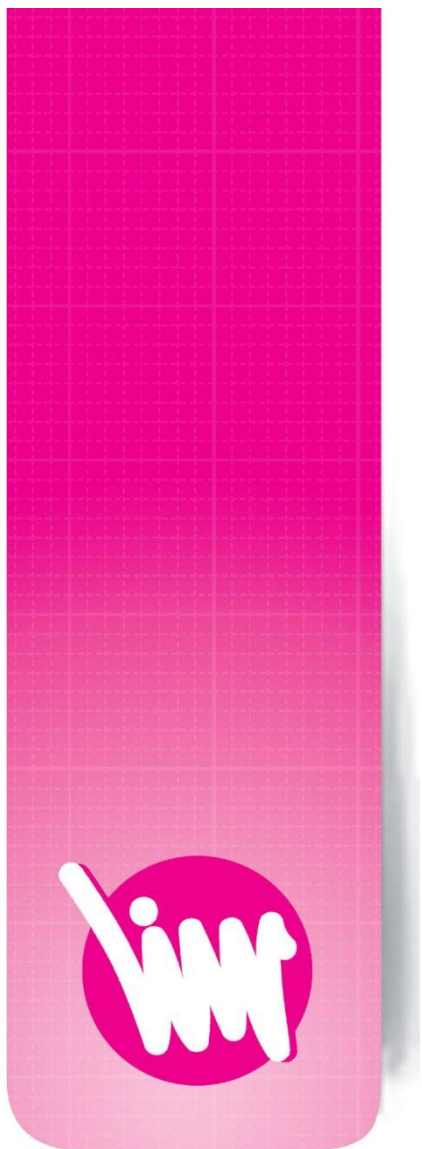




نکات کلیدی سلامت در بلایا و فوریت ها

میلاذ احمدی مرزآله

زیر نظر: دکتر محمود رضا پیروی

(مدیر گروه رشته سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

سرشناسه	:	احمدی مرزآله، میلاد، ۱۳۷۰ -
عنوان و نام پدیدآور	:	نکات کلیدی سلامت در بلایا و فوریت‌ها/ میلاد احمدی مرزآله.
مشخصات نشر	:	تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	:	۴۹۳ ص.
شابک	:	978-600-488-004-6
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
موضوع	:	پرستاری سوانح
موضوع	:	Disaster nursing
موضوع	:	پرستاری اورژانس
موضوع	:	Emergency nursing
موضوع	:	اورژانس -- مدیریت
موضوع	:	Emergency management
رده بندی کنگره	:	الف/۱۰۸ RT۱۰۳ ن ۸۱۳۹۶
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۰۲۵
شماره کتابشناسی ملی	:	۴۸۰۴۲۰۳



نام کتاب	:	مؤسسه علمی انتشاراتی سنا
گردآورندگان	:	نکات کلیدی سلامت در بلایا و فوریت‌ها
شابک	:	میلاد احمدی مرزآله
سال چاپ	:	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۰۰۴-۶
صفحه‌آرایی	:	۱۴۰۳
طراح جلد	:	انتشارات علمی سنا
پست الکترونیک	:	لیلا انصاری
سایت انتشارات	:	elmisana@gmail.com
تیراژ	:	sanabook.com
قیمت	:	۱۰۰ نسخه
	:	برای مشاهده قیمت اسکن کنید.



«شما می‌توانید کتاب‌های مؤسسه انتشاراتی علمی سنا را علاوه بر کتابفروشی‌های سراسر کشور، از نمایندگی‌های اختصاصی مؤسسه واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.»
آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.
تلفن دفتر پخش: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۴۴۵ - ۰۲۱: داخلی ۳

بخش اول: پرستاری در سوانح و حوادث غیرمترقبه.....	۱
فصل اول: تعاریف	۱
فصل دوم : تریاژ : آمادگی در برابر بحران:	۱۰
فصل سوم: مدیریت پرستاری در حوادث غیرمترقبه:	۲۱
فصل چهارم: ارتباطات و اطلاع‌رسانی در بحران‌ها:	۳۷
فصل پنجم : واکنش‌های روانی جوامع بحران‌زده نسبت به فاجعه:	۳۸
بخش دوم: «آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (برنامه کشوری)».....	۴۴
فصل اول: برنامه‌ریزی آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا :	۴۵
فصل دوم: دستورالعمل طراحی سامانه هشدار سریع بیمارستانی در ایران:	۵۷
فصل سوم: تبیین فرایند فعال کردن برنامه مدیریت حوادث بیمارستان:	۶۰
فصل چهارم: سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی:	۶۳
فصل پنجم: فعال کردن سامانه فرماندهی حوادث:	۷۳
فصل ششم: راهنمای جامع برنامه‌ریزی و پاسخ فرماندهی حوادث بیمارستانی:	۸۰
بخش سوم: «استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران».....	۸۴
بخش چهارم: «مدیریت بحران».....	۲۰۵
فصل اول : مبانی مدیریت بحران :	۲۰۶
فصل دوم: بررسی وضعیت کاهش بحران در چند کشور :	۲۱۳
فصل سوم: مدیریت بحران در ایران:	۲۲۰
فصل چهارم: مدیریت بحران در سطح محله‌ها و اماکن شهری:	۲۲۷
فصل پنجم: جستجو و نجات و امداد در سوانح:	۲۳۲
فصل ششم : مخاطرات زمین:	۲۳۹
فصل هفتم: ضوابط و مقررات شهرسازی:	۲۴۶
فصل هشتم: اسکان موقت:	۲۴۸
فصل نهم: ایمنی در ساختمان‌ها:	۲۵۴
فصل دهم: مانورهای مدیریت بحران:	۲۵۸
بخش پنجم: "Public health guide for emergencies"	۲۶۱
بخش ششم: «نکات کنکورهای سال‌های گذشته»	۴۲۷

به نام خداوند لوح و قلم حقیقت نگار از عدم

پیشگفتار:

سپاس خداوند یکتا را که توفیقی فرمود و فرصتی پیش آورد تا کتاب حاضر را در اختیار دانش پژوهان و اهل فن قرار دهیم. گسترش و اشاعه فرهنگ های به روز علمی نه تنها به اعطای گنجینه علمی دانشجویان کمک می کند، بلکه افراد شاغل را در تمام مقاطع تحصیلی آن رشته یاری می رساند.

کتابی که پیش رو دارید با عنوان "درسنامه سلامت در بلایا و فوریت ها" در واقع مجموعه ی کامل و جامعی از نکات برتر کتاب های در زمینه اصول و مبانی بلایا و فوریت ها، مدیریت بحران، پرستاری در سوانح و بلایا، پزشکی بلایا، بهداشت و درمان در بلایا و فوریت ها، بهداشت عمومی، نظام سلامت ایران و جهان، آمار زیستی، اپیدمیولوژی و مدیریت بهداشت و درمان برای آمادگی آزمون دکترای تخصصی (Ph.D) سلامت در بلایا و فوریت ها است.

نبود مجموعه کاملی که بتواند نیازهای آموزشی دانشجویان و کارشناسان را بر طرف نماید و همچنین به دلیل حجیم بودن منابع آزمون دکترای تخصصی (Ph.D) سلامت در بلایا و فوریت ها، مولف را بر آن داشت تا دست به تالیف این مجموعه بزند. برای تالیف این کتاب از کتاب های مرجع فارسی و لاتین در زمینه های اصول و مبانی بلایا و فوریت ها، مدیریت بحران، پرستاری در سوانح و بلایا، پزشکی بلایا، بهداشت و درمان در بلایا و فوریت ها، بهداشت عمومی، نظام سلامت ایران و جهان، آمار زیستی، اپیدمیولوژی و مدیریت بهداشت و درمان استفاده شده است.

در پایان شایسته است از کلیه افرادی که هریک به گونه ای نگارنده را در تالیف این کتاب یاری داده اند، سپاس گذاری نمایم.

لازم به ذکر است که مجموعه حاضر قطعا عاری از اشکال نبوده و نیازمند بهبود می باشد، لذا خواهشمندم خوانندگان گرامی پیشنهادات و نظرات خود را برای ارتقای کیفیت کتاب به پست الکترونیکی miladahmadimarzaleh@yahoo.com ارسال نمایند، تا در چاپ های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

با آرزوی توفیق روزافزون برای همه عزیزان

میلاد احمدی مرزاله

بهار ۱۳۹۶



بخش اول: پرستاری در سوانح و حوادث غیرمترقبه

فصل اول: تعاریف

بلايا: مانند به گل نشستن نفتکش والدز در سال ۱۹۸۹ و آلوده‌سازی ۱۶۰۰ کیلومتر از سواحل زیبای آلاسکا- انفجار کارخانه شیمیایی کارباید یونیون در بوپال هند در سال ۱۹۸۴ باعث مرگ ۲۵۰۰ نفر و مصدوم شدن ۲۰۰۰۰ نفر شد- بیماری جنون گاوی در انگلیس.

بحران به صورت بخش جدایی‌ناپذیر و طبیعی حیات سازمان‌ها و جوامع امروز درآمده است امروزه بحران‌ها دیگر ویژگی غیرعادی، کمیاب و اتفاقی برای جامعه جهانی تلقی نمی‌شوند بلکه در تار و پود جوامع مدرن رخنه کرده‌اند.

مدیریت علمی بحران برای بهره‌گیری گسترده از کلیه عوامل مؤثر در بهینه‌سازی کاهش خسارات ناشی از بحران به طوری که با بحران مقابله کرد، پدید آمده است.

مدیریت بحران در گذر زمان به طور دینامیکی عمل می‌کند و عامل زمان را با فرمول‌های خاص خود مورد استفاده قرار می‌دهد.

آمایش فضاهای بحران‌زده در زمان با سیستم‌های مدیریت بحران انجام می‌گیرد.

مدیریت بحران ← یک وضعیت بحرانی را با حداقل خسارات به سوی وضعیت عادی هدایت کند.

بحران: تغییری ناگهانی، شدیدتر از حالت عادی و همراه با غافل‌گیری تهدیدآمیز است، در سطح

گسترده‌ای از جامعه، نیاز به بسیج همگانی نیروهای امدادی (خدماتی، نظامی، سیاسی، فرهنگی، مذهبی و تکنولوژی و فرهنگی) است.

ایران ← کشور در حال توسعه با موقعیت سیاسی- جغرافیایی ویژه

جنگ تحمیلی ایران: بحران پایدار بوده است.

میانگین برآورد خسارت فیزیکی زلزله بم ← ۱۶ هزار میلیارد ریال (۲ میلیارد دلار).

خسارت انسانی و عواقب دراز مدت اقتصادی ← ۴ میلیارد دلار = ۳٪ تولید ناخالص ملی.

اگر این زلزله ۳۰ سال پیش اتفاق افتاده بود خسارت کمتر بود. چون میزان خسارت ارتباط با درجات توسعه و تراکم جمعیت دارد.

متوسط خسارات سالیانه فاجعه‌های طبیعی در جهان در سال ۱۹۶۰ ← ۱۰ میلیارد دلار و در سال‌های اخیر ۱۰۰ میلیارد دلار.

زلزله بم: ۶٫۶ ریشتر ← ۴۰ هزار کشته

ژاپن: هر ده سال یکبار زلزله ۸ ریشتر و هر ساله زلزله ۷ ریشتر رخ می‌دهد.



در چین و ژاپن ← آموزش مدیران شهری در مواجهه با بحران از جدی‌ترین اقدامات عاجل تلقی می‌شود.

- سیستم مدیریت بحران ایران ← در مراحل ابتدایی خود است.
- از دیدگاه کارشناسی هیچ بحرانی بدون علائم قبلی و درجات احتمالی آن رخ نمی‌دهد.
- بحران‌ها هم قابل پیش‌بینی و هم خبر می‌کنند.
- آثار منفی بروز بحران در جامعه زمانی حاد می‌شود که هیچ اقدامی قبل از بروز انجام نشده باشد.
- برنامه‌ریزی بحران به کوچک نگه داشتن دامنه بحران و کنترل سریع آن می‌کند.
- گام اول در مدیریت بحران شناخت زمینه‌های بحران و گردآوری اطلاعات به‌صورت واقع‌بین است.
- سه فاز مدیریت بحران: ۱- ساز و کار قبل از بحران، ۲- سازمان ویژه مقابله با بحران پس از وقوع، ۳- فرایند عادی‌سازی.

- بلایا (فاجعه): اتفاقات ناگهانی و مصیبت باری که الگوی زندگی افراد جامعه را مختل کرده و جان انسان‌ها را به خطر می‌اندازد و صدمات متعددی به بار می‌آورند. یا طبیعی یا ساخته دست بشر (disaster) اند.
- بلای طبیعی: سوانحی که به واسطه بی‌نظمی غیرطبیعی در وضعیت زمین، هوا یا آب بوجود می‌آیند.
- تعریف فاجعه از دید انجمن پرستاران آمریکا: از دیدگاه مسئولین امور بهداشت و درمان:
- پارکر: فاجعه یک واقعه است که تعداد قربانیان آن بیشتر از توان پذیرش و قدرت ارایه خدمات بالینی پرسنل و تجهیزات موجود در مرکز درمانی منطقه‌ای بوده و منابع و پرسنل بالینی و درمانی قادر به پوشش آن در یک زمان نیستند.

- جوردن: فاجعه حادثه‌ای است که باعث صدمه به انسان شده و سبب تولید خسارت و مشکلات غیرمعمولی می‌شود که بیش از حد توان جامعه است و برای مقابله با پیامدهای آن به همکاری فوق‌العاده نیاز است.

- صلیب سرخ آمریکا: فاجعه وقوع یک حادثه گسترده طبیعی و یا ساخته دست بشر که سبب آسیب گسترده افراد جامعه شده و برای کمک به قربانیان به همکاری گسترده منابع و مسئولین عمومی نیاز است.
- انجمن روان‌پزشکان آمریکا: فاجعه یک رویداد آسیب‌زا و تنش‌آور از لحاظ روانی تعریف می‌کند که خارج از حیطه تجارب انسانی است. رویداد آسیب‌زا با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب‌های جدی فیزیکی برای فرد یا دیگران، ترس شدید، وحشت و ناامیدی همراه است. در حالی که یک رویداد آسیب‌زا ممکن است بر روی یک فرد به تنهایی اثر گذارد. رویدادهای آسیب‌زا عموماً بر افراد یا گروه‌های کوچک اثر می‌گذارند اما بحران بر تمام جامعه یا بخش اعظم منابع اجتماعی اثر گذارد. (اورسانو).

- چارلز فریتز: جامعه‌شناس ← یک رویداد که در زمان و فضا محدود شده و در آن یک جامعه یا مجموعه مستقل از جامعه با خطرات شدیدی مواجه می‌شود. و چنان خسارتی به اعضاء جامعه و ابزارآلات فیزیکی‌اش به بار می‌آید که ساختار اجتماعی از هم گسیخته شده و اجرای همه یا بخشی از عملکرد جامعه با مانع روبرو می‌شود.



مداخلات پرستاری در تریاژ (P-۲): مجروح تنفس دارد ولی تعداد نفس کمتر از ۳۰ بار در min است، وضعیت جریان خون را با فشار و رها کردن ناخن و نوک انگشتان مشخص کنید. اگر در عرض ۲ ثانیه این منطقه صورتی شد و وضعیت بد نیست. نبض گردن مجروح را چک کنید اگر وریدها دارای جریان خون مناسبی نبودند علامت (I) قرار دهید.

بررسی ناخن سریع تر و قابل اعتمادتر از نبض بیمار است.

مداخلات پرستاری در تریاژ (M-۲): اگر مجروح تنفس دارد و جریان خون کافی دارد، وضعیت روانی او را بپرسید، نام او را پرسیده و در مورد حادثه سؤال کنید. اگر بیمار دچار گیجی است نشانگر ضربه مغزی است و خارج از کنترل ماست. علامت (I) فوری می‌گذاریم.

اگر بیمار گیج نیست، علامت (D) با تأخیر، یعنی برای انتقال به بیمارستان به فوریت نیازی نیست. اکنون خون‌ریزی بیمار را چک کنید و درمان کنید و علامت (M) قرار دهید.

مداخلات پرستاری در تریاژ ۳:

آسیب‌های فوری (I) برای ارائه کمک اولیه ارزیابی کنید. آسیب‌دیدگان و مجروحان خفیف در صحنه و افراد سالم را آموزش کمک اولیه دهید.

مداخلات پرستاری در تریاژ ۴:

برای صدمات و جراحات‌های تأخیری (D). از مجروح بخواهید به مداوای خودش بپردازد و به آسیب‌دیدگان ضعیف (minor) کمک کنند.

مداخلات پرستاری در تریاژ ۵:

از یکی از آسیب‌دیدگان خفیف (M) بخواهید که سایر مجروحین شدید دچار شوک را شناسایی کند. این فرد مراقب تنفس سریع (بیش از ۲۰ برابر طبیعی) و اگر پوست سرد بود یعنی شوک‌دار را تشخیص دهد. اگر پوست سرد و clammy و تنفس سریع دارند در مرحله ورود به شوک‌اند. از آنها بخواهید بنشینند و یا دراز بکشند. ۳- گروه زرد: مشاهده: دارای وضعیت باثباتی هستند ولی نیاز به نظارت توسط افراد تعلیم‌دیده و تریاژ مجدد دارند.

۴- گروه سبز (انتظار): به مراقبت فوری نیاز ندارند و به آنها گوییم به خانه روند و فردا بیایند مثل شکستگی ساده استخوان و آسیب بافت نرم.

۵- گروه سفید: دارای آسیب خفیف هستند و به مراقبت پزشکی نیاز ندارند. مراقبت و کمک اولیه در خانه است.

در انگلیس از چهار کلمه زیر برای معرفی مجروحان در تریاژ استفاده می‌شود:

Deceased (D) مرده: روی آنها را پوشانده. مرده‌اند و تنفس ندارند.

Immediate (I) فوری: به انتقال فوری با آمبولانس در کمتر از ۱ ساعت (ساعت طلایی) است.

Delayed (D) با تأخیر: تا زمانی که گروه I منتقل نشوند نمی‌توان این گروه را انتقال داد.



روش‌های مواجهه مؤثر با این استرس‌ها:

- ۱- روش پرهیز از استرس از قبیل تغییر محیط کار ۲- اصلاح رفتارهای کاهش‌دهنده استرس (مثل کاهش رفتار تیپ A، رقابت افراطی، شتاب و)
- ۳- گسترش روش‌های انطباقی ۴- پذیرش تغییرات ۵- طبیعی بودن و گسترش ویژگی‌های کنجکاو و
- ۶- آشنایی با علایم افسردگی ۷- تغییر نگرش به بحران مثل طنز و شوخی ۸- آگاهی از ویژگی، علائم و روش مداخله.

* مدیریت بهداشت روانی فاجعه‌دیدگان و تیم امدادگر:

در کشورهای صنعتی رکن اساسی در عملیات امداد، کمک‌رسانی و امداد روانی است. بهداشت روانی سوانح برای کمک به آسیب‌دیدگان و مردم در معرض خطر و کمک شکل گرفته است

* پیامدهای روان‌شناختی و مداخلات پرستاری در بحران:

- + بلایا حوادث آسیب‌زدایی هستند که کلیه افراد جامعه را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند.
- + در سال دوم بعد بلایا میزان شیوع بیماری روانی کاهش می‌یابد. و پس از آن بصورت مزمن باقی می‌ماند.
- + شایع‌ترین پیامد روانی: اختلال استرس پس از سانحه است.
- ولی اختلال پانیک، اختلال شبه جسمی نیز مهم‌اند.

آمادگی روانی پرستاران در مقابله با بحران:

اولین گام ← در چاره‌اندیشی عواقب و عوارض و درس گرفتن از آن است. بهترین راه پیشگیری از عوارض یک حادثه، جلوگیری از به وقوع پیوستن آنهاست، چون جلوگیری از حوادث طبیعی غیرممکن است پس مناسب‌ترین راه، پیشگیری از بروز بحران پس از فاجعه است. با آموزش و امدادرسانی مؤثر است.

- * مهارت‌های مقابله با موقعیت بحرانی دو گروه ۷ استراتژی روانی: متمرکز بر هیجان. استراتژی عملی: متمرکز در بحران.



فصل سوم: تبیین فرایند فعال کردن برنامه مدیریت حوادث بیمارستان:

تبیین فرایند فعال کردن برنامه مدیریت حوادث بیمارستانی:

۱- اطلاع‌رسانی (notification) ۲- فعال‌سازی (activation) ۳- متوقف‌سازی (deactivation).

* اطلاع‌رسانی:

در ایران اطلاع‌رسانی حوادث و بحران‌ها به بیمارستان توسط مراکز زیر انجام می‌شود:

۱- اورژانس ۱۱۵ ۲- هلال‌احمر ۳- نیروی انتظامی ۴- صدا و سیما ۵- مدیریت بحران، شهرداری یا فرمانداری ۶- مرکز فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت (مرکز هدایت عملیات وزارت) ۷- مرکز فوریت پزشکی دانشگاهی علوم پزشکی (مرکز هدایت عملیات دانشگاه) ۸- آتش‌نشانی ۹- نیروهای مردمی. نکته: ملاک نهایی فعال شدن برنامه مقابله با حوادث بیمارستان، تأیید خبر از طرف مرکز هدایت عملیات است.

* مشخصات خبر قابل اعتماد: ۱- معتبر و قابل استناد ۲- مشخص و واضح.

* مشخصات یک خبر خوب: ۱- نوع حوادث را مشخص کند ۲- عامل حادثه را مشخص کند ۳- محل وقوع حادثه را مشخص کند ۴- تعداد افراد آسیب‌دیده را گزارش کند ۵- انواع آسیب‌های وارده را بیان کند ۶- نوع اقدامات آمادگی را مشخص کند ۷- زمان تقریبی رسیدن اولین آمبولانس به بیمارستان را گزارش کند ۸- مشخص کند که آیا بحران متوقف شده یا رو به گسترش است.

* انواع خبر یا درخواست:

۱- آماده‌باش: خبری که فرمانده بیمارستان از مراجع بالاتر دریافت می‌کند که براساس آن احتمال نیاز به فعال‌سازی فرماندهی حادثه و آمادگی پاسخ به حادثه را متذکر می‌کند.

جدول اعلام وضعیت: ۱) قرمز ← نارنجی ← زرد

۲) هشدار: افزایش آمادگی به دلیل نیاز به فعال‌سازی و پاسخ قطعی یا محتمل به حادثه

۳) فعال‌سازی: فعال‌سازی برنامه مقابله با حادثه و فوریت بیمارستانی.

فعال‌سازی برنامه مدیریت حوادث و فوریت بیمارستانی:

شامل: ۱- اطلاع‌رسانی به افراد کلیدی در ساعت اول حوادث و فوریت‌ها ۲- فعال‌سازی سامانه اطلاع‌رسانی پرسنل و جانشین ۳- راه‌اندازی مرکز فرماندهی حادثه بیمارستان (HCC) hospital command center



الف) رشد مناسب اقتصادی با تأکید بر: - بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

- ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای، آموزش، بهداشت و

- اشتغال به‌طوری که در پایان برنامه، شاخص توسعه انسانی به سطح

کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.

ب) گسترش عدالت اجتماعی: بیمه درمانی

* از مجموع ۱۰۰ بند سیاست‌های کلی، ۱۷ مورد به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به شرح وظایف حوزه‌های

مختلف وزارت بهداشت مربوط است. ۱۱ بند به وضوح با موضوع سلامت ارتباط دارند. شامل:

- امور علم و فناوری: افزایش سلامت روحی جسمی دانش‌آموزان.

- امور اجتماعی: تأکید بر انسان سالم و سلامت همه‌جانبه با توجه به:

یکپارچگی در سیاست‌گذاری و ...

ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط، روحی، جسمی

کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت

اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی.

کاهش سهم بیمه سلامت به ۳۰٪

مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان.

- امور اقتصادی:

* ایجاد بازار رقابتی برای بیمه درمانی

* ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای مثل آموزش و بهداشت

گسترش عدالت اجتماعی با تأمین بیمه فراگیر درمانی.

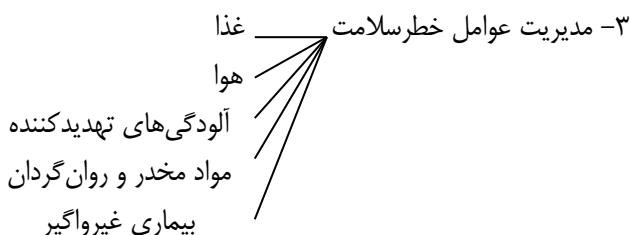
✓ این سیاست‌ها با رویکرد مبنایی پیشرفت و عدالت تنظیم شده است.

✓ تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه.

نتیجه‌گیری:

۱- سلامت جسمی و روحی در دانش‌آموزان اولویت است.

۲- مؤلفه‌های اجتماعی سلامت ← سیاست‌گذاری ← گسترش عادلانه سلامت.





اطلاعات و ارتباطات.

* پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت:

- ۱- مدیریت و سازماندهی: شامل:
 - شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
 - وزیر بهداشت
 - شورای سیاست‌گذاری:
 - شورای سیاست‌گذاری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (هماهنگ‌کننده برنامه‌ها بین‌بخشی).
 - شورای سیاست‌گذاری دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت (هماهنگ‌کننده برنامه‌های داخلی).
 - شورای سیاست‌گذاری موسسه ملی تحقیقات سلامت (دیدبانی شاخص‌های کلان سلامت)
 - مدیر برنامه

* اجزاء و شرح وظایف آنها:

الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: زیر نظر رئیس جمهور انجام وظیفه می‌کند. اعضا: رئیس جمهور (رئیس)، وزیر بهداشت (دبیر)، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهوری، وزیران آموزش و پرورش، جهاد کشاورزی، بازرگانی، صنایع و معادن، رفاه، کشور، دادگستری، نیرو، رئیس سازمان صدا و سیما و حفاظت، محیط زیست، تربیت بدنی، سازمان نظام پزشکی کشور.

ب) وزیر بهداشت

ج) رئیس شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت: ارزشیابی سالانه پیشرفت را انجام می‌دهد، و هر ۶ ماه یکبار گزارش‌های ارسالی به وزیر بهداشت می‌دهند. و همچنین نشست‌های تخصصی را برگزار می‌کند.

د) هماهنگ‌کننده‌های پیاده‌سازی نقشه:

۱- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۲- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت

۳- موسسه ملی تحقیقات سلامت.

شرح وظایف هماهنگ‌کننده‌های پیاده‌سازی نقشه:

- طرح‌ریزی ۵ ساله: توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای اولویت سلامت.

- طرح‌ریزی سالانه

- کنترل و نظارت کلان:

- بازخورد

- کمیته اطلاع‌رسانی

و) پایش و ارزشیابی:

پایش: یعنی سنجش درجه انطباق فعالیت‌ها با استانداردها در حین اجراست و سه قسمت درون‌داد، فرایند و



✓ نحوه قرارداد در پایگاه‌ها با پزشک و در مراکز مجری با مالک و صاحب امتیاز مؤسس عقد می‌شود.

* انتخاب پزشک خانواده:

✓ تنها عامل محدودکننده نام‌نویسی، پرشدن ظرفیت پزشک است.

✓ سرپرست خانواده مسئول انتخاب پزشک خانواده است.

* شرایط ثبت‌نام افراد:

✓ کسانی که فاقد بیمه درمان هستند طبق ضوابط تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار می‌گیرند.

* استحقاق درمان و حداقل مدت پرداخت سرانه:

✓ ملاک اعتبار دفترچه‌های بیمه است و داشتن حداقل ۳ ماه اعتبار شرط اصلی ثبت‌نام است. پس از ثبت‌نام سازمان‌های بیمه‌گر موظف‌اند بدون توجه به استحقاق درمان بیمه‌شدگان تا ۶ ماه نسبت به پرداخت سرانه افراد به تیم سلامت اقدام کنند.

* دفترچه‌های درمانی موجود:

در آینده کارت هوشمند سلامت جایگزین دفترچه‌ها می‌شود.

* پرونده الکترونیک سلامت:

* نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول):

✓ حق الزحمه پزشک خانواده به صورت سرانه پرداخت می‌شود میزان سرانه پایه پزشک خانواده و دستیارش (ماما یا پرستار) به ازای هر نفر در ماه ۱۷۵۰۰ ریال است با توجه به گروه سنی خاص و جنس افزایش می‌یابد.

* نحوه محاسبه سرانه فعلی پزشک خانواده:

✓ پزشک خانواده مسئول حداکثر می‌تواند ۲۰۰۰ نفر را زیر پوشش مستقیم داشته باشد

✓ به عنوان حق مدیریت بر عملکرد و سلامت محله عدد ثابت ۸۵۰ ریال به ازای هر فرد تحت پوشش دریافت می‌کند.

✓ این پرداخت‌ها پس از کسر مالیات به حساب مالک یا صاحب امتیاز واریز و ایشان پس از کسر حداکثر

۱۰٪ بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروی پشتیبانی مابقی را به ذینفعان می‌دهد.

✓ پرداخت حقوق بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت محیط و حرفه‌ای برعهده دانشگاه است.

✓ ویزیت و داروی ارائه شده رایگان است.

* تغییرات میزان سرانه به ازای تعداد جمعیت تحت پوشش:

۱ نفر تا ۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر با = سرانه پایه

۵۰۱ تا ۱۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر با = سرانه پایه ضربدر ۱/۱

۱۰۰۱ تا ۱۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر با = سرانه پایه ضربدر ۱/۲

۱۵۰۱ تا ۲۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر با = سرانه پایه ضربدر ۱/۳



- دارو ضد فشارخون = هیدروکلروتیازید.
- دارو (قرص) ضدچربی خون = آنتوم
- کیف مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان: یک عدد
- ست زایمان: حداقل ۵ ست آماده و استریل.
- کیف زایمان = ۲ کیف
- ست اپی زیاتومی: ۳ ست حداقل = ست دارو و واکسن بدو تولد نوزاد.
- ویتامین K_۱، واکسن هپاتیت، فلج اطفال، ب ث ژ
- ست وسایل پارچه‌ای و حفاظتی برای زایمان = هرکدام یک عدد حداقل ۳ ست.
- ست داروهای اورژانس مامایی و زایمان = حداقل ۳ ست؛ شامل:
- اکسی‌توسین - مترژن - سرم رینگر و قندی نمکی - سولفات منیزیم - آمپول هیدرولازین - آمپول آمپی‌سیلین - واکسن کزاز - آمپول لیدوکائین - مواد ضدعفونی‌کننده (ساولن، بتادین).
- ست احیاء نوزاد: حداقل یک ست
- داروهای احیاء نوزاد: اپی‌نفرین ۱/۱۰۰۰۰ : بی‌کربنات سدیم ۴/۲٪، نالوکسان هیدروکلراید $\frac{mg}{ml} \frac{0.4}{1}$:
نرمال سالین).
- ست پاپ اسمیر: ۱ عدد حداقل: شامل اسپاکولوم - اسپاچولوسوآب - فیکساتور یا الکل سفید با قطره چکان - ماژیک یا قلم الماس - لام.
- ست احیای بزرگسال = حداقل یک ست: داروهای ترالی اورژانس.
- ست سقط: حداقل یک ست.
- داروها شامل: واکسن کزاز و سرم ضدکزاز، کنتراستپتو (قرص)، اکسی‌توسین، آمپول رگام، آمپول مترژن، قرص آهن، سرم، آمپول جنتامایسین، آمپی‌سیلین، مسکن.
- واکسن کزاز: برآورد مادران.
- واکسن بدو تولد: هپاتیت، فلج اطفال، ب ث ژ
- دستگاه اندازه‌گیری سریع هموگلوبین خون: hemo cue
- CPC = لباس‌های حفاظتی در موقع آلودگی شیمیایی
- RPE = وسایل حافظتی تنفسی
- ✓ حداقل بسته خدمتی بهداشت باروری یا

minimal initial service package : MISP

✓ اهداف MISP :

- ۱- اطمینان از اینکه ارگان یا سازمان خاصی مسئول ارائه خدمات هست.
- ۲- پیشگیری و مدیریت عواقب ناشی از خشونت‌های جنسی.



- مراقبت بیماری‌ها : (Disease Surveillance)

✓ مراقبت به معنای گردآوری منظم و مستمر داده‌ها، آنالیز و تفسیر داده‌ها و انتشار اطلاعات حاصله برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مداخلات بهداشت عمومی است.

✓ به‌طور معمول مراقبت بهداشتی عمومی شامل ۶ فعالیت اصلی (شناسایی، ثبت، تأیید، گزارش‌دهی، آنالیز و انتشار نتایج) و ۴ فعالیت پشتیبانی (ارتباطات، آموزش، نظارت و تأمین منابع) است.

✓ اهداف نظام مراقبت در بلایا:

۱- تعیین اولویت‌های بهداشت عمومی.

۲- پایش شدت وضعیت بحرانی از طریق جمع‌آوری و آنالیز داده‌های مرگ و میر.

۳- شناسایی طغیان و پایش مداخلات.

۴- پایش روند و میزان کشندگی بیماری‌های عمده.

۵- پایش تأثیر مداخلات بهداشتی انجام شده.

۶- تهیه اطلاعات لازم برای وزارت بهداشت و سایر ارگان‌ها.

تعیین اولویت:

• شدت

• اپیدمی

• سطح ملی، منطقه‌ای، بین‌المللی

• اطلاعات منجر به مداخلات

✓ به‌طور معمول در شرایط اولیه پس از بحران، بیماری‌ها و یا سندرم‌های بالینی زیر اولویت اصلی‌اند:

اسهال خونی - اسهال حاد آبکی - موارد مشکوک به وبا - عفونت - دستگاه تنفسی تحتانی - سرخک - مننژیت.

✓ بسته به وضعیت جغرافیایی مناطق مختلف و میزان اندمیسیته ممکن است اولویت‌های مالاریا و یا

تب‌های خون‌ریزی‌دهنده ویروسی هم اضافه شود. بعد از شرایط اولیه بحرانی بیماری‌های زیر هم باید اضافه شوند:

سل - کزاز نوزادی - HIV - بیماری‌های مقاربتی.

✓ سه روش اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها در وضعیت بحرانی: ۱- گزارش‌دهی معمول ۲- بررسی طغیان ۳- پیمایش

✓ آزمایشگاه: آزمایشات پایه مرحله اول: بررسی لام مالاریا، آزمایش مدفوع برای برری و اتفراق اسهال

آبکی و اسهال خونی، کشت و تشخیص شیگلا و ویبریوکلرا، انجام

آزمایش میکروسکوپی خلط برای تشخیص سل.



۳- پیشگیری از بیماری: گروه‌های پرخطر ابتلا را از طریق کمپروویلاکسی محافظت کنند.

۴- پیشگیری از مرگ: با تشخیص و درمان صحیح مانع مرگ بیماران شود.

ارزیابی فعالیت‌ها: تیم کنترل طغیان باید کارهای زیر را انجام دهد:

عامل طغیان آمادگی طغیان اقدامات کنترلی مراقبت و شناسایی طغیان مدیریت

- نحوه تکمیل فرم‌های نظام مراقبت:

✓ دو ستون زیر و بالای ۵ سال ثبت می‌کنیم.

✓ میزان خام مرگ در ده هزار نفر جمعیت زیر ۵ سال در طی روز طی هفته گذشته:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ زیر ۵ سال در یک هفته}}{\text{تعداد کل جمعیت زیر ۵ سال}} \times 10,000$$

✓ میزان مرگ خام در ده هزار نفر در روز طی هفته گذشته:

$$\frac{\text{تعداد کل موارد مرگ در یک هفته}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 10,000$$

- دستورالعمل برخی بیماری‌های مهم:

HIV/AIDS

✓ عوامل خطر برای افزایش انتقال HIV در بلایا:

۱- حرکت جمعیت ۲- ازدحام جمعیت ۳- دسترسی ضعیف به خدمات سلامتی ۴- خشونت جنسی

۵- روسپی‌گری ۶- اعتیاد تزریقی ۷- انتقال خون غیرایمن ۸- سلامت جوانان

✓ اقدامات کنترل و پیشگیری:

۱- کاهش انتقال جنسی و انتقال مادر به کودک

۲- پیشگیری از انتقال HIV از زنان حامله مبتلا به نوزادان از طریق (استفاده از رژیم پروویلاکسی، تغذیه جایگزین شیرخوار).

۳- ایمنی خون ۴- کاهش آسیب ۵- حفاظت فیزیکی ۶- حفاظت کارکنان بهداشتی ۷- ایمن‌سازی (کودکان مبتلا به HIV بدون علامت باید با واکسن EPI واکسینه شوند).

۸- کودکان مبتلا به HIV نباید واکسن Bca دریافت کنند. تلقیح IPV به جای واکسن خوراکی پولیو.

۸- ارائه خدمات

✓ ارزیابی سل در HIV (افزادی که با HIV زندگی می‌کنند).

وبا:

✓ علایم شروع ناگهانی اسهال آبکی بدون درد و همراه با تهوع و استفراغ. سپس اگر درمان نشود

دهیدراتا سیون سریع، اسیدوز، کلاپس عروقی، هیپوگلیسمی درجه‌ها و نارسایی کلیه شایع است.

✓ در سویه‌های بیوتاچ‌التور به خصوص اینابا موارد بدون علامت بیماری از اشکال بالینی آن شایع‌ترند و

موارد خفیف با اسهال معمولی به ویژه درجه‌ها دیده می‌شود.

✓ در موارد شدید درمان نشده (cholera gravis) مرگ رخ می‌دهد.



فصل دوم: بررسی وضعیت کاهش بحران در چند کشور :

* مقدمه:

کنفرانس جهانی کاهش بحران ۲۰۰۵: کوبه ژاپن، پرسشنامه مبتنی بر پنج بخش زیر بود:

- جنبه‌های اساسی و نهادی - شناسایی مخاطرات - مدیریت دانش - اقدامات و ابزار کاهش مخاطرات - برنامه‌ریزی برای آمادگی و وضعیت‌های وقوع.
- گزارش نشان داد که ژاپن و کانادا کشورهای پیشرو و پاکستان نیز نمونه کشورهای توسعه نیافته بود.

* کاهش بحران در ژاپن :

الف) جنبه‌های نهادی و سیاسی :

۱- سیاست‌ها ، راهبردها و قوانین ملی : مبنای قوانین کاهش بحران در ژاپن ، "قانون پایه اقدامات بحران است".

۲- نهادهای هماهنگ‌کننده :

۳- برنامه‌های کاهش مخاطرات در بخش‌های مختلف :

الف) برنامه جامع توسعه ملی : در سال ۱۹۹۸ تدوین شد.

ب) برنامه تعیین اولویت توسعه زیرساخت‌های جامعه.

ج) برنامه درازمدت اصلاح اراضی (کشاورزی).

د) برنامه حفاظت جنگل‌ها.

ه) بخشنامه تطبیق تأسیسات تأمین آب با استانداردهای فنی.

۴- گنج‌اندیدن کاهش مخاطرات در برنامه‌ریزی‌های ملی ویژه : در راستای اجرای برنامه‌هایی نظیر "تحقق

اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد" و "برنامه توسعه پایدار سازمان ملل" است.

۵- در نظر گرفتن مخاطرات زلزله در آئین‌نامه‌های ساختمانی: در راستای استاندارد ساختمان ← "روش طراحی جدید لرزه‌ای".

۶- بودجه سالانه کاهش مخاطرات بحران.

۷- مشارکت بخش خصوصی ، جامعه مدنی ، سازمان‌های غیردولتی و رسانه‌ها .

ب) شناسایی مخاطرات :

۱- ارزیابی و تهیه نقشه‌های خطر در کشور: از مقیاس ۱:۲۵۰۰ تا ۱:۲۵۰۰۰ است.

۲- ارزیابی آسیب‌پذیری و ظرفیت‌ها: ارزیابی از طریق ۸۰۰ سؤال ۲ تا ۴ گزینه‌ای است.

۳- مکانیزم‌های پایش و تهیه نقشه‌های مخاطرات.

۴- تحلیل اثر و خسارت اجتماعی ، اقتصادی و زیست محیطی سیستماتیک بعد از وقوع حوادث.

۵- سیستم‌های هشدار سریع : ساکنینی که قبلاً نقشه‌های خطر را دیده باشند سریع‌تر عمل می‌کنند. مثلاً

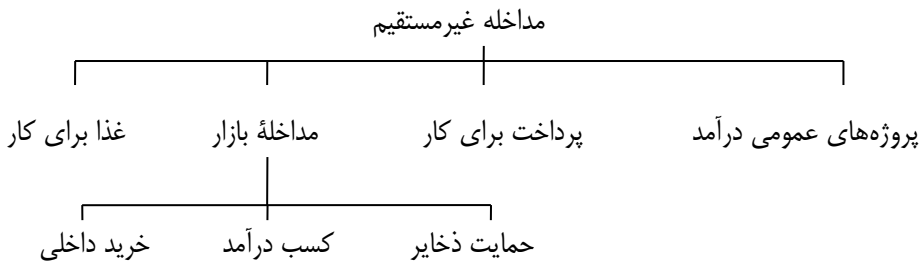
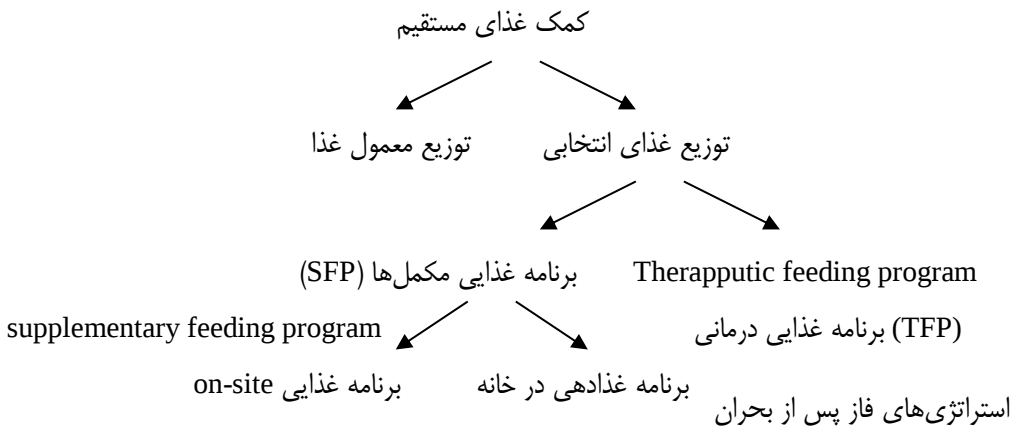
سامانه هشدار سریع با استفاده از لرزش‌های اولیه (موج P) اعلام خطر می‌کند.



indicates	wasting	٪ ۸۰	Median	WFH	کمتر از
indicates	stunting	٪ ۹۰	Median	HFA	کمتر از
indicates	underweight	٪ ۸۰	Median	WFA	کمتر از
indicates	wasting	۱۲/۵ ٪	MUAC	WFH	کمتر از
	wasting in adults	۱۷	BMI	WFH	کمتر از

سوء تغذیه نسبت کودکان ۶ ماه تا ۵ سال: زیر نمره Z ۲ - یا ۸۰٪ مرجع باشند.

برنامه استراتژی غذایی:



✓ مواد غذایی مورد نیاز در فاز اولیه: انرژی ۲۱۰۰ kcal
+ ترکیب غذاهای درمانی:

$$\frac{\text{kcal}}{\text{kg/day}} \quad \text{فاز ۱: ۸۰-۱۰۰}$$

$$\frac{\text{kcal}}{\text{kg/day}} \quad \text{فاز ۲: ۱۵۰-۲۲۰}$$

+ ذخایر مورد نیاز درمانی در برنامه غذایی تر شامل:



فصل دوم :

Disaster Education and training

Instructional System Development : ISD

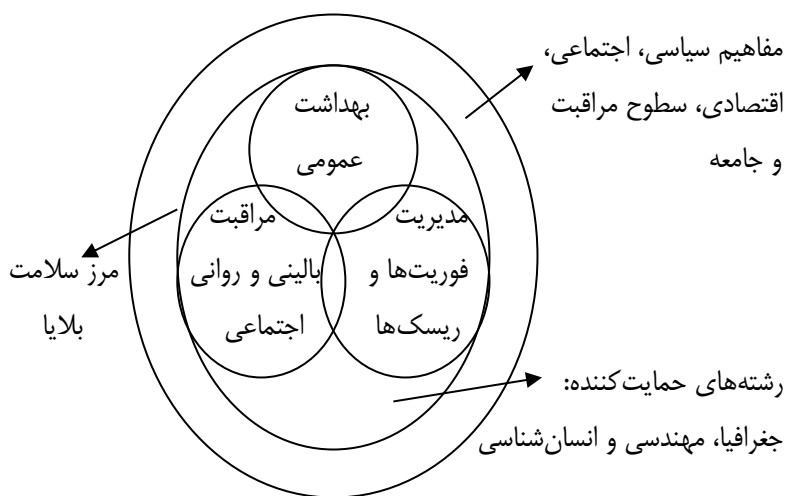
Emergency Support Function: ESF

آموزش بلایا و تمرین یک بین رشته‌ای است برای طبیعت و بیان همه خطرات.

Disaster : واقعه بزرگی که واقعا پتانسیل تهدید سلامتی جامعه را دارد .

Emergency Operations Plans : EOP

محدوده بهداشت بلایا



ICS : مهیا می‌کند استاندارد مدیریت ساختارها و فرایندهایی که اجازه می‌دهد که تلاش‌های آموزشی سلامت بلایا به‌طور واضح در سازمان‌های EOP نقش را ایفا کند.

Hospital Emergency Incident Command System = HEICS :

شامل: مراقبت‌های پزشکی - فراساختاری - مواد خطرناک - امنیت - اقتصادی

Medical and Health Incident Management (MaHLM) System:

شامل: ساختار اپیدمیولوژیکی - مراقبت پیش بیمارستانی - مراقبت پزشکی - سلامت روانی - مواد خطرناک - مراقبت افراد فوت شده.

✓ برنامه آموزش و تمرین نیازمند ارتباط سازمان‌های EOP، استاندارد روش کار عملیاتی، برگه‌های اقدام کاری و چک لیست‌های کارکنان مناسب با نقش آنها است.



خون: ۱۰ ml lithiumQ ، هپارین، EDTA : برای مواد حشره کش، حلال ها، عناصر ردیاب، موش کش، گیاه کش.

ادراز: ۵۰ ml : فلزات، عناصر ردیاب، گیاه کش و علف کش.

مو: عناصر ردیاب

✓ پیشگیری از آلودگی ثانویه: Decontamination

✓ مناطق: hazmat :

منطقه hot : آلودگی اولیه

منطقه گرم: آلودگی زدایی قربانیان، نجات پرسنل و تجهیزات.

منطقه سرد: مرکز فرماندهی حوادث، تریاژ، درمان فوری.

✓ ۲ هدف آلودگی زدایی از پوست: جلوگیری از آلودگی ثانویه، جذب.

Dilution is the solution to pollution

← مراحل: ۱- حذف کامل لباس و متعلقات بدن ۲- شستشو با آب فراوان

✓ آلودگی زدایی از چشم: استفاده از آب و سالین

✓ دو اقدام قبل از آلودگی زدایی: ۱- باز کردن راه هوایی ۲- مراقبت نخاع

✓ تشخیص سندرم سمی: ۵ پایه toxidrome

گاز گرفتگی - خفه کننده - کولینرژیک - خورنده - هیدروکربن و هالوژن.

← Toxic + Syndrome : Toxidrome.

آنتی دوت	ماده شیمیایی
کلسیم	فلورید و هیدروفلوریک اسید
هیدروکسو کوبالامین	سیانید
آتروپین	فسفرخ، کرباما و اعصاب
امیل نیتريت	سیانید، نیتریل، سولفید
متیل بلو	متهموگلوبین
اکسیژن	خفه کننده های ساده و سیستماتیک، متهموگلوبین، CO ، سیانید، آزید و هیدروازیک اسید، هیدروژن سولفید، سولفید
اکسیم	فسفره، عامل عصبی
پیریوکسین	هیدرازون