

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مدیریت بحران – DMAT

(Disaster Medical Assistant Team)

دوره آموزشی ضمن خدمت کارکنان



اهداف دوره:

هدف کلی: آشنایی با تیم های امداد پزشکی در بلایا (DMAT)

اهداف رفتاری: پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می رود:

- با ترکیب اعضا و شرح وظایف ایشان آشنا گردند.
- با صلاحیت های عمومی مورد نیاز برای اعضا DMAT آشنا گردند.
- با نحوه اعزام DMAT آشنا گردند.
- با مسائل تاثیر گذار بر ترکیب تیم DMAT آشنا گردند.
- با انواع تیم DMAT آشنا گردند.
- با ترکیب مناسب تیم ها DMAT در فازهای مختلف پاسخگویی به بحران آشنا گردند.



فهرست مطالب:

| | |
|----|---|
| ج | چکیده..... |
| ۱ | مقدمه |
| ۲ | بسته خدمتی DMAT (Disaster Medical Assistant Team) |
| ۲ | تعریف DMAT..... |
| ۳ | وظایف اعضای DMAT |
| ۳ | وظایف تیمهای DMAT در صحنه حادثه |
| ۵ | ترکیب تیم DMAT |
| ۶ | نهاد متولی..... |
| ۷ | تجهیزات مورد نیاز برای DMAT |
| ۸ | صلاحیت های عمومی اعضا DMAT |
| ۹ | تامین نیروی انسانی |
| ۹ | آموزش |
| ۱۰ | اعزام تیم DMAT |
| ۱۲ | مسائل تاثیر گذار بر ترکیب تیم DMAT |
| ۱۲ | ترکیب تیم ها |
| ۱۳ | تیم پزشکی گروه درمان |



| | |
|----|---|
| ۱۷ | تیم بهداشت روان |
| ۱۸ | واحد بهداشت |
| ۱۸ | سایر تیم ها |
| ۱۹ | واحدهای غیر پزشکی |
| ۲۰ | ترکیب مناسب برای فاز حاد حادثه (روز اول تا چهارم پس از حادثه) |
| ۲۲ | ترکیب مناسب برای فاز تحت حاد (روز ۴-۱۴) |
| ۲۴ | ترکیب مناسب برای فاز ریکاوری (بعد از روز ۱۴) |
| ۲۴ | سلامت و امنیت تیم |
| ۲۴ | پایان عملیات |
| ۲۵ | خلاصه پایانی |
| ۲۷ | نکات کلیدی |
| ۲۸ | خودآزمایی |
| ۳۰ | فهرست منابع |



چکیده

امروزه به مقوله مدیریت بحران در دنیا توجه ویژه ای می شود. پاسخ دهی مناسب و سریع، انسجام تیمی، پروتکل‌های مشخص درمان و اعزام، کاهش تداخلات کاری و از مباحث مهم این موضوع می باشند و اهمیت این مساله تا اندازه ای است که در حال حاضر فلوشیپ تخصصی Disaster Medicine به عنوان یک زیر شاخه تخصص طب اورژانس تدریس می گردد.

نگاهی به گذشته نه چندان دور کشور عزیز ما ایران نیز این نکته را گوشزد می کند که وجود تیم های مدیریت بحران و آشنایی با مباحث آن می بایست یکی از اولویتهای لازم برای برخورد صحیح و اصولی در مواقع بروز بحران باشد. قرار گرفتن ایران در منطقه خاص جغرافیایی که مستعد بروز حوادث متعدد طبیعی است علاوه بر موقعیت استراتژیک کشور ضرورت تدوین پروتکل‌های مورد نیاز این مساله را خاطر نشان می کند.

همانطور که پیش تر نیز اشاره شد پاسخ دهی مناسب و سریع یکی از ارکان مهم مدیریت صحیح بحران است. وجود تیمهای درمان اضطراری که تحت عنوان DMAT (Disaster Medical Assistant Team) از آنها یاد می شود برای این امر بسته آموزشی حاضر که تدوین و گرد آوری شده است، تلاشی برای پاسخگویی به این نیاز می باشد. امید است خوانندگان آن پاسخ سوالات خود را یافته و با استفاده از آن مدیریت بهتر و اصولی تری در مواقع بروز بحران داشته باشند.



مقدمه

ارائه ی خدمات جستجو و نجات به آسیب دیدگان سوانح و بلایا بعنوان اولین اقدام مواجهه با مخاطرات به وقوع پیوسته در کنار برخورداری از برنامه ریزی های مرتبط و در اختیار داشتن تجهیزات متناسب، مستلزم بهره گیری از خدمات نیروی انسانی آموزش دیده کارآمد می باشد. یکی از مهم ترین مواردی که همواره در طول یک صد سال خدمات امداد و نجات در این کشور مطرح بوده است و همواره به عنوان یکی از چالش های اساسی مطرح گردیده است، حضور به موقع نیروهای امدادی در صحنه عملیات و ارزیابی صحیح آنان بوده است. سرعت در واکنش های اضطراری، عاملی موثر و حیاتی است، در مواجهه با حوادث و سوانح، زمان طلایی به سرعت می گذرد و آسیب ها بیشتر و بیشتر می شود. حتی بهترین تیم ها با مجهز ترین و کار آزموده ترین نیروها اگر در فرصت طلایی اقدام در خور و شایسته ای به انجام نرسانند، پس از گذشتن زمان طلایی، آن هنگام که حادثه اثرات نامطلوبش را بر جای گذاشته باشد و جان ها از دست رفته باشد، انجام هر کاری بی حاصل خواهد بود. مطالعه کشورهای مختلف نیز نشان می دهد با توجه به گستره جغرافیایی و تنوع های فرهنگی و قومی و میزان حادثه پذیری راه های گوناگون و تیم های خاصی را برای ساعات اولیه و زمان طلایی در نظر گرفته اند. در هنگام حوادث غیر مترقبه و در راستای پاسخ به آن اعضا تیم های واکنش سریع بسته به شرایط، نوع و گستردگی حوادث کشورهای مختلف متغیر است و در تعداد یا اعضا تغییراتی به وجود می آید. در سطح بین المللی دو نیروی عمده واکنش سریع اعزامی به مناطق آسیب دیده، تیم های اینساراک (INSURUG) یا نیروهای جستجو و نجات شهری و DMAT ها هستند. نیروهای جستجو و نجات شهری (US & R) ماموریت نجات آسیب دیدگان گیر افتاده در محل و خارج کردن آنها از محل خطر را بر عهده دارند و DMAT ها به منزله بیمارستان های سیاری هستند که با اعضای دارای قابلیت های متعدد که از پرسنل ارائه دهنده خدمات سلامت تشکیل شده اند می توانند مراقبت های پزشکی را به آسیب دیدگان ارائه دهند. استفاده از نیروهای داوطلب در این تیم ها موجب می شود که در زمان حادثه، اکثر این افراد توسط سازمان های خود فراخوان شوند و به منطقه حادثه دیده اعزام شوند. تنوع زیاد حوادث در کشور، ایران نیاز به ترکیبی از این تیم ها برای پاسخگویی سریع دارد که علاوه بر چابکی و مهارت های خاص به صورت آماده در شبکه گسترده ی کشوری قادر به پاسخگویی باشند.



بسته خدمتی DMAT (Disaster Medical Assistant Team)

تعریف DMAT

تیم های امداد پزشکی در بلایا (DMAT) متشکل از پرسنل پزشکی و غیرپزشکی ساکن در یک ناحیه یا نواحی مختلف یک استان است DMAT ها به عنوان عناصر واکنش سریع طراحی شده اند تا مکمل مراقبت های بهداشتی و درمانی منابع محلی باشند تا در فاصله زمانی که منابع حمایتی و ملی بتوانند با تجهیزات کامل جابجا شوند و وارد صحنه حادثه شوند در آنجا مستقر شده و به کمک رسانی به حادثه دیدگان بپردازند ازدحام قربانیان در مراکز درمانی دو موج عمده دارد:

موج اول: کسانی هستند که قادر به راه رفتن می باشند و آسیب اندکی دیده اند و به سرعت خود را به مراکز درمانی می رسانند.

موج دوم: کسانی هستند که آسیب های جدی دیده اند و توسط گروه های امدادی، بومی یا ملی به مراکز درمانی آورده می شوند.

نزدیکترین مراکز درمانی معمولاً با بیشترین تعداد آسیب دیدگان مواجه می شوند و مراکز دورتر معمولاً کم ازدحام تر و یا حتی در مواردی خلوت هستند.

برای درمان بیماران در صحنه بعد از تریاژ محدودیت های بسیاری وجود دارد. بسیاری از منابع تشخیصی مثل رادیولوژی و آزمایشگاه در دسترس نیستند. منابع درمانی محدود، ناکافی و ناقص اند و از همه مهم تر زمان بسیار ارزشمند است. صرف وقت طولانی برای احیاء بیماران بسیار بدحال، امری غیرمنطقی است و نباید امکانات درمانی و وقت ارزشمند را برای این گونه موارد صرف کرد. باید امکانات و زمان به صورت منطقی براساس تعداد بیماران، وخامت اوضاع بیماران، خطر در صحنه حادثه و غیره مدیریت شود.



وظایف اعضای DMAT

وظیفه اصلی تیمهای DMAT پایدار نمودن وضعیت بیماران است اما در صورت وجود امکانات و وقت، درمان بیماریهای جزئی نیز می تواند توسط این گروه ها انجام شود. وظایف اعضای DMAT شامل تریاژ بیماران و ارائه مراقبت های بهداشتی سطح بالا علی رغم چالش های محیطی محل حادثه و همچنین کمک به تخلیه بیماران از محل حادثه دیده است. به طور کلی وظایف تیم ای مذکور به شرح زیر می باشد:

وظایف تیم های DMAT در صحنه حادثه:

- تریاژ در صحنه حادثه:

حقیقت این است که اغلب حادثه دیدگان و قربانیان دیزاستر خودشان با هر وسیله ممکن خود را به مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی می رسانند و منتظر گروه های امداد جهت انتقال نمی مانند. در زلزله ۱۳۸۲ شهر بم ۸۶٪ آسیب دیدگان توسط افراد بومی و بستگان نجات پیدا کردند و با وسایل شخصی خود را به محل های ارائه دهنده خدمات درمانی رساندند.

ازدحام قربانیان در مراکز درمانی دو موج عمده دارد:

موج اول کسانی هستند که قادر به راه رفتن می باشند و آسیب اندکی دیده اند و به سرعت خود را به مراکز درمانی می رسانند. موج دوم کسانی هستند که آسیب های جدی دیده اند و توسط گروه های امدادی، بومی یا ملی به مراکز درمانی آورده می شوند نزدیکترین مراکز درمانی معمولاً با بیشترین تعداد آسیب دیدگان مواجه می شوند و مراکز دورتر معمولاً کم ازدحام تر و یا حتی در مواردی خلوت هستند. این حقایق رسیدگی به قربانیان را با چالش مواجه می کند. در پاسخ به حوادثی که تعداد زیادی قربانی بر جای می گذارند دو گونه تریاژ نظامی و غیرنظامی تعریف شده اند. در مراکز درمانی و بیمارستان ها حتی در زمان حادثه تریاژ باید بر طبق روتین قبلی انجام گیرد، اما تریاژ در صحنه برای گروه های DMAT متفاوت است. تریاژ در این گروه ها هم معمولاً توسط تکنسین های اورژانس و یا پرستاران اورژانس انجام می شود.



تریاژ در حوادث جمعی معمولاً از روش های START (Simple Triage Rapid Treatment) and و یا سایر تکنیک های تریاژ در مواقع خاص مثل تکنیک (Secondary Assessment Of Victims) SAVE (Endpoint) برای مواقعی که امکان تخلیه سریع قربانیان وجود ندارد و Jump Start برای کودکان انجام می شود. در تکنیک START ابتدا از بیماران خواسته می شود تا چند قدم راه بروند. بیمارانی که قادر به راه رفتن بودند در گروه Walking Wound قرار می گیرند. این گروه بعد از رسیدگی به سایر بیماران مجدداً مورد ارزیابی و درمان قرار می گیرند. سایر بیماران بر اساس ارزیابی سریع از وضعیت پرفیوژن، تنفس و هوشیاری در سه گروه قرمز (فوری)، زرد (تاخیری)، و سیاه (افراد مرده) قرار می گیرند.

- درمان در صحنه:

برای درمان بیماران در صحنه بعد از تریاژ، محدودیت های بسیاری وجود دارد. بسیاری از منابع تشخیصی مثل رادیولوژی و آزمایشگاه در دسترس نیستند. امکان مشاوره وجود ندارد. منابع درمانی محدود، ناکافی و ناقص اند و از همه مهم تر زمان بسیار ارزشمند است. صرف وقت طولانی برای احیاء بیماران بسیار بدحال، امری غیرمنطقی است و نباید امکانات درمانی و وقت ارزشمند را برای این گونه موارد صرف کرد و باید امکانات و زمان به صورت منطقی براساس تعداد بیماران، وخامت اوضاع بیماران، خطر در صحنه حادثه و غیره مدیریت شود.

- تخلیه هوایی:

معمولاً با استفاده از دو وسیله نقلیه هوایی، بالگرد (هلیکوپتر)، و هواپیما انجام می شود. هواپیما تعداد بیشتری بیمار را می تواند همراه با امکانات درمانی و پرسنل پزشکی زنده منتقل کند ولی بالگرد معمولاً قادر به انتقال تعداد کمی بیمار (معمولاً یک یا دو نفر) می باشد، هرچند بالگرد های نظامی قادر به انتقال تعداد بیشتری بیمار مثلاً هفت نفر می باشد. کادر پزشکی همراه در این پروازها معمولاً در حد EMT (تکنسین اورژانس) یا کمتر می باشد. در صورتی که نیاز بیماران، فرد ماهرتری را بطلبد می توان با آن یک پرستار باتجربه فرستاد که این فرد می تواند توسط DMAT تأمین شود. هرچند که کم شدن این فرد از ترکیب DMAT می تواند فعالیت تیم را مشکل تر کند. بعلاوه باید امکانات

بازگشت وی به تیم در اسرع وقت فراهم باشد. تیم DMAT باید آموزش کار با بالگرد را دیده باشد، بخصوص قوانین نزد یک و دور شدن از بالگرد وقتی که بال‌های آن در حال چرخش هستند را بدانند.

در مورد هواپیما نیز کادر DMAT باید با قوانین کار با آن آشنا باشند و در مورد فیزیولوژی کم شدن فشار اکسیژن در ارتفاع و کم شدن فشار اتم سفر و تاثیر فیزیولوژیک آنها بر اعضای بدن بخصوص اعضای توخالی هوادار و غیره، آموزش لازم را دیده باشند.

در بهترین حالت DMAT باید ظرف ۸-۱۲ ساعت از وقوع حادثه در محل حادثه مستقر شود و بتواند حداقل ۷۲ ساعت بدون دریافت هیچ گونه کمکی از خارج فعالیت نماید. هر تیم DMAT باید بتواند حداقل به ۲۵۰ قربانی در روز خدمات ارائه نماید.

ترکیب تیم DMAT

- پرسنل پزشکی تیم، شامل پزشکان، پرستاران، پیرا پزشکان، داروسازان، تکنسین های دارویی، بهیاران، متخصصین سلامت روان، دندان پزشکان، متخصصین آزمایشگاه، تکنسین های اورژانس و هستند.
- اعضای غیر پزشکی (تکنیکال) تیم شامل، مهندسین، اپراتورهای رادیویی، پشتیبانی امنیت، متخصصین کامپیوتر، مکانیک ها، مدیران و متخصصین امور مالی و ... می باشد.

تیم های سطح ۱: در بالاترین سطح آمادگی از حیث تعداد و ترکیب و آمادگی جهت فراخوان و اعزام قرار دارند





تیم های سطح ۲: تیم هایی هستند که صرفاً به آموزش، آماده ساختن پرسنل و یا آماده سازی تجهیزات برای تبدیل شدن به یک تیم درجه یک نیاز دارند.

تیم های سطح ۳: تیم های ابتدایی هستند که امکانات، تجهیزات یا پرسنل کافی مورد نیاز برای یک تیم کامل را ندارند اما می توان از پرسنل آنها برای پرکردن جایگاه های سایر تیم ها استفاده نمود.

براساس نقشه راه درمان ایران منطقه ۱۰ آمایشی کشور تا سال ۱۴۰۴ در هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یک تیم DMAT سطح یک و دو تیم DMAT سطح دو، در هر دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یک تیم DMAT سطح یک و یک تیم DMAT سطح دو، در هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان دو تیم DMAT سطح ۲ و یک تیم DMAT سطح سه مستقر می گردد.

نهاد متولی

- اسپانسرها (حامیان) اصلی این تیم ها بیمارستان ها، یا دانشگاههای علوم پزشکی هستند.
- اعضای DMAT باید فرم های استخدام موقت در زمان اعزام را تکمیل نمایند.
- اعضای تیم در زمانی که در حال خدمت به سر می برند به استخدام موقت دانشگاه در می آیند. این امر به اعضا اجازه می دهد که در محلی خارج از محل کار اصلی خود فعالیت کنند و از حمایت قانونی نیز برخوردار شوند.
- به اعضای تیم بر اساس دستورالعمل های دولت و بر حسب درجه و سطح کارمندی اصلی خود حقوق پرداخت می شود. انتقال اعضا به محل حادثه و نیز برگرداندن آنها بر عهده دولت است.



تجهیزات مورد نیاز برای DMAT

- معمولاً زیر ساخت های محل حادثه از بین رفته است .
- همه تیم های درجه یک باید برای حداقل ۷۲ ساعت خودکفا باشند و تیم ها نباید به امکانات محلی چشم داشت داشته باشند. تیم ها باید سرپناه، انرژی، وسایل ارتباطات، غذا، آب، تجهیزات پزشکی، دارو برای خدمات دهی به حداقل ۲۵۰ نفر در روز با خود داشته باشند. محل کار پزشکی باید شبیه یک اورژانس کوچک با یک واحد درمان سرپایی باشد.
- تجهیزات پشتیبانی، تجهیزات پزشکی و امکانات رفاهی و... باید همراه تیم باشد. هر تیم مسئول نگهداری، انتقال، پیاده کردن و دوباره جمع کردن تجهیزات خود است .
- هر شخصی باید وسایل شخصی خود را حمل کند.

صلاحیت های عمومی اعضا DMAT



۱. افراد داوطلب مسئولیت پذیر تر از افرادی هستند که از آنها برای شرکت در تیم دعوت می شود.
۲. توان فیزیکی - ذهنی - روانی و علمی
۳. توان مدیریت استرس
۴. انعطاف پذیر
۵. دارای توان نوآوری و ابتکار و انطباق با شرایط نامعلوم
۶. روحیه کار تیمی و همبستگی تیمی توان افراد برای مقابله با استرس های روانی ناشی از دیزاستر را هم بالا می برد.
۷. اعضای تیم باید از نظر شخصیت، قدرت قضاوت، روحیه همدلی و کار در شرایط سخت نیز گزینش شوند.
۸. توان جسمانی یک اصل مهم است. کار در صحنه حادثه توانی بیش از یک توان جسمانی معمول نیاز دارد. کار طولانی مدت، نیاز به ایستادن، بالا رفتن از سطوح به مدت طولانی و... نیاز به یک انسان ورزیده و از نظر جسمانی آماده دارد.



تامین نیروی انسانی

۱. تبلیغات، فراخوان و ثبت نام داوطلبین
۲. معارفه
۳. توجیه افراد در مورد سازماندهی و کار گروهی، خصوصیات تیم، خطرات صحنه حادثه و...
۴. تکمیل پرسشنامه مشخصات فردی، علت تمایل به شرکت در تیم، سابقه کار و تجربه های قبلی در حوادث و...
۵. آزمون جهت بررسی توانایی کار تیمی، توانایی روحی مقابله با استرسها و حل مساله و بررسی تواناییهای فیزیکی و جسمانی
۶. مصاحبه حضوری فرمانده تیم با تک تک افراد
۷. تایید مدرک تخصصی
۸. برگزاری دوره های آموزشی خاص دیاستر.

آموزش

- از مهمترین اجزاء در گسترش DMAT است.
- آموزش شامل برنامه های کلاس درس، آموزش در محیط و برگزاری مانورها و کارگاه هاست.
- آشنایی با همکاران و مجموعه تیم در برگزاری مانور، روحیه همدلی را بین اعضای تیم بیشتر میکند.
- دوره های آموزش سالیانه ۲ یا ۳ بار برگزار می شود که هر دوره ۳ یا ۴ روز طول می کشد که معمولاً در روزهای آخر هفته برگزار می شود.
- در این آموزشها همانطور که اقدامات پزشکی مورد تأکید قرار می گیرند به همان اندازه باید حمایت های اجرایی و پشتیبانی و ارتباطات نیز به کار گرفته شود.



اعزام تیم DMAT

سه فاز برای فعال کردن DMAT وجود دارد.

• در فاز اول: اطلاع رسانی به گروه

گروه از وقوع یک حادثه یا احتمال وقوع یک حادثه که به دنبال آن حضور تیم اجتناب ناپذیر است آگاه می شود. بدنبال آن به تیم آماده باش داده می شود. آخرین مرحله وقتی است که دستور اعزام صادر می شود. هر سه فاز می تواند همزمان انجام شود و یا طی روزها و یا حتی طولانی تر انجام پذیرد. در هر زمانی نیز ممکن است آماده باش لغو شود و اعزام ملغی اعلام شود.

• فاز دوم: فراخوان

وقتی اعلام آماده باش می شود لیست تیم های موجود آماده اعزام همراه با تعیین اولویت های اعزام اعلام می شود. (قبل از آن باید ستاد فرماندهی حادثه (EOC) به صورت ۲۴ ساعته فعال شده باشد).

• فاز سوم: اعزام

انتظار می رود پس از صدور فرمان آماده باش تیم ظرف ۴ تا ۸ ساعت آماده حرکت شود. در صورت تعدد تیم های DMAT می توان بصورت چرخشی آنها را در لیست اولویت اعزام قرار داد. این مساله به حفظ آمادگی بیشتر تیم ها کمک می کند. به محض اطلاع از اولین خبرها مبنی بر وقوع حادثه تیم ها باید تماس اولیه با اعضا برای مشخص کردن اعضای در دسترس را داشته باشند. بسته بندی تجهیزات و سایر امکانات باید انجام پذیرد. دایره حوادثی که در آن از DMAT استفاده می شود در حال گسترش است درحالیکه ابتدا DMTA صرفا در مواردی مثل زلزله اعزام می شد. در حال حاضر DMAT در حوادثی مثل سیل، تورنادو، طوفان، آتش سوزی های وسیع، طوفانهای برف (برف بادهای بزرگ)، زمین لرزه و حتی مواردی مثل بیماریهای واگیردار و خشکسالی و سقوط هواپیما حضور فعال و مؤثر پیدا می کنند. همچنین DMAT ها در رخدادهایی مثل اجتماعات بزرگ انسان ها، نشست



های بلند پایه دولتی و موارد مشابه به صورت آماده باش در می آیند. اعزام ها به استان های مختلف داخل کشور و حتی به کشورهای دیگر امکان پذیر است.

همانطور که اشاره شد سه فاز برای فعال کردن DMAT وجود دارد. در فاز اول گروه از وقوع یک حادثه یا احتمال وقوع یک حادثه که به دنبال آن حضور تیم اجتناب ناپذیر است آگاه می شوند. بدنبال آن به تیم آماده باش داده می شود یعنی اینکه تصمیم به اعزام تیم گرفته شده است و آخرین مرحله وقتی است که دستور اعزام صادر می شود. هر سه فاز می تواند همزمان انجام شود و یا طی روزها و یا حتی طولانی تر انجام پذیرد. در هر زمانی نیز ممکن است آماده باش لغو شود و اعزام ملغی اعلام شود.

انتظار می رود پس از صدور فرمان آماده باش تیم ظرف ۴ تا ۸ ساعت آماده حرکت شود. در صورت تعدد تیم های DMAT می توان بصورت چرخشی آنها را در لیست اولویت اعزام در صورت وقوع حادثه مثلا بصورت ماهانه قرار دارد. این مساله به حفظ آمادگی بیشتر تیم ها کمک می کند مثلا تیم های ۱ و ۲ و ۳ در فروردین ماه در اولویت اعزام قرار دارند و حداکثر آمادگی را برای اعزام های سریع و غیر منتظره در خود حفظ می کنند و سایر تیم ها از استرس کمتر برخوردارند در مقابل این سه تیم در ماه های بعد راحتی بیشتری دارند هر چند که تیم ها در طول سال آمادگی اعزام را در خود حفظ می کنند. به محض اطلاع از اولین خبرها مبنی بر احتمال وقوع حادثه تیم ها باید تماس اولیه با اعضا برای مشخص کردن اعضای در دسترس را داشته باشند.

بسته بندی تجهیزات و سایر امکانات باید انجام پذیرد.

وقتی اعلام آماده باش می شود لیست تیم های موجود آماده اعزام همراه با تعیین اولویت های اعزام اعلام می شود. (قبل از آن باید ستاد فرماندهی حادثه (EOC) به صورت ۲۴ ساعته فعال شده باشد). پس از اعزام DMAT ها در چند منطقه می توانند مستقر شوند. اول اینکه DMAT ها به عنوان یک مرکز جمع آوری مجروحین عمل کنند که در این صورت محل استقرار آنها داخل منطقه حادثه دیده یا نزدیک به آن است. در آنجا گروه مجروحین را دریافت، تریاژ و درمان می کنند و مشخص می کنند چه کسانی به انتقال نیازمندند. DMAT در محل تخلیه و انتقال مجروحین مستقر می شود و مجروحین حادثه را برای انتقال هوایی آماده می سازد و حتی آنها را در سفر نیز همراهی می کند.



مسائل تاثیر گذار بر ترکیب تیم DMAT

- نوع حادثه
- زمان استقرار تیم در محل حادثه:
- حوادث غیرمترقبه فوری (immediate)
- حوادثی که ما قبلاً از وقوع آنها اطلاع داریم (delayed)
- ترکیبات متفاوت تیم ها به دلیل استقرار تیمها در فواصل زمانی مختلف : نیازهای درمانی - بهداشتی و ... حادثه دیدگان در روزهای اول حادثه با روزهای بعد متفاوت است.
- در زلزله معمولاً پیک بیماران در روز اول است . بتدریج طی روزهای ۲ و ۳ کاهش می یابد و در هفته دوم به وضعیت قبل از بروز زلزله برمیگردد . در سه روز اول بیشتر بیماران، بیماران تروما، شامل زخمها و مشکلات ارتوپدی و جراحی هستند و بعد از روز سوم مشکل عمده به سمت بیماریهای غیر تروما، نظیر بیماریهای دستگاه گوارش ، بیماریهای زنان و نیازهای جانبی سوق پیدا می کند.

ترکیب تیم ها

- اغلب تیم ها DMAT بین ۳۳ تا ۳۵ نفر عضو دارند که شامل پرسنل بهداشتی درمانی (پزشکی) و تکنیکی می شود. در صورتیکه برای هر کدام از موقعیتهای تیم ۲ تا ۵ نفر داوطلب در نظر بگیریم لیست داوطلبین باید حداقل ۷۰ نفر باشد . حداکثر تعداد افرادی که نیروهای ذخیره تیم را تشکیل می دهد می تواند تا ۲۵۰ نفر نیز باشد. ترکیب تیم به دو گروه پزشکی و غیر پزشکی (تکنیکی) تقسیم می شود . گروه غیر پزشکی تیم به اندازه گروه پزشکی مهم هستند.
- تیم پزشکی بهتر است ۴ گروه زیر را بتواند در خود جای دهد.
- الف- گروه درمان شامل پزشک ، پرستار ، ماما و سایر پرسنل درمانی .
- ب- تیم بهداشت روان شامل روانشناس ، روانپزشک و ...
- ج- گروه بهداشت شامل کارشناسان بهداشت ، مهندسين بهداشت محیط و دامپزشکان و ...

د- گروه تدارکات و ثبت شامل متخصصین مدارک و ثبت پزشکی ، بیماربران و ...

تیم پزشکی گروه درمان

۱. متخصص طب اورژانس

در صورت در دسترس نبودن متخصص اورژانس وظایف وی را می تواند یک پزشک عمومی دوره دیده و یا جراح عمومی دوره دیده برعهده گیرد . هر چند این افراد باید بصورت جدی در دوره های آموزشی دیاستر و همچنین در دوره های مهارتی مربوطه شرکت نمایند.

۲. متخصص ارتوپدی

- به غیر از موارد معدود، اورژانس ارتوپدی در صحنه حوادث کمتر دیده می شود. شامل در رفتگی ها و آسیبهای شریانی و عصبی می باشد.
- اکثر کارهای اورژانسی ارتوپدی را یک متخصص اورژانس یا یک پزشک عمومی دوره دیده و یا یک جراح عمومی می تواند انجام دهد.
- تجارب خوبی از جراحیهای ارتوپدی درفیلد حادثه در سراسر جهان وجود ندارد . مثلاً در زلزله سال ۲۰۰۱ گجرات هند، ارتوپدهای آموزش دیده به جراحی در محل پرداختند ولی با میزان بالای عفونت پس از عمل مواجه شدند .





- در زلزله سال ۱۳۸۲ بم اکثر قریب به اتفاق جراحیهای ارتوپدی در خارج از بم انجام شد .
- لذا با توجه به اینکه کلیه اقدامات اورژانسی ارتوپدی توسط سایر تخصصهای موجود در تیم قابل انجام است و بیماران ارتوپدی بهتر است جهت جراحی به خارج از فیلد حادثه منتقل شوند، حضور ارتوپد در تیم چندان ضروری به نظر نمی رسد .
- همیشه باید تعدادی ارتوپد داوطلب نیز در دوره های آموزشی شرکت کنند تا در مواقع لزوم و شرایط خاص جهت فراخوان در دسترس باشند.
- متخصصین ارتوپدی همچنین می توانند در بیمارستانهای سیار و یا سایر مراکز مجهز (مثلا در بیمارستان شهر ، وقتی دیزاستر آن را درگیر نکرده است) و همچنین تیم های تخصصی جراحی مثل IMSURT حضور یابند.

۳. متخصص جراحی عمومی

- تریاژ، مدیریت سوختگی های پوستی، سوختگیهای تنفسی ، آسیب به ناحیه گردن ، آسیب های عروقی ، آسیب های راه هوایی ، شکم حاد و تروما به شکم ، سونداژهای سخت ، گذاشتن لوله سینه ، شستشوی زخمهای باز، و... .
- تعداد بسیار اندکی از کسانی که در ۲۴ ساعت اول نجات پیدا می کنند نیاز به جراحی اورژانس دارند.
- حضور جراح در تیم یک الزام نیست ولی در صورت عدم وجود متخصص اورژانس در تیم، حضور جراح در اولویت است .
- جراح باید در نزدیکترین مرکز درمانی مجهز (مثلاً بیمارستان های سیار که در اطراف محل حادثه برپا می شود) حضور داشته باشد .

۴ . متخصص زنان و زایمان

- اختلالات قاعدگی، عفونتهای واژینال ، روابط جنسی غیر ایمن و تجاوزات جنسی بعد از حوادث افزایش می یابد و نیاز به تنظیم خانواده نیز نیازی برای هر زمان است .



- کلیه اعمال فوق را یک ماما به همراهی یک پزشک (متخصص زنان و زایمان، جراح عمومی، متخصص اورژانس یا حتی پزشک عمومی) می تواند مدیریت کند. زایمانهای نیازمند جراحی سزارین از این اصل مستثنی است.
- در صورت حضور جراح در تیم هیچ نیازی به حضور متخصص زنان نیست. در صورت عدم حضور جراح در تیم نیز می توان شرایط اعزام برای بیماران نیازمند جراحیهای زنان فراهم کرد.
- همچنین متخصص زنان می تواند در DMAT های تخصصی مثل DMAT های تخصصی زنان و زایمان، و یا UNFPA (United nation Family planning Activity) و همچنین در بیمارستانهای سیار، حضور داشته باشد.

۵. پزشک عمومی

بسیاری از کارشناسان معتقدند که موثرترین انسانها در مدیریت بحران، پزشکان عمومی و پرستاران هستند. جایگاه پزشک عمومی در تیم اصلاً قابل خدشه نیست. اکثریت کارهای احیاء، بی حرکت سازیها، مراقبت از زخمها و ... را یک پزشک عمومی آموزش دیده می تواند انجام دهد. حتی انجام پروسیجرهایی مثل گذاشتن لوله سینه، انتوباسیون و ... نیز پزشک عمومی در صورت گذراندن دوره های خاص می تواند انجام دهد.

۶. متخصصین بیماریهای داخلی

پیگیری بیماری های مزمن نظیر فشار خون، دیابت، و همچنین کنترل بیماریهای عفونی و .. کنترل بیماری های مزمن در فاز حاد دیزاستر در اولویت نیست ولی در فاز تحت حاد (بعد از روز سوم) توجه به آنها یک مساله اساسی است.

هر چند این قبیل کارها نیز از عهده یک پزشک عمومی یا متخصص اورژانس بر می آید ولی حضور متخصص داخلی بعد از فاز حاد حادثه می تواند مفید باشد.

۷. متخصص بیماری های عفونی

حضور متخصص بیماری های عفونی در کنترل موارد زیر موثر می باشد :



- در مقابله با بیوترورسیم
- در حوادث طبیعی حضور متخصص عفونی جهت مشاهده ، برنامه ریزی و مدیریت و کنترل بیماری های عفونی و انگلی که بعد از فاز حاد حادثه شیوع می یابند می تواند مفید باشد .
- در ساختار کلی DMAT باید متخصصین عفونی داوطلب ثبت نام شده و در دوره های آموزشی شرکت داده شوند ولی اعزام آنها به فیلد حادثه باید براساس نوع حادثه و زمان اعزام تصمیم گیری شود.

۸. جراح مغز و اعصاب

- هیچ دلیل منطقی برای حضور متخصص جراحی مغز و اعصاب در تیم وجود ندارد .
- این گروه می توانند در بیمارستانهای سیار و یا سایر مراکز مجهز(مثلا در بیمارستان شهر ، وقتی دیزاستر آن را درگیر نکرده است) وهمچنین تیم های تخصصی جراحی مثل IMSURT حضور یابند.

۹. متخصص اطفال

- گنجاندن متخصص اطفال نیز در ترکیب تیم اعزامی در فاز حاد حادثه منطقی به نظر نمی رسد.
- در فازهای بعدی با توجه به اینکه حدود ۱/۳ بیماران را کودکان تشکیل می دهند حضور متخصص اطفال می تواند مفید باشد ولی در صورت عدم وجود متخصص اطفال کار او را یک پزشک عمومی یا متخصص اورژانس نیز می تواند انجام دهد.
- ثبت نام از متخصصین اطفال و آموزش آنها و رزرو داشتن آنها جهت تیم های DMAT در موارد خاص منطقی است.

۱۰. متخصصین بیهوشی

- دراولویت بالاتری نسبت به بسیاری از تخصصها قرار می گیرد.
- اکثر فعالیت های او را نیز پزشک عمومی یا اورژانس می توانند انجام دهند.
- متخصصین بیهوشی جهت بسیاری از DMAT های تخصصی مثل DMAT جراحی لازم است.



۱۱. ماما

- نقش ماما در تیم، در کلیه فازها می تواند کلیدی و موثر باشد. ماما هم دارای توان مدیریت بسیاری از بیماری های زنان و زایمان است و می تواند جای متخصص زنان و زایمان را پر کند و هم اینکه می تواند در صورت لزوم در نقش یک پرستار زن ظاهر شود و فعالیت کند. می توان نیمی و یا حتی کلیه جایگاههای پرستاران زن را در تیم به ماماها داد.
- اختلالات قاعدگی، برنامه های تنظیم خانواده، مراقبت از زنان باردار و جنین آنها، زایمان در شرایط دیزاستر، درمان عفونت های زنانگی و بسیاری از بیماری های دیگر در فیلد تخصصی بیماری های زنان است

۱۲. پرستار

- نقش پرستار در تیم یک نقش کلیدی است.
- با توجه به شرایط فرهنگی کشور هم پرستاران مرد و هم پرستاران زن باید در تیم حضور داشته باشند.
- پرستاران زن می توانند جای خود را به ماماها بدهند ولی در هر صورت نقش پرستاران در تیم بی دلیل است.
- به جای پرستاران مرد می توان از بهیاران نیز استفاده کرد.
- پرستاران حتی می توانند در سمت فرمانده تیم ظاهر شوند.

تیم بهداشت روان

- ارائه خدمات بهداشت روان از همان ابتدایی ترین لحظات بعد از حادثه و حتی پیش از رسیدن نیروهای امدادی توسط همه حاضرین در صحنه که قبلاً برای اینکار آموزش دیده اند باید شروع شود.
- پس از زلزله سال ۱۳۸۲ بم، اولین مداخلات بهداشت روان، توسط تیم های داخلی و خارجی در روز دوم پس از حادثه شروع شد و طی ۸ ماه حدود ۷۲۰۰۰ نفر تحت مداخلات روانشناسی و روانپزشکی قرار گرفتند.
- در بم سه تیم سایکو سوشیال دارای ۱۶۰ عضو از روز دوم زلزله کار خود را شروع کردند. اما گروه بهداشت روان، در تیم یک وظیفه بسیار مهم دیگر نیز دارد و آن، حمایت روانی از اعضای تیم است.



- تیمهای تخصصی بهداشت روان که به صورت جداگانه به صحنه حادثه اعزام می شوند متشکل از روانپزشکان دوره دیده و روانشناسان با گرایش های مختلف است اما به نظر میرسد که در یک تیم جنرال DMAT حضور روانپزشک چندان الزامی نباشد. تجویز داروهای ساده روانپزشکی و مدیریت اورژانسهای روانپزشکی از عهده یک پزشک عمومی و یا متخصص اورژانس نیز بر می آید و کافی است که در تیم یک یا چند روانشناس حضور داشته باشد. مگر اینکه روانپزشکی در زمینه روانشناسی و یا دیزاستر آموزشی خاص دیده باشد که در این صورت حضور وی در کنار یک یا چند روانشناس کارآمد و موثر است.

واحد بهداشت

- نظارت بر بهداشت آب، بهداشت مواد غذایی، دفع صحیح مدفوع، زباله، فاضلاب، نظارت بر دفن اجساد انسان و معدوم نمودن لاشه حیوانات، مبارزه با حشرات و جوندگان و ناقلین بیماریها، گندزدایی چاههای آب، مدیریت آبهای سطحی، دفع بهداشتی زباله و نظارت بر اسکان آوارگان از جمله فعالیت های واحد بهداشت بخصوص بهداشت محیط می باشد.
- واحد بهداشت وظایفی نیز در قبال تیم دارد. کنترل بهداشت مواد غذایی و شرایط نگهداری آنها، گندزدایی ترشحات بیماران و حفظ بهداشت محل استقرار DMAT و محل ویزیت بیماران، گندزدایی آمبولانس و آشپزخانه و نظارت بر دفع زباله های بیمارستانی از جمله وظایف این واحد می باشد.

سایر تیم ها

- فارما کولوژیست و تکنسین دارویی
- پارامدیکها و تکنسینهای اورژانس
- فیزیوتراپیست
- واکسیناتور
- واحد ثبت پزشکی



واحدهای غیر پزشکی

- فرمانده تیم
- افسر حراست تیم
- مسئول امور مالی
- افسر سلامت: بررسی مداوم سلامت ذهنی، روانی و جسمی تیم حین فعالیت، پیگیری درمان اعضای آسیب دیده تیم، نظارت بر استفاده تیم از وسایل ایمنی مثل دستکش و ... توجه به تغذیه مناسب، استراحت برنامه ریزی شده، ممانعت از انجام شیفتهای طولانی و پیگیری سلامت پرسنل حتی پس از پایان ماموریت بخصوص با تاکید بر حفظ سلامت روان از وظایف افسر سلامت باشد
- افسر ارتباطات واحد انتقال



ترکیب مناسب برای فاز حاد حادثه (روز اول تا چهارم پس از حادثه)

۴۰ نفر شامل :

الف: گروه غیر پزشکی: جمعا ۱۱ نفر شامل :

۱. فرمانده تیم: ۱ نفر
۲. معاون فرمانده: ۱ نفر (وظیفه فرماندهی، در مواردی که فرمانده به دلیلی به صورت موقت در تیم حضور ندارد و یا جانشین فرمانده به صورت شیفتی در زمان های استراحت فرمانده)
۳. منشی تیم: ۱ نفر (به دلیل کمبود نیرو به جهت ثبت اسامی بیماران در ساعات استراحت منشی پزشک یا یکی از پرستاران این وظیفه را انجام می دهد. سایر وظایف منشی را خود منشی در شیفت های کاری انجام می دهد)
۴. مسئول ارتباطات: ۱ نفر (در صورتی که نیاز به این سمت نباشد میتوان آن را حذف کرد)
۵. مسئول امور مالی و اداری: ۱ نفر
۶. مسئول امور دارویی: ۲ نفر (تا بتوانند ۲۴ ساعته فعال باشند جهت دو شیفت ۱۲ ساعته. ترجیحا یک نفر داروساز و یک نفر دارو یار.)
۷. مسئول پشتیبانی و تدارکات: ۱ نفر
۸. حراست: ۲ نفر
۹. افسر سلامت: ۱ نفر

ب: گروه پزشکی: جمعا ۲۹ نفر شامل :

۱. تیم پذیرش و تریاژ بیماران
- پرستار دوره دیده: ۲ نفر
- بیمار بر: ۲ نفر



۲. تیم درمان :

*زون سیاه:

بیمار بر: ۱ نفر

*زون قرمز :

پزشک: ۱ نفر (به ترتیب اولویت: متخصص طب اورژانس-متخصص جراح عمومی-متخصص بیهوشی-پزشک

عمومی)

پرستار مرد: ۲ نفر

بیمار بر: ۲ نفر

*زون زرد :

پزشک: ۱ نفر (متخصص طب اورژانس-جراح عمومی یا پزشک عمومی دوره دیده)

پرستار: ۴ نفر

بیمار بر: ۲ نفر

*زون سبز:

پرستار : ۲ نفر

بهبیار: ۱ نفر

۳. تیم انتقال :

پرستار: ۱ نفر

تکنسین اورژانس: ۲ نفر

راننده: ۳ نفر (بر حسب تعداد وسیله نقلیه و آمبولانس های موجود)

۴. تیم بهداشت روان :

روان درمان گر یا روانشناس: ۱ نفر

۵. تیم بهداشت:



کارشناس بهداشت محیط: ۱ نفر

۶. ماما: ۱ نفر

البته این ترکیب انعطاف پذیر است. مثلاً گاهی لازم می شود همه در فیلد تریاژ فعالیت کنند و یا مثلاً بسته به شرایط بحرانی، زون قرمز حذف و اعضای آن بین گروه های دیگر تقسیم شوند و یا این که تعدادی پرستار تیم انتقال هوایی را همراهی کنند. این تصمیمات توسط فرمانده حادثه گرفته شده و ابلاغ می شود.

ترکیب مناسب برای فاز تحت حاد (روز ۴-۱۴)

الف: گروه غیر پزشکی: ۱۱ نفر شامل:

۱. فرمانده تیم: ۱ نفر
۲. معاون فرمانده: ۱ نفر
۳. منشی تیم: ۱ نفر
۴. مسئول ارتباطات: ۱ نفر
۵. مسئول امور مالی و اداری: ۱ نفر
۶. مسئول امور دارویی: ۲ نفر
۷. مسئول پشتیبانی و تدارکات: ۱ نفر
۸. حراست: ۲ نفر
۹. افسر سلامت: ۱ نفر

ب) گروه پزشکی: جمعا ۲۵ نفر شامل:

۱. گروه درمان پزشکی: ۹ نفر شامل:
- * تریاژ و ویزیت بیماران سرپایی:



پزشک عمومی یا متخصص اورژانس: ۱ نفر

متخصص داخلی: ۱ نفر (غیر الزامی)

متخصص اطفال: ۱ نفر (غیر الزامی)

متخصص زنان: ۱ نفر (غیر الزامی)

پرستار: ۱ نفر

بیمار بر: ۱ نفر

*بیماران نیازمند مراقبت ویژه و یا بستری موقت:

پزشک متخصص طب اورژانس یا پزشک عمومی: ۱ نفر

پرستار: ۲ نفر

۲. گروه انتقال: ۴ نفر شامل:

پرستار و یا تکنسین اورژانس: ۲ نفر

راننده: ۲ نفر

۳. گروه بهداشت: ۵ نفر شامل:

کارشناس آموزش بهداشت: ۲ نفر

کارشناس یا کاردان بهداشت محیط یا مبارزه با بیماری ها: ۳ نفر

۴. گروه بهداشت روان: ۴ نفر شامل:

روانپزشک: ۱ نفر

کارشناس روانشناسی یا رواندرمانی: ۳ نفر

۵. فیزیوتراپیست: ۱ نفر

۶. ماما: ۲ نفر



ماماها باید خانم‌های حامله را شناسایی کرده و اقدامات لازم را انجام دهند. در صورت نیاز به ویزیت متخصص، آن‌ها را به بیمارستان حاضر در منطقه که لیست آن‌ها در اختیار فرمانده است ارجاع دهند. در صورت وجود متخصص زنان در تیم، بیماران به آن‌ها ارجاع داده می‌شوند.

ترکیب مناسب برای فاز ریکاوری (بعد از روز ۱۴)

در این زمان نیازهای منطقه‌ی حادثه دیده به وضعیت قبل از حادثه نزدیک می‌شود و بر اساس شرایط هر منطقه ترکیب تیم مشخص می‌شود.

سلامت و امنیت تیم:

بررسی مداوم سلامت ذهنی، روحی و جسمی تیم حین فعالیت مهم است. هر عضو تیم که آسیب ببیند در اولویت درمان است. پیشگیری بسیار مهم است. افسران سلامت (Safety officer) هر تیم موظف به کنترل پرسنل برای استفاده از دستکش، و سایر وسایل ایمنی هستند. توجه به رسیدن آب کافی به پرسنل که در حال فعالیت شدید هستند، استراحت برنامه ریزی شده، تغذیه مناسب، ممانعت از انجام شیفت‌های طولانی، قرارگیری در معرض بیماری‌های مسری، کنترل آب و غذا از نظر علائم فساد و داشتن محل مخصوص برای نگه‌داری امکانات درمانی کافی مخصوص پرسنل از این دسته است. توجه به سلامت پرسنل پس از اتمام ماموریت نیز به صورت پیوسته لازم است.

پایان عملیات:

پس از اتمام ماموریت تمیز کردن تجهیزات، بسته بندی و ذخیره مجدد آنها، و برگرداندن تیم به وضعیت آماده، مرور مجدد ماموریت و تهیه گزارش نهایی عملیات و پیگیری درمان پرسنل مصدوم و یا بیمار یابی در مورد بیماری‌های روانی احتمالی که ممکن است در آینده در پرسنل به وجود آید از آخرین مراحل عملیات است.



خلاصه پایانی

تیم های امداد پزشکی در بلایا (DMAT) متشکل از پرسنل پزشکی و غیرپزشکی ساکن در یک ناحیه یا نواحی مختلف یک استان است DMAT ها به عنوان عناصر واکنش سریع طراحی شده اند تا مکمل مراقبت های بهداشتی و درمانی منابع محلی باشند تا در فاصله زمانی که منابع حمایتی و ملی بتوانند با تجهیزات کامل جابجا شوند و وارد صحنه حادثه شوند در آنجا مستقر شده و به کمک رسانی به حادثه دیدگان بپردازند

وظیفه اصلی تیمهای DMAT پایدار نمودن وضعیت بیماران است اما در صورت وجود امکانات و وقت ، درمان بیماریهای جزئی نیز می تواند توسط این گروه ها انجام شود. شامل تریاژ بیماران در صحنه حادثه (START، Jump Start، SAVE) و ارائه مراقبت های بهداشتی سطح بالا ،

این تیم ها موظف به همکاری با سایر تیم های حاضر در محل مثل تیم های جستجو و نجات شهری (US&R) می باشد. از خصوصیات بسیار بارز DMAT ها حضور سریع در منطقه حادثه دیده است. در بهترین حالت DMAT باید ظرف ۸-۱۲ ساعت از وقوع حادثه در محل حادثه مستقر شود و بتواند حداقل ۷۲ ساعت بدون دریافت هیچ گونه کمکی از خارج فعالیت نماید. هر تیم DMAT باید بتواند حداقل به ۲۵۰ قربانی در روز خدمات ارائه نماید

ترکیب تیم DMAT به طو کلی به صورت زیر تقسیم بندی می گردد:

- پرسنل پزشکی تیم، شامل پزشکان، پرستاران ، پیرا پزشکان ، داروسازان ، تکنسین های دارویی ، بهیاران ، متخصصین سلامت روان ، دندان پزشکان ، متخصصین آزمایشگاه ، تکنسین های اورژانس و هستند.
- اعضای غیر پزشکی (تکنیکال) تیم شامل ، مهندسین ، اپراتورهای رادیویی ، پشتیبانی امنیت ، متخصصین کامپیوتر ، مکانیک ها ، مدیران و متخصصین امور مالی و ... می باشد .

سه فاز فعالسازی DMAT ، به شرح زیر می باشد:

- در فاز اول: اطلاع رسانی به گروه
- فاز دوم: فراخوان
- فاز سوم : اعزام



✓ ترکیب مناسب برای فاز حاد حادثه (روز اول تا چهارم پس از حادثه) شامل :

الف: گروه غیر پزشکی: جمعا ۱۱ نفر

ب: گروه پزشکی: جمعا ۲۹ نفر

✓ ترکیب مناسب برای فاز تحت حاد (روز ۴-۱۴) شامل :

الف: گروه غیر پزشکی: ۱۱ نفر

ب) گروه پزشکی: جمعا ۲۵ نفر

✓ ترکیب مناسب برای فاز ریکاوری (بعد از روز ۱۴) شامل :

در این زمان نیاز های منطقه ی حادثه دیده به وضعیت قبل از حادثه نزدیک می شود و بر اساس شرایط هر

منطقه ترکیب تیم مشخص می شود.



نکات کلیدی

- ❖ تیم های امداد پزشکی در بلایا (DMAT) متشکل از پرسنل پزشکی و غیرپزشکی ساکن در یک ناحیه یا نواحی مختلف یک استان است.
- ❖ وظیفه اصلی تیمهای DMAT پایدار نمودن وضعیت بیماران است.
- ❖ DMAT باید ظرف ۸-۱۲ ساعت از وقوع حادثه در محل حادثه مستقر شود و بتواند حداقل ۷۲ ساعت بدون دریافت هیچ گونه کمکی از خارج فعالیت
- ❖ DMAT باید بتواند حداقل به ۲۵۰ قربانی در روز خدمات ارائه نماید
- ❖ فازهای فعالسازی تیم DMAT
 - در فاز اول: اطلاع رسانی به گروه
 - فاز دوم: فراخوان
 - فاز سوم: اعزام
- ❖ متناسب با وضعیت و فازهای پاسخ گویی به بحران ترکیب تیم های DMAT متغییر می باشد
- ❖ هر عضو تیم که آسیب ببیند در اولویت درمان است
- ❖ پس از اتمام ماموریت تمیز کردن تجهیزات، بسته بندی و ذخیره مجدد آنها، و برگرداندن تیم به وضعیت آماده، مرور مجدد ماموریت و تهیه گزارش نهایی عملیات و پیگیری درمان پرسنل مصدوم و یا بیمار یابی در مورد بیماری های روانی احتمالی که ممکن است در آینده در پرسنل به وجود آید از آخرین مراحل عملیات است.



خودآزمایی

۱- کدام مورد از وظایف اعضای تیم های DMAT نمی باشد؟

۱. همکاری با تیم های امداد و نجات حاضر در صحنه حادثه
۲. کمک به تخلیه بیماران و مصدومین از محل حادثه
۳. پایدار نمودن وضعیت بیماران و مصدومین
۴. تامین نیازهای اساسی افراد آسیب دیده در منطقه حادثه

۲- اعضای تیم های DMAT تا چند ساعت پس از وقوع حادثه باید در صحنه حاضر باشند؟ و لازم است آمادگی لازم جهت فعالیت بدون نیاز به کمک سایر تیم های امدادی را تا چند ساعت پس از حضور در صحنه داشته باشند؟

۱. ۲-۴ ساعت پس از حادثه و تا ۲۴ ساعت فعالیت بدون کمک
۲. ۸-۱۲ ساعت پس از حادثه و تا ۷۲ ساعت فعالیت بدون کمک
۳. ۶-۸ ساعت پس از حادثه و تا ۱۲ ساعت فعالیت بدون کمک
۴. ۱۰-۱۲ ساعت پس از حادثه و تا ۴۲ ساعت فعالیت بدون کمک

۳- کدامیک از موارد جز صلاحیت های عمومی لازم برای تیم های DMAT نمی باشد؟

۱. توان فیزیکی- توان ذهنی - مدیریت استرس
۲. نو آوری- ابتکار- انطباق با شرایط
۳. توانای جسمی- قدرت قضاوت- کار گروهی
۴. سازگاری- روابط عمومی- تحلیل



۴- در کدام سطح از تیم های DMAT اعضا صرفاً به آموزش، آماده ساختن پرسنل و یا آماده سازی تجهیزات

می پردازند

۱. سطح ۱

۲. سطح ۱ و ۲

۳. سطح ۲

۴. هیچکدام

۵- در تیم های DMAT، تیم پزشکی شامل چه زیر گروه هایی می باشد؟

۱. گروه درمان - بهداشت - تدارکات - فارما کولوژیست و تکنسین دارویی

۲. گروه درمان - تکنسین دارویی - تدارکات - فیزیوتراپیست

۳. گروه درمان - فناوری - تکنیکی - روان

۴. گروه درمان - بهداشت - بهداشت روان - تدارکات و ثبت

پاسخ خودآزمایی: سوال یک=گزینه ۴، سوال ۲=گزینه ۲، سوال ۳=گزینه ۴، سوال ۴=

گزینه ۳، سوال ۵=گزینه ۴



فهرست منابع :

- (۱) طراحی و برنامه ریزی برای راه اندازی و تشکیل تیم های DMAT در ایران نویسنده : دکتر محمدحسین صالح نیا-
دکتر فارسی
- (۲) سند راه درمان ایران ۱۴۰۴ (منطقه ۱۰ آمایشی کشور) ناشر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی