاسخ به تحریک
Activity	اکتیویتی و فعالیت	مقاومت در برابر کشیده‌شدن دست یا پا توسط پزشک	کمی فلکسیون و حرکت اندام	بدون هیچ‌گونه حرکت
Respiration	تلاش برای تنفس	گریه طبیعی با صدای بلند	ناله و گریه ضعیف	بدون تنفس

- حفظ دمای بدن نوزاد و جلوگیری از هایپوترمی (استفاده از پوشش مناسب، گرم‌کننده)

- اطمینان از راه هوایی باز و تنفس کافی
- بررسی امتیاز طبق جدول آبگار
- تغذیه مناسب با شیر مادر یا شیر کمکی طبق شرایط
- مراقبت بهداشتی دقیق برای پیشگیری از عفونت (شستن دست، ضدعفونی وسایل)
- پایش مکرر علائم حیاتی (تنفس، ضربان قلب، دمای بدن)
- مدیریت شرایط اضطراری مانند گرفتگی تنفسی یا هیپوکسی
- آموزش والدین یا همراهان نوزاد در زمینه مراقبت اولیه
- ثبت دقیق اقدامات و وضعیت بالینی نوزاد

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
کنترل دمای بدن	استفاده از پتوهای گرم، نگهداری در محیط گرم، جلوگیری از تماس با هوای سرد
حمایت تنفسی	قرار دادن نوزاد در موقعیت مناسب، استفاده از اکسیژن در صورت نیاز، پایش مکرر تنفس
تغذیه	تغذیه با شیر مادر در اولویت، استفاده از شیر خشک در صورت نیاز، کنترل میزان تغذیه و دفع
بهداشت	تعویض پوشک به موقع، شستشوی دست‌ها قبل و بعد از مراقبت، ضدعفونی وسایل
پیشگیری از عفونت	استفاده از دستکش، جداکردن نوزادان مشکوک به عفونت، آموزش به والدین

تجهیزات پیشنهادی

- گرم‌کننده و پتوهای گرم
- تجهیزات پایش علائم حیاتی نوزاد
- ماسک اکسیژن و تجهیزات تنفسی
- مواد ضدعفونی کننده و دستکش
- تجهیزات تغذیه نوزاد (سرنگ، شیشه شیرو امکانات مناسب جهت شستشوی شیشه شیر)

موارد نیاز به ارجاع فوری

- مشکلات تنفسی شدید
- افت حرارت بدن (هیپوترمی) غیرقابل کنترل
- تغذیه ناکافی یا عدم توانایی مکیدن
- علائم عفونت یا تشنج
- نیاز به مراقبت تخصصی در بخش نوزادان

فرایند پرستاری کنترل عفونت در بحران

هدف

ارتقاء سطح ایمنی و کیفیت مراقبت پرستاری از طریق پیاده‌سازی استانداردهای کنترل عفونت در بحران با هدف پیشگیری از گسترش بیماری‌های واگیر و عفونت‌های مرتبط با مراقبت.

تعاریف کلیدی

کنترل عفونت: مجموعه اقدامات برای پیشگیری از انتقال عفونت در محیط‌های مراقبتی
وسایل حفاظت فردی (Personal protective equipment): تجهیزات مورد استفاده برای محافظت از کارکنان در برابر عوامل بیماری‌زا
زباله عفونی: پسماندهایی که حاوی ترشحات، خون یا سایر عوامل انتقال‌دهنده عفونت هستند.
ایزولاسیون: جداسازی بیماران مشکوک یا مبتلا برای جلوگیری از انتقال عفونت

اصول کلیدی کنترل عفونت در بحران

1- بهداشت دست‌ها

- شست‌وشو با آب و صابون در صورت دسترسی یا استفاده از محلول‌های حاوی الکل (حداقل ۶۰٪)
- آموزش بیماران و همراهان در زمینه شستن دست‌ها
- الزام شستن دست‌ها قبل و بعد از هر تماس با بیمار

2- وسایل حفاظت فردی (PPE)

- استفاده از دستکش، ماسک (جراحی یا N95، گان، شیلد چشم بر اساس سطح خطر
- آموزش صحیح پوشیدن و درآوردن PPE به تیم سلامت و داوطلبان
- استفاده منطقی و مدیریت موجودی تجهیزات حفاظتی

3- ضدعفونی و گندزدایی

- گندزدایی سطوح با محلول‌های مناسب (مانند کلر ۰.۵٪)
- ضدعفونی تجهیزات پزشکی بین بیماران
- رعایت اصول حمل و دفع وسایل آلوده

4- ایزولاسیون و تفکیک بیماران

- جداسازی بیماران مشکوک به بیماری‌های واگیر (تنفسی، گوارشی، پوستی)

- تعیین فضاهای اختصاصی برای مراقبت از بیماران دارای عفونت فعال
- استفاده از تابلوهای هشدار و محدودسازی ورود غیرضروری

5-مدیریت پسماند عفونی

- تفکیک زباله‌های عفونی در کیسه زرد یا ظروف دربسته
- استفاده از سیفتی باکس برای اقلام تیز
- سوزاندن، دفن بهداشتی یا تحویل به مراکز بازیافت مجاز

مراقبت از بیماران با زخم یا اقدامات تهاجمی

- پانسمان زخم‌ها با روش استریل و ضدعفونی محل جراحی
 - تعویض به موقع پانسمان با مشاهده علائم عفونت (ترشح، قرمزی، گرمای موضعی و التهاب)
 - مراقبت از مسیرهای وریدی، کاتتر ادراری و لوله‌های تنفسی با تکنیک آسپتیک
- مدیریت شیوع بیماری‌های واگیر شایع در بحران:**
- عفونت‌های تنفسی (آنفلوآنزا، کرونا، سل)
 - بیماری‌های گوارشی (وبا، اسهال عفونی، حصبه)
 - بیماری‌های پوستی و زخم (عفونت‌های باکتریایی، قارچی)

اقدامات پرستاری:

- غربالگری علائم بیماری واگیر (تب، سرفه، اسهال، راش پوستی)
- ثبت، ایزولاسیون و ارجاع موارد مشکوک
- همکاری با نظام مراقبت بیماری‌ها برای گزارش سریع و اقدامات کنترلی

پایش و ارزیابی عملکرد

شاخص	مقدار هدف	ابزار پایش
رعایت بهداشت دست کارکنان	بیشتر از 90 درصد	مشاهده مستقیم
دفع ایمن پسماند عفونی	بیشتر از 95 درصد	بررسی سطل‌ها و سیفتی‌باکس‌ها
آموزش پرسنل در حوزه کنترل عفونت	صد درصد	چک‌لیست آموزش
نرخ عفونت زخم در هفته اول	کمتر از ده درصد	پرونده بیماران و ارزیابی بالینی

مراقبت پرستاری مدیریت فاشئیت نکروزان

هدف:

ارائه راهنمایی برای مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به فاشئیت نکروزان براساس دستورالعمل های بالینی پرستاری با هدف بهبود کیفیت مراقبت های بالینی، کاهش عوارض و مرگ و میر.

تعاریف واژگان کلیدی

- فاشئیت نکروزان: عفونت شدید و سریع منتشرشونده در بافت نرم که با نکروز و تخریب فاشیا و بافت های زیرجلدی همراه است.
- نکروز: مرگ سلولی و بافتی ناشی از آسیب های مختلف از جمله عفونت یا ایسکمی.
- سپسیس: واکنش التهابی شدید سیستمیک ناشی از عفونت که می تواند منجر به نارسایی چندعضوی شود.

عوامل خطر

- دیابت و بیماری های متابولیک
- سوء تغذیه و ضعف سیستم ایمنی
- بیماری های عروق محیطی
- جراحی ها یا ترومای اخیر پوست و بافت نرم
- عفونت های پوستی مزمن
- استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی
- سوء مصرف مواد مخدر تزریقی و الکل
- ابتلا به بیماری های مزمن مانند نارسایی کلیوی، کبدی، مشکلات قلبی عروقی
- چاقی

تشخیص

- علائم بالینی اولیه
- درد شدید نامتناسب با ظاهر ضایعه
- تورم، قرمزی و گرمی محل عفونت
- تاول زایی و تغییر رنگ پوست (ارغوانی، سیاه)
- تب، لرز، ضعف عمومی

یافته های پیشرفته

- انتشار سریع عفونت به مناطق اطراف
- ایجاد ترشحات چرکی بدبو
- نشانه های شوک سپتیک (کاهش فشار خون، تنگی نفس، سردرد)

آزمایشات تکمیلی

- آزمایشات خون: CBC، CRP، ESR، بررسی عملکرد کلیه و کبد

- کشت خون و نمونه برداری از محل عفونت
- تصویربرداری: سونوگرافی، MRI یا CT جهت تعیین میزان درگیری بافت‌ها

درمان دارویی

- شروع سریع آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف با پوشش باکتری‌های گرم مثبت، گرم منفی و بی‌هوازی
- تغییر آنتی‌بیوتیک‌ها بر اساس نتایج کشت و حساسیت

درمان جراحی

- دبریدمان (برداشت) فوری و گسترده بافت‌های نکروزه
- نیاز به جراحی‌های مکرر جهت کنترل عفونت
- مدیریت زخم‌ها با مراقبت‌های تخصصی، در صورت نیاز پیوند پوست

مراقبت‌های حمایتی

- مدیریت بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای، وضعیت همودینامیک و شوک
- تأمین مایعات و الکترولیت‌ها
- حمایت تنفسی و بستری در ICU در صورت نیاز
- کنترل درد و تغذیه مناسب

نقش پرستاری

- پایش دقیق علائم حیاتی و علائم عفونت
- مراقبت از زخم و آماده‌سازی بیمار برای جراحی
- آموزش به بیمار و خانواده درباره بیماری، درمان و مراقبت‌ها
- حمایت روانی و مدیریت درد بیمار
- مراقبت از پوست و پیشگیری از عوارض ناشی از بستری طولانی (زخم فشاری، عفونت‌های بیمارستانی)

پیشگیری و آموزش

- بهبود بهداشت فردی و مراقبت از زخم‌ها
- کنترل بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، مشکلات کلیوی، کبدی، قلبی عروقی
- آموزش به گروه پرستاری در خصوص پیشگیری، مراقبت از پوست، علائم هشدار، تشخیص زودهنگام بیماری، مدیریت صحیح علائم، نشانه‌ها و مشکلات زمینه‌ای بیمار
- آموزش به بیمار و خانواده در مورد خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای، عفونت‌های پوستی، نحوه صحیح استفاده از داروها، بهداشت فردی، مراقبت از پوست، علائم هشدار و اهمیت مراجعه زودهنگام

مستندسازی و گزارش‌دهی

- ثبت دقیق علائم، مراقبت‌های پرستاری در پرونده بیمار
- گزارش موارد جدید به کمیته کنترل عفونت بیمارستان جهت تحلیل و بهبود عملکرد

ملاحظات و مراقبت پرستاری در مواجهه با بیماران دارای علایم مثبت ویروسی

هدف

ارائه راهنمای عملی و استاندارد برای مدیریت پرستاری ایمن، اخلاقی و مؤثر در مواجهه با بیماران دارای مارکرهای ویروسی مثبت (HBV، HCV، HIV و...) در شرایط بحران، با هدف پیشگیری از انتقال عفونت، حفظ کرامت انسانی و ارتقاء ایمنی کادر درمان.

تعاریف واژگان کلیدی

- **وایرال مارکر:** آزمایش‌هایی برای تشخیص عفونت با ویروس‌هایی مانند HIV، HBV، HCV
- **شرایط بحران:** وضعیت غیرعادی شامل حوادث طبیعی، تصادفات گسترده، تجمعات انبوه یا اپیدمی‌ها که منابع محدود و نیاز به پاسخ سریع دارند
- **PPE:** تجهیزات حفاظت فردی (ماسک، گان، دستکش، شیلد و...)
- **احتیاطات استاندارد:** مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از انتقال عوامل بیماری‌زا بدون توجه به وضعیت مارکر بیمار

اصول کلی مدیریت بیماران وایرال مارکر مثبت در بحران

رعایت دقیق احتیاطات استاندارد در کلیه تماس‌های پرستاری، رعایت حقوق انسانی، اخلاق حرفه‌ای و حفظ محرمانگی، مدیریت منطقی منابع (وسایل حفاظت فردی، زمان پرستار، تجهیزات تخصصی) هشدار: براساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت درهنگام ارائه مراقبت، فرض بوجود بیماری‌های واگیر در همه بیماران می‌باشد.

اقدامات پرستاری در مراحل مختلف مراقبت

1- مرحله غربالگری و پذیرش اولیه

- عدم تبعیض در ارائه خدمات بر اساس وضعیت مارکر بیمار
- استفاده از دستکش، ماسک و گان در تمام مراحل تماس اولیه
- ثبت هرگونه سابقه بیماری‌های ویروسی در فرم تریاژ اولیه (در صورت امکان)
- مراقبت خاص از بیماران دچار خونریزی، زخم باز یا نیازمند اقدامات تهاجمی

2- مراقبت در فضای بستری یا نقاهتگاه

- شناسایی محرمانه بیماران مارکر مثبت با برچسب‌گذاری غیر آشکار (کد رنگی یا علامت داخلی در پرونده)
- تعویض دستکش و شستشوی دست بین هر بیمار حتی در شرایط ازدحام
- اختصاص وسایل مراقبتی جداگانه در صورت امکان (فشارسنج، ترمومتر و...)
- آموزش به بیمار و خانواده جهت مراقبت از زخم، ترشحات، و عدم استفاده مشترک از وسایل شخصی

3- اقدامات تهاجمی و پرخطر

- نظارت بر کلیه اقدامات تهاجمی توسط کادر درمان انجام بارعایت احتیاطات استاندارد
- ارائه کلیه مراقبت‌های پرستاری با PPE کامل

- استفاده از Safety Box برای وسایل نوک‌تیز و تزریقی
- ضدعفونی سطوح و تجهیزات بلافاصله پس از تماس با خون یا ترشحات
- جلوگیری از استفاده وسایل غیر استریل و یا مشترک (حتی در بحران)

4- پس از مواجهه شغلی

- شستشوی فوری محل تماس با آب و صابون یا ضدعفونی مناسب
- گزارش سریع حادثه به سوپروایزر/کارشناس کنترل عفونت/
- ارجاع پرسنل جهت دریافت اقدامات پیشگیری پس از تماس "Post-Exposure Prophylaxis" (PEP)، به‌ویژه در مواجهه با HIV و HBS
- ثبت در فرم گزارش حادثه

5- آموزش و توانمندسازی گروه پرستاری

- آموزش پیش از بحران درباره اصول برخورد با بیماران مارکر مثبت
- شبیه‌سازی سناریوهای بحران با محور ایمنی زیستی و پیشگیری از انتقال عفونت
- به‌روزرسانی سالانه دانش پرستاران درباره PPE، PEP و مدیریت عفونت‌های ویروسی

مدیریت منابع انسانی پرستاری در بحران



مدیریت منابع انسانی پرستاری

هدف

ارائه راهنمای عملی برای مدیران پرستاری، مدیران منابع انسانی و سیاست‌گذاران سلامت در راستای ارتقاء کارآمدی، اثربخشی و پایداری نیروی انسانی پرستاری در مراکز درمانی.

تعاریف واژگان کلیدی

- **منابع انسانی پرستاری:** گروه پرستاری شامل کاردان/کارشناس/کارشناس ارشد /دکتر (پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری)، بهیار، کمک پرستار و سایر نیروهای پشتیبان پرستاری
- **برنامه‌ریزی منابع انسانی:** فرآیند تحلیل نیاز، پیش‌بینی عرضه و تقاضا و طراحی مداخلات برای تأمین و نگهداشت نیرو.
- **توانمندسازی پرستاری:** مجموعه اقدامات آموزشی، حمایتی و مدیریتی برای ارتقاء دانش، مهارت و انگیزه پرسنل پرستاری.

اصول بنیادین

- شایسته‌سالاری
- رعایت استاندارد نسبت نیروی پرستار به تخت یا حجم کار
- عدالت در توزیع نیرو
- مشارکت کارکنان در تصمیم‌سازی‌ها
- توجه به سلامت روان و رفاه شغلی پرسنل

اصول حاکم بر فرآیند مراقبت و درمان

- داوطلب‌محوری و رعایت کرامت انسانی
- ثبت و حفظ اطلاعات ایمن و محرمانه
- انطباق با اصول مدیریت بحران
- همکاری بین‌بخشی (بین وزارت، دانشگاه، تشکله‌ها)
- آموزش‌پذیری، انعطاف‌پذیری و ارزیابی‌پذیری مستمر

وظایف کلیدی واحد پرستاری در حوزه منابع انسانی

- همکاری با مدیریت منابع انسانی بیمارستان برای استخدام
- تدوین و بازنگری شرح وظایف پرستاران متناسب با شرایط روز
- طراحی و اجرای برنامه‌های رفاهی، انگیزشی و حمایتی
- طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی پرستاران در بحران
- پایش مستمر شاخص‌های منابع انسانی و توانمندسازی پرستاران
- گزارش‌دهی منظم به هیئت رئیسه مرکز درمانی یا مدیریت ارشد

مراحل اجرایی مدیریت منابع انسانی در پرستاری

الف-نیازسنجی و برنامه‌ریزی نیروی انسانی

- تعیین نسبت بهینه پرستار به بیمار بر اساس نوع بخش (ICU، جنرال، اورژانس و...)
- تحلیل سطوح مهارتی موردنیاز در هر بخش
- پایش شاخص‌هایی نظیر غیبت، فرسودگی شغلی و نرخ ترک خدمت
- پیش‌بینی خروج نیروها به دلایل پایان طرح، بازنشستگی و مهاجرت

ب-جذب و استخدام

- تعیین صلاحیت‌های عمومی و اختصاصی
- تعریف شفاف شرح وظایف
- استفاده از آزمون‌های استاندارد و مصاحبه‌های ساختاریافته
- تنوع‌بخشی در استخدام (از نظر جنسیت، سن، سابقه، مناطق مختلف کشور)
- اولویت دادن به جذب نیروهای بومی در تمام مناطق

ج-استقرار و تطبیق با محیط

- اجرای برنامه‌های آشنایی (Orientation)
- تخصیص منتور برای نیروهای جدیدالورود
- بررسی تطابق توانمندی فرد با نوع بخش و حجم کار

د-نگهداشت و ارتقاء

- ایجاد نظام پاداش‌دهی (مالی و غیرمالی)
- تدوین برنامه‌های ارتقاء شغلی و تحصیلی
- حمایت‌های روانی و اجتماعی
- انعطاف در شیفت‌بندی (تا حد ممکن)

ه-آموزش و توانمندسازی

- نیازسنجی آموزشی سالانه
- آموزش مستمر مبتنی بر شواهد و نیاز عملکردی
- آموزش در شرایط بحران و آمادگی برای پاسخ به بلايا
- توسعه مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های عمومی و اختصاصی شغلی، مدیریت تعارض و رهبری

و-ارزیابی عملکرد

- طراحی فرم ارزیابی عملکرد ترکیبی شامل: خودارزیابی، ارزیابی سرپرست، ارزیابی مبتنی بر شاخص‌های عینی (نرخ خطا، رضایت بیمار،...)
- استفاده از نتایج ارزیابی برای آموزش و توانمندسازی، ارتقاء و پاداش، جابجایی بخش

ز- الزامات زیرساختی

- وجود نرم‌افزار جامع مدیریت منابع انسانی (HRIS)
 - بانک اطلاعاتی به‌روز از وضعیت پرسنل، سوابق، آموزش‌ها، ارزیابی‌ها، بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روحی
 - تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های شفاف برای ارتقاء و جابجایی
- ایجاد شبکه ارتباطی جهت دریافت بازخورد مستقیم پرستاران

تأمین نیروی پرستاری اضطراری

هدف

ارائه چارچوبی ساختارمند برای برنامه ریزی، سازماندهی، استقرار و ارزیابی منابع انسانی پرستاری در مواقع تضمین تداوم مراقبت ایمن، موثر و با کیفیت در شرایط بحرانی از طریق اجرای ساختارمند طرحی برای تأمین، سازماندهی و استفاده بهینه از نیروی پرستاری اضطراری

دامنه کاربرد

- مراکز درمانی، بهداشتی، اورژانس‌ها و نقاهتگاه‌ها
- بحران‌ها شامل: بلایای طبیعی، اپیدمی‌ها، جنگ، حوادث تروریستی، ازدحام جمعیت، قطع خدمات زیربنایی
- قابل استفاده توسط مدیران پرستاری، مدیریت بحران، منابع انسانی و ستاد EOC

تعاریف واژگان کلیدی

- طرح اضطراری: برنامه ساختارمند برای تأمین سریع و هدفمند نیروی انسانی در هنگام وقوع بحران
- بحران: هر شرایط غیرعادی که منجر به اختلال در ارائه خدمات مراقبتی شود (از جمله بلایای طبیعی، پاندمی‌ها، ازدحام جمعیت، جنگ)
- نیروی پرستاری اضطراری: افرادی از گروه پرستاری (شاغلین در مراکز دولتی و غیر دولتی، دانشجویان ترم‌های آخر، بازنشسته‌ها) که به‌صورت موقت برای جبران کمبود نیروی پرستاری در بحران‌ها به‌کار گرفته می‌شوند
- بانک اطلاعاتی داوطلبان: مجموعه اطلاعات تحلیل شده براساس مشخصات، توانمندی‌ها، سوابق، آمادگی و علائق افراد برای بکارگیری آن‌ها در بخش‌های پیشنهادی در شرایط بحران

- سطح بحران: طبقه‌بندی شدت بحران (محلی، منطقه‌ای، ملی) که نحوه‌ی فعال‌سازی طرح را تعیین می‌کند.
- میزان آمادگی: درصد تطابق منابع موجود با نیازهای برآورد شده در سناریوهای مختلف بحران.

اصول کلیدی و حاکم بر فرایند

- استفاده از منابع انسانی با اولویت درون‌سازمانی
- اصلاح ساختار و اولویت‌بندی خدمات حیاتی و بخش‌های بحرانی بر اساس شدت بحران
- رعایت حقوق، ایمنی رفاه پرسنل در شرایط اضطراری
- مشارکت داوطلبانه و مؤثر نیروی انسانی آموزش‌دیده
- هماهنگی و ارتباط بین بخشی با فرماندهی بحران (HICS)
- پیش‌بینی و آمادگی قبل از بحران
- تضمین ایمنی و نیروی پرستاری
- پاسخ سریع، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد

مراحل تدوین و اجرای طرح

مرحله اول: آمادگی (Preparedness)

1- تحلیل ریسک و برآورد نیازها

- شناسایی سناریوهای بحران براساس وسعت، شدت، نوع و مدت احتمالی بحران
- برآورد تعداد نیروی پرستاری مورد نیاز در سناریوهای مختلف (جنگ، زلزله، همه‌گیری، ازدحام)
- تحلیل ظرفیت پاسخ داخلی در زمان بحران
- تعیین بخش‌های حیاتی و اولویت‌دار (ICU، اورژانس، NICU، جراحی و تروما، سوختگی، عفونی و...)
- تهیه سناریو بر اساس تخت‌های افزوده شده، نقاط بحران‌زده، سطح ارجاع و ظرفیت پشتیبان

2- ایجاد بانک اطلاعاتی نیروی اضطراری

- ثبت مشخصات داوطلبان شامل پرستاران بازنشسته، دانشجویان ترم‌های پایانی گروه پرستاری، اعضای NGO و نیروهای پاره‌وقت
- طبقه‌بندی نیروها بر اساس تحلیل اطلاعات دریافتی در خصوص مهارت، سابقه، سطح آموزش بحران، امکان جابجایی جغرافیایی و علایق
- تدوین فرایند بکارگیری نیروهای داوطلب پرستاری
- به‌روزرسانی اطلاعات حداقل فصلی یکبار

3- آموزش و توانمندسازی نیروهای ذخیره

- برگزاری دوره‌های کوتاه‌مدت تریاژ، تروما، کنترل عفونت، مدیریت بحران و کمک‌های اولیه
- برگزاری دوره‌های تخصصی پرستاری براساس تحلیل اطلاعات ثبت شده داوطلبین در بانک اطلاعاتی
- صدور کارت شناسایی بحران
- مانورهای عملیاتی سالانه

4- پیش‌نویس ساختار مدیریتی طرح

- تعیین تیم فرماندهی منابع انسانی اضطراری در سطح بیمارستان و دانشگاه

- طراحی الگوریتم فراخوان، غربالگری، استقرار و جابجایی نیروها
- تعریف سطح دسترسی، فراهم نمودن زیرساخت و امکانات لازم و تعیین مسئولیت‌های هر نیروی اضطراری

مرحله دوم : پاسخ (Response)

1- فعال‌سازی طرح در زمان بحران

- اعلام سطح بحران توسط کمیته مدیریت بحران
- فراخوان مرحله‌ای نیروهای ثبت‌شده بر اساس اولویت
- استفاده از رسانه‌های درون‌سازمانی، پیامک، تماس و سامانه‌های هشدار سریع

2- استقرار هدفمند و چرخشی نیروها

- تطابق نیروها با نیازهای تخصصی بخش‌ها
- تنظیم برنامه شیفت متعادل برای جلوگیری از فرسودگی
- نظارت مستمر بر عملکرد نیروهای اعزامی توسط سرپرستاران و سوپروایزرها

3- پشتیبانی و حمایت‌های روانی و حقوقی

- تأمین اسکان، غذا، امنیت، بیمه و محافظت قانونی از پرسنل
- تیم حمایت روان همراه برای پایش فرسودگی و مداخلات حمایتی
- صدور مجوزهای ویژه برای تردد و اقامت

مرحله سوم : بازیابی (Recovery)

1- ارزیابی عملکرد نیروها و مستندسازی

- ثبت گزارش عملکرد، نقاط قوت و چالش‌ها
- ارزیابی توسط سرپرست مستقیم و مدیر بحران
- صدور گواهی مشارکت رسمی برای نیروهای موقت و داوطلب

2- تجلیل، پاداش و بازگشت به وضعیت عادی

- برنامه‌های تقدیر، امتیازدهی در استخدام یا ارتقاء و پاداش مالی
- فراهم‌سازی شرایط استراحت و توان‌بخشی پس از بحران
- بازبینی و اصلاح بانک اطلاعاتی نیروها

3- به‌روزرسانی فرآیند بر اساس درس‌آموخته‌ها

- مستندسازی تجارب
- اصلاح فرآیندها و الگوریتم‌ها
- توسعه محتوای آموزشی جدید

الزامات اجرایی

- وجود سامانه یکپارچه ثبت، رصد و فراخوان نیروهای اضطراری (اتصال به سامانه‌های ملی یا استانی)

- دستورالعمل رسمی همکاری بین معاونت های درمان، پرستاری، توسعه، بهداشت و سازمان های غذا و دارو و اورژانس، NGO ها و نیروهای مسلح
- منابع مالی مشخص برای پاداش، اسکان و بیمه نیروهای بحران
- استقرار تیم های پشتیبانی جهت حمایت های روان و رفاهی

آموزش تیم های پرستاری برای پاسخ مؤثر در شرایط ویژه و بحران های پیچیده

هدف

افزایش آمادگی علمی، مهارتی و روانی تیم های پرستاری برای ارائه خدمات ایمن، اثربخش و حرفه ای در شرایط بحرانی ویژه با در نظر گرفتن موارد زیر:

1-نیازسنجی آموزشی تیم های پرستاری

- اجرای ارزیابی سطح دانش و مهارت موجود
- تعیین گروه های هدف: پرستاران ICU، اورژانس، کنترل عفونت، تیم مدیریت بحران
- شناسایی اولویت های منطقه ای (مثلاً سیل، زلزله، بیماری های واگیر منطقه ای و حوادث جنگ)

2-طراحی برنامه آموزشی

- طراحی سرفصل ها متناسب با هر سناریو ویژه
- استانداردسازی محتوا مطابق با منابع بین المللی (CDC, WHO, ECDC)
- استفاده از قالب های آموزش ترکیبی:
 - آموزش نظری (حضور یا مجازی)
 - کارگاه عملی (Skill Lab)
 - شبیه سازی سناریو محور (Sim Lab)
 - مانور میدانی واقعی یا Table-top

3-اجرای آموزش تیمی

نوع آموزش	گروه هدف	روش اجرا
مهارت های ایزوله	ICU، عفونی	آموزش عملی PPE، کار در اتاق فشار منفی
تروما پرتلفات (مدیریت تروما)	پرستاران اورژانس	کارگاه تریاژ، CPR تیمی، استفاده از برانکاردهای دسته جمعی
بحران CBRN	پرستاران مراکز مرزی، هسته ای	آموزش با لباس های حفاظت بالا، تمرین تخلیه، پروتکل دوش اضطراری
سلامت روان در بحران	کلید تیم های درگیر	جلسات گروهی، نقش بازی، آموزش ریلکسیشن
فرماندهی و تیم سازی	سرپرستان پرستاری	تمرین تصمیم گیری سریع، ارتباط با فرماندهی HICS

4-ارزیابی یادگیری و آمادگی

- استفاده از روش‌های ارزیابی چندگانه: آزمون کتبی، ارزیابی مهارت (OSCE/Checklist)، ارزیابی در شبیه‌سازی بحران، ارزشیابی اثربخشی آموزشی
- صدور گواهی صلاحیت ویژه برای پرستاران موفق
- تشکیل بانک تیم‌های آموزش‌دیده ویژه برای اعزام در بحران

5- بازآموزی دوره‌ای

- برنامه بازآموزی هر 12 ماه
- تکرار مانور بحران هر 6 ماه
- استفاده از تجارب واقعی پس از هر بحران برای بازطراحی آموزش

الزامات اجرایی

حوزه	اقدام لازم
منابع انسانی	انتخاب مربیان خبره در بحران، کنترل عفونت، اورژانس، تروما و CBRN
زیرساخت آموزشی	تجهیز Skill Lab، مانکن‌های پیشرفته، محیط شبیه‌سازی
بودجه	تأمین اعتبار برای دوره‌ها، تجهیزات مصرفی، مانورها
سیاست‌گذاری	صدور مجوز رسمی برای دوره‌های گواهی‌دار ویژه
فناوری	استفاده از LMS برای آموزش مجازی و پیگیری یادگیری

شاخص‌های پایش و ارزیابی

شاخص	مقدار هدف	روش اندازه‌گیری
تعداد تیم‌های آموزش‌دیده ایزوله	حداقل ۹۰٪ ICU ها	فصلی
درصد پرستاران اورژانس آموزش‌دیده تروما	حداقل ۸۰٪	شش‌ماهه
میزان رضایت از دوره‌ها	حداقل ۹۰٪	فرم بازخورد
نرخ شرکت در بازآموزی	حداقل ۷۵٪ شرکت‌کنندگان	سالانه
میانگین زمان واکنش تیم در مانور	حداکثر ۵ دقیقه	هر مانور

مدل چرخشی در چیدمان نیروی انسانی

هدف

ارائه راهنمای عملی و ساختارمند برای استقرار مدل‌های چرخشی کوتاه‌مدت (Short-Term Rotational Models) در برنامه‌ریزی نیروی انسانی پرستاری، با هدف کاهش فرسودگی شغلی، حفظ سلامت روانی و ارتقاء بهره‌وری پرستاران به‌ویژه در محیط‌های پرتنش و بحران‌زا.

اصول راهنما

- حفظ سلامت روان و جسمی پرستاران به عنوان اولویت نظام سلامت
- استفاده از گردش شغلی به عنوان ابزار مدیریتی برای پیشگیری از فرسودگی
- انطباق با نیازهای فردی، توانمندی‌های تخصصی و رضایت شغلی پرستاران
- احترام به عدالت، شفافیت و اطلاع‌رسانی در اجرای چرخش
- ارزیابی مستمر اثربخشی مدل چرخشی و بازنگری در آن

تعاریف واژگان کلیدی

- فرسودگی شغلی: Burnout: وضعیت روانی ناشی از استرس مزمن شغلی، با علائمی چون خستگی مفرط، کاهش انگیزه و احساس ناکارآمدی
- مدل چرخشی کوتاه‌مدت: الگوی برنامه‌ریزی نیروی انسانی که در آن پرستاران به صورت برنامه‌ریزی‌شده، بین بخش‌های مختلف یا شیفت‌های گوناگون در بازه‌های زمانی کوتاه (۲ تا ۶ هفته) جابه‌جا می‌شوند
- گردش شغلی Job Rotation: جابجایی دوره‌ای کارکنان درون یک سازمان برای پیشگیری از یکنواختی، افزایش مهارت و کاهش فرسودگی
- نقاط بحرانی: بخش‌هایی از بیمارستان که بار کاری و ریسک بالایی دارند (مثل ICU، اورژانس، بخش عفونی، ایزوله)

انواع مدل‌های چرخشی پیشنهادی

- چرخش بین بخش‌ها: گردش بین بخش‌های پرتنش و با فشار کمتر
- چرخش وظایف درون یک بخش: تغییر نقش‌های عملکردی در همان بخش
- چرخش شیفت: تنظیم تناوب بین شیفت‌های صبح، عصر، شب جهت تعادل زیستی
- مرخصی تجدیدقوای نیرو: استراحت هدفمند ۲ تا ۳ روزه بعد از ۲ هفته شیفت‌های سنگین

فرآیند اجرایی استقرار مدل چرخشی

1-نیازسنجی و تحلیل شرایط موجود

- شناسایی بخش‌های پرریسک (نرخ فرسودگی بالا، غیبت زیاد، ترک خدمت)
- بررسی آمادگی روانی و انگیزشی پرستاران برای مشارکت در چرخش
- ارزیابی مهارت‌ها و صلاحیت‌های قابل انتقال بین بخش‌ها

2-طراحی مدل چرخشی مناسب برای هر مرکز

- تطبیق با ساختار بیمارستان (تعداد پرسنل، تعداد بخش‌ها)
- استفاده از سامانه‌های نرم‌افزاری برنامه‌ریزی شیفت برای اجرای دقیق چرخش
- تعیین مسئول چرخش (یکی از سوپروایزران)
- اطلاع‌رسانی شفاف و جلب مشارکت داوطلبانه

3-آموزش و توانمندسازی پرسنل پرستاری قبل از چرخش

- آموزش تفاوت‌های عملکردی بخش‌های مقصد
- دوره‌های کوتاه انتقال مهارت
- همراهی مربی بالینی (منتور) از بین پرستاران بخش در روزهای اول
- طراحی راهنمای آموزشی (کتابچه، بروشور، فایل آموزشی و...) برای هر بخش

نظارت و پایش چرخش‌ها

- استفاده از فرم‌های بازخورد پرستار و سرپرست بخش

- بررسی اثر چرخش بر رضایت شغلی، کاهش استرس و شاخص‌های عملکردی
 - ارزیابی عینی از طریق شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI)
- ثبت بازخوردهای فردی برای بهبود طرح

الزامات اجرایی

حوزه	اقدام مورد نیاز
منابع انسانی	برنامه‌ریزی منعطف شیفت، جایگزین‌سازی مناسب، کاهش تنش تغییر
آموزش	طراحی بسته‌های آموزشی انتقالی، دوره‌های تطبیقی کوتاه
فناوری اطلاعات	استفاده از نرم‌افزارهای مدیریت شیفت برای چرخش هدفمند
سیاست‌گذاری	تأیید مدل چرخشی توسط کمیته پرستاری و منابع انسانی بیمارستان
نظارت	تعیین کمیته پایش و بازنگری اجرای طرح به‌صورت ماهانه

شاخص‌های ارزیابی و پایش فرآیند

شاخص	مقدار هدف	روش ارزیابی
درصد مشارکت داوطلبانه پرستاران	حداقل 70٪	گزارش واحد پرستاری
کاهش غیبت پرسنل پس از اجرای مدل	حداقل 25٪ کاهش	مقایسه قبل و بعد
کاهش گزارش فرسودگی شغلی	حداقل 30٪ کاهش	ارزیابی روان‌شناختی فصلی
رضایت پرستاران از مدل چرخشی	حداقل 80٪	فرم نظرسنجی
افزایش ماندگاری نیروهای پرستاری	حداقل 20٪ افزایش	آمار منابع انسانی

پیشنهادهای تکمیلی

- طراحی مدل‌های ترکیبی گردش + مشوق (افزایش امتیاز ارزشیابی، مرخصی تشویقی)
- تدوین سیاست تشویقی برای بخش‌های میزبان در گردش
- پیش‌بینی حمایت روانی برای تطابق با بخش جدید (روان‌شناس)

فرآیند توزیع نیروی پرستاری در بحران

هدف

ارائه راهنمایی جامع و اجرایی برای توزیع اثربخش، سریع و عادلانه نیروی انسانی پرستاری در بحران‌ها به منظور حفظ تداوم مراقبت، پاسخ سریع به نیازهای جمعیتی و پیشگیری از اختلال در عملکرد مراکز درمانی.

تعاریف واژگان کلیدی

توزیع نیروی پرستاری: تخصیص پرستاران موجود به مراکز درمانی یا عملیاتی مختلف بر اساس نیاز، سطح مهارت، و شدت بحران چیدمان نیرو: تصمیم‌گیری درباره محل استقرار، وظایف و شیفت‌های پرستاران در بحران

مراحل اجرایی توزیع نیروی پرستاری در بحران

1- آمادگی پیش‌بحران

- ایجاد بانک اطلاعاتی از پرستاران موجود با سطح مهارت، تخصص، محل خدمت، قابلیت اعزام و علاقه‌مندی به خدمت در بحران
- تهیه نقشه منطقه‌ای مراکز درمانی و نقاط پرخطر
- طراحی الگوی نیازسنجی سریع بر اساس سناریوهای احتمالی
- آموزش پرستاران منتخب برای استقرار در مراکز بحران (ICU، سیار، تریاژ، ایزوله، اورژانس جمعی و...)

2- نیازسنجی لحظه‌ای پس از وقوع بحران

- فعال‌سازی تیم فرماندهی عملیات پرستاری (Nursing Incident Command)
- ثبت نیاز فوری هر مرکز درمانی به تفکیک:
 - تعداد پرستار مورد نیاز
 - جنسیت (در صورت لزوم)
 - سطح تخصص (اورژانس، عمومی، مراقبت ویژه، روان‌پزشکی، کودکان...)
 - اولویت‌بندی مراکز بر اساس شدت درگیری، جمعیت تحت پوشش، و وضعیت نیروهای

جایگزین

توزیع نیرو با الگوی سطح‌بندی بحران

سطح بحران	الگوی توزیع نیرو
محلی (سطح ۱)	استفاده از نیروهای همان مرکز + جابه‌جایی درون‌بخشی
منطقه‌ای (سطح ۲)	فراخوان نیرو از بیمارستان‌های هم‌جوار + استفاده از بانک داوطلبان، مراکز درمانی شهر و استان‌های هم‌جوار
ملی (سطح ۳)	استقرار تیم‌های اعزامی دانشگاه‌های دیگر، نیروهای داوطلب کشوری، نیروهای نظامی و بین‌المللی

چیدمان نیروی اعزامی

تفکیک وظایف به ۳ سطح:

- مراقبت مستقیم از بیمار
- پشتیبانی (تجهیزات، ثبت اطلاعات، کنترل عفونت)
- آموزش و سرپرستی

رعایت الگوی تیمی:

- هر تیم اعزامی شامل: سرپرست پرستاری، ۲-۴ پرستار عمومی، ۱ پرستار ویژه (در صورت لزوم)، ۱ پرستار آنکال
- تعیین مدت زمان استقرار: ۳ تا ۷ روز قابل تمدید

- تدوین شیفت کاری عادلانه (حداکثر ۸ ساعت با استراحت بین شیفت‌ها)

ابزارهای اجرایی و مدیریتی مورد نیاز

ابزار	توضیح
فرم ثبت نیاز نیروی پرستاری مراکز درمانی	ثبت تعداد، نوع و محل نیاز به نیروی پرستار
سامانه ثبت و فراخوان نیروهای آماده‌به‌کار	آنلاین/آفلاین (از طریق اداره پرستاری و سامانه‌های ملی بحران)
فرم استقرار نیروی اعزامی	مشخصات پرستار، محل استقرار، مسئول مستقیم، مدت خدمت
چک‌لیست تحویل و تحول نیروی پرستاری	در زمان ورود و خروج نیروها
فرم گزارش عملکرد تیم پرستاری در بحران	جهت تحلیل، یادگیری و بازنگری

شاخص‌های ارزیابی فرآیند

شاخص	مقدار هدف	روش پایش
میانگین زمان استقرار نیروی پرستاری از لحظه بحران	حداکثر ۶ ساعت	گزارش سامانه ملی بحران
درصد پوشش نیاز مراکز بحران‌زده	حداقل ۹۵٪	مقایسه درخواست و استقرار نهایی
میزان رضایت مدیران پرستاری از نیروهای اعزامی	حداقل ۸۰٪	فرم ارزیابی عملکرد تیم اعزامی
ماندگاری پرستاران بحران‌دیده در شغل خود	حداقل ۹۰٪	گزارش منابع انسانی ۶ ماه بعد بحران

توصیه‌های تکمیلی

- تشکیل تیم واکنش سریع پرستاری در هر دانشگاه (Nursing Rapid Response Team)
- آموزش متناوب پرستاران داوطلب بحران (غربالگری، ایزوله، تریاژ جمعی، روان‌درمانی بحران)
- طراحی مشوق‌های مالی و معنوی برای نیروهای اعزامی (گواهی رسمی، پاداش، ارتقاء شغلی)
- همکاری با هلال‌احمر، ارتش، سپاه، بسیج و NGOهای سلامت‌محور برای تأمین مکمل نیرو
- ثبت تجربیات پس از هر بحران برای تقویت مدل توزیع آینده (Post-Action Review)

فرآیند مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی در بحران-با تمرکز بر حرفه پرستاری

هدف

تدوین راهنمایی عملیاتی برای استفاده، پایش و مدیریت داروها و تجهیزات پزشکی در بحران‌ها با تمرکز بر نقش حرفه‌ای پرستاران در خط مقدم مراقبت از بیماران، به منظور جلوگیری از کمبود، کاهش خطا، و ارتقاء ایمنی بیمار. مخاطبان اصلی: پرستاران، سوپروایزرها، مسئولان تدارکات درمانی، مدیران پرستاری، و پرستاران داوطلب در تیم‌های بحران.

تعاریف کلیدی

- داروهای حیاتی بحران: داروهایی که در شرایط اضطراری برای نجات جان بیمار یا کنترل سریع علائم حیاتی مورد نیازند (مانند اپی نفرین، آنتی بیوتیک تزریقی، ضد تشنج‌ها)، سرم
- تجهیزات مصرفی: اقلام پزشکی مصرفی در فرآیند مراقبت پرستاری (سرسوزن، وسایل پانسمان، ماسک اکسیژن و...)و
- تجهیزات قابل استفاده مجدد: تجهیزاتی که پس از ضدعفونی قابلیت استفاده مجدد دارند (دستگاه‌های فشارسنج، پالس اکسیمتر، پمپ سرم، پایش بالینی و الکترونیکی)
- مدیریت در بحران: اقدامات سیستماتیک برای تأمین، ذخیره، مصرف، بازتوزیع و مستندسازی منابع در شرایط بی ثبات

اصول حاکم بر مدیریت منابع پزشکی در بحران

- اصل اولویت‌بندی بر اساس شدت نیاز
- اصل استفاده مؤثر و بدون اتلاف
- اصل مدیریت بر پایه شواهد و داده‌ها
- اصل گزارش‌دهی دقیق و مستند
- اصل رعایت استاندارد ایمنی بیمار و کنترل عفونت
- اصل حفظ زنجیره سرد و ایمنی داروها
- اصل پدافند غیرعامل (ذخیره سازی و پیش بینی سرم، دارو و تجهیزات، خون و فراورده های خونی)

وظایف پرستاران در مدیریت دارو و تجهیزات در بحران

- پیش از بحران: بررسی لیست سرم، داروها و تجهیزات ضروری، آموزش تیم، چک لیست آماده‌باش
- حین بحران: کنترل دریافت، ثبت، نگهداری و توزیع سرم، دارو و تجهیزات مصرفی و مدیریت مصرف خون و فراورده های خونی به‌ویژه در محل‌های سیار یا ازدحام بالا
- پس از بحران: گزارش مصرف، تحلیل خطاها، بازسازی موجودی، مستندسازی تجارب

مراحل اجرایی مدیریت دارو و تجهیزات توسط پرستاران

1- مرحله پیش‌بحران

- تهیه و بازنگری لیست موجودی بحرانی
- آموزش پرسنل پرستاری برای ثبت و مستندسازی مصرف
- تهیه کیت‌های پرستاری بحران (Nursing Emergency Kits)
- بررسی قابلیت نگهداری سردخانه‌ای داروها در شرایط بدون برق
- تدوین دستورالعمل‌های آماده سازی و مصرف داروها در شرایط بحران

2-مرحله وقوع بحران

- تحویل دارو و تجهیزات توسط تیم لجستیک به سوپروایزر پرستاری
- ثبت ورود اقلام به ایستگاه پرستاری
- اولویت‌بندی مصرف با همکاری پزشک و پرستار تریاژ
- پیش‌بینی مصرف برای ۲۴-۷۲ ساعت آینده بر اساس آمار بیماران
- نگهداری ایمن داروها (قفل‌دار، دور از رطوبت و گرما)
- جلوگیری از هدررفت دارو با تجویز دوزهای مناسب و پایش مداوم
- جلوگیری از هدررفت خون و فراورده های خونی

3-مرحله بعد از بحران

- ثبت دقیق اقلام مصرف شده و مانده
- گزارش‌دهی به واحد تدارکات و داروخانه بیمارستان یا مرکز بحران
- شناسایی اقلام ناقص، گم‌شده یا آسیب‌دیده
- بازسازی ذخایر به کمک شبکه تأمین
- مشارکت در ارزیابی کیفی عملکرد تیم پرستاری در مدیریت منابع

چک‌لیست روزانه نظارت بر منابع در بحران (ویژه سرپرستار)

مورد	نظر ارزیابی کننده
دمای نگهداری داروهای حساس	
تعداد سرم و داروهای تزریقی باقیمانده	
سلامت تجهیزات مصرفی	
انطباق دوزهای تجویزی با دستور پزشک	
تطابق مصرف ثبت‌شده با مصرف واقعی	
کفایت اقلام حفاظتی (ماسک، دستکش...)	
بررسی روزانه	

توصیه‌های تکمیلی

- تشکیل تیم مدیریت منابع (پرستار + تدارکات + داروساز)
- استفاده از سیستم کدگذاری رنگی برای اقلام در بحران (مثلاً: قرمز = ضروری)
- آموزش پرستاران جدیدالورود برای کار با تجهیزات اورژانسی
- استفاده از «دفترچه مصرف روزانه» برای بررسی سریع اقلام
- پیش‌بینی فضای نگهداری ایمن برای داروها و تجهیزات در مراکز موقت
- پیش‌بینی شرایط تأمین، حفظ زنجیره سرد، نگهداشت و مدیریت مصرف خون و فراورده های خونی
- طراحی اپلیکیشن موبایلی ساده برای ثبت و مانیتورینگ لحظه‌ای منابع توسط پرستاران

اولویت بندی مراقبت با حداقل منابع در بحران

اهداف

- آموزش پرستاران در نحوه تصمیم‌گیری سریع و مؤثر برای تخصیص منابع محدود
- ایجاد چارچوبی برای اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد، اخلاق و نیاز بالینی
- ارتقاء آمادگی ذهنی و عملی تیم پرستاری برای پاسخگویی در بحران‌های واقعی
- افزایش شفافیت، عدالت و پاسخگویی در تخصیص منابع مراقبتی

دامنه کاربرد

این فرآیند در کلیه مراکز درمانی و میدانی درگیر بحران‌ها، حوادث دسته‌جمعی، بلایای طبیعی، کمپ‌های اسکان اضطراری، نگاهتگاه‌ها و مراکز سیار سلامت قابل استفاده است.

اصول راهبردی در اولویت‌بندی مراقبت

اصل	توضیح
اصل نجات بیشترین افراد ممکن	تمرکز بر ارائه مراقبت به بیمارانی که با مداخله به‌موقع، شانس بهبودی دارند.
اصل سودمندی و کم‌ضرری	اقدامات باید بیشترین سود و کمترین آسیب را برای بیماران و تیم ایجاد کند.
اصل عدالت و بی‌طرفی	اولویت‌بندی بر اساس وضعیت بالینی، نه سن، جنس، ملیت یا موقعیت اجتماعی.
اصل تطابق منابع با سطح مراقبت مورد نیاز	ارائه مراقبت متناسب با شدت آسیب و در حد امکانات در دسترس.

سطح‌بندی بیماران بر اساس نیاز و پیش‌آگهی

سطح	ویژگی‌ها	اقدام پیشنهادی
سطح 1 (فوریت حیاتی)	تهدید فوری حیات، امکان بقا بالا با مداخله سریع	مراقبت فوری – مداخله اولویت‌دار
سطح 2 (فوریت متوسط)	وضعیت پایدارتر ولی نیازمند مراقبت طی چند ساعت	مراقبت با تأخیر محدود
سطح 3 (فوریت خفیف)	جراحات خفیف، بدون تهدید حیات	مراقبت بعد از بیماران بحرانی یا واگذاری به مراقبین کمتر تخصصی
سطح 4 (غیرقابل احیا)	آسیب بسیار شدید با احتمال بقای پایین	مراقبت حمایتی – بدون اقدام تهاجمی

اولویت‌بندی اقدامات پرستاری در بحران با منابع محدود

حوزه مراقبتی	اقدامات اولویت‌دار
باز نگه داشتن راه هوایی	استفاده از روش‌های دستی، پوزیشن‌دهی، کاتول بینی، ماسک – اجتناب از لوله‌گذاری در صورت محدود بودن منابع بجز در موارد حیاتی
تنفس و اکسیژن‌رسانی	اولویت با بیماران هیپوکسمیک قابل احیا – استفاده اشتراکی از کپسول اکسیژن با شیر تقسیم در بحران
کنترل خونریزی و شوک	استفاده از فشار مستقیم، بانداژ فشاری، تورنیکه (در شرایط خاص)

درمان درد	تسکین درد با داروهای قابل دسترس - ترجیحاً ترکیبات غیرمخدر برای بیماران پایدار
جلوگیری از عفونت	پانسمان تمیز، آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی در صورت عدم امکان تزریق
تأمین آب و تغذیه	اولویت با بیماران بحرانی - استفاده از سرم دهانی، مایعات ساده
حمایت روانی	اطمینان بخشی کلامی، تماس انسانی، تفکیک بیماران در حال مرگ از بیماران بهبودپذیر
مراقبت از بیماران در حال مرگ	فراهم‌سازی آسایش، کرامت، کاهش درد و اضطراب - مراقبت پایان حیات

فرآیند مدیریت فضای اورژانس بیمارستانی و بخش‌های بستری در بحران

هدف

ایجاد چارچوبی عملیاتی و نظام‌مند برای مدیریت بهینه فضای اورژانس و بخش‌های بستری بیمارستانی در شرایط بحران، با هدف حفظ کیفیت مراقبت، افزایش ظرفیت پاسخ‌دهی و کاهش تراکم غیرضروری.

اصول مدیریت فضای اورژانس و بخش‌های بستری در بحران

- حفظ ایمنی بیماران و کارکنان
- تأمین ظرفیت بهینه و مدیریت جریان بیماران
- اولویت‌بندی پذیرش بیماران بر اساس نیازهای پزشکی و فوریت درمانی
- انعطاف‌پذیری در تخصیص فضا و نیروی انسانی
- ارتباط مستمر با تیم‌های مدیریتی و تدارکات بیمارستان جهت مدیریت مناسب جریان بیمار
- مستندسازی و گزارش‌دهی دقیق برای بهبود مستمر

وظایف کلیدی مدیریت در بحران

سطح مدیریتی	وظایف کلیدی
رئیس بیمارستان/مدیر پرستاری	صدور دستورات و هماهنگی کلی بین بخش‌ها، ارتباط با مراجع بالادستی، تخصیص منابع
سوپروایزر/سرپرستار اورژانس	ساماندهی تریاژ، مدیریت فضای پذیرش، برنامه‌ریزی و تعامل بین بخشی جهت جابجایی بیماران، همکاری با تیم‌های فوریت‌های پزشکی، هماهنگی انتقال بیماران (اعزام و ارجاع)
سرپرستار بخش‌های بستری	آماده‌سازی تخت‌ها، هماهنگی پذیرش بیماران اورژانسی، مدیریت تخلیه و جابجایی بیماران غیر اورژانس
پرستاران و کارکنان	مراقبت از بیماران براساس سطح تریاژ و سطوح مراقبتی و دستور پزشک، گزارش‌دهی فوری هر گونه مشکل فضای فیزیکی یا تجهیزات

مراحل مدیریت فضای اورژانس و بخش‌های بستری در بحران

1-مرحله پیش از بحران (آمادگی)

- بازنگری ظرفیت اورژانس و بخش‌های بستری و تعیین ظرفیت بحرانی هر بخش
- طراحی و تمرین سناریوهای مختلف بحران و آموزش پرسنل

- آماده‌سازی فضاهای اضافی و غیرمترعارف (مثل سالن‌ها، بخش‌های جراحی باز نشده، نقاهتگاه)
- تهیه چک‌لیست تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در اورژانس و بخش‌ها
- ایجاد سیستم اطلاع‌رسانی و گزارش‌دهی سریع
- در نظر گرفتن اصول پدافند غیر عامل در رابطه با فضاهای درمانی (اصول : اختفا، استحکام، و...)
- در نظر گرفتن فضاهای اختصاصی پذیرش ، تشخیص و درمان بیماران عوامل جنگ نوین (CBRN)
- در نظر گرفتن فضاهای کافی برای نگهداری اجساد متوفیان انبوه

2-مرحله وقوع بحران (عملیات)

- فعال‌سازی پروتکل تریاژ با اولویت‌بندی بیماران براساس شدت و فوریت، توسعه خدمات سرپایی
- افزایش ظرفیت پذیرش اورژانس با بهره‌گیری از فضاهای اختصاصی و موقت
- جابجایی بیماران پایدار به بخش‌های بستری برای آزادسازی فضای اورژانس
- مدیریت و بکارگیری صحیح نیروهای پرستاری اضطراری
- کنترل مداوم تعداد بیماران در بخش‌ها و تنظیم جریان پذیرش و ترخیص
- استفاده از فضای موقت یا نقاهتگاه جهت بستری بیماران با شرایط پایدار
- ارزیابی مستمر بیماران قابل ترخیص و ارتباط با خانواده جهت پیگیری ترخیص

3-مرحله پس از بحران (بازسازی)

- بررسی و مستندسازی عملکرد مدیریت فضای بیمارستان
- ارزیابی ظرفیت‌های استفاده شده و مشکلات رخ داده
- بازگرداندن فضاها به حالت عادی و پاک‌سازی محیطی
- برگزاری جلسات بازخورد و آموزش مجدد پرسنل
- برنامه‌ریزی برای بهبود ظرفیت و روندهای آتی

4-دستورالعمل‌های اختصاصی

- اجرای سریع تریاژ در بدو ورود بیماران با کدینگ رنگی
- باز کردن ظرفیت موقت با تجهیز سالن‌ها و فضاهای غیر معمول
- تنظیم شیفت‌های کاری پرستاران و پزشکان برای جلوگیری از خستگی
- اطلاع‌رسانی مستمر به بیماران و همراهان جهت کاهش استرس و کنترل ازدحام
- همکاری با بخش‌های پاراکلینیک جهت تسریع روند تشخیص و درمان
- توجه ویژه به بیماران آسیب‌پذیر (نوزادان، کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران مزمن)

معیارهای کلیدی و شاخص‌های ارزیابی

معیار	هدف	روش اندازه‌گیری
نسبت تعداد بیماران اورژانسی پذیرش شده به ظرفیت اورژانس	کمتر از ۱۰۰٪ ظرفیت بحرانی	شمارش بیماران در بازه‌های زمانی مشخص

میانگین زمان انتظار بیماران در اورژانس	براساس سطوح مختلف تریاژ متفاوت باشد	سیستم ثبت زمان ورود و خروج بیماران
درصد اشغال تخت بخش های بستری با بیماران اورژانس	$\leq 90\%$	پایش لحظه ای وضعیت بخش ها
درصد خروج بیماران از اورژانس به بخش ها یا نقاهتگاه ها منتقل شده به بخش در 6 ساعت پس از پذیرش در اورژانس	$\geq 85\%$	بررسی پرونده ها و انتقال ها
درصد پرسنل آموزش دیده در مدیریت بحران	حداقل 90%	لیست حضور در آموزش ها

آموزش و تمرین

- برگزاری دوره های آموزش مدیریت فضای بحران برای کلیه پرسنل
- اجرای مانورهای سالانه با سناریوهای واقعی بحران
- آموزش استفاده از تجهیزات موقت و فضای جایگزین
- توسعه مهارت های ارتباطی و مدیریت استرس در بحران

مستندسازی و گزارش دهی

- ثبت دقیق تعداد بیماران، زمان پذیرش، مدت بستری، جابجایی ها
- گزارش روزانه به مدیریت بیمارستان و مراجع ذیربط
- تحلیل عملکرد و شناسایی نقاط ضعف برای بهبود
- بایگانی مستندات به عنوان مرجع برای بحران های آینده

فرآیند مدیریت ایمنی بیمار و کادر درمان در بحران

هدف

تضمین حفظ ایمنی و سلامت بیماران و کادر درمان در شرایط بحران از طریق پیشگیری، شناسایی و مدیریت خطرات بالقوه و انجام اقدامات فوری جهت کاهش آسیب های ناشی از بحران.

دامنه کاربرد

این فرآیند در تمامی شرایط بحران از جمله بلایای طبیعی، جنگ، حوادث پر تلفات، همه گیری بیماری ها و شرایط اضطراری افزایش بار بیماران در بیمارستان ها و مراکز درمانی کاربرد دارد.

تعاریف کلیدی

- ایمنی بیمار: مجموعه اقدامات و تدابیر برای جلوگیری از خطاها و آسیب های احتمالی به بیماران در فرآیند مراقبت های درمانی.

- ایمنی کادر درمان: اقدامات و تدابیر برای حفظ سلامت جسمی و روانی کارکنان درمانی و پیشگیری از آسیب‌ها و بیماری‌های شغلی

اصول کلیدی مدیریت ایمنی در بحران

- اولویت حفظ سلامت و ایمنی بیماران و کارکنان
- شناسایی و ارزیابی خطرات بالقوه پیش از وقوع بحران
- آموزش مستمر و به‌روزرسانی دانش ایمنی کارکنان
- تأمین و استفاده صحیح از تجهیزات حفاظت فردی (PPE)
- ایجاد محیط کار ایمن با مدیریت صحیح فضا و تجهیزات
- اجرای پروتکل‌های استاندارد پیشگیری از عفونت و مدیریت خطاها
- حمایت روانی و مدیریت استرس کارکنان درمانی

وظایف کلیدی

سطح مدیریتی	وظایف کلیدی
رئیس / مدیریت بیمارستان	تأمین تجهیزات حفاظتی، تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های ایمنی، هماهنگی آموزش‌ها، پایش و ارزیابی عملکرد ایمنی
مدیریت پرستاری و معاون / مدیر درمان	نظارت بر اجرای دقیق پروتکل‌های ایمنی، آموزش پرسنل، مدیریت گزارشات حوادث و خطاها، حمایت از کارکنان
کارکنان درمانی	رعایت دقیق دستورالعمل‌های ایمنی، استفاده صحیح از PPE، گزارش هر گونه حادثه یا نقص ایمنی، مراقبت از خود و بیماران
تیم بهداشت حرفه‌ای	ارزیابی خطرات محیطی، آموزش تخصصی ایمنی، مدیریت برنامه‌های واکسیناسیون و پیشگیری از بیماری‌های شغلی

مراحل مدیریت ایمنی بیمار و کادر درمان در بحران

1- مرحله پیش از بحران (آمادگی)

- شناسایی و تحلیل خطرات بالقوه مرتبط با نوع بحران
- تهیه و تأمین تجهیزات حفاظتی مورد نیاز و استاندارد (PPE، ضدعفونی‌کننده‌ها، تجهیزات ایمنی)
- آموزش‌های تخصصی و عمومی پرسنل در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه‌ای
- تدوین و بازنگری پروتکل‌های استاندارد پیشگیری از عفونت و ایمنی شغلی
- طراحی برنامه‌های حمایت روانی و کاهش استرس برای کارکنان
- پیش‌بینی فضاهای ایمن برای استقرار بیماران و کادر درمان در زمان مخاطرات جنگی

2- مرحله وقوع بحران (عملیات)

- استفاده اجباری و صحیح از تجهیزات حفاظت فردی توسط کلیه کارکنان
- اجرای دقیق پروتکل‌های کنترل عفونت، شستشوی مکرر دست‌ها و ضدعفونی محیط
- ایمن‌سازی محیط کار و مدیریت جریان بیماران جهت جلوگیری از آلودگی متقابل
- پایش سلامت مستمر کارکنان و غربالگری برای علائم بیماری مرتبط با بحران

- ثبت و گزارش‌دهی فوری حوادث شغلی، خطاهای درمانی و مشکلات ایمنی
- برقراری حمایت روانی فوری و مشاوره برای کارکنان در معرض فشار و استرس بالا

3- مرحله پس از بحران (بازسازی)

- ارزیابی عملکرد ایمنی در طول بحران و شناسایی نقاط ضعف و قوت
- انجام اقدامات اصلاحی و بهبود پروتکل‌ها و آموزش‌ها
- بازگشت تدریجی به شرایط عادی همراه با حفظ سطح مطلوب ایمنی
- برگزاری جلسات بازخورد و آموزش مجدد پرسنل بر اساس تجربه بحران
- مستندسازی کامل رخدادها و تحلیل داده‌ها برای آمادگی‌های آتی

شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی ایمنی

شاخص	هدف	روش اندازه‌گیری
درصد کارکنان آموزش دیده در زمینه ایمنی	حداقل ۹۵٪	لیست حضور در دوره‌ها و آموزش‌ها
درصد استفاده صحیح از PPE توسط کارکنان	حداقل ۹۵٪	مشاهده مستقیم و گزارشات نظارتی
درصد حوادث و آسیب‌های شغلی گزارش شده	کاهش نسبت به دوره‌های مشابه	سیستم گزارش‌دهی داخلی
میزان رعایت پروتکل‌های کنترل عفونت	$\geq 90\%$	بازرسی‌های دوره‌ای و نمونه‌برداری محیطی
سطح رضایت کارکنان از حمایت روانی	$\leq 80\%$ رضایت	نظرسنجی و مصاحبه‌های دوره‌ای

الزامات کلیدی

- برگزاری دوره‌های آموزش مداوم در زمینه ایمنی و استفاده PPE
- توزیع و کنترل موجودی تجهیزات حفاظتی به صورت مستمر
- اجرای برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای شامل واکسیناسیون و غربالگری سلامت
- استقرار ایستگاه‌های ضدعفونی در ورودی‌ها و نقاط حساس بیمارستان
- ایجاد کانال‌های ارتباطی شفاف جهت گزارش سریع مشکلات ایمنی
- تأمین حمایت روانی از طریق مشاوران و تیم‌های مددکاری روانی
- کنترل دسترسی به بخش‌های بحرانی جهت جلوگیری از تردد غیرضروری

آموزش و تمرین

- برگزاری آموزش‌های نظری و عملی در زمینه پیشگیری از عفونت، استفاده PPE و مدیریت ایمنی
- اجرای مانورهای شبیه‌سازی بحران با تأکید بر ایمنی بیمار و کارکنان
- آموزش نحوه شناسایی علائم استرس و ارائه راهکارهای مقابله
- آموزش مدیریت خطاهای درمانی و نحوه گزارش‌دهی آنها

مستندسازی و گزارش‌دهی

- ثبت کامل تمامی حوادث، آسیب‌ها و خطاهای ایمنی در سامانه داخلی

- گزارش روزانه و هفتگی وضعیت ایمنی به مدیریت ارشد
- تحلیل داده‌های ایمنی جهت اصلاح پروتکل‌ها
- نگهداری سوابق آموزش و مانورها جهت ارزیابی مداوم

فرآیند مدیریت رفاهی کادر پرستاری در بحران

هدف

تضمین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی پرستاران در شرایط بحران از طریق فراهم آوردن امکانات و حمایت‌های لازم به منظور افزایش کارایی و کاهش فرسودگی شغلی.

دامنه کاربرد

این فرآیند در تمامی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در شرایط بحران‌های طبیعی، جنگ، همه‌گیری بیماری‌ها، حوادث غیرمترقبه و هر گونه شرایط اضطراری که بار کاری پرستاران را افزایش می‌دهد، کاربرد دارد.

تعاریف کلیدی

- رفاه کادر پرستاری: مجموعه اقدامات و تسهیلاتی که به بهبود وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و حرفه‌ای پرستاران کمک می‌کند
- فرسودگی شغلی: وضعیت خستگی مفرط جسمی و روانی ناشی از استرس مزمن شغلی که منجر به کاهش انگیزه و کیفیت عملکرد می‌شود.

اصول کلیدی مدیریت رفاهی

- حفظ سلامت جسمی و روانی پرستاران در اولویت قرار دارد
- حمایت‌های مادی و معنوی به صورت مستمر و هدفمند فراهم شود
- تسهیل ارتباطات و فراهم آوردن فضای مناسب برای بیان مشکلات و نیازها
- برنامه‌ریزی برای استراحت‌های منظم و مدیریت بهینه ساعات کاری
- ایجاد فرصت‌های مشاوره روانی و حمایت اجتماعی
- تضمین امنیت و آسایش محیط کار و تسهیلات رفاهی مناسب

وظایف کلیدی

سطح مدیریتی	وظایف کلیدی
رئیس/ مدیریت بیمارستان	تأمین امکانات رفاهی (محل استراحت، تغذیه، حمل و نقل)، تأمین حمایت‌های مالی و معنوی، ایجاد سیاست‌های حمایتی رسمی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی متناسب با بحران
مدیریت پرستاری	نظارت بر اجرای برنامه‌های رفاهی، شناسایی مشکلات پرستاران، هماهنگی ارائه خدمات روانشناسی و مشاوره، تنظیم برنامه‌های کاری با توجه به ظرفیت‌های فردی
کادر پرستاری	ارائه بازخورد درباره نیازها و مشکلات، استفاده از خدمات رفاهی و روانی، حفظ ارتباط مؤثر با مدیریت و همکاران
تیم روانشناسی و مشاوره	ارائه حمایت‌های روانی، برگزاری کارگاه‌های مدیریت استرس، کمک به حفظ انگیزه و سلامت روانی کارکنان

اقدامات اجرایی در مدیریت رفاهی

1- فراهم کردن امکانات رفاهی

- تأمین محل ایمن، مناسب و آرام برای استراحت پرستاران در شیفت‌های طولانی
- ارائه وعده‌های غذایی کامل و سالم در ساعات کاری و شیفت شب
- فراهم آوردن امکانات حمل و نقل امن و سریع برای رفت و آمد پرستاران
- تأمین لباس و تجهیزات راحت و متناسب با شرایط کاری و اقلیمی
- ایجاد فضای مناسب برای استراحت کوتاه و بازیابی انرژی در محل کار

2- مدیریت ساعات کاری و استراحت

- برنامه‌ریزی چرخش‌های کاری با در نظر گرفتن بازه‌های استراحت کافی
- جلوگیری از اضافه‌کاری‌های غیرضروری و فشار بیش از حد
- تعیین سقف مجاز شیفت‌های کاری متوالی جهت پیشگیری از فرسودگی
- استفاده از مدل‌های کاری چرخشی و کوتاه‌مدت در شرایط بحرانی
- امکان انعطاف‌پذیری در برنامه کاری بر اساس نیازهای فردی و شرایط جسمی

3- حمایت‌های روانی و اجتماعی

- ارائه خدمات مشاوره روانشناسی حضوری و آنلاین برای کارکنان
- برگزاری کارگاه‌های مدیریت استرس، افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های مقابله‌ای
- ایجاد گروه‌های حمایت همکاران (Peer Support) برای تسهیل تبادل تجربیات
- فراهم کردن فرصت‌هایی برای تفریح کوتاه و فعالیت‌های تیمی در محیط کار
- شناسایی و حمایت از پرستارانی که علائم اضطراب یا فرسودگی نشان می‌دهند.
- حمایت‌های مادی و معنوی از خانواده پرستاران در مدت مأموریت و عدم حضور ایشان

4- حمایت‌های مالی و معنوی

- پرداخت به موقع و منصفانه حقوق و فوق‌العاده‌های بحران

- ارائه پاداش‌ها و مشوق‌های ویژه در شرایط بحرانی
- تشویق و قدردانی رسمی از تلاش‌های پرستاران از طریق مراسم و تقدیرنامه‌ها
- فراهم آوردن امکان ارتقاء شغلی و آموزش‌های تخصصی در حین بحران

شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی رفاهی

شاخص	هدف	روش اندازه‌گیری
میزان رضایت پرستاران از امکانات رفاهی	$\leq 80\%$ رضایت	پرسشنامه و مصاحبه‌های دوره‌ای
میزان استفاده از خدمات مشاوره روانی	افزایش مستمر	ثبت نام و حضور در جلسات مشاوره
میزان ساعات اضافه‌کاری غیرضروری	کاهش نسبت به دوره‌های قبل	گزارش‌های سیستم حضور و غیاب
تعداد برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس برگزار شده	حداقل ۴ برنامه در سال	گزارش آموزش‌ها
میزان بروز فرسودگی شغلی گزارش شده	کاهش نسبت به قبل	پرسشنامه فرسودگی شغلی و گزارشات پزشکی

آموزش و اطلاع‌رسانی

- آموزش مدیران و سرپرستان در زمینه مدیریت رفاهی در بحران
- اطلاع‌رسانی مستمر به پرستاران درباره امکانات و خدمات رفاهی موجود
- آموزش پرستاران درباره مدیریت استرس و روش‌های خودمراقبتی
- برگزاری جلسات توجیهی و مشاوره برای استفاده بهینه از امکانات رفاهی

مستندسازی و گزارش‌دهی

- ثبت کامل برنامه‌ها، فعالیت‌ها و استفاده از خدمات رفاهی
- گزارش دوره‌ای وضعیت رفاهی به مدیریت ارشد بیمارستان
- مستندسازی بازخوردها و پیشنهادات پرستاران جهت بهبود خدمات 2

فرآیند مستند سازی عملکرد تیم پرستاری در بحران

اهداف

- تدوین اصول و رویه‌های استاندارد جهت ثبت اقدامات پرستاری در بحران با رعایت قوانین
- ایمنی بیمار
- پیگیری‌های بعدی
- حفظ حقوق پرستار و سیستم سلامت
- جمع‌آوری و تدوین تجارب پرستاران در شرایط بحران
- پژوهش در حوزه سلامت و مراقبت در زمان بحران

دامنه کاربرد

- پرستاران شاغل در مراکز درمانی در بحران‌ها (بیمارستان، نقاهتگاه، مراکز سیار، امداد اولیه)
- پرستاران داوطلب در بحران‌های منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی
- مدیران پرستاری، سرپرستاران و مسئولین مستندسازی مراکز درمانی
- اعضای سیستم فرماندهی بحران (HICS)

تعاریف کلیدی

- مستندسازی پرستاری: ثبت دقیق، شفاف، و به‌موقع اقدامات، مشاهدات و تصمیمات پرستار درباره‌ی بیمار و وضعیت بحران
- مستندسازی حداقلی: ثبت اطلاعات ضروری و اولویت‌دار در شرایط محدودیت زمان، منابع یا ازدحام شدید
- ثبت قانونی: مستنداتی که بتوان در مراجع نظارتی، قضایی یا مدیریتی به‌عنوان سند قابل استناد ارائه کرد
- ابزار جایگزین ثبت: فرم‌های دستی، دفترچه‌های خلاصه، ابزارهای همراه ساده یا روش‌های نشانه‌گذاری سریع

اصول کلیدی مستندسازی در بحران

1. دقت، اختصار و وضوح
2. اولویت‌بندی ثبت‌ها بر اساس تهدیدات حیات
3. استفاده از علائم و اختصارات استاندارد و مصوب
4. ثبت زمان دقیق (ساعت و تاریخ) هر اقدام یا تصمیم
5. مستندسازی تیمی، چرخشی و مسئولانه
6. ایجاد ساختار موقت نگهداری اسناد در مراکز بحران

انواع اطلاعات لازم برای ثبت در بحران

محتوای مورد نیاز	محور اطلاعات
نام، سن (در صورت امکان)، علائم شناسایی یا شماره موقت، وضعیت اولیه (ABCs)	اطلاعات اولیه بیمار
سطح تریاژ، رنگ، محل ارجاع، اقدامات اولیه انجام‌شده	تریاز و تصمیم اولیه
داروهای تزریق‌شده، اقدامات پرستاری، تعویض پانسمان، پایش علائم حیاتی	مراقبت‌های ارائه‌شده
زمان و مسیر خروج، تحویل به کدام مرکز، وسیله انتقال	وضعیت انتقال یا تخلیه
گزارش به پزشک، تماس با تیم امداد، هماهنگی با امنیت یا خانواده بیمار	ارتباط با تیم‌ها
کمبود منابع، ارجاع اشتباه، ناهماهنگی، موارد حقوقی خاص	چالش‌های ویژه

ابزارهای پیشنهادی مستندسازی در بحران

ابزار	توضیح
فرم تریاژ پرستاری (رنگی)	ثبت اولیه وضعیت بیمار، علائم حیاتی و اقدام فوری
دفترچه اقدامات سریع	برای ثبت خلاصه‌ی اقدامات هر شیفت یا پرستار
برچسب‌های شناسایی بیمار	با شماره‌گذاری یکتا برای تطبیق در انتقال یا ارجاع
فرم تیمی شیفت	ثبت اقدامات کلی بخش و امضای پرسنل هر شیفت
فرم ارجاع بیمار	جهت تحویل بیمار به مراکز دیگر یا تیم انتقال

روش‌های جایگزین در شرایط قطع فناوری یا ازدحام شدید

وضعیت	راهکار مستندسازی
نبود سیستم HIS یا قطع برق	استفاده از فرم‌های کاغذی ساده یا چک‌لیست‌های از پیش آماده
ازدحام شدید و کمبود وقت	ثبت حداقلی شامل زمان، وضعیت حیاتی، اقدام کلیدی، امضای پرستار
نبود فرم رسمی	استفاده از دفترچه آزاد با ساختار تاریخ، شماره بیمار، اقدام انجام‌شده
کمبود قلم یا برگه	استفاده از تگ‌های شناسایی، برچسب‌های چسبان، یا کدگذاری رنگی

مسئولیت‌ها و تقسیم کار

نقش	مسئولیت در مستندسازی
پرستار مراقبت‌کننده	ثبت اقدامات انجام‌شده برای هر بیمار طبق اولویت
سرپرستار بخش	نظارت بر تکمیل فرم‌ها و جمع‌آوری پایان شیفت
مدیر پرستاری بحران	طراحی و توزیع فرم‌های اضطراری و گزارش نهایی
مسئول ثبت اسناد	جمع‌آوری، طبقه‌بندی و نگهداری اسناد در مرکز بحران

آموزش‌های مورد نیاز پرستاران

- آموزش فرم‌های ساده مستندسازی اضطراری
- آموزش اختصارات رسمی مورد تأیید وزارت بهداشت
- آموزش استفاده از ابزار جایگزین ثبت در بحران
- تمرین مانورهای تیمی با محور مستندسازی در ازدحام

چالش‌ها و راهکارها

چالش	راهکار
پرهیز پرستاران از ثبت اقدامات در ازدحام	آموزش اهمیت حقوقی ثبت و فراهم‌سازی ابزار ساده
گم‌شدن فرم‌ها	استفاده از سیستم کدگذاری و نگهداری مرکزی
عدم یکنواختی فرم‌ها بین تیم‌ها	استفاده از فرم‌های از پیش طراحی‌شده کشوری یا منطقه‌ای
کمبود زمان برای نوشتن	استفاده از چک‌لیست‌های علامت‌زن سریع به‌جای نثر بلند

مستندسازی در بیماران و مصدومان جنگی خاص

نکات خاص در ثبت	گروه بیمار
سن تقریبی، قد و وزن تقریبی، پاسخ به والدین	کودکان
سن بارداری، علائم حیاتی، خونریزی واژینال	زنان باردار
بیماری زمینه‌ای، وضعیت شناختی، داروهای قبلی	سالمندان
وضعیت رفتاری، نیاز به ایمنی، نوع تعامل	بیماران روانی یا ناتوان ذهنی

نکات قانونی و اخلاقی

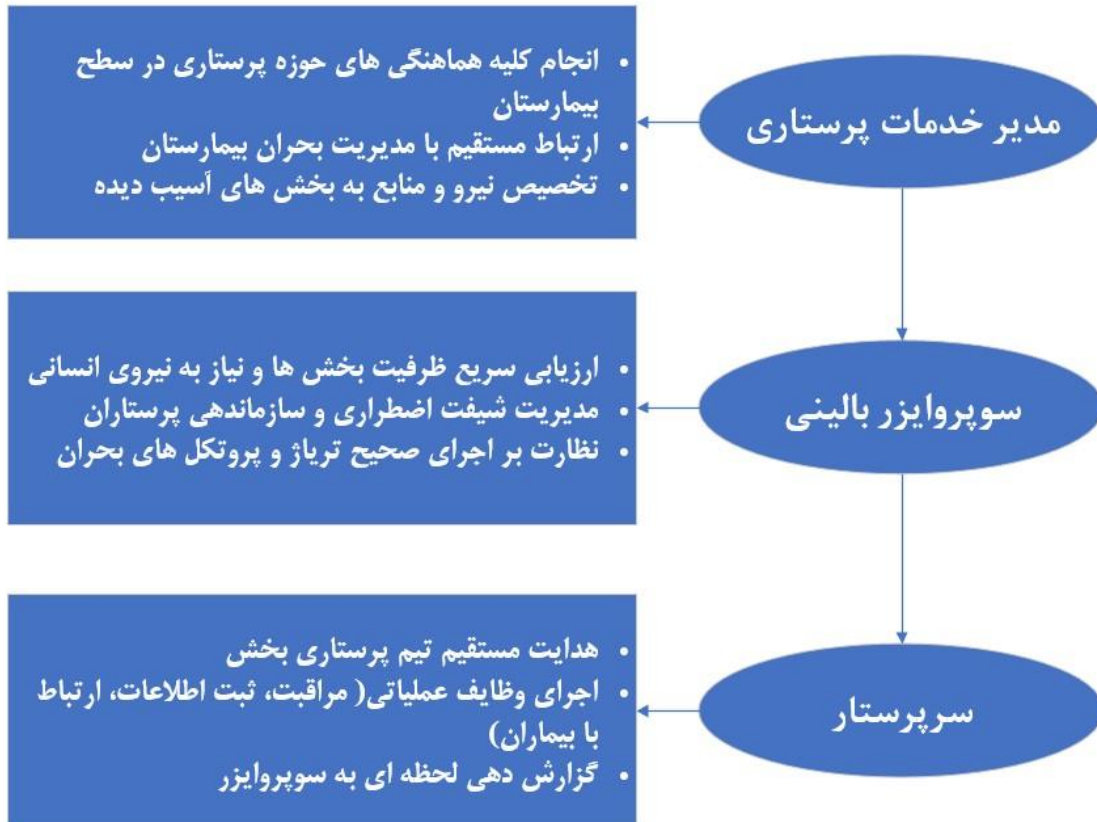
- مستندات باید بصورت دقیق و کامل و حتی‌الامکان همان لحظه انجام ثبت شود. در صورت تاخیر در ثبت زمان واقعی اقدام قید گردد.
- هر پرستار مسئول ثبت اقدامات خود است.
- امضا یا کد پرسنل برای هر ثبت الزامی است.
- ثبت باید براساس مشاهدات عینی و بدون قضاوت یا فرضیات باشد.
- رازداری بیمار باید حتی در خلاصه‌ترین ثبت‌ها حفظ شود.
- در صورت ثبت اشتباه، روی مطلب اشتباه طوری خط کشیده شود که خوانا باقی بماند و اطلاعات قبلی پاک یا مخدوش نشود.
- اسناد پس از بحران باید به مرکز درمانی یا مرجع قانونی تحویل شود.

فلوچارت ارتباطات پرستاری در بحران



ارتباط افقی بین سرپرستاران بخش‌های مختلف و نیز سوپروایزرها در یک شیفت برای تبادل سریع منابع (نیرو، تجهیزات) مجاز و توصیه شده است، ولی گزارش رسمی فقط از مسیر بالا انجام می‌شود.

نقش‌های کلیدی در سطوح مدیریتی



فرآیندهای مرتبط با آمادگی پرستاری در بحران



سامانه فرماندهی حادثه در بیمارستان HICS و جایگاه پرستار در آن Hospital Incident Command

هدف

تبیین نقش و جایگاه پرستاران در ساختار فرماندهی عملیات بحران بیمارستانی (HICS) به منظور تضمین هماهنگی، پاسخ سریع و مؤثر در مدیریت حوادث و بحران‌ها در سطح بیمارستان.

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه پرستاران، مدیران پرستاری، اعضای تیم مدیریت بحران و سایر کارکنان بیمارستانی که در شرایط بحران فعال می‌شوند، کاربرد دارد.

تعاریف کلیدی

- ساختار فرماندهی عملیاتی بیمارستان (HICS): سیستم فرماندهی عملیات بیمارستانی، ساختاری سلسله‌مراتبی برای مدیریت بحران و حوادث در بیمارستان
- فرمانده عملیات (Incident Commander): مسئول نهایی تصمیم‌گیری و مدیریت بحران در بیمارستان
- تیم مدیریت بحران: گروه تخصصی متشکل از نمایندگان بخش‌های مختلف بیمارستان جهت هماهنگی واکنش در بحران
- نقش پرستار: وظایف و مسئولیت‌های پرستاران در چارچوب تیم مدیریت بحران و HICS
- تجهیزات فردی پرستار: وسایلی که برای حفظ ایمنی، سلامت و کارایی پرستار در بحران ضروری است
- تجهیزات حرفه‌ای پرستار: ابزارهایی برای ارائه مراقبت مستقیم پرستاری در محل حادثه یا مراکز درمانی بحران
- کیف امداد پرستاری بحران: بسته قابل حمل شامل اقلام ضروری مراقبتی و شخصی، آماده جهت استفاده سریع در مأموریت‌ها

اصول و مبانی ساختار عملیاتی HICS

- سلسله مراتب روشن: تعیین نقش‌ها و مسئولیت‌ها به صورت دقیق و قابل فهم
- هماهنگی بین بخشی: همکاری مستمر بین پرستاران، پزشکان، مدیریت و سایر واحدها
- انعطاف‌پذیری ساختار: قابلیت تطبیق با انواع بحران‌ها (بلایای طبیعی، اپیدمی‌ها، حوادث صنعتی، حوادث جنگی و تروریستی)
- ارتباطات سریع و مؤثر: استفاده از روش‌های استاندارد ارتباطی برای انتقال اطلاعات

جایگاه پرستار در ساختار HICS

1- نقش‌ها و مسئولیت‌های کلیدی پرستاران در HICS

- شرکت فعال در تیم فرماندهی و مدیریت بحران بیمارستان
- اجرای وظایف مدیریتی، تریاژ، مراقبت‌های بالینی و پشتیبانی بیماران
- انتقال اطلاعات دقیق و به‌موقع به فرمانده عملیات و بخش‌های مرتبط
- مدیریت منابع پرستاری (تجهیزات، نیروی انسانی) در بخش‌های بحرانی
- آموزش و حمایت از پرستاران و کارکنان جدید در شرایط بحران

2- جایگاه سازمانی

نقش	شرح وظایف	گزارش‌دهی به
مدیر پرستاری	نظارت بر عملکرد تیم پرستاری در بحران، هماهنگی با مدیریت بحران بیمارستان	فرمانده عملیات
سوپروایزر / سرپرستار	مدیریت بخش‌های بحرانی، تخصیص نیروها، تضمین رعایت پروتکل‌ها	مدیر پرستاری
پرستاران	اجرای مراقبت‌های بالینی، تریاژ، ثبت داده‌ها	سوپروایزر / سرپرستار

روند فعالیت پرستار در ساختار HICS

- آمادگی و آموزش: آشنایی با ساختار و نقش‌ها، شرکت در مانورها و آموزش‌های تخصصی
- اطلاع‌رسانی و اعلام وضعیت: دریافت گزارش از منابع مختلف و انتقال به مراجع ذی‌ربط
- اجرای مراقبت بالینی: ارائه خدمات تخصصی بر اساس اولویت‌های تریاژ و نیاز بیماران
- گزارش‌دهی و مستندسازی: ثبت دقیق اقدامات انجام شده و انتقال اطلاعات به فرماندهی
- بازخورد و بهبود: شرکت در جلسات پس از بحران برای تحلیل عملکرد و شناسایی نقاط ضعف

ابزارها و تجهیزات مورد نیاز پرستاران در HICS

- تجهیزات حفاظتی فردی (ماسک، دستکش، گان)
- دستگاه‌های کنترل علائم حیاتی قابل حمل
- فرم‌های استاندارد تریاژ و مستندسازی
- وسایل ارتباطی (بی‌سیم، تلفن همراه)
- نقشه‌های بیمارستان و برنامه‌های اضطراری

نکات کلیدی برای بهبود عملکرد پرستاری در HICS

- حفظ ارتباط مستمر و شفاف با سایر اعضای تیم مدیریت بحران
- انعطاف‌پذیری در انجام وظایف و آمادگی برای تغییر نقش در صورت نیاز
- آموزش مستمر و به‌روزرسانی دانش مرتبط با مدیریت بحران
- توجه ویژه به سلامت روان پرستاران و ارائه حمایت‌های لازم

فرآیند طراحی و تمرین نقش‌های پرستاری در تیم بحران

هدف

تعیین چارچوب مشخص برای تعریف، تفکیک و تمرین نقش‌های پرستاری در تیم‌های بحران با هدف ارتقاء اثربخشی، پاسخ سریع، انسجام عملکردی و پیشگیری از تعارض نقش‌ها در شرایط بحرانی.

دامنه کاربرد: این فرآیند قابل استفاده است برای:

- تیم‌های بحران بیمارستان‌ها و مناطق حادثه‌دیده
- دفاتر پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی
- برنامه‌های آموزش و توانمندسازی پرستاری بحران
- مدیران پرستاری در مانورهای پیش از بحران و حین عملیات پاسخ

تعاریف کلیدی

- نقش پرستاری در بحران: مجموعه‌ای از وظایف مشخص، مورد انتظار و از پیش تمرین شده برای هر پرستار در تیم پاسخ به بحران
- تیم بحران: گروهی چندرشته‌ای شامل پزشک، پرستار، پیراپزشک، امدادگر، لجستیک، روان‌شناس، پاراکلینیک، پلیس و مردمی که برای پاسخ هماهنگ به بحران سازماندهی شده‌اند.
- تمرین نقش: اجرای شبیه‌سازی شده وظایف در سناریوهای فرضی برای افزایش آمادگی ذهنی و مهارتی اعضای تیم

اصول راهبردی طراحی نقش‌ها

- وضوح نقش‌ها: هر پرستار باید شرح وظایف مشخصی داشته باشد
- هماهنگی: نقش‌ها باید با ساختار فرماندهی (HICS یا ICS) همسو باشند
- انعطاف‌پذیری: امکان جابه‌جایی نقش‌ها در صورت تغییر شرایط بحرانی فراهم باشد
- تمرین مداوم: نقش‌ها باید از طریق مانورهای میدانی و شبیه‌سازی تمرین شوند
- ایمنی و کرامت: همه نقش‌ها باید مبتنی بر حفظ ایمنی، کرامت بیمار و تیم باشد

مراحل طراحی نقش‌ها

- تحلیل سناریوهای بحران (زلزله، انفجار، سیل، ازدحام، GBRNE)
- برآورد منابع انسانی پرستاری قابل دسترس
- تقسیم کار بر اساس سطح مهارت و سابقه نیروها
- تدوین شرح وظایف برای هر نقش در قالب فرم استاندارد
- تدوین شیفت‌ها و جدول جایگزینی در صورت آسیب نیروها

نقش‌های کلیدی پرستاری در تیم بحران

عنوان نقش	شرح وظایف	الزامات
سرپرست تیم پرستاری بحران	هماهنگی اقدامات، مدیریت منابع انسانی و منابع تجهیزاتی، ارتباط با فرماندهی	سابقه مدیریت، تسلط بر HICS، آموزش فرماندهی بحران
پرستار تریاژ	انجام غربالگری اولیه، اولویت‌بندی مصدومان، ارجاع سریع	آموزش تریاژ START/JumpSTART، دقت و تصمیم‌گیری سریع
پرستار مراقبت اولیه	انجام اقدامات حیاتی، کنترل خونریزی، تجویز داروهای اورژانسی	مهارت بالینی، توان فیزیکی بالا
پرستار روان‌پرستار	ارزیابی وضعیت روانی، ارائه کمک‌های اولیه روانی، ارجاع	آموزش PFA، تاب‌آوری، مهارت همدلی
پرستار ثبت و مستندسازی	ثبت اطلاعات بیماران، ارجاع‌ها، داروها و اقدامات	آشنایی با فرم‌های بحران، دقت بالا
پرستار پشتیبانی لجستیکی	توزیع تجهیزات مصرفی، داروها، هماهنگی تیم پشتیبانی	سازمان‌دهی، هماهنگی بین واحدها

تمرین نقش‌ها در مانور

نوع تمرین	محتوای تمرین	ابزار
تمرین رومیزی (Tabletop)	بحث گروهی پیرامون نقش‌ها در سناریو فرضی	سناریو چاپی، جدول تصمیم‌گیری
تمرین عملی (Drill)	اجرای واقعی در فضای شبیه‌سازی شده	مانکن، چادر بحران، تریاژ واقعی
تمرین بدون اطلاع (Surprise Drill)	بررسی آمادگی ناگهانی	سناریو ناگهانی با زمان پاسخ مشخص
تمرین عملکردی (Functional)	تمرین یک نقش خاص مانند تریاژ یا مستندسازی	فرم‌ها، تجهیزات واقعی یا شبیه‌ساز

مسئولیت‌ها

- مدیر پرستاری: تدوین نقش‌ها و تقسیم نیروها
- سوپروایزر آموزشی: طراحی برنامه تمرینی و مانور (2 مانور در سال) و آموزش بیش از 90 درصد نیروها
- مسئول تریاژ: اجرای برنامه آموزشی طراحی شده جهت نقش‌های حیاتی
- دبیر تیم مستندسازی: ثبت و تحلیل نتایج تمرین‌ها و مانورها و تطابق 85 درصد آموزش‌ها با استاندارد عملکرد

فرآیند ارزیابی آمادگی جسمی، روانی و اجتماعی پرستاران برای حضور در بحران

هدف

ارائه چارچوبی علمی و کاربردی برای ارزیابی سیستماتیک آمادگی جسمی، روانی و اجتماعی پرستاران جهت ایفای نقش مؤثر در شرایط بحران و حوادث پرتراکم. این ارزیابی پیش‌نیاز حضور عملیاتی، اعزام به مناطق آسیب‌دیده و عضویت در تیم‌های بحران محسوب می‌شود.

دامنه کاربرد: این فرآیند برای موارد زیر قابل استفاده است:

- پرستاران داوطلب یا موظف جهت اعزام به مأموریت‌های بحرانی
- تیم‌های مدیریت بحران در مراکز درمانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- کارگروه‌های جذب و سازماندهی نیروهای پرستاری در بحران
- مراکز آموزشی و بازآموزی پرستاری بحران

تعاریف کلیدی

- آمادگی جسمی: توانایی بدنی کافی برای انجام وظایف پرستاری در شرایط دشوار مانند گرما، سرما، کم‌خوابی، حمل تجهیزات و مراقبت از بیماران آسیب‌دیده
- آمادگی روانی: توانایی مقابله با استرس، تصمیم‌گیری تحت فشار، کار گروهی، و حفظ عملکرد حرفه‌ای در موقعیت‌های بحرانی
- غربالگری پیش‌اعزام: ارزیابی اولیه جهت تعیین صلاحیت جسمی و روانی، اجتماعی (خانوادگی) فرد برای اعزام به مأموریت بحران

اصول کلیدی ارزیابی آمادگی

- ارزیابی باید ساختاریافته، عینی و متناسب با ماهیت بحران باشد
- محرمانگی و رازداری در فرآیند ارزیابی رعایت گردد
- نتایج صرفاً جهت ایمنی و کیفیت خدمت‌رسانی استفاده شود
- ارزیابی جسمی و روانی، اجتماعی باید پیش از هر اعزام یا مانور واقعی انجام شود
- بازآزمون دوره‌ای (مثلاً سالیانه) جهت حفظ آمادگی الزامی است
- توانمندی‌های علمی و مهارتی

معیارهای آمادگی جسمی

شاخص	معیار مورد انتظار	ابزار ارزیابی
قدرت و استقامت بدنی	توانایی حمل تجهیزات و حرکت در محیط‌های دشوار	آزمون‌های فیزیکی (6 دقیقه راه‌رفتن، اسکات، حمل برانکارد)
سلامت عمومی	عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن	فرم معاینه پزشکی عمومی
دید و شنوایی	توانایی دید کافی در نور کم و شنیدن فرمان‌ها	معاینه بینایی و شنوایی
توانایی خواب در شرایط سخت	سابقه عملکرد در شیفت‌های شبانه و محیط‌های پر تنش	مصاحبه و بررسی سوابق کاری

معیارهای آمادگی روانی

شاخص	معیار مورد انتظار	ابزار ارزیابی
تاب‌آوری (Resilience)	توانایی حفظ آرامش و تمرکز در بحران	پرسشنامه تاب‌آوری CD-RISC
تحمل فشار روانی	قدرت تصمیم‌گیری در شرایط پر استرس	سناریوی شبیه‌سازی‌شده + ارزیابی مربی
خودآگاهی و کنترل هیجان	کنترل خشم، اضطراب و برخورد حرفه‌ای	آزمون GHQ یا DASS-21
سابقه اختلالات روان‌پزشکی	نداشتن اختلالات شدید یا درمان‌نشده	بررسی پرونده سلامت روان با رضایت کتبی

فرآیند اجرایی ارزیابی

- دعوت از داوطلبان اعزام یا ثبت‌نام نیروها
- ارائه فرم سوابق پزشکی و روان‌پزشکی با رضایت‌نامه کتبی
- اجرای آزمون‌های جسمی (با همکاری پزشک طب کار)
- اجرای آزمون‌های روان‌شناختی و مصاحبه بالینی (با روان‌شناس مجرب)
- جمع‌بندی نتایج در کمیته ارزیابی بحران
- اعلام نتایج و صدور گواهی آمادگی یا ارجاع به آموزش و مداخله روانی/جسمی

تجهیزات و ابزار مورد نیاز ارزیابی

- فرم جامع ثبت‌نام و خوداظهاری سلامت
- فرم معاینه فیزیکی (بر اساس چک‌لیست وزارت بهداشت)
- فرم ارزیابی روانی (CD-RISC, DASS, GHQ)
- نرم‌افزار تحلیل نتایج
- امکانات آزمون‌های فیزیکی (فضای باز، موانع، وزن شبیه‌سازی شده، مانکن CPR)

مسئولیت‌ها

- مدیر پرستاری: سازماندهی فرآیند ارزیابی پیش‌اعزام پ
- پزشک معاینه: بررسی سلامت جسمی و آمادگی فیزیکی
- روان‌شناس بحران: انجام آزمون‌ها و مصاحبه روانی
- دبیر کمیته ارزیابی: تلفیق نتایج و صدور نظر نهایی

تجهیزات همراه پرستار در مأموریت‌های بحرانی

اصول راهبردی در تعیین اقلام تجهیزات

- قابلیت حمل آسان و مقاومت بالا
- چندمنظوره بودن اقلام
- ایمنی فردی پرستار در برابر خطرات زیستی، فیزیکی و شیمیایی
- اولویت‌بندی بر اساس فوریت و احتمال نیاز
- انطباق با سناریوهای شایع (زلزله، تصادف، ازدحام، CBRNE)

چک لیست پیشنهادی تجهیزات همراه پرستار

الف. تجهیزات فردی (ایمنی و بقا)

نام تجهیز	تعداد	نکات
ماسک N95 یا FFP2	3 عدد	برای حفاظت تنفسی اولیه
دستکش نیتریل	5 جفت	یکبار مصرف، مقاوم
گان و شیلد محافظ صورت	2 عدد	در مواجهه با بیماران عفونی
چراغ پیشانی	1 عدد	با باتری یکدک
کیت کمک‌های اولیه فردی	1 عدد	پانسمان، الک، باند
بطری آب قابل حمل	1 عدد	حداقل 500 میلی لیتر
خوراک اضطراری (انرژی بار)	2 بسته	سبک و پرانرژی
پتو نجات (thermal blanket)	1 عدد	سبک، ضدآب، برای گرمایش
کارت شناسایی بحران	1 عدد	شامل نام، کد ملی، گروه خونی

ب. تجهیزات حرفه‌ای (مراقبت پرستاری)

نام تجهیز	تعداد	نکات
دستگاه کنترل علائم حیاتی پرتابل (BP, HR, SpO2)	1 عدد	دارای باتری قابل شارژ
کیف تریاژ رنگی	1 عدد	دارای نوار تریاژ، کارت، فرم‌ها
ابزار تزریق (سرنگ، آنژیوکت، اسکالپ، چسب آنژیوکت)	هر کدام 3 عدد	در سایزهای مختلف
سرم رینگر یا نرمال سالین کوچک	1 عدد	جهت تزریق سریع
ست تزریق سرم و کاتتر	2 عدد	همراه کلر هگزیدین
تورنیکه، گاز، باند، چسب ضدحساسیت و لکوپلاست		
داروهای اورژانس اولیه (اپی نفرین، لیدوکائین، آتروپین، دگزامتازون، قرص کاپتوپریل و پرل نیتروگلسیرین) و مسکن‌ها	به تعداد استاندارد	در جعبه دارویی قفل‌دار
ترمومتر دیجیتال	1 عدد	
فرم‌های تریاژ، ثبت اقدامات، ارجاع	1 بسته	کاغذ ضدآب یا پلاستیکی
خودکار ضدآب یا مارکر، قیچی	2 عدد	برای ثبت در شرایط بارانی

ج. تجهیزات ارتباط و موقعیت‌یابی

نام تجهیز	تعداد	نکات
بی سیم دستی یا واک‌تاکی	1 عدد	با باتری و فرکانس تنظیم‌شده
دفترچه ثبت مختصر بیماران	1 عدد	دارای جدول ارجاع
نقشه محل یا منطقه بحران	1 عدد	در مانور یا مأموریت میدانی
تلفن همراه با پاوربانک	1 عدد	در صورت آنتن‌دهی

مسئولیت‌ها

- سوپروایزر: بررسی کامل بودن تجهیزات پیش از اعزام – آشناسازی پرستاران با اqlام کیف -به‌روزرسانی اqlام دارویی هر 6 ماه یکبار یا پس از بازگشت از ماموریت
- کارشناس تدارکات: تأمین اqlام و جایگزینی پس از مصرف
- پرستار: آشنایی کامل با محتویات کیف و بررسی قبل از حرکت

فرآیندهای مرتبط با سلامت روان پرستاران در بحران



فرآیند پرستاری در ارائه مراقبت های اولیه روان پرستاری (PFA) در بحران

اهداف

- کاهش فوری تنش و اضطراب در فرد آسیب دیده
- ارائه حمایت روانی مبتنی بر احترام، امنیت و آرامش
- تقویت توانایی فرد در مقابله با شرایط بحرانی
- شناسایی افراد نیازمند به مراقبت های تخصصی روانی و ارجاع به موقع

دامنه کاربرد: این فرآیند برای پرستاران و امدادگران فعال در شرایط بحران، اورژانس ها، مراکز درمانی موقت و تیم های اعزامی به مناطق آسیب دیده کاربرد دارد.

اصول بنیادین مراقبت

- احترام به کرامت و حریم خصوصی فرد
- استفاده از زبان ساده و قابل فهم
- ایجاد فضای امن و حمایت کننده
- گوش دادن فعال و همدلی بدون قضاوت
- اجتناب از تحمیل نظرات یا راه حل ها
- حفظ امید و انگیزه در فرد
- احترام به فرهنگ و اعتقادات افراد

مراحل ارائه PFA

1- ارزیابی وضعیت

- شناسایی نیازهای فوری روانی و عاطفی فرد
- ارزیابی سطح اضطراب، ترس، سردرگمی یا افسردگی
- توجه به نیازهای فیزیولوژیک و امنیتی فرد

2- ایجاد ارتباط و حمایت

- معرفی خود به صورت گرم و محترمانه
- فراهم کردن فضای امن و آرام
- بیان همدلی و اطمینان بخشی
- تشویق فرد به بیان احساسات و نگرانی ها

3- تثبیت و آرام سازی

- آموزش تکنیک های تنفس عمیق و آرام بخش
- استفاده از جملات حمایتی و مثبت
- کمک به فرد برای تمرکز بر نیازهای اصلی و کنترل موقعیت

- کمک به افراد با در نظر گرفتن اصول مذهبی، اعتقادی و معنوی افراد

4-آموزش و راهنمایی

- اطلاع‌رسانی درباره واکنش‌های طبیعی به بحران
- تشویق به حفظ روال روزمره و تماس با خانواده و دوستان
- ارائه اطلاعات درباره منابع حمایتی و امکانات موجود

5-شناسایی نیاز به مراقبت تخصصی

- تشخیص علائم اضطراب شدید، افسردگی، خودکشی یا اختلال حاد روانی
- ارجاع سریع به روانشناس یا روانپزشک
- مستندسازی و گزارش دقیق وضعیت فرد

6-مستندسازی

- ثبت زمان، مکان و شرایط ارائه مراقبت
- ثبت رفتارها و واکنش‌های فرد
- اقدامات انجام شده و پاسخ فرد
- توصیه‌ها و ارجاعات انجام‌شده

فرآیند پرستاری پیشگیری از فرسودگی شغلی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در بحران

هدف

ارائه راهکارهای عملی، رفتاری و سازمانی به منظور پیشگیری از بروز خستگی روانی، فرسودگی شغلی و PTSD در پرستاران حاضر در شرایط پرتنش ناشی از بحران‌های طبیعی، انسان‌ساخت یا بلایای عمومی.

دامنه کاربرد

- پرستاران بالینی و میدانی در مأموریت‌های بحران
- کمک‌پرستاران، دانشجویان پرستاری، سوپروایزرها
- مدیران پرستاری، فرماندهان بحران و اعضای تیم HICS
- روان‌پرستاران و تسهیل‌گران سلامت روان در تیم بحران

تعاریف کلیدی

- فرسودگی شغلی (Burnout): حالت خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس شایستگی در پی فشارهای مزمن کاری.
- PTSD: اختلالی روانی که پس از تجربه یک موقعیت بحرانی، تهدیدکننده حیات یا حادثه شدید ایجاد می‌شود و با علائمی مانند فلش‌بک، اضطراب، بی‌خوابی و اجتناب همراه است.

اصول کلی پیشگیری

اصل	راهکار اجرایی
پیشگیری فعال	آمادگی روانی قبل از ورود به بحران از طریق آموزش و تمرین شبیه‌سازی شده
حمایت متقابل تیمی	ایجاد فرهنگ مراقبت از یکدیگر در تیم پرستاری و تیم بحران
پایش و مداخله سریع	شناسایی علائم اولیه فرسودگی و PTSD و ارجاع سریع به حمایت روانی
تنظیم شیفت‌ها	تعادل بین کار، استراحت، و پشتیبانی جهت کاهش بار روانی و جسمی

گام‌های اجرایی برای پیشگیری از فرسودگی و PTSD

1- پیش از بحران (فاز آماده‌سازی)

- آموزش تخصصی:
 - اصول مقابله با فشار روانی
 - آموزش خودمراقبتی و مدیریت استرس و تاب‌آوری
 - آشنایی با علائم اولیه فرسودگی و PTSD
- آمادگی روانی:
 - ارزیابی سلامت روان نیروها
 - غربالگری با ابزارهایی مانند GHQ-12 یا پرسش‌نامه Maslach
- تعیین محدوده وظایف:
 - شفاف‌سازی نقش‌ها، حدود عملکرد و شیفت‌بندی منصفانه

2- در حین بحران (فاز عملکردی)

- ایجاد فضاهای امن روانی:
 - فراهم کردن اتاق آرامش، گوشه‌های استراحت، امکان تخلیه روانی
- برگزاری جلسات کوتاه (Debriefing):
 - پس از هر شیفت یا موقعیت شدید، ۱۰-۱۵ دقیقه برای گفت‌وگو و تهویه هیجانی
- پایش نشانه‌های خطر:
 - کاهش تمرکز، زودرنجی، خستگی مفرط، احساس بی‌کفایتی
- مدیریت استراحت:
 - جلوگیری از اضافه‌کاری طولانی و الزام به استراحت کافی
- حمایت بین‌فردی:
 - پشتیبانی تیمی، شنیدن فعال، احترام متقابل، واگذاری داوطلبانه وظایف دشوار

3- پس از بحران (فاز بازیابی)

- ارزیابی سلامت روانی پس از مأموریت:
 - مصاحبه روان‌سنجی، چک‌لیست PTSD، پیگیری شخصی
- دسترسی به خدمات روان‌درمانی:
 - معرفی داوطلبانه یا ارجاع الزامی به روان‌پرستار یا روان‌شناس تیم
- جلسات بازیابی تیمی:
 - تحلیل تجربه‌ها، یادگیری از رویداد، مستندسازی و ثبت تجربیات
- قدردانی و بازخورد مثبت:
 - تجلیل از عملکرد، صدور گواهی مشارکت، توجه به رضایت شغلی و انگیزه
 - پیاده‌سازی روشهای رهایی و سازگاری از خاطرات و تجارب تلخ

نقش مدیر پرستاری و فرمانده تیم بحران

- برنامه‌ریزی برای آموزش و آمادگی روانی
- طراحی شیفت‌های متعادل
- تأمین فضا، مواد و تجهیزات استراحت
- گماردن ناظر سلامت روان در تیم بحران
- پیش‌بینی فرآیند مداخله روانی سریع (PFA) برای پرستاران آسیب‌دیده

شاخص‌های هشدار فرسودگی یا PTSD در پرستار

علامت هشدار	نوع پاسخ توصیه‌شده
گریه‌های ناگهانی، بی‌خوابی	استراحت فوری و مشاوره روانی
اجتناب از محل کار یا خشم‌های غیرعادی	مصاحبه با روان‌پرستار، مرخصی کوتاه‌مدت
احساس گناه مداوم یا افسردگی	ارجاع فوری به متخصص سلامت روان
بی‌حسی هیجانی یا بی‌تفاوتی شدید	خارج کردن از خط اول بحران و بررسی بالینی

فرآیند پرستاری روش های خودمراقبتی روان برای پرستاران در بحران

هدف

ارائه اصول، راهکارها و تکنیک‌های عملی خودمراقبتی روانی به منظور ارتقاء تاب‌آوری، کاهش استرس، پیشگیری از فرسودگی شغلی (Burnout) و اختلال استرسی پس از سانحه (PTSD) در پرستاران فعال در بحران‌ها.

دامنه کاربرد

- کلیه پرستاران و اعضای تیم سلامت درگیر در بلایا، حوادث پرتلفات، اپیدمی‌ها، جنگ، بحران‌های زیست‌محیطی
- داوطلبان سلامت، امدادگران و کارکنان نظام سلامت در مناطق بحرانی
- مربیان و مدیران پرستاری برای آموزش تیم‌ها پیش از بحران

تعاریف کلیدی

- خودمراقبتی روانی: مجموعه اقداماتی که فرد آگاهانه برای حفظ سلامت روان، کنترل استرس و بهبود کیفیت عملکرد ذهنی-هیجانی انجام می‌دهد.
- تاب‌آوری (Resilience): توانایی فرد برای بازگشت به وضعیت روانی پایدار پس از تجربه استرس یا ضربه روانی.
- فرسودگی شغلی: حالتی از خستگی جسمی، احساسی و ذهنی ناشی از فشار کاری مزمن بدون مراقبت از خود.
- مراقبت از مراقبت‌کننده (Care for the caregiver): مفهوم حمایتی برای توجه به سلامت روانی و جسمی پرسنل خط مقدم بحران

اصول راهبردی خودمراقبتی روان در بحران

1. خودآگاهی هیجانی و شناخت محدودیت‌های فردی
2. نظم در خواب، تغذیه و مصرف مایعات در حد امکان
3. حفظ ارتباط انسانی حتی کوتاه و ساده با همکاران
4. تنفس عمیق و تکنیک‌های ریلکسیشن چند دقیقه‌ای
5. پذیرش احساسات طبیعی (ترس، خشم، غم، بی‌حوصلگی) بدون شرم
6. خودمراقبتی را بخشی از مسئولیت حرفه‌ای بدانید، نه نشانه ضعف

اقدامات خودمراقبتی به تفکیک مرحله بحران

مرحله بحران	اقدامات پیشنهادی
پیش از اعزام به منطقه بحران	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم انتظارات، بررسی وضعیت جسمی و روانی اولیه، آگاهی از عوامل محرک شخصی
حین حضور در بحران	استراحت‌های کوتاه بین‌شیفت، نوشیدن آب، گفت‌وگو با همکاران، دوری موقت از منابع استرس‌زا، استفاده از تنفس عمیق

پس از بازگشت از بحران	حضور در جلسات Debriefing، خودارزیابی روانی، استفاده از حمایت خانواده، مشاوره تخصصی در صورت نیاز
-----------------------	---

تکنیک‌های ساده خودمراقبتی روانی برای پرستاران

تکنیک	توضیح
تنفس ۴-۷-۸	۴ ثانیه دم، ۷ ثانیه نگه داشتن نفس، ۸ ثانیه بازدم؛ ۳-۲ بار در روز
تمرین Grounding	لمس ۵ شیء اطراف، شمردن ۴ صدای محیط، گفتن ۳ چیز خوشایند، ۲ بو، ۱ مزه - بازگرداندن ذهن به «اینجا و اکنون»
دفترچه تخلیه احساس	نوشتن خلاصه‌ای روزانه از احساسات و تجربه‌های استرس‌زا
پیام‌های ذهنی حمایتی	تکرار جملات مثبت مانند: «من به اندازه کافی تلاش کرده‌ام»، «احساس خستگی، طبیعی است»
تکنیک توقف فکر	وقتی افکار منفی تکرار می‌شوند، با کلمه «توقف» در ذهن، مسیر فکر را قطع کرده و جایگزین مثبت بیاورید

نشانه‌هایی که نیاز به مداخله تخصصی دارند: اگر هر یک از موارد زیر بیش از ۲ هفته ادامه داشت، ارجاع به روان‌درمانگر توصیه می‌شود:

- اختلال خواب شدید
- افکار مداوم منفی یا احساس گناه
- تحریک‌پذیری، گریه‌های بدون علت
- بی‌علاقگی به فعالیت‌های معمول
- احساس ناامیدی یا افکار خودآسیب‌رسان

منابع کمکی در محیط بحران

همراه داشتن یک بسته شخصی خودمراقبتی شامل:

- آب معدنی، شکلات انرژی‌زا، کارت‌های انگیزشی، داروهای مصرفی روزمره
- شماره تماس یا پیام‌رسانی محرمانه به روان‌پرستار تیم
- گوش دادن به موسیقی ملایم از طریق هدفون هنگام استراحت
- مشارکت در فعالیت‌های ساده گروهی در زمان فراغت، حتی چند دقیقه‌ای

نقش مدیر پرستاری و HICS در حمایت از خودمراقبتی

نقش	وظایف
مدیر پرستاری بحران	آموزش تیم‌ها قبل از اعزام، اختصاص زمان‌های ریکاوری، حمایت از مشارکت در Debriefing
مسئول سلامت روان تیم	پایش مداوم علائم روانی تیم، ارائه مداخلات فوری، آموزش تکنیک‌های پایه روان‌شناختی
فرمانده عملیات پرستاری	تخصیص شیفت‌ها به شکلی که خستگی تجمعی کاهش یابد

فرآیند حمایت سازمانی، حرفه‌ای و روانی در مواجهه با فوت همکاران پرستار

هدف

- حفظ کرامت انسانی و حرفه‌ای همکار فوت‌شده
- حمایت روانی، عاطفی و شغلی از همکاران پرستار
- پیشگیری از آسیب‌های روانی، سوگ پیچیده و افت عملکرد تیم پرستاری
- ایجاد روبه واحد، شفاف و اخلاق‌محور در سازمان

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه پرستاران، مدیران پرستاری و تیم درمان در موارد فوت زیر قابل اجراست:

- در محیط کار
- در اثر حوادث و سوانح ترافیکی
- در اپیدمی‌ها و بحران‌ها
- خارج از محل کار (در صورت اطلاع رسمی)

تعاریف کلیدی

- فوت همکار پرستار: مرگ هر پرستار شاغل یا مأمور به خدمت
- سوگ سازمانی: واکنش جمعی کارکنان به از دست دادن همکار
- مدیریت بحران فوت: اقدامات هماهنگ سازمانی برای کاهش آسیب روانی و عملکردی

اصول حاکم بر فرآیند

- احترام مطلق به کرامت انسانی و حرفه‌ای متوفی
- شفافیت کنترل‌شده و پرهیز از شایعه
- محرمانگی اطلاعات شخصی و علت فوت
- اولویت سلامت روان کارکنان
- هماهنگی بین مدیریت، پرستاری و روانشناسی

مراحل اجرایی:

مرحله 1: تأیید رسمی و اطلاع‌رسانی اولیه

مسئول: مدیریت ارشد مرکز / مدیر پرستاری

- تأیید رسمی فوت از منابع معتبر
- تعیین یک سخنگوی واحد

- اطلاع‌رسانی محترمانه، کوتاه و بدون جزئیات آسیب‌زا
 - جلوگیری از انتشار اطلاعات غیررسمی در فضای مجازی
- نکته: اعلام فوت باید همدلانه و غیرهیجانی باشد.

مرحله 2: حمایت فوری از همکاران نزدیک/زمان: 24 تا 72 ساعت اول

- شناسایی همکاران نزدیک (هم‌شیفت‌ها، دوستان)
 - کاهش یا تعلیق موقت شیفت کاری آنان
 - حضور فعال روانشناس/مشاور در بخش مربوطه
 - اختصاص فضای امن برای واکنش‌های هیجانی
- ## مرحله 3: مدیریت محیط کار و تداوم خدمات

مسئول: مدیر پرستاری / سرپرستار

- بازتوزیع موقت نیروها
 - جلوگیری از فشار کاری اضافی
 - پرهیز از انتظارات غیرواقع‌بینانه از تیم
 - پایش ایمنی بیمار در ساعات اولیه
- ## مرحله 4: مداخلات سوگ سازمانی کوتاه‌مدت/زمان: 3 تا 14 روز پس از فوت

- برگزاری جلسه سوگ سازمانی (Debriefing) داوطلبانه
 - آموزش کوتاه درباره واکنش‌های طبیعی سوگ
 - تشویق به استفاده از منابع حمایتی
 - احترام به آیین‌ها و باورهای فرهنگی-مذهبی
- ## مرحله 5: تکریم حرفه‌ای و یادبود - با هماهنگی خانواده و همکاران

- صدور پیام رسمی تسلیت سازمان
- حضور نماینده رسمی در مراسم (در صورت رضایت خانواده)
- برگزاری مراسم یادبود حرفه‌ای کوتاه
- ثبت نام و یاد همکار در تاریخچه سازمان (در صورت سیاست سازمانی)

مرحله 6: حمایت میان‌مدت و پایش روانی/زمان: 1 تا 3 ماه

- غربالگری علائم سوگ پیچیده، افسردگی، PTSD
- مشاوره فردی برای افراد در معرض خطر
- تنظیم شیفت‌های منعطف
- بررسی نشانه‌های افت عملکرد یا فرسودگی

مرحله 7: حمایت بلندمدت و یادگیری سازمانی/زمان: تا 6 ماه

- مستندسازی تجربیات و درس‌آموخته‌ها
- بازنگری سیاست‌های ایمنی و حمایت کارکنان
- جلوگیری از عادی‌سازی یا انکار فقدان
- حفظ یاد همکار بدون تحریک مداوم سوگ

نقش‌ها و مسئولیت‌ها

- مدیریت ارشد: سیاست‌گذاری و اطلاع‌رسانی رسمی
- مدیر پرستاری: اجرای فرآیند
- سرپرستار: حمایت مستقیم از تیم
- روانشناس: مداخلات سوگ
- منابع انسانی: مرخصی‌ها و حمایت اداری
- روابط عمومی: پیام‌های رسمی کنترل‌شده

ملاحظات اخلاقی و فرهنگی

- ممنوعیت قهرمان‌سازی افراطی یا مقصرسازی
- احترام به خواست خانواده متوفی
- عدم اجبار کارکنان به حضور در مراسم
- پرهیز از استفاده ابزاری یا رسانه‌ای از فوت همکار

شاخص‌های پایش کیفیت پروتکل

- رضایت کارکنان از مدیریت سازمان
- کاهش غیبت و ترک شغل
- کاهش علائم سوگ پیچیده
- ثبات عملکرد بالینی

فرآیند حمایت روانی-شغلی و بازگشت ایمن به کار پرستاران دچار سوگ

هدف

- حمایت از سلامت روان پرستاران دچار سوگ
- پیشگیری از فرسودگی شغلی، خطاهای حرفه‌ای و افت کیفیت مراقبت
- تسهیل بازگشت تدریجی، ایمن و انسانی پرستار به محیط کار

دامنه کاربرد

برای کلیه پرستاران شاغل در مراکز درمانی که یکی از بستگان درجه یک یا دو خود را از دست داده‌اند، کاربرد دارد.

تعاریف کلیدی

- سوگ (Grief): واکنش طبیعی روانی، عاطفی، جسمی و اجتماعی به فقدان
- سوگ حاد: 0 تا 3 ماه پس از فقدان
- سوگ پیچیده: تداوم یا تشدید علائم سوگ بیش از 6 ماه همراه با اختلال عملکرد
- بازگشت تدریجی به کار: کاهش موقت حجم و شدت وظایف شغلی

اصول حاکم بر فرآیند

- محرمانگی کامل اطلاعات پرستار
- عدم قضاوت و احترام به تفاوت‌های فرهنگی و فردی در سوگ
- اولویت سلامت روان پرستار بر نیازهای سازمانی
- مشارکت داوطلبانه پرستار در تصمیم‌گیری‌ها

مراحل اجرایی فرآیند

مرحله 1: شناسایی و اعلام (Identification)

مسئول: سرپرستار / مدیر پرستاری

- ثبت اطلاع فوت در پرونده منابع انسانی
- تماس حمایتی اولیه (غیراداری و همدلانه)
- در صورت امکان و تمایل فرد سوگوار شرکت در مراسم سوگواری و حضور در محل تعیین شده وی.
- عدم درخواست تصمیم فوری برای بازگشت به کار

مرحله 2: حمایت اولیه و مرخصی (Immediate Support)

زمان: 1 تا 14 روز اول پس از فقدان

اقدامات:

- اعطای مرخصی سوگ مطابق قوانین سازمان
- معافیت موقت از شیفت‌های سنگین و شب
- ارسال پیام همدلی رسمی از طرف مدیریت (غیرتشریفاتی)

مرحله 3: ارزیابی وضعیت روانی-شغلی

مسئول: روانشناس/مشاور سازمان یا مسئول سلامت کارکنان با ابزار:

- مصاحبه بالینی کوتاه
 - پرسشنامه‌های غربالگری (در صورت امکان)
 - بررسی آمادگی ذهنی برای مراقبت مستقیم از بیمار
- خروجی:

- آمادگی برای بازگشت کامل
 - نیاز به بازگشت تدریجی
 - نیاز به مداخله تخصصی روانشناختی
- مرحله 4: برنامه بازگشت تدریجی به کار

مدت پیشنهادی: 2 تا 6 هفته (قابل تمدید)

- کاهش ساعات کاری
 - حذف موقت مراقبت از بیماران بحرانی یا در حال فوت
 - جابه‌جایی موقت به بخش کم‌تنش
 - پرهیز از اضافه‌کاری اجباری
- مرحله 5: حمایت روانی مستمر

- جلسات مشاوره فردی (در صورت تمایل پرستار)
 - معرفی گروه‌های حمایتی همکاران
 - آموزش سرپرستاران در برخورد صحیح با پرستار سوگوار
- مرحله 6: پایش و ارزیابی مجدد

زمان: 1، 3 و 6 ماه پس از بازگشت به کار با ارزیابی شاخص‌های:

- عملکرد شغلی
 - رضایت شغلی
 - علائم اضطراب، افسردگی یا فرسودگی
 - میزان خطا یا غیبت شغلی
- در صورت مشاهده علائم سوگ پیچیده ← ارجاع تخصصی

نقش‌ها و مسئولیت‌ها

- مدیر پرستاری: اجرای گایدلاین و حمایت سازمانی
 - سرپرستار: حمایت روزمره و تعدیل وظایف
 - روانشناس: ارزیابی و مداخلات تخصصی
 - واحد منابع انسانی: مرخصی‌ها و ثبت مستندات
- ملاحظات اخلاقی و فرهنگی**

- احترام به باورهای مذهبی و آیینی پرستار
 - پرهیز از جملات کلیشه‌ای یا تحقیرکننده
 - ممنوعیت هرگونه فشار شغلی مستقیم یا غیرمستقیم
- شاخص‌های پایش کیفیت**

- رضایت پرستاران دچار سوگ
- کاهش ترک شغل پس از سوگ
- کاهش خطاهای پرستاری مرتبط با استرس
- میزان ارجاع موفق به خدمات حمایتی

فرآیند حمایت روانی-حرفه‌ای و مدیریت عملکرد پرستاران در مواجهه با تلفات و حجم بالای مصدومان

هدف (Purpose)

- حفظ سلامت روان و جسم پرستاران در شرایط بحران
- پیشگیری از خستگی مفرط، استرس حاد، PTSD و فرسودگی شغلی
- حفظ ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت پرستاری
- افزایش تاب‌آوری فردی و سازمانی تیم پرستاری

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های زیر قابل اجراست:

- بخش اورژانس/تریاج
- ICU / CCU در شرایط بحران
- تیم‌های واکنش سریع و حوادث غیرمترقبه

تعاریف کلیدی

- مواجهه با حجم بالای مصدومان: حضور فعال در مراقبت از تعداد زیاد بیماران آسیب‌دیده در مدت کوتاه
- استرس حاد (Acute Stress Reaction): واکنش طبیعی کوتاه‌مدت به رویدادهای تهدیدکننده
- فرسودگی شغلی (Burnout): خستگی عاطفی، جسمی و ذهنی ناشی از فشار شغلی مزمن
- آسیب اخلاقی (Moral Injury): احساس گناه یا ناتوانی ناشی از محدودیت منابع یا تصمیمات حیاتی

اصول حاکم بر فرآیند

- ایمنی پرستار = ایمنی بیمار
- واکنش‌های استرسی طبیعی تلقی می‌شوند، نه ضعف فردی
- مداخله زودهنگام از مداخلات دیر هنگام مؤثرتر است
- محرمانگی، عدم انگ‌زنی و حمایت بدون اجبار

مراحل اجرایی فرآیند

مرحله 1: اقدامات حین بحران (During Crisis)

مسئول: مدیر پرستاری / سرپرستار اورژانس

اقدامات:

- تقسیم عادلانه بار کاری و چرخش نیروها
- اجرای شیفت‌های کوتاه‌تر در صورت امکان
- اختصاص زمان‌های استراحت کوتاه (Micro-breaks)
- تأمین آب، تغذیه و فضای استراحت امن
- حذف وظایف غیرضروری پرستاران

مرحله 2: رفع فشار اولیه پس از بحران (Immediate Decompression)

زمان: 24 تا 72 ساعت پس از کاهش بار مصدومان

- برگزاری جلسه تخلیه روانی کوتاه و ساختارمند (Defusing)
- تشویق پرستاران به بیان تجربیات بدون اجبار
- ارائه آموزش کوتاه درباره واکنش‌های طبیعی استرس
- شناسایی علائم هشدار اولیه (بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، کمرختی عاطفی)

مرحله 3: غربالگری روانی پرستاران

مسئول: روانشناس/کارشناس سلامت کارکنان از طریق:

- مصاحبه کوتاه هدفمند
- پرسشنامه‌های غربالگری استرس و فرسودگی (در صورت دسترسی)
- خوداظهاری داوطلبانه پرستاران

نتایج غربالگری:

- بدون نیاز به مداخله
- نیاز به حمایت کوتاه‌مدت
- نیاز به ارجاع تخصصی

مرحله 4: برنامه حمایتی کوتاه‌مدت (2-4 هفته)

- کاهش موقت شیفت‌های شب و اضافه‌کاری
- جابه‌جایی موقت از بخش اورژانس (در صورت امکان)
- دسترسی آسان به مشاوره روانشناسی
- حمایت فعال سرپرستار (Check-in منظم)

مرحله 5: حمایت میان‌مدت و بازتوانی (1-3 ماه)

- جلسات گروهی حمایتی همکاران
- آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و تاب‌آوری
- بازگشت تدریجی به شیفت‌های پرتنش
- پایش مستمر علائم PTSD یا فرسودگی

مرحله 6: ارزیابی و پیگیری بلندمدت

زمان: 3 و 6 ماه پس از بحران

در صورت بروز علائم پایدار → مداخله تخصصی و فردمحور

نقش‌ها و مسئولیت‌ها

- مدیر پرستاری: سیاست‌گذاری، تأمین منابع
- سرپرستار: حمایت عملیاتی روزانه

- روانشناس: غربالگری و مداخله
- منابع انسانی: تنظیم شیفت و مرخصی
- پرستار: خودمراقبتی و گزارش علائم

ملاحظات اخلاقی و حرفه‌ای

- پرهیز از قهرمان‌سازی افراطی
- ممنوعیت فشار برای ادامه کار فراتر از توان
- احترام به محدودیت‌های روانی فردی
- حمایت برابر بدون تبعیض

شاخص‌های پایش کیفیت فرآیند

- کاهش علائم استرس و فرسودگی
- کاهش خطاهای مراقبتی
- افزایش رضایت پرستاران
- میزان مشارکت در برنامه‌های حمایتی

Debriefing ساختار حمایت روانی پس از بحران

هدف

ارائه یک چارچوب عملی و روان‌محور برای اجرای فرآیند دبریفینگ (Debriefing) به‌منظور کاهش استرس و تخلیه تنش‌های روانی، شناسایی آسیب‌های روانی، بازیابی عملکرد ذهنی-هیجانی و پیشگیری از فرسودگی شغلی یا PTSD در پرستاران.

دامنه کاربرد

- کلیه پرستاران و اعضای تیم سلامت فعال در موقعیت‌های بحرانی
- مدیران پرستاری، روان‌پرستاران، روان‌شناسان، و فرماندهان تیم‌های بحران
- داوطلبان سلامت، امدادگران و اعضای HICS

تعاریف کلیدی

- Debriefing: گفت‌وگوی ساختاریافته و گروهی، کوتاه‌مدت و روان‌محور پس از تجربه حادثه یا بحران، با هدف پردازش روانی تجربه، تهویه هیجانی، احساس سبک شدن و شناسایی افراد در معرض خطر روانی.

- حمایت روانی پس از بحران: مجموعه‌ای از مداخلات فوری، نیمه‌ساختاریافته برای کاهش اثرات هیجانی حادثه ناشی از بحران.
- PFA (Psychological First Aid): کمک اولیه روان‌شناختی که به افراد آسیب‌دیده در ساعات و روزهای ابتدایی پس از حادثه ارائه می‌شود.

اصول کلیدی Debriefing موفق

توضیح	اصل
حضور در جلسه نباید اجباری باشد، اجبار نتیجه معکوس دارد.	داوطلبانه بودن
تمام شرکت‌کنندگان از نظر جایگاه انسانی برابر تلقی شوند.	هم‌سطح بودن اعضا
محیط باید آرام، بدون قضاوت و غیرتهدیدکننده باشد.	فضای ایمن
هدایت جلسه باید توسط روان‌پرستار یا تسهیل‌گر آموزش‌دیده انجام شود.	مدیریت توسط فرد آموزش‌دیده
جلسه نباید بیش از ۶۰ دقیقه باشد. تمرکز بر پردازش تجربه است نه تکرار رویداد.	محدودیت زمانی

مراحل اجرایی Debriefing - مدل پیشنهادی ۶ مرحله‌ای

1- شروع جلسه - (5 دقیقه)

- معرفی تسهیل‌گر و هدف جلسه
- تأکید بر اختیاری بودن مشارکت و حفظ رازداری
- تشریح ساختار جلسه

2- شرح واقعه از نگاه فردی - (10 دقیقه)

- هر عضو، اگر تمایل دارد، تجربه خود را کوتاه شرح دهد.
- تمرکز بر احساسات اولیه، نه جزئیات فنی رویداد

3- بیان واکنش‌های احساسی - (10 دقیقه)

- اعضا واکنش‌هایی مانند ترس، خشم، ناتوانی یا سردرگمی را بازگو می‌کنند
- تسهیل‌گر با همدلی شنونده است و قضاوت نمی‌کند

4- تبادل راهبردهای مقابله‌ای - (15 دقیقه)

- اعضا روش‌های مقابله‌ای خود را مطرح می‌کنند
- معرفی تکنیک‌های ساده مدیریت استرس (تنفس عمیق، grounding، خودگویی مثبت)

5- آموزش نشانه‌های هشدار - (10 دقیقه)

- آموزش مختصر در مورد علائم PTSD، فرسودگی شغلی، اضطراب پایدار
- ارائه مسیرهای ارجاع روانی در صورت نیاز

6- پایان‌بندی و حمایت گروهی - (10 دقیقه)

- تأکید بر قدرت تیم، قدردانی از یکدیگر
- ارائه منابع حمایتی در دسترس
- توزیع کارت‌های راهنما یا بروشور روان‌پشتیبانی

نقش پرستار و روان‌پرستار در Debriefing

- شناسایی: پایش نشانه‌های فرسودگی یا استرس شدید در همکاران
- تسهیل‌گری: اجرای جلسه یا همکاری با روان‌پزشک / روان‌شناس
- ارجاع: ارجاع به روان‌درمانگر برای مداخلات فردی تخصصی در صورت نیاز
- پیگیری: بررسی وضعیت روانی اعضا طی روزهای بعد از جلسه

زمان مناسب برگزاری Debriefing

نوع بحران	زمان پیشنهادی برای Debriefing
بحران حاد (حادثه شدید، مرگ همکار)	۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از حادثه
بحران طولانی (مأموریت چندروزه)	هر ۲ تا ۳ روز یک‌بار در محل استقرار
بازگشت از بحران	در هفته اول پس از بازگشت، در فضای آرام بیمارستان یا مرکز آموزشی

ابزارها و فرم‌ها

- فرم حضور و تمایل داوطلبانه در جلسه Debriefing
- چک‌لیست ارزیابی علائم روانی اولیه پس از بحران
- بروشور راهنمای خودمراقبتی پس از بحران
- شماره تماس مراکز حمایت روانی در سطح بیمارستان/ دانشگاه و

ملاحظات اخلاقی و حقوقی

- حفظ کامل رازداری فردی
- عدم استفاده از اظهارات افراد علیه آن‌ها در ارزیابی‌های اداری
- احترام به افرادی که تمایلی به صحبت ندارند
- عدم الزام به حضور در جلسات گروهی برای کارکنان آسیب‌دیده

فرآیندهای مرتبط با اخلاق حرفه‌ای در بحران



فرآیند حفظ رازداری اطلاعات بیمار در شرایط بحران

هدف

تعیین اصول، روش‌ها و حدود وظایف پرستاران جهت حفظ رازداری اطلاعات بیماران در شرایط خاص و بحرانی که ممکن است حفظ حریم خصوصی بیماران با چالش روبرو شود.

دامنه کاربرد: قابل اجرا برای:

- کلیه سطوح پرستاری (پرستار، کمک پرستار، سوپروایزر و ...) در مراکز درمانی، میدانی، بیمارستان‌های صحرایی و اردوگاه‌های سلامت
- تیم‌های بحران، امدادگران داوطلب، و دانشجویان پرستاری در موقعیت‌های عملیاتی بحرانی
- مربیان، مدیران پرستاری، فرماندهی بحران، و ناظران کیفی عملکرد پرستاری

اصول و مبانی اخلاقی و قانونی

- رازداری از اصول بنیادین اخلاق حرفه‌ای پرستاری و جزء حقوق اساسی بیمار است.
- شرایط بحرانی از جمله ازدحام، کمبود فضا، تجهیزات یا زمان، نباید منجر به نادیده گرفتن حق حرمانگی شود.
- بر اساس منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، حفظ حرمانگی حتی در شرایط اضطراری الزامی است.

مسئولیت‌های پرستار در حفظ رازداری بیمار در بحران

1- جلوگیری از افشای ناخواسته اطلاعات

- خودداری از اعلام وضعیت بیماری، نتایج آزمایش، وضعیت روانی یا سایر اطلاعات بالینی در حضور سایر بیماران یا همراهان
- استفاده از واژگان عمومی‌تر در محیط‌های باز و شلوغ (مثلاً به جای "HIV مثبت"، از عبارت "شرایط ویژه پزشکی" استفاده شود)

2- حفظ حریم گفت‌وگو و معاینه بیمار

- حتی در شرایط میدان باز یا بحران، استفاده از حداقل موانع دید (پرده، پتو، پاراوان) برای حفظ حریم فیزیکی بیمار
- گفت‌وگوی درمانی با صدای پایین و در فاصله نزدیک‌تر برای حفظ حریم گفتاری

3- نگهداری امن اطلاعات ثبت‌شده

- ثبت سوابق در فرم‌های اختصاصی بحران و نگهداری در محل امن یا نزد تیم معتمد
- جلوگیری از رها کردن پرونده‌ها، چک‌لیست‌ها یا دفترچه‌های بحران در فضای عمومی یا رهاشده
- استفاده از رمز یا نام مستعار در صورت نیاز برای بیماران خاص

4- محدودسازی دسترسی به اطلاعات

- فقط افراد دارای مجوز (پزشک، پرستار اصلی، مسئول بحران) به اطلاعات بیماران دسترسی داشته باشند
- همراهان سایر بیماران، نیروهای غیرپزشکی یا داوطلبان بدون آموزش، نباید اطلاعات حساسی را دریافت کنند

ملاحظات ویژه در بحران‌های با ازدحام بالا

شرایط	راهکار پیشنهادی
فقدان فضا برای گفت‌وگو خصوصی	استفاده از صحبت آهسته، یادداشت مکتوب، یا فاصله فیزیکی از سایر بیماران
فشار روانی بر پرسنل	یادآوری مسئولیت قانونی و اخلاقی رازداری در Briefing تیم
استفاده از همراه بیمار به عنوان مترجم	اطمینان از رضایت بیمار برای انتقال اطلاعات از طریق همراه
وجود رسانه یا ناظران غیرحرفه‌ای در محل	ممانعت از فیلم‌برداری یا پرسش در مورد وضعیت بیماران بدون مجوز رسمی

آموزش و آگاهی‌بخشی به پرسنل

- آموزش اصول رازداری در کارگاه‌های آمادگی بحران
- شبیه‌سازی موقعیت‌های ازدحام و تمرین حفظ رازداری
- تهیه بروشورهای ساده برای پرسنل داوطلب یا غیرمتخصص
- استفاده از کارت یادآور “اصل رازداری” همراه کارت شناسایی تیم بحران

پیامدهای حقوقی افشای غیرمجاز اطلاعات

تخلف	پیامد قانونی
افشای وضعیت بیماری در رسانه‌ها	پیگرد قانونی بر اساس قانون مجازات اسلامی
ارائه اطلاعات پزشکی به همراه بدون رضایت بیمار	شکایت رسمی از سوی بیمار یا خانواده
نگهداری نادرست اسناد در میدان بحران	تذکر، اخطار حرفه‌ای یا تعلیق در کمیته اخلاق حرفه‌ای

وظایف مدیر پرستاری یا فرمانده بحران

- تأمین ابزارهای کمک به رازداری (پاراوان، فرم ویژه، اتاقک سیار)
- مرور مسئولیت‌های اخلاقی و قانونی در جلسات Brief
- بررسی شکایات و گزارش‌های تخلف احتمالی مربوط به افشای اطلاعات
- ارائه گزارش اخلاق حرفه‌ای پرستاری به مسئول تیم ایمنی بحران

فرآیند پرستاری برای تصمیم‌گیری در شرایط کمبود منابع

هدف

این فرآیند به پرستاران کمک می‌کند تا در شرایط بحرانی با محدودیت منابع (تجهیزات، دارو، نیروی انسانی یا امکانات تشخیصی و درمانی) تصمیم‌های اخلاقی، بالینی و اولویت‌محور اتخاذ کرده و به شکلی نظام‌مند و ایمن خدمات پرستاری را ارائه دهند.

دامنه کاربرد: این راهنما در کلیه شرایط بحرانی شامل بلایای طبیعی، جنگ، بیماری‌های همه‌گیر، ازدحام جمعیت، قطعی گسترده برق یا آب، حملات تروریستی، و سایر موقعیت‌هایی که منجر به کمبود منابع می‌شوند، قابل استفاده است. گروه هدف شامل:

- پرستاران بالینی
- سرپرستاران و سوپروایزرهای بحران
- پرستاران تیم تریاژ
- پرستاران تیم‌های اعزامی

اصول بنیادین

در شرایط بحران و کمبود منابع، تصمیم‌گیری پرستاری باید بر اساس اصول زیر انجام شود:

1. حفظ جان بیشترین افراد ممکن
2. برابری در برخورد با بیماران
3. پرهیز از مداخلات غیرضروری
4. تکیه بر شواهد و ابزارهای تریاژ علمی
5. مستندسازی حداقلی اما مؤثر و قانونی
6. ارتباط شفاف با تیم سلامت و خانواده‌ها
7. ملاحظات خواسته‌های فرمانده بحران

فرآیند تصمیم‌گیری پرستاری در کمبود منابع

1-شناسایی نوع کمبود

- منابع انسانی: کمبود پرستار، پزشک، یا تیم درمان
- تجهیزات: اکسیژن، ونتیلاتور، سرم، مانیتور، چست تیوب و..
- فضا: تخت بستری، اورژانس، ICU
- دارو: داروهای احیا، آنتی‌بیوتیک، آرام‌بخش
- امکانات وسایل حمل و نقل و اعزام

2- تریاژ پرستاری بر اساس وضعیت بیمار

- استفاده از ابزارهای تریاژ: START
- اولویت‌بندی بیماران:
 - سطح ۱: نیاز فوری به مداخله نجات‌دهنده زندگی
 - سطح ۲: وضعیت پایدار اما پرخطر
 - سطح ۳: پایدار و قابل انتظار
 - سطح ۴: فاقد شانس بقا با منابع موجود

تصمیم‌گیری بر اساس اولویت درمان

سطح بیمار	اقدام پرستاری	ملاحظات اخلاقی
سطح ۱	مراقبت فوری، استفاده از منابع کمیاب	نجات حداکثری
سطح ۲	مراقبت پشتیبان، پایش دقیق	آماده انتقال در صورت بهبود
سطح ۳	حداقل مداخله (observation)	صرفه‌جویی در منابع
سطح ۴	مراقبت تسکینی (Palliative)	حفظ کرامت بیمار

مداخلات پرستاری جایگزین و تطبیقی

- استفاده از ماسک‌های ساده اکسیژن در غیاب ونتیلاتور
- احیای دستی در نبود دستگاه CPR خودکار
- استفاده از فرم‌های کاغذی در غیاب سیستم HIS
- گروه‌بندی بیماران برای مراقبت همزمان (Clustered Care)
- استفاده از نیروی داوطلب آموزش‌دیده برای وظایف ساده تغذیه و بهداشت (feeding, hygiene)
- استفاده از مصدومان دچار صدمات خفیف برای برخی امور ساده غیر تخصصی

مدیریت ارتباطی در بحران

- اطلاع‌رسانی صادقانه به خانواده بیماران در مورد محدودیت‌ها
- ارتباط مداوم با پزشکان برای بازنگری اولویت‌ها
- ثبت حداقلی و متمرکز داده‌ها بر روی فرم‌های بحران
- هماهنگی با فرمانده پرستاری در HICS برای جابه‌جایی منابع

حمایت روانی از پرستار در فرآیند تصمیم‌گیری

- استقرار تیم مشاوره روان‌پرستاری برای پرسنل
- تشکیل جلسات کوتاه تخلیه روانی (Debriefing)
- ثبت و محافظت قانونی از تصمیمات سخت (در فرم بحران)
- عدم سرزنش فردی در تصمیمات سیستماتیک در بحران

مستندسازی ضروری در کمبود منابع

حداقل مواردی که باید ثبت شود:

- نام بیمار، کد شناسایی، علامت حیاتی اولیه
- اولویت تریاژ و تصمیم پرستاری
- داروهای تزریق شده و مداخلات حیاتی
- دلایل عدم انجام مداخلات کامل (در صورت کمبود منابع)
- امضا و نام پرستار ثبت کننده

الزامات اجرایی

- آموزش تیم پرستاری به طور سالانه در زمینه تصمیم گیری بحران
- تهیه دستورالعمل داخلی برای شرایط کمبود منابع
- اجرای مانورهای تمرینی تصمیم گیری بالینی در بحران
- تشکیل «کمیته اخلاق در بحران» در سطح بیمارستان یا شبکه

آمادگی پیش از بحران (Preparedness)

شامل آموزش، تجهیزات و برنامه ریزی برای ورود به بحران:

- آموزش های پایه و تخصصی مدیریت بحران و تریاژ در شرایط مصدومان انبوه برای پرستاران
- تمرین ها و مانورهای دوره ای
- چک لیست تجهیزات فردی پرستار (PPE، کیف کمک های اولیه، رادیو، چراغ پیشانی و...)
- تدوین برنامه عملکرد تیم پرستاری در بحران (از پیش تعیین شده)
- مشارکت در برنامه های ایمنی بیمارستان و جامعه (Community Emergency Plans & Hospital)

اصول اخلاقی و قانونی در پرستاری بحران

- حفظ کرامت انسانی بیماران در بحران
- رعایت عدالت در ارائه مراقبت در شرایط کمبود منابع
- تصمیم گیری در تریاژ اخلاقی (Ethical triage)
- مستندسازی دقیق برای پیشگیری از مشکلات حقوقی آینده
-

پیوست های پیشنهادی برای فرآیند پرستاری در بحران:

- فرم تریاژ پرستاری در بحران
- چک لیست تجهیزات فردی پرستار
- فرم ثبت عملکرد روزانه پرستار
- فرم ارزیابی روانی تیم پرستاری
- گواهی مشارکت پرستار در بحران

فرآیندهای مرتبط با ارتباطات پرستاری در بحران



فرآیند همکاری با نیروهای امدادی، پشتیبانی و فرماندهی بحران

اهداف

- تقویت هماهنگی بین پرستاران و نیروهای امدادی
- تسهیل تبادل اطلاعات با فرماندهی بحران
- ارتقاء سرعت و کیفیت پاسخ پرستاری در شرایط بحرانی
- حفظ انسجام عملکرد تیمی در محیط‌های پرتنش و پرخطر

دامنه کاربرد: این فرآیند ویژه پرستاران فعال در اورژانس، مراکز بحران، بیمارستان‌های صحرایی، تیم‌های واکنش سریع، مراکز درمانی موقت، و نقاهتگاه‌ها در حوادث انبوه و بحران‌های طبیعی یا انسان ساز است.

ساختار فرماندهی بحران (ICS)

پرستاران باید ساختار فرماندهی بحران را بشناسند:

- فرمانده حادثه (Incident Commander): هدایت کلی عملیات
 - افسر ایمنی، ارتباطات، اطلاعات عمومی: نقش نظارتی و حمایتی
 - بخش عملیات (Operations): شامل تیم‌های درمانی، تریاژ، حمل مصدوم و درمان میدانی
 - بخش لجستیک و پشتیبانی: تجهیزات، نیروی انسانی، تغذیه و حمل‌ونقل
 - بخش برنامه ریزی: جمع آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه و به روز رسانی برنامه اقدام، پیگیری وضعیت منابع، مستند سازی و تهیه گزارش، هماهنگی با سایر واحدها
- پرستاران معمولاً در بخش عملیات (به‌ویژه تیم درمان یا تریاژ) جای دارند و باید گزارش‌دهی خود را به سرپرست عملیات انجام دهند.

وظایف پرستار در تعامل با نیروهای امدادی، پشتیبانی و فرماندهی بحران

1- پیش از بحران (آمادگی):

- شرکت در آموزش‌ها و مانورهای مشترک با تیم‌های امدادی
- شناخت سلسله مراتب فرماندهی و مدیریت بحران
- شناخت روش‌های ارتباطات در شرایط بحران
- شناخت نقش‌ها و خطوط فرماندهی در منطقه عملیاتی
- آشنایی با علائم، کدها و زبان مشترک عملیات (مثلاً کد قرمز، نوار زرد، سیاه و...)

2- حین بحران:

- اجرای دستورات از مراجع بالادست (فرمانده عملیات یا سرپرست درمان)
- شرکت در جلسات Briefing میدانی پیش از شروع عملیات
- گزارش وضعیت بیماران، نیازهای درمانی و چالش‌ها به فرمانده درمان
- تعامل با نیروهای انتقال (امدادگران، اورژانس) برای تحویل یا تخلیه بیماران
- حفظ امنیت فردی طبق راهنمای افسر ایمنی

3-پس از بحران:

- شرکت در جلسه debriefing تیمی
- ارائه گزارش عملکرد و مستندسازی اقدامات
- مشارکت در ارزشیابی عملکرد تیم درمان

اصول ارتباط با نیروهای امدادی

- استفاده از زبان مشترک عملیات (کوتاه، دقیق، غیراحساسی)
- رعایت سلسله‌مراتب گزارش‌دهی
- همکاری در انتقال مصدومان، بدون تداخل در عملکرد دیگر تیم‌ها
- انعطاف‌پذیری و احترام متقابل در محیط‌های پرتنش

مستندسازی

- ثبت اقدامات انجام‌شده در هماهنگی با امدادگران
- ثبت زمان، محل، نام و رتبه فرد دریافت‌کننده گزارش
- ثبت نیازهای اعلام‌شده به فرماندهی و پاسخ دریافت‌شده

ساختار ارتباطی

نقش پرستاری	ارتباط مستقیم با	ابزار ارتباطی
سرپرستار بخش	مسئول عملیات بحران	بی‌سیم، فرم روزانه، پیام اضطراری
پرستار تریاژ	تیم اورژانس پیش‌بیمارستانی	کارت انتقال بیمار، گزارش شفاهی
مدیر پرستاری	فرمانده لجستیک	جلسه روزانه HICS، فرم‌های درخواست کتبی
پرستار بخش ویژه	مسئول امنیت بیمارستان	تلفن اضطراری، گزارش مکتوب

ابزارها و چک‌لیست‌های کمکی

ابزار	کاربرد
فرم ثبت درخواست تجهیزات	پیگیری منابع موردنیاز از لجستیک
کارت تحویل بیمار	انتقال اطلاعات دقیق به تیم اورژانس یا تریاژ
چک‌لیست هماهنگی روزانه	بررسی میزان هماهنگی، نیازهای باز، و گزارش عملکرد
نقشه فرماندهی بحران	نمایش جایگاه هر واحد و مسیرهای ارتباطی پیشنهادی

چالش‌های رایج و راهکارهای پیشنهادی

چالش	راهکار پیشنهادی
تداخل نقش‌ها و سردرگمی	استفاده از کارت شناسایی نقش و جلسات هماهنگی شیفیتی
تأخیر در تأمین تجهیزات	اولویت‌بندی درخواست‌ها، استفاده از فرم استاندارد نیازمندی
ازدحام بیش از حد در ورودی‌ها	درخواست استقرار نیروی امنیت برای نظم و کنترل مسیرها
قطع ارتباطات دیجیتال	استفاده از پیام‌رسان‌های بی‌سیم و فرم‌های کاغذی اضطراری

آموزش‌ها و آمادگی‌های لازم

- آموزش تیم پرستاری در ساختار HICS و عملکرد بین‌بخشی
- مانور مشترک بین تیم پرستاری، امداد، لجستیک و امنیت حداقل هر ۶ ماه
- تمرین استفاده از فرم‌های استاندارد ارتباطی
- آموزش استفاده از تجهیزات بی‌سیم یا روش‌های جایگزین در قطع فناوری

فرآیند پرستاری ارتباط موثر با خانواده بیماران و جامعه در بحران

اهداف

- برقراری ارتباط روشن، همدلانه و دقیق با خانواده بیماران
- کاهش اضطراب و سردرگمی در جامعه از طریق اطلاع‌رسانی صحیح
- حمایت روانی اولیه از خانواده‌های آسیب‌دیده
- افزایش مشارکت جامعه در رعایت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

دامنه کاربرد: این فرآیند برای کلیه پرستاران فعال در بیمارستان‌ها، مراکز موقت درمانی، نقاهتگاه‌ها، اردوگاه‌های بحران، تیم‌های اعزامی سلامت و مراکز سلامت جامعه در شرایط بحران طبیعی، انسانی یا اپیدمی طراحی شده است.

اصول کلیدی ارتباط با خانواده بیماران و جامعه

1- صداقت و شفافیت

- ارائه اطلاعات به‌روز، واقعی و متناسب با شرایط
- پرهیز از پنهان‌کاری یا وعده‌های غیرواقعی

2- همدلی و احترام

- گوش دادن فعال به نگرانی‌های خانواده و جامعه
- استفاده از لحن آرام، محترمانه و مراقبتی

3- ساده‌سازی اطلاعات پزشکی

- ترجمه اصطلاحات پزشکی به زبان ساده و قابل درک برای خانواده‌ها
- استفاده از ابزارهای کمک‌رسان (بروشور، پوستر، اینفوگرافی)

4- حفظ حریم خصوصی

- رعایت رازداری اطلاعات بیمار هنگام صحبت با خانواده
- اطمینان از رضایت بیمار (در صورت هوشیاری) برای انتقال اطلاعات

اقدامات عملی پرستار

1- هنگام بستری یا تریاژ

- معرفی خود و تیم درمان به خانواده
- توضیح روند پذیرش، درمان و پیگیری
- دریافت اطلاعات تماس و نماینده خانواده برای ارتباط منظم
- پاسخگو بودن در رابطه با سوالات و ابهامات خانواده
- معرفی واقعی امکانات مرکز درمانی

2- هنگام بدتر شدن وضعیت بیمار

- اطلاع‌رسانی سریع و صادقانه به خانواده درباره تغییرات بالینی
- آماده‌سازی روانی خانواده برای تصمیمات مهم (ارجاع، احیای قلبی، فوت)
- ارجاع خانواده به تیم روان‌پرستاری یا مددکار در صورت نیاز

3- در زمان فوت یا حوادث تلخ

- اطلاع‌رسانی با رعایت احترام، همراهی عاطفی و حضور در کنار خانواده
- همکاری با تیم روان‌درمانی و مددکاری برای حمایت پس از حادثه

4- ارتباط با جامعه

- حضور فعال پرستار در کمپ‌ها، مدارس، مساجد و مراکز اسکان برای آموزش بهداشت و آرام‌سازی جمعیت
- استفاده از زبان محلی و فرهنگ‌پذیری در مناطق خاص
- پاسخ‌گویی به سؤالات عمومی مردم درباره خدمات درمانی

5- مستندسازی

- ثبت گفت‌وگوهای کلیدی با خانواده در پرونده بیمار
- مستندسازی آموزش‌های ارائه‌شده به جامعه
- ثبت مداخلات روان‌پرستاری یا ارجاع به تیم حمایت

6- آموزش‌های ضروری برای پرستاران

- مهارت‌های گفت‌وگو در بحران (Crisis Communication)
- روانشناسی پایه خانواده در بحران
- تکنیک‌های حمایت روانی اولیه (PFA)
- فرهنگ‌سازی و احترام به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی

فرآیند پرستاری استفاده از سیستم‌های ساده ارتباطی در شرایط قطع فناوری

اهداف

- حفظ جریان ارتباط مؤثر بین پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت در شرایط قطع فناوری
- تسهیل تبادل اطلاعات حیاتی (وضعیت بیماران، نیاز به کمک، هشدارهای ایمنی)
- جلوگیری از سردرگمی، دوباره‌کاری یا خطاهای درمانی ناشی از نبود ارتباط الکترونیک
- ملاحظات امنیتی در گفتگوها و ارتباطات در رابطه با نشت اطلاعات

دامنه کاربرد: این فرآیند در شرایط بحران گسترده با قطع زیرساخت‌های ارتباطی مانند بیمارستان‌های صحرایی، اردوگاه‌های اسکان اضطراری، نقاهتگاه‌ها، مراکز درمانی در مناطق دورافتاده یا صحنه‌های حادثه قابل استفاده است.

انواع سیستم‌های ساده ارتباطی پیشنهادی

1- ارتباط رادیویی (بی‌سیم)

- استفاده از بی‌سیم‌های دستی VHF/UHF با کانال اختصاصی پرستاری
- آموزش کدهای استاندارد (مثلاً: «کد آبی = ایست قلبی»، «کد ۷۰ = نیاز به آمبولانس»)
- رعایت نوبت در ارسال پیام، شروع با فراخوان هویت (مثلاً: «پرستار ۲ به تریاژ، پیام را دریافت کردید؟»)

2- ارتباط مکتوب (نوشتاری دستی)

- استفاده از فرم‌های استاندارد کاغذی برای تبادل اطلاعات حیاتی (مشابه SBAR)
- تعیین مسیر مشخص تحویل پیام‌ها (مثلاً بین ایستگاه پرستاری و داروخانه)
- استفاده از تخته‌های اطلاع‌رسانی عمومی (برای شیفت‌ها، هشدارها، برنامه‌ریزی)

3- علائم دستی و بصری

- استفاده از چراغ‌های رنگی، پرچم یا تابلوهای ساده برای انتقال سریع پیام‌ها (مثلاً چراغ قرمز = نیاز فوری، پرچم زرد = وضعیت پایدار)
- آموزش علائم دستی (مثلاً دست بالا = نیاز به کمک، ضربه روی سینه = مشکل تنفسی بیمار)

وظایف پرستار در استفاده از سیستم‌های جایگزین

شرح	وظیفه
آشنایی کامل با تجهیزات و کدهای مورد استفاده پیش از بحران	آمادگی
استفاده سریع، درست و بدون ابهام از ابزارهای جایگزین هنگام قطع فناوری	اجرا
پیروی از سلسله‌مراتب ارتباطی (چه کسی به چه کسی پیام می‌دهد)	هماهنگی
ثبت پیام‌های ارسالی و دریافتی در فرم‌های ثبت وقایع بحرانی	مستندسازی

الزامات اجرایی

- نصب سیستم رادیویی آماده‌به‌کار با باتری پشتیبان
- تأمین فرم‌های مکتوب از پیش چاپ‌شده (SBAR) اضطراری، لیست بیماران، فرم نیاز به تجهیزات
- نصب علائم و کدهای ارتباطی در محل‌های مشخص
- آموزش عملی سالانه تیم پرستاری برای استفاده از روش‌های جایگزین ارتباطی

فرآیند پرستاری ارتباط موثر با تیم سلامت در شرایط بحران

اهداف

- تسهیل هماهنگی بین اعضای تیم سلامت
- کاهش سردرگمی و تکرار در اقدامات درمانی
- ارتقاء ایمنی بیمار از طریق انتقال دقیق اطلاعات
- بهبود پاسخ جمعی تیم در شرایط اضطراری و پر ازدحام
- بهبود فرایند مدیریت پذیرش، درمان و ترخیص بیماران

دامنه کاربرد: این راهنما ویژه پرستاران شاغل در اورژانس‌ها، مراکز بحران، بیمارستان‌های صحرایی، تیم‌های سیار درمانی و مراکز سلامت در حوادث انبوه طراحی شده است.

اصول ارتباط در بحران

1- شفافیت

- استفاده از جملات کوتاه، صریح و علمی
- پرهیز از اصطلاحات مبهم یا چندمعنا

2- سرعت همراه با دقت

- انتقال سریع اطلاعات حیاتی بیمار (مثلاً: فشار خون، سطح هوشیاری، داروهای داده شده)

3- احترام متقابل

- حفظ احترام متقابل بین اعضای تیم حتی در شرایط پرتنش
- رعایت سلسله مراتب درمانی همراه با رویکرد مشارکتی

4- استفاده از ابزارهای استاندارد

- استفاده از مدل های ارتباطی مانند SBAR برای گزارش بیمار

اقدامات کلیدی پرستار در ارتباط تیمی

1- در هنگام تریاژ و پذیرش بیمار

- اطلاع رسانی فوری به پزشک در صورت موارد بحرانی
- ثبت دقیق شرح حال و علائم حیاتی برای انتقال به تیم درمانی

2- هنگام تغییر وضعیت بیمار

- اعلام سریع تغییر وضعیت بیمار به پزشک و تیم CPR در صورت نیاز
- اطلاع رسانی درباره اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار

3- هنگام انتقال بیمار

- انتقال دقیق اطلاعات بیمار به تیم گیرنده (در اورژانس، ICU یا مراکز ارجاعی)

4- در جلسات سریع تیمی

- شرکت فعال در Briefing/De-briefing تیمی
- ارائه گزارش های کوتاه و مفید درباره وضعیت بیماران تحت مراقبت

5- مستندسازی

- ثبت دقیق تمامی اطلاعات منتقل شده، زمان گزارش، پاسخ پزشک یا تیم
- استفاده از چک لیست های ارتباط تیمی در مراکز بحران
- استفاده از فرم های SBAR برای تحویل بیمار

6- آموزش و توانمندسازی

- آموزش مکرر پرستاران در حوزه «ارتباط بین حرفه ای»
- تمرین شبیه سازی بحران برای تقویت ارتباطات تیمی
- آموزش زبان بدن، لحن مناسب، و ارتباط غیرکلامی در بحران

فرآیندهای مرتبط با پایان بحران و بازیابی



فرآیند پرستاری پیگیری برای بیماران حادثه دیده پس از بحران

هدف

ارائه راهنمایی جامع برای پرستاران در خصوص انجام مراقبت‌های پیگیری (Follow-up Care) از بیماران آسیب‌دیده پس از وقوع بحران، با هدف کاهش عوارض ثانویه، پیشگیری از اختلالات روانی-جسمی، و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران.

دامنه کاربرد: این فرآیند برای تمامی پرستارانی که در ارائه مراقبت پس از بحران مشارکت دارند طراحی شده و قابل استفاده در:

- مراکز درمانی بیمارستانی
- مراکز بهداشت و درمان اولیه
- نقاهتگاه‌ها
- کلینیک‌های سیار و تیم‌های سلامت اعزامی
- سیستم‌های مراقبت در منزل
- مددکاران اجتماعی

تعاریف کلیدی

- **مراقبت پیگیری:** مراقبتی که پس از تخلیه اضطراری یا ترخیص اولیه از بحران جهت پایش، درمان عوارض و توانبخشی ارائه می‌شود.
- **عوارض دیررس:** پیامدهای جسمی، روانی یا اجتماعی که بعد از اتمام بحران در بیمار بروز یا تشدید می‌یابد
- **ارجاع ثانویه:** انتقال بیمار به مراکز تخصصی در صورت نیاز به خدمات ویژه یا پیشرفته

اصول اجرایی مراقبت‌های پیگیری پرستاری

1. اولویت‌دهی به بیماران با آسیب‌های شدید یا شرایط خاص (کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران مزمن)
2. ایجاد سیستم فراخوان بیماران برای ویزیت مجدد از طریق سامانه پیامکی یا تماس
3. ثبت کلیه مراقبت‌ها در پرونده پیگیری بیمار (حتی در نقاهتگاه‌ها یا مراکز سیار)
4. هماهنگی با پزشک معالج، روان‌شناس، فیزیوتراپیست و مددکار اجتماعی
5. ارجاع سریع به مراکز تخصصی در صورت مشاهده علائم هشدار
6. استفاده از ظرفیت مرکز مشاوره پرستاری

اجزای کلیدی مراقبت پیگیری برای بیماران حادثه‌دیده

محور مراقبتی	محتوای خدمات	زمان‌بندی
ارزیابی جسمی	معاینه مجدد زخم‌ها، ارزیابی درد، پیگیری ترمیم شکستگی یا سوختگی، بررسی علائم عفونت	طی 48-72 ساعت پس از ترخیص، سپس برحسب نیاز
مراقبت‌های روانی	غریبالگری اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، افسردگی، اضطراب، مشاوره فردی یا گروهی	اولین تماس طی یک هفته اول، سپس جلسات پیوسته
آموزش به بیمار و خانواده	آموزش در مورد مصرف دارو، تعویض پانسمان، نشانه‌های هشداردهنده، تغذیه مناسب، خودمراقبتی	در زمان ترخیص و مراجعات پیگیری
توانبخشی و فیزیوتراپی	پیگیری دامنه حرکتی، قدرت عضلانی، آموزش تمرینات ساده	طی هفته اول آغاز و متناسب با نیاز ادامه یابد
ارزیابی عوارض دارویی	پیگیری عوارض داروهای مسکن، آنتی‌بیوتیک یا داروهای اعصاب	در هر ملاقات پیگیری
پیگیری خدمات اجتماعی	ارجاع به مددکار اجتماعی، بررسی نیازهای مسکن، مالی، حمایت خانوادگی	حداقل یک بار در سه هفته اول

علائم هشداردهنده برای پیگیری فوری

- تب بالای 38.5 درجه یا نشانه‌های عفونت زخم
- درد یا تورم فزاینده در اندام آسیب‌دیده
- ادامه خونریزی
- علائم استرس روانی شدید یا خودآزاری
- کاهش هوشیاری یا تشنج جدید
- علائم قلبی (تنگی نفس، درد قفسه سینه)
- عدم تطابق دارویی یا مسمومیت دارویی

مستندسازی: ثبت کلیه اقدامات، یافته‌ها، آموزش‌ها و ارجاع‌ها در قالب فرم پیگیری پرستاری در بحران ضروری است. مستندسازی باید:

- به زبان ساده و خوانا
- با تاریخ و ساعت دقیق
- با امضای پرستار مسئول
- بدون حذف یا اصلاح غیرمجاز

چالش‌ها و راهکارهای اجرایی

چالش	راهکار پیشنهادی
عدم همکاری بیماران در مراجعات پیگیری	آموزش در ترخیص + تماس پیگیری تلفنی
کمبود نیروی پرستاری	استفاده از پرستاران داوطلب آموزش‌دیده
کمبود تجهیزات و فضا	راه‌اندازی کلینیک‌های سیار یا تیم‌های ویزیت خانگی
عدم ارجاع بین‌بخشی	تعیین یک "نقطه کانونی" هماهنگی در تیم پرستاری

آموزش پرستاران جهت مراقبت پیگیری

- نحوه شناسایی عوارض جسمی و روانی دیررس
- مهارت‌های ارتباط مؤثر با بیمار در پیگیری
- روش‌های آموزش مجازی به بیمار و خانواده
- آشنایی با فرآیند ارجاع و ثبت اقدامات
- آموزش مستندسازی درست و حقوقی پیگیری
- شناخت حمایت‌های اجتماعی در دسترس بیمار

فرآیند پرستاری ارائه گزارش نهایی و درس آموخته‌ها پس از بحران

هدف

این راهنما با هدف تبیین چارچوبی مشخص و ساختاریافته برای تهیه و ارائه گزارش نهایی عملکرد تیم پرستاری پس از وقوع بحران تدوین شده است. این گزارش نه تنها ابزار ثبت رسمی اقدامات انجام‌شده است، بلکه بستری برای مستندسازی تجربیات، تحلیل نقاط قوت و ضعف و استخراج درس‌آموخته‌ها جهت آمادگی بهتر برای بحران‌های آتی فراهم می‌سازد.

دامنه کاربرد: مورد استفاده برای:

- سرپرستاران و مدیران پرستاری در بیمارستان‌ها
- مسئولان تیم‌های پرستاری اعزامی
- واحدهای فرماندهی بحران در مراکز درمانی
- مسئولان آموزش و برنامه‌ریزی پرستاری
- مسئولان نظام سلامت

تعاریف کلیدی

- گزارش نهایی: سند رسمی که عملکرد، چالش‌ها، و نتایج اقدامات تیم پرستاری در بحران را به‌طور جامع منعکس می‌کند.
- درس‌آموخته‌ها: آموخته‌های کلیدی مبتنی بر تجربه که می‌توانند در بهبود آمادگی و پاسخ در بحران‌های آتی مؤثر باشند
- **After Action Report (AAR):** چارچوب استاندارد بین‌المللی برای نگارش گزارش‌های پس از بحران با تمرکز بر تحلیل عملکرد و اصلاح‌پذیری

اجزای گزارش نهایی تیم پرستاری

الف) اطلاعات پایه

- نوع بحران (جنگ، زلزله، حادثه صنعتی، اپیدمی، ازدحام جمعیت و...)
- تاریخ و ساعت شروع و پایان پاسخ پرستاری
- موقعیت جغرافیایی و نام مرکز درمانی
- ترکیب تیم پرستاری اعزام‌شده یا فعال
- میزان حضور در شیفت‌ها و ساعات خدمت

ب) اقدامات انجام‌شده

- تریاژ بیماران: تعداد و طبقه‌بندی بیماران
- مراقبت‌های بالینی: نوع خدمات ارائه‌شده
- ارتباطات بین‌بخشی: با کدام واحدها در تعامل بوده‌اند
- ارجاعات انجام‌شده (داخل و خارج مرکز)
- فعالیتهای آموزشی، روان‌پرستاری و پشتیبانی

ج) چالش‌ها و محدودیت‌ها

- منابع انسانی ناکافی
- کمبود تجهیزات یا دارو
- ارتباطات ناکارآمد
- فرسودگی شغلی نیروها
- مشکلات لجستیکی یا امنیتی
- نبود رویکرد و الزامات تحقیقاتی

د) نقاط قوت تیم پرستاری

- همکاری تیمی

- سرعت تریاژ
 - آمادگی روانی
 - مستندسازی مناسب
 - مهارت بالینی بالا در شرایط بحرانی
- ه) نقاط قابل بهبود

- نیاز به آموزش بیشتر در حوزه خاص (مثلاً CBRNE)
- ضعف در ارتباط با تیم فرماندهی
- ناهماهنگی در ثبت داده‌ها
- نبود تجهیزات قابل حمل

و) درس‌آموخته‌های کلیدی

- برنامه‌ریزی دقیق نیروی انسانی باعث کاهش خستگی و خطا شد
- استفاده از چک‌لیست‌ها سرعت تریاژ را بهبود داد
- پشتیبانی روانی تیم‌ها فرسودگی را کاهش داد
- ارتباط مستقیم با لجستیک در کاهش تأخیرهای تجهیز مؤثر بود
- جلسات debriefing سریع پس از هر شیفت موجب یادگیری مستمر شد

نحوه تدوین گزارش نهایی

گام	فعالیت	مسئول
۱	تشکیل تیم تدوین (سرپرستار، کارشناس آموزش، مسئول بحران)	سرپرستار
۲	گردآوری اطلاعات مستند از فرم‌ها، گزارش‌ها، چک‌لیست‌ها	کارشناس مستندسازی
۳	تهیه پیش‌نویس گزارش طبق قالب استاندارد	کارشناس بحران
۴	مرور و اصلاح گزارش با مشارکت تیم پرستاری	سرپرستار
۵	تأیید نهایی و ارسال به مدیریت بحران و آموزش	مدیریت پرستاری

ابزارهای کمکی

- فرم ثبت درس‌آموخته‌ها
- چک‌لیست ارزیابی مدیران پرستاری در بحران

فرآیند بازسازی منابع انسانی و فیزیکی پس از بحران

هدف

راهنمایی تیم‌های پرستاری، مدیران بحران و مسئولان سلامت برای بازسازی و بازیابی سریع منابع انسانی و فیزیکی پرستاری پس از وقوع بحران‌ها یا بلایای طبیعی طراحی شده است. این اقدام نقش کلیدی در احیای ظرفیت مراقبتی بیمارستان‌ها و مراکز سلامت دارد.

دامنه کاربرد: قابل استفاده در سطوح زیر:

- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی آسیب‌دیده
- مراکز مدیریت بحران سلامت
- شبکه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تیم‌های عملیاتی و پشتیبانی پرستاری

تعاریف

- منابع انسانی پرستاری: شامل پرستاران، بهیاران، کمک‌پرستاران و نیروی پشتیبانی مرتبط
- منابع فیزیکی پرستاری: شامل فضاهای مراقبتی (بخش‌ها)، تجهیزات مصرفی و سرمایه‌ای، تخت‌ها، ابزار کمک‌تنفسی، وسایل احیا، ایستگاه پرستاری
- بازسازی: کلیه فعالیت‌های تعمیر، تجهیز، جایگزینی و بازیابی منابع برای بازگشت به سطح عملکرد پیش از بحران یا بهتر از آن

اصول راهبردی بازسازی منابع پرستاری

- اولویت‌بندی بر اساس شدت آسیب و میزان نیاز مراقبتی
- حفظ کرامت و انگیزه منابع انسانی
- مستندسازی دقیق آسیب‌ها و منابع از بین رفته
- هماهنگی بین بخشی با مدیریت، تدارکات، آموزش و بهداشت روان
- بازسازی به‌موقع برای جلوگیری از فرسودگی پرسنل باقیمانده

مراحل بازسازی منابع انسانی

مرحله اول: ارزیابی اولیه

- شناسایی پرسنل آسیب‌دیده، فوت‌شده یا مفقود
- برآورد تعداد پرسنل در دسترس، وظایف قابل اجرا
- مستندسازی شرایط جسمی و روانی پرسنل موجود

مرحله دوم: جایگزینی فوری

- درخواست اعزام پرستاران داوطلب یا نیروی پشتیبان از مراکز دیگر
- استفاده از پرسنل بازنشسته، داوطلب و نیروهای موقت (با آموزش کوتاه)

- تنظیم جدول شیفت‌بندی جدید با رعایت اصول ایمنی

مرحله سوم: بازیابی و حمایت روانی

- ارزیابی سلامت روان پرسنل درگیر
- فراهم‌سازی جلسات Debriefing و روان‌درمانی گروهی
- تشویق و حمایت انگیزشی (پاداش، مرخصی، تقدیرنامه)

مرحله چهارم: آموزش تکمیلی

- برگزاری دوره‌های کوتاه‌مدت مهارت‌های بحرانی (BLS، تریاژ، مدیریت بحران، تروما، CBRN)
- توانمندسازی نیروهای جدید و کم‌تجربه
- مستندسازی صلاحیت نیروها برای پاسخ آتی
- برنامه ریزی تامین نیروی انسانی لازم برای آینده

مراحل بازسازی منابع فیزیکی

الف) فضاها و زیرساخت‌ها

- ارزیابی تخریب ایستگاه پرستاری، بخش‌ها، رختکن، انبار و اتاق احیا
- ارزیابی نواقص و آسیب پذیری قبلی سازه ها و عدم توجه به اصول پدافند غیر عامل
- اولویت‌بندی فضاهای مراقبتی برای بازسازی
- استفاده از فضاهای جایگزین موقت (کانکس، چادر، ساختمان‌های امن)
- نظارت بر ایمنی سازه‌ای بازسازی‌شده

ب) تجهیزات مصرفی و سرمایه‌ای

- فهرست تجهیزات از بین رفته یا آسیب‌دیده
- اولویت‌بندی اقلام حیاتی پرستاری (ماسک، سرنگ، دارو، پانسمان، لوله‌ها و...)
- درخواست پشتیبانی از انبار دانشگاه یا وزارت بهداشت
- شناسایی خیرین یا نهادهای حمایتی جهت تأمین تجهیزات

ج) سامانه‌های اطلاعاتی

- بازگرداندن سیستم مستندسازی (الکترونیک یا دستی)
- تأمین فرم‌های کاغذی در صورت عدم دسترسی به HIS
- آموزش پرسنل در خصوص مستندسازی در شرایط بحرانی

جدول نمونه اقدامات بازسازی

نوع منبع	اقدام فوری	اقدام میان مدت	مسئول
منابع انسانی	اعزام نیروی کمکی	آموزش نیروهای جدید	سرپرستار + مدیر پرستاری
تجهیزات مصرفی	تأمین کیت اضطراری	خرید مجدد از منابع دانشگاه	مسئول تدارکات پرستاری
فضای ایستگاه	راه اندازی کانکس	تعمیر ایستگاه اصلی	امور فنی + مدیریت پرستاری
حمایت روانی	مشاوره اولیه	برنامه مداخلات گروهی	کارشناس سلامت روان

مسئولیت‌ها

- سرپرستار بحران: ارزیابی منابع انسانی و ثبت نیاز
- مدیر پرستاری مرکز: هماهنگی جذب و بازسازی منابع
- واحد پشتیبانی: تأمین اقلام و زیرساخت‌ها
- تیم سلامت روان: حمایت پرسنل آسیب‌دیده
- مسئول تدارکات دانشگاه: پشتیبانی لجستیکی در سطح بالا

منابع:

1. Tintinalli's Emergency Medicine Manual, 2023.
2. WHO Field Guide on Crush Injury, 2021.
3. Clinical Practice Guidelines – Renal Association UK, 2022.
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Clinical Guidelines 2023.
5. Tintinalli's Emergency Medicine Manual. 2022 .
6. WHO Field Guide for Mass Casualty Management. 2021.
7. UpToDate: Compartment Syndrome Clinical Overview, 2024.
8. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Manual, 2023.
9. Emergency Nursing Core Curriculum, ENA, 2022
10. WHO Mass Casualty Field Manual, 2021
11. UpToDate: Penetrating Chest Trauma Clinical Guidelines, 2024
12. HICS Guidebook – California Emergency Medical Services Authority.2020.
13. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies.2024.
14. WHO: Hospital Preparedness for Emergencies and Disasters.2023.
15. WHO: Nursing Roles in Emergency and Disaster Response.2024.
16. ICN Disaster Nursing Competencies (2023
17. AHA Guidelines for BLS (2020)
18. WHO: Mass Casualty Management Systems2023
19. CDC & WHO CBRNE Response Guides.2020
20. World Health Organization (WHO). "Infection Prevention and Control in Emergencies."2024
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Infection Control in Disasters."2020
22. International Council of Nurses (ICN). Emergency Nursing Protocols.2020
23. Sphere Handbook (Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response).2023
24. Up to Date: Emergency Infection Control.2025.
25. WHO: Health Records in Emergency Settings.2018.
26. Hospital Incident Command System (HICS) Forms Manual.2022.
27. ICN Guidelines on Documentation in Emergencies.2023.
28. Hospital Incident Command System (HICS) Manual – U.S. FEMA.2023
29. WHO Self-care Strategies for Health Workers during Emergencies. .2022.
30. ICN Guidelines on Mental Health of Nurses in Disasters. .2018.
31. Psychological First Aid (PFA) – IFRC & WHO. .2023.
32. دستورالعمل اورژانس وزارت بهداشت، نسخه بحران، ۱۴۰۲
33. دستورالعمل ترومای اندام – وزارت بهداشت ایران، ۱۴۰۲
34. راهنمای بالینی اورژانس ترومای قفسه سینه – وزارت بهداشت ایران، ۱۴۰۲
35. راهنمای سرپرستی در بحران – سازمان مدیریت بحران ایران
36. راهنمای مراقبت بیماران دیالیزی – انجمن نفرولوژی ایران
37. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل‌های مراقبت بیماران دیالیزی
38. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل‌های مراقبت ویژه زنان باردار
39. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل‌های مراقبت ویژه سالمندان
40. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل‌های مراقبت ویژه نوزادان
41. وزارت بهداشت، دفتر پرستاری – دستورالعمل مراقبت از بیماران سوختگی
42. دستورالعمل تنفس اضطراری وزارت بهداشت

43. دستورالعمل HICS وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (آخرین نسخه)
44. راهنمای پرستاری بحران وزارت بهداشت (۱۴۰۲)
45. سازمان امداد و نجات هلال احمر ایران
46. دستورالعمل کیف بحران پرستاری دانشگاه تهران (نمونه پایلوت)
47. راهنمای ساختار فرماندهی بحران HICS ایران
48. راهنمای ارزیابی سلامت شغلی پرستاران در بحران - وزارت بهداشت ایران
49. تجارب آموزشی مانورهای واقعی (اربعین، سیل لرستان، زلزله کرمانشاه)

پیوست شماره 1:

چکلیست پایش 6PS پایش خطر سندرم کمپارتمان

تاریخ	ساعت	اندام درگیر	درد (Pain)	رنگ پیریگی (Pallor)	نبض (Pulselessness)	پارستزی (Paresthesia)	فلجی (Paralysis)	دما/سرمای (Poikilothermia)	اقدامات انجام شده	امضا پرستار
			دارد/ندارد	دارد/ندارد	طبیعی/ضعیف/بدون	ثابت/ندارد	دارد/ندارد	طبیعی/سرد		

نکات مهم:

- چکلیست باید هر 1 تا 2 ساعت در بیماران در معرض خطر تکمیل شود.
- در صورت مشاهده هرگونه علامت هشداردهنده (مثلاً درد شدید، بی حسی یا کاهش نبض)، باید بلافاصله پزشک مطلع شود.
- در فاز حاد، پایش می تواند هر 15 تا 30 دقیقه انجام شود.
- دمای اندام را با لمس مقایسه ای با اندام سالم بررسی کنید

پیوست شماره 2:

فرم ثبت ارتباط پرستاری در شرایط بحران الگوی (SBAR)

کد فرم:

مشخصات پرستار:

ساعت:

تاریخ:

S وضعیت فعلی (Situation)

شماره تخت/مکان:

نام بیمار:

وضعیت عمومی بیمار: بیهوش افت فشار تشنج خونریزی درد شدید شوک سایر:

B پیشینه (Background)

- علت بستری/حادثه:
- سابقه بیماری مهم:
- داروهای مصرفی/حساسیت دارویی:

A ارزیابی (Assessment)

- علائم حیاتی اخیر (در صورت امکان): فشار خون: نبض: تنفس: درجه حرارت:
- ملاحظات پرستاری:
- تغییرات ناگهانی:

R پیشنهاد/درخواست (Recommendation)

- ارجاع فوری به پزشک
 - انتقال به بخش دیگر
 - درخواست دارو / سرم / مداخله
 - درخواست کمک اضطراری (اعزام آمبولانس/تیم احیاء)
- شرح درخواست:

نام فرد دریافت کننده گزارش:

امضای پرستار گزارش دهنده

ساعت دریافت :

نکات اجرایی:

- فرم در دو نسخه نوشته شود: یکی در ایستگاه پرستاری بایگانی شود، دیگری تحویل مقصد/مسئول دریافت.
- در پایان شیفت، تمام فرمها اسکن یا مستندسازی شوند.

پیوست شماره 4:

چک لیست ایمنی و آمادگی پرستاری در بحران

این چک لیست جهت بررسی وضعیت ایمنی و آمادگی پرستاری در شرایط بحران طراحی شده است و مسئول هر بخش نماید تکمیل را آن هفتگی/روزانه صورت به است موظف بخش موظف است آن را بصورت روزانه / هفتگی تکمیل نماید.

ردیف	موارد بررسی	وضعیت (بل/خیر)	توضیحات/ اقدامات اصلاحی
۱	وجود و به روزرسانی طرح واکنش در شرایط اضطراری در بخش		
۲	برگزاری مانور بحران در 6 ماه گذشته		
۳	تجهیزات اورژانسی (آمبویگ، مانیتور علائم حیاتی، ساکشن) در دسترس می باشد.		
۴	کپسول آتش نشانی در دسترس و سرویس شده است.		
۵	تجهیزات حیاتی متصل به منابع برق اضطراری (ژنراتور/UPS)		
۶	شناسایی بیماران پرخطر (ICU, Dialysis, NICU) برای تخلیه اضطراری		
۷	مسیرهای تخلیه اضطراری مشخص و علامت گذاری شده اند.		
۸	لیست شماره تماس اضطراری (مدیریت بحران، آتش نشانی، نگهبانی) در بخش نصب شده است.		
۹	آموزش تیم پرستاری در زمینه CPR و مدیریت بحران		
۱۰	ثبت گزارش روزانه ایمنی توسط سرپرستار بخش		

پیوست 5:

چک لیست تجهیزات اضطراری پرستاری

مشخصات بخش

نام بیمارستان: نام بخش: تاریخ بازبینی: مسئول تکمیل چک لیست:

دارو و تجهیزات حیاتی و آماده سازی

ردیف	تجهیزات	تعداد موجود	وضعیت (خوب/معیوب)	نیاز به تکمیل/تعویض	توضیحات
۱	آمبو بگ (Adult/Child)				
۲	مانیتور علائم حیاتی				
۳	ساکشن دستی و برقی				
۴	کپسول اکسیژن + ماسکها				
۵	سرم و ست های تزریق				
۶	انواع سرنگ، آنژیوکت، چسب، پنبه الک				
۷	داروهای اضطراری (آدرنالین، دیازپام، مورفین و...)				
۸	دستگاه ECG و الکترودها				
۹	برانکارد و ویلچر				
۱۰	وسایل حفاظت فردی (ماسک، دستکش، شیلد، گان)				
۱۱	چراغ قوه و باتری یدک				
۱۲	کیت های اورژانس کوچک (Trauma Kit, Burn Kit)				
13	تجهیزات تخلیه اضطراری (نقاله، طناب، برانکارد قابل تاشو)				

نکات اجرایی

- این چک لیست باید هفته ای یکبار یا پیش از هر مانور بحران توسط سرپرستار یا سوپروایزر بررسی شود.
- هر مورد معیوب یا کمبود باید بلافاصله گزارش و تأمین شود.
- بهتر است یک نسخه چاپی در کابینت تجهیزات اضطراری بخش نصب شود.

پیوست 6:

فرم تریاژ بیماران در بحران

این فرم جهت دستبندی سریع بیماران در شرایط بحران **Mass Casualty Incident** توسط پرستار طراحی شده است.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن/جنس	علائم حیاتی				سطح هوشیاری GCS	مشاهدات بالینی کلیدی	رده تریاژ سبز/ زرد/ قرمز/ سیاه	نام و امضای پرستار
			HR	BP	RR	SPO2				
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										

پیوست 7:

فرم گزارش عملکرد تیم پرستاری پس از بحران

مشخصات کلی: نام بیمارستان: تاریخ وقوع بحران: ساعت شروع: ساعت پایان:

نوع بحران: ☐ آتش سوزی ☐ زلزله ☐ بیماری واگیر ☐ ازدحام بیماران ☐ قطع برق/آب ☐ سایر:

سرپرست تیم پرستاری: تعداد کل پرستاران حاضر: نفر

1- وضعیت نیروی انسانی (کل کادر پرستاری)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	بخش محل خدمت	ساعت شروع فعالیت	ساعت پایان فعالیت	توضیحات

2- اقدامات انجام شده

ردیف	اقدام پرستاری انجام شده	تعداد بیماران تحت پوشش	نتیجه/خروجی	پرستار مسئول

3- مشکلات و چالش‌ها

- کمبود نیروی انسانی: ☐ بله ☐ خیر → توضیحات:
- کمبود تجهیزات پرستاری/دارویی: ☐ بله ☐ خیر → توضیحات:
- مشکلات ارتباطی و هماهنگی: ☐ بله ☐ خیر → توضیحات:
- سایر چالش‌ها

4- پیشنهادها برای بهبود عملکرد آینده

5- جمع‌بندی نهایی

- نقاط قوت عملکرد تیم پرستاری:
- نقاط قابل بهبود:
- اقدامات پیشنهادی فوری:

امضا و تأیید: سرپرست تیم پرستاری مدیر خدمات پرستاری: تاریخ: