



گاهنامه الکترونیکی معاونت آموزش و پژوهش جمعیت هلال احمر خراسان رضوی

شماره نهم - بهمن ماه یک هزار و سیصد و نود و هشت





شناسنامه:

گاهنامه الکترونیکی معاونت آموزش و پژوهش جمعیت هلال احمر خراسان رضوی

شماره ی نهم - بهمن ماه یک هزار و سیصد و نود و هشت

مدیر مسئول: دکتر سید مجتبی احمدی (مدیر عامل جمعیت هلال احمر خراسان رضوی)

سرمدیر: مریم یوسفی (معاون آموزش و پژوهش جمعیت هلال احمر خراسان رضوی)

مدیر اجرایی: حسن برکار (رئیس اداره آموزش و پژوهش)

ویراستار: رضا شهر آبادی

هیات تحریریه: مریم یوسفی، ناهید احمدی زاده، آصفه اردکانی، رضا شهر آبادی، حمید خدادادگان،

محمد صادق توکلی ثانی

همکاران این شماره: طاووس خرمی، سید علی کارگر، حسام زمانیه شهری، حمیده اولیائی،

اعظم فراوانی، مریم نافیعی

صفحه آرای و طراحی: مهدی رفیعی فرد (سرپرست جمعیت هلال احمر شهرستان کلات)



جمعیت هلال احمر
استان خراسان رضوی
معاونت آموزش و پژوهش

سخن بسودپیر



ایران کشوری است با فراوانی بسیار زیاد حوادث و سوانح، این کشور یکی از ده کشور حادثه خیز دنیا است. برابر آمار سازمان ملل متحد در سال ۱۰۰۲، ایران بعد از چین، هندو بنگلادش چهارمین کشور حادثه خیز در قاره آسیا به حساب می آید. گرچه پیشرفت زیادی در علم و تکنولوژی داشته ایم اما ما انسان ها هنوز در مقابل عوارض سوانح و بلایای ناشی از دگرگونی های طبیعت مانند: سیل، زلزله، طوفان... و بلایای ناشی از ابزار دست ساخت بشر (تصادفات، جنگ و...) آسیب پذیریم. اکثر شهرهای مهم در معرض جدی حوادث و بلایای ویرانگر مانند زلزله های مخرب قرار دارند. آنچه مسلم است این است که پیشگیری قبل از وقوع حوادث امری ضروری، ارزان و مقدم بر امداد و نجات پس از حادثه می باشد. و می توان اذعان نمود که اصولی ترین کار، کسب آمادگی به منظور مقابله با حوادث و سوانح و بکارگیری آن جهت حفظ سلامت و نجات جان خود و اطرافیان خصوصا در لحظات اولیه وقوع یک حادثه و سانحه می باشد. از این رو نقش و رعایت نکات ایمنی قبل از وقوع حوادث به ویژه آموزش امداد و نجات (فراگیری امداد و کمک های اولیه) می تواند خسارات ناشی از حوادث را به شدت کاهش دهد، دارای اهمیت ویژه ای می باشد.

آموزش نقش بسزایی در افزایش سطح آگاهی مردم در مقابله با بلایای طبیعی دارد و با بستر سازی مناسب در زمینه های آموزشی می توانیم نتایج قابل چشم گیری در پیشگیری از آسیب انسان ها داشته باشیم. امید است که دست یابیم.

گاهنامه سفیر نجات آماده دریافت و نظرات، پیشنهادات، انتقادات، مقالات و نوشته های علمی تمامی عزیزان می باشد. علاقمندان می توانند مطالب خود را به آدرس مشهد مقدس، بلوار سجاد، بزرگمهر شمالی ۱، معاونت آموزش و پژوهش جمعیت هلال احمر خراسان رضوی ارسال نمایند.

نجات در حوادث ترافیکی شهری

گردآوری: طاووس خرمی، کارشناس آموزش
کارشناس ارشد روانشناسی

66 ارزیابی اولیه :

بعنوان اولین

اقدام در بدو

ورود به صحنه

حادثه ، قبل از

این که فردی از

اعضای تیم نجات

وارد صحنه حادثه

شود یا اقدامی

صورت بدهد ،

می باشد . 66

اقدامات مهم توسط

عناصر پاسخگو هنگام ورود به

صحنه حادثه

موارد زیر باشد:

- ۱- ارزیابی صحنه
- ۲- شناسایی خطرات موجود
- ۳- تثبیت صحنه حادثه
- ۴- دسترسی به مصدوم
- ۵- ارزیابی مصدوم
- ۶- تثبیت مصدوم
- ۷- رهاسازی
- ۸- خارج کردن مصدوم
- ۹- انتقال مصدوم

کنترل خطر عملیات ایمنی

در ارزیابی صحنه ، مهمترین ملاحظه عبارت از حفظ ایمنی عناصر پاسخگو می باشد . یک نجاتگر و امدادگر نباید دست به اقدامی بزند که در رابطه با آن ، آموزش لازم را ندیده است . او صرفا به این دلیل نمی تواند به مصدوم کمک کند ، خودش نیز به جمع مصدومین بپیوندد و در واقع از جمع تیم نجات خارج شود . اگر صحنه امنیت ندارد ، اولین قدم ، برقراری ایمنی عناصر پاسخگو در صحنه می باشد .

ارزیابی

ارزیابی هنگامی شروع می شود که در مراکز ارتباطات ، اخباری در مورد حادثه دریافت می شود . در این مرحله ابتدا فرمانده گروه با مفروضات داده شده از طریق سیستم اطلاع رسانی و پس از ورود و مشاهده دقیق صحنه حادثه و آگاهی کامل از نحوه قرار گرفتن خودروها و مصدومین در حادثه ، احتمال بروز خطرات و ... را به افراد گروه خود ابلاغ می نماید .
ارزیابی صحنه حادثه شامل موارد زیر می باشد :

- ۱- ارزیابی اولیه صحنه حادثه
 - ۲- ارزیابی ثانویه صحنه حادثه
- ارزیابی اولیه 8** بعنوان اولین اقدام در بدو ورود به صحنه حادثه ، قبل از این که فردی از اعضای تیم نجات وارد صحنه حادثه شود یا اقدامی صورت بدهد ، می باشد .
ارزیابی ثانویه صحنه حادثه 8 برخلاف ارزیابی اولیه صحنه حادثه ، ارزیابی ثانویه صحنه حادثه به عنوان آخرین اقدام قبل از ترک صحنه حادثه ، صورت می پذیرد .

عناصر پاسخگو:

عناصر پاسخگو باید اطلاعات زیر را به مرکز اعزام نیرو / ارتباطات ارسال نمایند :

- محل دقیق حادثه
- تعداد وسایل نقلیه درگیر
- تعداد مصدومین
- طبقه بندی حادثه
- درخواست پشتیبانی در صورت نیاز
- مواد خطرناک
- شرایط ترافیکی

ورود به صحنه :

چگونگی برخورد با صحنه آسیب به روش STOP:

- ۱- ایست (STOP) : به منزله توقف چند لحظه ای آغازگر عملیات است
- ۲- فکر کنید (THINK) سپس درباره شرایط بوجود آمده و ابعاد آن ، خسارات ، تلفات و غیره فکر کنید
- ۳- مشاهده کنید (OBSERVE) نحوه کاهش آسیب در حین عملیات را بررسی کنید و موارد خطرآفرین را دریابید .
- ۴- برنامه ریزی کنید (PLANNING) : برای انجام عملیات و اقدامات مختلف ، برنامه ریزی کنید و وسایل مورد نیاز را مشخص نمایید .

اقدامات مهم در مدیریت صحنه حادثه

- ۱- انجام هرگونه اقدام با دقت و هوشیاری
- ۲- رعایت نکات ایمنی برای نجاتگران ، تماشاچیان و مصدومان در صحنه حادثه
- ۳- رعایت نکات ایمنی مقابله با آتش و مواد شیمیایی
- ۴- به حداقل رساندن خطرات ، با تثبیت صحنه حادثه
- ۵- تشخیص حیات یا مرگ افراد آسیب دیده
- ۶- محافظت از اسناد و وسایل شخصی ، کالا و اموال حادثه دیدگان
- ۷- ایجاد حریم ایمن در محل حادثه و درخواست کمک از سازمان های قانونی
- ۸- جمع آوری تصاویر کروکی و تمامی مستنداتی که مسئولین به دلیل عدم دسترسی به صحنه حادثه ، به آن نیاز دارند
- ۹- بررسی دقیق مستندات و مدارکی که تحت تاثیر شرایط آب و هوایی یا مرور زمان قرارگرفته و تغییراتی در آن ها صورت می گیرد
- ۱۰- اجتناب از برهم زدن صحنه حادثه و از بین بردن آثار جرم ، در صحنه هایی که در آن جرمی صورت گرفته باشد .

- زمانی که ارزیابی
صحته حادثه انجام شد
می بایست برای ایمنی
و آرامش خاطر عناصر
پاسخگو، دو اقدام
ضرورت پذیرد:
- ۱- ایمنی ساختن صحنه
تصادف
- ۲- تثبیت صحنه تصادف

- هدف از تریاز آن است تا بتوان تعداد هر چه بیشتری از مصدوم را از مرگ نجات داد .
- خلاصه اقدامات و مراقبت های پیش بیمارستانی در مصدومین ترومایی:**
- ارزیابی و اداره ABC به ترتیب ، سریع و پشت سر هم در هر ۲ دقیقه
- جستجوی عوارض تهدید کننده حیات و انجام اقدامات درمانی حتی در صورت شک به تشخیص
- محدودسازی حرکات ستون فقرات
- در نظر داشتن محدود سازی حرکات کل ستون فقرات
- عدم پیشروی مگر پس از انجام و اتمام کامل هر مرحله
- تکرار هر مرحله از ابتدا در صورت نیاز
- اولویت بندی تثبیت پزشکی :
- ۱- تثبیت تنفس و تهویه هوا و برقراری راه هوایی
- ۲- تثبیت گردش خون ، خونریزی ها و مایعات بدن
- ۳- تثبیت مهره های گردنی و ستون فقرات
- ۴- تثبیت تنه
- ۵- تثبیت اندام و بافت ها

اثرات بیماری زای سیل بر سلامت

■ تأثیر بحران حاصل از سیل بر غذا و وضعیت تغذیه ای افراد درگیر به شرح زیر است:

۱- آلودگی منابع آبی و غذایی با آلودگی های زیست محیطی، فضولات، آلاینده های کارخانجات...

۲- به خطر افتادن امنیت غذایی خانوار به دلیل از بین رفتن ذخایر مواد غذایی یا آلودگی آنها و کاهش قدرت دسترسی به مواد غذایی به دلیل از دست رفتن سرمایه زندگی افراد

۳- اپیدمی بیماری های منتقله از آب و غذا (مانند اسهال)

۴- از بین رفتن مراکز ذخیره مواد غذایی (سیلوها، انبارها و سردخانه ها)

۵- قطع برق و از کارافتادن وسایل نگهداری و در نتیجه فساد مواد غذایی

۶- تخریب مراکز تولید مواد غذایی (کشاورزی، دامپروری، کارخانجات و...)

۷- آلودگی منابع آب و یا تخریب منابع، مخازن و خطوط انتقال آب.

۸- آشفته‌گی و تخریب سرویس های ارتباطی (وسایل حمل و نقل، راه ها، ومخابرات و...)

۹- آسیب فیزیکی و روحی افراد متأثر از بحران که باید به این افراد توجه ویژه شود زیرا دریافت غذایی این افراد دست خوش تغییرات خواهد شد. در این موارد می بایست از متخصصین روانشناس کمک گرفته شود تا شوک حاصل از این بلا، از بروز سوءتغذیه احتمالی در آینده در این افراد جلوگیری شود.

گردآوری: اعظم فراوانی، مهندسی صنایع غذایی

کارشناس آموزش



تأثیر سلامت در بحران سیل

تخریب و انهدام فیزیکی از آثار بارز و آشکار پی آمد پایانی سیل در یک جامعه است. برای حفظ سلامت و ایمنی فردی در هنگام وقوع سیل و عواقب بعد از آن توصیه های اصولی ارائه شده اند که می توان آن ها را به کار گرفت و با استفاده از اطلاعات موجود اقدام های لازم برای پیش گیری از بروز بیماری ها و آسیب ها را به عمل آورد و تاهفته ها پس از وقوع حادثه سیل وضعیت سلامت مناسب را حفظ کرد. این اطلاعات عمدتاً به صورت راهنماهای عمومی پیشگیری از بیماری ها و آسیب ها ارائه می شود که با توجه به موقعیت جغرافیایی با اندکی تفاوت همراه است. دسترسی به غذا و حفظ وضعیت تغذیه مناسب یک شاخص تعیین کننده در بقای مردم در مراحل اولیه وضعیت اضطراری به شمار می رود. سوتغذیه می تواند به عنوان مهمترین مشکل بهداشت عمومی نمایان شود. و یکی از اصلی ترین علل مرگ به صورت مستقیم یا غیر مستقیم محسوب گردد. در این شرایط عمدتاً کودکان بین سنین شش ماهگی تا پنج سالگی تحت تأثیر قرار می گیرند. و معمولاً تهدید بعدی متوجه کودکان کم سن، بچه ها، نوجوانان، زنان بار دار، مادران شیرده و دیگر گروه های بالغین است. هدف از ارائه برنامه های تغذیه ای اصلاح تغذیه و پیش گیری از بروز سوء تغذیه است برنامه های هدفمند سوء تغذیه شامل غذاهای مناسب، درمان پزشکی و یا مراقبت حمایتی است. هدف از ارائه برنامه های پیش گیری کننده کسب اطمینان از دسترسی مساوی به غذا در کمیت و کیفیت کافی و راه های تامین آن و ارائه دانش چگونگی آماده سازی و مصرف سالم غذا و دریافت حمایت های تغذیه ای انفرادی به هنگام نیاز است.

بیماری های ناشی، از غذا، خطری که باید جدی گرفته شود

اپیدمی بیماری های با منشأ غذایی در شرایط بحران سیل بسیار مهم است، زیرا مواد غذایی ممکن است توسط آب های آلوده که به وسیله انواع فاضلاب های خانگی و صنعتی آلوده شده و غیر قابل مصرف شوند. در جریان سیل ممکن است آب منابع و مخازن به وسیله فاضلاب ها و باکتری های بیماریزای موجود در مزارع آلوده شده و موجب آلودگی مواد غذایی شود. این مشکل مخصوصاً در مناطق روستایی؛ به دلیل نزدیکی محل زندگی دام ها با انبار غذا و آشپزخانه بیشتر است زیرا احتمال آلودگی مواد غذایی و وسایل پخت و پز با فضولات حیوانی هست. همچنین ممکن است به دلیل عدم استفاده از سیستم فاضلاب شهری، آب چاه ها و منابع آب شرب با فضولات انسانی و حیوانی آلوده شوند.

خطر ناامنی غذایی در مناطق سیل زده:

در کشورما بیشتر مناطق تحت تأثیر سیل در استان هایی هستند که از گذشته هم برخی کمبودهای تغذیه ای را داشته اند، بنابراین بعد از اتمام این بحران باید برای ارتقاء امنیت غذایی در این مناطق برنامه ریزی شود.

اکثر در منطقه زندگی شما احتمال وقوع سیل وجود دارد، به منظور کاهش و جبران خسارات ناشی از وقوع آن، محل سکونت خود را بیمه کنید.

نیاز به تنوع غذایی برای سیل زده‌گان و برنامه وزارت بهداشت

برای پیشگیری از کمبود تغذیه‌ای مردم مناطق سیل زده، باید ویتامین مورد نیازشان از طریق میوه، شیر و لبنیات سالم و... به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر تامین شود.

خطر سوءتغذیه برای سیل زده‌گان

کارشناسان تغذیه بعد از کاهش حالت بحران در جمعیت سیل زده و بویژه بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر یک ارزیابی سریع درباره وضعیت تغذیه‌ای آنها انجام می‌دهند. زیرا معمولاً در این مواقع به دلیل کم شدن دسترسی به غذا، گروه‌های آسیب‌پذیر ممکن است به سرعت در معرض خطر سوءتغذیه قرار گیرند. بنابراین لازم است که با یک ارزیابی سریع تغذیه‌ای این افراد شناسایی شده و کسانی که در معرض سوءتغذیه هستند، شناسایی و مداخلات، اقدامات و مراقبت‌های خاصی برایشان انجام شود.

نکات بهداشتی که موکب‌های فعال در مناطق سیل زده باید رعایت کنند

کسانی که در موکب زحمت تهیه و توزیع غذای گرم را می‌کشند باید در بهداشت مواد غذایی و آب نهایت دقت را داشته باشند. زیرا آلودگی در مواد غذایی یا آب، می‌تواند خطرناک باشد و بیماری‌هایی مانند مسمومیت‌های غذایی، اسهال و استفراغ، وبا، هیپاتیت A و... را ایجاد کند. بنابراین مهم است که در تهیه و توزیع مواد غذایی دقت کنند. مردم هم باید بعد از دریافت غذای گرم آن را در زمان کوتاهی مصرف کنند و نگه ندارند. در صورتی که غذا زیاد هم آمد، باقی‌مانده آن را برای مصرف دوباره نگه ندارند. زیرا امکان دارد در آن شرایط دچار آلودگی شده و منجر به بیماری‌های گوارشی شود.

شرایط بهداشتی آب و غذای سیل زده‌گان

نظارت بر توزیع آب و مواد غذایی بر عهده وزارت بهداشت است و بازرسین بهداشت محیط به شدت و با دقت این موضوعات را دنبال می‌کنند. زیرا آلودگی آب می‌تواند بسیار خطرناک باشد. بر همین اساس در حال حاضر در مناطقی که از آب شرب اطمینان نداریم، آب بسته‌بندی شده معدنی توزیع می‌شود و بازرسین بهداشت نظارت بر توزیع آب و مواد غذایی بر عهده وزارت بهداشت است و بازرسین بهداشت محیط به شدت و با دقت این موضوعات را دنبال می‌کنند. زیرا آلودگی آب می‌تواند بسیار خطرناک باشد. بر همین اساس در حال حاضر در مناطقی که از آب شرب اطمینان نداریم، آب بسته‌بندی شده معدنی توزیع می‌شود و بازرسین بهداشت

توجه خاص به سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر

مانند سایر بحران‌ها در بحران حاصل از سیل می‌بایست به گروه‌های آسیب‌پذیر توجه بیشتری شود زیرا به دلیل شرایط سنی و جسمی در برابر تبعات ناشی از بحران مقاومت کمتری داشته و احتمال مرگ و میر آنها بیشتر است. گروه‌هایی مانند کودکان زنان باردار و سالمندان از جمله این گروه‌ها هستند. این افراد به دلیل شرایط جسمی و روانی خود مستعد ابتلا به انواع عوارض فوری و طولانی مدت حاصل از این بلا هستند. امکان ایجاد سوءتغذیه در این گروه‌ها بیشتر از همه وجود دارد. پس نیازمند توجه بیشتری در محاسبه سبدهای غذایی و خدمات سلامت هستند

مدیریت تغذیه در شرایط بحران

اهمیت مدیریت تغذیه در شرایط بحران، رصد و پیگیری وضعیت گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای مانند کودکان زیر پنج سال، مادران باردار، سالمندان و کسانی است که از نظر تغذیه‌ای آسیب‌پذیرند و سریع‌تر در معرض مشکلات تغذیه‌ای و سوء تغذیه قرار می‌گیرند. این افراد در شرایط بحران در اولویت قرار دارند و حتماً باید به صورت تک به تک شناسایی و این اطمینان حاصل شود که وضعیت غذایی آنها مناسب است: به‌صورتی که غذا و بسته‌های غذایی به آنها رسیده و وضعیت تغذیه‌ای‌شان تثبیت گردد.

کمیت ملی در حوزه مدیریت تغذیه در بحران در سازمان مدیریت بحران وجود دارد: دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت نقطه کانونی بحث تغذیه در این کمیت ملی محسوب می‌شود. بر همین اساس کمیت و کیفیت بسته‌ها و سبد غذایی از نظر میزان انرژی، پروتئین و مواد مغذی مورد نیاز افراد حادثه‌دیده از سوی کارشناسان تغذیه دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت بررسی و تعیین شده و ترکیب سبد غذایی را که باید در شرایط بحران به مردم ارائه شود، تعریف و به صورت بسته‌های غذایی یک روزه، سه روزه و یک ماهه تعیین می‌شود. این بسته‌ها از طریق هلال احمر تهیه و توزیع می‌شود. که شامل اقلام غذایی مورد نیاز بوده و سعی شده که به نیازهای غذایی چون تامین انرژی، پروتئین و ریزمغذی‌ها برای جمعیت آسیب‌دیده پاسخ داده شود.

از وظایف کارشناسان تغذیه، رصد، پایش و نظارت بر توزیع بسته‌های غذایی در بین مردم است. بر این اساس مدیریت توزیع باید به‌گونه‌ای باشد که مطمئن باشیم که همه مردم بویژه در مناطق دور افتاده بسته‌های غذایی را در اختیار دارند.

تشکیل تیم متخصصین تغذیه در بحران؛ در بلاهای طبیعی

شاید مهمترین بخش این شرایط آن است که مسئولین به این باور و تصمیم برسند که برای تامین سلامت تغذیه‌ای در مناطق بحران زده متخصصین این امر که متخصصین غذا و تغذیه هستند. به خصوص آنهایی که تخصص علمی خود را در زمینه تغذیه در بحران اخذ کرده‌اند. می‌بایست در شبکه امداد رسانی به صورت ثابت حضور داشته باشند تا در صورت لزوم از خدمات تخصصی آنها استفاده شود.

سرطان‌های شایع در زنان



گردآوری: مریم نافع

کارشناس مامایی

شیوع سرطان‌های زنان در ایران:

سرطان‌های زنان در کشورهای توسعه یافته به عنوان دومین علت مرگ و میر و در کشورهای در حال توسعه چهارمین علت مرگ و میر اما در ایران سومین دلیل مرگ و میر زنان محسوب می‌شود.

سرطان‌های شایع زنان در ایران کدام است؟

سرطان یکی از ۳ علت مرگ زنان در دنیاست، از هر ۳ نفر یک نفر (۱۱/۳۸ درصد) سرطان در تمامی نواحی یک مورد از هر ۸ نفر (۵۶/۱۲ درصد) سرطان پستان، یک مورد از هر ۱۷ نفر (۶۹/۵ درصد) سرطان ریه، یک مورد از هر ۱۸ نفر (۵۵/۵ درصد) سرطان روده بزرگ و مقعد، یک مورد از هر ۳۷ نفر (۶۹/۲ درصد) سرطان رحم، یک مورد از هر ۵۸ نفر (۷۲/۱ درصد) سرطان تخمدان، یک مورد از هر ۱۲۸ نفر (۷۸/۰ درصد) سرطان سرویکس در هر زن تشخیص داده می‌شود

سرطان دهانه رحم:

یکی از شایع‌ترین سرطان‌های شایع زنان، سرطان دهانه رحم می‌باشد که در مراحل اولیه قابل تشخیص و درمان می‌باشد. این سرطان غالباً در خانم‌هایی که ازدواج کرده اند اتفاق می‌افتد. برای اینکه یک سلول به سلول سرطانی تبدیل شود مراحل متنوعی را طی می‌کند و با تغییرات سلولی به سمت مراحل غیرطبیعی و سپس پیش سرطانی و پس از گذشت چند سال به سلول سرطانی تبدیل می‌شود. این روند، گاه حدود ده

سال طول می‌کشد. آزمایش پاپ اسمیر برای تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم برای چه کسانی باید انجام شود؟ برای تمامی زنانی که از نظر جنسی فعال هستند بخصوص در سنین بالای ۲۰ سال انجام می‌شود. اولین تست پاپ اسمیر حداقل ۳ سال پس از ازدواج انجام می‌شود. فواصل زمانی برای انجام پاپ اسمیر در گروه‌های مختلف بدین شرح می‌باشد:

در خانمهای ۲۰-۵۰ ساله حداقل یک بار ازدواج کرده؛ سالیانه یک بار و در صورت سه پاپ اسمیر طبیعی هر سه سال.

در بیماران مبتلا به عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی؛ توصیه می‌شود پس از درمان عفونت، پاپ اسمیر انجام دهند.

در زنان بالای ۵۰ سال؛ با فواصل ۵ ساله

خانم‌های بالای ۶۵ سال که دو پاپ اسمیر اخیرشان طبیعی بوده است؛ ضرورتی برای انجام تست پاپ اسمیر ندارند.

خانم‌های حامله؛ نیازی به انجام تست پاپ اسمیر ندارند و بهتر است ۱۲ هفته بعد از زایمان تست را انجام دهند

در صورتیکه خانمی دچار خونریزی یا لکه بینی پس از مقاربت باشد؛ انجام تست پاپ اسمیر کاملاً ضروری است.

شرایط انجام تست پاپ اسمیر:

۴۸ ساعت قبل از پاپ اسمیر، شستشوی داخلی دستگاه تناسلی صورت نگرفته باشد.
۲۴ ساعت قبل از پاپ اسمیر نزدیکی صورت نگرفته باشد.
۲۴ ساعت قبل از پاپ اسمیر، لکه بینی و خونریزی وجود نداشته باشد.
یک هفته قبل از انجام پاپ اسمیر، از کرم‌های شستشوی داخلی مجرای تناسلی جهت درمان استفاده نشود.
در صورتیکه نتیجه پاپ اسمیر غیرطبیعی بود باید آزمایشات تشخیصی تخصصی تر انجام شود.

علائم سرطان دهانه رحم:

- خونریزی بین دو قاعدگی
- افزایش میزان خونریزی قاعدگی
- خونریزی پس از یائسگی
- خونریزی پس از تماس جنسی یا معاینه
- درد ناحیه لگن غیرمرتبط به قاعدگی
- وجود ترشحات زیاد و غیرطبیعی که ممکن است رقیق، غلیظ و همراه با بوی تعفن باشد.
- علائم ادراری بدون علت مشخص در سیستم ادراری
- کاهش شدید وزن و بی‌اشتهایی

افراد در معرض خطر از نظر ابتلاء به سرطان دهانه رحم:

- زنانی که در سنین پایین ازدواج می‌کنند.
- زایمانهای زیاد
- زنانی که همسرانشان ختنه نشده‌اند
- عفونتهای مکرر
- زنانی که شوهرشان قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است
- زنانی که دخانیات مصرف می‌کنند (هرچه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد خطر ابتلا افزایش می‌یابد)
- زنانی که دچار کمبود ویتامین C، A و اسید فولیک هستند

اثرات در معرض خطر از نظر ابتلاء به سرطان دهانه رحم:

- * زنانی که در سنین پایین ازدواج می‌کنند.
- * زایمانهای زیاد
- * زنانی که همسرانشان ختنه نشده‌اند
- * عفونتهای مکرر
- * زنانی که شوهرشان قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است
- * زنانی که دخانیات مصرف می‌کنند (هرچه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد خطر ابتلا افزایش می‌یابد)
- * زنانی که دچار کمبود ویتامین C، A و اسید فولیک هستند

سرطان پستان:

سرطان پستان دومین علت مرگ بر اثر سرطانها در زنان می‌باشد. زنان کشور ما به دلیل عدم آشنایی با این بیماری و عدم اطلاع از روش‌های تشخیص زودرس، موقعی به پزشک مراجعه می‌کنند که بیماری در مراحل پیشرفته قرار گرفته است.
از ایجاد سرطان نمی‌توان جلوگیری کرد اما در صورت تشخیص در مراحل اولیه، درمان کاملاً موفقیت آمیز است.

عوامل موثر در ایجاد سرطان پستان:

- ۱- عوامل غیر قابل تغییر:
 - جنسیت (در زنان ۱۰۰ برابر بیشتر از مردان است)
 - افزایش سن (مخصوصاً پس از ۴۰ سالگی)
 - وراثت (۱۰٪ از سرطانهای پستان ارثی هستند).
 - سابقه خانوادگی سرطان پستان (مادر، خواهر، دختر، عمه، خاله)
 - نژاد: احتمال ابتلا در زنان سفید پوست به وضوح بیشتر از زنان سیاه پوست است.
 - پرتو درمانی: انجام پرتو درمانی در دوران کودکی یا نوجوانی خطر ابتلا به سرطان پستان را بطور چشمگیری افزایش می‌دهد.
 - تاریخچه قاعدگی: قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس
 - سابقه ابتلا قبلی یا فامیلی به سرطان پستان
- ۲- عوامل قابل تغییر:
 - نداشتن فرزند (زنانی که فرزند نداشته یا فرزند اول خود را بعد از ۳۰ سالگی بدنیا آورده‌اند در معرض خطر بیشتری هستند).
 - عدم شیردهی
 - الکل
 - چاقی و رژیم‌های پر چرب
 - نداشتن فعالیت فیزیکی

در صورت وجود چه علائمی به هنگام خودآزمایی پستان به پزشک مراجعه کنیم؟

وجود توده یا تورم در هنگام لمس؛
(شایعترین علامت وجود یک غده سفت و بدون درد است)
کشیدگی پوست یا فرورفتگی پوست پستان؛
درد نوک پستان و یا فرورفتن به سمت داخل؛
قرمزی یا پوسته پوسته شدن نوک پستان و خارش پوست پستان؛
ترشح غیرطبیعی نظیر ترشحات خونی؛



از طریق معاینات کلینیکی

از طریق انجام معاینات کلینیکی پستان توسط کارکنان بهداشتی و پزشکان:

* معاینه بالینی اولین اقدام توسط کارکنان بهداشتی ویا پزشک معالج است. ابتدا پستان از نظر شکل و اندازه بررسی شده و با استفاده از نوک انگشتان به آرامی پستان ها لمس و معاینه می شود.

* در افراد کمتر از ۳۰ سال بدون علامت نیازی به معاینه سالیانه وجود ندارد. فقط در صورت ریسک بالا معاینه سالیانه لازم است.

* افراد بالای ۳۰ سال نیاز به معاینه سالیانه دارند. در زنان دارای فاکتور خطر فواصل معاینات هر ۶ ماه یکبار است.

عکسبرداری از پستان (ماموگرافی)

این روش عکسبرداری از پستان به وسیله اشعه می باشد. بهترین و دقیق ترین روش جهت تشخیص سرطان پستان است.

اولین اقدام تشخیصی در زنان بالای ۳۵ سال به بعد از معاینه کلینیکی، ماموگرافی است.

سونوگرافی پستان

- گاهی اوقات برای ارزیابی تغییرات پستان که در ماموگرافی دیده شده یا در معاینه پیدا شده از سونوگرافی استفاده می شود.

نمونه برداری:

وقتی نکته غیرطبیعی در ماموگرافی، سونوگرافی یا معاینه کشف شد، برای پیدا کردن ماهیت آن نمونه برداری انجام می شود. هرگاه در ماموگرافی یا سونوگرافی یک ضایعه مشکوک به بدخیمی گزارش شود، لازم است نمونه برداری برای فرد انجام شود. تنها روشی که تشخیص سرطان را قطعی می کند نمونه برداری است که در آن قسمتی از یک تومور یا تمام آن خارج و به وسیله میکروسکوپ بررسی می شود.

روش های انجام معاینه توسط خود فرد

۱- مشاهده ۲- لمس

از طریق مشاهده:

* دست ها را در دوطرف بدن به حالت آویزان قرار دهید و پستان ها را از نظر عدم تقارن بررسی کنید.

* دست ها را در دو طرف سر به صورت صاف بالا ببرید و به پستان ها خصوصا از نظر فرورفتگی پوست و توکشدگی نوک پستان ها و سایر علائم نگاه کنید.

* کف دست ها را پشت سر قفل کرده و شانه ها را عقب بکشید و به پستان ها نگاه کنید و آنها را از نظر هر کدام از تغییرات بررسی

از طریق لمس کردن:

برای لمس پستان، ابتدا به پشت دراز بکشید. برای معاینه پستان، یک بالش کوچک در زیر شانه چپ بگذارید به طوریکه پستان چپ کاملا در وسط قفسه سینه قرار گیرد. درمورد پستان راست برعکس عمل کنید. برای معاینه از نرمه انگشتان (بند آخر انگشت) استفاده کنید. از نوک انگشت یا بندهای دیگر انگشتان استفاده نکنید. هیچ وقت بافت پستان را بین انگشت شست و سایر انگشتان فشار ندهید، زیرا به اشتباه احساس می کنید یک غده لمس کرده اید.

برای انجام صحیح لمس بافت پستان را بین پوست و دنده ها فشار دهید و پوست را روی بافت پستان بلغزانید.

ابتدا هر قسمت پستان را با نرمه انگشتان

کنید.

* دست ها را برروی کمر فشار داده و شانه ها را به عقب بکشید و در این حال پستان های خود را مانند حالت های قبلی به دقت بررسی کنید.

* دست ها را برروی کمر فشار داده و شانه ها را به عقب بکشید و در این حال پستان های خود را بررسی کنید.

* خم شوید و دستها را بصورت آویزان در دوطرف تنه قرار دهید و در آیین به ظاهر پستان ها به دقت نگاه کنید.

و با فشار آرام معاینه کنید. سپس همان قسمت را بین سطح انگشتان و قفسه سینه فشار بیشتری داده و معاینه کنید. با این روش هم قسمت های سطحی و هم قسمت های عمقی پستان معاینه می شوند. پس از لمس هر پستان، لمس زیر بغل همان طرف را انجام دهید. لمس زیر بغل مانند لمس پستان با نرمه انگشتان انجام می شود. در صورت وجود هر گونه سفتی یا غده زیر بغل فرد باید به واحد بهداشتی یا پزشک مراجعه نماید.

لمس پستان ها را می توان زیر دوش هنگام حمام کردن انجام داد. در این حالت پستان و انگشتان خیس و لغزنده هستند و بسیاری از توده ها بهتر لمس می شوند.

“ راه مقابله با سرطان

بهترین راههای مقابله با سرطان

برخورداری از یک

زندگی سالم و بهداشتی است.

“



تعریف کلاسیک جستجو و نجات به اختصار L.A.S.T نامیده می شود که چهار عنصر و شالوده اصلی فعالیتهای جستجو و نجات را مشخص می نماید. این چهار عنصر در واقع ترتیب قدم به قدم فعالیت هایی است که در پاسخگویی به هر حادثه باید انجام شود. این فعالیت ها، هرگز نباید با یکدیگر تداخل نمایند. بلکه بعد از پایان هر یک، فعالیت بعدی آغاز می شود. مدت زمان اجرای هر یک از این فعالیت ها می تواند بسیار متغیر باشد.

L	LOCATE	مکان یابی
A	ACCESS	دست یابی
S	STABILIZE	تثبیت (شرایط حیاتی و فیزیکی)
T	TRANSPORT	حمل و انتقال

مجموعه این فعالیت ها در سه حوزه قابل تفکیک جستجو، نجات و قابلیت بقاء تعریف می شوند.

جستجو با دانش پیچیده ای از فن آوری های جدید و تجهیزات پیشرفته درگیر است. (دستیابی به مصدوم، تثبیت فیزیکی و حمل و انتقال مجموعه ای از عملیات امداد و نجات را تشکیل می دهند.)

و قابلیت بقاء مجموعه ای از توانایی هایی است که مستقیماً در جستجو و نجات کاربرد ندارند. ولی در عملیات نیاز است. مانند کوهنوردی، شنا، جهت یابی و زندگی در شرایط سخت. مدیریت چنین تشکیلاتی علاوه بر شناخت کامل فرآیندها، توانایی ها و ابزار آلات و تجهیزات مرتبط با هر عملیات، به درک صحیح فرآیند عملیاتی جستجو و نجات که در یک چرخه مرتباً تکرار شده و سطح کیفی اقدامات را ارتقاء می دهند نیز وابسته است. در واقع عملیات جستجو و نجات (صرف نظر از نوع و موضوع آن) همواره با مطالعه حوادث، مشکلات و مسائل مرتبط با آن، طراحی راهکارهای پاسخگویی و برنامه ریزی جهت تامین امکانات و تجهیزات، تهیه و تدوین دستورالعمل ها و ارائه آموزش های مورد نیاز شکل می گیرد. این فرآیند در هر حادثه، با مستندسازی ها، نقد و ارزیابی و بازنگری در آموزش ها، تجهیزات و دستورالعمل ها ارتقاء می یابد.

اصول جستجو و نجات در آوار

گرد آوری: حسام زمانیه شهری،

کارشناس آموزش

آشنایی با نجات:

هر نوع حادثه ای مرگ آور و خطر ناک نیست بلکه اگر رسیدگی به موقع باشد و یا آگاهی صحیح و فنی در خصوص مقابله با آن حادثه باشد موجب می شود مرگ یا نواقص جبران ناپذیر کمتر شود، بنابراین آموزش در این رابطه ضروری است و روشهای ابتکاری در نجات عامل موثری در نجات به موقع جان انسان می باشد.

نجات چیست؟

نجات عبارت است از یک سری عملیاتی که منجر به رهایی افراد زنده از شرایط بحرانی و افراد به دام افتاده میشود و با انجام کمک های اولیه به روی آنها از وخامت حال افراد جلوگیری می شود.

در عملیات نجات مهارت و نظم و کارگروهی و اطلاعات بسیار مفید است.

در عملیات نجات، یک فرد آموزش دیده و با هوش، بهتر و موثر تر از قدرت و نیروی جسمانی می باشد، هر چند که این دو مورد هم مهم است.

وظایف مهم نجاتگر:

- ۱- نجات جان افراد و بیرون آوردن سریع و فوری از زیر آوار و خرابه ها.
- ۲- انجام کمک های اولیه برای اشخاص گرفتار و انتقال به مراکز درمانی.
- ۳- اقدامات در زمینه نگهداری موقت یا انهدام کامل ساختمان های آسیب دیده و یا تصمیم درباره خرابی ساختمان هایی که موجب اختلال در رفت و آمد واحدهای امدادی را دارند.
- ۴- کمک برای باز کردن راههای عبور و مرور وسیله نقلیه
- ۵- جستجو و پیدا کردن اجساد هر چند که این وظیفه نجاتگر نیست ولی در مواقع ضروری مورد توجه می باشد.
- ۶- انجام کمکه ای اولیه بعد از رهایی و نجات آسیب دیده و به دام افتاده.

فرایند عملیات جستجو و نجات

شبیه سازی (مانور) :

این واژه توسط آتش نشانان مصطلح شده و به معنی طراحی عملیات مقابله قبل از وقوع هر حادثه است. در واقع با مستندسازی تجارب گذشته، مشکلات پیش رو در هر حادثه و اقدامات مناسب برای پاسخگویی به آنها از قبل مشخص و بصورت شبیه سازی شده تمرین می گردد.

هشدار :

اولین نشانه یک وضعیت اضطراری است که ممکن است با تماس تلفنی، بی سیم و یا گزارش مستقیم انجام شود. اولین اهمیت این مرحله از فعالیت های جستجو و نجات زمانی روشن می شود که بدانیم حساسیت و بحرانی بودن یک خطر، برنامه ریزی های قبل از شروع یک عملیات و تدارک تجهیزات و نفرات متناسب با هر ماموریت را تعیین می کند. یک گزارش گیری کامل در مواردی موفقیت یک عملیات نجات را تضمین می کند.

برنامه ریزی :

این واژه نباید با برنامه ریزی های مرحله آمادگی اشتباه گرفته شود. بلافاصله بعد از دریافت گزارش و اطلاعات مربوط به یک حادثه باید متناسب با شرایط حادثه، حجم و محل وقوع و وضعیت محیطی آن تصمیماتی گرفته شود تا با کمترین ریسک ممکن، بالاترین بازدهی را از منابع در اختیار بدست آورد.

اجرای عملیات :

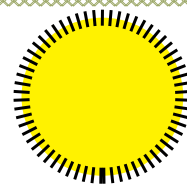
هر حادثه ای ویژگی های خاص خود را به همراه دارد. از این رو، با درگیر شدن نیروها در عملیات جستجو و نجات، بر اساس تجربیات و شرایط محیطی و جوی تدابیری اندیشیده می شود که با به اجرا گذاشته شدن آنها، موفقیت عملیات تضمین خواهد شد. ولی مهمتر از این ابتکارات، مستندسازی آنها برای بازنگری های بعدی است.

تعلیق :

تعلیق به معنی توقف موقت عملیات به دلایل مختلف از جمله تاریک شدن هوا، بارندگی، طوفان و خستگی نیروها است. در این وضعیت عملیات خاتمه نیافته، ولی بطور موقت متوقف می شود. آنچه که مدیران در برنامه ریزی ها باید به آن توجه داشته باشند، نیازهای واقعی عملیات است. از جمله توان موثر نیروها، ظرفیت واقعی ماشین آلات و تجهیزات و میزان مواد مصرفی مورد استفاده.

نقد و ارزیابی :

به ارزیابی جامع از کل ماموریت، از آغاز تا انتهای آن، نقد و ارزیابی اطلاق می شود. این کار پایه و اساس شبیه سازی (سناریو) است. تمامی عناصر درگیر در هر عملیات جستجو و نجات باید گزارش کاملی از ماموریت، چالش ها و نقاط قوت آن را تهیه نمایند. این گزارش ها باید به روشی مناسب جمع آوری، پردازش و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد تا در برنامه های عملیاتی، آموزش ها و شبیه سازی ها (مانور) اعمال شود.



فرایند عملیات

جستجو و نجات در ۶

مرحله انجام و تکرار

می شود که

عبارتند از :

۱

شبیه سازی (مانور)

۲

هشدار

۳

برنامه ریزی

۴

اجرای عملیات

۵

تعلیق

۶

نقد و ارزیابی
(مستند سازی)

شناخت کلی آوار

و انواع آن :

انواع ساختمان:

- ساختمان‌ها بر اساس جنس مصالحی که در آنها به کار رفته و نوع آنها به چند طبقه تقسیم میشوند.
- ۱- ساختمان‌های بدون اسکلت حمال با دیوارهای حمال.
 - ۲- ساختمان‌هایی که قسمتی از آنها اسکلت حمال و قسمتی دیوار حمال است.
 - ۳- ساختمان با اسکلت حمال.
 - ۴- ساختمان یکپارچه.

ساختمان‌هایی که قسمتی از آنها اسکلت حمال و قسمتی دیوار حمال است:

در این ساختمان دیوارهای خارجی قسمت بدون اسکلت حمال را تشکیل داده و بار ساختمان را تحمل می‌کند. قسمت اسکلت حمال شامل تیرها و ستون‌های فلزی است دیوارهای این ساختمان مانند دیوارهای ساختمان بدون اسکلت حمال است فقط جایی که تیرها وارد دیوار می‌شوند دیوارها ضخیم‌تر ساخته می‌شوند. کف اتاق‌ها یا سقف زیرزمین ممکن است با چوب، تیر آهن یا آجر ساخته شده باشد. پشت بام‌ها شیب دار یا مسطح می‌باشند.

ساختمان بدون اسکلت حمال با دیوارهای حمال:

اکثر ساختمان‌ها از این نوع هستند. اصطلاح اسکلت حمال به ساختمان‌هایی که بدون اسکلت فلزی اطلاق می‌شود. دیوارها با کف و سقف بار خود را حمل کرده و حفاظت داخلی ساختمان را تأمین می‌کند. عمول‌ترین نوع آن ساختمان یک منزل مسکونی است که کف آن از چوب یا بتن ساخته شده است.

ساختمان یکپارچه:

در این ساختمان پی‌ها، قاب‌ها، دیوارها، کف‌ها، پلکان و بام عمارت از بتون مسلح تشکیل و در محل ساخته میشوند و آرماتورهای بتونی به دقت در محل خود قرار داده شده و بوسیله رکابی تثبیت می‌شوند. این ساختمان‌ها بسیار محکم بوده و قادرند که فشار باد حاصل از انفجار را تحمل کرده و یا در ارتعاش زلزله‌ها و در برابر آتش‌سوزی بسیار مقاوم هستند.

ساختمان با اسکلت حمال:

دارای اسکلتی هستند که وزن کلیه ساختمان و دیوارها را تحمل میکنند. این اسکلت ممکن است از فولاد یا بتن مسلح باشد. پی‌ها معمولاً برای هر پایه یا ستون بطور جداگانه حفر میشوند ممکن است بام‌ها مسطح یا شیب‌دار ساخته شوند. چنانچه مسطح نباشند مانند کف ساخته میشوند و روی آن با گونی قیر اندود عایق میکنند.

آوار

علت های پیدایش آوار

- ۱- ریزش ساختمان به علت سستی زمین
- ۲- برخورد وسایل نقلیه با ساختمان
- ۳- رانش زمین و فرونشستن سطح زمین
- ۴- بلایای طبیعی
- ۵- جنگ و انفجارات

عوامل خاصی در بروز سازه ناشی از زلزله و پیدایش آوار:

- ۱- احداث اماکن بر روی گسل
- ۲- زمین مستعد ریزش
- ۳- کیفیت طراحی بنا
- ۴- برخورد وسیله نقلیه و خروج قطار از مسیرراه آهن
- ۵- سقوط دکل ها (تلفن - برق و غیره)
- ۶- قطع خطوط آبرسانی و گازرسانی
- ۷- شکستن سدها و آب بندها
- ۸- انفجارمخازن مواد سوختی

تعیین نوع آوار:

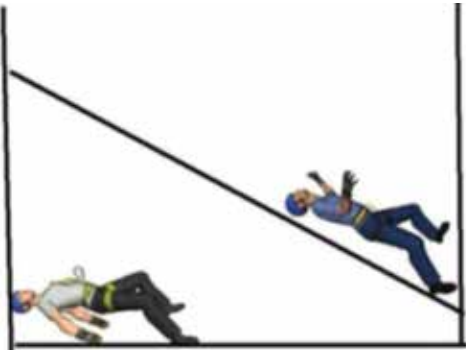
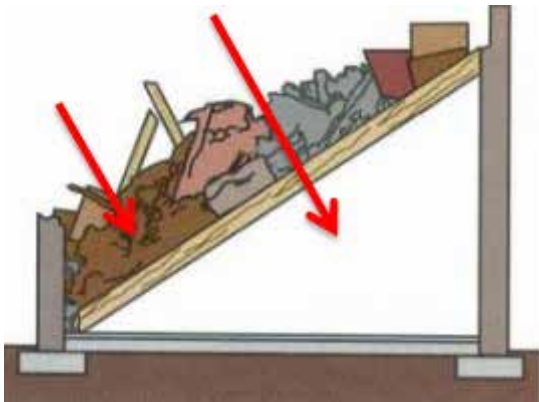
قبل و در طی عملیات جستجو ، نجاتگرها باید نوع فضاهای خالی زیر آوارها را تعیین کنند . این شناسایی به تعیین محل های محتمل وجود مصدومین داخل ساختمان ها کمک می کند . در ساختمان های بزرگ ، ممکن است چندین نوع آوار در مکان های مختلف وجود داشته باشد .

انواع مدل های فروپاشی آوار : به ۵ دسته تقسیم می شود :

- مایل
- V شکل
- کیکی شکل (درهم شده)
- چند لایه
- آوار قابی A شکل

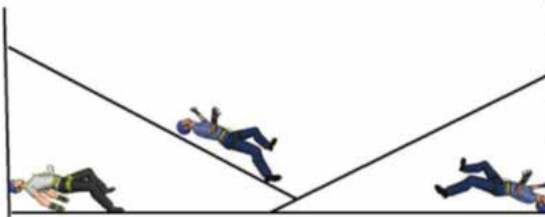
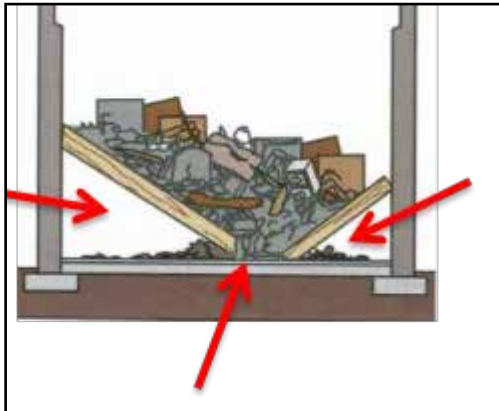
*آوار مایل:

این نوع آوار در ساختمان های نوساز و سنتی فروریخته دیده می شود . در بسیاری از موارد تنها یکی از دیوارهای باربر فرو میریزد و سقف بالایی روی باقیمانده دیوار لولا میشود و در نتیجه معمول ترین و دشوار ترین نوع آوار را از نظر نحوه برخورد با آن ایجاد می کند . فضاهای خالی زیر آوار ، معمولاً در زیر سقف ها شکل می گیرد . در صورت قرارگیری افراد در فضاهای جان پناه ، به جهت بیشتر بودن هوای داخل آوار احتمال زنده ماندن در آن بالاست . مصدومین ممکن است در زیر سقف دیواری که هنوز پابرجاست یا روی سقف و در پایین ترین نقطه بین اثاثیه داخل ساختمان پیدا شوند . خطر ریزش مجدد در این نوع آوار وجود دارد . از همان لحظات اولیه باید اقدامات احتیاطی را جهت جلوگیری از ریزش کامل بوسیله زدن شمعک انجام داد . دستیابی به داخل این آوارها از طریق شکافتن اجزای سازه ای سالم و یا مجاری طبیعی ساختمان امکان پذیر است . دستیابی و تخلیه مصدومین از داخل این نوع آوار ها می تواند ساده و سریع صورت گیرد . ممکن است نفوذ به داخل آوار ، به تجهیزات برش و شکستن نیاز باشد . شکستن و شکافتن دیوارها و اجزایی که بطور طبیعی آوار را نگه داشته اند مجاز نمی باشد . برای نفوذ به داخل آوار ، شکافتن سقف ها در اولویت است . رسیدگی به این نوع آوار ها در اولویت های اول است .



به بقایای باقیمانده از یک بنا و یا سازه بر اثر عوامل طبیعی و غیرطبیعی مانند زلزله که بدون برنامه ریزی قبلی اتفاق می افتد می گویند.

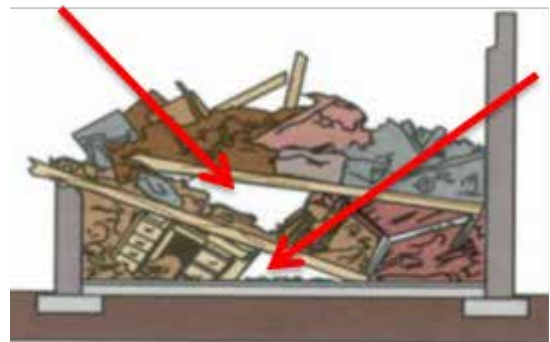
* آوار V شکل



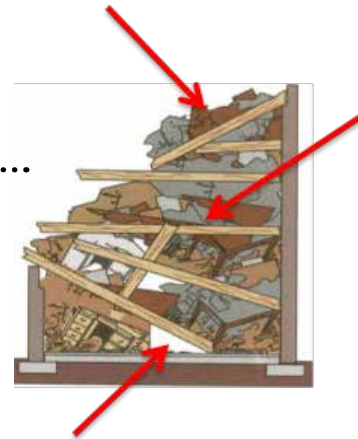
این نوع آوار در ساختمان‌های نوساز و سنتی فرو ریخته دیده می‌شود. در بسیاری از موارد تنها یکی از دیوارهای باربر فرو میریزد و سقف بالایی روی باقیمانده دیوار لولا میشود و در نتیجه معمول‌ترین و دشوارترین نوع آوار را از نظر نحوه برخورد با آن ایجاد می‌کند. فضاهای خالی زیر آوار، معمولاً در زیر سقف‌ها شکل می‌گیرد. در صورت قرارگیری افراد در فضاهای جان‌پناه، به جهت بیشتر بودن هوای داخل آوار احتمال زنده ماندن در آن بالاست. مصدومین ممکن است در زیر سقف دیوارهای خارجی یا روی سقف و در پایین‌ترین نقطه و مرکز آوار در بین ائاثیه داخل ساختمان پیدا شوند. خطر ریزش مجدد در این نوع آوار وجود دارد. از همان لحظات اولیه باید اقدامات احتیاطی را جهت جلوگیری از ریزش کامل بوسیله زدن شمعک انجام داد. دستیابی به داخل این آوارها از طریق شکافتن اجزای سازه‌ای سالم و یا مجاری طبیعی ساختمان امکان‌پذیر است. دستیابی و تخلیه مصدومین از داخل این نوع آوارها می‌تواند ساده و سریع صورت گیرد. ممکن است برای نفوذ به داخل آوار، به تجهیزات برش و شکستن نیاز باشد. شکستن و شکافتن دیوارها و اجزایی که بطور طبیعی آوار را نگه داشته‌اند مجاز نمی‌باشد. برای نفوذ به داخل آوار، شکافتن سقف‌ها در اولویت است. رسیدگی به این نوع آوارها در اولویت‌های اول است.

* آوار کبکی شکل

این نوع آوار با فرو ریزی ساختمان‌هایی که با روش‌های سنتی ساخته شده‌اند، بویژه ساختمان‌های خشت و گلی بوجود می‌آید. فضاهای خالی زیر آوار با محتویات و نخاله‌هایی که بین سقفها گیر کرده‌اند شکل می‌گیرد. فضاهای جان‌پناه در آن محدود است. برخی از ائاثیه داخل ساختمان ممکن است جان‌پناهی را بوجود آورند. احتمال زنده ماندن در آن پایین و معمولاً خطر ریزش مجدد آوار وجود ندارد. مصدومین ممکن است در زیر سقفها پیدا شوند. دستیابی به داخل این آوارها از رو یا ایجاد تونل در زیر ساختمان امکان‌پذیر است. زمان زیادی برای دستیابی و خارج کردن مصدومین در این نوع آوار مصرف می‌شود. و معمولاً به ماشین‌آلات سنگین نیاز است. مصدومین گرفتار در این نوع آوارها بدلیل فشار زیاد وزن آوار و نبود منافذ مرتبط با فضای بیرونی، با مشکلات تنفسی روبرو هستند. رسیدگی به این نوع آوارها در اولویت نمی‌باشد. در این حالت هوای داخل آوار نسبتاً کم و احتمال زنده ماندن کم می‌باشد.



به یار داشته باشید فرودها و وسایل تعلیه، مکان امنی در مقابل وقوع سیل نمی‌باشند، سیل میتواند فرود را به حرکت درآورد و حتی واژگون کند.



*آوار ۷ شکل

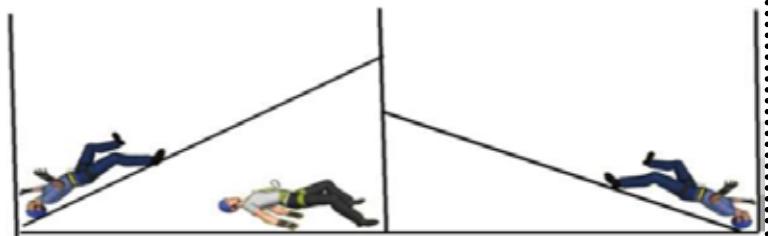
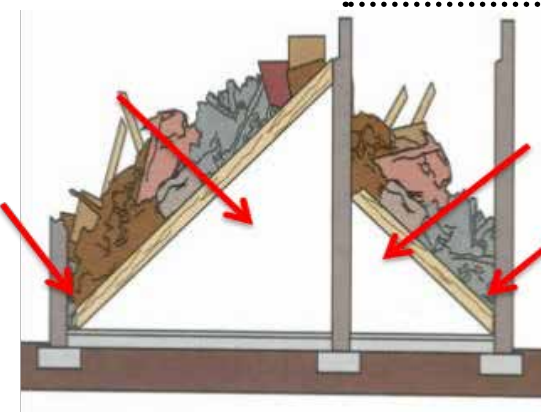


آوار چند لایه:

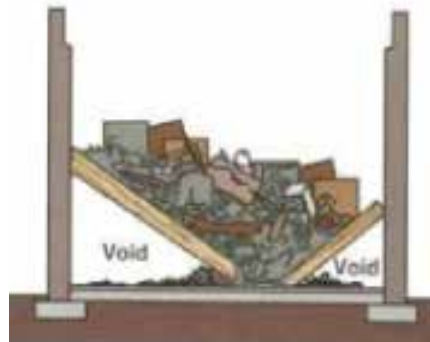
این نوع آوار در برج‌ها و ساختمان‌های مرتفع فرو ریخته دیده می‌شود. در صورت وجود ضعف در بخشی از سازه یک ساختمان مرتفع، دیوار و سقف‌های متصل به آن در یک طرف فرو می‌ریزد. ولی یک طرف دیگر پایدار می‌ماند. به آن آوار یک طرف گیردار نیز می‌گویند. این نوع آوار خصوصیات آوار کیک‌کی شکل را دارند. مصدومین ممکن است در زیر هر یک از سقف‌ها قرار داشته باشند. فضاهای جان پناه در آن بسیار محدود بوده، احتمال زنده ماندن در این نوع آوارها بسیار پایین است. خطر ریزش مجدد در این نوع آوار وجود دارد. عملیات جستجو و نجات در این نوع آوارها بسیار مشکل است. زیرا باید طبقه به طبقه سقف‌ها را شکافت و در طبقات پایین تر مجدداً نسبت به عملیات جستجو اقدام کرد. رسیدگی به این نوع آوارها در اولویت نمی‌باشد.

آوار قابی A شکل:

این نوع آوار در ساختمان‌های نوساز فرو ریخته دیده می‌شود. فضاهای خالی زیر آوار معمولاً در زیر سقف‌ها شکل می‌گیرد. در صورت قرارگیری افراد در فضاهای جان پناه، احتمال زنده ماندن در آن بالا است. مصدومین ممکن است در زیر سقف دیوارها یا ستون‌های داخلی ساختمان یا روی سقف و در پایین ترین نقطه و نزدیک به دیوارهای خارجی در بین اثاثیه داخل ساختمان پیدا شوند. خطر ریزش مجدد در این نوع آوار وجود دارد. دستیابی به داخل این آوارها از طریق شکافتن اجزاء سازه ای سالم و یا مجاری طبیعی ساختمان امکان پذیر است. دستیابی و تخلیه مصدومین از داخل این نوع آوارها می‌تواند ساده، سریع صورت گیرد. ممکن است برای نفوذ به داخل آوار به تجهیزات برش و شکستن نیاز باشد. شکستن و شکافتن دیوارها و اجزایی که بطور طبیعی آوار را نگه داشته اند، مجاز نمی‌باشد. برای نفوذ به داخل آوار، شکافتن سقف‌ها در اولویت است. رسیدگی به این نوع آوارها در اولویتهای اول می‌باشد.



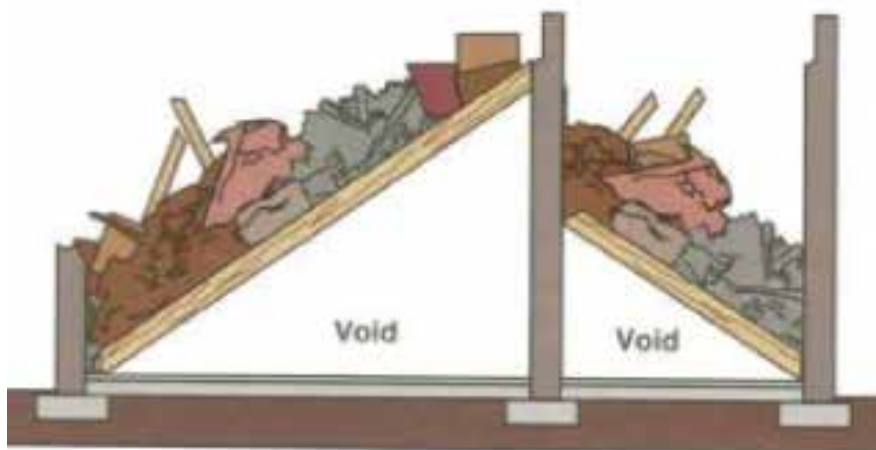
انواع آوار :



آوار کیکی شکل : معمولاً به شمک زنی زیر آوار نیاز دارد .
مصدومین ممکن است در زیر سقف ها پیدا شوند . فضاهای خالی با محتویات و نخاله هایی که بین سقف ها گیر کرده اند شکل می گیرند .

آوار V شکل : به شمک زنی در زیر دو بخش بالایی سقف که روی دیوار مانده و احتمالاً در بخش های بیرونی دیوار در مقابل سقف هایی که هنوز به دیوار متصل است نیاز می باشد .
مصدومین ممکن است در زیر دو سقف معلق و روی سقف در وسط آوار انباشته شده V شکل یافت شوند .

آوار مایل : به شمک زنی در زیر بخش بالایی سقف و احتمالاً در بیرونی دیوار در مقابل سقفی که هنوز پا بر جاست نیاز می باشد .
مصدومین ممکن است در زیر فضای خالی و در روی سقف در پایین ترین لبه آن قرار داشته باشند .



آوار قابی A شکل : معمولاً به شمک زنی در زیر بخش های بالایی سقف و احتمالاً در دیوارهای خارجی نیاز می باشد .
دیگر مصدومین ممکن است در داخل نخاله های نزدیک به دیوارهای خارجی قرار داشته باشند .

آوار چند لایه : این نوع آوارها ، شباهت زیادی به آوارهای کیکی شکل دارند .
مشکل آنها چند سفته بودن و ناپایداری توده نخاله ها است .
شمک زنی معمولاً در زیر و روی سقف ها که از پایین ترین طبقه شروع می شود نیاز است .
مصدومین ممکن است در زیر سقف ها مانند آوارهای کیکی شکل یافت شوند .

تعیین نوع آوارهایی که بوجود آمده ، تصویر روشنی از فضاهای محتمل و محل احتمالی مصدومین را به ما می دهد .

ادامه دارد...



احیای قلبی ریوی مغزی پایه

گرد آوری: سید علی کارگر، مربی داوطلب جمعیت هلال احمر

کارشناس مدیریت امداد سوانح

قسمت دوم

نکات کلیدی:

احیای قلبی ریوی را می‌توان به دو مرحله مقدماتی یا (BASIC) و پیشرفته (ADVANCED) تقسیم نمود که از لحاظ عملی در واقع انجام یک سری عملیات خاص در صورت عدم و یا حضور داروها و وسایل خاص می‌باشد. اقدامات به منظور باز کردن راه هوایی و اکسیژناسیون و برقراری گردش خون در سطح اولیه صورت می‌گیرد را BLS می‌گویند ولی بارسیدن وسایل و امکانات از قبیل داروها و سایر اقدامات و تکنیک‌هایی که می‌توان توسط آنها عامل ایجاد توقف قلبی ریوی را درمان نمود عملیات حمایت پیشرفته یا ACLS شروع می‌گردد

مراحل احیای مقدماتی: BASIC LIFE SUPPORT:

برای هر بیماری که دچار توقف قلبی شده مهم‌ترین اقدامات به ترتیب زیر است:

- ۱- تشخیص فوری وجود یا عدم پاسخ (وضعیت هوشیاری)
- ۲- فعال کردن سیستم اورژانس و درخواست دفیبریلاتور اتوماتیک خودکار (AED)
- ۳- بررسی وضعیت تنفس از لحاظ تشخیص عدم تنفس و یا وجود تنفس غیرطبیعی
- ۴- بررسی وجود نبض:
- ۵- حد اقل ۵ ثانیه بیش از ۱۰ ثانیه نباید در جستجوی نبض وقت تلف شود همزمان با بررسی وضعیت تنفس (
- ۵- شروع سیکل‌هایی مشتمل بر ۳۰ بار فشردن قفسه سینه و به دنبال آن دوبار تنفس مصنوعی

زنجیره بقا



بررسی پاسخ : RESPONSIVENESS



فرد احیاگر قبل از پرداختن به وضعیت فرد نیازمند احیا، باید ازیمنی خود و فرد نیازمند احیا مطمئن شود (در مکان هایی خارج از بیمارستان و یا در صورت بروز بلایای طبیعت مثل سیل ، زلزله ، آتش سوزی ، تصادف و..... باید در ابتدا از صحنه خطر دور شد). سپس پاسخ فرد را با سؤال کردن و یا تکان دادن ملایم شانه های او بررسی کرد (حالت خوبه؟) و در صورت عدم پاسخ سریعاً سیستم اورژانس را خبر کنید و به طور همزمان با بررسی پاسخ، آن سریعاً سیستم اورژانس را خبر کنید و تقاضای دفیبریلاتور خودکار (AED) کنید (اگر شخص دومی در صحنه وجود دارد می توان او را برای اینکار فرستاد).

بررسی علائم حیاتی

یک ماساژ خوب قلب با ۲۵ درصد ظرفیت خود کار میکند. بعد از قراردادن دستها در محل صحیح، عمق و تعداد فشردن قفسه سینه و سرعت فشردن اهمیت دارد و باید در فرد بالغ حداقل ۵ سانتی متر (۲ اینچ) و بیشتر تر از ۶ سانتی متر نشود را با سرعت حداقل ۱۰۰ و حداکثر ۱۲۰ بار در دقیقه فشرده شود. بعد از هر فشار بدون برداشتن دست ها از روی قفسه سینه باید با قطع فشار اجازه داد قفسه سینه به حالت عادی برگردد تا خون وریدی بتواند به قلب برگردد. بنابراین الگوی فشردن به صورت ۳۰ بار ماساژ قلبی و ۲ بار تنفس می باشد که به آن یک سیکل احیا می گویند و حدوداً در عرض ۲۴ ثانیه این تعداد ماساژ و تنفس صورت می گیرد این الگو به مدت ۲ دقیقه و یا ۵ سیکل انجام می شود و بعد از آن مجدداً وضعیت فرد نیازمند احیا بررسی می گردد ، از طرفی به حدی مداوم فشردن با سرعت و عمق کافی اهمیت دارد که توصیه می شود در صورت وجود بیش از ۱ احیاگر در صحنه مرتباً وظیفه فشردن برای جلوگیری از تاثیر خستگی فرد احیاگر در اعمال فشردن صحیح، تغییر یابد. نسبت ماساژ قلبی به تنفس در بالغین ارتباطی به تعداد احیاگر ندارد و در هر حالت نسبت ۳۰ به ۲ می باشد. اما در کودکان و نوزادان زمانی که بیش از ۱ نفر کار احیا را انجام می دهند (یک نفر کار ماساژ را انجام میدهد نفر دیگر تنفس را) تعداد ماساژ قلبی به تنفس ۱۵ تا ماساژ ۲ تا تنفس میباشد.

معمولاً برای بررسی علائم حیاتی تنفس بیمار را از لحاظ وجود و یا عدم تنفس طبیعی بررسی کرد و در صورت وجود اختلال یعنی عدم تنفس و یا غیر طبیعی بودن و هم زمان به بررسی چک کردن نبض می پردازند اما از آنجائی که ارزیابی نبض می تواند بسیار مشکل باشد سایر سر نخ ها مثل وجود تنفس خودبخودی یا حرکت را مد نظر قرار داده و احیاگر دوره دیده تیم مراقبت بهداشتی (Health care provider) نباید بیش از ۱۰ ثانیه برای چک نبض، وقت را از دست بدهد (برای احیا گران عادی می توان چک نبض را حذف نمود و فقط به علائم یاد شده بسنده کرد)

در بزرگسالان و کودکان از نبض کاروتید و شیر خوارها از نبض براکیال برای چک کردن نبض استفاده می شود. در صورت فقدان نبض ، عدم علائم حیاتی ، یا مرده بودن احیاگر از لحاظ تشخیص عدم یا وجود نبض ، فشردن قفسه سینه یا اصطلاحاً ماساژ قلبی باید فوراً شروع شود.

محل قرارگیری دست ها برای شروع ماساژ در بزرگسالان و کودکان، در نیمه تحتانی استرنوم بین خطی که دو نوک سینه ها را به هم وصل می کند قرار می گیرد دست ها باید کاملاً کشیده و بدون هیچ زاویه ای عمود بر قفسه سینه قرار گیرد. در نوزادان محل قرار گیری دست ها یک انگشت پایین تر از نوک سینه ها می باشد و توسط ۲ انگشت (میانی و وسط) کار ماساژ صورت میگیرد. برای انجام یک احیای با کیفیت باید علاوه بر دانش و آگاهی، عملیات با سرعت و دقت کافی انجام گیرد. در

امواج موبایل و آسیب های آن



گردآوری : حمیده اولیائی

کارشناس IT

شده از آنتن تلفن همراه به شدت افزایش می یابد. همواره بهتر است گوشی خود را در نقطه ای از خانه یا محل کار خود قرار دهید که نشانگر آنتن آن در بالاترین پله خود باشد. در این حالت گوشی شما میزان کمتری از توان باتری را مصرف میکند و همچنین میزان تشعشع هم کاهش خواهد یافت؛ در حقیقت تشعشع با قدرت سیگنال ورودی به دستگاه رابطه عکس دارد.

همچنین به یاد داشته باشیم که استفاده از تلفن های بی سیم می تواند به مراتب خطرناک تر از تلفن های همراه باشد زیرا این تلفن ها حتی در زمان هایی که مکالمه نمی کنیم هم از خود پرتو ساطع می کنند. پس تلفن های بیسیم به دلیل تولید آلودگی زیاد و پرتو دهی ۲۴ ساعته بهتر است با تلفن های سیم دار تعویض شوند.

توجه داشته باشید هرچه آنتن دهی ضعیف تر باشد، گوشی تلفن همراه باید از توان بیشتری برای برقراری تماس استفاده کند، در مناطقی که آنتن دهی کم باشد، میزان اشعه ساطع

کاربران بهتر است استفاده از تلفن همراه را کاهش دهند، کاهش تعداد و زمان مکالمات تلفنی راهکاری کلیدی است ولی لزوماً برقراری تماس های متعدد کوتاه، امن تر و یا کم خطر تر از یک تماس طولانی نیست، اولین بیست ثانیه حین یک تماس تلفنی، قدرت انتشار بیشتری دارد، اتصالات اولیه تماس تلفنی، نسبت به حفظ مدت تماس، به توان بالاتری نیاز دارد.

اگر تصمیم به استفاده از تلفن همراه داریم، استفاده از بلندگو و یا هدست ضروری است، بهتر است فاصله تلفن همراه از بدن به اندازه کافی زیاد (حداقل ۴۰ سانتی متر) باشد و

از هدست های ایمن تری استفاده نمایید

در بین هدست ها، نوع سیمی آن ایمنی بیشتری نسبت به نوع بیسیم دارد، استفاده از هدست سیمی می تواند به دور بودن منبع تشعشع (مثل تلفن همراه) از بدن کمک کند. با این حال اگر یک هدست سیمی پوشش مناسبی نداشته باشد، خود سیم به عنوان یک آنتن جذب امواج رادیویی حامل اطلاعات محیط عمل می کند و این تابش ها را به صورت مستقیم به مغز منتقل می نماید. بنابراین بهتر است از هدست های سیمی استاندارد استفاده کنیم.

استفاده از رنگ ها برای حفاظت دیوارها، صفحات ضد امواج و پارچه های ضد امواج از دیگر راه هایی که می تواند موجب کاهش آسیب امواج شود.

در ادامه چند راهکار کاربردی برای محافظت از امواج تلفن همراه را بیان می کنیم

فاصله خود را حفظ کنید

از قرار دادن تلفن همراه در کنار خود
یا در لباس تان خودداری کنید و در
صورت لزوم تنها زمانی که آن را در
حالت هواپیما قرار داده اید درون جیبتان
قرار دهید.

**در مواقع غیر ضروری تلفن
همراهتان را خاموش کنید**

اگر کار ضروری ندارید بهترین راه
برای در امان ماندن از امواج تلفن همراه
خاموش کردن آن است.

ابزارهای محافظتی را به کار گیرید

برخی جلدهای محافظتی در برابر امواج موبایل طراحی شده اند که مدعی به حداقل رساندن امواج هستند. شما می توانید از این جلدهای محافظتی استفاده کنید

از بلندگوها استفاده کنید

این امکان وجود دارد که قرار دادن تلفن همراه در کنار گوش موجب وارد کردن صدمه به غدد بزاقی شود، همچنین این کار می تواند احتمال ابتلا به سرطان غده پاراتیروئید را افزایش دهد پس بهترین شیوه در صورت امکان، استفاده از بلندگو



تلفن همراه را در جیب شلوارتان و یا روی کمر بندتان قرار ندهید

بهرتر است تلفن همراه را در جیب شلوارتان قرار ندهید چون بافت‌های بخش پایینی بدن بیشتر از بافت‌های سر و صورت، اشعه‌های مضر تلفن همراه را جذب کرده و آسیب می‌بینند. اگر مجبور هستید که تلفن همراه خود را در جیب خود حمل کنید، صورت آن را به سمت بیرون قرار دهید تا آنتن امواج را به سمت بیرون از بدن تان هدایت کند. ضمناً گوشی خود را به طور مرتب بین جیب چپ و راست جابه‌جا کنید تا از در معرض قرار دادن طولانی یک بخش از بدن تان در برابر امواج جلوگیری شود.

**اول بگذارید ارتباط برقرار شود
بعد تلفن همراه خود را کنار گوشتان قرار
دهید**

اگر شما از همدست یا گوشی استفاده نمی‌کنید وقتی شماره می‌گیرید اجازه دهید اول تلفن همراهتان وصل و ارتباط با طرف مقابل برقرار شود سپس آن را روی گوش‌تان قرار دهید در این صورت تحت اشعه مضر کمتری قرار می‌گیرید. شما می‌توانید برقرار شدن ارتباط را روی صفحه تلفن همراهتان ببینید.

جلوی آتشی مویایلتان را نبوشانید

سعی کنید جلوی آنتن موبایلان را بپوشانید. مسدود کردن آنتن تلفن همراه هنگام استفاده مقدار پرتوهای جذب شده از طریق مغز را افزایش می‌دهد. این کار موجب می‌شود کارایی تلفن همراه کاهش یابد و موجب شود موبایل از برق بیشتری برای ایجاد کیفیت بیشتر استفاده کند و پرتوهای بیشتری را منتشر کند.

در حال حرکت از موبایل استفاده نکنید

موبایل در حال حرکت به میزان چند برابر آلودگی موجی تولید می نماید. همچنین به دلیل وجود دیواره های فلزی در خودرو، امواج در داخل خودرو محبوس شده و باعث جذب و نفوذ بیشتر امواج به بدن می گردد. همچنین استفاده طولانی مدت از موبایل هنگام رانندگی باعث بروز سردرد، سرگیجه، اختلال در هوشیاری و واکنش سریع راننده می گردد.

استفاده از پیام یا تلفن ثابت به جای تماس

از موبایل در مواقع ضروری، استفاده کنید
و بیشتر از تلفن ثابت و یا ارسال پیامک
استفاده نمایید. البته در این کار هم نباید
زیاده روی کنید تا دچار بیماری «گردن
پیامکی» نشوید.

برای پرهیز از هواس پرتی و محافظت از جان خود و سرنشینان خود، از خوردن هر نوع نوشیدنی و فوراً کی در پشت فرمان و هنگام رانندگی اجتناب کنید.

دستگاه مولد امواج وای فای فقط مواقعی که لازم است باید روشن باشد و در هنگام خواب حتماً باید خاموش شود



تا چند صد سال گذشته، انسان‌ها عمدتاً پابرهنه بودند و اکثر روز را خارج از منزل بودند. تحقیقات علمی نشان داده‌اند که سطح زمین سرشار از انرژی است و قدم زدن پا برهنه روی آن می‌تواند به تنظیم هورمون‌ها، افزایش ایمنی بدن و کاهش استرس کمک کند. **و سجد کردن در راستای قبله و ترجیحاً روی زمین طبیعی از راه های دفع امواج مضر است.**

از آنتی اکسیدان‌ها استفاده کنید و استفاده از مواد خوراکی مفید را افزایش دهید

خوراکی‌هایی مانند دانه انار، رزماری، زغال اخته، گردو، دارچین، بروکلی، گردو، مارچوبه، آلوبخارا، گشنیز، می‌توانند بدن را در برابر امواج الکترومغناطیسی محافظت کنند. ریحان، اسیدهای چرب امگا ۳، ویتامین C، توت آنتی اکسیدان‌ها، که از پیری و فرسودگی بدن انسان جلوگیری می‌کنند، خیلی سریع توسط امواج موبایل از بین می‌روند. از آنجایی که از امواج موبایل گریزی نیست و آن‌ها در همه جا وجود دارند، پس بهتر است تا می‌توانید آنتی اکسیدان‌ها را در برنامه غذایی خود جای دهید.

اینترنت

اتصال به اینترنت موبایل، امواج الکترومغناطیسی را چندین برابر می‌کند. بهتر است در موارد ضروری از اینترنت موبایل استفاده کنید و بعد از استفاده، در حالت خاموش قرار دهید و یا بهتر است در مواقع لزوم از وایفای موبایل بجای اینترنت سیم کارت استفاده کنید. استفاده از اینترنت گوشی یا تبلت به صورت دیتا به مراتب آلودگی بیشتری از دستگاه وای فای دارد. علت آن است که تلفن همراه شما تبدیل به مودم تولید موج شده و با توجه به فاصله کم گوشی با بدن می‌تواند آسیب بیشتری وارد کند، این آسیب‌ها به خصوص در نوزادان، کودکان و سالخورده‌گان و افرادی که در نزدیکی دستگاه هستند بیشتر خواهد بود. محل‌های نامناسب برای قراردادن مودم وای فای: محل خواب، فضای اتاق تلویزیون و محل‌هایی که بیشترین رفت و آمد و حضور در طول روز را دارند می‌تواند عوارض بیشتری را در بدن ایجاد نماید.

در صورت امکان از مدل

تلفن همراهی که مشخصات کمتری

دارد استفاده کنید

یکی از پارامترهایی که دغدغه اصلی شرکت‌های طراح موبایل است پارامتری به نام SAR یا نرخ جذب ویژه

(Specific Absorption Rate)

است که میزان توان دریافتی از تلفن همراه توسط بدن در واحد وزن را نشان می‌دهد. مقدار SAR بر اساس

استاندارد آمریکایی باید عددی کمتر از ۱.۶ و بر اساس استاندارد اروپایی کمتر از ۲ باشد. هر چه عدد SAR

یک موبایل کمتر باشد بدان معناست که میزان جذب امواج رادیویی توسط بدن از آن موبایل کمتر

است. شرکت‌های معروف سازنده عدد SAR محصولات خود را در دفترچه تلفن همراه یا سایت اینترنتی

خود درج می‌کنند. اما شرکت‌هایی که غیرمعروف که تنها به فکر سود

محصول و نه کیفیت آن هستند هرگز تست SAR را بر روی محصولات خود انجام نمی‌دهند. لذا اگر در

این خصوص دغدغه دارید هنگام خرید تلفن همراه عدد SAR را نیز در ملاک‌های انتخاب خود در نظر بگیرید.