



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری



مراقبت های پرستاری در بحران



تدوین کننده:

دفتر ارتقای سلامت و خدمات پرستاری

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تیر ۱۴۰۴

فهرست

۱. فرآیند پرستاری تریاژ در بحران ۲
۲. مراقبت پرستاری از بیمار در حوادث شیمیایی ۲
۳. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث پرتویی ۲
۴. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث بیولوژیک ۲
۵. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث انفجاری ۲
۶. مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سندرم له شدگی ۲
۷. مراقبت پرستاری در سندرم کمپارتمان ۲
۸. مراقبت پرستاری از ترومای نافذ قفسه سینه ۲
۹. مراقبت پرستاری از بیمار دچار ترومای نافذ شکم و لگن ۲
۱۰. مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران ۲
۱۱. مراقبت پرستاری از بیمار دچار شکستگی ها ۲
۱۲. مراقبت پرستاری از آسیب های سر و گردن ۲
۱۳. مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران ۲
۱۴. مراقبت پرستاری از زخم در بحران ۲
۱۵. مراقبت های پرستاری در اختلالات تنفسی در شرایط بحران ۲
۱۶. مراقبت پرستاری در تشنج ۲
۱۷. مراقبت پرستاری در افت فشار خون در شرایط بحران ۲
۱۸. مراقبت پرستاری در شوک ۲
۱۹. مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی در بحران ۲
۲۰. مراقبت پرستاری از بیماران مزمن در بحران ۲
۲۱. مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران ۲
۲۲. مراقبت پرستاری از سالمندان در بحران ۲
۲۳. مراقبت پرستاری از نوزادان در بحران ۲

۱. فرآیند پرستاری تریاژ در بحران

اهداف

- طبقه‌بندی سریع مصدومان بر اساس شدت و نوع صدمات و احتمال بقا
- آموزش و اجرای سیستم‌های استاندارد تریاژ در محیط قبل بیمارستان و در بدو ورود به بیمارستان
- تعیین اولویت در هدف قبلی ذکر شده است درمان 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 جراحت، 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

۱- 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 نظامی در صورت درخواست فرمانده نظامی، گروه سبز بمنظور برگشت به دفاع و مبارزه در اولویت رسیدگی و درمان قرار می گیرند.

۲-روش های تریاژ پرستاری در بحران

۲-۱-سیستم رنگ بندی بین المللی

رنگ	تعریف	اقدام پرستاری
 قرمز (Immediate)	نیازمند درمان فوری برای بقا	اولویت انتقال و درمان، نظارت مستمر
 زرد (Delayed)	آسیب جدی، اما بدون تهدید فوری	پایش منظم، درمان با تأخیر
 سبز (Minor)	جراحت یا بیماری خفیف	درمان سرپایی یا ترخیص، نقش داوطلبین جهت کمک به کارکنان درمان
 سیاه (Expectant/Dead)	فوت شده یا بدون امید بقا	حمایت معنوی، تسکینی یا بدون اقدام درمانی

۲-۲- تریاژ با روش START (Simple Triage and Rapid Treatment)

مراحل:

- فریاد بزنید: «هر کسی می تواند راه برود بیاید اینجا» ← برچسب سبز
- بیمارانی که نمی توانند راه بروند را ارزیابی کنید:
 - تنفس ندارد؟ راه هوایی را باز کنید ← اگر تنفس نیامد ← سیاه
 - تعداد تنفس < 30 یا > 10 ؟ ← قرمز
 - نبض ضعیف یا پرشدن مویرگی < 2 ثانیه ؟ ← قرمز
 - اختلال در پاسخ به دستورات ساده ؟ ← قرمز
 - سایر موارد ← زرد

مسئولیت های 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 (۱ تا ۴)
- 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 مکان های تاریک
دستکش، ماسک، شیلد صورت، گان	حفاظت فردی پرستار
کیف کمک های اولیه	تثبیت فوری بیمار پس از تریاژ

آموزش تیم تریاژ

- تمرین سناریوهای بحران
- تمرین روش START، رنگ‌بندی و مستندسازی
- آموزش ارتباط موثر با بیماران و همراهان در شرایط استرس
- آموزش مدیریت احساسات در تصمیم‌گیری در شرایط سخت اخلاقی

۱-۱ 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، نگاهتگاه‌ها و مراکز سیار سلامت قابل استفاده است.

اصول راهبردی در اولویت‌بندی مراقبت

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

سطح بندی بیماران بر اساس نیاز و پیش آگهی

سطح	ویژگی ها	اقدام پیشنهادی
سطح ۱ (فوریت حیاتی)	تهدید فوری حیات، امکان بقا بالا با مداخله سریع	مراقبت فوری – مداخله اولویت دار
سطح ۲ (فوریت متوسط)	وضعیت پایدارتر ولی نیازمند مراقبت طی چند ساعت	مراقبت با تأخیر محدود
سطح ۳ (کم خطر)	جراحات خفیف، بدون تهدید حیات	مراقبت بعد از بیماران بحرانی یا واگذاری به مراقبین کمتر تخصصی
سطح ۴ (غیرقابل احیا)	آسیب بسیار شدید با احتمال بقای پایین	مراقبت حمایتی – بدون اقدام تهاجمی

اولویت بندی اقدامات پرستاری در بحران با منابع محدود

حوزه مراقبتی	اقدامات اولویت دار
باز نگه داشتن راه هوایی	استفاده از روش های دستی، پوزیشن دهی (هایپراکستنشن گردن)، کانول بینی، ماسک – اجتناب از لوله گذاری در صورت محدود بودن منابع بجز در موارد حیاتی
تنفس و اکسیژن رسانی	اولویت با بیماران هایپوکسمیک قابل احیا – استفاده اشتراکی از کپسول 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 – ترجیحا ترکیبات غیرمخدر برای بیماران پایدار
جلوگیری از عفونت	پانسمان تمیز، آنتی بیوتیک های 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	فراهم سازی 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 مانور پشت میزی و مانور واقعی، کارگاه، و شبیه‌سازی موقعیت واقعی
- استفاده از سناریوهای واقعی بحران‌های گذشته
- مرور تصمیم‌های دشوار در جلسات تیمی برای بهبود عملکرد

۱-۲ 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 تصمیم گیری فوری	اصل کفایت (Sufficiency)
استفاده از نمادها، چک باکس، کدهای رنگی به جای شرح مفصل	اصل اختصار (Brevity)
استفاده از خط خوانا یا فرم چاپی، ترجیحاً فرم های از پیش طراحی شده	اصل خوانایی (Legibility)
ثبت لحظه ای اقدامات و پاسخ بیمار، بدون تأخیر	اصل صحت و به موقع بودن (Accuracy and Timeliness)

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

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

ابزارهای پیشنهادی برای مستندسازی سریع

ابزار	ویژگی ها	پیشنهاد اجرا
فرم کاغذی از پیش چاپ شده	حاوی چک باکس، کد، جدول وضعیت	در کیف بحران هر واحد درمانی موجود باشد
فرم تریاژ رنگی (SMART tag)	اطلاعات اولیه و سطح بندی بیمار	مناسب برای تریاژهای انبوه
نرم افزار موبایلی ساده شده	در مراکز مجهز - در صورت امکان	قابلیت ثبت، ذخیره و ارسال اطلاعات
نوار شناسایی بیمار	کد شناسایی و زمان پذیرش	رنگ بندی بر اساس شدت آسیب
دفترچه ثبت روزانه تیم پرستاری	جهت خلاصه سازی 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
سالمنندان	بیماری زمینه ای، وضعیت شناختی، داروهای قبلی
بیماران روانی یا ناتوان ذهنی	وضعیت رفتاری، نیاز به ایمنی، نوع تعامل

نکات قانونی و اخلاقی

- مستندات باید حتی الامکان همان لحظه انجام ثبت شود.

- در صورت ثبت تأخیری، زمان واقعی اقدام قید گردد.
- نباید اطلاعات قبلی پاک یا مخدوش شود – خط بزنید، ولی خوانا باقی بگذارید.
- ثبت باید بدون قضاوت یا فرضیات باشد (مثلاً نگوید “معتاد”؛ بگوید “مشکوک به مصرف مواد”)
- هر پرستار مسئول ثبت اقدامات خود است.

۱-۳ فرآیند تصمیم گیری اخلاقی در تریاژ در بحران

اهداف

- افزایش توانمندی پرستاران در شناسایی و مدیریت موقعیت های اخلاقی دشوار در تریاژ
- استفاده از اصول اخلاقی چهارگانه (سودرسانی، پرهیز از آسیب، عدالت، و داشتن اختیار تام) در تصمیم گیری
- حمایت از پرستاران در مواجهه با تعارضات اخلاقی و کاهش فشار روانی ناشی از تصمیم 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 بیمار	درمان فوری بیماران با احتمال بقا بالا
پرهیز از آسیب (Non-maleficence)	خودداری از اقداماتی که آسیب می زند	اجتناب از مداخلات بی فایده یا دردآور در موارد احتمال زنده ماندن زیر ۵ درصد
عدالت (Justice)	توزیع منصفانه منابع و فرصت ها	تصمیم گیری 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

۱. ارزیابی وضعیت فوری بیمار: تنفس، نبض، هوشیاری
۲. شناسایی چالش اخلاقی: تعارض منافع، نبود منابع، بیماران مشابه با نتایج متفاوت
۳. بررسی گزینه‌ها با در نظر گرفتن اصول اخلاقی چهارگانه
۴. مشاوره سریع با عضو ارشد تیم (در صورت امکان)
۵. اتخاذ تصمیم مستند با دلایل بالینی و اخلاقی روشن
۶. ثبت کامل تصمیم و علت آن در فرم تریاژ
۷. 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.
- تصمیمی 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 محترمی 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.

۲. 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 سم‌زدایی (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، نگاهتگاه‌ها و مراکز سم‌شناسی در زمان بروز حوادث شیمیایی تدوین شده است.

تعاریف واژگان کلیدی:

اصطلاح	تعریف
ماده شیمیایی خطرناک (HazMat)	هر ماده شیمیایی که می تواند سبب مرگ، بیماری یا آسیب جدی در انسان شود.
سم 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 (زون بندی) Zone Classification	تقسیم ناحیه حادثه به سه بخش آلوده Hot Zone، نیمه آلوده Warm Zone و پاک Cold Zone برای مدیریت بهتر

ملاحظات پرستاری

- توانمندسازی پرستاران در انجام ارزیابی اولیه و دسته بندی بیماران (ترباژ)
- ارتقای توانایی در انجام ایمن فرایند سم 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

۱- آماده سازی 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 تیم های HAZMAT برای ایمنی محیط

۲- ارزیابی اولیه بیمار

- بررسی ABCDE بیمار با تمرکز بر علائم تنفسی، پوستی، چشمی و عصبی
- تشخیص علائم حیاتی مرتبط با مسمومیت های 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

۳-آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس‌ها (بیش از ۸۰٪ 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

۴-مراقبت حمایتی و درمانی

- اکسیژن ۱۰۰٪ 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

۵-مستندسازی

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

۶-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	شست و شو، بررسی تاول، پانسمان استریل
چشمی	شست و شوی 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، پالیدوکسیم (PMA-2)، اکسیژن و تهویه مکانیکی
گاز خردل	تاول پوستی، آسیب چشم، تحریک تنفسی	مراقبت پوستی، شست و شوی چشم، اکسیژن
فسژن	سرفه، ادم ریه تأخیری	اکسیژن، پایش طولانی مدت
کلر	تحریک چشم و ریه	تهویه، مرطوب سازی هوا، اکسیژن
سیانید	سردرد، تشنج، مرگ سریع	آمیل نیتريت، نیتريت سدیم، هیدروکسی کوبالامین

۳. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث پرتویی

اهداف

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

تعاریف واژگان کلیدی

- حوادث پرتویی: وقوع حادثه ای که منجر به تماس یا قرارگیری افراد در معرض اشعه های یونیزان (رادیواکتیو) می شود.
- 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 می توانند به سلول ها 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 تیم های تخصصی پرتوشناسی و مدیریت بحران.

اقدامات پرستاری

۱- آماده سازی محیط و تجهیزات

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

۲- ارزیابی اولیه بیمار

- ارزیابی سریع علائم حیاتی (تنفس، نبض، فشار خون) و سطح هوشیاری
- بررسی علائم مسمومیت پرتویی مانند تهوع، استفراغ، ضعف، سوختگی های پوستی یا خونریزی
- تعیین میزان و نوع تماس با منبع پرتویی (تماس خارجی، استنشاق، بلع)

۳- اجرای آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس های آلوده با احتیاط و قرار دادن آن ها در ظروف مناسب برای دفع رادیواکتیو
- شستشوی پوست و نواحی آلوده با آب فراوان و محلول های 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 الوده کننده فرد و محیط می باشد

۴- مراقبت بالینی و پایش مستمر

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

۵-آموزش و حمایت روانی

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

۶-نکات ایمنی و پیشگیری

- استفاده مداوم از PPE جهت جلوگیری از آلودگی ثانویه تیم درمانی.
- رعایت دقیق پروتکل های آلودگی زدایی و دفع ایمن مواد آلوده.
- دوری از تماس مستقیم با منابع پرتویی و رعایت محدودیت زمان و فاصله.
- همکاری مستمر با تیم های مدیریت بحران و رادیولوژی.

۷-مستندسازی

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

۸-آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره های آموزشی تخصصی در زمینه مراقبت پرتویی برای پرستاران.
- اجرای تمرینات عملی و شبیه سازی حوادث پرتویی جهت افزایش آمادگی تیم درمانی.

۹-منابع و مستندات مرتبط

- دستورالعمل های وزارت بهداشت در مدیریت حوادث پرتویی
- استانداردهای سازمان بین المللی انرژی اتمی (IAEA) در زمینه حفاظت پرتویی
- راهنمای WHO برای مدیریت بهداشت در حوادث پرتویی

۴. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث بیولوژیک

هدف

ارائه راهنمایی های استاندارد و علمی به پرستاران جهت مراقبت ایمن، موثر و جامع از بیماران در مواجهه با حوادث بیولوژیک، 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 ها، باکتری ها، قارچ ها یا سموم بیولوژیک) می شود
- PPE: تجهیزات حفاظت فردی شامل لباس، ماسک، دستکش، محافظ چشم و ... که از انتقال عوامل بیولوژیک جلوگیری می کند.
- ایزوله: جداسازی بیمار مبتلا به بیماری واگیردار به منظور جلوگیری از انتشار بیماری به دیگران

اصول کلی مراقبت پرستاری در حوادث بیولوژیک

- 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 تیم های کنترل عفونت و مدیریت بحران.

ترباژ در بلایای بیولوژیک:

- غربالگری علائم عفونت: تب، لرز، سرفه، اسهال، راش و ضعف ناگهانی
- استفاده از ایزولاسیون سریع برای بیماران مشکوک
- گزارش فوری به واحد کنترل عفونت

اقدامات پرستاری:

۱- آماده سازی محیط و تجهیزات

- استفاده از PPE مناسب شامل ماسک های N95 یا معادل، دستکش، لباس محافظ، محافظ چشم و کلاه.
- ارزیابی و تشخیص عامل بیولوژیک

- آماده سازی اتاق ایزوله با فشار منفی در صورت امکان.
- تامین مواد ضد عفونی کننده مناسب و تجهیزات دفع ایمن زباله های عفونی.

۲- 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 محیط های پرخطر.
- ثبت کامل داده های بالینی و تاریخچه تماس.

۳- اجرای اقدامات حفاظتی و ایزوله

- قرار دادن بیمار در اتاق ایزوله مناسب و اطلاع رسانی 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.

۴- 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 مراقبت های حمایتی.
- مراقبت از وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون بیمار.
- ارزیابی و مدیریت عوارض احتمالی بیماری یا درمان.
- اجرای پروتکل های درمانی

۵- 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.

نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل دستورات کنترل عفونت و ضد عفونی مکرر سطوح و تجهیزات.
- دفع ایمن زباله های عفونی طبق دستورالعمل های بهداشتی.
- آموزش مداوم پرستاران در زمینه بیماری های بیولوژیک و استفاده از PPE.
- انجام واکسیناسیون های لازم برای پرسنل به ویژه علیه بیماری های قابل پیشگیری.

مستندسازی

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

آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره های آموزشی تخصصی و مکرر در زمینه بیماری های بیولوژیک و مدیریت حوادث.
- انجام تمرینات شبیه سازی شده برای آماده سازی پرستاران در مواجهه با بحران های بیولوژیک.

۵. مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث انفجاری Explosive

هدف:

ارائه دستورالعمل های علمی و عملی به پرستاران برای مراقبت مؤثر، ایمن و سازمان یافته از بیماران در شرایط حوادث کشتار جمعی با سلاح های انفجاری، با هدف کاهش مرگ و میر، حفظ سلامت پرستاران و بهینه سازی 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 اولویت بندی بیماران براساس شدت آسیب و احتمال بقا جهت تخصیص بهینه منابع درمانی.
- تجهیزات حفاظت فردی (PPE): لباس ها 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 اولویت های درمانی.
- حفظ کرامت انسانی و ارائه مراقبت های پرستاری حتی در شرایط بحرانی.
- همکاری و هماهنگی مستمر با تیم های پزشکی، امدادی و امنیتی.
- ثبت دقیق اطلاعات بالینی و عملکرد پرستاری در هر مرحله.

اقدامات پرستاری

۱- آماده سازی و واکنش اولیه

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

۲- ارزیابی و تریاژ بیماران

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

۳- مراقبت های بالینی فوری

- کنترل خونریزی های شدید با استفاده از فشار مستقیم، آتل بندی و اقدامات اضطراری.
- تثبیت وضعیت تنفسی با استفاده از اکسیژن درمانی و انجام اقدامات برای برقراری تهویه موثر در صورت نیاز.
- پایش علائم حیاتی و سطح هوشیاری به صورت مداوم.
- مدیریت درد و مراقبت از زخم ها و شکستگی ها با رعایت اصول استریل.

۵- حفظ کرامت و حمایت روانی

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

۶- هماهنگی و ارتباطات

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

نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل پروتکل های بهداشتی برای پیشگیری از انتقال عفونت.

- استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و تعویض آن ها در صورت آلودگی.
- نظافت و ضدعفونی مکرر محیط و تجهیزات درمانی.
- رعایت ایمنی فردی و جلوگیری از خستگی و فرسودگی شغلی.

مستندسازی

- ثبت کامل و دقیق اطلاعات بالینی، اقدامات انجام شده، مصرف داروها و تجهیزات.
- نگهداری اسناد تریاژ و گزارش های حادثه برای ارزیابی های بعدی.
- گزارش دهی به واحد کنترل عفونت و مدیریت بحران.

آموزش کارکنان و تمرین

- شرکت در دوره های آموزشی مرتبط با مراقبت در حوادث کشتار جمعی.
- تمرین های شبیه سازی جهت آمادگی در شرایط واقعی.
- آموزش مکرر استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و اصول تریاژ.

۶. 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، نقاهتگاه ها، مراکز مدیریت بحران، تیم های سلامت اعزامی و بیمارستان های پذیرنده بیماران ترومایی تدوین شده است.

تعاریف کلیدی

- سندرم له شدگی: مجموعه ای از علائم سیستمیک که در اثر آسیب عضلانی شدید و رهاسازی محتویات سلولی به داخل گردش خون ایجاد می شود
- رابدومیولیز: تخریب بافت عضلانی اسکلتی که منجر به آزادسازی میوگلوبین و پتاسیم در خون می شود
- 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 :

۱- 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)

۲- اقدامات اولیه:

- شروع سریع احیای مایع با نرمال سالین ۱ لیتر در ساعت (در ۶ ساعت اول پس از آزادسازی عضو)
- برقراری ۲ مسیر وریدی بزرگ
- عدم تأخیر در تزریق مایعات حتی پیش از تخلیه آوار
- در موارد شدید، آکالین سازی (افزایش PH) ادرار با بی کرینات 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)

۳- پایش مستمر:

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

۴-مراقبت از ناحیه آسیب دیده:

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

۵- حمایت کلیوی:

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

۶-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 ۵ 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 کرد)، یا نبولایزر سالبوتامول: ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم طی ۱۵ دقیقه. انمای کی اگیزالات: ۱۵ تا ۵۰ گرم به همراه سوربیتول خوراکی یا انمای سوربیتول. همودیالیز (اگر از ابتدا امکان همودیالیز فوری وجود دارد از روش های شیفت گتاسیم مانند گلوکز + انسولین یا تجویز بیکربنات استفاده نکنید) رزین تبادل یونی طبق تجویز پزشک
- پایش ECG برای مشاهده علائم قلبی

۷- 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)

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.

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

۷. 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 بخش ها/ واحدهای زیر کاربرد دارد:

- اورژانس پیش بیمارستانی
- اورژانس بیمارستانی
- بخش های بستری و ICU ها
- نقاهتگاه ها و مراکز مراقبت بحران

تعاریف کلیدی

- سندرم کمپارتمان: افزایش غیرقابل جبران فشار داخل فضای فاشیای عضله که به اختلال خون رسانی و آسیب بافتی منجر می شود.
- فاشیوتومی: عمل جراحی برای باز کردن فاشیای عضلانی جهت کاهش فشار داخلی
- 6ps: شش علامت بالینی اصلی: درد شدید، رنگ پریدگی، بی حسی، فقدان نبض، فلج حرکتی و فشار موضعی

مسئولیت‌ها

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

اقدامات پرستاری :

۱-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 آسیب‌دیده
- تست حرکت غیرفعال / Passive Stretch Test
- استفاده از چک‌لیست 6ps

مد/خلات پرستاری پیشگیرانه

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

۳-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

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 PS۶ توجه شود.
- هر گچ یا بانداژ تنگ در بیمار آسیب‌دیده باید تحت پایش مداوم باشد.
- استفاده از فشارسنج کمپارتمان در مراکز مجهز توصیه می‌شود.

مستندسازی

- ثبت دقیق زمان شروع علائم
- ثبت تغییرات در PS۶ در هر نوبت پایش
- اقدامات پرستاری انجام‌شده با زمان دقیق
- ثبت جزئیات مشاهدات پس از فاشیوتومی
- مستندسازی آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار/خانواده

۸. 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
- نگاهتگاه 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 شود

مسئولیت ها

نقش	شرح وظایف
پرستار اورژانس	شناسایی فوری، اقدامات تثبیتی اولیه، آماده سازی 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 پیش بیمارستانی یا تیم بحران	پانسمان زخم، اکسیژن درمانی، ارجاع فوری، ثبت اطلاعات اولیه

اقدامات پرستاری :

۱- ارزیابی اولیه

- بررسی سطح هوشیاری AVPU یا GCS
- بررسی راه هوایی ، شاخصهای 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

۲- مداخلات پرستاری اورژانسی

- حفظ راه هوایی با مانور یا وسایل کمکی OPA/NPA
- تجویز اکسیژن با دبی حجم بالا
- استفاده از پانسمان سه‌طرفه برای پنوموتوراکس باز
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم
- عدم خارج کردن جسم 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

۳-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
- 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 می شود.

مستندسازی پرستاری

- زمان شروع علائم و ارزیابی اولیه ABC
- محل دقیق و ویژگی زخم (اندازه، عمق، ترشح، خونریزی)
- اقدامات پرستاری انجام شده (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 دستورالعمل های ابلاغی
- ثبت گزارش تحویل شیفت

روش انجام پانسمان سه طرفه (Three-Sided Occlusive Dressing)

تعریف و اهمیت: پانسمان سه طرفه یکی از روش های حیاتی اولیه است که در مدیریت ترومای نافذ قفسه سینه که منجر به پنوموتوراکس باز (Open Pneumothorax) می شود، استفاده می گردد. 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 می کند.

اهداف پانسمان سه طرفه:

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

وسایل مورد نیاز:

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

مراحل انجام پانسمان سه طرفه:

۱- ارزیابی زخم

- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته 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).

۲-آماده سازی پانسمان

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

۳-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.

۴-نظارت بر علائم حیاتی

- وضعیت تنفس، رنگ پوست، سطح هوشیاری، اشباع اکسیژن و فشار خون را هر ۵-۱۵ 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 ریه ها شود.
- پانسمان سه طرفه 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 کلیدی ترین اصول در ارزیابی اولیه بیماران تروما است و برای شناسایی سریع و مدیریت مشکلات حیاتی به کار می رود.

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؟)
- پاک سازی 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 C-Collar, Airway

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، پرشدن مویرگی (کمتر از ۲ تا ۳ 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

– Responds to Voice: V: پاسخ به صدا

– Responds to Pain: P: پاسخ به درد

– Unresponsive: U: 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
- بررسی پشت بیمار (Log roll) با کمک هنگام مشاهده آسیب‌های پشتی (آسیب ستون فقرات) مخصوصاً ستون فقرات گردنی (CSI)

۹. مراقبت پرستاری از بیمار دچار ترومای نافذ شکم و لگن

هدف

ارزیابی، تریاژ، مراقبت فوری و آماده سازی 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 بحران زده، تریاژ صحرایی، مراکز سطح اول سلامت

حوادث پرتلفات MCI، جنگ، زلزله و مأموریت های 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 می شود.
- شکستگی ناپایدار لگن: آسیب به ساختارهای لگنی که ممکن است منجر به خونریزی شدید داخلی شود.

اقدامات پرستاری :

۱- 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 مردمک ها	بررسی خونسازی مغزی
E - بررسی کامل بدن	مشاهده شکم، لگن، خونریزی، بیرون زدگی احشاء، بررسی علائم پریتونیت، هماتوم	بررسی علائم تغییر رنگ پوست، گاردینگ شکم، درد شدید و نفخ شکم

۲- مراقبت اولیه پرستاری

- درمان شوک احتمالی:

○ بیمار را در وضعیت طاق باز با اندام تحتانی بالا قرار دهید (شوک پوزیشن) Trendelenburg

- دو مسیر وریدی بزرگ برقرار کنید؛ انفوزیون سریع مایعات کریستالوئید (Ringer Lactate) هنگام اسیدوز 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 fast

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.

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

ملاحظات اخلاقی و ایمنی

- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین بررسی و درمان
- احترام به کرامت انسانی در بحران
- مدیریت ثبت اطلاعات محرمانه

۱۰. مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران

اهداف

- کنترل سریع خونریزی
- پیشگیری از شوک هموراژیک
- حفظ و پایش علائم حیاتی
- آماده سازی 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 تیم های 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 آسیب دیده (در صورت امکان)
- استفاده از آتل برای بی حرکت سازی عضو در صورت لزوم
- استفاده از تورنیکه در خونریزی های شدید و غیر قابل کنترل با رعایت اصول کاربرد تورنیکه
- پایش علائم حیاتی (فشار خون، نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری)
- شروع مایعات وریدی و فراورده های خونی طبق دستور پزشک (در صورت دسترسی)

- آماده سازی برای انتقال سریع به مراکز تخصصی در صورت خونریزی شدید یا غیرقابل کنترل
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده

طبقه بندی خونریزی ها و اقدامات پرستاری

نوع خونریزی	ویژگی ها	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، آماده سازی انتقال فوری، اطلاع رسانی 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 بی حرکت سازی
- تورنیکه استاندارد
- تجهیزات برقراری راه وریدی مانند آنژیوکت با سایز مناسب
- محلول های مایعات وریدی (در صورت دسترسی)
- تجهیزات فشارسنج و تب سنج

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 آسیب های شدید دیگر
- زخم، سوختگی یا جراحات های عمیق

۱۱. مراقبت پرستاری از بیمار دچار شکستگی ها

هدف

ارزیابی، تثبیت، مراقبت اولیه، پایش و ارجاع ایمن بیماران دچار شکستگی ها به منظور کاهش درد، پیشگیری از آسیب های ثانویه، و ارتقاء ایمنی بیمار.

دامنه کاربرد:

- پرستاران اورژانس، درمانگاه های اولیه، مراکز بحران، پایگاه های امداد
- داوطلبان پرستاری آموزش دیده
- 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....
- بی حرکت سازی (Immobilization): تثبیت محل شکستگی برای جلوگیری از آسیب بیشتر.

طبقه بندی شکستگی ها 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 بی حرکت سازی
شکستگی همراه با در رفتگی	جابه جایی مفصل با 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 جابه جایی تا تثبیت تخصصی

مراحل مراقبت پرستاری در شکستگی ها

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 شکستگی های 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 شکستگی های 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 آسیب دیده
- استفاده از کولار گردنی در آسیب های سر و گردن
- استفاده از آتل مناسب برای بی حرکت سازی عضو (چوب، پارچه یا وسایل در دسترس) در صورت احتمال آسیب ستون فقرات تخته پستی و بی حرکت سازی 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
- آماده سازی برای انتقال بیمار به مرکز تخصصی

اقدامات پرستاری اولیه

۱. بی حرکت سازی اندام مشکوک به شکستگی:

- از اسپلینت یا آتل استفاده شود.
- مفصل بالا و پایین محل شکستگی بی حرکت شود.
- هرگونه جابه جایی غیرضروری ممنوع است.

۲. در شکستگی باز:

- زخم را با گاز استریل مرطوب بپوشانید.

- از خارج کردن جسم خارجی خودداری شود.
 - آتل گذاری با رعایت زخم انجام شود.
 - در شکستگی بسته، آسیب مفاصل و کبودی گسترده استفاده از کمپرس سرد در ساعات اولیه
۳. کنترل درد:

- ارزیابی درد با مقیاس VAS
 - تجویز داروهای مسکن طبق دستور پزشک یا پروتکل بحران
۴. پایش گردش خون اندام آسیب دیده:
- رنگ، دما، نبض محیطی، حس و حرکت بررسی و مستندسازی شود.
 - ارزیابی برای علائم سندرم کمپارتمان (درد شدید، بی حسی، رنگ پریدگی، کاهش نبض)
۵. پوزیشن بیمار:

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

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- آتل های آماده یا وسایل بی حرکت سازی 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 انجام شده بصورت دقیق ثبت شود
- به تیم ارجاع یا مرکز تخصصی سریع اطلاع رسانی شود.
- در موارد نیاز به انتقال هوایی یا زمینی، بی حرکت سازی کامل الزامی است
- در شکستگی های شدید یا همراه با شوک، بررسی انتهای عضو (دیستال) از نظر خونگیری، تزریق مایعات و پایش مداوم الزامی است.

هشدارها و ملاحظات ی پرستاری

- شکستگی باز: پانسمان استریل، خطر عفونت، خودداری از دستکاری
- درد شدید غیرقابل کنترل با بی حسی 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 مراقبت های پس از ترخیص

۱۲. مراقبت پرستاری از آسیب های سر و گردن

اهداف

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

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 (مهره های گردنی)، نخاع، نای، مری، رگ های 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
- اطلاع رسانی محترمانه به بیمار و خانواده در مورد اقدامات انجام شده
- ثبت مستندات دقیق و قانونی برای پیگیری های قضایی (در موارد آسیب نافذ یا درگیری فیزیکی)

طبقه بندی آسیب ها

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 کوتاه مدت	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) و یا جابجا شدگی	تورم، خونریزی گوش یا بینی، نشت مایع مغزی نخاعی	پیشگیری از عفونت، عدم فشار روی محل نشت
آسیب نخاع گردنی (CSI)	بی حسی، فلج، اختلال در تنفس	بی حرکت سازی 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 بانداژ 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، مردمک ها، پاسخ حرکتی (استفاده از تکنیک FACE)
کنترل خونریزی	در خونریزی پوست سر: پانسمان فشاری، در زخم نافذ گردن: کنترل فشاری با حداقل جابه جایی
پیشگیری از آسیب راسیون	در بیمار بی هوش: پوزیشن ریکاوری با حفظ بی حرکتی گردن و در موارد افزایش ICP قرار دادن سر در زاویه ۳۰ درجه

هشدارهای پرستاری:

علامت	اقدام فوری
کاهش GCS بیش از ۲ امتیاز	تماس فوری با پزشک، آماده سازی 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، آماده سازی برای ارجاع
تشنج	ایمن سازی بیمار، تجویز دارو طبق پروتکل
دیسترس تنفسی در آسیب گردنی	پشتیبانی تنفسی فوری، ارجاع به ICU یا انتقال اضطراری

۱۳. مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران

اهداف

- کنترل سریع درد و شوک ناشی از سوختگی
- پیشگیری از عفونت های ثانویه
- حفظ رطوبت و جلوگیری از خشک شدن پوست سوخته
- آماده سازی برای انتقال به مراکز تخصصی درمان سوختگی
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و درمان های 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 ۹)
- خنک کردن ناحیه سوخته با آب ولرم (۲۰-۱۰ درجه سانتی گراد) 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 سوختگی های وسیع یا عمیق

طبقه بندی سوختگی ها و اقدامات پرستاری

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

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- محلول نرمال سالین یا آب استریل برای شستشو
- پانسمان استریل، گاز استریل، باند کشی
- دستکش یکبار مصرف، قیچی، پنس
- داروهای ضد درد و آنتی بیوتیک (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 می شود).
- سوختگی همراه با استنشاق دود یا مشکل تنفسی
- سوختگی درجه ۳ یا عمیق
- شوک، افت فشار خون، تغییر هوشیاری
- سوختگی الکتریکال بدون در نظر گرفتن درصد سوختگی بدلیل ایجاد سوختگی عمیق در محل ورود و خروج جریان
- سوختگی شیمیایی

۱۴. مراقبت پرستاری از زخم در بحران

هدف

پیشگیری از عفونت زخم، کنترل خونریزی اولیه، کمک به بهبود سریع تر 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 انجام شده برای ارجاع بعدی

طبقه بندی ساده زخم ها در بحران

نوع زخم	ویژگی ها	اقدام پرستاری
سطحی	ساییدگی یا خراش	تمیز کردن، پانسمان ساده
بریدگی	خونریزی با لبه های مشخص	کنترل خونریزی، پانسمان فشاری
سوراخ شدگی	ناشی از اجسام نوک تیز	بررسی عمق، اجتناب از خارج کردن شی، ارجاع سریع
له شدگی	ناشی از اجسام سنگین	بررسی خونریزی و آسیب استخوان، ارجاع فوری
آلوده	خاک، ترشحات، بوی بد	شستشو، پانسمان باز، شروع آنتی بیوتیک 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)

۱۵. 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 ترک‌دار
- 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، صداها، تنفسی، اکسیژن‌رسانی
- **Circulation:** نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

۱- 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

۲- حمایت از تنفس

- تأمین اکسیژن با ماسک یا نازل کاتتر با میزان مناسب

- آماده سازی تجهیزات تهویه دستی (آمبویگ) در صورت نارسایی تنفسی
- آماده سازی برای کمک های پیشرفته (انتوباسیون) در صورت وخامت وضعیت

۳- دارودرمانی طبق تجویز پزشک

- برونکودیلاتورها (مانند سالبوتامول)
- کورتیکواستروئیدها
- آنتی بیوتیک ها در صورت شک به عفونت
- آنتی هیستامین و اپی نفرین در واکنش های آلرژیک

۴- پایش مداوم

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

۵- مستندسازی

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

۶- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح اهمیت اکسیژن درمانی و مراقبت از دستگاه ها
- آگاهی بخشی در مورد علائم هشدار تنفسی
- پرهیز از مواجهه با عوامل محرک (آلرژن ها، دود، ازدحام)

۱۶. مراقبت پرستاری در تشنج

هدف: شناسایی سریع شروع تشنج، حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب، کنترل و کاهش مدت زمان تشنج، پیشگیری از عود تشنج و عوارض احتمالی و آماده سازی برای انتقال جهت دریافت مراقبت های 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 بیماری های زمینه ای (گاهی بدنبال ضربه شدید به سر در اثر انفجار و...)
- پایش مستمر علائم حیاتی

مراقبت ها و اقدامات پرستاری

۱- حفظ ایمنی بیمار

- جلوگیری از آسیب های 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)

۲- مدیریت تشنج

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

۳- مراقبت پس از تشنج

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

۴- مستندسازی

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

۵- 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 روش های پیشگیری از آسیب در زمان تشنج
- ملاحظات اخلاقی و روانی

۱۷. 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 اندام ها بدن بال کاهش خون رسانی 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، کم آبی، عفونت، مصرف داروها، شوک

مراقبت ها و اقدامات پرستاری

۱- 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

۲- پایش مکرر

- اندازه گیری 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

۳- شناسایی و گزارش علل زمینه ای

- بررسی وجود خونریزی های داخلی یا خارجی
- ارزیابی نشانه های عفونت یا شوک سپتیک
- بررسی مصرف داروهای کاهش دهنده فشار خون یا مسکن ها

۴- آماده سازی برای مداخلات تخصصی

- آماده سازی 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

۵- 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

۶- 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

۱۸. مراقبت پرستاری در شوک

هدف

شناسایی سریع علائم و نشانه‌های شوک، اجرای اقدامات فوری جهت تثبیت وضعیت بیمار، پیشگیری از آسیب بیشتر به اندام‌ها و 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

۱- 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

۲- 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

۳- کنترل درد و اضطراب

- ایجاد محیط آرام و کم نور برای کاهش استرس بیمار
- ارتباط همدلانه و اطمینان بخشی مداوم
- استفاده از داروهای مسکن طبق تجویز پزشک

۴- 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

۵- 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

۶- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح وضعیت بالینی و روند درمان به زبان ساده
- آموزش نشانه های هشداردهنده جهت اطلاع رسانی سریع
- حمایت روانی و همراهی در روند درمان

۱۹. مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی در بحران

هدف: 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 مراقبت های ویژه و هماهنگی سریع جهت انتقال ، درمان های 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 شاخص های عملکرد کلیه
- اطمینان از برقراری و حفظ دسترسی وریدی یا شانت دیالیزی
- کنترل وزن، ادرار و علائم احتباس مایعات
- مدیریت داروها و مراقبت های مربوط به مصرف داروهای خاص بیماران دیالیزی
- آموزش بیمار درباره تغذیه مناسب و محدودیت های مربوطه
- حمایت روانی بیمار و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی جهت ارجاع به موقع
- ثبت دقیق مراقبت ها و تغییرات وضعیت

مراقبت های اختصاصی

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

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج
- ملزومات مراقبت از شانت یا فیستول
- فرم های ثبت وزن و علائم حیاتی
- تجهیزات کمک های 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

۲۰. مراقبت پرستاری از بیماران مزمن در بحران

هدف

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

مراقبت های اختصاصی

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

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج و دستگاه سنجش قند خون
- تجهیزات پایش علائم حیاتی
- ملزومات دارویی و کمک های اولیه
- فرم های 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

۲۱. مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران

هدف

حفظ سلامت و پایش مداوم وضعیت مادر و جنین، پیشگیری و کنترل عوارض بارداری، حمایت روانی و آموزش مادر، آماده سازی برای انتقال به مراکز تخصصی در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت ها 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 تغذیه ای و روانی
- آموزش مراقبت ها و اقدامات اضطراری به مادر/خانواده و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی برای انتقال سریع در صورت نیاز
- ثبت دقیق مراقبت ها و وضعیت بالینی

مراقبت های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش ضربان قلب جنین	مانیتورینگ جنین با استفاده از دستگاه داپلر یا NST
پایش علائم حیاتی مادر	اندازه گیری 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	آرام سازی مادر، آموزش نکات ضروری
تغذیه مناسب	تامین مایعات و تغذیه مناسب و سالم
آموزش مراقبت های خانگی	نشانه های خطر و زمان مراجعه به مراکز درمانی

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه داپلر یا مانیتورینگ جنین
- دستگاه فشارسنج و تب سنج

- 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

۲۲. 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 محدودیت‌های حسی و حرکتی سالمند
- پایش مداوم علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، دما)
- مدیریت بیماری‌های مزمن (دیابت، فشار خون، قلبی، ریوی)
- اطمینان از تغذیه و آبرسانی کافی
- پیشگیری از افتادن و آسیب‌های حرکتی
- حمایت روانی و آموزش تکنیک‌های آرام‌بخشی
- استفاده از داروها طبق دستور پزشک و پیگیری عوارض جانبی
- تامین بهداشت فردی و محیطی سالمند
- ثبت کامل و دقیق مراقبت‌ها
- ارزیابی توانایی‌های خودمراقبتی
- ارزیابی شرایط حمایت‌های خانوادگی

مراقبت های اختصاصی

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

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

۲۳. مراقبت پرستاری از نوزادان در بحران

هدف: 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

- 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

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 کشیده شدن 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

- 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

مراقبت های اختصاصی

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

تجهیزات پیشنهادی

- گرم کننده 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

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. AHA Guidelines for BLS (2020)
13. CDC & WHO CBRNE Response Guides.2020
14. International Council of Nurses (ICN). Emergency Nursing Protocols.2020
15. WHO: Health Records in Emergency Settings.2018.
16. ICN Guidelines on Documentation in Emergencies.2023.
۱۷. دستورالعمل ترومای اندام – وزارت بهداشت ایران، ۱۴۰۲
۱۸. راهنمای بالینی اورژانس ترومای قفسه سینه – وزارت بهداشت ایران، ۱۴۰۲
۱۹. راهنمای مراقبت بیماران دیالیزی – انجمن نفرولوژی ایران
۲۰. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل های مراقبت بیماران دیالیزی
۲۱. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل های مراقبت ویژه زنان باردار
۲۲. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل های مراقبت ویژه سالمندان
۲۳. وزارت بهداشت، معاونت پرستاری – دستورالعمل های مراقبت ویژه نوزادان
۲۴. وزارت بهداشت، دفتر پرستاری – دستورالعمل مراقبت از بیماران سوختگی
۲۵. دستورالعمل تنفس اضطراری وزارت بهداشت