

بهره‌گیری از مدل جنینگز در راهبردهای مدیریت بحران در حوزه پرستاری نظامی

منیره عبادی^۱، سیمین تاج شریفی فر^۲

چکیده:

مقدمه: سالانه میلیون‌ها نفر تحت تاثیر بحران و بلایای طبیعی و بشری قرار می‌گیرند. وجود این بحران‌ها در جامعه ایران با توجه به بافت حادثه خیز و موقعیت جغرافیایی کشورمان محتمل است و همین مساله مدیریت بحران در سطح کلان و استفاده از راهبردها و الگوهای جهت این مدیریت را می‌طلبد.

با وجود مشارکت تمامی گروه‌ها و تخصص‌ها در امداد رسانی، نقش پرستاران بعنوان اولین امدادگران در بحران مشهود است. یافته‌ها نشان می‌دهد که حضور پرستاران در بحران به کاهش آمار تلفات و کشته‌ها منجر می‌شود. در این مقاله به بیان اهمیت مدیریت بحران و سپس به بیان کامل‌ترین الگوی مدیریت بحران "الگوی جنینگز" پرداخته شده و نقش پرستار نقش پرستار در مراحل مختلف آن تشریح و الگویی برای پرستاران نظامی پیشنهاد می‌شود.

مواد و روش: مقاله حاضر مطالعه‌ای مروری است که از طریق جستجوی کتابخانه‌ای و اینترنتی در منابع الکترونیکی، Elsevier، ProQuest، JAMA با کلیدواژه‌های "راهبرد، آموزش پرستاری بحران، الگوی پرستاری بحران، الگوی جنینگز، پرستار نظامی و مدیریت بحران" بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: محققان بر اهمیت استفاده از الگو در آموزش پرستاری بحران تاکید دارند و بیان می‌دارند با استفاده از الگو نیازهای آموزشی بصورت تعیین هدف‌های قبل از وقوع بحران، بررسی و جمع‌آوری اطلاعات، مواد و روش‌های آموزش، چگونگی پاسخ به بحران توسط پرسنل و مراکز کمک‌کننده مشخص می‌گردد. الگوی جنینگز الگویی جهت مدیریت بحران در دنیاست. این الگو دارای ۴ مرحله می‌باشد که عبارتند از: مرحله ۱: قبل از بحران، مرحله ۲: وقوع بحران، مرحله ۳: بعد از بحران، مرحله ۴: نتایج مثبت مورد انتظار

نتیجه‌گیری: ضعف راهبردهای مدیریت بحران در دنیا و ایران، نوپا بودن رشته پرستاری نظامی وعدم وجود تحقیقات در این زمینه، تلاش جدی را برای کاربردی کردن راهبردها می‌طلبد.

کلمات کلیدی: مدیریت بحران، آموزش پرستاری بحران، الگوی پرستاری بحران، مدل جنینگز، پرستار نظامی

مقدمه:

آموزش و تمرین نقش اساسی در آماده‌سازی پرستاران در مقابله با بحران را دارد (۶). آمادگی پرستاران در بحران به یک اضطرار و نیاز فوری در تمام دنیا تبدیل شده است (۴). در مطالعاتی که در سطح بین‌الملل انجام شده، مشخص گردیده است که بیش از ۸۰ درصد پرستاران داوطلب شرکت در بحران‌ها، قبلاً هیچ تجربه‌ای در مقابله با بحران نداشتند (۷). در مطالعه دیگری ۹۲ درصد پرستاران معتقد بودند که آموزش پرستاری بحران بایستی در سرفصل دروس پرستاری گنجانده شود و تنها ۲ درصد آنان معتقد بودند که به دروس پرستاری بحران زیاد پرداخت شده و بایستی آموزش آمادگی در بحران تدریس شود (۸ و ۹). در استرالیا ۱۸ درصد پرستاران اذعان داشتند که در طول عمر حرفه‌ای خود تا به حال هیچ آموزشی در برابر بحران دریافت نکرده اند (۹). در مدارس پرستاری ایالات متحده آمریکا، متوسط درصد زمانی که به آموزش آمادگی مقابله با بحران اختصاص پیدا کرده است ۴ درصد بود و ۷۴ درصد اساتید پرستاری بر این باور بودند که برای آموزش بحران به دانشجویان پرستاری ضعیف و نا کارآمد هستند (۱۰). با توجه به نیاز آموزشی آمادگی مقابله با بحران، بعد از حمله تروریستی ۱۱ سپتامبر به مرکز تجاری جهان در نیویورک، آموزش آمادگی از ۳۲/۷ درصد

سالانه میلیون‌ها نفر تحت تاثیر بحران و بلایای طبیعی و بشری قرار می‌گیرند. به خاطر اهمیت این مساله، شعار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، سلامت در حوادث و بلایا بوده و این سازمان کلیه کشورهای عضو خود را متعهد نموده که در راستای این شعار برنامه‌ریزی، مدیریت، هماهنگی، آموزش و سایر اقدامات لازم را در زمینه بحران به عمل آورند. ایران ششمین کشور دنیا و چهارمین کشور در آسیا از نظر آمار وقوع حوادث و بلایا است (۱).

از ۴۰ بلای طبیعی در دنیا، ۳۱ نوع آن در ایران اتفاق افتاده است (۲) حدود ۹۳ درصد کشور ایران در معرض زلزله قرار دارد (۱). در تیم درمانی، پرستاران اغلب اولین امدادگران در بحران هستند و به عنوان خط مقدم امداد و نجات محسوب می‌شوند. تجربیات گران قیمت آنان در جنگ، بحران‌ها و بلایای طبیعی، پرستاران را به آماده‌ترین و کارآمدترین افراد تبدیل کرده است. مشارکت پرستاران در مدیریت بحران نتایج مثبتی برای جامعه بحران زده دارد. هدف اساسی برای پرستاران بحران، بهزیستی و رفاه حال قربانیان حادثه است (۴). پاسخ سریع پرستار در بحران موجب به حداقل رساندن وسعت فاجعه می‌گردد.

این پاسخ اورژانسی به دانش و توانایی پرستار، تصمیم‌گیری موثر و سریع او و حفظ منابع و امکانات بستگی دارد که این موارد با آموزش کافی بدست می‌آید (۵). اکثر محققان بر این مساله اذعان دارند که

۱- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا- دانشکده پرستاری، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری نظامی

۲- ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا- دانشکده پرستاری، مربی و کارشناس ارشد بهداشت مادر و کودک، نویسنده مسئول

در سال تحصیلی ۲۰۰۰-۲۰۰۱ به ۵۳ درصد در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۳ افزایش یافت (۹). آدامز^۱ نیز کاهش اختلال استرس پس از سانحه^۲ در میان پرستاران خط مقدم، پس از وقوع بحران را تنها با آموزش آنها مقدر می‌داند (۱۱). علاوه بر مقالات مذکور که حاکی از عدم آمادگی و کمبودهای آموزشی برای پرستاران است، بیشتر مقالات پرستاری بحران در دنیا به مراقبت‌های پرستاری از گروه‌هایی خاص نیازمند مانند زنان حامله، کودکان، بحران‌های شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای و مدیریت حادثه می‌پردازد و مقالاتی که بیانگر یک الگوی جهانی برای راهنمایی پرستاران در بحران‌ها و دوره‌های آموزش بحران باشد محدود می‌باشد (۴). در این مقاله به بیان اهمیت و لزوم آموزش و سپس به بیان یکی از کامل‌ترین الگوی پرستاری مدیریت بحران "الگوی جنینگز"^۳ پرداخته شده و نقش پرستار را با توجه به مراحل مختلف آن با تأکید بر اهمیت آموزش و آمادگی در بحران‌ها بیان می‌کند (جنینگز) و در نهایت با پیشنهاد الگویی برای پرستاران نظامی در بحران‌ها خاتمه می‌یابد.

مواد و روش کار: مقاله حاضر مقاله‌ای مروری است که از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و جستجوی اینترنتی در منابع الکترونیکی Elsevier, ProQuest, JAMA با کلید واژه راهبرد، آموزش پرستاری بحران، الگوی پرستاری بحران، الگوی جنینگز، پرستار نظامی و مدیریت بحران در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ جمع‌آوری شده است. با توجه به ضعف برنامه‌های راهبردی در مدیریت بحران در تمامی دنیا و بالاخص در ایران لزوم و اهمیت استفاده از راهبردهای مدیریت بحران در قالب الگوی جنینگز مورد تأکید قرار گرفت.

یافته‌ها:

بحران پدیده‌ای غیر قابل پیش بینی است که با وجود پیشرفت‌های علمی فراوان در این زمینه، از وقوع آن گریزی نیست و تنها می‌توان از آثار و عوارض آن کاست. از آنجا که جراحات و مرگ، اثرات اولیه و منفی یک فاجعه هستند؛ پرستاران که بیشترین تماس را با صدمه دیدگان دارند می‌توانند نقش موثری در کاهش عوارض بحران ایفا کنند. به طوری که حضور پرستاران در بحران می‌تواند آمار تلفات و کشته‌ها را به میزان پنجاه تا هفتاد درصد کاهش دهد (۱۲). پرستاری بحران در واقع استفاده سیستماتیک و منظم از دانش و مهارت‌های تخصصی پرستاری در جهت ارتقاء عملکردها و کاهش خطرات جسمی و روانی بحران با مشارکت سایر حرفه‌های تخصصی می‌باشد (۱۳). حوادث بحرانی و نقش پرستاران مهم‌ترین عناوین در برنامه‌های آموزش بحران پرستاران در دنیا می‌باشد که بایستی در سرفصل دروس پرستاری بحران در ایران نیز به آن توجه ویژه گردد (۹). در برنامه آموزش پرستاری بحران، گرایش‌های پرستاری لازم در بحران و روش‌های ارائه اطلاعات، نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد. تحقیقات نشان داده است که بیشترین تخصص مورد نیاز در بحران، پرستار اورژانس و بهترین روش رایج مطالب؛ چهره به چهره^۴ است (۱۴). محتوای آموزش بحران با توجه به نوع بحران‌ها فرق می‌کند؛ اما اجرای حداقل استانداردهای بین‌المللی در آموزش بحران

که موجب ارتقا بیمارستان‌ها، افزایش دانش و مهارت پرستاران، ایجاد خط مشی و دستورالعمل برای انجام مانورهای بحران و افزایش ظرفیت جراحی بیمارستان‌ها می‌شود ضروری است (۵). نگاهی به برنامه‌های آموزش بحران کشورهای دیگر دنیا نیز نمایانگر نقاط ضعفی مانند عدم درک صحیح وضعیت مناطق آسیب دیده توسط پرستاران امدادگر، مدیریت نامناسب و ارزیابی ناموثر نیازهای نیروهای اعزامی مثل آب، غذا و پوشش، تجربه ناکافی رهبران گروه، فقدان هماهنگی در پرستاران اعزامی، عدم سازگاری با استرس ناشی از حادثه و تجربه ناکافی در زمینه مراقبت‌های روحی و روانی حادثه دیدگان دیده می‌شود (۱۵) که تنها با لحاظ کردن و آموزش این موارد در طرح بحران می‌توان به آمادگی کافی دست یافت. محتوای آموزش بحران که از دیدگاه بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته، شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. آموزش پرسنل بصورت رسمی
۲. استاندارد کردن تعاریف و برنامه‌های مربوط به بحران
۳. یکپارچگی و ارزیابی برنامه‌ها و مداخلات آموزش بحران
۴. همکاری‌های بین‌المللی در زمینه آموزش بحران
۵. شناسایی و معرفی عوارض روانی و اجتماعی بحران
۶. تحقیقات هدفمند در رابطه با آموزش بحران
۷. تجزیه و تحلیل حادثه و اثرات آن
۸. مستند سازی و انتشار برنامه‌های قانونی و رسمی آموزش بحران (۴، ۱۶).

محققان بر اهمیت استفاده از الگو در آموزش پرستاری بحران تأکید دارند چرا که بیان می‌دارند با استفاده از الگو نیازهای آموزشی بصورت تعیین هدف‌های قبل از وقوع بحران، بررسی و جمع‌آوری اطلاعات، مواد و روش‌های آموزش، چگونگی پاسخ به بحران توسط پرسنل و مراکز کمک‌کننده مشخص می‌گردد (۱۷). از مواد آموزشی بحران، توجه به نیازهای خانواده و والدین در هنگام وقوع بحران و ورود آنان به عنوان یک تصمیم‌گیرنده فعال می‌باشد. زیرا مطالعه کافمن^۵ نشان می‌دهد که در هنگام وقوع بحران، والدین نیازها و نقش‌هایشان را در تداخل با هم می‌بینند و خود را پاسخگوی فرزندان شان می‌دانند (۱۸). در پژوهشی دیگر در رابطه با مواد آموزش بحران، کمبود آگاهی و دانش پرستاران در رابطه با عواقب و عوارض بالقوه حملات بیوتروریسمی نشان داد که بایستی این حلقه گمشده را بازیابی کرد. از این رو آموزش‌های لازم در برنامه آموزش بحران حملات بیوتروریسمی را می‌توان به صورت ذیل پیشنهاد داد:

۱. آموزش لازم در مورد حملات بیوتروریسمی، شیمیایی، میکروبی، هسته‌ای، انفجاری و رادیولوژیکی در برنامه آموزش بحران.
۲. درمان مصدومان و آموزش برای تشخیص طغیان غیر معمول یک

سندرم

۱. Adams

۲. Post Stress Traumatic Disorder

۳. Jennings Model

۴. Face to face

۵. Coffman

۳. کنترل موارد اخلاقی و مدیریت واکنش‌های جامعه در مورد حملات ش.م.^۱

۴. یکپارچه کردن مفاهیم و معانی بیوتروریسم.

۵. آماده کردن تجهیزات و برنامه ریزی و طراحی برنامه مقابله با بحران بیوتروریسم. (۲۰۱۹، ۲۰۲۱، ۲۲)

از دیگر مواد آموزشی بحران توجه به نیازها و نگرانی‌های پرستاران در حین بحران می‌باشد. مشخص شده است که آنان تعهدات حرفه‌ای خود را مغایر با تعهدات خانوادگی خود دانسته و نگرانی بزرگ آنان در هنگام بحران مربوط به تامین امنیت خود، خانواده و برخورداری از نیازهای اولیه مثل آب، غذا، خواب، پناهگاه و محل استراحت است (۲۳).

از دیگر مباحث آموزش بحران کودکان هستند که جایگاه آنها در برنامه آموزش بحران نامعلوم و نامشخص است. کودکان با نیازهای جسمانی و روحی منحصر بفرد، آسیب پذیری خاصی در برابر بحران دارند. کمبودهای موجود در برنامه آموزش بحران در رابطه با کودکان را می‌توان به صورت ذیل فهرست کرد:

۱. با وجود اینکه تمام انسانها در سنین مختلف تاثیر ترکیبات سمی بمب‌های شیمیایی قرار می‌گیرند، در دوره‌های مختلف هیچ آموزش ویژه‌ای برای حفاظت از کودکان در مقابل اثرات حملات شیمیایی به پرستاران داده نشده است.

۲. با وجود مشخص بودن دستورالعمل‌های دارویی و درمانی در وضعیت‌های بحرانی؛ بسیاری از درمان‌ها، داروها و دوزهای آن برای درمان کودکان محاسبه نشده و این مساله مراقبت کودکان مصدوم رادر هنگام بحران سخت‌تر می‌کند.

۳. مانورهای مناسب و سازماندهی شده در مورد آموزش تخلیه و انتقال مصدومین کودک در بحران‌ها در دسترس نیست.

۴. نیازهای کودکان در برنامه آموزش بحران مانند نیازهای تغذیه‌ای، خطرات بیماری‌های عفونی و وضعیت روحی و روانی کودک به خوبی لحاظ نشده است.

۵. مفهوم فاجعه، سلاح‌ها، درمان‌های استاندارد و ملاحظات ویژه کودکی به خوبی آموزش داده نمی‌شوند (۲۴، ۲۵).

در تدوین صحیح برنامه آموزش بحران بایستی به کشف نقاط ضعف در آماده‌سازی پرستاران بحران که ناشی از ضعف مهارت‌های پرستاری و کمبود منابع برای آماده‌سازی موثر پرستاران است پرداخت (۹). هم چنین برای تدوین برنامه آموزش بحران بایستی با نگاهی به بحران‌های قبلی و جستجوی دلایل عدم شرکت پرستاران در آنها، به رفع آن اقدام و در برنامه آموزش بحران گنجانند. مثالی از دلایل عدم حضور پرستاران داوطلب شرکت در بحران (۸۳/۵ درصد)، فقدان مهارت‌های زبانی برای مقابله با بحران‌های فرامرسی بود (۷).

ساندرا جنینگز^۲ در سال ۱۹۹۶ الگوی پرستاری بحران را ابداع کرد، در ابتدا این الگو در محتوی دروس پرستاری بهداشت جامعه گنجانیده شد، اما امروزه این الگو به تدوین برنامه آموزش پرستاری بحران کمک کرده و از آن جهت طراحی برنامه مقابله با بحران و اداره کردن بحران‌ها در

سطح بیمارستان‌ها و جامعه استفاده می‌شود. پرستاران با همکاری دیگر پرسنل درمانی می‌توانند در هر مرحله از این الگو درگیر شوند و همکاری نمایند. این الگو در حال حاضر کامل‌ترین الگوی پرستاری بحران در دنیاست. برای عملیاتی کردن، پرستار بایستی خلاقیت، دانش و تفکر انتقادی را به کار گیرد. این الگو دارای ۴ مرحله قبل از بحران، وقوع بحران، بعد از بحران و نتایج مثبت مورد انتظار می‌باشد که مرحله ۱ از طریق مرحله ۳ بر مرحله ۴ اثر می‌گذارد (۴ و ۲۰). (جدول شماره ۱).

در تمامی مراحل این الگو، پرستار بایستی به حفظ ارزش‌ها، حفظ آرامش، توجه به نیروهای داوطلب، مراقبت همه جانبه‌ی جنبه‌های عاطفی، روانی، اجتماعی، فیزیکی و فرهنگی جمعیت حادثه دیده و همکاری با دیگر نیروهای کمکی چون آتش نشان و پلیس بپردازد.

با استفاده از این الگو و تاریخچه حرفه‌ای پرستاران نظامی و تجربیات گرانقدر آنان در جنگ می‌توان به الگو جدیدی دست یافت که هم در میان پرستاران نیروهای مسلح و هم در سطح جامعه قابل استفاده باشد. (جدول شماره ۲)

الگوی مدیریت بحران در پرستاران نظامی:

برای ارائه الگوی مدیریت بحران پرستاران نظامی بایستی به جمع آوری تجربیات و خاطرات، ترس‌ها، نگرانی‌ها، خصوصیات و ویژگی‌های پرستاران نظامی پرداخت (۲۷). بسیاری از پرستاران نظامی تجربیاتی چون شرایط سخت زندگی در جنگ، اعزام به مناطق جنگی مختلف، مراقبت از سربازان در حال مرگ، احساس نور، بو و صداهای وحشتناک در جنگ، وجود اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، درمان‌های روانشناختی در تعدادی از پرستاران بجا مانده از جنگ، موارد دردناک جنگی چون تعداد زیاد مجروحان، شدت صدمات سربازان، جوان بودن مجروحان، امکانات و وقت محدود برای نجات مجروحان جنگی، بی تجربه‌گی پرستاران، اضطراب از دست دادن جان خود، دوستان و یا بیمارانشان و محرومیت از خواب و غذا را بیان داشتند که به شدت آنان را مورد تأثیر قرار داده بود.

برای یافتن پایه و اساس الگو می‌توان خصوصیات و ویژگی‌های پرستاران نظامی که افرادی مستقل، رهبر، مدیر، دارای قدرت سازماندهی، توانا در انجام مهارت‌های بالینی مناسب، قدرت تصمیم‌گیری بالا، داشتن مهارت‌های ارتباطی، تحمل و انعطاف پذیری زیاد را در برابر تغییرات فراوان در جنگ مد نظر قرار داد. بر اساس گفته رینک، پرستاران نظامی به عنوان یکی از ارکان الگوی مدیریت بحران پرستاران نظامی، بایستی دارای شش ویژگی باشند که عبارتند از (۲۸):

۱. آمادگی جسمی و روحی

۲. مهارت بالینی مناسب

۳. مهارت تکنیکی

۴. مهارت‌های سربازی

۱. شیمیایی، میکروبی، هسته ای

جدول شماره ۱: وظایف پرستار در مراحل چهارگانه الگوی جنینگز

نوع مرحله	وظایف پرستار	توضیحات
مرحله ۱	بررسی و شناسایی منابع و خطرات انجام پیشگیری‌یاولیه (آموزش عموم مردم)	منابع: بودجه کافی تخصیص یافته به بحران، وجود پناهگاه، وجود قراردادهای همکاری بین موسسات، آموزش‌های قبلی کارکنان در مقابله با بحران، وجود طرح‌های مدیریت بحران و وجود ابزارهای مدیریت بحران. خطرات: بودجه ناکافی تخصیص یافته به بحران، عدم وجود پناهگاه، وجود گروهایی با نیازهای خاص، فقدان قراردادهای همکاری بین بخشی، کمبود طرح‌های مدیریت بحران، کمبود ابزارهای بررسی بحران و آموزش ناکافی کارکنان.
مرحله ۲	مراقبت کننده، آموزش دهنده، مدیریت	مراقبت کننده: تریاژ و دسته بندی مصدومان آموزش دهنده: انجام پیشگیری ثانویه (تشخیص فوری و کمک به درمان مددجو) مدیریت: رابط میان مددجو و موسسات حمایت کننده، ارجاع مددجویان به مراکز حمایتی، حفظ اسناد ارجاع مددجویان، رابط میان مراکز حمایتی و خانواده نگران مصدوم، ایجاد سیستم اطلاعاتی در مورد مصدومان بحران و قرار دادن این اطلاعات در اختیار هلال احمر یا صلیب سرخ.
مرحله ۳	پی گیری و مراقبت‌ها و ارجاعات تکمیلی که ممکن است مورد نیاز باشد، پیشگیری ثالثیه (کاهش ناتوانی‌ها از طریق نوتوانی)	بررسی نقاط ضعف و قدرت طرح مدیریت بحران و ارزیابی مجدد مددجویان حادثه تبدیل نقاط ضعف به نقاط قدرت که منجر به بازنگری مجدد و یا ایجاد طرح جدید بحران می‌گردد مستند سازی و انتشار طرح مدیریت بحران جدید یا بازنگری شده و عملیاتی کردن طرح
مرحله ۴	بررسی نتایج مثبت مورد انتظار	کاهش مرگ و میر، کاهش هزینه‌های بهداشتی، کاهش هزینه‌های مربوط به بحران، بهبود و ارتقا سلامت، افزایش دانش پرستاری بحران، افزایش طرح‌های پرستاری بحران موثر، افزایش همکاری میان پرستاران و مراکز حمایتی

جدول شماره ۲: اقدامات پرستار نظامی در بحران بر طبق الگوی پرستاری بحران جنینگز

مرحله ۱: قبل از بحران (مرحله ایجاد آمادگی)	مرحله ۲: وقوع بحران (مرحله واکنش دهی)	مرحله ۳: بعد از بحران (بهبودی، باز توانی، ارزیابی)
آموزش آمادگی: آموزش آمادگی شخصی: آموزش آمادگی جسمانی، عاطفی آموزش مهارت‌های سربازی آمادگی و حمایت از خانواده آموزش مهارت‌های بالینی: آموزش اداره تروما، تریاژ و دفاع آموزش فن پرستاری ارزیابی بالینی، طرز استفاده از وسایل و تجهیزات آموزش جامع: توانایی تکنیکی و عملیاتی آگاهی و دانش به ماموریت اعزام شده مهارت‌های رهبری و مدیریت قدرت شناسایی و اتحاد در گروه	ارتباطات (تلفن‌های منطقه، اشخاص، رادیوهای سیار) ایجاد مکانی برای دریافت مصدومان و تریاژ آنها تهیه برانکارد برنامه‌ریزی جهت نقل و انتقال مصدومان برقراری امنیت منطقه	بهبودی و باز یابی سرمایه‌ها و ذخایر تعمیر و بازسازی وسایل و تجهیزات ارزیابی مجدد طرح بحران جمع آوری اطلاعات از کارکنان شرکت کننده در بحران شناسایی و اهدای پاداش به خدمات مثبت و ارزنده کارکنان شرکت کننده در بحران فعالیت‌های اصلاحی جهت موارد منفی و ضعیف

۵. مدیریت و اداره بیماران ترومایی

۶. قدرت شناسایی

به همین دلیل و برای رشد این خصوصیات در پرستاران نظامی شاغل در نیروهای هوایی، دریایی و زمینی، آموزش آمادگی شخصی و روحی برای کار در ساعت‌های طولانی و در شرایط سخت بدون هیچ امکانات رفاهی، قدرت مواجهه و تحمل واقعیت جنگ و موارد غیر منتظره در محیط‌های ناگوار جنگی، آموزش مهارت‌های بالینی مناسب چون تریاژ، مراقبت از مصدومان شیمیایی، هسته‌ای، میکروبی و آلودگی‌زدایی آنان، استقلال و اجرای دستورات بدون حضور پزشک، استفاده از مهارت‌های ارزیابی و تشخیصی خود در بررسی بیمار بدون حضور تجهیزات و تکنولوژی بالا، آموزش مهارت‌های سربازی چون استفاده از سلاح ام-۱۶ و هفت تیر ۹ میلی‌متری برای دفاع از خود و بیماران، آموزش نقشه خوانی و کار با قطب نما صورت می‌گیرد (۲۹).

بحث و نتیجه گیری:

آمادگی پرستاران برای مقابله با بحران موجب توانمندسازی آنان در پاسخ به بحران می‌گردد. با نگاهی به برنامه آموزش بحران پرستاری در دیگر کشورهای دنیا می‌توان دریافت به دلیل تعریف ناکامل از پرستار بحران، عدم انجام مانورها و عدم پیاده سازی الگوهای بحران، نامشخص بودن محتویات و چگونگی تدریس آموزش بحران، کمبود پرستاران کارآمد و توانمند در زمینه بحران با مشکلات زیادی روبرو هستیم. متأسفانه در ایران، پرستاران به‌جز واحد درسی پرستاری فوریت‌ها و پرستاری اورژانس و کارورزی مربوطه آن، در خصوص پرستاری بحران آموزش خاصی ندیده‌اند و معمولاً آموزش بحران در کشور ما توسط نهادهایی چون هلال احمر، مرکز اورژانس تهران و یا شهرداری‌ها صورت می‌گیرد و جای این آموزش در مراکز دانشگاهی و مراکز معتبر علمی تا حدودی خالی است. خوشبختانه در مقطع تحصیلات تکمیلی پرستاری به تازگی در چند سال اخیر در دانشکده‌های پرستاری نیروهای مسلح (دانشکده‌های پرستاری آجا و سپاه) رشته پرستاری نظامی تاسیس و شروع به تربیت دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری نظامی کرده است و بیشتر محتویات دروس این رشته به آموزش در مقابل بحران، صدمات، اورژانس‌ها، مدیریت حوادث و پرستاری در جنگ‌های نوین (شیمیایی، میکروبی، هسته‌ای) می‌پردازد که این رشته نیز به دلیل تازگی، کار و تحقیقات فراوان را می‌طلبد.

پیشنهادات:

۱. آموزش بحران در دروس پرستاری گنجانده شود.
۲. بازنگری برنامه آموزش بحران پرستاران و روزآمد کردن آن با تغییرات سازمانی، گردش کارکنان و پیشرفت‌های عصر کنونی انجام شود.
۳. توسعه رشته پرستاری نظامی به دانشکده‌های غیر نظامی و فراگیر شدن آن.
۴. با وجود نقش‌های متعدد پرستاران، آمادگی و دفاع در برابر بحران در

برنامه روزانه گنجانده شود.

۵. در مورد آموزش و تمرین مقابله با بحران جهت آماده سازی پرستاران تحقیقاتی در آینده انجام گیرد.

منابع:

1. Ghanefar SJ, Tabar A. Iran's strategy on natural disaster risk management. Inter National conference geotechnical engineering for disaster mitigation and rehabilitation. 13-12 desember 2005:1. [Persian]
2. Jahanbakhsh M, Tavakoli N, Hadadpour A. Designing disaster victims' medical record, a step toward crisis management. Journal of health information management. (4) 7 ;2011 409-400 [Persian]
3. Iraqizade Hassan. Scientific secretary of the message to Congress. Fifth International Congress of health and treatment and disaster management in the disaster. Mobilize the medical community publication. 2011
4. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nursing Education Practice. 76—4:69;2004
5. Hsu EB, Thomas TL, Bass EB, Whyne D, Kelen GD, Green GB. Healthcare worker competencies for disaster training. BioMed Central (Open Access) 19—1:(19)6 ;2006. Available at: <http://www.biomedcentral.com/19/6/6920-1472>. Accessed 07/9/6.
6. Nicoll A, Wilson D, Calvert N, Borriello P, Managing major public health crises: lessons from recent event in the US and United Kingdom. British Medical Journal, 1322—1321 :2001.
7. Arbon P, Bobrowski C, Zeitz K, Hooper C, Williams J, Thitchener J. Australian nurses volunteering for the Sumatra—Andaman earthquake and tsunami of 2004: a review of experience and analysis of data collected by the Tsunami Volunteer Hotline. Australian Emergency Nurs Journal. 8-9:171;2006
8. Jennings-Sanders A, Frisch N, Wing S. Nursing students' perceptions about disaster nursing. Disaster Mgt Response journal. 5—80:(3)3 ;2005.
9. Chapman Kija, Arbon Paulc, Are nurses ready? Disaster

- education implications. *Continuing Education in Nursing Journal*. 258-253 :33 ;2002
20. Salari A. Importance of Education crisis Nursing and crisis Courses for nurses Fifth International Congress of health and teratment and disaster management in the disaster. Mobilize the medical community publication. 2011
21. Moodie M, Ban J, Manzi C, Powers M.J. Bioterrorism in the United States: Threat, preparedness, and response. Retrieved April 2003, from <http://www.cbaci.org/CDCSectionLinksMain.htm>
22. O'Connell K.P, Menuey B.C, Foster D. Issues in preparedness for biological terrorism: A perspective for critical care nursing. *AACN Clinical Issues*, 469-452 :1 ;2002
23. French E.D, Sole M.L, Byers J.F, A comparison of nurses' needs/concerns and hospital disaster plans following Florida's Hurricane Floyd. *Emergency Nursing Journal*. 28 ;2002 117-111:(2)
24. Fox Lori, Timm Nathan, Pediatric Issues in Disaster Preparedness: Meeting the Educational Needs of Nurses—Are We There Yet? *Paediatric Nursing journal*. 3)23 ;2008)
25. Dolan M.A, Krug S. E. Pediatric disaster preparedness in the wake of Katrina: Lessons to be learned. *Clinical Pediatric Emergency Medicine journal*. 66—59 :7 ;2006.
26. Mitani S, Kuboyama K, Shirakawa T. Nursing in sudden-onset disasters: factors and information that affect participation. *Prehospital Disaster Medical*. 66—359:(4)18;2003.
27. Wynd C.A Proposed Model for Military Disaster Nursing"OJIN: The Online Journal of Issue in Nursing. 3)11;2000). Available: www.nursingworld.org/ojin/topic31/tpc4_31.htm
28. Reineck C. Individual readiness in nursing. *Military Medicine*, 255-251 :164 ;1999
29. Hinton Walker P, Garmon Bibb S. C, Elbersen K. L. Research issues inpreparedness for mass casualty events, disaster, war, and terrorism. *The Nursing Clinics of North America*, 564-551 ;(3)40 ;2005.
- preparedness in the acute setting *Australasian Emergency Nursing Journal* .14—135 :11;2008
10. Weiner E, Irwin M, Trangenstein P, Gordon J. Emergency preparedness. Curriculum in Nursing Schools in the United States. *Nursing Education Perspective*. 9—334:(6)26;2005
11. Adams S.M, Dolfie E.K, Ferren S.S, Love R.A, and Taylor S.W, Mental health disaster response: nursing interventions across the life span. *Psychosocial nursing & Mental Health Services Journal*, 11—9 : (11)37 ;2000
12. Salari M. Introduction a pattern of military nurses in crisis. Fifth International Congress of health and teratment and disaster management in the disaster. Mobilize the medical community publication. 2011
13. Society of Disaster Nursing 2002. <http://www.jsdn.gr.jp/eng/disaster/nhtml>. (2002).
14. Murray V, Clifford J, Seynaeve G, Fisher J.M. Disaster health education and training: a pilot questionnaire to understand current status. *Prehospital Disaster Medical* 67—156:(3)21 ;2006.
15. Fu-Jin Shiha , Yen-Chi Liaob, Shiu-Mei Chanb, Bau-Ruei Duhc, Meei-Ling Gau. The impact of the 21-9 earthquake experiences of Taiwanese nurses as rescuers *Social Science & Medicine* .672-55:659;2002
16. Pearce L, Bourque L.B, Armour S.J, Bastone P, Birnbaum M, Garret C, Greenough P.G, Manni C, Ninomiya N , Reneros J , Rottman S , Sahni P, Shih C, Siegal D and etal. Education issues in disaster education. *Prehospital and Disaster Medicine journal*. 49-46 :(1)16 ;2001.
17. Noji E.K, Gunn S.W.A, Aziz A, Chi H.T, Dauphinee W, Davenport D and etal. *Prehospital and Disaster Medicine* ;2001 35-33 :(1)16.
18. Coffman S, Parents' struggles to rebuild family life after hurricane Andrew *Mental Health nursing journal* .(4)17 ;2000 367-353.
19. Rose M.A, Larrimore K.L. Knowledge and awareness concerning chemical and biological terrorism: Continuing

Utilization of Jennings Model in Crisis Management Strategies in the Military Nursing

Ebadi M, Sharifi far SH

Abstract

Introduction:

Annually, millions of people are affected by natural disasters and man-made disasters. Disasters in Iran are inevitable according to accident-prone tissues and geopolitical position of our country. This issue requires the management of crises at the macro level and use of strategies and models for the management. Despite participation of all groups and experts in the relief, the nurses' role as the first respondent in crisis is evident. Results show that the presence of nurses in disaster reduces death rates. In this article we describe the importance of crises management strategies, then express the most perfect crisis model "Jennings model" and consider the nurses' role in the different stages and finally concludes by proposing a model for military nurses in crisis.

Methods:

this article is review that gathered by library research and web surfing in electronic resources such as Elsevier, Pro Quest, and JAMA with the keywords strategy, training nurses for disaster and crisis management in 2013-2000. In consideration of shortcoming of strategy programs in crisis management all over the world especially in Iran, necessity and importance of utilizing of crisis management strategies in framework of "Jennings Model" where emphasised.

Result:

Most researchers have emphasized the importance of using Crises management strategies. Jennings models are most perfect strategies and models for crisis management in the world. This model has four phases as follows: Phase 1: Pre-Crisis Phase 2: crisis Phase 3. Post crisis, Phase 4: The expected positive results.

Discussion:

Poor crisis management strategies in the world and Iran, being new-born field of military nurses and lack of research in military nursing requires serious effort in order to make the strategies practical.

Keywords:

Strategic management, critical nursing education, disaster nursing model, model Jennings, military nurses