


به نام خدایی که نگهبان جان ها و امید بخش روزهای دشوار است





«مامایی، امید و  
زندگی در  
شرایط بحران»

ارائه دهنده:  
شهرزاد ذوالعلی

دانشجوی دکترا بهداشت  
باروری، دانشگاه علوم  
پزشکی شهید بهشتی

# تعريف واژه ها

---



## مخاطره:

یک رویداد فیزیکی، پدیده یا فعالیت انسانی است که می‌تواند به صورت بالقوه خسارت‌زا باشد. شامل: آسیب‌های جانی، مالی، اختلال در عملکرد، از هم گسیختگی اجتماعی و اقتصادی یا تخریب محیط زیست

مخاطرات به دو دسته تقسیم می‌شوند:

### مخاطرات انسان ساخت یا فناورزاد

این مخاطرات ناشی از خطاهای عمدی یا غیرعمدی انسان هستند، مانند آتش‌سوزی، نشت مواد خطرناک، آلودگی‌های آزمایشگاهی و صنعتی، فعالیت‌های هسته‌ای و رادیواکتیو، زباله‌های سمی، حوادث حمل و نقل، انفجار، بمب‌گذاری و ترور.

### مخاطرات طبیعی

ناشی از پدیده‌های طبیعی بر اساس منشاء به سه گروه تقسیم می‌شوند: منشاء زمینی (مانند زلزله، آتش‌فشان، سونامی) منشاء آب و هوایی (مانند سیل، طوفان، خشکسالی، سرما و گرمای شدید، رانش زمین) و منشاء زیستی (مانند اپیدمی‌های گسترده بیماری) همچنین «مخاطرات اجتماعی-طبیعی» مانند تخریب جنگل‌ها توسط انسان که موجب افزایش خطر سیل می‌شود.

## • آسیب پذیری:

شرایط یا وضعیتی که باعث می شود یک جامعه در برابر اثرات منفی مخاطره حساس و آسیب پذیر باشد.  
• می تواند فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی یا مربوط به فرآیندهای مدیریتی باشد.  
• میتواند در دو گروه کلی زیر روی دهد:

(1) اجزای سازه ای: دیوار، سقف و ستون ساختمان، سد و ...

(2) اجزای غیرسازه ای: در یک ساختمان شامل تاسیسات، تجهیزات و دکوراسیون است. سیاستها، برنامه ها، دستورعمل ها و سامانه هشدار اولیه را نیز گاهی در این گروه تقسیم بندی میکنند.



### • ظرفیت:

مجموعه‌ای از نقاط قوت و منابع موجود در یک جامعه، سازمان یا اجتماع که توانایی کاهش سطح خطر یا اثرات منفی مخاطره را دارد.

### • خطر:

خطر احتمال آسیب دیدن است که از ترکیب مخاطره، آسیب‌پذیری و ظرفیت ناشی می‌شود. انواع خسارات ممکن است جانی، مالی یا عملکردی باشند. رابطه خطر به شکل زیر است:

ظرفیت / مخاطره \* آسیب‌پذیری = خطر



شکل ۱- نمای شماتیک ارتباط فوریت، بلا و فاجعه

● **فوریت**: رویدادی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را میطلبد.

● **بلا**: فوریتی است که پاسخ به آن به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد.

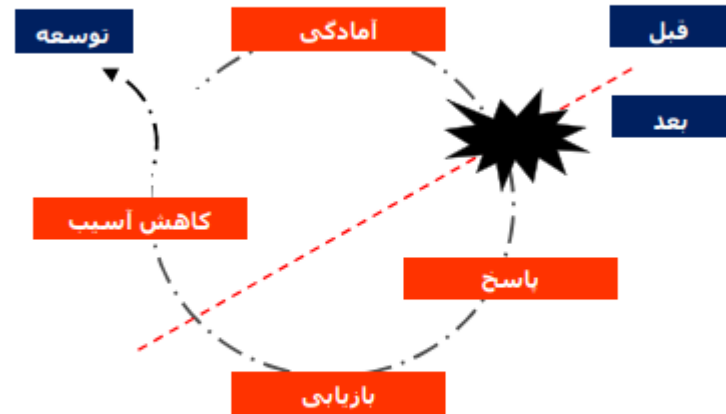
● **فاجعه**: بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه است.

# چرخه مدیریت خطر بلایا:

این چرخه شامل چهار مرحله اصلی است:

- کاهش آسیب
- آمادگی
- پاسخ/امداد
- بازیابی

مدل 4 فازی مدیریت بحران



شکل ۲ - مدل چهار فازی مدیریت خطر بلایا

# پدافند غیرعامل

- مجموعه اقدامات غیرمسلحانه ای است که موجب افزایش بازدارندگی ، کاهش آسیب پذیری ، ارتقای پایداری ملی و تداوم فعالیت های جاری و تسهیل در امر مدیریت بحران در برابر تهدیدات و اقدامات نظامی دشمن می شود .
- پدافند غیرعامل در بخش بهداشت و درمان شامل اقدامی است که موجب ارتقای بهداشت و سلامت جامعه و استمرار خدمات درمانی و کاهش آسیب پذیری در مقابل بحران می شود.



# تاثیر بلاهای طبیعی در جوامع

وقوع بلایای طبیعی از نظر اجتماعی اقتصادی سیاسی و زیست محیطی  
تاثیرات قابل توجهی بر تمام امور جهان دارد.  
تاثیرات آن در جوامع مختلف متفاوت است  
به عنوان مثال مرگ و میر بیشتری هنگام حوادث و بلایا در کشورهای  
با درآمد متوسط و کم درآمد، کشورهایی که ساختارهای نهادی و  
حاکمیتی ضعیفی دارد



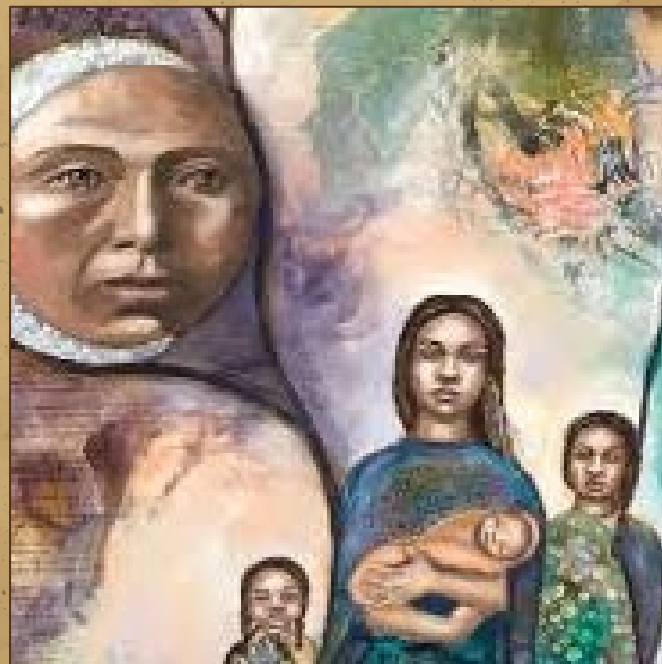
# تأثیر بلایای طبیعی بر افراد جامعه

بحران‌ها و بلایا تأثیر یکسانی بر همه افراد جامعه ندارند؛ این تفاوت‌ها ناشی از نابرابری‌های جنسیتی است که ریشه در شرایط اجتماعی-اقتصادی و باورهای فرهنگی دارد. نقش‌ها و هنجارهای اجتماعی اغلب باعث توزیع نابرابر قدرت، فرصت‌های اقتصادی و حس عاملیت (توانایی تصمیم‌گیری و اقدام) می‌شوند و این نابرابری‌ها معمولاً زنان را در موقعیت‌های نامساعد قرار می‌دهد.



# سلامت باروری در بحران

---



## گروه های آسیب پذیر



حوزه	مثال‌ها
نابرابری اجتماعی-اقتصادی	- زنان و دختران رنگین‌پوست در آمریکا: فقر بیشتر، مشکلات در دسترسی به سلامت، آموزش و شغل با دستمزد پایین‌تر - خانوارهای زن سرپرست و بیشتر مستأجر بودن تا صاحب‌خانه
آمدگی و تخلیه	- در نیواورلئان بعد از تخلیه اجباری: ۸۰٪ بازماندگان زن بودند، در حالی‌که تنها ۵۴٪ جمعیت را تشکیل می‌دادند
پیامدهای پس از بلایا	- دختران از مدرسه بیرون کشیده می‌شوند تا کارهای خانه و مراقبت از خانواده را بر عهده بگیرند
خشونت و امنیت	- افزایش آزار جنسی، خشونت فیزیکی و قاچاق انسان پس از بلایا - خشونت جنسی در خانه‌های شلوغ یا پناهگاه‌ها - استفاده از خشونت جنسی به‌عنوان ابزار کنترل در مناطق جنگ‌زده و اردوگاه‌ها
هنجارهای فرهنگی و پوشش	- دشواری فرار از سونامی یا ریزش ساختمان به دلیل لباس محدودکننده - ناآموختن مهارت‌هایی مثل شنا یا بالا رفتن از درخت → مشکل در زنده ماندن هنگام سیل
دوران بازتوانی	- ایستادن در صف‌های طولانی برای دریافت کمک‌های امدادی - طی مسیرهای طولانی برای دسترسی به آب - پخت‌وپز در شرایط دشوار

# مثال هایی از آسیب پذیری

- علاوه بر این، رعایت نکردن اصول ایمنی استاندارد در مراکز درمانی می تواند منجر به انتقال HIV به بیماران یا کارکنان سلامت شود.



- همچنین، در صورت نبود نظام ارجاع مناسب برای انتقال بیماران نیازمند به خدمات اورژانس مامایی به مراکز مجهز، زنان ممکن است جان خود را از دست بدهند یا دچار آسیب های جدی و بلندمدت (مانند فیستول زایمانی) شوند.

# گروه های آسیب پذیر در شرایط بحران



در سال ۱۹۹۱ در بنگلادش نرخ مرگ و میر زنان در مقایسه با مردان در اثر طوفان ۱۴ به یک بود زنان و دختران همچنین با تاثیرات غیر مستقیم بلایا مواجه می شوند مانند خشونت جنسیتی ازدواج زود هنگام و اجباری از دست دادن معشیت و عدم دسترسی به آموزش و کاهش سلامت جنسی و باروری و افزایش بار کاری



فاجعه دیگری که از نپال گزارش شد، در طول زلزله سال ۲۰۱۵ نرخ مرگ و میر ثبت شده، ۵۵ درصد در میان زنان و دختران بود



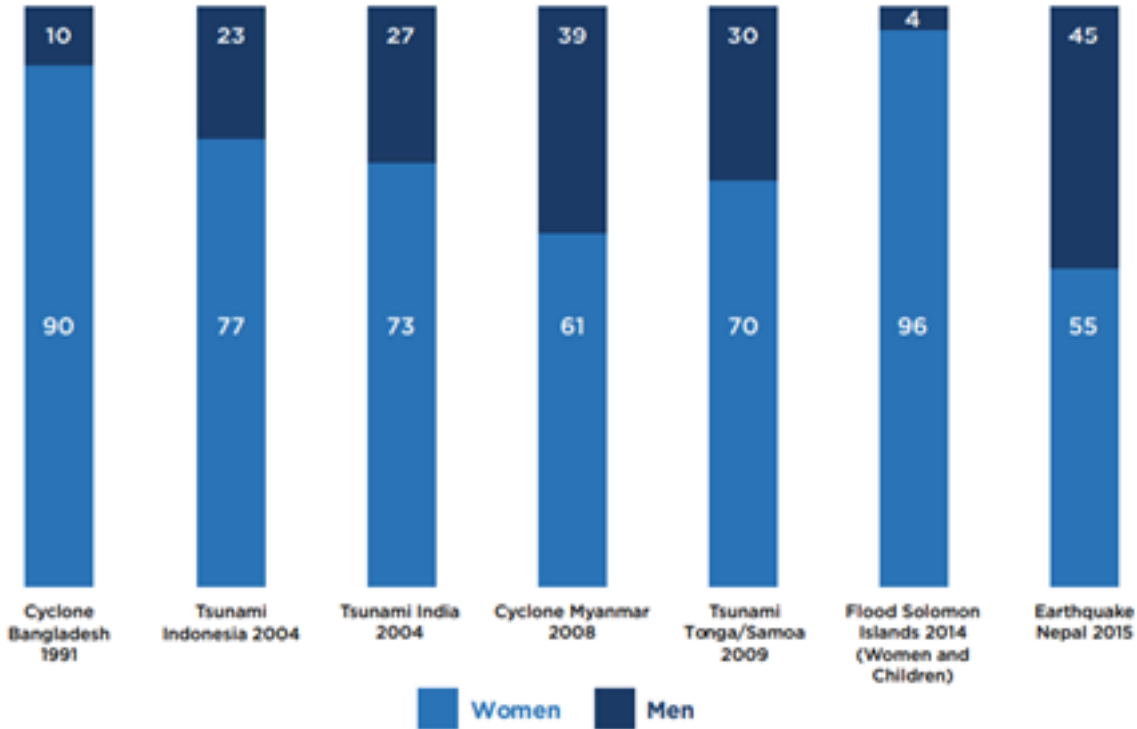
تعداد مرگ و میر زنان در حادثه سونامی اقیانوس هند در سال ۲۰۰۴، ۴ برابر بیشتر از مردان بود



پس از سیل سال ۲۰۱۰ در پاکستان بسیاری از زنان به دلیل محدودیت‌های مالی و خانوادگی دسترسی به کمک‌های معمول مانند کمک‌های غذایی، خدمات پزشکی به ویژه خدمات سلامت باروری و حتی دسترسی به توالت را نداشتند. بسیاری از زنان همچنین فاقد کارت‌های شناسایی ملی بودند که توانایی آنها را برای دریافت کمک از طرح‌های امدادی که مستلزم داشتن کارت شناسایی بود محدود می‌کرد

---

## Female versus male disaster mortality as a percentage in seven disasters from Asia-Pacific Region



Source(s): UN Women -developed graph of statistics of several disasters in which disaggregated data was collected, PowerPoint presentation, based on several sources<sup>2</sup>.

# در ایران

ایران یکی از کشورهای مستعد حادثه در آسیا است و جزو ۱۰ کشور اول حادثه‌خیز در جهان می‌باشد

موقعیت جغرافیایی قرار گرفتن در کمربند خشک و زلزله‌خیز و شرایط زمین‌شناختی و اقلیمی ایران باعث شده است تا این کشور همواره در معرض انواع بلایای طبیعی قرار داشته باشد

ایران به رغم داشتن فقط یک درصد از جمعیت جهان حدود ۶ درصد از تلفات بلایای طبیعی جهان را به خود اختصاص داده است.

در طی سه دهه اخیر در ایران بلایای طبیعی حدود ۲۶۸۹ کشته بر جای گذاشته و 737058 هزار دلار خسارت اقتصادی به بار آورده است.





۳۱ خرداد ۱۳۶۹

در نزدیکی شهر رودبار زلزله‌ای به بزرگی ۴/۷ رخ داد.  
از آمار تفکیکی قربانیان زلزله منجیل و رودبار در سال ۱۳۶۹ خبر  
چندانی وجود ندارد

همینطور زلزله بوئین زهرا، هرچند آمارهای تفکیکی جنسیتی  
جانباختگان زلزله در بوئین زهرا در سال ۱۳۸۱ وجود ندارد،  
اما گزارش‌های منتشر شده درباره این حادثه اعلام کرده‌اند  
که بخش زیادی از جانباختگان این زلزله زنان و کودکان  
بوده‌اند، چون در زمان وقوع حادثه بسیاری از مردان در زمان  
پیش آمد در تاکستان‌های محلی سرگرم کار بودند



۲۱ آبان ۱۳۹۶

زلزله‌ای در ۳۰ کیلومتری شمال غرب سرپل ذهاب در  
نزدیکی شهر کوچک ازگله با بزرگای ۳/۷ ریشتر  
رخ داد  
در روزهای بعد از زلزله پزشکی قانونی تعداد جانباختگان  
این زلزله را ۴۳۶ نفر اعلام کرد که از این تعداد  
۲۲۱ نفر زن و ۲۱۵ نفر مرد بودند



۵ دی ماه ۱۳۸۲

آمار فوتی‌های زلزله بم از ۲۰ هزار تا ۴۵ هزار نفر اعلام شد

بررسی‌های بعد از وقوع زلزله بم کرمان نشان داد که ۵۳ درصد قربانیان زن و ۴۷ درصد مرد بودند این زلزله جان ۱۸ هزار و ۲۰ زن و ۱۵ هزار و ۹۸۰ مرد

را گرفت قبل از وقوع حادثه جمعیت زنان ۴۸ درصد و مردان ۵۲ درصد جمعیت بم را تشکیل می‌دادند

اما میزان مرگ و میر زنان ۵۷/۶ و مردان ۴۲/۴ بود یعنی به ازای هر ۷۴ مرد ۱۰۰ زن در این زلزله جانشان را از دست دادند

# بحران در پی بحران

افسردگی مزمن، اضطراب، بی‌اعتمادی اجتماعی، محرومیت از تحصیل و ترک تحصیل دختران و ازدواج زود هنگام، اعتیاد و درگیری با خشونت جنسی خانگی در مناطق روستایی زنان اغلب برای حفظ آبرو از کمک گرفتن امتناع می‌کنند

کمپها و اردوگاه‌های بحران اغلب فاقد فضا و خدمات بهداشتی امن برای زنان هستند خانواده تک سرپرست یا بی‌سرپرست می‌شود پدران مهاجرت می‌کنند یا مسئولیت را رها می‌کنند

زنان به دلیل نقش‌های مراقبتی در بحران چند برابر آسیب پذیرند

در فرهنگ ایران عدم مراجعه به امدادگران مرد با شرم از مطرح کردن نیازهای جنسی و جسمی باعث می‌شود بسیاری از زنان حتی در بحران درمان نشوند

این وضعیت منجر به خودداری از استفاده از سرویس بهداشتی مراقبت مامایی و مشاوره شده و بیماری‌ها در این گروه از افراد افزایش می‌یابد

عدم دسترسی یا اختلال در دسترسی به خدمات بهداشت باروری در هنگام حوادث و بلایا منجر به عواقب منفی مانند موارد زیر می شود



عقونتهای منتقله از راه جنسی (HIV - STDs)



سقطهای نا ایمن

افزایش خطر موارد خشونت جنسی و جنسیتی ( SGBV )



حاملگیهای ناخواسته

بر اساس مطالعات بین‌المللی در حوادث طبیعی ۴ درصد از جمعیت آسیب دیده را زنان باردار تشکیل می‌دهند. مادران باردار به دلیل شرایط فیزیولوژیکی خود در معرض خطرات بیشتری قرار دارند. حدود ۱۵ درصد بارداری‌ها به دلیل شرایط ناشی از بحران نیازمند خدمات فوری هستند. در صورت نبود خدمات مامایی و مراقبت بعد از زایمان سلامت زنان باردار به شدت به خطر می‌افتد.



# خطرات

1

زایمان زودرس

Ĉ.

سقط

2.

پارگی زودرس پرده آمنیوتیک

B.

عفونت

3.

خونریزی

A

پره اکلامپسی

ĈW

پارگی رحم

'nW

مرگ مادر و نوزاد

# بحران در پی بحران

- سلامت باروری و جنسی در بلایا یکی از مسائل مهم مطرح شده در شرایط بحرانی است بسیاری از سازمان‌های غیردولتی از جمله سازمان ملل متحد سازمان بهداشت جهانی و گروه جهانی زنان، سلامت باروری را در بحران‌ها از اولویت‌های بهداشتی قرار داده‌اند



# مامایی در بحران



گروه مامایی با داشتن دانش و مهارت‌های منحصر به فرد، به عنوان ارائه

دهندگان خط مقدم، به دلیل دسترسی جغرافیایی و اجتماعی به جوامعی

که با آنها خدمت می‌کنند و داشتن درک عمیقی از رفتارها و تجربیات

زنان و کودکان نقش اساسی در آماده سازی و ارائه خدمات بهداشت

جنسی و باروری دارند.

حضور ماما در بحران صرفاً یک حضور فردی نیست بلکه بخشی از یک چهارچوب سازمان یافته و هدفمند است چارچوبی که در سطح جهانی به نام MISIP شناخته می شود

MISIP Minimum initial services package بسته خدمات

اولیه سلامت جنسی و باروری

دقیقاً همان طرح عملیاتی است که می گوید ماما در بحران باید چه کاری انجام دهد

چگونه اولویت بندی کند

و با چه ابزاری خدمات دهد

به عبارتی، MISIP نقشه راه نقش ماما در بحران است.



در سال ۱۹۹۹ کارگروه بین سازمانی ( LAWG: Inter-

Agency Working Group

یک کتابچه راهنمای میدانی در مورد مداخلات بهداشت باروری در

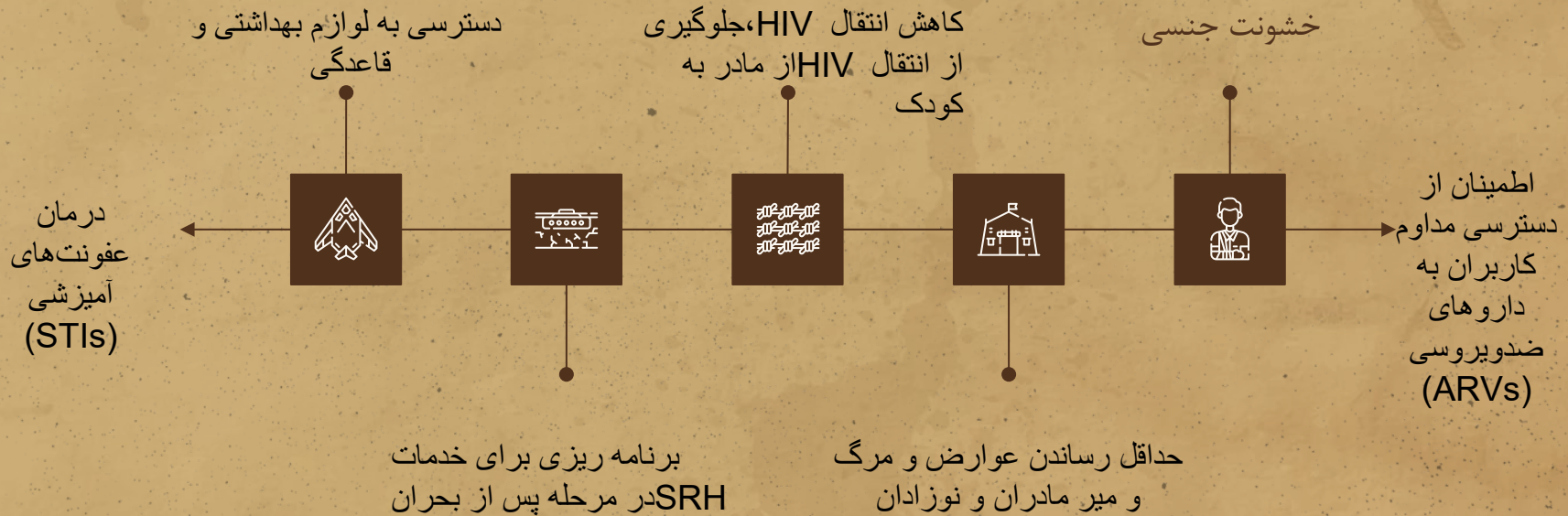
مواقع اضطراری به عنوان حداقل بسته خدمات اولیه , MISP

Minimum initial services package طراحی

کرد که ظرف ۴۸ ساعت پس از شروع هر بحران اجرا می شود



# مجموعه‌ای هماهنگ از فعالیت‌ها است که هدف آن پیشگیری و مدیریت پیامدهای



# هماهنگی و رهبری در اجرای بسته خدمات در بحران‌ها (MISP)

هماهنگی مؤثر فعالیت‌های بسته خدمات اولیه حداقلی (MISP) در همه سطوح - از درون هر سازمان گرفته تا سطوح زیرملی، ملی و بین‌المللی - برای ارائه یک پاسخ قوی در حوزه سلامت باروری ضروری است.

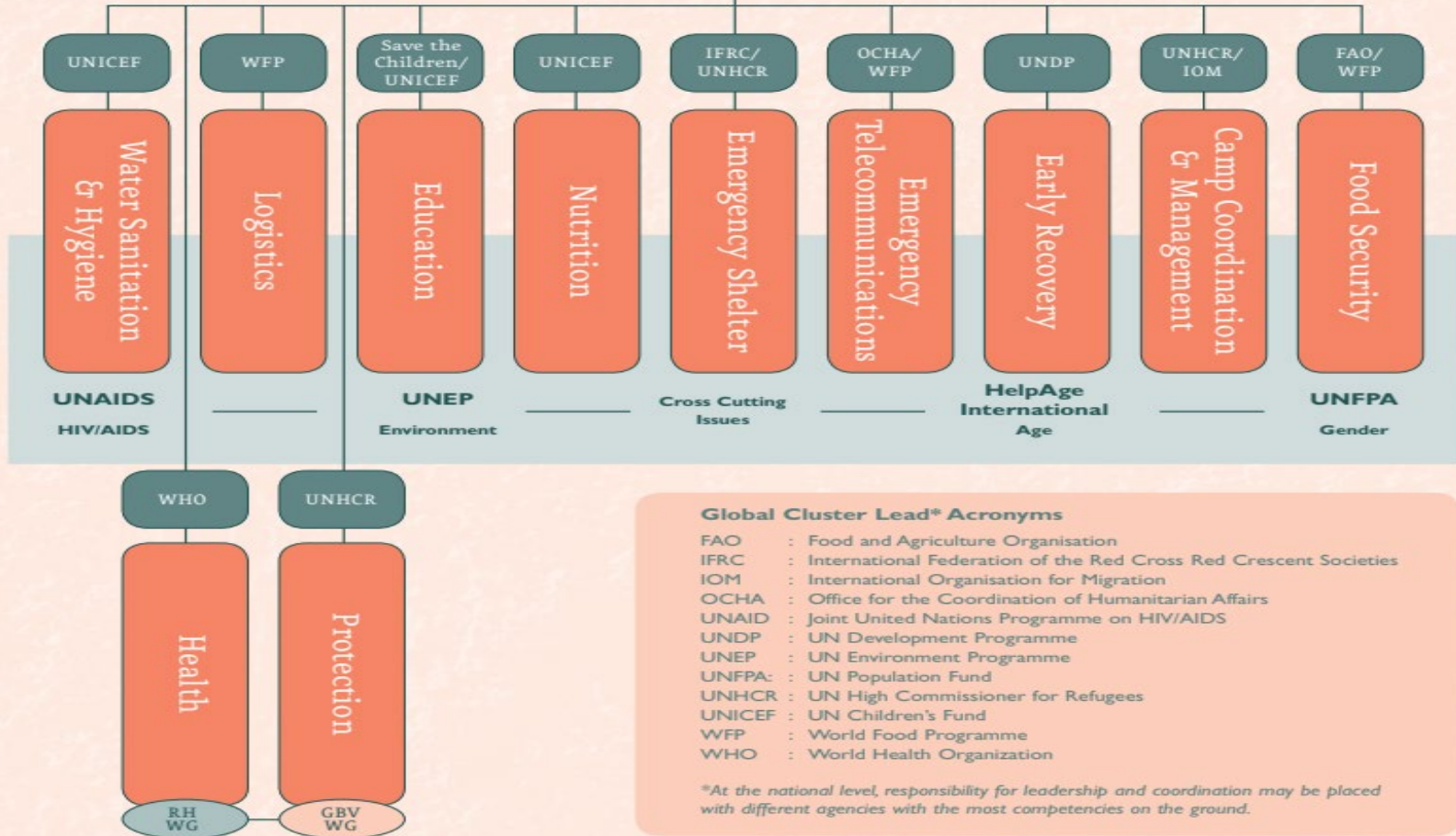
این هماهنگی به شناسایی و رفع خلأهای خدمات، جلوگیری از تداخل و تکرار برنامه‌ها، تقویت حمایت‌گری، افزایش پاسخگویی و اجرای استانداردها کمک می‌کند.

در ابتدای هر بحران انسانی، بخش یا خوشه سلامت، باید یک سازمان توانمند - مانند یک نهاد غیردولتی، وزارت بهداشت یا یکی از آژانس‌های سازمان ملل - را به‌عنوان مسئول اصلی پاسخ سلامت باروری تعیین کند.

این سازمان موظف است یک کارشناس تمام‌وقت سلامت باروری را دست‌کم برای سه ماه منصوب کند تا با دانش فنی کافی، از

شرکای اجرایی پشتیبانی کرده، سلامت باروری را در اولویت قرار دهد و پوشش مناسب خدمات MISP را تضمین کند.

# IASC



## Global Cluster Lead\* Acronyms

- FAO : Food and Agriculture Organisation
- IFRC : International Federation of the Red Cross Red Crescent Societies
- IOM : International Organisation for Migration
- OCHA : Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
- UNAID : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- UNDP : UN Development Programme
- UNEP : UN Environment Programme
- UNFPA: : UN Population Fund
- UNHCR : UN High Commissioner for Refugees
- UNICEF : UN Children's Fund
- WFP : World Food Programme
- WHO : World Health Organization

\*At the national level, responsibility for leadership and coordination may be placed with different agencies with the most competencies on the ground.

# MISP



- ارائه خدمات با کیفیت در قالب MISP باید بر اساس نیازهای جمعیت آسیب دیده باشد و با رعایت حقوق بشر و استانداردهای انسانی، به زمینه های دینی، قومی و فرهنگی جوامع آسیب دیده احترام بگذارد.

# چالش های MISP

- ارزیابی هایی که کمیسیون پناهندگان زن در سال های ۲۰۰۳، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ انجام داد، نشان داد که MISP اغلب در شرایط اضطراری نادیده گرفته می شود و تعداد کمی از کارکنان امدادی با فعالیت ها و اهداف آن آشنا هستند.  
از آن زمان به بعد، پیشرفت هایی در افزایش آگاهی نسبت به MISP حاصل شده است.
- در بسیاری از موقعیت ها، خدمات حداقلی MISP حتی پیش از وقوع بحران های انسانی نیز وجود ندارند که این امر چالش هایی را در اجرای آن به وجود می آورد. همچنین، اغلب ذی نفعان از مزایای دریافت این خدمات آگاه نیستند.
- ارزیابی MISP در کنیا در سال ۲۰۰۸، پس از بحران پس از انتخابات در دسامبر ۲۰۰۷، نشان داد که در مقایسه با ارزیابی های قبلی انجام شده توسط کمیسیون پناهندگان زن، آگاهی بیشتری (هرچند محدود) در میان کارکنان امدادی نسبت به آن وجود دارد. با این حال، نبود هماهنگی در حوزه سلامت باروری یکی از شکاف های آشکار در پاسخ به بحران بود.

پس از زمین لرزه‌ی ۲۰۱۰ در هائیتی، ارزیابی‌ها نشان دادند که این بحران یک

نقطه عطف در شناسایی **MISP** بود،

چراکه آگاهی و توجه بی‌سابقه‌ای نسبت به خدمات سلامت باروری در میان سازمان‌های بین‌المللی و تأمین‌کنندگان منابع مالی شکل گرفت.

با این حال، هماهنگی خدمات سلامت باروری در سطح ملی و محلی

ضعیف و با تأخیر انجام شد و بسیاری از افراد آسیب‌دیده از مزایای

دریافت خدمات برای بازماندگان تجاوز جنسی آگاهی نداشتند.



# چرا MISP?

اجزای بسته خدمات اولیه حداقلی MISP شامل اقدامات حیاتی و نجات‌دهنده‌ی سلامت هستند که باید به‌طور هم‌زمان با سایر فعالیت‌های نجات‌بخش اجرا شوند.

MISP برای کاهش مرگ، ناتوانی و بیماری %به‌ویژه در میان زنان و دختران %ضروری است.

جوامع آسیب‌دیده از بحران حق دارند به این خدمات دسترسی داشته باشند



# Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health



## Objective 1

*Ensure health cluster/sector identifies agency to LEAD implementation of MISP*

- RH Officer in place
- Meetings to discuss RH implementation held
- RH Officer reports back to health cluster/sector
- RH kits and supplies available & used

RH Kit 0

## Objective 5

*Plan for COMPREHENSIVE RH services, integrated into primary health care*

- Background data collected
- Sites identified for future delivery of comprehensive RH
- Staff capacity assessed and trainings planned
- RH equipment and supplies ordered

RH Kit 4

RH Kit 5

RH Kit 7

## Objective 2

*Prevent SEXUAL VIOLENCE & assist survivors*

- Protection system in place especially for women & girls
- Medical services & psychosocial support available for survivors
- Community aware of services

RH Kit 3

RH Kit 9

## GOAL

Decrease mortality, morbidity & disability in crisis-affected populations (refugees/IDPs or populations hosting them)

## Objective 4

*Prevent excess MATERNAL & NEWBORN morbidity & mortality*

- Emergency obstetric and newborn care services available
- 24/7 referral system established
- Clean delivery kits provided to birth attendants and visibly pregnant women
- Community aware of services

RH Kit 12

## Objective 3

*Reduce transmission of HIV*

- Safe and rational blood transfusion in place
- Standard precautions practiced
- Free condoms available

RH Kit 1

Standard precautions through kits 1-12

RH Kit 12

RH Kit 2

RH Kit 6

RH Kit 8

RH Kit 9

RH Kit 10

RH Kit 11



## ۱. هماهنگی و سازماندهی خدمات سلامت باروری

در بحران‌ها یکی از نخستین اقدام‌ها، ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های ارائه دهنده خدمات است

در این مرحله نقش ماما شامل موارد زیر است

حضور در تیم بحران و جلسات هماهنگی سلامت

مشارکت در طراحی محل‌های خدمات‌رسانی مثل چادر زایمان کلینیک  
سیار،

شناسایی زنان باردار، زنان در سن باروری، نوجوانان و قربانیان خشونت  
جنسی،

ارزیابی نیازها و ظرفیت‌های موجود

همکاری در تحویل نگهداری و توزیع کیت‌های سلامت باروری





# نقش ماما در MISP

## ۲. پیشگیری و رسیدگی به خشونت جنسی

یکی از تهدیدهای جدی در بحران‌هاست

نقش ماما در این زمینه مراقبت فوری پزشکی از قربانیان با استفاده

ارائه قرص اورژانسی پیشگیری از بارداری و عفونت‌ها

مراقبت روانی اولیه و ارجاع به مشاور با تیم حمایت روانی اجتماعی

محرمانه نگه داشتن اطلاعات و ایجاد اعتماد آموزش و آگاه‌سازی

افراد جامعه در مورد حمایت از بازماندگان

مشارکت در طراحی سیستم‌های محافظتی در کمپ‌ها با محیط‌های

بحرانی برای جلوگیری از خشونت‌های بعدی



### ۳. پیشگیری از انتقال HIV و بیماری های مقاربتی ( STIs )

در محیط هایی که رفتارهای پرخطر افزایش می یابد

نقش ماماها: کاندوم مردانه و زنانه توزیع کنند

آموزش جنسی ایمن بدهند

رعایت اصول احتیاط جهانی در هر زایمان با مراقبت بهداشتی را اعمال کنند

در تهیه و توزیع خون ایمن برای انتقال احتمالی مشارکت کنند

شناسایی افراد پرخطر و ارجاع آنها برای دریافت خدمات تخصصی مثلاً درمان HIV

# نقش ماما در MISP

## ۴. برنامه ریزی برای خدمات جامع سلامت باروری

پس از تثبیت شرایط اولیه بحران ماماها باید به خدمات جامع تر فکر کنند جمع

آوری داده‌های میدانی و ثبت آنها

شناسایی نیازهای بلند مدت سلامت باروری در جمعیت آسیب دیده مشارکت

در طراحی و اجرای خدمات کامل از جمله مراقبت پیش از بارداری، درمان

نازایی، غربالگری سرطان‌های زنان،

آموزش و توانمندسازی ماماها محلی و مراقبین سلامت برای ادامه خدمات

مشارکت در جمع آوری داده‌ها، تحلیل و مستندسازی تجربیات برای بهبود پاسخ

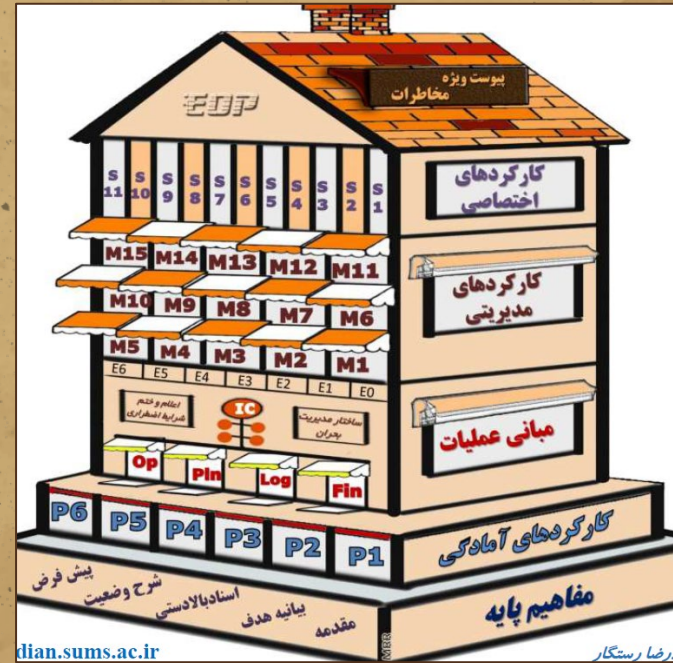
در بحران‌های آینده

ادغام خدمات SRH با مراقبت‌های اولیه سلامت



# برنامه ملی عملیاتی پاسخ در بحران

EOP  
Emergency Operation Plan



این برنامه تحت مدیریت وزارت بهداشت طراحی شده:

- کارکردهای فاز آمادگی و پاسخ ارائه می‌شود و فاز پاسخ به دو گروه ۱. کارکردهای مشترک ۲. کارکردهای اختصاصی ( شامل ۱۱ کارکرد) تقسیم می‌شود

- S1 پاسخ پیش بیمارستانی در بحران و سوانح
- S2 پاسخ مراکز درمانی در بحران و سوانح
- S3 پاسخ مدیریت بیماری‌های واگیر در بحران و سوانح
- S4 پاسخ مدیریت بیماری‌های غیر واگیر در بحران و سوانح
- S5 پاسخ سلامت محیط و کار در بحران و سوانح
- S6 پاسخ به سلامت مادر کودک خانواده و جوانی جمعیت
- S7 پاسخ به تغذیه در بحران و سوانح
- S8 پاسخ به حمایت‌های روانی اجتماعی
- S9 پاسخ به آموزش و ارتقا سلامت در بحران
- S10 پاسخ به خدمات آزمایشگاهی در بحران
- S11 پاسخ به مدیریت دارو و تجهیزات بیولوژی

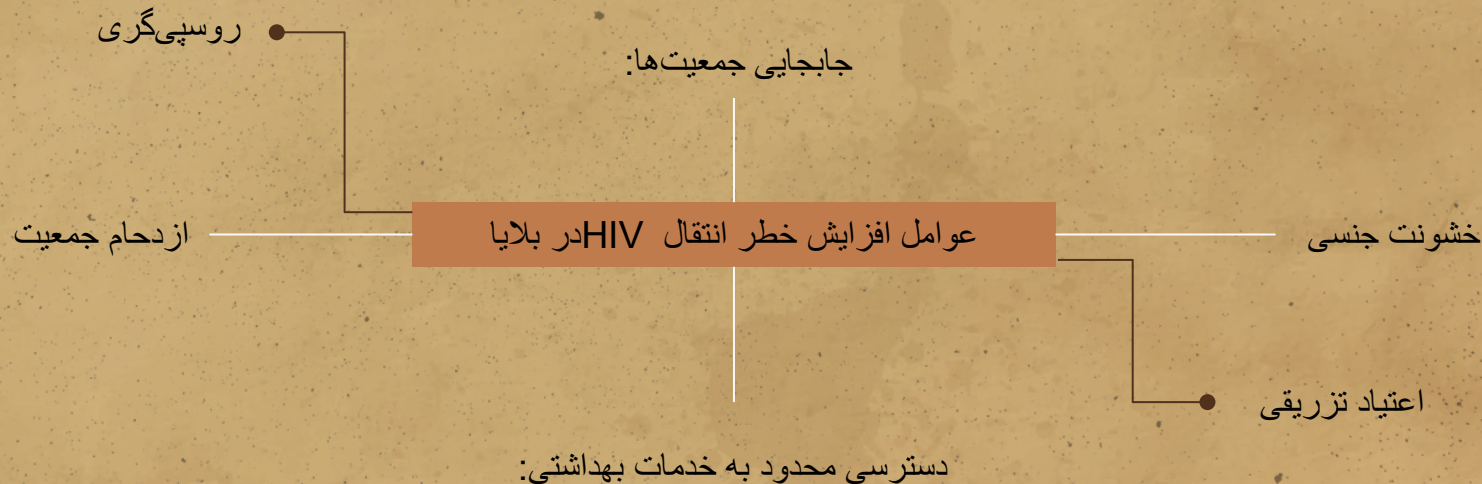
# کارکرد های تخصصی

کارکردهای تخصصی کارکرد عملیات پاسخ جوانی جمعیت سلامت خانواده و مدارس در حوادث و سوانح در جدول ذیل آمده‌اند:

عنوان کارکرد	کد
خدمات سلامت مادران	S6-1
خدمات سلامت نوزادان	S6-2
خدمات سلامت کودکان	S6-3
خدمات سلامت جوانان، نوجوانان و مدارس	S6-4
خدمات سلامت میانسالان	S6-5
خدمات باروری سالم و فرزندآوری	S6-6
خدمات سلامت سالمندان	S6-7

# دستورالعمل های مقابله HIV/ AIDS

پاسخ سریع و مؤثر به نیازهای پیشگیری، مراقبت و درمان مبتلایان به HIV، به ویژه جلوگیری از انتقال ویروس در شرایط بروز بلایا و فوریت‌ها، اهمیت بسیار زیادی دارد. ماهیت بیماری، وجود موارد ناشناخته ابتلا، و شرایط خاص دوران بحران که عوامل خطر انتقال را افزایش می‌دهد، ایجاب می‌کند که این موضوع در اولویت اقدامات قرار گیرد.



حوزه اقدام	اقدامات
کاهش انتقال جنسی و انتقال مادر به کودک	<p>- در دسترس قرار دادن کاندوم و آموزش اصول اولیه بهداشتی</p> <p>- تبلیغ و اطلاع رسانی درباره دسترسی به کاندوم</p> <p>- کنترل بیماری‌های آمیزشی برای افراد روسپی و ترویج روابط جنسی سالم‌تر</p> <p>- پیشگیری اولیه از HIV به‌ویژه در زنان جوان</p> <p>- پیشگیری از بارداری ناخواسته در زنان مبتلا به HIV و ترویج روش‌های تنظیم خانواده به‌خصوص در این گروه</p> <p>- پیشگیری از انتقال HIV از زنان باردار مبتلا به نوزاد از طریق رژیم پروفیلاکسی و تنظیم روش تغذیه نوزاد (تغذیه جایگزین)</p>
ایمنی خون	<p>- تست HIV برای تمام خون‌های اهدایی</p> <p>- اجتناب از انتقال خون غیر ضروری</p> <p>- استفاده از اهداکنندگان جدید برای ذخیره خون سالم</p>
کاهش آسیب	<p>- شناسایی موقعیت‌ها و اماکن پرخطر</p> <p>- دسترسی به سرنگ استریل برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد</p> <p>- دسترسی به کاندوم</p> <p>- انجام مشاوره و آزمایش برای موارد مشکوک و فراهم کردن امکان دسترسی و هماهنگی ارجاع</p>
حفاظت فیزیکی	<p>- محافظت از افراد در معرض خطر، به‌ویژه زنان و کودکان، در برابر خشونت و سوءاستفاده (به‌عنوان یک اصل حقوق بشری و برای کاهش خطر انتقال HIV)</p> <p>- ارائه خدمات بهداشتی و روانی در موارد تجاوز جنسی</p>
حفاظت کارکنان بهداشتی:	<p>- آموزش و نظارت بر رعایت احتیاطات استاندارد برای کاهش انتقال بیمارستانی</p> <p>- دسترسی به مشاوره، آزمایش و درمان پروفیلاکسی در صورت لزوم</p> <p>- توزیع و جمع‌آوری و معدوم‌سازی وسایل تزریقی و زباله‌های آلوده</p>

## جدول مراجعات افراد با سابقه تزریق مواد مخدر

فعالیت / زمان بندی	بدو مراجعه	2 هفته بعد	2 ماه بعد	6 ماه بعد	مراجعه منظم طبق برنامه
مشاوره پیش از آزمایش	✓				
آزمایش تشخیص HIV	✓		✓	✓	
مشاوره پس از آزمایش		**در صورت دریافت نتیجه	**در صورت دریافت نتیجه	**در صورت دریافت نتیجه	
ارائه سرنگ و نیدل	✓	✓	✓	✓	✓
ارائه کاندوم	✓	✓	✓	✓	✓

## جدول مراجعات افراد با سابقه تماس جنسی غیر ایمن

فعالیت / زمان بندی	بدو مراجعه	2 هفته بعد	2 ماه بعد	6 ماه بعد	مراجعه منظم طبق برنامه
مشاوره پیش از آزمایش	✓				
آزمایش تشخیص HIV	✓	✓	✓	✓	
مشاوره پس از آزمایش		**در صورت دریافت نتیجه	**در صورت دریافت نتیجه	**در صورت دریافت نتیجه	
درمان سندرومیک STIs	✓				
ارائه کاندوم	✓	✓	✓	✓	✓

## جدول مراجعات افرادی که با HIV زندگی می کنند

فعالیت / زمان بندی	بدو مراجعه	2 هفته بعد	پایان ماه اول	هفتگی	ماهانه	هر 3 ماه	هر 6 ماه	سالانه
مشاوره پس از آزمون	✓							
مشاوره اختصاصی در HIV	✓	✓	✓			✓		
آموزش خانواده و اطرافیان			✓				✓	
تنظیم خانواده								
ارزیابی و مشاوره تغذیه			✓				✓	
آموزش در HIV	✓	✓	✓			✓		
معاینات بالینی	✓		✓			✓		
ارزیابی سل			✓					✓
واکسیناسیون			✓					✓
مراقبت در منزل (در صورت نیاز)				✓	✓			
ارائه کاندوم				✓				
آزمایشات دوره ای			✓			✓		
مراجعات برای دریافت داروهای ART و مراقبت های دوره ای (صورت نیاز)					✓			

# درمان مالاریا فالسیپارم بدون عارضه در زنان

برنامه دارویی توصیه شده در زنان باردار و مادران شیرده مبتلا به مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

برنامه دارویی خط اول	برنامه دارویی خط دوم
سه ماهه اول بارداری	کینین + کلیندامایسین
سه ماهه دوم و سوم بارداری	آرتسونت + فنسیدار
دو ماهه اول دوران شیردهی	آرتسونت + کلیندامایسین
دوران شیردهی از سه ماهه سوم به بعد	آرتسونت + فنسیدار

زنان باردار یا شیرده مبتلا به مالاریای ویواکس با داروی کلروکین درمان می شوند. تجویز پریماکین در این گروهها ممنوع است، بنابراین درمان ضدعود در طول بارداری و شیردهی انجام نمی شود. در مورد زنان شیرده، پس از پایان دوره شیردهی، درمان ضدعود با همان دوز و روش تجویز بزرگسالان صورت می گیرد

## درمان مالاریای شدید در زنان باردار

زنان باردار، به‌ویژه در سه‌ماهه دوم و سوم، نسبت به سایر بزرگسالان بیشتر در معرض عوارض شدید مالاریا مانند ادم ریه و هیپوگلیسمی قرار دارند. مرگ‌ومیر در این گروه حدود ۵۰ درصد بالاتر از زنان غیرباردار است. همچنین، مرگ جنین و زایمان زودرس شایع است. احتمال بروز هیپوگلیسمی باید همیشه مدنظر باشد، زیرا این عارضه به‌ویژه در بیماران تحت درمان با کینین شایع و گاهی تکرارشونده است.

## درمان مالاریای فالسیپاروم شدید در زنان باردار

داروها باید بدون تأخیر، با دوز کامل و تزریقی مصرف شوند.

در سه ماهه اول بارداری، داروی انتخابی کینین و احتمال بروز عارضه هیپوگلیسمی با مصرف دارو در این دوران

کمتر

در سه ماهه دوم و سوم بارداری استفاده از آرتسونت یا آرتیمیتز تزریقی بر کینین برتری دارد؛ زیرا خطر حمله های

هیپوگلیسمی عودکننده با مصرف آنها وجود ندارد.

## دستورالعمل ارائه خدمت به زوجین ناقل شناسایی شده بتا تالاسمی مینور

برای زوجین، ادامه خدمات پیشگیری از بارداری توصیه می‌شود.

در استان‌های مازندران و فارس به دلیل شیوع بالای زوجین ناقل بتا تالاسمی مینور، باید توجه ویژه شود. در سیستان و بلوچستان، هرمزگان، جیرفت، کرمان و خوزستان علاوه بر پیشگیری از بارداری، تأمین درمان مستمر بیماران تالاسمی ضروری است.

سایر استان‌ها نیز باید تداوم خدمات پیشگیری را در نظر بگیرند.

جهت تداوم ارائه خدمت به زوجین ناقل شناسایی شده در صورت وقوع بارداری لازم است که زوجین به مراکز تشخیص پیش از تولد بیماریهای ژنتیک ۱ معرفی شوند



گروه آسیب‌پذیر	زیرگروه‌ها / شرایط خاص
مادران	مبتلا به عوارض ناشی از بارداری و زایمان (خونریزی، فشار خون بالا، عفونت، تروما به شکم و - زنان باردار و زایمان کرده آسیب‌دیده - دارای علائم زایمان یا در معرض سقط و - رحم، مشکلات ادراری و تناسلی، کم‌خونی متوسط تا شدید، افسردگی پس از زایمان و ...) در معرض خشونت جنسی و آسیب - از دست دادن اعضای خانواده - زایمان زودرس
نوزادان	نوزادانی که مادر را از دست داده یا مادر قادر - دارای بیماری زمینه‌ای یا ناهنجاری ماژور - نوزادان نارس یا با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم - شیرمصنوعی خوار - فاقد سرپرست - به نگهداری نیست
کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه	- فاقد سرپرست - مبتلا به بیماری مزمن یا بیماری حاد - دارای معلولیت جسمی، روانی یا ذهنی - مبتلا به سوء‌تغذیه یا اختلال رشد - در معرض خشونت جنسی - مصدوم یا آسیب‌دیده
نوجوانان	مبتلا به بیماری مزمن یا تحت درمان بیماری صعب‌العلاج / زمینه‌ای (قلب، - در معرض خشونت جنسی - از دست دادن اعضای خانواده - دارای معلولیت جسمی، روانی یا ذهنی - نگهداری از سالمند در منزل - تک‌والدی - آسم، دیابت و ...)
جوانان	مبتلا به بیماری مزمن یا تحت درمان بیماری صعب‌العلاج / زمینه‌ای (قلب، - در معرض خشونت جنسی - از دست دادن اعضای خانواده - دارای معلولیت جسمی، روانی یا ذهنی - نگهداری از سالمند در منزل - تک‌والدی - آسم، دیابت و ...)
میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال)	، بیماری صعب‌العلاج، دیابت، پرفشاری خون، معلولیت، اختلالات روان (COPD آسم، ) مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی - - زنان سرپرست خانوار یا بی‌سرپرست - زنان با خونریزی غیرطبیعی رحمی یا عفونت ادراری-تناسلی - (افسردگی، اضطراب و ...)، اعتیاد زنان در معرض خشونت جنسی
افراد نیازمند باروری سالم	بارداری پرخطر - تحت درمان ناباروری ART در زمان وقوع بلا - شرایط روحی و روانی نامناسب - زوجینی که تمایل یا شرایط فرزندآوری ندارند
سالمندان	وابسته به داروهای اساسی (مانند انسولین یا داروهای - با مشکلات شناختی یا کاهش هوشیاری - با مشکلات حرکتی و نیازمند کمک - تنها یا ساکن خانه سالمندان - با اختلال شنوایی یا بینایی - مبتلا به بیماری‌های مغز، قلب، کلیه یا کبد (حاد یا مزمن) - نارسایی قلب)

# نقش ماما در بحران بر اساس EOP

## ارائه آموزش های لازم به مادران پرخطر

ارائه توصیه های بهداشتی  
آموزش علائم خطر  
زمان مناسب مراجعه  
تغذیه  
آموزش پیشگیری از عفونت و خونریزی  
نحوه مراقبت در زایمان

## ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روانی

بررسی وضعیت روانی و جسمی مادران در بحران  
و پس از آن ارزیابی آمادگی و نیاز به خدمات  
حمایتی درمانی و ارجاعی  
ثبت مستمر اطلاعات وضعیت مادران در سامانه

## شناسایی مادران باردار پرخطر

تهیه فهرست مادران باردار دارای عوامل خطر (پره  
اکلامپسی، زایمان سخت، بالای ۳۵ سال،  
سابقه زایمان های پر عارضه)  
تعیین اولویت مداخلات و ارجاع بر اساس شدت  
خطر  
شناسایی و ثبت زنان باردار در مناطق بحران زده

# نقش ماما در بحران بر اساس EOP

## تسهیل دسترسی مادران پرخطر به ارجاع

- ارتباط با بیمارستان‌ها برای پذیرش مادران پرخطر
- تعیین وسیله مناسب ارجاع آمبولانس و وسیله همراه تیم فوریت
- اطلاع رسانی و هماهنگی با تیم بحران برای مراقبت اضطراری



## شناسایی نیازها و ثبت خدمات

- شناسایی نیازهای مادران و نوزادان
- اطمینان از بهداشتی بودن شرایط و وسایل
- ثبت خدمات ارائه شده در فرم‌های مربوط
- گزارش همه موارد مادران فوت شده در زمان بارداری، زایمان و پس از زایمان
- گزارش موارد مادران باردار صدمه دیده در بحران

# ارائه خدمات واکسیناسیون

- ❑ ارائه واکسن‌های ضروری برای مادران و نوزادان
- ❑ واکسن کزاز
- ❑ ویتامین کا برای نوزادان
- ❑ واکسن هیپاتیت ب در بدو تولد ( تزریق در زمان و شرایط مناسب با رعایت اصول ایمنی)
- ❑ کودکان مبتلا به HIV بدون علامت باید با واکسن‌های EPI واکسینه شوند
- ❑ نوزادان مبتلا به HIV نباید واکسن BCG دریافت کنند.
- ❑ تلقیح IPV به جای واکسن خوراکی پولیو



## ملزومات اختصاصی مورد نیاز مادران در جمعیت 10000 نفری در مدت 3 ماه

تعداد در یک واحد ارائه خدمت (عدد)	ملزومات (داروها)
متناسب با موالید و بر اساس دستورالعمل مصرف	مکمل‌های دارویی (اسید فولیک، قرص آهن و مولتی‌ویتامین)
2	واکسن کزاز
2	آمپول سرم ضد کزاز
20	آمپول اکسی‌توسین 10 واحدی
10	آمپول مترژن
2	آمپول رگام
از هر کدام 10	سرم یک لیتری (قندی-نمکی، قندی، رینگر)
از هر کدام 2	آمپول آمپی‌سیلین / سفالکسین
2	آمپول 80 میلی‌گرمی جنتامایسین
2	آمپول هیدرالازین
از هر کدام 5	%ویال سولفات منیزیم 50% و 20
18	آمپول بتامتازون
از هر کدام 2	آمپول 1% یا 2% لیدوکائین (10 سی‌سی)
2	آمپول پرومتازین
بسته از هر کدام 1	قرص 25 میلی‌گرمی متوکلوپرامید / آمپول
2	آمپول کلسیم گلوکونات
2	آمپول دیازپام 5 میلی‌گرم
در صورت نیاز	آمپول پتدین (با رعایت شرایط مربوط به تحویل پوکه)
2	شربت هیدروکسید منیزیم
2	پماد یا شیاف آنتی‌همورئید
محلول 5	مواد ضد عفونی‌کننده بتادین
2	پماد کلوتریمازول
5 NNG	پماد تریامسینولون
10	شیاف دیکلوفناک / ایندومتاسین
10	نیترازین تست

تعداد در یک واحد ارائه خدمت (عدد)	ملزومات (وسایل)
2	گوشی مامایی (پینارد)
1	سونیکید قابل حمل و ژل پروپ سونیکید
2	ست‌های مورد نیاز مراقبت و زایمان اورژانس (راهنمای اجرایی)
متناسب با نیاز	فرم‌ها، کتاب‌ها، راهنماهای آموزشی و دستورالعمل‌های اداره سلامت مادران

کیف مراقبت های معمول بارداری و پس از زایمان (حداقل یک کیف آماده مورد نیاز است)

تعداد	محتویات کیف مراقبت های بارداری و پس از زایمان
۱	گوشی مامایی یا سونی کیت قابل حمل
۱	گوشی طبی
۱	دستگاه فشارسنج
۱	ترازوی بزرگسال (در صورت امکان حمل)
۱	درجه حرارت سنج دهانی
۱	نوار متری
۱	چراغ قوه
۵ عدد	گاز، پد یا نوار بهداشتی
۱ بسته	دستکش یک بار مصرف
۱	ست داروهای اورژانس مامایی
۵	فرم ثبت مراقبت و دفترچه مراقبت مادر و نوزاد

## کیف زایمان (حداقل ۲ کیف آماده مورد نیاز است)

تعداد	محتویات کیف زایمان
۱	گوشی مامایی یا سونی کیت قابل حمل
۱	ست های همراه: استریل زایمان، دارویی اورژانس مامایی و زایمان، اپی زیاتومی، وسایل حفاظتی و پارچه ای، دارو و واکسنهای بدو تولد نوزاد
۳ جفت	دستکش استریل
۱	درجه حرارت سنج دهانی
۴	کلامپ بند ناف، دستبند تعیین هویت نوزاد و مادر
۱۰ عدد	گاز استریل اضافی
۱ عدد و باطری به تعداد مورد نیاز	چراغ قوه و باطری
از هر کدام ۱ عدد	دستگاه فشارسنج و گوشی طبی
۲	پوار یابار مصرف استریل
۱	زیرانداز مشمع نایلونی به ابعاد ۱/۵ × ۱/۵
۱	نوار متری برای اندازه گیری
۱	پیش بند نایلونی
۲	صابون مایع کوچک
۱	برس شستشوی دست
۱ بسته	دستکش یکبار مصرف
۱ بسته ده تایی	پد یا نوار بهداشتی
۵	فرم های ثبت و دفترچه مراقبت

### ست زایمان (حداقل ۲ ست آماده و استریل مورد نیاز است.)

تعداد	محتویات ست زایمان
۱	کاسه استیل (گالی پات) جای پنبه
۱ عدد (از هر کدام)	قیچی راست جراحی و قیچی اپی زیاتومی
۱	پنس گرد برای شستشو
۱	ظرف قلوه ای کوچک
۲	پنس کوخر راست
۵ عدد (از هر کدام)	پنبه و گاز

### ست اپی زیاتومی (حداقل ۲ ست آماده و استریل مورد نیاز است.)

تعداد	محتویات ست اپی زیاتومی
۱	سینی استیل
۱	کاسه استیل (گالی پات) جای پنبه
۱	پنست متوسط راست
۱	پنس سوزن گیر
۱	قیچی راست جراحی
۵ عدد (از هر کدام)	پنبه و گاز

## ست دارو و واکسن های بدو تولد نوزاد (حداقل ۲ ست آماده مورد نیاز است).

تعداد	محتویات ست دارو و واکسن های بدو تولد نوزاد
۱	ویتامین ک ۱
۱	واکسن ب ث ژ
۱	واکسن هپاتیت
۱	واکسن فلج اطفال
۱	قیچی راست جراحی

تامین واکسن و انجام واکسیناسیون بدو تولد با هماهنگی واحد مبارزه با بیماریها انجام می گردد

تزریق ویتامین ک پس از انجام مراقبت های بدو تولد نوزاد ( گرم کردن در آغوش مادر و تغذیه باشیر مادر توسط مامای عامل زایمان انجام می گردد)

ست وسایل پارچه ای و حفاظتی برای زایمان (حداقل ۲ ست آماده مورد نیاز است).

تعداد	محتویات ست پارچه ای و حفاظتی
۶ تکه	پارچه شان به ابعاد ۸۰×۸۰
۱ (از هر کدام)	گان و پیش بند
۱	ماسک پارچه ای یا کاغذی
۱	عینک
۱	حوله
۱	ملحفه
۱ جفت	چکمه

این ست می تواند در کیف زایمان قرار گیرد.

## ست داروهای اورژانس مامایی و زایمان (حداقل ۲ عدد)

تعداد	محتوای ست داروهای اورژانس مامایی و زایمان
عدد 1	آمپول آدرنالین
عدد 1	مترژن
عدد 1	میزوپروستول
لیتر + 3 ست 1	سرم قندی- نمکی 1 لیتری به همراه 3 عدد ست سرم
عدد 1	ویال جنتامایسین
عدد 1	آمپول آمپی‌سیلین/ سفالکسین
عدد 1	واکسن کزاز
بطری 1	شربت هیدروکسید منیزیم
محلول 1	محلول بتادین
بسته 1	قرص آهن
بطری 1	الکل سفید

# در سطوح EOP برنامه عملیاتی پاسخ اضطراری سلامت:

مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت و مدارس و کارشناس مامایی حوزه معاونت درمان، به عنوان عضوی از تیم کمیته بهداشت کارگروه سلامت، در حوادث غیر متقربه و بحران، مجری مستقیم برنامه و هماهنگ کننده تیم سلامت باروری در سطح شهرستان استان منطقه و کشور هستند.



تجهیزات و اولویت‌ها برای اجرای برنامه باید از قبل توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس منابع موجود و شرایط منطقه‌ای در انبارهای پشتیبانی مدیریت بحران نگهداری شده باشد.

در زمان بحران شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشت و درمان شهرستان‌ها، موظف به حمایت از تیم سلامت در میدان هستند

# ترياز TRIAGE

Obstetric Triage – Wrist Banding		
RED	YELLOW	GREEN
Eclampsia / seizure Severe pre-eclampsia	Sickle cell not in crisis	Generalized complaints
Severe antepartum or postpartum haemorrhage	Decreased or no fetal movement	Normal labor
Coma / unconscious	Multiple pregnancy or breech in labor	
Abnormal vital signs	Preterm labor	
Serious maternal condition DKA, sickle cell crisis, severe asthma, pulmonary edema	Preterm rupture of membranes	
	Stable / managed hypertension	
2 or more previous C/S in active labor	Previous C/S	
Grade 3 meconium liquor	Diabetic and other medical conditions	
Persistent fetal bradycardia	HIV Positive	
Severe abdominal pain or heavy bleeding at < 24 weeks	Early pregnancy problems < 24 weeks	

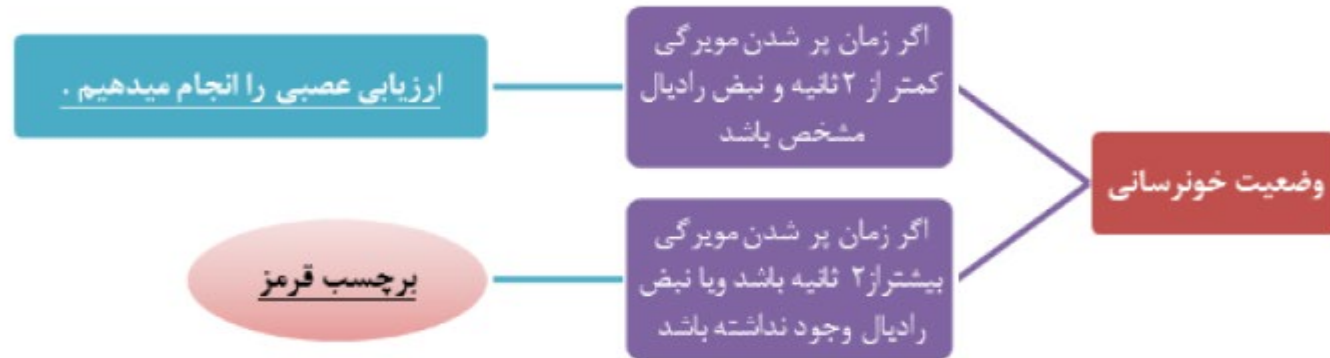
تعریف : روش کلی برای انتخاب بیماران و تقسیم بندی آنها براساس فوریت درمان

تریاج START ( Simple Triage Rapid Treatment) بر اساس چهار مقوله مورد ارزیابی قرار می گیرد

توانایی راه رفتن  
افرادى که توانایی  
راه رفتن دارند  
رنگ سبز

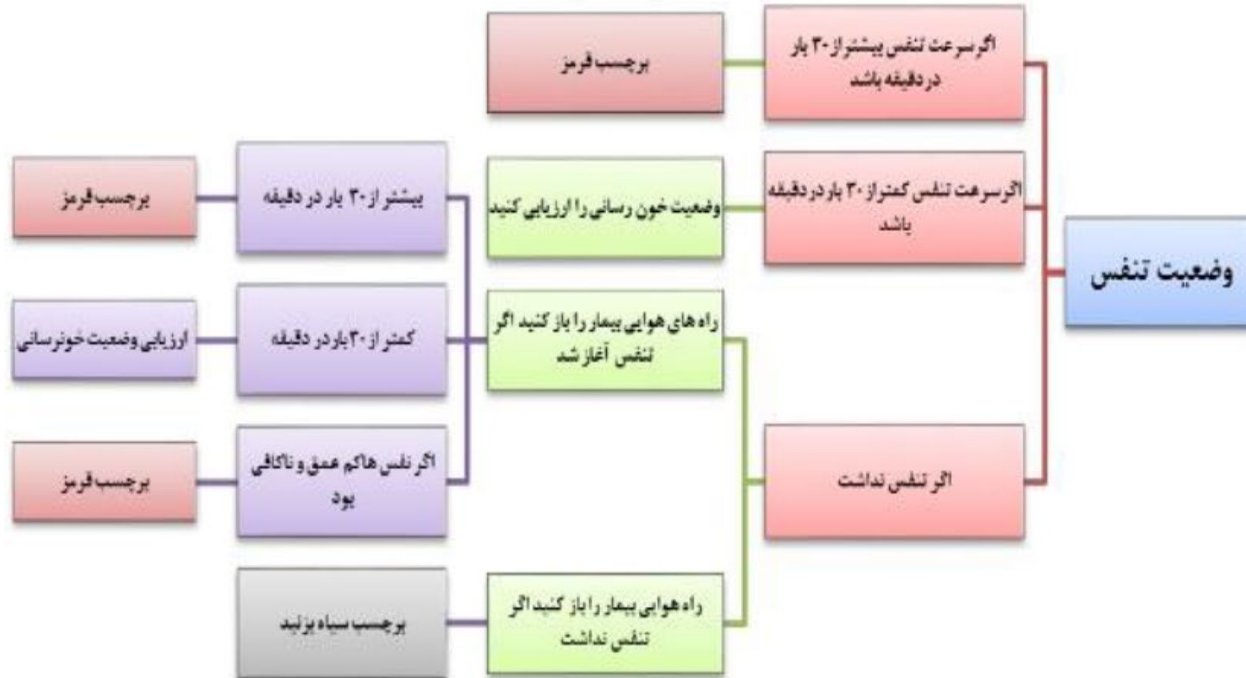


## ✓ وضعیت خونرسانی :



با ارزیابی زمان پر شدن مویرگی و نبض رادیال مشخص می شود .

# وضعیت تنفس: ✓



## وضعیت هوشیاری: AVPU

### AVPU

هوشیار - به طور کامل هوشیار است

A

کلامی - پاسخ به محرک کلامی

V

دردناک - پاسخ به محرک دردناک

P

غیر پاسخگو - هیچگونه پاسخی ندارد.

U

A

The patient is awake.

V

The patient responds to verbal stimulation.

P

The patient responds to painful stimulation.

U

The patient is completely unresponsive.

یکی از مهم‌ترین ابزارها در تریاژ بحران، کارت‌های رنگی تریاژ هستند که بر اساس رنگ، اولویت درمان بیماران مشخص می‌شود:



مخصوص بیماران با آسیب‌های  
تهدیدکننده حیات؛ حداقل  
زمان انتظار ۱ تا ۲ ساعت.



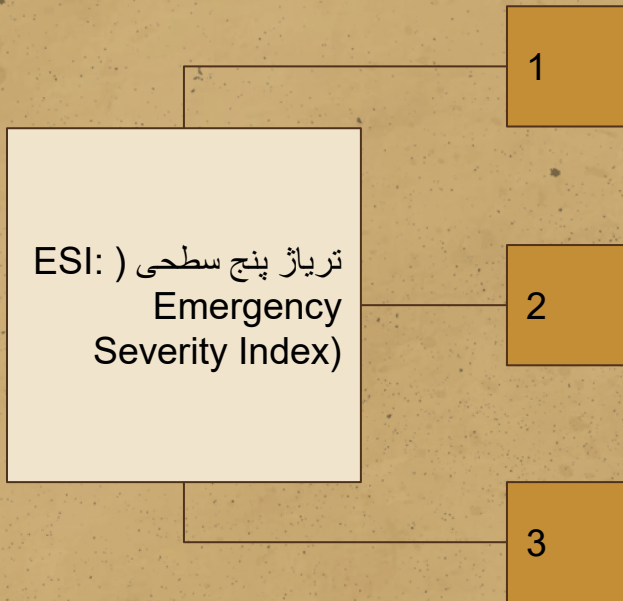
مربوط به مصدومان فوت‌شده یا دارای  
آسیب‌های کشنده.



ویژه بیماران سرپایی با آسیب‌های  
خفیف.



برای مصدومان با مشکلات جدی ولی  
غیرتهدیدکننده حیات؛ حداقل زمان  
انتظار ۲ تا ۱۲ ساعت.



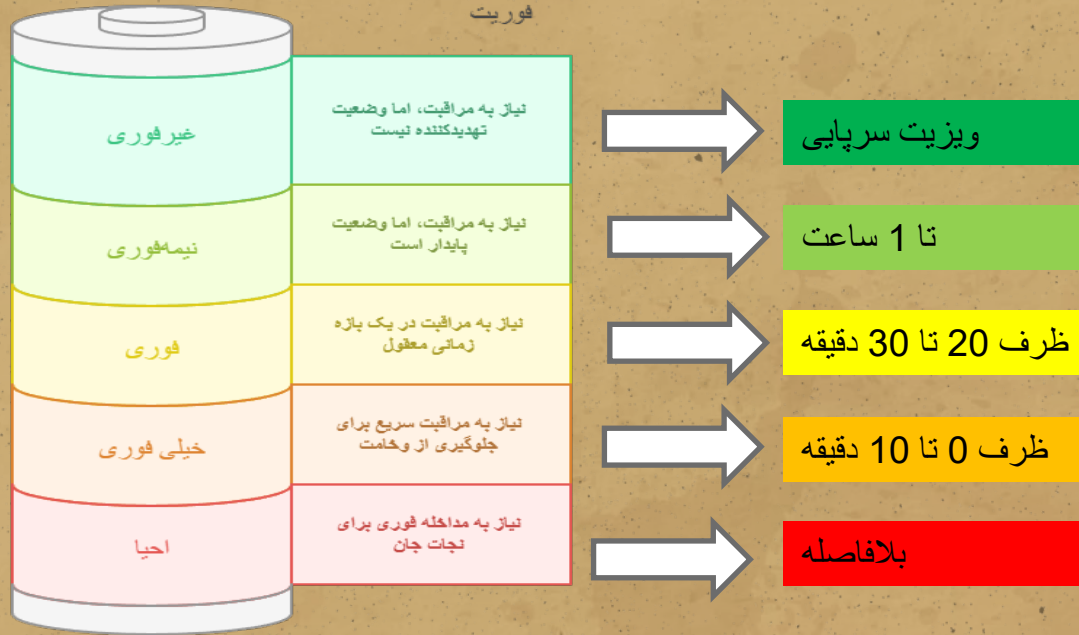
آیا بیمار نیاز به اقدام نجات‌دهنده حیات دارد؟  
بله → سطح 1  
خیر → سوال دوم

آیا بیمار می‌تواند منتظر بماند؟  
• خیر (شرایط پرخطر) → سطح 2  
• بله → سوال سوم

بیمار به چه تعداد خدمات یا تسهیلات اورژانسی نیاز دارد؟  
دو مورد یا بیشتر → سطح 3  
یک مورد → سطح 4  
بدون نیاز به تسهیلات → سطح 5

در سطح 3، کنترل علائم حیاتی الزامی است. در صورت غیرطبیعی بودن، بیمار در سطح 2 قرار می‌گیرد.

## سطوح تریاژ بر اساس فوریت مراقبت



## مثال ها:

- شرایط پرخطر (سطح ۲)  
درد یا دیسترس شدید (شدت درد < ۷ از ۱۰)  
بیماران در معرض خطر خودکشی یا دیگرکشی  
زنان باردار با درد شکم یا کاهش حرکات جنین بالای ۲۵ هفته

- نمونه شرایط سطح ۱  
ایست قلبی یا تنفسی  
اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪  
تعداد تنفس کمتر از ۶ در دقیقه  
درد شدید قفسه سینه همراه با تعریق و پوست سرد  
در مادران باردار: عدم سمع FHR، پرولاپس بند ناف، زایمان قریب الوقوع  
تروماهای شدید

کلیه مادران باردار، مادران زایمان کرده تا 42 روز پس از زایمان و زنانی که از اورژانس عمومی ارجاع داده شده اند

در تریاژ زایمان مادر و جنین همزمان تریاژ می شود ولی سطح هر کدام بطور جداگانه تعیین می شود.

در صورتی که سطح تریاژ مادر **1 و 2** باشد اولویت با نجات جان مادر است.

در صورتی که مادر سطح **یک** تریاژ باشد **علائم حیاتی جنین الزامی نیست** و

در سطح **2** نیز در صورتی که باعث تاخیر در رسیدگی به مادر نشود **علائم حیاتی جنین و مادر ثبت می شود.**

مادری که جهت تریاژ مراجعه می کند تا قبل از ثبت قلب جنین و فشار خون مادر اجازه ترخیص ندارد.

## علائم حیاتی در زون پرخطر؟

$<3\text{ m}$	$>180$	$>50$
$3\text{ m}-3\text{y}$	$>160$	$>40$
$3-8\text{ y}$	$>140$	$>30$
$>8\text{y}$	$>100$	$>20$
HR	RR	$\text{SaO}_2 < 92\%$

## طبقه بندی شدت خونریزی

مهلک IV	شدید III	متوسط II	خفیف I	طبقه بندی شدت خونریزی
بیش از ۲۰۰۰ سی سی	۱۵۰۰ - ۲۰۰۰ سی سی	۱۰۰۰ - ۱۵۰۰ سی سی	< ۱۰۰۰ سی سی	میزان خونریزی از دست رفته
> ۱۴۰	۱۲۰ - ۱۴۰	۱۰۰ - ۱۱۹	< ۱۰۰	تعداد ضربان قلب
کاهش	کاهش	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	طبیعی	فشار خون
کاهش	کاهش	کاهش	طبیعی	فشار نبض
آنوری یا بسیار جزئی	۵ - ۱۵	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۳۰ تا ۵۰)	برون ده ادراری (ml/hr)
> ۳۵	۳۰ - ۴۰	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۱۴-۲۰)	تعداد تنفس در دقیقه
گیج و لتارژیک	گیج (confused)	مضطرب (anxious)	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین جبرانی مورد نیاز

## مشخصات فرآورده های خونی مصرفی شایع

نوع فرآورده	محتویات	حجم هر واحد	اثرات
Whole blood	گلبول قرمز، پلاسما و فیبرینوژن، بدون پلاکت	۵۰۰ - ۴۵۰ سی سی	حفظ حجم خون و فیبرینوژن، افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Packed RBC	گلبول قرمز، مختصر فیبرینوژن، بدون پلاکت	۳۰۰ - ۲۵۰ سی سی	افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Platelets	پلاکت و کمی RBC و WBC	۵۰ سی سی	افزایش شمارش پلاکت ها به میزان $5000 - 8000 / \mu l$ به ازای هر یک واحد
Fresh Frozen Plasma	فاکتورهای انعقادی و فیبرینوژن معادل	۲۵۰ سی سی	افزایش حجم در گردش خون و افزایش فاکتورهای انعقادی به میزان ۳٪ و فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد
Cryoprecipitate	فاکتورهای VIII و XIII و فون ویلبراند و فیبرینوژن	حدود ۱۵ سی سی یخ زده	افزایش فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد

## نکات ضروری

- ✓ بهترین محل برای رگ گیری قسمت انتهایی دست ها از آرنج به پایین است و در صورت عدم امکان می توان از ورید فمورال کمک گرفت و یا اینکه اقدام به کات داون نمود. استفاده از وریدهای مرکزی برای این منظور مناسب نبوده و توصیه نمی شود.
- ✓ انفوزیون سرم باید به میزان ۳ برابر خون از دست رفته باشد یعنی به ازای ۱۰۰۰ سی سی خون از دست رفته ۳۰۰۰ سی سی کریستالوئید باید انفوزیون گردد.
- ✓ برای تزریق خون باید از خون هم گروه یا گروه خون O منفی کراس مچ شده استفاده شود. اما در موارد حیاتی و عدم دسترسی می توان از گروه خونی O منفی کراس مچ نشده نیز استفاده کرد.
- ✓ در بیماران هیپوولمیک تا زمانی که مایعات بدن و حجم خون به حد طبیعی نرسیده است، نبایستی از داروهای وازوپرسور بیکربنات سدیم و کلسیم استفاده نمود.
- ✓ اطلاع به متخصص کودکان و نوزادان در مورد دریافت خون توسط مادر

## عوارض ترانسفوزیون

✓ واکنش های آلرژیک غیر همو لیتیک:

این عوارض در اثر واکنش با آنتی ژن های موجود بر روی گلبول های سفید یا پلاکت (واکنش تب دار) و یا سرم خون تزریقی بروز کرده و خود را به صورت تب (معمولاً بالا) و لرز ظرف نیم تا یک ساعت و گاهی خارش، کهیر و در موارد شدید واکنش آنافیلاکتیک (خصوصاً برونکواسپاسم، آنژیوادم و یا شوک) تظاهر می کند. در صورت کوچکترین شک به ناسازگاری خونی (واکنش همولیتیک) ترانسفوزیون بایستی قطع شود و به متخصص بیهوشی اطلاع داده شود.

**تدابیر درمانی:** درمان این حالت شامل کنترل تب با استفاده از استامینوفن و واکنش های آلرژیک با استفاده از آنتی هیستامین (نظیر ۵ تا ۱۰ میلی گرم دیفن هیدرامین خوراکی یا وریدی) و در صورت لزوم استروئید (نظیر ۱۰۰ میلی گرم هیدرو کورتیزون وریدی) و اپی نفرین است.

✓ عوارضی که به طور نادر ممکن است ایجاد شود:

احساس درد یا سوزش در محل تزریق، تنگی نفس، اضطراب، درد قفسه سینه یا پشت، برافروختگی، لرز، تب، تائیکاردی، تهوع، استفراغ و در موارد پیشرفته هیپوتانسیون و بالاخره شوک ظاهر می شود.

**تدابیر درمانی:**

۱) در صورت کوچکترین شک به واکنش همولیتیک بایستی بلافاصله ترانسفوزیون قطع شود. به متخصص بیهوشی یا داخلی اطلاع داده شود.

۲) نمونه خون بیمار و خون تزریقی جهت تعیین گروه خون به آزمایشگاه فرستاده شود.

۳) وضعیت همودینامیک با استفاده از نرمال سالین یا رینگر اصلاح شود.

۴) کلرفنیرامین به میزان ۱۰ میلی گرم به طور وریدی و آهسته تجویز شود.



دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دانشکده پرستاری و مامایی

**سامانه مشاوره تلفنی سلامت  
دانشکده پرستاری و مامایی تهران  
۰۲۱۶۷۵۶۸**

صدای ماما، صدای پرستار: صدایی مطمئن  
برای لحظه‌های پر سؤال



صدای ماما همراه مطمئن شما

در مسیر مادری، لحظه تصمیم برای فرزندآوری تا روزهای پس از زایمان،  
سوالات زیادی دارید.

راهنمایی برای بارداری سالم، آمادگی برای زایمان، شیردهی راحت، یا  
مسائل مربوط به بلوغ، ازدواج و یائسگی؛ در همه این موارد ما کنار شما  
هستیم. صدای ماما: مشاوره تلفنی با اساتید مجرب مامایی و سلامت باروری

هر روز هفته، ساعت ۹ صبح تا ۹ شب، شماره تماس 02167568

فراخوان- دانشگاه- علوم- پزشکی- تهران-؛ تشکیل- بانک- داوطلبان- سلامت/vcmdrp.tums.ac.ir/Emergency-Committee/

Gammas - Gamma Perplexity Substance Use Dur... Programme and ser... Abstract PowerPoint... سامانه های جامع کسی... برنامه های سلامت رنا... کتابخانه مرکزی - کارگا... All Bookmarks

ارتباط با رئیس دانشگاه سایت دانشگاه

EN فرم درخواست همکاری طرح های پژوهشی سوالات متداول ارتباط با مسئولین خیرین سلامت

معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع دانشگاه علوم پزشکی تهران

23 بهمن 1404 پنجشنبه فرم نظرات سامانه ها مدیریت های معاونت توسعه درباره معاونت

صفحه اصلی ← کمیته اضطرار ← فراخوان دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ تشکیل بانک داوطلبان سلامت

سرخپ خبرها

## کمیته اضطرار و حوادث غیرمترقبه

لینک ورود به فرم ثبت نام

مطالب آموزشی

تاریخ انتشار : 1404/11/14 - 19:38 تعداد بازدید کنندگان خبر : 689 زمان مطالعه : 1 دقیقه

<https://vcmdrp.tums.ac.ir/ZLgRo>

شعار روز جهانی ماما در سال ۲۰۲۵: ماماها، نقش ضروری و حیاتی در هر بحران



## Resources

Center for Disaster Philanthropy ( 2024) *Women and girls in disasters* . Available at: <https://disasterphilanthropy.org/resources/women-and-girls-in-disasters/> (Accessed: 18 August 2025).

IAWG. 2018. *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in humanitarian Settings*. Available from: <https://iawgfieldmanual.com>

International Planned Parenthood Federation (IPPF), Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG) and United Nations Population Fund (UNFPA) (2020) *MISP Readiness Assessment (MRA): Assessing readiness to provide the Minimum Initial Service Package (MISP) for sexual and reproductive health in emergencies* . London: IPP

Maternal Mortality in Humanitarian Crises and Fragile Settings (United Nations Population Fund, November 2015). Available: <https://www.unfpa.org/resources/maternal-mortality-humanitarian-crisis-and-fragile-settings>

OCHA and UNDP (n.d.) *Gender, disaster management and the private sector: Mapping and analysis of existing resources and previous interventions* . [Internal report]. Connecting Business initiative (CBI). Available at: [www.connectingbusiness.org](http://www.connectingbusiness.org) (Accessed: 19 August 2025)

Thurston, A.M., Stöckl, H. and Ranganathan, M., 2021. Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. *BMJ Global Health* , 6(4), p.e004377. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004377>

## رفرنس های فارسی

اردلان، ع. و دیگران. (۱۳۹۴) *بزننامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت ها*. تهران: انتشارات آذربرزین.

دفتر آموزش و ارتقای سلامت، واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه (س.پ.)، *آوای سلامت* [وبسایت]، در دسترس در: [iec.behdasht.gov.ir](http://iec.behdasht.gov.ir) (دسترسی در تاریخ ۱۹ اوت ۲۰۲۵).

صفاجو، و همکاران "نیازهای سلامت باروری زنان و دختران در بلایای طبیعی: یک مقاله مرور نظامند." *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران* ۲۶.۸ (۲۰۲۳): ۷۸-۸۹.

طالب، س. (۱۴۰۴) «سلامت باروری در بحران و بلایا»، کارگاه آنلاین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۵ تیر ۱۴۰۴. در دسترس: ( [learning.net/course/687f3fd91e1442119257ddc7](https://learning.net/course/687f3fd91e1442119257ddc7) - بازدید در ۱۹ اوت ۲۰۲۵).

با تشکر از توجه شما

